LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.





PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

—

1852

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1852.

A

bbadie (d'), 64.
bbott (de Bahia), 572.
beille, 2, 4, 6, 462, 481, 569, 593.
dde-Margras, 238.
lquié, 451.
lvaro-Reynoso, 11.
iette, 597.
ncelon (de Dieuze), 408, 480, 498, 542.
Andral fils, 478.
Aran, 594.
Archambault, 574.
Armand, 464.
Aubry (de Rennes), 466
Audouard, 356.
Audubert (de Tulle), 468.

B

Bachelay, 496.
Baillarger, 123, 230, 570.
Bailly, 238.
Baldou, 264.
Ballingal, 423.
Bally, 95, 99, 179, 187, 191, 563, 594.
Balme-Dugaray, 531.
Barbe (de Chaumes), 326.
Barbier (de Richelieu), 556.
Bardet, 504.
Barrier (de Lyon), 238, 500.
Barruel, 296.
Barth, 165, 417.
Barthez, 207.
Basset, 504.
Bauchet, 325.
Baudens, 121, 246, 248.
Baumgarten, 285.
Bayard, 528.
Bayard (de Cirey), 75, 258.
Beclard, 177, 528.
Becquerel, 260.
Bedor (de Troyes), 534.
Bégin, 131, 143, 347, 349, 382, 403, 408.
Belhomme, 183, 263.
Belin, 322.
Bellingham, 376.
Benadetti, 475.
Beneys (de Lalinde), 52.
Bérard (Auguste), 506.
Bérard, 295, 412, 435.
Bérat, 248.
Bernard, 259, 455.
Bernard (d'Apt), 95, 111, 255.
Bernard (Claude), 88, 160, 571, 575.
Berne, 275.
Berton, 11, 256, 331.
Bevlard (de Philadelphie), 250, 304.
Beyrau (de Constantinople), 130.
Billiard (de Corbigny), 212.
Binard, 199, 203, 503.
Biot, 415.
Blache, 573.
Blampignon (de Troyes), 344.
Blanchet, 168, 452.
Blandet, 244, 551.
Blaud, 239.
Blizard-Curling, 283.
Blot, 307.
Blumhardt (de Stuttgard), 504.
Bobierre, 36.
Bocamy, 164.
Boché (de Blois), 80.
Boinet, 139, 151, 211, 251, 267, 351, 363, 511.
Bonnafont, 511, 606, 611.
Bonnet (de Lyon), 56, 95.
Borelli (de Turin), 539.
Bormey, 304.
Bossu, 184, 264, 284, 452, 532.
Bouchaillat-Perroux (de Cuzances), 499.
Bouchardat, 116, 227, 308, 439, 451.
Bouchut, 266, 271.
Boudant (de Gannat), 460.
Bouillaud, 72.
Bouillet, 98.
Bouillon-Lagrange, 74.
Bouisson, 487, 520.
Bouley, 215, 273, 295, 308.
Boulland, 544, 576.
Bourcier, 525.
Bourdon (Isidore), 243.
Bousquet, 308.
Bouteillier fils (de Rouen), 243.
Boutet, 215.
Bouton, 565.
Bouvier, 179, 238.
Bowman, 363.
Boyer (le baron), 588, 590.
Boyer (Léon), 200.
Boyer (Lucien), 120, 324, 364, 452, 496.
Boyer (Philippe), 514, 526, 532.
Brachet (de Lyon), 283.
Braconnot (Henri), 400.
Bricheteau, 177, 193.
Broca, 118, 121, 165, 371, 564.
Brodie, 418.
Brown, 369, 418.
Brown-Bucquoy (de Péronne), 272.
Brun-Séchaud, 356.
Buchner, 551.
Bucquoy, 366.
Budge (de Bonn), 160, 407, 500.
Burder, 543.
Burggraeve (de Gand), 531, 608.
Burin-Dubuisson, 204.
Burq, 215, 260.

C

Cabaret, 199, 272, 213.
Cadet-Gassicourt, 25, 555.
Caillot, 101.
Calvet, 238.
Canu (d'Yvetot), 18.
Carey, 464.
Caron, 147, 152, 231, 264, 284, 320, 324, 364, 495.
Carron du Villards, 238.
Castelnau (de), 1, 5, 9, 56, 57, 109, 113, 149, 153, 173, 177, 189, 205, 209, 213, 225, 237, 241, 249, 257, 265, 269, 277, 281, 289, 293, 297, 305, 313, 317, 329, 353, 357, 365, 373, 389, 397, 400, 401, 481, 515, 521, 533, 545, 549, 553, 565, 573, 577, 585.
Caventou, 599.
Cazeaux, 107, 108, 119, 131, 143, 159.
Cazenave (Alph.), 111, 124, 147, 169, 183, 220, 274, 283, 291, 293, 349, 449.
Cazenave (de Bordeaux), 183.
Ceuninck, 200.
Chabanon (d'Uzès), 308.
Chailly, 59.
Chalut, 263, 284, 323.
Chamart (de Tulle), 255.
Chambert, 102.
Champouillon, 123, 190, 304, 349, 363, 473, 533.
Chancel, 275.
Chapel (de Saint-Malo), 35, 264, 527, 534, 564.
Chapelain, 238.
Charbonnier, 343.
Charrière, 192, 227, 488, 552.
Charrière fils, 556.
Chassaignac, 80, 103, 115, 116, 127, 162, 176, 185, 222, 340, 351, 365, 376, 461, 471, 547, 552.
Chatin, 11, 14, 38, 50, 82, 86, 94, 377, 540, 569.
Chevallier, 119, 249, 259, 273, 297, 589.
Chevandier, 238.
Comel, 37, 129, 244.
Churchill, 31.
Chale, 1, 37, 81, 105, 282, 305, 433, 495.
Clément, 308, 498.
Clez, 239.
Cloquet, 113, 364, 608.
Coin, 108.
Comassis, 465.
Comie (de Saint-Germain), 604.
Constant-Despine, 284.
Conté de Lévignac, 449, 485.
Cooper (White), 419, 425.
Corlieu de Charly, 467.
Cornelis, 363.
Corvisart, 117, 407, 428.
Coste, 539.
Cottereau, 183.
Coursserant, 171, 232, 263, 284, 364.
Coutenot, 439.
Crozant (de), 238.
Cruveilhier, 181, 193, 229, 307.
Cunier (de Bruxelles), 232.

D

Damoiseau, 168.
Danyau, 31, 119, 143, 236, 292, 388, 409, 483, 500.
Dauvergne, 251.
Davaine, 235, 572.
Daval (de Luxeuil), 600.
Debiefve (de Bruxelles), 151.
Debout, 280, 364, 411, 447, 539.
Debrou, 267.
Decoene, 221, 585.
Deguise fils, 212, 527.
Delacour (de Rennes), 604.
Delafond, 11.
Delahaye, 197, 253.
Delassiauve, 385, 457, 502, 554, 558.
Delfraysse, 235.
Delpech, 244.
Delvaux, 499.
Demarquay, 7, 19, 20, 128, 152, 212, 220, 304, 351, 420, 423, 453, 465, 469, 540.
Demeaux, 423, 448.
Demolon, 203.
Denonvilliers, 128, 139, 152, 212, 229, 274, 328, 364, 424, 506, 527, 552, 584.
Denucé, 118.
Depaul, 192, 334, 337, 343, 358, 379, 400.
Dequevauviller, 317.
Désormeaux, 520, 527.
Devay, 275, 576.
Devergie, 13, 29, 41, 86, 254, 289, 429.
Deville, 138, 333, 345, 426, 437, 561, 566, 574, 579, 586, 589, 597, 601.
Dezanneau, 23, 25, 30.
Dezautière, 292.
Dezotteux, 486.
Dilioux, 238.
Dime, 326.
Dizé, 402.
Doux, 238.
Dovère, 421.
Dubois (Frédéric), 586, 590.
Dubois (Paul), 107, 119, 132, 148, 152, 155, 158, 232, 261, 273.
Dubouloz, 216.
Dubreuil, 405.
Dubuisson, 3, 15.
Duchenne (de Boulogne), 364, 407.
Duclos, 283.
Duhamel, 152, 263, 323, 364, 407, 452.
Dulignon-Desgranges, 227.
Dumas, 252, 321.
Dumas (de Dammartin), 291.
Duméril, 535.
Dumont (de Cambrai), 378.
Dundas (Robert), 499.
Duperthuis, 152, 284, 323, 532.
Duplan, 532.
Dupré (de Montpellier), 596.
Durand, 308.
Durand (de Lunel), 299, 311.
Dutrouleau (de la Martinique), 227, 600.
Duval (Vincent), 501.

E

Empis, 441.
Estevenet, 282.

F

Fagon, 217, 221.
Fano, 118, 344.
Farradesche-Chaubasse (d'Allanches), 259.
Faure, 436.
Faure, 544.
Favrot (Alexis), 74, 85, 89, 1... 258, 266, 298, 331, 541.
Field, 138.
Figuier, 97.
Filhol, 239.
Fleury, 8, 73, 107, 241, 245, 405.
Fleury, chirurgien de marine, 43.
Flourens, 248.
Fock, 356.
Follin, 103, 311, 337, 340, 351, 539, 552.
Forget, 552.
Forget (de Strasbourg), 79, 343.
Foucart, 133, 250, 262.
Foucher, 229.
Fouquier, 517, 522.
Fourcault, 24, 95, 179, 476, 552.
Frédéricq, 87, 221, 450.
Frémineau, 179.
Frémy, 261.
Fulgence-Rouet, 488.
Furnari, 393.

G

Galligo, 332.
Gama neveu, 260.
Gardes, 320.
Gariel, 44, 220, 243, 294, 489.
Gaultier de Claubry, 239, 284, 476, 487, 511, 567.
Gavinet (de Lyon), 528.
Gay (de Londres), 589.
Gendrin, 173, 195, 206, 257, 281, 502, 515, 549, 577, 601, 610.
...l (de Lyon), 264, 495.
...201.
Geoffroy Saint-H... (is...re) 48
Gérard, 334, 3...
Gérard (de Gray) ...
Gerardin, 317, ..., 544
Gerdy, 116, 15..., 18..., 21..., 411, 460, 471, 47..., ...
Gibert, 379, 46...
Gigot (de Lev...
Gille, 315, 3...
Gilles (de la T...tte) ...
Giovanini, 544
Giraldès, 68, ... 460, 484, 495, ...
Girard (d'Auxerre) ...
Giraud (d'On...
Girbal, 216.
Giusti, 155, 238.
Gobley, 107.
Gosselin, 25, 229, 304, 405...
Goubaux (d'Alfort), 592.
Goupil, 268.
Grand (de Coulanges), 567.
Grange, 108.
Gratiolet, 239.
Gregory (de Londres), 510, 515.
Grisolle, 71, 161, 274, 285, 429, 501, 525, 538.
Gromier (de Lyon), 438.
Gros, 133.
Grosjean, 352.
Gruby, 11.
Gubler, 304, 311...
Guérard, 514.
Guérin (de Vannes), ...
Guérin (Jules), 142...
Guersant, 80, 212, ... 452, 505, 527.
Guibourt, 272.
Guillaumet, 280.
Guilliermond, 11.
Guillon, 216.
Guyon, 136, 308, 4..., 45...

H

Hamm, 224.
Hamoir, 559.
Hamon (d'Ecomoy), 255.
Hannon, 215, 557.
Harley (John), 547.
Hatin (Félix), 308.
Hattier, 304.
Heidenreich, 199, 20...

Henri, 60, 416, 544, 555.
Henri[illegible]te (de Bruxelles), 302.
Herpin (de Tours), 463, 550.
Herr (Georges), 209.
Hervez de Chégoin, 192, 204.
Herzieux, 25, 28, 512.
Heyfelder, 284.
Hillairet, 244.
Hjorth (de Smyrne), 102, 362.
Homolle, 262.
Houel, 68, 162, 317.
Howel, 551.
Hugot, 388.
Huguier, 103, 116, 128, 139, 163, 186, 210, 211, 224, 235, 267, 280, 292, 375, 417, 435, 520, 569, 595.
Hullin, 238.
Humbert, 479.
Hutin, 162, 204.
Huzard, 227, 260.

I

Ibre, 418.

J

Jackson (de Québec), 561.
Jacquot, 600.
Jarjavay, 552, 564.
Jobert (de Lamballe), 21, 29, 102, 157, 169, 174, 229, 313, 342.
Joly (de Bruxelles), 473.
Jolly, 282.
Jourdier, 288.
Jousset (de Bellême), 314.

K

Kapeler, 524.
Keisser, 279.
Killian (de Mayenne), 475.
Kimpe, 18.
King (de la Caroline), 234.

L

Laborie, 180, 251, 304.
Laboulbène, 571, 575.
Lacauchie, 203, 296.
Laffont, 263.
Lagae (de Courtray), 227.
Lagneau, 382, 439.
Lalaux (de La Fère), 146, 238.
Lalibarde, 112.
Lallemand, 511.
Lambert (de Montigny), 170.
Lambossy, 532.
Landouzy (de Reims), 203.
Langenbeck, 503.
Langlois, 385.
Lanier (de Niort), 215.
Lanusse ([illegible]neins), 603, 607.
Laroche, [illegible]
Larrey, 3[illegible], 116, 127, 139, 140, 151, 212, 235, [illegible], 260, 280, 292, 339, 381, 405, 417, 423, 484, 495, 519, 539, 584, 608.
Lassaigne, 126, 319, 411, 487, 571.
Lasserre (de Verdun), 572.
Laugier, 329, 576, 605.
Lauriol, 355.
Le[illegible]t, 7, 43, [illegible] 16[illegible], [illegible], [illegible]61, [illegible]04, [illegible], [illegible]72, [illegible]83, [illegible]96, 604.
[illegible] (du Havre), 215.
[illegible], 20[illegible], 3[illegible].
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible], 140.
[illegible]
[illegible]
[illegible] 208.
[illegible]
[illegible]
[illegible]ennes), 295.
[illegible], 600.
[illegible]139, 140, 519, 539, 552.
[illegible] 532,

Letillier (de Saint-Leu), 567.
Leudet, 117, 121, 125, 129, 137, 165, 169, 173, 583.
Lévy (Michel), 61, 83, 97, 157, 247, 315, 398.
Liebig, 336, 400, 560.
Liégey, 238, 259, 439.
Linas, 381.
Linoli (de Milan), 605.
Lionnet (de Corbeil), 460.
Lobgeois (de La Fère), 99.
Lodibert, 436.
Lodieu, 243.
Lombard (de Genève), 499.
Londe, 532.

M

Madin (de Verdun), 215, 259.
Magnan, 514.
Magne, 148, 232, 323, 407, 420, 446, 496.
Mahier, 452, 464.
Mahieux, 223.
Mahué, 546.
Maïer (d'Ulm), 470.
Maillot,
Maisonneuve, 56, 74, 93, 103, 110, 125, 139, 145, 169, 176, 192, 198, 200, 212, 213, 224, 236, 242, 265, 298, 311, 313, 330, 344, 375, 484, 485, 520, 541, 568.
Malgaigne, 158, 321, 357, 358, 395, 495, 567.
Malle, 392.
Manouvrier (de Valenciennes), 544.
Marc (d'Espine), 119.
Marcé, 366.
Marcel, 279.
Marchal (de Calvi), 24, 178, 192, 204, 378, [illegible], 609.
Marchal (de Mondelange), 468.
Mareska (de Gand), 475.
Margerie, 207, 214, 218, 226, 246, 258, 271, 279, 286, 362, 406, 421, 503, 515, 546, 578, 601.
Marjolin, 7, 103, 351, 388, 411, 460, 471, 539, 551.
Marschall, 376.
Marshall-Hall, 269, 500, 576.
Martin (Ferdinand), 139, 252, 340.
Martin (Stanislas), 303, 459, 547.
Martin-Magron, 1.
Mascaret, 532.
Maslieurat-Lagémard, 295.
Masson, 148, 263, 320, 323.
Mathieu, 11, 216, 272, 276, 567.
Maumené, 551.
Maurin (François), 592.
Mavel (d'Ambert), 40, 290, 346, 388, 409, 483, 532.
Mayer (de Belfort), 227.
Mayor (de Genève), 520.
Mazade, 284.
Médard (de Fresnes), 90, 538.
Merchiori (de Novi), 303.
Mercier (Auguste), 119, 451.
M[illegible]r, 3[illegible], 549.
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible], 413, [illegible], 4[illegible],
[illegible]
[illegible]
[illegible], 41[illegible].
[illegible], [illegible]3.
[illegible], [illegible]1, [illegible], 221.
Mor[illegible] (de Tours), [illegible]12.
Mor[illegible] (de Marseille), [illegible].
Morel-Lavallée, [illegible], [illegible]87, 526, [illegible]84, 60[illegible].
M[illegible]rf, 263.
Mott (Valentine), 155.
Mouchet (de Bone), 511.
Mouriès, 356.

N

Nadau (de Tonneins), 499.
Nélaton, 13, 33, 45, 66, 85, 114, 137, 165, 206, 237, 251, 261, 273, 280, 292, 309, 373, 497, 572.
Nepveu, 252.
Neucourt, 286, 294, 306.
Neuville (de Bernay), 567.
Nepce, 239, 259.
Nivet (de Clermont-Ferrand), 95.

Nonat, 77, 135, 381, 410, 485.
Notta, 304.

O

Orfila, 39, 40.
Orfila neveu, 205.
Orman, 571.
Orwan, 183.

P

Pagano (de Milan), 408.
Pagès, 392.
Palasciano, 56.
Panard (d'Avignon), 167, 168, 494, 524.
Pascal (de Bayonne), 600.
Pasquier, 5, 315.
Passa (de Bayonne), 284.
Passering, 235.
Patissier, 1, 4, 416.
Paven, 390.
Peixoto (de Rio-Janeiro), 308.
Perrin, 126.
Pertus, 152.
Petel (de Cateau), 562.
Petit (Firmin), 151.
Petralti, 203.
Petrini, 18.
Pichard, 364.
Piglowski, 238.
Pillore (de Rouen), 566.
Pinel-Grandchamp, 363.
Pingault (de Poitiers), 578.
Piorry, 46, 65, 83, 189, 226, 334, 517, 522, 584.
Plouviez, 238.
Poggiale, 283.
Polinière, 179, 264.
Popis, 282.
Potton (de Lyon), 259, 474.
Povet (de Feurs), 112.
Pradier, 236.
Pravaz (de Lyon), 296.
Privat, 238.
Procter, 112.
Pulvermacher, 164.

Q

Quevenne, 262, 343, 346.

R

Rabaut, 465.
Rabot, 544.
Raciborski, 424, 451.
Racle, 121.
Rampold, 376.
Rave, 87.
Rayer, 303.
Réad, 291.
Rebel, 68.
Récamier, 305, 312.
Regnault, 280.
Remak (de Berlin), 440.
Rémilly, 321.
Ren[illegible]ult, 23, 2[illegible], 30.
Requin, 133, 217.
Ré[illegible]llé-Par[illegible], 468.
Reyba[illegible] (de Lyon), 95, 401, 408.
[illegible]
[illegible], 22[illegible].
[illegible]
R[illegible] ([illegible]), [illegible]8, [illegible]0.
R[illegible], [illegible]6, [illegible]2.
[illegible], [illegible]8, [illegible]14, 3[illegible]7, [illegible]3, 4[illegible], 4[illegible], [illegible], 47[illegible], [illegible], 494.
R[illegible]l, [illegible]4[illegible].
R[illegible] (de Gaillac), 7, [illegible]63.
R[illegible], [illegible]1.
R[illegible]liet, 49, [illegible]3, 62, 69, 8[illegible], 207.
Rivière, 346.
Robert, 7, 31, 115, 118, 139, 162, 20, 210, 231, 236, 251, 325, 328, 363, 48, 537, 538, 564, 608.
Robert (de Landrecies), 550.
Robert Lee, 376.
Robin, 35, 41, 46, 160, 260, 557, 561.
Robiquet, 246.
Rodier, 260, 264.
Roger (Henri), 508.
Rostan, 97, 123, 157, 193, 197.
Roubaud (Félix), 352, 433, 445, 454, 457, 502, 589.
Roussel, 259.
Roux, 44, 103, 115, 236, 280, 423, 435, 464, 472, 584.

S

Saint-Laurent, 244.
Salleneuve, 398.
Sappey, 308.
Scarpa, 199.
Scelle-Montdésert, 46.
Schabel, 208.
Schnepf, 135, 139.
Scrive, 139.
Sédillot, 4, 43, 108, 162, 209, 216, 31[illegible], 354, 442, 527.
Sée, 244.
Séguin, 1, 321.
Sère (de Muret), 475.
Serrurier, 147.
Sestier, 304.
Seutin, 116.
Sibson, 437.
Sichel, 389.
Simonin, 182.
Simyaux (de Cluny), 227.
Sistach (de Djidjeli), 10.
Skrivan, 356.
Sonrier, 413.
Soubiez, 300.
Soulé (de Bordeaux), 141, 509.
Stanski, 500.
Stenhouse (de Boulers), 604.
Subsol, 524.
Sylva, 124.
Syme, 333, 345.
Symons, 195.
Syms (d'Édimbourg), 544.

T

Tavignot, 61, 95, 218, 298, 541.
Teissier (de Lyon), 426, 479.
Terrier, 452.
Thibault, 1.
Thierry, 310, 327, 387, 432.
Thinus, 310.
[illegible] fils, 324.
[illegible] (de Strasbourg), 101.
[illegible] 206, 237.
T[illegible]r, 206, 237, 445, 466.
[illegible]ssart, 356.
Trousseau, 234, 336, 596, 612.
Troussel, 492.
Tueffer, 238.
Turc (de Plombières), 208.

U

Ure, 437.

V

Valat, 300.
Valentin (de Vitry), 511.
Valette (de Lyon), 455.
Vallat, 203.
[illegible]ller, 97, 202, 2[illegible], 2[illegible], 22[illegible], 245, 2[illegible], 2[illegible]7, [illegible], 317, 5[illegible], 377, 4[illegible]6, 42[illegible], 4[illegible], [illegible], 265, 4[illegible], [illegible]0, 53[illegible], 5[illegible], 581.
[illegible] (de Rouen), [illegible], 1[illegible]9, 239, 428, [illegible].
[illegible] (de Bruxelles), [illegible]1.
[illegible]au, [illegible]9, 61, 1[illegible]4, 14[illegible], 150, 151, [illegible]7, [illegible]13, 30[illegible], [illegible], [illegible], 454, [illegible], [illegible], 400, [illegible]9, [illegible], 3[illegible].
[illegible]
[illegible] 328.
[illegible] (d'Ostende), [illegible], 310.
[illegible], 3[illegible].
[illegible], 118, 1[illegible]5, 271, [illegible], [illegible], [illegible]0, 53[illegible], 5[illegible], 608.
Vé[illegible] (d'Abbeville), 58.
V[illegible] (de [illegible]), 127, 176, 255, 41[illegible], 564.
Vio[illegible], 318.
Vigla, 109.
Villaret (de Toulon), 153.
Voet, 191.
Vulliamez-Blanc (de Lausanne), 505.

W

Wagner, 248.
Wahu, 559.
Wanne, 11.
Wertheimer, 285.
Wicke, 178.
Winternitz, 186.
Wolf, 31.

Z

Zélaschi, 366.
Zimmer, 364.

Paris. Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 1. — SAMEDI 3 JANVIER 1852. (25ᵉ ANNÉE.) N 1. — SAMEDI 3 JANVIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.



On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 40, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HOPITAUX. — NECKER (M. Civiale). Diagnostic de la pierre. Rétrécissements. — D'AJACCIO (M. Abeille). Du rôle des divers états morbides régnants ou intercurrents dans les épidémies de fièvres paludéennes. — Nouvelles préparations ferro-manganiques. — Académie de médecine, séance du 30 décembre. — Académie des sciences, séance du 29 décembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Société médicale du cinquième arrondissement.

PARIS, LE 2 JANVIER 1852.

Séances des Académies.

L'Académie de médecine a encore occupé la plus grande partie de la séance des nominations. Cependant M. Patissier a lu, au nom de la commission des eaux minérales, l'extrait d'un long rapport sur les mémoires envoyés par les médecins des établissements thermaux. Ces sortes de rapports, qui pourraient avoir la plus grande importance si les travaux dont ils sont le résultat avaient tous une grande exactitude et un caractère d'homogénéité, sont restés à peu près stériles, quelque consciencieuse qu'y ait mise les rapporteurs. Celui de M. Patissier, malgré le soin avec lequel il a été fait, ne pourra faire exception à ceux qui l'ont précédé. Peut-être y aurait-il là une initiative à prendre de la part de l'Académie. Il nous semble qu'en dressant pour les médecins des eaux minérales des modèles d'observation, ou du moins des instructions analogues à celles que l'Académie rédigea dans le temps pour les médecins sanitaires d'Orient, on parviendrait à rendre plus utiles les documents recueillis dans les établissements thermaux. Nous soumettons cette idée à l'appréciation de la commission des eaux minérales.

— L'Académie des sciences a reçu une communication de M. Sédillot, dans laquelle ce savant chirurgien rapporte de nouveaux faits en faveur de la modification qu'il a apportée à l'opération de la staphyloraphie, et une autre communication sur la structure intime du foie, par le professeur Lereboullet. Ce travail, comme tous les travaux sur la structure, n'est pas susceptible d'être apprécié succinctement. — L. de Castelnau.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Diagnostic de la pierre. — Rétrécissements.

Une simple remarque, messieurs, sur cet employé de bureau que vous venez de me voir examiner tout à l'heure dans nos salles. Les symptômes qu'il accuse sont ceux de la plupart de nos malades, il se plaint simplement de difficulté d'uriner. Quand il est resté longtemps assis, ainsi que l'y obligent ses occupations, quoique pressé du besoin d'uriner, il ne peut y satisfaire, le matin, il est forcé de se promener quelque temps dans sa chambre avant de pouvoir rendre l'urine. Du reste pas de douleurs, état général parfait. Nous avons passé une bougie molle d'un calibre moyen : aucun obstacle n'existe dans l'urètre. L'introduction de la sonde et l'injection d'une certaine quantité d'eau tiède dans le réservoir urinaire, auxquelles nous avons ensuite procédé, avaient pour but d'interroger l'état et les fonctions de la vessie. Je tenais à vous faire remarquer que, jusqu'ici, cette seconde épreuve ne nous fournit que des données incomplètes. Vous savez, en effet, quel parti nous tirons des caractères qu'offre par la sonde le jet du liquide injecté dans la vessie pour apprécier les propriétés contractiles du viscère; mais c'est à condition que le malade soit étendu et non débout, afin que l'action de la pesanteur soit nulle sur l'injection du liquide.

Messieurs, tous les malades que vous avez pu tout à l'heure examiner dans nos salles ont ou ont eu un rétrécissement de l'urètre. Ce que vous voyez en ce moment, vous le verrez presque toujours, et en ville comme à l'hôpital. Les rétrécissements de l'urètre sont, de toutes les maladies des voies urinaires, les plus fréquentes, outre qu'ils sont la source ordinaire de presque toutes les autres.

Eh bien! malgré cette fréquence, on peut dire qu'il est peu de points de chirurgie sur lesquels il reste encore autant d'obscurité, au point de vue de la lésion morbide, de l'anatomie pathologique. La lésion la plus ordinaire du rétrécissement urétral est-elle une bride ou valvule, une fongosité ou carnosité, comme disaient les anciens, une adhérence ou bien une induration, ou une callosité des parois, etc. ? La science possède quelques faits de ces différentes formes, mais incomplets et insuffisants, et il reste un grand progrès à accomplir dans ce sens. Je vous y engage donc bien vivement : ne négligez aucune occasion de juger par vous-mêmes, et pièces en main, ce point important de pathologie; mais défiez-vous des erreurs auxquelles on est exposé même dans la simple observation des faits, gardez-vous des conclusions trop promptes et prématurées.

La maladie, du reste, ne saurait être la même dans tous les cas; la différence de siége entraîne une différence dans les symptômes, la marche, le pronostic et les manœuvres du traitement. Ce qui s'applique aux coarctations qui siégent sous l'arcade pubienne ne saurait convenir à celles de la portion pénienne, et vous ne devez point être surpris qu'un même praticien emploie, suivant les cas, différentes méthodes curatives.

Quoi qu'il en soit, tous les rétrécissements ont besoin d'être dilatés; et, s'il est dans la nature de la maladie de s'aggraver, loin de tendre à la guérison, l'économie pourtant ne manque pas de faire quelques efforts salutaires. La vessie, proportionnant sa force à l'obstacle que doit vaincre l'excrétion du liquide qu'elle renferme, s'épaissit, s'hypertrophie, et la puissance avec laquelle elle chasse ce liquide devient, jusqu'à un certain point, un mode de dilatation. Ce mécanisme naturel est artificiellement imité, mais d'une façon qui n'est guère plus efficace, par les injections forcées.

J'espère que vous appréciez tous les avantages qu'offre la dilatation temporaire sur toutes les autres méthodes pour traiter la plupart des rétrécissements de l'urètre. Sans doute, il était plus commode à Dupuytren de placer en quelques minutes une sonde à tous les malades de son service affectés de rétrécissement, et de ne plus s'en occuper pendant huit jours; mais on avouera que la commodité du chirurgien est de peu de poids dans la balance. Ceux qui emploient encore la dilatation permanente comme méthode générale ont, du reste, un argument meilleur à alléguer que les aises du chirurgien.

Un homme se présente avec un rétrécissement de l'urètre, vous lui mettez une sonde à demeure : au bout d'un mois et demi, deux mois ou davantage, le canal est parfaitement libre. Cela est d'une entière exactitude. Mais, pour ne pas m'arrêter aux autres inconvénients des sondes à demeure, qui sont tels, que quelquefois ils compromettent la vie du malade, prenez deux individus chez lesquels, grâce à la dilatation permanente pour l'un, à la temporaire pour l'autre, vous pouvez présentement introduire une bougie n° 12. Suivez-les maintenant. Au bout d'un mois, le premier aura le canal aussi étroit, aussi roide, aussi calleux qu'auparavant, et peut-être beaucoup plus qu'auparavant; très souvent même après moins d'une semaine il ne pourra plus uriner. Chez le second, au contraire, ce n'est pas seulement le calibre que l'urètre a recouvré, il a regagné les propriétés normales de ses parois, l'élasticité, l'extensibilité; chez lui, le canal est dilaté, et, ce qui est plus important, il reste dilatable.

Les partisans des sondes à demeure ont bien senti cet inconvénient radical de la méthode, de ne guérir que pour quelques jours, et plusieurs ont alors proposé d'achever la guérison par l'introduction temporaire des bougies. J'ajouterai que nous-même nous y sommes quelquefois obligé, car il est malheureusement des cas exceptionnels qui imposent le séjour des sondes. Dans ces conditions, vous pourriez croire que le malade, dont le canal est pour ainsi dire [illegible] n'éprouve ni douleur, ni accident de l'introduction [illegible] des bougies. Vous voyez, en effet, [illegible] jours que nous soumettons d'emblée à la d[illegible]on ne souffrent plus passé la troisième o[illegible] que, à la condition d'aller doucement [illegible] le moindre mouvement de fièvre ou de [illegible] vient enrayer le traitement. Eh bien! [illegible] plétement changée, et ce contraste [illegible] ment, j'en suis sûr. Après la dilatation [illegible] constamment l'introduction passagère des bougies provoque de la douleur, et très souvent elle cause des accidents; la douleur ne va pas diminuant pour s'éteindre au troisième, quatrième jour, elle continue aussi vive, si elle ne s'exaspère de plus, elle n'est pas limitée : c'est tout le canal qui souffre dans toute son étendue; car, par le séjour prolongé des sondes, la vitalité de ses parois a été profondément at[illegible]. Comment des accidents ne surviendraient-ils pas, dans un tel état de souffrance de l'urètre? N'êtes-vous pas h[illegible] voir retentir les troubles du canal sur le reste de l'appareil urinaire, la vessie, les uretères, les reins? [illegible] nous le montrent. Chez un grand nombre d'[illegible] les quinze jours, par exemple, une cri[illegible] col vésical; alors les reins sécrètent u[illegible] dont s'étonne le malade. Plus tard, la [illegible] tensité; la glande urinaire réagit dava[illegible] que entièrement de sécréter, et quelqu[illegible]

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU [illegible] ARRONDISSEMENT.

RAPPORT SUR UN TRAVAIL [illegible] POUR TITRE :

Organisation du se[illegible] des pauvres,

Par [illegible] MA[illegible]ON et J. SEGUIN;

Lu dans les séances [illegible] 28 octobre et 11 novembre 1851,

Par le D[illegible] THIBAULT

Secrétaire général, ancien interne-lauréat des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance et de la Société philanthropique, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos des 13, 19, 23 et 27 décembre.)

Vous ne verrez sans doute avec nous dans ces paroles que le désir de dissimuler dans une brillante antithèse la faiblesse d'un argument difficile à soutenir, vous nous dispenserez donc de toute discussion sérieuse sur ce point, nous préférons vous rappeler la pensée du rapport des délégués de 1848, qui désiraient voir les places relevant de la mairie de Paris et de la préfecture de police exclusivement réservées aux anciens médecins des bureaux de bienfaisance, car elles serviraient à la fois à solder le passé et à garantir pour l'avenir une existence que n'assurent pas toujours quarante années d'exercice de la médecine. (Rapp. cité, p. 27.)

Telles sont, messieurs, les considérations que nous voulions vous présenter relativement au mode de rémunération que les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent demander et accepter sans perdre de leur indépendance, tout en payant à la société la part que celle-ci a le droit d'exiger en faveur de l'indigent. Elles serviraient à vous démontrer que pour nous le service de l'assistance publique ne doit pas être exclusivement gratuit, et encore moins exclusivement salarié, qu'il faut au contraire combiner dans de justes proportions ces deux éléments, de manière que l'assistance publique soit aussi une assistance mutuelle propre à resserrer plus intimement les liens qui doivent exister entre tous les membres d'une société.

Du nombre des médecins.

En rapport avec la population indigente, il doit nécessairement varier dans chaque bureau. Pour nous, la proportion doit être pour chaque médecin de 150 à 200 ménages au plus; ce chiffre ne pourrait être dépassé sans de grands inconvénients.

Vous savez, messieurs, que dans toutes les administrations on donne le nom de *titulaire* à tout employé recevant un traitement; il en sera de même à l'assistance publique, où l'on donnera le nom de titulaire à tout médecin du bureau recevant l'indemnité. Quant à la fixation du nombre de ces derniers, c'est là une question de budget que nous ne pouvons aborder sans connaître exactement les ressources de la caisse municipale; nous devons donc accepter, comme le seul possible en ce moment, le chiffre de 80 médecins titulaires demandés pour tout Paris par M. l'inspecteur de l'administration. Mais, comme il le fait remarquer lui-même, ce chiffre est de beaucoup inférieur à celui que nécessitent les besoins du service, d'où la création de *médecins adjoints* à titre gratuit. Aux yeux de nos confrères du 12ᵉ arrondissement, cette mesure ne peut être considérée même comme un palliatif, parce que leur nombre devrait, pour satisfaire aux besoins, dépasser celui des médecins titulaires; qu'ainsi la moitié au moins du service serait faite sans les garanties de savoir que l'on veut exiger, et que ce serait à l'égard du plus grand nombre de médecins maintenir par la gratuité les vices de l'institution actuelle. Pour toute réponse à ces objections, il nous suffira de rappeler ici l'exemple de la Société philanthropique qui fonctionne d'après ce principe depuis l'année 1780, malgré les révolutions que notre pays a eu à subir, et cependant chaque dispensaire se compose d'*un* médecin et d'*un* chirurgien titulaires, et de *trois* médecins et *trois* chirurgiens adjoints. (Art. 40 du règlement.)

[illegible] de ce service, le personnel médical de chaque bureau com[illegible] certain nombre de médecins arrivés à un âge qui ne permet pas de leur imposer la continuation d[illegible] nous voulons parler des *médecins honoraires.*

Ce titre pourrait être accordé :

1° A tout médecin qui aura rempli pendant [illegible] fonctions de titulaire;

2° A un médecin adjoint qui aura fait son [illegible] pendant quinze années consécutives sans avoir reçu d'indemnité. Cette disposition permettrait de conserver dans le service actif un médecin adjoint qui, à raison de sa fortune et de sa position, n'aura pas voulu se faire nommer titulaire, c'est-à-dire recevoir l'indemnité qui est attachée à ce titre.

Médecins suppléants. — Souvent il arrive que les médecins titulaires ou adjoints se trouvent dans l'impossibilité de remplir ces fonctions. Dans ce cas, les indigents de ces divisions seraient confiés à des médecins *suppléants* nommés par le bureau. Ils seraient dans le rapport de 1 à 5 avec les médecins titulaires et adjoints.

Résidence du médecin.

L'article 14 du projet administratif est ainsi conçu :

« Les médecins titulaires nommés au concours doivent venir demeurer, dans le délai de trois mois à partir de l'arrêté d'institution, dans le quartier de la circonscription territoriale dont le service leur a été attribué par le bureau de bienfaisance de l'arrondissement. Ils ne peuvent quitter ce domicile pour en prendre un plus éloigné sans l'assentiment formellement exprimé du bureau, le tout sous peine d'être déclarés démissionnaires. »

Si cet article devait être accepté, le service du bureau deviendrait presque impossible, car vous trouverez rarement des médecins établis depuis quelques années et qui voudront consentir à quitter toutes leurs relations pour aller dans un quarti[illegible] vent ils ne pourront s'en créer de nouvelles. Les [illegible] vous les ferez jouir ne compenseront jamais [illegible] trouver dans le quartier qu'ils avaient primit[illegible] jusqu'à la [illegible] permis d'espérer que l'administration, [illegible] égard, laissera liberté pleine et enti[illegible] minera les conditio[illegible]

d'urine sont péniblement rendues dans les vingt-quatre heures ; heureux quand le travail phlegmasique, s'arrêtant là, ne marche pas au point de produire des abcès.

Outre ces dispositions fâcheuses, le chirurgien lui-même est trop souvent la cause de ces accidents, en ne sachant résister ni à l'impatience du malade, ni à la sienne propre. La douceur, les ménagements, une patience à toute épreuve sont la règle incessante du traitement des maladies des organes urinaires ; mais jamais leur oubli n'a des conséquences plus fâcheuses que dans ces cas difficiles où le canal se révolte pour ainsi dire contre les manœuvres du chirurgien.

Nous allons examiner de nouveau la vessie d'un jeune enfant qui m'a été adressé comme ayant la pierre. Je n'ai rien rencontré à une première exploration. Il n'en faut rien conclure ; cette exploration a été le cathétérisme pur et simple, c'est-à-dire le moyen de diagnostic auquel se bornent la plupart des praticiens.

Dans de pareilles conditions, rien de plus fréquent que de méconnaître l'existence d'une petite pierre, quelquefois même d'une assez volumineuse. Je me hâte de vous dire que ce premier cathétérisme a été précédé chez l'enfant de l'introduction de quelques bougies molles qui, émoussant la sensibilité de l'urètre, non-seulement préviennent la douleur du cathétérisme, chose importante déjà chez un très jeune sujet, mais surtout mettent à l'abri des dangers et des accidents auxquels expose un cathétérisme fait sans précaution.

Il nous reste deux manœuvres à accomplir pour porter un jugement, je ne dirai pas définitif, mais au moins entouré de toutes les chances possibles d'exactitude.

La première consiste à interroger avec la sonde la vessie remplie par l'urine ou par un liquide doucement injecté, puis à continuer l'exploration pendant qu'on laisse écouler le liquide. De cette manière, le retrait de l'organe vous amène naturellement les points des parois qui auraient pu vous échapper. C'est ce que je fais devant vous : *Résultat négatif.*

Il me reste une dernière ressource ; c'est l'emploi du lithoclaste, ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, l'instrument explorateur par excellence. Si bien qu'avec lui on peut reconnaître et mesurer un calcul, et quelquefois du même coup commencer la fragmentation.

Vous voyez que nous ne trouvons rien, malgré l'emploi de tous ces moyens. Resterait à expliquer maintenant, en l'absence de la pierre, les symptômes de notre jeune malade. Je ne vous dirai qu'un mot aujourd'hui de celui de ces symptômes qui peut-être a le plus frappé comme signe de la pierre, l'incontinence d'urine. Plus vous étudierez ce phénomène chez les enfants, plus vous vous prendrez à douter de l'opinion que s'en font la plupart des médecins, sur l'autorité de Desault. Desault l'attribuait à une augmentation de la puissance contractile de la vessie surmontant la résistance affaiblie du col. Eh bien ! dans un grand nombre de cas, c'est tout l'inverse : l'enfant pisse involontairement avec une vessie paresseuse ; l'urine coule par regorgement, comme chez les vieillards, et vous aurez, je crois, l'occasion de vous convaincre cette vérité chez notre enfant quand je vous aurai [illegible] la capacité augmentée du réservoir urinaire, le jet [illegible]rable de l'urine à travers la sonde, et surtout le succès [illegible] injections froides qui réussiront, je l'espère, à redonner [illegible] vessie sa tonicité et sa contractilité, et à guérir en très [illegible] de jours notre jeune malade. Dr Adolphe RICHARD.

HOPITAL D'AJACCIO. — M. ABEILLE.

[R]ôle des divers états morbides régnants ou intercurrents [da]ns les épidémies de fièvres paludéennes. Leur action sur [la] marche et le type de la fièvre. Leur importance au point de vue thérapeutique.

(Suite. — *Voir* les nos des 23 et 27 décembre 1851.)

Fièvre quotidienne passant à la rémittence sous l'influence d'une complication de lésion des fonctions digestives, résistant au sulfate de quinine et cédant ensuite au même moyen dès que l'état saburral a été dissipé par les eméto-cathartiques.

C'est un confrère qui défraie cette observation. M. Rézu, chirurgien aide-major au 53e de ligne, âgé de trente et un ans, d'une constitution moyenne, obèse, surchargé de tissu cellulaire et lymphatique sanguin, était à Ajaccio depuis quatre mois. Il s'y était toujours assez bien porté. Ce confrère quitta un logement bien situé pour venir s'installer dans une maison qui fait face à la mer, sur la place du Diamant. Nous-même, qui nous étions également toujours bien porté depuis notre arrivée, opérions en même temps notre déménagement pour venir nous installer dans un logement à côté du sien sur la même place. La voix du peuple, sans doute celle de l'expérience, fait peser sur cette rangée de maisons nouvellement construites et douées du reste d'un point de vue magnifique une accusation d'insalubrité que justifie leur situation. Dès la fin de juillet, c'est-à-dire quinze jours après sa nouvelle installation, M. Rézu était pris de fièvre quotidienne, dont nous étions atteint nous-même quelques jours après. Il fit prompte justice de cette fièvre par la médication quinique. Quinze jours plus tard, récidive au même type, deuxième accès grave. La fièvre céda encore cette fois à la même médication, mais avec beaucoup plus de difficulté. Déjà notre confrère ressentait une faiblesse profonde, de l'empâtement à la bouche, de l'inappétence. Comme il se traitait dans sa chambre, il n'osa pas recourir à un émétique, se mit à l'usage des amers et traîna une vingtaine de jours, ayant de loin en loin quelques accès, qu'il coupait avec du sulfate de quinine.

Une deuxième récidive eut lieu dans les premiers jours de septembre ; mais cette fois la fièvre apparut sans intermittence. Chaleur et sueur ; immédiatement après la diaphorèse, recrudescence de la chaleur ; céphalalgie continue exacerbée pendant le stade de chaud : telle était alors l'allure de la fièvre. Notre confrère se décida à entrer à l'hôpital. Il présentait un teint pâle, anémié, un abattement physique et moral très prononcé. La langue était couverte d'une couche épaisse de mucus grisâtre. Il était sujet à de fréquentes nausées avec amertume de la bouche, à une céphalalgie vertigineuse. Au moment de notre première visite, il y avait chaleur sèche à la peau et 96 pulsations à la radiale.

6 et 8 décigrammes de sulfate de quinine pendant deux jours échouent complétement contre cette fièvre rémittente.

Le troisième jour de l'entrée à l'hôpital (15 septembre), 10 centigrammes de tartre stibié procurèrent de nombreux vomissements et plusieurs selles. Le soir, 0,6 de sulfate de quinine. La fièvre était jugée le 16.

Dans le même moment, M. l'inspecteur Lévy, en tournée à Ajaccio, examinait notre intéressant malade et nous aidait de ses lumières. Il conclut à une complication de fièvre muqueuse. Après deux jours de cessation de la fièvre, pendant lesquels M. Rézu était resté profondément abattu, ne recouvrant ni l'appétit ni l'espérance, nouvelle recrudescence. Le sulfate de quinine ne donne que des demi-résultats.

Recours aux purgatifs salins répétés deux fois en quatre jours, suivis de l'administration de quinine chaque fois à la dose de 0,6. Justice pleine et entière fut alors faite de cet état mixte où la fièvre paludéenne avait son rôle et dominait les troubles des fonctions digestives, comme elle en était défigurée elle-même.

Il est démontré jusqu'à l'évidence dans cette observation que la fièvre paludéenne a eu une apparition franche et sous un type bien déterminé de prime abord ; que, plus tard, elle s'est compliquée d'un état morbide du tube digestif, état compris entre l'embarras gastro-intestinal et la fièvre muqueuse avec ou sans éruption folliculeuse ; que, du moment que la complication a surgi, le type de la fièvre s'est abâtardi en passant de l'intermittence quotidienne à la rémittence ; que, tant qu'il n'y a eu que fièvre d'accès bien dégagée de complications, le sulfate de quinine a eu pleine puissance d'action contre elle ; que, quand sous la fièvre s'est dessinée l'affection du tube digestif, la médication quinique a perd[u] partie de son empire, la complication tenant en éveil [contin]uel l'influence palustre ou lui donnant plus d'action e[n raison] de l'affaissement de l'organisme et de l'amoindriss[ement] des forces de réaction ; et qu'enfin, ce n'est que quand [la complication] a été vaincue par des moyens appropriés et répétés [que la] quinine a repris son empire absolu sur la fièvre de [marais] pour en faire une dernière et définitive justice.

Nous sommes forcément conduit, en examinant l'infl[uence] que ces épidémies de fièvres paludéennes exercent sur les [affec]tions intercurrentes qu'elles compliquent ou dont elle[s sont] compliquées, à nous arrêter sur une question apparue sou[s une] forme nouvelle, sinon neuve de fond : nous voulons [parler] de la forme typhoïde que revêtent parfois les fièvres [palu]déennes. Si les auteurs italiens sont presque unanim[es à se] tu[e]r sur cette forme de la fièvre de marais, ils n'en o[nt pas] moins reconnu l'existence au fond ; il suffit, à cet éga[rd, de] parcourir la série des rémittentes par eux admises, e[t] quelques-unes expriment bien la forme typhoïde, sans [que tou]tefois le mot soit prononcé. Mais, en pareille matièr[e, peu im]porte, le mot ne fait rien à la chose, pourvu que la sy[mpto]matologie rende assez fidèlement un des degrés de [l'état] pathologique que nous avons groupés sous le nom de typhoïde.

Y a-t-il bien réellement parmi les fièvres paludéenn[es des] cas où la forme typhoïde soit la manifestation de la n[ature] essentielle, ou bien cette forme ne traduit-elle alors [qu'une] complication qui vient abâtardir l'allure et le type de [la fiè]vre de marais ?

La question, comme on le voit, est importante au p[oint de] vue étiologique comme au point de vue thérapeutique. [Parmi] nos confrères de l'armée d'Afrique qui, comme no[us l'avons] déjà dit, ont étudié avec tant de soin les divers éta[ts patholo]giques qui règnent dans nos possessions africai[nes, et no]tamment les fièvres palustres, il en est qui ne [répugnent pas] à admettre une forme typhoïde comme propre [à ces fièvres], comme une de ses manifestations dérayées, n[on comme une affec]tion morbide qui puisse la justifier ; d'autre[s] sembleraient conclure à une complication [...] forme. C'est un point pour ainsi dire neuf [...]

Là où règnent les grandes épidémies, [...] out parfois plusieurs centaines de malad[es à voir ...] visite, il est impossible, même avec u[n zèle ...] une volonté à l'avenant, de voir ex[...] ment tous les malades, d'embrasser [...] rapide que l'éclair la symptomatolo[gie ...] chaque individualité. Il est évid[ent ...] pathologiques, le règne épidémique [...] clinicien, qui, faute de pouvoir descend[re dans] les détails, doit embrasser l'ensemble général des phénomènes et dicter la thérapeutique en conséquence.

Nous craignons que dans les recherches cadavériques il n'y ait souvent aussi, et pour les mêmes raisons, impossibilité d'embrasser tous les dé[tails].

Il appartient donc plutôt aux médecins qui exercent sur une petite échelle et dans des conditions à peu près identiques de climatologie et de géologie, de chercher à porter par une étude attentive les derniers traits de lumière qui doivent servir à résoudre cette question.

La Corse se trouve placée dans des conditions à peu près analogues à celles de nos possessions d'Afrique. Les fièvres de marais, endémiques habituellement, prennent ici, comme en Afrique, un véritable caractère d'épidémicité à certaine époque de l'année, et nous retrouvons durant ces épidémies tous les traits physionomiques, les nuances, les variétés observés dans le nord de l'Afrique. Le peu de troupes qu'il y a en Corse, eu égard à leur vie de repos, à leur bonne nourriture habituelle, présentent proportionnellement autant de malades que celles des villes de l'Algérie où le soldat jouit d'un peu de tranquillité. La même gravité se révèle ici dans les états pathologiques succédant à l'intoxication palustre. Le faible

---

cins lorsqu'ils se porteront candidats. N'avez-vous pas dans le cinquième bureau de bienfaisance plusieurs médecins qui demeurent dans le 3e et même le 2e arrondissement, et dont le service est aussi exactement fait que s'ils demeuraient dans la circonscription même qui leur a été assignée ?

Dispositions transitoires.

ART. 15 du projet administratif. — « Les médecins actuellement en fonctions continueront à les remplir jusqu'au 1er janvier 1853.

» Les indemnités seront allouées aux plus anciens en exercice, pourvu qu'ils n'aient pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans, et sous la condition de transporter leur domicile réel dans le quartier qui leur sera assigné.

» Au 1er janvier 1853, la moitié des places de médecins titulaires sera donnée au concours. Le sort désignera les médecins sortants.

» Au 1er janvier 1856, l'autre moitié des places sera donnée au concours.

» A cette dernière époque seront appliquées sans réserve toutes les dispositions du présent règlement. »

Telles sont, messieurs, les dispositions par lesquelles M. le directeur de l'assistance publique a cru devoir remplacer celles proposées par M. Vée, à savoir :

« Les médecins actuellement en fonctions continueront pendant les périodes déterminées par le présent règlement.

» Les plus anciens d'entre eux obtiendront le traitement accordé aux titulaires, les autres y arriveront à tour de rôle lors des vacances. Les formes nouvelles de nomination et d'élection ne [seron]t [...] appliquées qu'après l'épuisement des listes actuelles (1). »

[...] de M. le directeur devaient prévaloir contrairement [...] directeur, nous serions autorisé à dire avec nos [...]dissement que ce projet est destiné à bouleverser [...] [ser]vice sans avoir la certitude d'en créer un autre qui puisse aussi bien fonctionner que celui d'aujourd'hui. En effet, vous venez de l'entendre, les médecins qui vont recevoir au 1er janvier prochain l'indemnité nouvelle devront aller habiter le quartier de leur circonscription indigente et par conséquent quitter le centre de leur clientèle, et le tout avec la perspective d'être chassé une année après. Car notez bien qu'au 1er janvier 1853 la moitié d'entre vous devra se retirer pour faire place à ceux que vous enverra le concours : on n'ose même pas vous dire que vous aurez la faveur de pouvoir concourir pour reprendre un titre que vous avez péniblement acquis.

Notez encore que, pour *choisir* cette moitié, on prend le *sort*, c'est-à-dire l'instrument le plus injuste, le plus aveugle, mais le plus court, il est vrai, pour sortir des embarras que l'on s'est créés.

Est-ce, messieurs, sur cette façon d'agir que vous deviez compter le jour où vous avez mis au service des pauvres, sans calcul, parce que c'était votre devoir, toute l'instruction, tout le zèle et toute l'activité qui étaient en votre pouvoir ? Pensiez-vous alors que, ne tenant aucun compte de vos services et de votre dévouement, l'administration montrerait aussi peu de gratitude et proposerait d'acquitter ainsi envers vous la dette publique contractée au nom de l'humanité ?

Telles sont, messieurs, les considérations que nous avons dû vous présenter sur les questions soulevées dans le rapport de MM. Martin Magron et Seguin. Nous croyons devoir borner ici ce travail, trop long peut-être pour la manière dont il a été traité ; mais certainement trop court si l'on considère les intérêts nombreux qui s'y rattachent. Nous avons cherché à concilier les garanties et les services que la société peut exiger en faveur de ses indigents avec les droits et la dignité du corps médical, qui a toujours rempli jusqu'à présent sa mission charitable avec tant de zèle et d'empressement, et qui saura toujours aussi, quelles que soient les décisions prises par l'autorité, donner l'exemple d'un dévouement qui ne connaîtra d'autres bornes que les immenses besoins des classes malheureuses.

RÉSUMÉ.

Nous pouvons résumer ainsi les principales idées développées dans le travail qui précède :

Elargir les bases du traitement à domicile pour diminuer le nombre des entrées dans les hôpitaux.

Dans ce but :

1° Supprimer le bureau central, et faire visiter les malades à domicile par des médecins qui délivreront les billets d'admission ;

2° Développer le traitement externe institué dans plusieurs établissements de l'administration.

— Quant au service médical des bureaux de bienfaisance, il se composera de médecins honoraires, titulaires, adjoints et suppléants.

Leur nombre variera suivant les besoins du service.

Les trois plus anciens médecins honoraires, demeurant à Paris seront de droit administrateurs du bureau.

Les médecins titulaires seront seuls rétribués : ils seront nommés par leurs confrères sur une liste de présentation dressée par le bureau où existent les places vacantes.

Le service des médecins adjoints sera gratuit ; à eux seront réservées les places de médecins de l'état civil.

Le lieu de résidence des médecins titulaires et adjoints sera déterminé par le bureau.

Les médecins titulaires actuels recevront successivement et à mesure des vacances, par rang d'ancienneté, l'indemnité nouvelle accordée par l'administration.

M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchements le lundi 5 janvier 1852, à onze heures du matin, rue des Poitevins, 4, près de l'Ecole-de-Médecine.

L'examen clinique des femmes enceintes commencera dans le courant de janvier. L'étude des opérations obstétricales se fera à la même époque, au cours de quatre heures.

appoint de notre expérience pourra donc être de quelque utilité pour la question en litige.

Disons d'abord qu'il existe des relations d'épidémies de fièvres paludéennes où la forme typhoïde s'est montrée d'une manière bien tranchée et sur une large échelle. Telle est la relation de celle qui régna à Copenhague en 1652 : « Dans ces lieux bas et humides, dit Pringle, après un été extraordinairement chaud et sec, il se déclara à Copenhague une fièvre qui était accompagnée de paroxysmes quotidiens ou tierces, de vomissements bilieux, d'une chaleur brûlante, de maux de tête violents, souvent avec délire, et de taches pétéchiales qui paraissaient dans les accès et disparaissaient dans les rémissions ; ces taches, jointes à une faiblesse extraordinaire, indiquaient la nature putride de la fièvre, qui se manifestait encore par des sueurs abondantes, des abcès, de la diarrhée ou la dyssenterie qui la terminaient. » (Bartholin., *Hist. anato-rar.*, art. 3, hist. 58.)

En extriquant, à travers ces histoires confuses d'épidémies, les caractères pathologiques fondamentaux, et remontant à l'étiologie à peine indiquée par l'état de chaleur et de sécheresse dans ces lieux bas et humides, on voit évidemment qu'il s'agit de fièvres paludéennes à forme typhoïde ayant perdu leur type fondamental, et telles qu'on en observe dans tous les pays chauds où règnent les épidémies de fièvres palustres.

Pour nous, ces formes résultent d'une complication morbide, et ne sont point un cachet particulier et sans cause matérielle de la fièvre essentielle.

A Ajaccio, où, durant le cours des deux premiers trimestres de 1851, nous n'avons pas observé un seul cas de fièvre typhoïde, nous en voyons apparaître plusieurs tout à coup, et cela au même moment où l'endémo-épidémie palustre se déclare, c'est-à-dire fin juillet et commencement d'août. Ces affections se présentent tantôt avec des caractères bien tranchés, et la fièvre revêt des exacerbations régulières qu'elle emprunte à la prédominance paludéenne; tantôt, au contraire, elles restent complétement voilées par la fièvre intermittente ou rémittente, jusqu'à ce que, la médication quinique ayant fait justice de celle-ci, elles sont mises en évidence par les caractères qui leur sont propres. Parfois ces derniers caractères restent tellement obscurcis, que, la fièvre paludéenne dissipée, il semble qu'il ne reste plus aucun état pathologique en arrière, ou du moins aucun état sérieux. Ce sont là les cas d'iléo-colite folliculeuse latente, qui, avec ou sans complication, restent souvent comme une énigme pour le médecin. Tel est celui de la première observation que nous avons citée.

Nous allons rapporter deux autres faits qui, joints à celui-ci, représentent assez exactement les trois aspects dont nous venons de parler.

5° *Iléo-colite folliculeuse compliquant une fièvre paludéenne d'abord quotidienne, puis rémittente, et mise en évidence après la cessation de l'affection épidémique par suite du sulfate de quinine.*

Huitre, artilleur à la batterie d'artillerie en garnison à Ajaccio, d'une taille élevée, mais grêle, à teint brun, d'apparence bilieuse, à constitution au-dessous de la moyenne, âgé de vingt-deux ans, ayant dix-huit mois de service, entre à l'hôpital le 21 août.

Ce militaire avait ressenti, le onzième jour avant son entrée à l'hôpital, un accès de fièvre. Le 11, un second accès semblable se reproduisit; les 12, 13, 14 et 15, nouveaux accès à peu près à la même heure, et gagnant en étendue comme en intensité. Ce jeune militaire faisait usage de tisane amère, ainsi que tous les canonniers de la batterie, et croyait pouvoir barrer le chemin à la fièvre. Contre son attente, celle-ci continua à se reproduire, et le neuvième jour, elle passait du type quotidien à la subcontinuité. Céphalalgie continue avec exacerbation fréquente, chaleur qui ne diminuait que par une diaphorèse irrégulière et plus ou moins abondante tous les jours, pour reprendre ensuite avec plus d'énergie; c'est en cet état que Huitre arriva à l'hôpital.

Le 22, à notre visite du matin, nous constatâmes une chaleur peu intense à la peau, avec moiteur; un pouls large, dépressible, à 80; une céphalalgie moins intense que dans la nuit. L'intelligence est intacte; les réponses justes; la langue est effilée, rouge à la pointe et sur les bords, avec enduit muqueux au centre. Le malade est dans le moment de la rémission. Il n'y a chez lui ni gargouillement dans la fosse iliaque droite, ni météorisme abdominal, ni douleur dans le ventre à la pression. Les gencives inférieures présentent une bandelette nacrée. Il y a quelques selles diarrhéiques pendant trois jours. Le dévoiement est suspendu maintenant. Le malade se plaint de vertiges dans la station debout. Il dit n'être atteint que d'une fièvre quotidienne depuis onze jours. La rate donne, à la plessimétrie, 13 centimètres de haut en bas et 24 transversalement.

Pendant trois jours, nous administrâmes le sulfate de quinine à la dose de 0,6 et 0,8.

Le 26, Huitre déclare la fièvre coupée. En effet, à notre visite, il y a chaleur normale à la peau; pouls à 69; absence de céphalalgie, mais augmentation du vertige. La bouche est pâteuse; il y a quelques nausées et nul désir d'aliments. — 1 gramme d'ipéca et 5 centigrammes de tartre stibié en potion; limonade citrique, 2.

Le 27, il y a de nombreux vomissements séro-muqueux avec une teinte jaune due à la présence d'une partie colorante [illegible] la bile. Plusieurs selles demi-liquides avec la même colo[illegible] Pas d'accès de fièvre. — Diète; limonade citrique, 2.

[illegible] Huitre présente de la stupeur avec des couches [illegible]es de mucus sur les cornées. Sa langue reste trem[illegible]nd on la lui fait montrer. La fosse iliaque droite [illegible] d'un gargouillement prononcé, et toute la surface [illegible] donne un son clair à la percussion en même [illegible] elle se présente ballonnée. Pour la première fois, [illegible] vons deux taches lenticulaires, proéminentes sur le thorax, et une tendance prononcée à l'assoupissement. — Diète; fomentations chaudes sur le ventre; limonade citrique, 2.

Le 29, le malade a été assoupi toute la journée précédente. Nous avons de la peine à le tirer de son sommeil au moment de la visite. Il offre un cachet de stupeur bien prononcée; sa face est rouge, les yeux excavés. La langue, aplatie en cuiller, offre déjà quelques fendillures avec une couche de mucus brunâtre, dont les gencives sont également recouvertes. De nombreuses plaques lenticulaires rosées se sont développées sur le ventre et le thorax. Il n'y a pas cependant de chaleur anormale à la peau, et le pouls, large et dépressible, ne bat que 72.

Le ballonnement du ventre, observé la veille, s'est accru; il y a véritable tympanite. Commencement de surdité. Toux fréquente avec expectoration de mucus filants, agglutineux et aérés. La percussion, exercée sur tous les points du thorax, donne une résonnance normale; mais à l'auscultation on perçoit, dans les deux tiers inférieurs et postérieurs de chaque côté, du râle muqueux fin et groupé, preuve évidente d'un commencement de cette hypostase sanguine que dans une période plus avancée quelques auteurs dénomment pneumonie hypostatique.

Pendant huit jours, Huitre reste plongé dans un état de somnolence avec une surdité croissante, mais sans délire vigil ni nocturne. Quelques purgations salines répétées, le vin de quinquina, des embrocations camphrées et opiacées sur le ventre avec fomentations chaudes, des lotions avec de l'eau et du vinaigre sur tous les membres, et répétées cinq à six fois par jour avec les boissons acides, défrayent tonte notre thérapeutique. Durant ce temps nous avons vu succéder aux plaques rosées sur le ventre et le thorax des pétéchies de diverses natures, et à celles-ci des sudamina.

Le 7 septembre, Huitre paraît sortir doucement de son état de stupeur, mais il conserve la surdité. L'appétit renaît vif et impérieux, témoignage d'une convalescence franche. Le ventre est encore le siége de quelques pétéchies à forme vésiculeuse, à base purulente avec auréole rouge, enflammée. Ces pétéchies suppurent, puis s'effacent par desquamation, et à côté de celles qui sont guéries on en voit surgir quelques autres. Les crachats abondants, muqueux, glutineux et aérés, se sont teints d'une légère couleur rouillée. — Bouillon, vin sucré; looch gommeux avec addition de 30 centigrammes de kermès.

Les 8, 9, 10 et 11, mêmes prescriptions.

Le 12, l'expectoration, devenue moins abondante, revêt le caractère purement muqueux. Les deux bases postérieures seules sont encore le siége de râles muqueux, à plus ou moins grosses bulles. Il n'y a jamais eu dans aucun point du thorax ni respiration soufflée, ni son mat ou obscurci. Une alimentation convenable et graduée, l'usage du vin aux repas et du vin de cannelle comme topique conduisent notre malade à la guérison complète, qui a lieu le 28, c'est-à-dire le trente-septième jour de l'entrée.

N'est-il pas vrai que dans cette observation il n'apparaît d'abord qu'une fièvre franchement quotidienne et en rapport avec l'épidémie régnante, que plus tard, vers le neuvième jour, cette fièvre devint rémittente? C'est qu'alors à la fièvre de marais s'était joint un autre état morbide, l'iléo-colite folliculeuse ou fièvre typhoïde, qui ne se met en évidence que quand, après trois jours de traitement par la quinine à l'hôpital, la fièvre essentielle a été jugée. Et qu'on remarque bien une chose, cette iléo-colite folliculeuse qui, en raison des désordres organiques thoraciques et abdominaux, aurait dû s'accompagner durant son évolution d'un cortége fébrile très prononcé, a été presque complétement exempte de ce phénomène général, comme si la fièvre paludéenne qui avait dominé pendant quelques jours et qui avait été vaincue par la médication quinique, avait purgé les systèmes nerveux et sanguin de leur puissance de réaction pour le cours de la maladie complicante. Il serait difficile de mieux surprendre la nature en flagrant délit pour prouver la complication d'un état pathologique nouveau quand la fièvre paludéenne revêt la forme typhoïde. Les révélations cadavériques n'apprendraient ici rien de plus que ce que la pathognomonie a démontré.

Voici notre dernier exemple :

6° *Fièvre quotidienne compliquée d'iléo-colite folliculeuse.*

Borie, fusilier au 53ᵉ de ligne, jeune soldat, trois ans de service, constitution moyenne, tempérament nerveux-sanguin, six jours d'invasion, entre à l'hôpital le 27 août.

Ce militaire dit n'avoir jamais été malade avant son entrée au service, ni depuis.

Le 24, il a eu un premier accès de fièvre débutant à sept heures du matin par le stade de froid, et se terminant à cinq heures du soir par une transpiration abondante et prolongée. Les trois jours suivants répétition du même accès, qui avance d'une à deux heures chaque fois et se prolonge davantage. Borie en est à son quatrième le jour d'entrée à l'hôpital. Il est porteur, en outre, d'une diarrhée séro-muqueuse sans coliques ni ténesme; mais si l'on presse avec la main dans la fosse iliaque droite et le long du colon ascendant, on détermine une douleur sourde. La rate ne donne à la mensuration que 7 centimètres de haut en bas, et 0,14 transversalement. Il y a quelques envies de vomir et une toux revenant par quintes, qu'en l'absence de tout râle dans la poitrine nous rattachons à une laryngite congestionnelle. En effet, elle redouble d'intensité pendant le paroxysme fébrile.

Le 28, diète, limonade gommée; 30 grammes de sulfate de soude en purgation. Cette potion ne provoque qu'une selle. Le soir, douleurs d'entrailles vives et dissipées presque instantanément par des fomentations chaudes sur le ventre. L'accès de fièvre arrive à minuit et ne dure que jusqu'à deux heures du matin.

Le 29, bouillon, limonade gommée, fomentations émollientes sur le ventre; quatre selles. Accès de fièvre de trois heures de l'après-midi à sept heures du soir.

Le 30, le ventre est ballonné; de nombreuses taches lenticulaires rosées apparaissent sur les parois; la fosse iliaque droite est le siége de gargouillement; la toux est augmentée, et s'accompagne de quelques râles muqueux disséminés dans les deux faces postérieures du thorax. — Bouillon, eau gommée; saignée du bras à 125 grammes. Nouvel accès de fièvre de deux à six heures du soir.

Le 31, trois selles dans les vingt-quatre heures. Eruption de taches rosées sur le ventre continuant; hébétude prononcée. Fomentations chaudes sur le ventre; eau gommée, 2; 0,6 de sulfate de quinine.

Le 1ᵉʳ septembre, l'accès a été écourté. Le stade de froid a fait défaut; quatre selles; céphalalgie vertigineuse continue, moins intense en dehors de l'accès. — Bouillon, eau gommée; sulfate de quinine à 0,8. Fomentations chaudes sur le ventre.

Le 2, la fièvre a complétement fait défaut. Le malade n'éprouve plus que des éblouissements et des tintements d'oreilles. La toux persiste et est suivie d'expuition de crachats muqueux pervertis. On constate encore la présence de râles muqueux disséminés sur les deux faces postérieures du thorax. Le ballonnement du ventre persiste. Le malade est abattu, décoloré. — Sulfate de quinine, 0,8. Le reste, *ut suprà.*

Le 3, pas d'accès; même état de l'abdomen. Quatre selles dans les vingt-quatre heures. Langue couverte d'une couche épaisse de mucus grisâtre. Moiteur de la peau; pouls à 69. Inappétence, dégoût, faiblesse croissante. Le malade accuse comme une sorte d'ivresse. — Bouillon, vin de cannelle, embrocations camphrées et opiacées sur le ventre.

Le 4, insomnie la nuit sans agitation, sans chaleur fébrile; une seule selle; les taches rosées sont effacées. L'hébétude et l'affaiblissement persistent. Même dégoût et inappétence, 30 grammes de sulfate de soude. — Vin de cannelle, bouillon, eau de gomme.

Le 5, il y a eu huit selles successives à la suite de la purgation. Sommeil dans la nuit; réveil de l'appétit. La convalescence semble se décider. — Potage; vin de quina.

Les jours suivants, l'alimentation est augmentée, à cause de l'appétit qui se montre impérieux. On continue l'usage du vin amer et de frictions aromatiques sur les membres.

Le 17, le malade était complétement guéri, et quittait l'hôpital le 18.

Dès le principe nous avons soupçonné chez ce malade une iléo-colite folliculeuse compliquée de fièvre d'accès. A dessein nous avons dirigé d'abord notre thérapeutique contre la maladie en sous-ordre pour voir l'allure que prendrait la fièvre. Ce n'est qu'après quelques jours de sa persistance que nous avons combattu celle-ci par le sulfate de quinine, qui m'a fait justice à la troisième dose. Alors l'affection typhoïde est restée à découvert, se traduisant par les signes [illegible] la fièvre muqueuse. Son évolution a été [illegible], heureusement qu'elle a été sans [illegible] à la suite duquel tout semble [illegible] faire place à une convalescence fr[illegible]

(*La fin [illegible] proc[illegible]*)

NOUVELLES PRÉPARATIONS FER[illegible]

Voici les préparations que propose [illegible] mémoire dont nous avons promis de donne[illegible] la substance.

Sulfate de protoxyde de manganèse.

Le sulfate manganeux, employé dans une seule des formules de M. Pétrequin, nous sert à préparer tous les autres sels de manganèse.

Voici le procédé que nous employons pour l'obtenir :

Bioxyde de manganèse naturel. . . .	10,00
Acide sulfurique à 56°.	Q. S.

pour former avec l'oxyde manique une bouillie un peu épaisse que nous abandonnons au repos pendant trois à quatre jours. La masse se boursoufle d'abord beaucoup et laisse dégager une assez grande quantité de gaz, puis finit par se dessécher et durcir. On l'introduit alors dans un bon creuset de Hesse, et on la calcine lentement en élevant la température jusqu'au rouge sombre, que l'on maintient pendant une heure environ; après quoi on laisse refroidir lentement, et l'on traite à plusieurs reprises la masse par l'eau bouillante; on filtre, on fait évaporer à pellicule, et on laisse cristalliser dans un lieu sec et aéré.

Par évaporation spontanée, le sel se dépose en cristaux réguliers, d'une légère teinte améthyste, qui s'effleurissent un peu à l'air, et contiennent 32 p. 0/0 d'eau de cristallisation.

Ce sel est très soluble dans l'eau, et insoluble dans l'alcool.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES AVEC LE SULFATE MANGANEUX.

Poudre pour eau gazeuse ferro-manganique.

Bicarbonate de soude en poudre grossière.	20,00
Acide tartrique id. id.	25,00
Sucre pulvérisé.	53,00
Sulfate ferreux en poudre très fine. . .	1,50
Sulfate manganeux. id.	0,75

Mêlez avec soin et fermez dans des flacons bien bouchés.

Doses et mode d'administration. — Une cuillerée à café pour chaque verre d'eau et de vin que l'on boit pendant les repas. (Nous préférons ce mode d'administration.)

Ou bien encore on verse trois cuillerées à bouche de cette poudre dans une bouteille remplie d'eau jusqu'à la naissance du goulot et l'on bouche rapidement pour éviter la perte du gaz.

On obtient de cette manière une eau acidule gazeuse, que l'on boit pure ou coupée avec du vin.

L'eau ainsi préparée prend au bout de peu de temps une légère teinte feuille-morte, due, comme on le verra plus loin, à une modification des sels qu'elle contient, qui se transforment en sulfate de soude et en tartrate triple de fer, de manganèse et de soude.

Ce changement, comme cela se conçoit, est plutôt avantageux que nuisible aux propriétés thérapeutiques de la poudre ferro-manganique.

Carbonate manganeux.

Ce sel s'obtient en décomposant une solution de sulfate ou de chlorure manganeux par une solution de carbonate de soude. Le précipité doit être lavé et séché, autant que possible, à l'abri de l'air.

C'est une poudre blanche, insoluble, qui, comme les carbonates terreux, alcalin, se dissout dans une eau chargée d'acide carbonique. Elle se trouve sous cette forme dans un grand nombre d'eaux minérales.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES AVEC LE CARBONATE MANGANEUX.

Pilules de carbonate ferro-manganeux (même formule que pour les pilules de Vallet).

Sulfate ferreux cristallisé pur. . . .	75,0
Sulfate manganeux cristallisé pur. . .	25,0
Carbonate de soude cristallisé. . . .	120,0
Miel fin.	60,0
Eau.	9,5

On fait dissoudre à chaud les sulfates dans l'eau privée d'air par l'ébullition et sucrée préalablement avec 1/16e de son poids de sirop de sucre. On fait dissoudre de la même manière le carbonate. On filtre séparément les deux liqueurs, on les réunit dans un flacon, on agite; on laisse reposer; on décante le liquide qui surnage le précipité de proto-carbonate de fer et de manganèse qui s'est formé, et on le remplace par de nouvelle eau privée d'air et sucrée.

On continue ainsi les lavages jusqu'à ce que l'eau n'enlève plus ni sulfate de fer, ni carbonate de soude; on jette alors le magma sur une toile serrée imprégnée de sirop de sucre, on le soumet à l'action d'une forte presse, en ayant soin de serrer d'abord peu à peu et par intervalles de 10 à 15 minutes, en augmentant graduellement jusqu'à la plus forte pression possible; on retire le carbonate double et on le mélange au miel préalablement fondu au feu, et on concentre le mélange très promptement au bain-marie jusqu'à consistance pilulaire. On ajoute quantité suffisante d'une poudre inerte, et on divise en pilules de 0,20 gram., que l'on enferme dans des flacons bien fermés.

On peut, à volonté, argenter ces pilules, qui se conservent parfaitement sans se peroxyder.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 décembre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose d'un échantillon de remèdes secrets, de trois rapports des médecins des épidémies: l'un sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Belfort, par M. Herrgott; le second, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné à Lure, par M. le docteur Boisson père; le troisième, sur une épidémie de fièvres de *diverses natures* qui ont régné dans l'arrondissement de Meaux, par M. le docteur Saint-Amand; de deux rapports sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône) et de Camoins (Bouches-du-Rhône); et enfin, d'une demande d'autorisation pour l'exploitation d'une source minérale sise à Pézénas.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Stérilité.

Mme Messager envoie de[…] observations de stérilité occasionnée par l'étroitesse du méat utérin.

Variole.

M. Reydelet, chirurgien de la marine, adresse la relation d'une épidémie variolique développée à bord d'un navire.

Rougeole.

M. le docteur Zandick envoie la relation d'une épidémie de rougeole qui a régné à Dunkerque.

Fièvres intermittentes.

M. le docteur Abeille, médecin à l'hôpital militaire d'Ajaccio (Corse), adresse un mémoire étendu sur le traitement des fièvres intermittentes par le cubèbe et le copahu.

L'auteur termine son mémoire, fondé sur 43 observations, par le résumé suivant:

Les sujets de nos expériences sont au nombre de 43. Ce sont tous des militaires en activité de service, ayant de 22 à 35 ans. Un seul dépasse 40 ans. Chez tous nous avons cherché à noter avec précision la constitution et le tempérament. Chez tous également nous avons fouillé dans le commémoratif, et c'est ainsi que nous sommes parvenu à diviser ces fièvres en vierges, en récidivées et en fièvres de deuxième invasion, quand la nouvelle apparition avait lieu à plus de six mois d'intervalle de la première.

Sur nos 43 malades, nous avons noté 11 constitutions au-dessus de la moyenne, 9 au-dessous et 23 constitutions moyennes. Les tempéraments se répartissent ainsi: sanguin, 6; nerveux, 1; bilieux, 1; lymphatiques, 3; lymphatiques-sanguins, 18; nerveux-sanguins, 2; bilieux-sanguins, 9; bilieux-nerveux, 3. Il y a parmi ces 43 malades deux cachexies paludéennes très prononcées à la première entrée.

Pour faire une expérimentation rigoureuse et ayant une valeur réelle, nous avons dû, dans un certain nombre de cas en dehors de l'endémo-épidémie, faire de l'expectation pendant quelques jours, après nous être assuré de la réalité de la fièvre, pour voir quelle marche elle prendrait sans médication active. Le nombre de ces cas est moins considérable que nous n'aurions désiré, parce que l'épidémie régnante et la circonstance des rechutes nous ont engagé souvent à procéder par la médication anti-périodique. Nous faisons entrer en ligne de compte, pour nos expérimentations, les premiers comme les derniers de ces cas, quoique dans ceux-là il y en ait plusieurs chez qui la fièvre a cessé d'elle-même sans médication active. Cette manière de procéder assure la valeur de nos observations et démontre l'inutilité de celles qui auraient été recueillies dans des conditions différentes, puisque en réalité on attribuait alors à l'effet d'une médication ce qui n'est que le résultat de modifications hygiéniques ou autres.

C'est dans une expérimentation ainsi conduite que M. Abeille dit avoir constaté l'heureuse influence du copahu et du cubèbe à la dose de 6 à 10 grammes.

RAPPORTS.

M. Patissier lit un rapport sur les travaux envoyés pendant l'année 1849-50 par les médecins des eaux minérales.

Nomination des commissions.

Sont nommés membres des commissions suivantes:

Remèdes secrets. — MM. Caventou, Poiseuille.
Eaux minérales. — MM. H. Gauthier de Claubry, Chevallier.
Épidémies. — MM. Bricheteau, Gauthier de Claubry.
Vaccine. — MM. Gibert, Cazeaux.
Topographie médicale. — MM. Renauldin, Emery.
Comité de publication. — MM. Roche, Laugier, Boutron, Delafond et Bousquet.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 décembre 1851. — Présidence de M. RAYER.

Opération de staphyloraphie pratiquée avec succès sur un enfant de dix ans.

M. SÉDILLOT, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une note sur la staphyloraphie chez les enfants, d'après les règles de sa nouvelle méthode.

Toutes les personnes opérées de la staphyloraphie ne recouvrent pas le libre exercice de la parole; leur voix reste souvent nasonnée, et la prononciation de certains mots est difficile et vicieuse. Cet état s'explique par l'inaptitude des malades à bien parler et par la malformation de leurs organes. Si l'on n'a pas appris une langue dans son enfance, seule époque de la vie où les prononciations s'acquièrent avec une merveilleuse facilité, il est fort rare d'arriver jamais à perdre tout accent d'origine étrangère; non-seulement la voix se refuse à exprimer nettement certains sons, mais l'oreille ne les distingue pas, et si un maître exercé nous les fait entendre, nous les répétons tout différemment sans le soupçonner.

La plupart des opérés de la staphyloraphie se trouvent dans des conditions semblables; ils doivent apprendre leur propre langue qu'ils n'ont jamais su prononcer, et ils éprouvent les mêmes difficultés que pour une langue étrangère. On parvient à leur faire exprimer assez clairement tous les mots sans nasonnement marqué; mais dès qu'on n'est plus là pour les guider, la prononciation redevient irrégulière et défectueuse. C'est là un des inconvénients de l'âge avancé auquel on a pratiqué la staphyloraphie jusqu'à ce jour, et il était fort à désirer que l'on pût exécuter cette opération sur des sujets plus jeunes et plus aptes à en recueillir les bénéfices. Les diverses parties d'un même appareil se produisent et se développent dans un état de dépendance réciproque, et les vices d'organisation de l'une d'elles impriment des modifications plus ou moins profondes aux organes congénères.

Les cavités buccale et nasale subissent cet ordre d'influence chez les personnes atteintes de division congénitale du voile du palais; les ailes du nez, pour nous borner à cet exemple particulier, se resserrent et tendent à rétrécir l'orifice nasal dans tous les cas où l'air doit être retenu pour la formation de la parole.

On conçoit dès lors que plus on aura retardé la staphyloraphie et moins les malades en profiteront en général, puisqu'ils auront ensuite à lutter contre des vices d'organisation très difficiles à corriger.

L'indication à remplir consisterait à pratiquer la staphyloraphie dès les premières années de la vie, et il n'est pas sans doute impossible que l'on y parvienne. Jusqu'à ce jour les difficultés du manuel opératoire, celles encore plus grandes de la réunion immédiate du voile du palais et la force de volonté nécessaire aux malades pour rester plusieurs jours sans même avaler leur salive avaient fait retarder l'opération jusqu'à l'âge de quinze à seize ans, et pour plus de sûreté les parents exagéraient ce retard et pouvaient se croire fondés, d'après l'opinion commune, à espérer ainsi de meilleures chances de succès.

C'est une erreur qu'il importe de détruire aujourd'hui que nous pouvons opérer beaucoup plus tôt les malades en suivant les règles de notre méthode, et j'attendais avec impatience le moment d'en établir expérimentalement la preuve. Cette occasion m'a été dernièrement fournie par un de nos honorables confrères et ami M. le docteur Schneider, qui m'a appelé à traiter une jeune enfant de dix ans atteinte de division congénitale et complète du voile du palais.

La staphyloraphie, pratiquée le 12 novembre de cette année réussit parfaitement, et la parole est déjà devenue plus claire et plus nette qu'elle ne l'était au bout de plusieurs mois chez un jeune comte allemand âgé de vingt-cinq ans que j'ai opéré en été.

Structure du foie.

M. Lereboullet, de Strasbourg, adresse un mémoire sur la structure intime du foie.

Chronique et nouvelles.

M. Dumesnil, médecin directeur de l'asile des aliénés de Dijon, est nommé directeur de l'asile de Saint-Yon, à Rouen.

— M. le docteur Desmyttère, directeur en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon, est nommé directeur de l'asile de Fains (Meuse).

— Par décret du 23 décembre 1851, ont été nommés, dans la marine, à la suite de concours:

Au grade de chirurgien professeur: M. Arlaud.

Au grade de chirurgien de 1re classe: MM. Drouet, Fourest, Barat, Chapuis, Girardeau, Margain.

Au grade de chirurgien de 2e classe: MM. Pestre, Rulland, Girard, Lauvergne, Baguin, Martin, Toye, Casal, Congit, Aubert, Duprat, Amouretti, Charbonnier.

Au grade de chirurgien de 3e classe: MM. Coignet, Dumay, Garnier, Salis, Terrin, Bonnaud, Autric, Julien, Amouretti, Brusson, Guillabert, Grégoire, Bourgarel, Danvin, Cauvin.

Au grade de pharmacien de 1re classe: M. Delavaud.

Au grade de pharmacien de 2e classe: M. Coutances.

Au grade de pharmacien de 3e classe: MM. Corneille, dit *Saint-Marc*; Héraud.

LE GÉRANT.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1851 et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Depuis plusieurs années, un grand nombre de confrères nous chargent de faire relier leur collection. Nous sommes, dès ce moment, en mesure de les satisfaire; qu'ils veuillent donc bien nous l'envoyer. — Le prix de la reliure est de 2 fr. par volume.

SOMMAIRE. — PARIS. Mort de M. Pasquier, membre du conseil de santé des armées. — ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (M. Morel). Etudes cliniques sur les maladies mentales. — HÔPITAL D'AJACCIO (M. Abeille). Du rôle des divers états morbides régnants ou intercurrents dans les épidémies de fièvres paludéennes. (Fin.) — Société de chirurgie, séance du 24 décembre 1851. — Cours d'hygiène. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 5 JANVIER 1852.

MORT DE M. PASQUIER,

MEMBRE DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES.

La chirurgie militaire vient de perdre l'un des membres dont elle pouvait s'honorer à plus juste titre. M. le docteur Pasquier, membre du conseil de santé des armées, ex-chirurgien ordinaire du roi Louis-Philippe, vient de succomber inopinément, dans un âge encore peu avancé, à une pneumonie aiguë.

M. Pasquier ne laissera pas à la science l'héritage qu'elle aurait pu attendre de l'instruction solide et de l'esprit éminemment judicieux de l'habile chirurgien; mais, en revanche, M. Pasquier laissera un des plus beaux modèles de savoir modeste, de bonté inépuisable et d'inaltérable probité que la profession médicale puisse offrir en exemple à tous les médecins. — H. de Castelnau.

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (Meurthe).

M. MOREL, médecin en chef.

Etudes cliniques sur les maladies mentales.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES PHÉNOMÈNES DU DÉLIRE FÉBRILE DANS SES RAPPORTS AVEC LE DÉLIRE DE L'ALIÉNATION MENTALE.

Influence des théories philosophiques et médicales sur les destinées des aliénés. — Exposition du but de nos recherches. — II. Du délire. — Manière d'envisager ce phénomène. — Idées que l'on s'est formées du délire des aliénés aux diverses époques de l'histoire. — Conséquences qui en sont résultées pour ces malades. — Des préjugés qui existent encore à propos des aliénés. — III. Des rapports du délire fébrile en général avec le délire de l'aliénation mentale. — Description des phénomènes délirants pendant l'exacerbation de certaines fièvres. — Observations. — Délires sthéniques et asthéniques. — Des analogies existant entre le délire fébrile et le délire de l'aliénation. — Idées fixes. — Hallucinations. — L'intensité du délire n'est pas toujours en rapport avec l'état général de dépression. — Les analogies entre le délire et le délire de l'aliénation se poursuivent jusqu'au moment où l'existence se termine.

L'étude des formes élevées de l'aliénation mentale va nous présenter des problèmes d'autant plus difficiles à résoudre, que la cause de ces maladies, leur nature intime sont loin de réunir, par le lien commun des croyances et des idées, les savants qui se sont imposé, pour terme de leurs recherches, l'étude des lois de notre intelligence dans leurs rapports avec les lois de l'organisme, soit à l'état sain, soit à l'état malade.

Nous ne pourrons nous dispenser, dans le chapitre des causes et de la nature des diverses affections mentales, d'exposer sommairement les théories philosophiques et médicales qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont eu le privilége d'occuper les médecins et les philosophes. Ces théories ont influé d'une manière trop notable sur les destinées des aliénés pour que nous nous croyions en droit, malgré les progrès de la science, de n'en tenir aucun cas. Nous le disons avec bonheur, ces progrès sont considérables pour ce qui regarde le traitement surtout, où l'accord des doctrines physiologico-psychologiques a amené les plus heureux résultats. Aussi sera-ce l'éternel honneur des médecins aliénistes modernes d'avoir, sous ce rapp[illegible]e voie que l'avenir devra féconder encore.

Notre but, nous l'avons d[illegible]utre que d'arriver, par l'exposition méthodique [illegible]ques, aux véritables éléments d'un traitemen[illegible]tiné à diriger vers une communauté de princip[illegible] les médecins des hospices d'aliénés et des mé[illegible] civile. Le titre modeste de notre œuvre ir[illegible] le but que nous espérons atteindre, et nous trace la marche à suivre pour relier les affections mentales au cadre nosologique général.

Les divergences d'opinions des médecins aliénistes sur la nature des maladies qui nous occupent ne pourront obscurcir en rien l'étude des symptômes et ne nous empêcheront nullement de jeter les bases d'une classification dont la simplicité fera le principal mérite. Les faits cliniques qui viendront justifier les éléments de notre classification nous amèneront sans effort à l'appréciation de la nature, des causes et du traitement de ces maladies; à l'exposé des principes qui doivent diriger les médecins et les magistrats appelés en dernier ressort à statuer sur la criminalité des actes reprochés aux individus soupçonnés d'avoir agi sous l'empire de l'égarement de la raison.

En un mot, la méthode que nous avons suivie dans l'étude des débilités intellectuelles dirigera nos pas dans la description des formes plus élevées de l'aliénation mentale. Ces formes nous amèneront à établir des types principaux dont la *manie et la mélancolie*, en d'autres termes, l'*excitation et la dépression* plus ou moins permanente des forces nerveuses, seront les éléments générateurs. Le cadre est tracé; il ne nous reste plus qu'à le remplir.

II. Le phénomène le plus saisissable dans toutes les manifestations maladives de l'intelligence est incontestablement le délire, soit qu'il se formule dans les paroles du malade ou dans ses actes (1). Le délire, pour être considéré comme un symptôme essentiel de la folie, doit avoir un type de continuité, se relier à des lésions d'une nature spéciale, et présenter dans son ensemble les éléments d'une certaine systématisation de conceptions délirantes. Cette systématisation donne elle-même au délire qui se produit un cachet particulier; elle fait ressortir ce que l'on est convenu d'appeler la fixité des idées et cette logique particulière aux aliénés qui les amène à la justification des conceptions les plus fausses et des actes les plus déplorables.

S'il en était autrement, qui pourrait se flatter d'avoir échappé à la folie, car tous tant que nous sommes nous avons subi à des degrés plus ou moins considérables les phénomènes du délire. On délire dans la fièvre, on délire sous l'influence des boissons spiritueuses et de quelques narcotiques; certains rêves sont-ils donc autre chose, sinon un état de délire souvent des plus pénibles à subir?

Quel est l'homme assez maître de lui-même pour avoir conservé sous l'influence de la colère ou de telle autre passion le calme nécessaire aux opérations de l'âme? *Ira furor brevis* est un axiome généralement reçu, et ce que l'on a dit de la colère peut se répéter des mille passions qui, lorsqu'elles ne sont pas contenues dans des bornes légitimes, ont le triste privilége d'emporter vers un but d'activité maladive les sentiments que la nature nous a donnés dans un but de perfectionnement moral.

La description des passions et des égarements où elles nous entraînent, les terribles effets qui en résultent soit pour l'individu, soit pour l'humanité tout entière, ont été et seront toujours pour les poëtes, les romanciers, les philosophes et les moralistes un thème inépuisable où nous recherchons malheureusement bien plus encore les émotions palpitantes que les motifs d'une conduite que la sagesse ennoblit et que la droite raison dirige. Semblables au spectateur qui, tranquillement assis dans le port qui l'abrite, admire la mer en fureur et se félicite de ne pas monter le vaisseau qui va se briser contre l'écueil, nous oublions que nous pouvons être arrachés à notre tranquillité pour courir les mêmes dangers.

Cette disposition naturelle au cœur de l'homme qui le porte à rechercher les émotions qui l'impressionnent sans remonter à leur source, sans en étudier les conséquences souvent fatales pour lui-même, n'a pas été sans influence sur la manière dont la folie a été appréciée aux différentes époques de l'humanité.

C'était, en effet, un triste et curieux spectacle que de voir l'homme, dont naguère encore on admirait la puissance et le génie, tomber soudain du rang qu'il occupait et présenter aux populations effrayées le triste exemple de sa déchéance intellectuelle. Nous ne nous étonnerons pas si, dans l'origine des sociétés, l'aliéné était considéré comme un individu que visitait l'esprit de Dieu. Cette croyance, existant encore en Orient, a protégé ces malheureux, et la pitié religieuse de ces peuples a remplacé dans maintes circonstances les soins éclairés de la médecine.

Lorsque le génie des premiers fondateurs de notre science eut recherché dans un ordre de causes purement physiologiques l'explication des phénomènes de la manie et de la mélancolie, ces affections rentrèrent naturellement dans le cadre de la nosologie, et les préceptes de ces grands maîtres peuvent dans beaucoup de circonstances nous guider encore avec profit. Mais, comme on le sait, les enseignements des médecins grecs et romains disparurent dans le naufrage général des connaissances humaines, et les préjugés qui, presque dès le commencement de l'ère chrétienne, obscurcirent les notions à propos des causes de ces redoutables affections, eurent sur le sort des aliénés la plus fatale influence.

Heureux encore à l'époque où ils étaient considérés comme visités par l'esprit de Dieu : ils étaient au moins alors honorés et respectés. D'adroits imposteurs purent exploiter, il est vrai, la crédulité des peuples; mais la confiance dont ils étaient investis expliquait la bienveillance dont les véritables malades étaient l'objet, ainsi que la protection qui abritait leur infortune. Il n'en fut plus ainsi lorsque l'ignorance des temps ne vit plus dans ces malheureux que des possédés de l'esprit malin et des suppôts de Satan. La pénalité qui frappait les individus atteints de magie, de sorcellerie et de crimes odieux s'étendit aux aliénés, et dans mille lieux divers la flamme des bûchers, l'angoisse des tortures et l'horreur de la prison furent les seuls arguments employés contre la plus triste des maladies.

La voix des médecins, qui à des époques diverses s'éleva contre de telles horreurs, ne fut point écoutée, et la vérité qu'ils essayaient de proclamer faillit dans maintes occasions devenir fatale à ses auteurs. Pinel lui-même, selon la remarque de M. Falret, eut besoin de l'appui moral de la plus grande des révolutions pour briser les chaînes avec lesquelles de son temps encore on maîtrisait la fureur des aliénés. (Falret. *Considérations générales sur les maladies mentales*, 1843.) Et, quand on pense qu'un demi-siècle à peine nous sépare de cette époque, on ne peut s'empêcher, tout en admirant les améliorations actuelles, d'être pris d'une immense indulgence pour les préjugés que le progrès n'a pu faire disparaître encore; mais la pitié du philosophe ne doit pas obscurcir le jugement du médecin-praticien, ni arrêter ses efforts. Il ne faut pas se faire illusion : les préjugés dont nous voulons parler ont jeté de profondes racines dans l'esprit des populations; ils se rapportent surtout à deux ordres de croyances erronées : la première consiste à ne ranger qu'avec répugnance l'aliénation mentale parmi les affections ordinaires; la deuxième à ne consentir qu'à la [illegible]ière extrémité à l'isolement de ces malades. Cette double m[illegible] sentir et de voir a journellement les effets le[illegible] plus fu[illegible] sur une affection qui, prise au début, off[illegible] ouve[illegible] nombreuses chances de guérison. Elle a ar[illegible] ments irrationnels dont nous ferons ressortir a[illegible] la [illegible] influence.

Ajouterons-nous encore que cette tendance a[illegible] production de certains faits extraordinaires qu[illegible] causes merveilleuses, insaisissables ou surnaturelles n'est que trop souvent encore incomplétement combattue par le progrès des lumières. Il ne nous serait pas difficile, en nous plaçant sur le terrain de l'actualité historique, de prouver que certains phénomènes curieux observés dans un état de catalepsie ou de magnétisme ne sont que les résultats pathologiques, naturels ou artificiels d'un état nerveux, résultats qu'exploitent d'adroits charlatans et que l'amour du merveilleux fait admettre avec une facilité qui n'est que trop souvent la honte de la raison humaine. Mais les considérations historiques nous entraîneraient trop loin; nous avons hâte de revenir sur le terrain médical, où nous espérons trouver, sinon toujours l'explication des faits, du moins les éléments d'une sage réserve et les indications d'un traitement rationnel. La description des formes élevées de l'aliénation mentale va faire le sujet des réflexions ultérieures, et les rapports intimes du délire fébrile en général avec le délire de l'aliénation mentale proprement dite nous serviront d'introduction.

III. C'est à tort que le délire fébrile (delirium febrile) a été trop généralement séparé dans son étude du délire de l'aliénation mentale. Nous partageons complétement sous ce rapport les opinions du docteur Reil (1), qui, tout en admettant pour les troubles de l'esprit des caractères distinctifs, ne peut s'empêcher de faire ressortir leur relation intime avec les perturbations qu'amènent dans la production de la pensée les fièvres reconnaissant pour causes les lésions de l'appareil circulatoire.

Le délire, dit le même auteur, se rattache à toutes les modifications des fièvres que nous indiquons, soit que ces fièvres soient inflammatoires ou chroniques, sthéniques ou asthéniques, continues ou intermittentes.

Les troubles intellectuels sont dans ces fièvres aussi nombreux et aussi divers qu'en dehors de leur action. Ces perturbations sont continues ou intermittentes et présentent pareillement des phénomènes d'exacerbation ou de rémission. Les formes dont elles se rapprochent le plus sont la manie, la mélancolie et la démence (2).

Pour avoir une idée aussi exacte que possible des phénomènes nerveux qui surgissent dans des occurrences pareilles, il suffit aux médecins d'évoquer les souvenirs de leurs malades ou de s'en rapporter à leurs propres souvenirs, si, comme l'auteur de ces lignes, ils ont dans certaines maladies ataxiques ou inflammatoires déliré sous l'influence de la fièvre.

Rien n'égale, dans les cas analogues, les écarts de l'imagination. Cette faculté paraît être, dans le principe, sous la dépendance fatale de nos sens égarés par les illusions et les

(1) Le mot *délire* vient de *delirare*, qui signifie labourer un champ de travers au lieu de suivre un sillon en ligne droite. Le mot *lira* veut dire *sillon*. *Lirare* est un vieux mot latin dont le sens est : Labourer un champ par raies.

(1) REIL. *Uber die Erkentniss und Cur der Fieber.* (Halle, 18[illegible]5.)
(2) *Idem.*

hallucinations de toutes sortes. Ce qu'un pareil état de choses apporte de trouble dans l'association de nos idées est vraiment prodigieux. Les idées fantastiques qui, sous l'empire de la fièvre, assaillent et tourmentent un cerveau malade, ne sont égalées dans leur nombre que par la bizarrerie ou ne peut plus fatigante des formes qu'elles revêtent. Ces formes ne sont pas seulement fatigantes et bizarres, elles sont parfois effrayantes et terribles, et ne laissent au malheureux malade ni trêve, ni repos.

Lorsque sous l'influence d'un rêve pénible nous faisons un suprême effort pour revenir au sentiment de notre personnalité, nous nous réveillons soudain, et les fantômes qui nous ont poursuivis disparaissent. Il peut se faire néanmoins que le trouble dans lequel nous avons été jetés amène la production d'un état intermédiaire entre le sommeil et le réveil. Pendant cet état, nous ne pouvons pas toujours nous rendre compte des phénomènes de la vie objective, et il arrive que nous interrogeons alors avec anxiété ceux qui nous entourent sur la réalité des phénomènes que nous avons éprouvés. Mais en dehors d'un état pathologique particulier qui, à lui seul, constitue parfois un commencement de folie, il est rare que nous ne revenions pas de suite au sentiment de notre personnalité.

Il n'en est pas malheureusement ainsi dans le délire d'une fièvre aiguë. Les images qui vous obsèdent et vous tourmentent semblent être poussées les unes devant les autres, comme les flots impétueux d'un torrent. L'attention et le jugement, qui supposent le pouvoir de s'arrêter à une idée et d'en tirer des conséquences, ne peuvent s'exercer en aucune manière, et tous les efforts du malade pour repousser une idée qui l'obsède ne tendent qu'à le faire tourner dans un cercle fatal où le malheureux que la fièvre dévore perd le sentiment de sa personnalité et devient le sujet de mille et mille hallucinations bizarres qui, à elles seules, constituent des drames délirants tels qu'on en observe chez des individus affectés de manie aiguë et de monomanie.

Quelle nuit effrayante et pleine d'angoisses vient de s'écouler pour moi, disait au docteur Reil un médecin qui sortait d'un accès de fièvre avec délire. Je n'ai cessé de chercher toute la nuit un malade auquel je portais le plus vif intérêt. Le danger de cet ami si cher était extrême; je parcourais ma maison dans tous les sens, je croyais trouver ce malade dans tous ceux que je rencontrais; mon anxiété était à son comble de ne pouvoir concentrer sur personne le sujet de mon délire. Je le vois maintenant, ajoutait ce médecin, le malade que je cherchais n'était autre que moi-même.

Un autre docteur racontait que, dans le délire fébrile qui l'obsédait dans le cours d'une dyssenterie, les différentes parties de son corps semblaient s'être détachées du tronc, et que, placé au milieu de ces débris palpitants, son esprit faisait d'incroyables et d'inutiles efforts pour rapprocher ses [illegible]

[illegible] de fatiguer le lecteur par la description [illegible] délirants; les illusions et les hallucinations, [illegible] a tant écrit, et dont nous aurons si souvent [illegible] ne nous semblent être que des épiphéno[illegible] une maladie principale. Les illusions et les hallucinations ne sont égalées dans leur nombre et leur variété que par l'infinité des impressions capables d'affecter les organes des sens sous l'empire de la fièvre, et par l'infinité non moins considérable des productions fantastiques qui peuvent être engendrées par une idée délirante existant à l'état chronique (1).

Mais, de même que le délire n'est pas essentiellement lié à l'impétuosité ou à l'irrégularité avec laquelle le sang est lancé du cœur dans les différents organes de l'économie, de même aussi les hallucinations et les illusions peuvent avoir pour point de départ, absolument comme le délire, un état d'épuisement général. Cette idée est élémentaire; on délire après des hémorrhagies générales, comme sous l'empire d'une circulation suractivée par la trop grande richesse de l'hématose. Il existe un délire propre aux maladies aiguës, un autre plus particulier aux affections chroniques. Le délire sombre et taciturne de quelques fièvres ataxiques, le délire tout particulier qui précède les terminaisons fatales de l'existence, révèlent aux yeux des plus ignorants des pronostics aussi tristement significatifs que ceux de la science. Cette variété des délires, dans leur rapport avec les lésions organiques, nous indique les différences essentielles des troubles affectant l'intelligence, troubles que nous désignons sous le mot générique de *folie*. Quelques considérations ultérieures ne seront pas hors de propos pour préparer le terrain sur lequel nous allons nous placer; elles nous serviront de point de ralliement pour rattacher, selon notre intention, la folie au cadre nosologique des maladies générales.

Nous n'avons examiné jusqu'à présent que le délire de certaines maladies inflammatoires proprement dites. L'impétuosité des conceptions délirantes est telle alors, avons-nous dit, que le malade, ne pouvant fixer son attention et son jugement sur rien de ce qui l'impressionne, devient le jouet de mille et mille erreurs des sens, et perd jusqu'au sentiment de sa personnalité. Cet état nous représente assez bien la manie aiguë; l'intensité du délire est si grande dans ce cas que l'action des divers organes des sens se trouve comme disséminée dans un ordre de phénomènes multiples et anormaux.

Mais il arrive aussi, dans les affections d'une certaine durée surtout, que les phénomènes délirants, tout en conservant une grande intensité, tendent à la systématisation de leurs produits, et, qu'après que l'action des organes des sens a été surexcitée dans son ensemble, cette action semble se concentrer dans tel organe plutôt que dans tel autre. C'est cet état que représente assez bien le délire partiel. L'exemple que je vais citer a le défaut des analogies; mais il aura cependant l'avantage, en fixant notre pensée sur les phénomènes du délire fébrile, de nous mieux faire comprendre plus tard l'idée que l'on peut se faire de la folie et de ses principaux types.

Une dame soignée par le docteur Reil était affectée d'une maladie dans laquelle les exacerbations de la fièvre amenaient des phénomènes sensoriaux étranges. Il y avait des jours où la surexcitation nerveuse paraissait plus particulièrement affecter le sens de l'ouïe. Une sensibilité anormale lui faisait entendre des bruits de toutes sortes, des sifflements on ne peut plus insupportables. Dans une autre circonstance, elle se plaignait de ses boissons, que l'on avait dénaturées, disait-elle, en y mêlant des substances étrangères. Bientôt après les objets extérieurs changeaient de forme, et elle voyait des choses qui n'existaient que dans son imagination en délire. C'étaient les bords de son verre qui lui paraissaient inégaux et qui représentaient des excroissances de plantes diverses. Dans la boisson qui lui était offerte, elle voyait des araignées, des serpents et d'autres animaux immondes, en s'étonnant que personne ne vît les objets qui l'effrayaient. Tout ce qui l'environnait changeait mille fois de formes dans un même instant, et lui représentait, tantôt des montagnes, des fleuves et des plaines, tantôt la forme et les couleurs de l'arc-en-ciel. Les exacerbations amenaient des phénomènes plus étranges encore; elle voyait des hommes, des animaux et mille spectres grimaçants; et puis, bientôt après, toutes ces sensations maladives si nombreuses et si pénibles semblèrent s'évanouir pour se résumer dans une hallucination suprême. C'était Frédéric-le-Grand, qu'elle avait vu quelque temps avant la mort de ce roi, qui, assis au pied de son lit, entretenait tranquillement avec elle des conversations suivies.

Un autre malade dont parle l'auteur que je cite, après avoir pareillement passé par toutes les péripéties d'un délire fébrile général, semblait ne plus voir dans tout ce qui l'entourait que la personnification de Napoléon, et ses conversations n'avaient trait qu'aux souvenirs que lui rappelait ce grand personnage historique.

Ainsi, comme on le voit, le délire fébrile est un terme générique qui, comme le mot folie, comprend et résume l'universalité des phénomènes anormaux qui peuvent d'une manière plus ou moins permanente pervertir notre manière de sentir et de voir, et d'une manière plus ou moins permanente aussi égarer notre raison.

Nous avons parlé des délires généraux où les hallucinations et les illusions de toutes sortes font perdre au malade le sentiment de sa personnalité; nous avons vu l'exemple de délires plus ou moins systématiques où l'égarement semble résider plutôt dans la perversion de tel ou tel organe des sens. Or, sans vouloir fixer ici les lois de l'analogie, nous avons essayé de donner d'avance une idée de ce que l'on peut entendre par manie (trouble ou délire général) et par monomanie (trouble et délire partiel).

Nous devons ajouter encore que, dans certaines maladies, il existe des délires fébriles tristes, des perversions particulières de nos sens où tous les phénomènes de la mélancolie avec son cortége de craintes, de terreurs et de sensations pénibles se trouvent représentés pour décrire un état pareil. L'auteur n'a pas besoin de puiser sa description dans les livres; il demande au lecteur la permission de décrire lui-même ce qu'il a éprouvé dans une circonstance pareille.

Sous l'influence des miasmes qui s'exhalent des lagunes de Venise, pendant le printemps surtout, j'éprouvai les symptômes d'une fièvre qui se présenta dans l'origine avec tous les phénomènes de l'intermittence. Cette fièvre s'accompagnait de violentes céphalalgies et d'épistaxis fréquents.

Négligeant ces premiers symptômes, je ne m'en livrai pas moins à toutes les distractions qu'un voyageur recherche dans cette ville intéressante; mais, quinze jours après l'invasion du premier accès, je dus m'aliter, et la fièvre affecta bientôt un type continu avec une prostration complète de toutes les forces intellectuelles et physiques. Après avoir usé sans succès des vomitifs et des purgatifs, j'eus recours trop tard à une médication plus tonique. J'en arrivai à une période où, ne pouvant plus moi-même diriger le traitement, je dus recourir aux bons soins d'un confrère italien, qui vit dans mon état une complication de phénomènes très inquiétants. Chaque soir amenait une exacerbation fébrile accompagnée de violentes céphalalgies, et les nuits sans sommeil devenaient d'autant plus fatigantes qu'un état particulier de subdélire était accompagné de rêvasseries des plus pénibles et de sensations qui me plongeaient dans des angoisses inexprimables.

Il me semblait dans certains instants éprouver le mouvement du roulis d'un navire, et chaque période d'assoupissement était brusquement interrompue par la sensation d'une chute dans un précipice. Les doses assez fortes d'opium qui me furent administrées ne faisaient qu'augmenter mes rêvasseries, ainsi que les illusions pénibles qui en étaient la suite. Toutefois, trois semaines après les accidents dont je parle, un épistaxis des plus violents détermina une crise favorable, et je marchais rapidement vers la guérison, lorsqu'un accident imprévu vint me replonger dans un ordre de phénomènes sensoriaux plus déplorables encore.

(La suite au prochain numéro.)

HOPITAL D'AJACCIO. — M. Abeille.

Du rôle des divers états morbides régnants ou intercurrents dans les épidémies de fièvres paludéennes. Leur action sur la marche et le type de la fièvre. Leur importance au point de vue thérapeutique.

(Suite et fin. — *Voir* les nos des 23, 27 décembre 1851, et 3 janvier 1852.)

Une série considérable d'observations de la nature de celles-ci, et recueillies en des lieux différents pendant les épidémies palustres, mettrait hors de toute contestation la complication de la fièvre de marais par une affection réelle quand elle revêt la forme typhoïde. Nous aurions pu rapporter quelques autres exemples avec détail; mais ce mémoire est déjà assez long pour que nous nous trouvions dans la nécessité d'abréger. On verra dans notre statistique les cas qui auraient pu faire suite à ceux-ci.

De l'aveu même de ceux qui croient purement à la forme typhoïde de la fièvre paludéenne sans complication d'affection morbide qui suscite cette forme, il y a dans ces cas un cortége bien dessiné de symptômes qui la caractérisent. Or, n'eussions-nous par devers nous aucun fait sérieusement et minutieusement observé, n'eussions-nous aucune révélation cadavérique, que nous conclurions, d'après l'aveu même de nos adversaires, que la fièvre paludéenne à forme typhoïde n'est que le résultat d'une complication, d'après cet axiome: que des effets identiques ne peuvent provenir que d'une seule et même cause. Or, les traits morbides qui caractérisent le typhoïsme, pour varier du plus au moins, expriment bien un état particulier longtemps identique à lui-même, et cet état ne saurait être le produit de l'intoxication paludéenne, qui, dans ses formes les plus connues, les plus générales, les plus sensibles, ne se traduit jamais par une semblable physionomie. Mais les preuves claires et précises que nous venons de rapporter confirment pleinement ce que le raisonnement faisait entrevoir.

Statistique des fièvres palustres par nous observées à Ajaccio durant le règne de l'épidémie de 1851.

Fièvres intermittentes de première invasion.		69
Dont: Quotidiennes.	49	
Tierces.	15	
Quartes.	5	
Fièvres intermittentes récidivées.		41
Dont: Quotidiennes.	5	
Tierces.	17	
Quartes.	10	
Doubles tierces.	6	
Doubles quartes.	3	
Fièvres rémittentes.		14
Dont: A forme typhoïde, ou compliquées de typhus.	8	
Bilieuses.	2	
Gastriques.	4	
Fièvres pernicieuses.		12
Dont: Comateuses.	7	
Délirantes.	3	
Algides.	2	
Total général.		136

Sur les 69 fièvres intermittentes de première invasion, nous avons remarqué 31 fois des troubles légers des fonctions digestives, dénotés par de l'empâtement à la bouche, avec ou sans amertume, de l'inappétence et des enduits muqueux recouvrant la langue. C'est donc sur un peu moins de la moitié des cas que s'est rencontré cet état désigné sous le nom d'embarras gastrique. On voit là évidemment l'influence des chaleurs fortes et soutenues sur le tube digestif autant et plus que celle de la fièvre. Dans ces 31 cas, nous avons administré l'émétique du deuxième au cinquième jour, 23 fois; et du cinquième au neuvième jour, 8 fois. Dans tous, il a dissipé presque instantanément l'état saburral, et a rendu la fièvre plus facilement expugnable par la quinine ou des succédanés.

Dans les 41 cas de fièvres récidivées, les même trouble des fonctions digestives, à un degré plus ou moins saillant, a été noté 28 fois, ou dans plus de la moitié, ce qui prouve que la répétition de la fièvre n'est pas sans influence sur sa production. 8 fois nous avons observé, dans ces fièvres récidivées, des diarrhées posthumes, résultat d'une détérioration de l'organisme par les fièvres, et non consécutives à une altération organique. Dans ces 8 cas, il y avait cachexie paludéenne profonde.

Pour nos 14 fièvres rémittentes, 9 fois la fièvre a débuté par l'intermittence quotidienne pour passer à la rémittence après un plus ou moins grand nombre d'accès, et quand la complication venait se joindre à l'intoxication paludéenne, ou bien quand, existant initialement, mais à un faible degré, elle acquérait assez d'intensité pour transformer le type comme la physionomie de la fièvre. 2 fois la fièvre a débuté sous le type tierce pour passer à la rémittence sous les mêmes conditions; enfin, 3 fois elle a été rémittente d'emblée, la complication semblant alors exercer, dès le début, un empire notable sur le règne épidémique; c'est dans 3 cas de fièvre typhoïde. Nous ne pensons pas, et notre observation a été rigoureuse, que dans ces 14 cas il y ait eu rémittence par la seule marche de la maladie palustre.

Sur nos 12 cas de fièvre pernicieuse, nous avons pu saisir deux fois une complication d'affection d'organe qui a, sans contredit, poussé à cet état grave de la fièvre. Dans un cas (obs. 2), l'autopsie n'a pas permis le doute; dans l'autre (obs. 3), quoique le malade ait guéri, les signes morbides directs n'ont rien laissé à désirer pour asseoir le jugement. Enfin, dans un troisième cas beaucoup plus douteux, une affection du cerveau nous a paru concomiter avec la fièvre et exercer une certaine influence pour la gravité. Le malade est resté paralysé du bras droit après la guérison.

Il est vrai que cette paralysie a cédé ensuite facilement aux traitements qui lui ont été opposés; ce qui pourrait laisser croire que ce n'était qu'un effet de la fièvre sur l'innervation; mais la localisation bien tranchée de la paralysie indique néanmoins qu'une portion du cerveau ou les fonctions d'une portion ont été plus affectées que les autres, et les paralysies momentanées succédant aux fièvres graves n'ont pas ce caractère, à moins qu'à la suite de celles-ci il n'y ait

(1) Le lecteur consultera avec le plus grand fruit, sur ce sujet, les ouvrages spéciaux de MM. les docteurs Lelut, Michéa et Brierre de Boismont; il verra quel parti ces auteurs ont tiré de l'étude des hallucinations, non-seulement pour éclairer le point de vue étiologique, mais encore pour jeter sur ces grands faits historiques une lumière nouvelle.

congestion hémorrhagique d'une portion de la masse cérébrale.

On peut voir, d'après les observations présentées dans ce travail et le court résumé statistique de l'épidémie des fièvres paludéennes observées par nous à Ajaccio :

1° Que le chiffre total de 135 cas sur une garnison de 500 hommes environ égale à peu près les données fournies par divers points de nos possessions africaines où les troupes n'ont pas trop à souffrir de toutes les privations qu'imposent les marches nécessitées par les combats;

2° Que ces fièvres ne revêtent pas ici un moindre caractère de gravité, puisque quatorze fois, par suite de complication, elles présentent une forme rémittente d'autant plus sérieuse, que l'affection complicante est plus grave et affecte plus généralement l'organisme, qu'elle procède du solide ou du liquide, et que douze fois sur 135 elles passent à l'état dit pernicieux, à aspect varié, dans deux cas avec complication de maladie d'organe;

3° Que le caractère de la fièvre palustre est une intermittence franche dans le plus grand nombre des cas, pour ne pas dire dans tous, quand il n'y a aucune autre complication morbide, et que les accès plus rapprochés, tels que les quotidiens, semblent répondre à la première impulsion d'une intoxication vierge sur des constitutions non détériorées; tandis que, toutes choses égales, les accès qui s'éloignent le plus ou qui sont espacés par une intermittence plus longue, semblent être l'apanage de nouvelles intoxications, ou le redoublement de la première intoxication non épuisée sur des constitutions débilitées primitivement par la même influence morbide, émoussées jusqu'à un certain point à l'action de l'intoxication et incapables de réagir avec promptitude et énergie;

4° Que le maximum de l'intoxication paludéenne correspond à cet état fort grave, dit accès pernicieux, qui peut aller jusqu'à la sidération, comme nous en avons observé bon nombre d'exemples dans les épidémies de 1832 et 1833 à Bone; mais la fièvre n'affectant pas la continuité dans cet état, puisque dans le plus grand nombre de cas il y a intermission complète, puis réapparition d'un second accès plus meurtrier que le premier, on ne peut en inférer que le maximum de l'intoxication paludéenne corresponde à l'état continu de la fièvre;

5° Que la plupart des rémittences ne doivent point cette allure à l'action seule de l'intoxication palustre, mais bien à la concomitance d'un autre état morbide compliquant, quelles que soient au reste les sources d'où procède cet état, et alors la rémittence se joignent certains caractères qui ont servi à beaucoup d'auteurs pour désigner des formes qui en fait correspondent au fond de l'état morbide compliquant;

6° Que le petit nombre de faits observés par nous fait conclure (ce que le raisonnement admettait déjà rationnellement) que la forme typhoïde, que revêtent parfois durant le cours de certaines épidémies un plus ou moins grand nombre de fièvres paludéennes, ne saurait point être rattachée à la fièvre elle-même, mais bien à l'influence qu'elle reçoit de l'addition d'un autre état morbide qu'elle peut bien masquer, mais qui n'en modifie pas moins la physionomie;

7° Que, dans un certain nombre de cas de fièvres pernicieuses, c'est encore une complication morbide plus ou moins appréciable qui ajoute à la gravité, si elle ne la suscite et ne crée en partie la forme que revêt alors l'accès.

Telles sont nos conclusions sous le simple aperçu de la pathogénie; mais si nous embrassons du même coup la thérapeutique, des conséquences non moins importantes et non moins rationnelles peuvent se déduire de ce mémoire. Ainsi, il devient évident que, dans un très grand nombre de cas de fièvres intermittentes dans les pays chauds, il faut, pour rendre à la quinine son empire absolu sur la fièvre essentielle, dégager celle-ci de la complication des troubles des fonctions du tube digestif. Un émétique, en dissipant l'état dit saburral, dispose parfaitement l'organisme à l'action du fébrifuge, en même temps qu'il déblaie le terrain de l'état pathologique en sous-ordre.

C'est dans les fièvres rémittentes surtout que ces vues doivent prévaloir, sous peine de voir la thérapeutique frappée de stérilité ou ne donner que des demi-succès, le tout au préjudice des malades.

Dans les cas où la gravité de la fièvre ne permet aucune temporisation, il faut immédiatement attaquer par la médication spéciale, employée avec énergie, la maladie palustre, en même temps qu'on combat l'affection complicante qui a abâtardi la physionomie de la première. Nous croyons, d'après ce que nous avons vu quelquefois, que c'est par la perte de vue de ce précepte que des praticiens consomment des quantités prodigieuses de sulfate de quinine et parfois sans maîtriser l'état grave, tandis qu'avec des quantités moindres nous avons très souvent arrivé à un résultat heureux.

Au reste, négliger la complication, c'est s'exposer à voir la fièvre rester réfractaire à l'action du quinquina, traîner en longueur ou même s'aggraver; c'est s'exposer même, dans le cas où elle aurait été vaincue, à voir la maladie en sous-ordre devenir un danger sérieux pour les malades et un nouvel appel à la fièvre.

En médecine on passe souvent d'un extrême à l'autre, son histoire nous l'apprend. C'est ainsi que, dans les premiers temps de l'occupation de l'Afrique, les médecins militaires, encore peu habitués à la pathologie du pays, voyaient presque toujours des gastro-entéro-céphalites, et ne donnaient que timidement la quinine contre la fièvre qui dominait tout l'état pathologique. Aujourd'hui, il semble qu'on ait poussé le contraire trop loin en ne s'occupant la plupart du temps que de la fièvre essentielle et négligeant les états morbides en sous-ordre, qu'on rattache à des formes pures et simples de la manifestation paludéenne. *In medio virtus.*

Si nous nous rendons un compte bien exact de la méthode de traitement des Italiens dans les fièvres paludéennes, nous voyons que les émétiques, les purgatifs salins qu'ils administrent au début ou dans le cours du traitement ont bien plutôt pour but de combattre les complications morbides que de disposer le tube digestif pour une plus facile absorption de la quinine, but qui est atteint secondairement. C'est qu'en effet en Italie, comme en Corse et en Afrique, il est rare que durant la saison des chaleurs les maladies ne s'accompagnent de l'état de saburre ou embarras du tube digestif; ce qui constituait pour les anciens une maladie des humeurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 décembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La Société a reçu de Mme Marjolin la mère une lettre qui informe la Société que, conformément à ses vœux, le buste du professeur Marjolin sera offert par elle et ses fils à la Société de chirurgie. M. Dantan est chargé de reproduire les traits de notre vénéré maître.

M. Larrey fait hommage à la Société de son rapport sur le travail du docteur Campaignac, ayant pour titre : *Du traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère.*

M. le Dr Mavel, d'Ambert (Puy-de-Dôme), adresse à la Société une observation de rupture utérine pendant le travail de l'enfantement; passage de l'enfant dans la cavité péritonéale; accouchement par les voies naturelles; guérison. — M. Danyau est chargé de faire un rapport sur cette observation.

Présentation de malade. — Tumeur volumineuse occupant la partie inférieure du bras droit.

M. Marjolin présente un malade âgé de trente-un ans. Pendant un certain temps il a servi dans un magasin. La tumeur qu'il porte à la partie antérieure et inférieure du bras droit a commencé à se montrer il y a six mois. Elle avait d'abord le volume d'une noisette; successivement, elle est arrivée à acquérir un volume beaucoup plus fort que le poing; elle ne descend pas tout à fait jusqu'au pli du bras, et ne gêne nullement les mouvements. A aucune époque, cette tumeur n'a été le siége de douleurs bien vives; il y a bien eu de temps à autre quelques élancements, mais jamais le malade n'en a été bien incommodé. Ce sont les progrès incessants de la tumeur qui ont déterminé ce jeune homme à consulter. Il y a trois mois environ, lorsque la tumeur avait le volume d'un œuf, le malade vit notre confrère M. Manec, qui conseilla l'usage d'un emplâtre résolutif; malgré ce moyen, la maladie a continué à progresser, et aujourd'hui le volume est devenu tellement considérable, qu'il est indispensable de prendre une décision. La tumeur occupe les deux tiers inférieurs du bras; elle est fluctuante dans toute son étendue, mais à des degrés divers; on sent que le liquide est contenu dans un véritable kyste dont les parois ont cédé à la partie inférieure. En effet, on sent là trois petites éraillures correspondant à trois petites saillies. En déprimant ces saillies, le doigt pénètre un peu dans le kyste.

Comme rapports, la tumeur ne tient en rien aux vaisseaux; elle paraît située à la superficie du biceps brachial et avoir éraillé les fibres musculaires, de telle sorte qu'elle est en quelque façon tout aponévrotique.

Le malade n'éprouve aucun engourdissement, aucun fourmillement dans la main. On ne sent aucun mouvement de soulèvement ou d'ampliation dans la tumeur; les battements du pouls sont réguliers; il n'y a pas de transparence.

Les antécédents du malade n'engagent pas à regarder cette tumeur comme tuberculeuse. L'âge éloigne également l'idée d'une affection cancéreuse.

La consistance éloigne aussi l'idée d'un lipome, reste donc l'idée ou d'un kyste renfermant des hydatides ou d'un abcès froid enkysté. Comme on ne perçoit aucunement le frôlement des hydatides, il ne reste plus comme admissible que l'existence d'un abcès froid enkysté simple ou renfermant des débris d'hydatides rompues depuis plus ou moins de temps.

Quelle méthode de traitement faut-il employer dans cette circonstance? Si le kyste était plus mobile et moins volumineux, la dissection complète de la tumeur semblerait être le moyen le plus convenable; mais aujourd'hui que la chirurgie possède des moyens tout aussi efficaces et exposant à moins d'accidents, ne serait-ce pas l'occasion d'employer la ponction, suivie d'une injection iodée? Si ce moyen ne réussissait pas, il serait toujours temps de fendre plus tard largement le kyste, et d'obtenir la cicatrisation de ses parois en facilitant par des pansements convenables le développement des boutons charnus.

Fracture transversale du bord alvéolaire inférieur. — Nouveau procédé de contention.

M. Robert présente à la Société un malade âgé de quarante-quatre ans, d'une forte constitution, qui, dans une rixe, ayant été renversé, reçut plusieurs coups sur la figure.

Il en résulta d'abord deux plaies contuses situées au-dessus du menton, longues d'environ 4 centimètres, à concavité supérieure, distancées l'une de l'autre de 3 centimètres, paraissant, à leur forme, produites par des coups de talon de botte.

A la lèvre inférieure existe une autre contusion, produite par la pression de cette lèvre contre les dents.

Le bord alvéolaire de la mâchoire inférieure est fracturé transversalement dans l'étendue de quatre travers de doigt environ. Le morceau ainsi détaché de l'os est lui-même divisé en deux fragments. Le plus volumineux, l'antérieur, supporte les quatre dents incisives et la canine gauche; l'autre, postérieur, supporte la première petite molaire, qui manque depuis plusieurs années, et enfin la première grosse molaire. Ces deux fragments sont très mobiles, et ne paraissent tenir au corps de l'os que par l'intermédiaire des parties molles.

Ainsi il existait une fracture du bord alvéolaire répondant à huit dents, et les fragments en offraient une mobilité telle, qu'abandonnés à eux-mêmes ils eussent été infailliblement sacrifiés.

Par quel procédé pouvait-on espérer d'obtenir la guérison d'une semblable lésion?

M. Robert fait remarquer l'insuffisance des procédés indiqués dans les auteurs. Ainsi nos traités de chirurgie les plus modernes, en décrivant les fractures du maxillaire inférieur, ont à peine mentionné celle du bord alvéolaire. On voit seulement dans quelques livres consacrés à la chirurgie dentaire que de trop violents efforts produits pour enlever des dents barrées ont amené des lésions assez étendues du bord alvéolaire; mais il n'est donné aucun détail sur le traitement nécessité par ces lésions.

Cependant c'est là un point de chirurgie et de physiologie pathologique intéressant à étudier; car, outre la lésion traumatique du tissu osseux dont il faudrait apprécier les conséquences possibles et établir le traitement, il reste encore à connaître ce que deviennent les dents elles-mêmes. En effet, la fracture du bord alvéolaire entraînant la rupture des vaisseaux et des nerfs destinés aux dents que le fragment supporte, ces ostéides ne vivent plus alors que par leur connexion avec le périoste alvéolo-denture. Il est difficile de dire si dans ces conditions nouvelles elles ne finiront pas tôt ou tard par se séparer de l'os et tomber.

Le malade de M. Robert offrait donc ce double intérêt que nous signalons. Pour ce qui est du premier point, le traitement, disons de suite que l'habile chirurgien de Beaujon a su parfaitement vaincre les difficultés, comme nous allons l'exposer. Quant au deuxième point, on ne peut, quant à présent, déduire aucune conclusion; mais le malade sera suivi avec soin et aussi longtemps que possible, et M. Robert promet de tenir la Société au courant des observations qu'il pourra faire.

Abordons actuellement l'histoire du traitement :

Pour obtenir l'immobilité de semblables fragments, que convenait-il de faire? Quelques auteurs, entre autres, Gariot, dentiste, ont conseillé de fixer aux dents restées saines les dents adhérant au fragment osseux; mais ce moyen est évidemment mauvais, insuffisant, et en peu de temps les dents qui servent de point d'attache deviennent mobiles.

Boyer conseille une gouttière de liége appliquée entre les dents supérieures et inférieures, et l'usage de la fronde, qu'il employa dans les fractures du corps de l'os.

Mais, pas plus que le précédent, ce moyen n'est applicable; la fronde contient mal, et, en outre, il faudrait la maintenir tellement serrée, que le malade en éprouverait une gêne extrême.

M. Robert, reconnaissant donc l'insuffisance de tous les procédés indiqués, eut recours au mode suivant de traitement :

Une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord dentaire de l'os maxillaire, dépassant en avant et en arrière les fragments osseux; puis, pour maintenir cette plaque en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée contre l'os, suivant sa face buccale, et entraînée au-dessous de la mâchoire et abandonnée au dehors; l'autre bout du fil fut à son tour conduit par le même procédé sur la face externe de l'os et vint sortir par le même trou au-dessous de la mâchoire.

Les deux extrémités du fil ainsi amenées au dehors, embrassant l'os, furent fixées sur un petit rouleau de diachylum et serrées par torsion jusqu'à ce que la plaque se trouvât solidement fixée. (Saignée du bras.)

Tous les accidents produits par les plaies contuses se dissipèrent, et, chose remarquable, aucune trace d'inflammation ne survint sur le trajet du fil. Le malade, après quelques jours de soin, put manger; il n'éprouvait aucune gêne.

Au 47e jour, on enleva le fil et la plaque; la consolidation était parfaite; toutes les dents étaient solidement fixées dans leurs alvéoles, à part la canine, qui, placée entre les deux fragments, est très mobile.

Ainsi, grâce à cet ingénieux procédé, on a pu obtenir la guérison régulière d'une lésion dont les suites devaient être graves; car si l'on n'était parvenu à immobiliser les fragments, il est certain que le malade aurait perdu les huit dents ébranlées.

Du reste, ajoute M. Robert en terminant, déjà M. Baudens, dans un cas de fracture de la mâchoire très oblique et difficile à contenir, a eu la pensée d'entourer et de serrer les fragments avec une ligature. Le succès qu'il a obtenu de ce moyen, joint à celui dont j'ai à me féliciter moi-même, est bien propre à rassurer sur les conséquences que l'on pourrait en craindre d'après les données de la théorie.

Rapport.

M. Lebert rend compte de deux articles, publiés dernièrement dans deux journaux médicaux de Turin, sur la question de syphilisation. La plus importante des deux communications est celle d'une lettre du docteur Sprino au sujet de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie le 18 novembre dernier sur les graves inconvénients de cette nouvelle méthode.

M. Lebert demande avant tout la permission que le contenu de son analyse ne soit point imprimé dans le Bulletin des séances de la Société, à la dignité de laquelle il croirait manquer en entrant ainsi en discussion avec un journal étranger.

A la fin de son analyse, M. Lebert ne peut pas s'empêcher d'exprimer ses regrets que M. Sprino dans sa lettre n'ait pas suffisamment observé vis-à-vis de la Société, et de plusieurs de ses membres l'atticisme et la convenance de langage dont l'argumentation scientifique ne devrait jamais se départir.

Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature.

M. Rigal lit un intéressant mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles par un nouveau procédé de ligature, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Une commission, composée de MM. Guersant, Robert et Michon, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail.

Anatomie pathologique.

M. Marjolin communique à la Société le fait suivant :

Le 15 décembre dernier, on apporta dans son service, à l'hôpital Sainte-Marguerite, une femme de cinquante-cinq ans, d'un embonpoint excessif. Cette femme, qui depuis quelque temps ne jouissait pas de toute sa raison, fut tellement frappée par les derniers événements qu'elle devint complètement folle; sans cesse en proie aux idées les plus incohérentes, persuadée qu'elle était poursuivie comme ayant fait partie d'un complot, elle s'était donnée dans la matinée deux coups de couteau dans le ventre. Les deux coups avaient porté au-dessous de l'ombilic dans une énorme hernie de la ligne blanche : une des plaies avait plus de 5 centimètres d'étendue et laissait échapper une portion considérable d'intestin grêle et de mésentère; dans deux points, l'intestin était totalement divisé; l'autre plaie, beaucoup plus petite, n'intéressait que les téguments.

Lorsque M. Marjolin vit la malade, elle était sans pouls; les membres froids, le visage livide, tout annonçait qu'elle avait perdu une énorme quantité de sang. Malgré le peu d'espoir qui restait, l'intestin fut réuni au moyen de points de suture entrecoupée; pendant la réduction, il fut facile de constater que le sac herniaire était divisé par plusieurs brides. L'intestin ayant été réduit dans la cavité abdominale, la plaie extérieure fut réunie au moyen d'une suture enchevillée; l'agitation de la malade, le volume de l'anse intestinale herniée rendirent cette opération assez pénible. Durant toute la journée, la malade fut dans une agitation extrême; elle se réchauffa un peu, mais le pouls ne reparut point; il survint quelques vomissements; la mort arriva trente heures après l'accident.

A l'autopsie, la dissection démontra que cette hernie était bien une hernie par éraillement de la ligne blanche; elle avait, par des accroissements successifs faciles à suivre, le volume de la tête d'un

enfant de dix ans; à l'intérieur, on voyait des cloisons résistantes qui divisaient le sac en plusieurs loges. L'orifice principal de communication était fort large; dans une moitié, l'intestin avait contracté d'anciennes adhérences, dans l'autre l'intestin était libre. Outre une grande partie de l'intestin grêle et du mésentère, la tumeur renfermait une portion du colon transverse. Un fait qui a une importance réelle pour la pratique, c'était l'existence de deux autres hernies graisseuses et intestinales situées au-dessous de la hernie principale; la quantité de graisse était telle chez cette femme que ces deux hernies auraient pu ne pas être reconnues à l'extérieur; dans ce cas, quel n'eût pas été l'embarras du chirurgien si des symptômes d'étranglement s'étaient manifestés? La suite de l'autopsie n'offrit rien de bien remarquable; il n'y avait que très peu de liquide épanché dans la cavité péritonéale; malgré la quantité de sang perdu, il y avait un commencement de péritonite; au niveau des points de suture, l'intestin adhérait faiblement.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

SUITE DE LA DIXIÈME LEÇON (1).

Du son.

Lorsqu'on frappe un timbre, une cloche de verre ou de métal; lorsqu'on promène un archet sur une corde tendue, l'oreille perçoit un *son*, et l'on donne le nom d'*acoustique* à l'étude de tous les phénomènes relatifs à la production, à la propagation et à la perception des sons.

Deux conditions sont nécessaires à la production du son: 1° un corps sonore, c'est-à-dire capable d'entrer en vibration; 2° un milieu capable de recevoir et de propager le son produit par les vibrations du corps sonore.

Tous les corps ne sont pas également sonores, et certains corps ne le sont pas du tout. Il y a des cloches qu'on entend à 40 ou 50 kilomètres; le canon peut franchir jusqu'à 100 kilom.; le bruit produit par des explosions de magasins à poudre, par des tremblements de terre, par des éruptions volcaniques s'entend à une distance plus considérable encore.

Un corps sonore qui entre en vibration dans le vide ne produit aucun son; celui-ci devient, au contraire, perceptible lorsque le vide est remplacé par de l'air atmosphérique, un gaz quelconque, de la vapeur d'éther, ou toute autre vapeur ayant une force électrique suffisante. Il suit de là qu'aucun des bruits de la terre ne peut franchir notre atmosphère, et que, réciproquement, aucun bruit des espaces célestes ne peut se transmettre jusqu'à nous.

La vibration du corps sonore est facile à constater, soit en l'approchant d'une surface liquide ou d'une petite balle de liége suspendue à un fil, soit en le touchant légèrement avec la main, soit en le recouvrant d'une couche très mince de sable fin ou d'une poussière légère quelconque.

Un corps étant un assemblage de molécules solidaires quoique isolées, aussitôt que l'une de ses parties éprouve une pression, elle la communique à celles qui l'entourent, et ainsi de proche en proche jusqu'à une certaine limite.

Le marteau qui frappe le timbre d'une pendule n'en touche que quelques points, et cependant on voit non-seulement le timbre tout entier entrer en vibration, mais encore la pendule en totalité et ses supports participer au mouvement. La vibration d'une forte cloche se communique aux appuis qui la soutiennent, aux murs, aux voûtes de l'édifice et au sol lui-même.

Cependant aucune de ces pressions n'est instantanée; aucune ne peut être produite ou reçue que dans un temps donné, quoique très court, et, à cet égard, les corps sonores se partagent en *plages vibrantes* et en lignes de repos qu'on appelle *lignes nodales*.

Si l'on jette du sable fin sur la surface d'une plaque carrée et qu'avec un archet on ébranle l'un des bords de cette plaque, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, le sable dessine des lignes nodales autour desquelles s'accomplissent des vibrations, de manière à former des figures à chacune desquelles correspond un son différent.

Il résulte de tout ce qui précède que chaque corps sonore rend un son particulier qui lui est propre, que le même corps rend des sons différents en rapport avec son étendue, sa disposition moléculaire, la nature de la pression qu'il subit et un nombre infini d'autres circonstances.

On distingue dans le son le *ton*, l'*intensité* et le *timbre*.

Lorsque deux sons se confondent de manière à ne produire qu'une seule perception, ils sont dits à l'*unisson*; les sons qui correspondent à un certain espace arbitraire appelé en musique le *médium* forment le *ton médian*; au-dessous se place le *ton grave*, au-dessus le *ton aigu*. La gravité ou l'acuité du son dépend du nombre des vibrations produites dans un temps donné. Aux sons graves appartiennent les vibrations lentes, aux sons aigus les vibrations rapides. Le son le plus grave de l'orgue correspond à 33 vibrations par seconde; le son du diapason à 880; le son grave de la voix humaine à 396; le son le plus aigu de la voix enfantine à plus de 2,000 vibrations.

L'intensité du son est en raison directe de l'amplitude des vibrations; c'est pour cela que les bruits très intenses brisent les vitres, parce que l'étendue des vibrations qui sont communiquées à celles-ci dépasse les limites de leur élasticité.

Le timbre est une qualité de son aussi difficile à exprimer qu'à expliquer. Les sons de la flûte, dit M. Pouillet, peuvent être portés au même ton et à la même intensité que le cri du paon; ils s'en distinguent cependant par la *douceur de leur timbre* comparée au *timbre déchirant* de la voix du paon. Il y a lieu de penser que le timbre dépend de l'ordre dans lequel se succèdent les vitesses du corps vibrant dans chacune de ses vibrations, et par conséquent de l'ordre dans lequel se succèdent les compressions et les raréfactions dans la longueur de chaque onde sonore. (Pouillet.)

Les corps sonores ont été partagés en plusieurs classes. On distingue les cordes, les plaques et les membranes, les cloches et les corps analogues, les tuyaux ouverts, les tuyaux fermés et les anches.

A la classe des cordes appartiennent le violon, la basse, la contre-basse, la guitare, la harpe, le piano, etc. Le ton dépend ici exclusivement de la corde, de sa grosseur, de sa composition, de son étendue, de sa tension, etc. L'intensité et le timbre dépendent surtout de la pression exercée sur la corde et des conditions du corps sonore avec lequel la corde est en rapport.

Il n'entre pas dans le sujet de ce cours de vous faire connaître les lois de vibrations qui appartiennent à chacune des classes de corps sonores que nous avons énumérées. Je vous rappellerai seulement qu'il est des sons irréguliers, confus, obscurs ou éclatants, forts ou faibles, que l'on désigne, en général, par le nom de *bruits*, et des sons réguliers, *harmoniques*, *musicaux*, dépendants de vibrations exactement mesurées, liés les uns aux autres par des rapports fixes, produits par des corps sonores placés dans des conditions rigoureusement déterminées. Ainsi, les sons produits par les divers instruments de musique, qui sont combinés suivant une échelle de convention qu'on appelle *gamme*, et qui forment une étendue de neuf octaves chaque, chaque octave comprenant huit sons ou *notes*, appelées *ut*, *ré*, *mi*, *fa*, *sol*, *la*, *si*, *ut*.

Le tableau suivant vous fera connaître le nombre de vibrations simples qui correspondent à chaque son de l'octave médiane et des octaves extrêmes.

Octave médiane.

ut,	ré,	mi,	fa,	sol,	la,	si,	ut.
528	594	660	704	792	880	990	1,056

Dernière octave basse.

ut,	ré,	mi,	fa,	sol,	la,	si,	ut.
33	37	41	44	49	55	62	66

Dernière octave aiguë.

ut,	ré,	mi,	fa,	sol,	la,	si,	ut.
8,448	9,504	10,560	11,264	12,672	14,080	15,840	16,896

Le *la* de l'octave médiane représente le diapason; il n'est pas exactement le même dans tous les pays, ni même dans tous les orchestres d'un même pays; mais le nombre des vibrations en une seconde est toujours compris entre 850 et 880. Vous voyez d'ailleurs que, si les intervalles varient entre les notes des différentes octaves, les chiffres extrêmes sont toujours des multiples des chiffres 2, 4, 8, 16, etc. Ainsi, en procédant de l'*ut* le plus bas à l'*ut* le plus aigu, on trouve, pour le nombre des vibrations des *ut* de chaque octave, les chiffres 33, 66, 132, 264, 528, 1,056, 2,112, 4,224, 8,448, 16,896.

La gamme représentée par les chiffres précédents est appelée *naturelle*; mais les intervalles qui séparent les différentes notes sont quelquefois augmentés ou diminués, et l'on dit alors, dans le premier cas, que la gamme est *diézée*, dans le second, qu'elle est *bémolisée*.

La voix humaine, suivant son étendue et les espaces qu'elle embrasse dans l'échelle musicale, se divise, pour l'homme, en voix de *ténor*, de *baryton* et de *basse-taille*; pour la femme, en *soprano*, *mezzo-saprano* et *contralto*.

L'orgue embrasse toute l'échelle musicale depuis 33 vibrations pour le tuyau le plus considérable jusqu'à 16,896 vibrations pour le tuyau le plus petit.

La voix d'homme s'étend, en général, du *sol* de la première octave basse (396 vibrations par seconde) au *sol* de la première octave aiguë (1,584 vibrations), embrassant ainsi une étendue de trois octaves.

La voix de femme s'étend en général du *ré* de l'octave médiane (594 vibrations) à l'*ut* de la première octave aiguë (2,112 vibrations), embrassant ainsi une étendue d'environ deux octaves.

Tels sont, messieurs, les principaux phénomènes qui se rattachent à la production des sons, et je vous prie de vous rappeler la distinction que nous avons établie entre les *bruits* et les *sons musicaux*, car elle est fort importante au point de vue de l'hygiène.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7, 14, 18, 25 octobre; 8, 11, 18, 25 novembre et 9 décembre 1851.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — La première séance du concours pour la chaire d'hygiène a eu lieu aujourd'hui, à quatre heures.

Par suite de la parenté de M. Richard avec l'un des candidats; par le désistement de M. Chomel et l'exclusion de M. Andral, arrivé trop tard, ces trois juges ont été remplacés par MM. Bouillaud, Laugier et Denonvilliers.

La retraite non moins regrettable qu'inattendue de M. Fleury, l'un des candidats, que ses travaux semblaient devoir placer sur un des premiers rangs, a réduit à six le nombre des compétiteurs, qui sont: MM. Béclard, Bouchardat, Guérard, Marchal (de Calvi), Sanson et Tardieu.

— Aujourd'hui a eu lieu à l'Institut la nomination à la place vacante dans la section de géologie et de minéralogie. M. de Sénarmont a été élu par 29 voix contre 26 données à M. Ebelmen, et 2 à M. Delafosse.

—Par décret du 29 décembre ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, M. Périer, médecin ordinaire de 2e classe au Val-de-Grâce.

M. Roudet, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division de Constantine.

— Le corps médical lyonnais vient de perdre MM. Frédéric Montain aîné et Fleury Imbert.

M. Montain était lauréat de la Société de médecine de Bordeaux pour un mémoire sur *les émissions sanguines*, qui lui avait valu une médaille. Nous avons entendu citer un ouvrage *sur l'apoplexie* qu'il avait composé conjointement avec son frère. Il était encore auteur du *Guide des mères*, dédié à la reine Hortense, dont il fut le médecin pendant environ dix ans.

M. Montain aîné avait quitté Lyon à la suite d'une affaire politique qui devint l'occasion d'un beau trait de dévouement fraternel, dont notre ville a conservé la mémoire. Sur la fin de sa vie il avait fait plusieurs campagnes en Algérie, en qualité de médecin attaché à l'état-major de l'armée. Il vient de mourir à Paris à l'âge de soixante-onze ans. M. Frédéric Montain avait été médecin de l'Hôtel-Dieu en 1812, en même temps que le docteur Lusterbourg, qui l'a précédé de peu de temps dans la tombe.

M. Imbert, médecin de l'Hôtel-Dieu, ancien chirurgien en chef de la Charité, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine, membre de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres, etc., est mort à Lyon le 25 décembre dernier à l'âge de cinquante-cinq ans.

Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de reproduire les belles et dignes paroles prononcées sur sa tombe par M. de Polinière au nom de l'Académie, par M. Candy au nom de la Société de médecine, par M. Roy au nom des médecins de l'Hôtel-Dieu, et par les docteurs Chapot, Baranjard et Duchène.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaire.* — M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Paret, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Perrier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Lhoste, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Vedrenne, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour la division d'occupation d'Italie.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 3. — JEUDI 8 JANVIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 3. — JEUDI 8 JANVIER

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

MAIRE. — PARIS. Sur les Académies. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE M. Chassaignac). Réduction d'une luxation du coude par l'emploi du talon e la main. — ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (M. Morel). Etudes cliniques r les maladies mentales. — Des érections génitales morbides chez l'homme : traitement par la compression du prépuce. — Note sur l'emploi de la oudre de sang. — Académie de médecine, séance du 6 janvier. — Académie des sciences, séance du 5 janvier. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 JANVIER 1852.

Séances des Académies.

La question de la présence du sucre dans les urines z les épileptiques et chez les hystériques après leurs ques s'est présentée aujourd'hui sous une nouvelle e à l'Académie des sciences. M. Michéa avait annoncé il avait cherché en vain le sucre chez plusieurs de malades; M. Reynoso continue à le trouver dans LES CAS et attribue les insuccès de M. Michéa au cédé qu'il a mis en usage, et qui offrirait, suivant , trop peu de sensibilité. Une question posée dans termes ne peut tarder à être résolue, pour peu les chefs de service de la Salpêtrière et de Bicêtre, si que ceux des asiles de province , y mettent de la volonté.

MM. Delafond et Gruby ont appelé une troisième fois tention de l'Académie sur un fait des plus curieux on puisse observer en physiologie, sur la présence n ver dans le sang du chien et de quelques autres maux. Le travail de ces deux observateurs étant enrement publié dans ce journal, nous ne pouvons qu'y voyer le lecteur.

— L'Académie de médecine a assisté aujourd'hui à stallation de son nouveau bureau ou plutôt de son veau président. M. Mélier a entretenu l'Académie termes fort convenables des visites officielles qu'il t faites à l'occasion du jour de l'an, et a remercié collègues avec une modestie extrême de l'honneur ils lui ont fait en le portant à la présidence.

Après quelques mots de remercîments de M. Gibert, Compagnie a repris le cours de ses travaux. M. Jolly un rapport sur l'action thérapeutique des eaux de mer; le travail qui a donné lieu à ce rapport ne renmant rien de bien nouveau, le rapport n'a pu lui prunter un assez grand intérêt pour captiver l'attenn de l'Académie. M. Jolly a été à peine entendu.

Une lecture plus importante de M. Chatin sur la préce de l'iode dans l'air, les eaux et les plantes des es a suivi celle de M. Jolly. Nous publierons textuelent cet intéressant travail, qui peut jeter un grand r sur l'origine du goître et du crétinisme, et qui doit enir dans tous les cas l'objet de considérations du s vif intérêt. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Réduction d'une luxation du coude par l'emploi du talon de la main.

Il y a une exagération évidente, il y a bien aussi quelque te faiblesse d'amour-propre à qualifier de nouveau procédé moindre modification apportée aux méthodes généralement nues. Ce qui fait un caractère propre à toute manœuvre urgicale qui sort des habitudes établies, c'est une différence réelle dans le principe du mode d'action. Que s'il s'agit ne simple nuance dans la manière d'accomplir un acte est, au fond, essentiellement le même, il n'y a pas à créer ce que l'on appelle *un procédé*, sous peine d'enbrer tellement l'arsenal de la pratique, qu'il y naîtrait vitablement de la confusion et de l'embarras. Ce n'est donc à titre de procédé nouveau que nous indiquerons la très ère nuance ci-dessous exposée pour la réduction des ations du coude.

Mais à côté de la réserve que chacun doit s'imposer sous apport de la visée plus ou moins ambitieuse du titre né à telle ou telle modification, petite ou grande, il y a devoir : c'est de ne laisser ignorer au praticien aucune ressources susceptibles de lui faciliter l'accomplissement a tâche. Dans bien des cas, elle est assez facile pour que, ui de la connaissance des principes généraux, il trouve s ses inspirations du moment et dans la sagacité qui le ingue de quoi répondre aux exigences de la situation se présente. Mais dans les cas de grandes difficultés, l'art doit dédaigner aucun des auxiliaires que l'expérience du peut offrir, et il faut que les archives de la science nt assez riches pour fournir tous les expédients propres re atteindre le but.

C'est surtout quand il s'agit de luxations compliquées de fractures ou bien de luxations qui n'ont pas été réduites dans les premières périodes de leur existence, qu'il y a un véritable intérêt à relever tous les modes d'après lesquels s'est exercé l'esprit inventif des chirurgiens de tous les temps et de tous les pays. Ce qui est encore vrai pour les luxations qu'on peut appeler difficiles l'était pour toutes avant l'emploi des anesthésiques, et principalement du chloroforme. Mais si l'introduction de cet admirable auxiliaire dans la pratique a presque annihilé les difficultés de la réduction dans les luxations récentes, elle est loin d'avoir simplifié au même degré la réduction des luxations anciennes, qu'on voit encore opposer trop souvent d'insurmontables obstacles à l'action chirurgicale.

Pour qui médite l'histoire des méthodes de réduction, une remarque se présente d'elle-même. On est frappé de la manière parfois gauche et neutralisante dont la force personnelle du chirurgien est mise en jeu. C'est au point que souvent des manières de faire tellement instinctives qu'on les emploie chaque jour pour les usages les plus vulgaires, que les enfants eux-mêmes les mettent en pratique dans leurs jeux, sont précisément celles qui se présentent les dernières à l'esprit du chirurgien, tant il est vrai que, quand l'imagination se met en frais pour trouver de grands moyens, elle s'éloigne du naturel et demande à des combinaisons ridiculement savantes et prétentieuses ce que l'observation de la nature nous eût fait promptement découvrir. La réduction des luxations étant, pour le chirurgien, une lutte, une question de forces musculaires bien appliquées, n'est-il pas évident que c'est en observant les conditions dans lesquelles nous déployons instinctivement le plus de force musculaire qu'il faut, avant tout, chercher des modèles ou du moins des inspirations que féconde l'analogie ?

On est donc en droit d'être surpris quand on constate l'absence d'application pratique de certaines attitudes dans lesquelles chacun est apte à réaliser la plus grande somme d'énergie musculaire qu'il lui soit donné de déployer. De ce nombre est l'attitude dans laquelle on agit avec le talon de la main. Quand nous voulons fermer une porte qui résiste, repousser un corps qui menace de nous écraser, nous relever d'une chute, éloigner de la rive un bateau sur lequel nous nous trouvons, que faisons-nous ? Le talon des deux mains sert de contre-appui, et nous exécutons un mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Il était bien naturel qu'une évolution si favorable à nos efforts eût quelque application en chirurgie. Or, les tentatives de réduction des luxations du coude en arrière se prêtent merveilleusement à l'emploi de ce mécanisme. En effet, pendant qu'avec la main gauche nous saisissons à pleine main l'humérus droit du malade pour le fixer, nous appuyons le talon de la main droite contre l'olécrane pour le repousser en avant. C'est à cette manière de faire que nous avons eu recours pour réduire une luxation du coude compliquée d'une fracture d'avant-bras récemment consolidée. La luxation datait de sept semaines.

On pourrait objecter que les dimensions du membre luxé (c'était l'avant-bras d'un enfant) se prêtaient beaucoup plus que celles d'un bras d'adulte à ce mode opératoire. Nous ne disconviendrons pas que la possibilité de saisir vigoureusement l'humérus avec la main gauche, comme on l'eût fait d'un barreau de chaise, ne nous ait rendu singulièrement favorable l'application de ce *modus faciendi*. Mais la différence de volume du membre ne saurait être un obstacle à ce que, même chez l'adulte, on ne puisse tirer un grand parti de l'emploi de ce moyen. C'est pour cela que nous avons cru devoir le soumettre à l'examen de nos confrères.

Voici l'observation, qui est nécessairement fort courte.

Morin (Eugène), âgé de huit ans, demeurant à Fontenay-sous-Bois, rue Saint-Germain, 38, est amené par son père à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, le 16 mai 1851. En examinant avec attention le membre supérieur droit de cet enfant, nous constatons :

1° L'existence antérieure d'une fracture répondant à la partie moyenne de l'avant-bras, et qui n'est que récemment consolidée. C'est là ce qui avait, dans les premiers temps de la lésion, appelé d'une manière exclusive l'attention des personnes qui avaient vu le malade avant nous ;

2° L'existence actuelle d'une luxation de l'avant-bras, caractérisée par la réunion de tous les signes de la luxation du coude, savoir : la présence distincte sous-cutanée et constatable avec le doigt de la cupule articulaire du radius ; une dépression facile à produire, et considérable en arrière de l'olécrane ; l'existence d'une saillie très prononcée en avant, évidemment formée par la trochlée humérale ; l'impossibilité de fléchir et d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras, etc.

Le père de l'enfant, interrogé sur la cause de ces lésions, nous apprend qu'il y a sept semaines le petit garçon a fait une chute de cheval, en conduisant à l'abreuvoir un animal ombrageux sur lequel on l'avait laissé monter. Au moment de la chute l'enfant tombe sous les pieds du cheval, et sans qu'on puisse s'expliquer au juste quelle a été la part de la chute et celle des circonstances qui l'ont accompagnée, on s'est aperçu que des lésions graves siégeaient au membre thoracique. La fracture est la seule lésion dont on se soit occupé ; et l'appareil appliqué le lendemain de la chute amena la consolidation, qui paraît bonne aujourd'hui, mais la luxation a persisté.

Nous nous trouvons donc en présence d'une luxation du coude existant sur un membre trop récemment fracturé pour qu'on puisse y exercer impunément, ou du moins avec une sécurité parfaite, les tractions énergiques que suppose la réduction d'une luxation datant déjà de sept semaines. Néanmoins, le jeune âge du sujet, son habitude musculaire chétive nous donnent l'espoir de réduire sans chloroforme. Une première tentative est faite; elle est faite avec vigueur, mais sans autre secours que celui d'un seul aide. La résistance est telle qu'on voit la nécessité d'assoupir le petit malade, autant pour lui éviter les douleurs que pour neutraliser la contraction musculaire. Deux aides appliquent leurs mains réunies sur l'avant-bras, au-dessus du lieu où existait la fracture, pendant que deux autres aides joignaient chacun leurs deux mains au-devant de l'humérus. Dans cette position, des pressions étaient directement exercées par les pouces du chirurgien sur l'olécrane. Cette première tentative détermina bien un craquement, évidemment produit par la déchirure de ligaments de nouvelle formation, mais ne produisit par la réduction. Alors, dans un moment de répit, où les aides qui agissaient sur l'avant-bras étaient encore à leur poste, le chirurgien saisit à pleine main l'humérus avec la main gauche, pendant qu'avec le talon de la main droite, embrassant le sommet de l'olécrane, il repousse cette éminence en avant. Tout à coup la résistance cède, et le rapport normal des surfaces articulaires se rétablit. La réduction était accomplie. Un appareil contentif fut appliqué.

Nous avons revu le jeune malade. La guérison n'a été troublée par aucun accident.

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (Meurthe).

M. MOREL, médecin en chef.

Etudes cliniques sur les maladies mentales

§ I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES PHÉNOMÈNES FÉBRILE DANS SES RAPPORTS AVEC LE DÉLIRE DE L'ALIÉNATION MENTALE.

(Suite. — *Voir* le n° précédent.)

Un soir l'hôtel que j'habitais était presque désert; une grande fête de nuit avait attiré tous les voyageurs au théâtre de la Fenice. Un bruit que j'entendis au-dessus de ma chambre fixa mon attention. Bientôt une fenêtre s'ouvre, et la chute d'un corps pesant tombant dans les lagunes réveilla soudain dans mon esprit l'idée d'un suicide que j'avais prévu et dont l'exécution probable me préoccupait sans cesse : la triste réalité confirma bientôt mes soupçons. Un jeune Français, atteint de lypémanie religieuse avec tendance au suicide, venait de terminer son existence en se précipitant du quatrième étage sur les bateaux qui étaient amarrés à l'entrée de l'hôtel. Le spectacle d'un cadavre dont la tête était horriblement fracassée, la désolation du frère du malade, ainsi que le désespoir du médecin qui lui donnait des soins étaient des causes morales plus que suffisantes pour ébranler mon système nerveux affaibli par une maladie dont la convalescence commençait à peine.

Je ne fatiguerai pas le lecteur par le récit de mes propres impressions; tout ce que je puis dire, c'est que les sensations pénibles dont j'ai parlé redoublèrent d'intensité. A l'idée d'une fin prochaine, se joignait la préoccupation ridicule, j'en conviens, et dans tous les cas bien peu philosophique, de me savoir placé dans un cimetière qu'inondait parfois l'eau de la mer. Ce que l'on m'avait raconté sous ce rapport était la préoccupation incessante et maladive de l'état de veille. C'était une idée fixe telle que l'on en voit dans certaines mélancolies. Le délire fébrile, qui augmentait tous les soirs, me fit passer par une série d'hallucinations dont la plus pénible sans contredit était l'apparition du malheureux suicidé, semblant me faire des reproches de n'avoir pas prévenu cet accident, vu que dans une conversation que j'avais eue à propos de lui j'avais émis des craintes sérieuses sur la probabilité d'un suicide.

Les apparitions dont je parle se représentaient surtout à ma vue dans cet état intermédiaire entre le sommeil et le réveil; mais le réveil complet apportait lui-même peu de tranquillité dans mon esprit. Je dus changer d'appartement; mais ce remède me soulagea faiblement. Chaque fois que j'étais laissé à moi seul, mes craintes redoublaient, et je ne goûtais qu'un sommeil fugace, dont me tiraient brusquement les apparitions les plus fantastiques.

Enfin, lorsqu'un mois après cette rechute je me déterminai à quitter Venise, je ne pus me résoudre, malgré l'exemple de tous les voyageurs, à faire le trajet qui sépare cette ville de la terre ferme. Une légère agitation des eaux de la mer me faisait l'effet d'une affreuse tempête. Je dus choisir un jour où le calme était complet, et la cause de cette frayeur tenait si bien à mon état nerveux général que le voyage en voiture jusqu'à Rome fut pour moi l'objet d'un supplice con-

tinuel. Je ne pouvais goûter le moindre repos sans être éveillé soudain par la sensation d'une chute dans un précipice. Mais cette sensation ne se rattachait pas seulement à un état particulier de rêvasserie, c'était tout éveillé qu'il me semblait souvent que la voiture était irrésistiblement entraînée vers le fleuve qui coulait à côté de nous et dont mille mètres au moins nous éloignaient. Ce n'est que plus de trois mois après mon arrivée à Rome et à la suite d'un voyage entrepris à Naples et en Sicile que je retrouvai le parfait équilibre de mes forces nerveuses, et que je fus débarrassé de ces craintes que je savais très bien apprécier dans leurs causes et leurs effets, mais qu'il m'était impossible de surmonter.

L'essai que nous faisons de décrire les effets des différents délires aura pour but de faciliter les éléments d'une classification des maladies mentales, classification que nous chercherons à rendre aussi simple que possible en la rapprochant des faits que nous observons, soit à l'état maladif, soit à l'état sain.

Nous avons dit précédemment que les délires principaux que l'on observe dans les maladies générales se rapprochent autant que peuvent le permettre les analogies des états maniaques, monomaniaques, mélancoliques ou hypémaniaques; il nous reste à compléter ce tableau par quelques considérations sur les délires asthéniques qui peuvent nous donner une idée de la démence.

Il existe un délire asthénique dans lequel le malade, incapable de réunir ses idées, ne fait que murmurer des mots inintelligibles (*delirium mussitans*). Son égarement n'a aucune influence sur ses actes, et à peine se recueille-t-il quand on lui crie son nom ou qu'on le secoue violemment. Son agitation se résume dans quelques actes automatiques, ses yeux sont égarés ou fixes, et de ses mains tremblantes le malade retire ses couvertures ou se cramponne après les vêtements de ceux qui l'entourent.

On reconnaît dans cet état le délire qui se relie à quelques affections typhoïdes et apoplectiques, et il est rare que la terminaison n'en soit pas funeste. Quelques déments, placés dans les limites extrêmes de leur affection, nous représentent des situations analogues. Tout se réduit aussi chez eux à des actes automatiques que l'intelligence ne domine plus et que les instincts naturels sont impuissants à diriger. La comparaison que nous faisons entre le délire de deux états dont le point de départ est si différent se trouvera être d'autant moins forcée qu'il n'est pas rare qu'on nous amène dans nos asiles des individus en démence dont l'état intellectuel est consécutif à des fièvres typhoïdes graves.

Enfin, pour terminer les analogies dont nous esquissons les caractères principaux, nous dirons qu'il existe entre les délires fébriles proprement dits et les délires de l'aliénation des points de contact, alors même que les derniers phénomènes de l'existence semblent avoir été établis entre des états maladifs différents, mais dont le délire est le symptôme des démarcations profondes. Je veux faire allusion ici au retour subit à la raison qui s'opère parfois, alors que tous les éléments de la vie intellectuelle semblent anéantis, et cela dans les dernières phases d'une maladie aiguë, aussi bien que dans une folie chronique. Nous trouvons dans les œuvres de Reil, de Brandis, Zimmermann, Darwin, Gruner des exemples on ne peut plus remarquables de ce premier état de choses. Les médecins aliénistes ont pu voir aussi dans le cours de leur pratique des faits non moins étonnants sous ce rapport (1).

C'est, en effet, un singulier spectacle bien digne de fixer l'attention du physiologiste et du philosophe que celui de ces malades qui, dans les dernières périodes de ce délire mussitant, dont le pronostic est si fatal, semblent par un effort suprême revenir au sentiment de la vie, parlent à ceux qui les entourent, les consolent, mettent ordre à leurs affaires et ne retombent dans l'état de léthargie d'où ils sont sortis qu'après avoir jeté un regard plein d'intelligence et de lucidité sur leur passé, leur présent et parfois sur leur avenir. Brandis rapporte dans son ouvrage sur la force vitale qu'un de ses amis, au vingt et unième jour d'une maladie dont la terminaison prochaine était annoncée par un anéantissement complet du système nerveux et par une perte totale de l'intelligence et du sentiment, parut s'endormir d'un sommeil doux et tranquille et goûter un repos que ne troublaient plus ni l'agitation ni le délire. Après quelques instants, il s'éveille, parle (ce qu'il n'avait pu faire depuis quatorze jours), retrouve non-seulement son accent de voix naturel, mais révèle encore à ceux qui l'entourent les sentiments les plus tendres et les plus élevés d'un époux et d'un ami; à l'indifférence la plus grande, à la prostration totale des forces intellectuelles succèdent l'activité des souvenirs du cœur et la lucidité de l'esprit; pendant plus d'une heure, le pouls et la respiration étaient comme à l'état normal. Le malade s'entretint avec sa femme sur les conséquences d'une mort qu'il prévoyait, mais sans la redouter. Il recommanda sa femme et ses enfants à son ami Brandis; il eut une conversation très longue et très animée avec un ecclésiastique, et trois heures après parut de nouveau s'endormir d'un sommeil paisible; mais bientôt la scène change; des soubresauts dans les tendons et de violentes contractions des muscles du visage annoncent que les derniers phénomènes de la vie vont s'accomplir; la mémoire et l'intelligence se perdent de nouveau, et le malade s'éteint après deux jours d'agonie.

Les annales de l'aliénation nous offrent des faits plus surprenants encore du retour à la raison, puisqu'ils arrivent parfois après que le cerveau est resté inactif pendant des années entières. M. le docteur Brierre de Boismont cite l'histoire étonnante d'un individu affecté de démence et de mutisme chez lequel, après cinquante-deux ans d'aliénation, la parole revint avec le retour de la raison quelque temps avant sa mort. Notre clinique de Maréville nous a fourni l'exemple à peu près analogue d'un retour complet à la raison chez un individu dont M. Bariod, interne, a rapporté l'histoire dans les *Annales médico-psychologiques*. Le nommé Dor... était habituellement cité par nous comme l'exemple le plus extraordinaire de l'abrutissement dans lequel l'homme est capable de tomber. Depuis cinq années qu'il est alité, il ne parle plus; ses jambes sont rétractées par suite d'une affection de la moelle, à ce que nous supposons; il se tient accroupi sur son lit; il pousse des grognements semblables à ceux d'une bête féroce; quand on s'approche de lui, ses grognements redoublent; il faut lui donner avec précaution les soins dont il a besoin; il s'anime, se précipite sur vous, déchire et mord.... Et cependant cet homme, dont l'intelligence semblait éteinte pour faire place aux instincts les plus féroces, s'adresse un jour à la sœur qui seule avait le privilége de pouvoir l'approcher sans l'irriter; il lui parle, ce qu'il n'avait jamais fait encore.....

— Je me trouve bien mal, dit-il; allez me chercher l'aumônier. On s'empresse d'accéder à son désir; il s'entretient une demi-heure avec l'ecclésiastique de l'asile, fort étonné des sentiments que ce malade exprime et de la lucidité de son esprit. Au point de vue physiologique, l'état de spasme général et de contraction musculaire semble céder à l'approche du moment suprême; la figure perd cette expression de férocité qui lui était devenue habituelle; les jambes, que nos efforts les plus violents n'avaient jamais pu allonger, s'étendent naturellement; il accepte avec reconnaissance les soins désormais inutiles que nous lui prodiguons, et il meurt après avoir joui pendant une heure de toute l'intégrité de sa raison. (*Annales médico-psychologiques.*)

Je ne puis entrer ici dans des explications sur les causes plus ou moins probables de ces derniers faits. Mon but a été de prouver jusqu'à présent que les délires, en tant qu'expression symptomatique des maladies, sont identiques; mais dans quel cas le délire est-il l'expression d'une maladie aiguë, d'un état physiologique donné, ou d'une folie. Voilà ce qu'il nous reste à examiner. Cette étude nous servira de transition à celle de la nature des affections dont nous faisons l'histoire. La classification que nous adopterons sera appuyée sur des observations spéciales, et ces observations nous aideront à mieux apprécier les causes particulières dont nous aurons à étudier l'influence. Ce n'est qu'en dernier lieu que nous nous trouverons autorisé par l'enchaînement logique des faits à aborder le traitement de ces affections qui se rattachent, comme le lecteur peut l'entrevoir déjà, aux maladies générales du système nerveux.

(1) REIL, ouvrage cité. — BRANDIS. *Von der Lebens-Kraft*, § 158. — ZIMMERMANN. *Von der Erfahrung*; Zurich, 1763, § 203. — GRUNER. *Séméïotique*; Halle, 1735, p. 267, 278. — On trouvera, à propos du phénomène du retour à la raison chez les aliénés, les exemples les plus remarquables dans les ouvrages de Pinel, d'Esquirol et des principaux médecins aliénistes.

DES ÉRECTIONS GÉNITALES MORBIDES CHEZ L'HOMME;

Traitement par la compression du prépuce;

Par le docteur SISTACH,

Sous-aide-major à l'hôpital militaire de Djidjeli.

Mille causes peuvent provoquer l'érection. Ainsi, stimulation appliquée directement sur le pénis (attouchements de la verge); stimulation sympathique (attouchements des testicules, accumulation du sperme dans les vésicules séminales); stimulation synergique (chatouillement de la peau des lombes, de la partie interne des cuisses); influences de l'imagination: tels sont les divers mobiles de l'érection dans l'état physiologique.

Effet de tant de causes si diverses, l'érection doit nécessairement, dans l'état pathologique, s'offrir dans une foule de circonstances. Nous trouvons, en effet, l'érection idiopathique (dans la syphilis); l'érection essentielle (dans le priapisme et le satyriasis); l'érection sympathique (dans les calculs vésicaux, la strangurie, les hémorrhoïdes, la cystite, l'inflammation du col vésical); enfin, l'érection synergique (dans l'action des cantharides, les oxyures dans le rectum).

Etudions ce phénomène morbide sous ces divers points de vue, mais subordonnés toujours au traitement.

Érections syphilitiques.

« Les érections, dit M. Ricord, exigent une attention toute particulière: qu'elles soient lascives ou simplement automatiques, qu'elles soient sans douleur ou pénibles, il faut éloigner des malades tout ce qui peut exciter en eux des idées de volupté. » Constituant le plus souvent un simple symptôme syphilitique analogue à tous les autres, les érections atteignent dans d'autres circonstances un tel degré de douleur et d'opiniâtreté, qu'elles sont une véritable complication et réclament un traitement spécial. Elles surviennent ordinairement dans la blennorrhagie, assez souvent chez des malades atteints de chancres, comme je l'ai observé sur plusieurs militaires. Les érections, très douloureuses au début de l'écoulement urétral, se montrent dans toutes les périodes de la blennorrhagie; elles persistent même quelquefois dans la chaude-pisse cordée, après la disparition des autres symptômes gonorrhéiques. Résultat de l'irritation qui accroît la sensibilité de la verge, l'érection survient particulièrement la nuit, au milieu du sommeil et dans le décubitus dorsal: quelques malades même passent la nuit entière dans une agitation et une souffrance continuelles.

Repos, antiphlogistiques généraux et locaux, onctions le long du canal de l'urètre avec le cérat fortement opiacé, cataplasme de ciguë prescrit par Cirillo; enfin, emploi du camphre seul ou associé à l'opium et administré en pilules ou en lavement: tels sont les divers moyens conseillés pour prévenir les érections. Pour les combattre au fort de l'accès, on a recommandé de ne pas trop se couvrir dans le lit, de prendre le décubitus latéral, de faire des applications froides sur la verge: loin de produire un heureux résultat, ce dernier moyen provoque souvent dans la verge des mouvements spasmodiques qui rendent et plus vives et plus longues les souffrances que l'on éprouve. M. Lagneau (*Traité pratique des maladies syphilitiques*) reproche même aux applications réfrigérantes d'avoir déterminé des suppressions d'écoulement et le transport brusque de l'inflammation urétrale sur l'intérieur de la vessie. L'application des pieds nus sur le sol froid a souvent été très efficace. Que dire de la pratique brutale qui consiste, dans la chaude-pisse cordée, à rompre la corde (comme s'expriment les gens du peuple), c'est-à-dire à fléchir violemment avec les mains, ou à frapper sur un corps dur la verge en érection? Donnant toujours lieu à une hémorrhagie souvent grave, ce moyen a quelquefois déterminé la rupture de l'urètre et une infiltration urineuse. M. Gibert (*Manuel pratique des maladies vénériennes*) parle même d'un cas de gangrène de la verge observé à la suite de semblables violences, gangrène qui a occasionné la mutilation de cet organe.

Comme on le voit, dans le traitement des érections, les remèdes sont nombreux; malheureusement ils échouent souvent dans la pratique, et l'érection persiste quand même ou va sans cesse croissant.

Naturam morborum curationes ostendunt, a dit Hippocrate. Prenons le contre-pied de cet aphorisme: de l'étude physiologique et pathologique des érections, arrivons à un traitement qui se montre d'autant plus absolu qu'il ne tient compte d'aucune des circonstances qui peuvent annihiler l'action des agents pharmaceutiques. Comment donc se produit l'érection? « Chez l'homme (Brachet et Fouilhoux, *Physiologie*), la verge entre en érection par l'affluence d'une plus grande quantité de sang. Cet organe, soumis à la réaction des différentes causes érotiques, en reçoit *un mode d'excitation particulier* qui s'étend à ses artères et à son tissu. Les artères battent avec force et impriment au membre viril un mouvement de saccade isochrone à celui du pouls; elles apportent une plus grande quantité de sang à son tissu spongieux et érectile, soit dans le corps caverneux, soit dans l'urètre et le gland. Ce tissu appelle le liquide, s'en laisse pénétrer et le retient jusqu'à ce qu'il en soit rempli et distendu. Alors cet organe change de forme, de volume et de direction; il se gonfle, s'allonge, se redresse et se durcit. » En somme, influx nerveux, congestion sanguine, allongement de la verge: tels sont les trois phénomènes d'où dérivent tous les autres. Dissiper l'influx nerveux, empêcher la congestion sanguine, mettre obstacle à l'allongement de la verge: telles sont les trois indications thérapeutiques à remplir. Or, voici le moyen: *Amener le prépuce en avant du gland, et faire en ce point une ligature circulaire.* Cette compression du prépuce est héroïque pour prévenir les érections nocturnes, pour dissiper en moins d'une minute les érections diurnes pendant leur évolution. Une mèche de coton, un ruban, un lien quelconque, pourvu qu'il offre une certaine épaisseur, suffit pour établir cette constriction préputiale; le lien doit être serré modérément, assez seulement pour qu'il ne se détache point et que le gland reste couvert en tous points. Lorsque le malade se couche, on applique la ligature, que l'on enlève le lendemain matin au réveil; elle ne détermine aucune souffrance et n'est suivie d'aucun accident. L'engorgement du prépuce, la présence de chancres préputiaux ne sont point des contre-indications à la ligature, à la condition de ne pas atteindre les chancres dans la constriction circulaire. Ainsi, j'ai appliqué la ligature avec succès sur un militaire qui joignait à un engorgement du prépuce un phimosis considérable, provenant de l'excision d'une couronne de végétations préputiales. J'ai obtenu le même résultat chez un soldat atteint d'écoulement urétral intense, d'engorgement du prépuce et de chancres situés sur le prépuce et autour du gland; dans ce cas, la ligature, *assez lâche pour donner issue à une mèche de fil et à l'écoulement blennorrhagique*, fut néanmoins assez puissante pour prévenir les érections nocturnes qui depuis quatre jours fatiguaient le malade et le privaient de sommeil.

On pourrait, à la rigueur, se servir de la ligature pour prévenir les érections diurnes; mais on obtient si facilement la résolution de l'érection, qu'on peut ne pas recourir à une constriction aussi prolongée. Lorsqu'un malade se surprend en érection, pourvu que le prépuce offre encore de la laxité, il suffit de le ramener avec les doigts en avant du gland, et de le maintenir dans cette position pendant quelques instants. L'érection aurait-elle parcouru les trois quarts de son évolution, qu'elle cédera toutefois et en moins d'une minute à cette douce pression des doigts. Une seule précaution est à prendre dans ce dernier cas: c'est, en amenant le prépuce en avant, de ne point serrer le gland; cette pression accroîtrait les douleurs que le malade éprouve déjà par le fait de l'érection. Du reste, ces douleurs, tout à fait passagères, disparaîtraient bientôt avec l'érection, sous l'influence de la pression digitale.

Les effets de la compression préputiale sont d'autant plus rapides, qu'on exerce en avant du gland une plus longue traction du prépuce, de manière à établir sur toute la longueur de la verge une compression circulaire. Aussi faut-il opérer le plus possible cette traction avant de pratiquer la ligature, que l'on placera le plus près du gland. Chez certains sujets, le prépuce n'offre pas assez de longueur pour recouvrir naturellement le gland et permettre la ligature. Dans ces cas, on arrive au même résultat en tirant sur la peau de la verge qui offre toujours assez d'élasticité pour rendre possible la ligature au-devant du gland.

Comment la compression du prépuce agit-elle sur l'érection? Action vitale, action mécanique, tels en sont les effets. Entrons dans quelques détails. Supposons une érection dans sa période croissante; j'applique le pouce et l'index sur le prépuce en avant du gland. Que se produit-il? Immédiatement il y a modification dans la sensibilité; arrêt, si je puis dire, dans l'influx nerveux; sédation des nerfs et vaisseaux de la verge. Comme conséquence de cet arrêt d'influx nerveux, de cette sédation, il y a diminution de la congestion sanguine, et, par suite, retrait de la verge, allongement di-

minué. Là seulement, dans la diminution de congestion sanguine et d'allongement de la verge, se remarque l'effet mécanique de la compression du prépuce. Et le premier effet de cette compression est tellement vital, qu'on ne peut réveiller l'érection, qui disparaît par la simple pression des doigts, que par des influences plus puissantes, des attouchements voluptueux, par exemple. Bien plus, la congestion sanguine et l'allongement de la verge n'ont encore subi aucune modification, que déjà le malade perçoit une sensation vague, indéfinissable, qui lui fait dire : « Je sens mon érection disparaître. »

Comme moyen prophylactique des érections nocturnes, la ligature agit encore sur l'influx nerveux, qu'elle maintient dans un état complet de sédation; la congestion sanguine, nécessaire à l'érection, ne peut alors avoir lieu; car, pour que l'érection se produise, il ne suffit point qu'il y ait afflux de sang vers les corps caverneux, l'urètre et le gland; il faut d'abord de la part de ces organes érectiles un mouvement vital d'expansion qui provoque, qui permette l'introduction du sang. Pourquoi le conseil de ne pas trop se couvrir dans le lit, de ne pas dormir dans des lits trop mous, si ce n'est pour éviter l'influence funeste d'une trop grande chaleur sur l'organe viril? Pourquoi donc, à l'aide de la ligature du prépuce, les mêmes causes ne produisent-elles pas les mêmes effets? Pourquoi le matin, lorsque le malade retire le lien constricteur, la verge est-elle dans un état de petitesse, d'atonie, je dirai même de stupeur (1)? Semblable dans ses résultats au froid qui resserre les organes génitaux et prévient les érections, la ligature du prépuce produit des effets opposés à ceux de la chaleur, et plus puissants que ces derniers.

Inutile de rapporter les nombreuses observations que j'ai recueillies. Je dirai seulement que depuis plus d'un an que j'ai communiqué ce nouveau mode de traitement à l'Académie de médecine, je n'ai essuyé aucun insuccès. Et plusieurs médecins à qui j'ai communiqué ce moyen ont également obtenu des résultats toujours heureux.

Priapisme et satyriasis.

Maladies essentiellement nerveuses, le priapisme et le satyriasis se caractérisent par une érection continuelle et douloureuse du pénis. Le désir de l'acte vénérien, qui manque dans le priapisme, établit la différence entre ces deux états nerveux; de plus, le priapisme paraît être une névrose des parties génitales, tandis que le satyriasis est une névrose cérébrale.

Conséquence malheureuse d'excès vénériens trop longtemps continués, le priapisme, qui atteint quelquefois les adultes et souvent les vieillards, coïncide toujours avec un tempérament très irritable qui s'impressionne sous l'influence des moindres causes excitantes. Les érections se manifestent le jour et la nuit, mais particulièrement lorsqu'on est couché. Epuisement général, souffrances vives et prolongées, irritabilité plus grande encore. Tels sont les terribles effets de cette affection que ne peuvent atteindre ni les débilitants, ni les calmants, ni les réfrigérants, ni même les antispasmodiques.

Les excès de la masturbation déterminent encore le priapisme, de même que souvent les masturbateurs sont provoqués à l'onanisme par une érection qui les surprend au réveil. Ainsi s'influencent réciproquement la masturbation et le priapisme, qui tiennent toujours en éveil l'irritabilité des individus. Ne pourrait-on pas recourir pendant la nuit à la ligature du prépuce chez les enfants indociles qui échappent dans leur lit à toute surveillance, et se livrent à des excès qui mettent leur santé en péril? Et comme moyen de contrôle de la part des parents, et comme agent annihilateur des appétits vénériens, la ligature du prépuce peut rendre d'immenses services.

Dans le satyriasis, les individus désirent ardemment les rapprochements sexuels; toutes leurs facultés, tous leurs actes se concentrent vers ce désir passionné, et lorsqu'ils ne peuvent le satisfaire, ils tombent dans un état de fureur maniaque.

N'ayant pas eu l'occasion de traiter des malades atteints de priapisme ou de satyriasis, je m'en rapporte à l'expérience de mes confrères pour juger des effets de la ligature du prépuce dans ces circonstances.

Erections sympathiques et synergiques.

Lorsque les érections dépendent de la présence de calculs dans la vessie, d'oxyures dans le rectum, d'une cystite, etc., il faut évidemment connaître d'abord la cause qui leur donne lieu; et tout en traitant l'affection primitive, on pourra combattre l'érection, soit sympathique, soit synergique, par la ligature du prépuce. Du reste, dans ces cas, les érections nécessitent rarement l'emploi d'un traitement spécial.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA POUDRE DE SANG.

Par M. le docteur A. Berton.

Depuis près d'un an j'emploie la poudre de sang dont parle un confrère dans le numéro du 30 décembre de votre journal. Cette substance, nullement dispendieuse et qui peut trouver son emploi utile dans les états chlorotiques, anémiques, dans la faiblesse générale ou asthénie consécutive aux maladies graves, consiste tout simplement dans du sang de bœuf desséché au bain marie et tamisé. J'ai expérimenté avec succès ce moyen chez les enfants, les adultes et les vieillards, dans les circonstances analogues à celles indiquées, mais trop rares, du reste, dans la pratique civile pour permettre autre chose que des présomptions favorables. J'administrais cette poudre, que j'appelais *hématosique*, à la dose de 1, 2, et progressivement 4 grammes par jour; et dans les apparences chlorotiques, je l'additionnais par gramme de 10 centigrammes de poudre de fer.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 janvier 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose :

1° De l'envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Gouy-en-Artois, par M. Levieh, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras;

2° D'un échantillon d'eau de nouvelles sources minérales sises au Vernet;

3° De deux échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Ciguë.

M. Guilliermond, pharmacien à Lyon, adresse une note sur le principe actif de la ciguë (conine).

L'auteur, se fondant sur l'altérabilité de la conine, conseille la poudre de fruit de ciguë.

Bouts de sein.

M. Mathieu envoie un nouvel instrument destiné à former les bouts de seiu. En voici le dessin.

Discours du président.

M. Mélier, nouveau président, rend compte en quelques mots des visites officielles faites à M. le président de la République.

Iode dans les eaux, etc.

M. Chatin lit un travail sur la présence de l'iode dans les eaux, l'air, les végétaux des Alpes. Nous publierons ces intéressantes recherches.

Actes physiques du cœur.

M. Wanner lit un mémoire sur ce sujet.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 janvier 1852. — Présidence de M. Rayer.

Recherches sur l'iode dans l'air et les eaux des Alpes.

M. Chatin communique la deuxième partie de ses recherches sur l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes, de la France et du Piémont. Nous publierons cet intéressant travail.

Sucre dans les urines.

M. Alvaro Reynoso répond à la note présentée par M. Michéa dans une des dernières séances, et dans laquelle ce médecin disait n'avoir pas trouvé de sucre dans les urines des épileptiques et des hystériques après les attaques. M. Reynoso l'y a constamment trouvé.

Je crois, dit-il, que la différence qui existe entre les résultats de M. Michéa et les miens tient à ce qu'il s'est servi, pour reconnaître le sucre, d'un procédé beaucoup moins sensible que celui que j'ai employé.

1° Le procédé par la potasse, employé par M. Michéa, offre une sensibilité beaucoup moindre que la liqueur de M. Bareswil (tartrate caprico-potassique).

2° En outre, il faut toujours opérer sur des urines traitées préalablement par l'acétate de plomb et concentrées, ce que n'a point fait M. Michéa.

Si l'on prend, en effet, un grain de raisin et qu'on l'écrase dans l'eau, en divisant cette eau en deux portions, et qu'on étende l'une d'urine ordinaire et l'autre d'une quantité d'eau égale à celle de l'urine, on verra qu'en faisant bouillir la portion étendue d'urine simplement avec le tartrate caprico-potassique, on aura un précipité sale et peu apparent, tandis que si on la traite préalablement par l'acétate de plomb, on aura une réaction aussi nette que si on l'avait étendue d'eau seulement.

Ainsi, il faut commencer par traiter les urines par le sous-acétate de plomb; filtrer, précipiter l'excès de plomb par du carbonate de soude; filtrer encore, puis concentrer et faire bouillir avec la liqueur de M. Bareswil. Il faut opérer au moins sur 30 grammes d'urine si l'on veut avoir des réactions bien nettes.

Filaire du sang du chien.

M. Delafond, professeur à l'Ecole d'Alfort, en son nom et au nom de M. le docteur Gruby, lit le mémoire suivant sur le ver filaire qui vit dans le sang du chien domestique.

Vers le milieu du siècle dernier, Riolan, Bonnet, Saint-Martin, Baratte, Bousquier et autres ont dit avoir trouvé des vers dans le cœur de l'homme et en avoir retiré des vaisseaux en pratiquant la saignée. Après avoir lu la description qui a été donnée de ces vers, nous sommes restés convaincus que, parmi les observateurs que nous venons de citer, les uns ont pris des caillots sanguins pour des vers, les autres ont considéré comme des hématozoaires des animaux tels que la larve de la tipule des prés et le planaire d'eau douce qui avaient été accidentellement mêlés au sang après sa sortie de la veine.

A une époque moins reculée, le naturaliste napolitain Dalle Chiaje a dit avoir découvert un ver polystome dans le sang expectoré par deux hommes atteints de phthisie; mais on est en droit de se demander si ces helminthes provenaient des vaisseaux pulmonaires et vivaient dans le sang, ou bien s'ils habitaient soit les bronches, soit le tissu du poumon, soit les altérations produites par la phthisie.

Nous pensons donc être autorisés à déclarer que, quant à présent, aucun fait bien circonstancié et authentique ne démontre d'une manière rigoureuse l'existence d'hématozoaires vivant dans le sang de l'homme et charriés par ce fluide dans les vaisseaux.

Un entozoaire découvert par le célèbre anatomiste Ruysch, et auquel l'illustre helminthologue Rudolphi a donné le nom de *strongylus inflexus minor*, habite les caillots albumino-fibrineux contenus dans des dilatations anévrismatiques des artères mésentériques du cheval.

Dans les sinus vasculaires du crâne, les vaisseaux du poumon et même la veine azygos du *marsouin*, vit le *strongylus inflexus* découvert par le naturaliste Klein en 1749.

D'après Treutler et M. Duval, des vers *fascioles* habiteraient la veine-porte et la veine cave de quelques animaux. Enfin une espèce de *filaire à queue épaisse* découverte par M. Rosenthal en 1825, vivrait dans le corps caverneux du pénis d'une *balæna rostrata*.

Ces vers sont, il est vrai, des hématozoaires, mais dont le domicile réel ne se montre que soit dans le sang stagnant ou coagulé de quelques canaux sanguins accidentellement dilatés, soit dans le sang parcourant lentement de grands sinus vasculaires.

Existe-t-il donc des helminthes qui vivent dans le sang, circulent avec ce fluide dans les vaisseaux les plus déliés et ne l'abandonnent jamais?

De l'année 1826 à 1842, Schmitz, Baer, Valentin, Vogt et Remak avaient signalé l'existence de filaires de monostomes, de distomes et d'infusoires dans le sang de grenouilles, de certains poissons et de mollusques; mais aucun observateur n'avait constaté la présence d'helminthes nématoïdes vivant dans le sang d'animaux supérieurs.

Les premiers nous avons annoncé à l'Académie, dans le courant de l'année 1843, avoir découvert un entozoaire du genre filaire vivant dans le sang de certains chiens domestiques, et circulant avec les globules de ce fluide dans les vaisseaux.

L'existence d'un nématoïde habitant le suc vital d'un animal aussi rapproché de l'espèce humaine que l'est le chien fut tout d'abord considérée comme un fait extraordinaire, incroyable même. Aussi un grand nombre de savants, parmi lesquels nous citerons MM. Dumas, Blainville, Flourens, Milne Edwards, Duvernoy, Pirogoff, Berres, Turck, Rositanski Skoda, Parker et autres, voulurent-ils voir nos chiens et s'assurer positivement de la présence de la filaire qui vivait dans leur sang.

A la sollicitation de savants helminthologues résidant dans diverses parties de l'Europe, nous leur avons envoyé dans des flacons hermétiquement fermés du sang vermineux défibriné pur ou mélangé d'alcool. M. le docteur Rineker, professeur à l'université de Vurtzbourg, auquel nous avons adressé du sang vermineux défibriné sans mélange d'alcool, a pu constater qu'après le huitième jour de la date de notre envoi les filaires vivaient encore dans le sang.

Depuis notre communication à l'Académie, beaucoup de naturalistes se sont empressés d'examiner le sang d'un grand nombre d'animaux, dans l'intention d'y découvrir des hématozoaires; et bientôt MM. Erdl et Mayer en 1843, Hyrtl, Gros et Ecker en 1845, Chaussat et Wedl en 1848, et M. Gucrin Menneville en 1850, constatèrent la présence d'hématozoaires dans le sang du rat des champs, du rat noir, de plusieurs oiseaux et poissons, de l'écrevisse, de la monle d'étang, du lombric terrestre et du ver à soie.

De notre côté, nous nous sommes occupés sans relâche d'examiner le sang de 490 hommes bien portants ou malades et appartenant aux races européennes, asiatiques, africaines et américaines;

De 10	quadrumanes,
557	carnassiers,
107	rongeurs,
252	pachydermes,
255	ruminants,
242	oiseaux,
370	reptiles,
65	mollusques,
10	annélides,
25	crustacés.

Total : 2,970 hommes et animaux dont le sang a été examiné avec le plus grand soin.

Sur ce nombre, nous n'avons rencontré d'hématozoaires vivant exclusivement dans le sang et charriés par ce fluide dans tous les vaisseaux que chez le chien domestique, le corbeau, la grenouille commune et le lombric terrestre.

Le nouveau mémoire que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie renferme particulièrement les recherches auxquelles nous nous sommes livrés depuis *neuf ans* sur le ver qui vit dans le sang de certains chiens domestiques.

Nous avions dit dans nos deux précédentes communications que cet helminthe était une filaire, et nous faisions observer que jusqu'alors nous n'avions rencontré ce ver qu'à l'état microscopique. Cependant, en étudiant cet helminthe à différents âges de la vie du chien, nous avions constaté que dans l'espace de près de deux années les filaires microscopiques se développaient lentement dans le sang, et qu'alors la bouche, le tube digestif, les attributs des sexes apparaissaient plus distincts. Et pourtant sur 13 chiens à sang vermineux, âgés de trois à dix ans, que nous avions conservés plusieurs années et dont nous avions examiné le sang après la mort, disséqué les vaisseaux et tous les organes, nous n'avions jamais trouvé que des filaires microscopiques.

Bien que convaincu de l'existence constante de ces petits vers charriés avec les globules du sang dans tous les vaisseaux rouges, nous n'avions pu cependant nous rendre compte de leur origine. Ces filaires microscopiques, en effet, naissaient-elles par génération spontanée dans le sang? naissaient-elles par des ovules nageant dans ce fluide, mais invisibles au microscope? ou bien tiraient-elles leur origine de vers habitant soit les grandes cavités, soit certains tissus et ne parvenaient-elles dans le sang qu'après avoir perforé les minces parois des capillaires sanguins?

Des doutes s'élevaient dans notre esprit sur toutes ces questions, et dès lors nous ne voulions hasarder aucune explication sur l'origine de ces hématozoaires.

Nous poursuivîmes donc nos recherches avec persévérance, et, après deux années de laborieuses et patientes études, nous découvrîmes dans un chien à sang vermineux, mort des suites d'une alimentation exclusivement composée de gélatine, de grands vers visibles à l'œil nu.

La présence de ces vers dans le sang de ce chien devait fixer particulièrement notre attention. Il nous importait beaucoup de reconnaître s'il existait quelques rapports entre ces grands entozoaires et les filaires microscopiques. Aussi nous livrâmes-nous à des études minutieuses sur ces vers.

Ces entozoaires, au nombre de *six*, dont *quatre femelles* et *deux mâles*, étaient logés dans un gros caillot sanguin récemment formé qui remplissait, en le dilatant, le ventricule droit du cœur.

Ces helminthes étaient blancs, filiformes, de la longueur de 14 à 20 centimètres et de 1 millimètre à 1 millimètre et demi de diamètre. Nous avons pu constater les caractères zoologiques du mâle et de la femelle, reconnaître les dispositions anatomiques des organes externes et internes, étudier le développement des œufs dans les ovaires, de l'embryon dans l'oviducte, et nous assurer que ces embryons étaient identiques aux filaires microscopiques que nous avions vues circuler avec le sang dans tous les vaisseaux de plusieurs chiens.

(1) Ces divers phénomènes furent très sensibles chez un homme du peuple qui, atteint de blennorrhagie très aiguë, avait passé trois nuits dans une insomnie complète et des souffrances continuelles. Rendant compte à son médecin, M. Vilaséca (de Perpignan), des bienfaits obtenus par la ligature, appliquée le quatrième jour seulement, ce malade terminait en disant : « Et chose étonnante, le matin, à mon réveil, je ne sentais pas ma verge, et elle était devenue si petite qu'à peine mes doigts la trouvaient. »

Le sang de l'animal dans lequel nous avions trouvé ces grands vers contenait lui-même un si grand nombre de filaires microscopiques que nous avons pu en compter jusqu'à 12 ou 15 dans une goutte de sang et établir d'une manière approximative par le calcul que la masse totale du sang de ce chien pouvait charrier, indépendamment des six grandes filaires visibles à l'œil nu, près de 224,000 filaires microscopiques.

Nous avons reconnu que les grands vers appartenaient au *genre filaire* et à l'espèce *papilleuse*; mais que ces filaires possédaient, en outre, des caractères particuliers qui devaient les faire considérer comme une espèce encore inconnue.

Nous proposons de donner à ce nématoïde le nom de *filaire papilleuse hématique du chien domestique*. (*Filaria papillosa, hematiqua canis domestici.*)

Nous appuyant sur les faits que nous venons de relater, nous croyons être autorisés à conclure que les grandes filaires du sang du chien domestique pondent des filaires microscopiques dans ce liquide. Ces jeunes filaires, jusqu'à une certaine période de leur développement, circulent avec le sang dans tous les vaisseaux. Ce n'est qu'après avoir acquis un diamètre plus grand que celui des capillaires qu'elles séjournent dans le cœur et les gros canaux sanguins.

Nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie deux de ces grandes filaires conservées dans de l'alcool et les dessins de ces vers.

La découverte de ces filaires adultes nous avait fait atteindre un but important; mais nos recherches n'étaient point terminées. Une foule de questions intéressantes nous restaient encore à élucider.

Entretenir l'Académie de tous les nombreux et patients travaux que nous consignons dans notre mémoire serait beaucoup trop long; nous désirons seulement lui faire connaître très sommairement les résultats de nos recherches.

Deux questions principales se présentaient à résoudre tout d'abord : la première était celle de connaître d'une manière approximative le nombre de filaires microscopiques existant dans le sang des chiens qui avaient ce liquide vermineux; la seconde était celle de s'assurer si ces vers circulaient constamment avec les globules du sang dans tous les vaisseaux, même les plus déliés; la troisième était celle de constater si ces filaires microscopiques et les grandes filaires de la longueur de 14 à 20 centimètres vivaient exclusivement dans le sang. Voici le résultat de nos recherches :

1° Le nombre des filaires microscopiques habitant le sang de certains chiens a pu être estimé d'une manière approximative de 11,000 à près de 224,000. La moyenne, prise sur vingt chiens, a été de plus de 52,000.

2° Les filaires microscopiques ayant un diamètre moins grand que les globules du sang circulent dans les vaisseaux capillaires les plus déliés où les globules peuvent passer. Une goutte de sang extraite des vaisseaux, n'importe dans quelle partie du corps, et n'importe aussi dans quelle saison de l'année, renferme de ces petits hématozoaires.

3° Le chyle et la lymphe des chiens dont le sang contient des filaires microscopiques, même en très grand nombre, ne charrient point de ces vers.

4° Les liqueurs sécrétées normalement, telles que la salive, la bile, le suc pancréatique, le suc entérique, l'urine, le sperme, la sérosité des grandes séreuses; de même que les fluides sécrétés anormalement, tels que la sérosité et le pus, même lorsque les hématozoaires microscopiques sont au nombre de plusieurs centaines de mille dans le sang, ne renferment point de ces petits animaux.

5° Vingt-huit chiens à sang vermineux, de race et d'âge différents, conservés les uns pendant plusieurs mois, les autres pendant plus de cinq ans, animaux qui avaient approximativement depuis 11,000 jusqu'à près de 224,000 filaires microscopiques dans leur sang, ont été disséqués dans le cours de l'hiver, du printemps, de l'été et de l'automne, avec le plus grand soin, sans qu'aucune filaire invisible ou visible à l'œil nu n'ait été aperçue dans les différents tissus ou les diverses cavités du corps.

Nous pensons donc pouvoir « affirmer que la filaire hématique du chien, soit microscopique, soit de la longueur de 14 à 20 centimètres, et du diamètre de près d'un millimètre ou du volume d'un gros fil, vit exclusivement dans le sang durant toutes les saisons de l'année, se nourrit de ce fluide et ne l'abandonne jamais. »

Ces résultats obtenus, il nous importait de savoir si la filaire existait fréquemment, ou si elle ne se montrait que rarement dans le sang selon la race des chiens, le sexe, la taille, la maigreur ou l'embonpoint différents de ces animaux; nous tenions également à constater si la présence d'un plus ou moins grand nombre de filaires dans le suc vital apportait quelque modification dans l'intelligence du chien et pouvait diminuer son énergie musculaire. Voici ce que nos recherches nous ont appris à cet égard.

1° La fréquence et la rareté des chiens qui ont le sang vermineux et de ceux qui ne l'ont pas, calculées sur 480 chiens dont le sang a été examiné, se sont montrées dans les proportions suivantes :

Chez les chiens et les chiennes en masse.	:: 1 : 24
Chez les chiens seuls.	:: 1 : 25
Chez les chiennes seules.	:: 1 : 15

En moyenne, on trouve un *chien* qui a le sang vermineux sur 20 à 25 qui ne l'ont pas.

2° Le sang vermineux se rencontre plus souvent dans les chiens de moyenne taille que chez ceux de grande et de petite taille, et plus fréquemment aussi chez les chiens vieux et adultes que chez les jeunes.

3° Ces vers se montrent dans le sang des chiens sans distinction de race, de sexe, et quel que soit l'état de maigreur, d'embonpoint, de santé et de maladie de ces animaux.

4° Les filaires microscopiques, au nombre approximatif de 11,000, 25,000, 44,000, 89,000, 111,000 et même de près de 224,000, n'altèrent pas les facultés instinctives des chiens et n'affaiblissent point l'énergie musculaire de ces animaux.

Les caractères physiques et la composition chimique du sang dans lequel vivent des milliers de filaires microscopiques devaient aussi fixer toute notre attention; mais, pour obtenir des résultats concluants, nous avons examiné et analysé le suc vital de chiens à sang vermineux et non vermineux de même race, de même âge, de même taille, de même embonpoint, soumis à la même alimentation et à des soins hygiéniques semblables.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Le sang vermineux des chiens qui contient d'une manière approximative depuis 23,000 jusqu'à 59,000 filaires microscopiques, comparé au sang de chiens à sang non vermineux, ne présente point de modifications bien notables dans ses caractères physiques et la proportion, en poids, de ses principes organiques et inorganiques.

Quoique le sang ne nous ait offert que des changements peu appréciables, nous pensions cependant que ce fluide devait avoir une constitution propre à l'entretien de la vie des filaires. Nous avons saigné alors plusieurs chiens dont le sang était vermineux, nous avons défibriné ce sang et nous nous sommes empressés d'injecter sa liqueur globuleuse et les milliers de vers microscopiques qu'elle contenait dans les vaisseaux de chiens et de lapins dont le sang n'était point vermineux, et dans le sang des grenouilles à sang vermineux et non vermineux. En pratiquant ces transfusions, nous voulions nous assurer si les filaires vivraient et se développeraient dans ces trois espèces d'animaux.

Nous désirions savoir aussi si ces vers, injectés avec la même liqueur globuleuse dans les cavités de grandes séreuses et dans le tissu cellulaire de chiens à sang non vermineux, persisteraient à vivre dans ces deux nouvelles conditions.

Les résultats que nous avons obtenus de ces recherches nous paraissent intéressants; l'Académie voudra bien nous permettre de les lui faire connaître.

1° Les hématozoaires microscopiques transfusés avec 150 à 300 grammes de liqueur globuleuse défibrinée dans les vaisseaux de *neuf chiens* dont le sang n'était point verminaux, ont disparu de ce liquide du huitième au quarantième jour. Ces animaux ont été sacrifiés, et les filaires n'ont pu être retrouvées ni dans le sang, ni dans les liqueurs sécrétées, ni dans les tissus, ni dans les différentes cavités. De petits vers enkystés ont été rencontrés dans le tissu des reins de deux de ces chiens; mais ces helminthes appartenaient au genre *strongle*. Nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie le dessin de ces derniers vers.

2° Deux chiens de race et d'âge différents, n'ayant point de filaires dans leur sang, et auxquels 200 à 800 grammes de sang vermineux défibriné a été injecté dans les vaisseaux, les filaires ont persisté à vivre dans le sang de ces deux animaux pendant plus de trois ans, ou jusqu'à leur mort naturelle. Ouverts et disséqués, ces chiens n'ont laissé apercevoir de filaires microscopiques que dans leur sang.

3° Les hématozoaires microscopiques du sang du chien transfusés avec la liqueur globuleuse défibrinée dans les vaisseaux de deux lapins, ont persisté à vivre dans le sang d'un de ces animaux pendant quatre-vingt-neuf jours, temps après lequel les filaires ont disparu du sang. A l'autopsie de ce lapin, les helminthes n'ont point été retrouvés dans les tissus.

4° La même liqueur globuleuse contenant des filaires microscopiques transfusées, ainsi qu'il a été dit, dans le sang de six grenouilles adultes, dont deux de ces batraciens avaient déjà des filaires dans le sang, ont persisté à vivre dans le suc vital de ces animaux pendant huit jours, ou durant tout le temps où les globules du sang du chien se sont montrés intacts parmi les globules du sang des grenouilles. Les neuvième et dixième jours les globules du sang du chien s'étant altérés, les filaires microscopiques injectées avec lui ont disparu, et les huit grenouilles sont mortes d'une maladie scorbutique.

Ces transfusions démontrent donc que la filaire hématique microscopique ne peut persister à vivre soit dans le sang du chien, soit dans celui d'autres animaux qu'autant que ce fluide possède une constitution propre, et encore inconnue, à l'entretien de la vie de cet hématozoaire.

5° Les filaires invisibles à l'œil nu injectées vivantes avec le sang qui les charrie dans les cavités séreuses et dans le tissu cellulaire de chiens en bonne santé, de taille et d'âge différents, n'out pu continuer à vivre dans ces deux nouveaux domiciles.

Si ces expériences nous avaient appris que la filaire hématique microscopique ne pouvait vivre que dans le sang de certains chiens, il nous importait beaucoup de déterminer si, sous l'influence d'agents hygiéniques agissant sur la composition du sang, nous pourrions modifier l'état des filaires, et si par l'action de quelques médicaments anthelminthiques nous parviendrions à faire périr ces petits vers. Voici les résultats de ces tentatives.

1° La diète sévère avec amaigrissement considérable, l'alimentation variée, de même que la nourriture exclusive avec la gélatine continuée jusqu'à produire le marasme et la mort, l'alimentation substantielle conduisant à l'engraissement et à l'obésité, le repos prolongé, l'exercice outré, les soins hygiéniques différents et les émissions sanguines poussées jusqu'à l'épuisement n'apportent aucun changement bien appréciable dans l'existence, le nombre, le développement et les mouvements des filaires hématozoaires microscopiques.

2° Les médicaments anthelminthiques, tels que l'huile empyreumatique, l'essence de térébenthine, l'asa fœtida, le proto-chlorure de mercure, le sulfure de potasse, l'éther sulfurique, la pommade mercurielle; de même que les substances toxiques déterminant rapidement la mort, telles que l'acide arsénieux et l'acide hydrocyanique, administrées soit à des doses médicinales élevées, soit à des doses toxiques mortelles, ne déterminent aucun effet appréciable sur la vie de ces petits hématozoaires.

Pour compléter nos études, deux questions capitales nous restaient encore à résoudre. Nous voulions savoir si le sang vermineux du chien était héréditaire et si la présence d'un grand nombre de filaires dans le sang déterminait des maladies.

Voici nos conclusions sur ces deux points :

1° Un chien à sang vermineux donne, avec une chienne à sang non vermineux, des descendants dont les uns, appartenant à la race du père, ont le sang vermineux, et dont les autres, appartenant à la race de la mère, ne l'ont pas.

2° Une chienne à sang vermineux produit, avec un chien à sang non vermineux, des descendants dont les uns, tenant de la race de la mère, ont des vers dans le sang, tandis que ceux de la race du père n'en ont pas.

3° Une chienne à sang vermineux donne, avec un chien également à sang vermineux, des descendants appartenant, soit à la race du père, soit à la race de la mère, ayant des vers dans le sang.

4° Les filaires dans le sang des descendants n'ont été découvertes qu'à l'époque où les chiens ont eu l'âge de *cinq à six mois*. Ces vers ont persisté à vivre dans le sang de ces animaux, qui, aujourd'hui, ont atteint l'âge de quatre à cinq ans.

5° Le sang vermineux du chien est donc héréditaire, soit par le sang du père, soit par celui de la mère, soit enfin par celui, tout à la fois, du père et de la mère.

6° Dix-neuf chiens, dont chacun avait, d'une manière approximative, depuis 11,000 jusqu'à plus de 223,000 filaires microscopiques dans le sang, en outre, un chien ayant aussi dans le sang *six* filaires adultes de la longueur de 14 à 20 centimètres, n'ont point été atteints de maladies spéciales; cependant *trois* chiens ayant approximativement, le premier 17,000, le deuxième 25,000, et le troisième 112,000 filaires microscopiques dans le suc vital, ont été frappés d'attaques épileptiformes. Deux de ces animaux sont morts de ces attaques; chez le troisième elles ont disparu. La santé de ce dernier est parfaite depuis plus d'un an, quoique le même nombre de vers existe toujours dans le sang. De plus nombreuses recherches seront faites sur ce sujet digne d'intérêt.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — Les candidats de ce concours se sont réunis aujourd'hui pour faire la composition écrite. Le sujet est : *de l'acclimatement.*

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira son cours le mardi 13 janvier prochain, à une heure précise, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1851 et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Depuis plusieurs années, un grand nombre de confrères nous chargent de faire relier leur collection. Nous sommes, dès ce moment, en mesure de les satisfaire; qu'ils veuillent donc bien nous l'envoyer. — Le prix de la reliure est de 2 fr. par volume.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HOPITAUX. — DES CLINIQUES (M. Nélaton). Affection singulière des os du pied. — SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau. — Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont. — Nouvelles préparations ferro-manganiques. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Affection singulière des os du pied.

Nous avons vu, au n° 33 de la salle des hommes du service de M. le professeur Nélaton, un homme atteint d'une des affections les plus singulières que l'on puisse observer, et sur laquelle nos lecteurs ne jugeront pas inutile de fixer un instant leur attention.

Voici en quelques mots la description de cette maladie :

Au niveau des saillies osseuses du pied, on voit se former une phlyctène. L'épiderme se soulève; sous cet épiderme, il y a un peu de sérosité purulente. Que l'épiderme se perfore, avec ou sans le secours de la chirurgie, le derme se montre avec une teinte rosée. Il est plus douloureux au toucher que dans les phlyctènes ordinaires. Pendant quelque temps les choses restent dans cet état. Bientôt le derme se perfore à son tour de dehors en dedans, petit à petit. Une petite fistule s'établit. Cette fistule arrive dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle persiste; elle fournit de la sérosité légèrement purulente. Puis, quand cette fistule existe depuis quatre, cinq ou six semaines, et que l'on vient à l'explorer avec le stylet, on arrive sur une portion d'os dénudée, nécrosée. Le séquestre qui s'est formé peut être extrait ou se sépare de lui-même.

Tels sont les phénomènes qui se sont reproduits d'une manière invariable un grand nombre de fois sur ce malade.

Il y a douze ans, formation d'un séquestre à la tête du cinquième métatarsien gauche. M. Ricord enlève ce séquestre.

Deux ans après, M. Blandin enlève un séquestre au niveau de la première phalange du deuxième orteil du pied gauche. (Hôtel-Dieu.)

Quelque temps après, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Nélaton enlève un séquestre au niveau de la première phalange du cinquième orteil du pied droit.

Onze mois après, il fait la même opération pour le quatrième orteil du pied droit.

Quelque temps plus tard, le malade se présente à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Boyer; il existait au niveau de la tête du premier métatarsien du pied gauche une excavation assez profonde, grisâtre. M. Boyer enlève toute cette portion mise à nu, extirpe toutes les parties molles et cautérise le fond de la plaie avec le fer rouge.

Bientôt après, M. Michon enlève le premier orteil du pied gauche.

Un peu plus tard, M. Malgaigne fait la désarticulation du premier orteil du pied droit.

Quelques mois se sont à peine écoulés que le malade revient à l'hôpital Saint-Louis offrant plusieurs fistules au niveau des têtes des métatarsiens du pied gauche. M. Malgaigne, pour en finir, enlève d'un seul coup les têtes des cinq métatarsiens. Il fait l'amputation au milieu du métatarse.

Trente-cinq jours après, le malade sort de l'hôpital pour y rentrer quelques mois plus tard.

Les mêmes accidents se sont reproduits à l'extrémité du moignon. Amputation dite par la méthode Lisfranc.

Toutes ces opérations ont été nécessitées par les mêmes accidents; toujours l'on rencontrait cette série de phénomènes que nous avons signalés en commençant.

Notons en passant, sans nous y arrêter, que le malade a subi toutes ces opérations sans être soumis à l'usage du chloroforme.

Ces accidents sont encore les mêmes aujourd'hui. A la plante du pied gauche, au niveau du lambeau, nous trouvons une grande surface circulaire dépouillée de son épiderme. Là a existé une phlyctène, qui s'est ouverte et qui a laissé le derme à nu : dans quelques jours, le derme se perforera, une fistule s'établira et l'on trouvera au fond de la fistule un os nécrosé.

Ce n'est pas tout. Le deuxième et le troisième orteil du pied droit sont voués à la même fin. Il existe un commencement de phlytène au niveau de saillies osseuses; le malade regarde ces orteils comme perdus, et l'on n'est que trop autorisé par ce qu'on a observé antérieurement à partager son avis.

Quel nom donner à cette maladie? M. Nélaton n'en a point trouvé. Il s'est contenté de décrire à ses élèves la série des phénomènes qui se succèdent chez ce malade, mais sans pouvoir les rapporter à une maladie connue.

Mais voici qui devient plus étonnant encore, et qui semble peu fait pour éclaircir ce qu'a d'obscur ce cas singulier : cette maladie est héréditaire. Ce malade a cinq frères; deux sont atteints de la même maladie, et l'un a déjà succombé.

Parmi ces six enfants, le premier, le troisième et le cinquième n'ont rien de semblable; le deuxième, le quatrième et le sixième sont atteints de cette terrible affection. Le père et la mère, ni aucun des autres parents du malade n'ont rien présenté de semblable.

Que faire contre de semblables accidents? Fallait-il continuer à amputer? M. Nélaton a pensé, avec raison suivant nous, qu'une expérience trop complète doit faire adopter une conduite opposée. Après l'amputation en effet on a vu que les mêmes accidents se sont reproduits partout où s'exerce une pression, *excepté à la peau du talon.* En considération de cette circonstance, M. Nélaton a cru devoir essayer de faire supporter le poids du corps par le talon exclusivement. Dans ce but, il se propose donc de faire confectionner pour ce malade des chaussures disposées de telle sorte que le talon seul soit soumis à une pression. Le malade, il est vrai, sera comme monté sur deux échasses, très basses à la vérité, et dans un équilibre peu stable; mais, si ce moyen réussit, il sera pour lui plus avantageux que des amputations successives. En tout cas, si ce moyen échoue, il sera toujours temps d'en revenir à une ablation des parties d'os altérées.

Deux mots encore sur ce malheureux. Les pieds, suivant lui, ne seraient pas seuls soumis à ces accidents. Il est âgé de trente-cinq ans; il est ébéniste. S'il fatiguait beaucoup, les mains, dit-il (et une triste et longue expérience ne l'a fait que trop bon juge et doit donner une certaine valeur à ses renseignements), les mains seraient soumises aux mêmes accidents. Plusieurs fois il a dû suspendre ses travaux, parce qu'il était menacé de voir se développer les phénomènes que nous avons observés sur les pieds.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* les numéros des 6, 13, 20 et 30 décembre.)

3° MÉDICATION DÉRIVATIVE.

C'est le troisième ordre de moyens que nous considérons comme faisant partie de la médication antiphlogistique; c'est une des plus puissantes méthodes de traitement des maladies de la peau. Nous avons en effet divisé ces maladies au point de vue thérapeutique en deux grandes classes : maladies *sécrétantes* et maladies *non sécrétantes.* Dans les premières, la peau est le siége d'une sorte d'émonctoire que la guérison de la maladie va supprimer. Or, si cette suppression a lieu sous l'influence de résolutifs topiques successifs, le mouvement fluxionnaire qui s'était établi à la surface cutanée sera répercuté, c'est-à-dire qu'il ne peut se porter que vers un organe interne, ce qui n'est pas sans danger. Pour enrayer ou, mieux, pour prévenir les fâcheux effets de cette répercussion, on établit à l'aide des purgatifs une dérivation sur le tube intestinal.

Toutes les fois donc que, dans une maladie de peau, viendra la période où les résolutifs seront indiqués, ne manquez jamais d'y joindre les dérivatifs sur le tube intestinal; et, dans les cas où le canal intestinal est malade, qu'il ne percute pas cette dérivation, ne vous hâtez pas de guérir l'affection cutanée; laissez-la subsister au besoin, pour s'éteindre spontanément si elle doit le faire; car alors elle est, vis-à-vis de l'affection intestinale, un moyen d'en obtenir la guérison ou de s'opposer à son accroissement. On ne devra dans aucun cas établir une dérivation sur la peau; les raisons en ont été précédemment exposées. Mais, pour user des purgatifs, il faut que l'estomac et les intestins soient en bon état et capables de les supporter. Il y a des personnes habituellement constipées et qui usent sans mesure de toutes les pilules purgatives exploitées par les charlatans. Toutes ces pilules ont pour base les drastiques (jalap, aloès, scammonée). Loin de détruire la constipation, elles ne font au contraire que la rendre plus tenace, leur effet étant purement momentané. Les purgatifs huileux, au contraire, favorisent dans ces cas la sécrétion muqueuse du canal alimentaire et attaquent ainsi la constipation dans sa cause première, qui est la trop grande sécheresse habituelle du tube digestif et surtout du gros intestin. Toutefois, les purgatifs huileux ne conviennent pas à tous les malades. Les personnes brunes, chez lesquelles il y a souvent prédominance des fonctions de l'appareil biliaire manifestée par les selles dites bilieuses, se trouveront mieux du purgatif des Anglais, du calomel. Chez d'autres, enfin, les purgatifs salins seront mieux appropriés.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

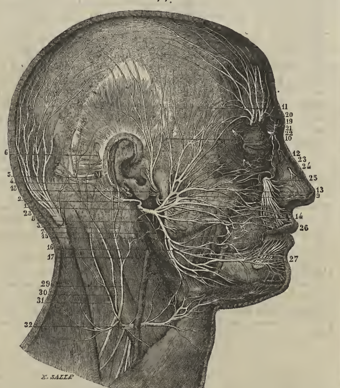
Traité d'anatomie descriptive, t. II, Ire partie (système nerveux); par M. Ph.-C. SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Heureux les livres qui sont attendus impatiemment! plus heureux encore ceux qui le sont et qui méritent de l'être! Celui dont nous allons donner une bien imparfaite idée a ces deux mérites. Le premier volume du traité de M. Sappey imposait de grands devoirs à l'auteur; il avait eu le trop rare privilége de rendre le lecteur difficile; ce que le premier avait promis, le second a fait plus que de le tenir. Quoique ce dernier volume renferme la partie de l'anatomie dont l'intelligence est la plus difficile, les descriptions y sont faites avec une telle clarté que l'esprit n'est pas arrêté un seul instant sur des difficultés et que ce volume se lit avec le même plaisir qu'un roman intéressant et écrit en français. Le texte, qui aurait pu se passer de tout auxiliaire, est illustré de figures qui sont des modèles au point de vue de l'exactitude et de véritables œuvres d'art au point de vue de l'exécution. Les deux échantillons que nous mettons sous les yeux des lecteurs n'en donneront qu'une idée insuffisante, le tirage ne pouvant se faire avec le même soin dans un journal que dans un livre dont les feuilles n'ont pas besoin de paraître à heure fixe.

Quel que fût le mérite d'une rédaction claire et correcte, enrichie de planches remarquables, M. Sappey ne s'en est point contenté. Sous beaucoup de rapports, ce second volume ajoute à ce mérite l'intérêt de l'originalité et imprime, comme le précédent, un véritable progrès à la science. Nous nous contenterons de signaler quelques-uns des points nouveaux traités par M. Sappey.

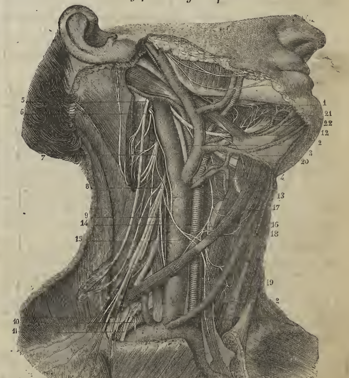
Jusqu'à présent, les remarques générales qu'on avait faites sur ce système nerveux ne s'appliquaient guère qu'aux nerfs; M. Sappey a embrassé dans ses généralités l'ensemble du système nerveux; il en a ainsi mieux fait comprendre les connexions et a répandu en outre de cette façon un grand intérêt sur cette partie habituellement ingrate de l'anatomie.

Nerf facial.



Dans un chapitre spécial, M. Sappey a poussé plus loin qu'on ne l'avait fait encore l'étude des rapports du système nerveux avec les autres systèmes anatomiques; et aux aperçus nouveaux qu'il a présentés à ce sujet, il a ajouté des résultats matériels, fruit de ses propres recherches, qui seront lus avec intérêt, même par les ana-

Nerf pneumo-gastrique.



tomistes qui n'en sont plus aux éléments de la science. Le mode de terminaison des nerfs dans chaque système anatomique est une des

Nous venons de spécifier la période des maladies de la peau dans laquelle il convient d'employer les purgatifs. Dans quelle mesure faut-il en user ? En thèse générale, prescrivez un laxatif toutes les semaines en hiver et tous les cinq ou six jours ou deux fois par semaine en été; mais pas au delà, vous fatigueriez l'estomac et les intestins et diminueriez l'appétit.

Il est deux affections qui, quoique sécrétantes, excluent absolument les purgatifs : ce sont le pemphigus et le rupia. Ces maladies, en effet, et ce sont peut-être les seules parmi les affections cutanées, peuvent être mortelles par elles-mêmes. Si les personnes qui en sont atteintes éprouvent le plus léger refroidissement, soit à la sortie du bain, soit à la promenade, la sécrétion cutanée diminue aussitôt, les intestins se prennent, et il survient une diarrhée tellement liquide qu'Alibert croyait qu'il s'établissait à l'intérieur un véritable pemphygus dont la sécrétion fournissait les éléments de cette diarrhée; il disait même avoir vu des bulles de pemphigus dans le colon. Les malades atteints de cette diarrhée ont jusqu'à dix, vingt, trente garde-robes par jour et rendent huit, dix litres de liquide dans les vingt-quatre heures. Ce flux séreux si abondant conduit bien vite le malade au tombeau. On doit donc chez les malades atteints de pemphigus ou de rupia surveiller avec soin le tube digestif en évitant tout ce qui pourrait l'irriter; de là l'exclusion absolue des purgatifs dans le traitement de ces maladies.

4° Médication modificatrice ou perturbatrice.

Les maladies cutanées chroniques peuvent par leur durée et leur siége permanent sur la même surface de la peau modifier à tel point la vitalité du tissu qu'il en résulte une habitude morbide, semblable à ces vieux ulcères que l'on ne guérit qu'à la condition d'en modifier la vitalité par des caustiques, de là la partie de la médication antiphlogistique que nous appelons *perturbatrice*.

Ce sont les charlatans qui usent surtout de cette méthode, et, il faut l'avouer, ils ont quelques succès. Les agents de la médication perturbatrice sont les pommades, et il y en a une foule : les principales ont pour base le cinabre, le sulfate de cuivre, le nitrate de mercure, quelques-unes le sulfate de fer à haute dose. Ces pommades produisent, en général, une suppuration sur les parties où on les applique, en vertu du principe irritant qui les compose; puis la suppuration se tarit, et la guérison de l'affection cutanée en est souvent la conséquence. Si cette méthode est mauvaise en thèse générale, elle est bonne quelquefois, et l'on peut dire même qu'elle n'est pas nouvelle. Les anciens avaient vanté le vésicatoire contre certaines dartres, or les pommades agissent d'une manière analogue : elles transforment la surface malade en une plaie ordinaire par la modification profonde qu'elles impriment au mode de vitalité des tissus. Je regarde l'huile de cade dont il a été parlé comme produisant déjà un léger effet de ce genre.

Les agents modificateurs que j'emploie d'ordinaire sont surtout la solution de nitrate d'argent cristallisé à trois degrés de concentration différente; jamais ou presque jamais la pierre infernale, c'est-à-dire le nitrate pur, excepté dans la *mentagre*, quand il existe des boutons indurés, stationnaires, indolents; ici la cautérisation légère au crayon de nitrate d'argent provoque la résolution rapide de ces engorgements. Pour en revenir aux solutions, la plus concentrée dont je fais usage contient parties égales de nitrate d'argent et d'eau distillée; la deuxième est au cinquième, la troisième au dixième de nitrate d'argent. Notons qu'il s'agit du nitrate d'argent *cristallisé* et non *fondu*, car celui-ci, ne contenant pas d'eau de cristallisation, donnerait des solutions plus concentrées. Pour appliquer ces solutions, on en imbibe d'ailleurs un petit pinceau de charpie avec lequel on touche légèrement les surfaces malades. Mais, tandis que les charlatans font usage de la méthode perturbatrice au début de la maladie et pour la faire avorter, nous ne l'employons que lorsque l'affection a résisté à tous les traitements rationnels.

La solution de nitrate acide de mercure a produit quelquefois d'heureux effets. M. Récamier a beaucoup insisté sur son usage pour combattre les ulcérations du col de l'utérus et celles que détermine au sacrum le décubitus dorsal prolongé. Je substitue au composé d'acide nitrique et de nitrate acide de mercure, dont on trouve la formule dans le *Codex*, la solution suivante :

Proto-nitrate de mercure cristallisé.	4 grammes.
Eau distillée.	8 —

Réduisez le nitrate en poudre, mêlez à l'eau et portez le tout jusqu'à la température de l'ébullition, mais sans faire bouillir, ce qui transformerait le proto-nitrate en deuto. Ajoutez dans l'eau chaude et goutte à goutte :

Acide nitrique.	2 grammes.

(l'eau seule ne pourrait pas dissoudre tout le proto-nitrate.)

On a ainsi une liqueur limpide avec beaucoup moins d'acide nitrique en excès, et c'est un très énergique modificateur de la peau, qui exerce principalement son influence par le sel mercuriel qu'il contient.

Un autre agent puissant de la médication modificatrice, c'est le vésicatoire ou la pommade épispastique. On a pu voir dernièrement, à l'hôpital, un exemple de ses bons effets chez une malade qui portait depuis longtemps au dos de la main droite une plaque de lichen rebelle à tous les traitements; aujourd'hui la surface, après une suppuration de quelques jours, est devenue lisse, et il ne reste que quelques papules sur les bords, lesquelles céderont à une nouvelle application de pommade épispastique. Cette pommade ne doit être employée que sur des surfaces malades peu étendues et qui ont été rebelles à d'autres moyens.

Enfin, il est des modificateurs d'une grande activité que j'applique surtout aux formes tuberculeuses des maladies cutanées; les pommades ne suffisent pas, en effet, pour résoudre les engorgements tuberculeux. Les agents dont il s'agit sont à la fois caustiques et modificateurs. Plusieurs composés chimiques jouissent de ces propriétés; celui que je préfère, c'est le caustique de Canquoin, chlorure de zinc cristallisé. Ce chlorure, dissous dans l'eau, est presque inerte; mais si on laisse ouvert le flacon qui le renferme, il absorbe peu à peu l'humidité de l'air, devient déliquescent, et c'est alors un excellent caustique. On fait une pâte avec le chlorure de zinc ainsi liquéfié et de la farine de froment de première qualité (la farine de qualité inférieure s'allie mal avec le chlorure de zinc, de telle sorte que ce sel pourrait être un moyen pour reconnaître la farine de bonne qualité), et on l'applique sur la surface malade. Cette pâte sera préparée plus ou moins molle, suivant qu'on voudra obtenir une cautérisation et une modification plus ou moins profondes. On pourra même quelquefois employer le chlorure pur. Le contact de cette pâte développe autour de la surface d'application une irritation érythémateuse, mais qui est passagère, car au bout de vingt-quatre heures l'inflammation tombe, et il reste une croûte sèche, non suppurante. Les avantages de ce caustique sont donc de ne pas amener de suppuration, mais bien une croûte qui se sèche et tombe au bout de quinze jours sans laisser au-dessous d'elle la moindre trace de cicatrice, pourvu que le malade n'y touche pas avant sa chute. Si, au lieu d'une modification profonde, on voulait obtenir une action légère sur la surface malade, on passerait très superficiellement un pinceau imbibé de chlorure liquide.

La pâte de Canquoin peut être faite avec de la bonne farine; si celle-ci est de qualité médiocre, au lieu d'une pâte homogène, unie, on n'a que des grumeaux. Il faut, en outre, que le mélange soit fait par l'opérateur lui-même au moment où il veut s'en servir, car il se dessèche très vite.

M. Devergie recommande beaucoup le caustique de Canquoin dans les lupus rebelles, l'*impetigo rodens*, etc., et il nous a été donné d'observer dans son service l'heureux effet de cette pâte dans un cas de cette dernière affection. Il s'agissait d'une petite plaque d'*impetigo rodens*, du volume d'une grosse lentille et siégeant sur l'aile gauche du nez, chez un homme d'une quarantaine d'années, doué d'ailleurs d'une bonne constitution. Il portait cette maladie depuis environ sept ou huit ans, sans que les traitements les plus énergiques et les plus variés eussent pu amener une cicatrisation définitive. M. Devergie lui a appliqué, sous nos yeux, la pâte de Canquoin, et quinze jours après il ne restait plus qu'un très petit point qui ne fût pas cicatrisé. Une seconde application de caustique sur ce point a complété la cicatrisation, et le malade est sorti parfaitement guéri, avec une cicatrice presque imperceptible.

Après avoir exposé avec détails les quatre ordres d'agents de la médication antiphlogistique, à savoir : les antiphlogistiques purs, les résolutifs, les dérivatifs et les modificateurs, il nous reste à examiner quelles sont les maladies auxquelles il convient d'appliquer cette médication; c'est ce que nous ferons dans l'article suivant.

RECHERCHE DE L'IODE

dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont;

Par Ad. Chatin,

Docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur titulaire à l'Ecole de pharmacie de Paris.

INTRODUCTION AUX ÉTUDES DANS LES ALPES.

Comme je dépouillais, pour mon instruction et celle des élèves qui suivent mon cours, le savant *Traité de botanique* de Lindley, intitulé : *The vegetable kingdom*, je lus que : « *suivant Muller*, le cresson (*nasturtium officinale*, R. Br.) contiendrait de l'iode. » Cette allégation me frappa. L'ayant immédiatement vérifiée par l'analyse, je la trouvai exacte.

Mais, dis-je, le cresson ne peut être la seule plante qui renferme de l'iode. Serait-ce un attribut général des plantes antiscorbutiques ou crucifères, qui auraient la propriété de concentrer ce principe comme elles le font du soufre et de l'azote? J'établis une série d'analyses sur les plantes de ce groupe naturel; mais des quinze espèces sur lesquelles avaient porté mes essais, une seule, le raifort d'eau (*nasturtium amphibium*, R. Br.), fournit de l'iode en quantité appréciable (1). Tout en me faisant abandonner la pensée que toutes les crucifères étaient iodurées, ce résultat démontrait cependant que le cresson n'était pas la seule plante qui le fût en dehors des eaux salées ou minérales.

Quelles étaient les conditions autres que les affinités botaniques communes au cresson et au raifort amphibie? L'habitation dans l'eau. Désireux de voir si ce n'était pas à cet habitat qu'était liée la présence de l'iode, j'instituai une nouvelle série de recherches sur soixante-quatorze espèces aquatiques appartenant à des familles très diverses, et venues la plupart en France, quelques-unes dans les eaux de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique et de la Nouvelle-Hollande. Toutes ces plantes donnèrent des indices d'iode. De là ressortait enfin ce fait général dans lequel rentrait le cresson : *l'existence de l'iode dans toutes les plantes aquatiques.*

Mais la présence de l'iode chez les plantes d'eau douce impliquait celle de ce corps dans les eaux elles-mêmes. Je n'osais d'abord l'y rechercher. Enhardi par de bienveillants conseils, je me mis à l'œuvre, et le succès dépassa mes espérances. Ce fut peut-être un grand bonheur que mon coup d'essai portât sur l'eau de la Seine, l'une des plus iodurées qui existent. Si j'eusse opéré sur l'eau d'Arcueil, un peu d'inexpérience aidant, je n'aurais sans doute pas décelé la minime proportion d'iode qu'elle renferme, et mes recherches en seraient restées là.

Je voulus voir si les eaux ont partout la même ioduration.

(1) Le procédé d'analyse que je suivais alors était grossier, ce qui explique pourquoi je ne trouvai pas l'iode contenu en proportion moindre dans les espèces terrestres.

---

parties de ce chapitre qui attachera le plus les lecteurs qui étudient pour apprendre et ceux qui veulent concourir au progrès de la science.

Une partie neuve autant que difficile de l'histoire du système nerveux, l'étude microscopique des tubes nerveux et de la fibre nerveuse primitive, avait jusqu'à ce jour été passée sous silence dans les ouvrages dogmatiques. M. Sappey, mettant à profit avec beaucoup de tact et de jugement les recherches modernes sur ce ce sujet et y ajoutant ses propres observations, a comblé une lacune dont les tendances actuelles augmentaient encore l'importance.

La texture de l'axe cérébro-spinal a toujours été pour les anatomistes qui débutent une des parties de l'anatomie les plus difficiles à comprendre, et pour les anatomistes de profession un des points dont l'exposition offre le plus de difficultés. Les études de M. Sappey sur cette partie si ardue de l'anatomie l'ont non-seulement conduit à quelques résultats nouveaux, tels que l'existence de fibres nerveuses transversales, mais l'ont amené surtout à une méthode descriptive qui rend l'intelligence de ce sujet, sinon extrêmement facile, du moins très abordable pour les personnes qui ont les premières notions d'anatomie. En décomposant et recomposant avec beaucoup d'art et d'originalité les centres nerveux, M. Sappey a jeté autant d'attrait que de lumière par un chapitre qui, dans nos traités classiques, supporte à peine la lecture.

Une des innovations qui ne contribuent pas médiocrement à donner au volume nouveau de M. Sappey ce caractère de clarté qui le distingue, c'est l'adoption d'un cadre général et régulier pour la description de chaque nerf. Le désordre qui régnait à cet égard n'était pas une des moindres causes de l'obscurité qui régnait spécialement dans la description des nerfs crâniens; grâce à l'ingénieuse méthode suivie par M. Sappey, l'étude de ces nerfs n'est guère moins facile maintenant que celle du nerf sciatique et du brachial.

La physiologie des nerfs crâniens a toujours été une des plus controversées; dans ces derniers temps surtout elle a été l'objet de discussions nombreuses auxquelles les belles recherches de M. Longet ont donné l'intérêt le plus vif. Cette physiologie, qui rend en grande partie à l'anatomie les lumières qu'elle lui emprunte, ne pouvait être passée sous silence par un auteur qui tenait avant tout à ne rien laisser d'obscur. M. Sappey s'est donc livré à une étude curieuse non moins que nécessaire de la physiologie des nerfs crâniens; il a tracé d'une manière presque complète et avec une remarquable netteté celle du nerf facial, et a ainsi enrichi son traité d'une partie des plus utiles qui manque dans les ouvrages de ses prédécesseurs.

En résumé, cette nouvelle partie du traité de M. Sappey, loin de tromper les espérances qu'avait fait naître la première, les a dépassées : cette nouvelle partie est non-seulement un modèle d'ordre et de clarté, mais elle offre sous beaucoup de rapports tout l'intérêt d'une œuvre originale. Partout d'ailleurs, on sent que l'auteur a vu ce qu'il décrit; nulle part la compilation ne se trahit, et s'il emprunte quelquefois, ce n'est qu'après avoir contrôlé et souvent amélioré l'emprunt.

Cette nouvelle partie renferme l'histoire du cerveau, de la moelle et des nerfs de la vie animale. Il reste encore à M. Sappey, pour terminer son œuvre, à nous donner la description du grand sympathique et celle des organes splanchniques. Il nous la promet pour le mois d'août prochain. Il est de l'intérêt de tout le monde et des élèves en particulier que l'auteur tienne sa parole, car son livre, outre son grand mérite scientifique, ayant encore l'avantage d'être d'un prix très-peu élevé, les élèves ont d'excellentes raisons pour désirer de le voir complet.

Nous avons donné à la page précédente deux échantillons des planches intercalées dans le texte du volume que nous venons d'analyser; l'une représente le nerf facial, l'autre le nerf pneumogastrique. Lorsqu'on songe que des figures analogues sont déjà au nombre de 230 dans les parties publiées de l'ouvrage de M. Sappey, on s'étonne que l'éditeur puisse livrer pour 17 francs un tel ouvrage au commerce.

1° *Nerf facial* (explication de la planche).

1. Tronc facial sortant de l'aqueduc de Fallope. — 2. Rameau auriculaire postérieur. — 3. Filet par lequel la branche auriculaire du plexus cervical s'anastomose avec ce rameau. — 4. Division que ce même rameau fournit au muscle occipital. — 5. Division qu'il fournit au muscle auriculaire postérieur. — 6. Division qu'il fournit au muscle auriculaire supérieur. — 7. Rameau digastrique. — 8. Rameau stylo-hyoïdien. — 9. Branche terminate supérieure. — 10. Rameaux temporaux. — 11. Rameaux frontaux. — 12. Rameaux palpébraux ou orbitaires. — 13. Rameaux nasaux ou sous-orbitaires. — 14. Rameaux buccaux. — 15. Branche terminale inférieure. — 16. Rameaux mentonniers. — 17. Rameaux cervicaux. — 18. Nerf temporal superficiel s'anastomosant par deux rameaux avec la branche terminate supérieure du facial, donnant des filets à la glande parotide, d'autres à l'oreille et s'élevant ensuite vers la tempe. — 19. Frontal externe. — 20. Frontal interne. — 21. Terminaison du nerf lacrymal. — 22. Terminaison du nasal externe. — 23. Terminaison du filet malaire du rameau orbitaire du maxillaire supérieur. — 24. Filet naso-lobaire ou terminaison du rameau ethmoïdal du nerf nasal. — 25. Rameaux sous-orbitaires du maxillaire supérieur. — 26. Rameau buccal du maxillaire inférieur s'anastomosant avec les rameaux buccaux du facial. — 27. Rameaux mentonniers du nerf dentaire inférieur. — 28. Branche postérieure du second nerf cervical. — 29. Branche auriculaire du plexus cervicat. — 30. Branche mastoïdienne du même plexus. — 31. Petite mastoïdienne. — 32. Branche cervicale transverse.

Toutes les explications des figures sont faites avec les mêmes détails; elles pourraient pour ainsi dire suffire seules pour apprendre l'anatomie; elles sont en quelque sorte comme un traité dans un traité. Nous croyons inutile de reproduire l'explication de la figure qui représente le pneumo-gastrique. Nos lecteurs y suppléeront facilement.

H. de Castelnau.

A cet effet, je me mis en correspondance avec un grand nombre de confrères, qui m'envoyèrent des eaux de plus de trois cents points de la France ou de l'étranger. De la comparaison des résultats découlaient plusieurs lois, dont les plus importantes sont :

Que la richesse des eaux en iode peut être présumée d'après la nature plus ou moins ferrugineuse des terrains qu'elles lavent;

Que la proportion de l'iode croit ordinairement dans les eaux avec celle du fer;

Que les eaux des terrains ignés sont plus iodurées, en moyenne, et surtout plus uniformément iodurées, que celles des terrains de sédiment;

Que les eaux des terrains essentiellement calcaires et magnésiens sont très peu iodurées;

Que les iodures ne sont pas nécessairement proportionnels aux chlorures;

Que les rivières alimentées par les glaciers contiennent fort peu d'iode;

Que les eaux des rivières sont, en moyenne, plus iodurées que celles des sources;

Que les eaux de puits sont à la fois les plus chargées de sels terreux (de chaux et de magnésie) et les plus pauvres en iode.

L'iode des eaux, pensais-je alors (et je n'avais pas tout à fait raison), ne peut venir que du sol; sa proportion varie avec les terrains : donc ceux-ci doivent être iodurés, et à des degrés divers. De nombreuses analyses montrèrent qu'en effet les roches, les minéraux, le sol arable, les corps simples mêmes, réputés purs, contiennent de l'iode en proportion variable suivant leur nature.

De la présence de l'iode dans la terre végétale découlait celle de ce corps dans les plantes et les animaux terrestres, où je l'ai, en effet, constatée. Je vis que le vin, dans lequel la proportion de l'iode varie aussi avec la nature du sol, est toujours, dans une contrée donnée, plus ioduré que l'eau; que le lait est plus que le vin, le lait d'ânesse plus que le lait de vache; que l'iode se concentre surtout dans les œufs, à ce point qu'un seul œuf de poule en contient autant que deux litres d'eau et qu'un litre de lait.

La disparition lente, mais spontanée, de l'iode contenu dans les eaux douces, sa volatilisation rapide quand l'eau est chauffée et sa présence dans les produits de la distillation, son élimination des eaux dures, si rapide que c'est rarement qu'on parvient à l'y découvrir, même quand celles-ci sourdent de terrains très iodurés, sont autant de circonstances qui m'avaient frappé, et sur lesquelles mes pensées s'arrêtaient sans cesse. Où allait l'iode qui quitte les eaux à la suite de la décomposition spontanée des iodures de chaux, de magnésie ou de fer, qu'elles renferment ou qui s'y forment nécessairement toutes les fois (et c'est le cas ordinaire) qu'elles ne sont pas alcalines? Dans l'air, sans doute. Ainsi posé, le problème était à moitié résolu ; un appareil approprié au lavage de quelque mille litres d'air a fait le reste. Comme contre-épreuve, l'iode a été cherché et trouvé dans les eaux de pluie, qui, se réunissant peu à peu dans l'atmosphère et la traversant dans une grande étendue, se trouvent dans les conditions les meilleures pour la dépouiller de l'iode qui s'y élève incessamment de la surface de la terre. L'analyse de l'air expiré a d'ailleurs prouvé que la plus grande partie de l'iode est fixée par les poumons dans l'acte de la respiration.

Il était difficile de croire que la diffusion extrême de l'iode, corps qui tient une si grande place dans la thérapeutique, fût sans objet pour l'hygiène. Les faits que je vais faire connaître ébranleront, j'ose l'espérer, les doutes que plus d'un esprit sérieux voudraient garder encore.

PREMIÈRE PARTIE. — Recherche de l'iode dans l'air.

Le désir de continuer mes recherches sur l'iode, et d'apprécier, au milieu même des populations les plus intéressées au débat, leurs rapports avec une question importante d'hygiène publique (celle du goître et du crétinisme), m'a appelé dans les Alpes (1). Je m'estimerai heureux si les résultats pour moi inattendus, par la netteté de leur ensemble, auxquels je suis arrivé, contribuent à fixer l'opinion du corps médical et du gouvernement, intéressés sur les causes essentielles de maladies qui condamnent un grand nombre d'hommes à une infirmité regrettable (2), ou même à une existence dégradée, en même temps qu'elles privent la société et l'Etat d'une portion de leurs membres et de leurs soutiens.

Les observations par lesquelles j'ai été conduit à penser que l'iode existait dans l'atmosphère, et, bientôt après, à y constater directement sa présence, ne permettaient pas de s'arrêter à l'hypothèse, sans conséquences prochaines ou éloignées, et partout stérile, suivant laquelle ce corps serait porté dans l'air par l'action dynamique des vents à la surface des eaux salées, ou même des eaux douces et des continents, desquels il serait enlevé au *prorata* du chlorure de sodium et des autres composés chimiques. L'iode se présentait au contraire comme un élément à ajouter à ceux dont la place a été assignée par les travaux antérieurs dans la composition générale de l'atmosphère. Sous le climat de Paris et des côtes de France qu'on pouvait dans la question considérer comme représentant l'état habituel du globe, j'avais reconnu que l'iode se dégage incessamment ds certaines combinaisons pour s'élever dans l'air, d'où il est soustrait par la respiration animale, et surtout partiellement et périodiquement précipité par les pluies et la rosée; de telle sorte que, si l'air, continuant à recevoir l'iode de la surface de la terre, cessait de lui en renvoyer, elle finirait par s'en épuiser ; et que, si le sol fixait celui de l'atmosphère sans rien lui rendre, il arriverait un moment où celle-ci serait complétement privée de cet élément. En supposant qu'une contrée fût séparée par une barrière assez élevée des courants atmosphériques venant des pays voisins, l'air qu'on y respirerait ne saurait contenir que l'iode émis par la surface de la terre, et si le sol, si les eaux du pays qui fait l'objet de ma supposition ne contiennent pas ce corps en quantité appréciable, on ne saurait en retrouver davantage dans l'air.

(1) Il est clair que, si je n'étudie ici les rapports de l'iode avec l'hygiène que sous un seul point de vue, c'est qu'à dessein je circonscris la question, d'ailleurs plus générale.

(2) On estime qu'il y a en France seulement 609,000 personnes affectées de goitre.

Voici maintenant les résultats de l'observation.

Lorsqu'on se dirige sur les Alpes par la Bourgogne et Lyon, on constate qu'à partir de cette ville, ou plutôt du bassin du Rhône, l'atmosphère est sensiblement moins chargée d'iode que dans les bassins de la Seine, de la Tamise, de la Somme, de l'Oise, de l'Yonne, etc. La proportion de cet élément semble peu varier de Lyon à Rives, que sépare un immense plateau relevé de collines fermées pour la plupart par la molasse et le diluvium alpin. De Rives on descend dans la partie basse de la vallée de l'Isère, au milieu de la magnifique plaine qu'encaissent les grandes collines diluviennes (600 à 700 mètres) qui couronnent Tullins et les hauts massifs (2,000 mètres) néocamiens et crétacés, de la grande Chartreuse sur la rive droite, du Villard-de-Lans sur la rive gauche. Ici la proportion de l'iode, encore inférieure à celle du grand terrain diluvien au milieu duquel s'élève Bourgoin, va en se relevant du côté de la Provence, en s'abaissant toujours dans la direction de la grande chaîne des Alpes. Ce corps, dont je constatai encore la présence, quoique en quantité minime, à Tullins, à Grenoble et à Montmélian, s'est tout à fait soustrait à mes investigations en Tarentaise et en Maurienne, lorsque j'ai remonté le cours de l'Isère et de l'Arc. Les petites vallées encaissées de Vaulnaveys et d'Allevard sont à peine mieux partagées que les précédentes. Il résulte toutefois d'une série d'observations faites en partie à l'aide d'eaux pluviales recueillies par M. Niepce, inspecteur des eaux minérales, qu'à Allevard, et sans doute sur bien d'autres points situés dans des conditions analogues, à la suite de certains coups de vent et de pluies qui précipitent l'iode des nuages au fond des vallées, l'atmosphère se trouve tout à coup chargée de cet élément.

Les vallées placées sur le versant italien des Alpes ne sont pas plus riches en iode que celles qui regardent la France. Aoste est aussi privé de ce corps que Moutiers et Saint-Jean de Maurienne.

L'air des hauteurs du Villard-de-Lans, du petit Saint-Bernard et du mont Cenis, n'a fourni à l'analyse que peu ou point d'iode, principe qui paraît dès lors ne pas être beaucoup moins rare sur les hautes montagnes qu'au fond des vallées. Je noterai ici une circonstance qui n'est pas sans intérêt. L'atmosphère du Villard-de-Lans (1,200 mètres) n'était pas sensiblement iodée aux premiers jours d'août ; elle l'était au contraire un peu en avril, ainsi que le pic de la Moucherolle, élevé de 2,300 mètres. Est-ce là aussi un accident, ou bien faut-il y voir l'indice de la généralité du fait observé à Paris, où la proportion de l'iode des pluies diffère suivant l'époque de l'observation ?

Lorsque des Alpes on descend dans les plaines du Piémont, on retrouve à peu près sur une ligne partant d'Ivrée et allant à Gênes en passant par Turin, Albe et Acqui, la même atmosphère que de Lyon à Grenoble. Si l'on descend la vallée du Pô, on constate que la proportion de l'iode s'est déjà un peu augmentée à Alexandrie.

En revenant à Paris par le Forez et l'Auvergne, j'ai pu constater encore que Saint-Etienne, le Puy en Velay, Clermont et Aigueperse s'éloignent peu de Lyon, de Grenoble, de Chambéry et de Turin. Sous ce rapport, les contrées resserrées entre les Apennins et les Alpes paraissent correspondre à celles comprises entre l'autre versant des Alpes et les montagnes de l'Auvergne.

La densité de la vapeur d'iode et son peu de force élastique auraient pu conduire *à priori* à penser que l'atmosphère de ce corps ne s'élevait dans l'atmosphère générale qu'à une hauteur moyenne donnée, au-dessus de laquelle elle s'étendrait par une élévation de la température, au-dessous de laquelle elle s'abaisserait par le refroidissement de l'air (1).

Cette hypothèse trouve sa confirmation dans la rareté de l'iode sur les hautes montagnes, rareté dont elle donne une explication satisfaisante. L'existence reconnue de vents différents suivant les hauteurs et celle des courants atmosphériques parallèles concourent à la même explication, tandis que les barrières formées par les massifs montagneux nous apprennent pourquoi les vents terrestres, dont le siége est au milieu de l'atmosphère limitée de la vapeur d'iode, ne peuvent se faire sentir dans les vallées encaissées. Et si l'iode est un peu moins rare, ou, pour mieux rendre ma pensée, plus souvent de *passage* aux sommets des Alpes que dans les vallées qu'ils abritent, n'est-ce pas parce qu'il peut être directement porté sur les premiers par un vent ou courant *relevé*, qui ne peut pénétrer dans les secondes qu'en s'y *déversant*, phénomène que l'étroitesse des vallées rend le plus souvent impossible ?

Mais si les circonstances précédentes font comprendre que l'atmosphère de l'iode soit déjà très raréfiée à 2,000 m., malgré une certaine agitation des couches ; si elles font concevoir que l'atmosphère des vallées fermées emprunte peu à celle des contrées placées au delà des massifs qui les encadrent (2), elles ne rendent pas suffisamment compte de la rareté de l'iode dans leur atmosphère propre. Elles donnent même d'autant moins la raison du fait observé, que, l'iode de l'air provenant de la surface de la terre, il pourrait très bien se faire qu'un pays tout à fait séquestré eût, en raison même de cette position spéciale, une atmosphère p[illegible] que celle des autres contrées. C'est, en effet, seul[illegible] l'étude des eaux et du sol des Alpes que nous tr[illegible] définitive, la raison de l'absence de l'iode, ou a[illegible] minime proportion dans leur atmosphère.

(1) Les lois de la physique ne permettent pas d'admettre une limite *déterminée* dans l'atmosphère de l'iode. C'est donc une *grande raréfaction* seulement qui existerait là où l'action du noyau d'observation est *limitée*.

(2) Il faudrait se garder de croire que l'air des vallées des Alpes s'y renouvelle en participant aux courants généraux, parce qu'en certains points on observe, soit irrégulièrement, soit périodiquement, de vifs courants de l'atmosphère. En effet, ainsi que l'a indiqué la commission de Sardaigne, presque toujours ces courants sont limités à quelques points des cavités des montagnes, sur lesquels ils tournent. On en a un exemple dans ce grand et insupportable vent de la Maurienne, qui ne descend pas au-dessous de La Chambre, ne se fait pas sentir au-dessus de Lans-le-Bourg, et ne s'élève pas verticalement à plus de 600 m.

J'ai réuni dans des tableaux les recherches que j'ai i[illegible] sur l'air des Alpes, soit directement en le lavant, soit indirectement par l'analyse des eaux pluviales. Viennent ensuite, afin de montrer qu'au moment même où je parcourais les Alpes l'atmosphère de Paris avait conservé sa constitution normale, les résultats fournis tant par des lavages d'air faits à l'aide d'appareils qui y fonctionnaient en mon absence, que par les pluies recueillies à la même époque. Enfin, par un autre tableau d'analyses faites sur divers points et à des moments variables, j'établis le contraste entre l'atmosphère des Alpes, si pauvre en iode, et celle des contrées où cet élément est relativement abondant. Les tableaux offrent dans des colonnes spéciales la notation des vents (1), de la température, de la hauteur au-dessus du niveau de la mer et de l'état du ciel, de manière à montrer leurs rapports avec les faits observés.

J'ajouterai que la recherche directe de l'iode dans l'air a été faite, comme lorsque j'y constatai pour la première fois la présence de ce corps, au moyen de tubes à boules contenant une faible dissolution de potasse qui fixe l'iode au moment du passage de l'air.

La nécessité de rendre l'appareil portatif et de laver un grand volume d'air en peu de temps m'a conduit à modifier le premier appareil (lequel fonctionne encore à Paris : 1° cours de l'Institut ; 2° au jardin botanique de l'Ecole de pharmacie ; 3° dans mon jardin, rue de Chartres, n° 3) de la manière suivante : Le grand vase aspirateur, dont le transport est difficile, qui débite lentement, et ne peut être monté que dans les lieux où il y a de l'eau, beaucoup d'eau même, et où celle-ci ne gèle pas, a été remplacé par une pompe foulante d'un petit volume, qui pousse dans les tubes laveurs mille litres d'air par heure. Quant aux tubes de Liébig, qui ne vont bien qu'à la condition qu'il n'y passera que 500 ou 600 litres d'air en vingt-quatre heures et qui se seraient rapidement vidés de leur solution par le passage très rapide de l'air fourni par la pompe, je les ai avantageusement remplacés par des tubes à boules *superposés* dont les supérieurs retiennent le liquide projeté par le courant d'air. J'ai bien reconnu que l'air ne se dépouille pas aussi complétement de son iode quand le lavage est rapide que lorsqu'il s'opère lentement ; mais il fallait, avant tout, pouvoir opérer, et il suffisait d'avoir des résultats comparables, but que mon appareil de voyage a permis d'atteindre.

(La suite à un prochain numéro.)

Nouvelles préparations ferro-manganiques.

Par M. Burin du Buisson.

(Suite. — *Voir* le numéro du 3 janvier.)

Saccharure de carbonate ferro-manganeux.

Carbonate ferro-manganeux préparé comme dessus.	1,000,0
Sucre pulvérisé.	4,000,0

Mêlez dans un mortier de fer, et faites avec ce mélange, en ajoutant quantité suffisante d'eau, de larges pastilles à la goutte de 40 à 50 grammes chaque, que vous conservez dans des vases bouchés.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES AVEC LE SACCHARURE FERRO-MANGANEUX.

Chocolat ferro-manganeux.

Pour préparer le chocolat ferro-manganeux, on prend :

Saccharure ci-dessus en pastilles.	100,0
Pâte de chocolat à laquelle on a supprimé 100 grammes de sucre.	500,0

Mélangez et divisez en pastilles ou en tablettes.

Le chocolat décompose le carbonate ferro-manganeux hydraté du saccharure en sesquioxyde de fer et de manganèse hydraté, qui ne donne aucune saveur métallique au chocolat préparé de cette manière.

Citrate manganeux.

Pour obtenir ce sel, on prend :

Acide citrique.	100,0
Eau distillée.	1000,0
Proto-carbonate de manganèse humide.	q. s.

Faites dissoudre l'acide dans l'eau à la température de 80 à 90°, et ajoutez, par petites portions, du carbonate manganeux jusqu'à ce qu'il commence à refuser de se dissoudre. Décantez alors rapidement le liquide pour séparer le carbonate indissous, et faites évaporer à pellicule.

Par le refroidissement, le citrate manganeux se dépose sous forme de petits cristaux grenus, d'un blanc rosé ; on décante l'eau mère acide qui peut encore donner une certaine quantité de sel par une nouvelle évaporation ; on lave le sel à l'eau distillée et l'on fait sécher à l'étuve.

L'air est sans action sur ce sel ; l'eau froide n'en dissout que des traces, l'eau bouillante en dissout à peine un pour cent de son poids ; la solution a une saveur un peu atramentaire ; à l'état sec il n'a pas de saveur, ses cristaux craquent sous la dent.

Citrate ferro-manganeux.

Ce sel s'obtient comme celui qui précède, en remplaçant

(1) Une année d'observations régulièrement faites à Paris ne suffit pas pour montrer l'existence de rapports constants entre la nature des vents et la proportion de l'iode dans l'air.

le carbonate manganeux par le carbonate ferro-manganeux.

Il est sous forme de petits cristaux grenus, blancs, à peu près insolubles dans l'eau, et d'une saveur à peine sensible; on les lave à l'eau distillée et les fait sécher rapidement. Il peut, ainsi que l'a proposé M. Bouchardat pour le citrate ferreux, remplacer dans plusieurs préparations le lactate de fer et de manganèse, dont il n'a pas la saveur atramentaire.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES AVEC LE CITRATE FERRO-MANGANEUX.

Pastilles de citrate ferro-manganeux.

Carbonate ferro-manganeux. . . .	1,0 grammes.
Sucre très fin.	16,0 —
Faites des pastilles à la goutte de.	0,5 —

Ces pastilles, qui n'ont aucune saveur métallique, peuvent remplacer les pastilles de lactate ferro-manganeux dont nous parlerons plus loin.

Citrate de manganèse et de soude.

Acide citrique.	100,0 grammes.
Cristaux de soude.	40,0 —
Eau.	500,0 —
Carbonate manganeux humide. . .	q. s.

Faites dissoudre l'acide dans l'eau à 50 degrés environ; ajoutez peu à peu les cristaux de soude, et saturez la solution par du carbonate manganeux humide; filtrez, évaporez à une douce chaleur en consistance sirupeuse; coulez sur des plaques de verre et faites sécher à l'étuve. De cette manière, on obtient le citrate sous forme d'écailles blondes, transparentes.

Ce sel est très soluble dans l'eau; il est inaltérable à l'air; sa saveur est presque nulle.

Citrate de fer, de manganèse et de soude.

Opérez comme ci-dessus, en saturant la solution de citrate sodique avec du carbonate ferro-manganeux.

La solution est d'un vert brun, par l'évaporation et la dessiccation de l'étuve comme pour le précédent. On obtient ce sel sous forme d'écailles de couleur feuille-morte, qui sont d'une grande solubilité dans l'eau; leur saveur est atramentaire.

On peut obtenir de la même manière les tartrates manganeux et ferro-manganeux.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES AVEC LE CITRATE SODIQUE FERRO-MANGANEUX.

Soluté ferro-manganeux pour eau ferrée manganésique du docteur Gensoul.

Citrate sodique ferro-manganeux.	30,0
Eau.	500,0

Une cuillerée à bouche de ce liquide dans un litre d'eau à prendre au repas pure ou coupée avec du vin.

Lactate manganeux.

On obtient ce sel par les mêmes procédés que le lactate de fer; il est sous forme de plaques d'un blanc rosé.

Sa solution, convenablement étendue d'eau et chauffée pendant une heure au bain-marie dans un alambic fermé, qu'on laisse refroidir ensuite très lentement, laisse déposer le lactate sous forme de cristaux prismatiques rhomboïdaux terminés par des sommets dièdres. Ce sel est plus soluble dans l'eau que le lactate ferreux; sa saveur est douceâtre et peu atramentaire.

On obtient de la même manière le lactate double de protoxyde de fer et de manganèse.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES AVEC LE LACTATE FERRO-MANGANEUX.

Sirop de lactate de fer et de manganèse.

Lactate de fer.	3,0
Lactate de manganèse.	1,0
Sucre en poudre.	16,0
Triturez ensemble et ajoutez eau distillée.	200,0

Dissolvez rapidement; versez la liqueur dans un matras au bain-marie, contenant :

Sucre cassé.	384,0

Filtrez après solution.

Ce sirop contient environ 15 centigrammes de lactate de fer et 5 centigrammes de lactate de manganèse par 30 grammes.

Pastilles de lactate ferro-manganeux.

Lactate de fer.	15,0
Lactate de manganèse.	5,0
Sucre fin.	400,0
Eau.	q. s.
Faites des pastilles à la goutte de. . .	0,5

On les prescrit, à la dose de six à douze dans les vingt-quatre heures, contre la chlorose et les accidents qui en dépendent.

Ces pastilles remplacent avec avantage celles de Gélis et Conté.

Iodure manganeux.

En décomposant exactement une solution d'iodure de barium par du sulfate de manganèse, filtrant et évaporant rapidement à chaud la liqueur à l'abri du contact de l'air et en présence de la chaux vive, on obtient l'iodure manganeux sous forme de petits cristaux blancs très solubles dans l'eau.

La solution aqueuse, abandonnée à l'air, brunit et laisse déposer au bout de peu de temps de l'oxyde manganique (1).

Soluté officinal de proto-iodure de fer et de manganèse,
suivant la formule du docteur DUPASQUIER.

M. Hamon propose de préparer ce produit avec l'iode et le *manganèse métallique;* mais comme il est très difficile de se procurer de ce métal, dont le prix est du reste très élevé (55 à 60 fr. les 30 grammes), nous avons dû chercher un procédé plus économique, et voici celui que nous croyons devoir proposer.

Acide tartrique.	28,00
Eau distillée.	30,00

Dissolvez,

Hydriotate de potasse.	34,00
Eau distillée.	30,00

Dissolvez et mêlez les deux solutions; laissez reposer le bitartrate de potasse produit, et au bout de douze heures filtrez et ajoutez suffisante quantité d'eau pour obtenir 100 grammes de liquide que l'on chauffe à 35° environ, puis l'on ajoute par petites doses du carbonate manganeux humide, jusqu'à ce qu'une nouvelle addition de carbonate ne cause plus d'effervescence dans le liquide; on filtre, et on lave le filtre avec q. s. d'eau distillée pour avoir 150 gr. de soluté d'iodure manganeux. Par l'addition du carbonate manganeux il se précipite une nouvelle quantité de tartrate potassique, plus, un peu de citrate manganeux; mais tout l'iode reste en solution dans le liquide à l'état d'iodure manganeux; la solution conserve seulement une légère couleur rouge-citrin, qui tient à peu d'iode resté libre.

D'autre part, prenez

Iode.	65,0
Limaille de fer très pure. . . .	20,0
Soluté d'iodure manganeux ci-dessus. .	150,0

On introduit d'abord l'iode, puis le soluté, et enfin le fer dans un ballon; on agite, on porte graduellement la température à 80° environ jusqu'à décoloration complète, et on filtre sur un flacon contenant 20 à 30 grammes de tournure de fer bien décassé; on lave le ballon avec autres 50 grammes d'eau distillée et l'on jette sur le filtre, que l'on lave encore avec une quantité suffisante d'eau pour obtenir juste 300 grammes de produit.

(1) Dans les préparations pharmaceutiques cette décomposition serait facilement empêchée par le procédé si parfait imaginé par M. Gille, et appliqué dans les dragées pour la conservation de l'iodure de fer. (N. du R.)

Chronique et nouvelles.

La Société médicale d'émulation de Paris a procédé, dans la dernière séance de l'année qui vient de finir, au renouvellement de son bureau.

Il se trouve constitué, pour 1852, de la manière suivante :

Président, M. Caffe;
Président honoraire, M. Depaul;
Vice-président, M. Barth;
Secrétaire général et archiviste, M. Cherest;
Secrétaires particuliers, MM. Destrem et Hillairet;
Trésorier, M. de Laurès.

Membres du comité de publication: MM. Barth, Larrey et le secrétaire général.

— *Concours de l'internat.* — Voici les noms des 32 élèves qui ont été nommés internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux. Ce sont MM. Caron, Henry, Marsé, Zapfle, Boucher, Duchaussoy, Leplat, Remilly, Desnor, Masson, Arrachar, Codet, Bidard, Thomas, Gaujot, Bucquoy, Massans, Pied-Noel, Boscredon, Lafargue, Turner, Maurice, Titon, Gaube, Zambaco, Boureau, Ducluzeaux, Dolbeau, Isambert, Cadet-Gassicourt, Blache, Charrier.

Ont été nommés internes provisoires : MM. Liégard, Billoir, Garreau, Bignon, Dupuy, Collot, Tarnier, Parret, Rahaud, Fauvel, Blachez, Amen, Bourcy, Vaullet, Olivier, Fleurot, Luys, Moisant, Quentin, Voisin, Amestoy, Frémineau, Margerie, Boutequoy, Vidal, Godart.

— M. Jobert commencera ses leçons cliniques mercredi prochain, 14 janvier, à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le docteur Delabarre fils et M. Accout, pharmacien, étaient cités, le 3 de ce mois, devant la 8e chambre du tribunal de la Seine, sous la prévention : 1° de composition d'un remède secret; 2° d'annonces et avis imprimés; 3° de vente au poids médicinal.

M. le docteur Delabarre a composé un sirop connu sous le nom de *sirop de dentition*, et qui est destiné à éviter aux enfants les maladies graves souvent causées par la première dentition.

Les annonces et le débit de ce sirop ont donné lieu à la prévention, qui est soutenue à l'audience par M. le substitut Valentin.

Me Langlois, avocat de MM. Delabarre et Accout, a présenté la défense. M. le docteur Delabarre, a-t-il dit, n'hésite pas à assumer sur lui seul toute la responsabilité de la composition qui est dénoncée à votre justice. Cette composition se rattache, en effet, pour lui, à une découverte scientifique dont il doit revendiquer l'honneur: c'est que la première dentition, chez les enfants, *n'est pas une maladie*; elle est, selon lui, et il l'a démontré dans une publication hautement appréciée par les savants et les praticiens, une fonction naturelle des organes dentaires, qui ne demande pour s'opérer sans douleur et sans accident que des soins propres à entretenir la santé de ces organes durant les premières années de l'enfance, et faciliter leurs fonctions.

Aussi la préparation qu'il a trouvée a-t-elle toutes les propriétés odontalgiques désirables, les plus propres à prévenir les maladies des organes de la dentition et des accidents morbides qui peuvent en être la suite; c'est ainsi qu'il est essentiellement anticonvulsif; il ne faut donc pas confondre une œuvre de science et de pratique éclairée avec ces procédés de guérison vulgaire qu'on offre trop souvent au public.

L'avocat soutient ensuite que le sirop de dentition est composé de substances alimentaires indigènes et exotiques, dont l'innocuité est incontestable; que ses propriétés sont à la fois hygiéniques et odontalgiques, et que les médecins dentistes ont toujours eu le droit d'en composer de cette nature. Enfin, que le mode d'emploi du sirop de dentition est externe, et consiste seulement à frictionner plus ou moins souvent les gencives des jeunes enfants.

Quant à l'annonce de ce sirop par avis imprimés, il soutient qu'elle ne saurait être un délit, puisqu'il est établi qu'il n'est pas un remède secret dont la publication soit défendue.

« Le Tribunal,

» Considérant que le sirop de dentition du docteur Delabarre ne présente pas les caractères du remède secret, qu'il ne s'emploie pas à l'intérieur du corps humain, mais que l'on s'en sert pour frotter les gencives des enfants à l'époque de la dentition et comme préservatif des accidents qu'elle occasionne,

» Renvoie les prévenus des fins de la poursuite, sans dépens. »

HUILE D'AIX.

Je salue mes confrères, et prie de m'excuser ceux à qui je n'ai point expédié d'huile l'an passé, malgré leur demande. Nos qualités étaient médiocres, je les en avais prévenus, et il m'a été bien difficile d'en expédier une petite quantité assez passable.

Notre récolte vient de commencer, et tout fait penser que l'huile sera excellente, supérieure à celle que je fournis depuis deux ans. Je m'adresse aux médecins vétérinaires et aux pharmaciens comme à mes confrères, et prie tous les membres de la grande famille médicale de favoriser une entreprise qui leur appartient. Cette entreprise est honorable sous tous les rapports; formée dans des temps difficiles, elle a pour but le commerce, la confiance, la probité, la paix, puis la création d'un petit fonds de prévoyance pour ceux qui s'occupent de l'art de guérir.

Il est temps que nous placions les huiles d'olive sous notre surveillance; il est temps que le corps médical, dans l'intérêt de la santé publique, porte son attention sur les denrées qu'on altère. Je dis cela à tous les confrères de France et à ceux qui y sont étrangers. Cette entreprise, élevée à des proportions faciles à atteindre, devient un avantage pour le public, un exemple pour le commerce, pour nous un moyen d'amitié et de sécurité.

L'huile vierge première qualité vaudra, sur place, 2 fr. le kilog. L'huile sera expédiée dans des boîtes de fer-blanc. Les recouvrements se feront sans frais, à domicile, par des mandats, après lettre d'avis contenant facture.

N. B. Une simple lettre de demande d'un confrère ou signée de lui, à M. RONDARD, doct. à Grans, par Salon (Bouches-du-Rhône).

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (M. Morel). Etudes cliniques sur les maladies mentales. — Hydrocèle ancienne opérée par la méthode de M. Baudens : injections d'air, d'eau et d'une légère solution d'azotate d'argent. Guérison en dix jours. — De la luxation des cartilages thoraciques dans leur articulation costale. — Transmission de la syphilis congéniale des nourrissons aux nourrices. — Revue thérapeutique. — Société de chirurgie, séance du 31 décembre 1851. — Société de Médecine pratique, séance du 18 décembre 1851. — Chronique et nouvelles.

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (Meurthe).

M. MOREL, médecin en chef.

Etudes cliniques sur les maladies mentales.

(Suite. — Voir les nos des 6 et 8 janvier.)

§ II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU DÉLIRE FÉBRILE ET DU DÉLIRE DE L'ALIÉNATION MENTALE SOMMAIRE.

De la nécessité d'apprécier les éléments de diagnostic. — Erreurs à propos de l'ivresse. — Les délires qui surviennent dans la convalescence de certaines maladies asthéniques peuvent aussi simuler l'aliénation. — Observations. — De quelques caractères différentiels puisés dans l'observation du délire d'une maladie aiguë et du délire de l'aliénation. — Lésion des sentiments. — Observations. — L'absence de la fièvre dans le délire n'est pas un caractère distinctif. — Une aliénation mentale peut exister sans le phénomène du délire.

Avant de nous occuper de la nature des maladies mentales et de leurs principaux types, il importe auparavant de bien définir les caractères distinctifs du délire fébrile et du délire de l'aliénation mentale.

Nous avons suivi le délire fébrile dans ses dernières ramifications, et nous sommes arrivé à la conclusion que le délire était en définitif le symptôme d'une perturbation intellectuelle. Mais la diversité des causes qui provoquent le délire établira aussi une différence essentielle entre les maladies dont ce phénomène est un symptôme. En d'autres termes, l'appréciation des causes qui provoquent l'explosion d'une maladie avec délire devra de prime abord fixer toute l'attention des médecins; cette manière de procéder sera le guide le plus infaillible pour établir le diagnostic. Partant de ce principe, nous allons entrer dans quelques développements, que nous aurons soin de justifier par les faits cliniques.

Le délire avec lequel on a parfois confondu celui de l'aliénation mentale est le délire résultant de l'ingestion des boissons fermentées. J'ai vu assez souvent, pour ma part, amener dans les asiles des individus qui, par suite d'ivresse accompagnée ou non de *delirium tremens*, présentaient la plupart des phénomènes intellectuels anormaux que l'on remarque dans certaines aliénations mentales.

La privation des stimulants, cause première de l'état mental signalé, et l'emploi des opiacés suffisent ordinairement pour rendre la raison à ces individus, qui ne sont considérés par nous comme des aliénés que lorsqu'ils sont atteints d'une affection spéciale désignée sous le nom de *dypsomanie*, ou bien encore lorsque les conséquences fatales qui résultent de l'abus des boissons impriment au délire qui en est la suite un type de continuité que quelques auteurs ont désigné sous le nom de *folie crapuleuse*. Les erreurs qui ont été commises sous ce rapport peuvent avoir parfois de graves conséquences pour ceux qui en sont victimes. Je ne citerai qu'un seul fait, puisé dans notre clinique.

Au mois de mai 1850, il nous est amené par la gendarmerie (comme cela se pratiquait encore alors) un malade que le certificat du médecin délégué par l'autorité présentait comme un aliéné très dangereux. Nous remarquons tout d'abord un trouble très grand dans les idées, une difficulté particulière de s'exprimer; la face est pâle, les lèvres agitées de mouvements convulsifs, et le tremblement des membres est général. L'emploi des opiacés et d'un grand bain eut bientôt jugé ces accidents, et nous nous retrouvons le lendemain en présence d'un homme dont la raison est parfaite. Or, qu'était-il arrivé ? Le certificat du médecin avait été fait sans que ce dernier s'environnât de toutes les indications nécessaires pour bien asseoir son jugement. S'il était, en effet, remonté à l'appréciation des causes, il aurait su que des dissensions très graves existaient entre deux frères, dont l'un était le prétendu aliéné qui nous était amené. Doué d'un caractère faible en même temps que violent, cet individu, après avoir succombé dans la lutte de la discussion, cherchait ordinairement à se consoler par quelques libations alcooliques. C'est après avoir avalé une ration un peu trop copieuse qu'une querelle de ménage vint apporter son contingent de trouble à l'excitation naturelle qui le dominait et déterminer un *delirium tremens* passager qui, mieux apprécié dans son origine et ses effets, n'aurait pas amené cet individu dans un asile d'aliénés et compromis jusqu'à un certain point sa position sociale.

Nous avons parlé des délires asthéniques qui accompagnent la terminaison de quelques affections typhoïdes. Nous pouvons ajouter qu'il n'est pas rare de voir des accès de fièvre intermittente, arrivant pendant la convalescence de ces états typhoïdes, être suivis d'un délire plus ou moins fugace, et qui, dans certaines circonstances, revêt le caractère d'une idée fixe ou d'une monomanie. C'est dans une situation pareille que le lieutenant D... fut évacué sur notre asile, en octobre 1851. Dans les paroxysmes de sa fièvre intermittente, il ne rêvait que lingots d'or, billets de banque; et dans le moment de la rémission, dominé encore par l'idée de son délire, il accusait des individus de lui avoir soustrait des valeurs considérables. Soumis à notre observation, il se révèle à nous comme un malade sujet à des accès de fièvre intermittente, mais complétement désabusé sur la réalité d'un délire qu'il attribue lui-même à la faiblesse d'une imagination qu'une diète exagérée avait encore contribué à faire divaguer. L'emploi du sulfate de quinine et surtout l'effet moral produit sur le lieutenant par sa cohabitation avec des aliénés dissipèrent les dernières traces d'un délire que je ne puis ranger que parmi les délires fébriles.

Ce n'est pas à dire, pour cela, que les délires observés dans quelques maladies aiguës et asthéniques ne soient pas le point de départ d'un délire qui peut devenir plus permanent et plus systématique. Mais le médecin aura alors à combattre une maladie nouvelle, une aliénation mentale entée sur une affection aiguë, et dont le délire fébrile était, que l'on me passe l'expression, la trame primitive.

Nous abordons un des points les plus difficiles de la question; nous nous plaçons sur un terrain délicat, où le médecin praticien ne se trouvera que trop souvent dans la cruelle nécessité de heurter, d'une part, la susceptibilité des familles, qui rejettent bien loin l'idée de l'aliénation, et de briser, de l'autre, le dernier espoir des parents, qui cherchent à rattacher de toutes les manières possibles le délire de leurs malades à une affection ordinaire. Le sujet est trop important pour que nous ne mettions pas ici en relief certains états psychologiques dont l'appréciation impartiale pourra fortifier les bases de notre jugement.

Un individu souffrant d'une méningite entre dans la période de convalescence. A l'approche de la nuit, ou lorsque le malade ferme les yeux, des apparitions fantastiques viennent l'obséder. Il reconnaît lui-même que ces impressions pénibles sont le résultat de sa fièvre; ou, s'il ne le reconnaît pas de prime abord, il accepte les explications des personnes qui l'entourent. Il délire avant de s'endormir, et il n'est pas rare qu'il délire encore sous l'influence de la dépression aussi bien de l'exaltation des organes des sens. En s'éveillant, il fait part à ses parents et amis des sensations fatigantes que lui ont laissées ses rêves, et semble rechercher avec empressement les explications qui peuvent le rassurer. A mesure qu'il revient à l'existence, les motifs de son jugement deviennent plus certains, le tumulte de ses sens égarés s'apaise, les nuits sont plus calmes; et lorsque la convalescence suit un cours ascendant, il ne lui reste plus qu'un souvenir vague et confus de la phase orageuse qu'il vient de traverser.

Les choses ne se passent malheureusement pas ainsi lorsque le délire tend à se constituer d'une manière permanente ou chronique, ce qui fait, dans ce cas, la différence essentielle du délire fébrile proprement dit et du délire maniaque. Il peut arriver une époque, en effet, où ces deux délires révèlent les mêmes caractères extérieurs par la similitude des phénomènes sensoriaux pervertis; mais lorsque le phénomène du délire est produit par un état maniaque, il est alors une situation qui passe souvent inaperçue dans le principe, et qu'il est de la plus haute importance de signaler comme élément de diagnostic. Cette situation, si pénible pour les parents, se résume d'abord dans la perversion des sentiments et le changement complet du caractère et des habitudes du malade. Il devient impatient et colère; il parle avec emportement et un accent inaccoutumé. Quels que soient son sexe, son âge, son éducation, il perd souvent le sentiment de la pudeur. Ses amis, ses intimes et ses proches ne manquent pas d'attribuer ces phénomènes inquiétants à l'effet de la maladie primitive, qui se présentait avec tous les caractères d'un délire fébrile ordinaire.

J'ai vu souvent de ces erreurs commises dans les manies suite de couches; mais bientôt un autre phénomène plus inquiétant vient les affliger, sans les éclairer toujours. Les conseils qui sont donnés au malade, les marques de la plus vive affection qu'on lui prodigue, sont repoussés tantôt avec ironie et dédain, tantôt avec les marques de l'emportement et de la fureur. Il ne voit dans ce qui l'entoure que fauteurs de complots dirigés contre lui, que sujets de déférence et de haine. Dans les maladies ordinaires, le convalescent se rattache avec bonheur à tout ce qui peut le rappeler à l'existence; il entend parler avec émotion des phases diverses de sa maladie et du délire qui en a été la suite; il en discute souvent les causes, en déplore les effets, et se confond en excuses pour les paroles malveillantes ou obscènes qui lui sont échappées dans son délire fébrile. Le malade au contraire dont la folie est confirmée ne veut pas admettre qu'il ait déliré, ni à plus forte raison qu'il délire. Il soutient les erreurs de son imagination et les prend pour des réalités. Les hallucinations et illusions de toutes sortes qu'il a éprouvées et qui l'obsèdent encore le maintiennent dans sa folie. Bien mieux, il est arrivé à systématiser son délire, et ce qui lui reste d'énergie intellectuelle, la surexcitation même de cette énergie que l'on observe parfois est employée par lui à établir sur les bases d'une logique désespérante les motifs de l'existence nouvelle qu'il va parcourir. Le malade est alors en pleine voie d'aliénation mentale.

Quelques auteurs, se fondant sur ce que le délire de l'aliénation se retrouve souvent avec l'absence de toute fièvre (*delirium sine febre*), ont pensé que le cortége des phénomènes physiologiques qui accompagne le délire des maladies aiguës devait suffire à poser une différence entre les états primitifs. Nous allons voir dans un instant que cette appréciation, qui a un côté très vrai, pourrait cependant nous induire en erreur. Nous admettons volontiers que le délire des maladies aiguës s'accompagne de la rougeur plus prononcée des pommettes et de la turgescence du visage. Le regard est étrange, et il y a des changements notables dans la circulation.

Les yeux sont brillants, la respiration est souvent pénible, et les excrétions involontaires. La parole prend des intonations inaccoutumées, le malade s'exprime tantôt avec vivacité, tantôt avec une lenteur extrême. Ses mots et ses phrases sont mal articulés; il parle parfois en lui-même, et dans d'autres circonstances de profonds soupirs sont les seules manifestations de son âme. Mais les phénomènes dont nous parlons se retrouvent aussi dans les délires de l'aliénation mentale, et surtout dans les premières périodes de cette affection.

J'assiste dans ce moment à l'évolution d'une maladie de ce genre. Une jeune personne de vingt-deux ans est prise d'une affection des voies aériennes qui règne épidémiquement dans sa localité. Un délire très grave avec fièvre s'empare d'elle, et l'étrangeté des idées qu'elle manifeste fixe de prime abord l'attention de son médecin. On pouvait croire d'abord que cette manifestation délirante tenait à l'acuité de la fièvre; mais le pouls devient plus calme et le délire persiste.

Cependant, le sommeil dont la malade était privée se montre de nouveau; les nuits sont plus tranquilles; on compte sur des jours plus calmes; vain espoir. Après un sommeil paisible, le délire reparaît avec une intensité extrême, et prend un caractère de fixité qui se résume dans des idées de damnation. Elle est maudite de Dieu pour des péchés dont elle s'exagère la gravité. Tantôt sa sensibilité s'exalte, tantôt elle repousse avec horreur les marques de tendresse qui lui sont prodiguées par son frère et sa mère. Elle avait, il y a quelques jours encore, des intervalles lucides, s'apitoyait alors sur sa destinée et sur le chagrin de ses proches; elle entrait dans des détails qui permettaient de rattacher son délire à des faits antérieurs, dont l'influence morale avait été funeste pour son intelligence. Mais bientôt les *bons sentiments*, comme on les appelle, deviennent plus rares; les sentiments s'affaiblissent, elle prend en désaffection ses parents, déteste ce qu'elle a aimé, aime ce qu'elle a détesté, et le délire persiste, malgré l'augmentation ou le ralentissement de la circulation. Désormais il n'y a plus de doute sur le diagnostic. La jeune malade est affligée d'une manie avec prédominance d'idées de damnation et lésion des sentiments affectifs; mais la maladie mentale ne perd pas de suite le cachet des symptômes prodromiques qui ont précédé son apparition. La fièvre persiste avec tous ses phénomènes physiologiques. Le pouls varie de 80 à 120 pulsations, et le médecin intelligent qui soigne cette malade m'écrit avec justesse qu'il lui semble que cette circonstance est d'un favorable augure pour la terminaison de cette triste affection.

On ne peut nier, toutefois, que, si la folie n'est pas toujours exempte de fièvre, la dénomination de *delirium sine febre*, appliquée par les anciens aux maladies mentales, trouve sa justification dans la coexistence de manies des plus formidables avec une circulation non-seulement normale, mais au-dessous même du rhythme habituel. Nous reviendrons plus tard sur ce phénomène physiologique.

D'un autre côté, les faits d'observation nous apprendront encore que le délire des paroles n'accompagne pas toujours un état de folie. Cette dernière affection peut exister avec un ensemble de symptômes qui nous fait dire que tel individu est aliéné sans qu'il se manifeste aucun délire. Le malade est triste, et il ne sait pas pourquoi; il cherche la cause de son mal sans pouvoir la trouver; il implore la science, il invoque le secours de ses amis, et raconte à tout le monde avec un touchant abandon les peines de son âme et les funestes tendances auxquelles il est entraîné malgré lui; il demande au ciel et à la terre d'être débarrassé de ses déplorables idées de suicide et d'homicide. Heureux encore quand ses amis et ses parents emploient l'isolement en temps opportun pour le préserver d'inévitables malheurs! Cette circonstance de folie sans délire, que je signale d'avance, a fait dire avec justesse à un auteur, que, si tout délire est psychopatique, toute psychopatie n'est pas un délire (1). Nous pouvons puiser dans ce caractère différentiel un premier élément de diagnostic; mais, comme nous l'avons vu, cet élément n'est pas le seul.

Si la nature des délires, leur immense variété, l'infinité des idées bizarres, étranges qui peuvent surgir dans cet état

(1) Feuchsterleben. Lehrbuchder aerztlichen Seelenkunde.

que la fièvre accompagne ; si les manifestations sensoriales les plus extraordinaires ne sont pas pour les délires fébriles et les délires de l'aliénation des caractères distinctifs, puisqu'on les retrouve de part et d'autre, il est cependant une circonstance à laquelle nous devons nous rattacher de toutes nos forces : cette circonstance gît dans les phénomènes précurseurs des maladies avec délire et des diverses aliénations mentales. On peut dire, en effet, sans exagération, qu'il n'est pas une seule maladie aiguë qui ne reconnaisse pour point de départ une perturbation dans les fonctions physiologiques ; il n'est pas une seule aliénation qui ne reconnaisse pour cause, outre la lésion physiologique, la double influence d'une prédisposition antérieure du système nerveux et d'une cause morale plus ou moins importante.

Cette vérité, au développement de laquelle nous allons consacrer tous nos efforts dans le chapitre suivant, complètera ce que nous avons à dire sur la nature des maladies qui nous occupent, et nous servira d'introduction pour ce qui regarde les éléments d'une classification physiologico-psychologique des affections mentales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HYDROCÈLE ANCIENNE

opérée par la méthode de M. Baudens : injections d'air, d'eau, et d'une légère solution d'azotate d'argent. Guérison en dix jours.

Observation publiée par le malade lui-même, M. le Dr F. Canu, praticien à Yvetot.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié *in extenso* le remarquable mémoire sur l'hydrocèle que M. Baudens a lu à l'Institut dans la séance du 9 décembre 1850. Nous renvoyons à cette publication les praticiens qui n'auraient pas eu connaissance de cette méthode. Nous rappellerons brièvement que le perfectionnement apporté par l'habile chirurgien au traitement de l'hydrocèle porte sur deux points essentiels,

1° Il ponctionne la tumeur à l'aide d'un procédé particulier qui enlève tout danger de blesser le testicule ;

2° Au lieu de pousser, comme on le fait, une injection, toujours la même pour tous les malades, sans tenir compte de l'impressionnabilité variable de leur tunique vaginale, il élève l'inflammation doucement, graduellement, jusqu'aux limites voulues, à l'aide d'injections d'air, d'eau, ou de liquides de plus en plus irritants et toujours gradués sur l'irritabilité individuelle et variable des malades. Il est à notre connaissance que plusieurs praticiens éminents, M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), entre autres, n'opèrent plus les hydrocèles que par la méthode de M. Baudens, et qu'ils s'en louent beaucoup. Nous appelons donc avec confiance l'attention des praticiens sur l'observation suivante, dont nous sommes nous-même le sujet.

Obs. — J'ai soixante et un an. Je suis d'un tempérament bilioso-sanguin, très impressionnable, sujet à de fréquents rhumatismes, fruits de douze campagnes sous l'empire.

En juin 1846, course à cheval précipitée ; contusion violente du testicule gauche au pommeau de ma selle. De là orchite, puis hydrocèle consécutive. Pendant quatre ans j'évacue la sérosité avec ma lancette, tous les deux à trois mois. Au commencement de 1850, douleurs sourdes, parfois lancinantes, plus vives après l'écoulement de l'eau. Testicule hypertrophié, épidydime dur, bosselé sur plusieurs points.

Consultation à Rouen. De savants confrères, placés à juste titre au premier rang, pensent qu'il ne faut pas songer à la cure radicale, mais seulement user du traitement par l'iode. L'iode, bien toléré, fut continué pendant deux mois au plus. La peau se refuse à l'emploi des frictions d'iodure de plomb. En juillet dernier, les douleurs étant devenues plus aiguës, les ponctions plus difficiles, consultation à Paris.

Les docteurs Jules Cloquet et Baudens sont unanimes pour que l'on tente la cure radicale. Ils ne pensent pas que l'état de la glande séminale soit une contre-indication. Dans leur opinion, l'opération doit modifier favorablement l'état pathologique de cet organe.

Je me décide en faveur du procédé du docteur Baudens. Le 25 juillet au matin, mon habile confrère, en présence et dans la maison de santé du docteur Duval, à Chaillot, procède à l'ouverture du sac. L'introduction de l'air détermine dans la tunique une impression de forte chaleur deux heures après, celle de l'eau une sensation de brûlure assez légère ; puis enfin, dans la soirée, une injection de quelques grammes d'une solution très faible d'azotate d'argent (5 centigr. sur 120 grammes) est suivie de douleurs assez vives, mais passagères, s'étendant du testicule à la région inguinale.

La tuméfaction s'est développée par ce procédé si bénignement que, opéré le 25 juillet, je puis retourner chez moi le 6 août.

Aujourd'hui, 1er décembre, il reste à peine quelques traces de matière plastique indurée ; absence de douleur, de sensibilité anormales. Certitude qu'il n'y aura pas de récidive.

Voilà un fait que je m'estime heureux d'avoir à ajouter à ceux déjà si nombreux qui témoignent en faveur du nouveau procédé opératoire dû au docteur Baudens pour la cure radicale de l'hydrocèle. Ce mode ingénieux permet de graduer avec une précision pour ainsi dire mathématique le degré d'inflammation qu'il s'agit d'imprimer à la tunique vaginale ; il le subordonne constamment et rigoureusement à la sensibilité organique propre à chaque individu : avantage inappréciable, dans les cas pareils au moins en particulier, ou dans tous en général, puisqu'il met toujours à l'abri de ces accidents souvent fâcheux, quelquefois funestes, que tous les praticiens ont pu remarquer à la suite de l'application de la méthode *omnibus* par les injections soit vineuses, soit iodées.

DE LA LUXATION DES CARTILAGES THORACIQUES

dans leur articulation costale ;

Par M. De Kimpe,
Médecin de bataillon de 1re classe.

En consultant les auteurs qui se sont le plus occupés des luxations et des fractures des côtes, on est surpris du silence absolu que gardent les uns, ou du doute qui règne dans les écrits des autres, lorsqu'ils traitent des luxations des cartilages costaux. D'où vient ce mutisme chez les premiers, et cette parcimonie de détails chez les seconds? Doit-on attribuer l'un au manque de faits et l'autre au peu d'intérêt que présente cette espèce de lésions? Les observations de luxations des cartilages costaux que possède la science sont en petit nombre, il est vrai : L. Petit et Duverney n'en font pas mention dans leurs traités des maladies des os. Quelques critiques cependant ont admis ces déplacements, sans toutefois en citer d'exemple, et c'est à tort qu'ils ont dit que A. Paré en avait reconnu la possibilité.

Heister, qui a admis diverses espèces de luxations, ne fait pas mention de celle des cartilages costaux. A. Cooper dit que les cartilages costaux paraissent souvent luxés sur l'extrémité des côtes, et quelquefois sur le sternum. Les sixième, septième et huitième cartilages, selon lui, sont très-sujets à cette altération de forme, qui est le résultat d'une conformation vicieuse de la poitrine ; cependant, il admet qu'un cartilage soit séparé de l'extrémité antérieure de la côte par une violence extérieure. Ce chirurgien anglais rapporte l'observation d'un individu qui eut toutes les côtes séparées de leurs cartilages à la suite d'une forte pression du thorax.

Martin, de Bordeaux, a publié l'observation d'un sujet déjà avancé en âge dont le tronc fut renversé sur le dossier d'une chaise, et qui demeura quelques instants suspendu dans cette attitude la tête inclinée d'un côté, et les extrémités inférieures de l'autre. Dans les efforts qu'il fit pour se relever, il se produisit une luxation de l'extrémité antérieure de l'un des cartilages des côtes asternales, dans le point où ces prolongements s'unissent avec ceux qui sont placés au-dessus. Boyer, tout en admettant ce genre de luxations comme possibles, seulement pour les sixième, septième, huitième et neuvième côtes, à cause de la disposition anatomique de leur prolongement cartilagineux, dit avoir observé un cas semblable à celui publié par Martin, de Bordeaux, et survenu dans des circonstances analogues. Il ajoute que dans l'instant du déplacement, le malade éprouva une douleur vive dans le point affecté, et l'on put distinguer la saillie du cartilage. M. Bouisson, professeur de pathologie externe à la faculté de médecine de Montpellier, a publié une observation de luxation du quatrième cartilage thoracique, dans son articulation costale.

Les travaux de J.-L. Petit sur les maladies des os et ceux de ses deux imitateurs font époque dans l'histoire des luxations, et longtemps ils ont été regardés comme l'expression exacte de la vérité. Aujourd'hui même, si l'on ne consultait que Boyer, on serait porté à croire que la science n'a plus rien à dire sur ce sujet, et que la conduite des chirurgiens se trouve toute tracée. Mais il n'en est pas ainsi ; depuis quelques années de nouveaux travaux ont paru, et l'on peut se convaincre maintenant que J.-L. Petit et Boyer, qui était le dernier représentant de son école, ont laissé beaucoup à faire, et que les idées qui ont aujourd'hui cours dans la science ne sont pas toujours celles de ces savants. Aussi beaucoup d'auteurs se sont-ils débarrassés de cette espèce de tutelle, qui fut longtemps un obstacle aux progrès de la science, et qui était devenue un fardeau trop pesant pour ceux qui brillent aujourd'hui au premier rang de la chirurgie moderne. Cependant, nous devons le dire, les luxations des côtes en sont restées au point où Boyer nous les avait laissées. En effet, M. Fabre, dans son *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, en dit peu de chose. Dans les cartilages non articulés, dit-il, comme aux appendices costaux, etc., les lésions traumatiques ont plus d'importance, soit qu'ils viennent à être divisés, ou simplement décollés de leurs adhérences aux parties osseuses, ainsi que cela s'observe aux côtes. D'un autre côté, il dit : Il n'existe aucune observation authentique de luxation des côtes. M. Vidal (de Cassis) dit aussi qu'il n'existe aucun fait authentique de ces sortes de luxations ; cependant il ajoute : La luxation des cartilages a existé réellement, mais elle est très peu fréquente, et elle n'a été observée qu'aux cartilages des sixième, septième et huitième côtes. Quant aux faits à l'appui de son opinion, il n'en cite aucun. M. Nélaton, dans ses *Eléments de pathologie chirurgicale*, ne fait que relater les observations que nous avons rapportées plus haut, et n'en admet la possibilité, comme l'a fait Boyer, que pour les sixième, septième, huitième et neuvième côtes.

Le doute qui règne dans la plupart des ouvrages que nous venons de citer sur la possibilité des luxations des cartilages thoraciques avec les côtes nous a déterminé à vous communiquer le seul fait qu'il nous ait été donné d'observer.

M. F..., commis voyageur, se rendait de Gand à Courtrai, au mois d'août 1846. Le cheval qu'il montait s'étant effrayé en passant près d'un moulin à vent, M. F.., fut précipité de son cheval, et dans cette chute sa poitrine porta sur l'angle du sommet d'une borne kilométrique ; il ressentit dans cette région une douleur tellement violente, qu'il perdit immédiatement connaissance, car il ne put nous donner aucun renseignement sur ce qui s'était passé. Transporté dans une maison voisine par des gens qui travaillaient à proximité, il ne reprit son entière connaissance qu'une demi-heure après. Lorsque j'arrivai près du blessé, une heure après l'accident, la face était pâle ; le pouls, quoique peu accéléré, était résistant ; la respiration, pénible, faisait éprouver de la douleur à la région correspondant à l'extrémité antérieure de la cinquième côte ; il existait dans cette région une large ecchymose, au centre de laquelle je distinguai une légère excoriation correspondant à une saillie anormale. Le gonflement étant peu considérable, et ayant affaire à un sujet très maigre, il me fut facile de constater une luxation du cartilage costo-sternal de la cinquième côte gauche dans son articulation costale. L'extrémité du cartilage luxé était portée vers la partie interne du thorax, tandis que la côte correspondante chevauchait sur lui et faisait une saillie assez prononcée sous les téguments pour me permettre de constater que je n'avais pas affaire à une fracture de la côte ; les deux fragments n'offraient pas d'inégalités, et celui qui adhérait au sternum avait la longueur du cartilage, ce dont je pus me convaincre en le comparant avec ceux de la quatrième et de la sixième côte..

Les mouvements d'inspiration et d'expiration faisaient mouvoir les deux fragments de manière à les mettre en rapport pendant une forte dilatation du thorax. Je profitai de cette circonstance pour fixer le cartilage en serrant un bandage de corps, que j'avais passé au préalable sous le malade, et qu'un aide tenait tout prêt à être appliqué sur la région blessée. Je serrai fortement ce bandage pour empêcher le retour du déplacement, résultat que j'espérais obtenir en paralysant l'action des muscles inspirateurs. Je complétai ce mode de déligation par des tours de bandes amidonnées.

La perte de connaissance, qui avait persisté quelque temps après l'accident, pouvant être attribuée à une compression du cœur, je me déterminai à pratiquer une saignée de douze onces. Dans la soirée, le pouls s'étant développé en même temps qu'une réaction assez marquée, je pratiquai une seconde saignée de huit à dix onces. Le lendemain, l'état du malade était des plus satisfaisants ; la nuit avait été très calme. Douze jours après l'accident, l'appareil contentif étant un peu relâché, je me bornai à enlever la bande amidonnée et à la remplacer par une autre plus serrée, que je laissai en place pendant trois semaines ; ce temps passé, j'enlevai le bandage. A cette époque, M. F... n'éprouvait aucune gêne de la respiration ; les parties luxées ne présentaient qu'une très légère difformité, la coaptation du cartilage s'étant effectuée avec les deux tiers inférieurs de la facette articulaire de la côte.

Je n'ignore pas que l'on peut contester la luxation dont je viens de parler, et qu'il serait tout aussi facile d'admettre une fracture du cartilage, près de son point d'attache à la côte ; mais la manière dont je me suis assuré de l'existence de la lésion que je viens de rapporter ne me laisse aucun doute sur la réalité des luxations des cartilages thoraciques dans leur articulation costale. (*Archiv. belges de méd. milit.*)

TRANSMISSION DE LA SYPHILIS CONGÉNIALE

des nourrissons aux nourrices.

En mars 1844, M. Petrini fut appelé à voir un nouveau-né, élevé à la campagne. Fruit d'un amour illégitime, il avait été confié à sa nourrice par une personne étrangère, qui pourvoyait largement à ses besoins. On ne connaissait pas ses parents ; on savait seulement que sa mère était affectée de syphilis constitutionnelle lorsqu'il vint au monde. L'enfant, faible et chétif, ne tarda pas à présenter des ulcères dans la bouche à l'arrière-gorge et des taches cuivrées sur la peau. Il alla en s'émaciant de jour en jour et mourut à trois mois.

La nourrice, le voyant s'affaiblir graduellement, s'en prenait à la mauvaise qualité de son lait, et elle priait souvent deux de ses amies, deux sœurs, également nourrices, de donner le sein à son nourrisson. Celles-ci y consentirent plus d'une fois par compassion.

Bientôt elles commencèrent toutes les deux à avoir des ulcères au mamelon. Des douleurs ostéocopes parurent, puis des ulcères aux parties génitales. Elles en communiquèrent à leurs maris. Enfin, voyant dépérir leurs enfants jusque-là bien portants, elles appelèrent M. Petrini ; celui-ci, sachant qu'il n'y avait aucun doute à élever sur l'honnêteté de ces femmes, reconnut bientôt l'origine de la filiation des symptômes. Chose remarquable ! au milieu de cette propagation, la nourrice demeurait saine, et elle resta telle pendant deux ans, pendant lesquels M. Petrini a eu fréquemment de ses nouvelles.

Les deux enfants moururent, malgré tous les remèdes employés, par suite d'ulcères à la bouche et à l'isthme du gosier, lesquels s'opposaient à la déglutition, et de tubercules profonds qui causaient de l'insomnie et une agitation continuelle.

Un traitement local simple rendit la santé aux maris ; ils n'eurent plus tard aucune suite de la maladie vénérienne.

Quant aux deux mères infectées, l'une recouvra la santé, grâce au traitement de Dzondi ; l'autre fut forcée d'entrer à l'hôpital Saint-Jacques, de Rome, d'où elle sortit au bout de quelques mois, guérie de la syphilis, mais privée de la vision d'un œil, par suite d'une iritis. (*Il Raccoglitore medico.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Antimoine.

Le sulfure d'antimoine a été employé souvent aussi en en poudre, pilules ou tablettes. Il forme la base d'un grand nombre de préparations officinales qui ont été célèbres, mais qui la plupart sont oubliées aujourd'hui. On donne le sulfure d'antimoine jusqu'à 4 et 8 grammes par jour.

Tablettes antimoniales de Kunkel.

Amandes douces.	8 grammes.
Sucre.	50 —
Poudre de semences de petit cardamome.	4 —
Poudre de cannelle.	2 —
Sulfure d'antimoine porphyrisé. . . .	4 —
Gomme adragante.	1 —

F. S. A. des tablettes de 1 gramme, qui contiennent chacune 10 centigrammes de sulfure.

Elles ont été employées contre les maladies chroniques de la peau.

Pilules stibiées.

Antimoine cru. . . .	de chaque, parties égales.
Extrait de douce-amère.	

Faites des pilules de 10 centigrammes. De cinq à dix, trois fois par jour dans les maladies cutanées.

Pilules antimoniales de Bouchardat.

Sulfure d'antimoine porphyrisé. . .	40,0
Cannelle.	5,0
Conserve de roses.	Q. S.

F. S. A. des bols de 0,4. Deux à quatre par jour dans les affections psoriques.

Poudre dépuratoire de Jasser.

Antimoine cru. . . .	de chaque, 30 centigr.
Fleurs de soufre. . .	
Nitre purifié.	
Racine d'iris de Florence.	

Faites une poudre fine. A prendre matin et soir pendant longtemps, dans un demi-verre d'eau sucrée, dans les maladies impétigineuses.

Aujourd'hui, on se sert plus fréquemment, dans le traitement des maladies chroniques de la peau, du soufre doré d'antimoine (deuto-sulfure).

Il est fort employé en Angleterre et en Allemagne. Il entre dans la poudre de Plummer, préparation très connue et très usitée.

Poudre altérante de Plummer.

Calomel.	1 gramme.
Soufre doré d'antimoine. . . .	1 —

Ne préparer cette poudre qu'au moment du besoin. Dose de deux à quatre décigrammes par jour.

Pilules de Plummer composées.

Calomel.	8 grammes.
Soufre doré d'antimoine. . . .	8 —
Résine de gaïac bien pulvérisée. .	15 —
Sirop.	15 —

F. S. A. une masse pilulaire. Dose de 25 à 50 centigrammes.

Ces pilules sont très fréquemment employées dans le traitement des maladies cutanées et aussi de la syphilis secondaire, surtout avec manifestation à la peau. Ce sont celles que l'on désigne généralement sous le nom de pilules de Plummer. (Lond. pharm.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 décembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

M. Sédillot adresse un mémoire afin de devenir membre correspondant de la Société. Ce travail a pour titre : *Cancroïde datant de vingt-deux ans. Destruction de la totalité de la lèvre supérieure, de l'aile du nez, de la moitié de la cloison sous-nasale, du quart de l'aile droite du nez, d'une portion de la joue gauche et de toute la paroi antérieure de l'arcade dentaire supérieure. Chéiloplastie par mon procédé à double lambeau de la méthode indienne. Résection partielle du maxillaire supérieur. Guérison.*

Une commission, composée de MM. Michon, Larrey et Robert, est chargée d'examiner ce travail.

M. Beyran, docteur de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital impérial de Tershane, chirurgien en chef de Jede-Coulé, à Constantinople, adresse à la Société une observation de luxation du coude en arrière avec fracture de l'olécrane.

Ce travail est déposé dans les archives de la Société.

— M. Bayard adresse un nouveau mémoire à la Société sur la cataracte. (M. Lenoir fera un rapport verbal.)

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Hydatides des muscles.

A propos du procès-verbal, M. Demarquay fait observer que M. Marjolin a eu raison de discuter la question de savoir si la tumeur du bras dont est porteur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance, est une hydatide. Les tumeurs hydatiques développées au sein des muscles ne sont pas rares. Déjà il a recueilli avec détail une observation de tumeur hydatique développée dans le muscle psoas iliaque; observation que M. Chassaignac a bien voulu mentionner dans sa dernière thèse de concours. M. Blandin lui a communiqué une observation d'hydatide développée dans le muscle biceps brachial, il serait heureux que ses collègues voulussent bien l'éclairer de leur expérience à cet égard (1).

M. Lenoir. J'ai eu déjà occasion d'observer plusieurs fois des masses hydatiques dans le tissu musculaire; une fois entre autres, dans la masse sacro-lombaire. Les ponctions exploratrices, dans ces cas, sont utiles; elles éclairent le diagnostic.

M. Michon a eu occasion d'observer deux fois des tumeurs hydatiques au sein des muscles. L'une d'elles était située dans la région du dos, sous le trapèze, et présentait un diagnostic douteux; l'autre, dans la région du cou.

M. Forget. La dernière tumeur dont parle M. Michon a été opérée par M. Jobert. J'assistais à l'opération; elle s'étendait profondément, et allait jusque sur les apophyses transverses cervicales.

M. Lenoir. Une ponction exploratrice eût évité, dans ce cas, une opération laborieuse, difficile, dangereuse même; car cette ponction eût démontré la nature de la tumeur, et une incision faite au centre de celle-ci eût produit une inflammation qui aurait amené l'oblitération de la poche hydatifère.

M. Boinet. La ponction exploratrice dans les cas de tumeurs hydatiques ne sont pas toujours à l'abri de l'erreur; il peut se faire que le trocart tombe dans une poche enflammée et qu'il amène du pus au dehors. C'est ce qui m'est arrivé récemment à l'hôpital sur le malade que j'ai opéré, service de M. Briquet, et sur lequel j'appellerai de nouveau l'attention de la Société.

(1) M. Demarquay s'occupe d'un travail sur les hydatides qui se développent au sein des muscles.

M. Lebert. Il faut prendre en considération le fait de M. Boinet, mais ne pas l'établir cependant comme une règle. La purulence des kystes hydatiques est rare, et ne se rencontre guère qu'au foie. Tout récemment j'ai vu dans le service de M. Andral un malade affecté d'une tumeur dure, d'un diagnostic difficile, située dans la région splénique, et une ponction exploratrice en déterminer la nature.

M. Chassaignac. Dans certains cas, le chirurgien est éloigné de l'idée de faire la ponction, tant la tumeur est dure et résistante. C'est ainsi que chez le malade de M. Michon la tumeur située dans la région du dos était tellement dure, que je la pris pour une tumeur fibro-plastique.

Du tannin en ophthalmologie.

Rapport verbal sur le travail de M. Hairion, de Louvain, ayant pour titre : Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie.

M. Demarquay, chargé de faire un rapport sur le mémoire dont le titre vient d'être indiqué, s'exprime dans les termes suivants :

Je regrette de ne pouvoir donner qu'une analyse succincte du travail fort intéressant de M. Hairion, de Louvain. Cet habile chirurgien ne se propose pas seulement d'étudier les effets du tannin dans les maladies oculaires, mais encore de déterminer ses effets généraux sur l'organisme; et, pour arriver à ce résultat, il a fait un certain nombre d'expériences sur les animaux et sur l'homme, desquelles il résulte pour notre savant confrère :

1° Que le tannin en solution concentrée, appliqué sur les tissus vivants sains, y exerce une action hyposthénisante qui se manifeste par la coloration et par la diminution de sensibilité et de rénitence des tissus ;

2° Que son action mécanique est presque nulle ;

3° Que ses effets chimiques ne s'exercent que sur les produits de sécrétion libre, et peut-être aussi sur les couches superficielles, et partant les moins vivantes de l'épithélium; mais ils sont nuls sur les tissus doués de vie ;

4° Que, pris à l'intérieur, à petites doses, il produit après un certain temps des effets hyposthénisants généraux ;

5° Qu'à fortes doses, chez les animaux, il détermine ou bien un empoisonnement aigu immédiat, se caractérisant par des symptômes d'hyposthénisation générale; ou bien un empoisonnement chronique, se manifestant par la perte lente, progressive des forces, une constipation opiniâtre, etc., etc.

Il est facile de voir par l'exposé rapide de la partie physiologique du travail de M. Hairion combien ses idées sur les effets du tannin s'éloignent de celles que nous avons généralement en France.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Hairion passe rapidement en revue les diverses maladies dans lesquelles le tannin a été préconisé; nous ne le suivrons pas sur ce terrain, quelque intéressant qu'il soit; qu'il nous suffise de résumer en peu de mots les propriétés du tannin constatées en ophthalmologie suivant l'auteur du mémoire que nous analysons :

1° Le tannin, mis en contact avec une conjonctive enflammée, produit instantanément la coagulation des fluides albumineux dont elle se trouve lubréfiée.

2° En même temps, à l'instar des autres substances dites astringentes, mais à un degré moins avancé qu'aucune d'elles, il y occasionne un accroissement passager d'irritation.

3° Vient ensuite une amélioration dans les symptômes inflammatoires et dans l'état de sensibilité locale; c'est là un effet consécutif indépendant de l'effet physique et qui provient de l'action dynamique hyposthénisante du remède.

Si je n'étais limité dans cette analyse, il me serait facile, je crois, de démontrer que les thérapeutistes français ne sont peut-être pas si éloignés de la vérité en considérant le tannin comme un astringent : mais passons. J'ai hâte d'arriver à la partie du mémoire de M. Hairion ayant pour titre : *Application de la médication tannique en ophthalmologie.*

Dans cette partie de son travail, après avoir rappelé les noms de ceux qui, avant lui, avaient eu recours au tannin en ophthalmologie, M. Hairion cherche à démontrer tous les avantages que le chirurgien peut retirer de cet agent :

1° Dans l'ophthalmie purulente;

2° La kératite, dans laquelle son action est marquée incontestablement;

3° L'ophthalmie compliquée de photophobie;

4° Les granulations simples ou compliquées.

Le chirurgien de Louvain, à propos des granulations, a établi une division importante à signaler, car à chacune des classes la médication topique et générale peut être modifiée; il divise les granulations :

1° En granulations vésiculeuses non vascularisées ;

2° En granulations vésiculeuses vascularisées ;

3° En granulations végétantes.

C'est dans le traitement de ces granulations, et surtout des deux dernières formes, que M. Hairion s'est bien trouvé du mucilage tannique; toutefois ce serait donner une fausse idée du travail que nous analysons que de présenter le mucilage tannique comme une panacée oculaire; telle n'est pas la pensée de l'auteur; car souvent il a trouvé bon de donner au tannin pour auxiliaires locaux le sulfate de cuivre en crayon, le nitrate d'argent en solution concentrée. De plus, dans les diverses formes de maladies oculaires où il préconise le tannin, M. Hairion a secondé l'action de ce moyen non-seulement par ceux qu'il nous fait connaître, mais encore par l'usage de moyens généraux énergiques, tels que saignée, mercure à l'intérieur, comme altérant le nitrate de potasse, l'émétique, etc. Il faut encore signaler comme adjuvant une bonne hygiène.

La forme d'après laquelle le tannin est administré est la suivante :

Tannin pur.	5 grammes.
Eau distillée.	20 —

Faire dissoudre dans un mortier et ajouter :

Gomme arabique. . . .	10 grammes.

Ainsi préparé, le mucilage tannique est appliqué sur les parties malades plusieurs fois le jour avec un pinceau.

A l'appui des idées exprimées dans son mémoire, M. Hairion rapporte vingt observations détaillées, qui sont toutes relatives aux différents cas spécifiés dans sa brochure. Vingt observations ne sont pas suffisantes sans doute pour établir d'une manière définitive la supériorité des préparations tanniques sur toutes celles qui ont été vantées; mais elles suffisent pour attirer l'attention du praticien et méritent d'être essayées. Il est une remarque je dois faire en terminant, c'est que le mucilage tannique ne constitue pas toute la thérapeutique de M. Hairion. Il résulte de la lecture de son intéressant mémoire que ce praticien a une connaissance parfaite des agents thérapeutiques locaux et généraux qu'il appelle à son aide, et que, comme beaucoup de médecins belges, il a une connaissance approfondie des idées de l'école italienne.

Tel est, messieurs, le résumé rapide du travail intéressant de l'ophthalmologiste de Louvain. J'aurais pu mêler cette analyse de quelques critiques, mais j'ai préféré vous faire connaître d'une manière sommaire sa thérapeutique oculaire, vous laisser voir l'auteur lui-même.

Je demande que son mémoire soit déposé honorablement dans nos archives et que des remercîments lui soient adressés.

M. Larrey se rappelle que M. Hairion, préconisant aujourd'hui les préparations de tannin dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse, a eu souvent recours à l'emploi du collodium en ophthalmologie pour obtenir l'occlusion des paupières, et il demande à M. le rapporteur si l'honorable médecin belge a parlé de ce moyen dans son nouveau travail.

M. Demarquay répond négativement.

M. Robert. Les chirurgiens belges se sont beaucoup occupés de l'ophthalmie granuleuse; ils ont publié un grand nombre de travaux sur ce sujet, et ils ont vanté plusieurs moyens de traitement. Il y a peu de temps, l'acétate de plomb neutre a été donné comme une panacée; je l'ai essayé sans succès : il produit souvent de petites ulcérations blanchâtres. Avant de juger d'une manière définitive, il faudrait bien connaître les observations publiées par M. Hairion, afin de savoir comment il applique le tannin, dans quel cas, etc. Suivant moi, jusqu'à ce jour, on n'a rien trouvé de supérieur au nitrate d'argent.

M. Demarquay. Dans mon rapport, je me suis efforcé de démontrer que M. Hairion ne regardait pas le mucilage tannique comme une panacée. Il associe le tannin à d'autres préparations; seulement il le préfère à d'autres collyres; il le préfère surtout aux préparations de plomb, qui laissent dans l'épaisseur de la conjonctive pendant un temps fort long une infiltration blanchâtre de plomb, qui a été prise par M. Robert, au début, pour une ulcération superficielle. J'ai été témoin de ces infiltrations, qui durent depuis plusieurs mois. M. Hairion assure que l'analyse chimique a démontré, après un temps fort long, la présence des préparations de plomb dans l'épaisseur de la conjonctive; il rejette aussi, et avec raison, le crayon de nitrate d'argent, qui amène souvent une destruction plus ou moins complète de la conjonctive. Il préfère la solution concentrée de nitrate d'argent au crayon lui-même.

Les observations rapportées par M. Hairion sont au nombre de 20; je ne puis que les indiquer :

Obs. I. — Ophthalmie catarrhale aiguë; sept jours de traitement. Homme âgé de vingt-deux ans, soldat; tempérament lymphatico-sanguin.

Obs. II. — Ophthalmie catarrho-rhumatismale très aiguë; seize jours de traitement. Homme âgé de vingt et un ans; tempérament bilioso-sanguin. — Saignée de 12 onces; nitrate de potasse à dose élevée, 4 à 12 grammes; teinture de colchique; mucilage tannique.

Obs. III. — Ophthalmie catarrho-lymphatique de l'œil droit; neuf jours de traitement. Homme de vingt et un ans, lymphatique. — Purgatifs salins et mucilage tannique.

Obs. IV. — Ophthalmie scrofuleuse photophobique; vascularisation et ulcération de la cornée de l'œil droit; congestion des membranes internes; blépharodénite. Homme de vingt et un ans, lymphatico-sanguin. — 12 sangsues, pilules fondantes (calomel, ciguë et savon médicinal), purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. V. — Conjonctivite lymphatique avec épanchement plastique dans la cornée; neuf jours de traitement. Homme de dix-neuf ans, lymphatico-sanguin. — Mucilage tannique.

Obs. VI. — Ophthalmie purulente, granulations vésiculeuses; vingt-trois jours de traitement. Homme de trente-quatre ans, ayant été malade déjà deux fois. — Pilules de Plummer, purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. VII. — Granulations vésiculeuses avec engorgement et inflammation de la conjonctive; dix-huit jours de traitement. Homme de trente et un ans, tempérament sanguin; malade plusieurs fois. — Pilules Plummer, purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. VIII. — Granulations vésiculeuses occupant les conjonctives palpébrales supérieures et inférieures des deux côtés; douze jours de traitement. Homme de trente et un ans, tempérament sanguin. — Mucilage tannique.

Obs. IX. — Ophthalmie purulente aiguë coïncidant avec une gonorrhée; granulations vésiculeuses. Six semaines de traitement. — 20 sangsues, nitrate de potasse à haute dose, préparations tanniques.

Les observations qui précèdent sont toutes traitées dès le début; elles sont aiguës. Voyons maintenant les affections chroniques.

Obs. X. — Blennorrhée chronique; granulations végétantes; ulcères multiples de la cornée. Deux mois de traitement. Homme de vingt-six ans, malade depuis plusieurs années. Conjonctives couvertes de granulations charnues, végétantes, rouges; sécrétion purulente abondante; cornées opaques, ulcérées; staphylome partiel de l'iris. — Décoction de feuilles de noyer, purgatifs salins, lotions humides, exercice gymnastique, mucilage tannique.

Obs. XI. — Pannus double; ulcération et opacité complète des cornées. Sept semaines de traitement. Homme de quarante-six ans. Cornées opaques, recouvertes d'un pannus vasculaire; ulcérations larges, superficielles; conjonctives rouges, veloutées; sécrétions purulentes. — Même traitement que précédemment. Guérison; mais les cornées restent en partie opaques.

Obs. XII. — Blennorrhée chronique; ulcères petits, superficiels, mais très nombreux des cornées; granulations végétantes. Sept semaines de traitement. Homme de trente-huit ans, tempérament lymphatique; constitution affaiblie, détériorée. — Toniques, mucilage tannique.

Obs. XIII. — Pannus vasculaire; doubles granulations végétantes. Seize jours de traitement. Homme de trente-sept ans. — Toniques, purgatifs salins, frictions stibiées, mucilage tannique.

Obs. XIV. — Blennorrhée chronique; vascularisation générale des cornées; granulations végétantes. Un mois de traitement. Homme de vingt-neuf ans. — Mucilage tannique.

Obs. XV. — Ophthalmie scrofulo-veineuse; pannus vasculaire; blennorrhée; excoriation de la surface externe des paupières inférieures. Un mois de traitement.

Je m'arrête là. L'analyse des cinq cas qui restent ne nous apprendrait rien de plus important; ce qui précède suffit pour faire ressortir les avantages de la méthode thérapeutique de M. Hairion, et pour démontrer, de plus, que le mucilage tannique n'agit pas seul, que d'autres agents viennent à son aide, et que son efficacité est surtout constatée par les observations qui précèdent : dans les affections de la conjonctive, avec vascularisation anormale de cette membrane, dans les ulcères de la cornée, etc.

M. Lenoir. J'ai employé, comme la plupart de mes collègues, les collyres pulvérulents, entre autres, ceux de plomb; jamais je ne m'en suis bien trouvé, et j'ai observé, comme M. Demarquay, une infiltration de la matière dans la conjonctive fongueuse : c'est là

une circonstance désavantageuse. Quant à l'occlusion, je ne la blâme pas d'une manière absolue. J'ai vu à la Pitié, il y a plusieurs années, un médecin partisan de cette méthode de traitement; j'ai pu constater que quelquefois il s'était produit sous l'occlusion une fonte de l'œil. Il faut donc distinguer les cas dans lesquels cette manière de faire peut être avantageuse.

M. Giraldès appuie l'opinion de M. Lenoir sur les inconvénients des sels de plomb chez une infirmière de Necker, sur laquelle il avait fait usage de cet agent. Il constata que, sous son l'influence, des ulcérations de la cornée et des hémorrhagies par la conjonctive avaient eu lieu.

M. Chassaignac. Dans le cas de conjonctivite purulente, je me suis bien trouvé du crayon de sulfate de cuivre et du crayon de sulfate de zinc associé à la gomme. Quant à l'occlusion des paupières, je m'en suis bien trouvé à la suite des opérations de cataracte; cette occlusion me permet, en outre, de faire des applications réfrigérantes sur le globe de l'œil pour prévenir l'inflammation.

M. Larrey. J'ai eu l'occasion, en 1831 et en 1832, d'observer en Belgique l'ophthalmie militaire et ses suites: j'ai pu en reconnaître les caractères et la gravité; mais je dois dire aussi que les traitements les plus rationnels dirigés par les praticiens les plus habiles m'ont paru souvent sans succès.

La cautérisation est cependant la médication la plus efficace, et non-seulement elle est employée en Belgique comme méthode curative générale unie à d'autres moyens, mais souvent comme méthode préventive. C'est alors contre les granulations de la conjonctive que la cautérisation est dirigée, soit contre les granulations rudimentaires ou avant leur état de phlogose, soit contre les granulations secondaires ou après l'ophthalmie, pour en compléter la guérison ou en prévenir la récidive.

Je ferai remarquer, à ce propos, que l'ophthalmie purulente, si répandue, si désastreuse dans l'armée belge, semble puiser son origine locale dans un développement des granulations beaucoup plus prononcé qu'on ne l'observe dans l'armée française, à tel point qu'en 1841 M. Decaisne, chirurgien militaire distingué de la Belgique, vint au Val-de-Grâce examiner avec moi les yeux d'une centaine de malades pris au hasard, et trouva chez trois ou quatre tout au plus les granulations assez saillantes, tandis qu'il avait constaté maintes fois la proportion inverse en Belgique.

Quant à l'occlusion des paupières, à laquelle j'ai eu souvent recours depuis une douzaine d'années, soit à l'aide d'un bandage ou du coton cardé, soit avec des bandelettes adhésives ou avec le collodion, je crois que c'est un moyen trop négligé dans le traitement des maladies des yeux. Mais aussi ne faut-il pas l'employer indistinctement dans toutes les formes d'ophthalmie. Autant il serait nuisible dans la période aiguë des phlogoses oculaires, et spécialement des kératites ulcéreuses, autant il m'a paru avantageux dans beaucoup de cas d'ulcérations anciennes de la cornée, en préservant l'œil du mouvement des paupières et de l'action irritante de la lumière, du froid, ou du contact des corps extérieurs.

Voilà pourquoi, ajoute M. Larrey, revenant au point de départ de cette discussion, je regrette que M. Hairion n'ait pas fait connaître les résultats définitifs de ses propres recherches sur l'occlusion palpébrale comparativement aux autres méthodes curatives, et en dernier lieu à l'emploi des préparations de tannin dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse.

M. Chassaignac. J'ai eu occasion d'avoir recours aux irrigations dans les ophthalmies granuleuses, mais sans résultats satisfaisants. Je préfère de beaucoup la cautérisation.

M. Guersant. J'ai eu souvent recours aux irrigations dans les ophthalmies aiguës, et je m'en suis bien trouvé; mais lorsque ces maladies sont passées à l'état chronique, ces irrigations étaient insuffisantes. Quant à l'occlusion des paupières, elle m'a réussi, surtout dans les ulcérations douloureuses de la cornée avec blépharospasme.

M. Michon. Les granulations ne sont qu'un phénomène secondaire; elles succèdent à l'ophthalmie paro-muqueuse. De plus, elles se lient souvent à un état scrofuleux; il faut avant tout modifier sa constitution. Il est des malades chez lesquels on triomphe assez vite de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, chez lesquels la résistance est très opiniâtre, malgré toute espèce de traitements employés. J'ai eu occasion d'avoir recours au mode de traitement préconisé par M. Hairion, et nos résultats ne sont pas aussi avantageux que les siens. Toutefois, l'occlusion des paupières ne peut être utile que dans les granulations passées à l'état chronique. Dans ces cas, en effet, elle prévient le frottement douloureux des granulations sur le globe de l'œil. Dans le cas de blépharospasme, si on pratique l'occlusion, il faut la porter sur les deux yeux, sans quoi l'action de la lumière sur l'œil sain détermine des mouvements dans l'œil malade. Toutefois il ne faut, suivant moi, avoir recours à l'occlusion que lorsque la maladie est dans une période décroissante, autrement on exposera le malade à des accidents, car on se prive de l'examen journalier et répété de l'œil malade.

M. Giraldès. Les granulations sont aussi communes en France; cela doit être, car cette maladie est déterminée par les pupilles hypertrophiées et entretenues dans cet état par un état général. Souvent elles existent sans que le malade en ait conscience; une sensation de barre sur l'œil est le seul signe de leur présence. Bien des causes peuvent les faire naître. La poussière fine des bibliothèques peut amener le développement de ces granulations.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 18 décembre 1851. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Ordre du jour. — Nomination des membres du bureau pour 1852.

Le bureau a été ainsi constitué :

Président, M. le professeur Paul Dubois;
1er vice-président, M. Guersant;
2e vice-président, M. Foucart;
Secrétaire général, M. Serrurier;
Secrétaire annuel, M. Magne;
Vice-secrétaire annuel, M. Bossu;
Trésorier, M. Moret.

Le secrétaire, Al. Magne.

Chronique et nouvelles.

Des démarches malheureusement infructueuses avaient été faites auprès de l'autorité pour obtenir la liberté de notre jeune confrère M. Deville. L'excellent doyen de notre Faculté n'a pas voulu rester étranger à ces démarches. Dans une visite qu'il a faite à M. le ministre de la guerre, il a donné les renseignements les plus favorables sur la conduite de M. Deville pendant les derniers événements. Sur ce bon témoignage, M. le ministre s'était empressé d'accorder la mise en liberté de notre jeune confrère. Par malheur, son embarquement était déjà effectué au moment où cette démarche était faite avec le plus gracieux empressement. Quand M. le ministre a appris cette circonstance, il a spontanément promis à M. Bérard que le premier navire qui s'embarquerait pour Cayenne porterait l'ordre de ramener en France M. Deville.

P. S. Nous apprenons à l'instant que, par suite d'un retard, le navire qui transportait M. Deville n'est pas arrivé de Cherbourg à Brest au moment prévu. M. le ministre de la guerre a eu la bonté de profiter de ce retard pour faire parvenir dans cette dernière ville l'ordre de suspendre le départ de M. Deville, et ses nombreux élèves et amis peuvent se féliciter qu'il ne quittera pas la France.

H. de Castelnau.

— *Mutations dans les hôpitaux.* — Les mutations attendues depuis longtemps dans le personnel du service médical des hôpitaux viennent d'avoir lieu. Par suite de ces mutations :

M. Bouvier, médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin de l'hôpital des Enfants malades, en remplacement de M. Baudelocque, décédé.

M. Gillette, médecin de la Salpêtrière, est nommé médecin de l'hôpital des Enfants malades.

M. le professeur Requin, médecin de l'hôpital de la Pitié, est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Honoré, décédé.

M. Valleix, médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin de l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Requin.

M. Grisolle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Bouvier.

M. Barth, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Valleix.

M. Gueneau de Mussy (Noël), médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Grisolle.

M. Vernois, médecin de l'hôpital de Bon-Secours, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Barth.

M. Barthez de Marmorières, médecin de l'hôpital de Lourcine, est nommé médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (Hôtel-Dieu annexe), en remplacement de M. Gueneau de Mussy.

M. Pidoux, médecin de l'hospice de La Rochefoucault, est nommé médecin de l'hôpital de Bon-Secours, en remplacement de M. Vernois.

M. Cazalis, médecin de l'institution de Sainte-Perrine, est nommé médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes) (Salpêtrière), en remplacement de M. Gillette.

M. Tardieu est nommé médecin à l'hospice de La Rochefoucault, en remplacement de M. Pidoux.

— *Prix de l'internat.* — 1re division, médaille d'or, M. Mailly.
Médaille d'argent. — M. Axenfeld.
Mentions honorables. — MM. Triboulet et Piachaud.
2e division. — Médaille d'argent : M. Duménil.
Accessit (livres). — M. Laboulhène.
Mentions honorables. — MM. Maingault et Grau.

— *Prix de l'externat.* — Prix : M. Caron (Edmond-Charles).
Accessit. — M. Henry (Alfred).
Mentions honorables. — MM. Marsé et Zapfle.

— *Concours de l'externat.* — Ont été nommés élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux les cent quatre-vingt-dix élèves dont les noms suivent :

MM. Dumoux-Pallier, Billard, Colin, Devalz, Grelet de Florelle, Decès, Mancel, Bourgarel, Charnal, De Castro y Bermudez, André, Parrot, Salone, Parisot, Leurché, Lecorney, Leunda, Prevost, Legros, Boulay, Lallemand, Blaevoët, Boudet, Morel (Armand), Petit (Camille), Guichard, Letellier, Binet, Deschamps, Guyot-Léger (Ernest), Heurot, Sarazin, Besnier, Davesne, Dubresay, Leonardi, Chalvon, Daquin, Lorut, Bercioux, Mabieu, Carton, Pestel, Poisson, Rousseau, Agazzoli, Mercier (Zéphirin), Gabriac, Grandvilliers, Kœcklin, Mercier (Jean), Molland, Gouriet, Mollard, Bouvyer, Lhonneur, Pineau, Ramond, Glatigny, Aubrié, Leroy, Liegeois, Clairin, Fayan, Martin (Ernest), Gérard, Pottelain, Wieland, Pain, Barraud, Gleize, Guyot (Charles), Neveu de Rotrie, Couty de la Pommerais, Juillard, Denoyer, Huguet, Leroux, Lohligeois, Vigouroux, Deroque, Guérin (Théophile), Moineau, Devouges, Bataillley, Masgana, Méaule, Lacollay, Chenu, Delaye, Delbet, Desprez, Sirost, Suque, Bizet, Cazave, Doudement, Legendre, Lelièvre, Lefébure, Lepaulmier, Rigal, Brunet (Jacques-Léon), Langlois, Jessé, Petit (Alfred), Roudanez, Delord, Leudet, Royer, Aufray, Maître, Topinard, Amelot, Remy (Eugène), Rossignol, Nadaud, Desylets, Brun, Rocque, Desbons, Trotignan, Maurel (Henri), Moretin, Cady, Fessard, Fourrier, Grasset, Michon, Marcy, Guillabert, Avia, Gilbrin, Gilles de la Tourette, Faray, Regnier, Fouchu-Servinières, Destouches, Dieder, Connétable, Martin (François), Duver, Bezine, Fossard, Vivien, Fauvel, Baudin, Gager, Lequoy, de Madaillon de Montatesso, Dhôtel, Fenerly, Robert, Laborie, Valery, Bizerné, Muller, Violette, Champetier, Guyonnar, Dumeny, Carrère, Fêvre, Roussel (Adolphe), Tassel, Weill, Remy (Al.), Tillot, Foley, Dartigaud, Lenoir, Fouriaux, Sylvestre, Bodereau, Chanet, Ganidel, Cominal, Dehous, Bader, Gourdeau, Perriquet, Milet (Eugène), Favardin, Peton dit Bulme, Cramoisy, Ferriès, Houreau, Cavasse, Lajoye, Sailly, Hévin.

— La Société médico-pratique, qui tient ses séances à l'Hôtel-de-Ville les second et quatrième lundis de chaque mois, vient de constituer ainsi son bureau pour l'année 1852 :

MM. Trèves, président;
Ameuille, vice-président;
Michéa, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Janin, trésorier;
Smith, secrétaire trésorier;
Charrier et Hubert-Valleroux, référendaires;
Tessereau, Bauche et Gaide, membres de la commission de publication.

La Société rappelle qu'elle décernera, au mois de mai, un prix de 300 fr. au meilleur mémoire qui lui sera envoyé avant le 31 mars, en réponse à cette question :

« De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine. »

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Boudin, médecin principal de 2e classe à l'hôpital du Roule, est nommé à la 1re classe au même poste.

M. Judas, médecin principal de 2e classe, secrétaire du conseil de santé, est nommé à la 1re classe au même poste.

M. Angelot, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Lyon, est nommé médecin principal de 2e classe au même poste.

M. Rollet, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux, est nommé médecin principal de 2e classe au même poste.

M. Souriguère, médecin ordinaire de 2e classe en Algérie, est nommé à la 1re classe au même poste.

M. Mayer, médecin ordinaire de 2e classe, détaché à la division d'occupation d'Italie, est nommé à la 1re classe au même poste.

M. Patezon, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'infirmerie de l'École de Saumur.

M. Seigle, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Perrin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Lecomte, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Metz.

M. Gallery, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour la division d'occupation d'Italie.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1851 et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Depuis plusieurs années, un grand nombre de confrères nous chargent de faire relier leur collection. Nous sommes, dès ce moment, en mesure de les satisfaire; qu'ils veuillent donc bien nous l'envoyer. — Le prix de la reliure est de 2 fr. par volume.

Le Soubd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 6. — JEUDI 15 JANVIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 6. — JEUDI 15 JANVIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — CLINIQUE DE LA VILLE (M. Jobert, de Lamballe). Fistule vésico-vaginale. Autoplastie par glissement. Guérison. — Traitement de la rage. Rapport sur un mémoire intitulé : « Traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles. » — Académie de médecine, séance du 13 janvier. — Académie des sciences, séance du 12 janvier. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 15 JANVIER 1852.

Séances des Académies.

La section de médecine vétérinaire a noblement soutenu hier, à l'Académie de médecine, la juste réputation qu'elle s'est acquise. M. Renault est venu donner à ceux de ses collègues qui en ont besoin (et ils ne sont malheureusement que trop nombreux) une preuve brillante qu'il n'était pas nécessaire de mémoires du premier ordre pour faire d'excellents rapports. La communication de M. Dezanneau était fort digne assurément des remercîments de l'Académie, comme celle de tout praticien consciencieux qui s'empresse de communiquer ce qu'il croit utile à la science; mais elle n'offrait par elle-même rien qui pût exciter un très vif intérêt. Elle n'en est pas moins devenue, entre les mains de M. Renault, le texte d'un des rapports les plus remarquables que nous ayons entendus depuis longtemps; un de ceux qui, s'ils se renouvelaient fréquemment, feraient de l'Académie un des corps scientifiques les plus importants et les plus considérés.

Que les académiciens retardataires et somnolents ne nous disent donc plus que les mémoires qu'ils ont entre les mains n'ont pas assez d'importance pour faire l'objet d'un rapport; avec du zèle et du talent on donne de l'intérêt à tous les sujets; et si l'on ne fait pas un rapport comme celui de M. Renault, on fait toujours un travail digne de l'Académie.

Celui du savant professeur d'Alfort sera mis tout entier sous les yeux de nos lecteurs, qui en apprécieront facilement tout le mérite. Nous ne pourrions y signaler que des DESIDERATA; mais quand un homme trouve le moyen de renfermer en si peu de pages autant de recherches historiques et expérimentales présentées avec autant de netteté et de raison, on serait malvenu, suivant nous, à lui demander encore autre chose. D'ailleurs, M. Renault ignore bien moins que nous toutes les lacunes qui restent à combler dans le sujet qu'il a si supérieurement traité, et son passé nous est un sûr garant qu'il ne ralentira pas de sitôt les fructueux efforts qu'il a déjà faits pour l'avancement de la science.

Malgré l'attention qu'avait excitée et en quelque sorte épuisée le travail de M. Renault, l'Académie a entendu avec intérêt le résumé d'un remarquable et important travail de M. Marchand (de Fécamp) sur les eaux potables. On trouvera ce résumé à notre compte-rendu.

Enfin l'Académie a écouté attentivement la communication qui lui a été faite par M. Marchal (de Calvi) sur un cas de résection de côtes. Nous avons dû renvoyer à un autre jour la publication de ce fait.

Nous avons également réservé une communication de M. Hervieux sur l'hérédité de la phthisie.

On voit que cette séance comptera parmi les meilleures que l'Académie ait eues depuis longtemps. On ne peut que lui en souhaiter beaucoup de semblables.

— A l'Académie des sciences, M. Fourcault est venu conseiller aux habitants des pays crétineux d'iodurer leur sol et leurs animaux. Ce conseil est une conséquence trop naturelle des belles recherches de M. Chatin pour que M. Fourcault dût se donner la peine d'éviter à ceux qui liront ces recherches la peine de la tirer eux-mêmes.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale. Guérison.

La méthode autoplastique par glissement, imaginée par M. Jobert pour la cure radicale des fistules vésico-vaginales, offre un avantage tellement incontestable et si bien reconnu, qu'il devient désormais presque superflu de rapporter les faits qui viennent tous en confirmer l'application et en légitimer la supériorité. Mais il en est de ces fistules comme de toutes les autres maladies, leur histoire n'est jamais complète, et chaque observation, en venant ajouter aux connaissances déjà acquises le cachet de son individualité, permet au praticien attentif de s'éclairer davantage et fortifier sa conviction. Aucune ne doit donc être négligée, et c'est à ce titre que nous demandons la permission de soumettre à l'appréciation des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* le fait suivant:

Fistule vésico-vaginale du col et du bas-fond de la vessie. — Vaste perte de substance. — Autoplastie par glissement. — Opération en deux temps. — Lambeau autoplastique formé aux dépens de la lèvre antérieure du museau de tanche. — Varioloïde. — Guérison.

Mme D..., âgée de quarante et un ans, habitant Eschewege, petite ville de la Hesse électorale, vint à Paris, dans le mois d'août 1851, réclamer les soins de M. Jobert (de Lamballe) pour une fistule vésico-vaginale dont elle est affectée depuis deux ans.

Cette dame, d'une constitution nerveuse et impressionnable et d'un tempérament lymphatique, a passé les premières années de son enfance dans un état de santé très satisfaisant; mais à l'âge de onze ans il se développa dans le côté droit, au niveau de la région du foie et sans cause appréciable, une énorme tumeur qui fut ouverte au moyen du bistouri. Il en sortit une quantité considérable de pus. La poche resta pendant trois mois avant de s'oblitérer, malgré les mèches que chaque jour on introduisait dans son intérieur. Il y avait un mois et demi que ce traitement était mis en usage lorsque l'on jugea nécessaire de faire des injections avec un liquide sur la nature duquel Mme D... ne peut donner aucun renseignement. Quoi qu'il en soit, s'il faut en croire la malade, sous l'influence de ce nouveau moyen, il sortit une grande quantité de petites tumeurs globuleuses qu'elle compare à des œufs d'oiseau. Leur grosseur, d'ailleurs, était variable, et leur couleur transparente. Au bout de trois mois la plaie était cicatrisée et la santé de Mme D... rétablie.

A l'âge de quatorze ans la menstruation s'établit sans difficulté et sans donner lieu à aucun accident; sa régularité ne fut jamais troublée ou interrompue qu'au moment des grossesses.

Mariée à l'âge de vingt-trois ans, ce fut seulement à vingt-neuf ans qu'elle devint enceinte de son premier enfant. Cette première grossesse ne présenta rien de particulier; il n'en fut pas de même de l'accouchement. Celui-ci, en effet, ne dura pas moins de trois jours, et ne put être terminé qu'au moyen du forceps. L'enfant, dont la tête était volumineuse, vint mort. Les suites de cet accouchement furent longues; Mme D... ne commença à se lever qu'au bout de dix semaines; et cependant, dès la quatrième la menstruation reparut et prit sa régularité habituelle. Presque aussitôt après Mme D... devint enceinte. Cette grossesse ne présenta rien de particulier, et l'accouchement eut lieu avec une extrême facilité. Dès le neuvième jour, la malade commençait à se lever. Au bout d'un mois, le flux menstruel reprit son cours ordinaire.

Deux ans après il survint une nouvelle grossesse, qui ne présenta rien qui fût digne d'être noté. L'accouchement eut lieu naturellement. Au bout d'un an, Mme D... mit au monde son quatrième enfant.

A l'âge de trente-sept ans, elle fit une fausse couche à six mois, sans pouvoir apprécier la cause qui donna lieu à cet accident.

A trente-huit ans et demi enfin elle devint enceinte de son dernier enfant. Cette grossesse ne présenta rien de particulier et arriva à son terme normal. C'est le 10 octobre 1849 que l'accouchement eut lieu. Les premières douleurs annonçant le commencement du travail se déclarèrent à midi. A quatre heures seulement la sage-femme fut appelée. Celle-ci, en examinant l'état des parties, s'aperçut qu'il existait dans le vagin, au-devant du col de la matrice, une tumeur qui devait s'opposer à l'accomplissement de l'accouchement. Elle fit demander un médecin, qui, sans s'expliquer sur la nature de la tumeur, se décida, à onze heures du soir, après onze heures de travail, à terminer l'accouchement au moyen du forceps.

Pendant ce temps, la malade urina parfaitement seule. L'enfant venu au monde était fort et bien portant. Quant à la délivrance, elle fut opérée sans difficulté. S'il faut en croire le récit de la malade, la tumeur dont j'ai parlé tout à l'heure, poussée par la tête de l'enfant, sortit du vagin pour y rentrer aussitôt que l'accouchement fut terminé.

Pendant la première journée, Mme D... éprouva le besoin d'uriner et le satisfit naturellement; mais le soir elle sentit tout à coup sa couche inondée, et à partir de ce moment elle continua à perdre involontairement les urines sans éprouver le besoin de les rendre.

La malade resta longtemps avant de se remettre, et au bout d'un mois les règles reparurent avec la même abondance et la même périodicité qu'avant. Il y avait trois mois que l'accouchement avait eu lieu lorsque la tumeur vaginale se perça spontanément pour donner issue à du pus et à des matières que la malade compare à des raisins écrasés. Un mois après, la tumeur se remplit de nouveau; mais elle ne tarda pas à se percer, et put être extirpée par lambeaux. Sans connaître précisément le siége qu'elle occupait dans le vagin, il est certain qu'elle devait avoir quelques connexions avec l'ouverture anormale de la vessie; car sa présence fut toujours accompagnée d'une perte un peu moins abondante du liquide urinaire.

Les médecins allemands ne tentèrent rien pour obtenir la cure radicale de la fistule vésico-vaginele, et se contentèrent de conseiller à la malade l'usage de bains et d'injections qui furent continués jusqu'au moment où elle se décida à venir à Paris. Elle y arriva dans le mois d'août 1851; elle était alors dans l'état suivant :

Les parties génitales externes, les régions supérieures internes des cuisses sont rouges, érythémateuses, et sont le siége de cuissons, dont la longueur du voyage n'a fait qu'accroître l'intensité. L'urine coule involontairement et d'une manière incessante par le vagin, quelle que soit la position prise par la malade, qui ne ressent nullement le besoin d'uriner. La surface muqueuse est couverte de tubercules muqueux, d'ulcérations, de gerçures.

En examinant les parties à l'aide d'un spéculum univalve qui déprime la paroi postérieure du vagin, pendant que deux aides écartent les grandes et les petites lèvres, on aperçoit :

1° Le méat urinaire, dans l'intérieur duquel une sonde est facilement introduite;

2° En arrière de cette ouverture et à une petite distance, une ulcération de la largeur d'une pièce de 25 centimes environ, laquelle est recouverte d'une incrustation pierreuse ;

3° A un demi-centimètre environ en arrière de cette incrustation, une longue et large solution de continuité qui communique avec l'intérieur de la vessie; elle est située longitudinalement un peu plus à gauche qu'à droite, et s'étend jusqu'au niveau du col de l'utérus, où elle se termine. La plus grande largeur est au milieu; la partie antérieure correspondant au bulbe de l'urètre est un peu arrondie; sa forme d'ailleurs n'est pas régulière, et dans son ensemble elle décrit une légère courbe à concavité droite et à convexité gauche. Elle est circonscrite de tous côtés par des bords durs et calleux. Par cette ouverture, qui n'est distante du col de l'utérus que de quelques millimètres, on peut facilement introduire plusieurs doigts de la main. Par là, la muqueuse vésicale fait hernie et forme une tumeur rouge qu'il est facile de pousser en haut avec une sonde de femme, laquelle, introduite dans la vessie par l'urètre, parvient bientôt dans le vagin et parcourt la fistule dans toute son étendue.

4° En arrière de la fistule vésico-vaginale, le col de l'utérus, dont la lèvre antérieure a subi une déperdition de substance.

Après avoir laissé reposer la malade et l'avoir préparée par des bains, des injections, et lui avoir prescrit l'eau de Vichy, je pratiquai l'opération d'autoplastie par glissement le 25 août 1851, en présence de MM Rayer, Andral, Louis Arnott Lacrosse, etc.

1° La malade est couchée sur le dos, le siége placé sur le bord du lit, comme pour ces sortes d'opérations.

2° La portion restante du col utérin est saisie avec les pinces de Museux et attirée en avant. Le mouvement de dépression reste très limité ; ce qui fait présumer qu'il existe quelque adhérence entre le vagin, l'utérus et les parois du bassin.

3° A l'aide du bistouri, M. Jobert pratique au-devant du col utérin une incision demi-circulaire poussée plus loin et plus profondément à droite qu'à gauche, à cause de la plus grande mobilité dans ce sens de la cloison et de sa plus grande conservation.

4° Deux autres incisions superficielles sont pratiquées sur chacun des côtés de la perte de substance à 1 centimètre environ de ses bords libres; elles sont faites parallèlement aux bords de la fistule. Toutes, en concourant à mobiliser les parties qui entourent la solution de continuité, permettent d'en opérer le rapprochement des lèvres.

5° Le ravivement des lèvres de la fistule est pratiqué au moyen d'une pince à dents et d'un bistouri qui, promené tout autour de la perte de substance, enlève presque d'un seul coup un lambeau de membrane muqueuse très étendu. Le ravivement est exécuté de cette manière avec une extrême rapidité.

6° Les lèvres de la fistule sont réunies au moyen de trois points de suture entrecoupée placés à 1 centimètre environ de distance les uns des autres. La lèvre gauche est traversée la première par l'aiguille qui, passant au-dessus de la solution de continuité, traverse du même coup la lèvre du côté opposé en sens inverse de la première, c'est-à-dire que, tandis que le bord gauche de la fistule est pénétré de dehors en dedans, celui du côté droit est traversé de dedans et dehors.

7° Les fils, composés de plusieurs fils de soie réunis ensemble au moyen de la cire, sont noués et coupés ras du nœud.

8° Après plusieurs injections d'eau froide poussées dans le vagin, M. Jobert, s'apercevant qu'il existe encore quelques parties de la suture qui sont tiraillées, augmente l'étendue des incisions latérales.

9° Un tampon et quelques lames d'agaric sont placés dans le vagin, au niveau des incisions qui fournissent du sang.

10° Enfin une sonde en gomme élastique est mise à demeure dans la vessie, et la malade est reportée dans son lit.

La première journée qui suivit l'opération fut calme; la sonde donna issue à de l'urine, d'abord légèrement sangui-

nolente, qui ne tarda pas à devenir claire et transparente. Dans la nuit, il fut nécessaire de changer la sonde. Il ne s'est écoulé qu'une très petite quantité de sang par le vagin.

Le 26, la malade est agitée et veut se lever. Il lui semble qu'il passe de l'urine par le vagin. Le soir, le tampon et les lames d'agaric sont retirés. — Infusion de tilleul. Diète absolue.

Le 27, au matin, la sonde est changée. Le soir, le ventre est légèrement météorisé et non douloureux à la pression. L'urine qui s'écoule par la sonde est claire et limpide. L'alèze placée sous le siége de la malade est mouillée. — Infusion de camomille; cataplasme sur le ventre.

Le 28, la malade se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen; à sept heures du soir elle prend un lavement, qu'elle rend immédiatement avec une assez grande quantité de gaz. Cette évacuation la soulage, et la nuit qui suivit fut calme. L'urine qui coule par la sonde est claire.

Le 29, le ventre n'est plus ni douloureux, ni ballonné. L'état général est satisfaisant. Il survient un petit écoulement de sang par le vagin. L'urine qui coule par la sonde est elle-même chargée de quelques petits caillots sanguins.

Les jours suivants l'écoulement du sang continue, et tous les jours la sonde est changée deux fois.

Le 1er septembre, Mme D... est examinée; les trois fils sont coupés. La malade est immédiatement reportée dans son lit, et la sonde remise à demeure.

Le 2, la sonde marche assez bien; mais sa présence détermine des douleurs d'autant plus vives, que pour la faire aller on est obligé de l'enfoncer de temps en temps dans l'intérieur de la vessie.

Le 3, Mme D... est de nouveau examinée. Le tiers antérieur de la fistule est fermé; ces lèvres sont donc réunies dans une certaine étendue. La malade est agacée; elle a pris hier soir de la rhubarbe, qui n'a provoqué aucune selle. Dans la journée elle va deux fois à la garde-robe, et elle se trouve soulagée.

Le 4, la sonde, par sa présence, détermine toujours des douleurs vives.

Le 5, nouvel examen. Les efforts que la malade a faits en allant à la garde-robe ont agrandi la principale ouverture fistuleuse, qui est placée à la partie postérieure. De plus, il existe au niveau de la partie antérieure de la cicatrice une seconde petite ouverture, et dans d'autres points une inflammation diphthéritique et des plaques pseudo-membraneuses semblables à celles que l'on observe dans la pourriture d'hôpital. Ces différents points sont touchés avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 6, la malade a été agitée toute la nuit; le pouls est fréquent; la figure souffrante; l'écoulement de sang par le vagin a cessé depuis hier.

Le 7, le pouls est toujours fréquent; la langue est blanche, et rouge dans certains points où elle est dépouillée de son épiderme. Les environs des organes génitaux sont le siége de quelques boutons qui offrent l'aspect des pustules varioliques. Le soir, l'éruption plus apparente ne laisse plus le moindre doute sur sa nature. — Infusion de bourrache.

Le 8, l'éruption est plus étendue, et, dans la journée, il survient un peu de délire. Le soir, M. Jobert supprime la sonde.

Le 9, nouvel examen qui permet de constater qu'une partie de la fistule est oblitérée et remplacée par une cicatrice solide. On aperçoit encore au fond du vagin des plaques diphthéritiques; elles sont touchées avec le nitrate d'argent.

Le 10, là où l'éruption variolique a commencé, les boutons sont dans la période de dessiccation; mais on en aperçoit quelques nouveaux sur d'autres points du corps, en particulier au visage. Ces derniers ne tardent pas eux-mêmes à parcourir leurs périodes.

Le 16, l'éruption est presque entièrement éteinte; il en est de même des plaques diphthéritiques qui existaient dans le vagin au niveau de la suture.

L'état général est meilleur, et M. Jobert permet à la malade de se lever et de prendre des aliments.

Les jours suivants, la santé de Mme D... continue à s'améliorer; ses forces reviennent, et elle ne tarde pas à pouvoir faire quelques promenades. Quant aux urines, elle les perd involontairement comme auparavant. Après l'avoir laissée se reposer, M. Jobert l'examine de nouveau le 10 octobre, et constate l'état suivant:

L'état général est sensiblement amélioré.

Les parties génitales externes sont érythémateuses, ainsi que les parties internes et supérieures des cuisses.

En écartant les grandes et les petites lèvres et en déprimant la paroi postérieure du vagin avec le spéculum univalve, on aperçoit d'avant en arrière:

1° Le méat urinaire, qui est rouge;

2° A deux centimètres en arrière de ce dernier, une cicatrice linéaire solide, terminée postérieurement par une petite ouverture qui permettrait à peine l'introduction d'une tête d'épingle; elle est ronde, enfoncée en cul de poule, et on ne peut bien la voir qu'en déprimant avec une sonde les parties qui l'environnent;

3° En arrière de cette ouverture, une autre cicatrice linéaire, triangulaire, qui se termine à la partie postérieure par une seconde ouverture plus grande et plus large que celle dont nous venons de parler; elle est également enfoncée et limitée en arrière par la lèvre antérieure du col de l'utérus.

4° L'obliquité du col utérin cache en grande partie la lèvre antérieure et une partie de la perte de substance.

5° Les deux ouvertures que nous venons de décrire sont entourées par un tissu cicatriciel dense et résistant.

6° Enfin, à droite et à gauche, en dehors de la ligne médiane, existe deux cicatrices résultant des incisions latérales pratiquées au moment de l'opération.

Après avoir laissé la malade se reposer encore pendant quelques jours, je pratique, le 23 octobre, une nouvelle opération de la manière suivante:

1° La malade est placée dans la même position que pour la première opération. La paroi postérieure du vagin est déprimée avec le spéculum univalve, et ses parois latérales sont écartées avec des leviers.

2° Le contour de la fistule postérieure est ravivé à l'aide du bistouri ou des ciseaux et des pinces à dents, dans une étendue circonférentielle de plusieurs centimètres environ; ce ravivement porte également sur la lèvre antérieure du col.

3° De la même manière, le contour de la fistule antérieure est ravivé.

4° Trois points de suture entrecoupée sont appliqués d'arrière en avant, de manière à comprendre dans la même anse de fil les deux ouvertures fistuleuses; la lèvre postérieure du museau de tanche, par l'effet de la traction des fils, se relève et vient s'appliquer contre l'ouverture fistuleuse, qui est elle-même ravivée. De la sorte, le col forme un véritable lambeau autoplastique qui vient boucher la fistule. Le point de suture médian est appliqué le premier.

5° Ne pouvant détacher le vagin de son insertion au col, M. Jobert agrandit les commissures de l'ouverture utérine au moyen de deux incisions transversales. L'incision gauche est un peu plus grande et un peu plus profonde que celle du côté opposé. Ces deux incisions ont pour résultat de faciliter l'élévation du lambeau utérin et de détruire le tiraillement qui pourrait exister de ce côté.

6° Deux longues incisions vaginales latérales sont pratiquées de chaque côté de la suture.

7° Après plusieurs injections d'eau froide poussées dans le vagin, un tampon d'agaric est appliqué sur les parties susceptibles de donner du sang.

8° Enfin, une sonde est mise dans la vessie, et la malade est reportée dans son lit.

La première journée a été très bonne; l'urine a très bien coulé par la sonde.

Le 24, M. Jobert retire le tampon d'agaric; la sonde marche bien; l'urine est claire et limpide.

Le 25, le ventre est ballonné. La malade, impatiente et indocile, retire le bandage de corps. La sonde est changée, et M. Jobert prescrit une potion avec l'eau de tilleul, du sirop de sucre et 12 gouttes de laudanum. La nuit est plus calme, et le lendemain matin l'état de la malade est satisfaisant.

Le 26, un peu de sang s'écoule par le vagin et par la sonde. Le ventre est ballonné.

Le 27, la malade continue à perdre du sang par le vagin; mais l'urine qui coule par la sonde est parfaitement claire et limpide. Il en est de même le lendemain.

Le 29, M. Jobert enlève deux points de suture; le troisième est enlevé le lendemain. Tout paraît être dans un état très satisfaisant. A la partie postérieure, on perçoit un lambeau triangulaire dont le sommet est en avant et la base en arrière, au niveau de l'ouverture du col; ce lambeau est collé aux parties avec lesquelles il est en contact.

Le 31, la sonde marche bien.

Le 2 novembre, il s'écoule un peu de sang par le vagin. L'alèze placée sous la malade est mouillée.

Le 3, Mme D... continue d'être mouillée sous elle.

Le 4, M. Jobert examine de nouveau la malade, et constate que tout est dans un état satisfaisant. Cependant, en introduisant une sonde dans la vessie, on ne retire pas d'urine, et les alèzes sont mouillées.

Le 5, la sonde est retirée, et Mme D... prend une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6, elle prend un bain amidonné. Depuis le moment où l'on a retiré la sonde, Mme D... n'a pas éprouvé une seule fois le besoin d'uriner et perd ses urines. A l'examen, M. Jobert s'aperçoit qu'il existe, en effet, une petite ouverture audessus du sommet du lambeau.

Le 7, pendant la nuit, la malade a éprouvé plusieurs fois le besoin d'uriner et l'a satisfait seule; mais, le soir, les urines recommencent à couler involontairement. La sonde est remise dans la vessie.

Le 8, un nouvel examen fait voir, au sommet du lambeau autoplastique et au milieu du tissu cicatriciel, l'orifice fistuleux, qui est touché avec la pierre infernale.

Le 10, nouvel examen. Cautérisation avec le nitrate d'argent. La sonde est retirée.

Le 13, pendant la nuit, Mme D... a éprouvé le besoin d'uriner; mais dans la journée, et lorsqu'elle est debout, elle perd involontairement ses urines; elle les conserve pendant trois heures, lorsqu'elle est couchée ou assise.

Le 20, depuis deux jours elle ne conserve plus du tout ses urines ni le jour ni la nuit. En examinant avec attention, M. Jobert découvre, vers le sommet du lambeau triangulaire, au niveau du tissu cicatriciel touché plusieurs fois avec le nitrate d'argent, une petite ouverture arrondie, légèrement enfoncée, qui permet, quoique avec un peu de difficulté, l'introduction d'un mince stylet. A l'aide du porte-caustique de M. Lallemand, je cautérise l'orifice vésical de la petite fistule dont il vient d'être question; son orifice vaginal est, en outre, cautérisé avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 22, nouvelle cautérisation des deux orifices de la fistule; seulement le porte-caustique de M. Lallemand est remplacé par un porte-caustique de l'invention de M. Jobert.

Les deux jours qui suivent, la malade va bien, et l'urine, claire et limpide, coule en totalité par la sonde.

Le 24, les deux orifices sont cautérisés; il en est de même le 27. Ces cautérisations multipliées n'amenant pas l'oblitération de la fistule, M. Jobert se décide à la raviver avec l'instrument tranchant.

Le petit trou fut donc cerné avec le bistouri, qui enleva un petit lambeau circonférenciel comprenant toute l'épaisseur de la cloison. De l'urine et du sang tombèrent en certaine quantité dans le vagin. Un point de suture fut fait d'arrière en avant et serré assez fortement pour effacer l'ouverture fistuleuse. Deux incisions latérales relâchèrent les lèvres de la fistule. Puis la sonde fut remise à demeure et la malade reportée à son lit. Les jours qui suivirent ne présentèrent rien de particulier; la sonde fonctionna toujours très bien, et le cinquième jour le point de suture est enlevé; la fistule est complétement oblitérée.

Le 23 décembre, on retire la sonde.

Quelques jours après, la malade est examinée une dernière fois, et M. Jobert constate l'état suivant:

1° Urètre dans sa situation normale.

2° Bulbe de l'urètre légèrement déprimé en arrière.

3° Paroi postérieure intacte.

4° Derrière le bulbe, on aperçoit une sorte de dépression ou de fossette qui porte légèrement cette partie de la cloison vers la vessie. Là viennent se rendre plusieurs lignes cicatricielles à peine rosées.

5° Derrière cette espèce de fossette, il existe une pièce triangulaire à sommet antérieur et à base dirigée vers le col de l'utérus. Ce lambeau autoplastique, formé aux dépens du museau de tanche, est limité latéralement par deux lignes obliques qui se dirigent vers les commissures. Ce sont deux cicatrices parfaitement blanches.

6° Derrière ce lambeau, on voit l'ouverture du col de l'utérus.

7° Sur les côtés du vagin et d'arrière en avant, on constate l'existence de deux cicatrices qui limitent latéralement la cloison et qui viennent se rendre sur les côtés du bulbe.

8° Enfin, il n'existe plus aucune trace d'ouverture anormale.

La remarquable observation qu'on vient de lire mérite de fixer notre attention. D'abord sous le point de vue étiologique. Mme D..., en effet, eut un premier accouchement laborieux; le travail dura trois jours; l'enfant, qui avait une tête volumineuse, arriva mort, et cependant la malade se rétablit, quoique péniblement, sans qu'il survînt aucun dérangement dans les fonctions des organes génito-urinaires, qui conservèrent leur parfaite intégrité. Le dernier accouchement, au contraire, se présente dans des conditions plus favorables; le travail, en effet, ne dure que onze heures; l'enfant a un volume ordinaire; il vient bien portant, et cependant on est obligé d'employer le forceps, et de plus c'est à la suite de cet accouchement que se déclare l'accident pour lequel elle est venue réclamer les soins de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il est vrai que dans ce dernier cas il existait dans le vagin et au-devant du col utérin une tumeur qui a mis obstacle au passage de l'enfant. Or, si l'on rapproche ces deux faits l'un de l'autre, il nous paraît impossible de ne pas reconnaître l'influence que la tumeur dont je viens de parler a dû exercer sur la production consécutive de la fistule vésico-vaginale. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois qu'un pareil fait se rencontre, et on trouve dans le savant *Traité de chirurgie plastique* de M. Jobert (de Lamballe) une observation rapportée par J.-L. Petit; le célèbre chirurgien y parle d'une dame chez laquelle il existait au-dessus de l'orifice du vagin une tumeur qui avait la forme d'un pancer de pigeon, ayant son fond en bas et son ouverture en haut, de telle sorte que le sang menstruel, au lieu de sortir, tombait dans cette poche et la remplissait au point qu'elle formait une tumeur qui bouchait le vagin. Il arriva que cette dame devint enceinte, et, au moment de l'accouchement, la poche retarda l'enfant, que l'on trouva mort; mais la tête avait été retenue si longtemps au passage que la poche, le vagin et la vessie, qui avaient été fort comprimés contre le pubis, tombèrent en gangrène. Après des accidents de différente nature, la malade mourut; elle aurait pu ne pas mourir, dit J.-L. Petit; mais elle aurait le reste de ses jours rendu involontairement ses urines.

Les progrès de la chirurgie moderne et en particulier la méthode si ingénieuse de M. Jobert ont heureusement effacé déjà depuis longtemps tout ce qu'avait de désespérant le pronostic de J.-L. Petit. Son observation n'en est pas moins très remarquable et peut être, si je ne me trompe, rapprochée de celle que nous venons de rapporter, au moins sous le rapport étiologique et au point de vue du mécanisme suivant lequel s'est produite la gangrène de la cloison vésico-vaginale.

Sous le rapport de la thérapeutique chirurgicale, on a pu remarquer que plusieurs opérations avaient été nécessaires. C'est là une chose que M. Jobert avait lui-même prévue d'avance. Lorsque les fistules, en effet, sont dirigées longitudinalement, comme celle dont nous venons de rapporter l'observation; lorsque, surtout, elles s'étendent jusqu'au col de l'utérus et que l'on réunit transversalement les lèvres de la solution de continuité, il est très rare qu'il ne reste pas après une première opération autoplastique une petite ouverture triangulaire à la partie postérieure, toute la partie antérieure s'étant réunie par première intention. C'est ce qui est arrivé. Mais, il ne faut pas l'oublier, cette seconde opération est quelquefois beaucoup plus difficile et plus laborieuse que la première: d'abord parce que le chirurgien est obligé de manœuvrer plus profondément, et ensuite parce qu'en pareille circonstance les tissus environnants n'offrent que peu de flexibilité et que le plus souvent ils ont été détruits par la gangrène, qui ne respecte pas toujours la lèvre antérieure du col, dont il ne reste plus que quelques vestiges. Notre malade était dans ce cas. C'était assurément une difficulté de plus: M. Jobert l'a surmontée avec l'habileté que tout le monde lui connaît, en se servant de ces restes du col utérin comme d'une espèce de lambeau autoplastique avec lequel il a fermé la perte de substance et en agrandissant les commissures du museau de tanche au moyen de deux incisions, qui ont eu pour but et pour résultat de faire glisser en avant le lambeau qu'il venait d'appliquer sur l'ouverture fistuleuse.

Le succès a répondu à son attente; le lambeau s'est parfaitement maintenu dans sa nouvelle position; cependant, il est resté encore une petite fistulette insignifiante, dont nous ne parlerions même pas si nous n'y trouvions la complète

justification des idées pratiques de notre savant maître sur l'inefficacité des cautérisations comme moyen de guérison radicale. Dr R.

TRAITEMENT DE LA RAGE.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

Traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles ;

Par M. Dezanneau, docteur en médecine à Montrevault.

(Commissaires : MM. Barthélemy, Bouley jeune et Renault, rapporteur.)

Messieurs,

Vous avez renvoyé à l'examen d'une commission composée de notre regrettable collègue Barthélemy, de M. Bouley jeune et de moi, un travail de M. Dezanneau, docteur en médecine à Montrevault (Maine-et-Loire), sur le traitement prophylactique de la rage par la méthode des frictions mercurielles.

Nommé rapporteur par mes collègues, je viens vous faire connaître très sommairement le mémoire de M. Dezanneau, et vous rendre compte de l'opinion de vos commissaires, tant sur les faits qui y sont contenus que sur la valeur des conclusions qu'a cru pouvoir en tirer cet honorable praticien.

Voici d'abord les faits :

Le 22 février 1839, vers sept heures et demie du soir, un loup passa près de la métairie de Logivière et y mordit en plusieurs endroits de la face le nommé Granet, habitant de cette métairie. Appelé presque aussitôt, un officier de santé cautérisa les blessures, mais *d'une manière imparfaite,* dit M. Dezanneau, tant elles étaient nombreuses, étendues et profondes. Granet fit en outre usage d'un remède vanté dans le pays comme un spécifique. Le 15 mars, vingt-deux jours après les morsures, ce malheureux mourut enragé.

M. Dezanneau ne fait pas connaître les symptômes présentés par Granet avant de mourir, et qui autorisent à penser qu'il était affecté de la rage. « Il est mort, dit-il, après avoir successivement éprouvé les plus violents symptômes de l'hydrophobie. »

En quittant la métairie de Logivière, le loup traversa un pays de landes, et dans le trajet qu'il y fit attaqua et blessa plus ou moins grièvement onze animaux de différentes espèces qu'il trouva sur son passage. Ces onze animaux ayant été abattus par leurs propriétaires, on ne sait pas s'ils seraient devenus enragés.

Ce fut le lendemain, 23, que le loup dont il est question, arrivé à la commune de la Renaudière (Loire-Inférieure), y mordit successivement, ainsi qu'il va être dit, les quatre personnes qui ont été particulièrement observées et traitées par M. Dezanneau, et qui font l'objet principal de son mémoire. Ce sont :

1° Guiet, âgé de trente-quatre ans, homme d'un tempérament sanguin et fortement constitué, au physique comme au moral. Entre quatre heures et demie et cinq heures du matin, il entend son chien aboyer, saute de son lit, et, sans prendre le temps de se vêtir, ouvre sa porte pour en connaître la cause. A peine est-il dehors que le loup, qu'il n'avait pas eu le temps d'apercevoir, s'élance sur lui, le saisit au bras gauche, et, pendant quelques instants de lutte, lui fait plusieurs blessures, à savoir :

A. Une très profonde blessure dans les muscles de la partie moyenne de l'avant-bras gauche. « La chemise, fort lâche et usée, n'a eu qu'une petite déchirure » à l'endroit des morsures qui avaient fait plaie, tant à la partie antérieure qu'à la partie postérieure de l'avant-bras. — B. Il y avait en outre deux petites blessures circulaires à la partie postérieure de l'articulation des doigts indicateur et médius du même côté.

A sept heures du matin, deux heures après l'accident, un officier de santé du voisinage, appelé auprès de Guiet, *cautérisa* avec l'acide sulfurique ces plaies, qui avaient saigné abondamment, et les recouvrit d'un appareil.

2° Audiganne, âgé de vingt et un ans, de constitution scrofuleuse et d'un caractère pusillanime, voisin de Guiet, et attiré par le bruit, était sorti pour savoir ce qui l'occasionnait. Tout aussitôt il est renversé par le loup qui se précipite sur lui et lui fait les blessures suivantes : A. Quatre profondes à la partie interne et moyenne du bras gauche, à travers une chemise neuve et d'une toile très forte. — B. Une également profonde, mais faite à nu, à lambeaux frangés, s'étendant depuis la partie supérieure de la parotide droite jusqu'à la partie moyenne et latérale du cou du même côté.

Ces plaies, comme celles de Guiet, furent cautérisées avec l'acide sulfurique, mais imparfaitement, déclare M. Dezanneau, sans motiver autrement cette expression qu'en disant que « le malade s'oppose à un emploi plus prolongé du caustique. »

3° Subileau, vingt-trois ans, scrofuleux, atteint depuis deux mois d'une fièvre tierce bilieuse qui régnait alors dans le pays. Il a été attaqué le même jour, vers six heures du matin par le loup, qui lui a fait d'affreuses blessures à la face et sur la tête. L'une des morsures lui a enlevé quatre incisives de la mâchoire inférieure et dilacéré la muqueuse labiale; l'autre a fait une plaie qui, partant de l'apophyse mastoïde droite, allait se terminer en quart de cercle à la partie moyenne antérieure du cou. « Ces plaies, dit M. Dezanneau, sans préciser au bout de combien de temps et sans s'expliquer davantage, ont été cautérisées comme les précédentes. »

4° La femme Tennier, soixante-dix ans, de constitution faible, affectée depuis trois mois de la fièvre bilieuse épidémique, dont était atteint Subileau. Elle a été mordue à neuf heures du matin, d'abord au bras gauche, par-dessus ses vêtements, qui n'ont point été traversés. Il n'y a eu à cette région que des contusions sans plaie; puis, comme elle était tombée, l'animal la saisit à la tête, arracha sa coiffe, et lui fit trois blessures, dont la plus considérable avait la forme d'un triangle ayant son sommet à la bosse pariétale gauche, et dont la base, qui avait près de 9 centimètres, s'étendait de l'oreille à la région mastoïdienne. Toute la portion du cuir chevelu circonscrite par cette plaie était détachée; ce qui avait donné lieu à *une abondante hémorrhagie artérielle.*

Un chirurgien appelé cautérisa les plaies avec le nitrate d'argent et les couvrit d'un appareil. Même silence de l'auteur du mémoire à l'égard du temps qui s'est écoulé entre le moment de la morsure et celui de la cautérisation.

Peu d'instants après qu'il eut blessé la femme Tennier, le loup fut tué par deux habitants du pays.

Ce fut le 25 seulement (quatrième jour de l'accident) que M. Dezanneau fut appelé auprès des trois premières personnes mordues. Ce ne fut que le 28 (septième jour) qu'il vit la femme Tennier.

« Son unique but étant d'obtenir une prompte salivation, il conseilla et fit mettre en pratique les frictions d'onguent mercuriel sous les aisselles, sous le menton et à la face interne des cuisses, à la dose de 5 gros, appliqués en trois fois par jour, avec prescription de n'employer plus que 2 gros dès que se manifesteraient les premiers symptômes de la salivation.

Ainsi qu'on devait s'y attendre, il est survenu, sous l'influence de cette médication, divers accidents assez prononcés, suite nécessaire de l'administration du mercure à pareille dose. Toutefois, M. Dezanneau ne les décrit, ne les indique même pas. Il se contente de dire que Guiet saliva abondamment pendant six semaines; Audiganne pendant deux mois, et la femme Tennier pendant sept semaines; mais tous trois avec une abondance progressivement décroissante à dater du quinzième jour.

Quant à Subileau, M. Dezanneau, sans préciser pendant combien de temps il a continué les frictions, déclare qu'il n'a employé que quelques gros d'onguent. Il ajoute que, peu de temps après son accident, ce malade, voyant s'aggraver son état déjà maladif, s'est retiré chez son oncle à la Chapelle-Basse-Mer, où il est mort le 13 juin après avoir, au rapport de cet oncle, présenté des symptômes assez vagues, dont quelques-uns auraient une certaine analogie avec ceux de la rage.

M. Dezanneau raconte dans son mémoire une circonstance qui, si elle n'a pas de relation directe avec l'importante question thérapeutique qu'il soulève, est cependant de quelque intérêt pour l'histoire étiologique de la rage. Voici cette circonstance :

On a vu plus haut que le nommé Granet, le premier mordu et qui ne fut cautérisé qu'imparfaitement, avait succombé à la rage le 15 mars. Des personnes imprudentes ayant informé Guiet et Audiganne de cette mort, ces deux malheureux en furent tellement épouvantés que, malgré l'état de faiblesse où les tenait le traitement qu'ils suivaient, ils firent trois lieues dans une mauvaise charrette pour venir, en proie à une terreur profonde et convulsive, exposer leur effroi au docteur Dezanneau. Celui-ci trouva le moyen de les rassurer, et *aucun accident ne résulta pour eux de ces heures de si cruelles inquiétudes.*

Depuis lors, et lorsqu'ils furent remis des suites de l'énergique traitement mercuriel auquel ils avaient été soumis, ces trois malades se sont complétement rétablis.

La femme Tennier est morte quatre ans après d'un rhumatisme aigu. Quant à Guiet et à Audiganne, ils jouissaient d'une excellente santé à la date du 21 juillet 1845, époque à laquelle ces observations étaient rédigées.

Voici maintenant les conclusions qu'en a tirées M. Dezanneau, et par lesquelles il termine cette partie de son mémoire :

« 1° Le loup qui a mordu ces différentes personnes était bien certainement atteint d'hydrophobie, puisque Granet en est mort.

» 2° Guiet, Audiganne et la femme Tennier, ayant tous les trois reçu des blessures profondes sur des parties nues, se sont donc trouvés dans des conditions on ne peut plus favorables à l'action du virus rabique. »

A ces deux conclusions formulées par M. Dezanneau, il faut en ajouter deux autres qui sont évidemment dans la pensée de cet observateur, qui respirent dans tout son travail, bien qu'elles n'y soient pas formellement exprimées, qui en dérivent logiquement et en sont l'intérêt principal; c'est d'abord celle-ci :

« 3° La méthode des frictions mercurielles et la salivation abondante qu'elles ont produite ont préservé Guiet, Audiganne et la femme Tennier de la rage à laquelle ont succombé Granet, qui n'avait pas été soumis à ce traitement, et Subileau, qui ne l'a pas suivi assez longtemps. »

C'est ensuite cette autre :

« 4° Le meilleur traitement à opposer à la rage, à l'état d'incubation et même (M. Dezanneau le dit au commencement de son travail) lorsqu'elle a passé cette période, consiste dans l'emploi à fortes doses de la méthode des frictions mercurielles répétées. »

Tel est en substance le travail que M. Dezanneau vous a envoyé; telles sont les conséquences explicites ou implicites des observations qui en forment la base.

Certes ces conséquences, les dernières surtout, seraient graves, et cet honorable praticien aurait rendu un immense service à la science et à l'humanité si elles étaient aussi fondées qu'il le croit, et si, partant, nous étions enfin en possession d'un préservatif assuré contre les effets du virus rabique.

Mais en est-il réellement ainsi que le pense M. Dezanneau? Les conclusions de ce médecin se déduisent-elles aussi rigoureusement qu'il le croit des faits qu'il a observés et racontés? C'est ce qu'il importe d'examiner, et nous le ferons avec d'autant plus de soin que, à notre avis, s'il règne malheureusement tant d'obscurité, de confusion, d'opinions contraires sur les mêmes points dans l'histoire de la rage, cela tient certainement, entre autres causes, à l'extrême facilité avec laquelle, sans contrôle sérieux, on a accepté dans la science, jeté dans les discussions, publié dans les livres une foule d'observations incomplètes, dont une saine critique aurait dû faire justice aussitôt qu'elles ont paru.

Ceci soit dit sans allusion aucune au travail objet de ce rapport.

Disons d'abord un mot des deux premières conclusions.

Assurément, s'il ne fallait pour garantir l'exactitude d'un fait scientifique que l'affirmation d'un homme instruit et honorable, nous tiendrions pour suffisamment établie l'existence de la rage sur le loup dont il est question dans le travail de M. Dezanneau; mais la science est plus exigeante, et, dans une question aussi grave que celle que nous agitons en ce moment, il importe de n'admettre sans démonstration aucun des éléments qui peuvent concourir à sa solution. Toute assertion, de qui qu'elle vienne, a besoin d'être justifiée.

Or, quelles sont, pour l'Académie à laquelle il soumet son travail; quelles sont, pour tous ceux qui le liront, les preuves fournies par M. Dezanneau que le loup dont il parle était bien certainement enragé?

Ce n'est pas parce qu'un animal de cette espèce aura mordu successivement plusieurs personnes et plusieurs autres animaux qu'on peut être autorisé à assurer qu'il était atteint de la rage. M. Dezanneau le sait bien; aussi, n'est-ce pas la raison qu'il en donne. La preuve, pour lui, c'est que Granet est mort de la rage. Oui, sans doute, ce serait là une preuve, s'il résultait de son mémoire que c'est bien réellement à cette maladie que ce malheureux a succombé; mais le mémoire n'entre à cet égard dans aucun développement, ne rapporte aucun des symptômes, aucune des circonstances de la maladie de Granet. Il y a plus, tout semble donner à penser, d'après la manière dont s'exprime M. Dezanneau, qu'il n'a pas même vu cet individu avant ou après sa mort, et qu'il ne rapporte que ce qu'il aurait appris par ouï dire ou par correspondance.

A nos yeux donc, la première conclusion manque de sa démonstration scientifique. Arrivons à la seconde.

Suivant M. Dezanneau, Guiet, Audiganne et la femme Tennier se sont trouvés « dans des conditions on ne peut » plus favorables à l'absorption du virus rabique. »

Nous ne sommes pas de l'avis de ce médecin; et, sans aborder encore des considérations relatives à ces malades, et que nous développerons plus loin, nous nous bornerons, quant à présent, à faire remarquer :

1° Quant à Guiet: que la plus grave de ses blessures a été faite *à travers sa chemise,* à laquelle la dent de l'animal n'avait fait qu'une petite déchirure, et qu'il n'était résulté d'une autre morsure que deux petites plaies à la face dorsale des deux doigts. Nous ajouterons, en signalant particulièrement cette circonstance, que ces plaies *ont saigné très abondamment.*

Or, il est reconnu par l'expérience, ce que l'on comprend facilement, que les morsures des animaux enragés sont beaucoup moins dangereuses quand elles sont faites à travers des vêtements qui essuient la dent de l'animal, et que, même dans les blessures faites à nu, il y a d'autant moins de chances d'absorption du virus que ces blessures ont saigné davantage au moment où elles ont été faites.

2° Quant à Audiganne: que c'est aussi *à travers sa chemise, dont la toile était neuve et très forte,* qu'il a été mordu au bras. Il est vrai qu'il avait, en outre, une large morsure au cou; mais on ne dit pas si elle a ou non laissé couler beaucoup de sang.

3° Quant à la femme Tennier: que les blessures qu'elle a reçues au bras ont été faites *par-dessus ses vêtements,* qui n'ont pas même été traversés, et que celle qui lui a été faite sur les côtés de la tête a été suivie d'une *hémorrhagie artérielle considérable.*

Ce n'est pas devant l'Académie que j'ai besoin d'insister pour faire comprendre que ce ne sont pas là, de beaucoup s'en faut, « des conditions on ne peut plus favorables à l'ab» sorption du virus. »

Toutefois, pour donner matière à l'examen des deux autres conclusions, qui sont les principales du mémoire, et pour lui conserver son opportunité, nous supposerons que l'existence de la rage sur le loup a été mise hors de doute, et que les trois personnes qu'on vient de nommer se sont trouvées dans des conditions favorables à l'absorption du virus rabique.

D'après M. Dezanneau, il est constant que c'est aux frictions mercurielles administrées à fortes doses et souvent répétées que ces trois personnes ont dû d'avoir été préservées de la rage; et, pour lui, cette méthode de traitement est, sans contredit, la plus efficace qu'on puisse opposer au développement des effets du virus rabique.

Avant d'examiner, ou plutôt afin de pouvoir juger jusqu'à quel point ces assertions sont fondées, il est nécessaire de rappeler brièvement devant l'Académie quel est aujourd'hui l'état de la science sur une question de thérapeutique qui a tant occupé les médecins vers la fin du dernier siècle; il nous sera facile, ensuite, d'inférer de cet exposé la mesure d'importance et la valeur réelle des faits produits et des opinions exprimées par M. Dezanneau.

L'emploi des frictions de pommade mercurielle pour préserver, et même pour traiter, de la rage les individus mordus par des animaux atteints de cette maladie n'est pas nouveau.

Pierre Dessault, le premier, dans une *Dissertation sur la rage* qu'il a publiée en 1738, a vanté ces frictions, dont il aurait fait un usage heureux pour prévenir le développement de cette maladie. Mais il confesse leur parfaite inutilité lorsque la rage est une fois déclarée.

Après lui, de Sauvages, dans le remarquable travail qu'il fit paraître sur cette maladie en 1748, se montre partisan décidé de cette méthode. Il va jusqu'à dire dans cet ouvrage « qu'il ignorait que les frictions mercurielles aient encore manqué, *étant même appliquées lorsque la rage était déclarée;* » ce qui, suivant lui, justifiait la prédiction de

Boerhaave : « *Nec desperandum de inveniendo tam singularis veneni antidoto.* »

Plus tard, et pour ne rappeler que les auteurs les plus remarquables, Darluc, en 1755, et le jésuite apothicaire Claude de Choisel, en 1756, célébrèrent à leur tour les vertus de ces frictions, auxquelles toutefois ce dernier ajoute l'usage interne des pilules à base mercurielle. Il assure avoir au moyen de ce traitement, qui ne lui aurait jamais failli, préservé de la rage plus de 300 personnes.

Puis vinrent Arrigoni, de Milan, en 1759, Etienne du Haume, en 1759, qui, lui aussi, regarda les frictions mercurielles comme un moyen curatif de la rage; puis Tissot, célèbre médecin de Lausanne, qui, dans son *Avis au peuple*, imprimé en 1763, assure que les frictions mercurielles ont préservé de la rage toutes les personnes qu'il y a soumises. « Non-seulement, dit-il, on peut préserver de la rage par ce remède, mais on peut aussi la guérir quand elle s'est déjà manifestée par des symptômes. » Baudot, dont les *Essais antihydrophobiques*, publiés en 1770, sont cités par Andry comme l'un des meilleurs ouvrages qui aient jusque-là paru sur la rage, vante également les succès des frictions mercurielles employées comme traitement préservatif de cette maladie. Il parle même, mais avec une certaine réserve, de quelques cas où par cette méthode il aurait obtenu la guérison de la rage déjà déclarée.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 janvier 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi par M. le ministre de l'agriculture et du commerce :

1° D'un mémoire de M. Hulin, de Mortagne, sur le tannate de quinine coutre les fièvres d'accès de tout genre;

2° D'un échantillon de remède secret par Mme Coquillard, sage-femme à Belleville.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Iodure de quinine.

M. Demolon, pharmacien à Compiègne, adresse une réclamation sur un nouveau médicament qu'il vient de préparer; c'est l'*iodure de quinine* obtenu par la double décomposition du sulfate acide de quinine et de l'iodure de potassium.

Fièvres intermittentes.

M. Cazin, médecin à Boulogne, adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les médicaments indigènes et le sel ammoniac en particulier.

Albuminate de protoxyde de fer et albuminate d'iodure de fer.

M. Jourdain, pharmacien aux Ternes, adresse une note sur ces médicaments et sur quelques autres préparations de quinine.

Hérédité de la phthisie.

M. le docteur Hervieux adresse sur ce sujet une note que nous ferons connaître.

Polypes utérins.

M. Clément Ollivier adresse une note sur les polypes utérins.

Fièvres des pays chauds.

M. Mouchet, médecin à Bône, adresse un mémoire sur les fièvres des pays chauds.

LECTURES.

Traitement de la rage.

M. Renaud lit un rapport sur le traitement de la rage. (*Voir* ci-dessus.)

Monstruosité.

M. Londe lit, au nom de M. Lesauvage, de Caen (Calvados), une note sur un cas de monstruosité par inclusion.

Eaux potables.

M. Marchand, pharmacien à Fécamp (Seine-Inférieure), lit un mémoire qui a pour objet de démontrer les propositions suivantes:

1° La constitution physique et chimique des eaux varie pour chaque jour de l'année, pour chaque instant de la journée.

2° Aux époques où la température est le plus élevée, la densité des eaux est aussi le plus considérable; une variation brusque dans cette température en amène une aussi dans cette densité.

3° Cette propriété physique des eaux est influencée encore par la pression atmosphérique, mais en raison inverse de ce qu'elle éprouve sous l'influence précédente. Plus la pression est grande, plus la densité est faible; cependant, lorsqu'une augmentation de pression correspond avec une élévation de température, la densité se trouve fort souvent augmentée encore.

4° La variabilité de la proportion du principe gazeux dissous par les eaux n'apporte pas seule des modifications dans leur densité; car les principes salins et terreux qu'elles tiennent en dissolution varient également dans leurs proportions sous les influences que je viens d'indiquer.

5° Les eaux de l'Océan contiennent du chlorure de lithium et 0 gr., 0092 d'iodure de sodium par litre, mais elles ne contiennent aucune trace de nitrates, quoique ces sels soient versés en abondance dans le bassin des mers par les courants d'eaux douces qui y affluent.

La cause de ce singulier phénomène est due à deux actions différentes qui agissent simultanément : 1° sous l'influence réductive de l'hydrogène sulfuré excrété par certains mollusques vivant dans les profondeurs de l'Océan, l'acide nitrique de ces sels est transformé en ammoniaque et en eau; 2° sous l'influence de l'acte respiratoire des poissons, un phénomène analogue se manifeste, en donnant encore pour résultat final un produit ammoniacal. L'oxyde ammoniaque formé dans ces circonstances est éliminé à son tour du sein de l'eau sous forme de phosphate ammoniaco-magnésien, que l'on retrouve ensuite mélangé dans les dépôts vaseux qui s'accumulent au fond des mers et sur les bords de rivages.

6° Les eaux de pluie, celles des neiges, contiennent généralement des traces appréciables de tous les agents minéralisateurs des eaux de l'Océan. Les premières retiennent toujours aussi des indices d'hydrogène sulfuré.

7° Les eaux des terrains antédiluviens contiennent généralement de la lithine et vraisemblablement aussi des phosphates, ainsi que des fluorures provenant de la décomposition du mica dont on retrouve les traces plus ou moins abondantes dans tous ces terrains.

8° Les eaux qui prennent naissance dans les terrains calcaires contiennent toujours des traces appréciables de carbonate ferreux, accompagné souvent par le carbonate de manganèse.

9° L'iode et le brome se retrouvent constamment aussi, à moins de circonstances particulières que je vais indiquer, *dans toutes les eaux naturelles*. L'on peut rapidement et facilement, par un procédé que j'indique, en reconnaître la présence jusque dans les eaux de pluie et de neige.

10° Ces deux principes peuvent disparaître du sein des eaux en passant à l'état salin sous l'influence des forces vitales, au nombre des principes minéraux fixés par les végétaux. — Les plantes terrestres, mais particulièrement les arbres de nos forêts, aussi bien que les plantes d'eau douce, contiennent de l'iode et du brome.

11° L'origine de ces deux corps dans les eaux atmosphériques et terrestres doit être attribuée surtout à la diffusion de ces mêmes principes condensés aujourd'hui dans l'eau des mers, d'où ils sont enlevés, tant à l'état salin, par les vapeurs et les particules aqueuses qui s'en échappent incessamment, qu'à l'état d'acides hydriques libres avec l'hydrogène sulfuré qui s'en exhale toujours aussi.

12° L'endémicité du goître et du crétinisme ne saurait être attribuée à l'usage des boissons calcaires, magnésiennes ou séléniteuses, mais uniquement à la disparition plus ou moins complète de l'iode primitivement dissous dans les eaux dont les goîtreux et les crétins font usage pour leur alimentation, ce principe ayant été absorbé alors par les nombreux végétaux baignés par ces eaux. L'engorgement de la glande thyroïde ne se manifeste d'ailleurs à l'état endémique que dans les pays essentiellement boisés et particulièrement dans ceux dont les eaux potables arrosent ou ont arrosé des plantes en grand nombre.

Pour prévenir toute accusation de plagiat et me réserver une priorité bien acquise, je dois faire remarquer maintenant que ces quatre dernières propositions ont été consignées dans une note cachetée adressée par moi à l'illustre M. Arago le 21 juillet 1850 (1), et que, en outre, elles se trouvent exposées aussi dans deux lettres que j'ai dû écrire à l'honorable M. Boullay le 10 avril et le 25 septembre de la même année, lettres qui sont insérées dans les cahiers de mai et de novembre du *Journal de pharmacie et de chimie*.

Je démontre, en outre:

13° Que dans les centres populeux l'arrosement des rues et des places publiques, en temps d'épidémie cholérique, doit être sévèrement prohibé, aussi bien que l'écoulement dans les ruisseaux, ou à ciel ouvert, des eaux versées par les bornes fontaines ou les fontaines publiques;

14° Que les eaux des sources, des rivières et des fleuves se purifient en circulant à la surface du sol, soit par la volatilisation de l'acide carbonique, qui laisse se séparer des carbonates insolubes; soit par l'influence de la vie végétative, soit encore par la vivification, sous l'influence des rayons lumineux, des matières organiques qu'elles contiennent; soit enfin par des dédoublements successifs de ces mêmes matières, dédoublements qui s'opèrent alors en provoquant aussi la réduction des nitrates des eaux douces, et leur conversion en ammoniaque;

15° Que dans les terrains calcaires au moins, mais vraisemblablement partout, le volume d'eau des sources, contrairement à l'opinion reçue, est d'autant plus abondant que la végétation est plus active, et qu'il décroît d'importance au fur et à mesure que la vie végétative s'éteint, surtout dans les pays où le sol supérieur est entièrement livré à la pratique agricole. Dans nos contrées, c'est vers le 15 août que les sources atteignent leur *maximum* de rendement et elles s'abaissent à leur *minimum* vers la fin de janvier.

16° Arrivant ensuite aux eaux naturelles des arrondissements du Havre et d'Yvetot, je déduis de leur analyse que toutes ces eaux, qui, sans exception, sourdent des terrains calcaires, contiennent surtout du carbonate de chaux, dont la proportion oscille entre 0,153 et 0,381 par litre, du sel de magnésie, du sulfate de chaux, mais en proportion variable et correspondant avec la nature des terrains qui les produisent; de telle sorte que les eaux alimentaires de l'agglomération havraise sont, avec celles des puits de Fécamp, les plus séléniteuses de la contrée. Ce qui s'expliquent quand on sait d'ailleurs qu'elles sourdent dans les terrains inférieurs de la formation secondaire, tandis que toutes les autres eaux du pays prennent leurs sources dans l'étage supérieure de la craie, ou à la limite des glauconies crayeuses.

(1) Voyez la copie de cette note, p. 20, § 122, de mon mémoire.

Toutes ces eaux contiennent aussi du nitrate de chaux, dont la proportion, oscillant de 0,00083 à 0,22625, devient surtout plus considérable dans celles qui sont versées par les terrains inférieurs de la formation glauconieuse.

Enfin toutes ces eaux contiennent des traces appréciables de fer et de manganèse, des sels de potasse et de lithine, de l'iode et du brome, du phosphate d'alumine, et peut-être, je le crois même, des indices de *fluorure de calcium*.

Je termine ce mémoire par des considérations sur nos eaux ferrugineuses, dont j'indique pour quelques-unes la constitution, puis je démontre que le fer y existe toujours à l'état de crénate et de carbonate, que le manganèse y fait rarement défaut, et que le cuivre et l'arsenic se retrouvent aussi et enfin dans plusieurs d'entre elles.

Résection d'une côte.

M. Marchal (de Calvi) présente à l'Académie un homme sur lequel il a pratiqué la résection d'une portion considérable d'une côte. Nous publierons *in extenso* ce fait important.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 janvier 1852. — Présidence de M. Piobert.

Influence des milieux géographiques, géologiques et chimiques sur l'organisation de l'homme et des animaux.

M. Fourcault lit un mémoire sur l'influence des milieux géographiques, géologiques et chimiques sur l'organisation de l'homme et des animaux.

Les faits énoncés dans ce mémoire et les considérations qui s'y rattachent conduisent l'auteur à conseiller aux agriculteurs et aux horticulteurs qui habitent les contrées où le goître et le crétinisme sont endémiques de déposer des engrais ou des amendements iodifères dans le sol; de soumettre les animaux domestiques qui donnent leur chair et leur lait à l'usage d'un sel iodifère.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — La lecture des compositions, commencée dans la dernière séance, s'est terminée aujourd'hui. On sait notre opinion sur la valeur du concours tant considéré en lui-même qu'envisagé au point de vue de sa sincérité. Cette opinion suffisait pour expliquer l'absence dans ce journal de tout compte-rendu pendant le dernier concours de pathologie. La même raison aurait expliqué notre silence pendant la durée de celui qui s'est ouvert il y a huit jours; mais nous en avions d'autres. La présence dans ce concours d'un collaborateur de ce journal, qui aurait pu faire suspecter l'impartialité de nos jugements; la retraite de M. Fleury, fondée par un calcul de probabilités qui n'est peut être que trop certain, étaient pour nous de nouveaux motifs d'abstention. Le jour où l'on a nommé professeur de médecine opératoire un candidat qui venait de couper le nerf cubital, ce jour-là a dissipé notre dernière illusion sur le concours et nous a définitivement dispensé de le prendre au sérieux. Nous avons d'ailleurs le ferme espoir que celui qui a lieu en ce moment sera le dernier; il serait donc inutile de prendre un grand intérêt à une institution qui expire.

— La nouvelle que nous avons donnée relativement à notre jeune confrère M. Deville n'est aujourd'hui vraie qu'en partie. De nouvelles informations ont engagé l'autorité à suspendre jusqu'à nouvel ordre sa mise en liberté. Jusque-là M. Deville sera retenu à Brest, et ne s'embarquera pas pour Cayenne.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur l'hérédité dans la phthisie et dans les maladies en général. — HÔPITAL DE LOURCINE (M. Gosselin). Syphilis constitutionnelle traitée par l'inoculation successive de dix-huit chancres. Insuccès. — Traitement de la rage. Rapport sur un mémoire intitulé : « Traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles. » — Note pour servir à éclairer la question de l'hérédité dans l'étude de la phthisie pulmonaire. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 16 JANVIER 1852.

SUR L'HÉRÉDITÉ DANS LA PHTHISIE
ET DANS LES MALADIES EN GÉNÉRAL.

Dans une note présentée mardi dernier à l'Académie, et que nous nous sommes réservé de publier textuellement, un jeune et laborieux confrère s'est proposé d'éclairer par de nouveaux faits la question de l'hérédité de la phthisie. Ces faits se réduisent à ceci : sur 711 autopsies d'enfants âgés de quelques jours à 5 ans, on a constaté 32 fois des tubercules; dans ces 32 cas, 2 enfants seulement étaient âgés de quinze jours ou moins. La conséquence de ce résultat est que les enfants ne naissent pas avec des tubercules, mais seulement avec une prédisposition à la phthisie. Cette conséquence n'était ignorée d'aucun médecin, même avant la note de M. Hervieux; aussi, ce jeune observateur a-t-il voulu lui donner une couleur moins ancienne en exprimant cette conséquence en ces termes :

Les parents ne transmettent pas les tubercules, mais seulement une disposition à devenir tuberculeux.

En s'engageant ainsi dans une question d'hérédité, il est à regretter que M. Hervieux ne se soit pas suffisamment pénétré de toutes les difficultés que ces questions présentent.

Avant de pénétrer plus avant dans toute question d'hérédité, il faut d'abord en établir la réalité et les proportions; or, il s'en faut que ce soit là une chose aussi facile qu'on est généralement disposé à le croire. Beaucoup de médecins, même parmi ceux qui ont la prétention de conduire les autres dans la bonne voie, croient avoir constaté l'hérédité quand ils observent chez un individu la même maladie que chez son père, sa mère, ses grands-parents ou même ses frères et sœurs.

Quelques réflexions bien simples suffiront pour démontrer combien est défectueux un pareil procédé.

Supposons que le dixième de la population d'une grande cité ait succombé dans une bataille. Il est évident que, si l'on recherche chez tous les individus de la génération suivante la cause de la mort de leurs parents, on trouvera une fois sur dix une mort violente pour antécédent. En conclura-t-on que la mort violente des parents prédispose les enfants à telle ou telle maladie ? Cette question paraît absurde. C'est pourtant celle que se posent implicitement beaucoup de ceux qui parlent d'hérédité; et, ce qu'il y a de moins édifiant, c'est qu'ils y répondent d'une manière affirmative.

La supposition que nous venons de faire est une réalité pour la phthisie; ce que l'on sait beaucoup sur le fait de l'hérédité, c'est que la phthisie pulmonaire fait succomber à peu près le cinquième de la population depuis la puberté jusqu'à la vieillesse. Il en résulte que, si vous étudiez chez cent malades pris au hasard la cause de la mort du père ou de la mère, vous devrez trouver la phthisie une fois sur cinq chaque parent, c'est-à-dire vingt fois sur quarante fois chez les deux réunis (1). Si ce nombre n'est pas dépassé, il sera démontré que la phthisie n'aura pas plus d'influence sur la maladie que vous étudierez que la bataille supposée ci-dessus.

Est-ce ainsi qu'on a procédé jusqu'à présent quand on a étudié l'hérédité d'une maladie? Il s'en faut bien. Dans un travail spécial publié en 1842 dans la REVUE MÉDICALE, M. Briquet croyait avoir constaté l'influence considérable de l'hérédité sur le développement de la phthisie, parce qu'il avait constaté (et encore par des moyens qui n'offraient pas toujours toute la rigueur nécessaire) que, sur 98 phthisiques (30 0/0 environ), 30 comptaient des parents tuberculeux; et, chose étonnante, le même médecin constatait dans le même travail que, sur 609 malades morts en trois ans à l'hôpital Cochin, 182 sont morts phthisiques, c'est-à-dire à peu près exactement la même proportion ! Ainsi les mêmes faits qui, à supposer qu'ils fussent assez nombreux, prouveraient de la manière la plus évidente l'absence de toute influence héréditaire dans la phthisie sont précisément ceux qui, par suite de l'ignorance des difficultés de la question, conduisent à une conclusion tout opposée. Ajoutons que la presque totalité des hommes qui ont étudié l'hérédité ont commis, avec les apparences de la précision de moins, la même erreur que M. Briquet. Nous devons cependant faire une exception en faveur de certains aliénistes, qui, soit intelligence parfaite de la question, soit facilité plus grande du sujet, ont envisagé l'hérédité sous son véritable point de vue.

Telles sont les considérations que nous avons déjà présentées plusieurs fois en vain à l'attention des observateurs, et que nous voulions renouveler à propos de la note de M. Hervieux. Tant qu'on n'en aura pas fait la base de tout travail sur l'influence de l'hérédité, on travaillera indéfiniment cette difficile question sans arriver à aucun résultat vraiment scientifique. — H. de Castelnau.

(1) Cette proportion n'est pas rigoureuse. surtout chez les hommes, qui, en général, n'ont d'enfants, dans les grandes villes principalement, qu'à l'âge de 25 à 30 ans, c'est-à-dire à une période où la phthisie devient plus rare. Mais nous ne nous occuperons pas aujourd'hui de cette difficulté pour ne pas obscurcir notre démonstration. Il est, d'ailleurs, à peine utile de dire que cette difficulté est restée jusqu'ici inaperçue.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. GOSSELIN.

Syphilis constitutionnelle traitée par l'inoculation successive de dix-huit chancres. — Insuccès.

Par M. ARCHAMBAULT, interne du service.

Le numéro de décembre des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* renferme une observation de M. Zelaschi (de Turin) intitulée : *Syphilis primitive et constitutionnelle de l'homme guérie par un traitement complet de syphilisation.*

Les détails nombreux présentés par l'auteur de ce travail sembleraient devoir donner à la doctrine de la syphilisation un appui qui lui a manqué jusqu'à présent, et que ne lui avait pas donné le travail incomplet de M. Sperino, celui de faits rigoureusement constatés. Mais ce n'est là, nous le craignons bien, qu'une simple apparence dont peut-être le fait que nous allons rapporter servira à démontrer la valeur.

Ce fait, que nous produisons avec tous les détails nécessaires, a été observé par M. Gosselin, notre maître, qui a lui-même pratiqué les inoculations et a bien voulu nous autoriser à publier les notes qu'il a recueillies.

OBS. — D... (Rose), âgée de seize ans, entrée le 18 octobre 1851, au n° 24 de la salle Saint-Bruno. Constitution bonne, santé parfaite; pas de traces de scrofule; pas de toux habituelle; quelques ophthalmies durant l'enfance.

Accidents syphilitiques à l'époque de l'entrée. — Plaques muqueuses multiples, confluentes, humides, au pourtour de la vulve et de l'anus. Adénopathie inguinale indolente très marquée des deux côtés. Syphilide sur toute l'étendue du tronc et des membres, caractérisée par des papules de 2 ou 3 millim. presque confluentes, couvertes de minces écailles, et d'une coloration rouge-cuivré; seulement un peu de rougeur à la gorge; pas de saillie médio-palatine, quelques ganglions engorgés à la région cervicale postérieure, près de la naissance des cheveux; rien à la tête. Vaginite aiguë, avec écoulement considérable.

Le 19 octobre, une inoculation sur la cuisse gauche avec du pus d'un chancre inoculé à la cuisse d'une malade couchée au n° 18. — Le 21, pustule bien caractérisée; le 25, chancre de 4 mill.; le 25, il a près d'un centim.; le 29, 1 centim. La base est légèrement dure; mais il s'agit seulement d'un engorgement inflammatoire et non de la véritable induration. Le 31, la croûte a plus de 1 centim. Le 3 novembre, l'étendue paraît la même; le 4, 11 millim. Le 7, le chancre est allongé transversalement, et a dans son plus grand diamètre environ 11 millim.; pas d'induration. Le 13 novembre, 10 millim. dans un sens, 13 dans l'autre; le 17, même étendue; le 21, 6 millim. dans un sens, 12 dans l'autre. Le 25, l'ulcère se dessèche; la croûte a encore 3 à 4 millim. dans un sens, et 7 à 8 dans l'autre. Le 4 décembre, le chancre est presque guéri. Le 10 décembre, guérison complète.

Le 21, deux inoculations, 1° sur la cuisse gauche avec du pus de la pustle précédente; l'inoculation réussit parfaitement. Les 27 et 28, il existe une pustule très considérable avec une auréole rouge très prononcée; le 29, croûte sous laquelle existe une ulcération étendue. Le 31, chancre de 1 centim. de diamètre; les 3 et 4 novembre, l'étendue paraît sensiblement la même, bien qu'il y ait croissance; le 12, 14 millim.; le 13, 13 millim., pas d'induration; le 17, 1 cent.; le 21, diminution; le 4 décembre, croûte de 7 à 8 millim. tout à fait sèche; le 10, guérison complète.

2° Sur la paroi abdominale, à droite, également avec le pus de la pustule de la première inoculation. — Le 27, la pustule est un peu plus petite que la précédente; le 28, elle est bien caractérisée; le 29, ulcère très petit et paraissant se dessécher; le 31, croûte sous laquelle on trouve un ulcère de 4 à 5 millim. Le 7 novembre, il a 7 ou 8 millim.; le 10, il se dessèche; le 17, il est complétement guéri.

Le 25 novembre, trois inoculations, 1° sur la cuisse gauche avec le pus de la première inoculation. — Le 28, toute petite pustule; le 29, elle est mieux dessinée; le 31, petit ulcère; le 3 novembre, chancre de 5 millim. de diamètre; les 5 et 7, même dimension. Le 10, il paraît se dessécher; le 13, on soulève la croûte, sous laquelle on trouve de la suppuration. Le 17, presque guéri; le 21, guérison complète.

2° Paroi abdominale à gauche. — Le 28, petite pustule;

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Guide pratique, scientifique et administratif de l'étudiant en médecine, conseils aux élèves sur la direction qu'ils doivent donner à leurs études, etc., par le docteur Ed. LANGLEBERT. (2e édition.)

Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, rédigé par une Société de professeurs et d'agrégés de la Faculté de médecine, etc.

C'est une chose importante et sérieuse pour le jeune homme sans expérience, à peine sorti des bancs du collége et lancé sans guide au milieu des écueils de la vie parisienne, que la direction à donner à ses nouvelles études, à celles qui doivent le conduire à la position définitive qu'il est destiné à occuper dans la société. Combien n'en est-il pas qui, faute de conseils salutaires et désintéressés, ont gaspillé dans une fâcheuse indécision quelques-unes des précieuses années de l'âge où l'on apprend encore et n'ont dû qu'à un travail cent fois plus opiniâtre et pénible de regagner à grand' peine, quand ils l'ont pu faire, un temps le plus souvent irréparable !

La lacune que laisse dans l'enseignement l'absence d'un guide officiel et complet, d'autres ont déjà tenté de la combler avec plus ou moins de succès. Mais, le plus souvent, les livres de cette nature qui ont été publiés jusqu'à ce jour n'ont été que des recueils des lois, des statuts, des ordonnances qui concernent l'étude de la médecine, recueils dans lesquels les pièces officielles sont simplement transcrites sans ordre possible, sans commentaires, sans critique. Il y a plus : on pourrait reprocher à ces livres d'être trop complexes; car souvent on y trouve, à côté des ordonnances les plus récentes et actuellement en vigueur, des règlements oubliés de tous, surannés, abrogés par la coutume, s'ils ne le sont pas par l'autorité administrative.

Fussent-ils même irréprochables sous ce rapport, nous sommes un peu de l'avis de M. Langlebert. « Ce qu'il faut à l'élève pour diriger ses pas dans la carrière des études médicales, c'est bien moins la connaissance des règlements administratifs qu'une appréciation aussi impartiale que possible des choses et des hommes avec lesquels il va se trouver en contact journellement. Ce qu'il lui faut, ce sont des conseils pratiques sur la direction qu'il doit donner à ses études, sur les cours qu'il doit suivre, les livres qu'il doit lire, sur la marche qu'il doit imprimer à ses travaux pour parvenir heureusement au but qu'il s'est proposé d'atteindre. C'est une vérité vulgaire, en effet, que les plus généreux efforts, l'application la plus soutenue, les intentions les meilleures avortent s'ils manquent de la méthode, qui est pour l'intelligence ce qu'est le levier pour les forces physiques. »

Ces quelques lignes résument trop bien le plan du travail de M. Langlebert, dont nous avons à rendre compte, pour que nous ayons cru pouvoir mieux faire que de les transcrire textuellement. A-t-il tenu sa promesse; s'est-il renfermé dans les limites de son programme, et l'a-t-il en même temps rempli tout entier? Nous répondrons tout d'abord affirmativement, sans perdre pour cela le droit de faire quelques réserves et de présenter quelques observations critiques.

Quant au plan du livre, le voici : L'étudiant une fois reçu bachelier ès lettres, M. Langlebert s'en empare et lui trace la marche à suivre pour étudier chaque examen, à partir du baccalauréat ès sciences inclusivement jusqu'à la dernière épreuve, la thèse du doctorat, indiquant, à côté des cours officiels qu'il doit fréquenter, ceux des cours particuliers, si nombreux aujourd'hui, qui complètent l'enseignement officiel, forcément restreint dans de trop étroites limites. Puis vient l'indication des livres à étudier, des monographies à consulter, avec l'appréciation et des ouvrages et de leurs auteurs, comme aussi avec celle des professeurs dont il doit écouter les leçons.

Ici la tâche de M. Langlebert devenait singulièrement délicate. Il avait à parler et de ses maîtres tout à la fois, et de ses camarades et compagnons d'études. Nous devons dire que souvent, le plus souvent même, il s'est tiré avec bonheur des difficultés de son sujet. Un cachet de bienveillance marque en général ses appréciations; mais il faut bien faire un peu la part de l'humaine faiblesse. Nous l'avons quelquefois trouvé, à notre point de vue, un peu trop indulgent peut-être pour certains, un peu rude et tranchant aussi dans d'autres circonstances. Il est des livres, peu nombreux il est vrai, dont il recommande la lecture aux jeunes gens, et dans lesquels on n'apprendra que ce que l'on trouvera mieux exposé autre part. Il en a passé quelques-uns sous silence qui méritaient de trouver leur place dans son catalogue raisonné. Pourquoi, par exemple, l'excellent *Traité de pathologie interne* de MM. Hardy et Béhier a-t-il été omis ? Serait-ce qu'il n'est pas encore complet? Mais ceux des professeurs Requin, Nélaton ne le sont pas davantage. Cette exclusion, entre autres, est un des reproches que nous adresserons à M. Langlebert.

le 29, ulcération de 1 à 2 millim. Le 31, le petit ulcère a 2 millim.; il paraît se sécher. Le 3 novembre, il y a eu progrès, diamètre de 3 à 4 millim. Le 5, mêmes dimensions, croûte et pus au-dessous. Le 7, la réparation paraît commencer; diminution, dessiccation avancée; le 17, sec; le 21, guéri.

3° Sur la paroi abdominale droite, même pus que les précédentes. — Le 28, petite pustule, qui paraît se sécher le 29. Le 3 novembre, il y a une croûte, sous laquelle existe une petite ulcération. Le 7, petit chancre de 4 millim.; le 10, la dessiccation commence; le 13, elle continue. Guérison le 21.

Le 28, trois inoculations, 1° sur la cuisse droite en haut et en dehors avec le pus de la deuxième inoculation (21 octobre). — Le 31, petite pustule; le 3 novembre, ulcération recouverte d'une croûte de 4 millim.; le 7, chancre de 7 millim.; le 10, 7 à 8 millim.; suppuration abondante. Le 13, même dimension. Le 26, 1 centim. dans tous les sens. Le 4 décembre, une croûte de 6 à 7 millim. paraissant tout à fait sèche. Le 15, guérison complète depuis quelques jours.

2° Paroi abdominale sur la ligne médiane, avec le même pus que la précédente. — Le 31, peu de chose; le 3 novembre, petite pustule, qui s'est rompue, et a donné lieu à une croûte sous laquelle on trouve une petite ulcération; diminution; le 10, dessiccation avancée; le 13, elle est presque terminée. La cicatrisation est complète du 17 au 21.

3° Flanc gauche. — Le 31, très petite pustule. Le 3 novembre, ulcération de 3 millim.; le 7, 4 à 5 millim.; le 10, mêmes dimensions; le 13, petite croûte sèche. Du 17 au 21, guérison complète.

Le 4 novembre, trois inoculations, 1° jambe droite en haut et en dedans, avec du pus emprunté à un chancre inoculé récemment à une malade du n° 18. — Le 10, il existe un petit chancre qui paraît devoir disparaître promptement; le 13, il a 3 millim. environ. Le 17, 3 à 4 millim.; il est recouvert d'une croûte ecthymateuse. Le 21, 5 à 6 millim.; la suppuration est assez abondante. Le 4 décembre, croûte de 7 ou 8 millim., avec de la suppuration au-dessous. Le 15, le chancre a les mêmes dimensions, mais il commence à se réparer. Il est complètement cicatrisé le 22.

2° Cuisse droite, partie moyenne, avec le pus d'un chancre qui se transforme en plaque muqueuse. (Résultat nul.)

3° Cuisse gauche en bas, avec le pus d'un chancre de la fourchette à la période de progrès. — Le 6, très petite pustule; le 10, petit chancre de 2 millim. bien caractérisé; les 11 et 13, suppuration assez abondante; cercle inflammatoire prononcé; le 17, 4 ou 5 millim.; le 21, 6 à 7 millim. Le 26, 1 centim. dans tous les sens; suppuration abondante. Le 4 décembre, 15 millim.; le 10, 18 millim. dans un sens et 20 dans l'autre; croûte noirâtre, profondeur considérable, pansement depuis quelques jours avec le vin aromatique. Le 15, légère amélioration; le 18, il est moins profond; peu de suppuration; 17 millim.; le 22, diminution sensible, peu de suppuration. Le 24, les dimensions restent à peu près les mêmes; la suppuration toujours peu abondante. Le 29, croûte sèche, noirâtre; même étendue, même état le cinquième jour. Le 10, le chancre marche manifestement vers la réparation.

1° Cuisse droite, en dehors et en bas, avec le pus d'un chancre provenant d'une inoculation faite au n° 18. — Le 13, petite pustule. Le 17, petite croûte de 2 ou 3 millim. Le 21, chancre de 3 ou 4 millim. Le 26 novembre, 4 à 5 mill. Le 4 décembre, 1 centim. dans tous les sens; le 10, 13 à 14 millim.; suppuration abondante; le 24, croûte sèche de 7 à 8 millim. La guérison est complète cinq jours après.

2° Paroi abdominale, à droite, avec le même pus que la précédente. — Le 13, petite pustule; il en résulte une croûte noirâte de 2 ou 3 millim., qui ne varie pas jusqu'au 26 novembre. Le 1er décembre, la croûte est détachée par la suppuration qui s'est accumulée au-dessous. Le 4, ulcération de 3 ou 4 millim., avec un peu de suppuration. Le 10, guérison complète.

3° Cuisse gauche, en haut et en arrière, avec le pus provenant de l'inoculation qui a été faite le 28 avec du pus pris sur un chancre de la fourchette. — Le 13, pustule Le 15, croûte large de 6 ou 7 millim.; rougeur et douleur très vives causées probablement par les frottements qui ont lieu contre le lit. Le 17, chancre de 1 centimètre; le 21, 12 à 13 millimètres dans tous les sens. Le 26, 14 millimètres. Le 1er décembre, l'ulcération est toujours très douloureuse et a 15 millimètres de diamètre; elle a gagné en profondeur. Le 4, même état; le 10, 18 millimètres dans tous les sens, absence de douleur, suppuration abondante; à partir du 15, on fait un pansement avec le vin aromatique; le 18, moins de profondeur et de suppuration; le 22, diminution sensible; le 24, 1 centimètre dans un sens et 15 millimètres dans l'autre; le 29, croûte sèche, très peu de suppuration, 10 à 12 millimètres; le 5 janvier, à peu près les mêmes dimensions, encore moins de suppuration que précédemment; le 10, la réparation se fait d'une manière rapide.

Paroi abdominale en haut et à gauche (même pus que pour la précédente). — Le 13 novembre, pustule; le 15, croûte de 3 à 4 millim.; le 17, auréole inflammatoire, ulcération de 3 à 4 millim.; le 21, même état; le 26, petite croûte avec pus au-dessous. Le 1er décembre, l'ulcère est presque desséché; le 4, encore un peu de suppuration; guérison complète le 15 décembre.

Bras gauche en arrière (même pus que plus haut). — Le 13 novembre, pustule; le 17, même dimension que la précédente; le 21, ulcération de 3 à 4 millim.; le 26, même état, un peu plus de suppuration. Le 1er décembre, 4 à 5 millim.; le 10, même étendue, peu de suppuration; le 18, même état; le 24, près d'un centimètre dans un sens et 4 à 5 dans l'autre; le 29, diminution très notable; le 5 janvier, il est presque guéri; le 10, guérison complète.

Le 17 novembre, la syphilide est toujours parfaitement caractérisée sur tout le corps; s'il y a eu quelque changement, ce n'est que dans la coloration, qui est peut-être un peu moins prononcée. Les plaques muqueuses sont toujours confluentes, humides; elles font souffrir la malade et causent de l'insomnie depuis deux jours. Les ganglions des aines et du cou présentent le même degré d'engorgement qu'à l'entrée de la malade. — Pansement des plaques muqueuses avec le cérat opiacé.

Le 25 novembre, deux inoculations. — Paroi abdominale à droite de l'ombilic avec le pus d'un chancre inoculé depuis vingt-deux jours sur le bras gauche d'un étudiant en médecine. — Le 27, vésico-pustule. Le 1er décembre, petite ulcération; le 4, elle a 3 à 4 millim.; le 10, 5 à 6 millim., peu de suppuration et paraît vouloir former de l'induration; le 18, croûte assez épaisse sous laquelle existe de la suppuration; le 22, même état, l'induration ne se prononce pas; le 25, même état, très peu de suppuration; le 29, le chancre paraît guéri; le 5 janvier, guérison depuis deux ou trois jours.

Paroi abdominale à gauche de l'ombilic avec le même pus que la précédente. — Le 27 novembre, vésico-pustule; le 1er décembre, petit ulcère; le 4, 3 à 4 millim.; le 10, 5 à 6 millim., suppuration; le 15, apparence d'induration; le 18, même état; le 24, 7 à 8 millim. dans tous les sens et suppuration; le 29, endurcissement assez notable, qui ne donne pas la sensation de l'induration proprement dite; le 5 janvier, guérison.

Le 26 novembre, les plaques muqueuses, enduites de cérat opiacé depuis neuf jours, se sont un peu affaissées et sont moins humides. La syphilide n'est pas modifiée; chute de quelques squames.

Le 8 décembre, depuis trois jours, la malade souffre de ses plaques muqueuses, qui se sont gonflées et recouvertes en quelques points d'une couche blanchâtre, d'apparence pseudo-membraneuse. Elles sont un peu moins confluentes sur les grandes lèvres, mais plus élevées qu'à l'époque de l'entrée; à la marge de l'anus, elles n'ont pas varié. Application quotidienne de cataplasmes. La syphilide demeure invariablement la même.

Le 15, la largeur et la saillie des plaques sont les mêmes; la douleur a disparu pour reparaître le 23. — Cautérisation le 24 avec le nitrate d'argent.

Le 29, la syphilide est presque éteinte sur la face; sur le reste du corps, elle conserve, sans modification aucune, sa coloration, sa saillie et ses squames. Les plaques muqueuses sont toujours confluentes, mais un peu moins humides depuis la cautérisation.

Aucune manifestation syphilitique nouvelle ne s'est montrée depuis l'entrée.

Liqueur de Van-Swieten. . . .	10 grammes.
Pommade au calomel. . . .	4 —
Axonge.	30 —

Pour enduire les plaques muqueuses matin et soir.

Le 31, la liqueur a été vomie hier et ce matin on la remplace par une pilule de Dupuytren.

Le 5 janvier, les plaques muqueuses, qui avaient été cautérisées deux fois avant le traitement mercuriel et qui sous cette influence étaient devenues moins douloureuses et moins humides, ont diminué très notablement de volume et même, en quelques points du pourtour de la vulve, se sont affaissées au niveau de la peau; celles du pourtour de l'anus n'ont pas subi la même diminution.

Notre but en pratiquant ces inoculations était bien arrêté : nous nous proposions de voir si, comme l'avait indiqué M. Sperino dans sa première publication, elles permettaient de guérir, et de guérir plus promptement qu'à l'aide des mercuriaux les accidents syphilitiques actuels, remettant au temps à juger la question de la stabilité de la cure et de l'immunité.

Nous avons fait, depuis le 19 octobre jusqu'au 11 novembre, 19 inoculations (une seule a échoué, c'est celle pour laquelle nous nous sommes servi du pus d'un chancre en voie de réparation). Ce nombre d'inoculations est considérable, pas assez cependant au gré des expérimentateurs de Turin, qui, dans le cas de M. Zelascbi, ne se sont arrêtés qu'après plus de 120 *piqûres préservatrices!* Il y a loin, comme on voit, de ce chiffre au petit nombre de *piqûres diagnostiques* qui, dans l'origine de la syphilisation, suffisent entre les mains de M. Sperino à modifier notablement la marche des ulcères primitifs. Pour nous, nous n'avons pas cru devoir pousser l'expérimentation plus loin pour les raisons suivantes :

1° La malade éprouvait pour ce genre de traitement une répugnance invincible.

2° Après plus de deux mois, les accidents constitutionnels contre lesquels était dirigée la syphilisation n'en avaient pas éprouvé la moindre influence. La syphilide restait identiquement la même sous le rapport de la coloration, des squames et de la saillie des papules; les plaques muqueuses, toujours confluentes, étaient devenues excessivement douloureuses, causaient une grande fatigue et des insomnies fréquentes.

3° Les signes qui, suivant MM. Sperino et Zelaschi, annoncent l'efficacité de la méthode nous faisaient complètement défaut. En effet, la dernière inoculation nous a donné sensiblement le même résultat que la première; les ulcérations n'ont pas été en diminuant graduellement d'étendue et de profondeur, et surtout les pustules d'inoculation ne montraient nulle tendance vers cette bénignité extrême qui fait qu'elles se dessèchent sur place sans même s'ulcérer. C'est ce qui frappe lorsqu'on examine le tableau suivant :

ÉTENDUE DES CHANCRES DES EXTRÉMITÉS.			ETENDUE DES CHANCRES DE L'ABDOMEN.		
1er chancre,	14 millim.		1er chancre,	7 à 8 millim.	
2e	—	14 —	2e —	3 à 4 —	
3e	—	5 —	3e —	pas noté.	
4e	—	10 —	4e —	4 à 5 —	
5e	—	6 —	5e —	3 à 4 —	
6e	—	20 —	6e —	3 à 4 —	
7e	—	14 —	7e —	5 à 6 —	
8e	—	18 —	8e —	5 à 6 —	
9e au bras gauche,		10 —	9e —	5 à 6 —	
Etendue moyenne,		11 millim.	Etendue moyenne,	4 millim.	

La durée individuelle des chancres inoculés, au lieu de diminuer graduellement, comme le veulent MM. Sperino et Zelaschi, a oscillé entre des chiffres très rapprochés. Si quelque différence significative a été observée sous ce rapport, ce ne sont pas les derniers chancres qui ont été le mieux partagés; le tableau suivant le prouve :

CHANCRES DES EXTRÉMITÉS.		CHANCRES DE L'ABDOMEN.	
1er chuncre,	51 jours de durée.	1er chancre,	27 jours de durée
2e —	49 —	2e —	26 —
3e —	26 —	3e —	26 —
4e —	44 —	4e —	23 —
5e —	48 —	5e —	22 —
6e —	66 et dure encore.	6e —	29 —
7e —	66 *idem.*	7e —	34 —
8e —	66 *idem.*	8e —	37 —
9e —	61 —	9e —	37 —

En lisant les détails de notre observation, et surtout en examinant un instant les deux tableaux qui précèdent, on est frappé de ceci : c'est que les inoculations faites sur l'abdo-

---

Cette édition diffère très notablement de la première. Depuis quatre ans, le personnel enseignant a éprouvé d'importantes modifications; l'école militaire du Val-de-Grâce a subi de profonds changements, les hôpitaux militaires d'instruction ont été supprimés. L'ouvrage de M. Langlebert a été mis en harmonie avec l'état actuel des Facultés et des corps universitaires. Enfin, pour les élèves qui se destinent au service de santé de la marine, un chapitre dont l'analogue ne se trouve nulle part a été rédigé spécialement pour ce livre sur des documents officiels dont on ne pouvait jusque-là que se procurer difficilement les textes.

En résumé, bon livre et dont l'utilité ne sera contestée par personne.

Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, rédigé par une société de professeurs et d'agrégés de la Faculté de médecine, de médecins, de chirurgiens, de pharmaciens en chef et d'anciens internes des hôpitaux de Paris.

Lorsqu'il y a quelques années fut publié le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, on s'aperçut, après sa terminaison, que plusieurs articles d'une certaine importance avaient été omis, que d'autres d'une moindre valeur pouvaient, avec une incontestable utilité, être joints à ceux qui existaient déjà; le plan primitif avait paru devoir les faire exclure; mais, en y réfléchissant bien, leur absence constituait une véritable lacune regrettable, et qu'il eût été bon de pouvoir combler. Dès ce moment, l'intelligent éditeur qui avait acquis les derniers exemplaires de l'ouvrage entier résolut, dans un espace de temps plus ou moins éloigné, de compléter, par un volume supplémentaire exécuté sur le même plan, les *desiderata* signalés dans l'ouvrage primitif. C'est ce volume que nous avons aujourd'hui sous les yeux. Pour le composer, M. G. Baillière a fait appel à ceux qui lui ont paru, d'après la notoriété publique, le plus capables d'exposer sur un point donné les nouvelles conquêtes de la science.

Non-seulement des hommes dont la réputation n'était plus à faire, mais de jeunes talents révélés par des publications récentes dans les recueils périodiques ou par les luttes ardentes des derniers concours, ont été conviés à prendre part à cette nouvelle besogne, et presque tous s'en sont dignement acquittés.

On ne peut, tout le monde le sait, faire l'analyse d'un dictionnaire. Tout au plus pourrions-nous prendre au hasard, parmi les nouveaux articles, ceux qui nous sembleraient les plus importants; mais, encore, en est-il absolument besoin?

Est-il nécessaire, par exemple, pour dire au lecteur comment est fait l'article supplémentaire *Digestion*, que de nommer l'auteur, M. Cl. Bernard, le suppléant au Collége de France de M. Magendie, l'illustre physiologiste? Les noms de M. Brierre de Boismont pour tout ce qui touche à la pathologie mentale; Boudin, quand il s'agit d'*ambulances*, de *méningite cérébro-spinale*, de *réforme militaire*, d'*hygiène*; de M. Foy, pour ce qui a trait à la pharmacie, à la matière médicale; de M. Jacquemier, pour ce qui regarde les accouchements; de MM. Robert et Nélaton, lorsqu'il s'agit d'opérations chirurgicales, d'anatomie des régions; ceux de MM. Sandras, Requin, Voillemier, Philips, ce dernier pour les maladies des voies urinaires, dont il s'occupe avec tant de sagacité; tous ces noms ne sont-ils pas la meilleure garantie du savoir, de l'intelligence, du soin qui ont présidé à la composition de ce volume?

Ce n'est pas tout. Dans l'ouvrage, tel qu'il avait été publié, divers articles n'avaient pas reçu tous les développements nécessaires. On pouvait les refaire en partie, les compléter, du moins, en sacrifiant quelques passages peu importants, et les intercaler dans les premiers volumes au moyen d'un simple remaniement typographique. L'éditeur n'a pas reculé devant la dépense que devait occasionner ce surcroît de travail, et jaloux de faire tout son possible pour être utile aux praticiens, il a fait subir de profondes modifications à plus de cinquante articles importants, parmi lesquels nous citerons seulement les suivants : *Auscultation*, *Bec-de-lièvre*, *Cal*, *Cancer*, *Chorée*, *Fractures*, *Hernies*, *Méningite tuberculeuse*, *Ostéite*, *Pupille artificielle*, *Fistules vésico-vaginales*, etc.

Ces additions, ainsi que le volume supplémentaire, doubleront le succès du *Dictionnaire des Dictionnaires*.

Dr A. FOUCART.

M. le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 18 janvier, à 1 heure, et ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure :

1° Conférences sur la leçon du dimanche.

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient.

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

men donnent des chancres qui tous, sans exception, sont beaucoup plus petits et d'une durée beaucoup moindre que les chancres des cuisses. De telle sorte que, si nous nous étions borné à inoculer sur le ventre, sans le faire simultanément sur les membres inférieurs, nous eussions pu croire de prime abord à une syphilisation, comme on le dit, et même y arriver en vertu de *cette foi*. Ne serait-il pas permis de penser que c'est un peu là le fait de M. Sperino, dont les inoculations ont été pratiquées « le plus généralement sur le » ventre? » (*Annales des Maladies de la peau*, 1851.)

Autre supposition : On inocule d'abord exclusivement sur les cuisses; on obtient des chancres larges, profonds, difficiles à guérir (*V.* Observation de M. Zelaschi, *Annales*, décembre 1851, p. 69 et 70). Puis, par une circonstance quelconque, changeant de terrain, on n'inocule plus que sur le ventre exclusivement; les chancres qu'on obtient alors sont tout petits, ils guérissent rapidement (même observation, p. 71 et 72). Ce contraste ne porte-t-il pas naturellement à admettre un commencement de syphilisation? Et qui ne sait combien ici les illusions et les entraînements sont faciles? Il est si doux de faire une découverte qui vous place d'emblée à côté de Jenner!

Examinons, en effet, comment les choses se sont passées dans l'observation de M. Zelaschi. Ce médecin pratique sur la cuisse d'un homme porteur d'un chancre induré au prépuce seize inoculations depuis le 22 juin jusqu'au 10 juillet. Le premier chancre produit a 10 à 13 millimètres; les autres vont en diminuant successivement, de sorte que ceux de la quatrième inoculation n'ont plus que 6 millimètres; mais, nonobstant, on est obligé, le 27 et le 30 août, de cautériser avec *le nitrate d'argent les ulcères fongueux des cuisses* : ce qui donne, pour le moins, cinquante jours d'existence aux chancres des cuisses. Quant au chancre du prépuce, au milieu de tout cela, « il fait des progrès incessants; il a 2 centimètres d'étendue, et est d'une couleur rouge de feu, très » enflammé, et il a rongé une grande partie du prépuce. On » est ainsi forcé d'interrompre les inoculations (10 août). » Des accidents constitutionnels se développent.

D'après les conseils de M. Sperino, on reprend les inoculations le 20 août; mais on les fait sur l'abdomen *exclusivement* : elles sont nombreuses chaque fois, et donnent des chancres de 4 à 5 millimètres qui, au bout de onze jours, sont en voie de réparation. A partir de ce moment, l'observation marche rapidement vers la syphilisation; mais on s'est bien gardé de faire une seule inoculation sur la cuisse. Nous regrettons d'autant plus vivement l'absence de cette contre-épreuve, que les raisons de la préférence accordée par M. Zelaschi à l'abdomen nous paraissent d'une médiocre importance; il s'agit, en effet, de la plus ou moins grande facilité *à cacher les cicatrices*.

Que si l'on nous demande pourquoi les chancres ne grandissent et ne vivent pas aussi bien sur l'abdomen que sur les cuisses, nous répondrons que nous n'en savons rien. Le fait existe et nous le signalons d'une manière pressante, parce qu'il nous semble donner la clef d'une partie des illusions que renferme le mot de syphilisation.

En effet, n'y a-t-il pas illusion évidente dans l'observation du médecin de Turin, observation qui peut se résumer ainsi: 120 inoculations au moins sont faites du 22 juin au 8 octobre.

Le chancre préputial dure cinq mois environ.

Il apparaît, pendant le traitement et lorsqu'on a déjà fait seize inoculations, des accidents constitutionnels qui se dissipent après deux mois de durée.

Le malade quitte l'hôpital, emportant pour toute garantie ces paroles du dixième corollaire de M. Zelaschi : « La durée de l'immunité contre la contagion syphilitique acquise » à l'aide de la saturation syphilitique est pour le moment » inconnue. »

Notre malade a été mise à l'usage des mercuriaux, dont dès aujourd'hui l'efficacité est aussi évidente que l'a été l'inutilité des inoculations.

TRAITEMENT DE LA RAGE.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

Traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles;

Par M. DEZANNEAU, docteur en médecine à Montrevault.

Commissaires : MM. Barthélemy, Bouley jeune et RENAULT, rapporteur.)

(Suite.— *Voir* le numéro précédent.)

Ce fut surtout en 1776 que le traitement préservatif ayant pour base les frictions mercurielles fut le plus accrédité par le mémoire de de Lassonne, médecin de la reine, ayant pour titre : *Méthode éprouvée pour le traitement de la rage*. Toutefois, plus sage ou moins confiant que ses prédécesseurs, de Lassonne ne vante guère sa méthode que comme préservative. Sans contester que les faits sur lesquels ce savant médecin appuyait cette méthode aient servi à la répandre; sans contester non plus qu'elle ait dû beaucoup du crédit dont elle a joui au patronage élevé sous lequel elle se produisit, il faut reconnaître que ce qui contribua principalement à la mettre en honneur fut le retentissement qu'eut alors parmi les savants et dans le monde officiel l'application solennelle qui en fut faite à Senlis à la suite de ravages faits par un chien enragé, qui mordit un très grand nombre de personnes aux environs de cette ville.

On sait que, sur la demande des magistrats de Senlis, l'intendant de la généralité de Paris consulta la Société royale de médecine, qui délégua quatre de ses membres les plus distingués, Desperres, Andry, Vicq-d'Azir et Lalouette, pour se transporter auprès des blessés. On sait que, dans une consultation qui eut lieu entre ces délégués et les médecins et chirurgiens de Senlis, il fut arrêté que ce serait la méthode de M. de Lassonne qui serait suivie sur les quinze personnes mordues, et que Lalouette resterait à l'hôpital auprès d'elles pour en diriger l'application et suivre les effets.

Enfin, il n'est personne s'étant occupé d'études sur la rage qui ne connaisse le résultat de ce traitement dont l'histoire, appuyée des certificats de tout le corps médical et des magistrats de la ville, a été publiée avec les plus grands détails dans plusieurs traités spéciaux.

En somme, sur 15 personnes mordues par ce chien, 10 furent préservées, 3 moururent enragées et 2 succombèrent pendant le traitement, à la suite d'accidents dont le mercure pourrait, avec raison, être considéré comme la principale cause.

A ce résultat, qui fut alors célébré comme un grand succès, vint s'en joindre, dans la même année, un autre de la même importance dû à la même méthode, et qui, lui aussi, dut à son authenticité la grande sensation qu'il produisit : ce fut celui obtenu par M. Blais, médecin à Cluny en Mâconnais, qui avait reçu la mission officielle de traiter 11 personnes mordues par un loup enragé, et qui rendit compte de cette mission dans une lettre du 19 février 1776, adressée à l'évêque de Mâcon, lettre qui reçut la plus grande publicité. Sur les 11 personnes soumises par M. Blais au traitement de M. de Lassonne, 5 moururent enragées; les 6 autres n'éprouvèrent aucun accident rabique.

Deux années auparavant, un médecin de Troyes, M. Thiesset avait traité par les frictions mercurielles très-énergiques et longtemps suivies 20 personnes mordues par une louve enragée. Sur ce nombre, 7 devinrent enragées, 13 furent sauvées.

Au nombre des médecins distingués qui ont proclamé l'efficacité des frictions mercurielles, il faut citer Ehrmann, doyen des médecins et physiciens de Strasbourg, qui fit imprimer en 1778 une *Instruction concernant les personnes mordues par une bête enragée* dans laquelle, s'appuyant sur une pratique de quarante-quatre ans, il insiste sur les bons effets de ce traitement, et fait des vœux « pour que la mé» thode des frictions soit répandue et divulguée partout. »

Mais les observations les plus favorables à la méthode dont nous parlons sont, sans contredit, celles publiées en 1783 dans les *Mémoires de la Société royale de médecine*, par le docteur Bonel, qui exerçait dans le Gévaudan, où, dit-il, se montraient très-fréquemment des chiens enragés. Ce médecin, résumant les succès obtenus par lui au moyen des frictions mercurielles, assure qu'il a appliqué ce traitement sur plus de 500 personnes ou animaux qui avaient été mordus par des chiens ou loups enragés, et que jamais une seule de ces personnes, ou aucun de ces animaux, n'a ensuite été affecté de la rage.

Depuis lors, plusieurs médecins d'un grand mérite ont fait usage de frictions mercurielles; et plusieurs déclarent en avoir obtenu des succès. Parmi eux, il convient de citer Moreau, chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Paris, qui reconnaît l'utilité de ces frictions dans le traitement préservatif de la rage, mais les déclare tout à fait impuissantes lorsque cette maladie est déclarée.

Il ne faudrait pas croire, pourtant, que tous les auteurs, tous les praticiens que nous venons de citer, si bien d'accord sur la vertu du mercure, dans l'espèce, aient procédé d'après une même idée sur le mode d'agir de ce médicament.

Dessault, qui parait avoir le premier conseillé les frictions comme moyen préservatif, regardant le levain de la rage comme le produit de la présence d'une multitude de petits vers dans la bave des individus enragés, administrait le mercure comme le plus puissant des vermifuges et le considérait, à raison de cette propriété, comme le plus puissant antirabique.

De Sauvages l'employait sous un point de vue différent.

« Le venin de la rage, dit-il, affecte principalement la sa» live et les mucosités du gosier, lesquelles, une fois corrom» pues, coulent dans la gorge, l'irritent, picotent toute la » bouche et occasionnent l'horreur de l'eau, l'envie de mor» dre, etc. Il n'y a donc qu'à faire sortir du gosier ces muco» sités qui y croupissent, et à les tenir bien nettes par l'action » du mercure qui agit longtemps sur elles. Par ce moyen elles » ne pourront plus donner retraite au venin hydrophobique. »

Ehrmann avait une autre pensée. S'il cherchait à faire saliver les personnes infectées, c'est que, suivant lui, le venin de la rage résidant surtout dans la salive, on devait par les syalagogues les plus énergiques, provoquer au plus vite sa sortie par une salivation abondante.

Je n'ai pas besoin de dire que ces singulières théories n'ont pas trouvé beaucoup d'écho, et que le plus grand nombre des praticiens qui ont administré le mercure, à l'intérieur ou en frictions, ne l'ont fait que parce que, dans leur conviction, ce médicament était le meilleur préservatif contre la rage, quel que soit d'ailleurs son mode d'action sur le principe, quel qu'il fût, de cette maladie.

Il est encore une remarque qu'il n'est pas inutile de placer ici, parce qu'elle n'est pas sans intérêt pratique : c'est que si quelques-uns, comme Ehrmann, croient à l'utilité, à la nécessité d'une salivation abondante dans le traitement mercuriel d'animaux enragés, d'autres, en beaucoup plus grand nombre, comme Baudot, de Sauvages, de Lassonne, Blais, Bouteille, Portal, etc., la regardent comme parfaitement inutile. Quelques-uns même, et parmi eux de Lassonne et Bonnel, ce dernier qui a cité des succès si nombreux et si constants, la considèrent comme un danger, et prescrivent des moyens pour la combattre si elle se déclare et persiste.

Quoi qu'il en soit, en présence des résultats que nous venons de rappeler, et qui ont été obtenus à des époques différentes et proclamés par des hommes aussi éminents que ceux que nous venons de citer, on se demande pourquoi les frictions mercurielles n'ont pas été définitivement acceptées et classées dans la science comme le préservatif par excellence à employer sur des personnes mordues par des animaux enragés.

Il n'en n'est pas ainsi, en effet; et l'on doit reconnaître que c'est à la savante *Dissertation sur la rage* qui parut en 1783, après avoir reçu le premier prix de la Société royale de médecine, qu'il faut attribuer le refroidissement qui commença à s'opérer à partir de cette époque, dans l'espèce d'enthousiasme qui avait, depuis quelques années surtout, accueilli la méthode de Dessault.

Dans cette dissertation, si remarquable à plus d'un titre, par l'étendue de l'érudition, la sévérité de l'esprit d'analyse, la force et la lucidité de la discussion, Leroux, son auteur, chirurgien-major de l'hôpital de Dijon, examinant de plus près qu'on ne l'avait fait jusque-là, non pas seulement les raisonnements, mais les observations sur lesquelles on s'appuyait pour vanter les mercuriaux, éleva des doutes sérieux sur leur efficacité, et chercha à démontrer qu'ils étaient loin de mériter la réputation qu'on leur avait faite.

D'abord, comme Perilhe, il nie absolument qu'on ait *jamais guéri* la rage, affirmant qu'aucun des exemples cités de guérison de cette maladie par le mercure ne saurait soutenir l'examen; et voici, sur ce point, sous quelle forme énergique il exprime son opinion : « Je puis assurer que toutes » les cures merveilleuses d'hydrophobie déclarée ne soutien» draient pas un examen scrupuleux, et qu'en comparant les » symptômes que les malades avaient éprouvés avec ceux de » la véritable rage, on y trouvera une différence marquée, » à moins que les rédacteurs n'y aient ajouté ce qu'il y man» quait, ce qui n'arrive malheureusement que trop souvent » en médecine. »

Cette opinion sur l'incurabilité de la rage a été, du reste, celle des bons observateurs de tous les temps; et aujourd'hui, comme autrefois, nous en sommes encore réduit à confesser la vérité de cette sentence d'Ambroise Paré : « Ceux » qui sont tombés en hydrophobie jamais ne guérissent. »

Non content de s'élever contre la puissance curative attribuée au mercure, Leroux, dans son mémoire, conteste aussi son efficacité comme préservatif de cette maladie une fois inoculée : « Il n'a pas plus de vertu que les autres remèdes, » dit-il, et il est beaucoup plus dangereux. »

Il faut convenir que cette opinion emprunte une grande force aux raisons par lesquelles il la motive.

Bouteille, dont le travail sur la rage, publié à la même époque, a partagé le deuxième prix de la Société royale de médecine, n'est pas aussi sévère que Leroux à l'endroit du mercure. Mais, tout en regardant les frictions mercurielles comme pouvant être utiles dans le traitement des blessures faites par des animaux enragés, il ne les considère que comme un moyen accessoire agissant plutôt comme adoucissant local que de toute autre manière. On trouve, dans le mémoire de Bouteille, beaucoup d'observations dans lesquelles on voit que des personnes mordues par des animaux enragés et soumises presque aussitôt au traitement par les frictions mercurielles n'en sont pas moins mortes de la rage, bien que ce traitement ait été suivi par elles avec persévérance et qu'elles aient salivé longtemps et abondamment. Leroux avait, lui aussi, cité un très grand nombre de cas de ce genre, et l'on en trouve de semblables dans l'ouvrage d'Andry,

Enaux et Chaussier, dont le travail sur la morsure des animaux enragés est encore aujourd'hui une autorité, et avec eux Sabatier, ne se contentent pas de rejeter comme inutiles les frictions mercurielles, dont ils ont reconnu l'insuffisance; ils vont jusqu'à recommander d'éviter de se servir de caustiques à base mercurielle pour cautériser la plaie.

Tel est aussi, à l'égard du traitement mercuriel, le sentiment exprimé par Lalouette, médecin si compétent sur cette matière. Voici comment il le formule dans l'*Essai sur la rage* qu'il a publié en 1812 :

« Il est une méthode préservative qui a été de nos jours » recommandée par des médecins habiles et qui, à une cer» taine époque, a joui d'une véritable célébrité : c'est l'usage » des mercuriaux. Je pense que les médecins qui les ont re» gardés comme utiles ont été conduits plutôt par des rai» sonnements appuyés sur un système qu'ils s'étaient formé » que par des faits constants résultant d'une expérience ri» goureuse et éclairée. Mais, ayant vu plusieurs mordus » succomber aux accidents de cette maladie après avoir » été soumis au traitement mercuriel et avoir été affectés » d'une forte salivation, je crois que l'on ne peut regarder » les mercuriaux comme un préservatif dans cette circon» stance. »

Delondre, dans son *Essai sur la rage* publié en 1814; et M. de Saint-Martin, dans sa *Monographie* sur la même maladie, qui parut en 1823, ne classent non plus le mercure que parmi les moyens préservatifs d'une valeur secondaire; non parce qu'ils auraient eu à s'en louer dans leur pratique personnelle, mais, seulement, parce qu'ils ne peuvent admettre que tant de médecins justement célèbres l'aient préconisé sans en avoir réellement constaté les bons effets.

Nous ne croyons pas utile de pousser plus loin cette revue, faite dans les deux camps des principaux partisans et adversaires du mercure. Il en ressort, évidemment, 1° que de 1738 à 1783 il paraissait acquis à la science par une grande masse de faits, et il était professé par les médecins les plus haut placés, que les frictions mercurielles avaient une efficacité réelle, pour quelques-uns, comme moyen curatif; pour le plus grand nombre, comme moyen préservatif de la rage;

2° Que, de 1783 jusqu'aujourd'hui, une véritable réaction s'est opérée dans ces idées; à ce point que beaucoup de praticiens éclairés ont été jusqu'à révoquer en doute même les vertus préservatrices, même l'innocuité de cette médication.

Quelles raisons assez puissantes ont donc pu ébranler des croyances qui reposaient sur des observations aussi nombreuses et qu'étayaient des autorités aussi imposantes?

C'est ce que nous allons examiner.

Pour que tous les faits rapportés par les différents auteurs comme des exemples d'effets préservatifs du mercure pussent être acceptés comme tels, il eût fallu :

1° Qu'il fût mis hors de doute que les chiens et loups qui avaient fait les morsures étaient bien réellement enragés, et qu'il fût certain que tous les individus présentés comme ayant

été préservés avaient été véritablement exposés à l'infection.

Or, non-seulement, dans un grand nombre de ces observations, il manque la preuve que les animaux qui ont mordu étaient atteints de la rage; mais encore, dans beaucoup d'autres, on cite comme ayant été préservées des personnes qui n'ont pas même été mordues, et qui, évidemment, n'ont pu être infectées.

Pour ne citer que quelques exemples de ces dernières, empruntées à un des médecins dont l'opinion a pesé d'un grand poids dans cette question, ne voit-on pas rapportés comme des preuves frappantes de préservation les faits suivants :

« Un jeune enfant meurt de la rage. Ehrmann apprend que » cet enfant avait couché, mangé et bu avec ses parents, et » qu'on s'était servi indistinctement des mêmes vases presque » au moment où la maladie s'était déclarée. Il traita toute cette » cette famille par la méthode des frictions et du mercure à » l'intérieur, et fut assez heureux pour la *préserver* tout en» tière de la rage » (Andry).

« Une fille qui soignait un jeune homme qui mourut de la » rage à l'hôpital de Strasbourg eut l'imprudence d'essuyer la » salive de ce malheureux avec ses doigts, et quelquefois avec » son mouchoir. Elle fut soumise par Ehrmann aux frictions » mercurielles et ne devint pas enragée » (Andry).

On peut voir dans le recueil d'Andry une foule de faits de ce genre.

2° Dans les observations où il est question de morsures, en admettant que les animaux qui les ont faites fussent enragés, il eût fallu qu'il fût constant que la salive de ces animaux avait été déposée dans la plaie résultant de la morsure. Or, que de personnes citées comme ayant été mordues l'ont été à travers leurs vêtements! Et qui ignore combien sont nombreux les cas où des individus mordus ainsi ne contractent pas la rage, même sans avoir été soumis à aucun traitement! par la raison toute simple que, en traversant les vêtements pour arriver jusqu'à la peau, les dents de l'animal s'essuient de la salive qui pouvait les mouiller et n'en déposent pas dans la morsure.

3° En admettant que l'animal qui a fait les morsures fût enragé et que celles-ci aient été faites à nu, il eût fallu pour conclure rigoureusement des faits observés dans ces cas à la préservation qu'il fût constant que tous les individus mordus à nu par des animaux enragés deviennent nécessairement enragés quand on les abandonne à eux-mêmes.

Or, parmi les observations rassemblées dans les divers ouvrages qui ont traité de la rage, les exemples abondent dans lesquels ces sortes de morsures sont restées sans résultat fâcheux sur des personnes ou sur des animaux qui n'ont subi aucun traitement.

Cette opinion que tous les individus mordus par des animaux enragés n'enragent pas n'est donc pas nouvelle. Tous les auteurs sérieux, tous les bons observateurs qui ont traité de la rage l'ont consignée dans leurs écrits. Mais, en France du moins, il n'a été établi par aucun sur des données quelque peu certaines qu'elle était en moyenne la proportion des cas de rage à ceux des morsures. C'était là pourtant un sujet d'études curieuses et intéressantes. Ces études, je les ai entreprises, et je demande la permission à l'Académie, si elle n'est pas déjà trop fatiguée par la longueur de ce rapport, de lui faire connaître ici le résultat d'observations et d'expériences que j'ai faites dans cette direction à l'Ecole d'Alfort depuis 1828, époque à laquelle j'ai commencé mes travaux sur la rage.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOTE POUR SERVIR A ÉCLAIRER LA QUESTION DE L'HÉRÉDITÉ

dans l'étude de la phthisie pulmonaire,

Par M. le docteur E. HERVIEUX.

Voici la note présentée à l'Académie par M. le docteur Hervieux, et sur laquelle nous avons cru devoir appeler l'attention de nos lecteurs.

Les chiffres que je vais avoir l'honneur de présenter à l'Académic ont pour objet d'éclairer une question sur laquelle ont été émises les opinions les plus contradictoires.

Il s'agit d'un point important de l'étiologie de la phthisie pulmonaire, l'hérédité.

Tout le monde admet aujourd'hui que c'est en grande partie à la transmission héréditaire qu'est due la propagation de cette funeste maladie. Mais comment s'opère cette transmission?

Faut-il admettre avec Richter (Specielle *Thérapie*, t. XI, p. 396) que les parents transmettent des tubercules à leurs enfants, c'est-à-dire qu'il existe dans l'embryon une disposition organique qui doit nécessairement, à une certaine époque de la vie, donner lieu au développement des tubercules; ou bien avec Clark, que les parents transmettent seulement à l'enfant une conformation, une organisation qui le rend plus disposé qu'un autre à être atteint de phthisie (*The influence of climates in the prevention and cure of chronics diseases*, p. 243, Londres, 1829); ou bien encore avec M. Denis (*Rech. d'anat. et de physiol. pathol. sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés*; Paris, p. 348), que les tubercules n'existent jamais avant le cinquième ou sixième mois de la naissance?

Il nous sera facile, à l'aide des résultats que nous allons présenter, de faire dans chacune de ces opinions la part de l'erreur et celle de la vérité.

Alors que nous étions interne aux Enfants-Trouvés, nous avons eu occasion de faire sept cent onze ouvertures de corps. Quatre cents environ de ces cadavres appartenaient à des enfants qui n'étaient pas âgés de plus de quinze jours; les trois cents autres à des enfants âgés de quinze jours à cinq années au plus.

Eh bien! sur le chiffre total de 711, nous n'avons trouvé que trente-deux fois les traces de la maladie tuberculeuse, circonstance qui devra paraître bien extraordinaire à ceux qui connaissent la fréquence de cette affection chez les jeunes enfants; mais on a déjà observé que ce chiffre de trente-deux ne devait pas, ne pouvait pas être également réparti sur toute la masse des sujets autopsiés, et qu'à cela tenait la différence qui existe entre le résultat de nos recherches et le résultat des investigations antérieures aux nôtres.

En effet, chez les 400 nouveau-nés qui n'avaient pas dépassé le quinzième jour de la vie intra-utérine, combien de fois avons-nous rencontré les lésions anatomiques de l'affection tuberculeuse? Deux fois seulement. L'un de ces enfants avait onze jours et l'autre treize. Combien de fois chez les trois cents autres? Trente fois. La conséquence de ce fait est facile à déduire.

C'est que l'affection tuberculeuse se rencontre chez les enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance, mais qu'elle est excessivement rare à cet âge.

Voyons maintenant comment les autres âges sont partagés.

De quinze jours à un an, nous trouvons l'affection tuberculeuse huit fois; d'un an à deux ans, huit fois; de deux à trois ans, dix fois; de trois à cinq, quatre fois. Le chiffre de quatre pour l'âge de trois à cinq ans n'a pas lieu de nous surprendre, parce qu'au delà de trois ans on ne recevait à l'infirmerie qu'un très petit nombre d'enfants.

Mais nous demanderons la permission de revenir sur la manière dont le chiffre huit se répartit dans l'âge de quinze jours à un an.

Jusqu'à l'âge de quatre mois, 0; à quatre mois accomplis, 1; à six mois, 1; à neuf mois, 2; à onze mois, 2; à douze mois, 2.

Il résulte de ce dernier tableau que la rareté de la tuberculisation chez les nouveau-nés n'est plus comprise seulement dans l'intervalle du premier au quinzième jour de la naissance, mais s'étend encore au quatrième mois.

En présence du fait que nous venons d'établir, on conçoit sans peine que des auteurs distingués aient pu nier la possibilité de l'existence des tubercules avant le cinquième mois; tels sont MM. Breschet, Denis et Guyot.

Mais on conçoit beaucoup moins l'opinion de ceux qui pensent que les parents transmettent à leurs enfants des tubercules congénitaux et n'ont plus seulement la disposition à contracter la maladie tuberculeuse. Quels sont, en effet, les faits sur lesquels s'appuierait une telle manière de voir?

Ils sont, il faut le dire, très rares. Chaussier, MM. Husson, Papavoine, Fleury ont rencontré chez des nouveau-nés les uns des tubercules miliaires, les autres des tubercules ramollis et même des cavernes. Mais, encore une fois, ces cas sont en très petit nombre, et on ne saurait en conclure rien autre chose, sinon que dans quelques cas exceptionnels les tubercules peuvent se développer avant la naissance.

Quelques mots seulement sur les lésions anatomiques par lesquelles s'est manifestée l'affection tuberculeuse chez les deux nouveau-nés morts dans les premiers quinze jours de la vie extra-utérine.

Chez l'enfant âgé de onze jours, nous avons vu tout le lobe inférieur du poumon gauche criblé de tubercules miliaires. Ils formaient comme un semis au milieu du parenchyme pulmonaire, qui présentait dans cette partie tous les caractères de l'hépatisation rouge. En pressant les dernières divisions bronchiques, on faisait suinter un muco-pus assez abondant. Le reste du poumon gauche était sain. Le poumon droit était fortement hépatisé dans ses deux tiers postérieurs, mais n'offrait aucune trace de tubercules; sous l'arachnoïde, à la partie la plus élevée de la surface convexe de l'hémisphère droit, existait un petit tubercule du volume d'une tête d'épingle.

Chez l'enfant âgé de treize jours, il existait au sommet de chaque poumon deux ou trois tubercules crus de la grosseur d'un pois environ. Les ganglions bronchiques étaient aussi tuberculisés.

Le premier de ces enfants avait été apporté à l'infirmerie comme ictérique, le second comme induré.

L'existence des tubercules dans ces deux cas était-elle ou non antérieure à la naissance?

Je le crois. Mais quelle que soit l'opinion qu'on adopte à cet égard, nous appelons l'attention de l'Académie sur le fait de la rareté bien constatée de l'affection tuberculeuse avant le quatrième mois à dater de la naissance. Il résulterait aussi de là que, si l'hérédité de cette maladie se fait par transmission directe, dans l'immense majorité des cas les enfants n'héritent que de la prédisposition à la contracter.

La proposition que nous venons d'établir est importante, non-seulement par la lumière qu'elle jette sur un point obscur d'une des questions les plus élevées de notre art, l'hérédité, mais par les conséquences pratiques qu'on peut en tirer. Démontrer que les enfants ne naissent pas tuberculeux, mais seulement prédisposés aux tubercules, n'est-ce pas donner d'avance gain de cause à la prophylaxie de cette affection? Car, si dans un hôpital, où se trouvent réunies tant de causes d'insalubrité, les nouveau-nés prédisposés à la phthisie ne sont atteints de cette fatale maladie que vers le quatrième ou cinquième mois au plutôt de la vie extra-utérine, n'est-il pas évident qu'en ville ou à la campagne le terme de cette manifestation sera encore bien plus éloigné? Que sera-ce donc si l'on met en usage tous les moyens préventifs que l'art met à notre disposition?

Mademoiselle Maignée, qui vient de mourir à Mamers (Sarthe), à l'âge de quatre-vingt-deux ans, a légué à l'hôpital de cette ville deux propriétés estimées à près de 100,000 fr.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Cocud, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital Saint-Omer.

M. Widal, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Fuzier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

Électricité médicale.

Longtemps restreinte dans le domaine de la physique, l'électricité est aujourd'hui considérée, par tous les praticiens éclairés et judicieux, comme un moyen certain, efficace pour combattre les paralysies générales ou partielles, les rhumatismes aigus ou chroniques, les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'asthme, l'amaurose, la surdité, etc.

C'est donc pour faciliter l'emploi de ce puissant agent physiologique, et pour rendre ses applications plus nombreuses dans la pratique, que divers moyens ont été tentés, que diverses machines ont été tour à tour proposées par des praticiens habiles et expérimentés; mais de tous les appareils qui ont été imaginés dans ce but, soit en France, soit à l'étranger, le plus simple à la fois, le plus doux et le plus énergique, est le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton frères, dont l'usage est depuis longtemps adopté pour le service des hôpitaux. Profondément pénétrés de cette vérité, que de la perfection des machines dépend toujours le succès de l'électricité en médecine, ces habiles mécaniciens n'ont rien négligé pour faire subir à cet appareil tous les perfectionnements que le temps et l'expérience devaient leur suggérer. C'est ainsi que par une disposition toute nouvelle et à l'aide d'un procédé fort ingénieux, on peut aujourd'hui régler avec certitude l'action de l'électricité, et déterminer les secousses les plus intenses ou les rendre presque insensibles.

La pile qui, seule jusqu'à ce jour, offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'appareil, vient d'être supprimée dans le nouveau.

De tels avantages, joints à l'excessive modicité de son prix, expliquent la préférence que lui accordent sur toutes les machines connues les médecins les plus distingués de Paris.

Nous ne saurions donc trop le recommander à nos confrères pour le traitement de ces affections si nombreuses et si variées qui nécessitent l'emploi de l'électricité galvanique.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. BÉCHARD, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HOPITAUX. — Hôtel-Dieu (M. Jobert). Quelques considérations sur les généralités de la clinique chirurgicale. — Saint-Louis (M. Devergie). Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau. — Traitement de la rage (suite et fin). — Nouvelles remarques sur l'emploi des pessaires médicamenteux dans certaines formes de maladies utérines. — Empoisonnement par le chlorure de barium. — Société de chirurgie, séance du 7 janvier. — Chronique et nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Quelques considérations sur les généralités de la clinique chirurgicale.

Avant d'entrer en matière, il m'a semblé utile de vous présenter quelques réflexions sur ce que l'on entend par *clinique*. Tous les jours on parle de clinique, mais on ne s'occupe pas de la signification, de la valeur du mot, et c'est là le point dont nous allons vous entretenir aujourd'hui.

Sous le nom de *clinique*, de médecine ou de chirurgie cliniques, on entend l'étude pratique et approfondie des maladies, les réflexions dont on l'accompagne.

L'étude clinique de la médecine et de la chirurgie est aussi utile à celui qui se consacre à l'art de guérir que l'anatomie pratique l'est à l'anatomiste théoricien. La chirurgie et la médecine, étudiées au lit du malade, complètent, dit-on, l'étude des sciences médicales. Je serais tenté de dire que toute la science est là. Le savoir et les connaissances positives ne peuvent prendre leur source que là. Je n'admets pas que l'étude matérielle de la pathologie puisse être rigoureusement définie : le complément de la pathologie interne ou externe. La description des maladies serait bien mieux comprise si elle était précédée de la vue du malade. L'étude de l'affection par l'examen attentif que fait l'élève au lit du malade se grave mieux dans son esprit, et lui permet de profiter de la lecture des auteurs classiques. Autre avis : le fait doit précéder la théorie, et rien ne peut remplacer ce travail mental, qui est le résumé de l'appréciation de tous les sens qui concourent à l'étude du diagnostic.

La clinique n'est pas le complément des connaissances acquises, et ce n'est pas par elle que l'on doit terminer les études médicales. Les sciences de fait et d'observation ne peuvent s'acquérir que par l'étude du fait lui-même.

Les études de cabinet, les livres ne peuvent donner une idée d'un sujet qu'autant que l'on a la preuve sous les yeux. Eût-on, par la lecture, une idée complète d'une chose, il est difficile de la reconnaître lorsqu'on la rencontre pour la première fois. Les symptômes des maladies sont si variés et si nombreux, leurs ressemblances sous certains points de vue sont telles, que la mémoire seule ne peut suffire pour permettre au commençant d'établir pour la première fois un diagnostic positif. C'est par l'observation que l'on arrive à la connaissance toujours longue du diagnostic. C'est par l'expérience attentive et longuement réfléchie que le chirurgien, comme le médecin, peut établir ce diagnostic et formuler des théories qui découlent naturellement de l'appréciation du fait. Il en est de cela comme des sciences chimiques et physiques. La mémoire serait impuissante à démêler le vrai du faux si l'application des uns ne venait aider à juger chaque fait et chaque doctrine. Le médecin serait incapable d'arriver à distinguer les maladies entre elles s'il ne prenait l'habitude d'établir par la vue, le toucher, etc., les différences qui les séparent.

La clinique n'est pas une science toute moderne. Il est évident que dans les premiers temps on a dû d'abord observer le fait brut en lui-même. L'art de guérir devait donc, dans le principe, consister purement dans l'étude empirique des maladies. On cherchait ce qui pouvait faire du bien, et on essayait de le distinguer de ce qui pouvait faire du mal. Ce furent là les premières méthodes thérapeutiques.

Cette science, consistant dans l'étude superficielle des malades, ne devait être l'apanage que de quelques familles qui possédaient plus ou moins le goût de l'observation, et qui, par spéculation ou par philanthropie, se vouaient au soulagement des malades.

L'expérience devait se transmettre, et pour tout précepte il est probable qu'on se faisait connaître ce que le temps avait appris à craindre dans de certaines circonstances et à espérer dans d'autres sous le rapport de la marche de la maladie et de l'emploi des moyens dont on faisait un usage habituel. Toute la science se réduisait alors à quelques sentences, à quelques règles d'observation, à la connaissance du fait, au résultat de la maladie. C'est ainsi que procédaient et les prédécesseurs d'Hippocrate, et Hippocrate lui-même.

Mais tout changea de face lorsqu'on put s'éclairer par la lecture des écrits de ce grand maître. Le point pratique fut remplacé par des discussions philosophiques et des théories spéculatives. Les successeurs d'Hippocrate se crurent en droit d'abandonner la route battue. On dédaigna l'observation d'autant plus volontiers, que l'on ne possédait alors aucun établissement où l'on pût enseigner la clinique. Ceux qui voulaient acquérir des connaissances pratiques étaient forcés d'accompagner le maître chez ses malades.

Depuis Hippocrate jusqu'aux Arabes, il n'est pas question d'enseignement clinique. Chez les Arabes seulement on trouve les premières traces de ces institutions. Dans tous les hôpitaux fondés par les mahométans d'Asie et d'Espagne, les médecins arabistes célèbres enseignaient la médecine en Occident ; les progrès de cette méthode d'instruction furent plus lents encore. Jusqu'au dix-septième siècle il ne se forma aucun établissement clinique, bien que l'on sentît déjà depuis longtemps le besoin de recueillir les leçons de l'expérience de la bouche d'un maître habile. Le célèbre professeur de Leyde faisait à ses élèves des leçons sur les malades qu'il traitait à son hôpital. On lui reprocha, à tort ou à raison, de n'avoir fait aucune mention, dans ses cours et dans ses livres, d'un enseignement du même genre qui aurait, dit-on, précédé le sien dans la ville d'Utrecht.

Au commencement du dix-huitième siècle, Boerrhaave donna une impulsion nouvelle à l'étude pratique des maladies. Cet exemple fut si fécond, que bientôt et par toute l'Europe s'élevèrent des cliniques qui favorisèrent singulièrement les progrès de l'étude de la médecine. Van-Swiëten, Dehaën, Stoll lui donnèrent un dernier et définitif élan.

Ce ne fut qu'en 1795 qu'en France l'enseignement clinique reçut une organisation spéciale. Dubois (de Rochefort) avait fait déjà cependant des leçons cliniques à la Charité. Mais c'est à Corvisart qu'appartient la gloire d'avoir professé publiquement et d'une manière régulière dans l'amphithéâtre d'un hôpital. De son côté, Pinel fit tous ses efforts, à la Salpêtrière, pour démontrer l'indispensable nécessité d'étudier les maladies au lit du patient sous l'influence d'un maître.

La chirurgie était encore privée de cet enseignement, et jusqu'à Desault on n'avait rien essayé dans ce genre, lorsqu'il entreprit d'appliquer à la chirurgie la même méthode d'instruction qu'à la médecine. Pourquoi cette partie de la science n'avait-elle pas reçu le même élan que la médecine proprement dite ? Croyait-on que le fait n'avait pas besoin de démonstration, ou pensait-on que la chirurgie ne méritait pas les mêmes soins, la même attention que la médecine ? Les leçons de Deschamps, de Boyer, de Pelletan, de Dupuytren ont démontré péremptoirement combien l'enseignement clinique était nécessaire à la chirurgie.

Nous sommes de ceux qui croient que l'étude clinique doit se faire depuis le commencement jusqu'à la fin de son séjour sur les bancs des Ecoles, et nous ne pensons pas, comme nous l'avons dit plus haut, que la clinique soit simplement le complément des études médicales ou chirurgicales. On ne saurait trop tôt se familiariser avec la vue, le contact des malades.

Nous n'avons pas à vous exposer ici la manière dont doit être faite une leçon de clinique chirurgicale. Vous le verrez bientôt lorsque nous aurons commencé nos conférences sur les sujets qui vont chaque jour passer sous vos yeux. Vous nous verrez nous enquérir des circonstances commémoratives de chaque individu, vous exposer les renseignements que nous aurons recueillis par l'interrogation, les phases de la maladie, l'état actuel, établir le diagnostic, discuter les diverses méthodes de traitement possible, et choisir enfin celui qui nous aura paru convenir le mieux au cas particulier qui nous occupera sur le moment.

Pas n'est besoin de vous dire quelle doit être la conduite que vous avez à tenir et dans les salles des hôpitaux et dans les amphithéâtres ; ce sont là de ces choses de tact que vous comprenez vous-mêmes sans qu'il soit nécessaire de vous les enseigner. Vous ferez voir aux malades tout l'intérêt que vous prenez à leurs souffrances ; par là, vous capterez leur confiance en même temps que vous remplirez un devoir d'humanité. Pour vous, attentifs pendant les leçons, aux paroles du professeur, vous ne distrairez pas son attention par des légèretés moins pardonnables ici que partout ailleurs. Pendant les opérations, votre regard ne quittera ni le chirurgien ni ses aides, de crainte de manquer un temps essentiel de l'opération, un mouvement important qu'il vous sera peut-être utile de vous rappeler lorsque plus tard, dans votre pratique, vous vous trouverez dans une circonstance semblable.

Si vous avez des obligations à remplir, le professeur n'en a pas de moins graves que vous. Il sera clair, concis, exact et non disert, sobre d'érudition. Autant que possible, et dans les cas importants, il ne parlera que d'un seul malade dont il vous exposera l'histoire avec précision et netteté. Dans les circonstances où il s'agira d'une épidémie, d'un phénomène lié à la constitution médicale, d'érysipèle, par exemple, de pourriture d'hôpital, sa leçon embrassera plusieurs histoires de malades dont il comparera entre elles les diverses particularités. Enfin, de temps en temps, une revue rétrospective tiendra l'élève au courant du mouvement des salles et des résultats obtenus par les diverses médications mises en usage sous ses yeux.

Je pourrais, à la rigueur, terminer ici ce que j'avais à vous dire des généralités de la clinique chirurgicale. Mais je veux cependant vous dire deux mots d'un point que l'on laisse, à mon avis, trop souvent dans l'ombre et qui a une grande importance : je veux parler des tempéraments. Vous nous entendrez souvent vous parler des tempéraments de nos malades, et vous verrez qu'on leur fait jouer en clinique un rôle bien souvent peu en rapport avec la structure même de l'individu qui en est le sujet. Chacun se répète machinalement, et on accorde à un malade tel ou tel tempérament que l'on fait cadrer en général avec les idées que l'on a sur la maladie que l'on s'occupe à combattre. Le lecteur doit accepter l'opinion de l'auteur, et à son tour il s'identifie avec elle. Cette manière de procéder me paraît vicieuse. Après avoir mûrement réfléchi au sens clinique que l'on peut donner à l'étude des tempéraments, j'ai fini par ne considérer ce mot que d'une manière secondaire et sans y attacher toute l'importance que l'on a voulu lui attribuer. Je préfère de beaucoup le mot constitution, moins vague, et qui n'implique pas, comme l'auteur pourrait le faire croire, une idée impossible d'appréciation rigoureuse des solides et des liquides de l'économie.

Un mot sur les diverses espèces de tempéraments.

Les anciens les divisaient en chaud, froid, sec et humide.

Stahl les fait dépendre de la proportion entre la consistance des fluides et le diamètre des vaisseaux.

Haller les explique par deux abstractions, force et irritabilité.

Bordeu avait dit que chaque sujet a ses organes prédominants, et qu'en les réduisant à certaines classes on trouverait peut-être ce que l'on cherche sous les tempéraments.

Hallé envisage les tempéraments comme des différences individuelles qui consistent dans la disproportion de volume et d'activité que présentent certaines parties du corps capables de modifier toute l'économie. Il distingue des tempéraments généraux et partiels ; les premiers sont fondés sur la prédominance relative des systèmes sanguin et lymphatique, sur les modifications du systèmes nerveux, sur le développement du système musculaire ; les autres sont caractérisés par l'état des systèmes généraux dans les diverses régions du corps ou par le mode d'action de certains organes.

Cabanis fait ressortir la relation des tempéraments avec les idées, les penchants et les habitudes.

Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, M. Hippolyte Royer Collard a fait intervenir dans l'étude des conditions matérielles des différences des tempéraments les connaissances récentes de la chimie et les révélations du microscope ; tout cela peut bien, à la vérité, tendre à fournir la raison intime des tempéraments, mais ne peut aider à les faire reconnaître.

La définition la plus satisfaisante me semble encore être celle de Hallé, à laquelle M. Royer-Collard a ajouté ce corollaire, à savoir : que le tempérament est un état universel de l'économie. Avant lui, M. Bégin avait appelé *tempérament* la variété organique la plus générale, et *idiosyncrasie* celle qui est plus restreinte et pour ainsi dire individuelle.

Quelle que soit la base de la classification que l'on adopte, nous pensons que l'on peut admettre trois tempéraments, le sanguin, le lymphatique, le nerveux. Que signifient ces tempéraments ? A notre avis, rien, absolument rien. Appellerez-vous tempérament sanguin celui de l'homme qui a une nutrition active et qui offrira une coloration prononcée de la face et de quelques parties du corps ? Cette turgescence veut-elle dire que la quantité de sang est en rapport avec l'innombrable quantité de vaisseaux qui sont répandus dans le corps, ou bien que le sang est disproportionné avec le nombre des vaisseaux qui le contiennent ? Comme il est impossible de juger à première vue ce que nous indiquons en ce moment, cela ne peut servir en aucune manière au praticien. J'en dirai autant des tempéraments nerveux, lymphatique, bilieux, dont la connaissance ne peut être d'aucune utilité dans l'état actuel de la science.

Si j'avais à admettre une classification des tempéraments, je préférerais celle qui a été proposée par un praticien habile et distingué, M. le docteur Thomas. M. Thomas admettait un tempérament crânien, un abdominal, un pectoral. Dans cette division, que nous ne craignons pas d'appeler hardie et lumineuse, M. Thomas avait pour but d'établir et de prouver que les viscères contenus dans les cavités splanchniques ont une influence dominante lorsque l'une ou l'autre de ces cavités avait une grande capacité, soit absolue, soit relative.

A. F.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Devergie.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* les nos des 6, 13, 20, 30 décembre et 10 janvier.)

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE LA MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE.

Toute maladie de la peau à l'état aigu réclame les antiphlogistiques pris tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; il faut en excepter les exanthèmes, dans lesquels l'évolution cutanée, étant toujours en rapport avec les prodromes qui la précèdent, n'est jugée qu'à la condition qu'elle sera parfaite et complète. Aussi, pour en favoriser le développement, fait-on exception à la règle que je pose en prescrivant des tisanes plus ou moins diaphorétiques.

On sait néanmoins qu'au début des varioles, par exemple, une saignée favorise quelquefois singulièrement une éruption qui semblait enrayée dans sa marche. Mais on doit user de ce moyen avec précaution, et seulement dans les cas où les prodromes ont une telle intensité qu'ils peuvent compromettre la vie des malades. On pourra, au lieu de la saignée, appliquer des sangsues à l'anus. En même temps on ordonnera quelques boissons acidules; mais, dès que l'éruption se sera franchement déclarée, on en viendra à la bourrache, au tilleul, à la violette.

Il est des maladies qui, quoiqu'à la période aiguë, et bien qu'elles ne soient pas de la classe des exanthèmes, excluent absolument les émissions sanguines; ce sont celles dont le développement reconnaît pour cause un *appauvrissement* du sang. Les circonstances qui amènent cette débilitation générale de l'économie sont principalement le chagrin, qui, en diminuant l'appétit, rend la nutrition incomplète; la mauvaise alimentation, un logement humide, malsain; l'excès de travail, la vieillesse. Les maladies qui doivent leur origine à ces influences sont le *rupia* et l'*ecthyma cachecticum.*

A part les maladies exanthématiques et les deux dont nous venons de parler, toutes les autres seront traitées à leur période aiguë par les antiphlogistiques purs, quelle que soit d'ailleurs la forme vésiculeuse, bulbeuse, papuleuse, pustuleuse.

Quand nous parlons des antiphlogistiques purs, nous ne voulons pas dire qu'on devra toujours employer les émissions sanguines, mais bien les émollients, les tempérants, etc. Les émissions sanguines ne trouveront leur application que chez les sujets jeunes, vigoureux, et lorsqu'il y aura une réaction générale. Souvent même dans ce cas les boissons rafraîchissantes et acidules, aidées du régime, suffiront pour faire tomber tous les phénomènes réactifs. C'est ce qu'on a pu observer chez le n° 1 de la salle Saint-Louis, qui était atteint d'un herpès phlycténoïde. On était sur le point de lui pratiquer une saignée, lorsque au bout de vingt-quatre heures tous les phénomènes généraux sont tombés sous l'influence seule de la tisane d'orge et de chiendent, et de la diète. Les maladies où la saignée se montre le plus souvent utile sont les ecthyma et les impétigo plus ou moins étendus qui se montrent au printemps et à l'automne.

Quels sont maintenant, parmi les divers agents de la médication antiphlogistique, ceux qui sont réclamés spécialement par chaque maladie cutanée en particulier?

Généralement tout ce qui est vésiculeux (herpès, eczéma, herpès phlyténoïde, pemphigus, rupia) se trouve à merveille de l'emploi des corps pulvérulents, dont le meilleur est l'amidon en poudre. Il en est de même de quelques inflammations érythémateuses ou érysipélateuses qui ont de la tendance à prendre un certain accroissement.

Les maladies squameuses, lichénoïdes, tuberculuses, se trouvent bien des corps gras, même dans l'état aigu. Ainsi le pityriasis, le psoriasis, les mentagres, les lupus, etc. C'est la graisse seule qu'on doit employer et non associée à des substances résolutives, car il s'agit icide la période aiguë de ces maladies.

La médication antiphlogistique pure sera continuée jusqu'à la période stationnaire de la maladie et jusqu'au moment où se montrent un commencement de résolution. C'est pour vouloir employer trop tôt les résolutifs qu'on éternise souvent les maladies cutanées, car l'excitation qu'ils produisent fait sans cesse reparaître la période aiguë de la maladie. Si l'on continuait suffisamment les émollients, l'eczéma, affection souvent si rebelle, se jugerait en trois semaines, un mois au plus, tandis qu'on le fait durer trois ou quatre mois. On ne devra commencer le traitement résolutif dans l'eczéma que lorsqu'on verra montrer des plaques écailleuses et qu'il ne se formera plus de sécrétion séreuse sous forme de plaie à la surface, la maladie ayant d'ailleurs cessé de s'étendre.

Lorsque l'état aigu d'une maladie cutanée est décidément tombé et que vous en venez à la médication résolutive, ne manquez pas d'y joindre les dérivatifs. Si, en outre, la maladie reconnaît une cause interne générale, prescrivez en même temps un traitement général. Supposons, par exemple, un jeune homme lymphatique, ayant eu deux ou trois ans de suite un impétigo à la figure, et toujours dans la même saison, ce qui est l'ordinaire. C'est, comme on le voit, une maladie très tenace; elle est cependant aiguë quand elle se montre, car il y a des phénomènes inflammatoires, formation abondante de pus, etc. On donnera d'abord des rafraîchissants pour calmer l'état aigu, et puis, comme cette maladie tient à la nature du tempérament et de la constitution, on soumettra le malade à un traitement interne modificateur de ce tempérament, en même temps que les agents résolutifs seront mis en usage. Au surplus, ce traitement général sera en rapport avec la nature de l'affection et de la cause qui a pu la produire; mais ce n'est jamais durant l'état aigu qu'il faut combattre cette cause.

Une précaution importante pour retirer des résolutifs tout le bénéfice qu'on peut attendre, c'est de mettre la qualité, la puissance résolutive, du médicament en rapport avec le degré d'acuité de la maladie. A mesure que celle-ci avance vers la guérison, l'énergie de l'agent médicamenteux doit augmenter. Ainsi, par exemple, on trouve pour l'oxyde de zinc, le tannin, des formules qui sont toujours les mêmes dans les formulaires; il en est de même des bains à l'alun, au sublimé, des lotions résolutives, etc. Il ne doit pas y avoir une seule et même formule pour chaque médicament. La dose de l'agent actif, le tannin, l'oxyde de zinc, etc., devra être plus faible par rapport à la même dose d'axonge quand on commence l'emploi des résolutifs, et on doit la rendre de plus en plus forte au fur et à mesure que la maladie approche vers la guérison; ainsi de suite pour les lotions, les bains, etc.. La partie s'habitue, en effet, peu à peu à l'action de l'agent médicamenteux, et celle-ci finit par devenir nulle.

Toutes les fois que vous emploierez un agent résolutif, de deux choses l'une: ou il produira une stimulation à la peau, ou son effet paraîtra nul. Dans le premier cas, cessez-le de suite; dans le second, continuez et augmentez-en progressivement l'activité. Cette stimulation, qu'on doit éviter dans tous les cas, sera annoncée par des picotements, un sentiment de brûlure que le malade accusera. Lors même qu'il vous dirait que ces excitations sont passagères, ne durant qu'un quart d'heure, cessez le résolutif pour y revenir plus tard; le moment n'est pas encore venu, car il reste un peu d'acuité: loin de retirer un bénéfice des résolutifs, vous augmenteriez ce reste d'état aigu et prolongeriez ainsi la durée de la maladie.

Nous avons dit précédemment que la médication dérivative devait marcher de front avec les résolutifs. C'est qu'en effet la répercussion d'une maladie cutanée peut entraîner les conséquences les plus graves, la mort même en très peu de temps. Un individu a une maladie de la peau; une portion plus ou moins grande de la surface de cet organe est depuis quelque temps le siége d'une sécrétion habituelle assez abondante. Un médecin inexpérimenté ou bien un charlatan cherche à tarir au plus vite cette sécrétion par des résolutifs. Or un matin, en arrivant auprès de son malade qu'il a laissé bien portant la veille, il le trouve oppressé, la figure anxieuse, les traits profondément altérés. Il se demande ce qui s'est passé; il examine et ne trouve plus la sécrétion cutanée: voilà tout. S'il ausculte la poitrine, il trouve un peu de tumulte dans les battements du cœur et des râles sibilants et muqueux dans la poitrine. Puis quelquefois, au bout de quarante-huit heures, le malade est emporté. Si le mouvement fluxionnaire supprimé ne se porte pas sur la poitrine, ce sera sur les intestins, et c'est alors qu'on verra le malade rendre par jour vingt-cinq, trente garde-robes liquides, séreuses, et mourir souvent d'épuisement.

Que faire en pareil cas? Ne pas s'exposer d'abord à voir ces accidents, et dans ce but user avec de grandes précautions de la médication résolutive. Si, nonobstant ces précautions, la maladie se répercute, on ne devra pas songer aux antiphlogistiques, car ils ne peuvent rien dans ce cas. Tous les efforts devront tendre à rappeler à la peau la sécrétion supprimée. Les excitants, les stimulants les plus prompts dans leurs effets seront mis en usage. On fera des frictions avec l'huile de croton tiglium sur la partie malade, moyen héroïque en pareil cas, car il produit, même sur la peau saine, une éruption vésiculeuse sécrétante; des sinapismes seront promenés sur la poitrine, des vésicatoires ammoniacaux appliqués aux extrémités. On donnera en même temps les sudorifiques à l'intérieur.

Une chose remarquable, c'est que certaines maladies, quoique non sécrétantes, peuvent par leur suppression brusque amener des accidents métastatiques aussi graves que ceux des maladies avec sécrétion. Le pityriasis rubra aigu est dans ce cas; on a pu en voir un fâcheux exemple chez le n° 74 de la salle Saint-Louis, lequel a été pris d'une diarrhée que rien ne pouvait arrêter, cet accident étant la suite d'un refroidissement du malade.

Le lichen, le psoriasis et même le prurigo peuvent être rangés dans la même catégorie. Qu'est-il besoin enfin de citer la gale? Chacun de nous a pu observer quelques cas de fâcheux accidents survenus à la suite d'une gale trop promptement disparue. Que d'affections organiques attribuées par les malades à une gale *rentrée!* Et si cette opinion vulgaire, contre laquelle s'est élevée si fort une certaine école, ne doit pas être acceptée dans tous les cas, nul doute cependant qu'elle ne soit fondée dans un grand nombre. C'est qu'en effet, dans les maladies cutanées chroniques qui s'accompagnent de démangeaison, l'habitude qu'a prise le malade de se gratter régulièrement tous les jours a rendu cette excitation cutanée aussi nécessaire à l'économie qu'une sécrétion, qu'un cautère.

Il faut donc se garder, suivant nous, de suivre la pratique de quelques médecins qui s'attachent à guérir la gale dans le plus court espace de temps possible. Traitez, au contraire, avec une sage lenteur les gales suppurantes, les gales canines anciennes. Opérez une révulsion continue sur le tube intestinal par des purgatifs répétés, afin d'habituer peu à peu l'économie à se passer de ces frottements habituels sans danger de répercussion.

Les purgatifs sont l'agent principal de la médication dérivative. Cette médication aura d'autant plus de succès que le malade sera antérieurement plus constipé. Si le canal intestinal est délicat, usez de précautions. Abstenez-vous des purgatifs pendant les épidémies de diarrhée, de choléra; car vous disposeriez vos malades à contracter ces affections. Traitez alors avec plus de lenteur la maladie cutanée par les moyens appropriés, de manière à ne la supprimer qu'à la longue, et, si je puis ainsi parler, sans que l'économie s'en aperçoive.

TRAITEMENT DE LA RAGE.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

Traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles;

Par M. DEZANNEAU, docteur en médecine à Montrevault.

Commissaires : MM. Barthélemy, Bouley jeune et RENAULT, rapporteur.)

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 15 et 17 janvier).

Pour ne pas jeter de confusion dans ces calculs proportionnels et conserver aux résultats leur valeur propre, il importe de faire deux séries des faits sur lesquels ils ont été établis.

Dans une première série se trouvent les cas de morsures accidentelles faites, comme cela a lieu tous les jours, par des chiens enragés ou suspects de l'être, à des chiens ou à d'autres animaux que leurs propriétaires ou la police envoient ensuite à Alfort pour y rester en observation. On voit que les résultats des calculs faits sur les animaux de cette catégorie pourront s'appliquer jusqu'à un certain point aux observations faites sur l'espèce humaine, puisque c'est ordinairement dans des circonstances semblables que sont mordues les personnes qui font l'objet des observations rapportées par les médecins de l'homme.

Voici, relativement aux faits de cette première série, les résultats de mes recherches sur l'espèce canine :

Dans la période décennale de 1827 à 1837, sur 224 chiens amenés aux hôpitaux de l'Ecole après avoir été mordus dans les rues par des chiens enragés ou regardés comme tels, et qui y sont restés plus de deux mois en observation sans avoir subi aucun traitement :

74 (le tiers à peu près) sont devenus enragés;

130 (les deux tiers) n'ont rien éprouvé.

Mais on conçoit, au point de vue scientifique, que ces chiffres ne sauraient donner la mesure d'activité ou de puissance du virus rabique en ce sens :

1° Que la certitude de l'existence de la rage sur les chiens qui ont mordu n'a pas toujours existé;

2° Que la trace des morsures n'a pas toujours été recherchée et reconnue sur tous les chiens déposés à l'Ecole, et que dès lors il n'est pas démontré qu'ils aient été mordus;

3° Qu'ils ont pu être mordus dans des régions où l'abondance des poils aurait empêché la salive de pénétrer jusqu'à la plaie

C'est pourquoi, pour avoir sur ce point des éléments plus rigoureux, j'ai fait un relevé proportionnel semblable sur une seconde série de faits que je vais faire connaître et dans lesquels ne se trouvent pas ces causes d'incertitude et d'erreur.

Voici ce que j'ai constaté :

Depuis 1830 jusqu'à aujourd'hui, à des époques différentes et dans des vues diverses, tantôt j'ai fait mordre à plusieurs reprises par des chiens complétement enragés que j'avais sous les yeux et sur des parties où la peau est fine et dépourvue de poils des chiens ou des herbivores; tantôt j'ai puisé dans la gueule de ces chiens enragés, au moment de leurs plus forts accès, une certaine quantité de salive, que j'ai inoculée sur plusieurs régions sous l'épiderme d'autres animaux.

99 individus (chiens, chevaux ou moutons) ont été ainsi mordus ou inoculés. Sur ce nombre, 67 sont devenus enragés; les 32 autres, restés en observation pendant plus de cent jours, n'ont rien éprouvé.

Ainsi, dans ces cas où se sont trouvées réunies toutes les conditions favorables à la transmission, le nombre des individus mordus ou inoculés est à celui des individus qui ont contracté la rage : : 4 : 3 : c'est-à-dire que les trois quarts des animaux soumis à des expériences sont devenus enragés, et qu'un quart, sans avoir été soumis à aucun traitement ou régime préventif quelconque, a échappé à la rage.

Dans le but de contrôler ces résultats, qui me paraissent d'un grand intérêt, j'ai consulté les professeurs de clinique des deux autres écoles vétérinaires de France pour connaître les remarques, observations ou expériences qu'ils auraient pu faire sur ce point, et voici ce que j'ai appris :

D'après des relevés faits sur les registres de l'Ecole de Lyon, M. le professeur Rey a établi que les proportions des animaux mordus accidentellement dans les rues et mis en observation à l'Ecole est, par rapport à ceux qui deviennent enragés :

Pour les chiens : : 5 : 1;

Pour les chevaux : : 4 : 1.

Pour les animaux qu'on a fait mordre expérimentalement ou qu'on a inoculés, le rapport est semblable à celui que j'ai constaté à Alfort.

A l'Ecole de Toulouse, M. le professeur Lafosse n'a pu me donner que le résultat de 16 observations ayant trait à des animaux mordus accidentellement et sur lesquels les morsures avaient été bien constatées.

Sur 16 animaux (chiens, bêtes bovines ou chevaux) qui ont été mordus, 5 seulement, un peu moins du tiers, sont devenus enragés.

Cette proportion est, comme on le voit, à peu près la même que celles constatées dans les mêmes circonstances à Lyon et à Alfort.

Voici maintenant ce qui a été observé à la clinique de l'Ecole vétérinaire de Berlin par le savant professeur Hertwig :

Sur 137 chiens mordus dans les rues de la ville et amenés aux hôpitaux de l'Ecole de 1823 à 1827 pour y être mis en surveillance, 16 seulement sont devenus enragés; 121 n'ont rien éprouvé : c'est-à-dire que le nombre des chiens qui sont devenus enragés a été, avec le nombre de ceux qui ont été mordus, à peu près dans le rapport de 8 à 1 : un huitième seulement a contracté la rage.

Sur 25 chiens qu'il a fait mordre expérimentalement ou qu'il a inoculés avec de la salive recueillie sur des chiens enragés pendant leurs accès, 10 sont devenus enragés, 15 n'ont éprouvé aucun accident.

On voit qu'à Berlin le nombre des cas où la rage s'est développée dans l'une et l'autre catégorie a été sensiblement moindre qu'à Alfort, Lyon et Toulouse.

Peut-être, mais ce n'est là qu'une supposition que j'exprime, cette circonstance tient-elle à la différence des conditions climatériques.

Quoi qu'il en soit, il résulte évidemment de ces observations faites dans des lieux divers, par différents observateurs et à des époques qui ne sont pas les mêmes, que, à prendre les choses au pire, les deux tiers au moins des individus mordus accidentellement par des chiens de rue enragés ou supposés enragés échappent à la rage même sans aucun traitement.

Il en résulte également, toujours en prenant la proportion la plus forte parmi celles qui ont été constatées, que, dans les circonstances les plus favorables à la transmission, c'est-à-dire quand de la salive de chiens manifestement enragés a été déposée par morsure à nu ou par inoculation dans des

plaies d'autres animaux, le tiers au moins de ces derniers abandonnés à eux-mêmes ne contracte pas la maladie.

Or ce sont là des faits considérables pour l'étude de la rage, dans les rapports surtout avec le point que nous examinons en ce moment.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que cette moyenne des résultats obtenus sur un grand nombre d'observations se représenterait pour les conséquences qu'on serait appelé à constater des morsures de chaque chien enragé ; car, et c'est là un fait que j'ai noté bien des fois et dont je crois avoir trouvé la raison, il arrive souvent que tel chien bien évidemment enragé mord un certain nombre d'autres animaux ou fournit de la salive pour les inoculer, et que, sur ce nombre, le 1/6ᵉ ou le 1/7ᵉ seulement contracte la rage ; tandis que, à la suite de morsures ou inoculations de la salive de tel autre chien qui paraîtra dans les mêmes conditions maladives, morsures ou inoculations faites aux mêmes régions, presque tous les individus mordus ou inoculés (les 5/6ᵉ ou les 6/7ᵉ, par exemple) deviendront enragés.

Enfin, il me paraît utile de faire encore une remarque d'observation relativement aux circonstances qui influent sur le plus ou le moins de danger de développement de la rage à la suite de morsures d'animaux enragés : c'est que, en général, il est reconnu que les morsures faites par les loups sont plus souvent suivies de la rage que celles faites par les chiens. Ainsi, sur 254 personnes mordues par des loups, dont j'ai relevé avec soin les observations dans différents auteurs qui les ont consignées, 164, c'est-à-dire les deux tiers à peu près, seraient devenues enragées. Or, nous avons vu que, à la suite des morsures accidentelles faites par les chiens, cette proportion n'était que d'un tiers. Cela tiendrait-il à ce que, sur le loup, la rage serait souvent spontanée? ou bien, ce qui est fort remarquable, à ce que ces animaux mordent presque toujours leurs victimes au visage, au cou ou sur la tête? Il est possible que ces deux circonstances influent sur le résultat que je viens de signaler.

Que si maintenant nous nous servons des données qui précèdent pour apprécier la valeur, au point de vue de la prophylactique, des observations considérées et citées comme démontrant le mieux l'efficacité préservative du mercure, nous voyons :

1° Que le nombre de ces observations se trouve singulièrement réduit, si on en retranche toutes celles où l'existence de la rage n'a pas été suffisamment constatée sur les animaux qui ont fait les morsures, et celles où il est évident que du virus n'a pu être déposé dans les plaies des individus présentés comme préservés ;

2° Qu'en admettant comme parfaitement vrai et exact le nombre des individus considérés comme préservés après avoir été soumis au traitement mercuriel, on trouve que, dans celles de ces observations qui ont eu le plus de retentissement et qu'on a considérées comme les plus probantes, le chiffre des personnes préservées se trouve être précisément, avec celui des personnes mordues, dans le rapport de 2 à 3. En effet, à la suite du traitement de Senlis, qui a été tant célébré, sur 15 personnes mordues par un chien, 5 (le tiers) sont mortes de la rage et 10 ont été sauvées.

La proportion des personnes préservées a encore été moins forte entre les mains de M. Blais, qui, lui aussi, nous l'avons dit plus haut, a mis en usage le traitement de Lassonne qu'on avait employé à Senlis. Sur 11 personnes qu'il a traitées, 5 sont mortes de la rage ; 6 seulement en ont été préservées.

Je cite ces deux séries d'observations, parce que ce sont elles qui ont été recueillies avec le plus d'authenticité, qui ont le plus occupé les médecins et le public de l'époque, et qu'on a invoquées comme un argument principal et décisif dans tous les ouvrages où l'on a préconisé la vertu préservatrice des frictions mercurielles.

Or, que prouvent-elles, sinon que, dans ces résultats de Senlis et de Cluny présentés comme si heureux et si favorables au traitement mercuriel, le chiffre des préservations a été, à Senlis, exactement le même que celui qui se produit quand les individus mordus ne sont soumis à aucun traitement, et que, à Cluny, la proportion de ceux devenus enragés a été de beaucoup plus forte?

Mais nous n'avons pas encore épuisé la question.

Pour qu'on fût fondé à reporter au mercure les bons effets, si bons effets il y a, des traitements mercuriels dont nous avons parlé, il faudrait que, dans ces traitements, on n'eût jamais associé à ce médicament, ou employé en même temps que lui, d'autres moyens qui, eux aussi, sont considérés par beaucoup de praticiens comme préservatifs de la rage. Or, il est peu d'observations, parmi toutes celles invoquées en faveur des frictions mercurielles, dans lesquelles il ne soit dit que, avant de les employer, on a *lotionné*, fait *saigner* plus ou moins abondamment, ou même, et surtout, *cautérisé* les plaies ; où il ne soit dit aussi qu'en même temps qu'on frictionnait le malade avec de l'onguent mercuriel, on entretenait la *suppuration* sur les plaies au moyen de vésicants plus ou moins énergiques, et on lui administrait soit du *camphre*, soit de l'*opium*, soit du *musc*, soit des *purgatifs*, etc...

Que dit de Sauvages, par exemple, que nous avons cité comme un des partisans les plus déclarés des frictions mercurielles?

« La prudence veut qu'on pratique, selon l'art, l'*amputa-*
» *tion au-dessus des plaies* des membres mordus jusqu'à ce
» qu'un plus grand nombre d'expériences ait constaté l'effi-
» cacité des remèdes curatifs et préservatifs dont nous parle-
» rons tout à l'heure. »

Que conseille Ehrmann, dont nous avons fait connaître l'opinion si favorable aux frictions?

D'abord, de « BRULER la plaie pour la faire *suppurer*, puis
» de la *scarifier* et de la couvrir d'un vaste emplâtre *vésica-*
» *toire*; puis de faire prendre souvent des *bains tièdes ;* et,
» si le malade est sanguin, de lui faire des *saignéee géné-*
» *rales*, etc. »

Que prescrit M. de Lassonne, dont l'application de la méthode a été si souvent indiquée en faveur des bons effets des mercuriaux?

« Des *lotions* souvent répétées sur la plaie, des *scarifications* profondes et l'*excision* des lambeaux si la plaie est déclive ; *la cautérisation actuelle* surtout, qu'il regarde comme *bien préférable* à tous les autres moyens, si le blessé avait le courage de l'endurer. Des *bains tièdes* et des *lavements laxatifs ;* puis enfin des *frictions mercurielles*. Il recommande aussi de faire *suppurer* les plaies. »

Dès lors, pourquoi attribuerait-on l'effet préservatif aux frictions, plutôt qu'à tel ou tel des autres moyens employés? Est-ce que notamment les scarifications des plaies avec ou sans aspiration du sang par des ventouses; est-ce que leur longue suppuration ; est-ce que certaines poudres vésicantes ou fortement diurétiques, comme celle de cantharides ou du meloë proscarabeus ; est-ce que le musc, le camphre; est-ce que la méthode purgative, etc., n'ont pas été tour à tour vantés comme suffisant seuls à prévenir la rage? Est-ce que la cautérisation n'a pas, à toutes les époques, dans l'opinion du plus grand nombre des praticiens, depuis Galien et tous les médecins grecs jusqu'à nos jours, été considérée comme le préservatif par excellence?

Que reste-t-il donc, après ces considérations, de tout ce qui a été dit et écrit de l'évidence et en quelque sorte de la spécificité d'action préservatrice qu'exerceraient les frictions mercurielles dans les cas de morsures par des animaux enragés? On le voit, rien ou bien peu de chose.

Est-ce à dire que nous voulions nier absolument que le mercure puisse être utilement employé, soit seul, soit associé à d'autres moyens de traitement dans ces graves occurrences? Telle n'est pas assurément notre pensée, et tel n'a pas été notre but. Nous ne nous sommes proposé qu'une chose dans cette discussion, c'est d'établir qu'il est loin d'être aussi clairement démontré qu'on l'a prétendu que les frictions mercurielles aient dans l'espèce une vertu particulière de préservation contre le virus rabique inoculé.

En cet état de la question, pouvons-nous regarder les observations de M. Dezanneau comme propres à l'éclairer d'un nouveau jour? Nous ne le pensons pas, et l'Académie sera probablement de notre avis, quand elle se rappellera :

1° Que l'existence de la rage sur le loup qui a occasionné les accidents rapportés par ce médecin n'a pas été assez positivement établie ;

2° Que, sur les quatre personnes mordues par cet animal, une est morte pour n'avoir pas assez longtemps, il est vrai, fait usage des frictions mercurielles ;

3° Que les trois qui ont été considérées comme préservées avaient préalablement, et peu d'heures après leurs morsures, été cautérisées ;

4° Que d'ailleurs parmi ces dernières,

L'une, Guiet, n'a eu de morsures faites à nu que deux très petites blessures au doigt, lesquelles ont *saigné* abondamment aussitôt après l'accident ;

L'autre, la femme Tennier, n'a également eu qu'une blessure grave, celle qui lui a été faite à travers les cheveux, laquelle, avant d'être cautérisée, a été immédiatement le siége d'une *hémorrhagie considérable*.

Quoi qu'il en soit, l'Académie doit savoir gré à M. Dezanneau de ses efforts pour arriver à éclairer une question de médecine aussi grave que celle de la prophylaxie de la rage. Et pour cette raison, votre commission vous propose de lui adresser une lettre de remercîments et de déposer honorablement son mémoire dans vos archives.

NOUVELLES REMARQUES

sur l'emploi des pessaires médicamenteux dans certaines formes de maladies utérines.

Nous avons appelé l'attention de nos lecteurs, il y a quelques années, sur l'emploi des pessaires médicamenteux dont les anciens faisaient un grand usage, et que M. le professeur Simpson a fait revivre en en modifiant la composition suivant les indications que l'on se propose de remplir. Nous voyons avec peine que l'emploi de médicaments aussi utiles ne se généralise pas, et que les praticiens négligent un ordre de moyens qui serait de nature à leur rendre surtout de grands services dans les cas où il existe des phénomènes douloureux vers l'appareil génital. Sous le nom d'irritation de l'ovaire, on a décrit récemment en Angleterre, et M. Tilt avait décrit également, sous le nom d'ovarite sub-aiguë, une affection assez mal caractérisée, et qui consiste en des douleurs souvent très vives, revenant ordinairement par accès, ayant pour siége l'une ou l'autre des régions inguinales ou iliaques, toutes deux même dans certains cas, et augmentant considérablement par la station debout et par la marche, sans qu'on trouve, soit dans l'utérus, soit dans le ligament large, rien qui puisse en rendre compte.

Ces douleurs, qui ont bien plus de rapports avec des accidents névralgiques qu'avec une irritation véritable, résistent souvent aux sangsues, surtout chez les femmes faibles et délicates, qui s'en trouvent assez mal, cèdent plus facilement aux vésicatoires *loco dolenti* et aux lavements laudanisés ; mais, d'après M. Churchill, le moyen qui réussit le mieux, c'est l'introduction dans le vagin, avec le spéculum et en contact avec le col de l'utérus, d'un pessaire médicamenteux, en forme de grosse bille, préparé avec :

Opium.	10 centigrammes.
Cire blanche. . . .	2 grammes.
Axonge.	6 —

Le soulagement, dit M. Churchill, est très rapide et le plus souvent complet; dans les cas même où la douleur reparaît quelques jours après, une seconde application en fait justice; la sensibilité disparaît avec les douleurs. Depuis qu'il fait usage de ces pessaires, M. Churchill a renoncé aux sangsues et aux vésicatoires; il dit s'en être bien trouvé aussi dans les cas de dysménorrhée, en les appliquant la veille ou l'avant-veille du jour où les règles sont attendues.

(*Dublin Journ. of medicine* et *Bull. de thérap.*)

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORURE DE BARIUM,

Par le docteur C. WOLF.

Un étudiant en médecine qui croyait avoir pris trois cuillerées de sulfate de magnésie fut pris de coliques et de vomissements ; le pouls devint faible et irrégulier ; la langue conserva son état normal. Le docteur Wolf, appelé en cette circonstance, pensa d'abord qu'il avait affaire à un cas de choléra déterminé par le purgatif. Une demi-heure après l'ingestion du médicament, le patient avait les extrémités froides ; le pouls marquait 65 pulsations, il était irrégulier et faible; les mains et les pieds étaient abattus ; la paupière gauche était paralysée, la voix faible et les coliques continuelles. En examinant ce qui restait du prétendu sulfate de magnésie, le docteur Wolf reconnut que c'était du chlorure de barium. Il administra aussitôt de l'acide sulfurique et de l'huile de castor, et ce traitement ne tarda pas à faire disparaître les coliques ; mais le malade continua à éprouver une rétention d'urine qui nécessita de le sonder.

La prostration musculaire disparut bientôt, et au bont de trois jours le malade se trouva tout à fait rétabli. Il avait pris environ 12 grammes de sel.

Le docteur Wolf reconnut, du reste, la présence du poison dans les cendres des déjections. (*Journ. de Chimie méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 janvier 1852. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. DEBOUT rend compte du banquet offert à M. Ricord. Le bureau de la Société de chirurgie, convié trop tard à ce banquet, a vivement regretté de n'avoir pu s'y rendre. Parmi les toasts portés dans cette réunion de médecins et d'élèves, il en est un qu'il faut rappeler, c'est celui que le président du banquet, le docteur Costello, a porté à la Société de chirurgie.

Morts subites après l'accouchement.

M. ROBERT. Je désirerais adresser une question à M. Danyau, afin d'avoir une explication de quelques faits extraordinaires et malbeureux qui se sont passés dans ma clientèle, je veux parler de la mort subite après l'accouchement. Déjà, à trois reprises, j'ai été impressionné par ce fatal événement, et je serais heureux d'avoir des renseignements à cet égard.

Une jeune dame âgée de vingt-cinq ans, babitant ma maison, et déjà deux fois mère, fut conduite à Versailles, à cause des événements du mois dernier, pour y faire ses couches; elle était beureusement accouchée depuis neuf jours, sa santé était satisfaisante, lorsque tout à coup, étant assise sur son lit et disposée à prendre un repas, elle meurt subitement.

Déjà, ajoute M. Robert, j'avais vu deux faits semblables; une jeune femme primipare meurt au seizième jour dans son lit pendant qu'elle s'occupe de sa toilette; une autre dame au dixième jour, au moment où elle allait déjeûner, perd connaissance et meurt. Dans ces circonstances, ajoute M. Robert, la mort me paraît inexplicable, l'autopsie n'a point été faite, je serais beureux que M. Danyau voulût bien me donner les renseignements que sa grande pratique peut lui avoir donnés.

M. DANYAU. Les faits du genre de ceux que M. Robert vient de communiquer à la Société ne sont pas excessivement rares. Il s'en est présenté un, il y a peu d'années, dans la clientèle de M. le professeur Moreau, un aussi dans celle de M. le professeur P. Dubois, et un autre, dont les détails me sont moins connus, dans celle de notre regrettable confrère M. Baudelocque. J'en ai moi-même observé un dans ma propre clientèle et un second à la Maternité. Je dirai quelques mots de ces deux derniers.

Le premier cas est celui d'une dame que j'avais déjà accoucbée deux ans auparavant, et qui s'était, cette fois, très-bien rétablie, quoique l'accouchement eût été long, douloureux, et l'application du forceps nécessaire. La seconde grossesse n'offrit rien de remarquable ; l'accouchement fut prompt et facile, et les suites, jusqu'au vingtième jour, furent absolument exemptes d'accident. Ce jour-là, je l'avais vue vers dix heures et demie du matin. Elle était aussi bien que de coutume, mais inquiète de l'état de sa bellemère dont la vie était mise en danger par une pneumonie, et un peu tourmentée d'un écartement prononcé de la ligne blancbe, et de la crainte de conserver une saillie assez prononcée du ventre qui en était la conséquence. Sur ce dernier point je la calmai facilement, et de meilleures nouvelles lui ayant été transmises en cet instant, je la quittai vers onze beures dans l'état le plus satisfaisant. Un peu avant midi elle se fit habiller par sa garde, descendit de son lit, et à l'aide d'un bras passa dans une pièce voisine pour déjeûner. C'est là qu'elle avait reçu son beau-père, avec lequel elle avait causé quelques instants et qui venait de la quitter, lorsque, tout à coup, elle dit qu'elle se trouvait mal, qu'elle étouffait, qu'elle allait mourir, qu'il fallait aller chercher des médecins. On la transporta en toute hâte sur son lit. Elle était morte.

L'autopsie fut faite. Il n'y avait point d'air dans les vaisseaux, ni dans le cœur. Cet organe, un peu chargé de graisse, était parfaitement sain : parois, cavités, orifices, tout était à l'état normal. Il en était de même de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le péricarde était, dans quelques points, un peu plus vasculaire que de coutume, mais sain d'ailleurs; il renfermait deux à trois cuillerées de liquide limpide.

La malheureuse femme dont je viens de raconter l'histoire était une personne très impressionnable; quelques jours avant sa mort, elle avait eu une menace de syncope à la vue d'une chute dans laquelle sa fille, âgée de deux ans, avait failli se frapper la tête contre un meuble. Elle était très grasse pour une personne très jeune, montait difficilement et ne faisait pas une longue course sans éprouver un peu de dyspnée. J'ai noté que le cœur était chargé de graisse, et sous ce rapport, ce cas pourrait-être rapproché de ceux consignés dans un mémoire d'Oldbam sur la mort subite produite par la surcbage graisseuse et l'état gras du cœur. Parmi les faits très nombreux cités par Oldham, deux se rapportent à des femmes

mortes subitement en couches. Mais il s'en faut bien que cette cause puisse être invoquée pour tous les cas de mort subite observés dans l'état puerpéral, et rien de semblable ne fut constaté chez une femme qui, au mois de mars dernier, mourut subitement, à la Maternité, trente jours après son accouchement. Cette femme, dont la grossesse avait été bonne sous tous les rapports, qui était accouchée heureusement et facilement, était guérie d'accidents puerpéraux qui avaient nécessité son entrée à l'infirmerie, et devait bientôt quitter la maison. Le 16 mars, elle venait de remonter dans son lit; elle était sur son séant, lorsque tout à coup, elle tomba morte sur son oreiller. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin par notre interne M. Mailly, et, comme dans le premier cas que j'ai rapporté, on trouva tous les organes, le cœur et les gros vaisseaux en particulier, parfaitement sains. Il n'y avait point d'air dans les cavités du cœur.

Je n'aurais à répéter, pour les faits de MM. Moreau et Dubois, s'il m'était permis d'en donner ici le détail, que ce que je viens de dire sur ceux qui me sont propres; même instantanéité de la mort, mêmes résultats absolument négatifs à l'autopsie. Je crois que ceux recueillis par d'autres observateurs n'éclairent pas davantage la question. Ces morts subites, certainement liées à l'état puerpéral, ne semblent pouvoir être attribuées qu'à une syncope. Mais la cause de cette syncope, quelle est-elle? C'est ce qu'on ignore absolument. Aussi est-il, quant à présent, impossible de prévoir et de prévenir de semblables catastrophes. Au reste, les faits que M. Robert a fait connaître et ceux que je viens de communiquer à la Société doivent être distingués de ceux, imputables peut-être à l'introduction de l'air dans les veines utérines, où la mort a eu lieu immédiatement après l'accouchement. Nous n'avons voulu parler l'un et l'autre que de ces morts foudroyantes qui arrivent à une époque plus ou moins avancée des couches, et lorsque l'état parfaitement satisfaisant des femmes éloignait jusqu'à l'idée même d'un danger quelconque.

M. Robert ajoute que dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de l'état du sang chez les femmes enceintes; ne pourrait-on pas trouver dans un état chloro-anémique du sang une prédisposition à cette syncope finale? Dans les faits qu'il a cités, il croit se rappeler que les femmes étaient dans un état chlorotique apparent.

M. Danyau. Je ne sais jusqu'à quel point les modifications dans la composition du sang qui ont lieu pendant la grossesse, et qui produisent chez quelques femmes enceintes un état analogue à la chlorose, pourraient fournir l'explication des morts subites dans l'état puerpéral. Je puis assurer seulement qu'il n'y avait chez mes malades aucun caractère marqué de chlorose. Les syncopes ou les demi-syncopes ne sont pas rares pendant la grossesse. On les observe surtout vers le milieu, lors des premiers mouvements de l'enfant, et elles augmentent alors quand elles ont existé plus tôt. J'en ai vu beaucoup d'exemples, et dans un cas en particulier, où elles eurent lieu plus ou moins souvent dès le commencement, elles devinrent vers quatre mois et demi si fréquentes et si longues pendant quelque temps que la jeune femme chez laquelle elles se produisaient fut obligée de garder le lit pendant quelques semaines. Mais ces accidents sont purement incommodes et nullement dangereux, et je n'ai jamais vu rien de particulier survenir après l'accouchement aux femmes qui en avaient été plus ou moins tourmentées pendant la grossesse. Elles diffèrent donc absolument de ces syncopes terribles qui produisent subitement la mort des femmes récemment accouchées.

M. Boinet se demande si le fait d'être couché longtemps, ce qui, même chez les personnes en bonne santé, détermine des étourdissements, ne pourrait pas, chez des malades qui auraient perdu beaucoup de sang, jouer un rôle dans la production de la syncope mortelle.

Cas de nécrose étendue des os du crâne avec élimination de larges portions de ces os.

M. Larrey communique sous ce titre l'observation dont il avait précédemment donné un aperçu sommaire (*Gazette des Hôpitaux*, 14 octobre 1851), et qui a été publiée depuis par M. J. Drummond, député-inspecteur des hôpitaux de la marine anglaise, à l'hôpital Melville, de Chatbam. (*Médico-chirurgical Transactions*, vol. XXXIV.)

Voici la traduction de cette observation remarquable :

« Le sujet de la relation suivante montre toute l'étendue d'une maladie affectant les os du crâne (sans avoir en aucune façon porté préjudice à la santé générale ou aux fonctions cérébrales du malade). Peut-être ce cas n'a-t-il pas d'analogue et mérite-t-il d'être rapporté.

» Thomas Blackman, en 1845, était un matelot servant à bord du navire le *Mutine*, à Sierra-Leone, lorsqu'en tombant à terre, sur le bord d'une marche en pierre, il se fit une plaie contuse au cuir chevelu sur le côté gauche de l'os occipital. L'os ne parut pas avoir été lésé à cette époque.

» En octobre 1845, nous trouvâmes le blessé à l'hôpital naval de Plymouth, lorsque l'os était pour la première fois dénudé de son péricrâne dans une étendue considérable. Peu de temps après, il eut à souffrir l'atteinte d'une inflammation érysipélateuse, qui envahit la surface de la tête et de la face, et laissant à sa suite de nombreux dépôts purulents sous différentes parties du cuir chevelu. Le progrès de la nécrose devint plus évident, et dans divers points de la matière purulente fut observée suintant au-dessous des os malades; et, lorsqu'ils se trouvèrent séparés l'un de l'autre aux sutures coronale et temporale, les pulsations du cerveau furent distinctement visibles.

» En juillet 1846, le malade fut évacué sur l'hôpital Melville à Chatbam.

» Il est à peine nécessaire d'exposer les progrès de la maladie durant une période de six années; si ce n'est pour remarquer au delà que la surface de la tête eut à souffrir des atteintes répétées d'érysipèles souvent accompagnés de beaucoup d'excitation fébrile. La santé générale, cependant, ne parut à aucune époque très altérée; mais, comme prophylaxie contre les effets d'une irritation longtemps prolongée et d'une abondante suppuration, on crut à propos de prescrire au malade un régime analeptique en lui donnant avec mesure du vin ou de la bière.

» On fit l'observation, pendant les progrès soit de la carie, soit de la nécrose (car elles existaient ensemble), que la maladie attaquait en quelques points les deux tables de l'os simultanément; tandis que, dans d'autres, la table externe seulement se trouvait intéressée. Dans le premier cas, les os étaient séparés de la dure-mère dans de larges portions, lorsque, d'autre part, où la table externe étant seule atteinte, son élimination se faisait plus lentement, en plus petites portions, et parvenait plus distinctement à la terminaison de la carie.

» La maladie continue toujours à éliminer des portions du crâne, et on peut observer ici que, dans aucun point, il n'y a l'apparence du moindre travail de reproduction osseuse.

» En considérant l'aspect général de la tête, on observe que les téguments ont perdu leur position naturelle pour former certaines masses irrégulières, et que la nature a préservé la membrane fibreuse dénudée (par le dépôt de la lymphe et par la cicatrisation), à l'aide d'un tégument délicat et très vasculaire, à travers lequel les pulsations du cerveau sont distinctement reconnaissables. Un minutieux examen de la tête démontre que les portions suivantes du tissu osseux sont éliminées. Du côté droit, le frontal, le pariétal et la portion squameuse du temporal manquent dans une étendue de cinq pouces carrés; la totalité de l'occipital, jusqu'à un court espace auprès du grand trou, n'existe plus, sauf une portion du centre, de deux pouces carrés environ, qui est détachée, mobile, et en voie d'élimination. Une large portion du côté gauche du frontal, le pariétal et le temporal restent à présent fermes, mais dans un état morbide, comme cela est évident d'après de nombreuses ouvertures, déchargeant du pus d'une odeur fétide, et à travers lesquelles on peut reconnaître l'état de carie des os. Une portion de la face postérieure de chaque pariétal existe, comme une voûte mince, sur le vertex.

» Il est à peine admissible que ce malade puisse être assez heureux pour résister aux effets de la destruction complète de la totalité des os du crâne, qui, s'il vit, aura lieu tôt ou tard. Quant à présent, il est dans un état de santé robuste, éprouvant à peine un peu d'incommodité de l'étendue de la maladie. Il continue d'être traité dans cet hôpital.

» Deux modèles de ce cas, façonnés en cire avec un grand soin, ont été déposés, l'un à l'hôpital Haslar, l'autre au fort Pitt, à Chatam, et ils sont dignes de l'attention des hommes de l'art qui visitent ces établissements.

M. Larrey rappelle, en terminant, qu'il a vu le malade lui-même à Chatbam.

M. Lenoir, à l'occasion de l'observation présentée par M. Larrey, rapporte avoir rencontré déjà trois cas analogues de nécrose ou d'ablation traumatique de portions plus ou moins étendues des os qui constituent la voûte du crâne.

Un premier fait est relatif à un homme de cinquante à soixante ans, qui, étant tombé dans le feu à l'âge de trois ans, porte depuis cette époque, et sans aucun inconvénient pour sa santé générale, une large perte de substance à la région pariétale droite du crâne. Ce fut seulement l'an dernier, c'est-à-dire à l'âge de soixante ans, que la cicatrice qui était formée par le dure-mère se couvrit de tumeurs cancroïdes qui résistèrent à tous les moyens de traitement.

Le second fait est relatif à une femme de trente ans environ, qui, dans une tentative de suicide par le charbon, eut aussi une brûlure d'une certaine étendue de la partie postérieure du crâne, à laquelle elle succomba au bout de cinq mois, c'est-à-dire à une époque où déjà les portions d'os nécrosées se détachaient spontanément du reste du crâne. Je possède encore cette pièce, dans laquelle on trouve la partie la plus considérable de l'occipital et la partie postérieure des deux pariétaux détachés du reste de ces os, et perforées d'ouvertures par lesquelles sortait le pus accumulé entre les pièces d'os nécrosées et la surface de la dure-mère; il ne me paraît pas douteux que, si la malade avait pu survivre à cet accident, il ne se fût formé chez elle une élimination spontanée de tous les os frappés de brûlure, et consécutivement une cicatrice dont le fond répondrait à la dure-mère. Du reste, je me propose de montrer cette pièce anatomique à la Société dans une de ses prochaines séances.

Le troisième fait a pour sujet un jeune homme qui, pendant l'une des trois journées révolutionnaires de juillet 1830, reçut un coup de sabre sur la tête qui lui enleva une grande portion du pariétal gauche. A l'époque où il fut apporté à l'hôpital Beaujon, il avait été déjà pansé par un chirurgien militaire, qui avait cru devoir séparer la portion d'os enlevée par le coup de sabre d'avec le cuir chevelu, et qui avait recouvert la dure-mère mise à nu avec ce lambeau de cuir chevelu. Ce jeune homme guérit parfaitement de cette blessure, et depuis il porte une calotte de cuir bouilli qui protége la cicatrice et la perte de substance des os, au fond de laquelle on perçoit les soulèvements de la masse cérébrale isochrones aux battements du cœur.

M. Cullerier rappelle que son père a publié dans l'*Annuaire des Hôpitaux* une observation de nécrose syphilitique qui avait détruit toute l'étendue d'un des pariétaux; le malade vécut longues années avec cette perte de substance osseuse sans en éprouver jamais aucun accident.

M. Larrey apprécie tout l'intérêt des observations citées par MM. Lenoir et Cullerier comme pouvant se rapprocher du fait de M. Drummond, et il rappelle aussi que la chirurgie militaire a signalé des exemples d'ablation partielle ou étendue de la voûte du crâne, soit par des coups de sabre (le damas des Turcs, le yatagan des Arabes), soit même par des coups de feu, sans que la suite de ces grandes blessures ait toujours été mortelle; tandis que, dans le cas dont il vient de donner connaissance à la Société, la lésion traumatique, simple primitivement, fut suivie d'une série d'érysipèles d'une suppuration persistante et d'une nécrose dont l'élimination a duré déjà six années, sans que la santé du malade en ait jamais été sensiblement altérée.

C'est là certainement, ajoute M. Larrey, ce qui assigne au fait publié par M. Drummond tout l'intérêt d'un cas rare, sinon unique dans son genre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — La deuxième séance de l'épreuve orale, après vingt-quatre heures de préparation, a eu lieu aujourd'hui. Les questions échues aux divers candidats dans cette séance et dans la précédente étaient les suivantes :

M. Béclard. — Des vêtements.
M. Bouchardat. — Du lait.
M. Tardieu. — Des divers modes de chauffage.
M. Marchal (de Calvi). — Du pain.

Nous avons la douleur d'annoncer qu'une indisposition d'un caractère assez sérieux a obligé M. Orfila à garder le lit et à se retirer du concours.

— *Concours pour quatre places de médecins au bureau central des hôpitaux.* — Ce concours s'est terminé ce soir par la nomination de MM. Oulmont, Frémy, Moutard-Martin et Bergeron.

— La Société médico-chirurgicale de Bruges, qui s'occupe avec le zèle le plus louable et le plus intelligent du progrès des sciences médicales, vient de mettre les questions suivantes au concours pour 1852 :

Première question. — Faire connaître la topographie médicale d'un des arrondissements administratifs ou de l'un des cantons de la Flandre occidentale. (Les arrondissement de Furnes, Dixmude et Ostende exceptés.)

Le prix est de 300 fr.

Seconde question. — Cette question est laissée au choix des concurrents, pourvu qu'elle soit relative à l'art des accouchements.

Le prix, consistant en une *médaille de vermeil*, est institué par M. le docteur de Meyer, président de la Société.

Les mémoires en réponse aux questions de ce concours doivent parvenir, francs de port et dans les formes académiques, avant le 1er juillet 1852, à M. le docteur Wemaer, secrétaire de la Société.

— L'*Observateur médical de Courtray* annonce que la variole règne avec assez d'insentité dans cette ville.

— Sont désignés pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce les chirurgiens sous-aides dénommés ci-après, savoir :

MM. Valois, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides.
Dubosq, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides.
Miche, chirurgien sous-aide détaché aux Invalides.
Douillot, chirurgien sous-aide détaché aux Invalides.
Bagnol, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides.
Agostini, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides.
Jubé, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Roule.
Fleury, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Roule.
Marlier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou.
Paillon, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles.
Moullié, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles.
Pucelle, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille.

— M. le docteur E. Franquet, chirurgien de la marine, vient de rapporter sur la frégate à vapeur *l'Eldorado* le singe gigantesque connu sous le nom d'*homme des bois*. M. Franquet destine cet animal au Muséum de Paris, qui ne possède pas de sujets semblables. Il n'en existe dans aucun cabinet d'histoire naturelle. Il a 1 mètre 69 centimètres de hauteur.

Le Gérant, Le Soupd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 9. — JEUDI 22 JANVIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 9. — JEUDI 22 JANVIER 18[illegible]

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Leçon sur une variété non décrite de tumeur du voile du palais constituée par l'hypertrophie de l'une des glandules de la face antérieure de cet organe. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS (M. Chapel). Hémorrhagie utérine suivie de mort. — Académie de médecine, séance du 20 janvier. — Académie des sciences, séance du 19 janvier. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 21 JANVIER 1852.

Séances des Académies.

M. Chailly a fait hier sa véritable entrée à l'Académie; il a lu un rapport, non sur Mme Coquillard, comme on aurait pu s'y attendre, mais sur le travail d'un candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

Ceux dont les suffrages ont ouvert à l'honorable rapporteur les portes de l'Académie ont dû être satisfaits.

Pour notre compte, nous sommes heureux que la première remarque que nous ayons à faire sur M. Chailly soit un compliment: le jeune académicien est évidemment un homme perfectible. Autrefois, il parlait de l'*innocence* de l'accouchement prématuré; aujourd'hui il dit l'*innocuité*. C'est, à la vérité, le seul progrès que nous ayons constaté pour cette fois; mais si, à chaque nouveau rapport, M. Chailly réalise un progrès nouveau, il ne tardera pas à devenir un des hommes les plus considérables de la rue des Saints-Pères. Nous pensons qu'il ne ferait pas mal de faire porter son prochain perfectionnement sur la suppression des gants noirs, lesquels n'entrent pas habituellement dans la toilette d'un orateur à la tribune.

Voilà pour la forme.

Quant au fond, M. Chailly avait à apprécier un procédé nouveau imaginé par M. Félix Hatin pour appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur. La nouveauté de ce procédé consiste à n'employer qu'une main pour introduire les deux branches de l'instrument au lieu de se servir alternativement des deux mains. L'avantage que l'auteur trouve à ce procédé, c'est de permettre la terminaison de la manœuvre sans être obligé de sortir la main des parties génitales une fois qu'elle y est introduite, et de dispenser par conséquent de deux introductions successives. C'est à cette modification que M. Chailly a accordé sa haute approbation, et il l'a recommandée à tous ses confrères, après en avoir, a-t-il dit, usé lui-même *plusieurs fois.* Il suffira à tous les praticiens de simuler simplement le mouvement que doit exécuter, sans sortir de l'utérus, la main qui, après avoir servi de conducteur à une branche de forceps, veut encore guider la branche opposée, pour s'assurer que cette manœuvre est une sorte de tour de force, que tous les accoucheurs sérieux et vraiment habiles auront soin de bannir de leur pratique. Et encore dans quel cas propose-t-on cette étrange modification? Précisément dans les cas les plus difficiles de l'obstétrique, dans les applications de forceps au-dessus du détroit supérieur. C'est là ce qu'a admirablement exposé M. P. Dubois avec cette netteté, cette convenance, cette distinction de langage qui lui sont familières. M. Chailly a-t-il seulement compris les objections de M. Dubois? On en pourrait douter, d'après ses deux réponses, que nous voudrions pouvoir reproduire ici. Malheureusement ces réponses n'ont pas été faites par écrit, et nous devons renoncer à citer de M. de Chailly autre chose que ce qui est écrit. On pourrait d'autant plus nous accuser de le calomnier, que nous le citerions plus textuellement.

Après s'être étonnés des éloges donnés à la singulière manœuvre que nous venons de décrire, M. Dubois, ainsi que MM. Moreau et Velpeau se sont étonnés que M. Chailly eût eu l'occasion de la pratiquer plusieurs fois. « En effet, a ajouté M. Moreau, je n'ai pour mon compte trouvé l'occasion de faire l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur que quatre fois dans une pratique de quarante années. J'aurais donc désiré que M. Chailly eût déterminé rigoureusement dans son rapport les conditions qui lui paraissent exiger cette application. » Cela voulait dire, en termes très clairs, que M. Chailly avait probablement appliqué le forceps au détroit supérieur dans des cas où il aurait été permis de s'en dispenser. M. Chailly a compris cette objection, et s'est empressé d'y répondre en disant que les jeunes accoucheurs *qui pratiquent sur les malades inférieurs* trouvent plus fréquemment l'occasion d'appliquer le forceps, que les accoucheurs qui, comme M. Moreau, *tiennent le haut du pavé*, et qui ont des clientès d'une bonne constitution, ayant le bassin bien conformé. A quoi M. Moreau a répliqué qu'il n'avait pas toujours eu soixante-cinq ans; ce qui a paru notablement surprendre et déconcerter son honorable interlocuteur.

Après cette argumentation, la discussion s'est écartée de son but, malgré la louable tentative faite par M. Mêlier pour ramener les orateurs à la question. Quoique cette tentative n'ait pas eu le succès qu'elle méritait, nous engageons M. le président à persister dans cette voie : régler les discussions est un des plus grands services qu'un président puisse rendre à une assemblée. La discussion s'est donc égarée sur l'usage et l'abus du forceps, et ce qu'elle a produit de plus saillant, c'est une nouvelle sortie excentrique de M. Malgaigne, qui a tout simplement accusé les chirurgiens de la Clinique et de la Maternité d'être la cause de la mortalité considérable qui a lieu dans ces établissements. C'est en faisant un usage trop modéré du forceps, et en abandonnant les femmes aux soins des élèves, que MM. Moreau, Dubois et Danyau se rendent coupables de cette mortalité. Cette accusation une fois lancée, M. Malgaigne s'est éclipsé et s'est soustrait à la réplique que M. Dubois a eu la bonté de faire avec une extrême modération. Il s'est contenté d'apprendre à M. Malgaigne que, si les nouvelles accouchées de la Clinique et de la Maternité succombaient par défaut de soins, la mortalité exagérée aurait également lieu à toutes les époques de l'année, tandis qu'elle sévit, au contraire, par périodes, et qu'elle est évidemment produite par les influences épidémiques, que M. Malgaigne est peut-être le seul à ignorer. M. Dubois aurait pu ajouter que, si l'accusation de son bienveillant et judicieux confrère avait été fondée, la mortalité ne sévirait point sur les femmes dont l'accouchement est naturel et facile, et qui, par conséquent, peuvent se passer des secours de l'art, tandis que ces femmes succombent à peu près dans la même proportion que les autres. Mais le premier argument suffisait. M. Malgaigne n'attache pas lui-même à ses accusations plus d'importance qu'elles n'en méritent, et quoiqu'il les lance avec un grand fracas, il a du moins le bon esprit de se désister assez facilement.

A travers les apologues de M. Chailly et les sorties de M. Malgaigne, la séance est arrivée à sa fin. Il est à désirer qu'elle ne serve pas de modèle à celles qui suivront.

— L'Académie des sciences a reçu deux communications relatives à nos études. M. Ad. Bobierre s'est cru obligé, à propos des faits publiés par M. Reynoso, de rappeler à l'Académie qu'il croyait avoir démontré autrefois que les bons effets des inspirations de chlore dans la phthisie tenaient à ce que le chlore, par sa combinaison avec l'hydrogène, mettait à nu une certaine quantité d'oxygène qui agissait à l'état naissant sur l'acte de la respiration. Nous aurions préféré que M. Bobierre eût démontré d'abord que les effets des inspirations sont réellement bons. On aurait pu s'occuper ensuite de savoir comment et pourquoi ils sont bons.

M. Louis Orfila a lu un travail fort intéressant sur l'élimination de certains poisons. Nous le mettrons prochainement sous les yeux de nos lecteurs.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Leçon sur une variété non décrite de tumeur du voile du palais constituée par l'hypertrophie de l'une des glandules de la face antérieure de cet organe.

Recueillie par MM. Gaillet et Beauchet.

La communication d'un fait intéressant, présenté à la Société de chirurgie par M. Michon et à la Société anatomique par M. Denucé, nous engage à interrompre pour quelques jours l'histoire des tumeurs sanguines du bassin, afin de publier la remarquable leçon clinique faite par M. Nélaton sur un cas analogue à celui de M. Michon, et dans laquelle le savant professeur a tracé avec ce tact, cette précision, ce jugement qui le caractérisent l'histoire et le traitement d'une maladie non décrite avant lui et dont l'histoire se trouve cependant presque complète déjà.

Au n° 9 de la salle des hommes, vous avez pu voir un malade affecté d'une tumeur au voile du palais, que je me propose d'opérer ce matin sous vos yeux. Les tumeurs de cette espèce ne sont pas très fréquentes : c'est la seconde seulement que j'ai l'occasion d'observer. Comme leur diagnostic peut présenter quelques difficultés, comme leur nature spéciale les rend beaucoup moins dangereuses qu'on ne serait porté à le penser et surtout comme elles facilitent beaucoup leur extirpation, j'appellerai toute votre attention sur ce malade.

C'est un homme de trente-quatre ans, présentant toutes les apparences d'une bonne constitution et jouissant habituellement d'une excellente santé. Dès l'âge de quatorze ans, pour la première fois, il reconnut la présence d'une tumeur qui se développait à la partie postérieure de la bouche. Pendant longtemps, elle conserva le volume d'une noisette; elle était placée à la partie supérieure du voile du palais vers la ligne médiane.

J'ai insisté lors de l'examen du malade sur le siége précis affecté par la tumeur lors de son début. Pour le cas présent, cela n'avait pas une très grande importance; mais c'est un renseignement souvent fort utile lorsqu'il s'agit d'une tumeur dont il importe de préciser le siége et la nature, et qui souvent peut exercer une certaine influence sur le traitement. Permettez-moi une petite digression qui fera sentir l'importance de ce renseignement. Il y a peu de jours, un médecin de Meaux me présenta un malade porteur d'une tumeur pulsatile grosse comme les deux poings, située dans la région sus-claviculaire droite, entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien et le trapèze; il s'agissait d'un anévrisme; mais quelle artère en était le point de départ? Le tronc brachio-céphalique ou la sous-clavière? Et vous comprenez combien il importait pour le traitement de déterminer laquelle de ces deux opinions était vraie. Selon le médecin qui m'amenait ce malade, il s'agissait d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique. Mais dans ce cas la tumeur eût dû plutôt faire saillie dans l'intervalle des deux muscles sterno-mastoïdiens, à la région antérieure du cou. Pour éclairer la question, je tâchai de faire préciser au malade le siége primitif de l'affection, et j'appris que quelques années auparavant il avait vu se développer dans le creux sus-claviculaire une tumeur de la grosseur d'une aveline; à cette époque même, il consulta M. Marjolin pour des douleurs siégeant sur le trajet du plexus brachial. Ces deux circonstances relatives au début de la tumeur, aux douleurs particulières dont s'était plaint le malade me parurent suffisantes pour établir le diagnostic. Il s'agissait, en effet, d'un anévrisme de l'artère sous-clavière. Ainsi donc, lorsque vous aurez à examiner une tumeur qui aura pu éprouver une certaine migration, ayez soin de faire préciser le point dans lequel elle aura paru tout d'abord.

Pour en revenir à notre malade, la tumeur a paru d'abord sur le côté de la saillie médiane du voile du palais; puis elle s'est développée graduellement, peu à peu, et, à mesure qu'elle formait sur la face antérieure de l'organe un relief plus considérable, elle s'est reportée plus en dehors vers le pilier antérieur de cet organe. Dans les derniers temps qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital, le développement de la tumeur aurait été un peu plus rapide que par le passé, et c'est surtout à cause de ce développement plus rapide qu'il se décida, d'après les conseils de son médecin, à entrer à l'hôpital, avant-hier 12 novembre, pour s'en faire débarrasser.

Voici du reste dans quel état il se trouve :

Il n'existe à l'extérieur de la bouche aucune tumeur, aucune difformité; si vous lui faites ouvrir la bouche largement, vous voyez sur la moitié gauche du voile du palais une tumeur qui fait, à la face antérieure de cet organe, une saillie allongée, à grosse extrémité tournée en bas, que l'on peut comparer à celle que déterminerait un œuf coupé par moitié suivant son plus grand diamètre. Elle adhère intimement au voile du palais, est mobile et fait corps avec lui; ce que l'on juge facilement si l'on engage le malade à faire un mouvement de déglutition, la bouche légèrement ouverte, de manière que le regard puisse plonger dans le fond de la bouche. C'est une manœuvre un peu gênante, mais que le malade exécute assez facilement en raison de la grande habitude qu'il en a. Du reste, si l'on touche avec le doigt la face antérieure de l'organe, ou si, recourbant l'indicateur en crochet, on le fait passer derrière le voile du palais en même temps que l'on juge de la consistance de la tumeur, on acquiert la conviction qu'elle est entièrement limitée à cet organe, car le doigt en limite facilement toute la circonférence. On sent, de plus, qu'elle ne fait aucune saillie à la face postérieure du voile du palais, qui est lisse et complétement libre à gauche aussi bien qu'à droite. Nous avons pu nous assurer de cette disposition favorable par une autre manœuvre non moins concluante : nous avons introduit dans la fosse nasale gauche une sonde recourbée; nous l'avons trouvée parfaitement libre, et, faisant mouvoir l'extrémité recourbée de la sonde, nous avons pu nous convaincre que les arrière-narines et la face postérieure du voile étaient parfaitement libres. Quant à la consistance, cette tumeur est solide et même d'une dureté assez considérable, rappelant celle de

certaines tumeurs fibreuses ou des ganglions lymphatiques atteints d'inflammation chronique.

La coloration de la muqueuse qui la recouvre est un peu plus prononcée que dans les parties circonvoisines; elle y est plus lisse et paraît un peu distendue. Vers la partie la plus saillante, on remarque une veine un peu volumineuse, légèrement variqueuse, qui se dirige dans le sens longitudinal de cette tumeur. Cette muqueuse, du reste, n'est nullement altérée; elle est mobile et glisse facilement à la surface de la tumeur; il est facile de la pincer, d'y déterminer des rides, symptôme fort important pour le diagnostic et pour le manuel opératoire que nous comptons employer dans ce cas. Ajoutons que la pression exercée sur cette tumeur n'est nullement douloureuse, que jamais le malade n'y a ressenti de douleurs spontanées, lancinantes ou autres, que jamais non plus il n'y a ressenti de battements. Les fonctions de la partie affectée sont un peu gênées; ainsi la déglutition des solides s'accomplit facilement; mais celle des liquides est telle que souvent il passe un peu de liquide dans les fosses nasales ou même dans le larynx, d'où des efforts d'éternument. Quant à la parole, elle est un peu sourde, voilée et possède souvent un timbre nasonné.

Répétons, enfin, que l'état général est excellent, que rien dans l'état extérieur du malade n'indique une altération profonde de la constitution; que, dans les régions sous-maxillaire et parotidienne, il nous a été impossible de découvrir aucun ganglion engorgé.

Ces symptômes énoncés, essayons de déterminer quelle est la nature de cette tumeur.

Elle est dure et solide, avons-nous dit; cette consistance éloigne donc complétement l'idée d'abcès ou de kyste que l'on pourrait, il est vrai, rencontrer dans cette région.

Mais s'agit-il d'une tumeur cancéreuse? Nous ne le pensons pas, et nous allons en donner les raisons: il faut d'abord tenir compte de l'ancienneté de la tumeur. Or, il y a près de vingt ans que notre malade porte celle dont il est atteint. Le cancer a rarement une marche graduelle et régulière, comme celle de notre malade; ses limites ne sont pas aussi nettes, aussi franches; la peau, ou la muqueuse qui les recouvre, présente un développement variqueux beaucoup plus prononcé que dans le cas présent. Ces tumeurs sont le siége de douleurs lancinantes très vives, qui souvent tourmentent horriblement les malades et ne leur laissent pas un moment de repos; elles ne sont pas constantes, il est vrai, mais elles manquent rarement. Ajoutons un signe qui existe constamment dans les cancers anciens à marche lente, c'est l'engorgement des ganglions voisins, et souvent des organes intérieurs; c'est une altération profonde de la nutrition qui amène cet état d'affaiblissement connu sous le nom de *cachexie cancéreuse*. Or, tout cela manque entièrement chez notre malade. De plus, s'il s'agissait d'un squirrhe, la muqueuse, depuis longtemps, serait adhérente à la tumeur; car, de toutes les variétés du cancer, le squirrhe est celle qui détermine le plus vite l'adhérence aux téguments, peau ou muqueuse, et par suite l'ulcération. Or, la muqueuse est très mobile à la surface de la tumeur, chez notre malade. S'il s'agissait d'une encéphaloïde, la tumeur n'aurait pas la consistance ferme qui lui appartient, elle présenterait, au contraire, une certaine mollesse, souvent même une fausse fluctuation. Il ne s'agit donc nullement, dans le cas présent, d'une tumeur de nature cancéreuse; l'affection est essentiellement bénigne.

Nous ne pensons pas davantage qu'elle appartienne à ce groupe de tumeurs à symptômes cliniques assez mal définis que les micrographes désignent sous le nom de *tumeurs fibro-plastiques*. Celles que j'ai observées ne m'ont jamais présenté une si longue durée, une bénignité aussi grande, des limites aussi précises; le plus souvent elles tendent invinciblement à l'ulcération, et par suite, après une certaine durée, déterminent l'adhérence des téguments, qui présentent alors une vascularité prononcée. Il est vrai qu'elles déterminent tardivement l'engorgement des ganglions lymphatiques, mais assez souvent elles causent des douleurs lancinantes comparables à celles du cancer.

S'agirait-il, dans ce cas, d'une de ces tumeurs syphilitiques tertiaires développées sur la membrane fibreuse du voile, tumeurs dont je vous ai entretenus l'année dernière, à propos de plusieurs de nos malades? Ce n'est pas mon opinion; car, outre qu'il faudrait, dans ce cas, invoquer une syphilis héréditaire, les tumeurs dont il est question n'ont pas une marche pareille à celle de notre malade; elles ne présentent pas une durée aussi longue, ni surtout un isolement si complet. Ainsi, le malade qui les porte présente en d'autres points du corps des altérations de même nature; souvent même la constitution est profondément altérée. J'ajouterai que ces tumeurs ne sont pas aussi nettement limitées que celles de notre malade.

Quant à moi, je pense que nous avons affaire, dans le cas présent, à une tumeur de nature essentiellement bénigne, composée d'un tissu comparable à celui des tumeurs fibreuses de l'utérus, ou encore à celui qui constitue les disques intervertébraux; seulement il sera un peu plus mou, légèrement jaunâtre. J'ajouterai que cette tumeur sera contenue dans une enveloppe celluleuse, lamelleuse, sans adhérences solides avec les tissus voisins, comme les tumeurs fibreuses de l'utérus. Tels sont du moins les caractères anatomiques que j'ai eu l'occasion d'observer sur une tumeur toute semblable, il y a quatre ou cinq ans environ. Je vous ai rappelé ce cas déjà à propos d'une leçon sur la staphyloraphie. (*Gazette des Hôpitaux*, juillet, 1851.) Cependant, comme il est fort important, en ce qu'il montre la même affection que chez notre malade, parvenue à un degré beaucoup plus considérable, il me semble qu'il ne sera pas sans intérêt de vous le rappeler en quelques mots.

La malade qui portait cette tumeur était une religieuse déjà âgée, de la petite ville d'Orbec. L'apparition de sa tumeur remontait à une époque fort reculée; elle s'était développée peu à peu, très lentement, sans déterminer de douleurs, d'où probablement la négligence qu'avait mise la malade à se faire traiter. Lorsque je vis cette femme, la tumeur avait graduellement acquis un volume tel, qu'elle remplissait l'arrière-bouche, déprimait la base de la langue d'une part, appuyait sur l'épiglotte au point de produire parfois des accès de suffocation fort inquiétants. D'un autre côté, le voile du palais était soulevé, porté en haut et en arrière presque au contact de la paroi postérieure du pharynx. Il en résultait une gêne extrême de la déglutition et de la phonation. Cette gêne, jointe aux accès de suffocation, à la difficulté habituelle de la respiration, rendait fort grave l'état de cette malade, et me faisait un devoir de tenter toute opération possible, afin de lui procurer au moins un peu de soulagement. Du reste, l'état général était excellent; la lésion, toute locale, ne présentait point l'aspect propre aux tumeurs malignes; ainsi, en aucun point il n'y avait de ramollissement, en aucun point menace d'ulcération; mais, au contraire, les limites de la tumeur étaient très nettes, les téguments muqueux qui la recouvraient étaient distendus, amincis, mais nullement adhérents; de plus, les ganglions voisins ne présentaient aucune altération. Je me décidai donc à tenter l'extirpation, malgré les difficultés probables de l'opération, qui se fit beaucoup plus facilement que je ne l'avais espéré. La malade guérit très bien.

Cependant, malgré ce que je viens de dire relativement à la nature du tissu qui constitue la tumeur de notre malade, je ne veux pas me prononcer à ce sujet d'une manière trop catégorique. En effet, ne serait-elle point fournie par l'hypertrophie d'un ou de plusieurs des grains glanduleux du voile du palais? c'est là un point que le microscope pourra éclairer, la tumeur une fois enlevée. En tout cas, c'est une opinion en faveur de laquelle militent des considérations fort importantes, le développement lent et graduel de l'affection; son innocuité complète, l'état si satisfaisant de la constitution, l'absence complète de douleurs spontanées ou provoquées par la pression, les limites si nettes de la tumeur, et surtout son siége précis en avant du squelette aponévrotique du voile du palais, dans cette épaisse couche glanduleuse qui le tapisse à sa face antérieure, qu'y aurait-il d'étonnant que, sous l'influence de causes qui nous échappent, une ou plusieurs de ces glandules pussent acquérir peu à peu un volume de plus en plus considérable, au point de former une tumeur du volume de celle que nous avons sous les yeux? Le volume de la tumeur n'est pas une objection sérieuse; il est impossible, en effet, d'assigner des limites à l'hypertrophie.

Quoi qu'il en soit de la nature de l'affection qui nous occupe, que la tumeur soit de la même nature que les tumeur fibreuses de l'utérus, ou qu'elle soit constituée par l'hypertrophie de quelques glandules appartenant au voile du palais, la marche incessante de la maladie, son développement continu, qui, au bout d'un certain temps, arriverait fatalement à compromettre les fonctions nécessaires à l'entretien de la vie, comme chez la malade dont nous avons brièvement rapporté l'histoire, ces conditions, dis-je, nous font un devoir d'agir efficacement chez notre malade, d'autant que cela est sans danger, et même, je puis le dire, assez facile.

Or, le seul traitement convenable dans le cas qui nous occupe est l'extirpation totale de la tumeur. Lorsque j'eus à traiter la malade dont je vous entretenais tout à l'heure, comme c'était la première tumeur de ce genre que je voyais, je n'avais pas d'idée bien nette sur la disposition anatomique; aussi étais-je décidé à faire dans le voile une large perte de substance, soit avec le bistouri, soit avec la ligature; mais, après avoir fait une incision qui circonscrivait sur la face antérieure de la tumeur une portion de muqueuse ovalaire circonscrivant à peu près les limites de la tumeur, je pus la décoller des tissus sous-jacents sans faire une trop large perte de substance à la muqueuse qui recouvrait sa face postérieure. Eclairé par cet exemple, je compte pouvoir extraire la tumeur sans enlever aucune portion des téguments, et, à plus forte raison, sans perforer le voile. Je ferai une simple incision verticale suivant le grand diamètre de la tumeur, la dépassant un peu vers les deux extrémités, puis je décollerai de chaque côté cette membrane muqueuse avec un corps mousse, la spatule, par exemple, les deux lèvres de la plaie à droite et à gauche de la tumeur, jusqu'à ses limites latérales; enfin, la saisissant dans sa portion saillante avec des pinces de Museux, il me sera facile, en me servant tantôt d'un bistouri boutonné, tantôt de la spatule, il me sera facile, dis-je, d'énucléer complétement cette tumeur, sans léser le fond sur lequel elle repose. Cette opération sera donc, je pense, des plus simples. Si cependant il se présentait quelques difficultés pour faire sortir la tumeur par cette incision unique, je diviserais l'une des lèvres de la plaie et convertirais ainsi mon incision simple en incision en T; ce qui me donnerait plus de facilité, plus de liberté pour agir. Si quelque artère se trouve divisée, il sera facile d'en faire soit la ligature, soit la torsion; si même cela était nécessaire, nous pourrions nous servir de ce petit cautère électrique si commode à manier, que vous nous avez vu employer dans quelques circonstances; mais je pense que nous ne serons pas obligé d'avoir recours à ces moyens.

L'opération s'est passée aussi simplement que l'avait prévu M. Nélaton; mais avec une légère modification, qu'il est bon de faire connaître. Lorsque le premier temps de l'opération eut été accompli, c'est-à-dire lorsque l'incision fut faite et la tumeur mise à nu dans toute la face antérieure, ce qui se fit facilement au moyen de la spatule, au lieu de saisir la tumeur avec des pinces et d'en achever la dissection avec la spatule ou le bistouri boutonné, M. Nélaton a introduit l'indicateur gauche dans la bouche du malade, la face palmaire regardant vers la voûte palatine, puis il l'a passé, recourbé en crochet, derrière le voile du palais, afin de soutenir la tumeur; enfin avec l'indicateur de la main droite il l'a énucléée, sans se servir ni de spatule, ni de bistouri, et il a pu ainsi l'amener facilement au dehors. Les avantages de cette manière de faire ont été d'éviter toute perte de sang; le malade en a perdu à peine deux ou trois gorgées, et bientôt tout écoulement sanguin s'est arrêté sous l'influence de quelques lotions d'eau froide. Un filament de tissu cellulaire infiltré de sang pendait dans l'intérieur de la bouche de l'angle inférieur de la plaie, M. Nélaton l'a excisé. Les nombreux élèves qui avaient assisté à l'opération ont alors pu voir, en examinant le malade, une plaie longitudinale de 6 à 7 centimètres de long, dont les bords, écartés de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, laissaient voir une cavité brunâtre comme ecchymotique.

Le malade a été reconduit à son lit, avec recommandation de garder le silence et de se gargariser avec un peu d'eau fraîche s'il se produisait dans la journée quelque écoulement sanguin dans la bouche.

La tumeur fut examinée avec soin et présentée aux élèves à la leçon suivante (14 novembre 1851). La forme générale est celle d'un ovoïde à grosse extrémité tournée en bas. Cependant cette forme n'est pas très régulière; ainsi çà et là elle présente de petites saillies lobulées, arrondies, qui rappellent assez bien la forme de certaines pommes de terre. La circonférence est de 10 1/2 centimètres sur 9; ses diamètres, 4 centimètres sur 2 1/2.

Elle est entourée d'un tissu cellulaire lâche, lamelleux, présentant en quelques points de petites ecchymoses dues à la rupture de quelques vaisseaux sanguins pendant l'opération. Ce tissu cellulaire forme une sorte de kyste ou atmosphère celluleuse qui laisse voir par transparence la couleur jaunâtre de la tumeur; les couches extérieures qu'elle forme sont peu adhérentes, glissent même assez facilement à la surface de la tumeur. Quant à la couche profonde, elle adhère assez étroitement à la périphérie de la tumeur, surtout dans les points qui présentent un léger enfoncement à la circonférence des saillies formées par les lobules. En cet endroit on voit manifestement des feuillets qui pénètrent dans son épaisseur, comme pour séparer les différents lobules d'une glande. On voit quelques vaisseaux sanguins peu volumineux présentant çà et là de petites varicosités qui pénètrent dans l'épaisseur de la tumeur soutenus par cette membrane d'enveloppe.

Sa consistance est solide; elle est dure et ne se laisse pas affaisser, même par une pression assez forte; elle est pesante, dense. Elle rappelle assez bien par sa consistance la pesanteur, la consistance et la couleur du pancréas sain; comme lui elle est d'un jaune grisâtre, assez uniforme, aussi bien à l'extérieur, à travers la membrane d'enveloppe, qu'à l'intérieur, sur une coupe fraîche. Si l'on fend cette tumeur, elle ne cède au tranchant qu'avec une certaine difficulté, sans cependant présenter le petit cri propre aux tumeurs squirrheuses.

La coupe de cette tumeur, outre la coloration d'un jaune grisâtre dont j'ai parlé, présente un aspect lobulé des plus prononcés. Ainsi la surface, loin d'être lisse et unie, présente de petits sillons irréguliers, sinueux, lisses, plutôt appréciables à l'œil qu'au toucher, limitant des surfaces un peu grenues, un peu moins lisses, à peine saillantes, d'étendue et de forme très variables. Vers la circonférence, en deux ou trois points, l'on remarque trois petites lacunes, anfractueuses, irrégulières, à parois lisses et polies, les unes pouvant loger la tête d'une grosse épingle, l'autre à peu près un gros pepin de poire. Dans deux points de cette tumeur, et toujours vers la circonférence, on voit deux petites taches présentant à peu près le volume de la tête d'une épingle, d'un jaune plus foncé que le reste de la tumeur; elles sont complétement opaques, friables. Ajoutons enfin que, si l'on comprime l'une des moitiés de la tumeur, on ne fait point sourdre à la surface ce suc blanc-jaunâtre, opalin, miscible à l'eau, qui caractérise les tumeurs cancéreuses, mais un liquide aqueux qui se retrouve dans toutes les tumeurs.

Si maintenant à ces caractères anatomiques, qui, comme on le voit, sont en tout semblables à ceux des tumeurs mammaires chroniques si minutieusement décrites par M. Lebert, nous ajoutons le résultat des observations microscopiques, la nature de cette tumeur ne pourra plus rester douteuse pour personne.

Voici en effet ce qui a été constaté.

L'examen du liquide aqueux obtenu à la surface de la tumeur par compression a montré des cellules épithéliales et de l'épithélium à forme nucléaire en certaine abondance, tantôt libre, le plus souvent groupé par champs plus ou moins étendus, comme on l'observe toujours pour les épithéliums. Les noyaux étaient pourvus de un à deux nucléoles fort petits.

Sur une préparation d'une lamelle très mince de la tumeur, à un grossissement de 400 diamètres environ, on a vu nettement, au milieu de couches formées par l'épithélium, plusieurs culs-de-sac glandulaires remplis à l'intérieur de ces mêmes couches d'épithélium. Ils étaient parfaitement reconnaissables à leur forme arrondie, à leurs limites nettes, un peu plus foncées que le reste de la préparation. Disons cependant que ces culs-de-sac étaient rares, soit que la membrane amorphe homogène qui les limite fût résorbée, soit qu'elle fût très amincie et eût été détruite par le fait de la préparation, et que l'épithélium se trouvât hors des culs-de-sac qui le contiennent habituellement. Nous ajouterons qu'un blastème amorphe granuleux assez abondant se trouvait répandu dans toutes les parties de la tumeur.

A ces différents éléments anatomiques, il faut encore ajouter, mais comme accessoire, quelques rares éléments fibro-plastiques consistant surtout en noyaux d'un très petit diamètre, puis des tissus fibreux peu abondants, mais que l'on retrouve surtout près de la périphérie; à mesure qu'ils s'approchent du centre, ils sont plus infiltrés d'un blastème amorphe; ils finissent même par disparaître presque complétement vers le centre de la tumeur.

Quant à ces points jaunâtres, opaques, durs, friables, dont j'ai parlé, vers la périphérie de la tumeur, ils étaient surtout

formés par des granulations graisseuses fort irrégulières, mêlées à des lamelles épithéliales anciennes et dépourvues de noyaux ; on y trouvait même quelques grains de carbonate calcaire. C'est, on le voit, tout à fait la même composition que les espèces de petites concrétions solides interstitielles que l'on trouve dans la tumeur mammaire chronique. Quant aux lacunes, elles tiennent, comme dans le cas précédent, à la dilatation accidentelle du canal excréteur ; j'ai déjà dit qu'elles étaient fort rares dans la tumeur dont il s'agit. Les caractères microscopiques qui viennent d'être énoncés ont été montrés sur pièces aux élèves, à l'issue de la leçon, par l'un des internes du service (M. Gaillet). Il ne peut donc rester sur la nature de la tumeur le plus léger doute, la démonstration est aussi complète que possible.

Les suites de l'opération ont été fort simples ; pendant les premiers jours les lèvres de la plaie se sont tuméfiées, la tuméfaction s'est étendue aux parties voisines, et le malade a eu une stomatite très légère. Bientôt le gonflement s'est limité aux lèvres de la plaie.

Dès le huitième jour, la cicatrisation commence à la partie supérieure et s'étend rapidement de haut en bas.

Le 24 novembre, douze jours après l'opération, il n'en reste, comme traces, qu'une cicatrice linéaire à la partie supérieure ; vers la partie inférieure, il persiste un bourgeon charnu, peu saillant, que l'on cautérise aujourd'hui pour la deuxième fois. Le malade sort aujourd'hui, se considérant comme complétement guéri. Les fonctions de la partie sont, en effet, plus satisfaisantes qu'avant l'opération ; la déglutition est plus facile ; les liquides, qui passaient quelquefois dans les fosses nasales, dans la partie supérieure du larynx, et déterminaient alors une toux quinteuse, sont déglutés naturellement ; la voix est devenue plus claire, et le malade peut maintenant lire à haute voix, ce qui lui était impossible depuis fort longtemps. Deux semaines après sa sortie, le malade se représente à la consultation ; la cicatrisation de la plaie est terminée depuis déjà longtemps ; la voix est parfaitement revenue à son timbre normal.

Nous pensons qu'on lira avec un vif intérêt, à la suite de cette leçon remarquable, la relation d'un fait analogue communiqué à la Société anatomique, il y a quelques jours, par M. Denucé, interne distingué des hôpitaux, et un travail que M. Robin, agrégé à la Faculté de médecine, a bien voulu rédiger à cette occasion.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 16 janvier.

Voici une pièce qui provient du service de M. Michon. M. Michon en a entretenu déjà la Société de chirurgie ; mais il ne m'a pas paru inutile de la mettre sous vos yeux et de fixer votre attention sur quelques points.

Je rappellerai brièvement l'observation. Il y a dix ans environ, la tumeur a commencé à apparaître à la face antérieure du voile du palais ; elle était située à gauche et faisait peu de saillie. Elle s'est développée progressivement, sans douleur, et est parvenue au volume que vous lui voyez aujourd'hui, et qui est celui d'un petit œuf.

Arrivée à ce dernier degré, elle faisait saillie dans la bouche qu'elle remplissait presque ; elle gênait beaucoup la déglutition et la phonation, sans porter atteinte à la respiration.

Elle était recouverte par la muqueuse, qui semblait tendue et amincie, mais sans aucune menace d'ulcération ; elle était dure, résistante, lobulée et sans aucun signe de fluctuation ; le doigt s'engageait derrière elle et la contournait en grande partie ; toutefois, elle était fixée par une portion que l'on ne pouvait pas circonscrire complétement dans l'angle formé par le voile du palais et le pilier antérieur gauche.

L'opération a été pratiquée sans grande difficulté. Après la section de la muqueuse, la tumeur s'est pour ainsi dire énucléée ; elle ne tenait à la face antérieure du voile du palais et du pilier antérieur que par des adhérences celluleuses.

Voici les caractères anatomiques que j'ai pu constater après l'ablation :

En incisant la tumeur, on trouve un tissu blanc dépourvu de suc, parcouru par des stries fibreuses laissant entre elles un tissu plus jaunâtre, friable, et sur lequel, en regardant attentivement, on trouve une foule de petits pertuis. Par places, on rencontre des espèces de lacunes, une surtout qui est un véritable kyste rempli d'une humeur visqueuse.

Les caractères microscopiques sont les suivants.

On rencontre :

1° Des culs-de-sac glandulaires très nombreux, très évidents, et reconnaissables à leur forme arrondie et à l'épithélium serré qui les tapisse et qui revêt la forme nucléaire ;

2° Beaucoup d'épithélium libre dans le champ du microscope avec un ou deux nucléoles, et de 0,007 à 0,009 de millimètre de diamètre ;

3° Quelques noyaux entourés de leurs cellules ; celles-ci sont en général sphériques, quelques-unes polygonales, et ont de 0,025 à 0,040 de millimètre de diamètre ;

4° Quelques éléments fibro-plastiques ;

5° Des faisceaux de tissu fibreux.

En présence de ces résultats, la nature de la tumeur ne me paraît pas douteuse ; c'est une hypertrophie glandulaire qui ne peut provenir que des petites glandes salivaires qui se trouvent sur la face antérieure du voile du palais.

Cette tumeur mérite d'être rapprochée des hypertrophies glandulaires que nous connaissons déjà. Celle qui est la mieux connue est l'hypertrophie mammaire étudiée par M. Lebert, et à laquelle se rapporte la tumeur mammaire chronique d'A. Cooper.

Ces tumeurs présentent les caractères suivants : un ou plusieurs lobes de la glande s'hypertrophient ; dès lors ils font saillie, et leur forme lobulée devient plus manifeste. L'hypertrophie augmentant, la saillie devient plus considérable, et, chose remarquable, pendant que la portion sécrétante s'hypertrophie, la portion excrétante, composée des conduits qui relient la tumeur au reste de la glande, s'atrophie et finit même par disparaître. Cette atrophie est probablement le résultat de la compression exercée par les lobules hypertrophiés ; mais, quelle que soit la cause, elle a pour effet l'isolement de la tumeur, qui se pédicule de plus en plus et finit par ne tenir à la glande que par un tractus celluleux.

De plus, cette action exercée sur les conduits excréteurs de la glande explique un contre-fait ; c'est la formation de kystes dans l'intérieur de la tumeur, qui, selon toute probabilité, se développent aux dépens d'une portion de ces conduits et par une accumulation ou un vice de sécrétion en ce point.

Sans parler des caractères microscopiques, le cas que je présente a donc la plus grande analogie avec la description que je viens de rappeler. De part et d'autre, nous retrouvons, en effet : l'isolement de la tumeur, l'aspect lobulé, les kystes et les lacunes dans l'intérieur, etc.

D'ailleurs, la glande mammaire n'est pas la seule où cette affection ait été reconnue ; la parotide a offert des cas analogues. M. Robin a vu un exemple de production semblable aux dépens de la petite glande salivaire molaire ; en sorte que l'on conçoit parfaitement que le même fait puisse se produire dans les petites glandes du voile du palais.

Le cas que je viens de rapporter emprunte un intérêt nouveau du rapprochement que l'on peut en faire avec un cas analogue observé dernièrement dans le service de M. Nélaton, et dans lequel la forme, la position, l'adhérence et les caractères microscopiques de la tumeur étaient tout à fait semblables.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hémorrhagie utérine suivie de mort ;

Par le docteur Louis CHAPEL, chirurgien en chef des hospices de Saint-Malo.

Un fait d'hémorrhagie utérine entouré de circonstances particulières et suivi d'une mort prompte vient de se passer tout récemment dans l'arrondissement de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). Une mort presque subite ayant éveillé l'attention de M. le procureur de la République, celui-ci réclama le concours de notre honorable collègue M. Martel, qui procéda à l'autopsie avec l'attention et les connaissances que ce médecin apporte dans ses investigations anatomo-pathologiques. Sur notre demande, cette observation nous ayant été communiquée avec une parfaite courtoisie, nous en profiterons pour la soumettre à l'appréciation des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'extrême rareté des hémorrhagies par la face fœtale, la position du médecin légiste en présence d'un fait inaccoutumé nous ont engagé à nous livrer à de nombreuses recherches que nous ne ferons connaître qu'en partie, dans la crainte de rendre ce dépouillement trop long et sans profit. Voici d'abord l'observation à peu près dans les termes où elle nous a été communiquée :

Le 5 janvier, M. Martel fut requis par M. le juge d'instruction pour faire l'autopsie de la femme Nourrit, âgée de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, qui n'avait eu que de l'œdème aux jambes pendant sa grossesse.

Le 29 décembre au matin, elle ressentit les premières douleurs, qui ne se régularisèrent que le 30 dans l'après-midi. Elle accoucha à dix heures du soir d'un enfant mâle, d'une force moyenne. Elle se trouvait parfaitement, lorsqu'une demi-heure après l'accouchement un médecin de circonstance voulut la délivrer. Une hémorrhagie, une syncope et la mort se suivirent de près.

Autopsie. — Il n'y a pas de putréfaction ; on n'aperçoit aucune lésion extérieure ; la pâleur des téguments est remarquable. On sent au travers des parois du ventre, qui est ballonné, une tumeur considérable, qui remonte à 1 centimètre au moins au-dessus de l'ombilic. La vulve est entr'ouverte, et l'on aperçoit à l'entrée du vagin un caillot de sang assez volumineux.

Rien à noter dans le cerveau et dans la cavité thoracique, sinon que le cœur et les vaisseaux ne contiennent pas de sang. Tous ces organes, ainsi que le foie, la rate et les intestins, sont d'une extrême pâleur, et ne présentent rien d'anormal.

L'utérus a le volume d'une grosse tête d'enfant, et contient un caillot de sang du poids de 400 grammes. Le placenta est fixé à la partie supérieure droite de la matrice ; il est adhérent dans toute son étendue. Il est facile de rompre les adhérences qui l'unissent aux organes de la mère. L'utérus plongé dans l'eau, mon honorable collègue a observé que les vaisseaux utéro-placentaires étaient béants et gorgés de sang ; que le cordon ombilical avait été déchiré en languette à son point d'insertion, qui se remarquait à 3 centimètres du bord du placenta ; que cette déchirure marquait 2 centimètres de diamètre, et que d'ailleurs le placenta ne présentait aucune altération.

Voici les conclusions auxquelles a été conduit naturellement notre honorable collègue M. Martel :

1° La femme Nourrit a succombé à une hémorrhagie utérine peu de temps après l'accouchement ;

2° L'utérus étant dans un état d'inertie, et ses rapports avec le placenta n'ayant pas été modifiés par les contractions qui surviennent ordinairement après l'expulsion du fœtus, on ne pouvait sans grande imprudence chercher à extraire le placenta avant d'avoir excité les contractions utérines ;

3° Les manœuvres irrationnelles et intempestives qui ont occasionné la déchirure du cordon ombilical à son insertion au placenta ont eu pour résultat de livrer passage au sang et d'amener une perte si considérable, qu'elle a fait succomber la femme Nourrit dans quelques instants ;

4° Une manœuvre convenable et faite sans hésitation eût pu conjurer l'événement.

— Pour qui se fût contenté d'un examen superficiel, nul doute que l'hémorrhagie n'eût été expliquée par l'état d'inertie de l'utérus et le décollement partiel du placenta. Le volume de l'utérus, la rétention du placenta dans la cavité utérine, une hémorrhagie formidable survenant peu de temps après l'accouchement, tout militait en faveur de l'hémorrhagie par ces vaisseaux énormément développés, dont les digues rompues donnent un écoulement de sang qui devient promptement menaçant. La conduite du chirurgien qui se trouve en présence d'un danger imminent est tracée dans tous les livres, et agir avec célérité est la seule ressource qui lui reste. Donc il fallait aller à la recherche du placenta et délivrer la femme, ou bien, si les accidents le permettaient, exciter préalablement les contractions de l'utérus par tous les moyens connus, afin de faire concourir la matrice seule à la délivrance.

Tel n'a pas été le procédé employé. Un homme étranger aux notions les plus vulgaires de l'art obstétrical se croit appelé, par ses *connaissances*, à pratiquer des accouchements, et, semblable au pilote dont parle Hippocrate dans son livre de l'ancienne médecine, qui, lorsque le calme règne, ne fait pas apercevoir ses fausses manœuvres, mais qui laisse périr le bâtiment lorsque souffle un vent impétueux et montre à tous ses bévues et son ignorance, il laisse périr sa malade. Si un habile pilote se fût occupé de diriger la manœuvre, il eût pu éviter les écueils qui se présentaient et agir de façon à tirer cette femme du péril où elle se trouvait : il se fût bien gardé surtout d'exercer de fortes tractions sur le cordon ombilical, tractions qui devaient avoir pour résultat d'augmenter l'hémorrhagie ou bien d'amener la rupture du cordon, comme il est arrivé.

Tant que le placenta et les membranes adhèrent, dit Burns, l'on n'a aucune hémorrhagie, quoique la matrice soit relâchée. Le placenta ayant été trouvé adhérent dans toute son étendue, il a bien fallu admettre que le sang avait pris sa source à la surface fœtale, et il était naturel de penser qu'il s'était écoulé par les vaisseaux ombilicaux au point de rupture.

Dugès, dans un travail publié en 1833, niait la possibilité d'une hémorrhagie considérable par le cordon, et il ajoutait « qu'il n'avait pas vu que le placenta le plus adhérent continuât à donner du sang par le cordon séparé de son véritable centre d'impulsion, le cœur du fœtus. »

Beaucoup d'accoucheurs, disent MM. P. Dubois et Desormeaux, ont peine à croire à une semblable hémorrhagie.

Dans une observation rapportée par Levret, le sang s'amassa dans la cavité des membranes ; des symptômes graves firent soupçonner une hémorrhagie intérieure ; l'enfant fut extrait par le forceps, et à l'instant où l'accoucheur allait procéder à la délivrance, le cordon se trouva rompu et vint sans traction. Beaucoup de sang sortit avec le fœtus, et la main portée dans l'utérus reconnut que le placenta était encore adhérent.

Nous venons de citer la seule observation que nous ayons trouvée avoir quelque analogie avec le fait observé par notre honorable collègue, et le silence des auteurs tant anciens que modernes justifierait l'opinion des accoucheurs qui considèrent cette hémorrhagie comme excessivement rare. La connexion du placenta avec l'utérus, l'abouchement des vaisseaux utéro-placentaires auraient pu faire croire à la fréquence de ces hémorrhagies ; mais de nouvelles recherches anatomiques sont venues démontrer qu'il ne pouvait en être ainsi.

Les dissections de MM. Jacquemier et Bonamy ont puissamment contribué à modifier ce qui avait été dit avant eux sur la disposition et le volume des vaisseaux utéro-placentaires. Les artères, dit M. Jacquemier, se terminent par un cul-de-sac dans l'épaisseur de la couche *couenneuse* intermédiaire à l'utérus et au placenta, *concrétion membraniforme* dans laquelle pénètrent les artères et les veines utéro-placentaires.

Cette hypothèse, reproduite de celle de W. Hunter et ensuite par John Hunter, avait pour explication la formation d'une exhalation *pseudo-membraneuse* qui résultait de l'exsudation de la lymphe plastique. Telle était l'opinion la plus généralement admise, lorsque les importants travaux de M. Coste vinrent prouver que la caduque utérine est formée par l'hypertrophie de la muqueuse de la matrice. Cette opinion fut plus tard défendue par M. Courty, qui démontra la fausseté de la théorie d'une pseudo-membrane. Enfin, M. Robin a fourni des arguments tirés de la structure intime qui ne laissent plus de prise à la contradiction.

Le *placenta maternel* n'est donc, en résumé, que cette portion de caduque ou muqueuse utérine, considérablement hypertrophiée, creusée de vastes lacs sanguins établissant les relations de la mère au fœtus ; tandis que le placenta de ce dernier est constitué par l'allantoïde, dont un certain nombre de villosités sont développées. Cependant, malgré la disposition des vaisseaux, il ne faudrait pas croire avec M. Flourens, à une communication directe entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus ; ce qui est impossible.

Les vaisseaux, dit M. Longet, prennent un développement considérable, tandis que les autres éléments de la muqueuse s'atrophient, et peu à peu les parois vasculaires très molles des deux systèmes, fœtal et maternel, arrivent au contact et contractent des adhérences. Les vaisseaux du fœtus conservent, relativement à ceux de la mère, un calibre peu considérable qui permet au sang de circuler rapidement des vaisseaux afférents aux vaisseaux efférents ; tandis que ceux de la caduque se dilatent considérablement dans toute leur portion veineuse, de manière à former les vastes cavités dans lesquelles s'accumule le sang. On comprend ainsi comment une injection poussée par les vaisseaux de la mère passe rarement dans ceux de l'enfant.

Le défaut d'isochronisme entre le pouls de la mère et celui du cordon ombilical ne serait-il pas un nouvel argument contre ceux qui pensent qu'il existe une communication directe? Des faits cités par Osiander et Wrisberg, il résulte que des fœtus nés au milieu des membranes restées intactes auraient vécu pendant neuf minutes et même un quart d'heure. Enfin, combien de fois n'a-t-on pas observé le fœtus avec tout son sang lorsque la mère était morte d'hémorrhagie!

Les recherches anatomiques, surtout celles qui ont été faites dans ces dernières années avec le secours du microscope, les expériences physiologiques, les faits pathologiques concourent à démontrer qu'il doit être excessivement rare d'observer une hémorrhagie à la surface fœtale sous l'influence de la circulation maternelle. Ce sont ces considérations qui nous ont engagé à publier cette note, dans le but de prémunir nos confrères contre un semblable accident, qui s'est terminé si promptement d'une manière funeste et qui aurait probablement pu être prévenu en agissant avec prudence et célérité.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 janvier 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Remèdes secrets.

Le ministre du commerce transmet diverses recettes et échantillons de remèdes secrets, qui sont renvoyés à la commission des remèdes.

Eau minérale de Vichy.

Le même ministre transmet un rapport rédigé par M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital militaire de Vichy, et contenant des renseignements sur les malades auxquels les eaux minérales ont été administrées pendant l'année 1851. (Commission des eaux minérales.)

Remède contre les douleurs et la goutte.

Le ministre de l'instruction publique transmet la recette d'une pommade contre les douleurs en général et principalement contre la goutte. (Commission des remèdes.)

Relevé statistique des décès de Paris.

M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de novembre dernier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Mort de M. Denarp, correspondant.

M. Goupil, de Nemours, fait part à l'Académie de la mort de M. Denarp, son frère utérin, correspondant de l'Académie à Bourges, décédé à Paris le 17 janvier courant.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 janvier 1852. — Présidence de M. Piobert.

Influence du chlore humide dans le traitement de la glucosurie.

M. Adolphe Bobierre adresse sur ce sujet la note suivante :

Les expériences de M. Alvaro Reynoso ont permis de constater la concordance qui existe entre certains phénomènes de l'acte respiratoire et la présence du sucre dans les urines.

Les observations de M. Bouchardat sur l'influence favorable des inspirations d'oxygène dans la glucosurie s'accordent parfaitement avec les résultats analytiques de M. A. Reynoso, et permettent d'entrevoir la possibilité d'un traitement basé sur le rétablissement de la proportionnalité entre les substances combustibles de l'organisme et les gaz comburants introduits dans le poumon.

J'ai pensé que, si l'oxygène pouvait être classé parmi les agents thérapeutiques propres à combattre la présence du sucre dans les urines, on ne pourrait avoir recours à son emploi qu'en l'affranchissant des inconvénients signalés par M. Bouchardat ; inconvénients qui ont toujours, au reste, accompagné l'usage de l'oxygène gazeux.

Dans un travail adressé à l'Académie des sciences en 1848, je crois avoir prouvé :

1° Que l'action toute spéciale du chlore humide, dans certaines affections du poumon, doit être attribuée à l'oxygène mis en liberté par suite de la décomposition de l'eau ;

2° Que l'inspiration du chlore humide, proposée il y a longtemps comme convenable dans le traitement de la phthisie, produit une excitation générale due aux propriétés de l'oxygène naissant, et non à une action spéciale du chlore ;

3° Que l'inspiration de l'oxygène à l'état naissant obtenu par ce moyen ne saurait être remplacée par l'introduction dans le poumon d'oxygène préalablement recueilli et enfermé dans un réservoir quelconque.

J'ai été conduit à me demander si l'emploi de l'oxygène naissant obtenu par l'inspiration d'une faible quantité de chlore humide ne pourrait pas être utilement adopté dans le but de remédier aux inconvénients signalés par M. Bouchardat.

Le seul cas dans lequel j'ai pu faire une observation complète était caractérisé par un emphysème pulmonaire bien déterminé. L'urine précipitée par le sous-acétate de plomb, filtrée, puis débarrassée de l'excès de sel plombique par le chlorure de sodium et enfin traitée par la levure de bière, d'une part, et la solution alcaline de tartrate de potasse et de cuivre, de l'autre, fournissait les caractères d'un liquide manifestement sucré.

Sous l'influence du chlore, dont la dose a été graduellement augmentée, j'ai vu le sucre diminuer jusqu'à ce que les conditions normales de la respiration fussent complétement rétablies.

Si les inspirations d'oxygène pouvaient avoir quelque résultat utile dans le traitement de la glucosurie, il serait à désirer que ces inspirations fussent de préférence effectuées à l'aide d'oxygène naissant, c'est-à-dire obtenu par les fumigations de vapeur d'eau chlorée.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — La dernière séance sur la première épreuve orale après vingt-quatre heures de préparation a eu lieu aujourd'hui. M. Guérard a eu à traiter *du vin*, et M. A. Sanson *de l'eau.*

— Le concours pour la chaire de *clinique médicale* vacante à Montpellier par la mort du professeur Caizergues a commencé le 12 janvier.

Des différents médecins étrangers à la ville, qui s'étaient fait inscrire, M. le docteur Dozous, de Lourdes (Hautes-Pyrénées), est le seul qui se soit présenté ; la liste des candidats se compose donc définitivement de MM. Dozous, Chrestien, Dupré, Quissac et Pons.

Les juges sont : MM. Lordat, Golfin, Ribes, Rech, Bouisson, Boyer, Fuster, Jaumes, Martins et Pirondi, de Marseille.

Ce dernier est le seul des juges pris en dehors du personnel de la Faculté qui ait répondu à cet appel honorable.

M. le professeur Rech préside le jury.

Les candidats ont eu à traiter par écrit, et à huis clos, *de la pathogénie considérée au point de vue de la médecine clinique.*

(*Gaz. méd. de Montpellier.*)

— On lit dans l'*Union* de Saint-Malo du 18 janvier :

« Depuis deux mois la fièvre typhoïde sévit avec une incroyable intensité dans la commune de Gouray. Des familles entières ont été frappées de mort par cette terrible maladie. »

Des informations particulières nous permettent de déclarer que cette nouvelle est empreinte d'une grande exagération.

— On lit dans le *Journal des Débats* :

« Le ministre des affaires étrangères et le ministre de l'agriculture et du commerce ont clos hier les séances de la conférence sanitaire internationale. Cette conférence, composée de deux délégués de douze nations différentes, était appelée à traiter des questions qui intéressent à la fois la santé publique, le commerce et la navigation. Après six mois d'un travail assidu, elle est parvenue à résoudre le problème difficile qui lui avait été posé. Grâce à l'activité que ses membres ont montrée, grâce à leurs lumières, la santé publique en Europe, tout en étant sauvegardée avec toute prudence contre l'invasion des maladies contagieuses, pourra désormais se montrer moins rigide dans l'appareil de ses précautions, moins rigoureuse dans le détail de ses mesures quarantenaires.

» Le ministre des affaires étrangères a loué les délégués d'une grande partie de l'Europe et des efforts qu'ils avaient faits dans un but commun, et des concessions qu'ils s'étaient accordées dans l'intérêt général, et de l'entente si satisfaisante qui vient de couronner leur œuvre. Après avoir rapporté à MM. Baroche et Buffet l'honneur, en inaugurant les travaux de cette conférence, de lui avoir indiqué par quel esprit de conciliation elle pourrait arriver à son but, de l'avoir, les premiers, encouragée dans sa tâche et d'avoir présagé son succès, le ministre s'est félicité de pouvoir aujourd'hui annoncer à l'Europe que le progrès que la France avait conçu à ce sujet était désormais réalisé. En effet, si le ministre, ainsi qu'il en a donné l'espérance à chacun des délégués, parvient à faire accepter par leurs nations méditerranéennes ces projets de règlement et de convention sanitaire, ce sera un bienfait immédiat pour le commerce et la navigation, et un germe futur de bonne entente internationale et de paix européenne.

» Après le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'agriculture et du commerce a donné aussi en quelques mots la preuve de sa sollicitude pour l'œuvre de la conférence, et des efforts qu'il avait faits individuellement afin qu'elle pût aboutir à son résultat actuel.

» Avant la clôture définitive de la conférence, le ministre des affaires étrangères a appris aux délégués que le prince président de la République, qui avait suivi avec intérêt les travaux de la conférence et qui avait tout espoir dans leur bon résultat, n'avait pas voulu les laisser quitter la capitale de la France sans leur donner une preuve de son estime particulière en les nommant membres de l'ordre de la Légion-d'Honneur.

» La conférence, par l'organe de son président, M. C.-E. David, a exprimé toute sa reconnaissance au prince président de la République, aux ministres des affaires étrangères et du commerce, et elle s'est séparée en laissant, comme actes qu'elle a produits, une convention et un règlement sanitaires qui établissent, autant que possible, l'uniformité dans les quarantaines aussi bien que dans les droits et dans les administrations sanitaires de la Méditerranée. »

— Nous apprenons que les trois premiers noms de la liste présentée par la section d'accouchements de l'Académie de médecine sont inscrits dans l'ordre suivant :

1° M. Lenoir ;
2° M. Depaul ;
3° M. Jacquemier.

Nous dirons en temps et lieu notre opinion sur cette liste. Pour le moment, nous devons nous contenter de rappeler qu'elle ne préjuge rien sur les dispositions de l'Académie à l'égard de chaque candidat. Parmi ces trois noms, elle ne pourrait d'ailleurs faire qu'un très bon choix.

— Sont désignés pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce les chirurgiens sous-aides dénommés ci-après, savoir :

MM. Musart, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer.
Wintrebert, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer.
Gosset, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Nancy.
Allaire, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Besançon.
Gillin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon.
Muller, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Marseille.
Guillard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Marseille.
Thierry de Maugras, chir. sous-aide à l'hôpital de Briançon.
Mouillac, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan.
Lapeyre, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux.
Raoult, chir. sous-aide à l'infirmerie de l'Ecole de cavalerie.
Didelot, chir. sous-aide à la division d'occupation d'Italie.
Bougel, chir. sous-aide à la division d'occupation d'Italie.
Gronnier, chir. s.-aide aux ambulances de la division d'Alger.
Lefèvre, ch. s.-aide aux ambulances de la division d'Alger.
Marquès, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Alger.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU (M. Chomel). Cancer du duodénum. — NECKER (M. Civiale). Diagnostic de la pierre. — Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont. — Cas remarquable de deux vagins et de deux matrices. — Mémoire sur l'élimination de certains poisons, etc., par M. Orfila. — Chronique et nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Cancer du duodénum.

Le cancer du duodénum, assez rare, surtout comparé au cancer de l'extrémité pylorique de l'estomac, présente des analogies bien grandes avec cette dernière affection. La nature bilieuse des vomissements est cependant un phénomène spécial au cancer intestinal, pourvu que le canal cholédoque vienne s'ouvrir dans la portion du duodénum située au-dessus de la lésion, portion qui communique avec l'estomac par l'intermédiaire du pylore, ordinairement dilaté. Le fait suivant est un exemple de cette affection.

La nommée Leduc (Louise), concierge, âgée de soixante-quatre ans, est entrée à la clinique de l'Hôtel-Dieu le 19 décembre 1851. Elle raconte qu'elle a eu dans sa jeunesse une bonne santé; elle est accouchée deux fois d'enfants à terme bien portants et sans accidents. Elle a cessé de voir à l'âge de quarante-cinq ans, et s'est bien portée depuis cette époque jusqu'à il y a deux mois. Depuis près d'un an, cependant, elle avait déjà un peu moins d'appétit et souvent des assoupissements; elle s'endormait facilement sur sa chaise, soit avant, soit après ses repas et même à jeun. Le début de la maladie qui l'amène à l'Hôtel-Dieu est rapporté par elle à deux mois. A cette époque, elle a éprouvé des douleurs vives dans le ventre et des vomissements bilieux qui, chaque jour, devenaient plus fréquents et plus abondants. Les digestions, d'abord normales, sont devenues plus tard pénibles et enfin impossibles. Les selles, jusque-là régulières, ont conservé leur consistance normale; mais il est survenu une constipation opiniâtre. C'est surtout depuis un mois que les vomissements sont devenus plus fréquents; ils ont lieu tous les jours et, le plus souvent, une demi-heure ou une heure après l'ingestion des aliments, qui acquièrent, avec le vomissement, une saveur amère et jamais acide. Outre les aliments, la malade rejette une très grande quantité de liquide verdâtre à réaction alcaline. Depuis assez longtemps, elle était fatiguée par des vents.

A son entrée, les vomissements semblent revenir le matin de préférence, et présentent les caractères que nous avons déjà décrits. Les selles, devenues très rares depuis quelque temps, se sont complétement supprimées depuis quinze jours. La malade a considérablement maigri, surtout depuis un mois. L'appétit est nul, la soif peu intense; la langue, blanche et humide, présente sur ses bords deux petites lignes de salive blanchâtre, caractère souvent observé par M. Chomel chez les personnes qui font de mauvaises digestions; jamais de vomissements de sang.

Le ventre, très aplati à son extrémité supérieure, présente un phénomène important à noter; ses parois, assez flasques et amincies dans toute leur étendue, sont soulevées, dans la fosse iliaque gauche et dans la partie inférieure de l'abdomen, par une saillie en forme de cornemuse dont les extrémités sont logées dans les deux fosses iliaques, et la grande courbure descend jusqu'au pubis, tandis que la petite courbure semble contourner la région ombilicale; les extrémités remontent jusqu'au-dessous des fausses côtes des deux côtés. Toute cette saillie, qui présente par intervalles des mouvements vermiculaires, est très sonore à la percussion; elle disparaît par moments, et le ventre est alors complétement aplati. Lorsque la tumeur se reforme, la malade semble éprouver un spasme, et il apparaît quelquefois une espèce de sillon presque vertical qui, de l'une des extrémités, semble se porter directement vers l'autre. Par la palpation et la succussion, on détermine dans la tumeur que nous venons de décrire une espèce de gros glouglou ou gargouillement formé dans une grande cavité contenant un liquide et de l'air; cette cavité ne pouvait absolument être que l'estomac, dont le corps aurait été déplacé sans que les extrémités eussent notablement changé de place. En effet, si d'un côté on trouvait à la partie inférieure et gauche de l'abdomen les signes de la présence de l'estomac, d'un autre côté la portion du ventre située entre l'appendice xyphoïde et le nombril est déprimée et mate à la percussion, de sorte qu'on trouve au contraire dans cette région les signes de son absence. La palpation de la fosse iliaque droite y fait constater la présence d'une petite tumeur bosselée, dure, irrégulière et mobile. Les urines sont claires et les besoins d'uriner peu fréquents. Apyrexie complète.

La malade a été soumise à l'usage des bols d'extrait de pissenlit. Un lavement avec 10 grammes de séné lui a été administré; et, comme aliment, de la gelée de viande et des lavements de bouillon. La glace râpée et l'eau de Seltz ont été prescrites dans le but de modérer les vomissements; mais l'usage de cette dernière boisson a dû être bientôt suspendu: elle était conservée dans l'estomac sans être absorbée, et finissait au bout d'une demi-heure à peu près par être rejetée en totalité.

Pendant les quelques jours qui ont suivi son entrée, la malade a continué le régime dont nous venons de parler, et son état est resté à peu près stationnaire. S'il lui arrivait de rester un jour sans vomir, la tumeur stomacale présentait, le lendemain à la visite, moins de sonorité que les jours précédents, et les matières liquides vomies dans la journée étaient en plus grande quantité. 5 grammes par jour de magnésie décarbonatée ont semblé, pendant quelques jours, modérer les vomissements, qui bientôt ont reparu avec une nouvelle intensité. Sous l'influence des lavements de séné, elle a eu quelques selles liquides peu fréquentes et peu copieuses.

Dans les derniers jours de décembre, l'état de la malade s'est aggravé; l'amaigrissement, déjà extrême à son entrée, avait encore augmenté, et malgré les moyens employés pour soutenir ses forces, elle a succombé le 2 janvier. Les selles étaient presque complétement supprimées depuis plusieurs jours.

L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, a fait constater les lésions suivantes: la rigidité cadavérique avait disparu; on observait une teinte bleuâtre de la peau du ventre correspondant à la fosse iliaque droite. La percussion faisait constater de la matité dans toute la portion épigastrique et dans l'hypochondre droit, limité inférieurement par une ligne courbe s'étendant du bord interne des fausses côtes gauches à la fosse iliaque droite. Dans tout le côté opposé de l'abdomen, on constatait, au contraire, de la sonorité, et l'on reproduisait, par la palpation, le glouglou considérable observé pendant la vie.

En enlevant la paroi antérieure de l'abdomen, on observe que les organes sont dans les rapports suivants: l'estomac, considérablement augmenté de volume, remplit toute la fosse iliaque gauche, et s'étend depuis le trou diaphragmatique d'abord jusqu'au pubis, où il se contourne derrière la symphyse pour remonter un peu à droite de la ligne médiane, de telle sorte que sa petite courbure, presque anguleuse, contourne à peu près l'espace où se trouvait l'ombilic. L'extrémité pylorique vient se terminer au-dessous du bord tranchant du foie, à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites. Il est distendu par une grande quantité de liquide verdâtre et éminemment bilieux. La portion du duodénum qui fait suite au pylore est distendue dans une longueur de six à huit travers de doigt à peu près, et présente un diamètre double de son diamètre normal.

Dans la fosse iliaque droite, dans une cavité formée par la concavité de la fosse iliaque interne, et un relief très considérable du muscle psoas, dont la partie supérieure est très fortement fibreuse, se trouve une tumeur du volume du poing formée par le cœcum et son appendice, qui renferme une assez grande quantité de matières fécales ramollies. L'intestin grêle, qui fait suite à la portion dilatée du duodénum et se dégage d'une tumeur cancéreuse qui a produit dans cet organe un rétrécissement assez considérable, naît au niveau du bord inférieur du foie, se porte de droite à gauche au-devant de la quatrième vertèbre lombaire, reste dans une étendue de deux pouces sur le côté gauche de la colonne vertébrale et est refoulé en totalité par l'estomac dans le petit bassin. La portion de cet intestin qui aboutit au cœcum, dans la fosse iliaque droite, ainsi que deux anses d'intestin grêle qui viennent chacune, passant au-dessus des muscles psoas, se loger dans les fosses iliaques des deux côtés, étaient fortement pressées par l'estomac distendu et fortement injectées; l'anse du côté gauche présente même une coloration lie-devin assez prononcée. Le calibre de l'intestin, qui contient dans toute son étendue une assez grande quantité de matière fécale ramollie, est singulièrement rétréci, de telle sorte que le gros intestin ne présente guère que le volume d'un intestin grêle ordinaire. L'intestin grêle est aussi proportionnellement diminué.

En enlevant les organes, on trouve, au niveau de la jonction des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur du duodénum, une tumeur de forme circulaire, irrégulière, mamelonnée, criant sous le scalpel et présentant tous les caractères du tissu cancéreux. En ouvrant l'intestin un peu plus bas que la tumeur, si l'on essaie d'y faire pénétrer le petit doigt en remontant vers l'estomac, il arrive sur une espèce de cul-de-sac, dont l'extrémité la plus éloignée se termine par un pertuis qui admet à peine la pulpe de ce doigt. En disséquant la tumeur, on constate qu'elle n'a pas envahi les tuniques intestinales et qu'elle forme autour de l'intestin une virole cancéreuse qui en a rétréci le calibre. Vers la partie supérieure de la tumeur, vient aboutir le canal cholédoque, un peu dilaté; son orifice inférieur est légèrement rétréci. Cette tumeur, qui se prolonge un peu dans l'épiploon, est indépendante du pancréas. Sur les parois externes de l'estomac, on observe quelques plaques blanchâtres présentant l'aspect graisseux, mais qu'il est impossible de ne pas reconnaître comme étant du cancer; on en rencontre aussi quelques-unes sur l'épiploon.

Comme nous l'avons dit, le duodénum et l'estomac sont considérablement dilatés; l'œsophage lui-même participe, quoiqu'à un moindre degré, à cette dilatation; le pylore, sans dégénérescence, présente un diamètre de plus d'un pouce.

En ouvrant l'estomac, on observe que la muqueuse est lisse et sans rougeur; les plis qu'elle présente ordinairement ont dû disparaître sous l'influence de la distension exagérée qui a produit aussi sans doute l'hypertrophie de la tunique musculeuse, qui présente quatre à cinq lignes d'épaisseur. La quantité de liquide que contenait cet organe peut être évaluée à deux litres. Les autres viscères n'ont présenté aucune lésion intéressante.

Le fait dont nous venons de tracer l'histoire est intéressant, comme nous le disions en commençant, au point de vue de la rareté relative et assez grande du cancer du duodénum, à cause aussi de la valeur symptomatique des vomissements bilieux qui devaient faire penser que l'obstacle au cours des aliments, qui avait produit la distension de l'estomac, se trouvait dans une portion du conduit alimentaire inférieure à l'ouverture des canaux biliaires. Quant à la disposition anatomique, cette forme en virole mérite d'être signalée, car généralement les tuniques intestinales sont envahies par la matière cancéreuse, qui alors donne à l'intérieur du tube intestinal la disposition mamelonnée de l'extérieur.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Diagnostic de la pierre.

Messieurs, vous aurez rarement un plus bel exemple à étudier des avantages de la dilatation temporaire que j'essayais de vous développer l'autre jour que ce que vous avez pu observer chez le malade du n° 2 (pavillon d'en bas). Vous avez vu avec quelle facilité nous avons, pour ainsi dire, laissé tomber dans la vessie de ce jeune homme une bougie métallique du plus gros calibre. Il va y avoir cinq semaines que son traitement est commencé, ayant consisté dans l'introduction tous les deux jours d'abord, puis chaque jour, d'une bougie molle laissée de une à cinq minutes, jamais davantage.

Je ne crains pas de vous dire que cet homme est à tout jamais guéri, pourvu qu'il ait la précaution de se passer une bougie toutes les semaines et, bientôt après, tous les mois seulement. Si, ce qui n'est que trop fréquent, il néglige de suivre ces recommandations, le rétrécissement peut revenir graduellement; mais, même dans ce cas, il restera certainement plusieurs années sans en souffrir.

Nous avons tout à l'heure, dans les salles, pratiqué plusieurs opérations d'urétrotomie sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir.

Aujourd'hui, je veux ajouter quelques mots à ce que je vous ai dit déjà sur le diagnostic de la pierre. Notre jeune enfant est parti, et décidément sans pierre. On s'est donc trompé en nous l'envoyant. Or, messieurs, à cet égard, il y a trois manières de se tromper:

1° On peut méconnaître une pierre qui existe dans la vessie.

2° On peut croire à la présence d'une pierre qui, en réalité, n'existe pas.

3° Enfin, par une erreur moins fâcheuse peut-être, mais dont les conséquences ne manquent pas pourtant de gravité, on s'abuse sur le siége, sur le volume, la forme, le nombre, la consistance du ou des calculs.

I. Je crois qu'on ne citerait pas un seul praticien, parmi les plus habiles, à qui il ne soit arrivé de ne pouvoir rencontrer une pierre qui pourtant existait dans la vessie; et je ne parle pas seulement de petits calculs, mais des plus volumineux, mais des plus nombreux.

François Colot, le dernier de cette famille illustre dans l'histoire de la lithotomie, rapporte que, ayant sondé à plusieurs reprises un homme de soixante ans, il ne put parvenir à sentir la pierre, dont l'existence lui semblait annoncée par plusieurs autres signes: il tailla pourtant, et *vingt-deux* calculs très durs et gros comme des noisettes furent extraits de la vessie. Chacun connaît l'histoire d'un des plus grands chirurgiens du dernier siècle, de Lapeyronie, qui mourut de la pierre: sa vessie contenait un calcul qui pesait plus de trois onces, et qu'on n'avait jamais pu découvrir, bien qu'il eût été sondé plusieurs fois. Plusieurs autres médecins célèbres furent dans le même cas; de nos jours, par exemple, Portal, chez lequel la pierre ne fut découverte que quand toutes les ressources de l'art étaient devenues inutiles par les progrès du mal.

L'insuffisance des manœuvres a été souvent la cause de ces erreurs; mais souvent aussi, plus excusables et par conséquent plus difficiles à éviter, elles naissent de dispositions anormales, vessies à colonnes et cellules vésicales, cystocèles, tumeurs prostatiques, fongus du col, etc.

Dans le cystocèle, les cellules vésicales, la méprise est presque obligée; mais elle peut et doit être évitée dans les autres cas; quand, par la saillie considérable du col ou du trigone, le bas-fond forme une cavité profonde, un cul-de-sac

où la pierre échappe à l'exploration des instruments, cachée entre la prostate et le rectum. Vous pouvez, du reste, mesurer l'étendue de toutes ces difficultés en réfléchissant qu'après l'opération de la taille elle-même, par les différentes méthodes, aussi bien par le périnée que par l'hypogastre, une pierre peut échapper à toutes les recherches; et des malades ainsi vainement lithotomisés ont fini par succomber aux effets de la persistance du corps étranger, ou, plus heureux, en ont été délivrés plus tard par une opération nouvelle, qui quelquefois a été la lithotritie.

II. Ces tailles inutiles, messieurs, nous ramènent à une autre source d'erreur, au cas où l'on croit faussement à l'existence d'une pierre. Et gardez-vous ici d'accuser trop légèrement le chirurgien. Il est très vrai qu'on croit quelquefois sentir un frottement dur, une rugosité qui vous donne l'idée d'un corps étranger, quand rien de pareil n'existe. Et cette circonstance est une des meilleures raisons qui nous portent à multiplier et à varier les manœuvres propres à asseoir le diagnostic. Je vous rappellerai, au milieu de beaucoup d'autres, un fait qui s'est passé ici même dans ce service. Un malade m'est adressé pissant du sang, éprouvant une vive douleur à la fin de l'excrétion de l'urine, offrant en un mot et très prononcés plusieurs des signes rationnels de la pierre; je le sonde, et j'éprouve vers le col de la vessie un craquement, une rugosité qui, pour bien d'autres, eussent été la vérification de ce qu'on soupçonnait déjà chez notre homme. Pour ma part, ayant déjà vu des cas semblables, je prononçai que jusqu'ici je ne croyais point à l'existence d'une pierre. Le professeur Maunoir assistait précisément ce jour-là à notre clinique; je lui confie le cathéter : il affirme que, pour lui, il croit à la présence d'un calcul. Le samedi suivant, de nouvelles explorations confirment, à mes yeux du moins, mon premier diagnostic. Je renvoie le malade en ayant le soin de lui donner un certificat constatant qu'il n'a pas la pierre. L'homme, avec et malgré son certificat, rentre dans un autre hôpital. Là on le taille, toujours malgré le certificat : rien dans la vessie; il avait simplement une prostate dure et hypertrophiée.

Il y a quelques années, M. A. Key était sur le point d'opérer un malade. Celui-ci mourut la veille du jour fixé pour l'opération. Il n'avait rien dans la vessie.

III. Après avoir reconnu le calcul qui existe en réalité, toutes les chances d'erreur ne sont pas épuisées. Que de fois nos devanciers n'ont-ils pas pratiqué la taille hypogastrique, au lieu de la périnéale, regardant la pierre comme trop grosse, et finissant par n'amener qu'un très petit calcul! De nos jours, l'erreur est plus fâcheuse : l'idée d'un gros calcul vous fait renoncer à la lithotritie, et l'extraction vous montre que celle-ci était parfaitement praticable. Ce qui s'applique au volume doit s'entendre aussi de la dureté. Un certain volume de la pierre, une dureté portée à un haut degré contre-indiquent la lithotritie; mais il faut au moins que l'opérateur en ait bien acquis la preuve. Moi-même, messieurs, je m'y suis trompé, et il n'y a pas encore très longtemps. Le malade paraissait dans des conditions détestables; je ne poussai pas l'exploration au delà du cathétérisme, tant l'indication me parut évidente; je le taillai au plus vite, et ne retirai qu'une petite pierre que j'aurais pu broyer en une ou deux séances. Très heureusement cet homme guérit : mais quels regrets n'aurais-je point eus si la terminaison avait été funeste!

Laissez-moi donc vous résumer la manière dont je pratique et dont je vous conseille l'exploration pour arriver à un diagnostic aussi précis que possible et pour établir, avec autant de certitude que comporte un sujet aussi difficile, l'abstention ou l'opération.

Un individu supposé calculeux m'est adressé; je l'ai longuement questionné sur tous les signes de sa maladie; j'ai, de plus, interrogé son état viscéral par tous les moyens dont l'art dispose. J'aurai l'occasion de m'expliquer avec vous sur l'importance de cet examen préliminaire et sur la manière de l'obtenir aussi complet que possible. Je connais mon malade en médecin; le rôle du chirurgien commence. Avant tout, si rien ne presse, je prépare les voies de l'examen chirurgical. Au lieu de procéder immédiatement à un cathétérisme explorateur douloureux et dangereux, même chez l'homme sain, à plus forte raison chez le calculeux, des bougies molles sont introduites pendant quelques jours, qui, laissées une ou deux minutes, amortissent la sensibilité de l'urètre et du col vésical, et préviennent la douleur autant que les accidents possibles des manœuvres qui vont suivre.

On procède alors à l'exploration. Une précaution souvent négligée, à laquelle vous ne me voyez jamais manquer, est d'élever le bassin du malade à l'aide d'un coussin ou d'un oreiller reployé placé sur le bas des reins. De cette façon, le bas-fond de la vessie, où est presque constamment la pierre, se trouve en regard de l'orifice interne de l'urètre.

La sonde est introduite; elle est de calibre moyen, à petite courbure. On laisse couler l'urine. Sa quantité, son jet vous instruisent de la capacité et du degré de contractilité du viscère. Si la vessie est trop irritable, ou qu'elle soit, au contraire, plus ou moins frappée d'atonie, je m'arrête et ne vais pas plus loin. Quelques jours et des soins spéciaux seront nécessaires pour faire cesser cet état plein de dangers si l'on persiste.

Dans les cas où la poche urinaire n'offre dans ses propriétés rien de trop anormal, la fin de l'urine est retenue, l'exploration est pratiquée en promenant le bec de l'instrument sur tous les points du bas-fond par quelques mouvements de rotation.

L'extrémité libre de l'algalie est d'autant plus abaissée que la vessie est moins capace, le bas-fond moins excavé, la courbure plus petite. Puis on laisse écouler la fin de l'urine ou l'on fait plusieurs injections d'eau à des températures variables, suivant la tonicité du muscle vésical, de manière à faire passer l'organe alternativement de l'état de plénitude à celui de vacuité. Le dernier degré de cette pratique est que la vessie contractée embrasse l'instrument explorateur; et celui-ci rencontre jusqu'au plus petit corps étranger.

Cela suffit généralement pour qu'on puisse affirmer qu'il existe une pierre; mais vous savez notre dernière ressource : c'est l'instrument lithotriteur, le trilobe ou le lithoclaste. Après quelque temps de repos, son introduction lève les derniers doutes, permet de mesurer approximativement le volume, la dureté de la pierre; et c'est alors que vous pouvez, en connaissance de cause, vous décider à l'opération qui présente les chances les plus favorables au malade.

Dr Adolphe Richard.

RECHERCHE DE L'IODE

dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont;

Par Ad. Chatin,

Docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur titulaire à l'Ecole de pharmacie de Paris.

(Suite. — *Voir* le numéro du 10 janvier.)

DEUXIÈME PARTIE. — Recherche de l'iode dans les eaux.

Dès mes premières recherches sur l'iode contenu dans les eaux douces, j'avais donné une grande attention aux différences considérables qui existent entre elles. En effet, tandis que la Seine, la Loire, la Tamise, le New-River, l'Elbe, l'Oder, la Néva, la Charente, le Cher, l'Indre, la Meuse, l'Oise, la Somme, l'Yonne, la Vesle et la plupart des sources placées dans les bassins de celles de ces rivières qui coulent en France (ces sources sont les seules dont j'aie fait une étude de quelque étendue; mais il n'est pas douteux que celles appartenant aux bassins de la Tamise, etc., fourniraient des résultats de même ordre) donnaient à l'analyse une quantité notable et presque identique d'iodures. Le Rhin (à Strasbourg), le Danube (à Vienne), le Rhône (à Lyon et à Vienne), l'Isère, le Gniers, le Drac, la Romanche, la Durance, l'Adour, la Haute-Garonne, les Gaves de Pau et de Cauterets, le Tarn, le Têt, le Gers, la Meurthe, le Doubs, la Sarre, la Haute-Marne et la Haute-Saône étaient plus ou moins complétement dépourvus de ces composés. Quelles pouvaient être les causes générales de ces différences? Je fis tout d'abord la facile remarque que les rivières pauvres en iodures ont entre elles ce rapport commun, de descendre de contrées montagneuses et d'avoir, au moins pendant une partie de leur trajet, un cours impétueux. Que la minime proportion de leur iode se rapportât à la nature même des sources qui les alimentent, qu'elle tînt à une altération des eaux pendant leur parcours, qui n'est longtemps qu'une cascade brisée, c'est dans les lieux mêmes où ces rivières torrentueuses prennent naissances que devrait être cherchée la solution de la question.

La Saône est le premier cours d'eau dans lequel je recherchai l'iode en me dirigeant sur les Alpes. Prises à Châlons, les eaux de cette rivière ont été trouvées plus iodurées qu'à Gray, où elles n'ont pas encore reçu celles de l'Oignon, plus riches en iode. Les eaux des puits de Châlons sont dures; et, ainsi que je l'ai donné comme *caractère* des eaux de cette classe, elles ne contiennent pas une quantité sensible d'iodures.

Lyon délaisse les eaux de la Saône pour celles du Rhône, qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'iode, ainsi que celles fournies par des pompes à eaux, d'ailleurs assez légères, creusées dans le sol alluvial de la basse ville. La proportion de l'iode, encore minime dans les fontaines de Vienne (alimentées par la Gère), de Tullins, de Voiron, du Villars-de-Lans, se relève un peu dans celles de Saint-Marcellin, de Bourgoin, de la Terrasse, de Montmélian, de Chambéry; dans les eaux du lac de Paladru, dont les infiltrations alimentent les puits d'eaux légères de Charavine, et dans les sources des hautes collines de diluvium sur lesquelles s'élèvent les ruines du château de Clermont-Tonnerre. Elle se réduit à d'infimes traces dans la Bourbe et la Morge, qui sortent des Molasses d'Eclose et de Voiron; dans les sources qui filtrent de la même formation aux environs du Pont-en-Royans et de Saint-Marcellin; dans les cascades de Sassenage, la Bourne, le Vernaison, le Furon, le Versoud, la Voroise, qui tombent des montagnes du Villars et du Vercors. Grenoble, Seyssinet et Vif sont alimentés par des eaux qui ne renferment aussi qu'une proportion d'iode à peine appréciable.

Si l'on suit le cours de l'Isère, on trouve au-dessus de Grenoble, sur la rive gauche, Gières, Domène, Tancin, Goncelin, etc., qui s'élèvent sur les schistes du Lias et consomment des eaux privées d'iode; et sur la rive droite, la Terrasse, le Touvet, Barreau, Chapareillan, adossés aux formations crétacées et au diluvium, d'où jaillissent des sources dont l'iode n'est pas aussi complétement exclu. Allevard et la vallée de ce nom, ouverte à travers les schistes, Vaulnaveys, qu'entourent la même formation, et des roches talqueuses plus anciennes, sont alimentés par des torrents (Bréda, Bard) ou des sources dans lesquelles j'ai inutilement cherché la présence de ce corps.

Lorsqu'on avance dans les hautes vallées de l'Isère comprises dans les Etats sardes, on se trouve pour toujours au milieu des schistes de la Tarentaise et de la Maurienne, recouverts de hameaux, de villages et de gros bourgs, dont les eaux potables sont uniformément privées d'iode. Entre eux, il n'est pas, à cet égard, de différence sensible, et je dois me borner à citer les noms des localités sur les eaux desquelles ont porté mes analyses.

En remontant la Tarentaise jusqu'au petit Saint-Bernard, j'ai successivement constaté que l'iode manque dans les eaux potables de Sainte-Hélène-des-Millières, Notre-Dame-des-Millières, Grignon, Bellecombe, Moutiers, Saint-Marcel, Centron, Villette, Aime, Bellentre, La Chapelle, Bourg-Saint-Maurice, Céez et Saint-Germain, placés dans la vallée principale de l'Isère; dans celles de Salins, Fontana, Brides-les-Bains, La Chavonne, Vignesan, La Perrière, La Clozette, le grand Carrat, le petit Carrat, La Pichardin, les Tombettes, Bozel et Villars-le-Goitreux, qui peuplent la vallée à laquelle un grand torrent, le Doron, a donné son nom; ainsi que dans les eaux de Charançon, La Côte-Derrière, Le Mas-Villartier et Saint-Laurent-de-la-Côte, situés dans la vallée du Merderat, ou rivière Saint-Jean.

Quand on descend du mont Cenis en Maurienne, on trouve tout d'abord Lans-le-Bourg, qui mérite d'être spécialement cité pour les eaux de ses fontaines, que j'ai trouvées presque aussi chargées d'iode que nos bonnes eaux de Paris. Ce fait, le seul (1) de ce genre que j'aie observé au milieu des grandes Alpes, et qu'explique peut-être l'immunité relative dont jouissent les habitants de Lans-le-Bourg quant au goître, doit encourager dans l'exploration des sources placées à portée des populations qui actuellement emploient des eaux privées d'iode. Mais je laisse les appréciations, qui trouveront plus loin leur place, pour revenir à la statistique.

Après Lans-le-Bourg, on retrouve dans la vallée de l'Arc et les schistes et les eaux privées d'iode. Les localités dont j'ai observé les eaux sont Therminion, Bramand, Modame, Saint-Michel, Saint-Julien et Villars-Clément, où sont deux sources à la malfaisance desquelles on a prétendu que les jeunes gens avaient recours pour se soustraire par le goître au service militaire, comme si dans ces contrées on trouvait des eaux beaucoup meilleures (2); et, plus loin, Saint-Jean de Maurienne, Saint-Pancrace, Villars-Gondrand, Jarrier et Villars-Jarrier, Hermillon, Pont-à-Mafrey, La Chambre, Espierre, Aiguebelle et Randan.

Les populations de Maltavernes, de Coïse, de Saint-Jean-Pied-Gaultier, de Planaise et de la Chavanne, gros villages placés sur le diluvium vers la jonction de l'Arc et de l'Isère, possèdent des eaux souvent iodurées dont on ne fait pas assez souvent usage. C'est ainsi qu'à Maltavernes on boit des eaux privées d'iode, tandis qu'on n'utilise que comme lavoir une belle source où ce principe se trouve en quantité appréciable, et que l'on néglige tout à fait une petite source placée au-dessus du lavoir, quoiqu'elle renferme l'iode en proportion notable, ainsi qu'un peu de fer. A Coïse est une fontaine privée d'iode, et près d'elle une source iodurée qu'on délaissait encore il y a quelques mois. La Chavanne et Planaise se servent d'eaux de puits séléniteuses, et il n'est pas douteux qu'on trouverait dans le voisinage, sortant du terrain diluvien, des sources plus légères et contenant une certaine proportion d'iode.

Il est digne de remarque que les sources d'eau douce sortant du diluvium, celles du moins que nous avons examinées, soit de Lyon à Chambéry, soit avant d'entrer en Tarentaise ou en sortant de la Maurienne, ne sont ni très riches en iode, ni tout à fait privées de ce corps. J'ai précédemment signalé que les grands torrents qui descendent des cimes neigeuses des montagnes sont à peu près dépourvus d'iode; j'ai pu dans le cours de mon voyage revoir ou constater le même fait sur le Bréda, le Drac, la Haute-Isère, l'Arc, l'Arvan, le Merderat, le Doron, la Doire-Baltée, le Buttier, la Petite-Doire, le Pô, le Tanaro, la Bormida, et un nombre considérable de leurs affluents. L'examen des eaux de petits lacs et de sources placés sur le Saint-Bernard et le Mont-Cenis, celui de neiges et de pluies tombées sur ces points élevés prouvent que les eaux n'y contiennent que peu ou point d'iode, ce qui fournit une explication naturelle de l'absence de ce principe dans les torrents qui ont leurs sources près des glaciers.

De l'autre côté de la grande arête des Alpes et sur le versant italien est le val d'Aoste, qui n'est en quelque sorte que la reproduction de la Tarentaise et de la Maurienne sous les rapports de la géologie et de l'hydrographie. Dans chaque vallée des schistes croisés de gypses métamorphiques et des roches talqueuses, un grand torrent, qui est l'Isère, l'Arc ou la Doire-Baltée, et de nombreux affluents, torrents, ruisseaux, sources à eaux quelquefois remarquablement légères, souvent chargées de sulfate de chaux, toujours privées d'iode ou ne renfermant de ce corps que des quantités infimes.

Les localités de la vallée d'Aoste, dont j'ai examiné les eaux sans pouvoir y déceler la présence de l'iode, sont, à partir du Saint-Bernard, Pont-Sera, La Thuile, la Barma, Pré-Saint-Didier, Morgex, Livrogne, Villeneuve, Saint-Pierre, Aoste, Roisans, Gignod, Villa-Franca, Nû, Châtillon, Saint-Vincent, Verrès.

On remarquera que dans les noms précédents sont ceux des contrées où l'on trouve le plus de goîtreux et de crétins.

A Burgo-Franco, à Ivrée et à Caluso, qui appartiennent à la grande plaine lombardo-piémontaise, l'iode se trouve dans les eaux courantes en quantité minime, mais déjà appréciable. Chivazzo, Settimo, Turin, Moncalieri boivent des eaux de puits séléniteuses et ne contenant pas d'iode en proportion sensible. Il en est encore de même à Turin des sources Valentin et Sainte-Barbe, quoiqu'elles jouissent, surtout la première, d'une réputation qu'elles ne méritent pas plus que la source séléniteuse du Roi à Ville-d'Avray et la fontaine de la Vierge à Versailles, autrefois recherchées par la cour de France, comme l'est encore de nos jours par la cour de Sardaigne, dit-on, l'eau limpide et fraîche qui sourd à Turin entre le palais Valentin et la berge du Pô. Il est juste d'ajouter qu'à Turin on n'a pas, comme à Paris, à Saint-Cloud ou à Versailles, de bonnes eaux à préférer, celles du Pô et de la

---

(1) Cependant, à Bellecombe en Tarentaise, j'ai trouvé que le ruisseau est sensiblement ioduré vers la fin de son parcours, au-dessus du joli pont d'Aiguebl anche. Il serait utile de rechercher le point d'où sort la source par laquelle l'iode arrive au ruisseau.

(2) Les habitants du hameau de Saint-Julien préfèrent les eaux de l'Arc; ceux de Villars-Clément puisent à un ruisseau-torrent.

Petite-Doire (de celle-ci principalement) étant chargées de sels calcaires et dépourvues d'iode.

Je dois signaler ici une différence qui existe entre mes résultats et ceux précédemment admis par un savant chimiste de Turin, M. le professeur Cantu, dont le gouvernement piémontais a reconnu et récompensé le rare mérite en lui donnant un siége au sénat. M. Cantu, qui longtemps avant moi (je me fais un devoir de le répéter après l'avoir ignoré avec les chimistes français) a constaté la présence de l'iode dans les eaux douces, indique ce corps comme se trouvant en petite proportion dans les eaux de Sainte-Hélène-des-Millières, d'Aoste, de Châtillon, de Morgex, etc., où je n'ai pu le découvrir. Les précautions que j'ai prises étant très grandes (j'ai répété deux fois l'analyse de chacune des eaux dans lesquelles l'iode avait été antérieurement signalé) et l'habileté de M. Cantu ne pouvant être mise en doute, il est présumable, ou qu'à certains moments, peut-être après des pluies particulièrement iodurées, ces eaux sont chargées d'un peu d'iode, ou que les correspondants priès par la commission sarde (1) de lui adresser, réduits à un petit volume, 20 litres de chacune des eaux dont elle se proposait de faire l'analyse auront introduit à leur insu quelque cause d'erreur dans les produits (2).

Les eaux du Tanaro et de la Bormida ne contiennent encore que des traces douteuses d'iode à Alexandrie et à Marengo, et celles des puits d'Alexandrie, qui viennent sans doute de la première de ces rivières, se sont chargées de sulfate de chaux, et ont perdu la minime proportion d'iode qui pouvait s'y trouver avant leur parcours souterrain.

Au pied des premiers contre-forts des Apennins est Arquata, qui s'alimente d'eau calcaire et sans iode provenant de puits creusés sur la Molasse. San-Cypriano et San-Quirino boivent l'eau de la Policera, dans laquelle j'ai trouvé un peu d'iode. C'est aussi une quantité très faible de ce principe que renferment les eaux conduites à grands frais des Apennins à Gênes, où elles se distribuent dans toutes les maisons et sur la plupart des places.

De Turin au mont Cenis, on trouve: Rivoli, dont l'eau est fort peu iodurée; Saint-Ambroise, qui est à peine mieux partagée; et Suze, qui délaisse avec raison l'eau très séléniteuse et privée d'iode de la Petite-Doire pour des eaux de puits qui, contrairement à ce qui est le caractère ordinaire de cette classe, sont assez légères et non tout à fait privées d'iode.

L'intervalle qui sépare Chambéry de Paris en passant par l'Auvergne se partage en deux régions très distinctes. La première s'étend de Chambéry à Aigueperse, et est sillonnée d'eaux contenant peu, quelquefois point d'iode; la seconde comprend des contrées presque toutes alimentées par des eaux qui se rapprochent, par la proportion de leur iode, de celles de la Seine ou du New-River, qu'on peut considérer comme le type des bonnes eaux potables.

Dans la première région sont compris: Saint-Cassien, Saint-Thibault-de-Coultz, les Echelles, Saint-Laurent-du-Pont, qui appartiennent au massif crétacé de la Grande-Chartreuse, et dont les eaux sont un peu moins iodurées que celles de Chambéry; la Côte Saint-André, qui s'élève au milieu du diluvium et possède des sources notablement plus iodées; Vienne, moins favorisé; la Gère, qui fournit à ses meilleures fontaines, contenant à peine plus d'iode que le Rhône; Saint-Etienne-en-Forez et le Puy-en-Velay, qui n'ont, comme Vienne, que des eaux médiocrement iodurées; Saint-Germain et Issoire, qui se font au contraire remarquer au milieu du Puy-de-Dôme par la proportion notable d'iode qui existe dans leurs eaux; Clermont-Ferrand, qui tire des sources à peine iodurées de Royat les eaux de ses fontaines, tandis que le village de ce nom boit les eaux, moins iodurées encore, qui descendent à travers les basaltes des sources de Fontana, et que Riom, Vaucher et Aigueperse n'ont que des eaux de puits chargées de gypse et dépourvues d'iode.

Dans la seconde région, que caractérisent des eaux contenant une notable proportion d'iodures, s'élève Moulins, dont les fontaines sont assez riches en iode, mais le cèdent encore sous ce rapport aux eaux de l'Allier. Viennent ensuite: Nevers, Bourges, Orléans, Epinay-sur-Orge, Corbeil, Brunoy, Melun, Paris, ou plutôt la Loire, la Nièvre, l'Auroux, le Loiret (celui-ci sensiblement moins ioduré), l'Orge, l'Yvette, l'Essonne, l'Yères, l'Allamont, l'Ourcq, la Seine enfin, qui contiennent assez d'iode pour que l'on puisse sûrement y constater la présence de ce corps en opérant seulement sur 0,20 l. de leurs eaux. J'ai indiqué ailleurs que les eaux de la France sont aussi iodurées qu'à Paris jusqu'à la frontière belge.

Il faut, toutefois, être prévenu que, même auprès de Paris, on trouve sur des points très rapprochés des eaux légères et riches en iode et des eaux séléniteuses privées de ce corps. Je citerai Fontenay-aux-Roses, où les excellentes eaux de la fontaine des Moulins contrastent avec celles des puits; Ville-d'Avray, Montmorency, Andilly, Saint-Brice, Daumont, Eaubonne, Groslay, Montlignon, Piscop, Soisy, Ecouen et, plus loin, la Brie et le Soissonnais, qui ont des puits à eaux dures non iodurées, et des sources qui sont légères et très iodurées si elles sortent des meulières, des sables jaunes, des grès ou du calcaire d'eau douce; toujours dures, au contraire, et privées d'iode quand elles reposent sur les marnes du gypse, et quoique à un degré moindre, entre les assises du calcaire grossier; Belleville, Charonne, Châtillon, Bagneux, Vanves, Versailles, Saint-Cloud, Nanterre, Saint-Germain, Argenteuil, Enghien, Saint-Gratien, Montmagny, qui seraient réduits à des eaux calcaires dépourvues d'iode s'ils ne pouvaient pas leur substituer, au moins en partie, celles de la Seine et de contrées qui les entourent, ou les eaux pluviales.

En somme, les contrées du Piémont que j'ai parcourues sont, pour la plupart, alimentées par des eaux peu ou point iodurées; le contraire a lieu pour la plus grande partie de la France.

Quant aux rapports qui peuvent exister entre la proportion de l'iode et celle des sels terreux (calcaires et magnésiens) tenus en dissolution, il résulte de la comparaison des analyses d'eaux consignées dans ce travail (près de 400): qu'au milieu des Alpes, l'iode manque à la fois dans les eaux *légères* et dans les eaux *dures*, tandis que cet élément devient de plus en plus abondant dans les premières, à mesure qu'on s'éloigne des montagnes, les eaux dures continuant seules à en être privées.

Comme conséquence pratique des faits généraux qui précèdent, on peut supposer *à priori* que toute eau légère qui sort loin des massifs montagneux est bien iodurée, et que les eaux potables séléniteuses ne renferment pas d'iode en quantité sensible, quel que soit le point d'où elles sortent.

Les *eaux minérales* ont pris, dans ces recherches, une importance qu'elles tirent de leur ioduration très forte et de cette circonstance providentielle, qu'elles jaillissent ordinairement dans les lieux les plus tourmentés par les révolutions du globe et sur les points mêmes où leur présence est le plus nécessaire pour suppléer à l'iode qui manque aux eaux douces.

Depuis longtemps le Piémont est justement heureux de ses eaux de Challes et de San-Genision, qui contiennent plus d'un demi-cent. d'iode par litre. Les recherches auxquelles je me suis livré établissent que, si nous n'avons pas leurs pareilles, la nature n'a cependant pas mesuré ses bienfaits aux Alpes du Dauphiné. Non-seulement j'ai trouvé de très notables quantités d'iode dans des eaux connues où l'on ne soupçonnait pas sa présence, mais j'ai aussi à appeler l'attention sur des sources précieuses négligées ou ignorées jusqu'à ce jour.

Aux deux points opposés de la base néocomienne des montagnes du Villars-de-Lans, savoir: à Choramches, près le Pont-en-Royans, et non loin de Sassenage, à l'Echaillon de Veurey (1), sont deux sources identiques et également remarquables par leur richesse en iode et en principes sulfureux. D'autres sources sulfureuses, qui ne le cèdent en rien aux précédentes par la proportion des iodures qui y sont contenus, se voient encore dans la vallée de l'Isère, à Corens (près Grenoble), à Domène, à la Terrasse.

Les environs de Mens possèdent la source sulfureuse de Tréminis, analogue aux eaux de l'Echaillon, de Choranges, etc., et l'eau ferro-acidule bien connue d'Oriol, dans laquelle j'ai constaté la présence de plus d'iode que dans aucune des eaux ferrugineuses analysées jusqu'à ce jour. Sans aucun doute cette circonstance contribuera à expliquer les vertus de cette eau, en même temps qu'elle devra appeler de nouveau sur elle l'intérêt des médecins.

Satellite du fer, dont il se sépare cependant un peu plus fréquemment que du soufre, l'iode existe encore en quantité notable dans l'eau ferrugineuse du monestier de Clermont, et quoique en proportion moindre, dans des sources qui existent dans le département de l'Isère, près le Villars-de-Lans, et dans la basse Maurienne, sous Maltavernes. Il manque au contraire dans les eaux ferrugineuses de la vieille abbaye Saint-Antoine, ainsi que dans celles qui se trouvent sur les terres du Piémont près Saint-Didier, à Cormayor et à Cérésole.

L'Oisans a une eau sulfureuse très iodurée à Soulieux, commune de la Garde.

Je citerai aussi les eaux de Lamotte, dans lesquelles j'ai retrouvé l'iode signalé par M. Buissard, et j'appellerai spécialement l'attention sur notre célèbre source minérale d'Allevard. Le savant Dupasquier, qui a fait sur cette eau un travail complet et justement remarqué, n'y signale pas la présence de l'iode; résultat qu'on s'expliquera d'autant moins, que Dupasquier était plus habile, et que la source d'Allevard est réellement des plus iodurées parmi celles de la France, comme il avait établi qu'elle en était la plus sulfureuse.

Auprès d'Allevard se place Uriage, dont les eaux, exceptionnellement riches en iode parmi les sources salines, sont appelées à rendre aux habitants de la vallée de Volnaveys les mêmes services que les eaux d'Allevard à ceux de la vallée du Bréda (2).

Coëz, près Montmélian, compte une source alcaline assez iodurée. Brides-les-Bains, en Tarentaise, l'Echaillon de Saint-Jean de Maurienne, ont des eaux salines dans lesquelles j'ai constaté la présence d'iodures en quantité sensiblement égale à celle qui se trouve dans les eaux de Lamotte.

A 2 kilomètres d'Aix est Marlioz, dont l'eau sulfureuse froide et notablement iodurée se rapproche des sources de la Terrasse et de Domène, tandis que les eaux thermo-sulfureuses d'Aix (source sulfureuse proprement dite et source d'alun) contiennent, comme celles d'Echaillon, une moindre proportion d'iode que les eaux de la Seine.

Dans les Basses-Alpes sont Gréouln et Digne, dont les eaux minérales renferment, les premiers 1/50, les secondes 1/100 de milligramme d'iode.

Les eaux acidulées si agréables et si répandues de Saint-Galmier (Loire) sont iodurées comme de bonnes eaux potables (1/200 de milligramme); la proportion de l'iode s'élève à 1/100 de milligramme dans l'eau alcaline de Villaines-Saint-Aubin (Loiret), et dans les eaux salines de Royat et d'Aigueperse.

Si l'on compare dans leur ensemble les eaux sulfureuses des Alpes à celles des Pyrénées (j'ai examiné celles-ci pour un autre travail), on trouve que les premières sont beaucoup plus iodurées que les secondes. Toutefois, les eaux d'Aix tombent au-dessous de beaucoup d'eaux des Pyrénées, tandis que les eaux d'Ax, de Bagnières-de-Luchon (M. Filhol y a le premier indiqué l'iode), de Labassère et les Eaux-Bonnes, tendent à se rapprocher de celles des Alpes.

Et si l'on cherche les rapports et les différences qui existent entre toutes ces eaux minérales et les eaux potables contenant une proportion d'iodures que j'appellerai *normale* en prenant pour type les eaux de la Seine ou du New-River, on trouve que les eaux sulfureuses des Pyrénées contiennent à peine plus d'iode que l'eau potable normale, tandis que les eaux sulfureuses des Alpes sont, en moyenne, cinquante fois plus iodurées (celles de Challes et de San-Genisio sont quinze cents fois plus iodurées que l'eau de la Seine).

Si, maintenant que l'air et les eaux ont été séparément étudiés, nous cherchons les rapports qui existent entre eux, nous sommes conduits à reconnaître:

Que, sur les sommets et dans les vallées des Alpes, l'air et les eaux douces, tant les eaux douces que celles où dominent les sels terreux, sont également *pauvres* en iode;

Qu'à une certaine distance des grands massifs montagneux, l'air et les eaux légères sont l'un et l'autre *riches* en iode;

Que les eaux dures sont toujours peu ou point iodurées, quel que soit l'état de l'air;

Que, par conséquent, il y a toujours parallélisme entre l'air et les eaux potables légères, à l'exclusion des eaux séléniteuses: d'où se déduit encore, comme corollaire, la possibilité de déterminer l'état de l'air par celui des eaux légères, et réciproquement;

Et, enfin, que les eaux minérales, celles du moins qui paraissent se former au-dessous de la zone de terre perméable aux eaux communes, sont indépendantes et de l'état d'ioduration de ces dernières, et de celui de l'atmosphère; observation qui fournit un caractère pour distinguer les eaux minérales *profondes* ou *vraies*, de celles qui sont *superficielles* ou *accidentelles*.

MÉMOIRE

sur l'élimination de certains poisons; la comparaison des procédés proposés jusqu'à ce jour pour rechercher le plomb, le cuivre et le mercure contenus dans des substances organiques; l'action que l'éthylamine et de l'amylamine exercent sur l'économie animale.

Par M. A.-F. Orfila.

De l'élimination de certains poisons.

Quand un poison a été absorbé et porté dans les différents tissus d'un être vivant, séjourne-t-il indéfiniment dans ces tissus ou en est-il expulsé?

Dans ce dernier cas, combien de temps l'économie animale met-elle à opérer cette expulsion?

Enfin, par quelles voies le poison est-il emporté au dehors?

Ces trois questions résument tout ce qui se rapporte à l'élimination des poisons.

Les expériences nécessaires pour étudier un pareil sujet sont très longues. Aussi en dix-huit mois ne m'a-t-il été possible de soumettre à l'épreuve que quatre corps vénéneux, le bichlorure de mercure, le sulfate de cuivre, l'acétate de plomb, et l'azotate d'argent.

Voici d'une manière générale le mode d'expérimentation que j'ai mis en usage pour étudier l'élimination.

J'administrais à des chiens tous les jours, avec leurs aliments, une dose de poison, que je graduais de façon à ne pas occasionner d'accidents, et par conséquent de manière à ne pas déterminer la mort. Je suspendais l'administration du toxique quand je croyais en avoir donné une quantité suffisante, et je tuais les animaux cinq, huit, quinze jours, un mois, deux mois, etc., après la dernière prise de substance vénéneuse. Il ne s'agissait plus que de rechercher dans les organes de ces animaux les poisons qu'ils avaient avalés pour savoir si l'élimination en était opérée cinq, huit, quinze jours, un mois, deux mois, etc., après leur introduction. J'analysais aussi les urines que ces animaux rendaient soit pendant, soit après l'intoxication, pour y déceler les substances toxiques portées dans l'estomac. J'ai de même recherché le mercure dans les urines et dans la salive rendues par des malades de Lourcine quelques jours après la suspension de la médication mercurielle dont elles avaient fait usage.

Ces expériences m'ont appris que quand on administre à des animaux du bi-chlorure de mercure, de l'acétate de plomb, du sulfate de cuivre ou de l'azotate d'argent pendant quelque temps, le mercure disparaît en général de leurs organes en huit ou dix jours (une seule fois je l'y ai découvert le dix-huitième jour): que le plomb et le cuivre se retrouvent dans le foie, dans les parois intestinales et dans le fémur huit mois après qu'ils ont cessé d'être introduits dans l'estomac; que l'argent, dont la présence dans le foie peut être dans quelques cas démontrée au bout de six mois, ne se retrouve pas chez d'autres animaux dans cet organe six mois après l'administration de l'azotate d'argent.

Dans le cours de ces recherches, j'ai vu que le plomb, le cuivre et le mercure passent dans l'urine; mais, tandis que les deux premiers sont entraînés par la sécrétion urinaire seulement pendant deux jours après l'introduction du composé cuivreux ou saturnin, le troisième continue pendant huit jours à passer dans ce liquide excrémentitiel. L'argent ne peut jamais être décelé dans l'urine des animaux qui prennent de l'azotate d'argent.

Plusieurs considérations dignes d'intérêt ressortent des faits qui précèdent.

La physiologie, la pathologie et la médecine légale peuvent y puiser quelques enseignements.

Et d'abord la *permanence* des poisons, c'est-à-dire leur séjour indéfini dans les tissus animaux, est loin d'être démontrée. L'état actuel de la science peut être formulé dans les termes suivants: « Certains poisons sont éliminés rapidement; d'autres séjournent » longtemps dans l'économie animale et paraissent être tolérés par » quelques organes. »

Comment ne pas être frappé de cette coïncidence que le plomb et le cuivre, qui se trouvent à l'état normal dans le corps des animaux, sont justement les métaux qui, après une introduction accidentelle, paraissent séjourner le plus longtemps dans leurs tissus? Et ici je dois faire remarquer que j'ai toujours opéré de manière à

---

(1) La commission nommée par Sa Majesté le roi de Piémont pour étudier le goître et le crétinisme; son rapport est des plus remarquables. M. le sénateur Cantu présidait aux opérations chimiques.

(2) L'évaporation en vases de cuivre (métal que l'iode accompagne toujours) suffirait pour expliquer les résultats obtenus.

(1) Ne pas confondre avec l'Echaillon de Maurienne, qui a aussi une eau minérale, mais de nature saline.

(2) M. V. Gerdy a le premier découvert dans l'eau sulfo-saline d'Uriage l'iode qui y entre pour plus de un quart de milligramme par litre. Cette fraction est aussi celle qui représente, en moyenne, l'ioduration des eaux d'Allevard, de Marlioz, de la Terrasse, etc.

éviter l'erreur : le plomb et le cuivre que j'ai décelés n'étaient pas le plomb et le cuivre normaux.

La localisation des poisons dans certains organes (le foie surtout) après quelque temps de séjour est un fait digne d'être noté. Mais je crois que M. Millon est sorti de la réalité quand il en a indiqué l'explication et les conséquences dans son mémoire sur l'élimination de l'antimoine.

Nous savons que la sécrétion urinaire est la voie d'élimination la plus générale des substances toxiques ; mes observations autorisent peut-être à la considérer aussi comme la plus importante pour quelques poisons. En effet, le mercure passe dans l'urine même le septième jour après l'administration du sublimé corrosif ; son élimination est très rapide. Le plomb et le cuivre ne peuvent être retrouvés dans l'urine le quatrième jour après l'introduction dans l'estomac de l'acétate de plomb et du sulfate de cuivre ; leur expulsion peut durer plus de huit mois. Je n'ai pas la prétention d'établir une loi générale ; ma remarque, je le sais, ne peut être appliquée qu'à un certain nombre de poisons.

Ce que j'ai dit, il y a un instant, à propos de l'azotate d'argent serait un démenti formel. Mais il est, on le sait, d'autres voies d'élimination, salive, sueur, sécrétion gastro-intestinale, par lesquelles peut s'échapper l'argent dans ce cas.

Puisque la sécrétion rénale emporte si souvent et si efficacement un grand nombre de poisons, la médication diurétique, en accélérant l'élimination, constitue une thérapeutique précieuse pour la plupart des empoisonnements.

J'ai hâte d'arriver aux applications que le médecin légiste peut faire de la connaissance de l'élimination des substances vénéneuses.

Quand je commençai ce travail, j'avais surtout en vue de faciliter la solution d'un certain nombre de problèmes qui peuvent entraver ou arrêter la marche de la justice, si les experts ne possèdent pas sur le sujet qui nous occupe les notions les plus précises.

Un petit nombre d'exemples montrera quel parti peut tirer la médecine légale des faits précédemment indiqués.

A. Un individu qui a suivi un traitement mercuriel au sublimé corrosif meurt, quatre mois après avoir cessé cette médication, empoisonné par une préparation mercurielle. L'analyse, exécutée d'après les procédés connus jusqu'à ce jour (et dorénavant je supposerai toujours cette condition), fait découvrir du mercure dans ses organes. La défense peut, à cause des antécédents, élever les plus grands doutes sur l'origine de ce métal. D'après mes expériences, on peut affirmer que ce mercure ne provient pas des préparations hydrargyriques prises à titre de médicament ; car, après l'administration du sublimé corrosif, le mercure ne reste pas plus de dix-huit jours dans les tissus animaux.

B. Qu'un homme survive quinze jours à un empoisonnement par le sublimé corrosif, il est très probable que les experts consultés par la justice ne trouveront pas de mercure dans ses organes. Ils commettraient cependant une grossière erreur s'ils concluaient qu'il n'y a pas eu empoisonnement.

C. L'analyse n'a décelé dans ses organes que des traces d'un corps vénéneux ; est-on autorisé à conclure qu'il n'y a pas eu ingestion d'une quantité de toxique suffisante pour déterminer la mort ? Non. Il suffit d'avoir étudié comment les poisons sont expulsés de l'économie animale pour être convaincu qu'une semblable question ne devrait même pas être posée.

D. Un criminel tente de donner la mort à sa victime par le poison ; mais il échoue. Quoique n'ayant entraîné que quelques accidents légers, l'empoisonnement est cependant soupçonné. Comment vérifier ces soupçons, quand il ne reste plus ni les aliments ou médicaments avec lesquels le toxique a été donné, ni les matières vomies ? On est naturellement conduit à examiner l'urine ; si elle renferme des éléments vénéneux, on peut affirmer qu'ils ont été ingérés ; mais s'il est impossible de découvrir la substance délétère dans la sécrétion urinaire, la réponse sera pleine de réserve, à moins de posséder d'autres données pour la solution du problème.

E. Un ouvrier d'une fabrique de céruse meurt deux mois après avoir cessé de manipuler des préparations saturnines. L'expert trouve dans ses organes du plomb d'empoisonnement. Ce plomb a-t-il été administré par une main criminelle, ou provient-il simplement des composés que cet ouvrier a pu absorber à la fabrique ? Pour faire à cette question une réponse satisfaisante, l'expert devra étudier avec soin le développement, la marche et les symptômes de la maladie qui a précédé la mort, et combiner ces données avec celles que fournit l'étude de l'élimination.

Il est inutile de multiplier ces exemples. Ceux qui précèdent suffisent pour montrer que, dans certains cas de médecine légale, la connaissance de la marche de l'élimination est nécessaire et suffisante, qu'elle aide beaucoup à la solution d'un certain nombre de problèmes difficiles. Déjà la pratique a fourui l'occasion d'en faire des applications : dans l'affaire Lafarge et dans le procès Lacoste, les experts ont pu tirer grand parti des faits connus sur l'élimination de l'arsenic pour défendre les conclusions de leurs rapports.

Comparaison des procédés proposés jusqu'à ce jour pour la recherche du plomb, du cuivre et du mercure contenus dans des substances organiques.

Il était rationnel de faire cette comparaison avant d'étudier l'élimination des préparations saturnines, cuivreuses et mercurielles. Quelle valeur auraient eu les expériences faites sur cette question, si je n'avais pas recherché ces métaux par le procédé le plus sensible ?

Comme cette comparaison peut trouver sa place dans une foule de recherches, je lui consacre un chapitre spécial.

Pour la recherche du plomb et du cuivre, trois procédés sont en présence, et ne diffèrent notablement entre eux que par l'agent employé pour la carbonisation de la matière animale. Ces agents sont :

1° L'acide azotique seul ;

2° L'acide azotique mélangé d'un quinzième de chlorate de potasse ;

3° L'acide sulfurique.

Cette comparaison ne pouvait être faite qu'en agissant par les trois procédés sur des poids égaux d'une substance animale chargée de quantités égales de composés de plomb ou de cuivre.

Je me suis borné à obtenir les sulfures métalliques et à les peser après les avoir débarrassés de toute matière étrangère. J'ai pu, de cette façon, me convaincre que le procédé qui consiste à détruire la matière organique par l'acide azotique est le meilleur de tous ; que l'acide azotique mélangé d'un quinzième de chlorate de potasse ne donne pas d'aussi bons résultats, et que le procédé qui consiste à carboniser par l'acide sulfurique est bien distancé par les précédents.

Quand il s'agit de rechercher le mercure, le meilleur procédé consiste à carboniser la matière animale par l'acide sulfurique. M. Lanaux propose de détruire par le chlore. Des expériences comparatives m'ont démontré que cette manière de faire est supérieure à la première.

Action que l'éthylamine et l'amylamine exercent sur l'économie animale.

Frappé des analogies que présentent les propriétés physiques et chimiques de ces bases avec celles de l'ammoniaque, j'ai voulu savoir si la même analogie se retrouverait dans les effets que ces substances produisent sur l'économie animale.

Les chiens soumis comparativement à l'action de ces alcalis et de l'ammoniaque ont présenté les mêmes symptômes d'empoisonnement et les mêmes lésions de tissu. L'analogie est complète soit qu'on introduise ces corps par le tube digestif, soit qu'on fasse respirer les animaux dans des atmosphères chargées de ces substances.

CAS REMARQUABLE

de deux vagins et de deux matrices.

Par M. le docteur MAVEL.

S'il a été constaté par l'autopsie que la superfétation a eu lieu chez des femmes à matrice unique, il est hors de doute que cette anomalie de fonction doit coïncider plus souvent avec un utérus double ; cette anomalie organique, quoique rare, se présente quelquefois. Eisenman en rapporte deux cas qu'il a observés sur des cadavres. Les précautions que j'ai prises pour constater le fait suivant le mettent, je crois, hors de doute.

Marie C... est âgée de vingt-cinq ans, mariée depuis deux ans, sans enfants ; ses règles laissent entre elles des intervalles qui varient de quatre à six semaines. Malade depuis huit ans, elle éprouve des douleurs lombaires et hypogastriques ; elle souffre surtout en urinant ; ses urines sont quelquefois sanguinolentes ; elle a des fissures à l'anus et toutes les douleurs qui en sont la suite.

Craignant la présence d'un corps étranger dans la vessie, je pratique le cathétérisme, qui ne m'apprend rien. Alors je veux m'aider du toucher vaginal pour mieux explorer le bas-fond de la vessie ; mais je trouve que mon doigt ne pénètre point par le milieu de la fente vulvaire ; il est dévié à gauche. J'explore plus attentivement, et après avoir sorti mon doigt, je puis le faire pénétrer à droite, en laissant entre les deux orifices une colonne charnue de 5 millimètres d'épaisseur, s'étendant du méat urinaire à la fourchette. A travers chacune de ces ouvertures, j'arrive avec surprise sur un col utérin ; comme il pourrait se faire que la cloison qui sépare ces deux ouvertures n'arrivât pas jusqu'au haut du vagin, et que dans cette hypothèse mon doigt, quoique pénétrant par deux ouvertures distinctes, se trouvât dans un vagin unique et touchât le même col utérin, j'ai fait glisser une grosse sonde Mayor sur mon doigt jusqu'au col utérin d'un côté retirant alors mon doigt, tout en laissant la sonde en place, je l'ai fait pénétrer par l'autre ouverture, et j'ai pu explorer un deuxième col utérin, mon doigt étant jusqu'en haut séparé de la sonde par la cloison verticale.

D'après cette exploration, il me paraît impossible de ne pas admettre l'existence et d'un double vagin, et d'une double matrice.

L'exploration des corps utérins par le toucher anal n'a pas été possible, à raison des douleurs causées par les fissures ; le palper hypogastrique n'a pu fournir aussi aucune indication, à raison de la fermeté et de la résistance des parois abdominales.

Si une grossesse vient à se déclarer, il sera important d'étudier la différence de développement qui surviendra dans les deux cols utérins sur la fin de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement ; c'est ce que je tâcherai de faire pour compléter mon observation.

Si vous pensez, monsieur, que cette observation présente quelque intérêt, je vous prie de lui donner une place dans un de vos prochains numéros.

Chronique et nouvelles.

Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le 23 février prochain. Les candidats qui voudront s'y présenter pourront s'inscrire au secrétariat de l'administration depuis le 24 janvier jusqu'au 7 février.

— Nous avons la satisfaction d'apprendre que l'état de M. Orfila présente une amélioration sensible.

— Sont désignés pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce les chirurgiens sous-aides dénommés ci-après, savoir :

MM. Noguès, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Alger.
Bezins, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Hounau, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Lecard, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Lambert, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Millot, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Ohier, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Roustans, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Tassard, ch. sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
Barbier, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Bailly, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Dezolteux, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Feuillet, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Hamet, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Leques, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Levie, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.
Nuzillat, ch. sous-aide aux ambulances de Constantine.

Un de ces vieux produits dont le temps ne fait qu'accroître la réputation, parce que les qualités en sont réelles et la préparation consciencieuse, c'est le vinaigre de toilette de J.-V. Bully.

Parfum suave et distingué, propriétés toniques et rafraîchissantes tout à la fois, vertus anti-méphitiques éprouvées, cette précieuse composition réunit tous ces avantages au plus haut degré. Ses usages sont si variés et ses effets si certains, qu'il est devenu une sorte de nécessité domestique. On aime vraiment à recommander au public de pareilles préparations.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau. — Note sur quelques hypertrophies glandulaires, par M. Ch. Robin. — Société de chirurgie, séance du 14 janvier. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* les nos des 6, 13, 20, 30 décembre, 10 et 20 janvier.)

MÉDICATION ANTIPAPULEUSE.

On pourrait l'appeler aussi médication antinerveuse; car elle est dirigée surtout contre les affections lichénoïdes, apanage presque exclusif des tempéraments secs, nerveux, soit que le tempérament nerveux existe comme type, soit qu'il se trouve lié, chez l'individu, au tempérament sanguin ou au tempérament bilieux. Les agents de cette médication sont les alcalins, le plus souvent seuls, et quelquefois associés au soufre; la *teinture de cantharides*, l'*hydrothérapie*. Il est d'autres moyens accessoires qu'on ne doit pas négliger, et qui acquièrent parfois une importance majeure : ce sont le *chloroforme* et le *camphre*, sédatifs puissants d'une complication de ces dermatoses, la *démangeaison*, quelquefois l'affection cutanée. La généralité des médecins prescrivent l'emploi des eaux minérales sulfureuses. Cette sorte d'eau exaspère presque constamment l'affection papuleuse, le prurigo et la maladie pédiculaire exceptés. Il en est tout autrement de certaines eaux minérales, telles que Louesche, Vichy, Néris, Bourbon-Lancy, qui sont plus spécialement applicables aux affections lychénoïdes.

La médication antipapuleuse est donc complexe; nous allons successivement aborder chacune de ses parties.

1° *Alcalins.* — L'observation a démontré que bon nombre d'affections papuleuses étaient avantageusement modifiées par les alcalins, à la condition qu'il s'agira d'une médication d'ensemble, c'est-à-dre de l'emploi des alcalins à l'intérieur et à l'extérieur; mais il importe de les appliquer convenablement. Parmi les alcalins, on n'emploie guère que le *carbonate* ou le *bicarbonate de soude* et le *carbonate de potasse*. Le premier et le dernier sont trop irritants pour l'usage interne; mais le bicarbonate de soude peut être pris sans inconvénient à doses assez élevées.

Pour instituer une médication alcaline complète, il faut, pour l'usage interne, chercher à associer le bicarbonate de soude à une boisson alcaline. Or, il y a des plantes qui contiennent de la soude, ou au moins une matière savonneuse. De ce nombre est la saponaire. On prescrira donc le bicarbonate de soude dans la tisane de saponaire, en ayant soin de doser graduellement le sel. Ainsi, on débutera par 5 décigrammes, et on pourra aller jusqu'à 2 et même 3 grammes par litre de tisane, que le malade boira en totalité ou en partie dans les vingt-quatre heures.

L'eau de Vichy contient par litre 1,50 de bicarbonate de soude; or certains malades en boivent jusqu'à trente verres par jour, ce qui fait une dose considérable de bicarbonate. Ne croyez pas cependant qu'on pourrait sans inconvénient faire prendre à un malade trente verres de tisane de saponaire à 1,50 et même à un gramme de bicarbonate par jour. Les eaux naturelles ont dans les éléments qui les constituent des combinaisons toutes particulières que nous ne pouvons réaliser dans nos laboratoires; les principes actifs y sont *minéralisés*, tandis que dans nos tisanes artificielles ils ne sont que mélangés et conservent une action plus irritante.

Indépendamment de la tisane alcaline, le malade fera usage à ses repas d'une eau contenant 2 grammes de bicarbonate de soude par litre, rougie avec du vin. Ce mélange produit une liqueur violette, et si les malades répugnaient de prendre cette boisson, on pourrait leur conseiller le vin blanc, qui ne présente pas le même inconvénient.

Enfin on donnera des pastilles de Vichy, douze ou quinze dans l'intervalle des repas, car chacune renferme seulement 5 centigrammes de bicarbonate de soude.

Pour compléter la médication alcaline, on joindra aux moyens internes les pommades alcalines et les bains alcalins. Ceux-ci sont préparés ordinairement avec le bicarbonate de potasse; mais, comme ce corps est plus actif que le carbonate de soude, ce dernier serait préférable. Ajoutons encore qu'il est moins cher, nouveau motif de préférence. Prescrivez donc vos bains avec le carbonate de soude à la dose de 125 grammes. Si on voulait user de carbonate de potasse, il ne faudrait pas dépasser 80 grammes. Dans les cas de lichen eczémateux, on associe avec avantage à ces bains 30 grammes de sulfure de potassium, avec une certaine quantité de gélatine; on obtient par là un excellent bain, actif et doux en même temps. Le séjour dans le bain devra se prolonger une heure, une heure et demie, si le malade peut le supporter, car il faut compter sur l'absorption pour en obtenir tout l'effet désirable, et il faut donner à celle-ci le temps de se faire. A Vichy on prend peu de bains, à cause du peu d'abondance des sources par rapport au nombre des baigneurs, et le plus souvent l'eau naturelle est additionnée d'eau simple.

Les pommades alcalines des formulaires sont composées de carbonate de potasse, 4 grammes; axonge, 30; plus un peu de chloroforme ou de camphre.

Nous ferons observer d'abord que cette dose de carbonate est trop forte, et en second lieu qu'on doit exclure le carbonate de potasse, à moins toutefois qu'on ne l'emploie comme moyen empirique dans quelques cas de lèpre vulgaire, dans certains psoriasis invétérés et qui ont résisté à tous les moyens de traitement, même à l'usage interne des solutions arsénicales. Dans les cas de lichen, on ne doit pas dépasser 5 décigrammes; 1 gramme au plus de carbonate de soude pour 30 grammes d'axonge; cette dose ne sera prescrite que dans les lichens chroniques; en agissant autrement, on s'exposerait à surexciter la maladie qui commence à s'éteindre. Une précaution pratique qu'on ne devra pas omettre en formulant la pommade, c'est de recommander au pharmacien de dissoudre le carbonate de soude dans quelques gouttes d'eau avant de l'incorporer à l'axonge; s'il se bornait à l'incorporer en poudre, il y aurait contact direct des molécules du sel libre avec la peau et par suite irritation plus ou moins vive de cette dernière.

Parfois on se sert aussi de lotions alcalines; c'est surtout dans les cas où l'on craint que la graisse ne rancisse. Ainsi, chez les femmes qui ont les cheveux longs, on ne peut guère employer une pommade pour le cuir chevelu; car la graisse, emprisonnée au milieu des cheveux plus ou moins serrés et couverts, s'échauffe, rancit, se mêle avec l'exsudation morbide et forme un corps étranger dont la présence irritante perpétue la maladie au lieu de la guérir. Même chez les personnes qui ont les cheveux assez courts, on fera bien de s'abstenir de pommades. Pour les remplacer, on prescrira tous les deux jours un lavage avec

Eau.	500 grammes.
Carbonate de soude. . .	10 —

Les agents de la médication alcaline que nous venons de faire connaître d'une manière sommaire peuvent être appliqués à trois ordres différents de maladies de la peau : l'état papuleux principalement, ou les diverses variétés de lichen chronique, le lichen *agrius* excepté; au moins réclame-t-il de préférence un autre agent médicamenteux. En second lieu, certaines formes de psoriasis; en troisième lieu, la teigne. A l'égard du lichen, la médication alcaline ne doit être employée que contre le lichen chronique, quelle qu'en soit d'ailleurs la forme, quelle qu'en soit aussi l'étendue.

Survenant presque constamment sur des sujets nerveux et sanguins, ou nerveux et bilieux; se montrant tantôt sous la forme aiguë, tantôt sous la forme chronique, il est le plus souvent lié à des gastralgies avec productions acides, qui guérissent sous l'influence des alcalins en même temps que l'affection de la peau qu'elles ont fait naître. Telle est dans quelques cas l'intensité des démangeaisons que ces lichens produisent peu après le développement de la chaleur du lit, que les malades sont réveillés et obligés de se lever pour se mettre au frais. Quelques-uns même se couchent sur le carreau pour calmer ces démangeaisons incessantes.

Ce n'est pas trop, dans ces sortes de cas, d'un traitement général complet d'une médication rigoureusement observée; c'est pour cela que nous insistons sur l'usage des alcalins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Dans certaines formes squameuses de psoriasis ou de lèpre vulgaire qui ont résisté au goudron, ou pour lesquelles les malades répugnent à l'usage de cet agent, on emploie avec avantage la médication alcaline; mais, tandis que dans le lichen la peau est d'une irritabilité extrême, dans les affections squameuses, au contraire, elle est épaisse et presque insensible. L'affection squameuse n'amène aucune démangeaison, de sorte que les doses alcalines peuvent être fort élevées sans inconvénients; ce n'est même qu'à cette condition que l'on obtient la guérison de la maladie de la peau.

Quant à la teigne, on sait que les alcalins forment la base de la poudre ou cendre, ainsi que de la pommade employée par les frères Mahon. Leur traitement est généralement suivi de succès, mais à la condition, d'une part, qu'il est mis en usage pendant un temps qui varie de huit à quinze mois, et qu'il est employé avec des soins de propreté toute particulière; aussi ne réussit-il pas entre toutes les mains, et nous aurons plus tard occasion de vous faire connaître les résultats comparatifs de diverses méthodes propres à guérir la teigne, méthodes essayées sur des sujets malades depuis longues années, et chez lesquels la médication par les alcalins a été tout à fait insuffisante.

NOTE

SUR QUELQUES HYPERTROPHIES GLANDULAIRES.

Par M. le docteur Ch. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Nous publions aujourd'hui la note que M. Robin a bien voulu rédiger à propos du fait remarquable observé par M. Nélaton et dont il a fait l'objet d'une leçon clinique.

Les glandes du col de l'utérus peuvent présenter trois sortes de lésions, qui toutes du reste se retrouvent aussi dans les autres glandes, mais avec des différences qui correspondent aux différences qui distinguent les glandes les unes des autres. Je me propose ici de faire connaître ce que présente de particulier chacune de ces altérations lorsqu'on pousse l'anatomie pathologique jusqu'à l'examen des *éléments anatomiques* qui composent les tissus, au lieu de se borner à la simple étude des tissus, qui ne fait connaître que la couleur, la consistance, etc. Cela ne veut pas dire que l'examen de la texture et des éléments qui composent le tissu exclue celui de la consistance, de la couleur; cela ne veut pas dire, en un mot, que l'examen fait à l'aide du microscope doive faire rejeter l'observation des caractères qui se constatent à l'œil nu. Au contraire, le premier de ces moyens vient en aide au second, et, comme l'a dit M. Broca, le microscope apprend à se servir de l'œil nu; car, en effet, il enseigne à prendre en considération beaucoup de particularités de couleur, consistance, etc., qui sans lui seraient négligées. Mais, dans l'examen de tout tissu, normal ou morbide, il faut toujours avoir présent à l'idée ce qui suit :

Toute production pathologique, comme tout tissu normal, doit ses propriétés caractéristiques à un ou plusieurs éléments anatomiques, qui en jouissent particulièrement, mais qui ne manifestent ces propriétés d'une manière très évidente que lorsqu'ils sont réunis en masse; car ces éléments ne sont pas visibles à l'œil nu, d'où la nécessité d'employer le microscope si on veut en constater l'existence. Le tissu musculaire, par exemple, doit sa propriété de *contractilité* à ce qu'il a pour élément anatomique essentiel et principal, quant à la masse, des *fibres contractiles;* de même pour les nerfs, quant à la sensibilité, etc., ils la doivent à des tubes ou éléments anatomiques tubuleux qui ont leurs caractères propres comme les fibres musculaires ont les leurs; celles du tissu élastique ont les leurs aussi, etc. Ce qui précède s'applique au cancer comme aux muscles, et aux tumeurs épithéliales, hypertrophiques glandulaires, etc., comme au cancer. Celui-ci doit ses propriétés à ce qu'il a pour élément une espèce de cellule particulière; ou, sous un autre point de vue, avec les propriétés que possède le tissu cancéreux, on voit coexister une espèce particulière d'élément anatomique.

Ainsi on détermine qu'un tissu sain ou un tissu morbide ont telle ou telle nature (nerveuse, musculeuse, cancéreuse, etc.), parce qu'on y trouve tel ou tel élément (nerveux, musculaire, cancéreux, etc.), vu que l'expérience a fait reconnaître que, toutes les fois qu'il existe dans un tissu, celui-ci possède telle ou telle propriété. On détermine, en un mot, la nature d'un tissu par la détermination des éléments qui le composent. Or, comme ces éléments ne sont pas visibles à l'œil nu, on est forcé d'employer un instrument qui grossisse suffisamment pour en faire voir tous les caractères distinctifs.

Mais voici maintenant comment le microscope apprend à se servir de l'œil nu, comment l'étude des éléments réagit utilement sur l'étude des tissus qu'ils forment. C'est que le microscope montre qu'avec telle particularité d'aspect extérieur coïncide une particularité de constitution interne ou élémentaire. Il n'est pas un point d'une tumeur qui, présentant quelque chose de spécial dans sa couleur, sa consistance, etc., ne présente aussi quelque chose à noter sous le rapport des éléments accessoires (granulations moléculaires, matière amorphe, etc.) qu'on y trouve, sous le point de vue de la proportion des éléments fondamentaux, sous celui de leur arrangement. Il résulte de là qu'on a été conduit à tenir compte de beaucoup de particularités qui étaient négligées, et, fait plus important, on a été conduit à reconnaître quelles sont les particularités de couleur, consistance, etc., qui sont importantes à prendre en considération, parce qu'elles sont dues à la présence de l'élément fondamental caractéristique; quelles sont celles qui n'ont qu'une valeur secondaire, parce qu'on n'y trouve que des éléments accessoires. Puis, enfin, de tout cela il est résulté, pour ceux qui unissent l'étude des éléments anatomiques à celle des tissus, qu'ils ont appris à connaître pour un grand nombre de cas à quelle disposition intérieure ou intime est dû l'aspect extérieur du tissu, car il y a corrélation entre l'un et l'autre. Mais je dis dans un grand nombre de cas, et non dans tous, car les produits morbides, surtout, offrent un nombre considérable d'aspects variés; et si, dans le plus grand nombre des circonstances, il reste quelque chose de caractéristique dans l'aspect extérieur qu'on peut reconnaître comme dû à la présence de tel élément, il en est dans lesquelles le microscope doit intervenir de toute nécessité pour démontrer la nature réelle du tissu. Voici à quoi tient que la constitution intime ou élémentaire n'est pas indiquée absolument toujours par quelque chose de caractéristique à l'extérieur : c'est que dans un tissu, à côté d'un élément fondamental, caractéristique, comme le tube nerveux pour les nerfs, la cellule cancéreuse pour le tissu de ce nom, il y a les éléments accessoires signalés plus haut et les capillaires

qui peuvent présenter des variations infinies : 1° de proportions; 2° d'arrangement ou de texture.

Voici pour ce qui concerne une tumeur prise en particulier; mais pour l'ensemble des productions morbides, les résultats sont plus importants. Le microscope a fait découvrir plusieurs espèces nouvelles d'éléments anatomiques inconnues jusqu'alors. Il a fait reconnaître aussi que, dans les tissus pathologiques décrits sous une même dénomination, l'on confondait plusieurs espèces diverses, qu'on rapprochait faute de savoir à quelle composition intime élémentaire rattacher des caractères extérieurs qu'on croyait ne pas être absolument les mêmes. Telles sont les tumeurs *épithéliales*, certaines hypertrophies glandulaires, les tumeurs fibro-plastiques formées surtout de noyaux, etc., qu'on voyait et qu'on voit encore quelquefois confondues avec les cancéreuses, par les esprits lents à suivre le progrès ou routiniers. D'autres plus arriérés ou, mieux, plus nuls encore considèrent certaines de ces tumeurs comme tenant le milieu entre les tumeurs fibreuses et le cancer, etc., comme si l'on pouvait être à la fois deux choses, ou assis entre deux chaises. Quelques-uns objecteront sans doute qu'ils appelleront tumeurs intermédiaires entre deux autres espèces celles qui, par exemple, renferment à peu près parties égales de tissu cellulaire ou de fibro-plastique et d'éléments cancéreux. Mais je répondrai que l'observation montre que chaque tissu prend le nom de l'élément dont il reproduit les propriétés que l'observation a montré lui être spéciales; cet élément est *caractéristique* de ce tissu. C'est ainsi, pour prendre un exemple bien net, qu'on appelle filets nerveux du grand sympathique, et non cordons cellulaires, des filaments nerveux viscéraux dans lesquels il y a dix fois plus, en volume, de tissu cellulaire névrilématique que de tubes nerveux; parce que ce qui rend ce cordon différent des filaments de tissu cellulaire quelconque, c'est d'avoir au centre des éléments doués de certaines propriétés bien tranchées.

Les diverses espèces de productions morbides autrefois confondues ensemble ont toutes des caractères extérieurs propres qu'on a appris à reconnaître dans le plus grand nombre de cas, c'est-à-dire qu'on a appris à rattacher à la présence de tel ou tel élément fondamental caractéristique. Ce qui l'a appris, c'est l'observation répétée, et pour cela nulle supériorité intellectuelle ne pouvait remplacer l'expérience. Mais de cette expérience acquise les résultats peuvent être transmis, et l'on peut, sans avoir vu les éléments anatomiques, apprendre que tels caractères extérieurs qu'on ne séparait pas assez de tels autres, coïncident toujours avec la présence d'un autre élément caractéristique qu'il n'avait pas encore été pris en considération; qu'il est, par exemple, telle matière pultacée exprimée d'une tumeur, et qui était prise pour du suc cancéreux qui est formée par des cellules épithéliales et non par celles du cancer.

Les glandes du col utérin sont des *follicules*, c'est-à-dire des glandes à cul-de-sac simple, ou en simple doigt de gant; ne présentant pas, en un mot, des culs-de-sac multiples (dont l'ensemble forme un *acinus*) s'abouchant tous en un seul conduit excréteur. Elles ont, en général, dans l'état de vacuité de l'utérus, 1 millim. à 1 millim. et demi de longueur sur un quart ou un demi-millim. en largeur. Souvent l'orifice est un peu plus étroit que le fond du follicule. Il faut savoir, du reste, que ce follicule est souvent couvert de bosselures ou boursouflures, qui sont des espèces de culs-de-sac rudimentaires, lesquels, dans l'hypertrophie pathologique, augmentent considérablement de longueur et forment de véritables doigts de gant ou culs-de-sac séparables par dilacération du reste de la glande.

L'un de mes élèves, M. le docteur Luna, vient d'en publier la description et les figures d'après mes dessins. (*Thèse*, janvier 1852, pl. 1.) Ces follicules sont tapissés d'un épithélium cylindrique, pourvus de cils vibratiles dans le voisinage de l'orifice. La paroi de ces glandes, surtout sur les lèvres du col, est intimement adhérente au tissu de la muqueuse. Elle est formée d'éléments du tissu cellulaire et fibro-plastique, fortement unis par de la matière amorphe, qui, dans quelques cas d'hypertrophie, forme une sorte de vernis, ou couche mince amorphe, à la face interne de la paroi. C'est sur cette couche mince qu'est appliquée la membrane épithéliale, dont les cellules adhèrent fortement ensemble, ce qui permet d'enlever des gaînes épithéliales ou lambeaux considérables, reproduisant la forme de la glande qu'elles tapissaient. Cela est commun à toutes les glandes dont les épithéliums sont serrés, surtout dans les cas d'hypertrophie (mamelle hypertrophiée, glandes salivaires hypertrophiées, follicules du rectum, glandes de Brunner, etc.).

Une *première* sorte d'hypertrophie de ces glandes ou follicules du col est celle avec dilatation kysteuse; elle donne naissance aux kystes appelés *œufs de Naboth*, quand ils sont sur les plis de l'arbre de vie et bien isolés. Sur les lèvres du col, ils restent souvent enclavés dans l'épaisseur du tissu, et ne font pas ou presque pas saillie à la surface, si ce n'est quand ils acquièrent le volume d'un pois ou au delà. Je renvoie, pour leur description, aux travaux de M. Huguier, à mon mémoire sur la muqueuse de l'utérus (*Arch. gén. de méd.*, 1848) et à la thèse de M. Luna.

Je rappellerai seulement la conservation constante de l'orifice glandulaire sur ces kystes et celle de l'épithélium cylindrique. Toutefois, quand le kyste prend le volume d'une noisette ou à peu près, souvent cet épithélium se résorbe et disparaît complétement. Ainsi, il ne tend ici nullement à s'atrophier. Quand ces kystes sont petits, ils renferment un mucus visqueux généralement transparent; ils renferment 1° des cellules d'épithélium cylindrique, 2° des épithéliums nucléaires, 3° de petits corpuscules spéciaux à ces kystes, et 4° des *corpuscules granuleux* analogues à ceux dits *corpuscules granuleux de l'inflammation*, parce qu'on les trouve surtout dans les liquides qui se produisent là où il y a inflammation chronique, et même dans le pus. Dans les glandes à l'état normal, il n'y a guère que des cellules d'épithélium. Je fais cette remarque; car il semblerait résulter de la thèse de M. Luna que ces quatre sortes de corps existent dans l'état normal, ce qui n'est pas. Dans les kystes volumineux, souvent le liquide est grisâtre ou brunâtre, ce qui tient à l'abondance des deux dernières sortes de corpuscules, et quelquefois à des globules de sang épanché.

La *deuxième* sorte d'hypertrophie des glandes du col est plus importante à décrire. On l'observe surtout dans les polypes du col utérin, et principalement dans ceux dits *utéro-folliculaires* (Huguier), c'est-à-dire dans ces polypes dus à une hypertrophie de toute la muqueuse des plis de l'arbre de vie, présentant un pédicule fibreux vers le centre et à la surface la muqueuse épaissie avec ses glandes hypertrophiées. Ces glandes sont à la fois hypertrophiées et dilatées; l'orifice est élargi et se voit à la surface du polype. Il est béant, et a quelquefois 2 à 3 millimètres, et même plus en largeur. Il verse un mucus filant, visqueux, tenace. Ces orifices donnent souvent à la surface du polype un aspect aréolaire, et conduisent dans une cavité glandulaire qui, quelquefois, logerait facilement un pois. Entre ces cavités glandulaires dilatées et hypertrophiées, on en trouve dans l'épaisseur du tissu de la surface du polype quelques autres qui sont hypertrophiées, reconnaissables à la structure que nous allons décrire, mais que l'on ne voit pas à l'œil nu. Cependant, quand la couche d'aspect charnu, qui souvent se distingue bien du pédicule au filament central fibreux, est épaisse, on voit quelquefois de ces glandes hypertrophiées dont la cavité est dilatée en forme de petit kyste du volume d'une tête d'épingle ou un peu plus. Le mucus qui sort des glandes de la surface a la même composition que celui des œufs de Nahoth. Voici maintenant quelle est la structure des parois.

La plus grande épaisseur de celles-ci est formée par une épaisse couche d'épithélium, et à la surface antérieure de celle-ci existe souvent la matière amorphe dont nous avons parlé précédemment; plus en dehors encore se trouve du tissu cellulaire, des éléments fibro-plastiques, mais en petite proportion, comparativement aux glandes qu'ils séparent l'une de l'autre; car celles-ci forment la plus grande masse du tissu charnu superficiel du polype, tissu plus ou moins distinct du pédicule fibro-vasculaire central.

L'épithélium qui tapisse ces glandes est épais; il forme une couche qui s'enlève en lambeaux ou gaînes, conservant fréquemment la forme des bosselures naturelles des glandes, lesquelles, en s'hypertrophiant, forment des culs-de-sac assez développés, dont on a quelquefois deux ou trois à côté l'un de l'autre sur le même lambeau épithélial. Si maintenant nous examinons la constitution de cette gaîne épithéliale elle-même, nous y trouverons plusieurs particularités intéressantes.

Souvent elle est constituée par un seul rang de cellules d'épithélium cylindrique dépourvues de cils vibratiles et un peu hypertrophiées elles-mêmes, c'est-à-dire un peu plus grandes qu'à l'état normal. Il n'est pas rare de trouver cette gaîne ou couche épithéliale retirée de la cavité qu'elle tapisse et en reproduisant la forme, constituée par plusieurs rangs de cellules superposées. La rangée la plus superficielle est la plus régulière, et comprend celles des cellules qui sont le plus fortement adhérentes ensemble. Les rangées les plus extérieures, au nombre de deux ou trois, autant qu'on en peut juger par l'épaisseur du tout, sont représentées par des cellules confusément accumulées et entre lesquelles est interposée de la matière amorphe finement granuleuse, plus ou moins consistante, mais en général assez molle; ces cellules sont moins régulières que les autres et toujours accompagnées d'*épithélium nucléaire*, c'est-à-dire de noyaux libres semblables à ceux que renferment les cellules.

J'ai montré ailleurs (*Tableaux d'anatomie*, Paris, in-4°, 1850; voyez aussi la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Toutan: *Thèse pour le doctorat en chirurgie, Essai sur la classification des tumeurs*) que les épithéliums nucléaires, qui normalement tapissent les culs-de-sac de la mamelle, des glandes salivaires, etc., peuvent être, dans l'hypertrophie de ces glandes, remplacés par des épithéliums pavimenteux. On peut, sur une même glande hypertrophiée, voir des culs-de-sac tapissés par l'épithélium nucléaire; ailleurs, ces noyaux séparés les uns des autres par de la matière amorphe interposée qui les sépare les uns des autres et en même temps les tient réunis; puis, tout à côté, ce sont des cellules d'épithélium pavimenteux dans lesquelles le noyau est volumineux, comparativement à la masse qui l'entoure, et forme la masse cellulaire. Il semble que la matière ci-dessus interposée aux noyaux a été divisée, dans l'intervalle de ceux-ci, sur d'autres culs-de-sac; enfin, ce sont des cellules parfaitement développées qui sont plus ou moins grandes et ont la forme pavimenteuse la plus régulière. Or, ce qui arrive pour ces épithéliums nucléaires se montre aussi pour les cylindriques, c'est-à-dire que cet épithélium peut aussi se transformer en pavimenteux. Ainsi, dans les glandes hypertrophiées du col de l'utérus dont nous parlons, il n'est pas rare de trouver, au lieu d'épithélium cylindrique, des culs-de-sac entiers représentés, dans la gaîne qu'on a sous le microscope, entièrement par des cellules pavimenteuses les plus belles et ayant une régularité de disposition très élégante. Dans les glandes voisines à celle qu'on observe, et quelquefois sur la même gaîne épithéliale, on trouve des cellules dans lesquelles la longueur l'emporte sur les autres diamètres, et conduisent à des cellules cylindriques. Cette transformation de l'épithélium cylindrique en pavimenteux se rencontre surtout dans ces polypes utéro-folliculaires représentés par une ou deux glandes hypertrophiées et dilatées en forme de kyste, supportées par un pédicule cellulaire plus ou moins long et recouvert d'une muqueuse amincie. Cette métamorphose s'observe également dans certains kystes des tubes de l'épididyme, lesquels tubes sont tapissés d'épithélium à cellules cylindriques, qui passent à l'état pavimenteux à mesure que le kyste grandit, si ce n'est toutefois dans les cas où l'épithélium se détache et disparaît, se résorbe en totalité. Cette métamorphose d'une forme d'épithélium en l'autre, qui est toujours un passage de la nucléaire ou cylindrique à la pavimenteuse, n'offre pas seulement qu'un intérêt d'anatomie pathologique; il importe d'être prévenu de son existence pour ne pas avoir, pendant l'examen, l'esprit entraîné à l'idée de quelque chose d'extraordinaire. Cette métamorphose est un fait fréquent dans les hypertrophies glandulaires en général; c'est aussi un fait fréquent que de rencontrer dans ces hypertrophies, à côté d'un épithélium cylindrique ou pavimenteux bien formé, des éléments d'épithéliums nucléaires, c'est-à-dire des noyaux libres, pareils à ceux que contiennent les cellules, et qui semblent être de ces derniers éléments dont le noyau seul s'est formé par la masse de cellules.

Je ne veux pas quitter cette sorte d'hypertrophie des glandes du col utérin avec hypertrophie de toute la muqueuse de manière à former un polype, sans en rapprocher les polypes du rectum assez fréquents chez les enfants. Rougeâtres, très vasculaires, moins friables, contenant quelquefois dans leur profondeur de petites cavités kystiformes, ces polypes sont formés aussi par hypertrophie locale de la muqueuse et surtout de l'élément glandulaire. On peut cependant presque toujours trouver au centre, surtout au centre du pédicule, quand on l'obtient, un faisceau de tissu cellulaire mêlé d'éléments fibro-plastiques et de matière amorphe. La partie principale du polype du reste, la partie renflée surtout, est en grande partie formée par les follicules du rectum qui sont hypertrophiés, et quelques-uns sont un peu dilatés en kystes, comme je l'ai dit plus haut. De ces glandes aussi on peut retirer les gaînes épithéliales, épaissies, représentées par un, deux ou trois rangs de cellules. Les plus internes ont assez régulièrement la disposition des cellules d'épithélium cylindrique; les plus extérieures sont confusément arrangées, souvent ovoïdes, courtes, mêlées de noyaux libres ou épithélium nucléaire, ainsi que de matière amorphe en général assez molle.

Ces gaînes d'épithélium reproduisent la forme de la glande, dont la paroi propre n'est pas toujours bien isolable. Les deux ou trois bosselures, culs-de-sac rudimentaires qu'on trouve normalement au fond des follicules de l'intestin, sont ici allongées et donnent alors à la glande l'aspect d'un acinus à plusieurs culs-de-sac plus ou moins bien développés. C'est la même affection que dans la muqueuse du col utérin, mais avec les différences apportées par la dissemblance qui existe entre la muqueuse utérine et celle du rectum.

Il existe une troisième sorte d'hypertrophie des glandes du col; elle se retrouve aussi dans d'autres régions du corps, mais avec des différences pathologiques qui correspondent aux dissemblances des tissus normaux. Je veux parler de cette sorte d'hypertrophie glandulaire par laquelle commencent certaines tumeurs épidermiques. Au col de l'utérus cette hypertrophie détermine un gonflement de l'organe avec irrégularité de la surface, dont on fait suinter par la pression une matière demi-liquide, comme contenant du sable mouillé. Ces tumeurs, souvent confondues avec le cancer, guérissent facilement après l'amputation. M. Nélaton, qui m'a fait remettre un col de l'utérus ainsi lésé dont il a fait l'amputation, m'a dit que déjà les signes cliniques lui avaient appris à distinguer cette lésion du cancer. Une fois ulcérées, ces tumeurs envahissent rapidement les tissus voisins en même temps qu'elles se détruisent à la surface, et à la longue on ne peut reconnaître que sur des parties limitées leur origine glandulaire.

Voici maintenant ce qu'apprend leur analyse faite à l'aide du microscope.

Dans les tumeurs les moins avancées, ou plus souvent dans la partie la moins malade de celles qui sont déjà ulcérées, on trouve des glandes hypertrophiées dont la cavité est plus ou moins dilatée par une matière demi-liquide, d'un gris blanchâtre, qui n'a plus la viscosité du mucus du col, et qui est moins crémeuse que le suc du cancer. Ce liquide ressemble, pour la consistance, un peu à du sable mouillé ou à de l'amidon mouillé avec de l'alcool. L'épithélium de ces glandes est hypertrophié, mais on ne peut plus le détacher en lambeaux ou gaînes; les cellules se détachent facilement; elles sont de forme plus irrégulière qu'à l'état normal et souvent très variées.

Le contenu des glandes est formé et doit son aspect à des cellules en suspension dans un liquide ou sérum généralement peu visqueux et peu abondant, comparativement aux éléments en suspension. Il est fréquent aussi de trouver beaucoup d'épithélium nucléaire mêlé aux cellules déformées. A la coupe, le tissu offre un aspect de coloration grisâtre, plus ou moins friable, suivant les parties de la pièce. Par la pression, on en fait sortir le liquide dont nous avons parlé; de certaines cavités il sort sous forme d'un petit filament blanchâtre plus ou moins consistant, ressemblant un peu à de la matière sébacée, et formé de cellules irrégulières, de noyaux et de beaucoup de granulations moléculaires.

En examinant au microscope, on peut reconnaître qu'il s'est formé de l'épithélium cylindrique, non-seulement dans la cavité des glandes, mais que l'épithélium hypertrophié a déterminé l'atrophie de la paroi propre de ces organes, et alors la formation de cellules d'épithélium a lieu en dehors de la glande dans le tissu du col ambiant, entre ses éléments: c'est ce qu'on appelle *infiltration des tissus par l'épithélium*. Les éléments du tissu s'atrophient, d'où la friabilité des tissus morbides dans lesquels l'épithélium est devenu plus abondant que les autres éléments; d'où aussi la rapide exfoliation de ce tissu quand le col est ulcéré. Cette ulcération gagne ainsi rapidement dans la profondeur; car, une fois la formation d'épithélium commencée en dehors des glandes, elle gagne rapidement tous les tissus voisins au fur et à mesure de l'exfoliation de la surface. Cet ulcère est fétide, à bords taillés à pic, etc... L'important ici est donc d'opérer de bonne heure l'amputation, avant que le mal ait gagné profondément. Voilà ce que montre l'anatomie pathologique; et ce

que j'ai dit plus haut du cas de M. Nélaton montre qu'on peut, sur le malade, arriver à poser un diagnostic qui, grâce à ces détails anatomo-pathologiques, pourra prendre une grande précision et conduire à des indications nettes.

On peut avant l'opération enlever sur le malade de petits fragments pour les examiner au microscope et s'assurer qu'il ne s'agit pas de tissu cancéreux. C'est ce que j'ai fait dans un cas sur la prière de M. le professeur Laugier, et l'opération, suspendue quelque temps de peur de maladie cancéreuse, a été faite avec succès. Ce cas a été cité par un de mes élèves M. le docteur Toutan. (*Thèse* pour le doctorat en chirurgie; Paris, 1851.)

Quand une fois la formation d'épithélium a commencé à se faire hors des glandes, on a sous les yeux une des formes de *tumeurs épithéliales* ou cancroïdes, la plus grave même, celle que M. Lebert appelle *dermo-épidermique* et que j'appelle dans mon cours d'*origine glandulaire*. C'est, en effet, par hypertrophie des glandes sébacées de la face ou du cuir chevelu que commencent certaines des tumeurs épidermiques dont il est question; c'est ce que montre la présence de glandes arrivées à des degrés divers d'hypertrophie qu'on trouve souvent autour de ces tumeurs épidermiques. Ce sont ces tumeurs qui prennent un volume souvent considérable et donnent lieu à la formation d'épithélium dans les ganglions lymphatiques voisins. Une fois qu'elles atteignent l'os (ce qui arrive quelquefois avant que la peau ait été ulcérée de la profondeur à la surface), elles pénètrent dans le tissu osseux et en déterminent la résorption.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 janvier 1852. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Présentation de malades.

M. Guersant appelle l'attention de la Société sur un enfant de onze ans ayant fait une chute sur la main gauche il y a six semaines, fracture du radius non traitée et consolidée d'une manière difforme.

M. Guersant présente cet enfant afin qu'on constate l'état dans lequel il est; il se propose de tenter de redresser ce cal vicieux, et rendra compte de ce qu'il obtiendra plus tard, quel que soit le résultat.

— M. Chassaignac présente deux malades et donne les détails suivants:

Tumeurs fibro-plastiques.

Un homme âgé de trente ans, conducteur d'omnibus, entré à Saint-Antoine pour la première fois le 13 septembre 1849 pour une tumeur du volume d'une grosse orange au-dessous de la clavicule gauche. Ablation pratiquée le 16 septembre 1849. On trouve une tumeur enkystée constituée par de la matière fibro-plastique à l'état amorphe ou du moins à l'état incomplètement solide. Analyse par M. Lebert. La guérison a lieu sans aucun accident.

Quatorze mois après, c'est-à-dire le 12 décembre, le malade rentre à l'hôpital pour une nouvelle tumeur ayant exactement le même siége que la première, mais moins volumineuse. Nouvelle opération. L'examen fait par M. Lebert démontre, comme la première fois, l'élément fibro-plastique.

Le 9 juillet 1851, nouvelle apparition d'une tumeur absolument semblable aux deux premières pour l'aspect, pour le siége et, comme l'analyse de M. Lebert l'a prouvé, pour la composition intime. Troisième ablation. Guérison comme les deux premières fois, c'est-à-dire temporaire.

Enfin, en janvier 1852, le malade revient de nouveau nous trouver portant exactement dans le même siége une nouvelle tumeur. Il s'agit donc de l'opérer pour la quatrième fois et d'enlever che[illegible]ui une quatrième tumeur probablement identique aux précéden[illegible]t que je montrerai à la Société.

Il [illegible]marquer que la première récidive a eu lieu au bout de quat[illegible]s, les deux autres au bout de six mois chacune. Et depuis p[illegible] deux ans que dure ce singulier travail aucune altération app[illegible]able n'est survenue ni dans la constitution du malade, ni dans le[illegible] aboutissants lympbatiques de la région atteinte.

Tumeur de l'orbite.

Le second sujet est une femme âgée de vingt-six ans portant depuis six années une tumeur qui s'est développée dans l'orbite droit et a déterminé une exophthalmie tellement complète que le muscle orbiculaire se contractait en arrière du globe, augmentant ainsi l'exorbitisme. Cette femme a été opérée à l'hôpital Saint-Antoine le 28 octobre 1851. La tumeur, qui présentait l'aspect sarcomateux et l'état solide, a été examinée par M. Lebert, qui n'y a pas trouvé la matière encéphaloïde. L'extirpation de cette tumeur, qui était assez volumineuse et s'étendait jusqu'au fond de l'orbite, a été complète. Aujourd'hui la malade est en parfaite guérison; mais elle conserve un strabisme en dehors et une difficulté d'action de l'élévation de la paupière, accidents qui indiquent une paralysie de la troisième paire.

Correspondance.

M. le professeur Cloquet adresse à la Société de chirurgie un travail imprimé ayant pour titre: *Plan et méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de la pathologie externe*, et demande le titre de membre honoraire.

M. le professeur Cloquet est nommé par acclamation membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. Sédillot, par l'entremise de M. Larrey, fait hommage à la Société d'une brochure intitulée: *Des règles de l'application du chloroforme aux opérations chirurgicales.*

En voici l'indication sommaire:

M. Sédillot a réuni dans ce travail une partie de ses publications antérieures sur le même sujet, et il s'est efforcé de démontrer que les graves accidents et les cas de mort attribués à l'usage de cet agent d'anesthésie étaient presque toujours le résultat de fautes graves dans le mode de la chloroformisation M. Sédillot a tracé les règles de la meilleure méthode à suivre, et il a maintenu, développé l'assertion prise par lui pour épigraphe, à savoir: que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Le nouveau travail de M. Sédillot est renvoyé à la commission qui doit faire un rapport sur ses communications précédentes.

—La Société a reçu le numéro de janvier du Journal de M. Lucas Championnière.

Rapport sur les travaux présentés par M. Fleury, chirurgien de la marine, pour obtenir le titre de membre correspondant.

Calcul salivaire. — Corps étranger de la main. — Désarticulation scapulo-humérale.

M. Maisonneuve. Dans la séance du 8 mars 1850, M. Fleury, chirurgien de la marine, vous a présenté trois observations à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

La première de ces observations a trait à un calcul salivaire, dont l'histoire présente plusieurs particularités remarquables. Ce calcul existait chez une négresse âgée de vingt-quatre ans. Il avait une forme ovoïde, son volume égalait celui d'une grosse olive; il était situé profondément dans la partie la plus reculée du sillon maxillo-lingual droit, au delà de la dernière dent molaire. Une ouverture fistuleuse, placée au fond de ce sillon, permettait de pénétrer jusqu'au corps étranger à l'aide d'un stylet ordinaire. M. Fleury en opéra l'extraction à l'aide d'une incision pratiquée sur le calcul lui-même, et la malade se trouva immédiatement débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait dans la déglutition et la phonation.

M. Fleury se demande quel était le siége de ce calcul. Etait-ce le canal de Warthon? les glandules sous-muqueuses du sillon maxillo-lingual ou bien un kyste creusé dans la glande sous-maxillaire elle-même? L'auteur se prononce pour la dernière hypothèse, en se fondant sur l'épaisseur des tissus qui séparaient le calcul de la muqueuse buccale, sur l'état d'induration de la glande sous-maxillaire et sur la position reculée du calcul dans le sillon maxillo-lingual. Nous ne pouvons accepter sans réserve cette opinion, faute de preuves suffisantes pour l'établir d'une manière irréfragable.

La deuxième observation est relative à un corps étranger qui a séjourné huit mois dans l'épaisseur de la main. C'était un morceau de verre de bouteille qui avait pénétré par la région dorsale dans le troisième espace métacarpien. La plaie s'était cicatrisée, mais le malade ressentait une assez vive douleur toutes les fois qu'il saisissait un peu fortement un corps dur et arrondi, comme le manche d'une pelle. L'extraction de ce corps étranger fit cesser les accidents.

La troisième observation présente plus d'intérêt. Elle a trait à une désarticulation scapulo-humérale pratiquée avec succès et par un procédé que l'auteur croit nouveau, mais qui ne diffère que bien légèrement du procédé de Larrey, modifié par notre collègue M. Robert. Ce procédé consiste:

1° Dans une incision longitudinale qui, partant de l'espace acromio-longitudinal, descend vers la pointe du deltoïde en pénétrant jusqu'à l'os, et en mettant à nu l'articulation;

2° Dans une incision circulaire conduite autour du bras au niveau de l'extrémité inférieure de la première incision, et qui ne comprend que la peau et le tissu cellulaire;

3° Dans une troisième incision dirigée de bas en haut, le long du bord postérieur du creux de l'aisselle, et comprenant toute l'épaisseur du muscle deltoïde. On a ainsi un large lambeau supérieur et externe à pointe supérieure. Celui-ci, relevé par un aide, laisse voir à nu une grande partie de l'articulation, dans laquelle il devient alors facile de pénétrer à plein tranchant en coupant les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit-rond et præ-scapulaire. Enfin, pour achever l'opération, le couteau, qui a pénétré dans l'article, contourné la tête de l'humérus, glisse le long du col et divise les parties molles de la face interne, où les gros vaisseaux peuvent être facilement comprimés par la main d'un aide avant l'entière division du lambeau.

Ce procédé, que j'ai répété sur le cadavre, est d'une exécution facile. Il a, comme celui de Larrey, l'avantage de réserver pour le dernier temps la section de l'artère. Il emprunte à celui de M. Robert les avantages de l'incision coraco-deltoïdienne, et à celui de M. Langenbech la taille du lambeau par incision de debors en dedans.

C'est de tout point un procédé avantageux et digne d'être conservé dans la science.

L'auteur de cette communication est un ancien interne des hôpitaux de Paris; il est actuellement chirurgien de la marine. Il a plusieurs fois rempli, et il est appelé à remplir encore les fonctions de chirurgien en chef de grands hôpitaux dans nos colonies; il est animé d'un ardent amour de la science. Votre commission a pensé qu'il était digne d'obtenir le titre de membre correspondant, et vous propose:

1° De lui conférer ce titre;

2° De publier ce travail dans vos compte-rendus.

M. Fleury est nommé membre correspondant.

Discussion.

M. Robert. Suivant l'auteur du travail analysé par M. Maisonneuve, le calcul salivaire aurait été placé dans le parenchyme de la glande sous-maxillaire, et non pas dans le canal de Warton. Ce fait aurait besoin d'être démontré; car aucun chirurgien n'a encore fait connaître une observation de ce genre; et M. Duparc, qui a publié, il y a quelques années, un mémoire sur ce sujet, ne mentionne aucun cas où le calcul ait été trouvé dans le parenchyme glandulaire.

M. Maisonneuve. M. Fleury, pas plus que moi, n'a voulu dire que le calcul fût développé au centre de la glande elle-même, mais bien dans cette partie du canal de Warton située dans l'épaisseur de la glande. On sait que des calculs biliaires sont souvent trouvés dans les ramifications du conduit hépatique, et par conséquent enveloppé par le tissu glandulaire. Dans ce cas, ne peut-on pas dire que le calcul, quoique contenu dans le parenchyme du foie, se trouve dans le conduit hépatique?

M. Robert. Je ne suppose pas que M. Fleury et M. Maisonneuve aient eu la pensée que le calcul se soit développé dans cette portion du conduit excréteur que l'on peut appeler *intra-glandulaire*. On sait par les faits rapportés par M. Duparc, M. Maisonneuve et moi-même, que les calculs salivaires arrêtés dans le conduit de Warton amènent une hypertrophie de la glande et une tuméfaction des parties voisines. Je demande qu'un doute soit émis dans le rapport de M. Maisonneuve sur le siége précis du calcul.

M. Maisonneuve. Je me suis arrêté, dans mon rapport, aux termes mêmes de M. Fleury, me fondant sur la profondeur à laquelle était situé le calcul. L'autopsie, dans ce cas, aurait pu déterminer la position exacte du calcul. Si on ne peut point dire que le calcul était dans le parenchyme de la glande, on peut dire qu'il était profondément situé dans le canal de Warton.

Hypertrophie glandulaire siégeant au voile du palais et à la voûte palatine.

M. Michon. Un homme de trente-six ans, d'une bonne santé et d'une forte constitution, est entré le 22 décembre à l'hôpital de la Pitié pour être débarrassé d'une tumeur du volume d'un gros œuf qu'il portait dans la bouche. L'origine de cette tumeur remonte à dix ans environ. Elle avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur était complétement indolente; son accroissement a été lent et progressif. Un charlatan que le malade consulta fendit la tumeur; il en sortit une petite quantité de sang, et la plaie se referma, en laissant une petite cicatrice que l'on peut encore voir aujourd'hui.

Voici dans quel état le malade se présente à nous. Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit que le fond de cette cavité est occupé par une tumeur proéminente en avant, et qui s'appuie sur la partie postérieure de la langue, qu'elle déprime un peu. Sa surface est rouge, lisse, humectée, et présente tous les caractères de la muqueuse tendue et amincie. On remarque çà et là quelques pinceaux de capillaires; mais nulle part il n'y a menace d'ulcération.

Sa forme est à peu près sphérique, mais un peu lobulée. Sa consistance est ferme, résistante, élastique, sans apparence de fluctuation.

En faisant ouvrir plus largement la bouche au malade, et en écartant la tumeur avec le doigt, on voit qu'en arrière elle s'appuie sur la moitié gauche du voile du palais à son point de jonction avec la voûte palatine et le pilier antérieur. Cette moitié du voile du palais a complétement disparu derrière la tumeur. La moitié droite, au contraire, ainsi que la luette, sont parfaitement intactes.

Le doigt introduit dans la bouche peut circonscrire en partie la tumeur, surtout en dedans, où elle est complétement libre, et en arrière, où elle refoule le voile du palais vers le pharynx. La tumeur semble peu mobile, et il est difficile de décider si elle adhère à l'apophyse ptérigoïde, contre laquelle elle est fortement appliquée, ou si elle est libre sous la muqueuse.

Les ganglions circonvoisins sont intacts; la parole et la déglutition sont gênées; la respiration est pénible, surtout pendant le sommeil. L'état général du malade n'offre d'ailleurs aucune altération et aucun symptôme de cachexie.

Nous nous sommes demandé quelle pouvait être la cause de cette tumeur.

Nous avons d'abord écarté l'idée de cancer. L'indolence de la tumeur, la lenteur de son développement, sa consistance uniforme, son défaut d'ulcération, l'absence de symptômes cachectiques et l'intégrité des ganglions voisins suffisaient pour faire renoncer à cette opinion.

Nous avons été plutôt porté à penser que la tumeur était de nature plus bénigne, fibreuse ou fibro-plastique. Le malade désirait être débarrassé de la tumeur. L'opération, d'ailleurs, nous paraissait indiquée par l'accroissement progressif de la tumeur et par la gêne croissante aussi qu'elle apportait à la respiration et à la déglutition.

Malgré les quelques doutes qui nous restaient sur le degré d'adhérence de la tumeur avec les os sous-jacents, nous nous déterminâmes à l'attaquer directement.

L'opération a été pratiquée le 5 janvier. Une incision a circonscrit la muqueuse autour du pédicule de la tumeur. Dès lors il a été facile de l'énucléer sans autre secours que celui des doigts. Elle ne tenait aux parties profondes que par des adhérences celluleuses et par la muqueuse, qui la bridait pour ainsi dire.

Derrière la tumeur ainsi enlevée est restée la portion profonde du voile du palais présentant en avant une surface dénudée qui commence à bourgeonner, et est aujourd'hui en voie de cicatrisation.

Voici le résultat de l'examen de la tumeur:

La muqueuse qui l'enveloppe dans une grande portion de son étendue est peu adhérente. Au-dessous on trouve un tissu jaunâtre granuleux avec quelques traînées fibreuses et présentant çà et là des lacunes assez grandes, et notamment près de la surface un kyste allongé dans lequel se trouve un liquide transparent et visqueux.

L'étude microscopique nous a permis de constater les caractères suivants.

On trouve:

1° Des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés très nombreux et très évidents;

2° De l'épithélium nucléaire libre ou en plaques agrégées;

3° Quelques-uns de ces noyaux entourés de leurs cellules;

4° Quelques éléments fibro-plastiques et des tractus fibreux.

En présence de ces résultats, la nature de la tumeur ne paraît pas douteuse. C'est une hypertrophie glandulaire qui ne peut provenir que de petites glandes salivaires du voile du palais.

Ce fait me paraît avoir une double importance, que je dois signaler:

1° Il est nouveau. C'est la première fois que l'on rencontre des tumeurs de cette nature dans cette région; ou si l'on en a rencontré, je crois que l'on n'a pas reconnu leur véritable nature;

2° Il étend le champ des hypertrophies glandulaires partielles. Les premiers faits n'ont été constatés que sur la glande mammaire; plus tard, la parotide et la glande lacrymale en ont fourni des exemples. Celui-ci, qui part de glandes moins considérables, mais qui a peut-être pour cela même d'autant plus d'importance parce qu'il était moins prévu, doit être enregistré avec soin. Bientôt il sera permis de généraliser ces faits épars et d'en tirer des conclusions très intéressantes pour l'histoire encore un peu confuses de certaines tumeurs.

M. Nélaton. Les faits observés par M. Michou ne sont pas rares, et je ne doute pas que l'attention fixée sur ce sujet n'amène à des résultats satisfaisants. M. Michon doit se rappeler que je l'ai prié, il y a quelques années, d'assister à une opération que je devais pratiquer sur une jeune religieuse qui portait une tumeur volumineuse dans l'épaisseur du voile du palais. Croyant cette tumeur adhérente de mauvaise nature et difficile à enlever, je fendis le voile du palais sur la ligne médiane, et je fis ensuite une incision transversale au niveau de l'adhérence du voile du palais aux os palatins. J'avais peur que ces incisions fussent insuffisantes, et j'étais décidé à fendre la joue pour me donner le jour nécessaire pour accomplir l'ablation partielle du voile du palais; mais je fus fort surpris de voir que la tumeur que je venais de mettre à nu par une incision se détachait avec une grande facilité. La malade guérit fort bien; mais je fus obligé de pratiquer la staphylorapbie. La tumeur, examinée avec soin au moment de l'opération, présentait une ressemblance parfaite avec une glande salivaire. Tout récemment, à la Clinique, j'eus à extraire une tumeur en tout point semblable à celle dont M. Michon nous a donné l'observation. Dans ce cas, une incision sur la ligne médiane mit à nu la tumeur, et je pus avec grande facilité l'extraire. Cette fois l'examen micrographique de la tumeur fut fait avec soin. Sa texture était en tout point semblable à celle des glandes salivaires. L'opérée a très bien guéri.

M. Maisonneuve. L'hypertrophie des glandes salivaires n'est point rare. La Société doit se rappeler que dans le courant de l'année dernière M. Robert a présenté à la Société quelques consi-

dérations sur l'hypertrophie de la parotide prise pour un cancer. J'ai eu occasion d'opérer des tumeurs de ce genre, et une fois où la glande hypertrophiée avait été partiellement enlevée. Il survint une récidive, qui ne se reproduisit plus après l'ablation complète de la parotide. Ces faits sont intéressants, et doivent fixer l'attention du chirurgien.

M. Michon. Dans ma communication, je n'ai point eu la pensée d'établir que ces faits fussent rares; j'ai voulu faire remarquer que souvent on avait pris pour des cancers du voile du palais des tumeurs qui étaient formées par l'hypertrophie des glandes que l'on trouve dans l'épaisseur du voile du palais, et que ces tumeurs, comme cela résulte des faits qui ont été rapportés ici, s'enlèvent avec facilité. J'ajouterai, en terminant, qu'aucun fait de ce genre n'a encore été publié.

M. Huguier. Les faits rapportés dans cette discussion sont très importants; ils font entrer tout naturellement la pathologie buccale surtout dans une nouvelle voie: c'est un service de plus que la Société de chirurgie aura rendu à la pathologie. Souvent j'avais été frappé d'une disposition particulière du voile du palais. Chez certains individus, on voit cet organe tuméfié sur les parties latérales et une dépression au centre; cette tuméfaction est due à l'hypertrophie des éléments sécrétoires de cet organe. Une matière filante assez abondante et gênant les fonctions qui s'accomplissent dans la cavité buccale est fournie par ces glandes. Les lèvres peuvent aussi être le siége de ces hypertrophies glandulaires sur lesquelles M. Michon appelait l'attention. J'ai eu à enlever sur la lèvre inférieure une tumeur sous-muqueuse, peu adhérente, lobulée, et qui présentait en tout point le caractère des glandes salivaires; cette tumeur m'avait paru d'abord être un ganglion lymphatique hypertrophié.

M. Demarquay. J'ai vu Blandin pratiquer deux fois, et avec grande facilité, l'ablation de tumeurs enkystées du voile du palais, auxquelles il donna le nom de cancer enkysté, et qu'il considérait comme ne devant pas se reproduire à cause de cette circonstance. A la suite d'une de ces ablations, il survint une hémorrhagie que je dus combattre par le fer rouge. Ainsi, l'enkystement des tumeurs palatines et la facilité de leur ablation ne mettent pas à l'abri des hémorrhagies, ce que l'on comprend facilement par la richesse vasculaire de cette région.

M. Chassaignac. Il ne faudrait pas, de ce qu'on rencontre souvent des tumeurs bénignes dans le voile du palais, éloigner l'idée du cancer. J'ai dû, dans un cas, pour enlever partiellement le voile du palais devenu cancéreux, lier la carotide primitive et fendre la commissure labiale, afin de mettre largement à nu la cavité buccale.

M. Lenoir. L'hypertrophie des glandes buccales n'est décrite nulle part. Elle n'existe pas seulement au voile du palais. J'ai eu occasion, il y a peu de temps, de donner des soins à une dame qui avait une grosse molaire cariée et, au-dessus, une tumeur située dans l'épaisseur de la joue, que je pris pour un abcès. Je fis une incision qui ne donna lieu à aucun écoulement; j'agrandis l'incision, et je fis sortir la tumeur avec grande facilité. Il existe encore une petite hypertrophie folliculaire que l'on rencontre souvent à la partie interne des lèvres, qui ne présente aucune gravité, et dont j'ai été affecté à l'époque où j'étais prosecteur de la Faculté. Il importe d'être prévenu de l'existence de ces tumeurs pour ne pas commettre de méprises.

M. Marjolin. Les tumeurs enlevées par MM. Michon et Nélaton étaient incontestablement formées par des glandes hypertrophiées. Ces faits ne doivent point faire oublier que des tumeurs d'une autre espèce peuvent se trouver dans le voile du palais. La Société doit se rappeler que j'ai présenté, il y a peu de temps, une tumeur purement fibreuse extraite par moi de l'épaisseur même du voile du palais.

M. Chassaignac. Je ferai observer que M. Lenoir fait une confusion en faisant rentrer dans la classe des hypertrophies les petites tumeurs que l'on trouve à la face interne des lèvres. Ce sont des kystes formés par l'oblitération des follicules que l'on voit en ce point, et non pas de véritables hypertrophies.

Considérations sur les tumeurs développées dans les sinus maxillaires.

M. le professeur Roux, après avoir remercié la Société de l'accueil qu'elle vient de lui faire et exprimé le regret de n'avoir point pu prendre encore part à ses travaux, émet quelques doutes relativement aux tumeurs signalées par MM. Michon et Nélaton comme étant formées par l'hypertrophie des petites glandules salivaires, et attire l'attention des membres de la Société sur les tumeurs fongueuses développées dans les sinus maxillaires. Les tumeurs du sinus maxillaire doivent fixer l'attention des chirurgiens. Depuis un an, j'ai eu occasion d'observer quatre malades porteurs de tumeurs fongueuses développées dans le sinus maxillaire, qui ont amené la déformation de ce sinus, nécessité des opérations, mais qui n'ont en rien envahi le tissu osseux au contact duquel elles se trouvent. Un de ces malades a été opéré par M. Gosselin, qui avait été chargé de faire mon service pendant les vacances. D'abord, il avait eu la pensée d'enlever tout le maxillaire supérieur dans le sinus duquel s'était développée la tumeur; mais il voulut bien écouter les conseils de mon expérience, et il put débarrasser son malade en suivant le procédé opératoire que je vais faire connaître. Le malade opéré par M. Gosselin succomba aux suites de l'opération; la mort fut déterminée par une maladie accidentelle. La dernière observation de tumeur fongueuse développée dans le sinus maxillaire qu'il me fut donné de recueillir est relative à une femme de moyen âge, qui portait dans la joue droite une tumeur grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur, en se développant, avait respecté la voûte orbitaire; mais elle avait oblitéré la fosse nasale correspondante, détruit une partie du bord alvéolaire correspondant et perforé la voûte palatine. J'étais convaincu d'avoir affaire à une tumeur fongueuse développée au sein du sinus maxillaire, et n'ayant point d'adhérences avec les os. En conséquence, je fis tenter une incision sur la lèvre supérieure, en dedans de la commissure; les téguments de la joue furent détachés, et j'arrivai ainsi facilement sur la face antérieure du sinus; celui-ci ayant été ouvert, je pus facilement extraire de l'intérieur de cette cavité osseuse une tumeur blanchâtre au centre, composée de tissu fibreux exclusivement. Il est curieux de voir ainsi des tumeurs bénignes se développer dans le sinus maxillaire aux dépens de la membrane muqueuse qui le tapisse, sans que les os participent en rien au développement de ces sortes de tumeurs.

Après avoir présenté quelques considérations sur le tissu fibreux et ce que l'on appelle le tissu fibro-plastique, M. Roux donne quelques détails sur une tumeur qu'il vient d'enlever. Cette tumeur était de nature fibreuse, située sur le dos du pied, sans altération de la peau, demi-mobile et ayant une apparence ganglionaire; elle tenait au tendon extenseur du pied par du tissu cellulaire.

M. Lebert. Cette communication intéressante me rappelle que, l'année dernière, il me fut donné d'examiner une tumeur développée dans le sinus maxillaire; celle-ci avait déterminé le chirurgien à enlever l'os maxillaire supérieur, où siégeait la tumeur. L'examen microscopique ne fit découvrir aucun élément cancéreux ni osseux dans l'épaisseur même de la tumeur. Je restai convaincu que la tumeur était formée par l'élément papillaire; mais j'hésitais à admettre dans le sinus maxillaire une tumeur formée par une hypertrophie papillaire. M. Giraldès n'avait point encore démontré cet élément des membranes muqueuses dans la composition de la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire.

M. Guersant. Je ferai observer que, l'année dernière, j'ai pratiqué l'ablation d'une tumeur occupant le sinus maxillaire, et qui était formée par du tissu fibro-plastique. L'enfant a guéri, et aucune récidive n'est survenue.

Nouveau moyen de prévenir la pression douloureuse du talon dans le cas de fracture de la jambe et de la cuisse.

M. Demarquay. J'ai eu récemment l'occasion de donner des soins, avec M. Denonvilliers, à un homme de quarante ans, qui, à la fin du mois de juillet dernier, se fractura la cuisse droite au Havre. A son retour à Paris, au mois de novembre dernier, il se fractura de nouveau la cuisse dans le même point où avait eu lieu la précédente fracture; il survint un raccourcissement considérable. Les appareils contentifs ordinaires ne pouvant lutter contre la contraction musculaire énergique, il fallut faire l'extension et la contre-extension; celle-ci fut faite à l'aide de l'appareil en caoutchouc volcanisé imaginé par M. Gariel.

L'extension était pratiquée au moyen d'un appareil dextriné passant autour du pied et renfermant une double bande passant sur une poulie, à l'extrémité de laquelle se trouvait suspendu un poids de 2 kilogrammes. Cette traction continue fut suffisante pour amener en peu de jours les fragments bout à bout. Mais bientôt nous eûmes à lutter, comme nos honorables confrères du Havre, contre les douleurs intolérables du talon, qui dans ce cas étaient d'autant plus vives, que l'extension faisait presser plus durement encore l'extrémité postérieure du pied sur le matelas. On faisait cesser la douleur en élevant la poulie, sur laquelle la bande supportant les poids venait à glisser. Mais alors on faisait basculer les fragments, après avoir eu recours inutilement à divers moyens conseillés en pareil cas. Nous employons l'appareil en caoutchouc volcanisé imaginé par M. Gariel pour faire l'extension; il se compose d'un cylindre creux réuni à ses deux extrémités et pouvant être insufflé. Sur ce cylindre viennent se fixer deux branches verticales également creuses. Gonflé, il présente un espace sur lequel le talon peut être déposé, et par les branches latérales on peut le suspendre aux branches montantes du lit, de manière qu'il ne se renverse pas.

Grâce à cet appareil, notre malade est resté deux mois et demi au lit sans souffrir nullement du talon. Dans le cas où on est obligé de pratiquer l'extension sur un membre, et où par conséquent la pression du talon est augmentée, cet appareil peut être utile, et je le recommande à l'appréciation des chirurgiens.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

L'Association de prévoyance des médecins de Paris a tenu hier sa séance annuelle dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Adelon, l'un des vice-présidents. L'état de santé de M. Orfila, quoique notablement amélioré, ne lui a pas permis d'assister à cette solennité. Nous publierons prochainement le compte-rendu lu par l'honorable secrétaire général, M. Perdrix. Mais nous devons dire dès aujourd'hui que la Société est toujours en pleine prospérité, et qu'elle n'a pas rendu moins de services dans l'année qui vient de s'écouler que dans les années précédentes.

— *Concours d'hygiène.* — La première séance pour la question orale après trois heures de préparation a eu lieu aujourd'hui. MM. Guérard et Marchal (de Calvi) ont fait une leçon sur la question suivante: *De la contagion.*

— Toute crainte sur l'issue de la maladie de M. Orfila est dissipée. L'éminent professeur est entré en pleine convalescence.

— Un habitant de Lyon, M. Richard, vient de léguer par testament une somme de près d'un million, destinée à fonder dans cette ville un hospice d'incurables. Espérons que l'administration des hôpitaux et hospices de Lyon aura la bonne pensée de donner à cet établissement un nom moins décourageant pour les malheureux que celui d'*incurables*. Il serait bien à désirer que l'on changeât cette dénomination des deux asiles de la ville de Paris.

— La Société entomologique de France vient de renouveler son bureau pour l'année 1852 (21e de sa fondation).

Ont été nommés:

Président, M. le colonel Goureau;
Vice-président, M. le docteur Boisduval;
Secrétaire, M. E. Desmarest;
Secrétaire-adjoint, M. H. Lucas;
Trésorier, M. L. Buquet;
Trésorier-adjoint, M. L. Fairmaire;
Archiviste, M. Doüé;
Archiviste-adjoint, M. Bellier de la Chavignerie.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaire.* — M. Lieke, chirurgien sous-aide détaché aux Invalides, désigné pour l'hôpital de Versailles, reste détaché aux Invalides.

M. Anselin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, détaché aux Invalides, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Ely, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Michaux, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Roule, désigné pour l'hôpital de Versailles, reste détaché aux Invalides.

M. Janin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Nancy, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Bresse, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Marseille, désigné pour l'hôpital de Versailles, est détaché aux Invalides.

M. Aubert, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Alger, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Soffray, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Remy, chirurgien aide-major de 2e classe au 5e d'artillerie, est désigné pour le 11e de la même arme.

M. Cassine, chirurgien sous-aide en Algérie, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris.

Le lundi 23 février 1852, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration, du samedi 24 janvier courant au samedi 7 février suivant, et devront justifier qu'ils ont vingt-sept ans accomplis.

L'âge est réduit de deux années pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris.

Le secrétaire général,
Signé, L. Dubost.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 12. — JEUDI 29 JANVIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 12. — JEUDI 29 JANVIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine (suite). — Note sur quelques hypertrophies glandulaires (suite et fin). — Académie de médecine, séance du 27 janvier. — Académie des sciences, séance du 26 janvier. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 JANVIER 1852.

Séances des Académies.

Un vaste rapport de M. Piorry sur l'emploi du sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes a occupé la majeure partie de la séance d'hier. Nos lecteurs ont sans doute remarqué plus d'une fois, dans nos comptes-rendus des hôpitaux, que M. Piorry annonçait avoir constaté des propriétés fébrifuges très prononcées dans le sel commun. C'est à la démonstration complète de ce fait qu'il a consacré son nouveau et volumineux travail. Nous regrettons de ne pouvoir mettre textuellement ce travail sous les yeux de nos lecteurs; mais le long extrait que nous en donnons contient tout ce qui s'y trouve d'essentiel, et leur permettra de s'en faire une idée complète.

Comme on le verra facilement, M. Piorry ne s'est pas contenté d'étudier l'action du sel sur la curation de la fièvre; il a cherché dans cette action la confirmation ou l'infirmation de sa doctrine sur les fièvres intermittentes, et c'est la confirmation qu'il a trouvée.

Comme il l'avait déjà fait à propos de l'action du sulfate de quinine, M. Piorry a vu :

1° Que partout où il y avait fièvre intermittente, il y avait gonflement de la rate;

2° Que la médication qui produisait la constriction de l'organe splénique diminuait ou détruisait les accès fébriles;

3° Que, si la médication restait sans influence sur le volume de la rate, elle était aussi sans action sur la marche de la maladie.

Ce que nous devons louer avant tout chez M. Piorry, c'est l'inébranlable persévérance avec laquelle il défend des convictions profondes, qu'il croit fondées sur des observations précises et multipliées, non moins que sur des raisonnements irrécusables.

Quant au triomphe de sa doctrine, sera-t-il plus heureux cette fois qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour, et parviendra-t-il enfin à rallier à son opinion la majorité des médecins éclairés et impartiaux? C'est ce que la discussion prochaine nous apprendra; mais si nos présomptions sont justes, nous devons dire que le succès de l'honorable professeur nous paraît douteux; et, chose singulière, ce qui nous paraît surtout rendre ce succès douteux, c'est ce qui semblerait le plus de nature à le dissiper, c'est la précision extrême avec laquelle il a constaté les faits soumis à son observation. Si, comme on l'a dit, l'excès de bien peut lui-même être un défaut, on peut affirmer que ce défaut se trouve dans le travail de M. Piorry. Que d'incrédules n'avons-nous pas trouvés, par exemple, quand M. Piorry a dit qu'il avait constaté, 30 *ou* 40 *secondes* après l'ingestion du sel marin, une diminution de la rate de *quelques millimètres* seulement! Nous avouons que ce doute nous a gagné nous-même, et cependant personne plus que nous n'est convaincu de l'habileté plessimétrique de M. Piorry. Mais il faut bien le dire, déterminé par la percussion, le volume de la rate à *quelques millimètres* près est une précision qui nous paraît dépasser les bornes du possible. Cependant nous prenons vis-à-vis de nos lecteurs l'engagement de les éclairer complètement sur ce point, si M. Piorry veut bien se prêter aux expériences que nous lui proposerons à ce sujet.

Du reste, ce n'est point là la seule difficulté que présente la doctrine du savant professeur. Nous en avons signalé d'autres lors de la dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie sur les fièvres intermittentes. Ces difficultés ne manqueront pas d'être soulevées dans la discussion qui va bientôt s'ouvrir, et nous aurons occasion d'y insister.

Nous ne voulons aujourd'hui que rétablir en terminant deux faits que M. Piorry ne s'est rappelés qu'imparfaitement. Le premier est relatif à l'influence avantageuse qu'il a attribuée au sel marin sur la santé des animaux; les expériences précises communiquées récemment à l'Institut par une commission composée des hommes les plus éminents ont parfaitement démontré que cette influence prétendue heureuse est complétement imaginaire; le second fait est relatif à l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. Un très grand nombre de faits recueillis sur cette question sont parfaitement concluants, et l'on n'a point omis, comme le pense le savant médecin de la Charité, de tenir compte des récidives, de même qu'on n'a pas toujours eu recours, il s'en faut bien, à l'emploi simultané du sulfate de quinine. Sans doute on peut désirer que les propriétés antipériodiques de l'arsenic soient constatées par un plus grand nombre d'observateurs; mais en admettant comme exacts les faits observés par M. Boudin et par quelques autres médecins, on ne peut pas contester que ces faits ne soient concluants.

M. Chatin a clos la séance en continuant la lecture de son important mémoire sur l'iode de l'air, des eaux et du sol des localités crétineuses des Alpes.

— l'Institut a reçu, par l'intermédiaire de M. Geoffroy Saint-Hilaire, deux communications intéressantes, l'une de M. Ad. Richard, sur quelques faits de tératologie musculaire qui jettent un jour nouveau sur les analogies des membres supérieurs et des membres inférieurs; et l'autre de M. Dareste, de Rennes, qui, par une étude attentive du cerveau, ou plutôt par des vues nouvelles sur la disposition anatomique de cet organe, est arrivé à conclure que le développement des circonvolutions n'est pas en rapport avec le développement de l'intelligence. En effet, dit M. Dareste, les petites espèces de chaque groupe zoologique ont relativement plus d'intelligence que les grandes espèces, et cependant les circonvolutions sont beaucoup plus développées dans les secondes que dans les premières. Mais il faut ajouter, comme le remarque d'ailleurs M. Dareste, que la masse cérébrale est relativement beaucoup plus considérable dans les petites espèces que dans les grandes, en sorte que la question n'est pas aussi facile à résoudre que semble le croire ce jeune anatomiste. Il a donc beaucoup à ajouter à ses recherches pour arriver à une solution satisfaisante de la question qu'il a posée, et qu'on avait posée déjà tant de fois avant lui. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine.

Recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET, internes du service.

(Suite.—*Voir* les numéros des 11, 13 et 16 décembre.)

Ces tumeurs, en effet, sont enclavées dans la cavité du petit bassin; si vous essayez de les repousser soit en haut, soit latéralement en agissant avec un ou deux doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum, elles se laissent déprimer, puis reviennent sur elles-mêmes aussitôt que la pression cesse; mais on ne peut leur imprimer aucun mouvement de totalité. C'est une particularité que vous comprendrez plus facilement lorsque vous saurez quel est leur siége anatomique précis.

Les hématocèles rétro-utérines parvenues à leur état de développement peuvent présenter des phénomènes assez variables. Dans les cas les plus favorables, et c'est un mode de terminaison, selon nous, qui eût été beaucoup plus fréquent si les chirurgiens ne se fussent pas pressés d'agir après la période aiguë, on voit les malades reprendre peu à peu leurs forces, l'appétit renaître, le facies se colorer en même temps que l'état général s'améliore; puis les douleurs hypogastriques s'apaisent; les malades conservent seulement cette sensation de pesanteur dans le bassin, qui ne disparaît qu'avec la maladie. Les selles deviennent moins rares, plus faciles, la miction moins fréquente. Pendant ce temps, la tumeur, au lieu de rester liquide, prend une consistance plus grande; la fluctuation cesse de pouvoir être perçue; la tumeur devient même assez dure. En même temps que sa consistance devient plus grande, elle éprouve un retrait assez considérable; puis elle diminue lentement, et finit enfin par disparaître sans laisser aucune trace de son existence. Cette résolution, du reste, est toujours assez longue à obtenir, d'autant plus longue que la tumeur avait acquis plus de volume. Souvent, pendant cette période, les malades présentent quelques malaises, surtout vers l'époque des règles, mais ils ne sont que passagers.

Quant aux règles, si l'affection est ancienne, si la résolution de la tumeur est très avancée, elles peuvent couler avec leur abondance, leurs phénomènes habituels; c'est ce que nous avons pu observer plusieurs fois.

Quelquefois, au lieu de marcher régulièrement vers la résolution, la tumeur devient, sans cause connue, le siége de douleurs fort vives, lancinantes, que la plus légère pression exaspère; la malade est prise de frissons, d'une fièvre vive, de nausées, de vomissement; la tumeur a conservé sa consistance liquide, au moins dans la plus grande partie de son étendue; elle ne semble pas, du reste, augmenter sensiblement de volume. Après plusieurs jours de durée, ces accidents généraux et locaux, qui souvent inspirent des craintes sérieuses pour la vie des malades, cessent rapidement, et l'on voit s'écouler par une ouverture spontanée un sang noir, épais, visqueux, semblable à de la mélasse; mais ce n'est pas toujours par le même point que se font ces ouvertures spontanées : deux organes, le vagin et le rectum, sont en rapport direct avec la tumeur; aussi est-ce à travers ces deux organes que se sont faites les perforations spontanées que l'on a observées jusqu'ici. Dans trois cas, l'on a vu la perforation se faire par le rectum; dans un cas seulement, elle s'est faite dans le vagin. Elles sont donc plus rares par cet organe que par le précédent; peut-être la cause de cette différence est-elle la densité de la paroi vaginale, plus grande en effet que celle du rectum. Cependant, il est difficile de se contenter de cette explication si l'on observe que dans un cas l'ouverture artificielle de la tumeur dans le vagin n'a pas empêché la perforation spontanée dans le rectum.

Quoi qu'il en soit, le plus souvent, les symptômes généraux diminuent à mesure que la poche s'affaisse et se vide du sang qu'elle contenait; puis, au bout de quelques jours, elle est revenue complétement sur elle-même; la malade est guérie. Si la poche se vide dans le rectum, la constipation, jusque-là très opiniâtre, fait place à un dévoiement assez abondant, et l'on trouve le sang mêlé à la matière des selles; pendant quelques jours, les selles sont ainsi mélangées d'un sang noir, visqueux, épais, que les efforts de défécation chassent dans la cavité du rectum; puis elles reprennent peu à peu leur caractère normal, et cessent de contenir du sang lorsque la tumeur elle-même a disparu.

Si la tumeur se vide dans le vagin, la malade, à l'occasion d'un effort plus ou moins considérable, pendant des efforts de défécation, par exemple, voit s'écouler par la vulve les matériaux qui constituent la tumeur; elle s'affaisse rapidement et finit par disparaître comme dans le cas précédent. Sans doute, le rectum et le vagin ne sont pas les seuls organes par lesquels le sang qui forme cette tumeur puisse être porté au dehors; mais jusqu'à présent l'expérience est muette à cet égard.

Le plus souvent, enfin, le chirurgien n'a pas attendu que la résolution pût se produire; il s'est peut-être un peu pressé d'agir, et a vidé la tumeur par une ponction pratiquée dans le vagin. C'est jusqu'à présent le mode de terminaison le plus fréquent. On voit alors s'écouler les parties liquides de la tumeur; puis, celles-ci écoulées, restent les portions coagulées qu'il faut aller chercher dans les différents points de la tumeur, manœuvre toujours longue et pénible. Il résulte de cette opération une vaste cavité qui peut s'enflammer, se vide mal et peut présenter des phénomènes de résorption putride, phénomènes si fréquents après l'ouverture des foyers sanguins. Aussi voit-on sortir par les lèvres de la plaie du pus sanieux, mélangé souvent de caillots sanguins et fibrineux. Cet écoulement, après un mois ou six semaines environ, diminue, puis cesse tout à fait, et alors la cicatrisation est complète.

Tels sont les trois modes de terminaison observés le plus souvent dans l'affection qui nous occupe. Lorsque la mort arrive, ce n'est pas par le fait de la maladie elle-même; c'est par suite de quelque complication, ainsi qu'on peut le voir en parcourant les observations. Ainsi, dans un cas, la mort a été causée par une hémorrhagie, suite de la lésion d'une artère volumineuse du col de l'utérus; dans un autre cas, la malade est morte d'une péritonite, etc.

Vous comprenez, messieurs, combien il était important de rechercher les causes de cette affection. Or, cette étude nécessitait la connaissance exacte et précise du siége de cette tumeur; c'est ce que les autopsies ont permis de préciser d'une façon satisfaisante. Nous pouvons donc affirmer péremptoirement aujourd'hui que la tumeur dont nous parlons est constituée par un épanchement sanguin ayant pour siége le cul-de-sac du péritoine, placé entre l'utérus et le rectum. Vous savez quelle disposition il présente, et par conséquent comment sont formées les parois de la tumeur. En effet, le péritoine, après avoir tapissé le fond de l'utérus, descend sur la face postérieure de cet organe, puis sur son col et sur la partie supérieure du vagin, dans l'étendue de 2 centimètres environ. Il rencontre alors la partie antérieure du rectum, la tapisse, ainsi que les faces latérales, pour lui former une espèce de mésentère, et remonte, en présentant cette disposition, jusqu'à l'angle sacro-vertébral. Sur les parties latérales, le péritoine forme la face postérieure des ligaments larges, se porte en dehors sur les parties latérales du petit bassin qu'il tapisse, et vient rejoindre le méso-rectum sur la face antérieure du sacrum, complétant ainsi le cul-de-sac utéro-rectal.

Supposez ce cul-de-sac rempli par un épanchement sanguin, vous avez l'hématocèle rétro-utérine. Mais, comme vous devez le remarquer, le cul-de-sac utéro-rectal est large-

ment ouvert dans sa partie supérieure, et le sang qui s'y trouve épanché pourrait, de là, fuser dans toute l'étendue de la vaste cavité du péritoine, ce qui n'a pas lieu; car les limites supérieures de la tumeur sont aussi bien déterminées que les limites inférieures. Quelles sont donc les parties qui forment la paroi supérieure de la cavité close qui contient le sang de l'hématocèle? Or, voici ce que j'ai pu constater sur les sujets qui ont succombé, tant par moi-même qu'avec l'aide de M. P. Dubois: la masse des intestins grêles, qui habituellement plonge dans le petit bassin, entre l'utérus et le rectum, avait été repoussée en haut par le développement de la tumeur; ils étaient accolés, réunis dans leur point de contact par des fausses membranes assez denses, qui formaient une barrière solide à la diffusion de l'épanchement sanguin. En un mot, il y avait eu là une péritonite partielle, adhésive, due probablement à l'irritation produite sur le péritoine par le sang chassé hors de ses vaisseaux. Et si, en effet, on se reporte aux symptômes aigus du début de la maladie, on pourra remarquer qu'ils ont une analogie complète avec ceux d'une péritonite partielle intense. C'est, du reste, un phénomène très heureux, dû aux efforts curateurs de la nature.

Si, le siége anatomique de la maladie ainsi déterminé, nous jetons un coup d'œil rapide sur les symptômes de l'hématocèle rétro-utérine, nous verrons combien l'anatomie en donne une explication satisfaisante. Ne voyons-nous pas, en effet, l'utérus et le rectum écartés, séparés par toute l'épaisseur d'une tumeur interposée? Si le développement de cette tumeur est considérable, la compression de ces organes contre la ceinture osseuse que forme le bassin sera plus ou moins énergique; d'où la constipation opiniâtre, les difficultés de la miction; d'où les sensations de pesanteur qui tourmentent les malades. Quant aux déplacements de l'utérus, ils sont aussi déterminés par la position de cette tumeur. Nous l'avons vu porté en haut et en avant, appliqué à la paroi abdominale, le vagin distendu était tiraillé en ce sens. Le changement de position de l'utérus doit nécessairement gêner le libre développement de la vessie; d'où les modifications dont il a été question dans les fonctions de cet organe.

La formation d'une bosselure dans la partie supérieure du vagin ne s'explique-t-elle pas parfaitement par le prolongement du cul-de-sac péritonéal sur la partie supérieure et postérieure de cet organe? Quant à la fixité, n'existe-elle pas de toute nécessité, en raison de la nature des parois qui limite la tumeur, relativement à la nature du liquide épanché; elle explique parfaitement les différentes modifications dans la consistance de la tumeur.

Mais comment se rendre compte de la production de ces épanchements de sang spontanée en dehors de toute cause traumatique appréciable?

Voici une explication qui me paraît très satisfaisante.

Remarquons d'abord que cette affection est propre au sexe féminin; qu'il y a, en conséquence, un certain rapport entre les organes sexuels de la femme et l'affection qui nous occupe. C'est un point de pathogénie qu'une pièce de M. Denonvilliers, présentée à la Société de chirurgie, a mis parfaitement en évidence. On voyait, faisant saillie sur la face postérieure de l'ovaire, un kyste ouvert et contenant encore quelques caillots sanguins. Chacun dut voir dans ce fait l'explication de l'hématocèle rétro-utérine. Vous savez, en effet, qu'à chaque époque menstruelle il se fait une congestion vers l'ovaire, puis une vésicule de Graaf se rompt, et un ovule s'engage dans la trompe. De plus, ainsi que vous le savez, la rupture de la vésicule de Graaf est toujours suivie d'un certain épanchement de sang. C'est le phénomène connu sous le nom de ponte spontanée, si bien étudié par les embryologistes modernes. Supposez que la migration de l'ovule soit imparfaite, si l'hémorrhagie est un peu considérable, on peut comprendre que le sang tombe dans le cul-de-sac du péritoine, s'y accumule; puis le péritoine, irrité, s'enflamme, une péritonite adhésive se produit, l'épanchement est sequestré, l'hématocèle rétro-utérine est formée.

Du reste, examinez avec attention le ligament large, et la disposition anatomique de l'aileron qui soutient l'ovaire vous prouvera que l'épanchement sanguin doit nécessairement se réunir dans le cul-de-sac utéro-rectal. En effet, le ligament large est divisé en trois ailerons à sa partie supérieure: l'aileron moyen et supérieur appartient à la trompe; des deux autres, l'antérieur, formé par le ligament rond, est annexé à la face antérieure du ligament large et se dirige vers l'orifice profond du canal inguinal; le postérieur, qui appartient à l'ovaire, est annexé à la face postérieure du ligament large et fait saillie dans le cul-de-sac utéro-rectal. C'est donc, vous le voyez, en vertu d'une disposition anatomique normale que l'épanchement sanguin se réunit en arrière de l'utérus; c'est dans ce lieu seulement que les hématocèles dont nous parlons ont jusqu'à présent été observées. Peut-être, cependant, un déplacement de l'ovaire pourrait-il amener une modification dans le siége de l'affection; mais ce n'est là qu'une vue théorique, l'expérience ne nous a rien appris à ce sujet.

(La suite à un prochain numéro.)

NOTE

SUR QUELQUES HYPERTROPHIES GLANDULAIRES.

Par M. le docteur Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Sur un malade de l'Hôtel-Dieu observé dans le service de M. Roux, fait alors par M. Gosselin, un malade présentait des polypes formés par une hypertrophie des glandes de la muqueuse nasale. Après l'arrachement, l'hypertrophie des glandes du reste de la muqueuse prit le caractère de celle dont nous venons de parler, et le malade finit par mourir de méningite par suite d'envahissement des os sphénoïde et ethmoïde par la production épidermique. Les cellules conservaient, à 2 centimètres de profondeur dans les os, les caractères de l'épithélium cylindrique de la muqueuse nasale et de l'épithélium nucléaire des glandes de la pituitaire. Ce dernier était semblable à celui trouvé sur les polypes lors de leur arrachement. La cloison était également envahie comme les parois du col dans l'utérus; les cellules cylindriques étaient plus irrégulières qu'à l'état normal ou que dans les cas où il y a simple hypertrophie des glandes sans destruction de leur paroi propre, ni formation épithéliale au dehors. Ainsi, il y a des tumeurs épidermiques ou cancroïdes formées par l'épithélium cylindrique comme par du pavimenteux; et non-seulement ces tumeurs naissent toujours uniquement là où il y a des glandes, mais encore on peut, dans la plupart des cas, suivre les diverses phases de la lésion sur une même pièce. Cela s'applique aussi bien aux tumeurs à épithélium pavimenteux, qui commencent par être sous-cutanées, qu'à celles formées d'épithéliums cylindriques. Quant aux cancroïdes pavimenteux superficiels, ou *papilliformes*, commençant par la surface du derme, je renvoie, pour leur histoire, au *Traité du cancer* de M. Lebert. Leur origine, n'étant pas glandulaire, ne les rapproche pas de ce qui fait le sujet de ce travail.

Je viens de parler de l'affection de glandes qui sont implantées dans l'épaisseur de certains tissus, dont elles forment en quelque sorte une des parties constituantes élémentaires; de glandes qui sont plus ou moins rapprochées ou écartées les unes des autres, mais qui toujours sont séparées l'une de l'autre par la trame du tissu dans lequel elles se trouvent plongées (tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, ou tissu de la muqueuse du col). J'ai renvoyé à dessein ce qui concerne les glandes en grappes composées pour en parler à part. Je ne dirai rien de la dilatation de leurs conduits, lésion qui se rapproche du premier ordre dont j'ai parlé en traitant des œufs de Nahoth.

Je ne dirai rien non plus de cette lésion dont je viens de parler en dernier lieu, qui commencerait par une hypertrophie de leur épithélium, avec résorption de leur paroi propre et envahissement des autres tissus par cet épithélium; car on n'a pas observé de cas de ce genre pour les glandes en grappes composées. Cependant ce cas n'est pas impossible, et la formation d'épithélium dans quelques hypertrophies mammaires est telle, que, si on les laissait aller jusqu'à ulcération, leur marche, après cela, pourrait bien être analogue à celle des cancroïdes dont il vient d'être question.

Mais l'hypertrophie pure et simple de ces glandes est très commune. Je ne parlerai pas de celle de la mamelle, trop bien décrite par M. Lebert; je veux seulement parler de celle des glandes salivaires (V. la *Thèse pour le doctorat en chirurgie* de M. le docteur Toutan déjà citée); j'en ai analysé une venant des glandes molaires, une de la parotide, une des glandes sous-muqueuses des lèvres opérée par M. Robert, deux du voile du palais, opérées, l'une par M. Nélaton, l'autre par M. Michon. Dans tous ces cas la structure était la même; je ne donnerai donc qu'une description commune. Je dirai toutefois que, dans celle de la parotide, les vésicules adipeuses qui entrent normalement dans la structure de cette glande s'étaient développées en grande quantité. Dans les trois derniers cas que je viens de citer les tumeurs étaient enkystées. Je renvoie pour les caractères extérieurs à la description donnée plus haut par M. Gaillet.

Pour se rendre compte de cet enkystement, qui n'est pas rare dans les hypertrophies partielles de la mamelle, il faut avoir présent à l'esprit le faits suivants. J'ai montré depuis longtemps dans mon Cours d'Anatomie générale qu'il y a dans les glandes deux choses différentes, ayant chacune leur structure propre. C'est, d'une part, le tissu sécréteur représenté par les culs-de-sac de chaque *acini*, ou tubes sécréteurs, portion sécrétante; il y a d'autre part la portion excrétante ou tubes excréteurs. Chacune de ces portions a un épithélium différent: pour la mamelle, il est nucléaire dans les *acini*; pavimenteux, dans les conduits excréteurs. Les parois n'ont pas non plus la même structure. J'ai montré aussi qu'avec l'hypertrophie glandulaire il n'y a pas *hypersécrétion*, et que ce n'est que la partie sécrétante du tissu qui s'hypertrophie, pendant qu'au contraire les conduits excréteurs s'atrophient. Ceci coïncide avec les expériences de M. Bernard, qui montrent qu'en poussant du suif dans le canal du pancréas sur un chien vivant, toute la glande se résorbe, moins les conduits excréteurs: c'est-à-dire que toute la portion sécrétante de l'organe disparaît, tandis que la portion excrétante persiste tout entière, au moins pendant plusieurs semaines après l'atrophie des *acini*.

Or, dans l'hypertrophie des glandes en grappes, si un de leurs lobes ou une petite glande salivaire sous-muqueuse grossit, elle distend et comprime le tissu cellulaire voisin, elle s'enkyste de la sorte; et comme en même temps le canal excréteur s'atrophie, lorsque la résorption de celui-ci est complète, l'enkystement est complet lui-même. Aussi trouve-t-on la glande ne tenant aux parois du kyste que par de fins vaisseaux capillaires, et dans le cas de M. Robert, dès l'incision des parois de l'enveloppe, la tumeur est sortie brusquement de sa cavité.

Voici maintenant, pour terminer, ce que j'ai trouvé dans ces tumeurs que j'ai examinées soit seul, soit avec MM. Galliet et Denucé, qui ont vérifié les faits que je décris.

Dans tous les cas dont je parle, les culs-de-sac avaient pris un volume trois à quatre fois plus considérable en largeur qu'à l'état normal; leur transparence naturellement était beaucoup moindre et leur étude plus difficile. L'épithélium, au lieu d'être nucléaire, à noyaux séparés, était devenu pavimenteux, à cellules plus ou moins grandes, mais très nettes, quoique plusieurs soient assez irrégulières. Tantôt on avait seulement retiré la gaine épithéliale du cul-de-sac; d'autres fois le cul-de-sac était entier, et sa paroi propre, restée très mince, était seulement un peu granuleuse. Dans la mamelle, elle devient souvent fibroïde. La couche d'épithélium était surtout fort épaissie et composée de deux ou trois rangs de cellules assez peu régulièrement rangées. Il faut noter, en outre, la présence de quelques noyaux d'épithélium nucléaire qu'on trouvait dans le champ du microscope, et venant de tubes sécréteurs rompus. Des éléments fibro-plastiques assez abondants, de la matière amorphe et des granulations moléculaires étaient interposés aux culs-de-sac. Peu de vaisseaux, et tous capillaires, malgré le volume des tumeurs (la plus grosse avait le volume d'un œuf; celle-ci contenait quelques conduits excréteurs dilatés; c'est le seul cas de ces dilatations que j'aie observé, sauf dans la mamelle, où cela est moins rare).

Enfin, j'insisterai, en dernier lieu, sur la présence très réelle de cellules d'épithéliums assez abondantes, tout à fait libres, disposées en amas entre les culs-de-sac; elles étaient surtout manifestes dans les deux plus grosses tumeurs (cas de MM. Nélaton et Michon). Comme au contraire les acini étaient moins nombreux que dans les autres cas observés, je suis très porté à croire que c'était des épithéliums provenant de culs-de-sac dont les parois s'étaient résorbées; cellules qui avaient continué à se multiplier hors des conduits comme au dedans, mais toutefois en prenant des formes moins régulières. J'ai vu un cas analogue dans une tumeur hypertrophique non enkystée de la mamelle, qui me fut apportée par M. Ad. Richard. Si donc on laissait ces tumeurs s'ulcérer, on conçoit qu'elles pourraient se comporter d'une manière analogue aux cancroïdes.

Ainsi, on voit que les hypertrophiès glandulaires forment une classe de tumeurs très étendue, pouvant s'observer dans toutes les glandes. De plus, l'analyse anatomique montre qu'il ne faut pas confondre les dilatations kysteuses avec les hypertrophies proprement dites (voyez les cas ci-dessus des glandes salivaires et ceux des glandes rectales dans les cas de polypes du rectum cités précédemment), ni celles-ci avec les productions d'épithélium dans l'intérieur des glandes; productions qui détruisent peu à peu la glande après l'avoir distendue, pour ensuite envahir les tissus voisins et former une des affections les plus graves à cause de cet envahissement, bien que pourtant ce soit là une maladie tout à fait locale et non une affection susceptible de se généraliser à la manière du cancer.

Ces tumeurs épidermiques et quelques autres homœomorphes, c'est-à-dire formées d'éléments semblables à ceux qui existent dans l'organisme, sont pourtant susceptibles de se reproduire; mais seulement sur place (ou dans les ganglions les plus voisins pour les tumeurs épitbéliales), soit parce qu'on en a laissé quelque partie, soit parce que c'est là un de leurs caractères propres; car on ne voit pas pourquoi une tumeur qui s'est produite une fois ne pourrait pas se reproduire une deuxième ou une troisième fois à la même place.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 janvier 1852. — Présidence de M. Mêlier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eléphantiasis du scrotum.

M. Bouillaud transmet, de la part de M. Peixoto, de Rio-Janeiro, deux observations d'éléphantiasis du scrotum. (Commissaires: MM. Batty et Gibert.)

Administration des médicaments sous forme granulaire.

M. Munaret, de Brignais (Rhône), adresse une note sur l'usage de certains médicaments sous forme de granules. Parmi les avantages de ce mode d'administration, l'auteur signale ta facilité de doser les médicaments d'une manière exacte et invariable, leur administration commode et leur facile conservation. Ce mode de préparation s'applique particulièrement aux alcaloïdes les plus actifs et les plus vénéneux. (Commissaires: MM. Gibert et Souheiran.)

Nouvelle préparation d'iode.

M. Renault, pharmacien à Paris, adresse une note sur une nouvelle préparation d'iode considérée au point de vue thérapeutique. (Commissaires: MM. Hervez de Chégoin, Réveillé-Parise et Lecanu.)

Introduction de l'air dans les veines.

M. Girhal, de Montpellier, adresse un petit travail sur l'introduction de l'air dans les veines, à l'occasion d'une communication récente de M. Durand-Fardel sur le même sujet. (Commissaires: MM. Malgaigne et Velpeau.)

Capsulation de l'éther.

M. Clertan, de Dijon, envoie une note sur la capsulation de l'éther, ou sur un moyen de faciliter l'administration de l'éther à l'aide de capsules.

RAPPORTS.

Fièvres intermittentes.

M. Piorry lit un rapport de M. Scelle-Montdezert relatif à l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes. Nous en extrayons ce qui suit:

M. Scelle-Montdézert a pensé que le chlorure de sodium pouvait dissoudre ta fibrine tenue en suspension dans la partie aqueuse du sang. Il en a administré dans les affections périodiques de cause paludéenne; il en guérit un grand nombre, et il vous soumet les résultats de ses investigations.

Ainsi c'est par la théorie que M. Scelle-Montdézert est arrivé à un résultat pratique. S'il s'agissait de la discuter, peut-être ne nous paraîtrait-elle pas fondée.

Hors les cas de complications phlegmasiques, le sang, dans les fièvres d'accès, n'est en aucune façon couenneux, et l'addition du sel marin au sérum trouble de l'*hémite*, ne détermine pas la dissolution de la fibrine.

Mais ce n'est pas ici de théorie dont je veux vous parler, c'est de faits cliniques d'une tout autre importance; les raisonnements, les inductions, sont sujets à erreur, et passent; la véritable expérience,

fondée sur la rigoureuse observation, reste; et, sous ce rapport, les faits annoncés par M. Scelle-Montdézert sont au-dessus de toute contestation, et d'une application pratique du premier ordre.

Malheureusement M. Scelle-Montdézert s'est borné, dans les recherches dont il vous a adressé les résultats, à noter si, à la suite de l'administration du chlorum sodium dans les fièvres paludéennes, les accès se calment, s'éloignent ou cessent. Il ne s'est pas occupé de l'état de la rate; il n'a pas constaté si cet organe est ou non influencé par le sel marin; il ne l'a mesuré ni avant, ni pendant, ni après l'administration de cet agent chimique; il a négligé ainsi le seul moyen de s'assurer promptement, positivement, de l'action du médicament qu'il proposait et qu'il avait vu réussir dans un grand nombre de cas.

Sans lui en faire un grand reproche, puisqu'il a suivi la voie de tout le monde ou à peu près, nous devons déclarer que la science moderne suit une route plus sûre; elle recherche l'état organique, elle le mesure, elle en suit les phases d'accroissement et de diminution; elle étudie les effets thérapeutiques le compas et le crayon à la main, et à quiconque ne procède pas ainsi, elle reproche d'avoir laissé planer le doute et l'obscurité là où il était possible de porter le positivisme.

Pénétré de ces pensées, estimant très haut la personne, les travaux et les affirmations de M. Scelle-Montdézert, je me suis livré pendant plus d'une année à une série de recherches sur l'influence que pouvait exercer le sel marin non-seulement sur les fièvres d'accès, mais encore sur la rate elle-même; ce sont les résultats de ces travaux que je vais avoir l'honneur de vous soumettre.

Permettez-moi, messieurs, de vous dire que ces recherches scientifiques sont d'une extrême authenticité, qu'elles ont été faites publiquement soit dans ma clinique privée à l'hôpital de la Pitié, soit à la clinique médicale de la Charité, que des médecins nombreux versés dans la pratique de la percussion, qu'un auditoire d'élèves laborieux ont été présents aux expériences dont il s'agit, que toujours un résultat n'a été noté comme positif qu'autant qu'il avait été constaté par plusieurs observateurs.

Trente-sept observations recueillies avec soin dans les cliniques de la Pitié et de la Charité, actuellement déposées sur les bureaux de l'Académie, sont les matériaux principaux qui m'ont servi à établir les réflexions et les propositions qui vont suivre.

Un plus grand nombre de faits analogues ont été vus avec soin, soit dans les services publics, soit dans ma pratique particulière; mais leur histoire n'a pas été rédigée.

« 1° Le sel marin exerce-t-il une action quelconque sur la rate » saine? »

Dans un assez grand nombre d'expériences, j'avais précédemment constaté que, sous l'influence du sulfate de quinine (à la dose d'un gramme dans trente grammes d'eau), la rate *à l'état normal* diminue très promptement de diamètre et d'épaisseur; or, dans l'observation 1re, sur un homme (vu par une commission de la Société médicale du 1er arrondissement) dont la rate n'avait que 7 centimètres de haut en bas dans le diamètre vertical, et qui, n'ayant pas de fièvres d'accès, n'éprouvait que de légers accidents d'*hémitarthrite*, il y eut dans ce diamètre, et sous l'influence de 30 grammes de sel marin, une diminution presque instantanée de deux centimètres.

Sur un jeune homme âgé de quatorze ans et dont l'organisation était fort peu développée, la rate ayant seulement 4 centimètres et demi, diminua très promptement alors que l'on fit prendre 10 grammes de sel marin (Obs. 2).

Dans plusieurs autres faits qui n'ont pas été recueillis, les résultats de l'action du sel marin sur la rate saine ont été analogues.

La conséquence forcée de ce qui précède est que le sel marin fait diminuer le volume de la rate saine.

On sait d'ailleurs que l'alcoolé de quinine (dans les expériences de MM. Piedagnel et Pagès), que la noix vomique (dans des faits observés par M. Magendie), injectés dans le sang d'animaux vivants, font aussi brusquement diminuer la rate.

« 2° La rate récemment ou anciennement tuméfiée, ayant acquis » un volume médiocrement considérable, comme cela arrive dans » les fièvres intermittentes légères, de types quotidien, tierce et » quarte, diminue-t-elle d'une manière prompte, alors qu'on administre le sel marin? »

Des rates de 7 centimètres et demi (Obs. 3), de 8 centimètres (Obs. 4, 9 et 10), de 10 centimètres (Obs. 7, 8, 17) ont manifestement diminué de volume en deux ou trois minutes, et cela sous l'influence de 10 ou 15 grammes de sel marin; cette diminution a été portée à 2 centimètres et plus.

Il en a été de même dans des cas plus ou moins anciens et rebelles, alors que la rate présentait 11 centimètres (Obs. 10, 11, 12, 13), 12, 13 et 14 centimètres (Obs. 14, 15, 21), 16 centimètres (Obs. 16).

« 3° En combien de temps l'action du sel marin sur la rate » s'exerce-t-elle? »

Dans tous les cas, sans exception, où l'on a recherché, immédiatement après avoir fait prendre le chlorure de sodium, si la rate diminuait réellement, on a constaté, en se servant d'une montre à secondes, que, vers la demi-minute ou la quarantième seconde, la rate décroissait soit dans son diamètre de haut en bas, soit dans son diamètre horizontal. C'est à peu près vers la cinquième minute après l'administration du sel que le maximum de décroissement de la rate a lieu.

Cette hypertrophie, ou, mieux, cette *hypomégalie*, avait tout aussi bien lieu dans le sens de l'épaisseur que dans celui de la largeur et de la hauteur, car la matité diminuait sur tous les points de l'organe.

La diminution dans les dimensions de celui-ci continuait quelquefois encore dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'administration du médicament, ce qui dans nos observations antérieures n'a jamais eu lieu à la suite de l'emploi de la quinine soluble.

« 4° La diminution dans les dimensions de la rate à la suite de » l'administration du sel marin est-elle seulement momentanée et » l'organe revient-il à des dimensions plus considérables que celles » qu'il présentait après l'ingestion du chlorure de sodium? »

Dans l'immense majorité des cas précédents et de ceux du même genre qui n'ont pas été recueillis sous forme d'observation, le lendemain et les jours qui suivaient celui de l'administration du sel marin la rate restait précisément circonscrite sous les figures qui avaient été tracées lors de la diminution primitive de l'organe; il n'en était pas de l'action du chlorure de sodium comme de celle des douches.

M. le docteur Fleury a vu celles-ci promptement diminuer le volume de l'organe splénique et partant fréquemment guérir les fièvres d'accès; mais dans bien des cas le décroissement de la rate qui survient à la suite des douches n'est pas de durée, et quelques heures ou quelques jours après l'organe reprend en partie ses proportions morbides. Est-ce que le sel marin, comme la quinine soluble, agirait sur la trame intime de la rate, modifierait dans sa profondeur le tissu malade, tandis que les douches froides détermineraient seulement un resserrement momentané du *périspline*?

« 5° L'ancienneté de la lésion splénique s'oppose-t-elle au re- » trait immédiat survenu dans la rate à la suite de l'emploi du sel » marin? »

Dans l'observation 10, une rate de 11 centimètres (cas dans lequel il y avait eu plusieurs récidives); dans les observations 12, 13, 16 et 17, où il s'agissait de *spléno-mégalie* contractée en Afrique depuis plus ou moins longtemps, la rate a tout aussi promptement diminué de volume que dans le septième fait, où le mal datait de quatre-vingt-seize heures, et que dans le neuvième, où la fièvre remontait à huit jours seulement.

Néanmoins, il faut observer que, quand la lésion, fort ancienne d'ailleurs, est accompagnée d'une modification organique profonde, telle que des indurations fibreuses du périspline, des phlegmasies, des carcinies spléniques, la rate diminue peu, et pas plus que ne le comportent les altérations de texture dont il vient d'être fait mention.

Dans quelques-uns des cas précédents, où la rate était récemment malade, la diminution a été si complète et si rapide que l'on n'a eu que deux ou trois doses de sel à administrer; mais, le 18 novembre 1851, il y eut à la Clinique (salle Saint-Charles, n° 24) un fait remarquable : une rate énorme était malade depuis un an chez un individu qui avait séjourné en Sologne; en moins d'un quart d'heure, sous l'influence successive du sel marin et de la quinine dissoute dans l'alcool, l'organe splénique reprit son état normal.

6° Ici M. le rapporteur combat l'opinion de ceux qui ont voulu expliquer la diminution du volume de la rate par un développement de gaz dans l'estomac, montre que l'ingestion de substances gazeuses, telles que l'eau de Seltz, etc., ne modifie nullement la matité de la rate, et continue :

Il m'est arrivé peut-être cent fois, devant un auditoire composé de personnes qui savaient tenir un plessimètre et percuter, de rechercher si, à la suite de l'ingestion de l'eau, de la salicine, du café, du houx ou de toute autre substance réputée fébrifuge, la rate diminuait brusquement de volume, et jamais nous n'avons constaté un tel fait.

« 7° Le sel marin exerce-t-il sur la rate une action aussi prompte » ou plus rapide que les préparations de quinine? »

Dès la trentième ou quarantième seconde à partir de l'ingestion du chlorure de sodium, on observe une diminution marquée dans la dimension de la circonférence splénique, et c'est particulièrement en haut qu'on la constate; elle est alors de quelques millimètres. Ce décroissement continue dans les trois ou quatre minutes suivantes; de sorte qu'en cinq minutes la diminution est portée à son maximum, et que tout décroissement ultérieur, quand il s'opère, est très lent.

Ce sont là à peu près les mêmes faits que l'on constate alors que l'on fait prendre en une seule dose 1 gramme de quinine dissous dans l'alcool étendu d'une quantité d'eau siffisante pour que cette dissolution s'opère, et qui ne soit pas en assez grande proportion pour que la quinine se précipite.

Le sulfate de cet alcaloïde végétal agit avec plus de lenteur que l'alcoolé ou que le sel marin. Il faut que deux ou trois minutes se passent avant que le premier retrait de la rate soit bien appréciable; et ce n'est qu'après sept ou huit minutes que l'on obtient ce maximum de la diminution de l'organe splénique.

« 8° Quel est le résultat, sur la rate malade, de l'action combi- » née du sel marin et des préparations de quinine? »

Dans un assez grand nombre de cas (Obs. 21, 22, 23), on voit qu'après plusieurs doses de sel marin administrées en quelques jours, la rate, qui d'abord avait considérablement diminué de volume, ne plus décroître ensuite à chaque prise que beaucoup moins, et, par exemple, de quelques millimètres seulement. Il arrive même qu'elle ne diminue un peu alors que pour reprendre ensuite et lentement le volume qu'elle présentait avant la dernière ingestion du sel.

Si alors on donne 1 gramme de quinine dissoute dans l'alcool, il survient dans la rate une nouvelle diminution de volume, quelquefois portée à 2 ou 3 centimètres.

Indépendamment des observations 24, 26, 27, qui viennent d'être citées dans ce travail, il y a eu tout récemment, à la salle Saint-Charles, n° 24, un fait de ce genre des plus remarquables.

Le sulfate de quinine ne diminue pas toujours la rate; parfois la spléno-mégalie et la fièvre, malgré l'administration de ce médicament, persistent; alors, dans quelques cas fort rares, le sel marin a parfois réussi à faire diminuer la rate et cesser la fièvre. (Obs. 19.)

Dans un assez grand nombre de faits, le sel marin, donné exclusivement, a ramené en peu de jours la rate à ses dimensions normales. (Obs. 4, 5, 6.)

Dans quelques autres, soit que les malades aient mal supporté le chlorure de sodium, qui cependant avait diminué l'organe splénique, soit que le goût très désagréable qu'offrait ce médicament les eût conduits à le refuser absolument, soit enfin que la rate fût restée encore volumineuse, bien que l'on eût pendant longtemps administré du sel marin, il a fallu pour guérir avoir recours à une ou plusieurs doses de quinine rendue soluble par l'acide sulfurique ou l'alcool.

« 9° Mais ces diminutions de volume observées dans les cas » précédents ne seraient-elles pas survenues de la même façon, » si l'on n'eût employé ni sel marin, ni sulfate de quinine? »

La réponse à cette question se déduit de quelques centaines de faits et de plusieurs de nos observations, dans lesquelles on abandonne plusieurs jours à elle-même et sans traitement aucun des rates volumineuses. L'organe splénique conserve dans ce cas le même volume, qui ne décroît que sous l'influence d'un traitement par le sel marin ou par la quinine.

« 10° La complication d'hydropéritonie et de spléno-mégalie » s'oppose-t-elle à l'emploi du sel marin? Voit-on l'hydropisie se » dissiper sous l'influence de la diminution du volume splénique » déterminée par le chlorure de sodium aussi bien qu'à la suite de » celle qui résulte de l'emploi de la quinine rendue soluble? »

L'observation 17, ainsi qu'une autre non recueillie en ville, prouve que l'effet est dans les deux cas absolument le même. Je crois avoir le premier démontré que certaines hydropéritonies, reconnaissant pour cause une spléno-mégalie, guérissent promptement lorsque l'on fait dissiper la tuméfaction splénique.

11° Dans des cas de spléno-mégalie accompagnée de symptômes analogues à ceux que l'on observe au début des fièvres graves, et lorsqu'il y a tout lieu de penser qu'il existe une affection des plaques de Peyer (iléo-spilosie) et une modification du sang par les agents putrides (septicémie-septiosémie), on voit sous l'influence du sel marin la rate diminuer tout aussi promptement et tout aussi complètement que si la tuméfaction de cet organe était simple; la fièvre rémittente des auteurs cesse alors, mais leur fièvre continue persiste. Il s'est même trouvé plus d'un cas où d'abord l'on croyait à l'existence de ce que l'on appelle fièvre typhoïde accompagnée d'une intumescence de la rate. On traitait ce que l'on voyait; on donnait du sel pour remédier à la splénopathie. Celle-ci se dissipait, et la prétendue fièvre typhoïde ne se développait pas.

12° Il résulte manifestement de ce qui précède que le sel marin administré, comme cela a lieu dans les observations précédentes, à la dose de 10 à 30 grammes, détermine une diminution considérable dans le volume de la rate; que même à l'état normal il en arrive ainsi; que, par conséquent, ce n'est pas sur une maladie ou sur une cause cachée de maladie, mais bien sur l'organe splénique que s'exerce l'action de ce médicament; que l'effet dont il s'agit est très rapidement obtenu; qu'il est aussi prompt que celui de la quinine dissoute dans l'alcool, et qu'il semble même se prolonger quelquefois davantage.

13° Il est évident encore, d'après le plus grand nombre de nos observations, qu'une diminution primitivement obtenue persiste, en général, indéfiniment. Il faut ajouter qu'elle a lieu alors même que la plus grande partie du sel marin, après quatre, cinq ou six minutes d'ingestion est rejetée par le vomissement : nouvelle preuve encore de la rapidité avec laquelle ce médicament agit.

14° Introduit dans le rectum alors que les malades ne peuvent le supporter autrement, le chlorure de sodium produit encore, ainsi qu'il en arrive pour le sulfate de quinine dissous dans la dissolution d'acide sulfurique (avec un léger excès d'acide), une diminution prompte dans le volume de la rate.

15° Ce décroissement a lieu pour le sel ainsi que pour la quinine, seulement dans les cas où la rate normale, ou bien hypérémiée, ou malade encore de quelque façon que ce soit, a conservé sa texture primitive. Un cancer, des tubercules, une induration fibreuse ou cartilagineuse, une métamorphose quelconque, ne diminuent pas plus sous l'influence de chlorure de sodium dans une rate malade que dans toute autre partie de l'organisme.

16° Dans nos observations, les doses auxquelles le sel marin a été donné ont en général varié de 10 à 30 grammes; je ne pourrais dire d'une manière positive et absolue si la rate décroît davantage et plus vite alors qu'on administre la première proportion ou quand on donne la seconde; il est certain cependant que, le plus souvent, on voit une forte dose de ce médicament agir plus énergiquement qu'une dose faible.

17° Dans le plus grand nombre des cas, le sel marin est assez mal supporté; administré par la bouche, il reste dans l'estomac pendant quelques minutes, durant un quart d'heure, et trop souvent il est alors rejeté par le vomissement. Ce temps de séjour dans l'angibrome suffit le plus souvent, comme je l'ai dit, pour que son action atrophiante sur la rate se soit exercée; c'est cependant là, il faut le dire, un très grave inconvénient à reprocher à l'emploi du chlorure de sodium. Pour l'éviter, j'ai eu recours à un grand nombre de moyens : j'ai fait prendre le sel dans des bouillons de bœuf, dans des potions diverses, dans des boissons aromatisées de différentes manières, et je n'ai point obtenu la tolérance de l'estomac que je cherchais.

Le goût du chlorure de sodium à haute dose est très désagréable; les malades se refusent souvent à son administration et préfèrent de beaucoup la saveur du sulfate de quinine.

De tous les véhicules, celui qui m'a le mieux réussi pour l'administration du sel marin est le bouillon à l'oseille dans une tasse duquel je faisais dissoudre 10, 20 ou 30 grammes de sel marin, et que je faisais avaler d'un seul coup.

18° Administré en lavement, le chlorure de sodium excite souvent d'une manière assez prompte les contractions du rectum, et est ainsi rejeté en dehors; quelquefois cependant, de cette façon, il est conservé; il séjourne, en général, assez dans l'intestin pour qu'une action manifeste ait lieu sur la rate, et ici elle est presque aussi prompte que dans les cas où le médicament est porté dans l'estomac.

19° Dans les observations qui font l'objet de ce travail, je n'ai pas vu que le sel marin causât d'accidents aigus du côté du tube digestif; tout au plus s'est-il déclaré quelquefois, à la suite de son administration, une légère entéronrrhée ou diarrhée, qui persistait seulement pendant le temps que le chlorure de sodium mettait à traverser l'angibrome. Jamais je n'ai observé, dans de tels cas, de phénomènes dits phlegmasiques, et que l'on pût rapporter à la gastrite ou à l'entérite. Bien plus, dans plusieurs observations de fièvres graves, dans lesquelles la maladie des plaques de Peyer ou iléo-spilosie était le caractère principal, je n'ai pas vu que l'usage du chlorure de sodium, qui faisait dissiper la spléno-mégalie concomitante, fût le moins du monde exaspéré par le chlorure de sodium.

Action du sel marin sur les accès fébriles.

M. Scelle-Montdézert a le premier, du moins à ma connaissance, bien constaté l'action du sel marin sur les fièvres d'accès.

Les membres de la commission de la Société médicale du 1er arrondissement ont constaté que, sur huit cas bien tranchés de fièvres intermittentes dont la moitié provenait d'Afrique, il y a eu six guérisons par la seule administration du chlorure de sodium; qu'une des fièvres d'accès, qui a résisté à ce traitement, a cédé au sulfate de quinine; qu'une autre, enfin, a complétement résisté à cette médication.

Dans les observations jointes à ce travail, dans celles plus nombreuses qui n'ont pas été recueillies, il est arrivé que, dans la très grande majorité des cas, les accès qui avaient continué jusqu'au moment où le chlorure de sodium a été administré se sont, immédiatement après son ingestion, calmés, éloignés, ou qu'ils ont même entièrement cessé d'avoir lieu. L'influence heureuse que ce médicament avait sur la fièvre correspondait très exactement à celle que le sel marin exerçait sur le volume et sur l'état de la rate.

Parfois il nous a paru utile, pour guérir plus tôt des accès de fièvre, de combiner à la fois et l'emploi du sel et l'usage de la quinine. Je n'ai pas vu le chlorure de sodium réussir dans les fièvres intermittentes, conséquences non d'une spléno-mégalie, mais de névralgies intercostales à gauche ou de splénalgie; il est vrai que je ne l'ai peut-être pas assez employé dans de pareils cas pour pouvoir établir sur son action, dans de telles circonstances, un jugement positif. Il en est ainsi des fièvres d'accès liées à une affection du rein gauche et des voies urinaires.

L'action du sel marin sur la rate et les fièvres d'accès peut-elle jeter quelque lumière sur la pathogénie des fièvres intermittentes?

C'est principalement la thérapeutique qui démontre que la rate est le point de départ des accès fébriles. Tous les arguments tirés des effets de la quinine sur l'organe splénique et sur les fièvres se retrouvent à propos des résultats du sel marin dans les mêmes cas.

Puisque la rate décroît, dans l'état de santé, sous l'influence du sel et de la quinine, il est évident que ce n'est pas en agissant alors sur une fièvre qui n'existe pas que cet effet organique est produit.

Quand on ne peut remédier à l'état morbide de la rate, soit au moyen du sel, soit par la quinine, alors la fièvre dure et le con-

traire a lieu dans une circonstance opposée, etc.; donc c'est la lésion splénique qui entretient la fièvre.

Qu'on ne revienne pas encore sur cet argument usé, que l'on voit des rates depuis très longtemps volumineuses, sans qu'il existe actuellement d'accès fébriles. Invoquer de telles raisons, c'est méconnaître ce grand fait physiologique et très général, qu'un organe étant chroniquement malade, étant profondément modifié dans son tissu, étant même métamorphosé, ayant éprouvé des altérations dans sa trame nerveuse, ne donne plus lieu aux mêmes symptômes qu'il présentait à l'état aigu. Un œil dont la rétine est lentement détruite ne voit plus.

Avantages et inconvénients du sel marin dans les fièvres d'accès. Quels sont les cas où il paraît convenable d'employer ce médicament?

1° *Avantages.* — Le sel marin est très commun, tandis que la quinine est rare. Il n'est pas dangereux comme l'arsenic. On le trouve partout. Son mode de préparation est simple et des plus faciles; c'est le médicament à bon marché par excellence, tandis que la quinine est fort chère, et que l'on est, dit-on, exposé à en voir le prix encore augmenter.

Le chlorure de sodium n'exerce pas sur le système nerveux une action toxique, ainsi qu'il en arrive pour la quinine donnée à haute dose. Sans doute cette action n'a rien de grave, mais enfin il est bon de l'éviter.

2° *Inconvénients.* — Le goût du sel marin est insupportable. Les malades préfèrent de beaucoup l'usage de la quinine, substance qui présente un volume bien moins considérable.

Le dégoût qu'éprouvent certains individus pour l'usage du chlorure de sodium est tel, qu'ils se refusent entièrement à en faire usage, et qu'ils aiment mieux sortir de l'hôpital que d'en prendre.

Le grand volume qu'offrent 20 ou 30 grammes ou même 10 grammes de sel marin s'oppose à ce que l'on puisse le donner en pilules; d'ailleurs, administré ainsi rapproché ou sous la forme d'une dissolution très concentrée, peut-être exercerait-il sur l'estomac ou sur l'intestin une action toxique d'où résulte une inflammation, au moins momentanée, du tube digestif.

Une faible proportion de ce médicament, telle que 5 grammes, ne suffirait pas pour obtenir l'effet atrophiant de la rate que l'on désire obtenir et qui seul est une preuve matérielle de la guérison de la fièvre, et, encore une fois, des proportions considérables de sel prises par la bouche peuvent avoir quelques inconvénients.

Rarement, enfin, le sel marin est facilement supporté par le rectum; tandis que le sulfate de quinine, rendu même très soluble par un léger excès d'acide sulfurique, séjourne pendant un certain temps dans l'intestin sans qu'il en résulte d'accidents.

D'après ce qui précède, les cas dans lesquels il faut employer le sel marin sont les suivants :

1° Quand on n'a pas de sulfate ou d'alcoolé de quinine sous la main, ou lorsque l'état de fortune du malade ne lui permet pas d'avoir recours aux sels de quinine;

2° Quand les malades sont très irritables et lorsque la quinine soluble donnée à hautes doses donne lieu à des phénomènes toxiques (bourdonnements d'oreilles, troubles de la vision, hallucinations, démarche vacillante, etc.) plus prononcés que cela n'a lieu chez le plus grand nombre des hommes;

3° Quand les fébricitants se refusent à l'emploi de la quinine;

4° Quand on a employé plus ou moins longtemps et avec peu de succès les préparations de quinine, et alors surtout que les sels de quinquina ne provoquent plus, après un certain temps, la diminution de la rate;

5° Quand l'on veut brusquement obtenir le décroissement de ce viscère et qu'en conséquence on veut combiner l'action de la quinine avec celle du sel marin;

6° L'administration du chlorure de sodium peut être d'une extrême utilité dans le plus grand nombre des cas simples et quand on peut sans faire courir de risques aux malades attendre quelques jours sans employer la quinine à de hautes doses.

Mais dans les circonstances et dans les pays où l'on a à redouter des accidents pernicieux, il ne faut pas s'en tenir à l'emploi du sel marin, mais avoir recours au moins en même temps que le sel à l'usage des préparations de quinine données à de très hautes doses.

7° Dans les hôpitaux civils et militaires, dans les établissements de bienfaisance et de secours à domicile, dans les armées, et notamment en Algérie; dans les pays pauvres, tels que la Sologne et la Bresse; dans les lieux, enfin, où les splénopathies sont endémiques et aussi fréquentes que sujettes à récidives, l'emploi du sel marin peut être d'une immense utilité; il peut diminuer considérablement les frais du traitement des fièvres d'accès et permettre d'appliquer à d'autres genres de secours les dépenses considérables auxquelles conduit l'emploi de la quinine sulfatée ou alcoolisée.

8° Tout porte à croire qu'il y a des nuances à établir entre le mode d'action du sulfate de quinine et celui du sel marin; plus tard il pourra arriver que l'on distinguera nettement les cas dans lesquels le chlorure de sodium doit être préféré aux sels de quinine, et réciproquement. Jusqu'à présent on l'ignore d'une manière complète. Quel est le mode d'action du sel marin et de la quinine sur la rate? Bien des raisons me portent à croire que l'un et l'autre agissent soit sur l'enveloppe, soit sur le tissu fibreux de cet organe.

9° Au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie, les faits qui précèdent ont une immense portée. Il serait difficile de persuader aux personnes qui habitent des localités où les fièvres intermittentes sont endémiques de faire, comme préservation, usage du sulfate de quinine, et peut-être ne parviendrait-on pas en l'employant à se préserver des résultats toxiques de l'action des miasmes paludéens auxquels j'ai cru devoir donner le nom d'*eliose* (ελος, marais : ιος, virus ou miasme); mais il n'en est pas ainsi de l'emploi du sel. Les habitants d'une contrée marécageuse, une armée cantonnée dans de tels pays, peuvent faire entrer aisément dans leur régime journalier une proportion de chlorure de sodium dépassant de quelques grammes la proportion de cette substance qui entre ordinairement dans le régime. Il arriverait qu'à des doses modérées, le chlorure de sodium porterait sur la rate une action plus ou moins analogue à celle que des quantités plus considérables exercent à l'état normal ou malade sur cet organe ou sur cette affection.

Après avoir fait remarquer que les observations de fièvres intermittentes traitées par le quinquina laissent beaucoup à désirer, particulièrement sous le rapport des récidives, M. le rapporteur continue :

Dans nos observations, il en est un grand nombre au contraire où l'on a donné le sel marin, et dans lesquelles on a suivi assez les malades pour ne pas craindre de rechutes. Un des plus grands avantages du chlorure de sodium sera peut-être de remplacer l'arsenic, considéré comme succédané du quinquina; car, fût-il vrai que ce terrible poison à faible dose fût tout à fait innocent, il tuerait à coup sûr les malades, s'il arrivait, par suite de quelque erreur de prescription ou d'exécution de formules, qu'on en donnât une quantité trop considérable.

CONCLUSIONS.

D'après ce qui précède, on peut conclure :

1° Que le sel marin donné à la dose de 10 à 30 grammes dans 100 à 150 grammes de véhicules (café Scelle-Montdezert, bouillon à l'oseille, etc.), diminue en général la rate d'une façon très rapide, et que, dans le plus grand nombre des cas, il prévient le retour des accès fébriles;

2° Qu'il agit avec la même énergie sur la rate que la quinine soluble;

3° Qu'il est un remarquable succédané du quinquina;

4° Que son peu de prix, la facilité avec laquelle on peut se le procurer en font un médicament bien précieux pour le médecin des pauvres;

5° Qu'il peut être employé conjointement avec le sulfate ou l'alcoolé de quinine, et que, dans les cas où l'un de ces moyens de traitement échoue, on peut avoir utilement recours aux autres;

6° Que de la combinaison de l'emploi du sel à de hautes doses et de l'alcoolé de quinine administré à de hautes proportions résulte quelquefois un effet tel sur la rate que cet organe éprouve très promptement un retrait considérable;

7° Que l'on ne pourrait encore préciser tous les cas où les préparations de quinine devraient être préférées au sel marin et réciproquement, mais qu'il en est déjà où il semble que l'on doit employer l'un plutôt que l'autre;

8° Enfin, qu'au point de vue du prophylaxisme et de l'hygiène publique l'emploi du sel marin dans les pays marécageux serait peut-être d'une grande utilité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 janvier 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Analogies du membre supérieur et du membre inférieur.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire présente, au nom de M. le docteur Adolphe Richard, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, un mémoire ayant pour titre : *Essai sur l'anatomie philosophique et l'interprétation de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.*

L'auteur essaie de montrer toute l'importance que peut offrir l'étude, trop négligée en France, des anomalies des muscles. Il en a recueilli un très grand nombre sur l'homme. Déjà Meckel a fait voir que souvent les anomalies des muscles les rapprochent des dispositions normales chez les animaux, et que, dans la même espèce, chez l'homme, par exemple, elles conduisent à des rapports analogiques entre les deux paires de membres. Partout l'auteur a trouvé une confirmation de cette idée de Meckel.

Mais l'objet du mémoire est un point tout nouveau, bien que conséquent avec la loi de Meckel.

Choisissant une région restreinte du corps humain, le membre thoracique, l'auteur montre que, si l'on compare celui-ci à l'abdominal, il est des muscles qui existent à la cuisse, à la jambe, au pied, et qui manquent totalement au bras, à l'avant-bras, à la main.

Eh bien! ces muscles, négligés dans le type normal du membre thoracique, y apparaissent de temps en temps de toutes pièces, souvent avec le développement en tout proportionné du membre homologue, d'autres fois à l'état rudimentaire.

Ces muscles anormaux, véritables *espèces tératologiques*, fixes et invariables dans leurs caractères fondamentaux, sont décrits par l'auteur au nombre de quatre.

M. Adolphe Richard, voulant caractériser ceux qu'il a jusqu'ici découverts, les nomme :

Muscle *tibial postérieur de l'avant-bras;*
Muscle *pédieux de la main;*
Muscle *grand fémur adducteur du bras;*
Enfin, *rotulien du coude.*

Il en doit exister d'autres, qu'une étude persévérante découvrira à coup sûr au membre thoracique comme à l'abdominal; c'est un champ nouveau ouvert aux investigations anatomiques.

L'auteur termine en montrant que le résultat de ses recherches est une confirmation des lois de la philosophie anatomique, auxquelles est attaché le glorieux nom des Geoffroy Saint-Hilaire.

Anatomie comparée du cerveau.

M. Geoffroy Saint-Hilaire présente encore, au nom de M. Dareste, professeur à la Faculté de Rennes, un mémoire sur l'étude comparée des circonvolutions cérébrales.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — MM. Béclard et Bouchardat ont fait aujourd'hui une leçon, après trois heures de préparation, sur la question suivante : *De l'influence des poussières.*

— La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau pour l'année 1852 (31e de sa fondation).

Ont été nommés :
Président, M. Melay;
Vice-président, M. Gressent;
Secrétaire du bureau, M. Grout;
Secrétaire de correspondance, M. Ballay;
Trésorier-archiviste, M. Rœbrig.

— *Erratum.* — A la dernière colonne de la dernière page, compte-rendu de la séance annuelle de l'Association des médecins de Paris, *au lieu de:* M. Adelon, *lisez:* M. Bérard.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leurs collections pour les faire relier peuvent les faire reprendre à notre bureau; elles y sont à leur disposition.

Le prix des années 1850 et 1851 reliées est de 20 fr. chacune. Les années antérieures coûtent 17 fr. 20 c. seulement.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Remarques sur le bec-de-lièvre. — DE GENÈVE (M. Rilliet). Mémoire sur l'invagination chez les enfants. — Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont. — Empoisonnement par une substance animale. — Balle de plomb introduite dans les voies aériennes, expulsée spontanément après un séjour de plus de quarante jours. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Remarques sur le bec-de-lièvre.

Le bec-de-lièvre est une maladie bien connue. Elle a été bien décrite, mais on trouve encore assez souvent dans les salles de malades quelque chose d'intéressant à dire. Ainsi nous avons dans notre service, salle Sainte-Vierge, n° 14, un malade qui nous offre certaines particularités assez curieuses.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, élevé à la campagne, d'une forte constitution, qui présente un bec-de-lièvre congénial, et qui est venu à Paris pour être débarrassé de cette difformité.

Ce bec-de-lièvre est simple, car il ne présente qu'une seule fente située sur la partie latérale gauche de la lèvre supérieure, et il n'y a aucune division de la voûte palatine, du voile du palais, etc. Cette fente ne remonte pas jusqu'au nez; mais elle n'est interrompue que par une bride transversale peu épaisse, plus mince que les autres portions de la lèvre. Au-dessus de cette bride, il existe une autre division des tissus, et si l'on examine l'état des parties à l'intérieur, en relevant la lèvre supérieure, on voit que de ce côté la séparation ne s'arrête pas, comme en avant, à la bride, mais que l'on arrive, en passant sous cette bride, jusque dans la narine gauche. L'on dirait que le bec-de-lièvre a été opéré dans l'enfance, que la guérison a été imparfaite, que la réunion ne s'est faite qu'en un point, et qu'il s'est formé en cet endroit comme un pont allant d'un bord de la plaie à l'autre.

Voilà, messieurs, ce qu'il y a d'intéressant chez ce malade. Il faut prendre garde à cette bride dans le traitement de cette affection. Car si l'on ne cherchait que la réunion des deux portions de la lèvre supérieure situées au-dessous de ce pont, qu'arriverait-il? Cette bride étant plus mince que le reste de la lèvre, il y aurait en cet endroit une dépression, une petite rigole; il y aurait toujours au-dessus de cette bride, à l'entrée de la narine, une division des tissus; enfin, il y aurait encore communication entre les narines et le vestibule de la bouche, par-dessus le pont qui existe là. Pour parer à ces inconvénients, nous inciserons cette bride, nous nous conduirons comme si la fente remontait jusqu'à la narine.

Remarquez encore, messieurs, la saillie en avant des incisives; remarquez l'aplatissement de la narine. Ces difformités tiennent, vous le savez, au bec-de-lièvre. Je n'y insiste pas, je ne fais que les signaler en passant.

Nous allons procéder à cette opération. Un mot sur le procédé opératoire.

A la suite d'une opération du bec-de-lièvre, lorsque la réunion s'est faite, il reste, vous avez pu le constater sans doute, quand on n'avait pris aucune précaution, il reste, dis-je, une petite difformité, une petite rigole le long de la cicatrice, et à la partie inférieure de cette même cicatrice une petite encoche.

C'est pour rendre l'opération plus régulière que M. Husson fils proposait de faire les incisions semi-elliptiques, de façon que les plaies se regardassent par leur concavité. C'est dans le même but que d'autres chirurgiens ont cru préférable de détacher un petit lambeau de chaque lèvre et de l'abaisser. C'est ici que paraissent les procédés de MM. Clément (de Rochefort), Roux, Malgaigne, et les autres modifications de M. Mirault (d'Angers), qui prenait un lambeau à la face interne de la lèvre, de M. Diday et de plusieurs autres.

Un point important, c'est de ne pas perdre de vue que les bords du bec-de-lièvre sont plus mous que le reste de la lèvre, et comme fongueux. Le plus souvent on se borne à aviver les surfaces et à les affronter. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'on n'a point coupé assez de tissus, et l'on a une portion de la lèvre qui aura moins d'épaisseur. J'aurai donc soin de faire une excision assez considérable dans la partie la plus épaisse de la lèvre. Pour éviter l'encoche, voici comment je dirigerai mes incisions : j'en ferai quatre, deux pour le rebord externe, deux pour le rebord interne. Pour le rebord externe, la première ira de bas en haut et de dedans en dehors; la seconde, partant de la première, ira jusqu'à la narine de bas en haut, de dehors en dedans. Pour le rebord interne, la première ira de bas en haut et de dehors en dedans; la seconde, partant de la première, de bas en haut, de dedans en dehors. J'aurai ainsi deux V qui se regarderont par leur sinus, et je réunirai par une suture entortillée. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que la bride qui existe sera comprise dans l'excision.

L'opération fu[illegible] trois épingles passées, et l'on fit une suture entort[illegible] Le [illegible]sultat fut très satisfaisant.

Aujourd'hui [illegible] la cicatrisation s'annonce parfaitement bonne.

HOPITAL DE GENÈVE.

Mémoire sur l'invagination chez les enfants.

Par le Dr RILLIET, médecin en chef.

On peut observer chez les enfants différentes espèces d'étranglement interne; mais la plus fréquente de toutes est sans contredit l'invagination. Bien qu'il soit de notoriété scientifique que cette maladie est surtout l'apanage de l'enfance, elle n'a guère attiré l'attention des médecins qui s'occupent d'une manière spéciale des maladies du jeune âge. Nous n'avons trouvé soit dans les traités généraux, soit dans les collections de mémoires sur les maladies des enfants, soit dans les journaux de médecine, aucune monographie complète sur l'invagination.

Nous ne pouvons pas en effet donner ce nom aux quelques mots que contient le traité de Billard, ou à des notes publiées par les docteurs Jahn Dopp et Burns, et reproduites dans les *Analekten über Kinder Krankheiten.*

Le travail du docteur Gorham, quoique très succinct, mérite une mention particulière, et nous aurons plus d'une fois occasion de le citer. Ce médecin a touché en quelques lignes les points les plus importants de l'histoire de l'invagination; savoir : sa fréquence dans le cours de la première année, son siége dans le gros intestin, l'importance de l'hémorrhagie intestinale pour le diagnostic, l'utilité de l'insufflation pour le traitement.

Si la science est pauvre en monographies, elle ne l'est pas en observations; nous en avons rassemblé un assez grand nombre extraites spécialement des journaux anglais et allemands. C'est avec ces faits, que nous regrettons de n'avoir pas trouvés plus complets, et avec ceux recueillis par nous ou qui nous ont été communiqués par nos confrères que nous avons composé ce mémoire (1).

Nous avons divisé nos malades en deux séries, dont l'une correspond à la première enfance, et contient presque exclusivement des enfants âgés de quatre à dix mois, et l'autre à la seconde enfance, et comprend les enfants âgés de cinq à quinze ans. Tous les sujets de la première série avaient une invagination du gros intestin, et la plupart de ceux de la seconde une invagination de l'intestin grêle.

La symptomatologie et la marche de la maladie ont été assez généralement différentes dans ces deux groupes pour légitimer cette séparation : un seul malade de la première série ayant offert les mêmes symptômes que ceux de la seconde, et tous ceux de la seconde série ayant présenté des symptômes très différents de ceux de la première.

ARTICLE Ier. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siége. — La statistique purement anatomique de l'invagination diffère complétement de la statistique nosologique. Sur mille cadavres d'enfants de tous les âges on rencontrera une proportion assez considérable d'invaginations de l'intestin grêle, et peut-être pas une seule du gros intestin. A l'hôpital des Enfants, de Paris, sur plus de cinq cents autopsies d'enfants âgés de deux à quinze ans, nous n'avons, M. Barthez et moi, observé aucun exemple d'invagination du gros intestin, tandis que l'invagination des intestins grêles sans symptômes a été assez fréquente. Les mêmes remarques ont été faites à l'hôpital des Enfants-Trouvés. C'est qu'en effet il existe deux espèces bien distinctes d'invagination : l'une, qui se produit au moment de l'agonie, est presque toujours multiple, et occupe l'intestin grêle; l'autre, qui débute longtemps avant la mort, est unique et occupe ordinairement le gros intestin. Les détails anatomiques qui vont suivre se rapportent presque exclusivement à l'invagination du gros intestin dans la première enfance.

Les caractères anatomiques de cette maladie offrent à cet âge une telle identité, que l'on pourrait aisément généraliser d'après une seule observation. Le plus ordinairement, lorsqu'on ouvre l'abdomen, on voit les circonvolutions de l'intestin grêle distendues par des matières liquides et par des gaz et occupant toute la cavité abdominale. En allant à la recherche du gros intestin, on trouve qu'il a changé de place, de forme et de longueur. L'arc de cercle décrit du cœcum à l'S iliaque du colon a disparu, et l'intestin grêle semble s'engouffrer directement dans le rectum ou dans la fin du colon, qui, placé au côté gauche de la colonne vertébrale ou obliquement dirigé de droite à gauche, plonge ensuite dans le bassin pour se continuer avec le rectum et aboutir à l'anus. L'intestin ainsi condensé présente à sa partie supérieure de gros plis circulaires arrondis, qui lui donnent une apparence poreuse; il ressemble (qu'on nous passe la vulgarité de la comparaison), à une saucisse ou à un godiveau; au toucher il est pâteux, sa consistance est celle de l'intestin rempli par des matières demi-solides. La teinte d'un rouge noir et la distension de la partie invaginée contrastent avec la pâleur et l'affaissement des portions sous-jacentes. En exerçant une traction sur le bout supérieur de l'intestin, ou, mieux encore, en refoulant de bas en haut la masse invaginée, on fait cheminer un corps étranger qui n'est autre que l'intestin invaginé. On le déplisse très aisément, si aisément même, que l'on se prend à regretter de n'avoir pas essayé pendant la vie, au moyen d'un procédé mécanique ou même d'une opération chirurgicale, une extraction que l'on exécute si facilement après la mort. La membrane séreuse d'une partie ou de la totalité de l'intestin invaginé est d'un rouge noir. La membrane muqueuse est dans un état qui participe à la fois de l'inflammation et de la congestion. Elle est tapissée de matières noires mélangées de sang et de mucus. Elle-même est inégale, grenue, molle, infiltrée de sang, quelquefois tapissée de fausses membranes grisâtres. Les parois intestinales sont épaissies; nous les avons vues avoir dans le cœcum près d'une ligne d'épaisseur.

En les malaxant pendant longtemps, on diminue notablement leur turgescence. Cette altération des parois intestinales est très exactement limitée à la totalité ou à une portion de l'intestin invaginé.

Dans une observation qui nous a été communiquée par M. Pélissier, l'invagination existait dans le colon transverse, qui était réduit au tiers de sa longueur, les deux premiers tiers étant invaginés dans le troisième. L'intussusception, qu'il était très facile de retirer, offrait un bourrelet annulaire de 8 à 9 lignes de largeur, complétement noir, comme gangrené; mais, en l'examinant de plus près, on trouva la consistance du bourrelet normale; la couleur noire provenait d'une infiltration de sang dans toute l'épaisseur de l'intestin. Quand la maladie s'est prolongée, les lésions sont plus considérables et indiquent que l'élimination est sur le point de se faire. L'on peut alors observer une véritable gangrène de l'intestin. Ainsi, dans l'observation qui appartient au docteur Marwick, « le cœcum et la totalité du colon étaient invaginés dans la portion sygmoïde de ce dernier intestin. Le rectum était fortement rétréci, et contrastait avec la tuméfaction de l'intestin situé au-dessus. En détachant les adhérences, on reconnut que la portion invaginée, formée du cœcum, du colon, et peut-être d'une partie de l'intestin grêle, n'avait plus que 3 pouces de long, et était complétement gangrenée, tandis que la lumière était entièrement oblitérée par de nombreuses masses rouges ressemblant à des caillots organisés. »

Les parties supérieures ou sous-jacentes aux portions étranglées sont, en général, saines. Cependant, le docteur Cunningham a noté, chez un malade, que l'intestin était généralement enflammé; et le docteur Clarke, que l'estomac avait subi un ramollissement gélatiniforme.

La grande fréquence de l'invagination du gros intestin dans la première enfance et la facilité de son déplacement en masse s'expliquent parce que les adhérences du cœcum à la fosse iliaque sont beaucoup plus circonscrites et moins intimes chez les très jeunes enfants que dans la seconde enfance ou dans l'âge adulte.

Plus les enfants sont jeunes, plus le gros intestin ressemble à l'intestin grêle, non-seulement par sa disposition flottante, mais aussi par sa structure. On n'observe pas, en particulier dans le cœcum, ces bosselures qui indiquent un développement considérable de la tunique musculaire, et partant une plus grande facilité de résistance à la pénétration de l'intestin au travers de la valvule.

Le peu de résistance musculaire favorise donc l'invagination, et la laxité de l'intestin son déplacement en masse.

---

(1) NOTE BIBLIOGRAPHIQUE. — OUVRAGES CONSULTÉS ET OBSERVATIONS ANALYSÉES.

A. OUVRAGES. — Dr F. JAHN. Bemerkungen über einige Kinderkrankheiten. (Dans Analecten über Kinderkrankheiten, Heft, VII, s. 125.)

BURNS. Ueber das Erbrechen und die Durchfalle der Kinder. (Même recueil, Heft III, s. 39.)

DOEPP. Bemerkungen über einige Krankheiten der Saüglinge. (Même recueil, Heft III, s. 163.)

MITTCHELL. The Lancet (n° janvier à mars 1838). Extr. dans Gaz. méd. de Paris, 1838, p. 218.

GORHAM. Guy's Hospital reports, n° 7, octobre 1838. (Extrait dans le journal de C Canstatt; Jahresbericht, über die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Landern; par Cohen, 1842, p. 50-51.) — Nous n'avons pas pu consulter ce mémoire dans l'original.

THOMSON. Abstract. of cases in which a portion of the cylinder of the intestinal canal comprising all itz coats has been discharged by stool, whithout the continuity of the canal being destroyed. By Dr William Thomson. The Edinburg medical and surgical journal, 1835, p. 296.

BILLARD. Traité des Maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle, 3e édit., 1837, p. 400.

MONNERET et FLEURY. Compendium de médecine pratique, t. V, p. 422.

De Laparatomia in volvulo necessaria (Dissertatio inauguralis) scripsit Theodor.-Carol.-Georg. Pfeiffer (8 mars 1843).

B. OBSERVATIONS. — OUVRAGES OU L'OBSERVATION EST CITÉE. — CLARKE. The Lancet, n° de janvier à mars 1838 (extrait dans Gaz. méd. de Paris, 1838, p. 213), 1 observation.

CUNNINGHAM. The London medical Gazette, n° de septembre et octobre (extrait dans Gaz. méd. de Paris, 1838, p. 777), 1 obs.

BURFORD. The Lancet, oct. 1841 (extrait dans le Journal de Canstatt, 1842, p. 50), 1 obs.

MARWICK. The Lancet, juillet 1846 (extrait dans Archives de médecine, t. XV, 1847, p. 255), 1 obs.

CARTER. The Lancet, 1849, 1 obs.

NISSEN. Kneschke summar, n° 34, 1842 (extrait dans Journal de Canstatt, 1843, p. 146), 2 obs.

PENTZLIN. Mecklenb. med. correspondentz blatt, 1842, n° 9 (extrait dans Journal de Canstatt, 1843, p. 147), 1 obs.

ABERCROMBIE. Dans la thèse de Pfeiffer, p. 42, 1 obs.

HARE, Journal für Kinderkrankheiten, 1849, p. 150, 1 obs.

THOMSON. Loc. cit, obs. III, XIV, XV, XVIII, XXVII, XXIX, XXXI, 7 obs.

RILLIET. Observations recueillies par nous, 4 obs.

PELISSIER. Observations qui nous ont été communiquées, 2 obs.

APPIA. Id., 1 obs.

COINDET. Id., 1 obs.

Mais, quel que soit l'âge, pour que l'invagination puisse se faire, il faut que l'extrémité inférieure de l'intestin grêle soit le fil conducteur du paquet invaginé. C'est, en effet, ce que l'observation démontre dans presque tous les cas.

Deuxième enfance. — Dans la seconde enfance, l'invagination occupe le plus ordinairement l'intestin grêle. Si les malades succombent avant l'élimination, les caractères anatomiques, à l'exception des différences qui résultent du siége, sont identiques à ceux que nous venons de décrire. Si la mort arrive après que les portions invaginées ont été expulsées, et si les enfants meurent, soit d'une maladie consécutive étrangère à l'invagination, soit d'un accident auquel l'intussusception prédispose, on constate ou bien le rétablissement de la continuité de l'intestin avec ou sans rétrécissement, ou bien une rupture de cet organe au niveau de la cicatrice.

ARTICLE II. — SYMPTÔMES.

Les symptômes principaux sont fournis par le système digestif.

Vomissements. — Première enfance. — Première période.

Ce symptôme est constant. Les deux ou trois premiers jours, les enfants rejettent tout ce qu'ils prennent, le lait de leur nourrice, les boissons en quelque petite quantité qu'on les leur donne, ils vomissent aussi spontanément des matières muqueuses ou bilieuses, presque jamais du sang. La maladie peut suivre tout son cours et se terminer par la guérison ou par la mort sans qu'ils aient vomi des matières stercorales.

Quand les vomissements fétides, verdâtres, mousseux, rappelant l'aspect des matières fécales, apparaissent, c'est à une période voisine de la mort, la veille ou l'avant-veille. Les vomissements ont, en général, lieu sans efforts; ils ressemblent plutôt à des régurgitations; ils sont quelquefois suivis d'un affaissement tel que l'on peut craindre que la mort ne soit la conséquence de l'épuisement des forces vitales. Le plus souvent ils persistent jusqu'à la terminaison fatale ou à la guérison; rarement ils s'arrêtent, sous l'influence du traitement, la veille ou l'avant-veille du dernier jour.

Seconde enfance. — Même symptôme, si ce n'est que les vomissements stercoraux semblent plus fréquents. Dans la seconde période, ils s'arrêtent au moment où le cours des matières se rétablit.

Selles. — Première enfance. — Première période.

A l'inverse de ce que l'on observe dans l'étranglement interne, la constipation est un symptôme tout à fait exceptionnel. Un seul enfant a eu une constipation opiniâtre pendant toute la durée de la maladie, et c'est précisément chez celui-que la maladie a eu la plus longue durée. Tous les autres ont eu des évacuations, et chez tous les selles contenaient une proportion plus ou moins grande de sang. Tantôt c'étaient de petites selles, de véritables *crachées* de mucosité, ou teintes de stries de sang, qui se répétaient quinze ou vingt fois par jour; tantôt les selles étaient plus liquides, rosées ou verdâtres, mais entourées d'une large auréole rouge très évidemment sanguine. D'autres fois, enfin, des évacuations offrant ces différents caractères alternaient avec des selles de sang pur, ou bien c'était du sang que les enfants rendaient en premier lieu sans mélange. La quantité du sang rendu a été quelquefois assez considérable pour que l'on ait cru à une hémorrhagie intestinale.

Le sang, dans la grande majorité des cas, apparaît dans les selles le premier jour; une fois, ce fut seulement le second; une autre fois, le troisième jour que l'hémorrhagie eut lieu; elle avait été précédée de constipation. Une seule fois, et c'était dans un cas où dès le début la perte de sang avait été considérable, l'hémorrhagie fut remplacée, à une époque assez éloignée du début, par l'écoulement d'un mélange de matières fécales et de détritus gangréneux d'une odeur très fétide.

Chez deux enfants qui guérirent, les selles sanguines eurent lieu le premier jour et furent remplacées par de la constipation. La plupart des auteurs qui ont publié des observations d'invagination ont insisté sur la fréquence et sur la valeur de ce symptôme; nous citerons en particulier les docteurs Gorham, Clarke, Cunningham, Niesseu, Marwick.

L'hémorrhagie intestinale a surtout de l'importance comme signe de l'invagination du gros intestin. En effet, le changement de direction de cet organe et la proximité à laquelle la partie invaginée se trouve placée de l'anus favorisent le rejet de l'excrétion sanguinolente. Celle-ci est évidemment le résultat de l'étranglement : une ligature produirait le même effet; on peut expliquer l'influence de l'âge sur la fréquence de ce symptôme par les causes qui rendent les transsudations sanguines de l'intestin plus faciles dans le cours de la première année qu'à toute autre époque de la vie, savoir : la richesse vasculaire du tube digestif, son activité fonctionnelle, la minceur de son épithélium.

Deuxième enfance. — Ici la constipation est la règle; s'il survient de la diarrhée, c'est presque toujours à l'époque où se fait le travail d'élimination de la partie invaginée et non au début. A cette époque, les enfants rendent des évacuations brunâtres ou noirâtres très fétides, contenant une plus ou moins grande quantité de sang, accompagnées ou suivies d'une portion plus ou moins considérable de l'intestin grêle ou du gros intestin.

Le travail d'élimination paraît dans la plupart des cas plus prompt dans la seconde enfance que dans l'âge adulte. En consultant le mémoire de Thomson, nous voyons que le plus ordinairement c'est au bout de trente jours que l'élimination a eu lieu; tandis que chez les enfants, dans cinq cas où l'on a tenu compte de l'instant écoulé entre le début et l'apparition des selles noires, fétides, quatre fois il ne s'est écoulé que cinq à huit jours, une seule fois trente jours.

Le véritable moment de la solution de la maladie est celui où apparaissent les selles brunes et noires, sanguines, fétides : ou le cours des matières se rétablit, ou les principaux symptômes disparaissent. L'intestin peut très bien n'être éliminé du corps que plus tard : ainsi dans une observation (nº 3) ce fut seulement au bout de dix jours, et à l'époque où l'enfant était convalescent, que l'on retrouva un fragment d'intestin dans une évacuation.

Etat du ventre. — Première enfance.

Nous venons de voir que la constipation est un symptôme tout à fait exceptionnel; il en est de même du ballonnement du ventre. Le fait n'a rien de bien étonnant, car dans l'invagination il n'y a pas d'ordinaire une interruption absolue au cours des gaz. Puisque les liquides intestinaux s'écoulent, les gaz peuvent aussi s'échapper; il nous a semblé d'ailleurs qu'ils étaient sécrétés en moins grande abondance que dans d'autres espèces d'étranglement.

En général, au début, le ventre est souple; il n'est ni développé, ni rétracté. On peut le palper sans occasionner de douleur. Il conserve quelquefois cette apparence pendant tout le cours de la maladie, d'autres fois il se distend surtout à un moment voisin de la terminaison fatale; mais on n'observe pas ces énormes ballonnements comme on en voit souvent dans l'étranglement interne chez l'adulte. Un autre symptôme que l'on a donné comme pathognomonique de l'intussusception, la tumeur abdominale, manque bien plus souvent qu'il n'existe, et, d'ailleurs, il est très rare de le constater au début. Une seule fois, chez un enfant de six mois, nous avons, dès le premier jour et même dès les premières heures, constaté une tumeur dans la région du colon transverse, à gauche et au-dessus de l'ombilic. Elle avait le volume d'une grosse noix; elle était mobile, donnait au toucher la sensation pâteuse d'un intestin rempli de matières demi-solides. La pression sur cette tumeur, pas plus que sur le reste du ventre, ne provoquait des cris aigus. La percussion était mate à son niveau, sonore ailleurs.

Le docteur Hissen a noté aussi, dans deux observations, la présence d'une tumeur abdominale à une époque voisine du début.

Dans d'autres cas, c'est peu avant la terminaison fatale que l'on a observé une tumeur dans les flancs droit ou gauche et au voisinage de la vessie. Cette tumeur avait la forme et le volume d'un boudin; elle était indolente, sauf dans les dernières heures, où elle devint douloureuse. Elle correspondait très exactement au paquet d'intestin invaginé.

La tumeur anale est bien plus rare encore que la tumeur abdominale. Dans une seule observation, qui appartient à Niessen, il a été fait mention d'une tumeur d'un pouce et demi de large, presque noire, couverte en partie par du sang foncé; cette tumeur disparaissait lorsque le ténesme cessait.

Dans aucune des observations que nous avons recueillies ou consultées, nous n'avons trouvé mentionné le symptôme auquel Dauce attache une grande valeur dans l'invagination de l'adulte; savoir : une dépression dans le point correspondant à l'intestin déplacé et un renflement dans la partie correspondante du côté opposé. Le docteur Gorham avait déjà noté l'absence de ce symptôme chez les jeunes enfants.

Nous avons dit que le ventre était, en général, indolent à la pression. Il est évident cependant que les enfants éprouvent des coliques spontanées; on les reconnaît aux cris aigus qu'ils poussent, et qui sont souvent suivis de petites selles mucoso-sanguines que nous avons décrites. Ce symptôme a de l'importance pour le diagnostic.

Deuxième enfance. — Mêmes symptômes, si ce n'est que le ballonnement est plus marqué; la tumeur n'est pas plus fréquente. Mais nous serons compris en disant que l'abdomen offre davantage l'apparence de la péritonite.

Autres symptômes digestifs. — Première enfance.

L'état de la langue, quand il a été noté, n'a rien offert de particulier. La soif manque le plus souvent; l'absence de ce symptôme, si caractéristique dans certains cas de ramollissement de l'estomac, est utile à mentionner pour le diagnostic.

Deuxième enfance. — La langue a été, dans quelques cas, notée sèche et brune, et la soif vive. Cet état était en rapport avec l'intensité de la fièvre.

Etat fébrile. — Première enfance.

Le docteur Gorham dit que le pouls est tantôt accéléré, tantôt ralenti; le ralentissement n'est noté dans aucune des observations que nous avons consultées ou recueillies. En général, le pouls est rapide, mais il n'est pas plein; il n'y a pas chaleur : ce sont plutôt des phénomènes inverses que l'on observe. Les pulsations artérielles sont faibles, quelquefois inégales; la peau est froide par moments. Ces symptômes sont d'autant plus caractérisés qu'on approche de la terminaison fatale.

Deuxième enfance. — Chez plusieurs enfants la fièvre est intense, le pouls est fréquent et la peau brûlante; dans d'autres cas, les symptômes sont semblables à ceux ci-dessus décrits.

Symptômes nerveux. — Première enfance.

Presque tous les enfants offrent quelques symptômes nerveux. Chez les uns, au début, il y a une vive anxiété, une agitation constante, des cris aigus, ou bien un abattement profond comme dans le choléra, ou bien encore une attaque d'éclampsie. L'état d'excitation du premier et du second jour est ensuite remplacé par de la prostration, de l'assoupissement ou même du coma.

Deuxième enfance. — L'anxiété est extrême, l'angoisse indescriptible, la décomposition des traits complète au moment de la crise qui précède l'élimination; mais on n'observe ni convulsions, ni coma. Après l'élimination, disparition rapide de tous ces symptômes.

Facies. — Forces. — Embonpoint. — Première enfance.

Le facies est dès le début profondément altéré; les yeux, d'abord ternes, deviennent rapidement caves; le visage est étiré, amoindri. Le docteur Clarke a noté, sur un de ses malades, que la physionomie était extrêmement abattue, comme s'il avait eu le choléra. La dépression des forces est rapide; il y a surtout un affaissement remarquable qui succède soit aux vomissements, soit aux évacuations, soit à ces cris aigus qui annoncent une vive douleur. Un fait remarquable et qui a quelque importance au point de vue du diagnostic, c'est que d'ordinaire on n'observe pas d'émaciation générale comparable à celle qui accompagne les affections graves de l'estomac et des intestins. L'amaigrissement ne porte guère que sur le visage.

Deuxième enfance. — Mêmes symptômes.

(La suite à un prochain numéro.)

RECHERCHE DE L'IODE

dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont;

Par Ad. Chatin,

Docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur titulaire à l'Ecole de pharmacie de Paris.

(Suite. — *Voir* les numéros des 10 et 24 janvier.)

TROISIÈME PARTIE. — RECHERCHE DE L'IODE DANS LE SOL ARABLE ET LES PRODUITS ALIMENTAIRES.

Etant donnée pour problème la recherche des quantités relatives d'iode contenues dans les substances avec lesquelles ce principe est porté dans l'économie humaine, il était important, au seul point de vue statistique et aussi pour la démonstration vers laquelle convergent ces recherches, de déterminer si le sol arable, dans lequel j'ai signalé il y a déjà longtemps la présence de l'iode, et qui ne peut manquer d'influer sur la quantité de ce corps dans les produits végétaux et animaux qui sont la nourriture de l'homme, en contient partout une proportion semblable. Déjà éclairée indirectement par l'étude des pluies qui tombent sur le sol et par celle des eaux qui en jaillissent après l'avoir lavé, la question est résolue par les observations suivantes.

Tandis qu'il suffit d'un ou de deux grammes de terre prise dans les champs de Paris (surtout dans ceux qui s'étendent sur les collines formées par les meulières et les sables jaunes superposés aux marnes argileuses du gypse), de la Brie, de la Beauce, du Bourbonnais, de la Bourgogne, de la Flandre ou du Languedoc, pour y constater avec certitude de l'iode, il faut, pour obtenir un résultat semblable, opérer sur un poids ordinairement double des terres jaunes plus ou moins *argileuses* des plaines de la Bresse ou des environs de Bourgoin, de Grenoble, de Chambéry, d'Ivrée et de Turin, et sur une quantité quadruple ou décuple des terres noires *légères* superposées aux schistes du Lias dans la Tarentaise, la Maurienne et le Val d'Aoste.

Le sol noir de la rive gauche (1) de la vallée du Graisivaudan est analogue à celui de la Maurienne et de la Tarentaise, tandis que les terres jaunes des coteaux de la rive droite sont aussi iodurées que celles de Chambéry et de la Bresse, placées comme elles sur le diluvium. Cette observation prendra de l'importance quand j'établirai les rapports de ces recherches avec l'hygiène publique (question du goître et du crétinisme).

L'iode n'est donc pas dans toutes les terres en proportion semblable, et les variations qu'on observe à cet égard se montrent, en général, dans le même sens que celles de l'air et des eaux douces *légères*. On ne comprendrait pas d'ailleurs qu'il en fût autrement, car un sol privé d'iode s'en imprégnerait au contact de pluies chargées de ce corps, et une terre qui en eût renfermé même beaucoup au moment où elle se dépose, ne pourrait guère en retenir aujourd'hui, si elle a subi pendant une longue suite de siècles le lavage d'eaux pluviales non iodées.

La température des eaux qui lavent les terres a une bien grande influence sur leur pouvoir de dissolution par rapport aux composés d'iode. C'est ainsi que les terres schisteuses des Alpes qui ne cèdent pas une quantité appréciable d'iodures à une eau dont la température est inférieure à + 10° c. en abandonnent une proportion sensible de + 20° c. à + 50° c. et une quantite notable à + 100° c. A cette dernière température, un litre d'eau peut extraire de dix grammes de terre assez d'iode pour être amenée à l'état d'une bonne eau potable. Ces observations nous apprennent plusieurs choses :

Elles indiquent que la température, habituellement très basse, des eaux pluviales et autres qui coulent sur le sol des Alpes, doit entrer pour une part dans l'explication de la minime proportion d'iodures observée dans ces eaux.

Elles paraissent démontrer expérimentalement que les terres qui ne fournissent plus aujourd'hui d'iode aux eaux froides qui les traversent ne sont arrivées à leur état d'épuisement actuel que par les lavages multipliés qu'elles ont subis depuis le moment où s'est opéré leur dépôt.

En admettant comme fondée l'opinion suivant laquelle les maladies dont l'iode est le remède spécifique ne se seraient établies dans la vallée des Alpes que depuis l'époque romaine,

(1) Sur quelques points de la rive gauche, tels que Maltavernes, Loise, Planaise, etc., le sol est souvent pareil à celui de la rive droite.

elles l'expliquent peut-être par la proportion relativemen considérable d'iode qui dut se trouver dans les eaux et les produits alimentaires, et par suite, dans l'air de ces contrées tant que leurs terres n'ont pas cédé aux *eaux froides* la plus grande partie des combinaisons iodurées susceptibles d'être entraînées par ces eaux.

Elles font pressentir, ce que j'ai d'ailleurs constaté directement, que la désagrégation, aujourd'hui peu importante, mais continue, des roches mêlées à la terre et jusque-là non pénétrées par les eaux, peut faire que celles-ci se chargent cependant encore de traces d'iodures, et elles justifient ainsi, au point de vue de l'hygiène, la pratique des cultivateurs qui, dans un but purement agricole, ajoutent à la terre des champs les schistes arrachés à la montagne.

Enfin, elles signalent que ces mêmes terres des Alpes qui ne fournissent plus aujourd'hui d'iodures aux eaux froides pourront cependant être utilement traitées par l'eau chaude pour remplir des indications données.

La présence d'une certaine proportion de carbonate de potasse ou de soude dans l'eau destinée à extraire l'iode des terres fait que celles-ci sont beaucoup mieux attaquées; cette addition est d'ailleurs absolument nécessaire pour fixer l'iode quand on opère à une température élevée. L'action des alcalis explique en particulier pourquoi *toutes les eaux minérales alcalines sont iodurées*.

Le traitement par voie sèche de la terre fondue avec un excès de carbonate de potasse (pur) est d'ailleurs le moyen auquel il faut recourir pour le dosage absolu de l'iode.

Quoique l'ioduration du sol arable soit, en somme, comme celle des eaux douces, modifiée dans un pays donné par l'état de l'atmosphère que traduisent les eaux pluviales, il est cependant nécessaire de tenir compte de la nature de la roche sous-jacente et de celle du sol lui-même dans le résultat absolu.

Les parcelles détachées successivement de la surface de la roche se mêlent à la terre et s'y décomposent graduellement, lui abandonnant plus ou moins d'iode, suivant ce qu'elles en renferment. Ainsi les meulières dans lesquelles l'iode est abondant, le calcaire d'eau douce, et surtout le calcaire grossier du bassin de Paris, où il est en proportion moindre; l'argile plastique, où il s'est accumulé; les oolites moyenne et supérieure, qui en renferment des quantités notables; les calcaires néocomiens et crétacés de la rive droite de la vallée du Graisivaudan, où il n'est pas rare encore; les roches schisteuses ou talqueuses du Lias, qui n'en contiennent souvent que des traces et forment la base du sol sur le versant nord de cette même vallée du Graisivaudan, dans la Tarentaise, la Maurienne, les vallées de la Doire et de l'Arve; les calcaires et dolomites saccharoïdes répandus en beaucoup de contrées et qui sont absolument privés d'iode; les granites et les roches volcaniques, qui contiennent cet élément en proportions très diverses, ne sauraient évidemment le fournir au sol en quantité égale.

Toutes choses égales d'ailleurs, les terres colorées en jaune ou en rouge par de l'oxyde de fer sont plus iodurées que les terres blanchâtres ou brunies par des éléments bitumineux; les terres fortes ou argileuses, plus que les terres légères, quartzeuses ou schisteuses. La raison paraît en être que le fer et l'iode sont généralement associés, et que les terres argileuses retiennent opiniâtrement, combinés à leurs alcolis, l'iode des eaux pluviales, que les terres légères et schisteuses laissent perdre (1).

C'est à la fois par la composition des roches et de la terre que s'explique l'ioduration plus grande du sol arable sur le versant sud de la vallée du Graisivaudan, comparé à celui du versant opposé; c'est à sa propre et seule nature que la terre de Saint-Pierre d'Allevard et de quelques autres points de la vallée du Bréda doit d'être moins dépourvue d'iode que celle des localités voisines.

Ainsi donc, trois circonstances : sa nature propre, celle des roches sous-jacentes ou mélangées, les pluies par leur qualité et leur quantité, influent sur l'ioduration du sol. Je fais abstraction des végétaux, qui, quel que soit le milieu dans lequel ils se développent, soit dans la mer, comme les varechs, soit dans les eaux douces, comme les conserves, soit sur la terre elle-même, absorbent l'iode comme les autres composés minéraux.

Les matières alimentaires, végétales ou animales, sont diversement iodurées, suivant les contrées qui les produisent. L'iode existe en proportion beaucoup plus faible danr le maïs d'Aoste et d'Aiguebelle que dans celui de la plaine d'Alexandrie; dans les vins de Saint-Julien en Maurienne, de Moutiers et d'Aoste, que dans ceux de Montmélian et d'Asti, et surtout que dans les vins de la Bourgogne, d'Orléans, de la Provence, du Médoc et de Bordeaux, dans les fourrages de la vallée de l'Arc, de l'Isère et de la Doire-Baltée, que dans ceux des bassins de la Seine et de la Loire; dans les blés qui croissent sur les terres *jaunes* argileuses de la rive droite de la vallée du Graisivaudan que dans ceux venus sur le sol *noir* schisteux de certaines localités de la rive gauche; dans le lait et les fromages du Mont-Cenis, les mêmes substances et les œufs de la ferme des Cassines de Saint-Martin, près Aoste, que dans les produits correspondants apportés des campagnes d'alentour au marché de Turin, lequel n'est pas cependant, à beaucoup près, aussi favorisé sous ce rapport que le marché de Paris; dans les viandes de boucherie d'Aiguebelle et d'Aoste que dans celles de Gênes, et surtout encore de Paris.

En résumé, il y a concordance entre l'ioduration du sol et celle des produits qui se développent à sa surface. La seule différence générale consiste en ce que, sans doute par l'effet d'une concentration qui s'y opère dans une certaine mesure, on trouve plus facilement l'iode dans les productions végétales ou animales d'une contrée donnée que dans son atmosphère, ses eaux et le produit du lavage de son sol. De telle sorte que l'on retrouve dans les produits organiques des traces de ce corps là où il n'était pas autrement appréciable (1). Les rapports que j'ai précédemment signalés, à savoir : que dans un milieu et des conditions semblables le vin est plus ioduré que l'eau, le lait plus que le vin, le lait d'ânesse plus que celui de vache, et un œuf de poule aussi riche en iode qu'un litre de lait, sont d'ailleurs applicables aux recherches actuelles.

On voit maintenant pourquoi l'atmosphère des Alpes n'a pas une ioduration appréciable qui lui soit propre. Le sol ne cède que des traces d'iode aux eaux qui le lavent, et celles-ci, qui sont en définitive la principale source d'iode de l'atmosphère, se trouvent n'avoir que bien peu à lui fournir. L'air, qui ne reçoit presque rien de la terre, ne lui rend pas davantage, et c'est ainsi que le curieux mouvement de va-et-vient de l'iode, si facile à suivre dans les plaines de la France, est à peine sensible dans les parties les plus séquestrées des Alpes (2).

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) La propriété que possède l'argile de retenir les iodures n'est pas spéciale à ces composés : M. Payen a signalé que telle est son action sur tous les sels alcalins.

(1) Les uri[illegible]es étant l'émonctoire de l'iode, on y retrouve ce corps en quantité pr[illegible]ionnelle à ce qu'en contiennent les substances absorbées.

(2) Bea[illegible]ersonnes pensent encore que l'iode des continents vient des mers [illegible]lles seraient soulevées et emportées par les vents. Cette o[illegible] fut aussi la mienne, ne saurait être acceptée :

1° [illegible]ère est beaucoup plus iodée à la surface de la terre qu'[illegible]ges, un litre de rosée contenant six fois plus d'iode qu[illegible]

[illegible] est moins iodé sur la mer qu'au milieu de la France;

[illegible]terrains d'eau douce sont en général plus iodurés que les [illegible]s;

[illegible] l'iode est abondant dans des pluies qui ne contiennent pres-[illegible]marin;

[illegible]ue les terrains ignés le recèlent en proportion considérable;

[illegible]qu'on le retrouve dans les aérolithes, ces messagères d'un monde [illegible]s marins ne font pas sentir leur influence.

EMPOISONNEMENT PAR UNE SUBSTANCE ANIMALE.

Nous recevons de notre distingué confrère M. le docteur Leclerc, de Caen, la lettre suivante, qu'on rapprochera avec intérêt de la communication qui nous a été faite récemment par M. le docteur Vingtrinier :

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi, à l'occasion de l'empoisonnement par inoculation de substance animale auquel a succombé notre regrettable confrère le docteur Quesnel, de Rouen, et publié dans le numéro du 20 décembre 1851 de la *Gazette des Hôpitaux* par M. le docteur Vingtrinier, de vous communiquer un fait ayant quelque analogie, mais dont les conséquences ont été moins funestes.

Le voici, d'après les notes que j'ai recueillies à l'époque, et avec le titre que j'avais adopté lorsque je l'ai raconté à la Société de médecine de Caen.

Pustule ou bouton ayant l'apparence et offrant les premiers symptômes de la pustule maligne.

Le sieur Nicolle, boulanger, rue Campiou, âgé de quarante ans, vint me trouver, le 8 décembre 1849, se plaignant de vives douleurs dans le bras droit, douleurs occasionnées par un bouton qu'il portait sur un doigt depuis quelques jours et qui ne lui avait causé qu'une démangeaison jusqu'au moment où il s'était couché la veille.

La main développée, j'observai sur le doigt annulaire, auprès et en avant de l'articulation de la phalange avec l'os du métacarpe lui correspondant, une petite tumeur arrondie, de couleur brune, saillante, ayant la forme et le volume d'un bouton de vaccin, à bords relevés seulement dans les trois quarts de son pourtour et offrant à son centre une dépression profonde en forme d'entonnoir : la tumeur paraissait contenir un liquide demi-épais et brunâtre dont elle tirait sa couleur.

La main était distendue et douloureuse à la pression, ainsi que le bras et l'avant-bras, qui étaient recouverts dans leur partie externe d'une bande rouge s'étendant du poignet à l'épaule; une chaleur cuisante et des élancements se faisaient sentir dans tout le membre et sous l'aisselle d'une manière si violente que l'insomnie avait été complète pendant toute la nuit.

Le malade me raconta que depuis trois jours il avait ressenti une démangeaison au doigt et qu'il avait aperçu un tout petit bouton transparent gros comme une pointe d'épingle (ce fut son expression); que le lendemain, il avait le volume d'une grosse tête d'épingle; que, du reste, il ne s'en était nullement occupé et se livrait, comme par le passé, à ses travaux ordinaires; mais qu'ayant été troublé dans son sommeil et forcé de quitter son lit dans la nuit, il s'était décidé à venir me consulter.

Cet homme est d'un tempérament nerveux-lymphatique, et n'a jamais, depuis plus de quinze ans que je le connais, fait de maladie importante.

L'idée d'une pustule maligne m'étant venue et connaissant ses goûts pour élever et soigner les animaux, je lui demandai s'il n'avait point touché quelque peau nouvellement enlevée, ou été blessé par la corne des pieds de son cheval qu'il aide souvent à ferrer ou ferre lui-même (le temps était tiède et très-humide); il me répondit négativement, mais il se rappela qu'ayant chez lui un lapin méchant, il en avait reçu, il y a cinq ou six jours, un coup de dent sur la main malade au moment où il lui donnait à manger.

Je l'engageai à entourer le membre d'un large cataplasme, à le plonger dans un bain d'eau de son et à me faire prévenir si le mal augmentait, s'il éprouvait de la lassitude, de la pésanteur de tête, etc. Je me tenais prêt à agir avec énergie, persuadé que j'allais être appelé dans la journée ou pendant la nuit. Il n'en fut rien. Je m'empressai de faire à mon malade une visite le lendemain matin et fus surpris de le trouver dans sa boulangerie, ayant le bras en écharpe et m'annonçant que son bouton, comme il l'appelait, s'était ouvert dans le cataplasme, avait jetté une matière liquide et qu'il était beaucoup soulagé.

Examen fait de la main, je ne vis plus qu'un foyer d'un centimètre de profondeur, de la largeur de la pustule, et à fond rougeâtre; les débris de la pellicule avaient été entraînés par le cataplasme, qui, ayant été renouvelé, n'offrait qu'une teinte roussâtre qui le recouvrait dans une minime étendue. La main, l'avant-bras, le bras et l'aisselle étaient moins distendus et moins douloureux; l'état général du malade était bon, et deux jours après il ne restait aucune trace d'une affection qui m'avait donné des craintes sérieuses, si ce n'est une plaie de la grandeur d'un centime, à fond rouge, d'où suintait une sérosité presque incolore et qui ne tarda par à se cicatriser.

Avant de faire quelques réflexions sur le cas précédent, je vais en rapporter très succinctement deux autres à peu près semblables.

La femme Huet, âgée de cinquante-trois ans, travaillant journellement chez le sieur Nicolle, sujet de la première observation, vint me consulter le 13 mai 1850; elle portait, au niveau de l'articulation de la première phalange de l'indicateur de la main droite avec le deuxième métacarpien, une pustule de la grandeur d'un centime, avec soulèvement de l'épiderme et suintement de sérosité. Cette femme me raconta que le 11, à midi, elle sentit une démangeaison sur ce point et aperçut un petit bouton du volume d'une pointe d'épingle : dans la journée il acquit la grosseur actuelle, se tuméfia, devint noir; la main, l'avant-bras rougirent, se gonflèrent et causèrent à la malade de vives douleurs. Elle fit le traitement que j'avais conseillé à son maître, le bouton s'ouvrit pendant la nuit et rendit une certaine quantité de sang noir et clair; le soulagement fut immédiat; les douleurs reparurent le soir et cédèrent un peu à des cataplasmes. Je glissai sous l'épiderme soulevé mon crayon au nitrate d'argent, il sortit beaucoup de sérosité. Des bains avec un simple pansement achevèrent en peu de jours la guérison.

Voici le troisième et dernier fait que j'ai récemment observé.

M. Tirard, jardinier pépiniériste, fit, au mois de septembre dernier, un voyage de Caen à Nantes, puis à Angers. En revenant de cette dernière ville à Paris, il tenait sa main gauche appuyée sur la portière ouverte de la voiture, il ressentit tout à coup une vive démangeaison entre les doigts indicateur et médius à leur articulation avec les métacarpiens correspondants; la démangeaison continuant, il s'aperçut le lendemain, en se grattant, qu'il portait une toute petite vésicule transparente au lieu mentionné; il ne douta pas qu'il n'eût été piqué par une de ces nombreuses mouches qui bourdonnaient autour des voyageurs; le temps était chaud et orageux.

Lorsque deux ou trois jours après il revint chez lui, il apparut à la place du petit bouton une pustule semblable à celles dont j'ai parlé dans les deux autres cas; le bras s'enflamma, un engorgement considérable se manifesta dans le pli du même bras; il en fut de même des glandes axillaires; le malade ne peut dormir, tant ses douleurs sont aiguës. Je le vois le lendemain matin; je lui conseille des applications émollientes; la suppuration s'établit par le bouton qui s'est ouvert; la douleur se tempère; des résolutifs, un emplâtre de dyachilou amènent une prompte guérison.

Il est à peu près certain que, dans ce dernier cas, il y a eu piqûre d'un insecte. Cet insecte s'était-il reposé sur quelque animal en putréfaction ou mort du charbon; sécrétait-il un venin *sui generis?*

Y aurait-il, comme quelques auteurs l'ont admis, une pustule non contagieuse?

Quant au deuxième cas, la femme qui en fait le sujet servait chez le sieur Nicolle, et avait pu, comme lui, recevoir un coup de dent du lapin, quoiqu'elle n'en eût aucun souvenir.

Pour Nicolle, il y avait eu inoculation, non pas d'un virus produit d'une maladie, mais d'une sorte de venin venant d'un lapin bien portant qui ne mordait pas, mais qui pointait ses dents incisives contre la main de celui qui lui donnait à manger.

Il est des animaux qui, sans sécréter de venin comme la vipère dans notre pays, font des blessures suivies d'accidents plus ou moins graves.

Nous trouvant l'automne dernier, un confrère et moi, à l'embouchure de l'Orne, comme mille autres amateurs, pour y pêcher l'équille (*ammodytes*, Lin.), pêche qui consiste à bêcher le sable à la marée basse, et à saisir prestement ce petit poisson qui bondit et disparaît aussitôt, cinq ou six personnes nous prièrent de les cautériser; ce que nous fimes avec notre crayon au nitrate d'argent, parce qu'elles avaient été piquées par de petites vives (*trachinus vipera*, Cuv.) qu'elles avaient prises pour des équilles. Cette vive est connue chez les habitants de la côte sous le nom d'*aspic*, à cause de son aiguillon dorsal dont les piqûres aux pieds ou aux mains sont suivies d'un engorgement très douloureux du membre et des glandes inguinales ou axillaires.

Quelques-uns se munissent d'une fiole d'ammoniaque pour neutraliser le venin par la cautérisation.

Les cuisinières redoutent aussi la grande *vive* (*Trachinus draco*, Lin.), assez commune sur nos marchés.

Peut-être que dans les trois cas cités une cautérisation immédiate eût empêché l'absorption et la transmission par les vaisseaux lymphatiques d'un principe malfaisant, principe du reste en trop petite quantité pour être passé par la circulation dans un organe important.

Les cataplasmes, en donnant ouverture à ces pustules, ont pu arrêter la marche ascendante du produit de l'inoculation.

Ces réflexions sont bien hasardées; je les donne comme elles m'ont été suggérées, sans y attacher la moindre importance.

J'avoue n'avoir jamais vu qu'une seule fois une pustule

maligne et encore avait-elle été cautérisée la veille : c'était en 1827 ou 1828 dans le service de M. Roux à la Charité.

J'ai décrit des pustules *uniques* qui n'étaient ni de nature syphilitique, ni de la nature de celles décrites dans les ouvrages spécialement consacrés aux maladies de la peau et qui, à ma connaissance, ne sont mentionnées par aucun auteur.

Agréez, etc. E. Leclerc, D.-M.-P.

BALLE DE PLOMB

Introduite dans les voies aériennes, expulsée spontanément après un séjour de plus de quarante jours.

Par M. le docteur Beneys, médecin à Lalinde (Dordogne).

De toutes les cavités du corps qui communiquent à l'extérieur, il n'en est pas de plus importantes que celles qui servent à la respiration. L'hématose ne peut être troublée, en effet, sans que la vie elle-même soit immédiatement compromise. Les corps étrangers introduits dans les bronches sont d'autant plus compromettants qu'ils s'opposent plus à l'entrée et à la sortie de l'air : leur présence fait encore éprouver au malade, aussitôt qu'ils ont pénétré, une suffocation qui pourrait faire craindre une asphyxie immédiate; mais l'expérience démontre qu'il peut n'en être pas toujours ainsi.

Dans l'observation que je vais rapporter, une balle de plomb, dans une forte inspiration, franchit l'ouverture du larynx, descend le long de la trachée-artère, s'engage dans la bronche droite et s'arrête seulement à la racine du poumon. Cette bronche, plus courte, plus large et d'une direction moins oblique que la gauche, facilitait davantage le trajet du corps étranger de ce côté. C'est vers la quatrième vertèbre dorsale que le malade accusait la présence d'un corps étranger dans la poitrine. C'est là que la balle, par un séjour de plus de quarante jours, détermina de l'irritation et une inflammation qui occasionna une suppuration qui a favorisé, sans aucun doute, la sortie de ce corps. Voici le fait.

Jean Veyrat, âgé de vingt et un ans, boulanger, assez bien portant, quoique d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique et nerveux, partit le 10 mars 1851, de Varennes, son pays natal, pour Bordeaux. Arrivé dans cette ville, il fut atteint d'une bronchite. Cette indisposition dura une semaine environ. Le malade passait une partie de ses journées sur son lit. Un jour, après avoir mis dans sa bouche une balle de plomb d'un petit calibre (10 grammes), du volume de celles dont on se sert pour les pistolets ordinaires, il fut pris d'une quinte de toux, et dans une forte inspiration, pendant qu'il dormait, ce corps étranger fut entraîné dans le larynx et descendit, à travers la trachée-artère, jusque dans la bronche droite. Le malade éprouva de suite un accès de suffocation, et fit de grands efforts pour faire remonter la balle. Cet état d'anxiété dura quelques minutes. Il comprit alors que les grands efforts qu'il faisait n'avaient d'autre résultat que de faire descendre davantage ce corps étranger. Le calme revint un peu, quoique le malade sentît la présence de la balle dans le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, la toux devint incessante, les nuits se passèrent sans sommeil; les journées étaient moins pénibles; il perdit l'appétit, la fièvre survint et l'amaigrissement fit de rapides progrès. Le malade eut occasion de voir deux confrères auxquels il ne parla pas de l'accident qui lui était arrivé peu de jours avant. Ces médecins le crurent atteint d'une maladie du poumon droit déjà avancée, lui conseillèrent des boissons pectorales et le retour dans son pays natal.

Veyrat, après être resté cinquante jours environ à Bordeaux, rentre dans sa famille le 28 avril; je le vois le lendemain et le trouve dans l'état suivant : ce jeune homme semble parvenu au dernier degré de marasme, et ne peut se tenir levé; il est en proie à une fièvre continue avec exacerbation le soir; la peau est chaude et sèche, les crachats peu abondants sont muqueux, blanchâtres; la toux, qui arrive par quintes, est suffocante; la langue et les voies digestives sont dans un état normal, mais il n'y a pas d'appétit; le malade rapporte tout l'embarras qu'il éprouve au côté droit du thorax, un peu au-dessus du sein; par l'auscultation, la respiration ne paraît s'y faire que très-imparfaitement; la percussion ne fournit aucun résultat. Je n'hésitai pas à regarder Veyrat comme atteint d'une phthisie pulmonaire parvenue au troisième degré. J'en prévins sa famille, et je me bornai à conseiller des boissons pectorales et un emplâtre de poix de Bourgogne.

Trois jours plus tard, le 2 mai, je revois le malade; il m'apprend qu'il a eu à plusieurs reprises des quintes de toux suffocantes, et que dans un effort, *pendant qu'il était fortement penché hors de son lit*, il avait vomi une balle de plomb avec environ trois cuillerées à bouche de pus. Alors il me raconte pour la première fois l'accident qui lui était arrivé à Bordeaux.

Après la sortie de la balle, la toux convulsive cessa complétement, et le malade n'eut plus qu'une toux dépendante d'une irritation bronchique.

Le lendemain, Veyrat expectora encore un peu de pus mêlé avec du sang. A compter de ce jour, la santé du malade commence à se remettre.

Le 8 mai, huit jours après la sortie de la balle, il passe au conseil de révision, et est exempté sans examen comme phthisique. Il continue les boissons mucilagineuses, commence à manger, car l'appétit se fait sentir; la fièvre disparaît. Enfin, dans l'espace de quinze jours, mon malade peut se promener; il reprend ses forces; la toux et la gêne de la poitrine disparaissent; son embonpoint revient, et aujourd'hui 1er juillet Veyrat est dans le même état que lorsqu'il partit pour Bordeaux.

Quels sont les moyens que les premiers médecins consultés auraient dû employer si Veyrat ne leur avait pas caché la cause de sa maladie? Devaient-ils pratiquer immédiatement la trachéotomie, afin d'aller à la recherche du corps étranger, ou n'auraient-ils pas pu tout d'abord tenter d'obtenir l'expulsion de la balle par la simple position du malade? C'est à la circonstance particulière d'avoir penché fortement le tronc en bas que Veyrat a dû l'heureux résultat qui est venu mettre fin aux accidents graves auxquels il était en proie. Profitant de cet enseignement, ne devrait-on pas dans un cas semblable placer le malade dans une position analogue, la tête fortement inclinée en bas, puis faciliter le dégagement de la balle et aider à l'action de la pesanteur en imprimant des secousses par de légers coups appliqués sur la nuque? La surface lisse du corps étranger aurait facilité encore le succès d'une telle manœuvre.

Je suis amené à discuter la conduite du praticien, car ce fait, malgré sa terminaison heureuse, n'en prouve pas moins la nécessité de l'intervention de l'art.

Cette observation offre un de ces exemples heureux des puissantes ressources de la nature abandonnée à elle-même; mais encore a-t-il fallu que le hasard fît prendre au malade une position assez déclive pour que la balle, dégagée par la suppuration, fût entraînée par les efforts du vomissement. Or, en bonne pratique, on ne peut se reposer sur de pareilles éventualités. Il n'y a aucun doute dans mon esprit : ce malade eût succombé si le séjour de la balle se fût prolongé quelques jours encore. (*Bull. de Thér.*)

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — La dernière séance de l'épreuve orale, après trois heures de préparation, a eu lieu aujourd'hui. MM. Sanson et Tardieu ont fait une leçon sur la question suivante : *Des marais.*

— Par arrêté du 13 janvier 1852, M. Maissiat, docteur en médecine, agrégé libre, conservateur adjoint des collections de la Faculté de médecine de Paris, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Thillaye, démissionnaire, qui rentrera en jouissance de la pension liquidée à son profit le 15 octobre 1844.

M. Sappey, connu par ses belles recherches sur la respiration des oiseaux et par son remarquable *Traité d'anatomie*, est nommé conservateur adjoint en remplacement de M. Maissiat.

— On lisait il y a quelques jours dans les journaux politiques la note suivante :

« L'expérience qu'un fil de platine peut être chauffé en un instant, et qu'une fois rouge il coupe la peau et la chair d'un homme aussi facilement que les instruments de chirurgie, a engagé plusieurs médecins de Vienne à tenter des opérations à l'aide de ce fil. Elles ont réussi, et elles ont eu l'avantage de n'occasionner qu'une légère perte de sang. »

Depuis plus de six mois nous avons vu M. Nélaton faire l'application à divers cas chirurgicaux de ce qu'il a appelé le cautère électrique. Nous attendions pour les publier les observations de ces cas, afin de pouvoir donner des renseignements complets sur l'emploi de ce nouveau cautère. La note qu'on vient de lire nous oblige à hâter notre publication.

— La Société de médecine de Nîmes vient de décerner à M. Jourdan, ex-chef interne des hospices, docteur-médecin à Aix (Bouches-du-Rhône), une mention honorable et le titre de membre correspondant pour son mémoire sur la question suivante :

« 1° Quel rapport existe-t-il entre le développement des fièvres » intermittentes et l'hypertrophie de la rate?

» 2° L'affection générale précède-t-elle la maladie locale ou » n'en est-elle qu'une manifestation ? »

Elle propose pour l'année 1852 la question suivante :

« 1° Le tartre stibié et l'épicacuanha, employés à haute dose » dans le traitement des maladies de poitrine, ont-ils le même » mode d'action thérapeutique?

» 2° S'il n'en est pas ainsi, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications ? »

Le prix consiste en une médaille d'or de 200 fr.

Les mémoires devront porter en tête une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant : 1° le nom et le domicile de l'auteur; 2° être adressé, *franco*, avant le 15 décembre 1852, à la Société de médecine de Nîmes.

— M. Oppermann, professeur de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Persoz.

— Voici quelques détails statistiques qui ne sont pas sans intérêt au point de vue hygiénique :

La solde journalière du soldat est de 47 c., plus 18 c. pour le pain. Total, 65 c.

Elle se subdivise ainsi qu'il suit :

1° Prime journalière de la masse (linge et chaussure). .	10 c.
2° Portion de la solde affectée à la nourriture, y compris les 2 c. dont les chefs de corps peuvent prescrire, au besoin, le prélèvement sur les deniers de poche.	32
3° Deniers de poche, déduction faite des 2 c. susceptibles d'être versés pour payer l'ordinaire.	5
4° Pain.	18
Total. . . .	65 c.

Les 30 ou 32 c. de chaque soldat versés à la masse de l'ordinaire supportent les charges ci-après, savoir :

1° Achat de viande (à raison de 25 décagrammes par homme);
2° Pain pour la soupe;
3° Légumes, sel, poivre;
4° Blanchissage, coupe de cheveux, rasage;
5° Blanc pour les buffleteries;
6° encaustique pour les gibernes et shakos;
7° Huile pour l'entretien des armes;
8° Cruches et balais;
9° Eclairage des chambrées, etc.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leurs collections pour les faire relier peuvent les faire reprendre à notre bureau; elles y sont à leur disposition.

Le prix des années 1850 et 1851 reliées est de 20 fr. chacune.

Les années antérieures coûtent 17 fr. 20 c. seulement.

Le Soubd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 14. — MARDI 3 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 14. — MARDI 3 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE GENÈVE (M. Rilliet). Mémoire sur l'invagination chez les enfants (suite). — Société de chirurgie, séance du 21 janvier. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE GENÈVE.

Mémoire sur l'invagination chez les enfants.

Par le Dr RILLIET, médecin en chef.

(Suite. — *Voir* le n° précédent.)

ARTICLE III. — TABLEAU DE LA MALADIE.

Marche. Durée. Terminaison.

A. *Symptômes précurseurs. — Première enfance.*

Le plus ordinairement, la maladie débute soudainement sans qu'aucun phénomène précurseur ait pu faire prévoir son invasion.

Dans d'autres cas, elle est précédée par différents dérangements des fonctions digestives, qui remontent quelquefois à une époque assez rapprochée de la naissance, ou précèdent de peu de jours le début. Ainsi, un enfant de quatre mois paraissait habituellement éprouver de vives douleurs au moment où il allait du ventre; d'autrefois, il poussait fortement sans amener d'évacuations; le plus souvent les selles étaient verdâtres, glaireuses et parsemées de fragments de caséum; cet état était habituel. Huit jours avant le début il fut saisi d'une violente colique, il poussait des cris aigus et il était d'une pâleur extrême. Ces symptômes disparurent promptement, mais pendant la semaine qui suivit, il eut plus encore que d'habitude ces envies d'aller, ces poussées qui n'aboutissaient à rien.

Un autre enfant, dont l'observation appartient au docteur Maarwik, avait été presque continuellement malade pendant les huit premières semaines de son existence. Il n'avait pas rendu son méconium à l'époque ordinaire, on avait dû lui administrer des purgatifs. A l'âge de six semaines il avait eu des accidents semblables à ceux de l'invagination (selles sanguines, etc.)

Un petit malade du docteur Carter était depuis sa naissance, dit ce médecin, sujet à des dérangements d'intestins semblables à ceux qui paraîtraient devoir résulter d'un arrêt dans le cours des matières fécales. Dans deux autres cas le début fut précédé par du dévoiement, une autre fois par des vomissements qui durèrent quelques jours.

Deuxième enfance. — Les symptômes précurseurs n'ont pas été notés dans les observations que nous avons eues sous les yeux.

Mode de début. — Première enfance.

Qu'il y ait ou non des symptômes précurseurs, la maladie débute constamment par des vomissements de matières muqueuses ou aqueuses accompagnés presque toujours de petites selles muqueuses contenant une proportion plus ou moins considérable de sang, ou bien ce sont des évacuations de sang pur quelquefois très abondantes. L'enfant pousse des cris aigus; il est anxieux, agité, donne des signes de vive souffrance; quelquefois même une attaque d'éclampsie vient indiquer à quel degré le système nerveux est ébranlé. Le facies a l'aspect propre aux affections abdominales; les yeux sont caves, le regard terne, la face pâle. Cependant le ventre est peu développé, non ballonné, presque toujours indolent à la pression; il est tout à fait exceptionnel de constater une tumeur abdominale le premier jour. Le pouls est vite, mais il n'y a pas d'ordinaire de chaleur; la soif est rarement exagérée.

Deuxième enfance. — Le début est peut-être moins violent; la douleur peut précéder les vomissements et la maladie cheminer pendant quelques jours comme une maladie légère. Dans des cas très rares on observe les symptômes sus-indiqués.

Marche. — Première enfance.

La maladie suit une marche très rapide; les vomissements persistent très fréquents, muqueux ou bilieux; au bout de deux ou trois jours ils deviennent quelquefois stercoraux ou bien mousseux, verdâtres, fétides; en même temps les selles continuent petites, fréquentes, tantôt composées de sang, de mucus; tantôt de sang presque pur.

D'autrefois la constipation a succédé aux évacuations muco-sanguines. Le ventre reste ce qu'il était le premier jour; cependant il augmente un peu de volume, mais très rarement; il devient ballonné au bout de deux ou trois jours; on sent quelquefois dans l'un ou l'autre flanc ou au voisinage de la vessie une tumeur pâteuse, rappelant pour la forme et la consistance un boudin allongé. La fièvre ne s'allume pas, le pouls devient petit; il y a souvent du refroidissement des extrémités ou de la face; l'anxiété nerveuse est grande, ou bien elle est remplacée par de la somnolence, dont l'enfant, soit par moments, peut pousser des cris aigus. Le visage est très éprouvé, amoindri, amaigri même; mais on n'observe pas une émaciation proportionnelle des autres parties du corps.

Si la maladie doit avoir une issue fatale, les symptômes précités persistent, sauf les vomissements, qui s'arrêtent quelquefois avant la mort; le pouls devient de plus en plus petit, l'enfant se refroidit, tombe dans le coma, ou succombe à une attaque d'éclampsie.

Si la guérison doit avoir lieu, les vomissements s'arrêtent, la constipation qui avait succédé aux selles sanguines est remplacée par des évacuations normales; la tumeur, si elle existait, a disparu, le facies devient meilleur, l'assoupissement diminue, les cris et l'agitation ne se reproduisent plus, et l'enfant entre en convalescence.

Il est un autre mode de guérison que l'on observe dans l'âge adulte et dans la seconde enfance, et qui consiste dans le rétablissement du cours des matières à la suite de l'élimination de l'intestin invaginé. Nous n'en connaissons pas d'exemple chez les enfants dans le cours de la première année.

Durée. — La durée de la maladie est en effet trop courte pour que le travail réparateur ait le temps de se produire; l'épuisement des forces et les accidents comateux ou éclamptiques emportent le malade avant la période à laquelle se fait le travail de séparation.

Dans les cas malheureux la maladie dépasse rarement le cinquième jour et se termine quelquefois le troisième; dans les cas heureux, nous avons vu la guérison arriver au bout de trente-six heures, de QUATRE jours.

Voici deux observations d'invagination qui résument les traits principaux du tableau que nous venons de mettre sous les yeux du lecteur.

OBS. I. — *Garçon de sept mois. — Hygiène alimentaire peu judicieuse. — Début par des vomissements et des selles mucoso-sanguines. — Symptômes cérébraux qui font croire à une méningite. — Mort le quatrième jour. — A l'autopsie, invagination du gros intestin. — Pas de lésions des autres organes.*

Nous fûmes appelé, le 26 mai 1845, par un de nos confrères, le docteur Mayor, pour examiner un garçon de sept mois, malade depuis peu de jours.

Nous apprîmes qu'on ne faisait pas suivre à cet enfant, encore allaité, les règles d'une hygiène convenable; on lui donnait, depuis l'âge de quatre mois, des soupes aux pommes de terre, des gâteaux et souvent du vin; le jour même du début, il avait mangé du nougat aux amandes. Malgré ces écarts de régime, sa santé ne paraissait pas dérangée; il était gros, gras et fort. Le jour du début, il était dans un état de santé très satisfaisant lorsqu'il mangea le nougat; ce jour-là aussi, il tomba de son fauteuil sur le visage.

Le 23 mai, dans la soirée, il commença à vomir, et en même temps il rendit quelques petites selles muqueuses teintes de sang. M. Mayor le vit le lendemain; les vomissements se répétaient coup sur coup, muqueux ou aqueux; il ne pouvait rien avaler sans le rejeter presque immédiatement; les selles étaient très fréquentes, peu abondantes, toutes muqueuses, décolorées et parsemées de *stries de sang*; la peau n'était pas brûlante; le pouls fréquent, mais sans plénitude; très rapidement les yeux s'excavèrent. L'enfant était dans une grande anxiété, la tête constamment agitée sur son oreiller; la langue sortait de la bouche, puis l'œil devint terne; il n'y eut pas cependant de mouvements convulsifs. On a employé sans succès: 1° un gramme de magister de bismuth; 2° des cataplasmes; 3° des frictions mercurielles sur la tête.

Lorsque nous vîmes le petit malade, le 26, à neuf heures du soir, 72 heures après le début, nous trouvâmes un enfant bien constitué, bien développé, plutôt gras. Le corps n'avait pas eu le temps de maigrir, mais les yeux étaient profondément excavés, noirâtres en dessous; le regard était terne; les globes oculaires, surtout le droit, couverts de mucosités purulentes accumulées dans l'angle interne. Les pupilles étaient contractiles. L'enfant suivait la lumière, mais la tête était dans un état d'agitation continuelle sur son oreiller; quand on le faisait asseoir, il restait affaissé et chancelant, la tête ayant la tendance à se renverser en arrière. Pas de convulsions, de paralysie ou de contracture. Le ventre n'était ni développé, ni rétracté; il était mou, sans tumeur; il se laissait facilement pincer sans que l'enfant donnât aucun signe de souffrance. En notre présence, le petit malade rendit une petite selle muqueuse transparente comme un crachat, mais striée de sang. La peau n'était pas chaude; le pouls, peu développé, passait 140; la respiration était accélérée, légèrement stertoreuse, humide à distance. En arrière, des deux côtés, surtout à droite, quelques bulles muqueuses avec du râle sibilant. Nous conseillâmes l'application d'un vésicatoire à l'épigastre et une potion contenant: nitrate d'argent, 2 centigr.; eau, 30 grammes, par cuillerées à café toutes les deux heures.

Dans la journée du 26 et le 27, les symptômes persistent, sauf les vomissements, qui sont suspendus. Le ventre ne se ballonne pas; on ne sent pas de tumeur. L'enfant meurt à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le cadavre est bien conformé; pannicule graisseux très épais; membres potelés; yeux profondément excavés. Aucun signe de putréfaction. A l'ouverture du ventre, il ne s'écoule point de sérosité; les intestins ne sont pas distendus par les gaz. En allant à la recherche du rectum, on voit qu'au lieu de se continuer dans la fosse iliaque avec l'S du colon et ensuite avec le colon transverse, il est dirigé en diagonale du fond du bassin à la fosse iliaque droite. L'intestin est plus épais que d'ordinaire, il est bourré comme un godiveau; à sa partie inférieure, sa coloration est pâle; mais du côté du cœcum, la membrane externe est d'un rouge vif. Cet état de l'intestin est le résultat d'une invagination comprenant la partie inférieure de l'intestin grêle, le cœcum et une partie du colon transverse. En effet, à mesure que l'on tire l'intestin par le bout supérieur, cette sensation d'épaisseur diminue peu à peu, et l'on fait cheminer comme un corps étranger du rectum au cœcum; ce corps étranger n'est autre que la portion invaginée de l'intestin grêle et du gros intestin. Une fois que toute l'invagination a été retirée, on constate:

1° Qu'il n'y a nulle part de rétrécissement organique considérable, mais qu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du cœcum l'intestin grêle est plus étroit qu'en dessus et au-dessous;

2° Que la vive rougeur extérieure s'étend aussi à l'intérieur; en effet, il existe une inflammation intense des quatre derniers pouces de l'intestin grêle, du cœcum et d'une partie du colon. Dans ces points, la muqueuse est d'un rouge-vif presque violet; elle est parsemée de fausses membranes grisâtres, minces, molles, un peu grenues dans le cœcum et sur une plaque de l'intestin grêle.

Les orifices folliculaires du reste du gros intestin sont très apparents; la membrane muqueuse elle-même est d'un rouge vif, un peu épaissie, mais pas très ramollie. Dans toute la partie enflammée, l'intestin contenait une bouillie noirâtre ressemblant à de l'encre de Chine, grumeleuse et glutineuse: c'était évidemment un mélange de sang et de mucus. Le reste de l'intestin grêle et du gros intestin, ainsi que l'estomac, étaient parfaitement sains. L'estomac était vide, l'intestin grêle contenait quelques matières verdâtres. Les ganglions mésentériques, la rate et les autres viscères, le foie, les poumons, le cerveau, étaient parfaitement sains, sauf un emphysème considérable du bord antérieur du poumon gauche.

REMARQUES. — C'était la première fois que nous observions une maladie semblable, et nous n'avions aucune connaissance des faits analogues consignés dans les annales de la science; aussi nous pensâmes que nous avions affaire à une de ces maladies fréquentes dans la première enfance et décrites sous le nom de *gastromalacia cholera infantum* (entérite cholériforme). Les symptômes qui nous frappaient le plus étaient les vomissements continus muqueux ou aqueux, accompagnés de fréquentes évacuations. L'absence de tous les symptômes de l'étranglement interne (ballonnement du ventre, tumeur abdominale, vomissements stercoraux, etc.) était peu propre à éclairer le diagnostic. Notre confrère le docteur Mayor, s'attachant surtout aux vomissements, au facies cérébral, à l'extrême anxiété, à l'agitation constante de la tête sur l'oreiller, opinait pour une méningite. Nous étions tous deux dans l'erreur, comme l'autopsie l'a démontré. Cette observation n'était pas restée perdue pour nous, nous avions été trop frappé de la réunion des vomissements et des évacuations sanguines pour en méconnaître l'importance au point de vue du diagnostic. Aussi, lorsque nous fûmes appelé pour l'enfant dont on va lire l'observation, nous n'hésitâmes pas, sur les renseignements qui nous furent fournis par notre honorable confrère le docteur Pélissier, et avant d'avoir examiné le malade, à reconnaître une invagination, et nous exprimâmes notre opinion par un geste, en retournant un des doigts du gant que nous tenions à la main.

Voici ce fait.

OBS. II. — *Garçon de quatre mois. — Symptômes précurseurs. Début par des vomissements et des selles sanguines. — Mort au bout de deux jours. — Invagination du gros intestin.*

Nourri par sa mère, cet enfant prend depuis quelque temps de légères panades; on lui émiette aussi quelquefois un peu de pain dans son lait.

On a remarqué que souvent l'enfant paraissait éprouver de vives douleurs au moment où il allait du ventre; d'autres fois, il poussait fortement sans amener d'évacuations. Le plus ordinairement les selles étaient verdâtres, glaireuses, avec des fragments de caséum.

Il y a huit jours, M. Pélissier fut appelé; l'enfant poussait des cris aigus; il était d'une pâleur extrême, sans autre symptôme; les accidents disparurent; mais dans la semaine suivante il eut plus encore que d'habitude ces envies d'aller, ces poussées qui n'aboutissaient à rien.

Début. — Le vendredi 13 septembre 1850, à neuf heures du soir, M. Pélissier fut appelé. Il paraît que depuis six heures l'enfant avait une agitation continuelle; il remuait avec saccades ses avant-bras fléchis et poussait des cris aigus. Cet état était qualifié de convulsions par ses parents. Lorsque M. Pélissier le vit, il n'avait pas de convulsions générales, pas d'écume à la bouche ni de distension des traits; les yeux étaient seulement légèrement convulsés en haut.

A la suite de cette crise, l'enfant eut une selle abondante, verdâtre, avec des mucosités teintes de sang.

Dans la nuit, M. Pélissier fut appelé; il examina le petit malade avec soin: le ventre était souple, l'état nerveux persistait; il y avait eu une petite selle sanguine; depuis lors jusqu'au moment de notre visite, l'enfant a eu toutes les heures de petites selles, les unes mélangées de mucus et de sang, les autres composées de sang pur. Nous retrouvons sur les linges les traces de ces dernières. Il a vomi à plusieurs reprises d'abord des matières muqueuses, puis des matières mousseuses verdâtres, ayant, dit M. Pélissier, l'apparence de matières fécales, mais cependant n'en ayant pas l'odeur; les symptômes gastriques ont été accompagnés de refroidissement du nez et des mains, de grande pâleur et d'amaigrissement du visage. M. Pélissier prescrit de l'huile de ricin; l'enfant en a pris deux cuillerées sans résultat; une potion avec l'oxyde de zinc a été ordonnée pour calmer l'éréthisme nerveux.

Nous vîmes l'enfant à trois heures de l'après-midi le 14 septembre; nous l'examinâmes couché dans son herceau: il est sur le côté, inerte, le nez et les mains sont froids; ailleurs la température est normale; le pouls petit, fébrile (120); yeux un peu caves;

la pâleur du visage est grande, l'expression rappelle celle des enfants atteints de ramollissement de l'estomac au premier degré. L'œil, sans larmes, oscille en haut par moments. Le cri est encore énergique, mais en notre présence il n'est pas spontané. Il paraît cependant qu'à certains moments il pousse des cris aigus. Les gencives ne sont pas chaudes, la température de la bouche est normale; il ne bave pas; la langue est naturelle; il prend le sein facilement; les dernières fois le lait n'a pas passé; aucun symptôme du côté du ventre; les parois sont souples; le palper le plus attentif ne révèle aucune tumeur; il n'y a point de ballonnement ni de son exagéré à la percussion; la pression, même forte, n'occasionne aucune douleur. M. Pélissier était présent au moment où l'enfant eut une évacuation : elle était de sang pur. Il n'a vu apparaître aucune tumeur à l'anus. Nous faisons l'examen attentif de l'anus dans le but de rechercher la présence d'un polype, d'une fissure ou d'une tumeur, mais nous n'apercevons rien de semblable.

Traitement. — Calomel, 5 centigrammes toutes les heures. — Bain fait avec une décoction de pieds de veau additionnée d'une infusion de plantes aromatiques. — Lavement huileux.

Le 14 au soir, plus calme, il a vomi une fois seulement; pas de selles abondantes, se sont de *vrais crachats muqueux.*

Dans la nuit du 14 au 15, cinq ou six selles muqueuses avec une teinte de matières fécales. Puis dans la journée du 15 les selles ont reparu avec des vomissements éloignés; l'enfant ne prenait que quelques cuillerées de liquide. Il s'est graduellement affaissé, le froid des extrémités et du nez a augmenté. Le pouls est de plus en plus petit, pas de convulsions. Le dimanche, empâtement au côté gauche de la vessie.

Le matin, M. Pélissier avait senti une tumeur au niveau du colon descendant. Du reste, le ventre n'a jamais été ballonné. L'enfant est mort épuisé le 15 au soir après un peu plus de deux jours de symptômes aigus. Il avait pris en tout 60 centigrammes de calomel, un bain, des lavements huileux et des frictions mercurielles.

Autopsie. — Décomposition assez avancée, vergetures; petit visage; yeux caves; son corps n'est cependant pas amaigri; le pannicule graisseux est épais. On ne sent pas de tumeur, le ventre n'est pas ballonné. Nous incisons l'abdomen à l'hypogastre; l'intestin grêle est distendu, appliqué, sans adhérence toutefois, contre la paroi abdominale; en sorte que, malgré nos précautions, nous entamons sa paroi. Il jaillit par l'ouverture un liquide verdâtre, fétide. Après avoir enlevé la paroi du ventre, nous apercevons l'intestin grêle assez développé; en examinant avec soin la fosse iliaque droite, nous ne retrouvons pas le cœcum, et en remontant nous ne voyons pas non plus le colon ascendant et le colon transverse.

En nous aidant de l'intestin grêle, dont nous déployons les circonvolutions de haut en bas, nous arrivons sur une masse d'intestin comparable à un godiveau, située au-devant et à gauche de la colonne vertébrale et se continuant dans le bassin directement avec le rectum. Cette tumeur est noueuse à sa partie supérieure, sa couleur est violet-noir; au-dessous, elle a la couleur de l'intestin. En la palpant, on sent qu'elle est formée par l'intestin rentré en lui-même.

En poussant le *godiveau* de bas en haut, nous faisons graduellement avancer le colon descendant, le colon transverse et le colon ascendant; puis une légère traction dégage les trois derniers pouces de l'intestin grêle et le cœcum. Alors l'intestin est déployé dans toute sa longueur; après l'avoir coupé à quatre pouces au-dessus du cœcum et au niveau de la partie inférieure du rectum, nous l'incisons. La portion invaginée de l'intestin grêle est parfaitement saine; les trois portions du colon et le rectum présentent çà et là des arborisations, des plaques d'un rouge assez vif; mais la membrane muqueuse a son épaisseur et sa consistance normales. La véritable lésion existe dans le cœcum. Cette portion de l'intestin est d'un rouge noir; ses tuniques réunies ont plus d'une ligne d'épaisseur; on peut, en les comprimant, en faire découler du liquide noirâtre, et une pression longtemps continuée diminue notablement l'épaisseur des parois. La membrane muqueuse est noirâtre; elle est inégale, très épaissie, s'enlève en gros détritus par le grattage, et exhale une odeur bien manifestement gangréneuse, qu'on ne retrouve pas dans le reste de l'intestin. Cependant cette lésion diffère des eschares gangréneuses par sa couleur rouge-noir. Nous serions tenté de croire que nous n'avons eu sous les yeux qu'une infiltration sanguine dans l'épaisseur et à la surface de l'intestin. L'appendice cœcal était long et compris dans l'invagination. Il n'existait pas de trace de péritonite au voisinage de l'invagination. Le reste de l'intestin grêle était parfaitement sain. L'estomac était vide, il contenait beaucoup de mucus; sa membrane n'était pas altérée. Le foie, la rate et les reins n'offraient aucune lésion. Les autres organes n'ont pas été examinés.

Deuxième enfance. — Dans la seconde enfance, la maladie offre, au début, des symptômes analogues à ceux de l'invagination chez l'adulte; savoir: de vives douleurs de ventre intermittentes, accompagnées de vomissements, et ordinairement d'une constipation très opiniâtre, de tension du ventre avec ballonnement, avec ou sans tumeur. La face est grippée, l'anxiété grande, la fièvre vive; l'apparence de la maladie est, en général, celle de la péritonite. A mesure qu'elle marche, à mesure les symptômes s'accroissent, le ballonnement du ventre augmente, les douleurs sont très vives, les vomissements deviennent souvent stercoraux, la constipation est toujours opiniâtre, l'angoisse redouble, le pouls est petit, il y a des sueurs froides, le faciès est profondément altéré. Cette seconde phase ressemble beaucoup à celle de l'invagination dans la première enfance, mais elle diffère souvent par sa terminaison.

Quelquefois la mort termine la scène au bout d'un temps plus ou moins long; mais dans d'autres cas les enfants recouvrent la santé par l'élimination de la portion invaginée. Au moment où les symptômes généraux ont acquis leur plus haut degré de gravité, où tout semble annoncer une fin prochaine, la crise arrive, les petits malades rendent des selles fétides, noirâtres, mélangées de sang et de matières fécales; en même temps, ou peu après, ils évacuent une portion plus ou moins considérable de l'intestin grêle ou des gros intestins. Après cette évacuation, qui est suivie de plusieurs autres selles noirâtres, fétides, le soulagement est très marqué, la fièvre baisse, les coliques disparaissent, l'abdomen s'affaisse, la langue s'humecte et se nettoie, l'appétit reparaît avec une grande vivacité, et au bout de quelques semaines la guérison est complète.

Il reste quelquefois pendant un temps plus ou moins long quelques dérangements des voies digestives, des alternatives de diarrhée et de constipation, des coliques continues ou intermittentes, de la difficulté dans la marche, avec propension à pencher le corps en avant, de l'amaigrissement, etc.; mais tous ces symptômes se dissipent, et l'enfant finit par recouvrer sa santé.

La maladie, comme dans la première enfance, suit presque toujours la marche des affections aiguës; cependant elle peut aussi suivre une marche plus lente, comme chez l'adulte. Dans les cas de cette espèce, l'apparence de chronicité est probablement le résultat d'une maladie antécédente, comme cela paraît avoir lieu dans l'observation suivante du docteur Monro (1).

Un garçon de douze ans se plaignit pendant plus d'un an de coliques souvent accompagnées de diarrhée et de selles sanguines. Lorsque l'auteur le vit, il était très émacié et faible; il avait le pouls fréquent. Deux semaines plus tard, il rendit par les selles un lambeau d'intestin livide de 13 pouces de long; les symptômes généraux persistèrent, et au bout de six semaines il mourut. A l'autopsie, on trouva :

1° Une petite péritonite (probablement chronique);

2° L'union de l'iléum au colon, avec rétrécissement au niveau de la cicatrice.

Les deux observations suivantes offriront des exemples, l'une d'une invagination terminée rapidement par le retour à la santé; l'autre d'une maladie qui s'est prolongée pendant bien des mois avant que la guérison ait été complète.

Obs. III (2). — *Garçon de neuf ans. — Coup sur le ventre; depuis lors alternatives de diarrhée et de constipation, mais conservation de la gaieté et de l'appétit. Début par des coliques, puis des vomissements et de la constipation.—Le cinquième jour, vomissements stercoraux. — Dans la journée, rétablissement des évacuations. — Le septième jour, débris membraniformes et selles fétides noirâtres. — Le dix-septième, l'enfant rend un lambeau d'intestin. — Guérison.*

Le 12 juillet 1847, je fus demandé pour voir Charles H., âgé de neuf ans. L'enfant n'avait jamais eu d'autre maladie que la rougeole au printemps de la même année; il s'en était parfaitement bien remis.

Cinq semaines avant le début, l'enfant était revenu de l'école pâle et décomposé, en disant qu'un de ses camarades lui avait donné un coup de pied dans le ventre; dès lors il pâlit et maigrit; il eut de la diarrhée alternant avec de la constipation, sans cependant perdre son appétit et sa gaieté naturelle.

Le samedi 10 juillet, il avait pris avec grand plaisir un bain froid. Dans la nuit du samedi au dimanche il eut des maux de ventre sans évacuation, et le dimanche il resta au lit jusqu'à onze heures du matin. En se levant il avait de la peine à se redresser et à marcher droit, à cause d'une tension douloureuse dans la région iliaque droite. Malgré cela, il essaya l'après-midi d'aller à la campagne; mais il revint bientôt pour se mettre au lit. On lui donna de l'eau sucrée, qu'il vomit, et il eut encore cinq ou six vomissements dans la nuit.

Dans la matinée du lundi 12 juillet, jour où je le vis pour la première fois, il se plaignait de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, qui l'obligeaient à se tenir courbé et augmentaient au moindre attouchement; on sentait en ce point, à travers les parois du ventre, une dureté de l'étendue de la paume de la main; vomissements des boissons qu'on lui donna, et constipation depuis le 10, face étirée, pouls à 120, très petit, grande soif.

Traitement. — Sangsues, cataplasmes; 5 centigrammes de calomel par heure.

Le mardi 13, l'enfant prit 60 centigrammes de calomel sans être évacué. Du reste, aucun changement.

Traitement. — Bains, frictions mercurielles, cataplasmes et grands lavements huileux.

Le mercredi 14, point de changements, le ventre est plus ballonné, la fièvre et les angoisses augmentées. (Huile de ricin, 15 grammes par heure.) L'enfant a pris dans le courant de la journée 120 grammes sans évacuer.

Dans la nuit du mercredi au jeudi je lui fis prendre de l'eau de Pillna naturelle. Le matin du jeudi (cinquième jour) point d'évacuations, les matières vomies prennent l'odeur fécale. A six heures du matin grande agitation, faciès décomposé, les yeux rentrés dans leur orbite, sueurs froides générales, odeur fécale très forte des éructations et des vomissements, ventre très ballonné presque plus douloureux, pouls vermiculaire, respiration accélérée et difficile; en sorte que je crus l'enfant arrivé au terme fatal. Je prescris un lavement avec l'électuaire lénitif et une potion avec 36 gouttes de laudanum de Sydenham. Au bout de deux heures je revois l'enfant, qui est plus calme; le pouls est revenu, les transpirations froides sont remplacées par des transpirations naturelles; mais il n'y a point encore de selles. — Frictions d'huile de croton sur le ventre. Au bout d'une heure il rendit le lavement. Dans la même journée il eut encore plusieurs selles de matières fécales en grande quantité; il éprouva un grand soulagement, et se livra à un sommeil court, mais tranquille; les coliques se firent sentir de loin en loin, très supportables.

Le vendredi 16, le mieux continue.

Le samedi 17, selles abondantes d'eau rousse et noirâtre très fétide, et mélangée de lambeaux ressemblant à des détritus d'intestins. (J'eus soin de recommander de conserver toutes les matières.)

Le dimanche et les jours suivants, deux à trois selles par jour, toujours moins fétides. L'appétit reprit et se changea bientôt en voracité. Le peu de nourriture qu'on donne au malade passe presque immédiatement et sans avoir subi d'altération par la digestion; de temps en temps il ressent des coliques. Au bout de quelques jours la digestion se rétablit, les selles redeviennent à peu près naturelles.

Le 27, je fus demandé pour aller voir mon malade. Le matin il avait éprouvé le besoin d'aller du ventre, et, ayant fait de grands efforts, il avait rendu avec un bruit éclatant un volumineux fragment. J'examinai le corps étranger, et je reconnus un morceau de l'intestin d'environ quatre pouces de longueur sur un et demi de largeur; mais je ne pus pas bien apprécier à quelle partie de l'intestin il avait appartenu (3).

Remarques. — Cette observation nous offre l'exemple d'une invagination rapidement guérie. Le succès a été complet; on a pu voir combien les symptômes se sont éloignés de ceux qu'on observe dans la première enfance, ou plutôt de ceux de l'invagination du gros intestin. Aussi nous serions tenté de croire que c'est à une invagination de l'intestin grêle que M. Pélissier a eu affaire, bien que nous n'ayons pu déterminer d'une manière exacte à quelle portion de l'intestin appartenait le fragment expulsé. L'époque à laquelle a eu lieu l'évacuation du lambeau d'intestin a été séparée d'une dizaine de jours de celle où les symptômes ont indiqué que l'élimination s'était faite; c'est là un fait exceptionnel.

L'observation suivante, qui est un exemple d'invagination de l'intestin grêle, a ressemblé dans le début à celle du docteur Pélissier; mais la guérison n'a été obtenue qu'au prix d'accidents pénibles, prolongés et graves.

Obs. IV. — *Garçon de six ans. — Symptôme d'iléus, fièvre, vomissements stercoraux, constipation opiniâtre, etc. — Le septième ou le huitième jour, évacuation noire. — Cessation des symptômes pénibles. — Deux jours plus tard, évacuation d'un lambeau d'intestin. — Plus tard, apparition de coliques intermittentes. — Convalescence très longue. —Guérison définitive après un traitement mercuriel.*

Un enfant de six ans (1) était atteint, lorsque je le vis pour la première fois, de symptômes peu alarmants. Un purgatif qu'on lui administra opéra aisément et avec une apparente efficacité. Le lendemain il commença à se plaindre de douleurs dans les entrailles; la fièvre était intense; elle alla en augmentant pendant deux ou trois jours, accompagnée de nausées, de vomissements stercoraux et des symptômes les plus évidents d'une constipation opiniâtre et d'une intussusception.

La vivacité de la douleur, l'intensité de la chaleur, l'accélération du pouls, la rougeur et la sécheresse de la langue et la grande prostration des forces laissèrent à peine une ombre d'espérance de voir la maladie se terminer favorablement. Environ quatre ou cinq jours plus tard, l'enfant rendit une évacuation noire, couleur indigo, qui fut suivie d'un prompt soulagement et bientôt d'une entière disparition des symptômes alarmants. Cette selle fut suivie d'une ou deux autres, noires, abondantes, mais de même apparence. Les évacuations devinrent bientôt naturelles, les fonctions régulières, les symptômes fébriles disparurent, la langue se nettoya, l'appétit se fit sentir; en un mot, la convalescence s'établit.

Deux jours après le rétablissement des selles, l'enfant évacua deux circonvolutions intestinales de deux pouces de longueur, dont une partie commençait à se gangrener, une autre était putréfiée, le reste était sain. Trente-quatre heures après, il rendit un fragment d'intestin de trente-trois pouces de long. Après cette élimination, les selles se rétablirent, mais avec douleur et difficulté. Les évacuations prirent l'apparence des lavures fermentées dans une distillerie. Les digestions étaient très imparfaites; un grand amaigrissement en fut le résultat; la nutrition se faisait assez mal pour menacer la vie.

Cet état persista pendant plusieurs semaines; puis la douleur, qui avait été habituellement constante, devint périodique, et prit toute la régularité des douleurs d'accouchement avec des intervalles qui variaient de cinq à quinze minutes. Chaque paroxysme durait une minute ou une minute et demie, et était remplacé par un état de bien-être parfait. A la réapparition de la douleur, le ventre, qui auparavant était contracté, devenait soudainement enflé et distendu, et l'on apercevait au travers de ses parois chaque mouvement et chaque oscillation péristaltique du tube intestinal. Après avoir résisté durant plusieurs semaines à tous les moyens de traitement mis en usage, ce terrible symptôme disparut à la suite d'un traitement mercuriel.

La santé se rétablit graduellement, et au bout de deux ans après le début, l'enfant jouissait d'une santé passable, quoiqu'il fût, plus que les enfants de son âge, sujet aux coliques et aux dérangements d'entrailles.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 janvier 1852. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CANCER ET TISSU FIBRO-PLASTIQUE.

Tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe, extirpée deux fois et récidivée sur place.

M. Larrey communique, sous ce titre, une observation qu'il croit digne d'intérêt aux points de vue du diagnostic, de l'anatomie pathologique et de la récidive des tumeurs dites fibro-plastiques.

« Un ancien militaire, gendarme mobile, nommé Genter, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une bonne constitution, s'était aperçu dès sa jeunesse et presque dès son enfance de la présence d'une petite tumeur au-devant de la fesse gauche vers le niveau de la face externe de la crête iliaque, sans qu'aucune cause appréciable parût y avoir donné lieu. Cette tumeur, présumée même d'origine congénitale, n'avait guère plus de volume qu'une noisette à l'époque du recrutement, et n'occasionnant alors ni gêne, ni douleur, elle passa presque inaperçue au conseil de révision. Mais depuis l'entrée au service elle s'accrut progressivement sous l'influence de la pression mécanique exercée par le bord du ceinturon et par la poignée du sabre. Les fatigues ne firent qu'exciter l'action lente, mais à peu près continue de cette cause locale, et au bout d'une vingtaine d'années la tumeur avait acquis un développement assez considérable pour ne pouvoir plus supporter l'équipement militaire. Elle devint même le siége de douleurs qui ne s'étaient jamais fait sentir, et caractérisées par des élancements irréguliers. Ce malade fut obligé de cesser à peu près son service en 1850. Il entra au Val-de-Grâce au mois de mars 1851, et fut placé dans nos salles de clinique.

» Voici dans quel état il se trouvait. Ce militaire paraissait avoir une assez bonne santé, quoiqu'il fût déjà venu à l'hôpital pour de légères affections de poitrine (bronchite aiguë, sans indice de tuberculisation); il avait eu aussi une maladie syphilitique caractérisée par des chancres primitifs, mais bien guérie. Nulle raison d'ailleurs de rattacher le mal local à ces causes générales.

» La tumeur siégeant à la face antérieure et supérieure de la région iliaque externe du côté gauche offrait alors le volume d'une grosse orange; elle était assez régulièrement arrondie, ayant une

(1) V. Thomson, loc. cit., p. 317.

(2) Cette observation nous a été communiquée par notre confrère le docteur Pélissier. Nous la transcrivons textuellement.

(3) Nous avons eu entre les mains ce fragment d'intestin; mais pas plus que M. Pélissier nous n'avons pu déterminer s'il provenait de l'intestin grêle ou du gros intestin.

(1) Case of intususception, with slonghing of a large portion of intestine, voided by stool. By Levt Gaylord, *American Journal of medical sciences*, Februari 1850, dans Thomson Le, p. 308.

surface lisse, sauf une bosselure en avant; une coloration rougeâtre avec injection veineuse et amincissement de la peau, mais sans ulcération; elle avait une consistance ferme, résistante dans tous les points, et paraissant élastique; une mobilité notable dans toute sa circonférence ou portion libre, donnant aux doigts une sensation de glissement comme dans un kyste, mais ne provoquant, par diverses pressions, qu'une sensibilité faible ou très obtuse, sans complication enfin d'aucune altération des parties adjacentes ni d'engorgement des ganglions circonvoisins, ni de la moindre altération de la santé générale. Cette tumeur, en un mot, nous offrait les caractères extérieurs des tumeurs dites fibro-plastiques, et elle fut diagnostiquée comme telle. C'était donc une tumeur placée dans des conditions favorables pour le pronostic, eu égard à l'opportunité de l'extirpation, malgré des chances de récidive locale.

» L'opération étant ainsi reconnue nécessaire, après en avoir discuté les avantages dans l'une de nos conférences cliniques, j'y procédai le 20 mars par une double incision semi-elliptique, circonscrivant la base de la tumeur. Cette opération fut facilitée par une énucléation rapide de la plus grande partie de la tumeur, et terminée en moins de deux minutes. Un seul point d'adhérence à la base nécessita une simple excision; une hémorrhagie veineuse assez abondante de toute la surface survint à la section des parois, comme si un réseau de tissu érectile avait enveloppé cette tumeur; mais la ligature ou la torsion de cinq ou six artérioles et quelques ablutions d'eau froide suffirent pour arrêter l'écoulement de sang. Les lèvres assez extensibles de la plaie furent réunies à l'aide de quatre points de suture, et des compresses graduées, soutenues par un bandage contentif, en complétant le pansement, prévinrent le retour de l'hémorrhagie.

» La tumeur, examinée avec soin aussitôt après l'opération, est enveloppée d'un kyste mince cellulo-fibreux autour duquel se trouve une couche de tissu cellulo-adipeux lâche, très vasculaire (ce qui explique l'abondance de l'effusion sanguine au moment de l'opération). Quant à la tumeur elle-même, elle se compose d'une masse homogène, irrégulièrement arrondie, du volume d'une orange, de consistance ferme, élastique, d'un aspect luisant, de coloration jaunâtre et légèrement rosée, d'une texture *sui generis*, non décomposable en lobules, comme la graisse, sans vascularisation intérieure, sans exsudation de liquide blanchâtre ou lactescent, sans ramollissement ni dégénérescence, sans mélange de tissu graisseux; n'offrant enfin, au microscope, nulle trace de l'élément ou de la cellule du cancer, mais exclusivement des corps fusiformes allongés, dont la nature est bien celle du tissu fibro-plastique, ainsi que nous le démontra la recherche attentive faite par notre savant confrère M. Lebert.

» La tumeur, présentée d'ailleurs à la Société anatomique, ne laissa point de doute à cet égard.

» Le résultat de l'opération avait été très satisfaisant; aucun accident notable, soit primitif, soit consécutif, n'était survenu, sauf un gonflement des bords de la plaie, qui nécessita, dès le second jour, la levée de l'appareil et l'enlèvement des sutures, sauf ensuite une altération de la surface de cette plaie, devenue grisâtre et d'une suppuration sanieuse, offrant l'aspect de la pourriture d'hôpital. Mais bientôt des pansements appropriés (à l'aide du styrax, etc.), modifièrent favorablement l'état des choses; et la plaie, une fois détergée, commença, dès les premiers jours d'avril, à se cicatriser en même temps que la santé générale était satisfaisante; et vers la fin de ce mois la cicatrisation, étant complète, permit au malade de sortir de l'hôpital, quarante-cinq jours après l'opération.

» La cicatrice est restée solide pendant huit mois environ, et Genter a pu, durant cette période, reprendre son service et en supporter toutes les fatigues. Mais dès le troisième mois, une récidive se manifesta sur place, ou dans la cicatrice même, sous forme d'une tumeur grosse d'abord comme une noix seulement. Cette tumeur augmenta d'une manière graduelle vers le sixième mois surtout; et dans le courant de novembre, elle s'ulcéra d'abord sous forme d'une simple érosion, et ensuite dans une plus grande étendue. Elle acquit enfin un développement assez considérable pour obliger le malade à cesser son service et à rentrer au Val-de-Grâce, où il fut admis le 27 décembre 1851.

» La cause mécanique qui semblait avoir favorisé le développement primitif de la tumeur nous paraît avoir provoqué sa récidive et son augmentation graduelle avec ulcération.

» Quoi qu'il en soit, voici dans quelles conditions nouvelles se présente cette tumeur à notre examen clinique, le 14 janvier. Elle offre dans son ensemble une masse considérable du volume à peu près d'une tête d'enfant d'un an; sa forme est irrégulièrement arrondie; sa surface est ulcérée dans une grande étendue, sous l'aspect d'un fongus; sa circonférence mesure 42 centimètres, et sa superficie 29; l'ulcération fongoïde comprend ses deux tiers environ, et est recouverte d'une couche pultacée, avec suppuration sanieuse et odeur fétide; la base est protégée encore par les téguments intacts, mais distendus, amincis, enflammés; la sensibilité, très manifeste en ce point et un peu au delà, est nulle dans la masse ulcérée, même à une pression assez forte; la consistance, mollasse à la superficie, est ferme, élastique profondément. L'augmentation enfin de cette tumeur est telle, que de jour en jour elle semble plus prononcée, sans offrir, non plus que la première fois, le moindre engorgement des ganglions circonvoisins; mais elle exerce sur l'ensemble de l'économie une influence marquée, à en juger par l'état d'émaciation, par l'altération de la face, par l'affaiblissement général avec insomnie, toux, inappétence, etc., sans autre complication appréciable qu'un peu de râle sibilant et de matité du côté droit de la poitrine.

» L'extirpation nouvelle de cette tumeur ainsi récidivée, étant donc nécessaire et vivement réclamée par le malade, est pratiquée le 15 janvier, en présence de MM. Lustreman et Mounier, chirurgiens majors, professeurs au Val-de-Grâce. L'inhalation de chloroforme me permet de détacher promptement la tumeur par une incision circulaire à sa base, et de cautériser fortement sa surface avec le fer rouge, dans un point surtout qui semblait offrir des adhérences assez profondes. Aucun indice cependant n'annonce que le périoste de l'os iliaque soit malade ou dénudé, très peu de sang s'écoule cette fois; un pansement à plat avec compression légère est appliqué ensuite, et le malade est soumis au régime des grandes opérations. Il éprouve, dès les premières heures, un soulagement notable; à la suite d'une transpiration abondante, il a un sommeil assez calme. Mais le lendemain il ressent quelques élancements dans la plaie, et trois jours après il est atteint tout à coup d'une dyspnée extrême avec du frisson qui nous aurait fait craindre des accidents de résorption, si cet état ne s'était dissipé spontanément comme il était survenu.

» La suppuration s'établit ensuite régulièrement dans la plaie, qui tend à se recouvrir de bourgeons charnus; la santé du malade semble s'affermir de plus en plus; et la guérison définitive serait prochaine si la nature de la maladie ne nous laissait encore l'appréhension d'une récidive nouvelle.

» Quant à la tumeur enlevée ainsi pour la seconde fois, elle offre un volume beaucoup plus considérable que la première; sa forme est à peu près sphéroïde; son diamètre mesure 19 centimètres, et son poids 670 grammes; sa surface extérieure est bosselée, d'apparence fongueuse dans quelques points et gangréneuse dans d'autres; sa base offre des traces d'adhérences, comme celles d'un pédicule; sa texture intérieure est homogène, d'un blanc jaunâtre, de consistance fibreuse, dense, élastique, excepté dans un point où ce tissu, semblant raréfié, contient une matière semi-liquide, d'apparence colloïde. Le suc interstitiel est incolore et non lactescent, non grumeleux et sans indice de cellules cancéreuses. »

M. Larrey, en terminant cette communication, présente la tumeur, qui a été déjà soumise à l'examen de la Société anatomique, et il prie M. Lebert de vouloir bien exposer, à ce sujet, le résultat de ses recherches microscopiques sur les caractères différentiels des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses.

Discussion.

M. Lebert montre d'abord un dessin qui représente le tissu de la tumeur enlevée par M. Larrey. C'est du tissu fibro-plastique dans sa forme tout à fait typique, composé exclusivement de corps fusiformes allongés, terminés à l'une de leurs deux extrémités ou à toutes les deux en pointe effilée, renfermant un noyau oblong, étroit, muni d'une ou deux nucléoles punctiformes; beaucoup de ces noyaux existent à l'état libre, sans être entourés d'une membrane fusiforme d'enveloppe. Le tissu tout entier est formé par ces éléments, non-seulement dans les endroits dans lesquels son aspect est d'un jaune pâle, homogène, élastique, mais aussi dans les endroits très vasculaires un peu moins consistants. La compression ne fait sortir de ce tissu qu'un liquide clair et transparent; on constate l'absence complète de tout élément cancéreux microscopique et l'absence de pus cancéreux appréciable à l'œil nu.

Ayant pu me convaincre que les idées de plusieurs membres de la Société n'étaient pas encore bien fixées au sujet des tumeurs fibro-plastiques, je vais rappeler les principaux traits anatomiques et cliniques de ces produits accidentels, préparant d'ailleurs pour la Société un travail plus étendu basé sur l'analyse de tous les faits que j'ai recueillis depuis dix ans sur cette matière.

J'ai donné dans le temps le nom de tissu fibro-plastique au tissu connéitif, fibro-cellulaire en voie de formation, soit pendant la vie embryonale, soit comme tissu accidentel. M. Robin a rencontré le tissu fibro-plastique à l'état permanent dans la membrane muqueuse utérine.

Je ne m'occuperai dans ce moment de ce tissu que comme constituant un groupe particulier de tumeurs.

Les tumeurs fibro-plastiques peuvent se former dans l'épaisseur de la peau même, où elles sont connues sous le nom bizarre de kéloïdes, et se développent tantôt spontanément, tantôt dans des cicatrices, reviennent avec opiniâtreté après des opérations, mais n'occupent qu'une région circonscrite lors même qu'il y en a un certain nombre groupées ensemble.

Les tumeurs fibro-plastiques sont surtout fréquentes dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire des membres; la cuisse en est un des siéges de prédilection. Malgré le volume notable que peuvent y acquérir ces tumeurs, on est frappé de la facilité avec laquelle on peut les énucléer. Il serait trop long de décrire ici les divers aspects sous lesquels ce tissu peut se présenter; on les distinguera ordinairement du cancer par l'absence d'un suc trouble et lactescent, et par la présence de ces éléments fibro-plastiques si curieux dans lesquels on peut suivre tous les passages entre la fibre et la cellule. Ce fait n'offre rien d'extraordinaire pour celui qui a suivi les progrès de la physiologie moderne, d'après lesquels il est démontré que, tant dans le règne animal que dans le règne végétal, presque tous les tissus, quel que soit du reste leur aspect fibreux, dérivent primitivement de cellules.

La tumeur fibro-plastique n'est pas très rare dans les enveloppes séreuses et fibreuses du cerveau, et y constitue le plus souvent le mal désigné sous le nom de fongus de la dure-mère.

Les tumeurs fibro-plastiques sont habituellement uniques dans l'économie, et exceptionnellement elles sont multiples sur la région affectée. En général, une opération suffisamment étendue peut en triompher définitivement; toutefois les cas de récidive au-dessous de la cicatrice ne sont pas très rares, mais encore y observe-t-on ces deux faits à peu près constants, savoir : l'absence d'engorgement ganglionaire circonvoisin et l'état intact de la santé générale malgré la durée prolongée de la maladie. Vous avez tous encore présent à l'esprit, messieurs, le malade qui vous a été présenté à différentes reprises par M. Chassaignac, et qui porte depuis cinq ans environ une tumeur fibro-plastique à la région thoracique gauche, qui, déjà trois ou quatre fois enlevée, revient toujours sous la cicatrice, mais laisse les ganglions de l'aisselle intacts et n'empêche pas le malade de jouir d'une santé générale parfaite.

Dans des cas très exceptionnels les tumeurs fibro-plastiques, d'abord locales, peuvent se généraliser et engendrer une véritable diathèse fibro-plastique. J'ai pu en recueillir trois exemples, dont je dois le plus curieux à l'obligeance de notre honorable président M. Larrey, qui a communiqué aussi ce fait dans le temps à la Société. Mais notez bien que ces trois cas sont les seuls, sur plus de 100 cas de tumeurs fibro-plastiques, sur lesquels j'aie pris des notes. Il est bon que le pathologiste et le praticien soient prévenus de cette possibilité, sans toutefois lui attribuer une importance au-dessus de sa valeur réelle. Beaucoup de maladies, strictement locales dans la généralité des cas, peuvent exceptionnellement se généraliser. Qui de nous n'a pas rencontré des individus atteints d'une véritable diathèse lipomateuse portant vingt, trente, quarante tumeurs graisseuses à la surface du corps? J'ai vu, il y a un an environ, au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal (de Calvi), un individu qui portait plus de quatre-vingts tumeurs enkystées glandulaires à la surface du corps. J'ai vu, il y a plusieurs années, dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Beaujon, un malade qui portait plus de cent tumeurs fibreuses à la surface du corps, dont l'une, extirpée, a pu être examinée.

Il résulte de toutes mes recherches sur les tumeurs fibro-plastiques qu'elles constituent une maladie locale qui, dans des cas rares et exceptionnels seulement, peut se généraliser, mais qui ordinairement, lors même qu'elle récidive, ne revient que sur place.

La portée pratique de ce résultat me paraît grande. Le véritable cancer est malheureusement, d'après mes nombreuses recherches, une maladie toujours générale, infectieuse; nos opérations n'ont sur lui qu'une prise palliative; le mal en lui-même est incurable. J'ai vainement cherché jusqu'à ce jour dans la science un fait irrécusable d'un cancer guéri.

D'un autre côté, on a confondu avec le cancer beaucoup de maladies curables, hypertrophies glandulaires, tumeurs épidermiques, tumeurs fibro-plastiques. Ces maladies, étant de nature essentiellement locale, doivent être poursuivies avec persévérance dans leurs récidives, et souvent le chirurgien éclairé aura raison d'une maladie en apparence fort grave qu'une erreur de diagnostic aurait rendue incurable.

La connaissance approfondie de ces tumeurs est donc d'une égale importance pour l'anatomiste et pour le clinicien.

M. Maisonneuve défend les travaux de M. Lebert sur le tissu fibro-plastique; la pratique confirme chaque jour les idées de M. Lebert, et la plupart des chirurgiens les adoptent. Depuis que je les connais, j'ai obtenu la guérison de tumeurs dites cancéreuses récidivées, grâce à des opérations répétées. Avant que j'eusse connaissance des travaux de notre collègue, j'avais à plusieurs reprises poursuivie des productions morbides que je considérais comme cancéreuses, et quelquefois avec succès. Toutefois, j'étais moins hardi que maintenant; en me fondant sur les idées nouvelles, j'ai opéré pour la troisième fois une personne de ma connaissance d'un cancer ulcéré de la langue, opéré déjà à deux reprises. La partie malade fut enlevée ainsi que les ganglions malades, et depuis cette dernière opération le malade est très bien; déjà dix-huit mois se sont écoulés, et tout me porte à croire qu'il ne surviendra pas d'accidents. Le microscope nous donnait après une première opération la nature exacte du produit enlevé. On comprend toute la hardiesse que le chirurgien puise dans un tel examen, quand celui-ci lui démontre qu'il a affaire à un produit fibro-plastique.

M. Nélaton revient sur le malade dont M. Maisonneuve vient de donner en peu de mots l'observation. Il comprend que le malade opéré pour la troisième fois soit guéri; mais depuis quand cet opéré a-t-il été vu par M. Maisonneuve? Les reproductions peuvent être très promptes, et si le malade n'a point été vu depuis peu de temps, ne pourrait-on pas émettre un doute sur la non-récidive?

M. Maisonneuve. Le doute n'est pas possible; le malade est vu par moi très souvent, et chaque fois avec soin. D'ailleurs, ce n'est point le seul cas que je puisse citer de l'avantage qu'il peut y avoir à poursuivre les récidives des tumeurs dites cancéreuses. Il fera connaître plus tard l'observation d'un malade opéré par lui d'une tumeur volumineuse développée à la cuisse. L'ablation de cette tumeur fut suivie d'une récidive dans le pli de l'aine avec pénétration de la tumeur dans la fosse iliaque, où il fallait aller la chercher. — Une nouvelle opération est faite, et le malade a parfaitement guéri.

M. Robert. Je demanderai à M. Maisonneuve quelle est la nature du produit enlevé par lui, quand il a opéré pour la troisième fois le malade dit affecté de cancer de la langue.

M. Maisonneuve. Suivant moi, j'avais affaire à un cancer épithélial, que j'ai fait disparaître à l'aide du bistouri et qui avait résisté à la ligature deux fois pratiquée pour le détruire. L'examen microscopique ne fut point fait.

M. Robert. Je regrette que l'examen de la tumeur enlevée par M. Maisonneuve n'ait point été fait; cette observation perd de son intérêt à cause de cette circonstance. Maintenant, est-il bien vrai, bien démontré que nous ne guérissons que le cancer épithélial, ou les tumeurs fibro-plastiques? Je crois, pour mon compte, avoir vu guérir des malades affectés de véritables cancers. Il y a quelques années, j'ai donné des soins à un homme des environs de Paris qui avait été mordu par un chien. A la suite de cet accident cet homme devint triste, morose, et un des testicules devint le siége d'une altération que je considérai comme de nature encéphaloïde. Cet homme a guéri, mais il est resté voisin d'un état de folie. Depuis, j'ai eu occasion de voir une personne portant une ulcération cancéreuse de la langue, et deux autres cautérisations faites avec le chlorure d'or ont amené une guérison complète de la langue. Deux ans après une tumeur de mauvaise nature apparaissait au cou, et faisait succomber le malade.

M. Maisonneuve. En me plaçant il y a un instant au point de vue clinique, j'ai dit que j'avais été assez heureux pour débarrasser deux malades affectés, l'un d'un cancer épithélial, et l'autre de tumeurs fibro-plastiques. M. Robert m'objecte que le microscope n'avait point déterminé la nature du produit, et que par conséquent je m'étais hâté de conclure. Je lui ferai la même objection. Le microscope n'ayant pas déterminé la nature des produits que vous avez enlevés ou détruits, vous n'êtes point en droit de conclure qu'ils étaient cancéreux.

M. Lebert. Dans un travail inséré parmi les mémoires de la Société de chirurgie, j'ai cherché à déterminer la loi de propagation du cancer épithélial, et j'ai démontré que c'est surtout dans les ganglions voisins que la propagation a lieu et non dans les ganglions éloignés. Sur dix-huit autopsies faites à la suite de la mort déterminée par le cancer épithélial, je n'ai point trouvé d'autres ganglions qui fussent pris que ceux existants dans la zone anatomique.

M. Michon. M. Maisonneuve a dit au commencement de cette discussion que les idées nouvelles sur les tumeurs cancéreuses et celles qui en diffèrent étaient généralement acceptées. Je voudrais qu'il en fût ainsi; mais ne savons-nous pas que beaucoup de praticiens distingués n'ont point encore accepté d'une manière absolue les faits nouveaux! C'est à la Société de chirurgie que l'on devra la propagation de ces idées, et ce ne sera pas le moindre service qu'elle aura rendu à la science. La détermination de la nature des tumeurs n'est pas chose facile, même après leur ablation. Je dirai à M. Robert que l'encéphaloïde, la forme la plus nette, la mieux déterminée de cancer, n'est pas toujours facilement reconnue. J'ai pris pour une encéphaloïde une tumeur de la cuisse que j'avais enlevée, et le microscope m'a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale.

Blandin lui-même s'est souvent mépris sur la nature des tumeurs qu'il enlevait, et un de ses élèves, M. Brocca, a démontré que des tumeurs considérées par lui comme des cancers, et qu'il avait enlevées sans récidive, n'étaient que des tumeurs fibro-plastiques. Maintenant peut-on dire que le cancer soit incurable? C'est une question difficile à juger actuellement. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe des cancers à marche plus ou moins rapide, dont la manifestation après l'ablation est plus ou moins lente; et je considère que c'est un grand service rendu à la science que d'avoir distingué, parmi les tumeurs, celles qui tiennent à une hypertrophie pure et simple de celles qui sont un produit hétéromorphe, et, parmi celles-ci, celles qui ne se reproduisent que sur place et dans les ganglions de celles qui envahissent et empoisonnent l'économie tout entière.

M. Demarquay. Je ferai observer à mon excellent maître M. Michon que, si Blandin a commis des erreurs dans la détermination de la nature des produits qu'il enlevait, c'est que ces erreurs étaient inévitables au moment où il vivait, puisque les idées que nous discutons ici étaient à peine connues à sa mort; cependant il y avait dans sa classification des tumeurs qu'il considérait comme cancéreuses. Un fait essentiellement pratique, c'est celui-ci : pour lui, le cancer existait sous deux formes : l'une vague, disséminée; l'autre enkystée. La première forme, il la croyait rarement curable, tandis que la seconde l'était; aussi, quand devant l'Académie de médecine il défendait la cause de la curabilité du cancer, c'est surtout

du cancer enkysté qu'il voulait parler. Eh bien! les idées nouvelles, que disent-elles? C'est que les tumeurs fibro-plastiques se présentent le plus souvent sous la forme que Blandin donnait au cancer curable. Vous voyez que, sous ce rapport, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu se rapprochait de la vérité.

M. Chassaignac. J'ai présenté à la Société, il y a quelque temps, une femme qui depuis six ans est à l'état de guérison d'un cancer de la langue. Cette femme était déjà depuis longtemps dans le service de M. Récamier, qui, après avoir employé avec persévérance divers traitements exploratcurs, prononça qu'il y avait cancer et que la malade devait être opérée. Elle entra dans le service que je dirigeais alors à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Breschet. Je fis l'ablation de la tumeur très complétement. Au bout de quelques mois, la tumeur récidiva; Blandin fit à son tour l'opération. Six mois après, nouvelle récidive pour laquelle je fais une troisième opération, qui a eu un résultat définitif, puisque depuis six ans la malade n'a eu aucune récidive.

M. Cloquet. Je trouve fort intéressantes les recherches de M. Lebert, et je crois, comme M. Michon, qu'elles doivent passer dans la pratique. J'ai, comme la plupart de mes collègues, enlevé un certain nombre de ces tumeurs fibro-plastiques, et j'ai été frappé de ce fait, que, lorsqu'elles se reproduisent, c'est sur place, sous la cicatrice restée saine, ou aux environs de celle-ci. J'ai opéré à la Maison de santé, d'une tumeur fibro-plastique, une fille de vingt-huit ans. Deux fois la tumeur, qui était située dans la région de la hanche, s'est reproduite sous la cicatrice; il fallut l'enlever, et la malade a fini par guérir. Dans ce genre de tumeurs, je n'ai jamais vu les ganglions se prendre, ce qui a lieu le plus souvent dans le cancer. A ce propos, je me rappelle avoir disséqué un cadavre portant une tumeur mélanique dans la région de l'aine; les lymphatiques partant des ganglions étaient remplis de matière noire. Ainsi, tandis que les engorgements ganglionaires sont communs dans les affections cancéreuses, ils sont nuls ou n'existent pas dans les tumeurs fibro-plastiques.

M. Michon. Je ferai remarquer à M. Demarquay que je n'ai nullement voulu attaquer le mérite personnel, ni les travaux de Blandin; je le citais seulement pour démontrer que des hommes éminents, en dehors du microscope, pouvaient se tromper sur la nature des tumeurs qu'ils enlevaient.

M. Lenoir. Certainement les recherches microscopiques sont intéressantes et doivent venir en aide au chirurgien, mais ces recherches ne nous apprennent rien au point de vue clinique; ce n'est qu'après l'ablation des tumeurs elles-mêmes que le chirurgien a plus ou moins de présomption en faveur de repullulation ou de non-repullulation. Mais toujours le chirurgien, à l'examen de la tumeur qu'il avait enlevée, a exprimé des espérances plus ou moins fondées sur la chance de non récidive, se fondant sur la nature du produit enlevé.

Maintenant, est-il vrai que les tumeurs fibro-plastiques seules se reproduisent sur place? Je ne le crois pas. J'ai opéré treize fois en douze ans une femme qui portait une tumeur cancéreuse dans la région du cou; la première récidive est survenue au bout de six ans, les autres dans l'espace des sept autres années: elles étaient toutes voisines des cicatrices, mais ne les envahissaient pas. L'examen microscopique a démontré la nature cancéreuse de ces tumeurs. La malade a fini par succomber aux suites de sa maladie. Il n'y a donc point que les tumeurs fibro-plastiques qui se reproduisent sur place sans envahir la cicatrice. Je dirai, en terminant, que j'ai vu, avec M. Cloquet, un malade affecté d'une tumeur de la langue considérée comme cancéreuse guérir sans opération.

M. Lebert. Le fait de M. Lenoir n'a que la valeur d'un fait exceptionnel. Dans quelque temps, lorsque j'aurai accumulé plus de matériaux, je présenterai à la Société un travail complet sur le tissu fibro-plastique.

M. Forget dit que M. Lenoir a posé la question capitale, celle du diagnostic des tumeurs avant l'opération. A ce point de vue, il pense comme lui que le microscope n'a nullement éclairé l'étude clinique. Il ne croit pas que l'observation clinique soit aussi insuffisante qu'on l'a dit lorsqu'il s'agit de déterminer la nature cancéreuse des tumeurs; sans doute elle n'est pas infaillible, mais dans la majorité des cas elle voit juste, et, par l'étude de la marche des produits pathologiques, de leurs caractères physiques, des conditions générales de l'individu qui les présente, elle peut se prononcer sur leur degré de malignité et présumer ainsi du pronostic qu'on doit en porter.

Défendre cette opinion, ajoute M. Forget, ce n'est pas méconnaître les services rendus par le microscope, c'est vouloir seulement ne pas les exagérer; c'est tenir compte des contradictions qui ont divisé les micrographes eux-mêmes, des incertitudes qu'ils ont émises sur la véritable composition des tissus soumis à leur examen; c'est, enfin, reconnaître ce qu'il y avait de fondé et de réel, sous le rapport de la récidive, dans la distinction rappelée par M. Demarquay et qu'avaient depuis longtemps établie les chirurgiens entre les cancers diffus qui récidivent toujours et les cancers enkystés qui peuvent ne pas récidiver, cancers que le microscope a décrits dans ces derniers temps sous le nom de tumeurs fibro-plastiques.

En résumé, je demanderai à M. Lebert si ses recherches l'ont conduit à pouvoir établir *à priori*, et à l'aide d'autres données cliniques que celles que nous possédons, la nature oui ou non cancéreuse des tumeurs.

Rapport. — Ankylose.

M. Maisonneuve fait un rapport sur le travail que M. Bonnet, de Lyon, a adressé à la Société de chirurgie le 11 décembre dernier, et ayant pour titre : *Nouvelles observations de rupture d'ankylose angulaire du genou suivant la méthode de M. Palasciano.*

Dès le début de son rapport, M. Maisonneuve exprime le plaisir qu'il éprouve d'entretenir la Société de chirurgie de M. Bonnet et de ses travaux; puis, passant à l'analyse du travail de l'habile chirurgien de Lyon, il fait remarquer les modifications heureuses que M. Bonnet a fait subir au procédé opératoire de M. Palasciano. Ce chirurgien avait proposé pour guérir l'ankylose angulaire de faire la section du triceps fémoral au-dessus de la rotule et celle du biceps fémoral. Le procédé du chirurgien italien exposait, d'une part, à l'introduction de l'air dans la plaie faite au-devant du genou et à la section du nerf sciatique. C'est pour éviter ces deux inconvénients que M. Bonnet, de Lyon, a modifié le procédé opératoire du chirurgien étranger. Nous ne parlons pas de ces modifications, le travail de M. Bonnet devant paraître dans nos Mémoires.

D'autres modifications ont encore été apportées au procédé opératoire, afin d'obtenir plus facilement et sans danger l'extension du membre, et pour favoriser la marche après l'extension obtenue.

Ce rapport se termine par les conclusions les plus flatteuses pour M. Bonnet, et ce chirurgien est nommé à l'unanimité membre correspondant.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Empoisonnement par le cidre. — Sous ce titre, le *Droit* publie l'article suivant dans lequel se sont glissées plusieurs erreurs que notre confrère sera sans doute heureux de rectifier d'après les renseignements positifs qu'on va lire.

Voici d'abord l'article du *Droit* :

« Nous avons raconté dernièrement que, plusieurs personnes » ayant été subitement indisposées d'une manière grave, il avait été » reconnu que le cidre, dont elles faisaient leur boisson habituelle, » contenait des substances malfaisantes qui avaient dû être soumi- » ses à l'examen d'hommes compétents.

» Depuis ce temps, divers cas de même nature se sont produits » dans différents quartiers; en dernier lieu, le sieur François M..., » demeurant rue des Deux-Ecus, fut atteint d'un mal subit qui » l'emporta en quarante-huit heures et qu'on attribua au cidre qu'il » buvait.

» M. Winther, commissaire de la section de la Banque, reçut » une déclaration à ce sujet et ordonna l'autopsie du défunt, à la- » quelle il fit assister plusieurs médecins. Ceux-ci constatèrent que » M. François M... avait succombé à un empoisonnement connu » dans la science sous le nom d'encéphalo-saturnin.

» Voici d'après l'avis du conseil de salubrité quelles en étaient » les causes :

» Le cidre, à Paris, est fabriqué par les brasseurs. Un certain » nombre d'entre eux, au lieu de faire fermenter les pommes dans » des cuviers en bois, étaient dans l'habitude depuis quelque temps » de se servir de chaudières étamées. Il paraît que le jus de pom- » mes a la propriété d'attirer à lui le sulfate de plomb qui se trouve » en grande quantité dans l'étain, et que le cidre en était ainsi sa- » turé.

» Beaucoup de personnes, comme nous l'avons dit, ont été griè- » vement indisposées par suite de cette imprévoyance, et la fille de » M. François M., dont le rétablissement sera long, a failli suc- » comber comme son père.

» Plusieurs brasseurs se trouvent compromis et auront à ré- » pondre de ces faits devant la justice. »

Nos informations nous permettent d'abord d'affirmer qu'il n'a point été question de chaudières étamées au conseil de salubrité. Dans tous les cas, les personnes initiées aux connaissances chimiques comprendront facilement que personne, dans ce conseil, n'a pu dire que le jus de pommes *a la propriété d'attirer à lui le sulfate de plomb*, etc.

Voici la véritable cause des accidents que détermine quelquefois l'usage du cidre et que le *Droit* a eu raison de signaler :

Quelques fabricants ont la pernicieuse habitude de clarifier le cidre qu'ils livrent au commerce soit à l'aide de l'*acétate de plomb*, soit à l'aide de cet acétate et *du carbonate de potasse*. A la suite de cette opération, une partie du sel de plomb reste dans le cidre, et il est arrivé souvent que les personnes qui ont fait usage de cette boisson ont été prises de coliques saturnines. C'est, sans aucun doute, ce qui est arrivé dans le cas dont parle le *Droit*.

Pour prévenir les accidents de cette nature, l'administration, sur le rapport de quelques membres du *conseil* de salubrité délégués à cet effet, a pris les mesures suivantes :

1° Tous les cidres ont été autant que possible analysés, et ceux dans lesquels on a constaté la présence du plomb ont été retirés du commerce et même enlevés à domicile.

2° Les fabriques de cidre ont été visitées, et le mode de clarification indiqué ci-dessus a été défendu.

3° Enfin, la plupart des malades qui ont éprouvé les accidents dont il s'agit, ainsi que les individus qui avaient pris des boissons malfaisantes, ont été visités, et l'administration leur a indiqué les moyens à employer pour combattre ces accidents ou pour les prévenir.

H. de Castelnau.

— Nous avons assisté, le 28 janvier dernier, à la séance solennelle de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, et nous avons constaté avec satisfaction que cette Société continuait une tradition qui date déjà de plus de cinquante ans, en encourageant non-seulement l'industrie proprement dite, mais encore l'industrie qui se rattache à la médecine et à l'hygiène publique. Dans cette séance, la Société a décerné un prix de 2,000 fr. à M. Aubergier, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), pour avoir résolu deux questions du plus haut intérêt pour la thérapeutique et la matière médicale :

1° Par la culture en grand du *lactuca altissima*, et la récolte par incisions du suc laiteux de cette plante, le *lactucarium*, employé dans l'usage médical comme calmant, et comme présentant les avantages de l'opium sans en avoir les inconvénients;

2° Par la culture du pavot et la récolte du suc laiteux des capsules de cette plante, suc qui, desséché, constitue l'opium.

M. Chevallier, qui avait reçu de la Société d'encouragement la mission d'aller visiter les cultures de M. Aubergier, a constaté que la culture en grand du *lactucarium*, considérée jusqu'à présent comme impossible, parce qu'on ne l'avait tentée qu'avec les laitues de nos jardins, devenait une opération aussi simple que facile avec la laitue que M. Aubergier a choisie, après avoir passé en revue toutes les espèces du genre. Cette laitue peut atteindre jusqu'à 2 mètres et demi de hauteur. Il en résulte que, les incisions pouvant être faites sur de larges surfaces, le suc laiteux qui s'en écoule est assez abondant pour que des ouvrières puissent en recueillir jusqu'à 600 grammes par jour.

M. Chevallier a également constaté que M. Aubergier a complétement résolu le problème de la production de l'opium lui-même sur notre sol, question depuis si longtemps controversée et soulevée par Belon depuis 263 ans. Un fait digne d'être signalé, et qui résulte des recherches variées auxquelles M. Aubergier s'est livré depuis 1843 pour étudier cet important sujet sous toutes ses faces, c'est que la répugnance instinctive si généralement répandue contre l'usage de l'opium est justifiée par les variations que présente la composition de ce produit tel qu'il se trouve actuellement dans le commerce. En analysant trente échantillons de diverses provenances, M. Aubergier a trouvé que la proportion de l'alcaloïde, auquel on sait que l'opium doit en grande partie ses propriétés, varie dans les limites de 2 à 12 pour 100. Il en résulte que la même dose pourrait tantôt être insuffisante pour ramener le sommeil et tantôt produire des effets toxiques. M. Aubergier a précisé les causes de ces variations, indiqué les moyens de les éviter, et de récolter sur notre sol un produit de meilleure qualité, quoique revenant au même prix, et surtout de composition plus uniforme. Le pays trouvera donc un double avantage à cesser d'être tributaire de l'étranger. M. Aubergier a rempli ainsi de la manière la plus complète les conditions du programme de la Société, et justifié la décision qui lui accorde la récompense la plus élevée promise pour ce genre de recherches.

— M. Mélier vient d'être promu au grade de commandeur, M. Jules Cloquet à celui d'officier, et M. J.-B. Baillière chevalier dans l'ordre de la Légion-d'Honneur.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central d'admission.

AVIS. — MM. les docteurs en médecine et chirurgie sont avertis:

1° Que le nombre des places de chirurgiens du Bureau central d'admission mises au concours est porté à deux;

2° Que par suite de cette disposition, l'ouverture du concours, qui devait avoir lieu le lundi 23 février prochain, est remise au lundi 1er mars suivant;

2° Que le délai fixé pour l'inscription des candidats est prolongé jusqu'au samedi 14 février 1852 inclusivement;

4° Et que sur les deux places qui feront l'objet du concours une est déjà vacante, et l'autre le sera le 1er janvier 1853.

Paris, le 29 janvier 1852. Le secrét. gén., L. Dubost.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL BEAUJON (M. Legroux). Epidémie de coliques saturnines produites par des boissons sophistiquées. — HÔTEL-DIEU D'ABBEVILLE (M. Vésignié). Sur une affection singulière des os du pied. — Académie de médecine, séance du 3 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 4 FÉVRIER 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a repris aujourd'hui, sans nécessité bien urgente, la discussion sur le procédé de M. Hatin pour l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. Mais, comme cela n'arrive que trop souvent, la question principale est celle qui a occupé le moins de place. M. Danyau cependant a envisagé cette question elle-même, c'est-à-dire le procédé de M. Hatin sous un point de vue qui avait échappé aux divers orateurs, sans en excepter, bien entendu, l'honorable rapporteur. L'un des obstacles que l'on rencontre dans l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur par le procédé ordinaire, c'est de placer les branches de l'instrument d'une manière régulière sur les faces latérales de la tête; on pourrait espérer, à la rigueur, qu'en introduisant la main tout entière dans l'utérus, et en l'y maintenant sans interruption ou à peu près pendant l'application des deux branches, on parviendrait soit à disposer favorablement la tête, soit à mieux diriger les branches, et, en définitive, à rendre plus régulière l'application du forceps. C'était là le seul avantage qu'on pût espérer du nouveau procédé. Cet avantage ne s'est pas réalisé entre les mains de M. Danyau. L'habileté de ce chirurgien est assez notoire pour qu'on puisse conclure de son insuccès à celui de tous les accoucheurs qui renouvelleront son expérience. Le procédé reste donc avec ses seuls inconvénients.

Il serait fort difficile de discuter l'hymne de M. Malgaigne, nos appréciations n'ayant en aucune façon la prétention d'être un cours d'éloquence. M. Malgaigne a tranché par des aphorismes bibliques une foule de questions que les travaux des hommes les plus éminents ont laissées, pour la plupart, dans l'incertitude, ou qu'ils ont résolues d'une façon tout opposée. Par exemple, M. Malgaigne veut :

1° Que la parcimonie des applications de forceps soit la principale cause de la mortalité chez les nouvelles accouchées des hôpitaux;

2° Il veut que les internes nouveaux venus soient moins capables que toutes les sages-femmes des villes et des compagnes;

3° Que le vent de Montfaucon soit très pernicieux pour les blessés de l'hôpital Saint-Louis ;

4° Que l'infection puerpérale et la fièvre puerpérale soient deux choses très différentes;

5° Que la fièvre puerpérale soit la principale cause de la mortalité chez les nouvelles accouchées des hôpitaux ;

6° Que la fièvre puerpérale soit presque constamment produite par des refroidissements et non par une influence épidémique;

7° Enfin il veut surtout, en chauffant ses malades, avoir fait descendre la mortalité de 1 sur 15 à 1 sur 93 dans les salles d'accouchement de l'hôpital Saint-Louis, etc.

On comprend facilement que M. Dubois ne se soit pas senti la force de traiter inopinément toutes ces questions et bien d'autres encore. Quant à nous, nous bornerons au petit raisonnement suivant notre appréciation sur l'ode de l'éloquent académicien :

S'il est vrai (et cela est puisque M. Malgaigne l'affirme) que l'emploi trop restreint du forceps soit cause de la grande mortalité signalée par M. Malgaigne,

Comment peut-il être vrai (et cela est non moins vrai puisque M. Malgaigne l'affirme également) que le savant accoucheur ait pu faire cesser cette mortalité, non pas, comme on pourrait s'y attendre, en appliquant plus souvent le forceps, mais simplement en chauffant ses malades ?

On pourrait faire des questions analogues sur tous les aphorismes de M. Malgaigne. — H. de Castelnau.

HOPITAL BEAUJON. — M. LEGROUX.

Epidémie de coliques saturnines produites par des boissons sophistiquées.

Depuis un mois, je pourrais même dire plus si je voulais m'en référer à des souvenirs un peu confus, j'ai été appelé à donner des soins, en ville et à l'hôpital, à diverses personnes affectées de coliques, dont l'ensemble symptomatique aurait accusé une intoxication saturnine si l'ignorance de la cause ne m'avait tenu sur la réserve.

Le premier malade dont l'histoire est présente à ma mémoire est un garçon brasseur, près duquel j'ai été appelé dans les derniers jours du mois de décembre, il y a environ six semaines.

Il était en proie à d'atroces douleurs, dont le siége était la région gastro-hépatique, et que l'on aurait pu considérer comme appartenant à une colique hépatique. Le malade était pâle, étiolé, les traits décomposés; pas de fièvre, pouls petit; peau plutôt froide que chaude, grande faiblesse; pas de tension ni matité au siége de la douleur; aucun indice d'interruption du cours des matières sur un point du canal digestif; constipation. Liséré noirâtre sur quelques points du bord libre des gencives. Mes recherches sur la source d'une intoxication saturnine furent inutiles. Cependant, la ressemblance avec la colique métallique était si grande que je prescrivis sans hésiter comme médication purgative :

Huile de ricin. . . . . . 30 grammes

suspendus dans une émulsion gommeuse à prendre en quatre fois, en ajoutant 15 centigr. de calomel à chaque dose; opium pour la nuit.

Peu d'évacuations, léger soulagement.

Le lendemain, même prescription avec addition de 30 centigr. d'aloès au calomel. Evacuations abondantes suivies d'amélioration notable.

Une troisième purgation avec l'eau de Sedlitz parut terminer la maladie

Néanmoins, je viens d'apprendre que l'étiolement saturnin persiste.

Il y a quatre jours, j'ai été appelé de nouveau pour la femme de ce malade: elle était elle-même en proie à la colique, dont elle avait été soulagée par un purgatif; elle s'était profondément étiolée depuis que je l'avais vue lors de la maladie de son mari. Les purgatifs salins ont suffi pour terminer l'accident local; j'ai conseillé l'usage des ferrugineux pour combattre la diathèse anémique.

Cette femme m'apprit alors qu'elle et son mari avaient fait usage d'un cidre sophistiqué par le plomb; que son mari, buvant plus qu'elle, avait été le premier et le plus gravement atteint; qu'ils avaient découvert la vérité en allant commander une nouvelle provision de cidre à une brasserie du faubourg Saint-Antoine, laquelle était fermée, leur a-t-on dit, par ordre de l'autorité et pour cause de sophistication du cidre par des préparations plombiques.

Sur ces entrefaites, un homme de trente ans environ, gargotier de profession, vint à l'hôpital Beaujon offrant les mêmes symptômes que les précédents malades; il ne peut nous donner aucun renseignement sur l'origine présumée de sa maladie. Mais sa profession nous permettait de supposer qu'il avait fait usage de quelque boisson sophistiquée. Le purgatif à l'huile de ricin, le calomel et l'aloès amena en peu de jours la cessation des accidents.

Un second malade, garçon boucher, a été reçu il y a quelques jours dans mon service offrant des accidents analogues: des vomissements bilieux, une constipation opiniâtre, une matité notable de la région iliaque gauche, le liséré bleuâtre sur quelques points des gencives. Même traitement. Guérison aussi rapide. Un peu de dysurie persiste. Du vin, du cidre dont ce malade faisait usage avant ces accidents ont été remis à M. Chatin, qui a reconnu la présence d'une petite quantité de sel de plomb dans le cidre.

Il y a trois jours, un concierge des terrains Beaujon, le nommé Chausse, rue Fortunée, 1, se présente à la consultation de l'hôpital se plaignant de troubles digestifs et de douleurs vives à la région gastro-hépatique; il avait le teint jaunâtre, des traces de liséré bleuâtre aux gencives. Il nous dit qu'il faisait usage de cidre, dont il nous a remis immédiatement une bouteille. M. Chatin en a fait l'analyse et y a constaté la présence du plomb.

Aujourd'hui même, 29 janvier, une femme, demeurant allée des Veuves, s'est présentée à la consultation, accusant des douleurs d'estomac, des vomissements, etc. Son teint étiolé nous fit présumer la cause de ces accidents; des traces de liséré existaient aux gencives. La malade nous a dit qu'elle faisait usage de cidre. M. Chatin n'a pas trouvé de plomb dans ce dernier; mais il faut remarquer que la provision venait d'en être renouvelée lorsque déjà les fabricants de cidre avaient pu se mettre sur leurs gardes.

J'ajouterai que l'avant-dernier malade nous a dit que sa femme était à l'hôpital Beaujon depuis trois semaines pour des accidents semblables à ceux qu'il éprouvait lui-même. Je n'ai point encore pu vérifier le fait.

Je n'ai point vu assez de malades, je n'ai pas recueilli les observations avec assez de détails pour établir les analogies et différences qui peuvent exister entre cette intoxication et celle des ouvriers plombiers exposés aux poussières des préparations de ce métal. Voici les faits néanmoins qui ont le plus attiré mon attention.

Le liséré bleuâtre du bord libre des gencives a été remarqué chez tous les malades où je l'ai cherché; mais il est peu prononcé, ordinairement partiel et limité aux portions de bord libre des gencives qui sont le siége d'une inflammation suppurative, qui peut donner lieu à la formation d'un sulfure plombique (1). Or, comme les personnes que j'ai examinées avaient généralement les dents et les gencives en bon état, le liséré n'était que partiel, tandis que les ouvriers plombiers, presque toujours affectés de gengivite suppurante, offrent presque tous ce liséré fortement prononcé. Dans les cas de colique d'origine douteuse, il devient un élément précieux de diagnostic, même quand il est peu marqué.

Le siége de la douleur est l'épigastre et l'hypocondre droit, tandis qu'il existe à la région ombilicale, souvent rétractée chez la plupart des ouvriers plombiers. Cela viendrait-il de ce que, dans le premier cas, le sel plombique est introduit en solution, absorbé dans l'estomac et directement transmis au foie, tandis que, dans le second, il est presque toujours introduit sous forme pulvérulente, insoluble, et qu'avant de rencontrer des agents de solubilité il arrive dans l'intestin?

Chez la plupart des malades, quelques purgatifs d'une activité modérée ont suffi en peu de jours pour dissiper les accidents abdominaux; ce qui permet d'admettre une intoxication plus faible que chez les ouvriers plombiers. Cependant l'étiolement et la faiblesse persistent; et, aujourd'hui même, j'ai appris que le garçon brasseur dont il est question plus haut est encore faible et souffreteux; c'est que la *dépuration* du corps par l'élimination des particules de plomb peut durer plusieurs mois, comme vient de le démontrer M. Orfila dans des expériences faites sur les animaux vivants, comme je l'avais indiqué dans le mémoire dont j'ai parlé plus haut, en insistant sur la continuation pendant longtemps des divers moyens d'élimination et de dépuration qui forment la base du traitement des affections saturnines.

Un de mes anciens internes, M. Lallier, a observé de son côté le cas suivant de colique saturnine développée par l'usage du cidre.

Au mois de décembre 1851, le nommé Girod, charretier, rue Papillon, 7, fut pris de coliques assez vives avec constipation opiniâtre, vomissements, teinte sub-ictérique de la peau, prostration des forces sans aucune espèce de réaction fébrile. Cet état céda à l'emploi d'un purgatif et d'un bain.

Quelques jours plus tard, ces accidents reparurent avec beaucoup plus d'intensité; leur persistance sans cause appréciable, leur ensemble firent soupçonner une intoxication saturnine, et l'existence d'un liséré bleuâtre au collet des dents vint corroborer le diagnostic. Restait à découvrir la cause de l'affection. Cet homme, qui distribue du lait dans plusieurs dépôts à Paris, nous dit que souvent il était obligé de boire du vin chez ses pratiques. Nous pensâmes que c'était là la source de l'intoxication; mais la difficulté des recherches qu'il aurait fallu faire nous empêcha de songer à des investigations plus complètes. Il guérit au bout d'une quinzaine de jours, et reprit ses occupations, s'abstenant désormais, suivant notre recommandation, de boire de nouveau du vin chez ses pratiques. Malgré ces précautions, il tomba malade pour la troisième fois vers la fin de janvier 1852, et est actuellement en proie à tous les accidents d'une intoxication saturnine grave (constipation, coliques, vomissements incoercibles, teinte ictérique, liséré des gencives, douleurs articulaires, etc.).

Nous sommes enfin parvenu à savoir qu'il buvait habituellement du cidre, soit à ses repas, soit lorsqu'il avait chaud, qu'il en avait encore bu entre ses différentes attaques. Nous n'avons pas hésité à attribuer à cette boisson les accidents qu'il éprouvait, et nous en avons remis un échantillon à M. Chatin, qui a bien voulu en faire l'analyse. Ce cidre ne contenait pas moins de *quatre centigrammes* de plomb *par litre* (2). Cette proportion de la substance toxique est de beaucoup la plus forte de celles contenues dans les cidres analysés par M. Chatin; aussi, comme plusieurs cidres saisis par M. le professeur Chevallier, celui bu par notre malade prenait-il une coloration brune prononcée par le simple mélange avec une solution d'hydrogène sulfuré.

(1) Dans un mémoire que j'ai présenté à l'Académie de médecine en 1848, j'ai signalé une teinte bleu-ardoisé de la muqueuse du gros intestin, que j'ai constatée avec M. Lallier, alors interne dans mon service, sur les intestins de plusieurs malades qui avaient succombé à l'intoxication saturnine. Cette teinte, qui s'arrêtait à la valvule iléo-cœcale, a été attribuée par nous à l'action des gaz sulfureux sur les sels de plomb qui imprégnaient les parois intestinales.

(2) On sait que c'est pour arriver à la clarification, cette année très difficile des cidres, que les brasseurs n'ont pas craint de les additionner d'acétate de plomb, dont la base ne se précipite qu'en partie avec les substances qui troublaient la transparence de la liqueur. L'autorité, depuis plusieurs jours avertie, prend des mesures qui empêcheront sans doute le retour de ces empoisonnements périodiques, que la cupidité ou l'ignorance font peser sur les centres populeux. Déjà une fois la présence du plomb dans les cidres d'une brasserie célèbre fut constatée, et la faute fut estimée à 12,000 fr. On trouva, dans le temps, que c'était un peu cher. C'est à peine si, aujourd'hui, l'opinion est satisfaite par la mesure qui a atteint une brasserie du faubourg Saint-Antoine. Le peuple ne veut pas être empoisonné, même en se grisant. Bientôt sans doute aussi il ne voudra plus qu'on lui vende, même sous le doux nom de glucose, un sucre dont le moindre défaut est de ne pas sucrer. CH.

HÔTEL-DIEU D'ABBEVILLE. — M. Vésignié.

Sur une affection singulière des os du pied.

Nous recevons de notre honoré confrère M. le docteur Vésignié, d'Abbeville (Somme), l'observation suivante, qu'on rapprochera avec intérêt du fait que nous avons rapporté dans notre numéro du 10 janvier dernier.

Dans le numéro du 10 janvier dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai trouvé avec une vraie satisfaction quelques détails extraits de la clinique de M. le professeur Nélaton sur une maladie que M. le rédacteur a désignée à bon droit sous le nom d'*affection singulière des os du pied*. Jusqu'à présent j'avais vainement cherché dans les dictionnaires et dans les traités généraux de chirurgie le tableau de cette maladie, qui s'est offerte à mon observation, à différents degrés, sur plusieurs individus, et je m'étais proposé de publier quelques notes à ce sujet, lorsque l'article en question m'est arrivé comme une véritable provocation.

L'on trace ainsi en quelques mots la description de cette maladie :

« Au niveau des saillies osseuses du pied, on voit se former une *phlyctène*. L'épiderme *se soulève*; sous cet épiderme il y a un peu de sérosité purulente. Que l'épiderme se perfore avec ou sans le secours de la chirurgie, le derme se montre avec une teinte rosée; il est plus douloureux au toucher que dans les phlyctènes ordinaires. Pendant quelque temps les choses restent dans cet état. Bientôt le derme se perfore à son tour de dehors en dedans, petit à petit; une petite fistule s'établit. Cette fistule arrive dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle persiste; elle fournit de la sérosité légèrement purulente. Puis, quand cette fistule existe depuis quatre, cinq ou six semaines, et que l'on vient à l'explorer avec le stylet, on arrive sur une portion d'os dénudée, nécrosée. Le séquestre qui s'est formé peut être extrait, ou se sépare de lui-même. Tels sont les phénomènes qui se sont reproduits d'une manière invariable un grand nombre de fois sur le malade dont M. Nélaton a tracé l'histoire abrégée. »

J'ai souligné plusieurs mots de cette citation pour rendre plus saillants aux yeux des lecteurs les points de contact ou de dissemblance qui peuvent exister entre cette description et celle qui résulterait des faits suivants que je vais analyser.

Il y a plus de vingt ans, je fus consulté par le nommé Josse (Vitalis), alors âgé de vingt-deux ans environ, jardinier, homme dur au travail, presque insensible à la douleur, doué d'ailleurs d'une santé robuste.

Cet homme éprouvait de la peine à marcher et portait à la plante du pied droit, au lieu correspondant à la saillie métatarso-phalangienne du gros orteil, une affection qui, au premier abord, pouvait être prise pour un *durillon*, ou *cor plat*. En cet endroit, on observait, en effet, un épaississement écailleux de l'épiderme, large de 15 millimètres, et au centre de cette callosité un point brunâtre un peu enfoncé et également *sec*. Croyant qu'une matière liquide, sang ou pus, se trouvait enfermée plus ou moins profondément, je fis avec précaution l'abrasion des parties calleuses, jusqu'à ce que j'eusse mis à nu le derme, facile à reconnaître à sa couleur rosée; et de cette abrasion il résulta au centre une excavation *ovalisée* d'avant en arrière, profonde de 2 millimètres, large de 4 sur 6. Les bords de cette excavation, nettement arrondis, étaient non pas *coupés droit*, comme par un emporte-pièce, mais (et je dois appeler l'attention sur cette particularité, que j'ai trouvée dans tous les autres cas) comme arrondis et lisses en dehors et en dedans, sans bourgeons charnus, sans angles aucuns, sans saillies et d'un poli absolu. On pouvait soulever tout autour ces bords, qui, par le fait, établissaient un décollement d'environ 2 millimètres. Le fond de cette excavation était également lisse et paraissait appartenir encore au derme lui-même plus qu'au tissu cellulaire. Il me sembla qu'en cette circonstance la peau, préalablement épaissie, s'était comme dédoublée : c'est-à-dire que le mal avait pris naissance dans son épaisseur.

Ma petite opération ne donna lieu à l'écoulement d'aucun liquide; mais l'excavation découverte était évidemment humide et sécrétante. Tout cela fait, je me croyais maître de la maladie; mais je mis vainement en usage différents onguents dits cicatrisants, tels que styrax, baume du commandeur, baume d'Arceus, calomel, etc. L'affection reparut, c'est-à-dire que peu à peu les callosités épidermiques se reformèrent, et nécessitèrent de nouvelles abrasions, qui chaque fois étaient suivies de soulagement pendant la marche. Dès lors le patient eut recours à d'autres mains, et vivait avec son mal, se contentant, quand il souffrait trop, d'aller à l'hôpital, où on se bornait, comme je l'avais fait, à enlever les callosités. Deux fois, soit fatigue, soit une autre cause, il survint de l'inflammation ; mais chaque fois, après quinze à vingt jours de repos, le mal revenait au même point sans autre conséquence.

Je n'avais pas perdu de vue ce malade, et de temps en temps, quand je le rencontrais, j'apprenais qu'il en était toujours au même point. Néanmoins, il se préparait d'autres désordres.

Il y a trois ans, Josse parut à la consultation de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, où j'avais été appelé à remplir les fonctions de chirurgien en chef, et il me montra son pied droit, qui était le siége d'un gonflement phlegmoneux considérable, siégeant particulièrement sur les parties molles qui environnent le premier métatarsien et le gros orteil. Une vaste ulcération sanieuse et blafarde, entourée d'épaisses callosités épidermiques, avait remplacé le petit mal que j'avais observé dans le temps, et avait gagné le bord interne du pied. Un stylet introduit dans ce cloaque rencontra une portion d'os mobile, qui fut facilement extraite; et le malade, se croyant guéri, ne consentit pas à rester à l'hôpital.

L'extraction de ce séquestre, qui n'avait pas de forme déterminée, mais qui dépendait en apparence de la partie antérieure du premier métatarsien, fut suivie d'une amélioration qui satisfit le malade d'abord et qui fut suivie d'une *espèce* de guérison sans qu'aucun traitement particulier eût été employé.

Le 7 décembre dernier (1851), Josse vint demander son admission dans mon service, et je le trouvai dans l'état suivant :

Le pied droit, qui était malade depuis si longtemps, était guéri *pour lui* dans ce sens qu'il n'en souffrait pour ainsi dire aucunement. Mais le bord interne était extrêmement déformé; le gros orteil et le premier métatarsien, diminués dans leur longueur normale et respective par la perte des parties d'os que la nécrose avait entraînées précédemment, étaient confondus entre eux sous la forme de ces doigts ratatinés qu'un panaris profond a envahis et qui n'ont plus que des portions minimes des phalanges. Le second orteil surpassait en longueur le premier de plus de 2 centimètres. A la région plantaire et à la partie saillante correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne, il restait une excavation ovale semblable à celle qui avait existé autrefois, et autour de cette excavation légèrement suintante des callosités épidermiques. Ainsi, le mal se reproduisait encore dans sa forme ancienne et primitive, et la guérison n'avait pas été complète malgré l'extraction du séquestre. La nécrose se reproduira infailliblement si l'on ne parvient à détruire cette tendance par des moyens particuliers.

Sur le même pied, à la région plantaire et à l'endroit où s'attache le cinquième orteil, il y avait aussi une callosité plate avec point brunâtre au centre, c'est-à-dire une affection commençante semblable à la première.

Mais ce n'était pas pour ces incommodités du pied droit que Josse venait réclamer mes soins. Depuis trois années que je ne l'avais vu, la maladie avait envahi le pied gauche de la même manière, à la même place correspondante et seulement avec une rapidité beaucoup plus grande. Un vaste ulcère fongueux, entouré de callosités épidermiques, occupait la région plantaire; un autre existait sur la face dorsale. De ces deux ulcères, qui jetaient au loin des traînées phlegmoneuses, s'écoulait abondamment un liquide séreux et horriblement fétide. L'orteil, ratatiné et diminué de longueur, semblait prêt à se décoller, tant il était mobile, et les mouvements qu'on lui imprimait laissaient entendre une crépitation caractéristique. Le stylet compléta le diagnostic et signala une seconde nécrose.

En présence de cette seconde nécrose singulière, la première idée qui me vint fut qu'il faudrait opérer le malade, et celui-ci s'offrait courageusement pour subir toute espèce de mutilation en vue de la guérison. Mais je ne m'arrêtai pas à ce parti extrême. En tout état de cause, je devais rationnellement éteindre d'abord l'inflammation phlegmoneuse par le repos et par des moyens appropriés avant de porter l'instrument tranchant sur des parties aussi mal disposées. D'une autre part, il me sembla que Josse n'était pas guéri radicalement du pied droit, où il existait encore une excavation perforante et une callosité initiale. Je résolus en conséquence de me réfugier dans la médication ordinaire, espérant qu'au pis aller il n'arriverait au pied gauche rien de plus fâcheux qu'au pied droit. En conséquence, le malade fut tenu au lit très rigoureusement, la jambe élevée sur d'épais coussins; on appliqua des cataplasmes émollients, et dès le quatrième jour je pus enlever avec des pinces les callosités épidermiques qui entouraient l'ulcération plantaire. La phlogose une fois éteinte, on se contenta pour tout pansement de plumasseaux cératés.

Je restais toutefois, comme je reste encore, très indécis sur la nature intime de cette maladie, à laquelle M. Nélaton n'a pas assigné de nom et que je me suis permis d'appeler *mal plantaire perforant*. M'aidant de certains rapprochements, considérant que la maladie commençait dans l'épaisseur du derme, qu'elle existait originairement avec ou par formation de callosités épidermiques, qu'elle était très opiniâtre, sinon incurable, je me suis imaginé qu'elle était liée à une viciation générale, et j'en ai fait à tort ou à raison une variété du *psoriasis palmaria*. Je me suis cru en conséquence autorisé à prescrire la solution arsenicale de Fowler, que le malade a prise pendant son séjour dans mon service et dont la dose n'a pas dépassé huit gouttes par jour. Sous l'influence de cette médication locale et générale, le mal du pied gauche s'est amélioré avec une rapidité remarquable ; l'ulcération de la face dorsale est guérie la première en vingt-cinq jours, et celle de la face plantaire était réduite cinq jours après à un petit point fistuleux, qui probablement subsistera jusqu'à ce que la séparation du séquestre s'accomplisse. L'excavation du pied droit restant de la première attaque a été constamment pansée avec de l'huile de cade, et paraissait desséchée lorsque Josse a tenu à sortir, le 11 janvier courant, pour reprendre ses travaux. Je lui ai conseillé de porter des chaussures à semelles fort épaisses, pourvues d'entailles profondes sur la place correspondant aux saillies antérieurement ou encore malades, afin d'éviter la pression sur les points douloureux.

Cinq jours après sa sortie, Josse reparut, et déjà sur la région plantaire, à côté du point fistuleux, il existait une phlyctène plate et non transparente, comme si la pellicule cicatricielle se fût soulevée ou décollée. J'ouvris cette phlyctène, d'où il s'écoula une sérosité roussâtre, et le fond présenta, bien entendu, des chairs rouges et vives à l'état d'ulcération. Peut-être la pression opérée par une marche prématurée aura-t-elle déterminé ce résultat, qui constitue déjà une récidive ; bientôt il faudra soumettre le patient à un nouveau traitement.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur cette observation déjà bien longue ; seulement je vous ferai remarquer la rapidité avec laquelle les ulcérations sanieuses de mon malade se sont cicatrisées, malgré la persistance de la nécrose. Ce résultat tient-il exclusivement au repos et aux pansements simples ? J'en doute. L'arsenic a-t-il exercé une influence particulière sur la maladie ? Cela me paraît possible ; mais réservons l'interprétation, et attendons de nouveaux faits : c'est le parti le plus sage. D'ailleurs mon malade n'est pas guéri, et la seule conclusion que je puisse tirer, c'est qu'on peut, par des moyens simples et doux, obtenir en pareil cas un état fort supportable ; tandis qu'il est prouvé, par le fait emprunté à la clinique de M. Nélaton, que toute mutilation est contre-indiquée, puisque les opérations n'empêchent pas la récidive.

Voici maintenant d'autres faits qui, sans être aussi caractéristiques que le précédent, se rattachent, suivant moi, au *mal plantaire perforant*, en ce qu'ils représentent la maladie à son premier degré, telle que Josse la présentait, il y a plus de vingt ans, dans les premiers temps de ses souffrances.

Vers 1830, je donnais des soins à M. J..., capitaine anglais, qui éprouvait beaucoup de difficulté à marcher, principalement sur le pavé, par le fait d'une callosité plate siégeant à la face plantaire de la pulpe du gros orteil du côté gauche. A toute force il voulait se débarrasser de cette incommodité. Je n'hésitai pas à pratiquer l'abrasion des couches épidermiques endurcies, qui paraissaient être la cause des douleurs ; ici encore j'arrivai sur le derme, et je découvris une excavation humide et sécrétante, en forme de petite fente, avec bords arrondis et décollés en dedans.

Je venais d'échouer chez Josse dans un cas semblable. Alors, mettant de côté onguents et pommades, j'eus recours à la potasse caustique, dont je déposai un petit fragment dans la fente en question, pour détruire tout à la fois le mal et la peau qui le portait. Douze jours après, à la chute de l'eschare, j'avais une large trouée de 15 millimètres de diamètre, allant presque jusqu'à l'os ; il me fallut plus de vingt jours pour obtenir la cicatrisation. M. J... quitta Abbeville deux années après, bien guéri en apparence, ne souffrant plus. Mais à la place où le mal perforant avait existé et dans le pourtour, on observait une pulpe endurcie, insensible au toucher et nullement gênante. Je ne sache pas que le mal ait récidivé.

Un porte-faix de notre ville, dans ces dernières années, venait tous les deux ou trois mois à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer d'un mal pareil, qui consistait en une énorme callosité sèche siégeant à l'une des éminences métatarso-phalangiennes des gros orteils. Chaque fois j'enlevais successivement plusieurs couches écailleuses jusqu'au derme, en ayant soin de ne pas donner lieu au moindre écoulement de sang ; et chaque fois aussi je découvrais la petite excavation perforante. Aussitôt la douleur cessait, et l'individu s'en allait reprendre ses travaux, pour revenir quand il ne pouvait plus marcher. Je dois noter ici, en passant, que ce porte-faix était boiteux, et que la claudication était peut-être la cause de son incommodité.

Un jour enfin, cet homme désirant ardemment être guéri, je l'admis dans mon service. D'abord j'essayai le goudron, qui ne produisit aucun résultat. Malgré le repos, les callosités reparurent ; je les enlevai de nouveau pour recourir au nitrate de mercure, qui, employé deux fois, échoua deux fois. Alors j'en vins à la potasse caustique, qui réussit parfaitement comme dans le cas précédent. Ici encore la marche donna lieu à un épaississement uni de l'épiderme ; mais le mal n'a pas récidivé jusqu'à la mort, qui eut lieu dix-huit mois après, par le fait d'un cancer de l'œsophage.

Le 6 août 1850, le nommé Félicité, cuirassier au 4e régiment, fut admis à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville pour y être traité du même mal. Chez lui, au moment de son entrée, il y avait une petite fente suintante, entourée de callosités épidermiques. J'ignore si déjà il avait subi quelque abrasion ; mais toujours est-il qu'il était assez gêné dans la marche pour ne pas pouvoir faire son service. A cette époque, un élève distingué de l'Ecole de Paris, momentanément à Abbeville, assistait habituellement à ma visite, et je voulus lui démontrer combien ce mal, si petit en apparence, était difficile à guérir. Par une expérimentation d'ailleurs bien innocente, j'employai tour à tour un grand nombre de remèdes locaux, y compris une boulette de charpie trempée dans le nitrate de mercure et entassée de force dans l'excavation. Tous ces moyens échouèrent, et je finis par éteindre sur place l'extrémité d'un cautère chauffé à blanc. L'escbare étant tombée, la guérison eut lieu ; mais j'ignore si ce militaire, qui a changé de garnison, a été délivré définitivement.

Il sera loisible au lecteur de contester l'analogie des trois derniers faits avec le premier, qui concerne Josse, et avec celui de M. Nélaton. Mais pour moi, qui ai assisté il y a plus de vingt ans à l'évolution primitive de la maladie de Josse, qui ai vu celle-ci s'accroître successivement sur les deux pieds jusqu'à la nécrose, je persiste à proclamer l'identité de la maladie dans tous ces faits, sauf la différence des degrés. Rien ne prouve assurément que le capitaine J....., le porte-faix et le cuirassier eussent été conduits à des conséquences aussi fâcheuses ; mais rien non plus ne prouve le contraire. D'ailleurs, il faut remarquer que chez les trois derniers on a ou pallié la maladie, ou anéanti le mal, et je suis bien convaincu par les trois derniers cas que, si Josse n'eût pas été aussi négligent, il eût pu éviter les tristes conséquences auxquelles il a été entraîné.

Quelle que soit la manière d'envisager la maladie dont il est question, quelle qu'en soit la nature, il me paraît établi qu'elle constitue une affection spéciale, ayant toujours la même forme. On ne la confondra jamais avec le cor. Au lieu d'une éminence épidermique avec point central conique qui s'enfonce dans le derme, on aura ou une excavation, ou une fente avec léger décollement, ou une plaque écailleuse sèche et sonore ordinairement enfoncée au milieu. Dans l'abrasion, au lieu de trouver comme dans le cor le petit clou qui entre dans le derme, on trouvera l'excavation à bords lisses et décollés.

Les observations qui précèdent tendent à établir que le *mal perforant* commencerait par une callosité plate, ou épaississement de l'épiderme, une espèce de durillon ; cette

lésion pourrait bien dépendre de la manière de marcher. Sous cette callosité la pression opérée par le poids du corps, ou une autre cause inconnue, déterminerait dans l'épaisseur du derme par un travail particulier une excavation vésiculeuse que l'abrasion seule fait découvrir, et qui a toujours pour caractère une espèce de fente à bords roulés et arrondis avec un certain degré de décollement. On comprend aisément alors qu'en certaines circonstances le mal puisse faire des progrès de dehors en dedans, et aller jusqu'aux os si on laisse subsister la callosité, dont la consistance est énorme et l'épaisseur souvent de plusieurs millimètres. Il est à peu près impossible, en effet, que cette callosité se rompe spontanément, à moins qu'il ne survienne une inflammation; ce qui déjà supposerait une extension du mal en profondeur. On comprend également que des abrasions faites de temps en temps fassent cesser la douleur et arrêtent les progrès de l'affection.

Ainsi la maladie désignée sous l'appellation de *maladie singulière des os du pied* ne serait que la conséquence extrême d'une maladie de l'épiderme ou de la peau, maladie dont il serait facile d'enrayer les progrès par l'abrasion répétée, et dont on pourrait dans les premières périodes obtenir la guérison par une cautérisation profonde.

Il est supposable que cette affection aura été observée par beaucoup de praticiens dans ses degrés commençants, et je m'étonne que ses caractères spéciaux, son opiniâtreté n'aient pas été signalés d'une manière particulière par les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pieds. J'ai trouvé cependant dans le *Manuel du Pédicure* du docteur Dudon, publié en 1824, à la page 18, les phrases suivantes, qui évidemment désignent le *mal perforant :* « Deux ou trois fois, en » faisant l'extraction de *certains cors*, dont l'origine remon- » tait à une date *très ancienne*, j'ai vu la pointe se prolon- » ger en filament dans une petite *ouverture oblongue*, qui » ressemblait à l'*orifice du canal de l'urètre*. Aussitôt après » l'extraction de ce filament, que j'entraînais avec de petites » pinces, il suintait une espèce de *liqueur roussâtre*. Cette » liqueur séchait rapidement au contact de l'air, et le *petit* » *trou* se trouvait ainsi bouché presque en un clin d'œil..... » Ces cas ont été si rares, qu'il ne m'a pas été possible de » multiplier assez mes épreuves pour en conclure *quelque* » *chose de positif.* » Cette petite ouverture oblongue qui ressemblait à l'orifice de l'urètre est bien certainement mon excavation à bords roulés, la petite fente sécrétante dont j'ai parlé. Mais, on le voit, cette affection *sui generis* appelée *cor* par le docteur Dudon doit être fort rare, et il ne paraît pas que personne l'ait signalée comme pouvant donner lieu à des accidents sérieux comme la nécrose. Le premier peut-être j'aurai observé cette dernière (obs. Josse), et M. Nélaton l'aura signalée avant moi, pendant que j'avais le même fait sous les yeux; ce qui importe peu pour le fond. Ce qui importe par-dessus toutes choses, c'est de savoir que le *mal plantaire perforant* peut dans certains cas s'étendre en profondeur et déterminer de graves accidents, et de savoir surtout qu'il est aisé d'empêcher cette conséquence extrême par l'abrasion palliative et même d'obtenir la guérison par la destruction des tissus.

En voilà bien long sur un mal bien petit en apparence; mais ici encore on a la preuve qu'en chirurgie les affections les plus insignifiantes dans leur origine peuvent conduire aux conséquences les plus fâcheuses. Cela prouve aussi que ce qu'on pourrait appeler un *bobo*, passez-moi cette expression, met quelquefois notre art à la torture, et ne peut être détruit qu'à l'aide de grands remèdes.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 février 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de l'envoi :

1° D'un échantillon de source minérale située au Roncas-Blanc, commune de Marseille;

2° D'un mémoire de M. Lemoine, sur une épidémie de scarlatine angineuse qui a régné dans la commune de Fretay (Nièvre);

3° De deux échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Picard, médecin en chef de l'hospice civil de Louviers (Eure), adresse un rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1849.

Éléphantiasis.

M. Carron du Villards adresse une observation de tumeur éléphantiasique de la paupière supérieure, enlevée sur un Indien de Cuba (Havane). (Commissaires, MM. Velpeau et Gibert.)

Décès de M. Girard.

M. le président annonce le décès de M. Girard, membre de la section de médecine vétérinaire.

— M. Betti, délégué de la Toscane à la conférence internationale, adresse une lettre pour prendre congé de l'Académie.

Nouvelle méthode pour l'application du forceps.

DISCUSSION.

Dans la séance d'hier, M. Chailly n'a pas voulu laisser l'Académie sous l'impression du discours de M. P. Dubois; il a demandé à continuer la discussion.

Il a fait observer qu'il y avait deux temps dans le procédé préconisé par M. Hatin; l'un consistant dans l'introduction de la main entière dans l'utérus, temps que M. Hatin ne considère comme très utile que pour les personnes peu habiles à appliquer le forceps; l'autre, dans la rotation de la main introduite autour de la tête de l'enfant, rotation qui n'offre aucune difficulté, et qui est, selon M. Chailly, beaucoup moins dangereuse que l'introduction successive de deux mains.

La discussion sur le rapport de M. Chailly, qu'on pouvait supposer terminée, ayant de nouveau été mise à l'ordre du jour, nous devons faire connaître les observations dont ce rapport a été l'objet dans la séance du 20 janvier et qui ont engagé M. le rapporteur à reprendre la parole.

M. Moreau a été le premier qui ait pris la parole. L'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, a-t-il dit, ne me paraît devoir être nécessitée que dans des conditions exceptionnelles très rares. Il eût été à désirer que M. le rapporteur spécifiât ces conditions. Pour mon compte, je n'ai pas eu l'occasion de faire cette application plus de quatre fois dans une pratique de quarante années. Quant à la méthode nouvelle, elle me paraît peu favorable. Je ne vois pas la nécessité d'introduire la totalité de la main et de l'avant-bras dans l'utérus, et si cette introduction était nécessaire, ce serait un inconvénient.

M. Chailly. Avec une main comme celle de M. Moreau tous les procédés sont bons. Mais, pour les praticiens moins exercés et surtout pour les jeunes accoucheurs qui font de la clientèle inférieure et qui observent des vices de conformation bien plus souvent que ceux qui tiennent le haut du pavé, la méthode d'application du forceps imaginée par M. Hatin me paraît être plus fréquemment indiquée que ne le pense M. Moreau.

M. Velpeau. Je crois avec M. Moreau qu'on applique trop souvent le forceps et qu'on devrait, plutôt que d'en imaginer de nouveaux ou de modifier les procédés d'application, chercher à en restreindre le plus possible l'usage. Un forceps, quel qu'il soit, est toujours une machine qu'il faut apprendre à manier; entre des mains inexpérimentées, elle a plus d'inconvénients que d'avantages. Il est évident qu'on l'applique dans bien des cas où l'on pourrait s'en passer.

M. Chailly. Je m'associe à ce qu'ont dit MM. Moreau et Velpeau sur la nécessité de restreindre le plus possible l'application du forceps et sur les modifications qu'on fait subir à l'instrument, que je considère comme des puérilités; mais je maintiens ce que j'ai dit concernant les jeunes praticiens et la nécessité où ils se trouvent plus fréquemment que d'autres de recourir à l'emploi du forceps.

M. Dubois. Le mémoire de M. Hatin et le rapport de notre collègue M. Chailly soulèvent deux questions : l'une est relative à l'application du forceps au détroit supérieur du bassin; l'autre est relative à un procédé particulier proposé par M. Hatin pour faire cette application. Voilà, si je ne me trompe, les véritables sujets de la discussion; je ne m'en écarterai pas. Je regrette que M. le rapporteur n'ait pas indiqué avec précision les cas auxquels il a fait allusion quand il a parlé de l'application du forceps au détroit, et même au-dessus du supérieur; je suppose qu'il s'agissait pour lui de la rétention de la tête du fœtus au détroit supérieur par un rétrécissement de cette ouverture, de ces cas surtout dans lesquels des contractions très énergiques et très prolongées de la matrice et des muscles abdominaux n'ont pu aboutir qu'à engager partiellement la tête du fœtus dans le détroit rétréci; et je suis d'autant plus autorisé à penser qu'il a été question de ces cas seulement, que M. le rapporteur a indiqué tantôt l'emploi du forceps, et tantôt celui du céphalotribe. Eh bien! je pense tout d'abord que ces circonstances ne sont pas celles qui requièrent régulièrement l'emploi du forceps, parce que cet instrument est ordinairement incapable de vaincre les résistances qui s'opposent à l'engagement de la tête dans le détroit abdominal. Son emploi ne peut être réellement utile que dans les cas où la tête est, non pas arrêtée *au-dessus* du détroit, mais y est en grande partie engagée; dans ceux, enfin, où il n'existe pas une disproportion trop prononcée entre la tête du fœtus et l'ouverture qu'elle doit franchir. Si dans les autres cas le forceps est appliqué, ce ne peut être qu'à titre d'essai et dans l'espoir que quelque circonstance favorable rendra cette tentative fructueuse; mais on doit tenir pour certain que, dans la plupart des cas, cette application, si elle est essayée, le sera sans succès, et qu'après une ou deux tentatives il faudra recourir à des procédés plus efficaces, mais aussi plus graves; car il s'agira d'opérations sérieuses faites soit sur le fœtus, soit sur la mère. J'ai cru qu'il n'était pas inutile de donner d'abord ces explications, parce que le rapport de notre honorable collègue m'a paru établir au moins par ses termes, si ce n'est par la pensée de l'auteur, que l'application du forceps au détroit et même au-dessus du détroit supérieur était une opération parfaitement indiquée et même assez commune.

J'arrive maintenant au procédé de M. Hatin. J'exprimerai encore sur ce point un regret, c'est que notre collègue n'ait pas cru devoir rappeler à l'Académie en quoi consiste ce procédé; et pour que mon opinion à ce sujet soit comprise, je me vois obligé de remplir la lacune qui existe dans le rapport.

Il est de règle qu'avant de placer successivement les branches du forceps plusieurs doigts de la main opposée à celle qui tient l'instrument soient préalablement introduits dans le vagin et portés assez loin pour soulever le bord de l'orifice utérin et rendre facile et sûr le passage de la branche du forceps entre la tête du fœtus et le bord soulevé de l'orifice. Quand cette première partie de l'opération est terminée, la main qui a servi de guide à l'instrument est retirée, et l'autre main remplit le même office sur le côté opposé du bassin pour l'introduction de la seconde branche. Telle est la pratique commune; elle est simple et sûre tout à la fois. M. Hatin a cru qu'il la rendrait plus simple encore en proposant de ne se servir que d'une seule et même main pour guider successivement les deux branches. Si donc une des deux mains a été introduite d'abord, selon la règle commune, sur l'un des côtés du bassin pour guider la branche du forceps qui doit y être placée, cette même main devra, sans être retirée, se transporter vers le côté opposé en suivant la paroi postérieure du bassin et en excitant nécessairement un mouvement de supination très forcée, et, dans cet état, il faudra qu'elle serve de guide à l'instrument. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il faudra que la main opposée place l'une et l'autre branche. Il est impossible, quand on se représente l'exécution de cette manœuvre, de ne pas reconnaître qu'il y a un moment où chaque main est obligée d'agir à contre-sens de sa destination naturelle; c'est quand la main gauche, dans un état de supination forcée, doit servir de guide à la branche du forceps sur le côté gauche du bassin, et quand en même temps la main droite est chargée de placer la branche à pivot sur ce même côté. Ce procédé opératoire me paraît être une sorte de tour de force. Je conviens que l'exécution n'en est ni impossible, ni même difficile dans les cas ordinaires; mais là n'est pas la question. Un procédé ne saurait être raisonnablement substitué à un autre qu'à la condition de lui être préférable. Or, la manœuvre proposée par M. Hatin et adoptée par notre collègue est moins facile, moins sûre et plus douloureuse que la manœuvre ordinaire; et remarquez que c'est précisément pour les accouchements les plus difficiles que cette manœuvre est préconisée et qu'elle paraît avoir été employée. J'ai une assez grande expérience de ces cas pour pouvoir affirmer que rien ne justifie cette préférence. L'introduction des branches du forceps ou du céphalotribe rencontre d'assez sérieux obstacles lorsque la tête est élevée, et lorsqu'une rétraction puissante et permanente des parois utérines l'applique et la maintient avec force sur le contour du détroit abdominal rétréci, pour qu'on n'y ajoute pas les difficultés et les dangers d'un procédé opératoire quelconque.

M. Malgaigne. La statistique des hôpitaux démontre que la mortalité moyenne des établissements consacrés aux accouchements est de beaucoup supérieure à celle des hôpitaux ordinaires. A quoi tient cette différence? A ce qu'on n'applique pas assez souvent le forceps; à ce que les accouchements, livrés aux filles de service et aux employés subalternes, sont presque toujours abandonnés à la nature.

M. Chailly s'efforce de nouveau de démontrer que le procédé de M. Hatin est à la fois excellent et très inoffensif.

M. Dubois. Notre confrère M. Chailly me paraît confondre deux choses très différentes, à savoir : l'introduction plus ou moins profonde de la main dans les voies génitales pour guider les branches du forceps, et le procédé de M. Hatin.

J'ai dit quel était l'office de la main qui pénètre dans le vagin, et précède l'introduction du forceps; elle est essentiellement destinée à soulever le bord de l'orifice pour le préserver de toute atteinte fâcheuse, et pour préparer un passage à l'instrument. Quand l'orifice est peu éloigné, la main pénètre peu avant dans le bassin; quand il est plus profondément placé, elle pénètre nécessairement davantage, et enfin si cet orifice est très élevé, il est possible que la main tout entière doive être introduite; les degrés différents de cette introduction sont subordonnés aux degrés différents d'élévation de l'orifice utérin. Telle est la règle établie et généralement suivie. La pénétration complète de la main dans les voies génitales pour guider les branches du forceps dans quelques cas exceptionnels ne constitue donc pas, comme paraît le croire notre collègue M. Chailly, un procédé propre à M. Hatin, c'est le procédé de tout le monde. Mais ce qui appartient à notre confrère, c'est ce que j'ai rappelé à l'Académie, c'est la substitution d'une seule et même main aux deux mains successivement employées jusqu'à présent pour guider les branches du forceps.

Je ne terminerai pas sans dire que je partage tout à fait l'opinion exprimée par nos collègues MM. Moreau et Velpeau. Je pense comme eux que l'on ne doit user du forceps qu'avec une grande réserve; la patience est une qualité indispensable à l'accoucheur, et ce n'est pas cependant une qualité très commune.

Quelques mots encore pour répondre à la proposition mal sonnante pour moi que vient d'exprimer M. Malgaigne. Notre collègue croit que l'on n'emploie pas assez souvent le forceps, qu'en particulier il en est ainsi dans les établissements destinés à recevoir des femmes en couches. Celles-ci, dit-il, sont trop souvent abandonnées aux soins insuffisants d'élèves ou de filles de service, et la prolongation trop commune de l'accouchement dans de telles conditions est la véritable cause de la grande mortalité qu'on observe dans ces établissements.

Je ne sais si notre collègue a voulu faire allusion à quelques grands hôpitaux, dans lesquels on a créé accessoirement un service de femmes en couches; il est possible que là où ne sont point placées des personnes exclusivement destinées à surveiller les femmes en travail, et parfaitement compétentes pour leur donner les soins qu'elles peuvent réclamer; il est possible, dis-je, que les choses se passent quelquefois ainsi que l'a dit M. Malgaigne. Mais je puis affirmer que l'observation qu'il a faite ne saurait en aucun cas s'appliquer aux deux grands hôpitaux, la Maternité et la Clinique, auxquels cependant on pourrait croire qu'elle est adressée. L'administration a placé à demeure dans ces établissements des sages-femmes en chef très instruites et très zélées, à la surveillance desquelles toutes les femmes en travail sont soumises. Ces personnes sont non-seulement très capables d'exercer une surveillance éclairée et de juger si la présence des accoucheurs attachés à ce service est nécessaire, mais elles sont assez instruites et assez habiles pour les suppléer dans les cas qui exigeraient une prompte terminaison de l'accouchement. L'assertion de notre collègue n'est donc pas fondée quant aux établissements dont je viens de parler; la doctrine étiologique qu'il a cru devoir énoncer à cette occasion ne l'est pas davantage.

Il n'est pas exact de dire, en effet, que la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux dépende de la prolongation du travail. Je me contenterai d'opposer à cette allégation une seule raison : c'est que la mortalité serait uniformément la même dans tout le cours d'une année, si elle dépendait d'une telle cause. L'observation prouve qu'il n'en est pas ainsi, et que cette mortalité varie selon les saisons, selon même les années. Tout porte à croire que la réunion d'un grand nombre de femmes en couches dans un même lieu et la viciation de l'air qui en résulte sont, avec un élément atmosphérique encore inconnu, les causes réelles de ces tristes résultats. Malheureusement des précautions hygiéniques convenables et surtout des procédés efficaces de ventilation n'ont pas été adoptés encore dans nos établissements hospitaliers, comme ils paraissent l'avoir été avec succès dans d'autres pays.

M. Malgaigne. Je n'ai pas voulu m'immiscer dans une question d'accouchements; je n'ai voulu traiter qu'une question de philosophie médicale, de statistique. Dieu me préserve d'avoir voulu accuser ni M. P. Dubois, ni les autres médecins placés à la tête des établissements spéciaux; tout ce que j'ai voulu dire, c'est que, dans les hôpitaux, on n'apportait pas, on ne pouvait pas apporter le même soin aux accouchements que dans la pratique civile. Pour mon compte, je suis censé avoir surveillé à Saint-Louis 1,800 accouchements dans quatre ans, et tout le monde comprend que cela n'est pas possible. On est donc obligé de livrer cette surveillance à des internes qui se renouvellent chaque année et sont peu capables.

Dans les établissements spéciaux, il y a à la vérité deux ou trois personnes capables; mais quand M. Dubois est absent et que la sage-femme en chef dort sur ses deux oreilles, il faut souvent attendre plus qu'il ne convient pour appliquer le forceps quand il est nécessaire, et c'est ce retard qui multiplie la mortalité.

On a dit que les épidémies étaient la cause de l'excès de mortalité dans les services d'accouchements des hôpitaux, et que j'étais le seul à l'ignorer; mais les épidémies ont été très rares depuis quatre ans, et la mortalité n'a pas cessé d'être considérable. Il faut donc chercher cette cause ailleurs. Or, cette cause, c'est la rareté de l'application du forceps et la prolongation du travail qui en est la suite; et, la preuve, c'est que M. Dubois m'a dit qu'il l'appliquait plus souvent en ville qu'à l'hôpital. Quant à moi, je ne fais pas de différence entre la théorie et la pratique, et ce que je fais en ville je le fais à l'hôpital et je le conseille dans mes leçons.

Je passe à la question de la mortalité. J'ai dit que ce n'est pas l'épidémie qui est la principale cause de cette mortalité dans les hôpitaux; cette cause, c'est la fièvre puerpérale, et l'on sait qu'il y a une grande différence entre la *fièvre puerpérale* et l'*infection puerpérale*.

Or, je suis arrivé à cette conséquence pour l'infection purulente, cette fièvre puerpérale des blessés, que c'est un refroidissement qui la produit dans l'immense majorité des cas; le frisson initial de cette maladie est presque toujours un refroidissement.

Je suis parvenu à empêcher le développement d'un grand nombre

de ces fièvres en empêchant les malades de se refroidir. Lorsque la maladie s'est développée, je suis aussi parvenu à guérir beaucoup de malades en rappelant la transpiration. Ainsi, la statistique de mon service d'accouchements à l'hôpital Saint-Louis m'a donné les résultats suivants :

1844,	un décès sur	15
1845	—	26
1846	—	38
1847	—	56
1848	—	93

A la Maison d'accouchements, les décès ont eu la proportion suivante :

1845,	un décès sur	28
1846	—	30
1847	—	27
1848	—	50

Voilà des résultats qui prouvent que ce ne sont pas les épidémies qui causent la mortalité. Ce fait ne me paraît pas indifférent; car si l'on croit que c'est une épidémie, c'est-à-dire une cause inconnue, on ne fera rien pour les malades ; si l'on est persuadé du contraire, on fera ce que j'ai fait : on cherchera, et l'on trouvera des moyens d'en soustraire un grand nombre à la mort.

M. P. Dubois. Je n'ai pas l'intention de répondre à toutes les questions soulevées par M. Malgaigne, et si j'avais cette intention, il me faudrait beaucoup plus de temps que l'Académie ne peut m'en accorder en ce moment; il me faudrait fournir beaucoup plus de documents que je n'en possède présentement ici. Je me bornerai donc à examiner sommairement deux de ces questions, celles de l'influence sur la mortalité des hôpitaux dans les épidémies et de la prolongation du travail.

Quant à la première question, je me bornerai à dire que l'opinion de M. Malgaigne est en opposition avec celle de tous les hommes qui depuis un siècle ont écrit sur les accouchements.

Quant à la question de la *prolongation du travail*, cette locution est beaucoup trop vague et en quelque sorte trop vide de sens pour qu'on puisse la discuter avec fruit; il y a des causes très diverses à la prolongation, et, si M. Malgaigne a voulu dire qu'il faut remédier par le forceps à toutes ces causes, il a certainement émis un très mauvais précepte. Il n'est pas vrai d'ailleurs de dire que la prolongation du travail soit une cause de fièvre puerpérale; c'est une cause de maladies mortelles, mais autres que cette fièvre, et le forceps ne peut pas diminuer cette prolongation, car ce n'est qu'alors que les efforts de la nature sont reconnus définitivement insuffisants que tout accoucheur sensé applique le forceps.

M. Malgaigne s'est un peu trompé sur la proportion de la mortalité : ce n'est pas de 1 sur 93 qu'elle a été à l'hôpital Saint-Louis en 1848, mais bien de 1 sur 75. Mais, à supposer qu'il eût été exact, M. Malgaigne aurait tort de s'attribuer le mérite d'un pareil résultat : tout le monde sait qu'en fait de mortalité dans laquelle l'influence épidémique joue un rôle, il faut que les statistiques comprennent un grand nombre d'années pour être concluantes; il est très possible que la mortalité de M. Malgaigne, qui en 1848 aurait été de 1 sur 93, soit en 1852 de 1 sur 10 ou sur 15.

M. Gerdy croit que la prolongation du travail doit produire un certain nombre de maladies puerpérales mortelles.

M. Piorry pense que la putridité des matières contenues dans l'utérus après l'accouchement est la cause essentielle de la fièvre puerpérale et qu'on la préviendrait en pratiquant des injections répétées dans l'organe utérin.

M. Bérard considère comme dangereuse l'assertion de M. Malgaigne sur la prétendue influence des refroidissements. Cette assertion ne tend à rien moins qu'à empêcher l'aération des salles des nouvelles accouchées et à augmenter la viciation de l'air déjà si grande dans ces salles. Quant au frisson initial, auquel M. Malgaigne attribue la fièvre puerpérale, M. Malgaigne a pris la cause pour l'effet, car au moment où le frisson se manifeste la maladie est déjà déclarée; il en est un des premiers symptômes, comme il est un des premiers symptômes de l'infection purulente proprement dite.

M. Danyau. J'ai essayé le procédé recommandé par M. Hatin, et je dirai d'abord dans quelle intention. Il m'avait semblé que l'auteur avait eu pour but, dans la manœuvre qu'il conseille, non pas seulement de faciliter l'introduction des branches et d'éviter toute déviation fâcheuse, non pas d'abréger la durée de l'opération et de la rendre moins douloureuse, mais surtout d'assurer une application plus régulière, ou pour mieux dire moins irrégulière, de l'instrument au-dessus du détroit supérieur, et de rendre par là l'extraction moins difficile. Je ne sais si je me suis fait illusion sur ce qui me semblait être le principal avantage attribué par M. Hatin à son procédé. J'ai pu le croire un instant, croyant qu'il n'en était nullement fait mention dans la discussion dernière. Mais enfin voilà ce que j'avais compris et ce que j'ai voulu vérifier. J'ai donc eu recours à ce procédé, une fois à la Maternité et deux fois à l'Hôtel-Dieu, chez des femmes dont le bassin était rétréci et dont le travail s'était prolongé beaucoup sans que la tête pût franchir le détroit supérieur. J'ai toujours commencé par la branche gauche guidée avec la main gauche et conduite avec la droite, trouvant plus commode de terminer l'opération par ce qu'elle a de régulier et de conforme à la manœuvre ordinaire. Ce procédé peut n'être pas gracieux, mais je puis assurer qu'il est très exécutable et que je n'ai trouvé à l'exécuter aucune difficulté particulière. Ma main était tout entière dans les organes génitaux et en grande partie dans l'utérus. Après le placement de la première branche, j'ai dû la retirer un peu avant de l'insinuer sur le côté droit du bassin pour guider la branche droite. J'ai suivi rigoureusement les indications de M. Hatin, bien moins, je le répète, pour éviter des lésions dont une introduction moins complète de la main peut tout aussi bien préserver, que pour ne rien négliger de ce qui pouvait conduire au résultat que je cherchais surtout à obtenir. Or je n'ai pas remarqué que par le procédé de M. Hatin l'application du forceps fût plus régulière, qu'avec la main placée à cette hauteur on changeât la direction de la tête, que d'une situation transversale, par exemple, on l'amenât à une antéro-postérieure qui permît de placer les cuillers plus ou moins sur les côtés.

En résumé, pour ce qui est des avantages qui ont surtout été en discussion, je n'y attachais et n'y attache pas d'importance, en ce sens au moins que je n'y vois rien de nouveau; et, quant à l'avantage qui me frappait et qui serait essentiel s'il était réel, je n'ai pas trouvé dans les cas où j'ai expérimenté le procédé de M. Hatin qu'il offrît sous ce rapport de supériorité sur le procédé ordinaire.

M. Moreau. M. Chailly persiste à croire que l'introduction de la main entière dans l'utérus est un procédé qui appartient à M. Hatin. Il n'a qu'à lire Baudelocque, et il se convaincra que son opinion est une erreur.

M. Gerdy se plaint que M. Dubois n'ait pas expérimenté le procédé de M. Hatin avant de le juger.

M. Dubois. Si l'on proposait à M. Gerdy de faire l'opération de la cataracte par abaissement avec la main gauche sur l'œil gauche et avec la main droite sur l'œil droit, consentirait-il à le faire?

M. Gerdy. Mais c'est impossible.

M. Dubois. Non, ce n'est pas impossible.

M. Gerdy. C'est du moins extrêmement difficile. D'ailleurs si quelqu'un m'affirmait l'avoir fait avec facilité et même avec avantage, je l'essaierais.

M. Dubois. Et bien, moi, je ne l'essaierais pas. Voilà pourquoi je ne me crois pas tenu à expérimenter le procédé de M. Hatin, et pourquoi je ne l'expérimenterai pas.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Henry lit deux rapports, l'un sur une source d'eau minérale située à Coise (Savoie), et dont le propriétaire demande de pouvoir faire la vente en France. Cette eau est ainsi composée pour 1000 gr. d'eau :

Bicarbonate de soude.	0,833
— de potasse.	0,045
— de chaux. } — de magnésie. }	0,045
Sulfates de magnésie et de soude.	0,001
Silicates de chaux. — de potasse. — d'alumine.	0,050
Iodure déliquescent.	très sensib.
Bromure.	très dout.
Chlorures de sodium et magnésiens.	0,005
Oxyde de fer crénaté, évalué à.	0,002
Matière organique.	indéterm.
Total.	0,936

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée.

— Le même membre lit un rapport sur une source située à Villerx, commune de Besançon (Doubs).

Cette source, d'après la commission, est ainsi composée pour 1000 grammes d'eau :

Acide carbonique libre, 1/4 du volume de l'eau ;	
Azote et oxygène, une petite quantité.	
Bicarbonate de chaux.	0,907
— de magnésie.	0,150
Chlorure de sodium. } Sulfate alcalin. } Sel de potasse. }	0,050
Sel ammoniacal.	indiqué.
Crénate et silicate de potasse.	0,280
Iodure.	sensible.
Oxyde de fer crénaté.	0,110
Silice, alumine.	0,144
Total.	1,601

Les conclusions sont de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

— La séance est levée à cinq heures passées.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — Les sujets de thèse ont été distribués aujourd'hui, et sont échus dans l'ordre suivant aux divers candidats :

M. Marchal, des épidémies ;
M. Bouchardat, de l'alimentation insuffisante ;
M. Béclard, hygiène de la première enfance ;
M. Tardieu, voiries et cimetières ;
M. Sanson, de l'influence de la lumière sur le développement de la santé;
M. Guérard, du choix et de la distribution des eaux dans une ville.

AVIS. — MM. les membres de la Société anatomique sont prévenus que la séance annuelle se tiendra le lundi 16 février, à trois heures et demie précise, à la Faculté (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour à six heures et demie, chez Véfour-Hamel, Palais-Royal.

On souscrit :

Chez MM. Houel, à l'Ecole pratique;
Blain des Cormiers, rue Monsieur-le-Prince, 58 ;
Sainet, rue Duphot, 10.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 40, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Sur quelques affections du foie et des pays chauds. — De l'ecchymose dans les plaies pénétrantes de poitrine. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). Parallèle de la cautérisation et de l'ablation dans le traitement des tumeurs cancroïdes des paupières. — HÔPITAL DE GENÈVE (M. Rilliet). Mémoire sur l'invagination chez les enfants. — Organisation des trousseaux dans les asiles d'aliénés. — Académie des sciences, séance du 2 févricr. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques affections du foie et des pays chauds.

L'important service de M. le professeur Maillot, au Val-de-Grâce, contient en ce moment, entre autres malades intéressants, plusieurs individus atteints de maladies du foie que nous voyons assez rarement dans nos hopitaux civils, et qui nous initient jusqu'à un certain point aux lésions organiques qui font périr nos soldats en Afrique.

L'un de ces malades, sorti il y a quelques jours, est un officier qui nous offrait le très rare exemple d'un abcès hépatique ouvert dans les bronches. Cet homme avait habité le Sénégal pendant plusieurs années, et avait eu à diverses reprises des fièvres intermittentes; il lui était survenu à la suite de ces fièvres de violentes douleurs dans la région du foie et dans l'épaule droite. Depuis ces douleurs il était resté valétudinaire. Quelques mois après il fut pris de toux violente, et, dans une quinte, il expectora tout à coup une grande quantité de pus lie-de-vin. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis sept mois, il expectora chaque jour du pus de même couleur, mais en quantité beaucoup moins abondante. Cette coloration est, on le sait, le caractère par excellence du pus hépatique. Le foie est d'ailleurs toujours beaucoup plus développé qu'à l'état normal; il n'y a pas d'ictère. L'état du malade s'est assez amélioré pendant son séjour à l'hôpital pour qu'il ait pu demander un congé et se rendre dans sa famille, où tout fait espérer que sa guérison se complétera.

Auprès de l'officier dont il s'agit ci-dessus se trouve un autre officier dans la force de l'âge, qui a été réduit à un état presque squelétique par la même cause, c'est-à-dire par l'intoxication paludéenne dont les pernicieux effets persistent encore, quoique cet homme soit revenu d'Afrique depuis plusieurs années. Le foie est à peine augmenté de volume, et aucun autre organe n'est malade; le sujet n'a jamais de fièvre; mais il est sans forces; son teint est jaune; il n'a qu'un filet de voix; c'est un véritable vieillard anticipé. Dans cet état, il a été atteint cet hiver d'une bronchite profonde qui, bien qu'elle n'ait envahi qu'un poumon, a donné lieu aux symptômes les plus intenses, et qui, malgré toutes les contre-indications, a exigé qu'on eût recours aux saignées. Le malade s'est très bien rétabli de cette dernière affection, et tout porte à croire qu'il se rétablira complétement, surtout s'il peut aller pendant quelques mois respirer l'air d'une campagne salubre.

Au n° 28 de la salle 31 se trouve un soldat qui a été plusieurs fois atteint en Afrique de fièvres intermittentes et d'une dyssenterie chronique; aujourd'hui il présente une ascite considérable avec anasarque, sans engorgement ni du foie ni de la rate. Il n'a jamais d'accès fébrile ni de diarrhée, et l'hydropisie est la seule altération qu'on puisse constater chez lui.

Dans des cas semblables, M. Maillot a vu réussir très souvent le nitrate de potasse administré à haute dose; malheureusement ici cette administration est impossible, le malade ne pouvant le supporter; M. Maillot a eu recours en conséquence à la teinture de digitale, et il ne considère pas l'état du malade comme désespéré.

Chez un autre malade, couché au n° 25 de la salle 30, on observe un développement considérable du foie se continuant avec un engorgement abdominal (dont le siége est probablement dans le mésentère) et descendant jusqu'à l'ombilic. Cet engorgement est, comme les précédents, le résultat de fièvres intermittentes contractées en Afrique, d'où le malade est rentré il y a un an. Il n'a d'ailleurs eu ni dyssenterie ni diarrhée. La rate a seulement 7 centimètres de hauteur sur 5 de largeur. Suivant M. Maillot, cet homme aurait, comme le premier, un abcès du foie; les mouvements fébriles irréguliers qui se manifestent de temps en temps, le teint jaunâtre, les douleurs intermittentes qui se font sentir dans l'hypochondre droit sont des signes qui ne lui laissent pas de doute sur l'exactitude de ce diagnostic. Si à ces signes vient s'ajouter la fluctuation, ainsi qu'on peut l'espérer, ce sera une belle occasion de tenter l'ouverture de cet abcès.

Nous appellerons prochainement l'attention sur un autre engorgement du foie très remarquable, mais qui diffère beaucoup des précédents en ce qu'il reconnaît une cause traumatique.

De l'ecchymose dans les plaies pénétrantes de poitrine.

M. le professeur Velpeau appelait, il y a quelques jours, l'attention de ses nombreux auditeurs sur un symptôme dont il est utile de connaître toute l'importance pour le diagnostic des plaies de poitrine : c'est l'ecchymose. Voici en quelques mots l'histoire du malade chez qui on observe ce symptôme.

Au n° 10 de la salle Sainte-Vierge est entré, dans la nuit du 15 au 16 janvier, un jeune homme âgé de vingt-huit à trente ans, daguerréotypeur, qui avait reçu deux coups de couteau dans la région mammaire gauche.

Ce jeune homme avait au niveau du mamelon deux plaies transversales, de la longueur de deux centimètres, faites évidemment avec un instrument tranchant.

L'on trouvait tous les signes des plaies pénétrantes de poitrine : emphysème sous la peau, matité, bronchophonie et même égophonie, etc. Aucun symptôme n'indiquait que le cœur eût été attaqué.

Bien que la blessure intéressât le poumon, il n'y eut ni symptômes locaux, ni symptômes généraux graves ; point de troubles fonctionnels.

Au troisième jour apparut sur la partie latérale gauche de la poitrine, au-dessous du creux de l'aisselle, une ecchymose plus large que la main. C'est sur cette ecchymose que M. le professeur Velpeau a appelé l'attention des élèves.

Cette ecchymose, dit-il, est un symptôme des plaies pénétrantes de poitrine. Elle ne s'est montrée ni le premier, ni le second jour qui ont suivi l'accident. Elle ne remonte point jusqu'aux petites plaies de la région mammaire. Aujourd'hui (cinquième jour) elle est plus considérable, plus foncée, plus noire que lors de son apparition. C'est du sang qui vient des parties profondes, et non du sang épanché primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il y a un siècle environ, Valentin présentait à l'Académie de chirurgie un mémoire dans lequel il insistait beaucoup sur cette ecchymose dans les plaies pénétrantes de poitrine. Des membres de l'Académie s'élevaient contre cette opinion ; comme tout ce qui est nouveau, on l'admettait avec difficulté. Quoi qu'on ait dit, le mémoire de Valentin reste, et nous allons voir ce qu'on peut donner à ce symptôme de valeur réelle.

Cette ecchymose n'est pas constante ; mais, quand elle se manifeste, c'est un signe pathognomonique des plaies pénétrantes de poitrine.

Cette ecchymose n'est pas constante, et cela se conçoit sans peine. Dans toute plaie pénétrante, ou il y a épanchement de sang dans la cavité pleurale, ou il n'y a pas épanchement. Dans le premier cas, pas d'ecchymose possible, évidemment. Dans le second, l'ecchymose pourra se montrer, ou, dans certaines circonstances, manquer tout à fait.

Car pour qu'elle existe, il faut que le sang puisse passer, filtrer des parties profondes vers les parties superficielles ; il faut que les tissus restent perméables. Or qu'un épanchement sanguin se fasse dans la plèvre, cette membrane peut s'épaissir, le sang épanché peut lui former une couche, un enduit qui lui enlève sa porosité, sa perméabilité. Dans ces cas, le sang reste enfermé dans la cavité pleurale, il ne sort point, ne filtre point. Pas d'ecchymose.

Au contraire, la membrane séreuse n'a pas éprouvé d'altération ; elle n'est pas tapissée par une couche épaisse formée par le sang épanché (et ce cas se produira surtout quand la plaie n'aura amené aucune réaction fébrile, aucun trouble, aucun symptôme général grave, comme chez notre malade). Alors le sang passe de la plèvre dans les tissus placés en dehors d'elle ; il filtre de l'intérieur vers l'extérieur ; il vient former ecchymose sous la peau.

Pour accomplir cette pérégrination, le sang demande un peu de temps, quelques jours, deux, quatre, huit, dix jours, un peu plus, un peu moins, suivant que les tissus se laissent plus ou moins facilement traverser. Il se passe là ce que l'on voit dans les autres régions, ce qui arrive pour les épanchements sanguins qui ont lieu dans l'épaisseur d'un membre, par exemple. Quand un épanchement existe profondément, à moins qu'il n'y ait en même temps du sang étalé sous la peau ou dans son épaisseur, la teinte ecchymotique ne se montre pas de suite. C'est un fait purement mécanique. L'époque de l'apparition de l'ecchymose est en raison inverse de l'épaisseur des tissus, en raison directe de leur perméabilité. La teinte, d'abord violette, passe ensuite au bleu, puis au noir, etc. C'est l'histoire de toute ecchymose.

Ainsi donc, si l'ecchymose ne se montre pas dans tous les cas de plaie pénétrante de poitrine, quand elle apparaît, comme chez notre malade, quelques jours après l'accident, qu'elle n'est évidemment point formée par du sang qui aurait coulé dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle est pathognomonique d'un épanchement pleural.

C'est parce que ce signe n'existe pas toujours, que nous le rencontrons chez le jeune homme du n° 10, que j'ai voulu appeler votre attention sur lui.

Le malade, du reste, va très bien. L'épanchement persiste. Il y a de la matité, de la bronchophonie. Mais pas de symptôme grave, pas de trouble fonctionnel.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Parallèle de la cautérisation et de l'ablation dans le traitement des tumeurs cancroïdes des paupières.

Les paupières, spécialement vers leur bord libre, deviennent assez souvent le siége de tumeurs solides, dures, irrégulières à leur surface, nettement circonscrites, adhérant à la peau elle-même, plus ou moins injectée, variqueuse et amincie.

Ces tumeurs, de nature cancéreuse, sont plus fréquentes à la paupière inférieure qu'à la supérieure. On les rencontre très rarement avant l'âge de quarante ans.

Elles ne s'ulcèrent qu'à une période assez avancée de leur évolution, et pendant un certain temps leurs caractères restent douteux.

En effet, l'affection cancéreuse des paupières ne débute pas toujours d'emblée; souvent même elle est consécutive à la dégénérescence de telle ou telle tumeur, jusque-là d'une innocuité complète. Il n'est pas toujours possible de préciser l'instant où un chalazion, une verrue, une cicatrice calleuse, etc., passent à l'état de cancer, tandis que plus tard la dégénérescence se révèle à l'observateur par l'accroissement de la tumeur, sa surface dure et bosselée, la dilatation variqueuse des vaisseaux voisins, l'amincissement et l'ulcération de la peau ou de la muqueuse, la sensation de douleurs lancinantes.

Dans une autre forme de la maladie, l'affection cancéreuse débute d'emblée par une ulcération, souvent entée elle-même sur un bouton qui avait paru jusque-là insignifiant. L'ulcération marche avec une extrême lenteur, mais elle n'en détruit pas moins tous les tissus qu'elle rencontre.

Le fond de l'ulcère est d'un rose pâle, baigné de pus, parcouru par des vaisseaux dilatés; il saigne facilement, et devient même dans quelques cas le siége d'une hémorrhagie spontanée assez abondante. Çà et là l'excavation ulcéreuse présente des granulations de bonne nature qui restent stationnaires; parfois cependant l'ulcération se cicatrice dans un point, et s'étend vers un autre. Les bords de l'ulcère sont saillants, réguliers ou bosselés. Le tissu sur lequel l'ulcération repose offre ordinairement une induration plus ou moins prononcée.

L'affection cancéreuse des paupières, qu'elle soit primitive, comme dans l'ulcère rongeant dont nous venons de parler, ou consécutive à la dégénérescence de l'une ou de l'autre tumeur des paupières citées plus haut, doit fixer au plus haut point l'attention de l'homme de l'art; car il n'est pas rare de voir la maladie, après être restée stationnaire, ou à peu près, pendant des mois entiers, acquérir tout à coup une activité extrême; c'est surtout, d'après la remarque de Chélius, lorsque le mal s'est étendu jusqu'à la conjonctive que ses progrès deviennent plus rapides.

On conçoit toute l'importance qu'il y a de traiter la maladie à une époque aussi rapprochée que possible de son début, afin de rendre l'opération aussi simple que possible, en évitant le sacrifice de parties qu'il importe de conserver.

Sans doute, il est des tumeurs siégeant dans le tissu des paupières, placées non loin de leur bord libre, et qui, par leurs caractères, appartiennent plutôt à la classe des tumeurs fibro-plastiques qu'à celle des affections cancéreuses. Il en est d'autres qui apparaissent chez les sujets atteints d'accidents syphilitiques secondaires, et qui se sont développées sous cette influence spécifique ; ce sont de véritables tumeurs gommeuses. Il survient encore dans les paupières des tumeurs enkystées de différentes espèces.

Le traitement que ces affections réclament reste subordonné à la nature de la maladie. Elles peuvent gêner, par leur volume, les mouvements des paupières, ulcérer la peau ou la muqueuse. Mais je ne veux parler ici que des tumeurs de mauvaise nature, et susceptibles par conséquent de faire de rapides progrès.

Deux modes généraux de traitement sont employés pour guérir l'affection cancéreuse des paupières : la *cautérisation* et l'*extirpation*.

1° *Cautérisation*. — La cautérisation paraît être le moyen le plus simple ; c'est celui qu'emploient plus volontiers les médecins qui n'ont pas l'habitude de manier l'instrument tranchant. On peut mettre en usage le nitrate d'argent en crayon, le caustique de Vienne en cylindre, la teinture de cantharides, le nitrate acide de mercure, etc., dont on imbibe l'extrémité d'un pinceau avec laquelle on touche la partie malade. Si l'ulcération est superficielle, la tumeur peu volumineuse, on peut détruire complétement, en une seule séance ou en deux tout au plus, les parties altérées. J'ai observé des malades traités par la cautérisation, dans des cas analogues, par différents médecins; la tumeur ou l'ulcération, de nature suspecte, avait disparu; mais, à sa place, existait une cicatrice très prononcée qui tiraillait en dehors le bord libre de la paupière, et produisait un véritable ectropion, que, dans un cas, j'ai dû faire disparaître par une opération nouvelle.

En résumé, la cautérisation appliquée au traitement des affections cancéreuses des paupières est un moyen qu'il faut rejeter, à cause de la cicatrice fâcheuse de la peau palpébrale, cicatrice dont la rétraction ultérieure amène l'ectropion.

Cependant, j'ai pratiqué moi-même un assez bon nomb de fois la cautérisation des paupières dans des cas de tum plus ou moins volumineuses, existant depuis longtemps res, adhérant au bord libre palpébral, et s'accompa d'une rougeur plus ou moins vive de la peau. Ces tu

n'offraient point les caractères bien accentués de la dégénérescence cancéreuse ; elles étaient de nature fibro-plastique.

Plusieurs fois il m'a suffi de toucher à différentes reprises avec un crayon de nitrate d'argent la muqueuse du bord libre dans le point correspondant à la tumeur, pour provoquer un degré d'excitation favorable à la résolution. Cinq, six, sept cautérisations légères sont ordinairement suffisantes.

Sur d'autres malades, j'ai procédé différemment. J'ai attaqué la tumeur de dedans en dehors. Un stylet rougi à blanc était introduit perpendiculairement du bord palpébral de la tumeur vers son centre, jusqu'à une profondeur variable, selon le cas particulier. Une réaction assez vive survient, l'eschare est éliminée les jours suivants sous forme de bourbillon: la plaie se déterge, et la tumeur disparaît avec la tuméfaction accidentelle de la paupière. C'est à peine s'il existe, après la guérison, une légère encochure du bord libre palpébral, et il n'y a jamais d'ectropion.

Ces deux manières de procéder m'ont fourni d'excellents résultats. On peut essayer d'abord le moyen le plus simple, la cautérisation superficielle avec le nitrate avant d'employer l'ustion centrale avec le stylet rougi à blanc.

2° *Ablation.* — Lorsque la tumeur des paupières offre les caractères du cancer, il faut rejeter complétement la cautérisation; celle que l'on pratique en détruisant tous les tissus étant des plus fâcheuses par la perte de substance qu'elle produit, par la déviation du bord libre de la paupière que la cicatrice provoque ultérieurement; et celle que je conseille, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le stylet incandescent, étant insuffisante dans le cas particulier.

Règle générale, on peut enlever sans craindre une difformité consécutive le tiers au moins de l'une ou de l'autre paupière. Pour enlever une tumeur cancroïde des paupières, on pratique de chaque côté de la tumeur, du bord libre de la paupière vers la base de l'orbite, une incision rectiligne. En se réunissant en V, après avoir dépassé les limites du mal, ces deux incisions, comprenant toute l'épaisseur de la paupière, ont formé un lambeau triangulaire que l'on enlève. Deux ou trois points de suture entortillée suffisent pour obtenir une réunion parfaite et sans difformité appréciable.

Mais, lorsque la tumeur a envahi une plus grande étendue de la paupière supérieure ou inférieure, la juxtaposition des lèvres de la solution de continuité n'est plus possible. Il convient alors de procéder à une restauration autoplastique de la paupière, en disséquant dans une plus ou moins grande étendue les lèvres de la solution de continuité; on obtient de la sorte un glissement des lambeaux sur les parties sous-jacentes suffisant, dans les cas ordinaires, pour réparer la perte de substance.

Un de mes malades affecté d'une tumeur cancroïde de la paupière inférieure fut traité par la cautérisation. La tumeur avait été détruite complétement, mais il était résulté un renversement assez prononcé du bord palpébral. De plus, une tumeur analogue à la première s'était développée vers la commissure externe de l'œil, et menaçait de faire des progrès. L'idée me vint alors de guérir ce malade de sa tumeur et de son ectropion par une seule opération. Je mis en usage le procédé de Walther, qui consiste à pratiquer à peu de distance de la commissure, sur le quart externe de l'une et de l'autre paupière, deux incisions dirigées en dehors et se réunissant vers la tempe à angle aigu, de manière à décrire un V dans l'intérieur duquel était comprise la tumeur.

Dans l'affrontement des lèvres de la plaie par la suture, j'eus soin de réunir l'extrémité interne de la lèvre supérieure, non avec l'extrémité interne de la lèvre supérieure, mais dans un point correspondant à sa partie moyenne. De cette façon, je tiraillais davantage la paupière inférieure, qu'il s'agissait de redresser, et je ne m'exposai pas à amener un rétrécissement, un véritable phimosis des paupières.

Cette opération, pratiquée avec l'aide de mes honorables MM. E. Bordes et Godo, a été suivie d'un très beau résultat, ainsi que j'ai pu le constater moi-même plus de six mois après la guérison. L'ectropion avait disparu, et la tumeur ne s'est pas reproduite.

Dans les opérations pratiquées sur les paupières, il ne faut point s'arrêter, toutes les fois que le mal l'exige, devant le sacrifice d'un conduit lacrymal. J'ajoute que la perte d'un conduit lacrymal n'entraîne nullement le larmoiement après elle. Je viens de revoir dernièrement encore Mme B..., de Beauvais, à laquelle j'ai enlevé, il y a près d'un an, le tiers interne de la paupière inférieure, pour une tumeur cancroïde de cette région. C'est à peine si l'on aperçoit aujourd'hui les traces de cette opération, et la malade n'éprouve aucune espèce de larmoiement, bien que le conduit lacrymal inférieur ait été enlevé avec la tumeur.

HOPITAL DE GENÈVE.

Mémoire sur l'invagination chez les enfants.

Par le Dr Rilliet, médecin en chef.

(Suite. — *Voir* les numéros des 31 janvier et 3 février.)

Diagnostic.

Le diagnostic de l'invagination est, au dire de presque tous les auteurs, d'une extrême difficulté. Dance, après avoir fait de légitimes efforts pour éclaircir le sujet, concluait cependant « que le diagnostic d'une invagination sera toujours une chose difficile; qu'on pourra la soupçonner dans quelques cas, mais qu'on pourra la méconnaître dans beaucoup d'autres. »

Les auteurs français des traités de pathologie les plus récents et les plus estimés, MM. Monneret, Fleury, Grisolles, Valleix, sont du même avis. M. Barrier (1), dans la seconde édition de son *Traité sur les maladies des enfants*, s'exprime en ces termes :

(1) T. II, p. 67. — 1845.

« Dans l'état actuel de la science, il y a, sur l'affection qui nous occupe, une grande lacune, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du traitement. »

Nous espérons que la description que nous avons donnée permettra de *diagnostiquer presque tous les cas d'invagination de la première enfance et une partie de ceux de la seconde enfance.* Mais nous reconnaissons :

1° Que très rarement dans la première enfance, plus fréquemment dans la seconde, il est des cas d'invagination qu'il est impossible de distinguer des autres espèces d'obstacles au cours des matières fécales ;

2° Que, soit dans la première, soit dans la seconde enfance, le diagnostic présente beaucoup de difficultés, parce qu'un grand nombre de maladies peuvent en imposer pour l'invagination non-seulement à un observateur peu attentif, mais même à un très habile médecin.

Désireux d'étudier le sujet d'une manière complète, nous traiterons les trois points suivants :

1° Quels sont les symptômes pathognomoniques de l'invagination ;

2° Quels sont les maladies avec lesquelles on peut la confondre ;

3° Quels sont les moyens de les distinguer.

D'après le docteur Clarke, la présence d'une tumeur dans la région iliaque gauche, le prolapsus par l'anus de la portion invaginée, joints à l'hémorrhagie anale, sont les symptômes les plus importants pour le diagnostic. Le docteur Cunningham dit que la tumeur iliaque et l'écoulement sanguin par le rectum, joints aux autres caractères connus de l'étranglement, ne peuvent pas laisser de doute sur la nature de la maladie. Le docteur Gorcham attache aussi beaucoup d'importance, pour le diagnostic, aux selles sanguines. Nous sommes d'accord avec ces praticiens; mais il est bien rare de trouver réunis tous les symptômes qu'ils énumèrent. Nous avons vu dans un des articles précédents qu'on n'observait presque jamais le prolapsus de la portion d'intestin invaginée. La tumeur abdominale, quoique plus fréquente, manque chez plus de la moitié des malades, et quand elle se montre, c'est d'ordinaire à une époque éloignée du début. Quant aux symptômes classiques de l'étranglement, on a déjà pu voir combien ils sont rares. Les vomissements stercoraux manquent plus souvent qu'ils n'existent ; le ballonnement du ventre est exceptionnel; la constipation plus exceptionnelle encore.

L'écoulement sanguin par le rectum a une valeur bien plus grande. Ce symptôme est précieux : 1° parce qu'il est presque constant dans l'invagination du gros intestin, à ce point que Cohen se demande si ce n'est pas le signe pathognomonique de l'étranglement à la valvule; 2° parce qu'il apparaît d'ordinaire à une époque voisine du début. Seul, il ne suffit pas pour le diagnostic ; mais lorsqu'il est joint à des vomissements continus accompagnés d'anxiété, de cris aigus intermittents et de décomposition des traits, alors même que le ballonnement du ventre, la tumeur abdominale et les vomissements stercoraux manquent, on peut le considérer comme pathognomonique de l'invagination du gros intestin.

Les maladies que l'on peut confondre et que l'on a en effet confondues avec l'invagination sont cette affection décrite sous le nom *de cholera infantum, de ramollissement de l'estomac, d'entérite cholériforme, la dyssenterie, l'hémorrhagie intestinale, les différentes espèces d'étranglement interne, la péritonite.*

C'est presque exclusivement dans la première enfance que l'on peut prendre une invagination pour un ramollissement de l'estomac ou pour une hémorrhagie intestinale, tandis que c'est surtout dans la seconde enfance que l'invagination peut simuler les différentes espèces d'étranglement interne ou la péritonite.

1° *Ramollissement de l'estomac.* — L'erreur est assez facile; ainsi nous prîmes nous-mêmes pour un ramollissement de l'estomac le premier cas d'invagination que nous observâmes. (V. obs. I.) Nous avions été trompé par la fréquence des vomissements et la répétition des selles. Nous n'aurions pas commis cette erreur si nous nous étions rappelé que dans le ramollissement de l'estomac on observe des vomissements incessants joints à des selles très abondantes, séreuses et non sanguines; que la soif est insatiable, le ventre flasque, le refroidissement général, l'émaciation considérable et prompte; tous symptômes que l'on ne trouve jamais réunis dans l'invagination.

2° La *dyssenterie* offre, à certains égards, encore plus de traits de ressemblance avec l'invagination. Quand dans cette maladie les selles sont petites, muqueuses et mélangées de stries sanguines, elles sont tout à fait semblables aux selles dyssentériques. Mais dans la dyssenterie, qui d'ailleurs est infiniment rare dans la première enfance, on n'observe pas de vomissements incessants comme dans l'invagination; le début n'est pas aussi brusque, la maladie ne chemine pas si rapidement; elle est d'ailleurs le plus souvent épidémique. Nous croyons cependant que l'invagination a été prise quelquefois pour une dyssenterie. Nous citerons en particulier l'observation suivante, que nous tenons d'autant plus à faire connaître, bien que la jeune fille qui en a fait le sujet ait dépassé l'enfance, qu'à certains égards elle offre une grande analogie avec la description que nous avons donnée de l'invagination de la première enfance.

Obs. V. — *Jeune fille de dix-sept ans. — Selles sanguines, vives douleurs; tumeur au niveau de la région cœcale. — Maladie prise pour une dyssenterie. Le dixième jour, évacuation de cinq pouces d'intestin grêle. — Guérison* (1).

Une jeune fille âgée de dix-sept ans, dit l'auteur, fut atteinte, trois semaines après son arrivée aux Indes, d'une dyssenterie. L'auteur la vit le soir du quatrième jour; le pouls était à 110; le ventre dur, plat, rétracté; la région du cœcum était tuméfiée, dure, douloureuse à la pression. Elle avait de fréquentes mais petites selles de sérosité sanglante accompagnées de vives douleurs. Les évacuations avaient l'apparence d'un liquide noirâtre avec une horrible odeur de sang putréfié. Le huitième jour, la tension et la plénitude du cœcum et de tout le côté droit du bas-ventre avaient beaucoup augmenté. Les selles devinrent très peu abondantes et presque entièrement supprimées; elles avaient une couleur rougeâtre.

(1) Clinical Illustrations of the most important diseases of Bengal. By William Twining. — Calcutta, 1832. Obs. XXII, p. 92. Dans le mémoire de Thomson, l. c., p. 309.

Le neuvième jour, le corps exhalait une odeur des plus fétides; la nuit précédente elle s'était présentée soixante-dix fois à la garde-robe; mais les selles étaient très petites et nullement améliorées. La malade était irritable et semblait à la dernière extrémité.

Pendant cette journée elle n'eut point de selles, et parut mieux le soir. Le pouls tomba à 116; le ventre était moins tuméfié. Deux lavements amenèrent une évacuation liquide; le ventre devint plus souple. Dans la nuit suivante elle eut sept évacuations, pouvant être évaluées à une pinte de liquide brunâtre avec une teinte de sang, et moins fétide. Le corps exhalait une odeur moins insupportable; le ventre continuait à s'assouplir. Le matin du dixième jour elle rendit un fragment du petit intestin de cinq pouces de long, et quelques portions d'une égale longueur passèrent par l'anus avec un peu de pus et de liquide ichoreux. Le tube parut formé par l'intestin retourné, avec toutes ses tuniques, et sur sa surface quelques ulcérations, suite de la chute des eschares, étaient très apparentes. Le second jour après cet événement, la jeune fille était beaucoup mieux ; elle avait eu trois évacuations liquides d'un brun clair; le ventre était plat et mou; une légère tuméfaction persistait dans la région cœcale. Plusieurs petites portions d'intestin avaient été évacuées. La dureté du cœcum se dissipa graduellement, et la malade put s'embarquer trente et un jours après l'évacuation de l'anse intestinale; elle était très faible et émaciée; mais elle avait un appétit que l'on avait de la peine à contenir.

Remarques. — Il est infiniment probable, malgré le titre que porte l'observation, que cette jeune fille a été atteinte d'une invagination et non d'une dyssenterie. La nature des symptômes, la rapidité de la marche de la maladie et surtout sa terminaison en sont les preuves évidentes. On n'observe pas dans la dyssenterie une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque; les selles sont muqueuses et non séro-sanguinolentes ; enfin, si les dyssentériques rendent quelquefois des fausses membranes intestinales, on ne retrouve pas dans leurs évacuations des lambeaux d'intestin reconnaissables à leurs trois tuniques. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas fait mention de l'existence ou de l'absence des vomissements, et qu'il n'ait pas indiqué si les douleurs de ventre précédaient la selle ou étaient la conséquence du passage du sang par l'anus. Il eût été intéressant aussi de mentionner quel était l'état de cet orifice, s'il offrait cette dilatation que l'on a signalée dans la dyssenterie grave. Malgré ces lacunes, nous persistons à voir dans ce fait une invagination plutôt qu'une dyssenterie.

L'*hémorrhagie intestinale* est quelquefois si abondante qu'elle attire toute l'attention de l'observateur, qui prend alors le symptôme pour la maladie principale. Le docteur Clarke raconte qu'il appela en consultation un de ses confrères, le docteur Streter, qui dans un cas d'invagination opina, ainsi que le docteur Clarke lui-même, pour une hémorrhagie intestinale, et prescrivit un traitement en conséquence. Le docteur Marwick a observé un fait bien propre aussi à induire en erreur. Il s'agit d'un enfant de quatre mois qui avait été pris d'une hémorrhagie gastrique et intestinale abondante. Les couches de l'enfant ne renfermaient que du sang pur; le petit malade était pâle, exsangue; le pouls était faible et fréquent; les pupilles largement dilatées; l'abdomen légèrement distendu et sensible; tout semblait indiquer un melœna, et cependant il s'agissait d'une invagination, comme l'autopsie l'a démontré et comme les symptômes terminaux l'indiquèrent avant l'autopsie; car les vomissements devinrent presque continuels, l'abdomen se distendit et l'hémorrhagie intestinale fut remplacée par un mélange de matières fécales et de détritus gangréneux d'une odeur très fétide.

Pour mettre le praticien en garde contre une erreur dangereuse, nous passerons rapidement en revue les maladies de l'enfance dans lesquelles l'hémorrhagie intestinale joue un rôle accessoire ou prépondérant. On observe quelquefois l'entémorrhagie chez les nouveau-nés (V. notre mémoire publié dans la *Gazette médicale*). Mais ici la confusion n'est pas possible. Le melœna des nouveau-nés diffère du tout au tout de l'invagination : d'abord les vomissements manquent, ou, quand ils existent, ce sont des vomissements de sang pur, une véritable hémathémèse. L'hémorrhagie est très abondante et s'accompagne de tous les symptômes généraux des hémorrhagies. La maladie est jugée en vingt-quatre heures. Dans le cours de la première année, on observe quelques hémorrhagies intestinales qui se rapprochent des hémorrhagies intestinales des nouveau-nés. Nous ne serions pas étonné que quelques-uns des faits de cette nature fussent de véritables invaginations. Voici ce qui nous est arrivé à nous-même :

Obs. VI. — Il y a quatre ans, à une époque où notre attention n'avait pas encore été attirée sur l'invagination, nous fûmes appelé par un de nos confrères, le docteur Duchosal, pour voir un enfant âgé de neuf mois qui trois jours auparavant avait été pris de vomissements très fréquents, qui persistèrent sans interruption. Il rejetait tout ce qu'on lui donnait à boire. Dans la nuit, il eut une selle sanguine très abondante, évaluée à un ou deux verres; le sang était pur, sans caillots.

Les jours suivants, les vomissements continuent sans interruption; l'enfant rejette chaque cuillerée de potion ou de liquide qu'on lui donne.

Le troisième jour, il eut une seconde évacuation sanguine encore plus abondante que la première; le sang, séreux et sans caillots, a traversé les linges, le drap de lit et a pénétré jusqu'à la paillasse; l'enfant est pâle, assoupi, le pouls à 120.

Le soir, il reprend ses couleurs; le pouls est plein, la peau est chaude, les vomissements diminuent un peu de fréquence. Du reste, on n'a point observé d'autres symptômes; il n'y a pas eu d'autres évacuations que les selles sanguines; l'enfant n'a pas eu de soif exagérée; le ventre n'a ni ballonné ni douloureux.

Nous examinâmes le petit malade avec le plus grand soin le quatrième jour ; il nous fut impossible de constater aucun symptôme

qui pût nous éclairer sur l'origine de cette hémorrhagie. Il n'y avait pas de purpura; le ventre était bien conformé, indolent, sans tumeur, sans ballonnement. L'anus normal; aucun symptôme de fièvre éruptive ou typhoïde, ou de dyssenterie. L'enfant était assez éveillé, fort pâle, avec le pouls fréquent; le lendemain son état s'était aggravé. Les vomissements avaient presque cessé; mais l'enfant était fort pâle; les pieds étaient glacés, ainsi que le bras et la main droite; la figure était grippée, souffrante; de temps en temps, il poussait des cris aigus; constipation.

Le 6, yeux ternes, pupilles un peu contractiles; les cris aigus redoublent; pouls très rapide; pas de nouveaux symptômes abdominaux.

Le 7, convulsions qui occasionnent la mort.

Malheureusement nous ne pûmes obtenir l'autopsie; mais en comparant ce fait à ceux que nous avons recueillis plus tard, nous sommes resté convaincu que nous avons eu affaire à une invagination simulant une entémorrhagie essentielle. Les vomissements incessants durant cinq jours de suite, et qui ne cessent qu'au moment où les évacuations se rétablissent; les selles sanguines et la constipation, car pendant cinq jours il n'y eut pas une évacuation naturelle, nous suffisent, même en l'absence de tout symptôme du côté du ventre, pour légitimer ce diagnostic rétrospectif. N'oublions pas de mentionner les cris aigus intermittents et la face grippée, qui sont des symptômes secondaires, il est vrai, mais non sans valeur pour le diagnostic. Il est probable que l'invagination a disparu le cinquième jour; le retour des évacuations, l'arrêt de l'hémorrhagie et des vomissements semblent l'indiquer. L'enfant aurait pu guérir si la perte sanguine n'avait pas été si considérable, et si l'épuisement des forces n'avait pas provoqué l'apparition des symptômes nerveux qui ont entraîné la mort.

Les enfants atteints de *polype* ou de *chute du rectum*, de *fissure à l'anus* rendent quelquefois du sang dans les selles; mais ce symptôme solitaire ne s'accompagne d'aucun autre dérangement de la santé générale. Il n'y a ni vomissements, ni ballonnement du ventre; d'ailleurs, ces petites hémorrhagies n'ont guère lieu qu'une ou deux fois par jour. Les selles ne sont pas muqueuses, striées de sang ou composées de sang pur; ce sont des matières plus ou moins dures qui se sont recouvertes d'une couche sanguine au moment de leur passage dans la dernière portion de l'intestin.

3° Dans la *fièvre typhoïde*, dans les *fièvres éruptives hémorrhagiques*, dans quelques *cas rares d'altération intestinale*, on observe quelquefois l'entémorrhagie. Les symptômes bien constatés des pyrexies suffisent pour assurer le diagnostic. Quant aux hémorrhagies suite d'ulcérations, elles n'offrent d'autres symptômes que l'hémorrhagie ellemême; les vomissements manquent, ainsi que tous les autres signes de l'invagination.

Dans le purpura, l'apparition antérieure des taches cutanées suffit pour fixer le diagnostic; d'ailleurs, les vomissements manquent.

Il y a des cas cependant où le diagnostic de l'invagination est très difficile; nous citerons en particulier le fait suivant. A l'époque où nous l'observâmes, nous n'avions pas étudié comparativement l'invagination dans la première et dans la seconde enfance; nous pensions que les symptômes étaient identiques : de là notre erreur.

Obs. VII. — *Garçon de dix ans. — Vives douleurs dans la fosse iliaque. — Vomissements. — Selles sanguines. — Diagnostic d'une invagination. — Purpura hemorrhagica qui suit sa marche ordinaire et se termine par le retour à la santé.*

Un enfant de dix ans était depuis quelques jours atteint d'une légère bronchite, lorsque soudainement il est pris d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Le lendemain, il a deux selles, dont l'une contient une quantité considérable de sang, puis les évacuations sont supprimées; mais pendant quarante-huit heures il vomit continuellement ses boissons et des matières muqueuses. La douleur est vive dans la fosse iliaque; elle reparaît par crises intermittentes accompagnées d'une grande anxiété nerveuse : ce sont des coliques très angoissantes. Dans leurs intervalles, l'enfant est calme; mais la pression dans la fosse iliaque est douloureuse. Le ventre est plutôt aplati que saillant; on n'a point aperçu de tumeur abdominale. La fièvre a été modérée. (Nous tenons ces renseignements du docteur Bazot, qui nous appelle en consultation.)

Nous vîmes l'enfant le quatrième jour. Nous le trouvâmes pâle et maigre, sans avoir cependant la pâleur de l'anémie; la peau est peu chaude, le pouls à 88, la respiration naturelle. Le ventre attire toute notre attention; il est aplati, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite; mais on ne sent aucune tumeur ni dans ce point, ni ailleurs. L'anus est normal. Il n'y a ni renvoi, ni hoquet; les vomissements ont cessé depuis ce matin. La langue est belle. Les urines sont naturelles. Nous n'apercevons aucune tache de purpura ni sur la figure, ni sur le ventre.

Les vomissements qui durent depuis quarante-huit heures et qui ont été précédés d'une selle sanguine suivie de constipation, les vives coliques intermittentes, nous font craindre une invagination, malgré l'absence de la tumeur abdominale, du ballonnement du ventre et des vomissements stercoraux. Nous conseillons l'emploi des poudres de calomel d'un décigramme, données d'heure en heure jusqu'à effet évacuant. A la cinquième poudre, le calomel amène deux selles, l'une contenant une grande quantité de sang, et l'autre, outre du sang, des matières verdâtres, bilieuses, venant manifestement de l'intestin grêle. Cette évacuation indique que le tube intestinal a été traversé tout entier; que, s'il a existé un obstacle, il n'existe évidemment plus. La rapidité de ce résultat, la cessation des vomissements et des coliques nous font réfléchir, en nous donnant des doutes sur l'exactitude de notre diagnostic.

A ce moment, la mère de l'enfant nous fait observer que, la veille du jour où il a rendu du sang par l'anus, elle a observé autour des malléoles quelques petites taches; nous les examinons, et nous reconnaissons des taches très évidentes de purpura. La question était jugée. En effet, les symptômes du *purpura hemorrhagica* continuèrent; l'éruption pétéchiale fut très abondante, l'hémorrhagie intestinale se répéta à plusieurs reprises, le sang passa même dans les urines, et ce ne fut qu'au bout de six semaines que l'enfant fut entièrement guéri. Nous eussions évité l'erreur en examinant toute la surface du corps. L'éruption du purpura est suffisante en cas pareil pour ôter toute incertitude.

4° *Etranglement interne.* — L'invagination est le mode le plus commun de l'étranglement interne dans la première et la seconde enfance; cependant on trouve dans la science, et nous avons observé nous-même des exemples d'étranglements produits par les causes organiques indiquées par les auteurs. Dans les cas de cette espèce, lorsqu'il s'agit d'un sujet de la seconde enfance, il nous semble impossible de distinguer les deux maladies; dans l'une comme dans l'autre, on observe les symptômes classiques de l'étranglement : les vomissements continus, la constipation opiniâtre, le ballonnement du ventre, les coliques intermittentes suivies de douleurs générales abdominales. L'apparition de la tumeur serait le seul symptôme qui offrirait quelques secours pour le diagnostic. On verra, par les deux observations suivantes, combien l'étranglement produit par un diverticulum de l'intestin ressemble à l'invagination de la seconde enfance : même apparence péritonéale, mêmes symptômes, même marche rapide.

Obs. VIII. — *Garçon de cinq ans. — Symptômes de péritonite. — Nous diagnostiquons un étranglement. — A l'autopsie, diverticulum de l'intestin.*

Nous fûmes appelé, au mois de mai 1844, par notre confrère le docteur Fauconnet, pour voir un enfant malade depuis quelques jours. M. Fauconnet nous raconta que cet enfant, âgé de cinq ans, jouissait d'une bonne santé, mais que son intelligence était peu développée.

La maladie avait débuté, le vendredi 3 mai, par des douleurs de ventre au niveau de l'ombilic, une selle liquide et des vomissements bilieux, jaune-verdâtre, qui se sont répétés les jours suivants. Au début, les coliques étaient assez vives, la moindre pression et tous les mouvements arrachaient des cris au malade. A partir du second jour, la constipation était devenue opiniâtre, et depuis lors il n'avait rendu que cinq à six débris de matières fécales à la suite d'un lavement. L'huile de ricin et le calomel n'avaient produit aucun effet. C'est depuis le quatrième jour que le ventre avait commencé à se développer.

Dès le début la face avait été grippée; l'enfant poussait de temps en temps des cris aigus. Le pouls était peu fréquent, régulier, sans intermittence. A dater du cinquième jour, il était accéléré (de 100 à 120).

Nous vîmes l'enfant le 10 mai. Nous le trouvâmes couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le ventre. La face n'était pas grippée; son aspect était plutôt celui de l'égarement typhoïde. Le pouls était petit, difficile à compter, battait 120 fois à peine. La peau était sèche, mais sans chaleur. La respiration à 32, un peu haute. La langue était blanche, légèrement sèche; le ventre très volumineux, uniformément développé, comme celui des enfants atteints de péritonite tuberculeuse, était ovalaire, très sonore, très tendu, luisant, à peine douloureux à la pression et à la percussion. De temps en temps l'enfant poussait des gémissements, probablement sous l'influence d'une douleur spontanée. En notre présence, il vomit des matières bilieuses non stercorales et un ver lombric. La constipation est opiniâtre, la soif assez vive. Les urines sont normales.

Le 11 et le 12, tous les symptômes ont persisté, mais il n'a point vomi de matières stercorales.

Le 12, jour de la mort, il a été très agité; il arrachait les linges qu'on lui avait mis sur le ventre; à plusieurs reprises, il a voulu se jeter à bas de son lit et marcher dans la chambre : on était obligé de le retenir. Il meurt dans la soirée. Le traitement a consisté dans l'emploi du calomel, de l'huile de ricin, dans une application de sangsues. Depuis le 10, on lui a donné une potion avec une goutte d'huile de croton, puis une autre potion avec 12 gouttes de teinture de noix vomique, et appliqué des cataplasmes de tanaisie sur le ventre.

Autopsie, 39 heures après la mort. — Cadavre bien conformé. Roideur cadavérique générale. Le ventre est énormément distendu; il a une teinte verdâtre autour des piqûres de sangsues. Cette teinte est d'un vert noir. A peine a-t-on incisé l'abdomen, qu'il s'en échappe avec bruit du gaz de putréfaction. L'intestin cependant n'a pas été percé; car l'on aperçoit les circonvolutions de la partie supérieure de l'intestin grêle considérablement dilatées, ayant acquis environ le volume du colon lorsqu'il est distendu. La partie inférieure de l'intestin grêle et le gros intestin sont, au contraire, revenus sur eux-mêmes.

Les intestins étant en place, on peut s'assurer que la cavité abdominale ne contient pas de liquide, et qu'aucune fausse membrane n'agglutine les anses intestinales ou ne revêt le feuillet pariétal du péritoine. En allant avec précaution à la recherche de l'étranglement, nous arrivons dans un point qui correspond à peu près à l'ombilic; là, nous trouvons plusieurs circonvolutions enchevêtrées et adhérentes.

En cherchant à les détacher les unes des autres, nous déchirons une adhérence; il en résulte une perforation de l'intestin qui donne issue à une assez grande quantité de matières stercorales liquides. Cette adhérence avait lieu entre un diverticulum de l'intestin de 2 pouces et demi de long, situé à 3 pieds de la valvule, et une portion d'anse intestinale. C'était dans cette espèce d'anneau que s'était engagée une partie très voisine de l'intestin grêle, qui était fortement comprimée, de façon que l'intestin, dans le point pincé, n'avait pas un diamètre supérieur à celui d'une plume, tandis qu'au-dessus il était fortement dilaté. La partie étranglée de l'intestin n'était nullement gangrenée; elle n'offrait pas même de changement de couleur.

En examinant avec soin la face péritonéale du diverticulum de l'intestin et de l'anse à laquelle il adhérait et qui avait été perforée par la traction, nous avons constaté que ces deux surfaces étaient recouvertes d'une fausse membrane très mince; le péritoine sousjacent était très injecté et avait une teinte d'un rouge violacé. Le diverticulum incisé pouvait admettre dans son intérieur le petit doigt environ; la membrane muqueuse qui le tapissait était d'un rouge violacé, légèrement épaissie et assez molle; à la partie moyenne, on voyait une ulcération dont les bords étaient taillés en biseau de dedans en dehors et comprenait les trois tuniques; elle avait la dimension d'une lentille et correspondait au point adhérant à l'anse intestinale détachée par la traction et perforée. Dans l'intérieur du diverticulum, nous avons retrouvé un ver lombric, dont les extrémités n'étaient cependant pas engagées dans la perforation. La membrane muqueuse de tout le reste du tube digestif était parfaitement saine, pas même arborisée.

Les ganglions mésentériques étaient assez volumineux, d'un gris jaune, comme de petits haricots; ils n'étaient pas ramollis.

La rate, d'un petit volume, était saine; les reins et le foie à l'état normal; les poumons légèrement congestionnés dans les lobes inférieurs, parfaitement sains du reste; les plèvres aussi; le péricarde et le cœur normaux.

Le cerveau nullement congestionné. Les ventricules vides; la substance cérébrale très ferme dans les hémisphères, plus encore dans le cervelet, dont la coupe était lisse, nette, un peu brillante, difficilement pénétrable au doigt (premier degré de l'induration cérébrale). Cette consistance était remarquable, vu l'heure à laquelle avait été pratiquée l'autopsie.

La maladie a eu dans ce cas une assez longue durée; dans l'observation suivante, elle a été beaucoup plus courte (1).

(La suite à un prochain numéro.)

ORGANISATION DES TROUSSEAUX.

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS.

Par M. L. Girard, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Tous les médecins qui ont écrit sur la direction des asiles d'aliénés ont parlé de la nécessité de donner aux malades des vêtements propres, d'une simplicité qui n'exclut point le bon goût, et cependant aucun, que je sache, n'a indiqué les moyens d'intéresser les aliénés autrement que par l'accomplissement du devoir, secondé par l'amour-propre et la dignité de soimême, à la conservation de leurs effets d'habillement.

Frappé de l'insuffisance des moyens employés jusqu'ici et de l'état de dégradation dans lequel se trouvent ordinairement les vêtements des malades, vivement préoccupé de l'idée d'organiser cette partie essentielle du service de l'asile d'Auxerre, j'ai pensé qu'il serait utile :

1° De fixer une durée légale à chaque objet mis exclusivement à l'usage des aliénés;

2° De faire confectionner pour chacun d'eux des objets de vêtements à leur taille, grande, moyenne, petite, extraordinairement grande ou petite;

3° De les rendre entièrement responsables de la durée, de la conservation et de l'entretien de tous ces objets, et pour cela de donner pour principale base à ce système un intérêt réel à la conservation des effets, intérêt qui devrait reposer lui-même sur une bonne et solide organisation de travail.

Pour atteindre ce but, j'ai fait ouvrir à chaque malade un compte où s'inscrivent journellement les heures de son travail, bonnes, médiocres, mauvaises, qui lui sont payées, selon leur nature, tous les trimestres d'après un tarif arrêté par le préfet.

Il résulte de cette organisation un décompte trimestriel, c'est-à-dire un petit pécule pour chaque malade; car dans un asile tous doivent être habituellement occupés, si ce n'est dans leurs moments d'agitation plus ou moins courts, et dans ces cas toujours rares, comme dans ceux de paralysie ou de maladies accidentelles, on leur donne des vêtements mis hors de service et l'on en tient note sur un registre spécial. L'intérêt qu'ils ont à conserver leur petit pécule est d'autant plus vif que ce pécule, fruit de leurs peines, représente une somme d'efforts plus grande et plus suivie. Or, si l'on réfléchit que 1 fr. gagné dans l'asile représente 20 fr. gagnés au dehors, on conçoit que le moindre objet acquiert aux yeux du malade une valeur considérable : la crainte de perdre, déchirer ou dégrader un objet quelconque devient donc un puissant stimulant à sa conservation.

Pour arriver à l'application du principe de la responsabilité, il fallait imaginer un moyen qui permît de reconnaître les objets de chacun, de les retrouver facilement, de ne jamais les confondre et de faire rigoureusement peser cette responsabilité sur qui de droit.

Ce moyen consiste à matriculer tous les objets délivrés aux aliénés, et pour cela tout malade qui entre dans l'asile est inscrit sur un registre qu'on appelle matricule sous un numéro d'ordre successif. Ce registre n'est renouvelé que tous les dix ans : chaque malade peut donc être désigné sous le numéro matricule de son inscription, qui au besoin suffirait à le faire reconnaître. En appliquant cette marque distinctive à tous les objets délivrés à un malade, on se procure donc le moyen de ne point confondre ses effets avec ceux d'un autre et de l'en rendre responsable; mais ces précautions seraient insuffisantes si on n'obligeait en même temps la lingère-chef et les agents de service à partager la responsabilité, et voici comment : tous les malades ont trois objets de vêtement : un premier sur eux, un deuxième au lessivage et un troisième sur la planchette qui correspond à chaque lit.

Tous les samedis, la lingère-chef remet à chaque surveillant chef de quartier, homme ou femme, un objet de lingerie, bas, chemise, mouchoir de poche, bonnet, fichu, etc., en remplacement d'un objet de même nature qui a servi pendant la semaine. Si un des objets manque de part ou d'autre, ce manquement est signalé au directeur par qui de droit et inscrit sur un carnet à part; et dès lors la lingère, le surveillant ou le malade doivent les remplacer à leurs frais au moyen d'une retenue sur les gages ou sur le prix du travail.

Pour rendre la lingère responsable de tous les vêtements confiés aux aliénés, il a fallu d'abord opérer une distinction entre les effets mis en circulation et ceux qui doivent être réservés à cette fin ou qui sont mis hors de la circulation par la sortie d'un malade de l'asile : de là naît l'établissement de deux services, la lingerie et le magasin. Le garde magasin matricule d'une manière indélébile et inscrit sur les registres des surveillants-chefs, homme et femme, et de la lingerie tous les objets qu'il délivre sur un bon du directeur, en stipulant la date de la mise en service, la durée, la nature de chaque objet et l'époque de leur renouvellement. Aucun objet ne peut donc être perdu, dégradé sans qu'on s'en rende immédiatement le compte le plus exact.

A l'aide de ce procédé si simple, dont l'application a d'abord exigé de grands efforts, on a pu obtenir les résultats les plus favorables au point de vue de la propreté des malades et de l'économie. En effet, cette mesure, après avoir éprouvé une vive résistance de la part des agents de l'administration, n'a pas tardé à être appréciée, et ce serait avec

(1) Observation du docteur Pinniswood. Lond. and Edimb. Monthly Journal, juillet 1844. Dans la Gazette des Hôpitaux, 1er avril 1845.

un profond regret que ces agents renonceraient aujourd'hui à un moyen si facile pour assurer l'ordre et la régularité d'une des parties les plus difficiles d'un service d'aliénés. Grâce à lui, depuis deux ans, tous les malades jouissent de l'inappréciable avantage d'avoir des vêtements à leur usage, coupés à leur taille, et la responsabilité qui pèse sur eux les intéresse à les conserver, à les maintenir propres et en bon état. C'est ainsi qu'on réveille ou entretient cet esprit de propriété, d'ordre, de conservation et d'économie qu'on ne saurait trop développer, et dont l'absence, la perte ou la perversion ont été si souvent la cause de leurs maux.

Ce système a été successivement étendu à tous les objets à leur usage, assiettes, verres, fourchettes, cuillers, couteaux, serviettes, brosses, peignes, képis, etc.; et partout on est parvenu à fixer la durée de ces objets, à les conserver et, par une justice rigoureuse, à obliger les malades à prendre de l'empire sur eux-mêmes et à maîtriser ces actes trop communs qui les portent au mépris d'eux-mêmes, à la violence et à la destruction.

Habilement employés, ces moyens deviennent non-seulement-administratifs, mais ils sont encore de puissants auxiliaires de traitement, lorsqu'ils n'en constituent pas une partie essentielle. Nous les conseillons à nos confrères qui dirigent des asiles; ils ne tarderont pas à en reconnaître les incalculables avantages.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 février 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Waller, de Bonn, communique en son nom et au nom de M. Budge, son collaborateur, la suite des recherches qu'ils ont faites en commun sur la pupille.

L'irritation locale de l'œil leur a fourni quelques résultats intéressants qui démontrent la grande influence de l'état de sensibilité commune plus ou moins parfaite de cet organe à l'exclusion de la sensibilité spécifique.

Sur un animal vivant, l'effet constant de l'irritation galvanique de l'œil est la contraction, qui dure plus ou moins longtemps, suivant les différents animaux.

La contraction dans ce cas ne se produit pas immédiatement, mais seulement quelques minutes après que l'irritation est enlevée, et dure ensuite souvent plus d'un quart d'heure.

L'effet de l'éthérisation sur la pupille du lapin comme sur l'homme est variable; mais en général il se produit une dilatation. Si l'on y applique en même temps le galvanisme, on observe, si l'animal est encore susceptible de sentir de la douleur, que la pupille se contracte sous son influence; mais, s'il est complétement insensible, que l'irritation ne produit aucun changement de la pupille.

Sur un animal récemment tué, en galvanisant l'œil, on produit une dilatation considérable de la pupille, comme il a été démontré par M. Weber. Cet effet se produit aussi longtemps que l'irritabilité musculaire est très grande. Plus tard la dilatation ne se fait plus d'une manière générale, mais se produit seulement sur les parties de l'iris les plus irritées.

Au moyen de ces expériences, on peut distinguer plusieurs degrés dans la contraction des muscles de l'iris: le premier, qui est celui de la contraction; le deuxième, celui de la neutralité ou de l'immobilité; le troisième, où il y a dilatation, et le quatrième, où il n'y a que dilatation partielle.

Sur les mammifères on ne peut jamais produire que les deux premiers pendant la vie; mais sur la grenouille, même pendant la vie, on peut en obtenir trois: celui de contraction, celui d'immobilité, et enfin celui de dilatation.

Après la destruction complète du cerveau et de la moelle épinière sur la grenouille, le galvanisme produit encore la dilatation de la pupille.

Sur les lapins comme sur les autres mammifères, la cessation de la respiration pendant quelques instants est mortelle.

La transition rapide de la vie à la mort est immédiatement accusée au moyen des pupilles qui restent immobiles pendant que l'insensibilité est complète, mais qui se dilatent au moyen de l'irritation galvanique aussitôt que la mort a lieu; quelques secondes suffisent pour la transition d'un degré à l'autre.

Après la section et la désorganisatsou du sympathique cervical, l'action dilatante de la belladone est la même, prouvant que l'augmentation de la pupille ne dépend pas, dans ce cas, d'une influence du narcotique sur le sympathique, comme on l'a supposé.

Après la section et la désorganisation du sympathique, l'action galvanique sur l'œil reste la même; mais après la section de la cinquième paire, soit au-dessus, soit au-dessous du ganglion, l'irritation galvanique de l'œil produit la dilatation au lieu de la contraction, comme auparavant. Au moyen de cette expérience on peut obtenir sur un œil les mêmes phénomènes qu'après la mort, tandis que l'autre produit son effet ordinaire.

Après la section d'une des moitiés latérales de la moelle allongée, on produit sur l'œil du même côté les mêmes phénomènes qu'après la division du tronc de la cinquième paire. Après cette demi-division on obtient aussi la dilatation de la pupille par le galvanisme.

L'auteur et M. Budge ont eu récemment l'occasion de vérifier sur l'homme la plupart des observations qu'ils ont faites sur le sympathique des animaux.

Sur un homme qui fut guillotiné le 12 décembre, ils ont, immédiatement après la décapitation, découvert le cordon du sympathique qui restait, et le galvanisme a produit immédiatement sur la pupille qui était contractée, une dilatation au plus grand degré. Après que la cause irritante au cou fut enlevée, la pupille revint graduellement à son état premier. Après avoir répété cette expérience maintes fois toujours avec le même effet, MM. Waller et Budge ont expérimenté sur le nerf moteur oculaire commun. Sur celui-ci la contraction n'a pas été moins manifeste que la dilatation au moyen du sympathique. Avec la contraction il se produit en même temps l'adduction du globe oculaire; mais on n'a point observé cette rétraction vers le fond de l'orbite, comme cela se voit sur les chiens et les chats.

La galvanisation du trijumeau n'a donné aucun résultat sur le ganglion de Gasser et en arrière de lui, mais antérieurement au ganglion; lorsque l'action du cordon du sympathique et du premier ganglion cervical avait cessé, il s'est produit une dilatation de la pupille. Cet effet a été observé environ une demi-beure après la mort. A cette époque, le nerf oculo-moteur avait cessé de produire aucun effet sur la pupille. En même temps qu'il se produisit une dilatation de la pupille, il se fit, à chaque application des pôles sur le tronc du trijumeau, une forte action de la mâchoire inférieure avec claquement des dents.

L'irritation locale de l'œil, à cette époque, causait d'abord une contraction de la pupille qui fut immédiatement suivie de sa dilatation, suivant la direction du courant, de manière à former un ellipse allongé.

Remède contre le ténia.

M. d'Abbadie adresse une note sur un nouveau remède pour le ténia, ou ver solitaire.

« Parmi les huit ou dix remèdes les plus usités, dit M. d'Abbadie, on ne connaît en France que le kousso. C'est un purgatif drastique qui fatigue l'estomac et occasionne souvent des nausées si fortes que le patient ne peut pas le digérer. D'ailleurs, il doit être réitéré tous les deux mois, et enfin il n'effectue jamais de guérison radicale. En outre, j'ai vu l'usage du kousso produire des dyssenteries toujours opiniâtres et quelquefois mortelles.

» Le musanna est exempt de tous ces inconvénients. C'est l'écorce d'un arbre qui croît près de la mer Rouge, dans les environs de Muçawwa. La dose est de 60 à 70 grammes pulvérisés avec soin et exhibés dans un véhicule demi-fluide, par exemple, du miel ou de la bouillie de farine. On prend ce remède deux ou trois heures avant le repas, et le ténia est expulsé le lendemain généralement, sans purgation, ni tranchées. Quelquefois la guérison n'a lieu que le deuxième ou le troisième jour. »

M. d'Abbadie adresse à l'Académie trois doses de musanna.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Turin.

— La Société nationale de médecine de Lyon a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1852.

Ont été élus:

M. Rater, président;

M. Bonnet, vice-président;

M. Pasquier, archiviste;

MM. Girin et Bouchet, secrétaires adjoints;

MM. Candy, secrétaire général, et Th. Perrin, n'étant point arrivés au terme de leurs fonctions, continuent à faire partie du bureau.

— L'hydrophobie vient de faire une victime à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes. Vendredi dernier, on conduisait dans cet établissement le sieur Louis Ottelard, âgé de trente-sept ans, garde champêtre de la commune d'Aulnoy, et le lendemain ce malheureux expirait à la suite de nombreux accès de rage.

— « Quelques contrées de la Sologne sont affligées depuis quelque temps d'une épidémie de petite vérole, qui se présente avec un caractère particulier. Elle atteint des personnes de tout âge, même celles qui ont été vaccinées, et laisse des traces profondes de son passage.

» Dans la commune de Thésée, sept ou huit personnes sont mortes des suites de cette maladie. » (*Journal de Loir-et-Cher.*)

Nos informations ne nous permettent pas de rectifier ce que cette nouvelle peut avoir d'inexact.

— La rougeole sévit depuis plus d'un mois sur les jeunes enfants à Bourg et dans la banlieue, sans avoir offert jusqu'à ce jour de la gravité.

— M. Valleix commencera ses conférences cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le mercredi 11 février, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Les leçons cliniques commenceront à neuf heures, dans l'amphithéâtre de M. Laugier. La visite des malades sera faite tous les jours à sept beures et demie (salles Saint-Michel et Sainte-Marthe).

— La fièvre typhoïde a sévi pendant quelques semaines à Dinan (Côtes-du-Nord) avec une intensité inquiétante. Quelques-uns des sujets atteints de cette maladie ont succombé; le plus grand nombre est heureusement hors de danger.

AVIS. — MM. les membres de la Société anatomique sont prévenus que la séance annuelle se tiendra le lundi 16 février, à trois heures et demie précise, à la Faculté (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour à six heures et demie, chez Véfour-Hamel, Palais-Royal.

On souscrit:

Chez MM. Houel, à l'Ecole pratique;
Blain des Cormiers, rue Monsieur-le-Prince, 58;
Sainet, rue Duphot, 10.

Administration de l'Assistance publique à Paris.

Le mercredi 3 mars 1852, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à quatre places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration, depuis le mardi 3 février 1852, jusqu'au mercredi 18 du même mois, et devront justifier qu'ils ont trente ans accomplis.

L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux et hospices.

Le secrétaire général, L. Dubost.

Limonade de Rogé, au citrate de magnésie,

Approuvée par l'Académie de Médecine.

Après avoir fait connaître à l'Académie les nombreuses expériences faites à l'hôpital Beaujon sur la limonade de Rogé, M. le rapporteur s'exprime ainsi:

» On voit, d'après ces expériences, que la généralité des faits parle en faveur du citrate de magnésie; que ce médicament ressemble, par sa saveur, à une véritable limonade, comme nous l'avons constaté par dégustation attentive; qu'il purge aussi bien que l'eau de Sedlitz ordinaire; que, par son goût agréable, il devient un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; qu'il n'occasionne ni soif, ni épreintes, ni coliques, si ce n'est que très légères; que conséquemment on peut dire de lui qu'il agit *tutò et jucundè* (sûrement et agréablement).

» Au mois de septembre de l'année dernière, M. Rogé a déposé à l'Académie un paquet cacheté qui contenait une formule de limonade au citrate de magnésie. Cependant, dans ces derniers jours, des droguistes ont dit qu'ils avaient inventé une limonade au citrate de magnésie. Il nous a paru juste de constater par des dates la priorité acquise à M. Rogé. Il faut lui savoir gré de n'avoir pas livré sa formule au public avant que l'expérience médicale eût prononcé sur sa valeur.

» Il ne peut avoir à souffrir des retards qui ont été nécessités par les expériences et par le temps qui s'est écoulé avant que vos commissaires aient pu arriver à leur tour de parole. Du reste, la perfection, en cette circonstance, n'est pas aux derniers venus. Ils ont cru qu'il suffisait de dissoudre la magnésie dans un excès d'acide citrique et de charger la liqueur de sucre et de gaz. Ils ont fait une limonade trop acide, et certainement fatigante pour l'estomac. C'est le premier écueil par lequel devait passer toute personne qui aurait appris que l'on préparait une limonade purgative avec le citrate de magnésie. *M. Rogé*, à qui appartient l'idée première d'utiliser ce sel, a seul déterminé les circonstances les plus favorables de sa dissolution... »

Dans le but de rendre facile, pour tout le monde et en tous lieux, la préparation de cet agréable purgatif, dont l'usage est devenu général, l'auteur a réuni dans un petit flacon, sous le nom de POUDRE purgative de ROGÉ, tous les éléments, moins l'eau, qui composent sa limonade purgative à 50 grammes.

Il suffit de dissoudre cette poudre dans une bouteille d'eau pour avoir une limonade parfaite.

La poudre de Rogé, ou limonade sèche, est d'un transport facile et se conserve indéfiniment, avantages qui la font recbercher dans les départements, à l'étranger et à bord des navires.

Le citrate de magnésie est également administré sous la dénomination de Pastilles laxatives de Rogé.

La saveur agréable de ces pastilles les rend très utiles pour purger les enfants; les médecins les conseillent aussi à toutes les personnes qui, sans vouloir se purger, désirent cependant se tenir le ventre libre au moyen d'un laxatif doux et facile à prendre.

Les préparations au citrate de magnésie de Rogé ne se vendent que sous la garantie de son cachet, et les étiquettes portent l'empreinte de la médaille qui lui a été décernée par le gouvernement sur le rapport de la commission des arts chimiques. (Exposition des produits de l'industrie, 1849.)

Seul dépôt, à Paris, à la pharmacie de Rogé, rue Vivienne, 12.
— Dans les départements et à l'étranger, s'adresser à MM. les pharmaciens dépositaires.

Le Soord.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Exposé des doctrines médicales. — DES CLINIQUES (M. Nélaton). Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine. (Suite.) — Société de chirurgie, séance du 28 janvier. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Exposé des doctrines médicales.

Messieurs, quelques-uns d'entre vous ont réclamé une exposition succincte et en quelque sorte aphoristique des doctrines sur lesquelles je base ma pratique médicale. Je compte satisfaire ce désir légitime, non pas en publiant un nouveau livre, car de ce côté ma tâche est terminée, mais en consacrant le commencement de chacune des leçons de ce semestre d'hiver à formuler les idées auxquelles j'ai été conduit par l'étude et l'observation la plus attentive des faits.

Toutefois, auparavant, il sera bon de jeter un coup d'œil sur le passé, afin de connaître et de discuter les principaux systèmes qui ont successivement dominé la médecine, et qui comptent encore de trop nombreux représentants. Cette revue rétrospective sera courte ; car faire l'histoire de toutes les doctrines, de toutes les théories médicales depuis Hippocrate jusqu'à nous, ce serait faire l'histoire des monomanies humaines.

Parlons d'abord de l'empirisme. Et qu'est-ce qu'un médecin empirique ? Un homme grave, sententieux, souvent ridicule. Vous le placez devant un malade : J'ai vu, dit-il, deux cents cas semblables à celui-ci ; ils ont été traités de telle manière : donc pour la deux cent et unième fois je vais appliquer le même traitement à mon malade. — Mais qui me garantit que ce cas est bien le même ; que votre malade présente exactement les mêmes lésions, le même état anatomique que d'autres malades que vous avez vus précédemment ? — Mon tact, mon expérience, le facies du malade, répond l'empirique. — Mais c'est ainsi que les peuplades sauvages du Nouveau-Monde font la médecine, et cette médecine n'est qu'un amas de pratiques absurdes ; mais c'est ainsi que font les Chinois, et il n'est pas une seule maladie qu'ils ne traitent par l'électro-puncture ; mais c'est encore de la même manière que procédaient les anciens prêtres d'Egypte.

Voici cependant, messieurs, quelque chose de plus grave. Votre attention vient d'être appelée sur deux femmes qui se trouvent actuellement dans nos salles. Toutes les deux présentent à peu près le même facies, teint jaune-blafard, lèvres décolorées, etc. ; irez-vous dire qu'elles ont la même maladie, comme le ferait un empirique ? Non, assurément ; vous examinerez successivement tous les organes un à un, et voici à quoi vous conduira votre examen :

Chez l'une de ces femmes (c'est la plus jeune), vous trouverez un cœur petit, présentant un bruit de souffle que vous retrouverez dans les carotides. Elle est hydrémique et hypémique au suprême degré ; mais sous l'influence du fer et d'une bonne nourriture, vous la verrez rapidement renaître à la santé.

Chez l'autre, au contraire, un examen également scrupuleux des organes vous amènera à reconnaître une désorganisation considérable, un cancer de la matrice, une *uterocarcinie*, qui doit inévitablement entraîner la perte de la malade.

Est-ce à ce diagnostic et à ce pronostic que vous auraient conduits le tact et l'expérience médicales, la vue du facies ? Assurément, non ; et vous le voyez bien, messieurs, si le facies peut apprendre quelque chose, ce n'est cependant qu'une des ombres du tableau.

L'on rencontre encore de temps à autre des médecins qui osent se dire hippocratistes ; mais à ceux-ci nous demanderons quelle est la doctrine d'Hippocrate, si seulement ils ont lu ses œuvres. S'ils l'avaient fait, ils auraient vu que, dans chacun des traités qui composent la collection des livres dits hippocratiques, on trouve des idées contradictoires ; ils auraient vu que, pour un petit nombre d'idées dont nous ne songeons pas à contester la sagesse et la profondeur, il y a une multitude de choses incohérentes et fausses ; ils auraient vu qu'il est impossible de constituer une doctrine hippocratique. Mais Hippocrate observait, dira-t-on ; oui, il observait, et c'est en cela que vous devriez l'imiter. Avez-vous donc oublié ces belles paroles, et que je vois gravées sur les murs de cet amphithéâtre : « *Notre esprit est comme une terre, et les leçons des maîtres sont comme une semence que l'on y jette.* »

N'est-il pas évident qu'Hippocrate lui-même sentait l'insuffisance de ses moyens d'observation, le besoin de nouvelles recherches et de nouveaux travaux ? Soyez hippocratistes, si vous le voulez ; mais alors observez avec tous les moyens que la science en progrès met à votre disposition. Loin de vous borner à un examen insuffisant, servez-vous largement de l'auscultation, de la percussion, de la palpation, du spéculum, des moyens chimiques enfin. Alors, reprenant les deux malades dont nous vous parlions il y a un instant, vous pourrez dire au juste ce qu'a chacune d'elles et agir comme doit le faire un homme intelligent et honnête.

Nous allons maintenant abandonner Hippocrate et parler de la doctrine des inconnus, d'un agent en dehors de l'organisation qui règlerait, coordonnerait les phénomènes de la maladie et contre lequel on pourrait diriger un traitement.

Messieurs, il y avait dans l'antiquité un grand nombre de dieux. Il y avait un dieu Therme, dieu immobile que beaucoup de gens encensent encore aujourd'hui et dont on adore la statue dans le temple des arts aussi bien que dans celui des sciences. Jupiter lançait la foudre ; Cupidon, des traits enflammés ; Junon était une déesse orgueilleuse. Dans les croyances du passé, un mauvais génie était la cause occulte de chacun des maux qui affligeaient l'humanité ; puis le Destin planait au-dessus de toutes ces divinités.

Aujourd'hui, il nous semblerait absurde de croire à l'action de toutes ces puissances aveugles, et pourtant, messieurs, c'est ce que font les vitalistes. Déjà Hippocrate plaçait sous les phénomènes vitaux une force qu'il appelait φυσις, mais cette force est par lui mal déterminée. Elle n'est pas la même dans tous ses ouvrages.

Dans les temps modernes, l'idée du principe vital de l'âme fut reprise par Stall, et elle a été retournée de mille façons par l'Ecole de Montpellier. Eh bien ! cette âme, ce principe vital que vous dites être en jeu dans les phénomènes de la vie et de la maladie, le connaissez-vous, lui donnerez-vous du sulfate de quinine ou de l'opium ? Ah ! oui, j'admets une âme ; il y a dans notre organisation, dans les phénomènes de notre intelligence quelque chose de si merveilleux que je ne puis pas le rapporter à un simple arrangement de la matière ; je crois même que c'est cette âme qui préside à l'évolution de notre être et à la coordination des fonctions. Mais je sens aussi que les agents matériels que la thérapeutique met à notre disposition ne peuvent avoir d'action que sur quelque chose d'également matériel, que sur des organes malades. Et si l'âme peut être influencée, ce n'est que par une force qui lui ressemble : c'est mon âme, messieurs, qui en ce moment cherche à agir sur vos âmes, afin de les élever à la conception de la vérité.

Ainsi, messieurs, il n'est plus permis à un homme sensé de soutenir cette idée d'un principe vital contre lequel on dirigerait une médication quelconque. Aussi est-ce sous une autre face que va se présenter à nous le vitalisme.

Combien la nature est admirable dans ses œuvres, entendons-nous dire : quelle puissance et quelle sagesse elle déploie dans la création et dans la conservation des êtres ! A quoi bon venir la troubler dans sa marche, pourquoi ne pas laisser la maladie poursuivre librement son cours ? Ne voyez-vous pas que par les seules forces de la nature les malades guérissent tout aussi bien et tout aussi vite ? Est-il possible, messieurs, de tenir encore un pareil langage en présence des faits qui passent chaque jour devant vos yeux ? Ne venez-vous pas encore de voir un homme qui, il y a huit ans, ayant été atteint d'une arthrite généralisée et ayant été abandonné aux forces de la nature, a vu d'année en année ses articulations redevenir malades ? Ce n'est pas tout encore : voilà qu'il présente aujourd'hui les signes d'une affection organique du cœur.

Et puis, je vous le demande, si, au lieu de donner à cette autre jeune fille hypémique du fer et de bons aliments, vous laissiez agir la nature, à quoi aboutiriez-vous et quand pourriez-vous espérer une guérison ?

En résumé, vous le voyez, messieurs, la doctrine du vitalisme est jugée : elle tombe nécessairement devant l'évidence des faits.

Messieurs, nous avons terminé la dernière leçon en vous parlant de la doctrine de l'animisme. Nous vous avons montré qu'il était impossible, avec les idées de Stahl, de faire de la médecine rationnelle ; nous vous l'avons montré en faisant appel à votre bon sens et en vous faisant sentir que ce n'était pas à l'*âme*, agent hypothétique et inconnu de la maladie, que les médicaments devaient s'adresser, mais bien à des organes altérés dans leur état, soit chimique, soit physique.

Nous n'en avons cependant pas fini avec les *animistes*. Ils forment une famille nombreuse, qui ne semble pas devoir s'éteindre encore et qui conserve religieusement les traditions du passé.

L'animisme, tel que l'avait conçu Stahl, c'est-à-dire avec une âme, principe régulateur de tous les phénomènes de la vie, ne pouvait cependant plus subsister dans toute son intégrité.

Nous allons donc voir le vitalisme se présenter à nous sous une multitude de formes diverses.

Qu'a fait l'Ecole de Montpellier ? Elle a voulu s'adresser à l'âme matérielle, comme d'autres se sont adressés à l'âme intellectuelle. Nous allons nous demander encore ce que l'on peut faire contre un pareil agent. On ne peut y rien faire absolument. Supposez ce principe vital probable, pareil à l'électricité, qu'est-ce que vous ferez contre l'électricité ? Y pouvez-vous quelque chose ? Pas le moins du monde. Vous pouvez avoir une action sur les corps conducteurs qui la dirigent ; mais l'électricité en elle-même, vous n'y pouvez rien. Cela est impossible, tout agent impondérable vous échappe en lui-même, précisément parce qu'il est impondérable.

Admettre le principe vital est donc une hypothèse complétement gratuite ; toute théorie fondée sur cette vue doit tomber.

Mais, comme nous le disions, déjà on est descendu de ce faîte du monument pour arriver un peu plus bas, et l'on a admis des *propriétés vitales*, *des forces vitales*, dont on peut lire l'énumération dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, dont je suis coupable d'être l'auteur ; là je les ai à peu près toutes énumérées. Elles sont de la façon de l'Ecole de Montpellier ; seulement Bichat leur avait mis une robe nouvelle.

Voici un échantillon de ces forces vitales :

D'une part il y a la *contractilité*, la puissance de se contracter, puis vient la *sensibilité*. La contractilité est sensible ou insensible. La contractilité des tissus n'est pas la même que la contractilité sensible et que la contractilité insensible. Tirez-vous de ces expressions, si vous le pouvez ; quant à moi, je n'y comprends absolument rien.

Chaussier, de son côté, a admis la caloricité ; Blumenbach, une sorte de station fixe. Puis il y a eu des sous-divisions du principe vital, et sur chacune de ces prétendues propriétés on a bâti de nouvelles théories.

Que les physiologistes du temps se soient amusés à ces billevesées, on leur eût pardonné ; mais c'est que cela arrivait à une pratique, et une pratique singulière : on voulait trouver des remèdes contre la contractilité. Voyez-vous la puissance de se contracter contre laquelle on cherche un médicament ? Supposez-vous que l'on ait agi contre la puissance de sentir ? Sera-ce de l'opium que l'on enverra contre cette puissance ?

Mais vous attaquerez cette puissance par l'électricité : soit. Mais ne voyez-vous pas que vous avez pris le mot contractilité parce que vous ne saviez pas comment expliquer la contraction. Il y a un fait : c'est qu'un muscle se contracte sous l'influence nerveuse ; mais où est cette puissance appelée *contractilité ?* Il y a une puissance matérielle, un muscle ; on dirige vers les nerfs qui s'y rendent les deux pôles d'une pile, on le fait contracter ; où est la contractilité ? Je vois la contraction ; je vois l'influence électrique qui, portée sur les nerfs, a déterminé un mouvement moléculaire et est venu aboutir à la contraction du muscle. Enlevez ce muscle à l'animal, soumettez-le à l'électricité, vous le verrez également se contracter ; donc vous êtes obligé d'agir sur la molécule ; c'est si clair, que l'on ne comprend pas comment les faits peuvent être compris différemment.

Pour la sensibilité, ce n'est pas plus obscur. Il n'y a dans le muscle qu'une action moléculaire qui est communiquée aux nerfs et qui arrive au cerveau. Mais là-dedans, où est la sensibilité ? Je vois une sensation, je vois une disposition moléculaire, l'agent qui détermine la sensation ; mais pourquoi vouloir mettre dans tout cela un agent immatériel, inconnu ? On n'y comprend plus rien.

Nous avons dit que l'on s'était servi de tout ceci pour bâtir de pitoyables systèmes en médecine. En voici la preuve : sur cette doctrine de la contractilité sensible et insensible, sur cette tonicité, sur ces agents cachés, intimes, on a fondé la doctrine de l'excitabilité, et l'excitabilité est l'affaire de Brown.

Or, Brown a supposé, et purement supposé, que l'excitabilité était en nous à un certain degré ; que cette excitabilité entretenait la vie, et que, pour que la vie s'entretînt, il fallait donner de l'excitabilité. Alors tous les médicaments que l'on employait étaient donnés pour soutenir l'excitabilité ; on n'avait plus d'autres remèdes que ceux qui avaient pour effet d'augmenter ou de soutenir l'excitabilité. Voilà la doctrine de Brown ; mais comme elle se rattache à d'autres, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Haller avait admis comme une puissance l'*irritabilité*. Broussais, reprenant l'irritabilité, a voulu admettre qu'il y avait une irritation, laquelle était une conséquence de l'irritabilité en exercice. Il est par là arrivé à irriter tous les esprits, et à faire des choses qui m'irritent encore au moment où je vous parle, parce que je ne suis pas partisan de l'irritation. L'irritation était quelque chose de fort plaisant ; on portait sur un organe une substance irritante ; l'irritation prenait droit de domicile dans cet organe, s'y maintenait, et finissait par y déterminer l'inflammation. Partout dans Broussais on retrouve l'irritation, dont il fait un être à part, qui ne siége plus seulement dans les muscles où Haller l'avait placée, mais qui est au fond de tous les organes. Un homme est-il malade, il y a chez lui de l'irritation en excès, car avec Broussais jamais elle ne se trouve en défaut.

Et vous voudriez faire de la médecine avec de pareils systèmes ! cela n'est pas possible. Vous ne voulez pas vous appuyer sur l'expérience, vous voulez vous appuyer sur les nuages, eh bien, tout tombera ; car les bases de l'édifice sont tellement mauvaises, qu'il ne peut pas tenir.

Voyons l'irritation en exercice. Voilà un homme qui présente un vaste caveau dans les poumons ; quel rôle l'excitabilité, l'irritabilité, l'irritation, l'excitation, l'âme, le principe vital, la nature, jouent-ils dans cette caverne ? Qu'est-ce que nous pouvons faire pour remédier à cette série de symptômes ? Irons-nous dire : combattons l'irritation. Mais où est-elle, l'irritation ? Je vois une caverne ; je vois un homme

qui crache du pus ; l'anatomie pathologique m'a appris quel doit être l'état de son poumon ; mais de l'irritation, je n'en vois pas. De la sensibilité? mais laquelle; ce n'est pas une sensibilité appréciale, car il ne souffre pas. Je vois bien les indications thérapeutiques; je vois bien l'utilité d'agir sur ces cavernes pour faire évacuer le pus ; il faut tâcher d'appliquer les parois des cavernes l'une contre l'autre, de nourrir le malade pour réparer ce qu'il perd chaque jour, de mettre l'organisation dans des conditions qui permettent de réparer le mal au moyen de l'iode, que l'expérience a démontré être utile.

Prenons encore un exemple. Voici une femme sur la peau de laquelle on a mis un vésicatoire; ce vésicatoire a été appliqué pour une névralgie sciatique. Consécutivement à ce vésicatoire, la peau a rougi; les cantharides ont irrité la peau, ont altéré sa sensibilité, et il y a eu production d'une phlyctène. Eh bien, qu'est-ce que votre irritation a à faire là-dedans? à quoi sert d'admettre toute cette série d'idées? N'est-il pas plus simple de dire que la cantharide a agi sur la peau, a altéré moléculairement les tissus? de telle sorte qu'elle les a rendus malades, qu'elle y a gêné la circulation, et que consécutivement à ceci il s'est fait des stases sanguines; enfin que du liquide a été déplacé, a passé par les petits vaisseaux et a formé la phlyctène. Ou je n'ai pas de bon sens, ou ceci est plus clair.

Maintenant vous allez voir où va l'irritation ; car l'irritation arrive à faire des maladies de toute pièce, comme Broussais avait voulu le faire. Les titres de Broussais à la gloire, c'est d'abord son *Traité des phlegmasies chroniques*, qui est un chef-d'œvre ; mais c'est ensuite cette pensée, « *il n'y a pas de maladies, il n'y a que des organes malades.* » Si je voulais prendre pour moi seul ce grand axiome, oh ! messieurs, je serais bien injuste. Aussi c'est à Broussais qu'appartient la gloire d'avoir dit : Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des organes malades. Mais à côté de ceci, que fit Broussais? Il métamorphosa toutes les lésions d'organes en maladie, et cette malheureuse maladie, cette x algébrique, cette hypothèse stupide, c'était l'irritation ; en sorte que c'était toujours à elle qu'il s'adressait. Mais dites-moi ce qu'il y a d'irritation dans le fait de votre vésicatoire. Une épine entre dans les tissus; quel rapport y a-t-il avec l'irritation? Eh mon Dieu, le microscope a démontré ceci de la manière la plus évidente. Lisez les travaux des Allemands sur ce sujet, lisez l'excellente thèse de concours pour la chaire de pathologie interne de M. Dubois (d'Amiens), dans laquelle il expose ses recherches microscopiques sur l'inflammation. Vous verrez alors que, lorsqu'on blesse un tissu, il y a des stases sanguines, extravasation des liquides, et une série de phénomènes qui ne sont ni de l'inflammation, ni de l'irritation, mais qui sont la conséquence de ce que, une épine étant venue gêner la circulation et troubler l'action moléculaire, il devait en résulter des troubles fonctionnels qui caractérisent l'inflammation.

Dans tout ceci, nous ne voyons ni irritation, ni inflammation, ni excitation; cependant, il faut des mots pour s'exprimer: aussi serait-il meilleur de dire des troubles nerveux et inflammatoires, car l'irritation et l'inflammation ne sont pas des choses qui se continuent d'elles-mêmes sans un agent propre à troubler l'action moléculaire qui leur donne lieu.

Ici se place un immense principe, un principe qui domine toute la pratique médicale : c'est que, quand il n'y a pas un trouble mécanique, une modification profonde dans l'organisation, un trouble moléculaire, enfin, qui entretient la modification circulatoire généralement appelée inflammation, vous pouvez être sûrs que dans cette circonstance le trouble circulatoire guérit, et guérit presque constamment. Prenons des exemples. Voici un malade atteint de septicémie : croyez-vous que, si les plaques de Peyer n'étaient pas ulcérées, il y aurait une enterborrhée aussi persistante? Pas le moins du monde. Chez cet homme, il n'y a pas encore de pneumonie hypostatique, mais elle peut survenir d'ici à demain, et vous comprenez comment. Par l'effet de la pesanteur le sang s'accumulera dans le poumon; à la partie déclive, il y aura une congestion, qui bientôt sera suivie d'autres accidents. Eh bien ! faites changer le malade de position : couchez-le sur le ventre, et presque aussitôt, par le seul effet de cette action mécanique, vous verrez les accidents disparaître. C'est là l'histoire de presque toutes nos maladies; quand nous restons malades, c'est qu'il y a une cause matérielle profonde qui entretient le mal, qui entretient les troubles circulatoires et les troubles nerveux.

Nous pourrions étendre ceci à presque toutes les maladies et faire voir que ce n'est pas contre l'irritation qu'il faut agir.

Prenons, pour terminer cette leçon, un exemple clinique de premier ordre qui frappera fortement votre imagination : et puissé-je la frapper ici pour démolir de fond en comble ce qu'il y a de mauvais dans la doctrine de l'irritation!

A m'entendre parler ainsi, on croirait que je n'ai pas été partisan des idées de Broussais : si, car les opinions de Broussais étaient alors le progrès; mais le progrès marche, les idées marchent.

Mes idées d'aujourd'hui seront-elles perfectionnées demain ? N'en doutez pas, car le progrès scientifique marche constamment.

Voyons cette jeune femme qui relève de couches, et qui est sortie de la Maternité pour venir dans nos salles. Quelles sont les affections organiques que nous avons constatées chez elles? Inflammation de l'utérus ; que dis-je, inflammation ! ce mot est mauvais ; troubles dans l'état de l'utérus pendant le travail de la parturition ; déchirement de la matrice, déchirement de son col; déchirement du placenta; veines ouvertes; liquides altérés séjournant près de ces veines béantes ; phlébite de nature évidemment putride. L'utérus est resté volumineux, il est excessivement douloureux ; d'une autre part, les matières putrides ont pénétré dans le sang qui circule et qui les a répandues dans toute l'économie. Or, voilà que, la nuit dernière, il y a eu une augmentation terrible des accidents et que des troubles nerveux se sont manifestés. Y a-t-il quelque part par là de l'irritation? Ne voyez-vous pas qu'il se porte très peu de sang au cerveau, et que cette petite quantité de sang s'y porte dans de mauvaises conditions de nutrition? Et vous voulez que, dans de pareilles circonstances, le cerveau ne souffre pas, lorsqu'une certaine quantité d'alcool suffit pour le modifier dans ses actions? C'est donc parce qu'il y a une action moléculaire anormale du sang sur le cerveau que le cerveau est troublé dans ses fonctions ; ce n'est pas l'irritation qui est le point de départ, c'est la modification profonde de l'état moléculaire du cerveau.

Quelle est la conséquence pratique de tout ceci? C'est que, si c'est l'irritation, il faut porter sur le cerveau des agents capables de la produire ou de la détruire ; mais si c'est ce que nous avons dit, il faut porter du sang vers le cerveau qui en manque, il faut abaisser la tête trop élevée de la malade, et vous avez vu le résultat de cette pratique: il a été de faire disparaître instantanément le délire.

En présence d'un pareil fait, l'on voudrait que je croie que la médecine n'est pas la plus belle des sciences !

Vous en êtes convaincus, messieurs, la vraie philosophie repose sur l'étude profonde de l'organisation, et la médecine, nous conduisant partout à l'observation attentive de la nature, doit devenir le flambeau d'une bonne philosophie.

Nous avons passé en revue les doctrines de l'irritation de Broussais et de l'excitabilité de Brown. Lorsque Brown parut, beaucoup de médecins adoptèrent ses idées, car les doctrines fausses marchent beaucoup plus facilement et beaucoup plus vite que ne le font les véritables doctrines assises sur l'observation. Brown, proclamant donc de toutes parts que les maladies consistaient dans un défaut d'excitation, dans un défaut de forces, il n'y eut presque plus pour guérir qu'à donner des toniques ; c'était justement le contraire de Broussais, qui, ayant les mêmes idées, mais prétendant que dans les maladies il y avait trop de forces, qu'il fallait en ôter, ne trouvait rien de mieux que de saigner les malades et d'appliquer des émollients sur les tissus.

Eh bien ! à cette époque, lorsque Brown venait de fleurir et qu'il avait exercé sur les esprits une immense influence, voilà que des médecins s'élevèrent contre ses doctrines, et qu'un de ceux qui les combattirent le plus fut Pinel, ce qui ne l'empêcha pas d'adopter toutes les idées de Brown. En effet, Pinel adopta cette fièvre qui fut une fièvre véritablement brownienne ; cette fièvre fut la fièvre adynamique, une fièvre par défaut de forces. Et pour vous faire voir jusqu'à quel point on fait à présent une détestable logomachie, c'est qu'après être parti de Pinel pour faire une fièvre adynamique, on a passé par Broussais pour faire une fièvre dynamique, et on en est venu aujourd'hui à faire une fièvre typhoïde à forme adynamique.

Qu'était-ce donc que la fièvre adynamique? On supposait qu'il y avait une fièvre dont l'élément principal était le défaut de forces, parce qu'on voyait de pauvres diables gisant dans leur lit, ne pouvant remuer, tirant la langue avec difficulté, parlant mal et restant plongés dans un état profond de stupeur. Comme Pinel était dans un hôpital de vieillards, il devait voir beaucoup de ces fièvres adynamiques. Toutes les vieilles femmes qui paraissaient devant lui étaient atteintes de fièvre adynamique, et l'on ne trouvait pas de toniques assez puissants pour remédier à cette fièvre adynamique.

Les amers, le quinquina, la gentiane, la petite centaurée, étaient alors réputés toniques par excellence ; on y ajoutait de l'éther, de l'acétate d'ammoniaque. Je ne sais trop pourquoi on appelait cela des toniques ; mais on les donnait à tort et à travers, parce que, comme la doctrine d'où l'on partait était fautive, ses conséquences devaient l'être aussi.

Eh bien! messieurs, au-dessous de ces symptômes, faiblesse et défaut de forces, qu'existait-il? La Salpêtrière pouvait répondre, et nous allons répondre par des faits recueillis sur le même théâtre. Sept ans j'ai été relégué à la Salpêtrière ; à cette époque, je m'occupais beaucoup d'anatomie pathologique; je faisais l'autopsie de toutes ces vieilles femmes qui mouraient en présentant les symptômes de ce que Pinel appelait fièvre adynamique. Eh bien ! savez-vous ce que je rencontrais à l'ouverture des cadavres? Des désordres effroyables soit dans les organes thoraciques, soit dans les organes abdominaux, des poumons gangrénés, des phlegmasies excessivement intenses de la dernière portion de l'intestin, etc.

Ainsi la doctrine de Brown avait conduit à la fièvre adynamique, comme la doctrine de l'irritation avait conduit en pratique aux saignées et aux cataplasmes permanents.

Au milieu de ceci, et avec d'autres systèmes, on avait inventé deux épouvantables mots, qui étaient nés pour la première fois dans les temps de la plus étrange barbarie.

Ces mots sont les suivants : dérivation et révulsion. Dans le jargon scientifique actuel, ces mots sont encore en grande faveur. Nous allons faire une petite saignée dérivative, disait Lisfranc ; nous allons avoir recours à une bonne révulsion au moyen d'un vésicatoire, dit-on encore. Ah! savez-vous d'où cela vient? Quand la grande découverte d'Hamey n'était pas faite, quand on ne connaissait pas la grande circulation, quand on ne connaissait pas les lois en vertu desquelles le sang se meut dans les vaisseaux et que l'on voyait rougir le point sur lequel l'agent irritant ou toxique était porté, on disait : Nous allons détourner les humeurs, nous allons les dériver, de telle sorte qu'il y en aura moins ailleurs. D'autres ont dit : Nous allons enlever du sang, et de cette façon cela fera beaucoup de bien. De là l'idée de la dérivation pour les uns et de la révulsion pour les autres.

Or chaque système a pris ces mots à sa guise. Les naturistes ont fait dériver la vie; les voyez-vous faire dériver la vie avec de la moutarde! D'autres ont fait dériver l'irritation : voyez-vous l'x algébrique, irritation, se porter à droite, à gauche, abandonner un organe interne et aller gagner la peau! Mais il semble qu'avant de faire courir ainsi l'irritation on aurait mieux fait de se demander ce que c'était; toutefois, on s'en gardait bien.

Dans les vieilles hypothèses, on voulait dériver l'humeur.

Voyons donc ce que c'est que ces belles doctrines de la dérivation et de la révulsion. Ne sentez-vous pas que ce sont des mots et non pas des choses? Cela veut-il dire que l'on ôte du liquide et qu'il y en a moins? Mais pourquoi vous servir du mot révulsion? Vous voulez enlever du sang des vaisseaux, quel effet produirez-vous? Si la masse totale du sang est trop considérable, si le cœur est hypertrophié, vous dégagerez cet organe, vous faciliterez ses contractions et vous rétablirez le cours normal du sang. Si, au contraire, il y a peu de sang, si le cœur bat très vite, afin d'envoyer le liquide nutritif à toutes les parties, par la saignée vous augmenterez encore la vitesse des contractions du cœur et vous déterminerez des accidents de toute sorte.

Vous voyez maintenant que le mot révulsion s'appliquera à des choses tellement différentes qu'il est impossible de raisonner de cette façon.

Et à ce propos faisons de la clinique.

Un pauvre homme que nous venons de voir est atteint d'une pneumonie; le poumon est pris dans toute son étendue : qu'est-ce que nous allons faire? Il y a évidemment un état couenneux du sang ou l'état que j'appelle hémite, moins prononcé sur ce vieillard que sur d'autres individus, mais existant cependant. Eh bien ! voyons, oublions toute idée relative à la dérivation, qu'allons-nous faire? Nous savons que le sang est couenneux, que par conséquent il coule avec moins de facilité à travers les capillaires pulmonaires, que de la fibrine s'est épanchée dans les mailles du parenchyme pulmonaire et qu'à la suite de tout ceci il s'y est formé une congestion; enfin, que le poumon, mou d'abord, est devenu dur. Vous voyez bien évidemment que dans tout ceci l'irritation n'a rien à faire et que, si nous mettons un vésicatoire, ce sera dans un but tout autre que de déplacer l'irritation.

Mais nous avons surtout recours au tartrate antimonié de potasse. En cela nous obéirons d'abord à une grande maîtresse, à l'expérience, qui nous a appris qu'en pareil cas le médicament faisait merveille. D'un autre côté, nous savons que le tartre stibié a sur les voies respiratoires une action spéciale ou provoquant l'expectoration, de même qu'il agit sur l'estomac en provoquant des vomissements, ensuite qu'il agit sur l'intestin en provoquant un écoulement des liquides à la suite duquel les vaisseaux sont désemplis et la circulation est facilitée. Il a encore une autre action; c'est qu'il vide l'estomac et les intestins des gaz qu'ils contiennent, que le diaphragme s'abaisse, et que dans la pneumonie c'est une chose excessivement utile. Où voyez-vous de la révulsion et de la dérivation là-dedans? Laissez donc de côté ces mots stupides et vides de sens.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine.

Recueillie par MM. Bauchet et Gaillet, internes du service.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 11, 13, 16 décembre 1851 et 29 janvier 1852.)

L'hématocèle rétro-utérine est-elle une maladie grave? Cette question mérite d'être examinée avec soin. Si l'on parcourt toutes les observations relatives à cette affection, on trouve, ainsi que je l'ai dit plus haut, que dans aucun cas la mort n'a pu être attribuée à la nature même de la lésion, mais bien à des complications indépendantes. On aurait tort cependant de la regarder comme une affection légère et de peu d'importance; car si l'on considère les symptômes si inquiétants du début, l'état de prostration et de faiblesse dans lequel les malades se trouvent jetées après la période aiguë, le temps souvent si long que met la tumeur à disparaître par résorption, la récidive possible, comme M. Huguier l'a observée assez récemment; si, d'un autre côté, nous considérons les accidents graves auxquels expose l'ouverture artificielle, l'inflammation d'une vaste poche anfractueuse communiquant avec l'air extérieur, les accidents d'infection putride résultant de la décomposition du sang et du pus, prostration extrême, sueurs, dévoiement colliquatif, etc., nous pensons qu'elle doit être réputée grave, et que par suite le médecin doit être réservé dans son pronostic.

Les symptômes de l'affection qui nous occupe offrent assurément dans leur ensemble une netteté satisfaisante pour l'esprit; et la maladie qu'ils caractérisent, lorsqu'on peut suivre sa marche pendant un certain temps, ne peut laisser le moindre doute au chirurgien doué d'un jugement le plus sévère, surtout si l'expérience l'a déjà mis à même d'observer des cas semblables. Aussi, pour nous, le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine n'offre-t-il aucune incertitude; cependant il existe telles affections de l'utérus et de ses annexes qui, par leur siége dans le petit bassin, par leurs symptômes même, pourraient induire en erreur; et, comme quelques méprises de ce sujet ont été commises par des personnes haut placées dans la science, comme du reste le sujet est nouveau, il ne sera pas sans intérêt de comparer sous quelques points de vue l'hématocèle rétro-utérine aux affections qui s'en rapprochent le plus.

Parmi ces affections, la grossesse utérine régulière présente vraiment des différences trop grandes avec l'hématocèle pour que je m'y arrête. Mais la grossesse extra-utérine, et surtout la variété dans laquelle l'ovule vient se greffer sur le péritoine du cul-de-sac utéro-rectal, pourraient dans certains cas donnés causer quelque embarras pour le diagnostic. En effet, lorsque le fœtus aura acquis un certain volume, lorsque, après avoir rempli le petit bassin, l'œuf se développera du côté de la cavité abdominale, le rectum et l'utérus se trouveront écartés par une tumeur volumineuse, comprimés contre les surfaces osseuses qui leur correspondent; enfin, ce dernier organe sera dans un état de vacuité complet porté vers la paroi abdominale et vers l'ombilic. Mais cette variété

de la grossesse extra-utérine est fort rare, et cette rareté est une considération souvent essentielle qu'il importe de ne pas négliger lorsqu'on doit établir un diagnostic. Si, en effet, vous examinez une malade, n'admettez pas légèrement une maladie insolite; les personnes qui n'ont pas vu beaucoup de malades ont le tort de croire qu'elles ont toujours sous les yeux des affections rares : c'est la cause de leurs erreurs. Outre cette rareté, j'ajouterai que la marche de la grossesse extra-utérine est précisément l'inverse de ce qui se passe dans l'hématocèle; ainsi la malade, après avoir présenté les phénomènes généraux de la grossesse, voit le ventre se développer lentement d'une manière graduelle; peu à peu le rectum, l'utérus, la vessie sont comprimés : d'où la gêne dans les différentes fonctions de ces organes; de plus, les règles sont supprimées; avec tous ces symptômes, l'état général peut rester très satisfaisant. Dans l'hématocèle au contraire, après quelques troubles de la menstruation, apparition de symptômes généraux graves, puis formation rapide d'une tumeur volumineuse; au bout de quelques jours les symptômes généraux cèdent, mais la tumeur reste pour disparaître très lentement. On le voit donc, différence complète sous le rapport de la marche. Plus tard, du reste, la grossesse extra-utérine pourra présenter les signes qui dénoteront la présence du fœtus, et alors la confusion n'est pas possible.

L'utérus à l'état de rétroflexion peut aussi présenter les signes d'une tumeur du cul-de-sac utéro-rectal; mais, s'il n'existe pas de grossesse en même temps, le diagnostic ne présentera pas de difficulté sérieuse. Ainsi la palpation de l'hypogastre fera reconnaître que l'utérus n'occupe pas la position habituelle; le toucher vaginal montrera le col à sa place, et pourra faire reconnaître la continuité de cet organe avec la tumeur qui fait saillie en arrière. Le toucher rectal fera reconnaître également que la tumeur dont il s'agit est formée par le fond de l'utérus, présentant la forme arrondie ordinaire. Ajoutons que, s'il restait le plus léger doute, le cathétérisme de la cavité utérine avec la sonde de Simpson le ferait disparaître.

Mais si l'utérus ainsi déplacé devenait le siége d'une grossesse, la difficulté pourrait être plus grande; on ne pourrait en effet sonder la cavité utérine; mais, outre que l'on aurait les signes généraux de la grossesse, le toucher rectal et vaginal combiné avec la palpation de l'hypogastre, le développement graduel et lent de la tumeur, suffiraient encore pour élucider la question.

Les tumeurs développées dans la cavité de l'utérus, polypes, cancers, etc., ne pourraient en imposer pour une hématocèle rétro-utérine, leurs caractères propres, et surtout le toucher, suffiraient pour faire reconnaître leur nature.

Quant aux tumeurs fibreuses développées dans les parois de cet organe, elles pourraient dans certaines circonstances donner lieu à quelques difficultés dans le diagnostic.

Des praticiens ayant une grande habitude du toucher et des maladies des femmes ont fait à ce sujet des méprises qui nous font un devoir d'insister un peu sur ce point. Supposez en effet une tumeur fibreuse d'un volume considérable développée dans la paroi postérieure de l'utérus; elle remplit le petit bassin, gêne, par la compression qu'elle exerce, les fonctions de la vessie et du rectum, efface par distension la lèvre postérieure du museau de tanche, fait saillie quelquefois dans la cavité abdominale, à l'hypogastre. Mais la marche de cette affection est essentiellement chronique; très rarement elle présente des symptômes aigus du à quelques péritonites partielles fort légères, et ces symptômes sont essentiellement passagers; il y a très fréquemment des pertes plus ou moins abondantes, quand la tumeur tend à se porter vers la muqueuse utérine; de plus, ces tumeurs sont mobiles avec l'utérus; elles ne sont pas fixes et enclavées comme les hématocèles; enfin leur consistance, leur dureté, et surtout leur tendance constante à prendre un accroissement plus grand ou du moins à rester stationnaires, ne permettent pas de les confondre avec les tumeurs sanguines rétro-utérines.

Les affections de l'ovaire, en raison du siége anatomique que cet organe occupe, pourront rarement causer des erreurs. Ainsi la tumeur, en général, a beaucoup de tendance à se développer latéralement vers l'une des fosses iliaques. Cependant il pourrait se faire que l'ovaire fût fixé dans le cul-de-sac utéro-rectal par des adhérences anormales, et le développement de la tumeur se ferait d'abord entre l'utérus et le rectum : tels seraient des kystes, des dégénérescences, etc.; mais dans ces circonstances le développement lent et graduel de l'affection, l'absence de symptômes aigus devraient surtout fixer l'attention du praticien et suffiraient pour éclairer son diagnostic.

Parmi les affections qui présentent le plus d'analogie avec les hématocèles rétro-utérines, il faut placer les phlegmons péri-utérins; les symptômes inflammatoires aigus, la formation d'une tumeur, la gêne de la miction et de la défécation sont en effet des symptômes communs fort importants; mais alors les signes fournis par le toucher sont d'un grand secours. Ces phlegmons, en effet, soit qu'ils aient leur point de départ sur la ligne médiane dans le tissu cellulaire placé entre l'utérus et le bas-fond de la vessie, ou en arrière entre le péritoine et la face postérieure de l'utérus et du vagin, ce qui est fort rare, soit qu'ils apparaissent primitivement sur les côtés de l'utérus, ces phlegmons, dis-je, gagnent rapidement le tissu cellulaire des ligaments larges, dont les deux feuillets conduisent l'inflammation vers l'une des fosses iliaques. Il en résulte donc que la tumeur est surtout latérale, au lieu d'occuper exclusivement le cul-de-sac utéro-rectal. Du reste, dès le début la tumeur est dure, solide, et, de plus, très douloureuse à la pression, tandis que l'hématocèle est d'abord liquide et ne prend une consistance plus grande qu'après une certaine durée et lorsque la tumeur commence à diminuer de volume. Ainsi donc un examen attentif pourra encore dissiper tous les doutes et permettre de reconnaître sûrement la nature de la lésion.

Mais une péritonite partielle peut se développer dans le cul-de-sac utéro-rectal, et alors on a formation rapide d'une tumeur fluctuante, assez volumineuse, entre l'utérus et le rectum, et dont l'apparition s'accompagne de symptômes inflammatoires semblables à ceux des hématocèles rétro-utérines. C'est surtout dans ce cas que le diagnostic offre des difficultés réelles, qui cependant ne sont pas insurmontables. Ces cas d'abord sont fort rares, et ne s'accompagnent d'aucun trouble dans la menstruation; j'ajouterai que les symptômes généraux, loin de disparaître assez rapidement comme dans les cas d'hématocèle, se prolongent pendant toute la durée de la maladie; la tumeur est très fluctuante, reste toujours douloureuse; la malade est prise de sueurs la nuit, de légers frissons; puis, au bout de quelque temps, un travail ulcératif s'établit, et la tumeur se vide soit dans le rectum, soit dans le vagin. La nature du liquide vient alors donner au diagnostic une précision qui avait pu rester douteuse. Ainsi donc, dans les cas de péritonite partielle suppurée, le diagnostic s'établira surtout par la marche de la maladie, par la persistance des symptômes généraux, jusqu'à l'évacuation du pus. On comprend, du reste, que, s'il restait du doute, une ponction exploratrice déciderait facilement la question.

L'hématocèle rétro-utérine présente dans sa marche deux périodes bien distinctes, ainsi que nous l'avons vu : c'est d'abord une période aiguë, présentant les symptômes d'une inflammation intense de l'un des organes contenus dans la cavité du bas-ventre; puis une période chronique caractérisée par les symptômes d'une tumeur plus ou moins volumineuse placée dans le petit bassin. Or le traitement doit varier, dans ces deux cas, avec la nature des symptômes. Dans la première période, il faudra se borner à l'expectation, si les accidents ne sont pas trop intenses; sinon, il faudra employer un traitement antiphlogistique en rapport avec la gravité des symptômes; en un mot, il faudra agir comme si l'on avait affaire à une inflammation pelvienne.

Mais ces accidents une fois conjurés, et la malade entrant dans la période chronique, que faire? Faudra-t-il attendre, ou recourir à quelque opération chirurgicale?

Quant à nous, c'est la première opinion que nous adopterons dans la grande majorité des cas. La résorption, en effet, a de grandes chances de réussite dans la plupart des cas; quand nous avons eu la patience d'attendre, nous avons vu la tumeur disparaître spontanément, et avec elle tous les troubles que causait sa présence. Cette heureuse terminaison, ainsi que je vous l'ai déjà dit, est annoncée, en général, par un changement dans la consistance de la tumeur, qui devient un peu plus dense, un peu plus solide; mais si elle restait douloureuse et prenait un accroissement continu, si elle présentait une tension considérable, si les phénomènes généraux qui accompagnent son développement persistaient, si la malade présentait des symptômes qui missent sa vie en danger, l'expectation devrait être abandonnée, le chirurgien devrait agir. Il faut alors se borner à faire une simple ponction, en ayant bien soin d'éviter l'entrée de l'air dans le foyer sanguin; cette ponction, en donnant issue aux matériaux liquides de la tumeur, diminue la tension des parois qui limitent le foyer, et suffit assez souvent pour enrayer les phénomènes inquiétants qui forçaient le chirurgien à sortir de son inaction. On voit alors la tumeur revenir sur elle-même, prendre une consistance plus grande, le sang qui la forme se coaguler complétement, puis finir par disparaître par résorption. Si, malgré une première ponction, les accidents ne cédaient pas, avant de recourir à une opération plus grave, il conviendrait d'en pratiquer une deuxième, qui peut-être produirait un effet plus heureux.

Si cependant, malgré une nouvelle ponction, les accidents persistaient ou s'aggravaient; si l'un des trajets du trocart restait fistuleux, et que son ouverture donnât issue à du sang altéré, mêlé de gaz fétides, il faudrait, sans tarder, recourir à une opération plus décisive, mais plus grave : c'est dans ces cas, en effet, qu'il convient d'inciser largement la portion saillante de la tumeur, afin d'ouvrir une voie facile à l'issue des matières putrides.

Quant au manuel opératoire, voici comment je procède : la malade est convenablement placée sur le bord du lit, comme pour l'examen au spéculum. S'il s'agit simplement de la ponction de la tumeur, on met à nu la saillie vaginale au moyen d'un spéculum, et l'on y plonge un trocart assez fin par un coup sec et brusque. Si je dois inciser largement le foyer, j'introduis deux doigts de la main gauche dans le vagin, au-dessus de la tumeur, en même temps qu'ils protégent les parties voisines et qu'ils repoussent la tumeur vers la vulve, ils peuvent servir de conducteur au bistouri droit ordinaire. Une ponction est faite avec cet instrument, et donne issue à une certaine quantité de sang; puis j'agrandis l'ouverture avec le bistouri boutonné ou le lithotome simple.

Il convient alors de retirer la plus grande quantité possible du sang qui constitue la tumeur. On se sert pour cet usage de curettes de différents modèles, ou même d'une cuiller à bouche, comme nous l'avons fait dans une circonstance, puis l'on soumet la poche à un lavage complet.

Il importe, en effet, de ne laisser dans ce vaste foyer que le moins possible de matériaux susceptibles de se putréfier, et de produire par suite l'infection putride. C'est là un des accidents le plus à craindre à la suite de l'incision; aussi faut-il surveiller avec attention l'état du malade, le maintenir dans un état de propreté extrême, et soumettre à un lavage complet, une fois, et souvent deux fois par jour, les parois du foyer. Les liquides que je recommande dans ces circonstances sont l'eau chlorurée et la teinture d'iode, dont j'ai eu à me louer un grand nombre de fois. Sous l'influence de ces moyens, on voit la suppuration s'établir sans réaction inflammatoire bien vive; elle reste toujours de bonne nature, assez peu abondante; puis le foyer revient peu à peu sur lui-même et finit par s'oblitérer complétement au bout d'un mois ou six semaines.

— Les suites de cette hématocèle rétro-utérine ont été fort simples chez notre malade; les symptômes généraux ont cédé peu à peu à l'emploi des moyens simples, et surtout du repos au lit; puis insensiblement l'appétit s'est réveillé, les forces sont revenues, la peau, les muqueuses ont repris leur coloration habituelle, les chairs un peu plus de fermeté. Vers la fin de la première quinzaine de décembre, la malade commençait à se lever et à marcher dans la salle. Quant à la tumeur, elle a suivi la marche habituelle; elle a subi un certain retrait, puis sa consistance est devenue plus considérable; dès la fin de novembre elle ne présentait plus qu'une fluctuation très obscure, qui a fini même par disparaître complétement. La résorption a été d'abord appréciable sur la portion hypogastrique de la tumeur, qui a diminué peu à peu; elle avait complétement disparu vers le 1er janvier, et pour trouver la tumeur à cette époque par le palper hypogastrique, il fallait plonger la main profondément dans le petit bassin, en déprimant les parois abdominales, dont la laxité se prêtait bien, du reste, à cette manœuvre. Quant aux règles, elles ont reparu à leur époque habituelle (du 18 au 20 décembre), avec leur abondance et leurs symptômes ordinaires; la tumeur n'a éprouvé aucune modification dans son volume ou sa consistance à cette occasion; la résorption n'a pas été entravée.

Le mois suivant (janvier), à la même époque, les règles ont reparu de nouveau, comme la première fois. Quelques jours après la malade est sortie. Il ne lui restait de l'énorme tumeur qu'elle portait en entrant dans le service qu'un noyau induré de la grosseur d'un petit œuf de poule, situé derrière la lèvre postérieure du col de l'utérus, revenu dans sa situation normale. Le cul-de-sac utéro-rectal était remonté à sa place, ce que l'on pouvait constater par l'élévation de la tumeur elle-même. Le rectum et la vessie exécutaient librement leurs fonctions. On pouvait légitimement considérer la malade comme guérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 janvier 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

M. Seutin adresse à la Société son *Traité de la méthode amovo-inamovible*, et demande le titre de membre correspondant.

M. Larrey est chargé de faire un rapport verbal.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Corps étranger du genou.

M. Chassaignac présente un malade porteur d'un corps étranger dans l'articulation du genou.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Application du microscope à l'anatomie pathologique.

A propos du procès-verbal, M. Michon, revenant sur les applications du microscope à l'étude des produits morbides, fait observer que le microscope ne doit être considéré que comme un élément d'étude de plus ajouté à ceux que nous avons. Lorsque Laënnec a doté la médecine de l'auscultation, il n'a point pour cela fait le procès aux autres moyens employés avant lui; à l'heure qu'il est, le microscope a déjà rendu un grand service en distinguant nettement les tumeurs qui sont le produit d'une hypertrophie pure et simple des produits hétéromorphes, comme le cancer. Nous avons donc, grâce à lui, fait un grand progrès, si surtout nous nous reportons au temps de Boyer. Ce grand chirurgien, qui ne croyait pas à la guérison du cancer, disait, après l'ablation d'une tumeur: « Elle ne se reproduit pas, donc elle n'est pas cancéreuse. » Il fallait à Boyer un temps très long pour qu'il pût se prononcer sur la bénignité ou la malignité d'une tumeur, tandis que nous, dans la majorité des cas, nous pouvons être fixés sur les chances plus ou moins grandes qu'a le malade de voir se reproduire son produit morbide.

M. le professeur Roux. L'assertion de Boyer que vient de rapporter M. Michon était, de la part de ce grand chirurgien, une pétition de principe. J'ai vu, avec Boyer lui-même, et plus tard seul, des tumeurs considérées comme cancéreuses, et qui, une fois enlevées, ne se sont point reproduites. D'ailleurs, avant de se prononcer sur la reproduction du cancer, il faudrait savoir si ce produit morbide n'a point une tendance plus grande à se reproduire, suivant qu'il affecte certains organes. Le testicule est souvent le siége du cancer, et le diagnostic de cette affection ne présente pas, dans la plupart des cas, de grandes difficultés de diagnostic. Eh bien, je pourrais citer plusieurs ablations de testicules cancéreux faites, en 1831, sans qu'aucune reproduction ait eu lieu. Peut-être, dira-t-on, vous n'avez enlevé que des produits fibro-plastiques; mais il faudrait que cette assertion fût appuyée d'un certain nombre de faits. Ne savons-nous pas d'ailleurs que ce produit peut, comme le cancer, se reproduire sur place et envahir l'économie! Pour me résumer, je dirai que, suivant moi, il faudrait être plus réservé sur les chances de non-reproduction du produit fibro-plastique, et que, dans une certaine limite, il faut admettre comme possible la curabilité du cancer.

M. Giraldès. Je ne crois pas que l'on puisse induire des observations antérieures à notre époque la cure radicale plus facile des cancers du testicule. J'ai pu me convaincre que bon nombre de chirurgiens ont considéré comme cancéreuses des tumeurs des bourses qui ne le sont pas. J'ai vu dans le Musée huntérien des tumeurs étiquetées comme cancer, et qui ne sont que des tumeurs fibro-plastiques du testicule ou des hématocèles. Le microscope, suivant moi, est au diagnostic des tumeurs ce qu'est l'auscultation pour les maladies de poitrine.

M. Lebert répond à M. Roux, d'abord comme simple renseignement, que les tumeurs fibro-plastiques peuvent en effet se montrer dans le testicule; il les a observées deux fois chez l'homme et une fois chez le chien.

Quant à la question de l'application du microscope aux études médicales, il faut évidemment prendre la question *de plus haut* et étudier la nature des produits morbides d'après la méthode des naturalistes. Les recherches microscopiques constituent, sans contredit, le plus grand progrès de l'anatomie pathologique moderne, mais sans qu'il vienne à l'esprit du pathologiste éclairé de diminuer le mérite des travaux de nos devanciers.

Si nous comparons l'état de l'anatomie pathologique, telle qu'elle a été cultivée dans ce siècle, avec ce qu'elle a été dans les temps

antérieurs, nous ne trouvons d'abord dans les grands recueils de Manget et de Bonnet qu'un assemblage indigeste de faits mal observés. Même l'immortel ouvrage de Morgagni, déjà bien supérieur à la littérature antérieure, manque de détails suffisants et d'ensemble. Nous y trouvons la trace de beaucoup de doctrines modernes, mais nous y trouvons bien peu de doctrines nettement établies.

Depuis le commencement de ce siècle, au contraire, l'anatomie pathologique, qui doit également beaucoup au grand Laënnec, a été l'objet d'études bien plus approfondies, bien plus complètes; tous les organes, toutes les maladies ont été examinées avec soin et avec détail; mais de même que l'anatomie comparée et la physiologie végétale étaient de pauvres sciences avant l'application du microscope, de même aussi nos simples sens, non armés de lentilles grossissantes, étaient bien insuffisants pour approfondir la structure des produits morbides. Le microscope devait non-seulement être utile, il était nécessaire, indispensable.

Mais la seule manière de s'en servir avec fruit était de comparer toujours le résultat de l'investigation microscopique avec celui de toutes les autres méthodes d'investigations connues antérieurement. De bonne heure on est ainsi parvenu à se convaincre que de nombreuses erreurs, je ne crains pas de prononcer ce mot, avaient cours dans la science; ce qui n'empêchera jamais les hommes éclairés, les hommes du progrès, de conserver les vérités anciennes. Mais d'un autre côté il n'y a pas de concession à faire; ce qui a été reconnu fautif doit être changé, rejeté, et remplacé par des vérités nouvelles, quel que soit le laps de temps qui doit s'écouler encore avant que cela soit possible sur une vaste échelle.

Il faut par conséquent que le microscope continue à s'occuper, sans relâche, de l'étude des produits morbides, qu'il continue à rectifier des opinions douteuses ou erronées, en persévérant toutefois dans la voie tracée, de confronter toujours le résultat de l'examen microscopique avec l'étude anatomique; les résultats cliniques, avec les résultats des investigations pathogéniques et thérapeutiques.

M. Forget n'admet pas qu'il soit convenable, pour rehausser l'importance du microscope, d'infirmer, comme on vient de le faire, l'autorité du diagnostic chirurgical, qui est loin d'être aussi incertain qu'on le dit. Il fait remarquer que si l'opinion qu'il combat devenait jamais une règle de conduite pour le chirurgien, la première indication qui se présenterait en clinique serait de procéder à l'ablation de toutes les tumeurs indistinctement, afin de pouvoir ensuite en déterminer la nature au moyen du microscope; or combien une telle conduite serait préjudiciable au malade, et que de regrets ne causerait-elle pas souvent au chirurgien!

Mais ce que l'on reproche au diagnostic clinique de ne pouvoir faire dans tous les cas, c'est-à-dire déterminer d'une manière précise la nature d'une tumeur, le microscope lui-même le peut-il bien toujours? A cet égard M. Lebert n'a-t-il pas répondu par la négative, lorsqu'il nous a dit que dans quelques cas, malgré l'examen microscopique, il restait un doute que le temps seul pourrait éclairer? Il faut alors, a-t-il ajouté, faire appel à l'enseignement clinique pour contrôler les notions fournies par le microscope.

Enfin, qu'on veuille bien se rappeler, dit M. Forget, que le chirurgien étudie la maladie vivante, et que le micrographe n'en analyse que le cadavre; que le premier puise dans l'étude physiologico-pathologique de celle-ci des éléments de certitude qui lui permettent d'en déterminer le caractère, éléments que le second ne saurait obtenir.

M. Lebert regrette d'avoir été mal compris par M. Forget. Personne plus que moi, dit-il, ne s'est élevé contre les exagérations de l'emploi du microscope. Si j'ai passé dix ans à recueillir dans les hôpitaux des observations complètes sur le cancer avant de publier mon travail sur ce sujet, c'est que j'ai toujours suivi la méthode clinique et fait l'examen anatomique minutieusement exact de tous les produits dont je devais ensuite faire l'analyse microscopique. On m'a reproché d'avoir parfois émis des doutes sur le résultat de mon propre examen: c'est méconnaître la valeur des instruments de physique, parmi lesquels, quelle que soit leur valeur, et celle du microscope est immense, il n'y en a point d'infaillibles. On doit au contraire me savoir gré de ma réserve.

Le microscope ayant dévoilé, d'un autre côté, de nombreuses erreurs commises par l'examen à l'œil nu, je le répète et j'y insiste avec conviction, il n'y a pas de concessions à faire; on ne rejette pas les recherches des devanciers là où elles sont justes; mais il faut que le microscope continue à contrôler toutes les doctrines sur ces produits accidentels; il n'y a pas même à hésiter. Vouloir se défendre contre cette obligation, c'est se défendre tout bonnement contre le progrès de la science.

En résumé, les études microscopiques en pathologie sont donc tout aussi indispensables pour l'avancement de la pratique que pour l'avancement de la science.

Exostose des os de la face et du crâne.

M. Giraldès présente, pour M. Rebel, une pièce d'anatomie pathologique curieuse: il s'agit d'une exostose éburnée développée sur les os de la face. Cette tumeur a successivement déformé tous les os de la face, envahi les sinus et gagné les os de la tête. (Cette tête a été décrite par Jourdain.)

M. le professeur Cloquet a observé un fait de ce genre il y a vingt ou vingt-cinq ans.

Névromes développés sur tous les nerfs de l'économie.

M. Houel présente un cas très intéressant de névrome général occupant presque tous les nerfs de l'économie: ce malade a été observé avec soin pendant neuf mois à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. le professeur Nélaton. Il est entré le 9 mars 1851 et mort le 16 décembre de la même année. Cet homme, qui était âgé de vingt-six ans, était entré pour une tumeur du volume du poing et qui siégeait à la cuisse du côté droit. Lors de son entrée à l'hôpital, M. Gosselin, qui était chargé du service, reconnut qu'il existait sur différents points du corps un assez grand nombre de tumeurs dont le malade ne se doutait pas: il en constata sur la paroi abdominale antérieure quatre ou cinq, au cou, à l'aisselle, aux bras; il enleva seulement une des petites tumeurs abdominales, qui, examinée au microscope, fut trouvée formée exclusivement de tissu fibreux.

Au 1er avril, M. Giraldès fut chargé, comme agrégé de la Faculté, du service de la clinique: il enleva peu de temps après la tumeur de la cuisse, qui inquiétait le malade; elle n'était pas très douloureuse, mais elle le gênait pour la marche. La cicatrisation de cette plaie se fit longtemps attendre: elle ne fut complétement guérie qu'au bout de trois mois.

Sur ces entrefaites, M. le professeur Nélaton prit possession de son service, et, comme MM. Gosselin et Giraldès, il constata un grand nombre de tumeurs disséminées sur le corps de ce malade; il en trouvait même de nouvelles. Je dois les antécédents de ce malade à M. Bauchet, interne du service, qui a bien voulu me les communiquer. La sensibilité générale et la motilité étaient donc à peu près intactes, malgré que la lésion fût très générale; la pression de ces tumeurs déterminait une douleur vive. Vers le mois d'août, le malade fut atteint de contracture légère, qui alla en augmentant jusqu'à la mort; dans les derniers jours, il y eut même un peu d'opisthotonos. Mais dans l'immobilité la douleur était peu considérable; le malade se plaignait même d'un genou qui n'était en apparence le siége d'aucun névrome.

Autopsie. — Tous les viscères, examinés avec soin, ont été trouvés sains. Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière ne contenaient aucune tumeur analogue à celles qui existaient sur les nerfs. La queue de cheval était, pour chacun des filaments qui la constitue, le siége de nombreux névromes; sur un seul filament, M. Houel a pu en compter vingt. Déjà, en 1840, Bischoff avait signalé un fait analogue. Les racines des nerfs crâniens étaient même, pour quelques-uns, le siége de tumeurs. La septième paire, avant son entrée dans le trou auditif, présentait un névrome du volume d'une fraise.

Voici ce que l'examen des nerfs a démontré:

Les nerfs olfactif et optique n'ont rien présenté de particulier. Le nerf moteur oculaire commun, des deux côtés dans l'œil, présente de nombreux névromes. Le ganglion ophthalmique est hypertrophié, et les nerfs ciliaires présentent quelques petits renflements. La cinquième paire, dans sa branche ophthalmique, est le siége de nombreux névromes, ainsi que le nerf sous-orbitaire; dans sa branche inférieure, on en constate d'évidents sur les nerfs lingual et dentaire; sur le premier, il est facile de les constater jusque sur les dernières divisions. La septième paire, dans son trajet dans l'oreille, portion dure et molle, ne présente aucun renflement; mais au niveau de la parotide on en constate de nombreux, que l'on retrouve également à la face. Le nerf pneumo-gastrique, des deux côtés, dans la région cervicale et thoracique, est le siége de névromes nombreux, ainsi que dans ses rameaux laryngés supérieurs et inférieurs. Les plexus pulmonaires cardiaques et œsophagiens sont également ganglionaires. Sur l'estomac, M. Houel n'a pas rencontré de névromes. Les nerfs cervicaux, branches musculaires et cutanées, étaient ganglionaires. Le nerf phrénique droit, un peu avant le diaphragme, présente plusieurs renflements fusiformes. Les nerfs intercostaux sont, sans exception, très volumineux et le siége de nombreux névromes, dont quelques-uns ont excavé profondément la côte avec laquelle ils sont en rapport. Le plexus brachial et axillaire, à droite et à gauche, nous offre de nombreuses tumeurs, dont une volumineuse, située sur la branche externe du nerf médian, a 7 centimètres de longueur sur 11 de circonférence; toutes les branches terminales ont l'aspect ganglionaire, et M. Houel a montré une disposition assez singulière: c'est que les nerfs cutanés et musculaires sont allongés; ils sont devenus comme variqueux, et peuvent être déplissés. Cette même disposition se rencontre pour les membres inférieurs. Les plexus lombo-sacrés sont plus profondément atteints encore que les nerfs des membres supérieurs. Le nerf sciatique a doublé de volume, et est le siége de nombreuses tumeurs, qui se retrouvent également sur les branches terminales, ainsi que sur le nerf crural.

Toutes ces tumeurs, examinées au microscope par M. Robin, ont été trouvées composées de tissu fibreux; ce n'est que par exception que l'on a constaté les éléments fibro-plastiques.

Déjà la science possède plusieurs observations analogues. M. Houel en a rapporté six: deux ont été observées en 1840 par Bischoff et Wurtzer; en 1843, M. Serres en a mentionné deux dans les *Bulletins de l'Académie des sciences*, sous le nom de transformation ganglionaire des nerfs de la vie animale et organique; Smith, dans son excellente monographie, a consigné également deux cas de névromes nerveux généralisés qu'il aurait observés en 1843, à peu de distance d'intervalle, dans l'hôpital *House of industry*.

Après divers renseignements demandés par MM. Roux, Cloquet, Huguier, Robert, Giraldès, Morel, Demarquay, et qui seront reproduits plus tard, une commission, composée de MM. Nélaton, Robert et Lebert, est chargée d'examiner le travail de M. Houel et de faire son rapport.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Election d'un académicien libre à l'Académie des sciences. — L'Académie a élu aujourd'hui un académicien libre en remplacement de M. le baron Maurice. Aux deux premiers tours de scrutin, M. Fr. Dubois a obtenu 12 voix; mais le scrutin de ballottage a dû se faire entre MM. Ch. Bonaparte et Fr. Delessert. Le premier a obtenu 24 voix, et le second 37. En conséquence, M. Fr. Delessert a été élu membre libre de l'Académie.

— M. Orfila, qui avait été obligé d'interrompre son cours et de faire faire quelques leçons par M. Wurtz, agrégé, a repris aujourd'hui ce cours devant un nombreux auditoire. A peine le professeur était-il dans l'enceinte de l'amphithéâtre, que les applaudissements les plus nombreux et les *bravos* ont éclaté de tous côtés. Lorsqu'après plusieurs salves le silence a été rétabli, M. Orfila s'est exprimé en ces termes:

« A cet accueil si bienveillant, si sympathique et si flatteur, je » répondrai par les remercîments les plus sincères et par l'assu» rance de consacrer ce qui me reste de force à votre instruction, » afin d'aplanir, en ce qui me concerne, les obstacles que vous au» rez à surmonter pour conquérir un titre que vous saurez honorer. » J'ajouterai que, de toutes les positions, sans en excepter les plus » élevées, aucune, à mes yeux, ne vaut celle que vous me faites en » ce moment; aussi, comme chez moi la mémoire du cœur n'a » pas encore faibli, je n'oublierai pas de sitôt la manifestation écla» tante dont je viens d'être témoin, et pour laquelle je vous rends » de nouveau mille grâces. »

Cette courte allocution a été couverte d'applaudissements.

— On écrit de Lyon, 8 février:

Depuis quelque temps une épidémie de fièvre typhoïde sévit sur la population de Saint-Etienne.

Il semble que les jeunes gens, et surtout les enfants, soient plus particulièrement atteints. Après eux, les militaires de la garnison paraissent subir d'une manière plus remarquable l'influence de cette désastreuse maladie.

Jeudi 5, au matin, le nombre des militaires à l'hôpital s'élevait de 112 à 115, chiffre énorme, sur deux bataillons d'infanterie et deux escadrons de cavalerie.

— La fièvre typhoïde a sévi pendant quelques semaines d'une façon peu intense à Dinan (Côtes-du-Nord).

— *Vaccine.* — M. Boissat, directeur de la vaccination pour le département de la Dordogne, dans une lettre où il signale l'existence d'une épidémie variolique qui fait chaque jour de nouveaux progrès, fait en même temps observer que, d'après les documents officiels, le *tiers* seulement de la population de la Dordogne a été soumis à la vaccination.

— Par arrêté du 29 janvier, M. Druhen est nommé professeur adjoint de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Ordinaire, démissionnaire.

— On lit dans un journal transatlantique:

« *Femmes médecins.* — L'exercice de la médecine cessera bientôt d'être le privilége exclusif des hommes: déjà l'on compte à Philadelphie, et même à Boston, une ou deux dames médecins. Dans la première de ces villes, le collége médical, spécialement fondé depuis deux ou trois ans pour le beau sexe, est déjà suivi par un assez bon nombre d'étudiantes; et quelques-unes d'entre elles se sont vu tout récemment conférer le grade de docteur en médecine. Elles ne tarderont pas sans doute à vouloir recueillir le bénéfice de cette nouvelle dignité.

La capitale du Massachussetts n'est pas tout à fait aussi avancée: son collége médical pour les dames n'en est encore qu'aux éléments; mais on peut être sûr qu'il se développera rapidement, et que les doctoresses de la Nouvelle-Angleterre rivaliseront bientôt avec celles de la Pensylvanie. »

— Conformément à la dépêche ministérielle du 30 janvier 1852, il sera ouvert, dans l'Ecole de médecine navale de Rochefort, le 6 avril prochain, sous la présidence de M. le préfet maritime, un concours pour une place de pharmacien de seconde classe (Service des Colonies).

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 18. — JEUDI 12 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 18. — JEUDI 12 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — Décret sur l'institution des bourses nationales, départementales et communales dans les lycées. — HÔPITAL DE GENÈVE (M. Rilliet). Mémoire sur l'invagination chez les enfants (suite). — Académie de médecine, séance du 10 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1852.

Séances des Académies.

La lecture d'un long rapport de M. Cazeaux et d'une réfutation, par M. Grisolle, du rapport lu il y a quinze jours par M. Piorry ont occupé à peu près toute la séance d'hier à l'Académie de médecine. La séance n'en a pas moins été une des plus intéressantes qui aient eu lieu depuis longtemps.

Dans son nouveau rapport, M. Cazeaux a donné de nouvelles preuves d'un remarquable talent d'exposition et de discussion. La question difficile qu'il a traitée, celle de l'avortement provoqué, a engagé l'Académie à renvoyer la discussion après l'impression du travail de M. Cazeaux. Nous la félicitons de cette mesure, et nous attendrons nous-même cette époque pour porter notre jugement sur cet important travail, dans lequel, malgré le haut mérite qui le distingue, tout ne nous a pas également paru digne d'approbation.

Quant à la réfutation de M. Grisolle, malgré toute la considération que nous avons pour la personne de M. Piorry, et toute notre sympathie pour ses laborieux travaux et ses convictions fortes, nous ne pouvons nous empêcher de déclarer que cette réfutation est un modèle de critique, un admirable code d'observation et d'expérimentation clinique. Que M. Grisolle eût pu être moins piquant dans la forme, nous l'accordons volontiers; cependant nous n'avons pas remarqué qu'il ait dépassé une seule fois les bornes des bienséances académiques, et s'il a été mordant quelquefois, il n'a jamais été inconvenant. Il faut bien le dire d'ailleurs, l'Académie, comme toute assemblée, en général, est peu attentive aux harangues émollientes; et pour peu qu'on ne jouisse pas d'une autorité transcendante, on voit bientôt l'attention se détacher des discours qu'on prononce, pour peu que ces discours sentent la guimauve ou la graine de lin. Il ne faut donc pas juger trop sévèrement les orateurs qui mêlent un peu de sel à leurs arguments, et c'était bien ici le cas, ou jamais. Nous reproduisons textuellement la remarquable argumentation de M. Grisolle, et nous sommes certain que tous nos lecteurs partageront le jugement que nous avons porté sur elle.

M. Piorry, nous devons le dire avec la même franchise, a été moins heureux dans sa réponse; il n'a même pas été ce qu'il a l'habitude d'être. Emu par une argumentation qu'il avait jugée trop personnelle, il n'a pu coordonner ses idées; il s'est borné à dire qu'aucune des *accusations* portées contre lui par M. Grisolle n'était fondée; mais il n'a rien fait pour le prouver. Il reste heureusement encore une séance à M. Piorry; il est à désirer dans l'intérêt de sa cause que d'ici là il reprenne tout le sang-froid auquel il nous a habitués.

— M. Bouillaud a terminé la séance en présentant une pièce pathologique du plus grand intérêt pour l'histoire du croup.

— Il ne s'est rien passé à l'Académie des sciences capable de nous intéresser, si ce n'est la nomination d'un académicien libre. Nous avions l'espoir le plus fondé de voir la majorité des suffrages tomber sur l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie, lorsqu'une candidature inattendue a surgi et est venue renverser toutes les probabilités établies. M. François Delessert, que recommandaient seuls les souvenirs de son excellent frère et les services rendus au pays par la famille à laquelle il a l'honneur d'appartenir, a été élu au scrutin de ballottage par 37 voix contre 24 données au prince de Canino, Charles Bonaparte. — H. de Castelnau.

DÉCRET SUR L'INSTITUTION

des bourses nationales, départementales et communales dans les lycées.

Le *Moniteur* d'hier contient un décret qui supprime le concours pour l'admission des candidats aux bourses dans les lycées.

La question des bourses nationales n'est pas ce qui doit nous occuper dans ce décret; mais un des considérants relatifs au concours mérite toute notre attention; le voici :

« Considérant que le concours, par ses chances *aléatoires*, n'offre pas le moyen le plus efficace d'arriver à une bonne répartition des bourses nationales, départementales et communales, etc. »

Ce considérant, qui apprécie justement en quelques mots les inconvénients du concours appliqué à la réception des jeunes boursiers, l'apprécie à plus forte raison d'une manière implicite appliqué à des nominations d'une plus haute importance. Tout nous fait donc espérer que ce premier acte de M. le ministre de l'instruction publique, venant après la suppression du concours pour la nomination des professeurs dans les écoles vétérinaires par le ministre du commerce, est la continuation d'un système dans lequel il est à désirer de le voir persister. Nous nous proposons, du reste, de publier d'ici à peu de jours une note qui contribuera peut-être à éclairer M. le ministre sur le concours appliqué aux fonctions médicales en particulier. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE GENÈVE.

Mémoire sur l'invagination chez les enfants.

Par le Dr RILLIET, médecin en chef.

(Suite. — *Voir* les numéros des 31 janvier, 3 et 7 février.)

OBS. IX. — *Garçon de six ans. — Symptômes de péritonite. — Mort. — Diverticulum de l'intestin.*

Un enfant de six ans et demi se coucha le dimanche soir bien portant. A deux heures du matin, sa mère le trouva en proie à une grande agitation, se plaignant de douleurs de ventre, vomissements et aggravation des symptômes. Pas d'évacuations alvines ou urinaires. On lui administra sans succès de l'huile de ricin et du séné; il les vomit aussitôt. Son estomac ne put, à partir de ce moment, garder aucun liquide.

La mère racontait qu'il avait été à la selle la veille, et que pendant toute la semaine précédente ses matières avaient été liquides. Le visage de l'enfant exprimait la plus vive anxiété : douleurs vives dans le ventre; jambes rapprochées de l'abdomen, qui était ballonné, gonflé et douloureux. Pouls petit et faible; délire. Il mourut le mardi. Une enquête apprit que l'enfant avait reçu un coup sur la tête, qui avait déterminé une chute, et qu'il était resté sans pouvoir marcher pendant quelque temps à la suite de ce coup.

L'autorité fit faire l'ouverture du corps. Aucune trace de contusion; abdomen tuméfié, d'une couleur livide-foncé, surtout à droite et au-dessus du pubis. Cette coloration s'étendait dans l'étendue de deux pouces à la partie antérieure des cuisses. Les muscles droits de l'abdomen et le tissu cellulaire sous-péritoneux étaient gorgés de sang. Le péritoine présentait une coloration brunâtre vers la région iliaque droite. Le grand épiploon, qui était réuni au feuillet pariétal du péritoine par des adhérences récentes, laissait à découvert les petits intestins. Environ vingt-six pouces de l'intestin étaient noirs et gangrenés; dix pouces du même intestin étaient étranglés par une bride formée par un diverticulum de l'intestin. Le diverticulum naissait à vingt-trois pouces du cœcum, passait à travers une portion du mésentère et se terminait en forme de ruban arrondi qui passait au-dessous d'un autre feuillet du péritoine pour aller adhérer à une portion de l'intestin. L'espèce de poche qui embrassait ainsi l'intestin pouvait avoir trois pouces de long. Dans l'étendue de trois pouces au-dessus de l'étranglement et au-dessous jusqu'au niveau du cœcum, l'iléon était complétement gangrené. La valvule iléo-cœcale elle-même, une partie du cœcum, étaient comprises dans cette mortification, ainsi que l'appendice vermiculaire, qui était maintenu inférieurement par des adhérences récentes. Le mésentère qui aboutissait à toutes ces parties était gorgé et présentait dans un point un caillot fibrineux du volume d'une aveline, au-dessous duquel se trouvait une petite ouverture correspondant à un vaisseau par laquelle s'était faite très probablement l'hémorrhagie intra-péritonéale. La portion d'intestin étranglée se déchirait avec la plus grande facilité et fournissait alors un liquide rougeâtre, épais, mélangé de sang et de mucus intestinal. Au reste, à l'exception de la portion étranglée, tout le reste du tube intestinal était dans l'état normal.

REMARQUES. — Les symptômes offerts par ces deux malades se rapprochent beaucoup de ceux que l'on observe chez l'adulte, et diffèrent peu des symptômes de l'invagination dans la seconde enfance; il est remarquable que ni l'un ni l'autre enfant n'ait eu de vomissements stercoraux. En l'absence de ce symptôme, on pouvait avoir du doute entre une péritonite et un étranglement. Cependant c'était ce dernier diagnostic que nous avions porté au sujet de notre malade, en nous fondant surtout sur l'absence, au moment où nous l'examinâmes, des vives douleurs à la pression, sur l'excessive rareté de la péritonite spontanée chez les jeunes garçons, sur l'absence de fièvre dans le premier jour. Le malade du docteur Pinniswood a offert à un plus haut degré encore les symptômes de la péritonite.

Outre l'étranglement produit par un diverticulum, par l'adhérence de l'appendice, par des brides péritonéales, on peut observer dans l'enfance un obstacle au cours des matières par suite d'un rétrécissement de l'intestin. M. Thore (*Archives de médecine*, t. XII, 4e série, p. 36) en a cité un exemple fort remarquable sur un nouveau-né; le rétrécissement était circulaire, et occupait le rectum à sa partie inférieure. Le docteur Nockler a aussi rapporté une observation de rétrécissement congénital occupant le milieu de l'S du colon; en ce point, le calibre de l'intestin ne dépassait pas la dimension d'un tuyau de plume. Dans les deux cas, on observa les symptômes de l'iléus, et, dans le second, il y eut à la fin de la maladie du sang dans les selles.

On peut confondre aussi l'invagination avec un obstacle du cours des matières, résultat d'une accumulation des fèces dans l'intestin. Cette erreur a été commise par le docteur Carter dans un cas où une tumeur volumineuse et dure occupait la région cœcale; ce médecin crut à une accumulation de matières fécales, tandis que c'était à une invagination qu'il avait affaire. Les amas de matières sont si rares chez les enfants à la mamelle, que l'erreur doit être très difficile à commettre.

5° La *péritonite* dans l'enfance se présente sous deux formes : générale et locale; toutes deux peuvent simuler l'invagination. Les symptômes communs à la péritonite générale et à l'invagination sont les vomissements, la constipation, la douleur, qui, dans bien des cas, est aussi vive et aussi continue que celle produite par l'inflammation du péritoine, la fièvre aussi intense, la différence consistant dans l'extrême fréquence des vomissements, tandis qu'ils sont peu fréquents ou manquent dans certains cas de péritonite, dans leur nature assez souvent stercorale, dans l'opiniâtreté de la constipation dans l'invagination; tandis que dans la péritonite elle est peu durable, souvent même remplacée par de la diarrhée, dans l'intermittence des coliques de l'invagination et l'insensibilité à la pression dans leur intervalle, comparée à la continuité de la douleur et à l'exquise sensibilité du ventre à la pression.

On voit donc qu'à l'exception des vomissements stercoraux les différences dans les autres symptômes ne sont que des nuances. Il est des cas où, l'autopsie nous ayant été refusée, nous sommes, jusqu'à la fin, resté en doute pour savoir si nous avions eu affaire à une invagination ou à une péritonite.

Quand l'inflammation du péritoine est localisée, on ne tarde pas à constater une tumeur douloureuse, analogue à celle de l'invagination, et accompagnée des symptômes généraux et locaux des péritonites. Ici c'est la tumeur qui jette un nouvel élément d'incertitude dans le diagnostic, et il est des cas où il est bien difficile de se prononcer. Nous citerons en particulier l'observation suivante, intéressante à plus d'un titre.

OBS. X. — *Garçon de dix ans. — Début par des douleurs de ventre accompagnées de fièvre. — Vomissements des médicaments le quatrième jour. — Fièvre intense. — Le 6, coliques intermittentes très douloureuses; plusieurs petites selles de matières très noires, excessivement fétides. — Le 7, persistance des coliques dans le flanc droit, près de la ligne médiane. On commence à sentir une tumeur douloureuse à la pression. — Le 8, trois selles noires fétides et trois verdâtres. — Dysurie très intense. — Les coliques redoublent de vivacité et arrachent des cris aigus. — Le 9, l'empâtement s'est étendu de la ligne médiane vers le flanc droit. — Le 10, l'abdomen est en relief à droite, affaissé à gauche. Constipation. — Le 11, diarrhée fréquente; pas de pus, mais du mucus strié de sang avec des matières verdâtres. — A partir du 12, diminution graduelle de la tumeur. Guérison.*

Un jeune garçon de dix ans, vif et intelligent, avait toujours eu les entrailles délicates; il était sujet aux indigestions et à la constipation. Grand mangeur de fruits, il ne suivait point un régime régulier. Deux ans avant le début de la maladie actuelle, il avait été atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, et s'en était bien remis, sauf la disposition aux indigestions, qui n'avait pas diminué.

Lundi, 31 juillet 1848, il commença à ressentir une douleur au niveau de la région épigastrique. Cette douleur l'oblige à se tenir courbé en avant; il ne vomit pas, mais il n'a pas de selles. Nous le vîmes mercredi 2 août, et lui trouvâmes de la fièvre, le ventre médiocrement développé, mais généralement douloureux, bombé et sonore à l'épigastre. La douleur augmente à la pression; elle existe surtout dans cette région le matin; le soir cela est, dit-il, descendu, et se fait principalement sentir à l'hypogastre.

Un lavement simple évacue des matières liquides; elles sont fétides; on ne sent aucune tumeur. Le teint est un peu jaune; la face n'est nullement grippée.

Jeudi 3, au matin, la peau est ardente, le pouls passe 120. (Application de 6 sangsues.) Dans la journée, la douleur reste la même, mais elle est plus générale. Le malade dit souffrir dans les deux flancs; le ventre est plutôt sonore, sans ballonnement. Le soir, calomel, 20 centigrammes; le lendemain, huile de ricin. Le calomel a occasionné deux selles bilieuses, fétides; il vomit l'huile de ricin; on la remplace par une poudre de 30 centigrammes de calomel, il la vomit, et une seconde aussi; une troisième passe. Il a vingt selles dans la journée; les unes de matières liquides, les autres étant de simples crachées. Il souffre en allant du ventre. Il y a de l'irritation au siége, mais point de sang ni de mucus. Les urines sont douloureuses, difficiles, peu abondantes, mais n'offrent rien de particulier.

Le vendredi 4, on lui donne un bain; il est fatigué dans l'eau; il y passe seulement vingt minutes; il a, comme les autres jours, du reste, un léger redoublement fébrile le soir (100). Le matin son pouls est naturel. Il dort assez bien la nuit.

Le samedi 5, le ventre est toujours un peu développé; il est

particulièrement douloureux dans le flanc droit, près de l'hypogastre, plutôt que du bord de l'os des îles, où la souplesse est assez grande. Il a de fréquentes coliques, souvent des épreintes; les coliques sont intermittentes, assez violentes pour lui arracher des cris et le faire pleurer; elles reviennent à des intervalles très irréguliers, et sont, en général, provoquées par des vents, des besoins d'uriner ou d'aller à la selle. *Plusieurs petites selles de matières liquides très noires, extrêmement fétides.* Pas de vomissements; langue toujours très blanche; même pouls, même facies. — Décoction blanche; cataplasme; un lavement laudanisé, 3 gouttes.

Le dimanche 6, même état général, le teint assez jaune; appétit pour du bouillon de poulet; il en prend cinq tasses; pouls le matin à 88, dans la journée et le soir à 100, avec un peu de rougeur du visage. Les coliques sont toujours fréquentes et vives. C'est, dit-il, comme si on le tiraillait; la douleur se déplace quelquefois, mais en général elle occupe le flanc droit. Cette région près de la ligne médiane est évidemment rénitente; on peut circonscrire un empâtement occupant une étendue de trois à quatre pouces, un peu dur, mais plat; on ne sent pas de scybales. La tumeur est matte, non mobile; elle est douloureuse à la pression, tandis que les autres portions du ventre sont indolentes. — Quatre cuillerées à café d'huile de ricin, de cinq à neuf heures du soir.

Le lundi 7, l'huile a produit trois selles noires fétides, et trois verdâtres. La nuit a été peu bonne; les coliques persistent, ainsi que l'apparence du ventre. Depuis deux heures de l'après-midi elles augmentent de fréquence et d'intensité; le ventre prend un peu plus de développement; la gêne à uriner, qui existait depuis deux jours, est encore plus prononcée; par moments il ne peut uriner, et cela pendant plusieurs heures, sans que la vessie soit pleine. Dans la soirée, les douleurs arrivèrent à leur maximum et persistèrent jusqu'à trois heures du matin. Il pousse des cris violents, qu'on pourrait entendre dans la rue; le ventre est peut-être un peu plus développé, sonore partout, sauf au niveau de la tumeur, et douloureux en ce point seulement; il ne vomit pas, et malgré les douleurs, le pouls, qui reste bon, ne dépasse pas 100. Ces douleurs, analogues aux douleurs de l'accouchement, sont intermittentes, et dans leur intervalle l'enfant, même dans la nuit, a bonne apparence; il peut causer et même plaisanter.

Nous appelons en consultation notre honorable confrère le docteur Lombard. Des frictions mercurielles ont été commencées le matin; on les continuent (elles sont composées de 4 grammmes de teinture de belladone pour 15 grammes d'onguent mercuriel double). A deux heures du matin il a consommé les 15 grammes. Dans le reste de la nuit, deux nouvelles frictions. Dans le moment de la douleur il ne peut supporter la friction. A une heure du matin la souffrance était intolérable; on lui donne un bain. Ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvient à obtenir qu'il y reste une heure et demie, car il a plusieurs crises; cependant elles s'éloignent par le séjour dans le bain, et il peut uriner abondamment. Il dort quatre heures dans la nuit; il prend quatre cuillerées à café d'une potion ainsi composée: gouttes noires n° X; eau de tilleul, 45 grammes; sirop, 15 grammes.

Le mardi 8, il est mieux; le malaise est dans la journée; il n'a que des coliques passagères. Les parties ballonnées du ventre se sont affaissées et la tumeur fait relief; elle seule continue à être douloureuse à la pression, l'empâtement s'est étendu du côté de la fosse iliaque. Cette région est mate. Le matin, le pouls est à 88, sans chaleur; pas de selles. (On continue les frictions mercurielles. La seconde est terminée le matin du 9.) — Bouillon de poulet. Un bain le soir.

Le mercredi 9, il a dormi, mais d'un sommeil interrompu par quelques coliques. Ce matin, le pouls est à 88, visage bon; aucun effet mercuriel, abdomen en relief à droite, affaissé ailleurs; la tumeur droite plus molle, plus circonscrite, les tissus moins exactement appliqués à sa surface. Il a uriné hier dans un bain; une petite selle. (On continue les frictions. Un bain.)

Du mercredi 9 au vendredi 11, à deux heures. Le jeudi 10, au matin et dans la nuit, diarrhée, qui continue dans la journée; dans la nuit du 10 au 11, elle s'arrête le matin; elle est verdâtre. Il y a du mucus peu abondant dans les selles du 10; plus abondant et avec quelques filets de sang dans celles du 11. La tumeur, qui avait diminué, est plus prononcée le 11; elle fait saillie près de la ligne médiane, et la matité s'étend jusqu'à la fosse iliaque, descend jusqu'à l'hypogastre, et remonte à un travers de doigt de l'ombilic. Il a été engoissé et a eu assez de coliques le 10. Le soir, la peau était brûlante, le pouls passait 100; il prend toujours volontiers son bouillon de poulet. Légère odeur mercurielle de l'haleine; langue nette; gencives inférieures un peu tuméfiées; rougeur de l'abdomen; toujours des difficultés à uriner.

On cesse les frictions le 10 au soir; il a consommé en tout 45 grammes d'onguent mercuriel double.

Le 10, il prend une potion d'aconit (1 gramme et demi).

Le 11 au matin, une potion avec magister bismuth, 1 gramme. Chaque jour un bain, et le 11, deux, l'un à dix heures du matin, l'autre à sept heures du soir.

Du 11 au 16. Le matin du 11, grande amélioration, la tuméfaction a diminué d'une manière sensible; la percussion n'est plus mate que dans un point très circonscrit. La douleur est beaucoup moins vive à la pression. Il existe encore des douleurs intermittentes dans le flanc droit; d'autres précèdent les évacuations; elles sont analogues aux douleurs de ventre ordinaires, d'autres ont lieu pendant la miction. Il n'urine guère que dans le bain; au commencement il ne souffre pas, mais à la fin il éprouve de vives douleurs, soit à l'hypogastre, soit à l'extrémité de la verge. Les jours suivants l'amélioration a été graduellement en croissant; c'est seulement le 15 que les douleurs en urinant ont complétement disparu. Ce jour-là la pression était aussi tout à fait indolente. La diarrhée proprement dite avec mucus et quelques filets sanguins s'est arrêtée le 14.

Le 16, les évacuations tendaient à se consolider. Ce jour-là on sentait encore, à deux travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope, un noyau dur du volume d'une noisette de France, reste de l'engorgement iliaque. — Apyrexie absolue depuis le 12. Appétit.

Le 14, on a commencé la soupe au riz passé. Le 15, on a mélangé le bouillon de poulet avec du bouillon de bœuf. Le 16, bouillon de bœuf; soupe au gruau. Le traitement a consisté dans des bains, deux par jour, jusqu'au 14; des cataplasmes arrosés avec de l'huile de jusquiame; la potion de bismuth jusqu'au 13; eau d'Evian.

Du 16 au 25, la convalescence a rapidement marché. Depuis le 15, il n'a plus eu de douleurs en urinant; les évacuations étaient naturelles le 18. Le 21, il est parti pour la campagne; il a d'abord eu beaucoup de peine à marcher, puis il s'était remis, et le 21 il était levé depuis dix heures du matin. Le 22, il s'est beaucoup fatigué; il a été pêcher au bord de la rivière. Le 23, les douleurs en urinant ont reparu; il s'est plaint aussi d'une douleur costale gauche, de douleur au jarret et sur le coude-pied. Je le vois le 25; les douleurs en urinant, analogues aux douleurs anciennes, persistent, mais pas très intenses. Rien au palper; à peine, peut-être, une légère différence dans la tension des deux côtés du bas-ventre. Rien à l'hypogastre; pas de douleurs sous une forte pression; pouls, 68; maigreur, yeux abattus, pieds froids, langue un peu grise; gaieté; il dit avoir faim. Il n'a pas conservé la douleur plus de cinq à six jours. Depuis, radicalement guéri, je l'ai maintenu à un régime sévère.

Remarques. — De quelle affection cet enfant a-t-il été atteint? Avait-il un abcès dans la fosse iliaque, une péritonite circonscrite, une invagination? La question est fort difficile à résoudre. Cette observation offre certainement plusieurs points de ressemblance avec l'observation III: même début par des douleurs obligeant l'enfant à se tenir courbé; même siége de la souffrance dans la fosse iliaque; même apparition d'une tumeur au voisinage de cette région. Il est vrai que l'enfant observé par le docteur Pélissier eut, de plus que le nôtre, des vomissements stercoraux et des évacuations caractéristiques; mais ne pourrait-on pas aussi regarder comme un symptôme d'invagination ces selles noires fétides, ces coliques intermittentes assez violentes pour arracher à l'enfant des cris aigus, mais qui, dans leur intervalle, lui laissaient, à l'époque même où il était le plus mal, assez de bien-être et de liberté d'esprit pour qu'il pût plaisanter et causer? La marche de la maladie ne semble-t-elle pas aussi indiquer une invagination?

Peu après des évacuations fréquentes verdâtres, avec du mucus et du sang, mais sans pus, la tumeur diminue de volume et disparaît rapidement sans que l'on ait observé aucune évacuation purulente. Cette brusque disparition ne peut-elle pas alors s'expliquer par le rétablissement du calibre de l'intestin et la cessation de l'engorgement inflammatoire dont la portion invaginée était le siége? Nous reconnaissons, d'un autre côté, que le symptôme le plus constant de l'invagination, savoir, les vomissements incessants, a manqué. L'enfant a vomi, il est vrai, mais un seul jour, et seulement les médicaments. Mais cette anomalie ne dépend-elle pas de ce que l'obstacle au cours des matières n'a jamais été complet? car la constipation n'a jamais été opiniâtre. Les selles ont été assez facilement amenées par les purgatifs. Cette facilité des évacuations ne serait pas un motif pour repousser le diagnostic d'une invagination; car les auteurs qui ont décrit cette maladie ont reconnu que parfois les selles n'étaient pas interrompues, qu'elles étaient claires, liquides, brunâtres et teintées d'une plus ou moins grande quantité de sang (1).

On le voit, bien des considérations se réunissent pour nous faire admettre une invagination; cependant, l'interprétation que nous donnons à ce fait étant susceptible de contestation, nous ne l'avons pas fait rentrer dans notre analyse. En effet, on pourrait nous objecter que notre malade nous a offert tous les symptômes d'une entéro-péritonite circonscrite, et nous pourrions dire que cette opinion peut aussi être soutenue. Les vomissements peu répétés et les selles diarrhéiques ne sont point rares dans la péritonite circonscrite. Dans cette maladie, on retrouve aussi une tumeur douloureuse dans un point quelconque de l'abdomen, et cette tumeur, évidemment purulente, peut disparaître sans être évacuée à l'extérieur. Le diagnostic d'un abcès de la fosse iliaque est le moins probable de tous; on observe, il est vrai, dans cette maladie, une tumeur, mais elle ne commence pas par la ligne médiane. Les coliques intermittentes sur-aiguës sont très rares, La maladie se termine par un abcès qui s'ouvre soit à l'extérieur, soit dans l'intestin, soit dans la vessie. L'on ne voit pas disparaître, sans que l'on trouve du pus quelque part, une tumeur qui a mis plusieurs jours à se former.

Pronostic.

Nous ne dirons rien de nouveau en annonçant que l'invagination est une maladie fort grave; mais nous la croyons plus dangereuse dans la première enfance qu'à toute autre époque de la vie (2). La rapidité de sa marche et les complications cérébrales en sont la cause. La mort arrive avant que l'élimination ait pu se faire; elle est souvent hâtée par des accidents comateux ou éclamtiques. Il ne faut cependant pas perdre toute espérance de guérir un enfant atteint d'invagination quand on est appelé à une époque très rapprochée du début, et quand à une ou deux selles sanguines ou sero-sanguines a succédé la constipation. Le cas est beaucoup plus fâcheux quand les selles et les vomissements se répètent coup sur coup, quand l'hémorrhagie est abondante, quand les vomissements sont stercoraux ou quand l'on sent une tumeur dans le bas-ventre, quand enfin les symptômes nerveux sont graves.

Dans la seconde enfance le pronostic est moins fâcheux, parce qu'on a toujours la chance de guérison par l'élimination de la portion invaginée.

Nous avons trouvé dans la science plusieurs cas de guérison d'enfants âgés de cinq à quinze ans, et quelques autres n'ont péri que par suite d'une imprudence. Aussi la mort a été chez deux enfants occasionnée par une indigestion, à l'époque où ils étaient en pleine convalescence, et dans ces deux cas il y a eu, sous l'influence de cette cause, une rupture de la cicatrice (3).

Nous insérons ici les deux observations relatives aux enfants que nous avons été assez heureux pour les voir guérir.

Obs. XI. — *Garçon de six mois. — Début brusque par des vomissements et une selle sanguine suivie de constipation. — Tumeur abdominale évidemment formée par l'intestin. — Traitement par le calomel. — Guérison en trente-six heures.*

Cet enfant appartient à une famille aisée et jouit d'une bonne santé, sauf un eczéma du cuir chevelu et du front, pour lequel nous lui administrons la salsepareille. Il est nourri par sa mère. Depuis quelques jours, on lui donne une petite tasse de soupe. La dentition n'est pas commencée, mais les gencives sont chaudes et tuméfiées; du reste, sauf un peu de disposition à la constipation, les voies digestives sont à l'état normal.

On nous fait appeler pour voir cet enfant, qui a été pris subitement, au milieu de la nuit, de cris violents suivis d'évacuation mélangée de sang: on a même vu paraître quelques gouttes de sang pur à l'anus. Après chaque selle, les cris cessent. En même temps, il vomit d'abord des matières muqueuses, puis de la bile. Après chaque vomissement, il y a une grande prostration des forces et une effrayante décomposition des traits. La mère du petit malade, en palpant le ventre, a constaté une tumeur à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic.

L'enfant est plutôt assoupi, son pouls est inégal, le ventre est assez volumineux. A gauche et au-dessus de l'ombilic, nous sentons très distinctement une tumeur du volume d'une grosse noix, mobile, donnant au toucher tout à fait la sensation d'un intestin rempli de matières demi-solides.

La percussion de l'abdomen est sonore, sauf en ce point. La pression sur la tumeur, pas plus que sur le reste du ventre, ne provoque de cris aigus. L'enfant n'a pas uriné depuis la veille au soir; la vessie n'est pas distendue; ses langes présentent des taches verdâtres entourées d'une auréole sanguine. Jusqu'ici on s'était contenté d'appliquer des cataplasmes. Nous prescrivons deux grains de calomel toutes les deux heures et un bain de son. Il a encore dans la journée plusieurs vomissements; mais les selles sont supprimées; il ne rend ni sang ni matières. Après un de ces vomissements, il y a eu un tel refroidissement et une telle décomposition des traits que ses parents l'ont cru mort; le ventre est plus ballonné que le matin, mais la tumeur a notablement diminué dans la nuit suivante; le calomel a fait son effet et produit deux selles vertes; les vomissements ne se sont pas reproduits.

Quand nous l'avons revu le lundi matin, il était dans un état satisfaisant; le ventre était moins gonflé; la tumeur avait entièrement disparu; l'enfant était gai; il avait pris le sein à plusieurs reprises; le lait avait passé.

Depuis lors, sa santé s'est soutenue; cependant, il a eu encore quelques coliques et une légère tendance à la constipation. Il a été purgé avec l'huile de ricin.

Remarques. — Cet enfant a été évidemment atteint d'une invagination: la réunion des vomissements, des selles sanguines et de la tumeur abdominale ne peut laisser de doutes à cet égard. Nous devons noter la disproportion qui existait entre des symptômes en apparence peu graves, tels que quelques vomissements et quelques selles sanguines, et l'atteinte profonde qu'avait éprouvée le système nerveux, et qui se trahissait par la décomposition des traits, la somnolence et ce refroidissement général qui donne tant d'inquiétude aux parents. Certes ces symptômes ne nous rassuraient pas, mais nous étions bien plus effrayé en reconnaissant les symptômes locaux d'une maladie dont la mort est la terminaison ordinaire. Le traitement tempérant et évacuant a été suivi du succès le plus prompt et le plus complet. Il en a été de même dans l'observation suivante.

Obs. XII. — *Garçon de dix mois. — Mauvaise hygiène. — Début brusque par des vomissements et deux selles sanguines. — Puis constipation. — Persistance des vomissements, qui deviennent fétides. — Rétablissement des évacuations le quatrième jour. — Cessation des vomissements.*

Le mercredi 26 décembre 1849, un enfant vigoureux, encore allaité, est pris, vers les trois ou quatre heures de l'après-midi, après avoir mangé une quantité considérable de pâtes au jus, de vomissements répétés de matières alimentaires. Il a deux selles contenant du sang rouge bien apparent au moment où il les rend, plus rose ensuite sur le linge; du reste, le sang est mêlé à une petite quantité de matières. Les vomissements continuent toute la nuit, et, quand nous le vîmes le 27 à quatre heures, il avait eu au moins quinze vomissements, accompagnés de fièvre, mais sans autres selles que les deux du soir. Nous trouvons un bel enfant, gros et gras; le visage est fortement éprouvé de cette crise si violente, les yeux sont cernés, le regard est triste, la peau n'est pas chaude, le pouls est à 116; l'enfant a beaucoup dormi dans l'intervalle des vomissements. Au fort de la crise, il a eu des mouvements saccadés des bras et une légère convulsion des globes oculaires. Ce matin, il a toute sa connaissance. Sa langue est blanche, humide; le ventre, gros sans ballonnement, ne paraît pas douloureux; pas de tumeur.

Jusqu'ici le traitement a été nul. Nous prescrivons des cataplasmes sur le ventre, un bain et un grain de calomel toutes les heures.

Nous revoyons l'enfant le 29; la prescription n'a pas été exécutée, sauf le bain. Comme il a eu beaucoup d'angoisses après la seconde poudre, on n'en a plus donné; les vomissements ont continué, il n'a pas pu avaler seulement une goutte d'eau; il a été assez assoupi. Nous trouvons le ventre très ballonné et les traits de l'enfant très altérés, il a fortement maigri du visage: depuis le début, les yeux sont enfoncés. On ne sent aucune nodosité, ni tumeur dans le ventre; la pression ne semble pas douloureuse. *Il n'a point de selles.* Les lavements qu'on lui a donnés ont été rendus tels quels. On a remarqué, depuis ce matin, que les vomissements *étaient très fétides*; cependant il n'a point rejeté de matières fécales proprement dites. Ces symptômes ne peuvent guère laisser de doutes sur l'existence d'une invagination. Le cas nous paraît fort grave; nous prescrivons: 1° 2 décigr. de calomel toutes les trois heures; 2° plusieurs lavements évacuants avec sulfate de soude; 3° des cataplasmes.

Le soir, aucune évacuation; les lavements ont été rendus teints d'eau rose. Nous conseillons alors une petite cuillerée à café d'huile de ricin jusqu'à effet évacuant, toutes les deux heures. Il en prend trois dans la nuit; la seconde est rejetée. Sur le matin, il a une évacuation verdâtre ayant un peu la teinte de selles produites par le calomel. Les vomissements ont continué dans toute la journée du 29 et une partie de la nuit, toujours fétides, mais non évidemment stercoreuses.

A ma visite de six heures du matin, le 30, il y a encore deux selles verdâtres, dans lesquelles on retrouve des pelures de pois que l'enfant avait mangés plusieurs jours auparavant. Le ballonnement du ventre avait beaucoup diminué. Dans la journée du 30,

(1) Valleix, Guide du Médecin-Praticien, t. V, p. 590, 1re édition.

(2) Sur quinze enfants âgés de quatre mois à quatre ans et demi, nous comptons dix morts et cinq guéris. Deux des cas de guérison nous appartiennent (enfants de six et dix mois); deux autres ont été publiés (enfants de neuf mois et un an et demi) par le docteur Niessen. Un dernier fait appartient à Legoupil, et concerne un enfant de quatre ans et demi, qui guérit après l'élimination de l'intestin.

(3) Sur neuf malades, trois morts, six guéris. Ces six derniers enfants ont guéri après l'élimination. Parmi les trois morts, l'un a succombé après une maladie de vingt-six jours, au moment où l'élimination allait se faire (observation du docteur Coindet); les deux autres, à une imprudence après l'élimination.

il n'y a eu qu'un vomissement et encore une selle. Il prend, depuis le 25, un peu de glace avec plaisir et du bouillon de poulet.

Le 30 au soir, la partie peut être considérée comme gagnée. Je me contente de prescrire un peu de bismuth et des cataplasmes; depuis lors, la guérison a été complète et soutenue.

REMARQUES. — Dans ce cas on ne peut non plus élever de doutes sur l'exactitude du diagnostic. Les vomissements continus qui deviennent fétides, la constipation et le ballonnement du ventre indiquent évidemment un obstacle au cours des matières. Le sang dans les selles en précise la nature. Ici encore c'est au traitement évacuant que revient l'honneur de la guérison. Le peu de soin avec lequel nos prescriptions ont été exécutées le premier jour a failli compromettre le succès du traitement; heureusement que le lendemain les parents ont obéi à nos injonctions, et que grâce au calomel et à l'huile de ricin l'invagination a été détruite.

Les causes prédisposantes et occasionnelles ont été évidentes : c'est à une détestable hygiène alimentaire que l'enfant a dû sa maladie. Depuis l'âge de quatre mois, cet enfant mangeait de tout : des viandes, des légumes et des fruits; en même temps, il prenait constamment le sein de sa nourrice. Nous voudrions que ce fait servît d'exemple et engageât les parents à plus de prudence dans le régime qu'ils prescrivent à leurs enfants.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 février 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre adresse un rapport rédigé par les officiers de santé de l'armée d'Italie sur les boues de Viterbe.

— M. le ministre de l'intérieur adresse un rapport sur une épidémie de fièvre catarrhale qui a régné à Saint-Maurice, par M. Savy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lodève.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Forceps au détroit supérieur.

M. Devilliers fils adresse des remarques sur l'application du forceps au détroit supérieur.

Vaccinations.

M. Marcel Petiteau adresse une note sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1851 et sur une épidémie de variole qui a régné dans la même année dans l'arrondissement des Sables-d'Olonne.

Fièvre typhoïde.

M. Chardon adresse une note sur la distinction des fièvres typhoïdes et non typhoïdes.

Décès.

M. le président annonce le décès de M. Goin, correspondant de l'Académie, à Bourges.

RAPPORTS.

Avortement provoqué.

M. Cazeaux lit sur ce sujet un long rapport dont la discussion est renvoyée à la prochaine séance, après impression.

Discussion sur l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes.

M. GRISOLLE monte à la tribune et s'exprime ainsi:

Le rapport que M. Piorry vous a lu dans l'avant-dernière séance renferme deux questions distinctes : une de théorie pure, l'autre de pratique. La première, qui n'est autre que la question même du rôle que jouerait la rate dans la fièvre intermittente, a été plusieurs fois agitée dans cette enceinte. Il y a dix-huit mois, j'ai combattu avec plusieurs de nos collègues les idées de M. Piorry, et d'autres débats plus solennels encore avaient eu lieu en 1848. Personne de vous n'a oublié sans doute l'argumentation si vive, si pressante, si remarquable à tant de titres de notre honorable collègue M. Bouillaud, qui, à cette époque, n'avait laissé sans réplique aucun des arguments de M. le rapporteur. Cette question est donc jugée, et jugée sans appel possible; elle n'a plus d'intérêt ni pour l'Académie, ni pour le public. La théorie de M. Piorry n'a trouvé, d'ailleurs, de sympathie nulle part; elle n'est enseignée ni dans les cours, ni dans nos traités. Je ne sache pas non plus que notre collègue ait fait parmi vous un seul prosélyte ; si pourtant j'étais dans l'erreur, et si un nouveau converti venait nous apporter quelques arguments en faveur des idées que nous avons si unanimement repoussées autrefois, je n'hésiterais pas alors à descendre encore dans l'arène pour les combattre. J'arrive donc sans autre préambule à la question pratique.

Le sel marin est-il un fébrifuge? Les faits produits par M. Piorry sont-ils suffisants pour établir, comme il l'a fait, que le chlorure de sodium était un bon succédané du quinquina, un médicament qui aurait l'efficacité du sulfate de quinine lui-même? Je ne le crois pas. Mais avant d'entrer dans le cœur de la question, je ferai une déclaration à l'Académie. Je lui dirai que, n'ayant jamais employé le sel dans les mêmes circonstances, je ne viens pas en ce moment opposer mon expérience propre à celle de M. Piorry, mais rechercher seulement si M. le rapporteur s'est placé dans des conditions d'expérimentation assez rigoureuses pour donner à ses résultats la précision que nous devons exiger dans toutes les questions scientifiques, mais plus spécialement peut-être dans celles qui touchent à la thérapeutique. Je n'hésite pas à répondre négativement.

Si on étudie, messieurs, l'histoire thérapeutique de la fièvre intermittente, on est surpris du nombre considérable de médicaments qui ont été préconisés comme antipériodiques ; je n'exagère pas en disant qu'on en compterait aisément plusieurs centaines. Et, cependant, à combien d'entre eux auriez-vous confiance? Combien en comptez-vous dont l'action fébrifuge soit clairement démontrée? Tous, je n'en doute pas, vous me répondrez: Il n'y en a qu'un seul, le quinquina.

En faveur de tous ces remèdes, tour à tour préconisés et proscrits, on pourrait invoquer pourtant des faits cliniques ! Comment se fait-il qu'après avoir été regardés comme souverains, ils aient été presque aussitôt, et souvent dans les mêmes lieux, trouvés absolument inefficaces? Les premiers expérimentateurs auraient-ils trompé sciemment? Non, la chose est impossible; je ne saurais y croire, car un mensonge en thérapeutique serait plus qu'une faute, ce serait un crime. Mais il faut admettre qu'il y a eu erreur, et ceci ne saurait surprendre ceux qui comme vous comprennent si bien toutes les difficultés de l'expérimentation en thérapeutique, tout ce qu'elle exige de circonspection, de prudence pour conduire à des résultats précis.

Ce n'est pas ici le lieu, messieurs, d'énumérer toutes les conditions requises pour bien expérimenter un médicament; mais il en est *trois* qui, essentielles, ont été le plus souvent méconnues par les expérimentateurs dont je parle. Il faut: 1° que le remède soit appliqué réellement à la maladie qu'il est censé guérir, c'est-à-dire qu'il faut préalablement porter un diagnostic précis ; 2° il faut que le remède qu'on expérimente soit donné seul, ou du moins qu'il ne soit pas associé à un autre médicament actif; 3° il faut, enfin, prendre garde d'attribuer au remède des effets qui peuvent dépendre de la marche naturelle de la maladie, ou de conditions individuelles ou extérieures auxquelles les malades sont soumis.

M. Piorry a-t-il manqué à une de ces conditions essentielles? Oui, messieurs, et je dirai même qu'il a été assez malheureux pour les négliger toutes les trois. C'est ce que j'espère vous prouver pièces en main. Je prie donc l'Académie de me prêter quelques instants de bienveillante attention.

Je reproche d'abord à M. Piorry d'avoir souvent donné le sel marin à des états morbides qui n'appartiennent pas à la fièvre intermittente. Comment procède M. Piorry? Un individu entre à son hôpital accusant du malaise, divers troubles fonctionnels; il dit qu'il a de la fièvre, des frissons réguliers ou irréguliers; on percute sa rate, et, si on lui trouve plus de 7 centimètres de long, en voilà bien assez pour que cet individu soit justiciable du sel marin ou de la quinine. Pour vous faire juger vous-mêmes, messieurs, du degré de précision que M. Piorry apporte dans le diagnostic de la fièvre intermittente, permettez-moi de vous rapporter quelques-unes de ses observations prises à peu près au hasard.

Sous le n° 20 a été inscrite l'observation d'un nommé Dumont, âgé de quinze ans, entré le 8 octobre à l'hôpital; il présente tous les prodromes d'une fièvre éruptive. Le 9, éruption confirmée de varioloïde. Le 11, on trouve une rate de 11 centimètres. Le rédacteur ajoute : « Le peu d'intelligence du malade ne permet pas de savoir s'il a des accès réguliers ou irréguliers de fièvre intermittente. Il accuse seulement des *frissons, de la fièvre à instants variables de la journée.* On lui donne le sel. »

Voilà donc une fièvre intermittente!

Sous le n° 9 est l'observation de Gourdaud, marchand de vins, entré à l'hôpital le 12 octobre se plaignant de douleurs de ventre. Depuis huit jours, il a des frissons *presque à chaque instant.* Le 12, on lui trouve une rate de 12 centimètres. Il a des douleurs d'estomac. Le 13, même état de la rate; le ventre est gonflé, douloureux, rempli de fèces (lavement purgatif). Les frissons des jours précédents sont moins intenses. Le 14, on donne 15 grammes de sel marin.

Voilà encore une fièvre intermittente!

Sous le n° 32 est l'observation d'une femme âgée de trente-quatre ans, blanchisseuse. Il y a quinze jours, dit-on, elle éprouva une vive contrariété, puis une métrorrhagie survint. Depuis lors, la malade se plaint de vives douleurs à l'hypogastre. La pression au niveau de la rate est douloureuse. Cet organe a 8 à 9 centimètres. La malade assure que tous les soirs elle a des frissons suivis de chaleur. Sur cette simple déclaration, on donne le chlorure de sodium.

Je me borne à citer ces trois faits; j'aurais pu beaucoup les multiplier; mais ils sont suffisants pour vous prouver comment M. Piorry envisage le diagnostic de la fièvre intermittente.

Pour nous, nous établissons qu'il y a fièvre intermittente lorsque nous voyons un état pyrétique dont les symptômes cessent et se reproduisent à des intervalles rapprochés à peu près égaux et entre lesquels existe une apyrexie complète. Que la fièvre soit subintrante, qu'elle soit anomale pour le nombre et la succession des stades, peu importe, le diagnostic reste le même, l'affection a ses mêmes caractères; et on ne saurait, dans ce climat surtout, dans les constitutions médicales que nous avons, prendre pour une fièvre intermittente le malaise qui accompagne la courbature, l'embarras gastrique ou intestinal, une hémorrhagie, le malaise et l'état pyrétique qui existent dans une fièvre éruptive ou catarrhale. Nous reconnaissons la fièvre par les troubles fonctionnels qui existent et par leur ordre de succession et de reproduction. M. Piorry, par contre, a bien moins égard à ces caractères qu'à l'état de la rate. Après avoir donné un volume arbitraire à cet organe, croit-il constater la plus légère intumescence, il n'y a plus de doute pour lui : la fièvre intermittente existe, du moins il se conduit comme s'il l'avait positivement reconnue : il donne le sel ou la quinine.

Cependant l'état de la rate ne saurait être l'élément principal du diagnostic. Il l'éclaire certainement quelquefois dans les fièvres pernicieuses délirantes ou comateuses, lorsque le malade nous est abandonné sans renseignements, ou bien dans les fièvres des très jeunes enfants qui ne peuvent exprimer leurs sensations, qui sont entourés de gens peu attentifs ou inintelligents. Lorsque la fièvre subintrante simule si facilement, chez eux, une fièvre continue, une intumescence de la rate peut mettre sur la voie du diagnostic ; c'est une indication utile comme le serait, dans les mêmes circonstances, un petit frisson, un refroidissement ou une légère cyanose des doigts ; comme le serait un peu de moiteur se reproduisant périodiquement au milieu d'accidents graves. Mais se fier exclusivement à la rate pour le diagnostic de la fièvre intermittente, c'est une prétention que la saine clinique repousse. Elle la repousse; car la fièvre intermittente peut exister sans lésion aucune vers la rate. M. Piorry, lui-même, a vu des cas pareils. Non-seulement la fièvre simple, bénigne, peut se montrer indépendamment de toute lésion splénique, mais même la fièvre qui tue, la fièvre pernicieuse. Deux médecins militaires des plus distingués, MM. Jacquot et Sonrier, vous ont parlé, en 1848, de fièvres comateuses, mortelles au premier, au deuxième et au troisième accès, sans que la rate présentât une augmentation notable dans son volume. Et puis ne sait-on pas que dans les pyrexies graves, dans la peste comme dans la fièvre jaune, dans le typhus, dans notre fièvre typhoïde surtout, une des lésions les plus constantes est une intumescence de l'organe splénique, et cela, jusqu'après le vingt-cinquième jour dans la dothinentérie, sans qu'à cette lésion se rattachent des phénomènes d'intermittence ou de rémittence?

Si je suis surpris d'une chose, c'est que, raisonnant et agissant comme il le fait, M. Piorry ne vous ait pas apporté un plus grand nombre d'observations. Vous savez que notre confrère s'est fait une rate à son usage. Cet organe, que l'anatomie nous montre si poreux, si extensible, cette espèce de tissu caverneux capable de recevoir beaucoup de sang, à en juger par le volume de son artère, plus volumineuse que l'artère hépatique elle-même; cet organe, que des expériences précises faites à Alfort nous montrent pouvoir acquérir, par l'absorption de l'eau dans l'estomac, des dimensions considérables (Bérard. *Leçons de physiologie*, t. II); cet organe, que l'abstinence seule amoindrit, comme des faits recueillis récemment en Angleterre l'ont établi (*Arch. de méd.*, IV° série, t. XXVII, p. 88); cet organe, que nous rencontrons tous les jours sur le vivant d'un volume variable, ayant, chez des individus morts de la même affection, un volume souvent très différent; la rate, qui, de l'aveu de tous les anatomistes, est le viscère qui présente les variétés les plus grandes, les plus nombreuses, et qui toutes cependant sont compatibles avec la santé; un organe enfin si peu semblable à lui-même que si, prenant deux animaux de même espèce, de même âge, et si, les plaçant dans les conditions les plus identiques, on les sacrifie et si on les ouvre aussitôt, rarement, dit M. Assolant (*Thèse de Paris*, an X), vous trouverez à leur rate le même volume; il peut varier de 1 à 10. Eh bien! malgré ces faits, M. Piorry, chose presque incroyable, plus confiant dans les résultats plessimétriques que dans ceux bien autrement précis que donnent et la vue et le compas, n'hésite pas à assigner à la rate les limites les plus restreintes qu'elle ne saurait franchir impunément.

Après nous avoir doté longtemps, dans son *Traité de percussion*, de 12 centimètres environ de rate normale, M. Piorry ne nous en octroie plus que 10 à 11 dans son *Traité du diagnostic* (3 p. 1/2 à 3 p. 9 l.), et aujourd'hui notre rate normale ne pourrait pas dépasser 7 centimètres, tandis que M. Assolant déclare qu'ayant mesuré un grand nombre de rates d'hommes sains et morts subitement, il avait trouvé, en moyenne, environ 13 centim. (4 p. 1/2). C'est pourtant, messieurs, sur des données si arbitraires, données que l'anatomie, que la physiologie, que la clinique repoussent, que M. Piorry s'appuie pour changer toutes les règles du diagnostic, et entraîner par suite l'expérimentation thérapeutique dans des voies insolites.

Je ne suis pas le seul d'ailleurs à accuser M. Piorry d'agrandir arbitrairement la sphère de la fièvre intermittente; d'autres, et de ses amis, l'ont fait avant moi. M. Cherest, par exemple, dans son rapport à la Société médicale du 1[er] arrondissement, travail que M. Piorry a cité avec éloge, établit une catégorie de malades qui, fiévreux pour M. le rapporteur, et traités par lui avec le sel marin, n'auraient été considérés par personne autre comme atteints de fièvre intermittente et comme devant être soumis à l'action des antipériodiques.

Pour résumer ce premier chef d'accusation, je dis: M. Piorry a manqué à la première règle de toute bonne expérimentation, en ne précisant pas toujours le diagnostic, en donnant le sel marin dans des états morbides qui n'ont aucun rapport, ni éloigné, ni prochain, avec la fièvre intermittente.

Le second vice capital dans beaucoup d'expérimentations est l'association de plusieurs remèdes actifs pouvant agir de la même manière. N'a-t-on pas vu souvent des médecins proposer gravement des pilules, des opiats fébrifuges, composés de plusieurs drogues plus ou moins insignifiantes, mais auxquelles on accordait une certaine action, pourvu pourtant qu'elles fussent associées à une préparation de quinquina? M. Piorry n'a pas été aussi loin cependant dans une dizaine de cas au moins; il a, dans un but différent, administré alternativement le sel et la quinine. Tantôt les malades se révoltaient et préféraient garder la fièvre et sortir de l'hôpital plutôt que de se soumettre à l'action du chlorure de sodium, dont la saveur est désagréable, et qui excite très souvent des vomissements; tantôt M. Piorry, dans un but d'expérimentation comparative, donnait alternativement, et à peu de distance l'un de l'autre, 30 grammes de sel et 1 gramme de quinine. Il est donc impossible, dans la plupart de ces faits, de déterminer ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces médicaments.

Pour vous prouver encore péremptoirement ce que j'avance, permettez-moi de vous lire le résumé suivant de quelques observations annexées au rapport.

N° 24. On ne parle pas du jour d'entrée. Prend 30 grammes de sel, et peu après 1 gramme de quinine pour comparer les effets des deux médicaments sur la rate.

N° 26. Entré le 14 septembre. Le 15, il prend 1 gramme de quinine. Le 16, jour d'accès, on donne le sel à la dose de 30 grammes, puis quelques instants après on administre 1 gramme alcoolé de quinine. Le 17, la fièvre manque.

N° 27. Le 26, on donne 10 grammes de sel. Le lendemain on dit que la rate a diminué, mais on ne dit pas ce qu'est devenue la fièvre. Il est évident pourtant qu'elle n'a pas cessé, car le lendemain l'individu prend 1 gramme de quinine.

N° 29. Entré le 2 janvier. Prend du sel jusqu'au 5. On ne parle pas de la fièvre, mais de la rate, qui a 15 centimètres et demi. Le 5, on donne l'alcoolé de quinine. Le 7, on revient au sel, qu'on continue jusqu'au 17. La fièvre cesse le 17. Cependant le 18 le malade prend encore 1 gramme alcoolé de quinine.

N° 30. Entré le 11; il prend, le 15, 1 gramme de sulfate de quinine; les 15 et 16, on donne 1 gramme et 1 gramme 50 de quinine, et presque en même temps, ou peu après, 30 grammes de sel. Le 17 ou le 18 la fièvre cesse.

N° 31. Entré le 11 ou 12 septembre. On donne le sel immédiatement. La fièvre décroît, mais revient les 14, 15 et 16; on donne le 16 un gramme de quinine, la fièvre cesse; on revient encore au sel marin, et le 19 on donne de nouveau la quinine.

Une des causes d'erreur les plus communes, la plus commune peut-être, a été de rapporter au remède expérimenté des effets qui tenaient exclusivement à la marche de la maladie, ou à une influence exercée par les conditions extérieures. Ainsi souvent le remède a été donné lorsque les accès devenus déjà moins longs et moins intenses indiquaient une diminution de la maladie. M. Piorry a-t-il commis souvent cette faute? Je n'en sais rien. Je ne l'accuse pas, mais je ne l'absous pas non plus; car les faits qu'il nous donne ont été recueillis par des élèves zélés sans doute, mais qui ne semblent pas avoir une grande habitude de l'observation; aussi ils pèchent tous par le manque de détails et de précision. Ce qui me fait craindre que le sel n'ait été parfois donné lorsque la fièvre était en décroissance, c'est qu'il a été prescrit même lorsque la fièvre intermittente (si toutefois c'en était une) était déjà guérie. C'est ce que prouve la troisième observation, dont voici les détails principaux. J'aurais pu y joindre aussi la quatrième.

Obs. n° III. — Malade entré à l'hôpital le 9 octobre, n'ayant jamais eu de fièvre intermittente; il en aurait contracté une le 6; le lendemain 7, il y aurait eu un second accès. Le 8, la fièvre a déjà cessé. Pas d'accès les 10, 11, 12 et 13; mais la rate ayant 7 centimètres et demi de matité, on donne le sel. Ce malade sort le 16.

Ce en quoi M. Piorry a surtout et le plus gravement péché, c'est de n'avoir pris aucune précaution pour ne pas attribuer au remède des effets dépendants de quelque influence extérieure. Il est de notoriété, par exemple, qu'un grand nombre de fièvres cèdent par le seul changement de lieu. Des fièvres opiniâtres, ayant résisté à tous les traitements, disparaissent spontanément si on fait émigrer les malades. Mais ce qu'on sait moins, ce que les médecins des hôpitaux de Paris savent mieux que d'autres, c'est qu'il n'est pas nécessaire de transporter les individus à de grandes distances, mais les laissant dans le même pays, dans la même ville, dans la

même rue, il suffit de changer les conditions hygiéniques pour voir la fièvre céder ou s'amoindrir, et cela dans un grand nombre de cas. Ne croyez pas que ces effets se remarquent seulement pour ces fièvres printanières généralement bénignes et ne prenant pas racine chez l'individu : non; on le constate également pour les fièvres les plus rebelles, les plus invétérées. Notre conquête d'Afrique nous envoie souvent de malheureux colons que la persistance de la fièvre ramène en France. Les accès continuent souvent malgré le changement de climat; ces individus entrent à l'hôpital jaunes, affaiblis, avec une rate volumineuse, et souvent, très souvent, sous l'influence du repos, des conditions hygiéniques nouvelles ces fièvres disparaissent ou s'amendent. De là, messieurs, le précepte de ne jamais donner un remède dont on veut constater les vertus fébrifuges dans les premiers jours qui suivent l'entrée des malades dans nos salles; on doit attendre deux, trois ou quatre accès; les étudier dans chacun de leurs stades et ne donner le remède qu'autant qu'ils conservent l'intensité et la durée qu'ils avaient avant l'admission des malades à l'hôpital. M. Piorry a toujours manqué à cette règle, et cet oubli d'un principe aussi essentiel suffirait à lui seul pour frapper de nullité les résultats qu'il nous apporte.

Pour vous prouver l'importance de cette règle, permettez-moi de vous rappeler une statistique qui aura d'autant plus d'importance près de vous qu'elle émane d'un homme dont le nom fait justement autorité dans cette enceinte et ailleurs.

Il y a vingt-cinq ou trente ans, on vantait beaucoup, vous le savez, la poudre de houx comme succédané du quinquina. M. Chomel, voulant expérimenter ce remède nouveau, demanda au bureau central qu'on lui désignât des malades atteints de fièvre intermittente; 22 individus lui furent adressés. M. Chomel, comme tout médecin éclairé, connaissant parfaitement l'influence qui pouvait être exercée par le changement de lieu, attendit pour administrer le prétendu spécifique qu'il s'écoulât quelques jours, afin, d'une part, que le diagnostic fût bien établi, et surtout pour s'assurer que les accès ne seraient pas modifiés par les conditions nouvelles auxquelles les malades étaient soumis. Or voici ce qui arriva : sur les 22 malades admis, il y en eut 7 dont les accès ne revinrent point; ils furent guéris aussi vite et aussi sûrement que s'ils eussent pris la quinine. Chez 4, il y eut des accès décroissants; chez 8, on constata que les accès étaient symptomatiques de phlegmasies peu intenses des membranes muqueuses, qui cédèrent aux délayants, au repos, à la diète et quelques antiphlogistiques. Restèrent trois malades dont la fièvre essentielle conserva toute son intensité dans les trois ou quatre accès qui suivirent l'admission à l'hôpital. Or ces trois malades prirent d'abord le médicament à la dose prescrite par l'inventeur; puis on en donna successivement deux, cinq, six, huit fois plus, et cela sans modifier la fièvre. Certes ces trois faits étaient insuffisants pour prouver que la poudre de houx ne guérissait pas la fièvre; ils devaient pourtant inspirer déjà quelques doutes. Mais réfléchissez à ce qui fût advenu si M. Chomel eût procédé comme M. Piorry l'a fait! L'administration de la poudre de houx n'eût pas empêché la fièvre de cesser tout à fait chez les 7 premiers malades, de s'amender chez les 4 autres; vous admettrez bien aussi que les 8 individus qui avaient des accès symptomatiques et qui ont guéri par le repos et les délayants eussent non moins bien guéri en prenant un peu de poudre de houx, de sorte qu'on aurait conclu que sur 22 malades la poudre de houx réussissait chez 19 : les 3 cas d'insuccès eussent été regardés comme exceptionnels. On aurait donc considéré le remède comme un succédané remarquablement efficace.

De pareils résultats n'ont pas besoin d'être commentés; il suffit de les énoncer pour prouver combien l'expérimentation thérapeutique est difficile, combien il faut de prudence et de réserve pour ne pas se laisser induire en erreur, et combien aussi vous devez, messieurs, exiger de garanties avant de donner votre sanction à un remède.

En résumé, je crois que les résultats énoncés par M. Piorry n'ont pas la valeur qu'il leur accorde, et cela parce que M. le rapporteur a commis dans l'expérimentation trois fautes capitales, dont une serait à elle seule capable d'infirmer ses conclusions. Je vous ai prouvé, je crois : 1° que M. Piorry a administré le remède à des malades atteints de toute autre affection que la fièvre intermittente; 2° qu'il a souvent donné concurremment le sel et le sulfate de quinine à haute dose; 3° qu'il n'a tenu aucun compte de l'influence qu'ont pu exercer sur la marche de la maladie les changements de lieu, de régime, d'habitude.

M. Piorry, je le sais, va vous objecter que l'action fébrifuge du sel lui est prouvée d'une manière positive par l'influence que le médicament exerce sur la rate; M. le rapporteur prétend que cette action est rapide, à peu près instantanée, puisqu'on parle (Obs. 4) d'un malade qui, prenant le sel assis sur son lit et se couchant aussitôt après sur le côté droit, vit, dans un intervalle de temps si court, sa rate perdre un centimètre de son volume. J'aime le merveilleux, messieurs, mais je m'en méfie beaucoup; je me méfie aussi de M. Piorry lorsqu'il nous parle de la rate, car je crains que sa prédilection pour cet organe ne l'aveugle, ne l'égare quelquefois. Comment admettre de confiance l'action instantanée du sel sur la rate, lorsque nous savons que les hommes les plus éclairés, les plus habiles n'ont pas confirmé en tout point ce que M. Piorry raconte depuis si longtemps sur l'action analogue que la quinine exercerait? Mais qu'importe, d'ailleurs, que le sel fasse diminuer la rate? Je concède à M. Piorry que cette action existe, qu'elle est aussi instantanée qu'il le dit; mais on ne saurait logiquement en inférer que le sel est un fébrifuge; et la preuve, c'est que la substance qui exerce l'action la plus prompte, la plus sûre sur la rate, qui fait diminuer cet organe quand on l'injecte dans les veines, la strychnine, n'est pourtant pas un fébrifuge. Il en est peut-être de même de l'acétate de morphine et du camphre, qui, d'après De Fermon, auraient aussi le pouvoir de contracter la rate, et qui pourtant, quoi qu'on en ait dit, ne guérissent pas la fièvre intermittente (*Nouvelle bibliothèque médicale*, année 1824). Si l'action que le sel exercerait sur la rate était la preuve que cet agent a des vertus antipériodiques, on devrait en conclure aussi que ces propriétés sont égales pour le moins et supérieures peut-être à celles de la quinine, puisque, d'après M. Piorry, le sel ferait diminuer la rate dans un temps plus court que ne le fait la quinine, et son action se prolongerait plus longtemps que celle-ci.

Cependant, malgré toutes ses affirmations, M. Piorry se méfie du sel marin; n'est-ce pas, en effet, douter de son action que de ne pas vouloir qu'on l'administre dans les fièvres pernicieuses? Je loue certainement M. le rapporteur de cette prudente réserve; mais, alors, pourquoi de si pompeux éloges, et dire que le sel est un remarquable succédané du quinquina? pourquoi dire surtout qu'il a une efficacité égale à celle du sulfate de quinine? M. Piorry voudrait qu'on le donnât déjà en Algérie et dans nos campagnes; pour moi, au contraire, je veux qu'on le proscrive de tous ces lieux, du moins momentanément, et jusqu'à ce que M. Piorry soit venu, par de nouveaux faits mieux observés, plus sévèrement recueillis, justifier pleinement les éloges qu'il lui a donnés. Je proscrirais le sel du traitement des fièvres d'Afrique, parce que dans ce climat la fièvre pernicieuse est commune, et que ce caractère se révèle quelquefois tout à coup dans le cours de fièvres qui ont commencé par être simples.

Il faut donc dans ce pays un médicament qui agisse promptement et sûrement. Je proscrirais encore le sel du traitement des fièvres qui désolent quelques-unes de nos campagnes, car l'homme qui n'a d'autre patrimoine que ses bras doit être guéri le plus promptement possible, et le médicament le moins cher pour lui est celui qui économise le plus ses forces et qui lui rend le plus vite la santé. Ceci est également applicable aux malades qui sont traités dans les établissements hospitaliers. Pour être autorisé à administrer le sel, il ne suffit pas qu'il soit fébrifuge, mais il faut encore que sa vertu égale à peu près celle de la quinine; car si le sel était souvent infidèle, s'il n'avait pas une action prompte, s'il usait la fièvre au lieu de la couper, s'il agissait seulement moitié moins vite que la quinine, le sel ne coutât-il rien à l'administration, il n'en serait pas moins un médicament encore fort cher du moment qu'il forcerait les malades à prolonger leur séjour à l'hôpital.

Je regrette vivement que cette question, qui est à la fois une question d'humanité et d'économie, n'ait pas préoccupé M. le rapporteur : elle doit pourtant être agitée toutes les fois qu'on propose un fébrifuge.

Il y aurait encore à déterminer quelle est la proportion des rechutes chez les malades traités par le sel marin, comparativement à ceux qui ont pris la quinine. Le sel, administré dans la convalescence des fièvres, serait-il aussi utile que l'a dit M. Thomas, de la Nouvelle-Orléans, dans une séance de la Société d'Indre-et-Loire, en 1839? C'est aux faits à éclairer encore cette question. On comprend d'ailleurs fort bien l'utilité du sel chez des individus étiolés, affaiblis, et dont les fonctions digestives participent à l'atonie générale.

En résumé, les faits sur lesquels s'appuie M. Piorry sont insuffisants, et ne sauraient légitimer ses conclusions. L'Académie doit faire appel au zèle de tous les médecins pour éclairer une question de thérapeutique qui offre un puissant intérêt; mais là doit se borner, suivant moi, son rôle. L'Académie ne saurait user de trop de prudence, de circonspection, quand il s'agit de recommander l'emploi d'un médicament. Des médecins, et des plus éminents, se sont si souvent trompés, ils ont donné si souvent des vertus fébrifuges à des substances qui n'en avaient point, que leur exemple doit nous rendre, non pas incrédules, mais prudents. En agissant avec trop de précipitation, en adoptant les conclusions de M. Piorry, vous pourriez courir le risque de compromettre votre autorité, et avant tout, la vie de vos semblables. Dans le jugement que vous allez porter, n'oubliez pas, messieurs, que la fièvre intermittente, dans beaucoup de localités, tue fréquemment, et que nous possédons contre elle un médicament sinon infaillible, du moins assez certain pour qu'on ait pu dire qu'avec lui le médecin était l'arbitre de la vie ou de la mort. On nous propose aujourd'hui pour ces mêmes affections un remède qui existe partout, dans tous les ménages, et qu'on serait, par conséquent, tenté d'employer, à cause de son prix peu élevé et de la facilité qu'on a à se le procurer. C'est une raison, messieurs, pour nous rendre d'autant plus circonspects.

Je propose donc à l'Académie de remplacer les conclusions de M. Piorry par les deux suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur et déposer honorablement son travail dans les archives;

2° L'engager à poursuivre ses recherches en suivant les règles d'une expérimentation rigoureuse, les faits qui ont été produits jusqu'à ce jour étant insuffisants pour démontrer quel est le degré d'utilité du sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes.

— M. Piorry. L'honorable rapporteur commence par se plaindre du ton peu académique de M. Grisolle, et il ne s'expliquerait pas ce ton, qui n'est pas celui que M. Grisolle a pris dans ses livres à l'égard de M. Piorry, si depuis la rédaction de ces livres il n'y avait eu un concours dans lequel M. Piorry était juge, et M. Grisolle candidat.

A ces derniers mots une réprobation générale et bruyante interrompt l'orateur. M. le président l'engage à retirer ses dernières paroles, contraires à toutes les convenances académiques.

Après quelques instants d'interruption, M. Piorry reprend la parole. Il déclare d'abord que toutes les vérités scientifiques nouvelles ont suscité des orages avant de s'établir : exemple, la circulation barvéienne, etc., etc. Il déclare que les reproches ou plutôt les accusations dirigées contre lui par M. Grisolle n'ont rien de fondé. Les observations consignées dans son travail ont toutes été recueillies devant dix ou douze médecins; s'il n'a pu les rédiger lui-même, s'il manque certains détails à quelques-unes, les faits capitaux se trouvent notés dans toutes. Dans un certain nombre on n'a pas noté exactement les accès fébriles; mais c'est seulement dans celles où l'on n'a voulu étudier que l'influence du sel marin sur la rate. Dans toutes celles où l'on a voulu étudier l'influence sur les accès, on a tenu compte de ceux-ci. Il a parfaitement distingué l'action isolée de chaque médicament employé. Enfin quant au conseil donné par M. Grisolle d'attendre quelques jours avant d'administrer un médicament pour voir si la fièvre ne cesserait pas d'elle-même, il ne le suivra jamais, parce qu'il considère cette pratique comme mauvaise et contraire à l'humanité.

Croup.

M. Bonilland présente une fausse membrane croupale qui a la forme de la trachée et des premières divisions bronchiques, et qui a été expectorée par une malade à peu près en convalescence aujourd'hui. Si l'amélioration persiste, comme cela est probable, ce sera un des plus beaux exemples de guérison de croup.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Chronique et nouvelles.

Trois pharmaciens étaient appelés jeudi dernier au tribunal pour répondre à l'action intentée contre eux par le ministère public, à l'occasion d'une contravention constatée par le jury médical du département. Il s'agissait de vente de *laudanum* sans indication d'emploi, bien que ce médicament ait été délivré sur ordonnance de médecin.

Le tribunal, par un jugement longuement motivé, a déclaré qu'il n'y avait point eu contravention, et les a renvoyés sans dépens.

— La dernière descendante de notre célèbre concitoyen Ambroise Paré, mademoiselle René-Julienne Ambroise Paré, vient de mourir à Laval à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 19. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 19. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 40, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Observation remarquable de vomissements graves et opiniâtres guéris par la méthode hydrothérapique. — Sur le phlegmon sous-cutané de la main. — Traitement de l'hydrocèle. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Réponse à M. Bally, par M. Bayard. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Observation remarquable de vomissements graves et opiniâtres guéris par la méthode hydrothérapique.

En décomposant la médication complexe mise en usage par l'hydrothérapie empirique, en étudiant les effets physiologiques et curatifs produits par chacun des modificateurs qu'elle fait intervenir, M. Fleury a montré dans plusieurs mémoires fort importants que les applications extérieures d'eau froide exercent sur l'organisme une double action, tonique ou reconstitutive et révulsive, dont le praticien peut tirer un parti fort utile dans un grand nombre de cas. Les beaux résultats obtenus par M. Fleury dans le traitement des déplacements et des engorgements de l'utérus, dans celui des névralgies, des rhumatismes musculaires, de la chlorose, de l'anémie, etc., ont donné à ses assertions la plus péremptoire des confirmations, celle des faits.

Nous pensons donc que les praticiens ne liront pas sans un vif intérêt l'histoire d'un malade que nous avons pu voir à l'*établissement hydrothérapique de Bellevue* il y a quelques jours, et qui offre à la fois un cas des plus curieux sous le rapport des symptômes et du diagnostic, et un exemple des plus remarquables de l'efficacité de l'hydrothérapie contre certaines affections chroniques du tube digestif, qui, après avoir résisté à toutes les ressources de la thérapeutique, en sont arrivées au point de compromettre gravement la vie du malade.

M. C... habite Dreux; il est âgé de vingt-deux ans, d'une taille élevée, d'une constitution grêle, d'un tempérament très lymphatique, d'une santé habituellement bonne. Pendant l'hiver de 1847, il contracta une bronchite, qui devint chronique et qui résista à l'administration de deux purgatifs, du sirop de Desessarts et de plusieurs autres médicaments. Le matin, la toux amenait une expectoration muqueuse assez abondante; pendant la journée, elle était sèche. L'appétit se perdit, et un amaigrissement considérable eut lieu. Au mois de juin, les parents de M. C... commencèrent à s'inquiéter sérieusement, et, craignant que la poitrine ne fût compromise, ils amenèrent leur fils à Paris pour consulter M. Cruveilhier, qui les rassura, attribua en grande partie la toux à une irritation pharyngo-laryngée, et prescrivit un sirop béchique, un gargarisme astringent et pour boisson une infusion d'hyssope.

Ce traitement reste sans effet; la toux persiste, l'amaigrissement continue à faire des progrès et des sueurs nocturnes surviennent.

Au mois de septembre, nouvelle visite à M. Cruveilhier, qui cette fois prescrit le lait d'ânesse et plusieurs préparations de soufre.

Au mois de janvier 1848, la toux cesse tout à coup, mais il survient du côté des voies digestives des accidents qui de ce moment vont aller en s'aggravant pendant trois ans et jeter le malade dans l'un des états morbides les plus graves que l'on puisse voir.

Sans avoir commis aucun excès de table, sans avoir rien changé à son régime, en l'absence, en un mot, de toute cause appréciable, M. C... a plusieurs indigestions à des intervalles très rapprochés. Les digestions deviennent laborieuses, pénibles, douloureuses; l'appétit se perd, la langue devient rouge, le malade éprouve un dégoût invincible pour toute espèce de viande, et ne mange plus qu'un peu de poisson et de légumes; c'est tout au plus si l'on parvient à lui faire boire une tasse de bouillon.

Au mois de mars, il ne veut plus manger de pain, et souvent il ne prend en vingt-quatre heures qu'un seul œuf pour nourriture.

A partir du mois d'avril, chaque repas, quelque peu copieux qu'il soit, est suivi au bout d'une à deux heures d'un vomissement très douloureux.

En juin, M. Cruveilhier est de nouveau consulté; il prescrit un régime exclusivement lacté, le séjour à la campagne, l'exercice, les travaux de jardinage, etc. Pendant six semaines, M. C... ne se nourrit que de lait sous différentes formes, mais ce régime est loin d'améliorer son état. Après chaque repas a lieu un vomissement abondant, douloureux; les matières sont d'une acidité extrême, formées de bile et de lait caillé; toutes les dents s'altèrent et se carient. L'amaigrissement est extrême; c'est à peine si plusieurs lavements peuvent vaincre une constipation opiniâtre et provoquer une garde-robe tous les huit ou dix jours.

A la fin du mois de juillet, M. Chomel est consulté. Il ordonne les potages gras, les viandes noires rôties et l'hydrothérapie pratiquée de la manière suivante : *le malade sera placé dans une baignoire vide, et on lui versera sur le corps plusieurs pots d'eau froide.* M. C... se rend aux bains de Tivoli pour subir cette opération hydrothérapique; une affusion de cinq minutes produit une suffocation épouvantable, la réaction ne s'opère point, et le malade se sauve glacé, transi, jurant, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus! Les potages gras, les viandes noires, provoquent de violentes douleurs gastriques et d'affreux vomissements; ils sont abandonnés au bout de quelques jours.

M. C... retourne auprès de M. Cruveilhier et lui fait part de sa mésaventure; cet éminent praticien déclare que l'hydrothérapie ne convient pas dans le cas actuel, et conseille les eaux de Plombières.

M. C... se met en route; il est forcé de rester pendant quelques jours à Nancy, où on le voit s'arrêter au coin des rues pour vomir. Les eaux, prises pendant vingt et un jours, n'amènent aucun soulagement, et M. C... revient plus malade, plus maigre et plus faible qu'à son départ.

Le 15 septembre, les parents du malade se décident à consulter le sieur Benech; celui-ci leur impose son invariable formule; mais elle exaspère tellement les accidents qu'on est bientôt obligé de l'abandonner.

L'amaigrissement est squelettique; la plus légère friction excorie la peau; la constipation alterne maintenant avec la diarrhée. M. C... désire beaucoup chasser, mais il est tellement faible qu'on est obligé de le hisser sur un âne, et que c'est à grand'peine s'il peut tenir son fusil en joue.

Toute médication est abandonnée; une bronchite est contractée pendant l'hiver de 1849. M. le docteur Maréchal (de Dreux), qui donne habituellement des soins au malade, fait appliquer un vésicatoire au bras, et la toux cesse au bout de trois semaines. Au mois de juillet 1849, on affirme aux parents de M. C... qu'un médecin de Laigle possède un moyen de guérison infaillible, et ils se décident à y conduire leur fils. Là, celui-ci subit, *ex abrupto*, une cautérisation de l'urètre suivant le procédé de M. Lallemand, sans examen préalable des urines et en l'absence de toutes pertes séminales involontaires, soit nocturnes, soit diurnes. Cette opération est suivie de vives douleurs, d'un écoulement abondant, de dysurie, et d'une irritation des organes génito-urinaires qui a persisté pendant plus de deux ans et n'a disparu que sous l'influence du traitement hydrothérapique suivi à Bellevue.

Au mois de novembre, M. C... est ramené à Paris auprès de M. Cruveilhier, qui ordonne la suppression du vésicatoire du bras, des frictions avec la pommade stibiée sur la région épigastrique, et le vin de Malaga à haute dose (quatre à six verres de bordeaux par jour). Sous l'influence de celui-ci, les accidents gastriques deviennent plus violents encore, et l'on est obligé d'y renoncer.

Au mois de décembre, M. le docteur Monneret est appelé à donner des soins au malade; il prescrit un régime végéto-animal et l'usage des gouttes noires anglaises (*black drops*) à doses progressives (2 à 100 gouttes dans les vingt-quatre heures). Le régime mixte augmente les vomissements.

Des frictions avec l'huile de croton sont pratiquées, à plusieurs reprises, sur la région épigastrique, et amènent le développement d'éruptions abondantes : des bains fortement alcalins sont pris trois fois par semaine; 50 gouttes noires sont ingérées chaque jour. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable se manifeste au mois de février 1850. Le malade reprend un peu de force et d'embonpoint; les vomissements ont toujours lieu après chaque repas, mais ils sont moins abondants et moins douloureux.

Au mois de juin, M. Monneret prescrit des bains de Barèges. Vers le douzième bain, M. C... ressent au côté gauche de la poitrine une douleur assez vive, exaspérée par la respiration et les secousses de la voiture; il n'en tient aucun compte pendant plusieurs jours et continue à prendre ses bains; cependant la douleur étant devenue plus intense, M. Monneret est appelé dans les derniers jours du mois, et il constate avec étonnement la présence d'un épanchement pleurétique considérable remplissant les deux tiers de la cavité pleurale gauche. La manière dont l'épanchement s'est développé, la constitution et l'habitude extérieure du sujet, l'existence antérieure de plusieurs bronchites rebelles, inspirent de sérieuses inquiétudes à M. Monneret, et lui font craindre que la pleurésie ne soit liée à la présence de tubercules pulmonaires. Plusieurs larges vésicatoires sont appliqués sur la poitrine; au bout de deux mois environ la résorption est complète, et l'épanchement n'a laissé aucune trace appréciable de son passage. L'auscultation et la percussion ne fournissent aucun signe anormal.

Pendant les quinze premiers jours de l'existence de la pleurésie, les vomissements ont entièrement disparu, bien que l'usage des gouttes noires eût été suspendu. Il faut ajouter, à la vérité, que le malade avait gardé une diète à peu près complète; ils avaient reparu dès qu'une certaine quantité d'aliments avait été introduite chaque jour dans l'estomac.

Au mois de septembre, les gouttes noires, auxquelles on substitue quelquefois le sirop de codéine, celui de chlorhydrate de morphine ou le laudanum de Rousseau, améliorent de nouveau l'état de M. C..., qui fait de petites promenades et quelques chasses. L'eau de Vichy ou de Seltz, le café, les glaces, rendent souvent la digestion plus facile, et sont pris avec plaisir par le malade.

Au mois de novembre, on essaye de rendre l'alimentation un peu plus copieuse, et aussitôt les vomissements redeviennent abondants et douloureux. Pendant quatre mois le malade prend trois bains de Barèges par semaines; les gouttes noires sont portées à la dose énorme de 120 gouttes par jour, mais leur efficacité paraît être épuisée.

Au mois de juillet 1851, M. Monneret conseille un traitement hydrothérapique. M. C..., peu encouragé par le souvenir de Tivoli, ne s'y décide que sur l'assurance réitérée que les choses se passeront différemment à Bellevue, où il vient s'établir le 5 juillet.

Etat actuel. Amaigrissement squelettique; faiblesse extrême; le malade, qui est d'une taille très élevée, se tient courbé en deux et marche à pas lents, appuyé d'un côté sur une canne et de l'autre sur le bras de son père; l'alimentation est presque réduite à rien, et cependant chaque repas est suivi d'un vomissement très douloureux. Souvent il survient, une heure après le déjeuner, de la céphalalgie, des nausées, des efforts de vomissements qui se prolongent pendant toute la journée, et ce n'est que le soir que l'estomac est enfin débarrassé par un vomissement très copieux. Pour se soustraire à ces souffrances, M. C... reste parfois plusieurs jours sans prendre aucune nourriture.

En présence d'un état aussi grave, aussi ancien, aussi rebelle, M. Fleury dut faire toutes réserves et s'enquérir surtout de la cause assignée aux vomissements; malheureusement à cet égard M. Monneret ne put que lui faire le récit de ses propres incertitudes. L'existence d'un ulcère simple ou tuberculeux reposait sur quelques probabilités. S'agissait-il d'une gastrite chronique ou d'un vomissement nerveux, comme Louyer Villermay et Louis Franck (*Remarques sur le vomissement chronique idiopathique*, in *Journ. complém. des sciences médicales*, t. XV, p. 224) en ont rapporté des exemples, la palpation, la percussion, les caractères des vomissements, la nature de matières vomies, ne fournissaient aucun signe sur lequel on put asseoir un diagnostic positif. N'existait-il qu'une gastralgie intense et rebelle?

Le traitement est commencé le 7 juillet, M. C..., qui est très affaibli, très maigre, très impressionnable au froid, très effrayé par le souvenir de son premier essai hydriatique, a une appréhension extrême de l'eau froide, et les premières frictions en drap mouillé produisent une violente suffocation; dès le quatrième jour, cependant, une douche générale, en pluie et en jet, est prise très bravement, et bientôt M. C... devient l'un des plus fanatiques amateurs de l'hydrothérapie. Pour lui, l'eau n'est jamais assez froide, les douches ne sont jamais assez longues ni assez multipliées.

Quinze jours de traitement amènent déjà une amélioration remarquable; les forces ont notablement augmenté, et le malade franchit maintenant, sans se reposer et sans appui, l'intervalle qui sépare son domicile de l'établissement; les vomissements sont moins abondants.

M. Fleury substitue aux douches les bains de cercles en poussière, d'une durée de trois minutes, pris deux fois par jour.

7 août. Les douches en poussière ont produit, dès les premiers jours, un effet très remarquable; les vomissements, au lieu d'avoir lieu après chaque repas, c'est-à-dire deux fois par jour, ne se montrent plus qu'une fois, tantôt après le déjeuner, tantôt après le dîner, et parfois ils manquent complètement, bien que M. C... mange le matin de la viande, et que son dîner se compose de poisson et d'un plat de laitage.

7 septembre. L'alimentation a été graduellement rendue plus abondante et plus substantielle; les vomissements sont irréguliers et n'ont plus lieu que tous les deux, trois ou quatre jours. Le malade fait sans fatigue de longues promenades. La peau est devenue blanche, le teint se colore, et l'embonpoint commence à se développer.

7 octobre. Les vomissements sont devenus de plus en plus rares; les digestions sont quelquefois laborieuses, et M. Fleury conseille à M. C... de boire de l'eau de Seltz pendant ses repas, et de les terminer par une tasse de café ou un verre de curaçao. L'état général s'améliore tous les jours.

7 novembre. M. C... n'a point vomi depuis quinze jours; il a notablement engraissé, et on a peine à le suivre dans ses longues promenades. Ses parents sont tellement satisfaits de son état, qu'ils veulent le ramener à Dreux. M. Monneret, qui a suivi avec intérêt l'action du traitement, insiste pour que l'hydrothérapie soit continuée pendant tout l'hiver, afin de consolider la guérison, de prévenir les rechutes, et d'améliorer encore l'état général du malade.

15 janvier. M. C... n'a point vomi une seule fois depuis trois mois, et voici de quoi se compose son alimentation : à déjeuner, une douzaine d'huîtres, un plat de viande (aile de poulet, perdreau, lièvre, côtelette de chevreuil, etc.), un dessert et une tasse de café; à dîner, du poisson ou un plat de viande, un plat de légumes, un entremets sucré, un dessert et un verre de curaçao. Son teint est coloré, son embonpoint très satisfaisant, son état général excellent.

Il est permis de se demander ce que serait devenu le malade sans le secours de l'hydrothérapie. Une terminaison

funeste était certainement à craindre, et, après tous les efforts déjà tentés par la médecine, il est peu probable que la matière médicale eût fourni un agent capable d'avoir raison d'une affection aussi grave et aussi rebelle. L'hydrothérapie a donc été ici une ressource d'autant plus précieuse que le praticien n'avait aucun équivalent à sa disposition.

Sur le phlegmon sous-cutané de la main.

Dans le service de M. le professeur Velpeau, salle Sainte-Vierge, n° 23, était couché un malade atteint de phlegmon de la main. A propos de ce malade, le savant professeur s'est livré à quelques considérations que les praticiens ne doivent pas perdre de vue et que nous croyons devoir reproduire. Le malade, âgé de vingt-cinq à trente ans, était d'une belle et bonne constitution.

De tous les phlegmons de la main, disait M. Velpeau, celui dont se trouve atteint notre malade est le plus fréquent; mais heureusement il est moins dangereux que quand l'inflammation envahit les gaînes tendineuses. Il nous offre une particularité digne de remarque : sa cause n'est pas la cause ordinaire des phlegmons de la main. Il n'a été produit ni par une piqûre, ni par une coupure, etc. Il est le résultat d'une pression forte exercée par une mécanique, et nous trouvons au milieu de la paume de la main une excoriation légère. Il n'y a aucun retentissement dans le reste du membre, ni dans les ganglions sus-épitrochléen et axillaire. La réaction fébrile est peu intense et la douleur modérée.

C'est un phlegmon sous-cutané ordinaire. Il a eu la marche normale des affections de ce genre, et il s'est ouvert spontanément entre deux doigts. C'est là aussi la règle ordinaire, et on peut établir pour ces phlegmons une loi générale :

Les phlegmons sous-cutanés de la main s'ouvriront, si on les laisse marcher, entre deux doigts, et plutôt à la face dorsale qu'à la face palmaire.

Ce que l'expérience nous a démontré et nous démontre tous les jours, l'anatomie nous l'explique.

Lorsque dans un point quelconque du corps il est survenu sous la peau une inflammation, et à la suite une collection purulente, toujours le pus se fera jour par le point le moins résistant. Or, pour la paume de la main, quel est le point le moins résistant?

La peau de la main est moins dense, plus perméable aux commissures qu'à la paume. D'un autre côté, en avant des commissures, nous avons les doigts, et là la peau est bridée par des plis, des rides. Les liquides donc, arrivés en cet endroit, ne fuseront pas en avant, ils resteront à la racine des doigts. Dans ce point, il y a à la face palmaire une peau dense et assez résistante; à la face dorsale, dans la rigole des commissures, une peau plus souple. C'est par là que le pus se fera sa route.

Si le phlegmon occupait la face dorsale de la main, le pus, rencontrant des tissus plus souples, s'étalerait plus aisément sous la peau, remontant même vers les doigts. Mais ici encore nous avons entre les commissures des tissus qui cèdent plus facilement que dans le reste de la face dorsale de la main; c'est là encore que le pus choisira sa sortie.

Voilà l'explication naturelle de l'ouverture plus fréquente des phlegmons sous-cutanés de ce segment du membre supérieur entre les doigts, à la face dorsale de leur commissure. Ce serait les mêmes raisons qui nous rendraient compte de faits analogues pour les phlegmons du pied.

C'est aussi ce qui est arrivé chez notre malade; l'ouverture de l'abcès s'est faite à la face dorsale des commissures des doigts, et non au niveau de l'écorchure que j'ai déjà signalée. Cette écorchure n'avait pas encore assez aminci les tissus pour faire varier la règle que nous avons posée.

Maintenant que le phlegmon est ouvert, que faut-il faire autre chose que de laisser le pus s'écouler librement? C'est pour cette raison qu'il faut avoir soin de tenir écartés les doigts entre lesquels s'est faite la perforation, afin de faciliter l'écoulement des liquides et de ne pas enfermer le pus, qui pourrait alors fuser, enflammer les tissus profonds, provoquer enfin des accidents graves, peut-être même un phlegmon diffus. Il faut faire attention à toutes les indications en thérapeutique!

Tout se passera bien chez notre malade, et dans une dizaine de jours il sera guéri.

Vous me direz peut-être : Pourquoi ce phlegmon ne gagne-t-il pas l'avant-bras? Regardez la bride qui existe au poignet, dit M. Velpeau, et vous aurez répondu vous-même.

Ce malade est sorti guéri il y a deux jours.

Traitement de l'hydrocèle.

Un des anciens internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Bouillon-Lagrange, nous adresse l'observation suivante, dont la lecture intéressera les praticiens.

Hydrocèle chez un enfant. — Ponction et irritation de la tunique vaginale par la canule. — Guérison.

Dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux* se trouve une observation remarquable de guérison rapide d'hydrocèle par le procédé de M. Baudens. Un manuel opératoire beaucoup plus simple m'a procuré, il y a quelques années, un résultat aussi heureux que durable chez un jeune enfant. Si vous reconnaissez à ce fait le degré d'intérêt qu'il me paraît offrir, je vous prie de vouloir bien l'insérer dans l'un de vos prochains numéros.

« Un robuste petit garçon de six ans portait une hydrocèle vaginale droite, assez volumineuse, peut-être congénitale, mais dont la communication avec le péritoine s'était avec le temps oblitérée. Après avoir vainement essayé pendant plusieurs mois des résolutifs de toute espèce sans obtenir non-seulement de diminution dans le volume de la tumeur, mais même l'arrêt de son développement, l'hydrocèle acquérant de jour en jour des proportions plus considérables, je me décidai à l'opération.

» Le 19 juin 1846, tout étant disposé pour l'emploi de la méthode ordinaire par l'injection vineuse, le petit garçon, assez indocile, étant maintenu par deux aides vigoureux, assisté de M. le docteur Courtois, je pratiquai la ponction de la tunique vaginale, dont je tirai 80 à 90 grammes de sérosité à peine louche; tout alla bien jusqu'à ce moment; mais, quand je voulus placer la seringue, le petit patient, malgré toute l'énergie des aides, se livra à des mouvements si désordonnés et si prolongés qu'après quelques minutes de lutte, durant laquelle je tâchai de suivre avec la canule les diverses inclinaisons que recevait le sac vaginal, afin d'éviter la sortie de l'instrument de la poche séreuse, ce qui ne put avoir lieu sans *quelques frictions assez rudes de son extrémité* sur la face interne de la membrane, n'ayant pu calmer la terreur de l'enfant et son agitation, redoutant quelque accident pendant l'injection, de l'avis de M. Courtois, j'en restai là.

» Je comptais bien un peu, mais faiblement, sur l'irritation mécanique qu'avait forcément subie la tunique vaginale; l'événement dépassa beaucoup mon attente.

» Dès le soir même se produisit un gonflement qui devint considérable, avec des douleurs s'irradiant à l'aine et au flanc; ces symptômes inflammatoires augmentèrent pendant quarante-huit heures avec une assez vive réaction fébrile et offrirent au *moins autant d'intensité* que ceux qui suivent ordinairement l'injection vineuse, et que j'avais observés tout récemment chez un adulte opéré par moi d'une énorme hydrocèle par le procédé ordinaire.

» Après quelques jours d'un traitement antiphlogistique d'abord, puis résolutif, le 1er juillet la guérison était complète. Quelque temps il y eut un peu de gonflement de l'épididyme, puis tout disparut, et depuis près de six ans la guérison ne s'est pas démentie, bien que l'enfant n'ait nullement été soumis à ma prescription de conserver un suspensoir pour éviter les froissements du testicule. »

Le hasard ne m'a-t-il pas conduit à un mode opératoire qui peut être conservé pour des cas analogues, en raison de sa rapidité, de sa simplicité et même de la douceur avec laquelle il est susceptible d'être appliqué? car nul doute pour moi qu'en cette circonstance l'irritation de la tunique vaginale n'ait été plus forte qu'elle n'était *strictement* nécessaire pour amener l'adhérence des surfaces séreuses de cette cavité à parois si minces à cet âge, et qu'en cas semblables des mouvements *doux* et *ménagés* de la canule ne puissent amener le résultat heureux obtenu chez cet enfant.

Je ne crains pas de recommander cette pratique si simple à mes confrères dans les hydrocèles des jeunes enfants.

Il y a plus d'un siècle qu'Alexandre Moro (*Essais et observations de médecine de la Société d'Edimbourg*, t. V, p. 390) avait proposé de laisser séjourner dans la tunique vaginale la canule du trocart et d'irriter le testicule avec son extrémité.

Pott et Larrey ont plus tard substitué à cet instrument l'un une sonde de gomme élastique, l'autre une bougie, qui étaient plus faciles à supporter, et moins propres à déterminer une trop vive irritation (Sabatier-Dupuytren, t. III, p. 52.)

Ces procédés, diversement jugés dans la pratique, et auxquels on a reproché surtout leur infidélité et leur tendance à produire une inflammation plutôt suppurative qu'adhésive, n'ont été, je crois, appliqués que chez l'*adulte*, et diffèrent d'ailleurs de celui que je recommande par le *séjour prolongé des corps étrangers.*

Je crois que chez les jeunes enfants une simple ponction de l'hydrocèle, suivie de quelques mouvements ménagés de la canule, doucement promenée à la surface interne du sac vaginal, suffirait à la production de l'inflammation adhésive, et que ce procédé serait peut-être, de tous, le plus simple, le moins dangereux, et le plus rapide à la fois dans son exécution et ses effets pour l'*hydrocèle congénitale,* avec communication plus ou moins facile avec le péritoine; disposition qui offre à la méthode de l'injection une gravité qui, pour avoir été un peu exagérée, n'en est pas moins réelle.

C'est ce dont j'aurai peut-être bientôt l'occasion de juger expérimentalement, et quel que soit le succès de cette tentative, j'aurai l'honneur de vous en faire part.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

M. Maisonneuve a pris pour texte de ses dernières leçons cliniques une des questions les plus palpitantes de la chirurgie, celle des affections cancéreuses. Nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs les opinions de cet habile chirurgien, qui, par la hardiesse de ses opérations, a pour une grande part contribué aux progrès récents de cette partie de la science.

Depuis de longs siècles, dit M. Maisonneuve, les chirurgiens confondaient sous le nom d'affections cancéreuses toutes les productions morbides ayant pour caractères communs d'être réfractaires aux agents thérapeutiques et de récidiver après l'extirpation. Malgré les progrès modernes de l'anatomie pathologique, cette classification vicieuse avait été jusqu'à ces derniers temps subie par les meilleurs esprits; elle dominait la pratique des chirurgiens les plus expérimentés. Tout ce qui récidivait était cancer, et comme tout ce qui était cancer était regardé comme à peu près incurable. En présence de ces affections, le chirurgien le plus souvent s'avouait vaincu avant de combattre; s'il usait des ressources de l'art, c'était le plus souvent sans foi et sans énergie. Quelques hommes ardents, néanmoins, pénétrés de ce principe qu'il n'y a d'absolument incurable que la mort, et qu'une affection doit être combattue tant qu'il y a chance de soulager le malade ou de prolonger la vie, poursuivaient à outrance ces affections dites cancéreuses. Leurs opérations prouvèrent que toutes ces affections étaient loin de se ressembler; que, si certaines de ces maladies résistaient opiniâtrément à tous nos moyens, il en était aussi que des opérations habilement faites venaient à bout de guérir. Les faits cliniques établissaient déjà plusieurs catégories dans ces affections.

Un peu plus tard, un admirable médicament, l'iode, nouvellement introduit dans la thérapeutique, vint enlever au domaine des cancers toute une classe de tumeurs en guérissant les affections syphilitiques tertiaires, qui, avant la découverte de cette puissante pierre de touche, fournissait un contingent notable à la classe des maladies réputées cancéreuses. La vieille classe des cancers était donc fortement entamée quand les recherches micrographiques vinrent non-seulement achever de la renverser, mais encore établir sur ses débris une classification à la fois simple en théorie et essentiellement féconde pour la pratique.

D'après cette classification, les productions morbides sont divisées suivant les caractères microscopiques de leur texture. Toutes celles qui contiennent la cellule spéciale et sans analogue dans l'économie, qu'on désigne sous le nom de cellule cancéreuse, conservent le nom de cancers; celles qui renferment la cellule épithéliale ou épidermique portent le nom de cancroïdes. On appelle fibro-plastiques les tumeurs composées de cellules analogues à celles du tissu cellulaire en voie de formation; hypertrophiques, celles qui résultent du développement excessif de certains des éléments ou de certaines portions de l'organe affecté.

Il résulte de cette classification nouvelle que dans l'ancienne classe des cancers se trouvaient compris :

1° Les cancers proprement dits;
2° Les cancroïdes;
3° Les productions fibro-plastiques;
4° Certaines productions hypertrophiques;
5° Certaines affections syphilitiques tertiaires.

Nous passerons en revue ces cinq classes de maladies, en passant légèrement sur les premières, pour nous appesantir d'une manière spéciale sur les cancers proprement dits.

Chapitre Ier. — *Des affections syphilitiques tertiaires simulant les cancers.*

La syphilis arrivée à sa troisième période peut donner lieu dans certains organes parenchymateux, voire même dans le tissu cellulaire, au développement de tumeurs chroniques, dont l'aspect, les caractères physiques et l'évolution rappellent assez exactement ceux des tumeurs cancéreuses.

Avant la découverte des propriétés spécifiques de l'iode, ces tumeurs étaient d'autant plus facilement prises pour des cancers, qu'elles étaient réfractaires à tous les moyens thérapeutiques et qu'elles récidivaient après l'extirpation. Je me souviens, dit M. Maisonneuve, d'un malade que Blandin avait soumis à une opération des plus graves pour une tumeur du pharynx qu'il croyait être un cancer encéphaloïde, et qu'il avait cru tel, même après l'examen anatomique de la tumeur. Après une guérison qui dura six mois, le mal récidiva et fit bientot des progrès si rapides, que Blandin le considéra comme absolument incurable. Cet homme fut envoyé à Bicêtre, dont j'étais alors chirurgien en chef. Une énorme tumeur occupait la région latérale gauche du cou et de toute la région parotidienne; elle pénétrait dans le pharynx, déprimait le voile du palais et menaçait de faire périr le malade d'asphyxie. L'iodure de potassium fut administré à la dose de 1 gramme par jour, et en moins de six semaines la tumeur disparut sans laisser de traces.

Avant la découverte des propriétés de l'iode, un grand nombre de tumeurs analogues, de la langue, des testicules, du col utérin, etc., étaient de même rangées parmi les cancers. Comme ces derniers, on les soumettait à des opérations dangereuses; et comme dans ces derniers aussi, l'opération était fréquemment suivie de récidive. Aujourd'hui pareille erreur est beaucoup plus rare, non-seulement parce que le diagnostic chirurgical a fait, à cet égard, de grands progrès, mais encore parce qu'il n'est plus permis de soumettre un malade à une opération grave pour une tumeur douteuse, sans avoir tenté contre la maladie la puissance des préparations iodurées. Ainsi donc, grâce à l'iode, les affections syphilitiques tertiaires ne viennent plus grossir le cadre des affections cancéreuses.

Il existe actuellement dans nos salles, continue M. Maisonneuve, plusieurs malades qui portent des affections de ce genre. L'un de ces malades est un jeune homme de vingt-cinq ans, venu de province pour se faire traiter dans notre hôpital. Sa poitrine, son cou, ses épaules étaient, lors de son entrée, labourés d'ulcères profonds et sanieux; des tumeurs nombreuses et de différents volumes formaient un véritable chapelet le long du muscle sterno-mastoïdien. Il y a quelques années, ces ulcérations et ces tumeurs eussent été considérées comme appartenant à la classe des affections cancéreuses. Quant à nous, malgré l'absence complète d'antécédents syphilitiques accusés par le malade, nous n'avons pas hésité un seul instant sur la nature du mal, et vous avez vu avec quelle rapidité ces effrayants symptômes ont disparu sous l'influence de l'iodure de potassium. Il y a six semaines tout au plus que le malade est soumis à ce traitement, et maintenant toutes les tumeurs ont disparu, tous les ulcères se sont cicatrisés, et dans peu de jours il retournera dans son pays, où nous l'engageons à continuer encore plusieurs mois l'usage du médicament.

Dans un lit voisin est couché un homme de quarante-sept ans, qui présente une affection semblable. Ici les antécédents sont clairs et faciles à constater. Le malade en rend parfaitement compte. C'est à l'âge de vingt ans qu'il a eu pour la première fois un chancre. Ce chancre a produit peu de désordres apparents; il n'y a pas eu de bubons suppurés; mais six semaines environ après, il a éprouvé une éruption de taches rosées sur tout le corps. A cette époque, il fit un traitement après le-

quel il resta guéri pendant environ vingt-cinq ans. C'est depuis deux ans seulement qu'il a ressenti les premières atteintes du mal actuel. Depuis lors, la maladie a pris un accroissement terrible, et vous avez vu dans quel triste état il se trouvait quand il est venu réclamer nos soins. De profonds ulcères à fond grisâtre, à bords élevés et calleux existaient sur différents points du tronc. La jambe gauche surtout, énormément tuméfiée, semblait désorganisée dans toute sa profondeur. Avant la découverte de l'iode, c'eût été un ulcère carcinomateux des mieux caractérisés, et l'urgence de l'amputation n'eût pas été mise en doute. Vous vous rappelez peut-être avec quel sentiment d'incrédulité vous avez accueilli mon pronostic quand je vous ai promis la guérison de cet horrible mal. Il y a deux mois à peine que je prenais cet engagement, et maintenant, vous l'avez vu, tous les ulcères sont cicatrisés, la jambe est revenue à son état normal, et d'un jour à l'autre le malade pourra reprendre ses travaux.

Plusieurs autres malades affectés de lésions analogues existent encore dans nos salles. Je me contenterai de vous signaler, en terminant, cet homme dont le voile du palais est détruit par un ulcère profond, en même temps que la région du cou correspondant à l'amygdale du même côté est occupée par une tumeur volumineuse. Nous avons des doutes sérieux sur la véritable nature de cette affection ; mais l'amélioration survenue depuis trois semaines, que nous administrons à ce malade l'iodure de potassium à la dose de 2 gram. par jour, nous fait espérer que nous avons affaire à une affection syphilitique tertiaire, et que nous arriverons à la guérir.

Alexis Favrot.

Depuis bien longtemps déjà nous avons reçu la lettre suivante, que nous n'avons pu insérer plus tôt dans notre journal. En la publiant aujourd'hui, nous devons informer les honorables écrivains qui s'occupent de l'influence de la vaccine sur la mortalité que cette question nous paraît maintenant assez élucidée pour que toute polémique nouvelle soit hors de propos jusqu'à ce que de nouveaux et nombreux documents aient été recueillis. — H. de C.

RÉPONSE A M. BALLY, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Excellent confrère, aimable voyageur,

Je m'applaudis bien de la petite halte que je vous ai fait faire à Nancy, ce qui vous a permis une trop courte excursion à Autun et à Cirey. Les habitants de ces localités conserveront bon souvenir de votre présence dans ces lieux. Pour mon compte, je ne l'oublierai pas; je méditerai sur les aperçus pleins de finesse que vous avez laissés sur le pays et les hommes. Pour vous le prouver, sous forme de dialogue dans lequel vous remplirez le rôle de maître, rôle qui vous appartient par votre âge et votre savoir, je vais, moi votre élève, causer avec vous de vos observations; je n'ose dire de vos objections.

Pour rendre cette conversation agréable, il me faudrait votre atticisme, vos connaissances des belles littératures grecque et romaine. Avec un pareil fonds il vous sera facile, sans quitter la scène, d'aider de la voix et du geste le débutant. J'entre donc courageusement en matière avec ma devise: *In dubiis libertas, in omnibus caritas.*

Le maître. Il existe un livre publié par l'académicien Bousquet, où de nombreux faits sont discutés avec impartialité, analysés avec une logique puissante, et bien propres à faire pénétrer la conviction dans les âmes les plus rebelles. Reste à savoir si les antagonistes de la vaccine, MM. Carnot et Bayard, qui sont des hommes de bonne foi, n'ont pas cédé à quelques fascinations en attaquant cette précieuse découverte.

L'élève. L'ouvrage que vous invoquez, mis à la portée de tout le monde par son prix (55 centimes sur les quais), je l'ai consulté comme un avocat consulte le dossier de la partie adverse. Je ne dirai pas, comme M. H. Gouraud, que je l'ai trouvé « un peu vague, » diffus, manquant de données historiques, statistiques suffisantes;» mais ce que j'y ai trouvé le voici. Vous me saurez gré de mes recherches pénibles. C'est de l'or précieux; écoutez :

« En Italie, où les parents sont tenus de faire vacciner leurs enfants, il y a très peu de différence dans leur nécrologe.

» M. Eymard a fait des observations analogues à Grenoble. M. Barrey, qui a voué sa fortune et sa vie au succès de la vaccine, a trouvé les mêmes résultats à Besançon.

» Il faut convenir que cela n'est pas fait pour donner une haute idée de la vaccine pour peupler les Etats. » (Bousquet, *Traité de la vaccine.*)

Ailleurs, et toujours textuellement :

« La vérité nous fait un devoir de déclarer que cet accroissement de la population a commencé longtemps avant qu'on songeât à la vaccine. Bien plus, la vaccine n'y a rien changé. Cependant il est incontestable que la petite vérole enlevait environ le dixième des hommes.

» *Que devient ce dixième? Comment se fait-il qu'il ne se retrouve pas?* »

Eh bien! mon très aimable maître, n'êtes-vous pas enchanté de ma découverte? M. Bousquet, surtout, ne doit-il pas des actions de grâces à M. Carnot, qui a trouvé *son dixième*, résolu ce grand problème par de longs et pénibles travaux?

Voxque datur nobis magnorum horrenda laborum!

Ces travaux admirables se résument bien simplement :

« L'épargne faite sur l'enfance, dit le statisticien, est gaspillée » par l'adolescence et la jeunesse. ».

Le maître. Ancien enthousiaste de la vaccination, vous avez apostasié avec une promptitude qu'on serait en droit de taxer de légèreté!

L'élève. J'ai vacciné, il est vrai, je le confesse avec repentir :

. . . . Quæque ipse miserrima vidi
Et quorum pars magna fui!...

Si vous me reprochez sans cesse mes vaccinations, je répondrai: j'ai vacciné parce que vous et tous mes maîtres m'avez dit de vacciner; parce que vous avez rendu cette pratique obligatoire; que vous payez le vaccinateur et le vacciné; que vous avez voulu que tous les élèves de nos écoles fussent frappés du timbre de Jenner; parce que vous m'avez dit que la vaccine était un *curatif* de la variole, et qu'alors j'avais foi dans vos paroles; maintenant, du moins en cette circonstance, cette confiance a fait place à l'incrédulité. Cette incrédulité est venue le jour où j'ai vu les variolés traverser impunément les épidémies de fièvre typhoïde. Ce jour ne date pas d'hier; c'est en 1846 que j'ai adressé un mémoire à l'Académie de médecine sur l'analogie de la variole et de la fièvre typhoïde, un an avant les remarquables mémoires de M. Serres sur la même question. C'est alors que j'ai émis cette proposition, bien grave pour le moment :

« Un sujet atteint de la petite vérole ne l'est pas plus tard de la » fièvre typhoïde, et *vice versâ.* »

C'est alors que je me suis écrié :

J'ai semé la vaccine, je récolte la fièvre typhoïde; *uno avulso, non deficit alter.*

Mon apostasie a donc six ans de date; et avec les raisons que je viens de vous donner, vous trouverez qu'il est assez convenable de dire, avec votre confrère en Académie: « Erreur pour erreur, on se placerait plus volontiers du côté de M. Bayard, parce que, s'il s'égare, du moins il donne les raisons de son égarement. »

A une confession sincère, le cœur quoique peu contrit, accordez-donc, cher père en vaccine, un pardon généreux, puis, de part et d'autre, ne parlons plus d'apostasie. Sans ce silence, il faudrait vous révéler une chose, vous dévoiler un danger, vous dire que vous tirez sur vos troupes, que vous avez des ennemis dans le camp. Ne savez-vous pas, en effet, que MM. Bretonneau et Trousseau publient que la vaccine a fait *son temps*; que MM. Rochoux et J. Guérin parlent assez mal de la drogue? Ne savez-vous pas qu'en Angleterre on laisse mourir de faim les descendants de Jenner, et qu'enfin les paysans belges inoculent leurs enfants en face des vaccinophiles? Qu'il ne soit donc plus question d'apostat, parce que vous me rangeriez dans une compagnie nombreuse, et dont vous ferez bientôt partie, parce que vous êtes homme de goût, parce que vous aimez l'avenir de l'humanité.

Le maître. Ne m'adressez pas trop d'éloges. Je ne demande pas mieux que de passer dans votre camp; j'ai toujours aimé les gens qui ont du savoir-vivre; mais mon entrée doit se faire sans bruit, sans éclat.

Ecoutez ceci; je vous le dis bien bas, dans le tuyau de l'oreille; surtout n'allez pas me compromettre : « la vaccine est une petite vache à lait. » Vous me comprenez? Parlons fort maintenant.

Vous vous appuyez sur les calculs de M. Carnot. Ces calculs sont contradictoires et inexacts. Contradictoires, puisque la vie moyenne générale a augmenté de deux ans dans le siècle actuel; inexacts, puisque d'autres chiffres constatent le contraire?

L'élève. Distinguons, et ne faisons pas confusion. Il y a la vie moyenne générale et la vie moyenne à partir du même âge.

La première, dit M. Carnot, a augmenté depuis le commencement du siècle de quatre ans environ.

La seconde, ou vie moyenne probable pour un âge donné, a subi de graves variations; ainsi, au dix-huitième siècle, l'enfant qui venait de naître avait seize ans de vie probable; dans le dix-neuvième, l'enfant en naissant a vingt-six ans. Au contraire, dans le siècle précédent, le jeune homme de vingt ans avait la probabilité de voir trente-sept ans s'ajouter à son âge; aujourd'hui le jeune homme du même âge ne peut en espérer que vingt-six. La vie de l'enfant a augmenté de dix ans; le budget de la mort n'a pas diminué pour cela, et c'est la jeunesse de dix-huit à trente ans qui le remplit avec ses cadavres.

Voici maintenant de quelle manière raisonne notre célèbre statisticien :

« Si la théorie des valeurs *moyennes* sert d'approximation à la vérité dans l'analyse des phénomènes naturels, c'est à l'inexorable condition de n'admettre dans leur calcul que des quantités *homogènes.* Hors de là, elle ne peut conduire qu'à des conclusions erronées; ainsi l'enfant, le jeune homme, le vieillard ne sont point des unités de même ordre. »

Si la mort frappe la femme féconde à vingt ans et l'enfant qui vient de naître, elle n'atteint pas deux unités de même valeur; ou bien encore, 98 décès généraux peuvent être plus affligeants pour la société et les familles que 100 autres, si l'on compte parmi les premiers une plus forte somme d'adolescents, d'hommes valides que chez les seconds.

Les calculs de M. Carnot ne sont donc contradictoires que pour ceux qui n'ont pas distingué entre la vie moyenne générale et la vie moyenne ou probable pour un âge donné.

Ces mêmes calculs sont-ils inexacts? Je ne le crois pas; mais leur exactitude n'est pas mon affaire; je vous adresse donc à qui de droit : je vous promets qu'il vous sera fait bonne réponse; demandez-en quelque chose à M. Charles Dupin et aux statisticiens de l'Institut.

M. Carnot, par la spécialité de ses études, n'admet comme vrai que ce qui est rigoureusement démontré; ses idées sont appuyées par des chiffres officiels d'une éloquence foudroyante. « Jamais, dit un écrivain fort connu, la Providence n'offrit aux méditations de l'humanité un problème qui intéressât à un plus haut degré son avenir que celui dont il est question à l'heure présente, et dont la solution nous est donnée en quelques pages puissantes comme la science positive et rationnelles comme la vérité. » — (Francis Lacombe, 1849.)

Etudiez en voyageant l'*Essai de mortalité* et les mémoires postérieurs, alors vous imiterez la sage réserve de notre honorable collègue M. Marchal (de Calvi), qui, le 27 novembre dernier, disait : « Les données fournies par M. Carnot doivent faire réfléchir sur les effets ultérieurs de la vaccine sur la population. »

Pour ce qui est de chiffres authentiques constatant le contraire, je réponds : Assertion gratuite.

Le maître. Le jeune Français répond péremptoirement par les tables de Duvillard.

L'élève. Le jeune Français ne répond à rien! Il n'a fait qu'une addition qui est fausse et pour laquelle mon petit garçon de huit ans aurait sur les doigts; je vous la signale : elle se trouve dans le Rapport des vaccinations, p. 21, ligne 15; mais, en revanche, il a dit dans ce même rapport, p. 32 : « L'homme est né prévoyant. Placé entre l'attrait du plaisir qui l'invite à se reproduire et les charges d'une nombreuse famille, il délibère en lui-même et s'abstient. »

Les sages-femmes de notre département ont vu cela d'un mauvais œil; elles disent que c'est la théorie de l'infanticide négatif prêchée en pleine Académie.

Le maître. La vaccine n'est autre que la petite vérole adoucie, modifiée.

L'élève. Erreur, mon cher maître, erreur grave : erreur de nourrice, de sage-femme; erreur vaccinale, académique, tout ce qu'il vous plaira!

Le virus varioleux et le virus vaccin n'ont aucun rapport d'analogie, de similitude : ils peuvent incuber, se développer et marcher parallèlement sur le même individu sans se neutraliser; ils ne se ressemblent pas plus, en un mot, qu'un tilleul ne ressemble à un orme, une oie à un cygne et un chien à un loup.

Les vaccinés prennent la petite vérole tout comme les autres lorsque leur temps est venu; seulement l'expérience nous apprend que la vaccine retarde l'explosion du virus varioleux. Comme la logique des faits est la seule digne d'un peuple éclairé, nous admettons ce *déplacement*, mais nous ne pouvons admettre autre chose; la raison et la vérité sont nos seuls guides.

Peut-être avez-vous voulu dire que la variole des vaccinés était adoucie et modifiée? Ce serait une erreur encore. N'oubliez pas ceci : les vaccinés sont atteints par la variole et frappés mortellement dans la même proportion que les non-vaccinés; si vous en doutez, consultez là-dessus votre savant confrère M. Serres; c'est ce qui a fait dire à M. Bousquet, en style de boudoir, que la vaccine avait ses *faiblesses.*

Je pardonne les faiblesses chez les dames, mais je ne les pardonne pas à la vaccine, que vous m'avez tous donnée comme une vertu incorruptible, et sur laquelle, comme dit le grand apostat M. Castel, « nous avions fondé les espérances les plus flatteuses. »

Ce qui rend la variole maligne, confluente, ce n'est pas l'absence du vaccin, mais c'est « le mauvais état du corps, » suivant Swieten; c'est une affection intestinale, une maladie intercurrente, le pourpre, suivant les expressions du vulgaire; le typhus, d'après Ozanam et Fodéré, qui se combine avec le virus varioleux et forme alors une combinaison mortelle. En voulez-vous la preuve? La voici dans cette simple proposition:

La petite vérole isolée est toujours bénigne; l'inoculation le prouve; donc sa malignité vient d'une combinaison, d'une complication avec un autre agent morbide.

Le maître. Vous dites que la vaccine a déplacé la variole dans l'âge et dans l'organe : prouvez-le?

L'élève. Elle l'a déplacée dans l'âge; la démonstration est mathématique :

En 1806, d'après Duvillard, sur 1,000 décès par suite de la petite vérole, on en comptait 963 au-dessous de vingt ans, 37 seulement au-dessus de cet âge.

Ce rapport a bien changé depuis cette époque; car en 1849 (*Annuaire du bureau des longitudes*), sur 1,000 décès on en trouve 493 au-dessus de l'âge de vingt ans. Quatorze fois plus!

Elle l'a déplacée dans l'organe; ici nous allons nous trouver sur le terrain médical.

Vous admettez comme moi les métastases, la solidarité entre les muqueuses et la membrane cutanée; enfin, mieux que moi, vous savez qu'il est des maladies propres à certains âges. Ceci dit, voici ce qui arrive : le vaccin rend la peau rebelle au virus varioleux; en outre, la disposition aux maladies éruptives disparaît avec l'enfance. Survient l'adolescence, époque critique pour les maladies des voies digestives; alors le virus varioleux, ce nouveau Protée, est masqué, et non détruit, sous une nouvelle forme, mais sans se *modifier*. Notez bien ces dernières paroles. Il affecte de préférence l'organe sensible : c'est l'histoire de toutes les métastases; il éclate sur la paroi viscérale et produit la variole sans éruption, *variolæ sinè variolis*, bien connue de tous les anciens. « Dans certains cas, l'inflammation des *organes digestifs* est tellement violente que l'éruption ne s'opère que difficilement ou que même *elle est entièrement* empêchée. Alors la fièvre persiste et *la gastro-entérite continue ses progrès.* »

Ces paroles remarquables, qui appartiennent à votre honorable président à l'Académie, à M. Bégin, entraîneront votre conviction.

Permettez que je vous quitte un instant. J'entends M. Bousquet qui m'adresse la parole sans vous demander la permission de nous interrompre.

— Qu'est devenu le dixième de la population que ma vaccine a sauvé de la petite vérole? — Il est mort. — De quelle maladie? — De la variole interne et externe, ainsi que je viens de le prouver. — A quel âge? — De quinze à trente-cinq ans; à quarante ans il n'en reste plus trace. — Dans mon rapport au ministre sur les vaccinations, j'ai dit que vous étiez un *médecin peu connu*, et je vous ai signalé, ainsi que M. Carnot, comme deux *hérétiques*... — Trois impertinences ne valent pas une mauvaise raison.

Le maître. Chut! chut!!! ne faites pas de bruit. Je vois que vous appartenez à l'école de l'immortel Bichat, bien que vous n'ayez pas connu ce grand médecin; je vous en félicite. Je remarque ensuite une concordance frappante entre vos travaux et ceux de M. Carnot. Votre réponse me satisfait; je vous accorderai des bons points, et si on ne vous pas reproché vos médailles, je vous en eusse fait donner une nouvelle par le rapporteur perpétuel de vaccine.

Suivons le fil de notre conversation, sans vous occuper de ce que l'on dit à nos côtés.

Voici une objection sérieuse ;

Nous ne voyons plus, par le fait de la variole, descendre parmi nous des borgnes, des aveugles, des boiteux, des balafrés, des idiots, etc.

L'élève. Si vous voulez parler des effets immédiats de la vaccine, vous avez raison. Quant aux effets ultérieurs, c'est bien différent. Il est très vrai que l'enfant nouvellement vacciné peut, pendant un temps plus ou moins long, sept ans suivant les Anglais, braver assez impunément les épidémies de petite vérole; mais la vertu préservative du vaccin n'est que temporaire et limitée. Ce temps écoulé, la variole laisse chez les vaccinés ces estropiés de tout genre que vous venez d'énumérer. Si vous en doutez, faites-moi une seconde visite à Cirey aussi gracieuse que la première, et votre foi chancellera.

Permettez-moi, à mon tour, de jeter un coup d'œil sur les traces de la fièvre typhoïde. J'y trouve la folie, des surdités, des aphonies, des gastrites chroniques, et un changement dans la constitution médicale depuis l'introduction de la vaccine. Ce sera pour moi un grand plaisir que d'en causer avec vous.

Le maître. Chomel vous dira que la fièvre typhoïde atteint les variolés, et que l'une des maladies ne préserve pas de l'autre.

L'élève. Que M. Chomel vienne étudier une épidémie de variole dans nos villages, et il sera convaincu du contraire. Cependant, j'avoue qu'il existe des exceptions, comme il en existe pour la variole naturelle qui attaque deux fois le même individu.

Le maître. Il n'y a point identité entre la variole et la fièvre typhoïde.

L'élève. Entre la variole discrète, isolée, inoculée et la fièvre typhoïde, il n'y a nulle identité. Cette identité existe seulement entre la fièvre typhoïde et la variole confluente, maligne, etc., parce que dans les deux il y a combinaison de deux éléments morbides.

« On trouve une *similitude parfaite* dans les phénomènes de la fièvre secondaire qui les constitue, même infection du sang, même permanence dans la source de cette infection, même saturation de l'organisme par un principe délétère. » (Serres, 1847.)

Vous avez une déplaisante habitude avec moi, mon cher maître; vous me traitez comme ce petit polisson qu'on fouette pour les fautes de son jeune seigneur.

Dites donc à M. Serres, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine et de tant d'autres, qu'il n'y a ni identité, ni similitude entre ces deux affections. S'il se rétracte, je suis des vôtres; jusque-là, il reste une autorité pour moi.

Sed longe sequere et vestigia semper adora.

Le maître. Vous êtes plein de naïveté. Vous ne connaissez pas

encore les nsages entre les princes de la science. Je vous prends en affection, comme vous avez dû vous en convaincre dans ma seconde lettre; je vous instruirai sur les hommes et les choses. Pour le moment ayez un peu de patience, et répondez:

Autrefois la variole tuait dans les dix premières années la moitié es naissances.

L'élève. A cause de toute l'estime que je vous porte, mon très cher maître, ne répétez plus des choses pareilles. Je n'aime pas la variole, vous le savez. Eh bien! si je l'avais chargée de pareils forfaits, mes calculs ne vaudraient pas mieux que l'addition du Jenner français.

Le maître. En voilà assez sur cette objection; passons à une autre.

Le choléra attaque les variolés?

L'élève. Pourquoi m'adressez-vous cette question? Est-ce mon affaire? J'ai assez de la mienne: *Suum cuique*..... Dites-en donc un mot à son auteur, au célèbre apostat M. Castel, qui s'assied à côté de vous à l'Académie; cela vous sera plus facile que de venir me le dire à Cirey. Il vous répondra, et en bons termes. Je profite de cette occasion pour lui donner, par votre intermédiaire, des témoignages de profonde estime et de vive sympathie.

Le maître. Et la fièvre jaune, et le typhus d'Amérique?

L'élève. Je vois bien que vous avez envie de me conduire outremer. Avec vous un pareil voyage ne pourrait que m'être agréable; mais la petite vérole n'y voit aucun intérêt; elle me retient ici. Voyagez seul; vos récits, plus tard, amuseront nos petits enfants. Vous unissez l'utile à l'agréable: *Utile dulci.*

Le maître. Pourquoi ne revaccinez-vous pas?

L'élève. Si je donnais deux fois la rougeole pour empêcher une fois la petite vérole, que penseriez-vous de moi? Nulle identité entre les virus. Deux vaccinations ne préservent pas plus qu'une: l'expérience confirme la doctrine. Lorsque vous avez besoin d'un chapeau, achetez-vous deux paires de bottes?

Le maître. Les inoculés dans l'âge adulte seront soumis aux mêmes chances que les vaccinés.

L'élève. Andrieu et tous les inoculateurs vous répondent qu'on n'a pas d'exemple de petite vérole survenant après une inoculation bien faite; s'il en était autrement, l'inoculation serait une absurdité stupide. Vous savez, comme moi, qu'on voit par exception, ainsi que je vous l'ai dit, la variole naturelle attaquer deux fois le même individu.

Le maître. Dans le séjour des ombres, Jenner marche toujours avec la couronne d'immortalité.

L'élève. Vous auriez dû ajouter: *Et avec la couronne d'or.*

« Quelle fut la découverte saluée à son aurore, de 1798 à 1800, par une acclamation universelle de gratitude et de reconnaissance? Interrogeons la presse du temps:

» La chambre, disait alors William Pitt au parlement anglais, la chambre ne doit pas craindre que la reconnaissance excède un jour le bienfait. Il n'en fut jamais de plus grand. Qu'elle vote donc tout ce qu'il lui plaira à l'auteur de la découverte de la vaccine. »

Jenner reçut 775,000 francs tant du parlement que du roi d'Angleterre. (H. Carnot, 20 février 1850.)

Aujourd'hui les descendants de Jenner meurent de faim dans la patrie de leur père. On ouvre une souscription pour eux.

Académie instituée pour propager la vaccine, académiciens, il s'agit de vos foyers et de vos autels! Faites l'aumône au dernier des Jenner! Honnête récompense à celui qui me fera connaître le premier souscripteur.

Le maître. Vous êtes un de mes élèves favoris. Vos réponses me satisfont pleinement. Je n'ai qu'une objection à vous faire, mais bien sérieuse; elle a plusieurs pères; elle émane directement du bureau de l'Académie; M. Dubois (François) tenait la plume. Allons, ferme sur les étriers: le coup est difficile à parer.

Sous la dénomination de fièvre typhoïde on confond la fièvre inflammatoire, la fièvre bilieuse, la fièvre muqueuse, la fièvre putride, la fièvre maligne, les embarras gastriques, le vrai typhus des armées. Un mot nouveau vous a trompé et fait croire à une maladie nouvelle.

L'élève. Celui qui confond les embarras gastriques, la fièvre muqueuse, bilieuse, etc., avec la fièvre typhoïde porte un faux diagnostic. Ce qui constitue, suivant moi, son entité, c'est l'union, la combinaison d'un principe morbide avec la gastro-entérite varioleuse.

Certains agents introduits dans les voies digestives, tels que l'arsenic, les alcalis, les acides, etc., donnent une gastro-entérite arsenicale, alcaline, métallique, etc.; de même « le premier effet de l'agent varioleux, dit Broussais, est de produire une inflammation gastro-intestinale *sui generis.* » Voici donc ma gastro-entérite varioleuse capable, comme la variole externe, de se combiner avec les maladies propres à l'âge, avec les maladies intercurrentes; de devenir alors variole interne, semi-confluente, confluente, maligne; puis présenter la même série de degrés divers que la variole externe et recevoir les noms synonymes de dothinentérite, d'entérite typhoïde et de fièvre typhoïde.

Ces raisonnements doivent vous prouver que je suis fort sévère dans mon diagnostic sur la fièvre typhoïde; je vais vous en donner un exemple, cela reposera un peu notre attention. Il s'agit, d'après moi, d'une erreur de diagnostic; la voici:

M. le professeur Roux, dans un discours d'apparat prononcé récemment, a dit que Bichat était mort d'une fièvre typhoïde à forme ataxique. Une foule de raisons que je n'ai pas le temps d'énumérer me firent accueillir ce diagnostic avec doute. Je me reportai donc immédiatement à la description de la maladie de Bichat faite par son ami Buisson peu de temps après sa mort. Je vous avoue que ce fut avec une satisfaction réelle que, après avoir lu, étudié la cause de la mort de l'homme illustre, je me suis dit: Il n'y a pas de fièvre typhoïde là-dedans.

Je vous engage, c'est une pièce que j'adresse à tous ceux qui n'auraient pas foi dans mes paroles, à lire la Vie de Bichat par Buisson (*Traité d'anatomie descriptive*, tome III, pages 1, 26 et 27. 1802).

Je rentre dans la question.

La fièvre typhoïde est-elle une maladie nouvelle; si elle n'est pas nouvelle, est-elle plus fréquente? Je commence par vous dire que je vais entièrement m'effacer, ainsi que je l'ai fait souvent dans cette réponse; j'ai mes raisons pour cela. En effet, si les autorités scientifiques que je vais invoquer commettent des erreurs, il ne vous serait pas convenable de les battre sur mon dos; vous passerez donc par-dessus mes épaules pour les atteindre!...

Ozanam regarde la fièvre typhoïde comme une maladie nouvelle, qui a paru en France pour la première fois vers 1814; dans le même moment, MM. Serres et Petit, faisant la description de l'entéro-mésentérite, disaient: « Une maladie *nouvelle* peut-être, mais assurément *non décrite*, nous est apparue; elle ne se distingue que par des nuances assez délicates de maladies avec lesquelles *il est facile* et dangereux de la confondre. »

Plus tard, en 1847, M. Serres, devenu membre de l'Institut, s'exprimait ainsi: « L'humanité est intéressée à ce qu'on apprécie bien *la nature* d'une maladie qui devient *de plus en plus fréquente en France*, et qui, depuis que nous l'avons fait connaître, n'a rien perdu *ni de sa gravité, ni de son danger.* »

Le 19 mars 1850, M. Gaultier de Claubry, chargé du rapport sur les épidémies, parle en ces termes:

« Sur treize rapports provenant des départements en 1848, dix ont pour objet la fièvre typhoïde. Ainsi, *comme toujours*, l'affection typhoïde *constitue la maladie la plus commune*, celle qui atteint un plus grand nombre de sujets, qui fait *le plus de victimes*, sans que *le voile* qui couvre l'étiologie véritable de cette maladie *soit enfin levé*, sans que la science semble avoir à s'applaudir de quelques progrès incontestables dans la voie de la thérapeutique. »

De ces divers passages et autres, vais-je décider que la fièvre typhoïde est une maladie nouvelle? Je réponds que cette question m'intéresse peu, qu'elle est oiseuse, bonne tout au plus à l'amusement des antiquaires. Pour ce qui est de sa gravité et de sa fréquence, ai-je besoin d'arguments nouveaux, d'invoquer mes lectures, ma pratique, les souvenirs des anciens, de mes amis? Je ne le ferai pas!...

Permettez-moi maintenant, mon excellent maître, malgré tout le respect que je vous porte, un mot de reproche. Comment! vous venez me quereller sur la fréquence de la fièvre typhoïde, et cela, après avoir lu, discuté, approuvé, signé non une fois, mais plusieurs fois et plusieurs années, en pleine Académie, des rapports constatant, mieux que je n'eusse pu le faire, cette gravité, cette étiologie toujours inconnue, cette fréquence sans cesse croissant! vous avez fait tout cela sans vous élever contre, sans protester, ni vous, ni vos collègues, vous tous préposés à la garde de la science!... Oh! oh! vous et les autres vous êtes donc complices de l'erreur; vous êtes donc des gardiens infidèles de l'orthodoxie médicale, les chiens muets de l'Écriture!...

Je laisse là vos silences étudiés, vos dires et dédires, toutes vos contradictions, vos grands mots obscurs et mal définis qui empêtrent mon esprit. Je me reporte avec plaisir aux trois petites propositions bien simples répondant à votre objection. Je ne vous donne pas leurs preuves, que vous trouverez dans la *Gazette médicale* du 9 novembre 1850 et dans plusieurs autres journaux de médecine.

Première proposition. — « De 1800 à 1845, en moins d'un demi-siècle, la mortalité a doublé dans les rangs de la population de 20 à 30 ans. »

Deuxième proposition. — « Les maladies du poumon n'ont pas eu de part sensible à l'accroissement continu de la mortalité de la jeunesse depuis l'année 1817. »

Troisième proposition. — « Le doublement de la mortalité de la jeunesse, depuis 1800, reconnaît pour causes immédiates principales les affections gastro-intestinales. »

Le maître. Ces trois propositions seront toujours un morceau d'une digestion difficile pour les vaccinophiles; pour mon compte, je me garderai bien d'imiter le serpent de la fable; je tiens à conserver mes dents; d'ailleurs, ma conversion est complète. Un scrupule me retient: j'appartiens, comme vous le savez, à la Société de la rue des Saints-Pères, et l'Académie, comme dit son secrétaire perpétuel, ne peut pas se déjuger!...

L'élève. Vous connaissez la fable de la belette; il en est de même de l'erreur; lorsque celle-ci s'est glissée par quelque fissure dans une société savante, elle s'y engraisse et s'y arrondit si bien qu'elle ne peut plus en sortir:

Errare humanum, perseverare academicum!

Le maître. C'est vrai! c'est vrai! mais assez pour aujourd'hui. L'heure avancée m'appelle à l'Académie. Prochainement, je vous ferai une seconde visite pour causer avec vous du changement survenu dans la constitution médicale.

L'élève. Votre visite me fera le plus grand plaisir; si elle ne peut avoir lieu à Cirey, je vous offre le terrain neutre que M. de Castelnau met avec tant d'obligeance à notre disposition. Vous m'avez traité avec une grande bienveillance, avec amitié même; je vous remercie avec effusion. Je vous remercie également d'avoir écouté avec tant d'indulgence une mauvaise prose, vous qui faites si bien parler Voltaire; pour vous dédommager, écoutez cette courte citation que vous méditerez chemin faisant, elle est de..., je vous dirai le nom une autre fois:

« Presque tout le premier âge est maladie et danger, voilà la » règle de la nature! Pourquoi la contrariez-vous? Ne voyez-vous » pas qu'en pensant la corriger vous détruisez son ouvrage. »

Aimable voyageur, excellent maître,

Agréez, etc. A. Bayard, d.-m.-p.

Cirey, 14 décembre 1851.

Chronique et nouvelles.

Conformément aux propositions de la commission d'hygiène hippique, qui a été chargée de l'examen et du classement par ordre de mérite des mémoires adressés par les vétérinaires militaires sur la question mise au concours en 1850 et ayant pour titre: *Des tares osseuses du cheval*, le ministre de la guerre a décidé qu'une médaille d'or, deux médailles d'argent et deux mentions honorables seraient décernées aux vétérinaires désignés ci-après, qui ont été jugés les plus dignes d'obtenir ces récompenses, savoir:

Médaille d'or. — M. Gillet, vétérinaire en 1er à la succursale de remoute d'Alençon.

Médailles d'argent. — M. Goux, vétérinaire en 1er au 10e régiment d'artillerie.

M. Sipière, aide-vétérinaire à l'Ecole de cavalerie.

Mentions honorables. — M. Poret, aide-vétérinaire au 6e régiment de cuirassiers.

M. Signol, aide-vétérinaire au 5e régiment de hussards.

— Il résulte d'un rapport récent fait à l'autorité administrative que le nombre des logements insalubres a diminué depuis deux ans à Paris d'une manière importante. Cette partie de l'hygiène publique est en voie constante d'amélioration.

— La Faculté des sciences de Montpellier a présenté à l'unanimité, comme candidats à la chaire de chimie, vacante par la démission de M. Gerhard, en première ligne M. Chancel, actuellement chargé du cours, et en seconde ligne M. Merget, professeur au lycée de Bordeaux.

Le conseil académique a désigné également à l'unanimité, en première ligne M. Chancel, premier candidat de la Faculté, et en seconde ligne M. Figuier.

C'est entre ces trois candidats que M. le ministre choisira le professeur.

— M. le consul général de Naples à Alger vient d'informer M. le gouverneur général qu'en vertu d'une décision de la commission sanitaire supérieure de Naples, en date du 7 janvier 1852, toutes les provenances de l'Algérie seront admises à partir dudit jour en libre pratique dans les ports du royaume des Deux-Siciles.

— On annonce que M. Girardeau, nommé récemment chirurgien de première classe au port de Toulon, vient de laisser ce dernier port, se rendant à Cayenne, où il est appelé à diriger le service médical de la colonie pénitentiaire qui y sera établie.

— Un discours remarquable de M. Simonin, directeur de l'Ecole de médecine de Nancy, contenant le résumé de l'histoire de la Société des sciences, lettres et arts de Nancy pendant le siècle qui vient de s'écouler, et lu par l'honorable médecin dans une séance solennelle de la Société, vient d'être livré à l'impression. Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la science le liront avec intérêt.

— *Variole.* — Les progrès de la petite vérole ne se ralentissent pas dans le département de la Dordogne. Après avoir pendant huit mois fait des ravages dans l'arrondissement de Périgueux, cette épidémie s'est pour ainsi dire implantée dans l'arrondissement de Nontron, où elle frappe des personnes de tous les âges et de toutes les conditions. Les communes voisines sont aussi visitées par le fléau, et ce qu'il y a de plus déplorable, c'est qu'elle n'épargne même pas, dit-on, les personnes vaccinées. Il serait bien à désirer qu'un homme instruit se donnât la peine de vérifier cette assertion.

— On écrit de Saint-Etienne à la date du 10 février:

« La fièvre typhoïde sévit toujours dans notre ville, surtout parmi les tout jeunes gens et les jeunes soldats de la garnison. On a remarqué cependant une légère diminution dans le chiffre des morts.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 20. — MARDI 17 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 20. — MARDI 17 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Une question à la question proprement dite de l'avortement provoqué. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Nonat). Considérations sur les fièvres intermittentes. Fièvre quarte. Action du sel marin. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Corps étranger du genou. Nouveau procédé opératoire. — Lettre sur le parallèle de la variole et de la fièvre typhoïde. — Société de chirurgie, séance du 4 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 16 FÉVRIER 1852.

Une question à la question proprement dite de l'avortement provoqué.

La revanche que M. le professeur Piorry doit sentir le besoin et avoir le désir de prendre empêchera probablement l'Académie d'aborder demain la question soulevée par le rapport de M. Cazeaux. Mais, en cas qu'il en soit autrement, il est un danger contre lequel nous croyons dès aujourd'hui devoir prémunir la savante Compagnie, dans l'intérêt de la dignité médicale d'abord, dans son propre intérêt ensuite.

Ainsi que nous avons eu soin d'en avertir nos lecteurs, tout n'est pas également digne d'approbation dans le remarquable rapport du jeune académicien. Dans l'intérêt de sa cause, et pour démontrer la légitimité de l'avortement provoqué, M. Cazeaux s'est cru obligé à discuter la physiologie et la morale de la Bible et des Pères de l'Eglise, et, ce qui est plus grave, il a soumis à l'approbation de l'Académie une conclusion qui décide, à l'égard de l'avortement provoqué, comment on doit entendre à l'avenir cette physiologie et cette morale. Nous pensons que l'Académie aurait grand tort de suivre M. le rapporteur sur ce terrain; son tort serait grand, surtout, de se laisser aller à un vote qui ne pourrait que lui créer des embarras, sans aucun profit possible pour la science ni pour la pratique.

Nous savons tous qu'il existe une médecine légale; quelques esprits avides de progrès, mais ne se rendant pas toujours compte bien clairement de ce qu'ils désirent, ont tenté sans beaucoup de succès d'instituer une *médecine sociale;* mais nous ne connaissons personne qui ait essayé de fonder une *médecine religieuse;* tout au plus un petit nombre d'individus, individualités quelque peu excentriques, ont-ils eu la prétention de créer une *médecine catholique.* L'Académie comprendrait mal ses véritables devoirs si elle renouvelait une fâcheuse tentative, et M. Cazeaux n'a pas été heureusement inspiré en venant l'y provoquer.

La science médicale doit se contenter de poser les principes ou les préceptes qui lui paraissent vrais au seul point de vue où elle doive se placer, le point de vue exclusivement scientifique; et elle doit laisser à chacun le soin d'appliquer ces principes en les conciliant avec les obligations que lui imposent les lois, sa religion et sa conscience. Le plus simple bon sens indique qu'il en doit être ainsi dans toute société bien organisée, dans laquelle on doit autant que possible éviter la confusion.

De deux choses l'une: ou bien l'Académie n'admet pas les dogmes qui sont la base de la religion, ou bien elle les admet. Si elle ne les admet pas, il lui importe peu que telle ou telle vérité scientifique, tel ou tel précepte pratique soit ou non en harmonie avec ces dogmes; si elle les admet, elle doit reconnaître, avant tout, qu'elle n'a aucune qualité pour discuter ces dogmes, elle n'a qu'à se soumettre aux prescriptions de ceux qui en sont les seuls interprètes légitimes. C'est d'ailleurs ainsi que se conduit, que doit se conduire dans sa vie médicale chaque praticien en particulier, et le devoir des médecins réunis en corps n'est pas différent du devoir d'un médecin considéré isolément.

Que l'Académie se garde donc de décréter que les lois *divines* ont été mal interprétées par tel ou tel père; qu'elle se garde bien de proclamer, comme le voudrait M. Cazeaux, que le *souffle divin* passe dans le germe au moment même de la conception; d'autant plus que la physiologie serait bien embarrassée de le prouver, quoi qu'en dise M. le rapporteur. Ces questions, et d'autres encore plus ou moins analogues, n'avanceraient en rien celle de l'avortement provoqué, qui offre, ainsi qu'on le verra dans un prochain article, assez de points importants pour occuper utilement et sérieusement l'Académie. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Considérations sur les fièvres intermittentes. Fièvre quarte. Action du sel marin.

Un hasard favorable a réuni dans nos salles deux malades atteints de fièvre quarte. Le premier est couché au n° 3 de la salle Saint-Raphaël; c'est un ancien militaire qui a passé plusieur années en Afrique. En 1844, il a été pris d'une fièvre intermittente qui, depuis cette époque jusqu'au moment actuel, n'a pas cessé de se reproduire plusieurs fois dans le cours de chaque année, sous des formes diverses, tantôt avec le type quotidien, tantôt avec le type tierce ou le type quarte. Lorsqu'une récidive se déclarait, le malade entrait à l'hôpital; il en sortait aussitôt que la fièvre avait été coupée par l'administration du sulfate de quinine.

En 1848, il revint en France; le changement de climat et de conditions hygiéniques ne modifia pas d'une manière sensible l'état de sa santé.

Il y a deux mois il a eu une nouvelle récidive; il a été admis à la Charité, dans le service de M. Rayer; huit jours de traitement ont suffi pour suspendre le retour des accès fébriles. Il est sorti quelque temps après leur disparition, mais pour être bientôt repris des mêmes accidents. Son entrée dans nos salles remonte à quatre jours. Nous avons pu nous assurer, en nous abstenant dès l'abord de toute médication, que les accès de fièvre se montraient tous les trois jours, et présentaient avec tous leurs caractères les stades de la fièvre intermittente.

Du reste, le malade porte l'empreinte que laissent après elles les fièvres intermittentes anciennes, nous pourrions dire paludéennes. La peau offre une pâleur particulière, pâleur qui s'accompagne d'une teinte jaunâtre caractéristique, et ne ressemble en rien à la décoloration des tissus qu'on observe chez les anémiques. Indépendamment des faits que nous venons de mentionner, on trouve, chez lui, un phénomène qui mérite d'être pris en sérieuse considération; nous voulons parler de l'intumescence de la rate. Lorsqu'on vient à pratiquer la percussion dans la région de l'hypochondre gauche, on constate une matité dont l'étendue verticale est de 10 centimètres environ, et qui, considérée dans le sens transversal, s'avance plus près de la ligne médiane que dans l'état normal. Chez l'homme bien portant, la rate, il n'est pas besoin de le dire, affecte des variétés individuelles très nombreuses. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, elle a un diamètre longitudinal qui varie entre 6 et 7 centimètres. En adoptant ces chiffres comme terme de comparaison, il est facile de voir que chez notre malade l'exagération de volume de la rate n'est pas très considérable; ajoutons qu'elle n'est pas en rapport avec l'ancienneté de la maladie. Il n'y a ni œdème, ni ascite; les fonctions respiratoires et digestives s'accomplissent avec régularité; les forces seules paraissent avoir subi une légère diminution.

D'après l'exposé que nous venons de faire, il s'agit ici d'une fièvre intermittente simple. Du reste, le type quarte étant donné, on pourrait, d'après cette seule indication, prédire d'une manière certaine que la fièvre désignée n'est pas une fièvre pernicieuse. Les fièvres pernicieuses, en effet, ne revêtent jamais le type quarte; le plus souvent elles affectent le type tierce, quelquefois le type quotidien.

Le second malade a contracté la fièvre intermittente, il y a quatre mois seulement, aux environs de Montargis, dans une contrée où le canal qui joint la Loire à la Seine, où des marais et des cours d'eau assez nombreux rendent ce genre d'affection assez commun. Chez lui aussi les accès fébriles reviennent tous les trois jours. Dans l'origine, ils se montraient tous les deux jours; ils ont été suspendus à plusieurs reprises par le moyen du sulfate de quinine. Depuis le 28 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire depuis quinze jours, le malade n'a pas cessé d'avoir la fièvre aux intervalles indiqués. D'après lui, elle aurait dû se montrer tous les quatre jours, et par conséquent présenter le type quintane. Nous étions peu disposé à admettre cette assertion. Les auteurs anciens font, à la vérité, mention de la fièvre quintane; ils parlent même des fièvres sextaue, octane et nonane; mais depuis longtemps on n'a pas eu l'occasion d'observer ces divers types. Aujourd'hui on est convenu de les citer seulement pour mémoire.

Le teint du malade a la couleur caractéristique que nous avons déjà signalée. L'engorgement de la rate est ici plus considérable; cet organe atteint, dans son diamètre vertical, une longueur de 13 centimètres. Il n'existe ni œdème, ni troubles du côté des voies digestives.

En présence de ces deux faits, nous devons nous demander par quelle méthode de traitement nous arriverons, non pas à suspendre pour un temps, mais à prévenir pour toujours le retour de l'affection qui nous occupe; comment nous parviendrons, non pas à *couper,* mais à guérir la fièvre intermittente, en supposant que nos malades ne s'exposent pas à la contracter de nouveau.

Ici nous avons préalablement à résoudre une importante question: Est-ce toujours la même maladie qui s'est reproduite à des intervalles plus ou moins éloignés, est-ce toujours la même cause qui a donné lieu aux mêmes symptômes chez le premier de nos malades? La fièvre intermittente s'est montrée pendant huit années consécutives; ces huit années comprennent deux périodes égales et distinctes, dont l'une a été passée en Afrique et l'autre en France.

En se renfermant dans la période des quatre premières années, il devient impossible de décider si les récidives survenues pendant ce laps de temps doivent être attribuées à la cause première ou à l'influence de causes nouvelles qui auraient ajouté leur action les unes aux autres. Mais depuis 1848 le malade a habité la France, et, dès lors, jamais il n'a eu à subir les émanations paludéennes auxquelles il avait été exposé; aucune particularité hygiénique ne peut rendre compte du retour de la fièvre pendant les quatre dernières années. Nous sommes donc conduit à conclure qu'à partir de l'année 1848 la persistance de la maladie tient à ce que la cause première n'a pas été combattue avec assez d'énergie et n'a pas été entièrement détruite. Ainsi, des malades qui pendant un certain temps ont respiré l'air des marais peuvent, une fois qu'ils sont sortis du foyer d'infection, être pris de la fièvre intermittente, avec le même type ou avec un type différent, sans l'intervention ultérieure de la cause première.

Le fait sur lequel nous insistons en ce moment n'est pas sans analogues dans la science; l'empoisonnement par les préparations de plomb en est une preuve éclatante: les ouvriers qui ont subi ce que M. Tanquerel des Planches a appelé l'intoxication saturnine primitive sont exposés, lorsqu'ils cessent ensuite d'être soumis à l'influence des émanations molybdiques, à subir, au bout d'un temps plus ou moins long, de quinze jours, de deux mois, l'atteinte d'accidents saturnins divers, de coliques, de troubles cérébraux, etc., phénomènes qui annoncent que la matière toxique n'a pas été entièrement éliminée.

Le virus de la rage, celui de la syphilis, l'alcool constituent autant de poisons qui, de même que le plomb, peuvent séjourner dans l'économie sans y révéler immédiatement leur présence.

On cite un certain nombre de faits dans lesquels il a suffi, pour guérir les malades, de les éloigner du lieu où ils avaient contracté leur maladie. Cette précaution est loin d'avoir un succès constant; dans tous les cas, elle simplifie le traitement à un haut degré, en éloignant la cause du mal: aussi ne doit-elle jamais être négligée.

Lorsqu'elle est insuffisante, comme il arrive le plus souvent, quelle médication convient-il d'adopter?

Nous avons administré à nos malades un médicament sur lequel l'attention a été appelée dans ces derniers temps par plusieurs médecins, notamment par M. Scelle de Mondezert, qui a publié plusieurs observations, et par M. Piorry, qui vient de faire un rapport à l'Académie: nous voulons parler du sel marin. L'idée d'un médicament propre à remplacer le quinquina n'est pas nouvelle; il était naturel de chercher un agent thérapeutique d'un prix peu élevé, facile à trouver dans tous les temps et dans tous les lieux; cette recherche offre aujourd'hui d'autant plus d'intérêt que le quinquina devient de plus en plus rare et paraît, d'après certains calculs, destiné à disparaître complétement dans l'espace de soixante à quatre-vingts ans, à moins qu'on n'imagine un procédé de culture qui permette de le reproduire. Déjà on a proposé un grand nombre de remèdes comme succédanés du quinquina; aucun de ces remèdes n'a soutenu l'épreuve de l'expérience et répondu aux espérances qu'on avait fait concevoir. En sera-t-il de même du sel marin? Nous ne le souhaitons pas, dans l'intérêt de l'humanité; néanmoins les faits dont nous avons été témoin jusqu'à ce jour ne nous permettent pas d'accepter les conclusions adoptées par M. Piorry. Si nous avons fait prendre du sel marin aux deux malades qui nous occupent, nous avons été guidé uniquement par la pensée de nous éclairer, nous et les personnes qui suivent notre service, sur le degré d'efficacité du médicament en question. Jusqu'à présent, nous n'avons obtenu *aucun résultat favorable.* Le second de nos malades a pris cinq fois du sel marin à la dose d'une cuillerée à bouche dans l'espace de dix jours: le retour des accès fébriles n'a pas été prévenu et la rate paraît avoir plutôt augmenté que diminué de volume. Nous continuerons néanmoins la médication encore pendant quelque temps.

Aucun changement appréciable n'est survenu dans l'état de l'autre malade.

Mais ici la fièvre n'a pas seulement résisté au sel marin, elle a aussi résisté au sulfate de quinine donné pendant plusieurs mois et pendant plusieurs années. Quelle a été la raison de cette dernière particularité? Nous n'hésitons pas à le dire, le mode d'administration du sulfate de quinine. Si on examine attentivement les faits, on est conduit à conclure qu'il ne suffit pas pour guérir une fièvre intermittente de suspendre les accès fébriles: il est nécessaire que le sulfate de quinine soit donné pendant un certain temps et à des doses suffisantes. Cette vérité n'est pas nouvelle dans la science; elle a eu le sort d'un grand nombre de faits qui, après avoir été connus, ont été ignorés; de beaucoup de problèmes qui, après avoir été résolus, sont devenus l'objet de discussions nouvelles. Que l'on parcoure l'ouvrage de Torti, qui a

la fièvre intermittente avec autant de succès que d'exactitude, on y trouvera les données que nous possédons aujourd'hui sur les symptômes, la marche et les récidives de la maladie, ainsi que sur les moyens propres à en empêcher le retour. Si nous n'avions à notre disposition que le quinquina, si la chimie n'eût pas doté la thérapeutique du sulfate de quinine, nous devons l'avouer, nous ne ferions pas mieux que Torti pour le traitement de la fièvre intermittente. Le médecin italien démontre dans un long article qu'il ne suffit pas de couper la fièvre, qu'elle revient nécessairement toutes les fois que le malade ne fait pas usage du quinquina pendant un temps assez long et à des doses assez élevées; il s'élève contre l'opinion qui attribue les récidives au quinquina et prouve qu'elles doivent être mises sur le compte de l'inexpérience des médecins ou de la méthode vicieuse suivie par eux; enfin, il conseille de commencer le traitement par les doses les plus élevées et fait mention des succès qu'il a obtenus.

La méthode de Torti devait échouer dans les cas où l'estomac ne pouvait supporter la quantité de poudre de quinquina nécessaire à la curation radicale de la maladie.

M. Bally, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, contrairement aux idées généralement adoptées de son temps, soutint que pour guérir les fièvres intermittentes, surtout celles qui étaient anciennes et qui coïncidaient avec un engorgement considérable de la rate, il fallait administrer le sulfate de quinine à hautes doses, en commençant par les doses les plus élevées. Ces données ont été acceptées par M. Piorry; elles nous serviront, avec quelques données qui sont le fruit de nos observations personnelles, à établir des principes généraux de traitement, dont il me sera facile de faire l'application aux cas particuliers.

Dans les fièvres intermittentes, et nous n'entendons parler ici que des fièvres intermittentes simples, on doit donner le sulfate de quinine à la plus haute dose possible, en ayant soin de proportionner cette dose à l'augmentation de volume de la rate et au degré d'ancienneté de la maladie. Nous avons adopté pour doses *minima* et *maxima* celles de 0,20 cent. et de 2 gr.; entre ces deux chiffres extrêmes sont compris des chiffres intermédiaires qui correspondent à peu près à toutes les variétés possibles de fièvres intermittentes plus ou moins anciennes et accompagnées d'un engorgement splénique plus ou moins considérable. Nous insistons sur ce point; il importe de prendre en considération non-seulement l'augmentation de volume de la rate, mais encore le degré d'ancienneté de la maladie. Si nous ne tenions compte que du premier de ces deux éléments, nous serions conduit à administrer au malade du n° 3, chez qui la fièvre existe depuis huit ans, une dose moins élevée de sulfate de quinine qu'au malade du n° 8, chez lequel elle existe depuis quelques mois seulement.

Le temps durant lequel doit être administré le sulfate de quinine varie nécessairement dans des limites très étendues; cependant on peut poser en principe la continuation du médicament à de hautes doses jusqu'à disparition complète de l'engorgement de la rate. Lorsqu'il n'existe plus d'engorgement on donne encore le sulfate de quinine, mais en diminuant progressivement les doses et en les séparant par des intervalles de plus en plus éloignés. On rentre ainsi dans la méthode de Sydenham.

Nous ferons prendre au malade du n° 3 2 grammes de sulfate de quinine, eu égard à l'époque à laquelle remonte sa maladie. Nous devons le déclarer à l'avance, tout nous porte à croire que cette médication ne suffira pas, nous serons contraint d'ajouter à l'action du sulfate de quinine celle des ventouses scarifiées appliquées dans la région de la rate. Ajoutons que nous ne sommes pas en droit d'attendre une guérison aussi rapide que chez le malade du n° 3. L'engorgement de la rate est ici plus considérable, mais l'affection est moins ancienne, le sulfate de quinine suffira à la dose de 1,50 centigr.

Une autre circonstance sur laquelle l'attention des médecins doit être éveillée est le type de la fièvre. Entre toutes les variétés, la fièvre quarte est la plus rebelle; elle a fait de tout temps le désespoir des praticiens. Le *bolus ad quartanam*, ce médicament fameux qui seul pendant tant d'années a été en possession de guérir la fièvre quarte, pourrait à lui seul attester les difficultés qu'on a rencontrées et les efforts que l'on a faits pour les vaincre. Cette extrême ténacité des fièvres quartes tient sans doute, d'une part, à ce que les malades qui pendant deux jours sur trois peuvent vaquer à leurs affaires s'adressent au médecin à une époque où déjà l'affection date de très loin, et, de l'autre, à des modifications que la cause morbifique a subies dans sa nature intime ou dans son intensité.

A.-A. Margerie.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Corps étranger du genou. Nouveau procédé opératoire.

L'étude des corps étrangers contenus dans les articulations et des accidents qui en sont la conséquence nécessaire est chose assez importante pour que nous saisissions avec empressement l'occasion de vous en entretenir qui nous est offerte par la présence dans nos salles d'un homme qui en présente un exemple.

Cet homme, couché au n° 10 de la salle Saint-Côme, est entré à l'hôpital pour une hydarthrose qu'il croyait être sa maladie principale, et qui n'est que le symptôme d'une affection beaucoup plus grave, d'un corps étranger développé dans l'articulation du genou gauche. Le malade est un sujet robuste, vigoureux, qui mériterait d'être placé parmi les tempéraments sanguins, bien qu'il fût assez difficile de reconnaître en lui, par une analyse sévère et minutieuse, tous les attributs, tous les caractères du tempérament sanguin suivant la définition classique. Nous nous bornerons donc à dire qu'il est d'une très bonne constitution, que dans le cours de sa vie il n'a été atteint d'aucune maladie sérieuse; qu'enfin, malgré son âge (cinquante-quatre ans), il est d'une force peu commune.

Entré à la salle Saint-Côme le 13 janvier, il nous raconte qu'il est manouvrier; qu'il conduit une charrette, et que son occupation presque spéciale est d'amener à Paris des veaux qu'il va chercher à Poissy. Assez souvent quelqu'un de ces animaux tombe à terre, et pour le relever et le remettre sur sa voiture, le charretier est obligé de mettre un genou en terre. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ses genoux qu'il appuie sur le sol, et il nous dit n'avoir pas remarqué que ce fût plutôt le genou gauche que le droit sur lequel il s'appuyât. Il n'a jamais eu d'affection rhumatismale ni de ce genou, ni d'aucune autre articulation, et ceci est très important à noter; car les affections rhumatismales sont souvent le point de départ de maladies articulaires des plus sérieuses. Il n'a pas reçu de contusion sur le genou; enfin l'articulation aujourd'hui malade n'a été, nous affirme-t-il du moins, exposée à aucune violence extérieure.

Il fait remonter à seize mois environ le commencement de sa maladie. A cette époque, et sans cause appréciable, il ressentit quelques douleurs, d'abord sourdes et peu intenses, dans le genou gauche; douleurs qui le gênaient quelquefois plusieurs jours de suite, principalement après de longues courses, assez pour l'empêcher de marcher, et nécessitaient quelques intervalles de repos plus ou moins prolongés; cependant, comme ces souffrances n'étaient pas de très longue durée, il n'avait pas interrompu son premier métier; et dès qu'il le pouvait il recommençait à conduire sa charrette et à porter des fardeaux assez lourds.

Il y a six mois, à la suite d'une contusion légère du genou, les douleurs devinrent beaucoup plus vives; le membre se gonfla: le malade dut garder le lit. Un médecin fort instruit qu'il consulta lui conseilla de mettre des vésicatoires sur le genou. On en appliqua successivement jusqu'à dix; on fit des applications d'eau sédative, qui n'amenèrent aucun soulagement et aucune amélioration dans l'état du sujet.

Sous l'influence des révulsifs, les mouvements devinrent plus faciles, la tuméfaction diminua d'une manière bien sensible et le malade put reprendre ses occupations, mais très incomplètement. Son travail était de très courte durée, et il ne pouvait se dispenser, de temps en temps, de garder le lit pendant plusieurs jours. Fatigué de ces alternatives, il pensa enfin qu'il devait en finir avec une si incommode affection, et se décida à venir à Paris. Il fit ce trajet à pied (12 kilom.), ce qui prouvait qu'il y avait dans son état un grande amélioration.

Au moment de son admission dans nos salles (13 janvier), voici l'état dans lequel se trouvait le sujet: l'articulation fémoro-tibiale extrêmement gonflée, gêne très grande des mouvements. La rotule était soulevée par une énorme quantité de liquides, et par conséquent fort éloignée des surfaces articulaires du fémur et du tibia. Une pression exercée sur la rotule la rapprochait des condyles en déterminant un déplacement du liquide, qui venait alors soulever les téguments au-dessus et de chaque côté de cet os; fluctuation très évidente; pas de changement de couleur à la peau; pas de douleur à la pression.

Lorsque l'on porte la main sur la partie externe et inférieure du fémur, dans le point correspondant au cul-de-sac supérieur de la synoviale, on développe une vive sensibilité; c'est là que nous avons, après plusieurs explorations attentives, découvert un corps étranger du volume d'un gros haricot, un peu allongé, et offrant à peu près les mêmes dimensions et la même épaisseur dans tous les sens, mobile dans de certaines limites. On peut, en le poussant avec les doigts, le promener en dedans et en dehors dans l'étendue de 1 centimètre et demi environ. Ce corps étranger est dur, résistant, fibreux; la palpation fait reconnaître cependant, malgré sa dureté, qu'il n'est ni cartilagineux, ni osseux. L'hydarthrose n'est plus douteuse pour vous. Vous avez pu tous vous convaincre de l'épanchement et par le volume de l'articulation, et par l'effacement des cavités situées normalement de chaque côté de la rotule. Ces deux cavités sont remplacées par deux saillies qui ne sont que le résultat de la distension des prolongements de la poche synoviale, laquelle contient du liquide. Ces saillies s'effacent par la pression du doigt.

Il y a donc dans cette articulation un corps étranger adhérent par un pédicule peu étendu, et une collection de sérosité symptomatique de la présence de ce corps étranger; car pour moi la question n'est pas douteuse de savoir si l'épanchement a été primitif ou s'il n'est que secondaire. Evidemment le corps étranger a été le point de départ de l'hydarthrose. Il est arrivé ici ce qui se passe dans la séreuse abdominale, lorsque le foie, la rate sont le siége d'une altération organique sérieuse.

L'ascite n'est qu'un symptôme de l'altération principale, un épiphénomène qui n'ajoute que bien peu à la gravité de l'affection.

J'ai très souvent eu l'occasion d'examiner des hydarthroses depuis que je me livre à la pratique de la chirurgie, et comme dans la plupart des cas j'ai rencontré des corps étrangers chez les individus qui ne devaient pas leur maladie à des rhumatismes sub-aigus ou chroniques, j'ai dû finir par y voir autre chose que ce que le plus grand nombre de chirurgiens avaient indiqué. Vous devez vous rappeler que Marjolin avait constaté la présence d'une espèce de corps dur qu'il croyait dépendre du muscle triceps, et qui, dans son idée, était la conséquence de l'hydarthrose. Marjolin n'avait eu qu'un tort, c'était de prendre pour l'effet ce qui était au contraire la cause. L'hydarthrose ne produit pas de corps étrangers dans les articulations; ce sont les corps étrangers qui déterminent l'hydarthrose.

Dans tous les cas, on aurait beau faire usage des traitements les plus énergiques, les plus variés dans ces hydarthroses symptomatiques, jamais on ne viendrait à bout d'en obtenir la guérison. On ne peut arriver à ce résultat qu'en attaquant le corps étranger directement.

Dans le cas actuel, il serait assez difficile de remonter à la cause du corps étranger. L'étiologie est fort obscure. A l'en croire, et comme nous l'avons dit plus haut, il n'aurait reçu aucune contusion, n'aurait été exposé à aucune violence extérieure qu'il y a six mois, et il y en a plus de seize que la maladie a commencé. Ce ne serait pas là, il faut bien le dire, une raison suffisante pour repousser complètement toute espèce d'influence extérieure comme pouvant déterminer la formation des corps étrangers dans l'articulation du genou. Car, dans la grande majorité des cas, nous avons fini par découvrir, en interrogeant les malades avec le plus grand soin, en leur faisant mille et mille questions, qu'il se trouvait presque toujours une influence extérieure à laquelle on pouvait rattacher le développement des productions organiques articulaires; que c'était à la suite d'une contusion résultat d'une chute ou d'un coup que l'on en avait constaté la présence, ou enfin qu'un rhumatisme aigu ou chronique pouvait en rendre compte.

Le corps étranger est-il formé de lymphe déposée à l'extérieur de la membrane synoviale? Il n'est guère possible d'admettre que cette membrane ait été malade dès le début. L'an dernier nous avons fait une conférence clinique sur un malade qui présentait un corps étranger libre dans l'articulation. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 1er juillet 1851.) Ce corps pouvait avoir la largeur d'un écu de trois francs; il était dur, presque osseux, et d'un volume tel, que je ne sache pas que dans la science il en existe d'exemple autre que celui-là. Il était libre dans la cavité articulaire, et s'était développé comme ceux que l'on trouve dans la vessie. A mon avis, ce n'était pas, comme il arrive quelquefois, le résultat de l'écornement d'un cartilage, mais il s'était formé par la réunion de quelques-uns des éléments qui constituent le liquide synovial.

La tumeur dont il est question aujourd'hui est située en dehors de la membrane synoviale, à laquelle elle adhère. Dans le point où la synoviale forme un cul-de-sac, le corps étranger s'est développé de l'extérieur à l'intérieur et y a pénétré en lui faisant exécuter un mouvement semblable à celui que l'on opère en renversant un doigt de gant. A mon avis encore, le point de départ de ce corps a été un épanchement de sang; toute la partie liquide du sang a été résorbée; il n'est resté que de la fibrine. Déjà Hunter avait eu cette idée, qu'il avait érigée en théorie et qui est restée dans la science. Le dépôt de fibrine, suite d'un épanchement de sang extra-articulaire, s'est fait en dehors de la synoviale; c'est là ce qui explique pourquoi ce sujet n'a pas éprouvé les douleurs syncopales si fréquentes chez les malades dans une des articulations desquelles flottent des corps étrangers mobiles. Ici le corps étranger s'est développé au-dessus des surfaces articulaires et ne peut quitter la place qu'il occupe. Les surfaces articulaires ne sont que difficilement en contact avec lui: d'où la rareté des douleurs que détermine toujours ce contact.

Que deviendrait ce corps étranger si nous l'abandonnions à lui-même? Il deviendrait certainement la source de mille accidents plus ou moins graves, d'un travail inflammatoire continuel; l'épanchement séreux dont il est le point de départ augmenterait et ne se résorberait pas. Le malade se trouverait à tout jamais empêché de reprendre ses occupations et il deviendrait à charge à sa famille. Il y a donc nécessité à le débarrasser le plus tôt possible.

Il y a eu un temps où l'on a proposé la compression. Mais ce conseil était basé sur une erreur de diagnostic. On supposait qu'une luxation était imminente, et c'était pour empêcher cette luxation d'avoir lieu, et non en vue du corps étranger, que l'on agissait de cette façon. Tout entier au gonflement du genou, le chirurgien ne s'apercevait pas de cette cause obscure, d'autant plus difficile à découvrir que souvent le corps étranger se niche dans un coin de la cavité synoviale, où il faut beaucoup de soins et d'attention pour le découvrir.

Si dans le cas actuel, et presque persuadé d'avance qu'il devait en être ainsi, nous n'avions pas exploré de tous côtés l'articulation à plusieurs reprises, nous aurions aussi pu croire à l'existence d'une simple hydarthrose.

Dans quelques circonstances, nous avons, nous aussi, employé la compression. Je me rappelle, entre autres, une dame, demeurant rue des Petits-Augustins, chez laquelle j'ai fait usage d'une compression mécanique et permanente exercée au moyen d'un appareil imaginé et exécuté par M. Charrière. C'était un demi-cercle en acier formant ressort, que la malade porta pendant près de six mois, et qui aplatit le corps étranger sur les parties dures sans le faire sensiblement diminuer de volume. Découragée du peu de succès, la malade abandonna son appareil, et peu de jours après le corps étranger était revenu à sa première position et déterminait les mêmes douleurs qu'avant le traitement. Un jour même, dans la rue, la souffrance fut si forte que la malade se trouva mal. Il fallut finir par revenir à l'opération. J'ai eu occasion de voir encore une jeune demoiselle qui portait un corps étranger de cette nature et chez laquelle on avait cru à un déplacement des cartilages semi-lunaires.

Avant de vous parler de l'opération, c'est ici le cas de vous entretenir d'un fait très curieux par son ancienneté que l'on trouve rapporté dans les œuvres d'A. Paré. « L'an mil cinq cent cinquante-huit, dit cet auteur, fus appelé de Jean Bourlier, maître tailleur d'habits, demeurant rue Saint-Honoré, pour lui ouvrir une apostème aqueuse qu'il avoit au genouil: en laquelle trouvai une pierre de la grosseur d'une amende, fort blanche, dure et polie, et guérit, et encores est à présent vivant. »

On voit que ce qui préoccupait ici le chirurgien, c'était l'hydarthrose et que le corps étranger ne fut découvert que par hasard.

L'état de la science n'avait presque pas changé depuis Ambroise Paré jusqu'à Desault. Lorsque l'on avait découvert un corps étranger dans le genou, on ouvrait l'articulation au moyen d'une incision faite sur le corps étranger; le plus

souvent, le malade succombait aux suites de l'opération. Pendant le cours de mes études, j'ai vu plusieurs fois pratiquer cette opération par Richerand : tous les malades sont morts. Ceux des sujets qui guérissaient dans des circonstances de ce genre conservaient presque tous une infirmité incurable, une ankylose plus ou moins complète du genou. Vous comprenez que si cette opération n'avait pas été modifiée, ses suites étaient trop graves pour qu'elle dût être conservée.

Instruit par l'expérience, Desault fit ce raisonnement : il faut ouvrir l'articulation pour en extraire le corps étranger, mais il faut pratiquer cette ouverture de telle sorte que l'incision de la synoviale ne soit pas en rapport avec celle de la peau. Dès ce moment, il y eut des modifications dans les résultats. Les deux ouvertures ne correspondant pas l'une avec l'autre, l'air ne s'introduisait plus dans l'articulation, ne déterminait pas d'inflammation suppurative et, par suite, d'adhérences des surfaces articulaires. Nous devons dire cependant que, bien que préférable à l'ancienne méthode, ce procédé laissait encore beaucoup à désirer, et comptait nombre d'insuccès dont on ne se rendait pas parfaitement compte. On pensait que cela tenait au pédicule du corps étranger, lequel était resté dans l'articulation et y entretenait un foyer d'inflammation.

M. Bégin pensa que, pour remédier à cet inconvénient, il était suffisant de suivre le procédé suivant, à savoir : de placer le pédicule du corps étranger entre les deux lèvres de la plaie pour provoquer la formation d'adhérences. Je ne crois pas que ce soit là une utile modification ; il vaudrait mieux, si l'on pouvait, enlever le pédicule tout entier ; toutefois, nous devons convenir que l'idée de M. Bégin est essentiellement ingénieuse.

L'histoire pratique des corps étrangers articulaires et leur traitement progressaient donc, mais lentement, et l'on n'avait encore pu remédier à tous les accidents, lorsque Blandin eut un jour à donner ses soins à un sujet placé dans ces circonstances. Il sentit tellement bien l'insuffisance des méthodes précédentes, qu'il en essaya une nouvelle. Au lieu de chercher à extraire le corps étranger, il eut l'idée de le pousser avec les doigts dans un des coins de la synoviale, qu'on nous passe le mot, et de l'y fixer avec des épingles pour lui faire contracter des adhérences. Il réussit, en effet, du moins momentanément ; mais il n'eut plus occasion de revoir son malade après sa guérison. Longtemps après, il se présenta à un autre chirurgien, qui reconnut que le corps étranger avait repris sa mobilité, et que les accidents déterminés par sa présence entre les surfaces articulaires avaient reparu.

J'essayai à mon tour la méthode de Blandin sur un malade de l'hôpital Saint-Louis, chez lequel je fixai le corps étranger à l'aide d'une aiguille appropriée. Plusieurs semaines après l'opération, j'examinai de nouveau l'articulation. Le corps étranger n'avait pas diminué de volume, n'était pas parfaitement adhérent et n'avait pas diminué de volume. Je fis alors une incision à l'aide de laquelle j'en fis l'extraction. J'eus la douleur de voir l'articulation s'enflammer, suppurer, et le malade succomber à ces terribles accidents. Je publiai cette observation, car, pour le dire en passant, et ceci est un corollaire aux généralités sur la clinique que je vous ai présentées dernièrement, mon avis est que le chirurgien doit publier ses revers aussi bien que ses succès. Les revers sont aussi utiles, plus utiles même quelquefois que les succès à publier ; on indique par là aux autres praticiens les écueils qu'ils ont à éviter.

C'est alors que M. Goyrand, d'Aix, après avoir étudié la question, eut l'idée de pratiquer l'opération en plusieurs temps. Il fixa le corps étranger dans un point éloigné de la synoviale, pratiqua une incision sous-cutanée au moyen de laquelle il le fit sortir de la cavité séreuse, et le laissa dans les tissus extérieurs à l'articulation jusqu'à ce que la plaie de la synoviale fût guérie. Alors, toute communication étant interceptée entre l'articulation et le dehors, une nouvelle incision fit sortir le corps étranger sans aucune espèce de danger.

Lorsque l'on a affaire à un corps osseux, comme il s'en rencontre assez souvent, j'ai imaginé, pour le fixer momentanément hors de l'articulation jusqu'à son extraction, un instrument en trident dont le dessin a été publié dans le n° 75 de la *Gazette des Hôpitaux* de l'an dernier. Cet instrument, exécuté par M. Charrière, a parfaitement réussi. Quand le corps étranger est mou, comme l'est celui-ci, on peut, après l'avoir fait sortir de la cavité articulaire, le broyer sur place avec le bistouri et le laisser dans les tissus environnants, où il est ordinairement absorbé. C'est ce que nous tenterons chez le malade dont il est question ici.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

sur le

Parallèle de la variole et de la fièvre typhoïde.

Strasbourg, 12 février 1852.

Monsieur,

Certaines idées comprises dans les pérégrinations de notre vénérable maître M. Bally, que vous avez transmises à vos lecteurs, sont le prétexte et l'excuse de cette communication, que je vous prie d'agréer avec bienveillance.

La marche des idées scientifiques présente un phénomène bien remarquable, lequel, du reste, s'observe dans la plupart des manifestations de l'esprit humain : c'est celui des oscillations en sens contraire, c'est la loi de l'action et de la réaction, s'exerçant toujours dans des proportions exagérées. Lorsqu'une idée a fait son temps, c'est-à-dire lorsque l'esprit est fatigué ou plutôt dégoûté de tourner dans le même cercle, fût-ce l'expression de la vérité, on le voit s'élancer dans un autre tourbillon et recueillir avec avidité les opinions et les faits qui naguère étaient l'objet de sa réprobation. On a dit avec raison que, si la Vérité sortait un jour de son puits, l'homme s'empresser... de l'y replonger pour se donner le plaisir de la chercher en...re.

Tel est le phénomène q... s'accomplit sous nos yeux à l'endroit des fièvres graves. L...és de la domination exercée trop longtemps par le solidisme e... doctrine de la localisation broussaisienne, nous nous jet... à corps perdu dans l'humorisme, tant conspué précédemme... et nous acceptons avec empressement, de quelque part qu'ils ...us viennent, les arguments favorables à cette nouvelle tendan...

Ce n'est pas, comme nous le verrons bientôt, ... quelques esprits droits et modérés n'apprécient ces exagérati... mais la conscience de la vérité recule devant le torrent des ...dées nouvelles, de sorte que, grâce à l'ardente crédulité des ...s et à la pacifique timidité des autres, l'erreur va grossissan... jusqu'au moment où, par ses excès mêmes, elle arrive à révolter les esprits de ceux-là même qu'elle avait séduits.

C'est ce qui se produit en ce moment à l'endroit de la comparaison établie entre la variole et la fièvre typhoïde. Ce séduisant parallèle a fait une immense fortune depuis quelques années ; mais voilà que quelques indices font prévoir sa prochaine décadence, et je crois le moment venu de rappeler humblement l'attention des observateurs sur une œuvre bien maltraitée au moment de sa naissance, il y a tantôt douze ans, et dont le plus grand tort fut sans doute d'être apparue au moment de la plus grande intensité de la réaction.

L'analogie de la variole et de la fièvre typhoïde était généralement acceptée, lorsque, il y a trois ans, un profane, un statisticien pur, s'inspirant de je ne sais quelles idées d'antagonisme, s'est imaginé que la vaccine avait augmenté la mortalité, et qu'en supprimant la variole on avait multiplié la fièvre typhoïde. Un médecin s'est fait l'écho de cette doctrine, et ce n'est qu'après un si long temps d'inconcevable tolérance qu'on paraît soupçonner ce qu'il y a de radicalement faux dans cet étrange paradoxe. En décembre 1851, un Nestor de la médecine française, M. Bally, a produit un piquant plaidoyer contre cette idée dans la *Gazette des Hôpitaux*, et voilà qu'en parcourant le compte-rendu de la séance de la Société médicale des hôpitaux du 24 décembre 1851, j'y trouve les détails suivants :

« M. Horteloup communique à la Société l'observation d'une jeune fille qui, n'ayant pas été vaccinée, fut prise de variole confluente très grave. Elle était convalescente depuis trois semaines, lorsqu'elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde à laquelle elle faillit succomber. M. Bayard ayant dit qu'en semant la vaccine on récoltait la fièvre typhoïde, M. Horteloup demande si ses collègues avaient observé beaucoup de faits de ce genre ; car on pourrait alors se demander si, en semant la variole, on ne récolterait pas la fièvre typhoïde.

» M. Becquerel a vu, il y a quelques mois, un homme convalescent d'une fièvre typhoïde, être pris d'une variole confluente très grave.

» M. Bouvier a observé un fait semblable à celui que vient de citer M. Becquerel.

» M. Horteloup rappelle que M. Carnot a prétendu que la vaccine, en préservant de la variole, ne faisait que retarder la mort, et qu'au lieu de mourir à un ou deux ans de cette fièvre éruptive, on mourait à seize ou dix-huit ans de la fièvre typhoïde.

» M. Trousseau fait remarquer que cette assertion a peu de valeur, attendu que M. Carnot est étranger à la médecine ; sans cela il aurait su qu'avant la découverte de la vaccine on mourait de la fièvre putride, qui n'est autre chose que la fièvre typhoïde. »

Ne semble-t-il pas qu'il s'agisse d'aperçus entièrement nouveaux, et que nulle part rien de semblable n'ait été dit et publié ? Or, dans l'œuvre proscrite dont je parlais ci-dessus, se trouvent de belles observations de variole succédant immédiatement à l'entérite folliculeuse ; plus, un long parallèle entre ces deux affections ; documents qui sont passés complètement inaperçus, et que vous voudrez bien me permettre de rappeler en faveur de l'opportunité.

A la page 542 du *Traité de l'entérite folliculeuse*, on peut lire une observation recueillie en 1840, intitulée : *Entérite folliculeuse très grave. Guérison lente. Variole confluente au moment de la convalescence. Guérison.* Je vous épargne les détails du fait, mais vous me passerez les commentaires.

« Ce que nous voulons faire remarquer surtout, c'est cette belle variole survenant au moment où la *variole* intestinale se termine. Or, avez-vous jamais vu deux varioles se succéder ainsi ? Ce beau fait est un argument vivant contre la similitude des deux maladies ; c'est un éclatant démenti donné par la nature à la théorie. Nous espérons qu'il restera comme document précieux à produire contre ces analogistes si faciles à se laisser séduire.

» Et vous, partisans de l'adynamie, que pensez-vous de cette belle variole parcourant radieusement et rapidement ses périodes, franches et légitimes, chez un sujet épuisé par la prétendue cachexie typhoïde ?

» A côté de ce même malade et dans le même temps, un autre convalescent d'entérite folliculeuse, mais moins grave, fut pris aussi de variole, mais moins grave également. Cependant il restait, on doit le supposer, plus d'étoffe à celui-ci pour la variole cutanée, puisque la *variole intestinale* avait été moins abondante. Mais pourquoi s'apesantir sur l'interprétation de faits qui parlent assez d'eux-mêmes ? Cependant ce dernier n'est pas oiseux ; car sa coïncidence avec l'autre prouve que le premier n'est pas le produit du hasard, et qu'en réalité la variole peut succéder et succède à l'entérite folliculeuse ; ce qui ne se verrait pas, ce qui ne pourrait se voir, si l'une était congénère de l'autre ; car jamais, nous le répétons, on n'a vu la variole se succéder *immédiatement* à elle-même. »

Arrivons au *parallèle* ; je ne sache pas qu'il ait jamais été présenté avec autant de détails et de scrupules. On pourra donc lire, *opere citato*, p. 538 et suivantes, les propositions que voici :

Ce parallèle, établi vaguement par Lecat, adopté par MM. Bretonneau, Chomel, Cruveilhier, etc., a formellement été nié, comme insoutenable, par Petit et Serres, Louis, par l'école de Broussais et par tous ceux qui croient à l'entérite folliculeuse primitive.

La cause principale de cette assimilation gît surtout dans la ressemblance grossière qu'on a cru trouver entre les pustules varioliques et ce qu'on a voulu nommer pustule de l'intestin. Mais cette apparence pustuleuse de la dothinentérie est exceptionnelle et ne constitue qu'une forme assez rare, tandis que l'éruption variolique est toujours à peu près semblable à elle-même. Or, rien ne ressemble moins à celle-ci que les formes pointillées, réticulées, gaufrées, gangréneuses et ulcéreuses de l'affection intestinale.

Les pustules varioliques consistent dans une suppuration superficielle, sous-épidermique, n'attaquant que fort légèrement la substance de la peau ; la lésion intestinale envahit la su... tifie ...nce d'organes parenchymateux, qu'elle enflamme, mortifie ...uit, même dans la forme pustuleuse (ou mieux fongueuse), ... frappe de destruction le follicule tout entier.

La variole es... qu'elle est essentie...u susceptible de résolution, dans ce sens liquide ; l'entérite fol...ent constituée par un épanchement de initiale), par cela même ...leuse peut se résoudre (à la période d'organes solides. ...elle consiste dans la tuméfaction

La dothinentérie se termine ... et par ulcération. Ces terminaiso...ue toujours par gangrène dans la variole. ...ont extrêmement rares

La variole affecte toutes les régions ... ment ; c'est une maladie de la trame cutan...peau indistinctement... culeuse affecte ordinairement certains points ...l'entérite folli- l'intestin où siégent des organes distincts de ...onscrits de elle-même. ...uqueuse

L'éruption variolique peut se développer sur les mu... ses ; l'affection intestinale ne peut se manifester à la pe... car l'élément anatomique, siége de la variole, est commun aux téguments interne et externe ; tandis que l'élément anatomique, siége de l'entérite folliculeuse, est spécial à l'intestin.

L'affection variolique débute par un mouvement fébrile, qui, lorsqu'il a lieu, précède toujours l'éruption cutanée ; tandis que l'éruption intestinale précède quelquefois le mouvement fébrile, lorsqu'il se produit.

Le mouvement fébrile qui précède la variole est généralement en rapport d'intensité avec l'éruption ; la dothinentérie est quelquefois fort grave sans que le mouvement fébrile soit très prononcé, *et vice versâ*.

Tandis que la variole, en général, fait irruption à peu près simultanément, en masse, en quelque sorte, et que les pustules parcourent presque parallèlement leurs périodes, l'éruption folliculeuse est ordinairement irrégulière, successive, au point que chez le même individu l'on rencontre à la fois des plaques naissantes, gaufrées, gangréneuses, ulcérées, cicatrisées même, succession qui détruit complètement l'idée de crise, d'éruption analogue aux exanthèmes fébriles.

Lorsque l'éruption variolique est effectuée, le mouvement fébrile tombe le plus souvent ; dans la dothinentérie, loin d'observer ce temps d'arrêt, on voit un appareil formidable de symptômes généraux se développer à mesure que marche l'éruption intestinale. La fièvre est continue comme celle des inflammations ordinaires.

Si la fièvre n'a pas existé au début de la variole, elle ne se montre plus après l'éruption cutanée ; — dans l'entérite folliculeuse la fièvre peut éclater à toutes les périodes de la maladie.

Lorsque dans la variole fébrile, au début, la suppuration vient à s'établir, la fièvre dite secondaire ou de suppuration se rallume, et alors vous convenez que cette fièvre est le produit de l'inflammation suppurative de la peau ; — il devrait donc peu vous coûter d'admettre que l'inflammation ulcérative de l'intestin peut aussi produire la fièvre.

La marche de la variole et autres exanthèmes fébriles est, en général, remarquable par sa régularité ; — rien au contraire de plus variable, de plus *ataxique* que la marche de la fièvre typhoïde, quant à ses phénomènes extérieurs.

La durée de la variole et autres exanthèmes fébriles est ordinairement préfixe, arrêtée dans les limites de quelques jours, subdivisée en périodes successives nécessaires. — Rien n'est variable comme la durée de l'entérite folliculeuse qui peut osciller dans un intervalle d'un ou deux septenaires à plusieurs mois, sans périodes bien distinctes, avec des alternatives incessantes de mieux ou de pire.

La régularité est le type dominant des exanthèmes fébriles ; — l'irrégularité est le caractère culminant de la fièvre typhoïde.

Qu'importe que l'entérite folliculeuse occupe le *tégument interne*, comme la variole occupe le *tégument externe ?* Depuis quand l'analogie de siége implique-t-elle l'identité de nature ? Ce point d'analogie est sans aucune portée.

Qu'importe que l'entérite folliculeuse, comme la variole, n'attaque généralement qu'une fois ? Ne concevez-vous pas qu'un individu dont les follicules intestinaux ont été détruits par la gangrène ou l'ulcération ne puisse plus être affecté d'ulcération ou de gangrène de ces mêmes follicules ? La non-récidive suffit-elle donc pour constituer un caractère fondamental et pour assimiler une maladie à une autre ?

Qu'importe que l'entérite folliculeuse, dans certains cas rares, ou en convient, soit contagieuse comme la variole ? Que savez-vous de la nature et du mécanisme de la contagion ? La dyssenterie, qui parfois aussi paraît contagieuse, n'est-elle pas généralement considérée comme une affection locale ?

Nous n'arguerons pas de ce que la variole a son traitement préservatif dans la vaccine, et que la dothinentérie n'a pas le sien ; vous pourriez objecter, avec la facilité de votre logique, qu'elle pourra le trouver un jour, bien que l'inoculation nous paraisse assez difficile à pratiquer dans les profondeurs de l'intestin.

Dans la variole, au début, vous employez tous vos soins à ne pas entraver l'éruption cutanée. — Or l'idée ne vous est pas encore venue de favoriser l'éruption intestinale, tant l'instinct vous dit que celle éruption doit être dangereuse. Il me semble même que vous seriez heureux de pouvoir la faire avorter, et la plupart de vos médications tendent vers ce but.

Vous assimilez l'entérite folliculeuse à la variole, et vous vous comportez à leur égard d'une manière toute différente. Dans la variole, le *contagium*, l'altération du sang, ne vous préoccupe nullement; vous ne songez pas à les neutraliser lorsque la maladie s'annonce, et surtout lorsqu'elle est développée; et lorsqu'il s'agit d'entérite folliculeuse, vous vous évertuez à trouver des spécifiques, des désinfectants qui ne s'adressent qu'à cette *inconnue*, la lésion humorale, que vous méprisez souverainement lorsqu'il s'agit de variole!

Dans la variole l'affection de la peau vous occupe à peu près exclusivement, impuissants que vous êtes à démêler to- combattre la cause première. Vous voudriez posséder des onc- pique aussi doux que possible, et vous avez in sa congénère, tions de toute espèce. — Et quand il s'agit en pour vous, ou l'entérite folliculeuse, l'éruption n'est pl excitants, des toni- bien vous lui adressez des purgatifs servi le parallèle, si ce ques? que sais-je! A quoi donc vo bases uniformes dans les n'est à régler votre conduile sur deux cas? érite folliculeuse est secondaire,

Nous accordons que l's consentez à la traiter comme la comme la variole, si tenant compte de l'éruption en tant variole, c'est-à-dir, sinon primitif, vu qu'en dehors tout qu'élément pa tombe dans le domaine de l'hypothèse. nous échapp arguments extraits de notre livre, nous en ajou-

A tous autre, si naïf que j'ose à peine le produire: c'est terons a variole et l'entérite folliculeuse sont de même na- que la vaccine, qui préserve de l'une, devrait, sinon préser- r de l'autre, au moins ne pas concourir à la multiplier.

Prétendre que l'économie contient une somme d'humeurs viciées qui doit être éliminée par une voie ou par une autre, par l'inteslin, si ce n'est par la peau, c'est une idée en l'air, c'est une rêverie galénique qui répugne à la gravité de la science.

Finalement, M. Chomel a dit, il y a longtemps, que la variole ne préserve pas de l'entérite folliculeuse; et nous avons prouvé, surabondamment, je crois, il y a douze ans:

1° Que la comparaison entre les deux maladies n'est pas soutenable;

2° Que l'entérite folliculeuse ne préserve pas de la variole;

3° Que l'une pouvant succéder immédiatement à l'autre et *vice versâ*, c'est le comble de l'inconséquence que d'établir entre ces deux affections une solidarité que rien ne justifie.

Agréez, etc. Prof. Forget (de Strasbourg).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 février 1852. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société a reçu les mémoires suivants:

1° M. Demarquay. *De la ligature du voile du palais, des amygdales et de la langue d'après le procédé de M. Blandin.*

2° MM. Duméril, Demarquay et Lecointe. *Considérations physiologiques sur les modifications que subit la température animale sous l'influence de l'introduction dans l'économie de différents agents.*

3° M. Debout. *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. XLI.

4° M. Bouvier. *Note sur un cas de paralysie partielle des muscles de la main, suivie de nouvelles remarques sur la disposition anatomique de ces muscles.*

5° M. Bonnafont. *Mémoire sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête servant à juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques* et un *mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison.*

COMMUNICATION.

Causes de la résolution des tumeurs.

M. Chassaignac. Je désire appeler l'attention de la Société sur une opinion que je crois juste, bien que les faits me manquent pour en démontrer la justesse. Suivant moi, l'action des résolutifs et des excitants appliqués sur les tumeurs pour en obtenir la résolution, tels que vésicatoires, pommade stibiée, cautères, frictions astringentes, etc., n'agit que sur le tissu cellulaire intermédiaire à la peau et à la tumeur, et que c'est par la transformation de ce tissu cellulaire en tissu dartoïde, tissu inodulaire, fibreux, élastique, que la résolution s'obtient en raison de la contractilité de ce tissu sur le parenchyme de la tumeur. Déjà je pourrais citer quelques faits, peu nombreux à la vérité, où l'autopsie m'a démontré la transformation du tissu cellulaire en un tissu contractile.

M. Robert. En me plaçant au point de vue de M. Chassaignac, en admettant même sa théorie, je lui ferai une objection qui paraît assez sérieuse: suivant ses propres idées, la résolution ne devrait s'accomplir dans une tumeur qu'autant que celle-ci reposerait sur un plan résistant, sur lequel le tissu dartoïde nouveau pourrait la comprimer; au cas, par exemple, où le plan résistant n'existe point, comment la compression aurait-elle lieu?

M. Huguier. En supposant la transformation du tissu cellulaire invoquée par M. Chassaignac, on comprend en effet qu'une certaine compression ait lieu. Mais dans certains cas cette compression ne peut être invoquée; au cou, par exemple, quand un goître s'est développé et que des agents résolutifs ont été employés, ce n'est point le tissu cellulaire qui comprime et devient une cause d'étouffement, ainsi que j'ai pu le constater deux fois à Saint-Louis par des autopsies. La compression a lieu par le développement des aponévroses, qui marche parallèlement à celui du goître.

M. Chassaignac. J'admets ce qu'il y a de fondé dans l'objection de M. Robert. Au cou, sans doute, la compression est moins forte par la transformation du tissu cellulaire, et à cause du défaut de plan résistant; mais elle existe cependant. Si ma théorie de la résolution des tumeurs est fondée, il y a à se demander si quelquefois il n'importe pas de ne point pousser l'action résolutive trop loin, pour ne pas exagérer l'action comprimante du tissu destoïde nouveau, qui, dans certains cas, comme dans le goître, peut avoir de fâcheux effets.

M. Lebert. Je demande à présenter quelques considérations sur la résolution du goître. Pendant mon séjour en Suisse, où j'ai eu occasion de faire des observations nombreuses sur cette maladie, j'ai constaté que le goître pouvait être, au point de vue thérapeutique, divisé en deux grandes classes: 1° le goître par hypertrophie, sur lequel les préparations iodées sont fort actives; 2° le goître par transformation. Le premier seul subit la résolution, le second résiste absolument aux préparations iodées. Dans le but d'obtenir l'action résolutive du goître, il faut avoir soin de ne pas donner les proportions iodées à fortes doses. Dans ces cas, en effet, on voit bien vite survenir la cachexie iodique. Les médecins de Genève donnent l'iodure de potassium à la dose de 10, 15 et 20 centigrammes. A cette dose des accidents iodiques peuvent survenir. M. Candolle, à la fin de sa vie, a eu beaucoup de peine à se remettre de cette cachexie.

M. Larrey, tout en appréciant les recherches de M. Chassaignac sur l'action résolutive des révulsifs dans le traitement des tumeurs en général, ne croit pas que des moyens très différents les uns des autres puissent agir de la même manière. Personne ne saurait admettre que les scarifications ou les ventouses scarifiées, les vésicatoires, les cautères, les moxas, le cautère actuel, etc., aient des effets semblables sur la résolution des tumeurs. C'est, du reste, seulement après une étude plus suivie, après un examen plus rigoureux des faits, que M. Chassaignac pourra mieux en juger la valeur, et soutenir la proposition un peu vague qu'il vient d'émettre devant la Société de chirurgie.

Trachéotomie pratiquée deux fois sur le même sujet.

M. Guersant. La Société se rappelle sans doute que j'ai lu dans son sein un travail sur la trachéotomie pratiquée deux fois avec succès sur le même individu. Tout récemment j'ai eu de nouveau l'occasion de pratiquer sur un enfant cette opération pour la seconde fois; l'enfant est bien, et tout me fait espérer sa guérison prochaine.

M. Chassaignac. Il importe d'enregistrer le fait de M. Guersant; il peut concourir avec d'autres à éclairer cette question encore pendante de la plus grande innocuité des opérations quand elles sont répétées que lorsqu'elles sont faites pour la première fois.

Corps étranger introduit volontairement dans l'urètre.

M. Boché, chirurgien de l'hôpital de Blois, présente une branche de sapin introduite volontairement dans l'urètre d'un vieillard de soixante-dix ans, qui se livrait à la masturbation à l'aide de ce corps étranger. Le canal, très dilaté, permit l'introduction d'une pince à pansement avec laquelle on put retirer le corps étranger.

M. Robert. Il importe, pour pratiquer l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'urètre, d'introduire le doigt dans le rectum si le corps a pénétré profondément, ou de comprimer le périnée s'il est encore dans la région pénienne, afin de l'empêcher de pénétrer dans la vessie pendant les tentatives que l'on fait pour l'extraire.

M. Demarquay. Pour prouver jusqu'à quel point peut être portée la dépravation vénérienne de certains individus, je demande à citer le fait suivant:

Il y a quelques années, un homme d'un certain âge se présenta à l'Hôtel-Dieu pour se faire arrêter une hémorrhagie dont le point de départ était dans la région scrotale; il existait, en effet, dans ce point, une plaie assez profonde qui avait intéressé l'artère testiculaire. Cette artère liée, nous examinâmes avec soin la région scrotale, et nous découvrîmes une série de cicatrices. Le blessé, interrogé, finit par avouer que, pour augmenter ses jouissances pendant l'acte de la masturbation, il se faisait une petite incision dans la région scrotale; l'incision, cette fois, avait été poussée un peu plus loin qu'il ne le voulait: de là une hémorrhagie qu'il avait peine à arrêter.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Peyraud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a été élu par le conseil d'administration des hospices médecin de la Charité, en remplacement de M. le docteur Monfalcon, dont les fonctions expiraient avec l'année 1851.

MM. les docteurs Socquet et Devay, médecins suppléants, passent de droit médecins titulaires de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Imbert, décédé, et de M. Peyraud, nommé à la Charité.

— L'affaire Jobart, cette affaire si délicate au point de vue médico-légal, vient d'être renvoyée aux assises de Lyon du mois de mars, malgré les rapports très circonstanciés des médecins qui ont eu à examiner l'accusé depuis la perpétration de son crime et à déterminer s'il était ou non aliéné dans cette circonstance. La solution de cette grave et difficile question a été de nouveau confiée au docteur Gensoul, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

— *Responsabilité médicale.* — Ce nouveau cas a été soumis au tribunal civil de Montbrison, et concerne un ancien interne distingué des hôpitaux de Lyon, le docteur Poyet, médecin à Feurs.

Voici le fait. Sept ou huit mois après la mort de son mari, la veuve Surgey intenta un procès en dommages-intérêts contre notre confrère, à raison des soins qu'il avait été appelé à donner à Jean-Pierre Surgey, qui s'était fracturé la cuisse gauche en tombant d'un lieu élevé. La veuve Surgey fondait sa demande sur les faits suivants: 1° M. Poyet aurait refusé de s'adjoindre un autre médecin; 2° il aurait, pendant la période du traitement, annoncé un commencement de consolidation; 3° enfin il n'aurait pas fait connaître à la famille Surgey la gravité de l'accident. (*Id.*)

Nous espérons que notre confrère nous tiendra au courant de l'issue qu'aura eu cette affaire.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

 N° 21. — JEUDI 19 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL NECKER (M. Civiale). Urétrotomie d'avant en arrière. — Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol, etc. — Académie de médecine, séance du 17 février.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1852.

Séances des Académies.

L'enceinte de l'Académie de médecine était remplie hier comme en un jour de fête. C'est à M. Piorry que revient le mérite de cette animation inaccoutumée, et nous nous plaisons à dire que c'est un mérite véritable; ne peut pas qui veut exciter ainsi l'intérêt public sur une discussion scientifique ! Nous devons encore louer dans M. Piorry la mesure et la convenance parfaites dans lesquelles il s'est maintenu pendant tout son discours et qui ont heureusement contrasté avec son allocution de la séance précédente. Mais là doit se borner notre approbation. Pour tout ce qui concerne le fond, M. Piorry a affirmé qu'il était dans le vrai et que M. Grisolle était dans le faux; mais nous avouons que ses preuves ne nous ont pas semblé en rapport avec ses affirmations ; quelquefois même elles nous ont paru tout à fait contraires les unes aux autres : ainsi, dans un endroit de son discours, M. Piorry affirme qu'il n'a donné *le* sel qu'après s'être assuré, par l'existence de stades bien caractérisés, de la précision du diagnostic; dans un autre endroit, il dit qu'il aime mieux s'en fier à la sensation du doigt qu'à des symptômes et à des renseignements souvent fallacieux, et il reproche même à M. Grisolle de ne savoir pas reconnaître la fièvre intermittente dans les rémissions qu'éprouvent certaines fièvres continues. Enfin, M. Piorry ne nous paraît point s'être justifié du reproche que lui avait adressé son contradicteur, d'avoir confondu ce qui était le résultat de la marche naturelle de la maladie d'avec ce qui appartenait à l'influence du médicament.

Les nombreux exemples cités dans le remarquable discours de M. Michel Lévy, quoique manquant peut-être de cette précision rigoureuse qu'on doit désirer dans de pareilles questions, n'ont pas peu contribué à nous confirmer dans notre manière de voir, qui a été certainement celle de toute l'Académie. Comment supposer, en effet, que des médecins qui pratiquent sur le théâtre par excellence, que nos médecins militaires d'Afrique, de Corse et d'Italie, auraient renoncé à un médicament qui serait aussi précieux que le sel marin, s'ils lui avaient reconnu quelque efficacité ? Une telle supposition est, on en conviendra, peu admissible, et il aurait fallu au savant professeur de la Charité des faits bien rigoureusement observés et décrits pour rendre cette supposition probable. L'Académie n'a pas cru que les faits de M. Piorry fussent suffisants, puisqu'elle les a renvoyés à la commission des succédanés du quinquina, dont précisément M. Grisolle est nommé rapporteur. Malgré cette dissidence, nous nous associons de grand cœur aux justes éloges que M. Lévy a décernés aux travaux de M. Piorry, sans nous associer aux critiques, quoique légères et indirectes, que le même orateur a adressées à M. Grisolle. Nous ne croyons pas, en effet, que M. Grisolle ait eu l'intention de nier, encore moins de ridiculiser par une critique spirituelle les services que M. Piorry a rendus à l'art du diagnostic. M. Grisolle n'a pas parlé de ces services, parce qu'ils ne faisaient point partie de la question soumise à l'Académie, mais il a été loin de les nier.

Si M. Lévy a trouvé l'occasion de les louer, c'est qu'il a élargi un peu le cercle de la discussion. En thèse générale, ce serait un tort; dans le cas particulier ç'a été un mérite, tant M. Lévy a jeté d'intérêt, de vues pratiques, d'idées médicales élevées dans sa remarquable allocution.

Peut-être, si le temps nous le permettait, aurions-nous quelques restrictions à apporter aux principes qu'il a professés, quelques réserves à faire sur certaines preuves et certaines affirmations de son discours; mais quant à l'ensemble de son travail, c'est certainement une œuvre de la plus grande portée médicale, et que nos lecteurs liront avec le plus grand intérêt comme avec le plus grand fruit.

Nous voudrions avoir un peu plus d'espace pour apprécier un très bon rapport de M. Bouvier sur une préparation de quinquina présentée à l'Académie par un chimiste bien connu du monde savant, par M. Bareswil : il s'agit du *tannate de quinine*. Le défaut d'espace nous oblige à nous en tenir aux quelques mots qui précèdent.

Nous ne pouvons non plus que mentionner le rapport de M. Gibert; mais l'honorable académicien ne peut que gagner à notre silence, car son esprit habituel lui a fait défaut cette fois.

— L'Académie des sciences a entendu la lecture d'un travail intéressant de M. Claude Bernard, travail qui n'est que le développement d'un mémoire inséré, il y a quelques années, dans les *Archives générales de médecine*, et dans lequel ce savant expérimentateur a démontré les fonctions diverses que remplissent les différentes glandes qui versent leurs sécrétions dans la bouche. Ce travail, digne de toute l'attention des physiologistes, n'est pas non plus sans intérêt pour le chirurgien et pour le médecin. — H. de Castelnau.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Urétrotomie d'avant en arrière.

Avant de vous parler, messieurs, du malade que vous m'avez vu opérer dans les salles, rappelez-vous un moment les remarques que vous avez été à même de faire dans le cours de la visite, et que je vous engage à ne point perdre de vue.

Le n° 1 de la salle Saint-Vincent présente, outre d'autres lésions dont le traitement est déjà fort avancé, une nodosité circonscrite de la portion pénienne du canal, près de l'insertion antérieure du scrotum. Cette induration, assez étendue, siége à la partie supérieure, du côté des corps caverneux, et cela est tout à fait exceptionnel; car, lorsqu'une induration pareille ne fait pas tout le tour du canal, c'est qu'elle est alors bornée à la face inférieure de l'urètre. Vous avez vu qu'il nous a été facile, par le toucher, de nous rendre compte de tous les caractères offerts par cette nodosité, de la limiter, de la circonscrire, de sentir son degré de dureté, de résistance; mais c'est à une condition, c'est que le calibre de l'urètre soit occupé par une sonde. La sensation était, au contraire, vague ou nulle sans cette précaution ; aussi, ne l'oubliez pas ; le toucher offre les renseignements les plus précis sur les rétrécissements de la partie libre de l'urètre, mais pourvu qu'une sonde ait été introduite. Au contraire, de quelque manière que vous agissiez, quand il s'agit des coarctations, bien plus fréquentes, qui sont à la courbure, sous la symphyse, le doigt qui explore le canal malade à cet endroit ou n'apprend rien, ou, ce qui est plus fâcheux, croit trouver et sentir ce qui n'existe pas. Cela revient à dire que, dans la grande majorité des rétrécissements de l'urètre, la palpation fait défaut au chirurgien.

Cet homme du n° 1 est très curieux pour moi. C'est le premier malade que j'aie traité ici par la méthode des grandes incisions. Un seul mot vous montrera le bénéfice qu'il en a retiré.

Avant 1843, il n'avait jamais manqué de venir passer son quartier d'hiver à l'hôpital, rentrant toujours avec l'urètre aussi étroit. A cette époque, son rétrécissement fut largement incisé, et il est resté huit ans et demi sans être obligé de revenir nous trouver.

Nous avons plusieurs rétrécissements qui, depuis assez longtemps déjà, ne sont pas encore franchis; et cependant nous ne nous rebutons pas. Croyez-vous que ce que nous avons fait pour eux soit perdu ? En aucune façon. Rappelez-vous ce que nous disait l'homme du n° 3, à la salle d'en bas. Quand il est entré, il pissait avec une difficulté extrême; son ventre était gros, distendu par la vessie, qui remontait presque à l'ombilic ; ainsi, le réservoir urinaire ne se vidait pas. Cela nous avait paru de mauvais augure, et nous pensions déjà que peut-être, chez lui, il nous faudrait recourir à un de ces moyens extrêmes et dangereux qui sont souvent l'écueil du plus habile et du plus prudent. Cependant, nous passâmes plusieurs bougies fines, dont la pointe seule s'engageait de quelques millimètres dans le commencement du point rétréci. L'homme les gardait ainsi deux ou trois minutes. Nous n'avons pas dilaté son canal, et cependant voyez quel changement ont amené les bougies ; il ne souffre plus; il pisse par un jet continu et soutenu; sa vessie se vide entièrement. Il se trouve à moitié guéri, et pourtant il a un rétrécissement non franchi jusqu'à présent.

Au sujet de cet homme du n° 3, je terminerai par une remarque. Vous m'avez vu tout à l'heure, en dernier lieu, pénétrer jusqu'à son rétrécissement avec une algalie métallique d'un petit calibre.

Dans ce cathétérisme incomplet, le méat urinaire touchait presque le pavillon, et nous étions pourtant loin de la vessie, où vous auriez pu croire que nous avions pénétré. Cette illusion provient de deux sources : l'élongation du pénis, qui peut être portée très loin; et en second lieu, le *refoulement* en arrière de la portion rétrécie. Ce refoulement peut être quelquefois de plus d'un pouce; et dans l'appréciation du siége d'un rétrécissement, la possibilité de ce fait ne doit jamais être perdue de vue.

Ne pas forcer, messieurs, est une règle absolue et constante pour nous. Aussi, l'opération longue et difficile que j'ai tout à l'heure pratiquée devant vous sur l'homme du n° 5 (pavillon d'en haut) est, pour moi, la limite extrême des manœuvres auxquelles m'ont quelquefois, mais bien rarement, obligé certains cas difficiles de rétrécissements urétraux. En effet, cet homme du n° 5 est un exemple de ce qui peut s'offrir de plus embarrassant dans la pratique. Vous savez que l'obstacle qu'il présente un peu au delà du milieu de la portion libre de l'urètre est tout à fait infranchissable. Il a déjà été traité inutilement par plusieurs chirurgiens; et depuis trois semaines qu'il est chez nous, nous n'avons absolument rien gagné dans nos tentatives. Il offre une tumeur dure, volumineuse, qui embrasse le bas du pénis à son milieu. Sur le centre de la face antérieure du scrotum, se voit une fistule par où s'échappe la plus grande partie du contenu de la vessie. Cette tumeur considérable qui entoure le trajet fistuleux est très fâcheuse pour notre exploration; car non-seulement nous ne pouvons pénétrer dans son rétrécissement, mais, à cause de cette complication, le toucher ne peut rien nous apprendre sur la longueur des rétrécissements, sur le nombre de ceux-ci, s'il en existe plusieurs ; et rien pourtant de plus précieux à connaître pour arriver à traiter sûrement la maladie.

L'autre jour, en introduisant une bougie dans l'urètre, nous l'avons vu sortir par la fistule. Donc celle-ci s'ouvre en avant du rétrécissement, ce qui n'est pas l'ordinaire, mais ce qui n'est pas non plus très rare; car, ainsi que je vous l'ai dit plusieurs fois, tout le monde a noté les désordres que subit l'urètre derrière le rétrécissement. On a négligé de dire que la portion du canal antérieure à la coarctation est souvent elle-même malade d'une façon analogue.

Quoi qu'il en soit, tous nos essais étant inutiles chez cet homme, je me suis décidé à faire, chez lui, l'urétrotomie d'avant en arrière. Vous avez facilement compris le mécanisme des instruments qui ont fonctionné sous vos yeux. Ce sont d'abord des stylets métalliques de différents calibres. Ces tiges rigides, une fois que l'urètre est habitué au contact des corps étrangers, comme dans le cas actuel, permettent des recherches impossibles avec des bougies flexibles. Avec eux, immédiatement avant d'opérer, on mesure exactement à quel endroit commence la nodosité, si l'instrument s'engage, et de combien. Une fois sûr du terrain, on emploie l'urétrotome destiné à agir d'avant en arrière. Cet instrument est parfaitement simple. C'est une gaîne aplatie taillée en biseau et se terminant en pointe mousse. Cette gaîne cache dans son intérieur une lame; à la partie supérieure de la lame, et faisant corps avec elle, est un très petit stylet boutonné, d'une longueur d'un centimètre et demi environ, continuant en ligne droite le dos de la lame, par conséquent un peu reculé par rapport au tranchant. En bas, à son autre extrémité, la lame se termine par une rondelle qui sert de poignée. Dans ce sens, elle sort de la gaîne d'une étendue égale au tiers de sa longueur, et porte un curseur muni d'une vis de pression qui sert à fixer son degré de sortie. Une virole, également avec une vis de pression, immobilise la lame dans la gaîne, lors de l'introduction de l'instrument. Vous êtes habitués à cette forme aplatie qu'offre cet urétrotome, que vous observez dans la portion courbe de nos lithoclastes, et dont M. Reybard, pour les urétrotomes, a, l'un des premiers, bien apprécié les avantages. En effet, la flexibilité de l'urètre se prête très bien à leur introduction sans en être violentée.

Vous m'avez vu quitter assez vite le stylet boutonné et le remplacer par l'urétrotome, en faisant sortir de la gaîne sur le rétrécissement non la lame elle-même, mais la tige olivaire, qui la surmonte d'environ 15 millimètres. Dès que j'ai senti le bout de l'instrument engagé, j'ai pratiqué à plusieurs reprises la section, en poussant le conducteur du même coup que je retirais la gaîne, afin que le haut de la lame, mise à nu, coupât le bord antérieur de la coarctation. Vous voyez qu'on n'arrive qu'à des résultats partiels et incomplets dans ce cas. L'opération ne peut être achevée qu'en plusieurs séances, suivant l'étendue de la nodosité.

Chez notre homme, nous avons gagné quelque chose; mais les manœuvres ont été longues, parce que le bout cylindrique de l'instrument s'engageait très peu. Dans l'intervalle des opérations, nous aurons soin d'introduire des bougies dans la partie déjà divisée, afin d'empêcher les lèvres de la petite plaie de se rapprocher.

Telle est cette méthode, tout exceptionnelle, de l'urétrotomie d'avant en arrière. Nous ne l'avons ici pratiquée que pour arriver à faire l'*urétrotomie d'arrière en avant,* que vous m'avez déjà vu pratiquer un grand nombre de fois, et qui, en effet, est aussi prompte, aussi brillante, aussi sûre dans ses résultats que l'autre est chanceuse et incertaine. C'est sur cette véritable urétrotomie que je veux prochainement appeler votre attention. Dr Ad. RICHARD.

RECHERCHE DE L'IODE

dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont;

Par Ad. Chatin,

Docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur titulaire à l'Ecole de pharmacie de Paris.

(Suite. — *Voir* les numéros des 10, 24 et 31 janvier.)

Au moment de rechercher les rapports que les faits précédents peuvent avoir avec le goître et le crétinisme, je veux marquer la différence profonde qui sépare les premières parties de ce travail de la suivante. Les unes appartiennent presque exclusivement à la statistique, qui comptera par elles quelques observations exactes de plus; l'autre se compose surtout d'appréciations dans lesquelles j'ai pu me tromper. En ce cas, mon erreur sera d'autant moins dangereuse que l'opinion, actuellement très prévenue, et non sans motifs, contre les recherches ayant pour objet la détermination des causes du goître, est plus disposée à ne pas l'accueillir. Un autre motif rassure d'ailleurs ma conscience sur la suite de la fausse route que je pourrais faire, c'est que je conclus à l'action prophylactique de l'iode, et qu'on est à peu près d'accord pour admettre que ce principe ne donne du moins pas le goître (1).

QUATRIÈME PARTIE. — Appréciation.

Peut-on, en ayant égard à la *somme* d'iode répartie soit dans l'air, soit dans les eaux, soit dans le sol et les productions alimentaires, reconnaître qu'il y a coïncidence entre l'abondance de ce principe et l'absence complète du goître et du crétinisme, entre sa diminution progressive et le développement correspondant de ces maladies? Cela me paraît résulter non-seulement des observations prises dans leur ensemble, mais encore de quelques faits spéciaux.

Il peut sembler inutile de faire ressortir l'accord général qui existe entre l'endémicité du goître et du crétinisme et l'absence à peu près complète de l'iode dans les vallées de l'Isère, de l'Arc et de la Doire-Baltée, entre l'état médiocrement ioduré des contrées situées autour de Gênes, de Turin, d'Ivrée, de Chambéry, de Grenoble, de Lyon, de Vienne, de Clermont et d'Aigueperse et l'existence dans les mêmes contrées d'un certain nombre de goîtreux; entre la richesse en iode des aliments, du sol, de l'eau et de l'air de cette grande partie de la France (et sans doute du monde), dont Paris peut être considéré comme le type, et la bonne constitution de ses habitants. Considérée à un point de vue général, cette coïncidence frappe trop les yeux dès qu'on se reporte à nos analyses et à ce que tout le monde sait des pays où elles ont été faites pour que nous nous y arrêtions. Ce sont les faits de détail, soit qu'ils se présentent comme confirmatifs, soit qu'ils s'élèvent avec le caractère d'objections, qu'il importe surtout d'examiner. J'en expose quelques-uns.

M. Boussingault nous apprend (*Ann. de chimie et de physique*, t. XLVIII) qu'à Cartago, dans la vallée du Canca, et à Sanson, dans la province d'Antioquia, où l'on faisait usage de sels dans lesquels il a reconnu la présence d'une quantité appréciable d'iode, le goître était inconnu, quoique les conditions générales fussent les mêmes qu'à Mariquita et à Santa-Fé de Bogota, où cette maladie est endémique. Cet illustre chimiste ajoute que le goître a reparu à Cartago depuis qu'au sel iodifère des salines de Galinde on a substitué en partie le sel non-ioduré de Zépaquira; que, bien longtemps avant la découverte de l'iode et de ses propriétés spécifiques, l'eau mère iodée de la saline de Gnaca était (ainsi que nos sachets d'éponges calcinées) prônée comme un remède efficace contre le goître; que les personnes atteintes de cette affection se guérissent par le seul séjour dans les provinces d'Antioquia, où l'on n'emploie que des sels iodurés; et, enfin, qu'une famille d'Antioquia, dans laquelle on se mit à purifier le sel pour lui ôter sa saveur amère, perdant ainsi l'iode dans les eaux mères, ne tarda pas à ressentir le goître.

Peu de bouteilles des eaux de Challes et de San-Genisio, quoique ne contenant que quelques milligrammes d'iodure, suffisent aux médecins piémontais pour faire disparaître le goître chez les personnes encore jeunes.

J'ai vu à Vignetan, hameau de la Perrière en Tarentaise, une femme née à Villars-Nau, qu'elle quitta il y a quelques années, portant un gros goître, pour se rendre à Arles, puis à Paris, où son infirmité disparut après un séjour de quelques mois. Le même fait se reproduisit chez sa sœur.

A Coïse près Montmélian sont deux sources, dont l'une donne le goître, que l'autre *fait disparaître*. Je n'ai pas trouvé d'iode dans la première, tandis que la seconde en renferme à peu près 1/30e de milligr. par litre d'eau.

M. le docteur Domenget me confia, à mon passage par Chambéry, l'analyse de trois eaux, dont l'une ne fournit pas d'iode, dont une autre fut trouvée médiocrement iodurée, tandis que la dernière se rapprochait de l'eau de la Seine (elle contient 1/200e de milligramme d'iode par litre). M. Domenget m'apprit que la première était l'eau de l'Eisse, torrent qui se précipite des Bauges dans une gorge, où il sert aux usages d'une population de goîtreux; que la seconde n'était autre que l'eau des fontaines de Chambéry (venant de Saint-Martin), ville où le bronchocèle, quoique rare, n'est pas inconnu; et, enfin, que la troisième venait de la belle source Saint-Vincent, qui préserve, dit-on, du goître les habitants qui se donnent la peine d'aller y puiser.

Monseigneur Billiet a raconté l'histoire de cette famille du Puiset, hameau de Planaise, qui en buvant de l'eau de citerne échappa au goître, dont étaient atteintes les 18 autres familles du hameau qui ne consommaient que des eaux de puits. Or, j'ai trouvé l'eau de ces dernières séléniteuse, privée d'iode, et la commune de Planaise est, comme Montmélian, placée dans une zone où les eaux pluviales sont encore un peu iodurées.

Cette famille de Socorro, que M. Boussingault nous apprend s'être toujours soustraite au goître en ne consommant que des eaux de pluie, n'a-t-elle pas dû aussi l'immunité dont elle a joui à la petite quantité d'iode qui dans cette contrée peut être empruntée à l'atmosphère?

S'inspirant des observations faites par M. Boussingault dans les Cordillières de la Nouvelle-Grenade, M. Grange aurait employé avec succès dans quelques villages de la Savoie les sels iodurés pour s'opposer à la production du goître.

M. le docteur Mottard, de Saint-Jean-de-Maurienne, est tellement convaincu que pour améliorer l'état des goitreux il suffit de quitter les grandes vallées des Alpes pour le séjour à Chambéry, à Turin, à Alexandrie (contrées moins pauvres en iode) qu'il se refuse aujourd'hui à faire exempter du service militaire pour cause de goître.

Je viens de citer quelques faits où la présence de petites quantités d'iode a suffi pour faire disparaître le goître ou s'opposer à son développement; en voici quelques autres, parmi les moins connus, offerts par des personnes qui ont été prises de l'affection morbide parce qu'elles ont quitté une contrée plus ou moins riche en iode pour un pays placé relativement dans des conditions différentes; plus rarement parce que, quoique placées sur un sol et dans une atmosphère iodurée, elles ont fait usage d'eaux privées d'iode.

Le savant botaniste Brébisson quitte la zone de Paris pour les Alpes, où il veut herboriser, et après quelques mois de séjour il est atteint du goître.

Un chancelier de l'ambassade de France va se fixer à Berne avec sa jeune femme, et, quoique placée dans toutes ces bonnes conditions générales que donne une grande aisance, celle-ci est prise, au bout de quelques années, d'une tumeur volumineuse au cou que M. le docteur Froissac déclare être le goître, et fait disparaître par l'iode. Cette maladie était inconnue dans la famille de la dame ainsi atteinte.

Un de mes amis, M. X..., va, aussi comme chancelier, habiter Turin avec sa femme et sa fille; et celle-ci, qui était âgée de seize ans, est prise d'une légère thyroïdite dont l'iode a bientôt raison.

A Coucy-le-Châtel et dans beaucoup d'autres localités du département de l'Aisne, on se sert d'eaux de puits privées d'iode, et le goître s'y montre assez fréquemment.

M. le docteur Emery m'apprend qu'il a vu des goîtreux dans la Brie, sur les bords du Morin, entre Crécy et Coulommiers; je m'y rends, et je constate qu'on boit des eaux dures et sensiblement dépourvues d'iodures; à Farmoutiers, aux Bordes, à la Celle-au-Boussoir, à la Vanderie, je trouve, en effet, sept femmes atteintes du goître (1).

L'analyse des eaux de Montmorency (la fontaine René exceptée) et des villages de Deuil, Engbien, Saint-Gratien, Groslay, Montmagny, compris dans sa vallée, me démontre que leurs sources, qui sortent des marnes de gypse, ne contiennent que peu ou point d'iode. Conjecturant qu'il pourrait bien y avoir là quelques goîtreux, je me rends au marché de Montmorency, où bientôt j'aperçois cinq ou six bronchocèles qui méritaient, à tous égards, d'avoir pris naissance dans les Alpes! Près de Montmorency sont Eau-Bonne, Montlignon, Piscop, Soisy, Blémur, qui possèdent des sources iodurées jaillissant des meulières et des sables, et n'ont aucun goîtreux.

M. Maumenée a fait connaître que le bronchocèle, assez commun à Reims à l'époque où l'on buvait l'eau des puits, y est inconnu depuis que la ville est alimentée par la Vesle. Or, j'ai constaté que les eaux de cette rivière sont bien iodurées, tandis que la plupart des puits de Reims sont privés d'iode.

On objectera peut-être que les contrées que j'ai visitées ne forment que la plus petite partie de celles qu'afflige le goître, ou le crétinisme, produit des mêmes causes, s'exerçant avec une intensité plus grande, et que rien ne prouve qu'ailleurs les influences soient les mêmes. A quoi je répondrai seulement que l'étude de la nature et l'état de la science médicale ne sont pas favorables à l'opinion qui voudrait attribuer plusieurs causes spéciales à une même maladie spécifique, si je ne possédais, en outre, quelques éléments obtenus par l'analyse des produits qui m'ont été envoyés de pays divers où le goître et quelquefois le crétinisme sont communs.

Je m'arrête à ces faits précis, quoiqu'il fût aisé et logique de remonter de l'analyse des eaux du Rhône, du Rhin, etc., dans lesquelles l'iode ne se trouve qu'en proportion infinitésimale, à la constitution générale des lieux, pleins de goîtreux et de crétins, où ces fleuves ont leurs sources; quoique m'appuyant sur la loi déduite du rapport inverse de l'iode et des sels terreux, je puisse affirmer que les eaux tuffeuses du village indien de la Déota, que Mac Cleland signale comme donnant le goître, sont privées d'iode, ainsi que les eaux séléniteuses des environs de Contrexeville, qu'a examinées M. le duc de Luynes.

Si l'on s'étonnait que je ne tienne aucun compte du *brome*, je ferais remarquer que j'en agis ainsi:

Parce que tout s'explique sans lui;

Parce que la spécificité de ses qualités antigoitreuses n'est pas mise hors de doute comme celle de l'iode;

Parce que la stabilité des combinaisons du brome, qui le rapproche beaucoup plus du chlore que de l'iode, ne permet pas de penser qu'il puisse d'ailleurs intervenir puissamment, comme l'iode, par sa présence dans l'atmosphère;

Parce que sa présence dans les eaux douces a été annoncée, mais non démontrée, et que personnellement j'ai toujours reconnu que ce que j'aurais tout d'abord pris pour le brome n'était autre chose que du chlore, ou du chlorure d'iode, ou de l'acide nitreux, ou de l'acide chloro-nitreux, ou un persel de fer;

Parce que, s'il était vrai, comme on le dit, que les eaux de puits et en général les eaux très chargées de sels terreux soient extrêmement bromurées, cela prouverait justement que l'action de ce corps est au moins nulle contre le goître, car il est constant que ces eaux sont en même temps et les moins iodurées et celles dont l'usage détermine le plus souvent le développement morbide de la glande thyroïde.

Si, frappé de la coïncidence remarquable qui existe entre la manifestation du goître (et du crétinisme) et une diminution toujours correspondante de la quantité normale de l'iode de l'air, des eaux et des produits alibiles du sol, et contraint par l'inexorable logique des faits, je ne suis pas libre, malgré la réserve, la défiance même que conseillent l'histoire et les difficultés du sujet, ainsi que les dispositions de l'opinion pour toute tentative nouvelle, de ne pas penser que l'insuffisance de l'iode est la cause spéciale de la maladie, et j'ajouterai, la seule cause spéciale, ce n'est pas que je ne regarde comme influences générales ou accessoires:

Avec la commission sarde, qui a fait, à l'aide des éléments recueillis par ses membres éminents, un travail d'une grande valeur et marqué au coin d'une sagacité excessive: l'*air* humide et stagnant, dont on avait pu s'exagérer l'influence avant les observations de M. Boussingault dans la Nouvelle-Grenade; les *habitations* basses, étroites, fermées, malpropres; l'exposition des villages, le défaut de *lumière*, les *vents*, en tant qu'ils sont humides et surtout qu'ils n'apportent pas d'iode; une *alimentation* pauvre en principes réparateurs, des *vêtements* sales qui s'opposent aux fonctions de la peau;

Avec M. Boussingault, l'*eau privée d'oxygène* dissous, en tant qu'altérée dans ses qualités digestives et toniques;

Avec le sentiment de tous, l'influence de l'*âge*, prouvée par la facilité relative avec laquelle les jeunes gens contractent le goître en passant d'un pays salubre dans une contrée où cette maladie est commune; celle des *sexes*, qui résulte de la fréquence moins grande du goître chez les hommes que chez les femmes, celles-ci le contractant même habituellement seules dans ce qu'on peut appeler les *localités frontières* (Lyon, Grenoble, Clermont, Brie, Soissonnais, etc.); celle du *tempérament* des individus, établie par la présence dans la même ville, dans le même village, dans une même famille placée tout entière dans les mêmes conditions, d'individus sains, d'individus simplement goîtreux, d'individus crétins; celle des *occupations* et des *habitudes*, qui paraît résulter surtout de la fréquence plus grande du goître chez les personnes qui portent des fardeaux sur la tête, sur la nuque. C'est encore dans des pays placés dans des conditions d'ioduration médiocre, dans les pays frontières du goître, que cette influence se manifeste avec évidence.

Ainsi les quelques femmes de la vallée de Montmorency qui ont le goître sont celles qui viennent habituellement au marché avec des fardeaux sur la tête. Ainsi le plus grand nombre des goîtreux qu'on voit à Royat et sur d'autres points des environs de Clermont sont des gens habitués à apporter à la ville des provisions, qui déterminent la compression de la glande thyroïde. Ainsi M. Morin racontait-il un jour, à l'Académie des sciences, que, lorsqu'il était à Strasbourg (l'analyse des eaux et des pluies de Strasbourg classe cette ville parmi celles dont l'ioduration est médiocre), deux jeunes sous-officiers qui travaillaient avec assiduité au dessin, la tête penchée sur leur col d'uniforme, furent pris au bout de quelques mois d'un goître qui disparut par le changement d'occupations pour revenir après qu'ils se furent remis à dessiner.

Et si j'admets l'influence de la *civilisation*, ce n'est pas seulement parce que celle-ci perce des routes, dessèche les marais, crée le commerce, et donne avec l'*aisance* des logements plus secs, des vêtements plus propres, une nourriture plus substantielle; c'est surtout parce qu'elle fait pénétrer chez des populations perdues dans l'isolement et jusque-là condamnées à vivre de leur air, de leur eau, des produits peu ou point iodurés de leur sol, les céréales, les vins, les animaux, tous les produits d'une nature plus favorisée, et qu'elle les appelle fréquemment à quitter leur manoir plus ou moins insalubre pour aller dans des contrées voisines respirer un air meilleur, prendre une nourriture plus riche en iode.

Si les nombreux étrangers qui chaque année vont passer plusieurs mois aux établissements de bains situés dans les contrées montagneuses des Alpes et des Pyrénées, où le goître est commun, ne contractent pas cette maladie, n'est-ce pas parce que, en outre des eaux minérales souvent iodurées (toutes les eaux sulfureuses le sont), ils font usage des vins riches en iode de Bordeaux, de Bourgogne, d'Asti, de Porto, et d'aliments tirés de contrées où le même principe se trouve en de notables proportions? Nulle part les bienfaits de la civilisation ne montrent mieux leur influence réelle, et cependant limitée, qu'à Aiguebelle, centre d'un commerce important, entourée des mines et des forges de Randan, d'Espierre, d'Argentine, traversée par la belle route du mont Cenis, qui y a partout la largeur d'une place, cette ville a vu diminuer le nombre des goîtreux et des crétins, surtout dans la classe aisée. Mais ce qui prouve bien que les *causes locales* n'ont pas cessé d'exister et d'agir, c'est que sans parler des goîtres on trouve des crétins au pied des hauts fourneaux de Randan, et que j'ai aperçu toute une famille de ces infortunés (quatre individus) se chauffant aux rayons du soleil devant leur maison placée au midi, et au milieu de la spacieuse rue d'Aiguebelle.

La commission sarde a fait connaître l'existence, dans la vallée de Gressoney (en Aoste), d'une colonie allemande, industrieuse et riche, qui n'offrait aucun cas de goître ou de crétinisme, maladies endémiques chez les habitants de la vallée de Chalant, qui seraient placés dans des conditons locales *en tout point semblables*. Ainsi énoncé, ce fait est très

(1) M. le professeur Cantu a eu la pensée du grand rôle que l'iode des eaux joue dans l'hygiène. Toutefois la haute commission de Sardaigne, dont il faisait partie, ne rappelle l'opinion du savant chimiste que pour la délaisser.

(1) A Farmoutiers, chez les femmes Faye; à Boussoir, chez la petite fille de la mère Léauté, le bronchocèle est très volumineux. Les puits Margot et de la Tuillerie, à Farmoutiers, sont les moins mauvais.

grave ; je l'enregistre, et me réserve de l'apprécier lorsque j'aurai pu l'étudier dans la vallée de Gressoney même.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 février 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Variole.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse une lettre du directeur de la maison centrale de Fontevrault (Maine-et-Loire), relative à une épidémie de variole qui a régné avec intensité dans cet établissement.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Chloroforme.

M. Sédillot, de Strasbourg, adresse une lettre sur les règles à suivre dans l'application du chloroforme.

Névralgies.

M. Cazenave, de Bordeaux, annonce à l'Académie qu'il est parvenu à traiter avec succès, depuis deux ans, deux névroses par l'application de la pommade suivante :

Chloroforme pur.	12 grammes.
Cyanure de potassium. . . .	10 —
Axonge récente.	60 —

Cire, *q. s.* pour obtenir une consistance de pommade.

Sondes en gutta-percha.

M. Cabirol, fabricant de sondes en gutta-percha, ayant reconnu que quelques-unes de ces sondes devenaient sujettes, en vieillissant, à éprouver des fractures, envoie de nouveaux modèles dans lesquels il a empêché cet inconvénient en interposant dans l'épaisseur même de la paroi des sondes un tissu fin de soie.

RAPPORTS.

Engelures.

M. Gibert lit un rapport officiel sur un médicament propre à guérir les engelures.

Après quelques observations sur la forme un peu trop légère de ce rapport, les conclusions défavorables en sont adoptées.

Tannate de quinine.

M. Bouvier lit un rapport sur une nouvelle préparation quinique, le *tannate de quinine*, préparée par M. Bareswil, et sur lequel ce chimiste avait présenté un mémoire à l'Académie. Des expériences auxquelles s'est livré M. le rapporteur, il résulte que le tannate de quinine jouit d'une efficacité à peu près égale à celle du sulfate, et qu'il a une saveur beaucoup moins désagréable.

M. Caventou fait observer que les expériences faites avec tout autre sel quinique, ou la quinine elle-même, auraient sans doute donné les mêmes résultats. L'avantage du sulfate est d'être plus soluble que les autres sels, et d'agir d'une manière plus rapide ; c'est à cet avantage qu'il doit l'inconvénient d'être plus amer que les autres préparations moins solubles. Il approuve, du reste, le travail de M. Bareswil, et s'associe aux conclusions favorables, qui sont adoptées.

Suite de la discussion sur l'emploi du sel dans les fièvres intermittentes.

M. Piorry. Quand vous me faites l'honneur de me nommer rapporteur d'une commission, je cherche à observer par moi-même, à interroger l'expérience, et à vous soumettre les résultats de mon observation ; de cette façon on transforme parfois un rapport stérile en un mémoire utile. M. Grisolle, médecin d'hôpital, fait autrement. Il préfère la critique à l'argumentation. Il vous dit n'avoir pas employé le sel marin ; il discute des opinions, combat des doctrines ; mais il ne vous apporte pas le fruit des travaux qui lui soient propres. A chacun son rôle ; je garde le mien.

Je n'ai en aucune façon manqué aux conditions d'une bonne expérimentation thérapeutique. D'abord, quoi que dise M. Grisolle, le diagnostic des cas observés a été on ne peut plus précis. Trente-sept observations recueillies par les élèves, et que j'ai déposées sur le bureau, notent pour la plupart que l'on s'est assuré qu'il y avait eu chez les malades des accès fébriles. MM. Charruaut, Chériot, Despauls, Ader, Delaunay, etc., etc., les ont constatés plusieurs fois. J'affirme que dans plus de cent autres cas j'ai pris toutes les précautions nécessaires pour être bien certain qu'il y avait des accès fébriles; seulement, et encore une fois, j'attache plus d'importance aux signes fournis par l'état matériel de la rate qu'à de petits frissons, à des chaleurs et des sueurs, qui souvent ne sont reconnus que plus difficilement; je préfère enfin m'en rapporter à ce que je touche, à ce que je vois, à ce que je mesure, qu'à des renseignements souvent fallacieux.

Comme M. Grisolle, j'admets qu'il y a fièvre intermittente lorsqu'il y a des accès constitués, des stades plus ou moins réguliers séparés par une apyrexie; mais la fièvre rémittente est pour moi une fièvre intermittente réunie à une fièvre continue, c'est-à-dire que, dans certains cas, la rate malade donne lieu à des accès périodiques chez des gens qui portent d'autres lésions qui donnent lieu à une fièvre persistante. Seulement encore, il arrive que des splénopathies chroniques donnent lieu à des accidents intermittents moins bien caractérisés que les affections aiguës de la rate. Un organe lentement malade ne peut produire les mêmes phénomènes qu'une partie récemment enflammée ou hypérémiée. Eh bien! dans plus de cent cas il y avait, chez nos malades, fièvre intermittente forte ou faible, parfois entée sur une affection continue, et cet état fébrile intermittent, bien constaté, très bien constaté, a cédé à l'emploi du sel marin.

M. Grisolle, confondant ce qui a rapport au simple retrait de la rate par suite de l'emploi du sel marin avec la question relative au point de départ des accès fébriles, cite les observations 9, 20 et 32, dans lesquelles le diagnostic de la fièvre intermittente n'a pas été, suivant lui, suffisamment caractérisé. Ces faits n'étaient relatifs qu'à l'action qu'exerce sur l'organe splénique le médicament dont il s'agit, et nullement à la fièvre considérée en elle-même. Les reproches de notre jeune collègue à ce sujet tombent donc d'eux-mêmes.

Obéissant à ses convictions anciennes, à ses idées générales sur la pathologie ; reniant les idées organiques; faisant toujours de la maladie, de la nosographie, M. Grisolle ne veut voir de fièvre intermittente que là où des symptômes bien nets, bien francs, bien dessinés, tout à fait caractérisés se déclarent ; il ne voit plus de maladie du même genre quand il n'y a plus de périodicité absolue à heure tout à fait fixe, quand un stade manque, quand les frissons sont faibles, quand leur retour présente quelque irrégularité. S'il existe un état continu sur lequel vient s'enter l'état intermittent, cela n'est plus une fièvre périodique. Il admet bien qu'une pneumonie aiguë ait des symptômes différents de ceux de la pneumonie latente ou chronique ; mais il veut que la rate malade, quelle que soit sa lésion, donne toujours lieu à des phénomènes absolument identiques, je veux dire, à une fièvre d'accès légitime. Pour moi, qui ne conçois pas une entité fièvre intermittente, mais qui vois des accès fébriles intermittents ayant lieu sous l'influence d'une rate malade, j'admets que des lésions récentes aiguës de cet organe, des splénémies causées par les miasmes des marais produisent des accès intenses et bien caractérisés ; tandis que d'anciennes splénies peu prononcées donnent lieu à des frissons, à des chaleurs, à des sueurs mal dessinés, à peu près périodiques. Que M. Grisolle recherche la maladie, moi je m'occupe surtout de l'état de l'organe malade ; voilà la différence fondamentale entre nous. Elle n'est pas seulement sur un point de la science, mais elle s'étend sur la médecine entière.

Je n'ai pas dû fonder mon diagnostic sur l'existence d'une fièvre intermittente très régulière et très aiguë, mais sûr celle d'accès fébriles, parfois peu prononcés, et dès lors mes observations conservent toute leur valeur.

Quoi qu'en dise M. Grisolle, il n'existe point de fièvre intermittente, d'accès fébriles périodiques sans qu'il y ait splénopathie ou souffrance des plexus nerveux qui correspondent directement avec ceux de la rate (plexus rénaux, spermatiques, névralgies intercostales à gauche, etc.). MM. Jacquot et Saunier ont vu les miasmes paludéens faire périr par empoisonnement du sang à un second accès fébrile sans que la rate, dit M. Grisolle, ait été trouvée volumineuse; mais des cas pareils sont très exceptionnels, et dans la manière d'observer de M. Grisolle, lui qui veut toujours attendre pour le diagnostic qu'un grand nombre d'accès se soient succédé, le poison paludéen ou *éliose* aurait fait périr avant que l'on eût pu constater l'existence d'une fièvre intermittente. Presque tous les observateurs disent d'ailleurs unanimement que dans les fièvres pernicieuses la rate est très malade.

Laissons M. Grisolle m'accuser de faire une rate à mon usage ; l'Académie jugera de la valeur de cette expression. Suivons notre collègue dans ses arguments.

La rate, dit-il, est érectile, caverneuse. Est-ce que je l'ai nié ? Mais c'est pour cela même qu'elle se gonfle rapidement sous l'influence des miasmes des marais et qu'elle décroît si vite sous l'influence du sel marin et des sels de quinine solubles. Elle augmente, ajoute-t-il, d'une manière temporaire par l'action de l'eau (bien que M. Gouraud dise l'avoir vue diminuer quand on porte de l'eau dans l'estomac). Mais ce phénomène, observé non pas sur l'homme, mais sur les animaux, n'a pas de durée et n'élucide en rien la question. La rate diminue, dit-il, par l'abstinence; cela doit être, puisqu'il en est ainsi de tous les organes. Mais en quoi cela tranche-t-il les difficultés et contredit-il mes opinions? Les anatomistes ont trouvé sur les cadavres des rates de volumes très variables : mais connaissaient-ils les affections que les malades qui les portaient avaient présentées avant de périr, et ces variations ne pouvaient-elles pas tenir à des lésions spléniques ayant existé pendant la vie et qui auraient eu pour symptômes des accès fébriles périodiques ?

Les mesures que Meckel donne à la rate sont de 4 pouces de long sur 3 de large; j'avais admis ces dimensions (*Percussion médiate*, p. 218) sur la foi de cet auteur, qui s'était fondé dans ses mesures sur des faits cadavériques dont je viens de signaler les inconvénients. Je ne donnais donc alors que 9 centimètres dans le diamètre, où maintenant je trouve qu'il y en a de 6 et demi à 7 et demi. Ce n'est donc pas 12 centimètres, comme le dit M. Grisolle, qui confond ici la mesure de la longueur de l'organe avec celle de la largeur que je lui attribuais.

Je citais plus loin 5 expériences cadavériques dans lesquelles je limitais et circonscrivais l'organe splénique avec des carrelets et où aucune erreur n'avait été commise. M. Grisolle se donne garde de parler de tels faits. Il ne fait pas même attention que c'était en arrière surtout que je percutais la rate (p. 229), et non pas dans la direction où je le fais aujourd'hui; il oublie que les premières mesures données correspondent au commencement des recherches plessimétriques (1827 et 1828), et que depuis une expérience de vingt-cinq ans m'a dû donner plus d'habileté. Quand je percutais le côté gauche, me dirigeant de haut en bas, suivant le trajet de la ligne verticale qu'il convient de suivre, je trouvais d'abord une matité légère et profonde, sans résistance au doigt, que j'ai crue longtemps appartenir à la rate et qui se rencontre à peu près dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. Depuis, il a été pour moi évident qu'elle dépendait de la présence du tube digestif recouvert par le diaphragme, et que si même la rate était là placée profondément, ces points offraient trop de variations pour servir de mesures exactes. Plus bas que les régions occupées par cette matité, se rencontre une autre sensation plessimétrique marquée par un son beaucoup plus sourd, par une résistance au doigt spéciale, et dont le caractère et le siége exact sont beaucoup plus faciles à saisir que ceux de la matité première; c'est à partir de cette dernière limite que l'on trouve une étendue de 6 centimètres et demi à 7 centimètres et demi, jusqu'au point où se rencontre le bord inférieur de la rate encore très mat. Plus bas se trouvent les sons divers dus à l'intestin.

M. Grisolle m'accuse de n'avoir pas toujours administré exclusivement le sel marin; mais il avoue lui-même que dans la majorité des cas observés il en a été ainsi. Que devient donc alors son reproche?

Me blâmerait-il d'avoir voulu savoir si l'on pouvait être plus utile en donnant successivement le sel marin et la quinine aux malades, qu'en leur administrant un seul de ces médicaments?

Je n'ai pas le moins du monde à *demander* à l'Académie l'absolution du gros péché que M. Grisolle me reproche; c'est-à-dire d'avoir tout d'abord donné le sel marin, et cela avant d'attendre quelques jours, à l'effet de bien savoir si la fièvre se serait dissipée d'elle-même. Très fréquemment il est arrivé que des malades sont restés plusieurs jours dans le service avant qu'on leur ait donné de médicament, et la fièvre durait toujours avec opiniâtreté. On donnait du sel, la rate diminuait tout d'abord, les accès fébriles étaient moins forts; ou continuait l'usage du chlorure de sodium, l'organe reprenait son volume normal et la fièvre ne reparaissait pas. Souvent il s'agissait de fièvres très anciennes contractées en Algérie, en Sologne, etc., fièvres qui avaient réitéré un nombre plus ou moins considérable de fois, qui même avaient résisté non-seulement au changement de lieu, à de nouvelles circonstances hygiéniques, mais à des doses assez considérables de quinine; fallait-il attendre pour ces malades, fallait-il les laisser souffrir, leur faire passer de nombreuses journées à l'hôpital, quand d'ailleurs on n'avait pas de doutes sur le caractère du mal, et quand on pouvait, avec du sel marin, remédier à leurs souffrances? En agissant ainsi, aurait-on fait de la pratique consciencieuse? N'aurait-on pas fait, au contraire, de cette expérimentation mauvaise contre laquelle un honnête médecin doit s'élever?

M. Grisolle m'accuse d'avoir considéré comme fièvres intermittentes des frissons erratiques ; je répète encore une fois qu'il n'en est pas ainsi, et que dans aucun cas je n'ai appelé fièvre intermittente que celle qui a été marquée par plusieurs accès fébriles constitués par des stades bien dessinés. Certes, je n'ai pas été témoin de tous ces accès; certes, je m'en suis souvent rapporté, pour en admettre l'existence, au dire du chef de clinique, de l'interne et des sœurs et des malades eux-mêmes, qui savent tout aussi bien que le médecin s'ils ont ou non éprouvé les trois stades fébriles ; mais j'ai agi en ceci comme tous les médecins d'hôpitaux; et, mieux qu'un assez bon nombre d'autres, j'ai trouvé dans le diagnostic de l'augmentation du volume de la rate un document d'une extrême importance.

M. Grisolle veut bien accorder que le sel marin diminue la rate. Mais, dit-il, d'autres médicaments produisent cet effet sans guérir la fièvre, et il parle de la strychnine! il suppose que le camphre et l'acétate de morphine produisent cet effet. Mais sait-il bien si ces médicaments ne remédient pas aux accès fébriles, lui qui met tout en doute?

Puisque toutes les objections de M. Grisolle sont tombées, ses conclusions ne sont pas un moment soutenables.

Je persiste donc, messieurs, dans les conclusions de mon rapport, et je crains bien qu'il ne reste des objections de M. Grisolle que la forme dont il a entouré son argumentation.

M. Lévy. L'une des conclusions qui terminent le rapport de l'honorable M. Piorry est ainsi formulée : « Dans les hospices civils et *militaires*, dans les établissements de bienfaisance et de secours à domicile ; dans les armées, et notamment en Algérie; dans les pays pauvres, tels que la Sologne et la Bresse ; dans les lieux, enfin, où les splénopathies sont endémiques et aussi fréquentes que sujettes à récidives, l'emploi du sel marin peut être d'une immense utilité; il peut diminuer considérablement les frais du traitement des fièvres d'accès, etc. »

Il y a là, comme vous le voyez, une sorte d'appel à la médecine militaire. Mon devoir est d'apprendre à l'Académie que cet appel a été devancé ; mais, avant d'exposer les résultats obtenus dans l'armée, je demanderai la permission de faire remarquer à l'honorable rapporteur que les hôpitaux militaires ne peuvent être rigoureusement classés parmi les établissements de charité publique. Les jeunes gens que la loi appelle annuellement sous les drapeaux ont droit aux soins qui leur sont donnés avec un si noble dévouement dans les établissements hospitaliers de l'armée ; l'Etat acquitte envers eux une dette sacrée et par la préservation de leur santé et par le traitement de leurs maladies. Cette différence qui porte sur le principe même des institutions civiles et militaires n'était pas inutile à noter ici, car elle marque la limite des préoccupations d'économie que permet le traitement des soldats malades ; elle fait comprendre dans quelle mesure la médecine militaire peut se prêter aux innovations et aux expérimentations. Le conseil de santé des armées s'est toujours appliqué à étudier avec impartialité, à fixer avec prudence la limite sévère du progrès et du hasard dans la thérapeutique des hôpitaux militaires.

Quant au sel marin, tout médecin militaire peut le prescrire sous sa responsabilité dans le traitement des fièvres intermittentes, comme toutes les substances inscrites au formulaire de nos hôpitaux. Dès 1849, M. le docteur Colette, médecin en chef de l'hôpital militaire de Béfort, l'a fait prendre à un certain nombre de fiévreux. Je n'ai point trouvé dans les documents du conseil de santé de renseignements exacts sur les résultats qui lui a fournis cette médication ; mais ils n'ont pas dû répondre à son attente, puisqu'il y a renoncé. En 1850, pendant que j'étais encore médecin en chef du Val-de-Grâce, M. le docteur Cazalas, ancien professeur de cette Ecole, y a donné le chlorure de sodium à 7 malades atteints de fièvre intermittente ; 4 ont guéri, 3 n'en ont retiré aucun avantage. Hâtons-nous d'ajouter que les fièvres qui ont guéri après l'administration du sel marin se sont montrées en octobre et en novembre; qu'en moyenne, ces quatre malades avaient éprouvé chacun six accès environ avant d'entrer à l'hôpital; qu'après leur admission, ils ont eu encore quatre ou cinq accès fébriles, et que l'administration du sel marin n'a pas été suivie de la cessation immédiate des accès. La guérison a exigé trois doses de sel, et l'on a compté encore deux accès après la première dose; la dose moyenne de chlorure de sodium a été de 39 grammes, et la quantité totale par traitement et pour chaque malade s'est élevée à 148 grammes. — Sur les trois cas de fièvre qui ont résisté au sel marin, deux étaient de première invasion, un seul était récidivé.

On voit que dans les quatre cas heureux la guérison n'a été obtenue qu'après le douzième ou treizième accès, dans la saison où les fièvres offrent à Paris le moins de résistance. Peut-on assurer qu'elle est due au sel marin? N'est-on pas fondé à croire que les fièvres qui paraissent avoir cédé si tardivement au sel marin se sont épuisées spontanément? Mode de terminaison très fréquent à Paris, même en été, et plus fréquent encore pendant l'hiver.

Que si l'on veut absolument faire honneur au sel marin de ces quatre guérisons lentes et laborieuses, on ne contestera pas au moins ces deux conclusions que nous tirons tout de suite : 1° au Val-de-Grâce, la proportion des guérisons aux insuccès a été de 4/7°; 2° un fébrifuge dont l'action ne paraît assurée que dans cette proportion et se manifeste avec cette lenteur ressemble peu à un spécifique; il ne saurait trouver place dans la thérapeutique des endémies palustres de l'Afrique; son emploi y serait aventure et péril.

Au mois de juillet 1851, M. le docteur Herbin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Mont-Louis, a adressé au conseil de santé deux observations de fièvre intermittente guérie par le chlorure de sodium ; la première se rapporte à une fièvre double quotidienne, accès le matin, accès le soir. La première dose de sel marin (20 grammes) provoque un vomissement et deux garde-robes en diarrhée. Après trois doses, suppression de l'accès du matin ; celui du soir ne disparaît qu'après la quatrième dose. Est-ce là un succès? La seconde observation est trop incomplète pour autoriser une appréciation. Enfin, dans ma récente tournée d'inspection en Afrique, un médecin m'a déclaré avoir tenté sans succès l'emploi du sel marin; la même déclaration a été faite par trois autres médecins des hôpitaux de la province d'Oran à mon honorable collègue M. Vaillant, qui inspectait cette province en même temps que je visitais celle de Constantine.

Je regrette de n'avoir pu prévoir cette discussion, et de n'avoir recueilli sur place des renseignements détaillés ; mais le fait de l'abandon du chlorure de sodium en Algérie est assez significatif. Soyez certains que, si nos médecins qui ont l'esprit tourné à la recherche des succédanés du sulfate de quinine, avaient tiré quelque parti du sel marin, ils auraient insisté sur l'usage de cette substance et se seraient appliqués à la faire prévaloir.

Au demeurant, le sel marin a été essayé et abandonné par les médecins militaires, à Béfort, à Paris et dans trois ou quatre localités des provinces d'Oran et de Constantine; il compte deux succès

douteux à Mont-Louis, que son climat et sa situation ne sauraient ranger dans la catégorie des localités véritablement marécageuses.

Si les résultats de la pratique militaire infirment les propriétés fébrifuges que l'on prête au sel marin, les observations de M. Piorry sont au moins insuffisantes pour les démontrer; je n'examinerai pas la méthode qui a présidé à ses recherches et à la rédaction de son rapport; cette tâche a été remplie par notre collègue M. Grisolle, qui n'a rien laissé à faire à la critique; il s'est souvenu fort à propos des préceptes que M. Chomel a si judicieusement développés dans le chapitre XIX de ses *Eléments de pathologie générale*, et il en a fait une stricte application à l'analyse du travail de M. Piorry; à ces principes régulateurs de l'expérimentation thérapeutique, je voudrais en ajouter un qui trouve ici sa place : il est des médicaments qui ne peuvent être expérimentés partout avec la même efficacité; il est des épreuves thérapeutiques qui ne deviennent complètes que dans certaines conditions de climat et de localité. Paris est-il un théâtre bien choisi pour juger à fond l'action des fébrifuges? Est-ce dans les salles des hôpitaux civils de Paris que le médecin est autorisé à proclamer les succédanés du quinquina? Vous savez, messieurs, qu'une commission nommée par la Société de pharmacie de Paris est appelée, elle aussi, à prononcer sur la valeur de plusieurs substances ou préparations proposées comme succédanés du sulfate de quinine; la plupart de ces médicaments paraissent avoir été essayés avec quelque avantage dans des localités de province où les fièvres sont bénignes; l'un d'eux l'a été à Paris et, dit-on, avec succès. Le ministre de la guerre, sur l'avis du conseil de santé, s'est intéressé à ce concours et a autorisé des épreuves, qui ont eu lieu simultanément à Perpignan, en Corse et récemment sous mes yeux à Rome; eh bien! messieurs, les résultats n'ont pas répondu à ceux de Paris. C'est qu'à Paris les fièvres d'origine locale ont peu de gravité, et celles qui y sont importées tendent à décroître, à s'éloigner; les fièvres de première invasion, que j'ai traitées en si grand nombre pendant quatorze ans au Val-de-Grâce, n'ont offert qu'une minime proportion de cas rebelles; elles cèdent, pour la plupart, à des médications variées; le régime hygiénique, l'expectation ont souvent suffi pour les guérir. Les fièvres de Corse et d'Afrique s'améliorent rapidement à Paris; rien n'est plus facile que d'en couper les accès; ce qui résiste, c'est l'engorgement splénique, c'est l'anémie qui les accompagne, c'est l'état cachectique qui résulte de leur invétération ou de la fréquence et de l'intensité de leurs atteintes antérieures. Voici des chiffres que j'emprunte à un travail de M. le docteur Cazalas adressé au conseil de santé : sur 150 cas de fièvres traitées au Val-de-Grâce par l'expectation, par les amers ou par les évacuants, 130 ont guéri, et sur ces 130 malades guéris, 13 seulement ont présenté des recbutes. Sur 74 cas de fièvre soumis à l'action du sulfate de quinine, ce médicament n'a échoué qu'une seule fois; or, en Corse, en Afrique, à Rome, l'efficacité du sel de quinine ne se manifeste pas dans cette proportion, et c'est là, comme vous le voyez, une contre-épreuve de la bénignité des fièvres observées à Paris. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, Paris n'est pas le terrain normal de l'expérimentation des fébrifuges; je ne prétends pas que l'on ne puisse y réunir une somme de cas propres à vérifier leur action; il se rencontre dans les hôpitaux civils et militaires des exemplaires de fièvre intermittente qui méritent de servir à la mesure du pouvoir fébrifuge de la quinine elle-même; mais faire entrer dans l'expérimentation la série ordinaire des faits que chaque jour présente au hasard, c'est en compromettre les bases et justifier dès l'abord le doute qui s'attache aux conclusions.

Personne n'a plus d'estime que moi pour les travaux de M. Piorry, et la science inscrira son nom parmi ceux des médecins qui ont contribué à l'élucidation des problèmes du diagnostic médical; mais s'il lui plaît de soutenir avec conviction une doctrine pyrétologique que les faits repoussent, il n'est pas autorisé à s'écarter des règles de l'expérimentation clinique. Il avait à étudier l'action du sel marin dans la fièvre intermittente, et il commence par la détermination de celle qu'il exerce sur la rate. Conclure de l'une à l'autre, c'est conclure de la partie au tout, c'est confondre deux résultats thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement liés. Une pareille méthode ne sera acceptée que par ceux qui admettent, avec M. Piorry, que l'engorgement splénique est la cause organique de la fièvre. Nous prévenons l'honorable rapporteur que, parmi les médecins militaires qui observent sur une si grande échelle les endémies des pays chauds marécageux, pas un seul ne partage cette vue pathogénique. Pour eux, comme pour nous, l'intumescence de la rate est l'un des symptômes profonds, l'un des caractères anatomiques de la fièvre; elle représente d'une manière palpable les localisations congestionnelles que détermine l'état fébrile, et qui ne se bornent point à la rate. Aussi, est-il des médicaments qui modifient le volume de la rate sans guérir la fièvre, et réciproquement, on trouvera peut-être des fébrifuges qui resteront sans action sur cet organe. Tel est d'ailleurs assez fréquemment le sort du sulfate de quinine; il suffit de visiter, pendant le règne des fièvres endémiques, l'un des hôpitaux de la Corse ou de l'Afrique, pour y rencontrer un grand nombre de malades qui se débarrassent de leur fièvre par le bienfait du sulfate de quinine et conservent des rates très volumineuses. Sont-ils atteints de rechute, le même sel guérit encore leurs accès sans diminuer l'engorgement de leur rate. Cette lésion persiste ensuite indéfiniment sans ramener la fièvre. M. Piorry a prévu cette objection, et il explique la cessation des accès fébriles par les modifications profondes que la rate a éprouvées dans sa texture, par ses métamorphoses de tissu, par l'altération de sa trame nerveuse. Tous les termes de ce raisonnement sont contestables; rien ne prouve que chez les individus à grosse rate, et qui n'ont plus d'accès fébriles, cet organe soit profondément altéré dans sa texture, et même métamorphosé. Nos médecins d'Afrique ont souvent l'occasion de vérifier le contraire par des ouvertures cadavériques. Sans doute la rate peut se montrer ramollie, indurée, etc.; mais interrogez ceux qui ont observé sur les théâtres des grandes endémies palustres, le cas ordinaire est celui du simple engorgement splénique. Autre objection non prévue par le savant rapporteur : il est des engorgements spléniques d'emblée; je veux dire non précédés de fièvre, et qui sont l'expression d'une sorte d'acclimatement exagéré. Dans les pays chauds et marécageux, tous les nouveaux venus ne subissent pas, suivant un mode uniforme, les effets de l'impaludation; les uns, et c'est le plus grand nombre, réagissent et développent la série progressive des types fébriles, depuis la fièvre éphémère jusqu'à l'accès pernicieux, depuis l'intermittence la plus tranchée jusqu'à la continuité; d'autres éprouvent graduellement, et sans troubles manifestes, une sorte d'imprégnation miasmatique; ils s'altèrent dans leur constitution; ils se décolorent; ils arrivent à un état analogue à celui que les paysans de la Bresse désignent sous le nom de *traîne*. Si vous percutez, chez eux, l'hypochondre gauche, vous constatez la tuméfaction de la rate, quoiqu'ils n'aient pas eu la fièvre; c'est là une forme lente de l'intoxication palustre.

Considérer la lésion splénique comme la cause des manifestations fébriles, c'est se refuser à la vue d'ensemble de tous les éléments d'un état morbide; prendre l'engorgement de la rate pour la pierre de touche des fébrifuges, c'est déplacer la base de l'expérimentation clinique.

Mais en refusant à cette lésion l'importance pathogénique que lui accorde M. Piorry, et tout en reconnaissant qu'on l'observe dans d'autres affections qui n'ont point d'affinité constatée avec les fièvres de marais, nous la notons comme l'un des phénomènes organiques les plus constants qui coïncident avec les accès fébriles; et sans disserter sur les dimensions mathématiques de la rate, sans faire valoir des différences de volume qui se traduisent en millimètres, nous affirmons que dans les fièvres intermittentes de récente invasion, et alors que la rate n'a pas encore subi d'altération permanente de texture et de volume, la percussion journellement exercée permet de vérifier le rapport de ses variations de dimensions avec l'état fébrile et l'apyrexie, souvent même avec le nombre et l'intensité des accès fébriles qui se succèdent. Que M. Piorry ait varié lui-même dans l'appréciation des dimensions normales de la rate, peu importe; il n'est pas facile d'arriver exactement à ce genre de détermination, et l'on ne peut que louer les efforts persévérants d'un investigateur dont personne ne méconnaît la ferveur et l'habileté. Quoi qu'il résulte des expériences des physiologistes et des vétérinaires, c'est un fait depuis longtemps acquis à l'observation clinique que le gonflement de la rate sous l'influence des accès fébriles. Ce fait se montre plus constamment encore quand les accès se sont répétés, et il ne manque presque jamais chez les sujets atteints de la cachexie de marais. Hippocrate le signalait chez les habitants des rives du Phase, et il n'est pas un praticien des pays marécageux qui ne l'ait vérifié. Une mission officielle m'a conduit récemment dans trois pays également connus par la gravité de leurs endémies palustres : la Corse, que je revoyais pour la troisième fois, l'Algérie et le bassin de Rome. Partout j'ai constaté l'engorgement splénique chez les fébricitants et chez les malades qui, guéris de la fièvre, restaient pâles et débilités; partout, quand la palpation ne suffisait pas pour le constater, la percussion avec ou sans plessimètre le mettait hors de doute. Rien de plus fréquent dans ces contrées que le développement de la rate jusqu'au-dessous de l'ombilic, et à Rome, en Afrique, nous avons retrouvé, comme il y a vingt ans en Morée et il y a dix-sept ans à Calvi, des rates qui par leur bord inférieur atteignaient à la crête iliaque. Un fait si général ne paraîtra pas indifférent aux praticiens qui ont l'habitude de ne négliger aucun élément de diagnostic et de pronostic; gardons-nous d'en exagérer l'importance, mais évitons aussi de discréditer par une critique spirituelle les résultats même provisoires de la plessimétrie; plus ou moins contestables quand ils affectent une précision que ne comporte point ce genre de recherche et que l'art n'exige point, ils ont cependant le mérite de fixer l'attention sur un signe diagnostique dont M. Grisolle a lui-même déduit d'excellentes indications.

Dans la question pratique qui a été soulevée à l'occasion du sel marin, M. Piorry n'a vu pour ainsi dire que l'état de la rate; je serais tenté de reprocher à M. Grisolle de s'être arrêté à la considération exclusive de la fièvre. L'état fébrile à différents types, comme l'intumescence splénique, n'est qu'un élément de l'endémie des pays marécageux; il faut regarder au delà des fièvres bénignes qui guérissent, au delà des fièvres pernicieuses qui tuent en quelques heures : les unes, quoique faciles à couper, récidivent et finissent par altérer l'état général; les autres, quand elles cèdent aux hautes doses de quinine, laissent dans l'organisme plus de traces qu'on ne pense et le tiennent longtemps sous l'imminence des rechutes. Pour avoir une idée complète de l'action des miasmes marécageux, il faut envisager la série entière des phases pathologiques que parcourent ceux qui restent exposés indéfiniment à leur influence ou qui ont subi d'emblée une imprégnation si énergique que, même après les accès guéris, ils ne cessent d'être malades et marchent, soit par des rechutes, soit par l'impulsion continuée de la première atteinte, vers l'état cachectique.

Or, messieurs, le quinquina répond à la série des indications thérapeutiques parallèle à la série des phases pathologiques de l'endémie des marais; il n'en est aucune où, sous une forme quelconque, il ne trouve utilement sa place; si son alcaloïde est l'agent par excellence pour rompre l'enchaînement des accès fébriles, pour combattre la fièvre à type intermittent, rémittent et subcontinu, les diverses préparations qui contiennent toute la substance du quinquina, décoction, poudre, électuaire, extrait sec et mou, vin de quinquina, contribuent efficacement à relever les forces, à corriger l'inertie fonctionnelle du tube digestif, à prévenir les rechutes; beaucoup de nos médecins, en Afrique, préfèrent le quinquina au sulfate de quinine pour combattre les fièvres récidivées, les fièvres invétérées, celles qui s'accompagnent d'anémie, d'atonie du tube digestif, etc. Le vin de quinquina est utilement employé à toutes les époques de la maladie endémique des pays marécageux.

Donc, quand on vient nous proposer un nouvel agent pour le traitement des fièvres de marais, il faut qu'il puisse remplacer non-seulement la quinine, mais le quinquina tout entier; il ne suffirait pas que le sel marin fût un fébrifuge pour devenir un succédané du quinquina. Permis aux médecins qui n'ont à combattre que les fièvres intermittentes de Paris de se préoccuper exclusivement de la suppression des accès : ils ne sont pas témoins de ces fièvres rémittentes et subcontinues qui, après une durée de sept à quatorze jours, laissent à leur suite une débilitation profonde avec pâleur générale, signes certains de l'altération du sang et de l'atteinte du système nerveux; ils n'ont pas à lutter contre les rechutes incessantes et la progression des phénomènes cachectiques. Anémie, torpeur, engorgement du foie et de la rate, diarrhée, œdèmes de la face et des extrémités, puis ascite et anasarque, hémorrhagies passives, quelquefois accidents scorbutiques ultimes, tels sont les caractères les plus saillants de cette cachexie, qui, lente à se produire dans nos climats, se multiplie en Afrique vers la fin de chaque saison épidémique et se prolonge en hiver.

Les hommes qui présentent ces divers degrés de délabrement, s'ils restent sur les lieux, sont des victimes désignées aux fièvres de l'été suivant. Pendant l'hiver, où la santé générale est excellente, beaucoup d'entre eux sont atteints d'épanchements pleurétiques, d'œdèmes pulmonaires, de pneumonies, qui n'offrent plus de prise à la thérapeutique. Voilà les malades qui font le désespoir de la médecine dans les pays chauds, marécageux, et que j'ai vus récemment en grand nombre à Philippeville, à Bône, à Batna, à Sétif et jusqu'à Biskra, mais nulle part plus détériorés et plus nombreux que dans l'insalubre presqu'île de Gigelli. Voilà des états morbides secondaires, tertiaires, qui dérivent d'une seule et même cause, l'impaludation, et qui se renforcent mutuellement. Un médicament qui ne serait que fébrifuge, comme le sel marin, répondrait-il à toutes leurs indications? — Non, parce que la fièvre, avec ou sans tuméfaction primitive de la rate, n'est que l'un des éléments du problème thérapeutique, comme elle n'est que l'un des côtés de la question pathologique. Fébrifuge et tonique, le quinquina, s'il n'est point le spécifique de l'affection palustre à tous les degrés, offre, tant par la complexité de ses principes que par ses divers modes d'appropriation pharmaceutiques, des ressources que l'on a vainement cherchées jusqu'à ce jour dans une série innombrable de prétendus succédanés.

Le sel marin aura-t-il une meilleure fortune? Les observations de l'honorable M. Piorry auront le mérite de le signaler à l'attention des praticiens; mais en présence des résultats douteux ou négatifs que son usage a donnés aux médecins militaires, j'oserais conseiller à l'Académie de n'adopter provisoirement aucune conclusion qui engage l'autorité de son jugement, et je crois répondre à ses habitudes de haute réserve en lui proposant de renvoyer les documents qu'elle a reçus, et qu'elle pourra recevoir encore au sujet du sel marin considéré comme fébrifuge, à l'examen définitif de la commission chargée de prononcer sur la valeur des succédanés du quinquina.

Je propose en outre d'adjoindre M. Piorry à la commission des succédanés.

— Après une réplique de M. Piorry et une autre de M. Grisolle, l'Académie adopte la proposition de M. Lévy, à laquelle se rallient d'ailleurs MM. Grisolle et Piorry.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Accident de l'hôtel des Princes. — HOPITAUX. — DES CLINIQUES (M. Nélaton). De l'emploi des serre-fines dans la chute de l'utérus. — SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau. — Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol, etc. (Suite.) — De la belladone comme préservatif des attaques épileptiques. — Traitement de la goutte chronique. — Académie des sciences, séance du 16 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1852.

ACCIDENT DE L'HOTEL DES PRINCES.

Aucun de nos lecteurs n'ignore sans doute l'événement tragique qui s'est passé à l'hôtel des Princes, à Paris, le 11 février courant, et dont la presse quotidienne entretient tous les jours le public. Quelques détails scientifiques sur ce triste événement, qui offre d'ailleurs, au point de vue chirurgical, des particularités dignes de l'attention de tous les praticiens, intéresseront certainement nos lecteurs.

Le mercredi, 11 février, à neuf heures et demie du soir, Mme de J... reçut à la partie antérieure du cou une balle lancée à bout portant par un petit pistolet de poche dit *coup-de-poing*.

Après avoir été visitée par plusieurs médecins, M. Alexis Favrot, son médecin ordinaire, et M. le docteur Maisonneuve, appelé en consultation, constatèrent, à deux heures du matin, l'état suivant :

« L'ouverture d'entrée de la balle se trouve au niveau du cartilage thyroïde ; le trajet du projectile est légèrement oblique en arrière et en bas, en contournant la face latérale gauche du cartilage cricoïde, sans intéresser aucun des gros troncs vasculaires ou nerveux placés dans le voisinage ; la balle est arrêtée sur le corps de la sixième vertèbre cervicale, dans laquelle elle a pénétré.

» Il ne nous a pas été possible de déterminer à quelle profondeur la balle avait pénétré dans le corps de la vertèbre ; mais quelques phénomènes, tels que fourmillements, sensation de brûlure et douleurs térébrantes que la malade éprouve dans les deux bras et jusqu'au bout des doigts, nous font penser que le corps étranger est arrivé jusqu'aux enveloppes du cordon rachidien.

» Quant à présent, l'état général de Mme de J... ne présente aucun trouble grave.

» La circulation est calme, la respiration facile, la déglutition s'exécute régulièrement, la parole n'est aucunement embarrassée ; mais il est à craindre qu'après les premières vingt-quatre heures, lorsque l'inflammation s'établira dans le trajet de la plaie, il ne se manifeste de graves accidents, tant du côté de la moelle épinière que du côté des gaînes celluleuses profondes du cou, et que la vie de la malade ne se trouve gravement compromise.

» Quelques tentatives modérées faites pour extraire la balle n'ont point amené de résultat. Nous avons dû nous arrêter devant la crainte d'achever la perforation du corps de la sixième vertèbre, de pénétrer dans le canal rachidien et de blesser la moelle épinière elle-même. En conséquence, après avoir débridé la plaie, nous avons pensé qu'il était convenable de nous borner à prévenir et à combattre les accidents inflammatoires. »

Dans les premiers jours qui ont suivi la blessure, des accidents nerveux, consistant dans une agitation extrême, jointe à une paralysie incomplète des membres supérieurs, de la vessie et des intestins, se manifestèrent. — Sept saignées de deux palettes environ ont été pratiquées dans les trois premiers jours, et 40 centigrammes d'opium ont été administrés par chaque vingt-quatre heures.

A la suite de cette médication, les symptômes ont considérablement diminué, et Mme de J... se trouve aujourd'hui dans un état très satisfaisant.

La paralysie du bras droit s'est dissipée d'une manière complète, et celle du bras gauche en très grande partie ; la vessie et les intestins ont repris leurs fonctions normales ; il y a à peine de la fièvre.

Tout fait espérer maintenant un rétablissement auquel on était d'abord loin de s'attendre.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

De l'emploi des serre-fines dans la chute de l'utérus.

(Leçon recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET.)

Au n° 15 de la salle des femmes se trouve une malade âgée de cinquante-quatre ans, d'une constitution bonne et forte, qui nous raconte les faits suivants :

Elle a eu cinq grossesses accompagnées d'un travail pénible. Elle a mis son dernier enfant au monde il y a dix ans.

Il y a cinq ans, en remuant un fardeau assez lourd, elle fit un violent effort, et éprouva au même moment une douleur vive dans les reins, du côté du bassin et des aines. Depuis cette époque, restait-elle debout, faisait-elle quelque course, où se livrait-elle aux soins du ménage, elle éprouvait dans la région pelvienne et dans les aines un tiraillement pénible. Il lui semblait qu'un corps tendait à s'échapper de la vulve. Elle put néanmoins continuer à travailler. Mais au bout d'un certain temps la douleur, la gêne augmentèrent, l'émission des urines devint difficile.

Il y a quatre à cinq mois, elle fut prise d'une rétention d'urine, et elle entra à l'hôpital. On la sonda ; puis, pour la guérir, on lui fit prendre des globules homœopathiques. Grâce à ce traitement la maladie continue, et enfin la malade entre dans nos salles.

En somme, cinq grossesses pénibles, la dernière il y a dix ans ; un violent effort il y a cinq ans ; apparition d'une tumeur vers l'orifice vulvaire.

Disons-le de suite, il s'agit d'une chute de l'utérus.

Depuis Astruc et Sabatier, qui, les premiers, ont parlé de cette affection, on a admis différents degrés de la maladie qui nous occupe en ce moment. C'est ainsi que l'on a décrit le *simple relâchement* de l'utérus, son *abaissement* et sa *chute*.

Je ne dirai rien du *simple relâchement ;* car, comme l'ont très bien fait remarquer Desormeaux et M. P. Dubois, c'est un état habituel pour beaucoup de femmes, qui n'offre rien d'alarmant dans les symptômes, et qui ne réclame pas, la plupart du temps, les secours de la chirurgie.

Dans l'*abaissement,* l'utérus descend de sa position normale, s'engage dans le vagin ; le vagin se retourne, et une portion de l'utérus est recouverte par le vagin. C'est le bout d'un doigt de gant que vous poussez à l'intérieur du gant.

Que l'utérus s'engage davantage dans le vagin, qu'il se porte vers la vulve, le vagin se trouve tout retourné. Voilà la *chute de l'utérus*. Enfin, il y a un degré où le vagin est tout retourné à partir de la vulve.

La vessie elle-même est entraînée, et nous avons pendante à l'orifice vulvaire une tumeur formée, d'avant en arrière, par la paroi antérieure du vagin, la vessie, le col et le corps de l'utérus, et la paroi postérieure du vagin. On voit encore en avant les plis, les rides dont est couverte la paroi antérieure du vagin.

Le rectum n'imite pas la vessie ; il reste en place. Il paraît que les moyens d'union qui le fixent à la paroi postérieure du vagin cèdent facilement.

Revenons à notre malade.

Nous trouvons chez elle, faisant saillie à la vulve, une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, dont le plus grand diamètre est antéro-postérieur, d'un rose vif, lisse, offrant des rides transversales à la paroi antérieure. Analysons cette tumeur.

Si on la rejette en arrière ou si on la reporte en avant, on voit qu'il y a continuité entre la muqueuse vulvaire et celle qui la tapisse. A peine existe-t-il un léger cul-de-sac sur les parois latérales, à peine peut-on faire pénétrer un bout de sonde entre la vulve et la tumeur. Derrière les rides transversales que j'ai signalées plus haut, on sent une masse flasque, molle : c'est la vessie. Si l'on cherche à faire pénétrer une sonde, et surtout une sonde d'homme, par le méat urinaire, il faut diriger l'extrémité recourbée en bas, de haut en bas, et non de bas en haut, pour l'introduire dans la vessie. Derrière la vessie, on sent par le palper une portion ferme ; c'est le col et le corps de l'utérus, dont on apprécie parfaitement la forme. Derrière eux, c'est la paroi postérieure du vagin. En bas de la tumeur, au point central, une ouverture ; c'est l'orifice du col. Bref, c'est un renversement, une chute de l'utérus à un degré moyen, avec une cystocèle vaginale.

Le diagnostic est trop simple pour nous y arrêter.

Avec une semblable affection, la malade éprouva des symptômes fâcheux, de la douleur, de la gêne, l'impossibilité presque absolue de se livrer à ses occupations, et avec cela un effet moral pénible. Mais ces symptômes, si on abandonnait la maladie à elle-même, pourraient devenir plus fâcheux encore. La tumeur augmenterait de volume, s'altèrerait par les frottements et par son exposition à l'air ; la mixtion deviendrait plus difficile. Baignée par l'urine, étranglée par l'anneau vulvaire, la tumeur pourrait s'enflammer ; on l'a vue se gangrener partiellement. Le plus souvent, les malades n'éprouvent que de la douleur et de l'incommodité, et cependant quelquefois on a vu la mort survenir à la suite d'une pareille maladie.

En présence d'une telle affection, la chirurgie ne peut pas rester inactive. Que faut-il faire ? Deux indications se présentent immédiatement :

1° Réduire l'utérus ;

2° Le maintenir réduit.

La *première indication* n'offre souvent aucun embarras. Ici la réduction est très facile. Quelquefois cependant l'on éprouve quelque difficulté, et l'on a vu des cas où il a fallu avoir recours à la compression, à l'emploi des émollients, au décubitus dorsal surtout. Desault insistait particulièrement sur la compression et la position.

Seconde indication. C'est ici que l'on a vu s'exercer la sagacité des chirurgiens. Les moyens, comme vous allez le voir, que l'on a inventés et employés pour maintenir l'utérus dans sa position sont très multipliés.

D'abord nous rencontrerons les corps étrangers de toute sorte : tampons de charpie, de cire ; pessaires, pessaires à bilboquet, pessaires de toutes formes, etc., etc. Mais ces corps étrangers sont gênants ; mais ces corps étrangers provoquent un écoulement muco-purulent abondant, désagréable. On n'en finirait pas si l'on rapportait tout ce que l'on sait des inconvénients de ces corps étrangers. Somme toute, on remédie à une incommodité par une autre incommodité, moins terrible, il est vrai, que la première.

Evidemment il y avait autre chose à faire.

C'est surtout dans notre siècle que l'on a inventé des procédés opératoires pour guérir la maladie qui nous occupe. Parmi ces procédés, les uns sont simples, les autres compliqués.

En 1823, M. Gérardin écrivait à l'Académie qu'il employait, pour guérir la chute de l'utérus, la cautérisation des parois vaginales. Cette méthode a été employée par M. Laugier, qui se servait des caustiques, et par M. Velpeau, qui préférait le cautère actuel. Tous deux y ont renoncé.

En 1836, M. Marchal-Hall a publié un autre procédé opératoire. Dans le but de rétrécir le vagin et par contre d'empêcher l'utérus de descendre, il taille sur la face antérieure de la tumeur un lambeau à l'aide de deux incisions parallèles. Il excise ce lambeau, et réunit les deux bords de la plaie par une suture. Mais ce procédé a deux inconvénients : d'abord il n'est pas facile de tailler ce lambeau, ensuite l'on est bien près de la vessie. C'est cette dernière considération qui a sans doute guidé les chirurgiens, M. Hirland entre autres, quand ils ont proposé de tailler deux lambeaux sur les parties latérales de la tumeur. Cette opération a été pratiquée cinq fois par M. Bérard jeune ; elle l'a été aussi par M. Velpeau, qui faisait trois pertes de substance au lieu de deux. M. Velpeau, M. Bérard ont renoncé à ce procédé opératoire.

Vers 1840 paraît une nouvelle méthode, présentée par M. Jobert (de Lamballe). C'est le cystocèle qui préoccupe surtout M. Jobert. Il veut renforcer la paroi du vagin dans le point qui correspond au bas-fond de la vessie. Cette paroi, en perdant de sa longueur, tirera sur l'utérus de bas en haut, et ramènera l'utérus dans le vagin. M. Jobert, à l'aide du nitrate d'argent, détermine sur la paroi vaginale deux eschares à deux pouces l'une de l'autre ; quand les eschares vont se détacher, il les avive, et il cherche à faire contracter des adhérences entre les deux surfaces avivées. La paroi antérieure du vagin est renforcée, mais elle est raccourcie, et l'utérus ne peut pas remonter. C'est pour parer à cet inconvénient que M. Jobert en vint à faire deux sutures latérales, au lieu d'une suture antérieure. Cette méthode n'a pas été suivie.

M. Dieffembach cherche à imiter la conduite que suivait Dupuytren dans les cas de chute du rectum. Cette opération n'a pas été suivie de succès.

Dans ces derniers temps, M. Frick a eu recours à un autre procédé. Il pratique une perte de substance à l'entrée du vagin d'un côté, une autre perte de substance du côté opposé ; il rapproche les deux plaies, les réunit, et ferme ainsi l'ouverture du vagin, en ne laissant que deux petites ouvertures, l'une en haut, l'autre en bas ; il fait une véritable périnéorrhaphie (épisiorrhaphie). Il y a eu quelques succès ; on parle même d'une grossesse qui serait survenue après une semblable opération, et dans laquelle il aurait fallu détruire la bride artificielle.

Arrive maintenant une méthode toute nouvelle, et que je vais employer devant vous ; on la doit à M. Desgranges, de Lyon. M. Desgranges a eu l'excellente idée, suivant moi, d'employer une foule de petites pinces qu'il place dans le vagin ; il les laisse ensuite tomber d'elles-mêmes. Inventé il y a un an, ce procédé compte déjà des succès. Ceux d'entre vous qui ont suivi ma clinique dans la dernière année scolaire ont pu voir dans nos salles une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, qui avait une chute complète de l'utérus, survenue à la suite d'un violent effort.

Cette jeune fille n'avait jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. J'ai employé chez elle la méthode de M. Desgranges ; j'ai fait une seule application de ces petites pinces (grosses serre-fines). L'utérus n'est plus sorti ; la malade a pu faire, sans inconvénient, pendant deux mois le service d'infirmière dans cet hôpital. Je regrette vivement de l'avoir perdue de vue. Je désirerais savoir si la guérison a été de longue durée, si elle persiste. J'espère être plus heureux cette fois.

C'est cette opération, messieurs, que je vais pratiquer devant vous.

A l'aide du spéculum, neuf grosses serre-fines sont placées dans le vagin, tant sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure du vagin, après que l'utérus a été remis à sa place. La malade garde le lit.

31 décembre. Il n'est survenu aucun accident ; pas de douleur ; un léger écoulement blanc. Les serre-fines sont tombées successivement, les dernières seulement il y a quarante-huit heures. La malade s'est levée ; l'utérus n'est pas descendu. Et vous avez pu entendre tout à l'heure cette femme répondre aux questions que je lui adressais sous tou-

tes les formes, qu'elle se trouvait beaucoup mieux, qu'elle se trouvait guérie. Mais, quoique l'utérus reste en place, je crois qu'il est prudent de faire une nouvelle application de ces petites pinces.

Dix nouvelles petites pinces sont appliquées de la même manière que les précédentes. On remarque, en portant le doigt dans le vagin, de petites élevures produites par le pincement des serre-fines.

14 janvier 1852. Les petites pinces sont tombées comme les précédentes, un peu plus tôt cependant. La malade s'est levée, et il n'y a aucune gêne, aucune incommodité. Les serre-fines ont été aussi bien supportées que les premières. Il n'y a eu aucun accident. Cette femme se croit tellement bien guérie qu'elle voudrait qu'on ne lui fît plus d'application de ces petites pinces, elle qui désirait tant les secours de la chirurgie. Depuis deux jours vous m'entendez, messieurs, lui adresser mille questions, et, à chaque question, elle me répond invariablement qu'elle se trouve comme avant son accident; et cependant la maladie date de cinq ans. La malade a pu faire son lit sans rien ressentir du côté du bas-ventre. Malgré cela, je me décide à faire une troisième application de serre-fines; je crois que ce sera la dernière. Je tâcherai de ne pas perdre la malade de vue, afin de savoir si la guérison se maintiendra. La méthode que j'ai mise en usage est une méthode nouvelle, on ne peut pas s'entourer de trop de précautions pour la juger. Elle est si simple et paraît si efficace!

Huit nouvelles serre-fines sont placées de la même manière que les précédentes. On constate encore l'existence de ces petits plis, dont il a été dit un mot plus haut.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Devergie.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* les n^os des 6, 13, 20, 30 décembre 1851; 10, 20 et 27 janvier 1852.)

III. Médication antilymphatique.

Une foule de maladies de la peau sont liées à la prédominance du tempérament lymphatique et dérivent de ce tempérament. Si, en effet, on consulte la statistique faite à l'hôpital Saint-Louis, on verra que sur 100 eczémas impétigineux, 90 ou 92 se sont montrés chez des individus dont le tempérament se trouve qualifié de lymphatique; à plus forte raison si on prend 100 impétigos francs, maladies liées par excellence à ce tempérament. Or l'eczéma impétigineux et l'impétigo simple constituent au moins la moitié des maladies qu'on observe à l'hôpital Saint-Louis, où elles se montrent en grand nombre, surtout dans le printemps. Il suit de là que, si le changement de saison et les variations de température qui l'accompagnent peuvent être regardés comme la *cause déterminante* de ces maladies, il faut bien se reporter au tempérament lymphatique pour en trouver la cause prédisposante. Et, en effet, après l'âge de vingt ans, quand la prédominance de ce tempérament cesse de se faire sentir, que l'individu est devenu plus fort, plus énergique, plus sanguin par suite du développement de ses muscles par l'exercice et le travail, on voit aussi se montrer, plus rarement, ces affections cutanées. De là cette conséquence pratique, à savoir : que le médecin doit s'efforcer de faire, par les moyens hygiéniques et médicamenteux, chez les sujets lymphatiques jeunes, ce que font plus tard chez eux l'âge et la nature, et que la véritable cause à combattre est réellement la prédisposition; ce que l'on attend en cherchant à modifier, non pas le tempérament et la constitution, mais les effets auxquels ils donnent lieu; de là la médication que nous appelons antilymphatique, spécialement applicable aux maladies que ce tempérament fait naître.

Jetons un coup d'œil rapide sur chacun des médicaments qui ont été tour à tour préconisés pour combattre les maladies qui ont pour point de départ le tempérament lymphatique.

Les anciens ne connaissaient contre le tempérament lymphatique et le tempérament scrofuleux, qui en est l'exagération, qu'un seul ordre de moyens, les antiscorbutiques et les amers; de là ces vins antiscorbutiques et autres préparations encore en usage chez quelques médecins. L'iode, l'huile de foie de morue, le chlorhydrate de baryte, le chlorure de calcium, etc., leur étaient totalement inconnus. Lorsqu'en 1820 Coindet, de Genève, introduisit l'iode dans la thérapeutique, les méthodes anciennes furent presque abandonnées. Coindet appliqua son nouveau médicament d'abord au traitement du goitre et plus tard à la scrofule, et c'est à l'état d'iode libre qu'il le prescrivait sous forme de teinture ou d'eau iodée, qui n'est autre chose que de l'eau dans laquelle l'iode est tenu en dissolution par une petite quantité de sel marin. On ne tarda pas à remarquer que, sous l'influence de cette médication, les malades perdaient l'appétit au bout de peu de temps, qu'ils avaient des maux d'estomac et qu'ils maigrissaient.

Plus tard, M. Lugol mit en usage l'iode à l'état d'iodure de potassium dans toutes les maladies de nature scrofuleuse, et prétendit pouvoir les guérir toutes; c'était pour lui une véritable panacée. De plus, M. Lugol avança, contrairement aux remarques de Coindet, que l'iode engraissait les malades; et, pour le prouver, il montra dans son service de jeunes enfants chez lesquels, sous l'influence de l'iode, la glande mammaire avait acquis du développement; c'est du reste ce que nous avons pu constater de nos propres yeux. Qui avait raison de Coindet ou de M. Lugol? L'un et l'autre. Le premier, en effet, donnait l'iode libre, qui était mal supporté par l'estomac et occasionnait un trouble dans la nutrition; le second le donnait à l'état de combinaison (iodure de potassium), qui fut bien mieux toléré. C'est ainsi que s'explique la contradiction.

Dans notre pratique, nous donnons l'iode libre, mais à petite dose et toujours associé au fer; de cette façon, il excite légèrement l'estomac, active l'appétit au lieu de le diminuer et ne cause pas d'anorexie. Nous lui donnons la préférence sur l'iodure de potassium seul, mais nous associons volontiers celui-ci à notre sirop, qui est formulé de la manière suivante :

Limaille de fer porphyrisée et non oxydée.	40 centigr.
Iode. . . . 1 gramme 65 ou bien 1 gr.	70 ou 80

suivant qu'on veut simplement saturer le fer ou bien qu'on veut laisser un peu d'iode libre :

Eau.	8 grammes.
Sirop simple.	500 —

On triture dans un mortier le fer et l'iode, en ajoutant goutte à goutte les 8 grammes d'eau. Puis on incorpore l'iodure plus ou moins iodé dans les 500 grammes de sirop simple.

Si on veut y associer l'iodure de potassium, on en mettra de 6 à 8 grammes; on le dissoudra à part dans la plus petite quantité d'eau possible; on mêlera à l'iode et au fer triturés, et on incorporera le tout au sirop.

Nous donnons ordinairement une cuillerée à bouche de ce sirop, matin et soir, dans un verre de tisane amère.

Hufeland a préconisé l'hydrochlorate de baryte; d'autres médecins recommandables l'ont, au contraire, déprécié. Nous n'en dirons rien nous-même, puisque nous ne l'avons pas employé. Nous n'avons pas non plus expérimenté le chlorure de calcium, et, nous devons le dire, il nous répugne *à priori* d'en faire l'essai, par la raison que c'est un corps inerte, neutre de sa nature et qui ne semble pas devoir utilement modifier l'économie; ce n'est en définitive que l'ingestion dans l'estomac d'une plus ou moins grande quantité d'un sel calcaire.

Arrivons à l'huile de foie de morue. Un mot d'abord sur la composition de cette huile telle qu'on la trouve dans le commerce. C'est tout simplement de l'huile d'un poisson quelconque, et pour s'en convaincre on n'a qu'à la prendre chez différents marchands : on verra que l'une sent le hareng, l'autre la morue, etc. Il en existe de plusieurs sortes : l'huile brune et l'huile blanche. La première est plus désagréable à prendre, plus nauséeuse que la seconde, qui en a beaucoup moins; il en est de même de la saveur. Néanmoins, et malgré la répugnance du malade, on doit prescrire l'huile brune, qui est beaucoup plus active et telle qu'elle nous vient de Suède.

Une opinion qui s'est fort accréditée en médecine depuis quelque temps est celle qui considère l'iode comme le principe par excellence de l'huile de foie de morue. C'est, suivant nous, une erreur grave. La simple observation des faits conduit à cette conclusion. Il est constant, par exemple, pour tout observateur impartial, que l'huile de foie de morue guérit des maladies pour lesquelles l'iode est tout à fait impuissant. Comment concevoir alors que l'iode, qui fait partie constituante de l'huile, en est l'élément médicamenteux?

Voici ce qui a conduit à cette opinion. Les analyses chimiques ont démontré dans les huiles de poissons la présence de l'iode, et en raison des antécédents de ce dernier médicament, on en a inféré l'élément curatif de l'huile de foie de morue. Chacun s'est alors empressé de clarifier l'huile, de la rendre le moins désagréable possible; d'autres, très conséquents avec cet ordre d'idées, ont ajouté de l'iode à l'huile de foie de morue, et ils annoncent dans tous les journaux la supériorité de cette belle invention. Il faut bien le dire, si l'huile de foie de morue a détrôné, que l'on me passe cette expression, l'iode dans le traitement des maladies à forme lymphatique, c'est qu'elle doit ses propriétés à autre chose qu'à l'iode; et la preuve, c'est que l'huile brune est beaucoup plus active que l'huile blanche de Jongh. Or dans la préparation de cette dernière on n'enlève pas d'iode à l'huile, on ne lui enlève que de la matière animale, dont l'odeur est plus ou moins repoussante.

C'est donc, suivant nous, une prétention fort mal fondée, et un mauvais service rendu à la thérapeutique que l'addition de l'iode à une huile de foie de morue *épurée*. Qu'on en ajoute à l'huile de foie de morue brune afin de réunir les deux médications, je le comprends; mais qu'on laisse à l'huile toute sa valeur de composition naturelle avant tout!

Certains malades éprouvent pour cette huile, même pour la qualité blanche, une si grande répulsion, qu'ils la rejettent souvent aussitôt qu'ils l'ont avalée. D'autres, s'ils ne la vomissent pas, en éprouvent longtemps des rapports fort désagréables. Pour remédier à ces inconvénients, quelques médecins font prendre à leurs malades, immédiatement après l'ingestion de l'huile, une petite quantité de rhum ou d'eau-de-vie, ou bien y versent un peu d'eau de menthe ou d'une eau aromatique quelconque. Nous faisons battre la dose d'huile avec une cuillerée de vin de gentiane et de sirop d'iodure de fer, et après avoir avalé ce mélange, le malade boit un verre de tisane de houblon.

Sous l'influence de l'huile de foie de morue, les malades prennent de l'embonpoint, bien que leur appétit n'augmente pas. L'huile aurait-elle la propriété de se convertir en graisse? Cela pourrait être.

Quoi qu'il en soit, si les malades engraissent, ils ne prennent pas de la vie, de l'énergie; c'est une graisse flasque, molle, que la leur; ils sont apathiques, inertes. De là la nécessité d'y associer les ferrugineux.

L'huile de foie de morue ne suffit donc pas à elle seule pour modifier d'une manière complète le tempérament lymphatique; il faut y joindre quelques médicaments excitants, l'iode, par exemple, et en même temps les amers et les antiscorbutiques, dont les anciens faisaient un si grand usage et que les modernes laissent un peu trop dans l'oubli. On connaît le sirop antiscorbutique du *Codex*, composé de cochléaria, de raifort sauvage, de cresson, et ces plantes contiennent un principe qui est utile pour modifier heureusement l'économie. D'autres substances renferment un principe amer différent des principes antiscorbutiques. Ces plantes amères sont la gentiane, le quassia amara, le simarouba, la camomille, etc. Administrés isolément, chacun de ces ordres de plantes n'aura qu'une action insuffisante; mais associées, elles se compléteront mutuellement, et nous pensons qu'une liqueur composée à la fois de principes amers et antiscorbutique contribuerait puissamment à modifier le tempérament lymphatique.

En résumé, voulez-vous combattre avantageusement le tempérament lymphatique, et par suite les affections cutanées qui en dérivent, mettez en usage ces divers ordres de moyens : huile de foie de morue, iode ferrugineux, amers, antiscorbutique; tandis qu'avec l'huile seule vos malades n'acquerraient aucune énergie vitale. Si vous y joignez les amers et les antiscorbutiques, vous les voyez devenir alertes; leur chair prend du ton; l'œil devient plus vif, le regard plus animé; la vie, en un mot, revêt une énergie nouvelle.

Toutes les fois qu'on institue un traitement antilymphatique, comme du reste dans la plupart des traitements, on fait prendre habituellement au malade quelques verres d'une tisane appropriée. Pour le cas qui nous occupe, le houblon a reçu aujourd'hui une faveur telle qu'on l'emploie presque exclusivement. C'est, du reste, une très bonne tisane, et les malades la supportent mieux que celles de bardane, de fumeterre, pourvu qu'on ait soin de ne pas trop la concentrer. Cette remarque s'applique à toutes les tisanes; trop concentrées, elles provoquent des pesanteurs d'estomac, de l'anorexie, phénomènes qu'on attribue souvent aux substances médicamenteuses employées aux préparations mercurielles, entre autres dans les traitements antisiphylitiques, tandis que c'est presque toujours la tisane sudorifique très concentrée qui les produit. Cet effet fâcheux d'une tisane trop concentrée est encore plus marqué en été qu'en hiver, car les malades supportent moins bien une médication en été. C'est pour ce motif aussi que nous cherchons à combattre cette opinion, que les maladies cutanées se guérissent mieux en été qu'en hiver.

Une autre raison du contraire, c'est que les bains de vapeur, les bains sulfureux, ont un effet bien plus marqué en hiver, où la peau fonctionne peu naturellement, qu'en été, où elle fonctionne le plus souvent avec trop d'énergie. On a vanté la décoction de feuilles de noyer, le café de glands de chêne. Ces préparations agissent par le tannin qu'elles contiennent.

Comment et à quelles doses faut-il administrer les médicaments antilymphatiques? C'est ce que j'établirai dans ma prochaine leçon.

Le vin de gentiane, le sirop antiscorbutique se donnent à la dose de 30 à 60 grammes, c'est-à-dire d'une ou deux cuillerées à bouche par jour, une le matin, l'autre le soir. On peut se servir de ce sirop pour édulcorer la tisane de houblon.

RECHERCHE DE L'IODE

dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont;

Par Ad. Chatin,

Docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur titulaire à l'Ecole de pharmacie de Paris.

(Suite. — *Voir* les numéros des 10, 24 et 31 janvier; 19 février.)

La *grossesse* et les *efforts de l'accouchement* ont aussi été signalés comme favorisant le développement du goître. Dans l'appréciation de cette influence, qui est réelle, et se constate facilement dans les zones de médiocre ioduration, il faut se garder de prendre pour le goître vrai une induration squirrheuse, ou une tumeur formée quelquefois par le stase du sang dans les veines de la région thyroïdienne.

En résumé, j'admets comme causes accessoires du goître certaines actions *mécaniques* s'exerçant sur la glande thyroïde, et toutes les circonstances qui ont pour résultat de rendre l'économie plus *débile* ou plus lymphatique; les agents *excitants* ou toniques, tels que l'air sec, le vin, le fer, etc., donnant au contraire la faculté de résister, en une certaine mesure, à l'influence morbide qui résulte de l'insuffisance de l'iode. L'action de l'air sec est surtout évidente quand on compare, dans une même région, l'habitant de la montagne et celui de la vallée.

Au-dessus des causes générales que je viens de rappeler, il en est qu'on a voulu, que l'on veut encore élever au rang de causes spéciales; ce sont les *eaux*, en tant qu'elles contiennent des sels de *magnésie* ou de *chaux*, et les *terrains* considérés soit au point de vue de la géologie, soit à celui de leur nature chimique.

L'opinion la plus ancienne, la plus accréditée, et il faut l'avouer, l'opinion qui repose sur les faits les plus spécieux, est celle qui attribue le goître à l'usage des eaux *séléniteuses*. Parmi beaucoup de faits qui paraissent lui être très favorables, je citerai la fontaine des Capucins de Salins, les eaux de Moutiers, de Bozel, de Villars-le-Goîtreux, de Saint-Laurent de la côte, de Tancin, de Goncelin, d'Allevard, de Centron, d'Aime, de Saint-Pierre (près Aoste), de Roisans, de Gignod, de Châtillon (en Aoste), de Villars-Clément, de Saint-Pancrace, de Jarrier, d'Hermillon, de Villars-Gondrand, localités des vallées de l'Isère, de la Doire-Baltée et de l'Arc, où le goître est commun. J'ajouterai qu'à Avallon, en Bourgogne, un puits à eau séléniteuse a donné le goître à une famille, au rapport de M. Bouchardat; que dans le département de l'Aisne, dans la vallée du Morin et aux portes de Paris, ce sont des eaux semblables qui déterminent les rares cas de goître qu'on y observe. Mais loin d'adopter l'o-

pinion que j'expose, je présenterai quatre remarques qui la feront rejeter.

1° Dans beaucoup de contrées, où l'air et le sol sont riches en iode, on ne boit que des eaux dures, et cependant le goître n'y est pas connu. Je citerai la plus grande partie de la Brie, Châlons-sur-Saône, Mâcon, Charonne, Colombes, Vanves, Issy, Nanterre, les parties hautes de Saint-Cloud, de Suresnes, de Ville-d'Avray et d'Argenteuil.

2° Dans la Tarentaise, la Maurienne et le val d'Aoste, le goître et le crétinisme ne sont pas moins communs dans les pays dont les eaux, remarquablement légères, ont tous les caractères de ce qu'on est dans l'usage de regarder comme des *eaux excellentes*, que dans ceux alimentés par des sources séléniteuses. Telles sont les eaux de Sainte-Hélène-des-Millières, de Brides-les-Bains, de Laperrière, de Saint-Bon, de Villête, de Bellentre, de Bourg-Saint-Maurice, de Séez, de Morgex, de Villeneuve, d'Aoste (torrent Bussier), de Saint-Vincent, de Verrès, de Burgo-Franco, de Saint-Jean-de-Maurienne, d'Espierre, d'Aiguebelle et de Randan. Telles sont aussi les eaux de Royat.

3° Le sulfate et le carbonate de chaux n'ont jamais, que je sache, donné le goître aux plâtriers, aux carriers, aux tailleurs de pierres, aux maçons, qui vivent dans une atmosphère de ces sels terreux, ce qui devrait arriver s'ils avaient l'action spéciale qu'on leur a supposée. L'iode au contraire guérit le goître.

4° Enfin, les eaux étant d'autant moins iodurées qu'elles sont plus chargées de sels calcaires, doit-on attribuer leurs effets à la présence de la chaux ou à l'absence de l'iode? Il suffit de poser cette question pour la résoudre.

Chacun sait que M. le docteur Grange a exprimé dans ces derniers temps la pensée que le goître et le crétinisme sont le résultat de la présence de la magnésie dans les eaux. A cette opinion, développée avec autant de talent que d'ardeur, on peut objecter notamment :

Que la magnésie n'est pas en proportion moindre dans les eaux de beaucoup de localités où le goître est inconnu que dans celles de pays où cette maladie est endémique, et qu'il n'est même pas rare de trouver plus de magnésie dans les eaux des premières localités que dans celles des secondes. Je citerai, comme exemple, Paris, dont les eaux contiennent moins de sels magnésiens que celles de Notre-Dame-des-Millières, de Laperrière et d'Aiguebelle, contrées classiques du goître et du crétinisme;

Que, comme la chaux, la magnésie n'a jamais donné le goître; et cependant combien son usage n'est-il pas répandu, que de personnes, à commencer par le roi Louis-Philippe, qui pendant plus de vingt ans en a pris une cuillerée par jour, ont fait de cette substance un usage prolongé (1).

On a aussi attribué le goître aux *eaux* provenant de la fonte des *neiges*. Tout en montrant ce que cette opinion avait d'exagéré, M. Boussingault l'a confirmée dans ce qu'elle a de juste, en faisant remarquer « qu'on observe en effet cette maladie chez les habitants des lieux où l'on boit de ces eaux, par exemple à Mariquita, près de la rivière de Guali, qui sort des glaciers de Ruiz; dans les environs d'Ibagué, sur les bords du torrent de Combayma, qui descend du pic neigeux de Tolima. » Le même fait se présente fréquemment dans les Alpes, et il s'explique :

1° Par l'absence de l'iode ou du moins par sa proportion minime dans les neiges et les glaciers des hautes régions;

2° Par le faible pouvoir d'extraction que possède l'eau très froide sur les composés iodurés contenus dans les roches et la terre.

Enfin, pour tout dire des eaux, leur nature importe beaucoup; mais cependant on ne saurait expliquer par elles seules le goître et le crétinisme, même en se plaçant au point de vue de l'iode. C'est qu'elles ne sont que l'un des trois véhicules par lesquels l'économie reçoit de l'extérieur les principes morbides ou bienfaisants, et qu'il peut se faire qu'elles soient suppléées par la prédominance de ces principes dans l'air ou dans les matières alimentaires. C'est ainsi que la plupart des habitants des plateaux de la Brie et ceux de Nanterre ou de Ville-d'Avray (2) n'ont pas le goître, malgré les eaux dures et privées d'iode qu'ils boivent, l'air et le sol étant dans ces lieux assez iodurés pour compenser ce qui manque à l'eau.

Il est de croyance en beaucoup de pays que c'est une certaine nature de *terrain*, une sorte particulière de roche qui est la cause spéciale du goître. M. Boussingault trouva dans la Nouvelle-Grenade cette opinion, qu'il lui fut facile de combattre en montrant que tantôt la maladie existe, que tantôt elle est inconnue sur les formations du gneiss, du granite, du micaschiste passant au schiste talqueux et au schiste argileux, sur la syénite, le grünstein porphyrique, le schiste de transition et la granwacke schisteuse, le grès rouge et le grès bigarré. Cependant la nature géologique du sol, si elle n'est jamais la cause spéciale, a souvent des rapports avec celle-ci, quelquefois même une action évidente sur elle.

M. Boussingault a signalé que, dans la Nouvelle-Grenade, il n'avait pas vu de formation du muschelkalk, ou même du zechstein, sur laquelle le goître ne fût endémique. Les mêmes formations sont communes dans le Jura et plusieurs contrées d'Allemagne, où cette maladie est commune. Monseigneur Rendu, évêque d'Aunecy, a signalé l'endémicité du goître dans les vallées où les torrents déposent des détritus schisteux. Monseigneur Billiet, archevêque de Chambéry, auteur de recherches importantes sur la question du goître et du crétinisme, et MM. les docteurs Garbiglietti et Ferraris, dont le dernier a publié divers ouvrages estimés sur les crétins de la vallée de la Varaita et des plaines de Lagnasca, de Scarnafiggi, de Monasterello, et de celles qui s'étendent entre la Varaita et la rive droite du Pô, partagent la même opinion.

(1) Les analyses de M. Boussingault démontrent que nous prenons chaque jour une quantité notable de magnésie avec les aliments.

(2) Du côté de la Grille, où l'on boit l'eau de la source du Roi, la partie du village située vers les étangs ayant l'eau de ceux-ci et surtout une pompe à eau très iodurée et légèrement ferro-acidule.

Monseigneur Billiet a, en outre, montré que ce n'est pas seulement sur les sédiments entraînés dans les vallées, mais sur tout le grand terrain schisteux des Alpes, que l'affection morbide est répandue.

Mais lorsqu'on dit schistes, et surtout schistes du lias, comme c'est le cas dans les Alpes; quand on dit roches talqueuses, marnes irisées, muschelkalk, grès bigarrés, etc., qu'il s'agisse des Alpes, du Jura ou de la Nouvelle-Grenade, c'est comme si l'on disait: *terrains magnésiens*. M. le docteur Grange l'a bien saisi; de là l'opinion qu'il a développée, à savoir: que les terrains magnésiens sont le siége unique et, par suite, la cause du goître. Mais, pour admettre comme absolue une circonstance qui n'est que générale, très générale même, on doit le reconnaître, il fallait négliger l'important mémoire de M. Boussingault que j'ai si fréquemment cité, et ne pas tenir compte des faits qui n'offrent à chaque pas qu'incertitude, lorsqu'on étudie la question ailleurs que dans les principales vallées des Alpes du Mont-Blanc (1). Il est, en effet, constant que le goître existe sur les terrains volcaniques de Royat et de beaucoup de localités du Puy-de-Dôme, de la Haute-Loire, de l'Ardèche et des bords du Rhin; sur les granites des Alpes Noriques, de Vienne, de quelques contrées de la Nièvre et de la haute Bourgogne; sur les calcaires oolithiques, néocomiens et crétacés de l'Isère, des Hautes-Alpes et surtout, suivant M. le docteur Niepce, des Basses-Alpes; sur le calcaire grossier et le calcaire pisolithique, etc., des environs de Soissons, de Laon, Villers-Cotterets; sur les marnes du gypse et le diluvium alpin; en un mot, sur tous les terrains, depuis les plus anciens jusqu'aux plus modernes.

Si le terrain a une influence, celle-ci est-elle physique ou chimique? Cette dernière hypothèse se présentait comme la plus probable. M. Grange l'a adoptée, ce qui l'a conduit à admettre, en définitive, que la présence de la magnésie dans les eaux et les produits alimentaires est la cause immédiate du goître. Je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit de la magnésie, si ce n'est que, M. Boussingault, qui a dirigé dans ces derniers temps ses recherches sur elle, l'ayant trouvée partout, les partisans des idées de M. Grange seront très fondés à ne voir sur toute la terre que des terrains magnésiens.

Si aucune formation géologique n'est le siége exclusif du goître, pas même les formations spécialement magnésiennes, où cette maladie a cependant le plus de fréquence, ce n'est pas à dire que la nature des terrains soit dépourvue de toute influence. J'admets, au contraire, notamment que ceux-ci favoriseront d'autant plus le développement du goître :

1° Qu'ils contiendront moins d'iode; tels sont, en général, les roches talqueuses et schisteuses, les granwackes, les dolomites, les calcaires saccharoïdes, et en général les roches du terrain de transition;

2° Que, se désagrégeant plus lentement, ils permettront moins aux eaux d'extraire l'iode qu'ils pourraient contenir; telles sont surtout les roches volcaniques;

3° Qu'ils céderont plus facilement à l'eau des sels calcaires ou magnésiens, dont la base forme, avec l'iode, des composés instables desquels celui-ci est bientôt éliminé; telles sont beaucoup de roches schisteuses, calcaires, gypseuses, et certains granits très altérables;

4° Qu'ils formeront sur le globe des montagnes plus élevées et des vallées plus closes, parce que l'atmosphère de l'iode sera trop raréfiée sur les sommets, et que les courants généraux pourront difficilement se faire sentir au fond des vallées, où l'air sera en outre chargé d'humidité.

Une objection qui s'élève contre la puissance d'action attribuée à l'iode, c'est que ce corps ne se trouve qu'en proportion extrêmement faible dans les composés naturels. Peu de personnes seront plus frappées de la force de cette objection que je ne l'ai été moi-même, et aujourd'hui encore souvent j'y reviens et m'y arrête. Cependant elle n'est qu'une *appréciation*, et les faits, les inexorables *faits*, sont contre elle. En effet, que l'on considère les analyses, au nombre de quatre cents environ, qui sont la base de ce travail; que l'on se reporte aux analyses plus nombreuses encore que j'ai publiées autre part à un point de vue purement statistique, alors que je ne prévoyais pas les conséquences auxquelles j'ai été conduit depuis, et l'on reconnaîtra ceci : que partout où 8,000 litres d'air (ration quotidienne d'un homme) ou un litre d'eau de pluie, un litre d'eau potable et 10 grammes de terre arable fournissent en moyenne et respectivement 1/200 de milligramme d'iode, le goître est absolument inconnu (2); que cette maladie commence à se montrer quand la proportion de l'iode est réduite à 1/400 de milligramme; qu'elle est assez commune à 1/1000 de milligramme; et, enfin, qu'au delà de cette fraction il est endémique et s'accompagne de crétinisme; que si l'on prétendait que je suis entraîné à admettre les doses infinitésimales de l'homœopathie, je ferais remarquer que, si j'y étais conduit par les faits, je n'hésiterais pas, mais que dans la question il n'en est pas ainsi, puisqu'il suffit de diviser, non par millionièmes, mais de 2 à 10, la quantité d'iode normale ou coïncidant avec l'état de santé, pour voir la maladie spéciale se montrer à tous ses degrés d'intensité. Je n'ignore pas que dans la pratique médicale l'emploi des petites doses ne prévaut pas d'habitude, et peut-être est-ce avec raison; mais l'état d'association dans lequel se trouve l'iode des composés naturels est-il sans importance sur son assimilation et ses effets, et ne saurait-on dire de lui (et sans doute de bien d'autres corps) que la *portion qui guérit est minime*, comme, suivant l'heureuse expression de M. Orfila, *la portion d'arsenic qui tue?*

Mais, peut-on ajouter, en admettant la vérité des faits précédents, n'est-ce pas là une coexistence, une coïncidence fortuite, dont la présence et la proportion de l'iode sont le signe sans en être la cause? A ceci il pourrait être répondu :

(1) La direction donnée par ses idées à M. Grange s'explique précisément par cette circonstance, que ses études n'avaient porté que sur les Alpes.

(2) Les quantités que j'indique dans ces recherches sont des MINIMA; peut-être l'analyse, en se perfectionnant, indiquera-t-elle des proportions plus fortes; mais les RAPPORTS que j'indique en seront peu changés.

1° Que ce serait bien déjà un résultat utile celui qui donne un signe, quel qu'il soit d'ailleurs, pour reconnaître les qualités spéciales de l'air, des eaux, des aliments;

2° Que jusqu'à ce jour l'iode est le seul corps dont les propriétés antigoîtreuses aient été notoirement reconnues, et que dès lors c'est une grande hardiesse de supposer qu'il ne soit pas au moins la cause principale des phénomènes observés;

3° Que les eaux pluviales, de toutes les moins chargées de ces particules étrangères, au nombre desquelles pourrait être compris ce corps inconnu dont on aurait besoin dans l'hypothèse, sont cependant à la fois et les plus iodurées et les plus efficaces pour prévenir le développement du goître;

4° Que la composition trouvée pour les eaux minérales de Challes, d'Heilbrunn, San-Genisio, etc., et l'analyse des eaux douces, faite en particulier avec beaucoup de soin pour celles de Paris par MM. Boutron et O. Henry, représentant exactement, par des éléments connus, le poids des corps dissous dans ces eaux, on voit que l'on serait encore conduit à admettre, pour expliquer leurs qualités thérapeutiques et hygiéniques, la présence à dose nécessairement infinitésimale de ce corps inconnu dont on suppose l'existence!

Et, je le demande à présent, quel est l'esprit qui voudra, dose infime pour dose infime, rejeter l'influence de l'iode pour s'attacher à un corps dont l'existence dans l'eau n'est rien moins que démontrée, à un corps chimiquement et médicalement ignoré!

On pourrait ajouter qu'une hypothèse n'est jamais une raison et qu'une hypothèse invraisemblable n'est même pas un raisonnement.

(*La fin à un prochain numéro.*)

De la belladone

COMME PRÉSERVATIF DES ATTAQUES ÉPILEPTIQUES,

Par le Dr Aug. FRÉDÉRICQ.

Dans une note écrite en octobre 1851, je préconisai la médication suivante comme efficace pour prévenir les attaques épileptiques :

Aq. font.	6 onces.
Extr. atrop. bellad.	3 grains.

Le malade en prend trois fois par jour une cuillerée à bouche. Cette dose d'extrait de belladone est minime, ne produit aucune action physiologique; cependant elle est propre à diminuer et à éloigner les attaques épileptiques: c'est ce que l'expérience nous a démontré. Les effets thérapeutiques ne s'usent guère par l'habitude; rarement nous augmentons les doses; seulement nous recommandons à ces malades de prendre une cuillerée de la mixture chaque fois qu'ils éprouveraient les signes présumés précurseurs de leurs attaques.

Après avoir institué chez deux malades cette médication avec succès, j'ai voulu cesser brusquement l'administration du remède, afin de savoir quelle modification il avait apportée à la maladie.

Une demoiselle de seize ans, bien réglée, fut soumise à l'hospice des Vieillards, durant deux mois à peu près, avec un plein succès, à la médication belladonée; je supprimai alors l'administration du remède; dès le second jour, les attaques se suivirent avec rapidité; la malade n'eut presque pas de moments de répit; j'eus de nouveau recours à la belladone, et le tout fut calmé. Cette personne, dont l'intelligence est bornée, nous donne des renseignements très incomplets sur l'origine de son mal. Avant l'administration de la belladone, les attaques avaient lieu à peu près toutes les semaines.

Un garçon de fermier de huit ans était atteint d'épilepsie depuis un an; le mal avait été occasionné par une frayeur; les attaques se manifestaient tous les jours à la même heure, étaient intenses et duraient longtemps; le sulfate de quinine à haute dose n'était pas parvenu à modifier le mal; l'enfant fut soumis, durant un mois, avec succès à la médication belladonée, lorsque les parents crurent leur enfant totalement rétabli et s'abstinrent de tout remède. Le malade alors, durant cinq semaines, ne fut pas inquiété par le mal, mais au bout de ce temps les attaques eurent lieu comme avant; la belladone les fit cesser encore.

Chez la malade de notre première observation, la médication avait eu seulement pour effet d'empêcher la manifestation morbide, mais n'avait en rien modifié la cause prochaine du mal; celle-ci même semblait s'être accumulée dans l'économie; car, l'obstacle une fois levé, elle s'est manifestée avec plus d'impétuosité qu'avant l'administration du remède. Cette circonstance nous fait craindre qu'avec le temps le mal finira par surmonter l'obstacle, peut-être même pour se manifester avec une intensité plus forte qu'avant la médication.

Chez le sujet de notre seconde observation atteint d'une épilepsie récente, la belladone avait au contraire eu pour effet d'atténuer l'intensité de la cause prochaine du mal, parce que, une fois l'administration du remède suspendue, le malade n'a pas été inquiété durant six semaines; il est donc permis d'espérer que dans ce dernier cas la médication finira par user le mal. (*L'Observateur de Courtrai.*)

Traitement de la goutte chronique.

Le docteur Rave recommande la sabine à l'intérieur et à l'extérieur dans les cas où la goutte chronique a produit des contractures des membres ou des paralysies. La sabine est alors employée à l'extérieur sous forme de bains locaux, que l'on prépare avec une infusion de cette plante, ou bien l'on fait des frictions avec l'essence de sabine sur les parties malades.

A l'intérieur l'auteur recommande de triturer ensemble

une demi-once de sucre et autant de feuilles fraiches de sabine, de manière à mêler exactement; le tout est divisé en douze parties. On administre toutes les heures une dose.

Il est inutile de faire observer que la dose employée à l'intérieur est beaucoup trop forte; ce serait, à notre sens, une imprudence d'imiter le docteur Rave. Hufeland a eu des succès remarquables au moyen de la sabine, dans les cas où tous les autres moyens avaient échoué. Cet agent thérapeutique ne lui a pas seulement réussi dans la goutte articulaire, mais encore dans les douleurs de tête et de poitrine de nature goutteuse.

Les docteurs Pfeuffer et Endlicher ont constaté de bons résultats de l'administration du calamus aromaticus dans les cas où la goutte atonique se complique d'un œdème des parties affectées. L'usage longtemps continué de l'infusion aqueuse suivante est, d'après eux, très efficace :

Racines de calamus aromaticus. .	3 onces.
Herbes de sabine.	2 —

Cette dose doit servir pour cinq jours.

Fischer dit avoir employé avec grand succès le bicarbonate de soude à dose croissante à l'intérieur et à l'extérieur; il ajoutait quelquefois aux bains le calamus aromaticus.

Fontaúelli s'est bien trouvé de plonger les parties atteintes dans une infusion de conium maculatum.

Le docteur Laglia, de Naples, soumet les parties affectées à des fumigations de tabac; celles-ci ont pour effet de diminuer l'engorgement et de provoquer de la sueur.

Le docteur Goeden recommande le liniment suivant dans la goutte invétérée :

Phosphore.	2 scrupules.
Huile de sabine et huile de térébenthine, de chacune. . . .	1 demi-once.
Ammoniaque liquide.	2 onces.

Le malade doit se faire une friction avec ce liniment au sortir du bain.

Hufeland, dans les cas de goutte compliquée de contractures et de nodosités articulaires, a recours aux bains de fourmis. Il tâche de se procurer ces insectes aux mois de juillet et juin; il préfère celles de la grande espèce, et que l'on trouve dans les bois. Pour préparer le bain, on verse sur les fourmis de l'eau bouillante, et le malade tient la partie affectée dans la vapeur qui provient de cette infusion. On a soin de recommander au malade d'isoler la partie atteinte au moyen de couvertures de laine, afin de ne pas perdre les effets de l'évaporation.

Koppe recommande à l'extérieur la composition suivante :

Baume de copahu, baume de Pérou, de chacun.	2 1/2 onces.
Huile de sabine.	1 drachme.

Cette composition, au moyen de charpie, est appliquée sur la partie malade. (*Medicinisch-chir. therap. Wortenbuch.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 février 1852. — Présidence de M. Piobert.

Glandes salivaires de l'homme et des animaux vertébrés.

M. Cl. Bernard lit un mémoire dont l'objet est de rechercher si les produits des différentes glandes salivaires ont des propriétés et des usages semblables ou différents.

L'auteur conclut de l'ensemble des faits énoncés dans son mémoire :

1° Que le groupe des glandes salivaires est un appareil homogène dont les divers organes sont identiques par leur texture ;

2° Que l'analyse physiologique expérimentale, au contraire, en nous signalant la diversité des produits sécrétés et surtout en nous faisant remonter aux influences nerveuses qui régissent ces sécrétions, nous apprend que chaque glande est annexée à un acte spécial, et que sa fonction s'exerce sous des influences séparées et indépendantes.

Malgré le déversement et le mélange des différentes salives dans la bouche, leurs usages restent distincts, et l'expérience nous fait voir que le rôle caractéristique de la *parotide* est de sécréter pour la mastication, celui de la *sous-maxillaire* de sécréter pour la gustation, et celui de la glande *sublinguale* et des glandules buccales de sécréter pour la déglutition.

C'est à l'aide de ces données physiologiques seulement qu'on pourra étudier et comprendre dans leur signification réelle les modifications qu'éprouvent les organes salivaires dans les diverses classes d'animaux vertébrés. Ce qui doit caractériser les glandes salivaires entre elles, ce n'est pas leur structure anatomique ni leur volume, ni leur forme, c'est la nature de la fonction à laquelle elles se trouvent annexées. On commettrait donc un contresens physiologique si, à l'exemple de quelques anatomistes, tel que J.-F. Meckel, on voulait encore trouver chez les oiseaux des glandes parotides et sous-maxillaires qui ne sauraient exister, puisque, chez ces animaux, les deux fonctions correspondantes, la mastication et la gustation, manquent généralement. Il est évident dès lors que les usages de toutes les glandes salivaires qu'on rencontre chez les oiseaux doivent être rapportés à la seule fonction qui persiste, c'est-à-dire à la déglutition; et, en effet, le liquide visqueux et gluant que sécrètent leurs glandes n'a rien de commun avec les salives parotidienne et sous-maxillaire, et ressemble en tout point aux fluides que fournissent la glande sublinguale et les glandules buccales chez les mammifères.

Les diverses glandes salivaires, ayant chacune un rôle spécial à remplir, ne doivent pas pouvoir se suppléer ou se remplacer comme les autres. Toutes les fois qu'une glande salivaire augmente, disparaît ou diminue, c'est que la fonction spéciale subit des variations correspondantes. Chez les mammifères qui mâchent des substances dures et sèches, la parotide est à son summum de développement, tandis que chez ceux qui, comme le phoque, par exemple, vivent dans l'eau et se nourrissent d'aliments humides, cette glande s'atrophie ou disparaît même complétement, bien que dans ces cas les autres glandes salivaires aient conservé un développement normal par rapport à la fonction à laquelle elles correspondent. Enfin, cette déduction naturelle des expériences a conduit l'auteur à examiner une assertion émise dans les traités d'anatomie comparée, à savoir : que chez le surmulot la glande sublinguale manquerait, et serait suppléée par le sous-maxillaire. La glande sublinguale du surmulot existe parfaitement distincte.

Chronique et nouvelles.

Concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central des hôpitaux. — Les juges de ce concours sont : MM. Jobert, Danyau, Malgaigne, Cruveilhier, Chassaignac, Guersant, Gilette, Grisolle, Ricord. — Suppléants : MM. Gerdy et Falret.

— Nous apprenons que M. le Dr Rochoux, membre de l'Académie de médecine, se trouve dans un état presque désespéré.

— M. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, a succombé lundi dernier à une affection organique dont l'origine remontait à peine à quelques mois.

— Les journaux anglais annoncent la mort de sir Alexandre Mackenzie Downie, un des chirurgiens les plus en renom de la Grande-Bretagne, en dernier lieu chirurgien de la légation britannique à Francfort, où il est décédé à l'âge de quarante et un ans.

— *Vaccine.* — Les rapports adressés au comité central de vaccine par les conservateurs de vaccin de la province d'Oran constatent un fait qui devrait impressionner fortement les indigènes et faire disparaître tous leurs préjugés contre l'emploi du préservatif vaccinal.

Au printemps de 1851, les officiers de santé militaires chargés de visiter les tribus avaient remarqué que les filles seules leur étaient présentées pour subir l'opération de la vaccination : qu'est-il arrivé? Une épidémie de variole vient de s'étendre sur diverses tribus des subdivisions de Tlemcen, Oran et Orléansville, et il a été constaté que le mal sévissait avec force sur les garçons non vaccinés et épargnait les filles.

— Les nouvelles de la Jamaïque du 17 janvier annoncent que le choléra sévit toujours dans l'île; ses ravages sont néanmoins plus concentrés dans l'intérieur du pays. La variole y règne également, mais à un degré moins alarmant.

— Après l'exécution de l'assassin de la reine d'Espagne, Martin Merino, sa tête a été moulée par le docteur Didier, médecin français établi à Madrid. Un exemplaire de ce moulage vient d'arriver à Paris; il est destiné au Musée anatomique, où se trouve la plus belle collection des têtes des criminels fameux.

— *Empoisonnement par une substance animale ou un virus.* — Les faits extrêmement remarquables que nous avons publiés récemment donneraient un grand intérêt à celui qui suit, s'il était connu avec plus de détails. Voici ceux que publie le *Journal de Dreux* :

« Le sieur Gaulard, demeurant à Dreux, fut chargé, vers la fin du mois de janvier dernier, de dépouiller et de mettre en morceaux un bœuf qui venait de mourir dans une pâture, à Ivry-la-Bataille. Pendant le travail de Gaulard, un fragment d'os lui fit une légère piqûre à l'avant-bras. Deux jours plus tard, le pauvre artisan éprouva les symptômes d'une affection contre laquelle il ne prit d'abord aucune précaution. Bientôt il se vit obligé d'appeler un médecin; mais le mal avait déjà fait de tels progrès, que, samedi dernier la victime succombait en proie à une *gangrène générale.*

» S'il faut en croire la rumeur publique, le sieur Gaulard serait mort du *charbon.* Cependant, nous tenons de bonne source qu'avant d'être mise en vente, la chair du bœuf dont nous venons de parler a été examinée par un médecin vétérinaire qui l'a déclarée parfaitement salubre, et qu'aucune des nombreuses personnes qui se sont nourries de cette viande n'a ressenti la moindre indisposition. »

Nos lecteurs, qui n'ignorent pas les belles et récentes expériences de M. Renault, ne trouveront pas dans cette dernière circonstance la preuve que le malheureux Gaulard ne soit pas mort du charbon.

— AVIS. — L'aimable convive qui, au banquet de la Société anatomique, a fait l'échange d'un bon chapeau contre un mauvais, trouvera, chez M. Labé, libraire de la Faculté, les indications nécessaires pour réparer le dommage que lui a causé sa méprise.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 23 — MARDI 24 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 23. — MARDI 24 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.



GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Accident de l'hôtel des Princes. Extraction d'une balle logée dans la sixième vertèbre cervicale. — HÔPITAL DE GENÈVE (M. Rilliet). Mémoire sur l'invagination chez les enfants (Fin). — Corps étranger volumineux dans l'œsophage d'une petite fille de dix mois. Extraction avec les pinces à pansement. Guérison. — Société de chirurgie, séance du 10 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1852.

ACCIDENT DE L'HOTEL DES PRINCES.

EXTRACTION D'UNE BALLE LOGÉE DANS LA SIXIÈME VERTÈBRE CERVICALE.

L'événement arrivé à l'hôtel des Princes et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs semble devoir fournir une des observations les plus remarquables à la chirurgie déjà si curieuse, si riche en faits inattendus de plaies par armes à feu. Les tentatives d'extraction faites infructueusement par M. Maisonneuve ont été renouvelées avec plus de succès avant-hier, avec l'assistance de M. le docteur Alexis Favrot. Nous croyons devoir transcrire ici un extrait du procès-verbal de cette opération, rédigé par ces deux honorables confrères.

« Dans les journées du 19 et du 20 février, de graves hémorrhagies s'étant manifestées par la plaie du cou chez Mme de J..., MM. les docteurs Maisonneuve et Alexis Favrot jugèrent indispensable de pratiquer la ligature des vaisseaux qui fournissaient le sang, et de procéder en même temps à l'extraction de la balle dont ils avaient précédemment constaté la présence dans l'épaisseur de la sixième vertèbre cervicale.

» Une incision de 12 centimètres environ pratiquée sur la région latérale gauche du cou, le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, permit d'arriver promptement au foyer de la blessure. On put alors constater que la balle avait pénétré sur le côté gauche du larynx, au niveau du cartilage cricoïde; qu'elle avait dénudé ce cartilage sans le briser; qu'elle avait ensuite glissé obliquement de haut en bas sur le côté gauche de la trachée-artère et de l'œsophage, sans intéresser ces organes; qu'elle avait laissé en dehors l'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne et le nerf pneumogastrique; qu'elle avait coupé incomplètement le tronc de l'artère thyroïdienne inférieure, et qu'elle avait ensuite pénétré dans la portion gauche du corps de la sixième vertèbre cervicale, où elle se trouvait logée.

» On dut procéder d'abord à l'extraction de la balle.

» Cette première partie de l'opération fut exécutée à l'aide d'une pince à anneau, à mors très fins et aplatis. Le doigt, porté dans le trou que le projectile avait creusé dans la vertèbre, permit de reconnaître que la moelle épinière n'avait pas été intéressée.

» Après l'extraction de la balle, on dut s'occuper de la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure. Dans ce but, un fil double fut passé à l'aide d'une aiguille mousse autour du vaisseau malade; et tandis qu'une pince à coulant tenait fermée la plaie artérielle, un des fils fut serré au-dessus, l'autre au-dessous de cette plaie. L'hémorrhagie fut dès lors définitivement arrêtée. On fit ensuite quelques ligatures sur des vaisseaux de second ordre intérieur dans l'incision, et la plaie fut pansée à plat.

» La balle fut examinée avec soin après l'opération : elle était d'un petit calibre; à sa circonférence, on remarquait une ligne circulaire résultant du frottement rude qu'elle avait éprouvé en sortant du canon de l'arme. C'était un pistolet à balle forcée. »

A ces détails, nous devons ajouter que, les tissus à travers lesquels nos confrères ont pénétré jusqu'à la balle étant très tuméfiés, ils ont rencontré sur leur route des difficultés de plus d'un genre. L'incertitude qui devait nécessairement régner sur la source de l'hémorrhagie était encore une circonstance qui ne pouvait qu'accroître l'embarras du chirurgien. Cette hémorrhagie pouvait venir de l'artère carotide, ou de la vertébrale, ou de la thyroïdienne. Une dissection délicate et attentive dissipa bientôt cette incertitude en montrant une lésion de l'artère thyroïdienne inférieure dans le point où cette artère, au niveau de la sixième vertèbre, croise l'artère vertébrale et la carotide primitive, entre lesquelles elle se trouve placée.

Remarquons enfin, en terminant, combien d'organes importants la balle traversés sans en léser pour ainsi dire aucun; fait observé bien des fois déjà dans des circonstances analogues, mais toujours digne de l'intérêt des praticiens.

P. S. Aujourd'hui 23, nous apprenons que l'état de Mme de J... est des plus satisfaisants.

La plaie a été réunie par première intention. Il ne restera qu'une cicatrice linéaire. Tout fait espérer que le succès viendra justifier une opération aussi hardie.

HOPITAL DE GENÈVE.

Mémoire sur l'invagination chez les enfants.

Par le Dr RILLIET, médecin en chef.

(Fin. — *Voir* les numéros des 31 janvier, 3, 7 et 11 février.)

ARTICLE VI. — CAUSES.

Causes prédisposantes.

Age. — C'est évidemment dans le cours de la première année que le maladie est la plus fréquente. Nous ne pouvons, en effet, regarder comme une simple coïncidence que, sur huit observations recueillies à Genève, nous comptions six invaginations sur des enfants âgés de deux à neuf mois, et et deux seulement sur des enfants de huit à neuf ans (1). Le plus grand nombre des observations publiées par les auteurs appartiennent aussi à la première enfance. Toutes les espèces d'invaginations ne sont pas également fréquentes à tous les âges; celles du gros intestin paraissent plus fréquentes dans la première enfance, et celles de l'intestin grêle dans la seconde enfance. Nous avons cherché ailleurs la cause de cette différence. (V. *Anatomie pathologique.*)

Sexe. — Thomson avait déjà fait observer que l'invagination était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Sur 34 malades, il compte 20 hommes et 14 femmes. Nous sommes arrivé aux mêmes conclusions pour les enfants; sur 25 malades, nous comptons 22 garçons et 3 filles.

Mauvaise hygiène. — Chez les très jeunes enfants cette cause peut exercer une influence évidemment fâcheuse. Ce fait nous a paru non douteux chez quelques-uns de nos malades qui prenaient habituellement une nourriture peu appropriée à leur puissance digestive.

Ainsi, un enfant de sept mois, non sevré, était nourri de fruits, de gâteaux, de nougat; un autre, âgé de dix mois, mangeait *de tout;* un autre était allaité par sa mère, qui avait éprouvé, huit jours avant le début, un violent chagrin de la mort de son mari, etc.

Maladies antérieures. — L'invagination est, dans l'immense majorité des cas, une maladie primitive. (Nous réservons la question de l'entérite comme cause pathologique.) Cependant on a cité des cas où l'intussusception était venue compliquer une autre maladie. Ainsi, le docteur Legoupil a publié l'observation d'un enfant de quatre ans et demi qui fut atteint d'une invagination dans le cours d'une variole, et qui guérit.

Causes déterminantes. — Une violence extérieure est quelquefois la cause déterminante d'une invagination. Ainsi, un enfant de neuf ans, cinq semaines avant le début, revient de l'école pâle et décomposé, disant qu'un de ses camarades lui a donné un coup de pied dans le ventre; dès lors il maigrit et pâlit, et a des alternatives de diarrhée et de constipation. (*V.* OBS. III.)

Chez deux enfants, l'invagination se produisit tout à coup, pendant que leur père les faisait sauter dans ses bras (2).

Les écarts de régime, que nous avons placés parmi les causes prédisposantes, peuvent devenir à leur tour causes déterminantes. Cette double condition s'est rencontrée sur deux de nos malades.

Cause anatomique. — Il est un point d'étiologie sur lequel les pathologistes ne sont pas d'accord : l'entérite est-elle la cause ou l'effet de l'invagination? Dance a soutenu la première opinion. L'invagination, dit-il, n'est point une maladie primitive; elle est ordinairement secondaire à une autre affection, et spécialement à l'irritation et à l'inflammation intestinale, qui a pour effet de troubler les contractions péristaltiques des intestins et d'exciter des mouvements généraux, et surtout partiels, dans la masse intestinale.

La vérité nous paraît être entre les deux opinions.

Si le lecteur jette de nouveau les yeux sur l'article d'anatomie pathologique, il pourra se convaincre que l'entérite est évidemment, dans le plus grand nombre des cas, la conséquence de l'invagination, et qu'elle suit très exactement, en étendue et en intensité, l'étendue et la durée de l'invagination. Elle est la plus intense là où la constriction est la plus forte. Quelquefois elle est très exactement limitée à une portion très circonscrite à l'anneau d'étranglement; le reste du tube digestif est habituellement sain. D'un autre côté, nous ne refusons pas d'admettre que l'irritation intestinale, jointe à une prédisposition organique de structure, ne puisse être le point de départ de la maladie. L'invagination est, en effet, fréquente à l'époque de l'enfance où les maladies de la membrane muqueuse intestinale sont les plus communes; elle est quelquefois précédée pendant un temps plus ou moins long par les symptômes de l'irritation des intestins. Ses causes prédisposantes anti-hygiéniques sont aussi celles de l'entérite. Toutes ces considérations nous portent à croire, dans un certain nombre de cas, que l'entérite joue un rôle étiologique; mais il en est d'autres où il est impossible de l'admettre, ce sont ceux où la maladie se produit tout à coup, spontanément, sous l'influence d'une violence extérieure. (Forcke.)

(1)

AGE.	NOMB. DE SUJETS.	AGE.	NOMB. DE SUJETS.
4 mois.	3	4 ans et 1/2.	2
6 —	4	6 —	1
7 —	2	8 —	2
8 —	1	9 —	1
9 —	1	11 —	1
10 —	1	12 —	2
11 —	1	13 — 1/2.	1
2 ans et 1/2.	1	15 —	1

(2) FORCKE, cité dans le Compendium, p. 428.

Traitement.

Traitement préservatif. — Nous sommes convaincu qu'une bonne hygiène contribuera à diminuer le nombre des invaginations, surtout dans la première enfance. Nous n'avons pas à traiter ici les règles diététiques convenables à cette période de la vie; mais nous ne pouvons pas nous empêcher de nous élever contre cette déplorable habitude que l'on a souvent dans les classes moyennes ou inférieures de la société de donner aux enfants à la mamelle les aliments les plus indigestes.

Nous faisons ici, disent ces parents inconsidérés, de bons estomacs à nos enfants; voyez comme ils sont gros et gras; ils mangent de tout. Oui, mais ils payent tôt ou tard une pareille imprudence. Un grand nombre contractent une diarrhée plus ou moins rebelle; d'autres une véritable entérite ou un ramollissement de l'estomac, quelques-uns enfin une invagination. Plusieurs de ces maladies, pour n'être pas constamment mortelles, n'en sont pas moins une cause de débilitation, et prédisposent ainsi les enfants aux affections dyscrasiques auxquelles ils ne sont déjà que trop sujets... Ces vérités sont vieilles comme le monde, mais elles sont du nombre de celles qui sont toujours bonnes à rappeler. Si une hygiène convenable est toujours utile, elle est encore plus spécialement recommandée dans le cas où l'on observe chez un enfant les symptômes précurseurs de l'invagination, sur lesquels nous avons attiré l'attention de nos lecteurs.

Traitement curatif de la première période. — On peut ranger sous trois chefs les médications mises en usage contre l'invagination. Ce sont : le traitement médical proprement dit, le traitement mécanique, le traitement chirurgical.

A. *Traitement médical.* — Le traitement antiphlogistique est évidemment celui qui semble le plus rationnel. Que l'entérite soit cause ou effet, il n'est pas moins vrai que la congestion inflammatoire de l'intestin est une cause incessante d'accroissement de l'invagination, et un obstacle permanent à son dégagement. Le traitement antiphlogistique doit être modéré, parce qu'il ne faut pas oublier qu'une partie de l'espoir de la guérison réside dans la chance de l'élimination, et qu'il ne faut pas jeter l'enfant dans une débilitation telle, que la réaction ne puisse plus avoir lieu. Le raisonnement paraît contre-indiquer l'emploi des purgatifs vantés par bien des médecins, mais jugés nuisibles par d'autres (Langstraff. Johnson) dans l'immense majorité des cas.

Il semble, en effet, qu'en augmentant le mouvement péristaltique, on agit mécaniquement dans le sens de l'invagination. Ici l'expérience n'est peut-être pas d'accord avec la théorie. Ainsi c'est à l'emploi du calomel que nous avons dû la guérison de deux maladies; mais il faut reconnaître que, si les purgatifs augmentent le mouvement péristaltique, d'un autre côté ils dégorgent l'intestin, facilitent le rétablissement de son calibre; les préparations calmantes sont évidemment indiquées. La douleur sollicite la contraction intestinale; en calmant la douleur, on diminue le mouvement péristaltique; on le diminue aussi en paralysant jusqu'à un certain point la fibre musculaire.

En résumé, le traitement médical de l'invagination à sa première période, c'est-à-dire dans les deux ou trois premiers jours, nous paraît se résumer dans l'emploi des médications antiplogistiques modérées, purgatives, douces et calmantes. En conséquence, nous conseillons une ou deux applications de sangsues (de quatre à huit, suivant l'âge) sur le point le plus douloureux et de préférence dans le flanc droit, parce que c'est au niveau du cœcum que l'inflammation est en général la plus vive. Il faudra avoir soin que les piqûres ne coulent pas trop longtemps, pour ne pas affaiblir l'enfant. Après l'arrêt de l'écoulement sanguin, on le mettra au bain pour une heure, puis, après l'avoir remis au lit, on lui appliquera sur le ventre de larges cataplasmes arrosés de laudanum ou des flanelles plongées dans une décoction de têtes de pavots. Quelques heures plus tard on donnera toutes les demi-heures une poudre de calomel de deux grains, ou une cuillerée à café d'huile de ricin toutes les heures; l'usage des cathartiques sera soutenu par l'emploi des lavements, et spécialement des lavements d'huile pure, deux, trois ou quatre fois par jour.

Si au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures de cette médication on n'obtient aucune selle venant de la partie supérieure de l'intestin, ou bien si les purgatifs ne sont pas tolérés, il faut en cesser l'usage et continuer le traitement antiphlogistique et calmant, par les bains, les cataplasmes,

les potions opiacées. On proportionnera la dose d'opium à l'intensité des douleurs; c'est sous l'influence d'une potion fortement opiacée que la crise s'est faite chez le malade sujet de l'observation III.

Certains symptômes réclament une attention particulière. Deux des principales causes de mort, chez les jeunes enfants, sont la faim et les accidents nerveux. Les vomissements continus empêchent toute alimentation; il faut donc s'efforcer de les calmer. Nous avons pu les arrêter chez un malade (Obs. I) au moyen du nitrate d'argent; dans un autre cas, c'est l'*acetum cantharidis* de la pharmacopée anglaise qui a réussi à les suspendre. L'opium, que nous recommandions tout à l'heure, et la glace devraient aussi être essayés. Les symptômes nerveux étant probablement le résultat de la douleur, c'est aux préparations d'opium, aux fleurs de zinc et aux calmants qu'il faut s'adresser pour combattre les complications de cette espèce.

B. *Traitement mécanique.* — On a généralement renoncé à l'emploi du mercure coulant des balles de plomb et d'or; mais il est un autre moyen mécanique, l'insufflation, qui mérite une attention sérieuse. Ce moyen a été employé avec succès par le docteur Wood (1) dans un cas des plus graves, et que nous citons ici, parce que ce malade, bien qu'adulte, était atteint d'une invagination offrant presque tous les caractères de l'iléus de la première enfance, y compris l'excrétion des mucosités sanguines. Le docteur Mittchell (2) ne fut pas moins heureux sur un enfant; après avoir tout essayé sans sucès, il recourut à l'expédient suivant: il introduisit dans le rectum, aussi haut que possible, une canule de gomme élastique; il adapta à l'orifice de cette sonde le bec d'un soufflet de cheminée, puis il poussa de l'air en quantité. La distension intestinale, ayant déployé les anses du tube digestif, fit comme par enchantement disparaître les symptômes d'étranglement; des garde-robes se manifestèrent, et l'enfant guérit.

Le docteur Cunningham fait observer avec quelle facilité l'insufflation débrouille sur une table un paquet intestinal, quelque intriqué qu'il soit; la même chose a lieu sur le cadavre. Nous ajouterons que la facilité avec laquelle, au moyen d'une douce traction ou d'une légère pression de bas en haut, on dégage sur le cadavre l'intestin invaginé rend évidente l'heureuse influence de l'insufflation; elle réussira d'autant mieux qu'on aura affaire à une invagination du gros intestin: en effet, l'insufflation agit directement et près du paquet invaginé. La direction verticale ou légèrement oblique qu'a prise l'intestin par suite de son déplacement est encore une condition qui facilite le succès de l'insufflation. Comme M. Cunningham le fait observer avec raison, ce moyen n'étant pas dangereux, on ne saurait trop le recommander.

On a aussi conseillé l'injection forcée de l'eau dans l'intestin au moyen d'un instrument particulier auquel on a donné le nom d'hydrobale. Nous pensons qu'une douche ascendante puissante doit être mise en usage dans le cas où l'insufflation n'aurait pas réussi. Nous avons essayé sur le cadavre d'un jeune enfant d'injecter de l'eau au moyen d'une seringue à courant continu, et nous sommes arrivé très facilement à remplir tout le gros intestin et même à franchir la valvule.

Les insufflations et les injections sont beaucoup plus faciles à pratiquer sur le cadavre, et doivent par conséquent l'être plus sur le vivant qu'un autre procédé mécanique recommandé par le docteur Niessen. Ce médecin a pratiqué deux fois le refoulement de la masse invaginée au moyen d'une sonde œsophagienne garnie d'une éponge. Voici ces deux observations telles que nous les trouvons consignées dans le *Journal de Canstatt.*

Obs. XIII. — Une petite fille de neuf mois, très bien portante, évacua du sang par l'anus; en même temps il sortit par le rectum une tumeur, qui se retira lorsque le ténesme cessa. A ce moment, elle rendit environ une cuillerée à café de mucus mêlé de sang, sans matière fécale. Le jour suivant, l'enfant, qui n'avait rejeté qu'une fois le lait de sa mère, fut gaie. La tumeur descendait si bas que le doigt pouvait la sentir; elle paraissait être de la grosseur d'un œuf de pigeon; elle était dure, douloureuse; on la sentait dans le côté gauche du bassin, d'où elle redescendait de nouveau lorsqu'il y avait un nouveau ténesme. Les vomissements augmentèrent de fréquence, accompagnés d'agitation et de douleurs; insomnie; tension du ventre; facies anxieux.

Le docteur Niessen prit alors une sonde flexible garnie d'une éponge qui, malgré sa dimension (elle était grosse comme une noix), pouvait, après avoir été huilée, pénétrer dans le rectum. Par ce moyen, il fit remonter la tumeur de la région hypogastrique gauche dans le côlon descendant, de là dans le côlon transverse et même quelques pouces dans le côlon ascendant; il s'en assura par la palpation du ventre au moyen de la main droite. Toutefois, il fallut renouveler plusieurs fois la même manœuvre, parce que la tumeur tendait toujours à redescendre, jusqu'à ce que des lavements froids l'aient maintenue en haut.

Obs. XIV. — Dans un autre cas, chez un enfant de deux ans et demi, l'intussusception apparut dans le cours d'une diarrhée. Ici encore on pouvait sentir une tumeur allongée, dure, douloureuse, grosse comme un œuf de poule, à gauche du nombril. En même temps, vomissement, expulsion de sang par le rectum, anxiété, soif, mais point de fièvre; après le refoulement avec la sonde, qui porta la tumeur à droite du nombril, on employa des lavements froids avec de l'acétate de plomb.

Le refoulement fut encore pratiqué le second jour; les lavements furent d'abord répétés toutes les deux heures, puis plus rarement. Le matin suivant, la tumeur et tous les autres symptômes avaient cédé; la diarrhée persista encore pendant quelque temps, puis elle disparut.

Le procédé conseillé par le docteur Niessen est, disons-nous, très difficile à exécuter sur le cadavre. La sonde, introduite par l'anus, glisse difficilement dans l'intestin; elle arcboute contre les angles et les sinuosités de cet organe, et il faut se servir d'une baleine bien souple et bien flexible pour qu'elle puisse s'accommoder aux difficultés de position qu'elle rencontre sur son passage. Dans les tentatives que nous avons faites, nous avons eu une peine infinie à atteindre l'angle gauche de l'arc du côlon, et nous n'avons pu le dépasser. Peut-être qu'un meilleur instrument et des expériences plus répétées nous eussent conduit à un résultat plus favorable.

(1) The american Journal, n° 30. — Dans Archiv. de méd., 1836, 2e série, t. XII, p. 240.

(2) The Lancet, n° de janvier à mars 1838. — Dans Gaz. méd. de Paris, 1838, p. 218.

C. *Traitement chirurgical.*—Le docteur Pfeiffer, dans son excellente thèse, a cité la plupart des auteurs qui ont écrit pour ou contre la gastrotomie dans l'étranglement interne. Lui-même se prononce hautement pour cette opération dans le cas de volvulus; c'est seulement alors qu'elle est indispensable, parce que les efforts de la nature médicatrice sont nuls pour la guérison. Il se demande cependant si, dans le cas où l'on aurait commis une erreur de diagnostic et pris une invagination pour un volvulus, l'opération serait défavorable. Il conclut par la négative. «*Si operatio perficeretur, hac nullo modo detrimentum, imo potius emolumentum afferi; nam hi casus intususceptionis tam acuti et vehementes fore omnes lethales sunt* (1). »

Il appuie son opinion en citant deux cas d'invagination où la gastrotomie a été couronnée de succès (2). Dans l'un, le dégagement de l'invagination fut obtenu au moyen d'une simple traction; dans l'autre, au moyen d'une incision partielle de l'intestin invaginateur.

Les auteurs du *Compendium* résument les objections faites à la gastrotomie dans les propositions suivantes:

1° Impossibilité de déterminer avec certitude l'existence, la nature, le siége de l'obstacle; risques par conséquent d'ouvrir l'abdomen sans pouvoir trouver l'oblitération, soit que celle-ci n'existe pas, soit qu'elle se dérobe aux investigations de l'opérateur;

2° Risques, en admettant que l'on rencontre l'oblitération, de ne pouvoir la réduire en raison des adhérences qui unissent presque toujours intimement les parties;

3° Dangers de l'opération.

Nous reconnaissons la valeur des objections; mais il en est deux qui n'ont pas de valeur pour nous. Nous croyons que, dans bon nombre de cas, on peut déterminer la nature et le siége de l'obstacle, et que le dégagement des parties invaginées est très aisé; nous pensons en conséquence que, le diagnostic de l'invagination étant clairement établi par les symptômes que nous avons indiqués, il ne faut pas hésiter, après avoir pendant trois ou quatre jours employé le traitement médical et fait en outre plusieurs essais d'insufflation; il ne faut pas hésiter, disons-nous, à pratiquer la gastrotomie. Reste, il est vrai, la troisième objection, la gravité de l'opération; mais ce ne doit pas être un obstacle en cas pareil, *melius anceps quam nullum.*

Il ne nous appartient pas de tracer le procédé opératoire. Nous nous bornerons à donner le conseil de pratiquer l'incision dans le flanc droit, d'aller à la recherche du rectum dans le bassin, de s'assurer si cet intestin n'est pas très distendu à sa partie supérieure, de refouler le paquet invaginé de bas en haut jusqu'à ce qu'il soit complétement dégagé.

Traitement de la seconde période et ses conséquences. — Au moment où la crise se déclare, les enfants doivent être tenus à une diète sévère et à un repos absolu. Il est très important de ne pas céder à leurs caprices et de ne pas leur accorder prématurément une alimentation qu'ils sollicitent à grands cris. La mort a été dans quelques cas le résultat de cette imprudence. Les aliments prescrits seront d'une facile digestion et donnés en petite quantité.

RÉSUMÉ.

L'invagination est dans l'enfance une maladie qui, sans être très fréquente, mérite cependant plus d'importance que ne lui en ont accordé les pædiatres.

A l'exception de quelques observations éparses dans les journaux scientifiques et des notes publiées par les docteurs Jahn, Dœpp, Barus, Billard et Gorham, on ne trouve dans la science aucun document de quelque valeur sur la maladie qui nous occupe, et même parmi les travaux que nous venons d'énumérer celui du docteur Gorham est le seul qui mérite d'être mentionné.

L'invagination se présente sous deux formes, l'une latente, l'autre apparente. La première espèce, beaucoup plus fréquente que l'autre, prend naissance pendant l'agonie et siége dans l'intestin grêle; la seconde constitue une maladie bien caractérisée et occupe presque toujours le gros intestin dans la première enfance; tantôt cet organe, tantôt l'intestin grêle dans la seconde enfance. Le lieu d'élection de l'invagination de la première enfance trouve son explication dans des conditions physiologiques et dans des anatomiques spéciales à cet âge.

L'invagination du gros intestin dans la première enfance est caractérisée par des vomissements incessants, très rarement stercoraux, de petites selles muqueuses striées de sang, ou une véritable enterorrhagie. Le ventre conserve sa forme, ou bien, à une période en général peu avancée, on perçoit une tumeur dans l'un des flancs ou à l'hypogastre. La soif est peu vive; le pouls fréquent, sans chaleur à la peau; l'anxiété, l'angoisse, les cris existent fréquemment; l'assoupissement ou le coma, l'éclampsie sont plus rares. Le facies est altéré, les forces sont déprimées, mais l'amaigrissement est peu marqué.

Le début est tantôt soudain, tantôt précédé pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines d'un dérangement des voies digestives.

La maladie dans les cas malheureux ne dépasse pas, en général, le cinquième jour, et se termine quelquefois le troisième; dans les cas favorables, elle peut se terminer en trente-six heures ou dans cinq jours.

La terminaison la plus ordinaire est la mort. Quand la guérison a lieu, c'est par suite du dégagement de la portion invaginée et non de son élimination.

Dans la seconde enfance, les vomissements existent, et souvent ils sont stercoraux; le ballonnement du ventre est plus marqué, la tumeur sans la constipation habituelle; les douleurs abdominales sont vives, la fièvre est intense. L'apparence de la maladie est péritonéale.

La durée est plus longue.

La terminaison est la mort, ou bien la guérison à la suite de l'élimination d'une portion plus ou moins considérable de l'intestin grêle ou du gros intestin.

L'invagination dans la première enfance peut être et a en effet été confondue avec le ramollissement de l'estomac (entérite cholériforme), l'enterorrhagie, la dyssenterie, et dans la seconde enfance avec différentes espèces d'étranglement interne et la péritonite. La connaissance des symptômes susindiqués mettra le plus souvent le praticien à l'abri de l'erreur.

L'invagination est plus grave dans la première enfance. Son siége dans le gros intestin, la rapidité de sa marche, l'absence, l'extrême rareté, sinon l'impossibilité de la terminaison par élimination, et les constitutions cérébrales en sont la cause.

L'invagination est plus fréquente dans la première année qu'à toute autre époque de l'enfance, plus chez les garçons que chez les filles; une mauvaise hygiène alimentaire et l'entérite sont des causes tantôt prédisposantes, tantôt occasionnelles. Dans quelques cas rares, on a pu attribuer la maladie à une violence antérieure.

Le traitement est préservatif ou curatif. Le premier est tout entier dans une bonne hygiène alimentaire; le second est médical, mécanique ou chirurgical. Le traitement médical consiste dans l'emploi sagement combiné des antiphlogistiques, des évacuants et des narcotiques. Le traitement mécanique repose sur trois procédés différents: le cathétérisme de l'intestin, l'insufflation, l'injection forcée de l'eau. Le traitement chirurgical consiste dans la gastrotomie; il ne faut pas hésiter à pratiquer cette opération quand le traitement médical ou mécanique a échoué et avant que la maladie ait fait de trop grands progrès.

(1) Loc. cit., p. 45-46.

(2) Loc. cit., p. 57 et 61.

CORPS ÉTRANGER VOLUMINEUX

dans l'œsophage d'une petite fille de dix mois. — Extraction avec les pinces à pansement. — Guérison.

Par M. le Dr Médard, médecin à Fresnes-en-Woëvre (Meuse).

Je fus mandé en toute hâte, le 8 février dernier, chez M. Vetzel, propriétaire à Fresnes-en-Woëvre (Meuse), pour donner mes soins à une petite fille de dix mois que l'on me dit être atteinte depuis une demi-heure environ d'une grande gêne de la respiration, de nausées et de vomissements de sang. J'appris à mon arrivée que la malade était restée seule pendant une heure avec trois enfants plus âgés qu'elle dans une chambre fermée à clef; les parents étaient à la messe. Je supposai de suite la présence d'un corps étranger dans le pharynx ou l'œsophage; mais, avant de procéder à un examen direct de l'arrière-bouche, je voulus questionner les trois enfants sur la forme et la nature de ce corps; il me fut impossible d'en rien obtenir. Je fis donc asseoir la petite malade sur les genoux d'une femme, près d'une fenêtre bien éclairée, la tête renversée en arrière et soutenue par un aide: il n'existait au cou aucune saillie anormale. J'introduisis l'indicateur droit dans la bouche et j'explorai la région pharyngienne; un effort de vomissement survint et me fit constater la présence d'un corps étranger qui me parut très volumineux, mais dont je ne pus spécifier ni les dimensions exactes, ni la forme, ni la nature; je fis aussitôt un mouvement du doigt pour l'accrocher, mais il m'échappa par un mouvement de déglutition: je jugeai toutefois par l'effort que je fis qu'il était solidement fixé et que j'éprouverais de la difficulté pour l'extraction. L'enfant portait fréquemment la main à son cou; il y avait des nausées, des efforts violents et convulsifs pour vomir, et de temps à autre sortie par la bouche de mucosités sanguinolentes; la respiration, quoique gênée, s'exécutait assez bien pour que je n'eusse pas à craindre une suffocation immédiate par la compression de la glotte ou de la trachée-artère. L'indication était pressante: il fallait prendre une prompte détermination; quatre mesures se présentaient:

1° Extraire le corps étranger par la voie buccale;
2° Le pousser dans l'estomac;
3° L'abandonner aux ressources de la nature;
4° Le retirer à l'aide de l'œsophagotomie.

Avant d'opter pour l'une d'elles, il me parut de la dernière importance de tenter de découvrir par l'inspection directe la forme, la nature et le volume de ce corps. Pour cela, j'ouvris largement la bouche de la malade, j'abaissai fortement la base de la langue et je provoquai ainsi un effort de vomissement qui le fit remonter et apparaître en partie dans le pharynx: je reconnus un morceau de cuivre, qui me parut volumineux, mais je ne pus distinguer sa forme, parce que, l'effort de vomissement venant à cesser, le corps suivit la rétraction de l'œsophage et disparut en totalité. Je me déterminai sur-le-champ pour l'extraction par la voie buccale et en cas d'insuccès pour l'œsophagotomie. En conséquence, l'enfant étant placée comme je l'ai dit plus haut, j'introduisis l'indicateur gauche dans sa bouche, je pressai fortement sur la base de la langue et titillai l'arrière-gorge pour provoquer un effort de vomissement et faire remonter et apparaître le corps étranger. De la main droite armée de pinces à pansement, je le saisis avec force et fis un effort ménagé pour l'extraire, mais le retrait de l'œsophage et probablement le poli des surfaces me firent lâcher prise; il s'écoula une notable quantité de sang, et je dus laisser un moment de calme à l'enfant pour reprendre haleine.

Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse, quoique j'eusse fait faire au corps étranger des mouvements de va-et-vient pour produire son dégagement; car je me rappelais alors que les fibres musculaires de l'œsophage pressent avec force les corps étrangers volumineux introduits dans sa cavité, et qu'elles forment au-dessus et au-dessous du point de contact un bourrelet qui s'oppose à ce qu'ils continuent de descendre vers l'estomac, aussi bien qu'à leur ascension rétrograde du côté de la bouche. Dans ces cas même, les mouvements de déglutition, les efforts de vomissements ne font souvent, quand ils ne réussissent pas, que rendre l'enclavement plus solide par l'irritation et le gonflement qu'ils occasionnent. Cette dernière considération pouvait me faire hésiter à renouveler mes premières tentatives, et j'aurais alors voulu avoir à ma disposition des pinces plus longues et recourbées comme celles dont on se sert pour extraire les polypes des narines; ces dernières m'eussent permis d'aller à la recherche du corps étranger, sans être obligé de provoquer des efforts de vomissement, qui seuls me permettaient de le faire remonter et de pouvoir le saisir avec mes pinces droites. Toutefois, je persistai dans mon premier dessein, et fis une troisième tentative. Comme le corps me paraissait placé en travers, j'allai le saisir contre la paroi latérale droite du pharynx, et par un mouvement d'élévation je le fis basculer suffisamment pour le rendre au moins à moitié visible, même après le retrait de l'œsophage; malheureusement mes pinces lâchèrent prise, et je ne pus cette fois encore terminer l'extraction. J'appréhendais fort que dans cette position verticale le corps ne vînt à descendre bien avant dans l'œsophage et qu'il ne fût plus possible de l'atteindre. Il n'en fut rien. La quatrième tentative fut couronnée d'un plein succès.

Le corps extrait est ce cône en cuivre qui termine les fourreaux de baïonnette; il a 6 centimètres de longueur. Le sommet se termine par un gros bouton; la base est triangulaire et a la forme des lames de baïonnette d'infanterie; les bords du triangle sont minces et tranchants; les angles sont plutôt mousses qu'aigus.

Après l'opération la malade est placée dans un bain. — Cataplasme autour du cou. Diète d'aliments mous ou solides; lait coupé pour boisson. Il n'y a presque pas eu de réaction, et cinq jours ont suffi pour un rétablissement complet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 février 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

1° M. le professeur Gerdy adresse son *Traité de chirurgie pratique complète* — Première monographie : Pathologie, générale, médico-chirurgicale — afin d'obtenir le titre de membre honoraire. — M. Gerdy est nommé par acclamation membre honoraire.

2° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier*, par M. Alquié.

3° *Observation de farcin chronique avec guérison probable*, par les docteurs Alphonse Richard et Foucher.

4° *Mémoire sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, écoulement par le mamelon*; par M. Adolphe Richard.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un travail sur un cas d'hypertrophie de la prostate. (MM. Michon, Chassaignac et Monod sont chargés d'examiner le travail de M. Cazenave, et de faire un rapport.

Présentation de malades.

1° M. Robert présente la malade sur laquelle il a fait sur un des avant-bras plusieurs opérations pour enlever des névromes très douloureux.

2° M. Michon présente un malade affecté de la division de la voûte palatine, et demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité de l'opération.

3° M. Lenoir présente un enfant sur lequel il a réduit une luxation du pouce en avant. M. Lenoir se propose de lire une note sur cette luxation.

4° M. Paquier présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête de l'humérus gauche et du tiers supérieur de cet os pour un coup de feu qui a traversé l'omoplate, brisé le col chirurgical, et séparé la portion articulaire de la tête humérale dans le col anatomique. La balle avait traversé les tubérosités de l'os et s'est présentée à la face antérieure de l'épaule, dont elle a été extraite. L'opération a été pratiquée le 12 juin 1849, sur un militaire du 16° léger, dans la tranchée au siége de Rome.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos du procès-verbal, M. le professeur Roux revient sur l'innocuité plus grande des opérations quand elles sont répétées plusieurs fois sur la même personne. Il a eu occasion de pratiquer plusieurs fois la taille sur le même homme, et toujours avec succès. Il cite à ce propos deux observations, l'une relative à un monsieur qui a été taillé trois fois par lui-même, l'autre est celle de Grangeret, qui a été taillé sept fois par des chirurgiens différents. M. Roux se demande la raison de cette innocuité; il la trouve 1° dans l'état moral du malade, qui, ayant déjà été opéré, est moins impressionné de la crainte de l'opération elle-même et de ses suites; 2° dans la modification des parties elles-mêmes; ainsi pour la taille le malade est moins exposé à l'hémorrhagie et à l'infiltration urineuse.

M. Chassaignac. Je regrette que M. Roux n'ait point parlé de l'opération de la cataracte. J'ai constaté que les malades éprouvent moins d'accidents inflammatoires quand, à la suite de l'opération par abaissement, le chirurgien est obligé d'y retoucher. Il voit que dans la cataracte par extraction elle-même, quand il survient une cataracte secondaire, il y a également moins de danger dans l'opération de cette cataracte secondaire que dans la première opération.

M. Guersant. L'enfant sur lequel j'ai pratiqué pour la seconde fois la trachéotomie est maintenant au onzième jour de l'opération. Aucun accident n'est survenu.

Calculs de l'urètre.

Rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Gosselin, et Demarquay, rapporteur, sur le travail de M. Le Roy-d'Etiolles ayant pour titre : *Calculs volumineux ayant séjourné dans l'urètre pendant vingt ans, essais infructueux de la lithotritie; extraction par une incision. Nouveau procédé pour extraire les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre.*

Le travail de M. Le Roy, que je suis chargé de vous faire connaître, a été de ma part l'occasion de recherches sur les calculs urétraux et sur les moyens de les extraire. Les éléments que l'on peut recueillir sur cette question sont tellement nombreux, que ce serait dépasser les limites d'un rapport en vous les rappelant ici; ils se trouvent d'ailleurs pour la plupart dans les ouvrages modernes qui ont été publiés sur l'affection calculeuse de la lithotritie. Je désire néanmoins fixer un instant votre attention sur le procédé opératoire, le meilleur, suivant moi, pour atteindre les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre, où souvent ils acquièrent un volume considérable et deviennent inaccessibles à tous les procédés de lithotritie. C'est, d'ailleurs, une des régions de l'urètre où ils apparaissent le plus souvent. Mais, d'abord, il faut que je vous fasse connaître le travail de notre savant confrère M. Le Roy-d'Etiolles.

Le sujet, ou plutôt l'occasion de ce travail, est un homme de soixante-dix ans, de petite taille, bien constitué; sa santé générale, malgré ses souffrances, n'est pas trop altérée. Il est affecté depuis 1816 d'un rétrécissement de l'urètre. Cette maladie est allée sans cesse en augmentant. En 1822, elle détermina une rétention d'urine. Depuis cette époque jusqu'en 1830, il a continué à se passer des sondes pour remédier aux accidents déterminés par la maladie.

Le médecin auquel il se confia en 1830 pratiqua dans l'urètre des cautérisations pour détruire, disait-il, les carnosités; mais il ne put pénétrer dans la vessie, il était arrêté dans la portion membraneuse de l'urètre par un corps étranger qu'il reconnut être un calcul. A partir de ce moment jusqu'en 1851, le corps étranger est allé croissant. Pour pallier les douleurs qu'il occasionnait, le malade avait recours à divers moyens, parmi lesquels nous citerons les injections urétrales faites avec un liquide mucilagineux. Toutefois, le mal augmentant, le malade eut recours aux soins éclairés de M. Michon. Notre excellent confrère, ayant constaté que l'appareil instrumental de la lithotritie vulgairement employé était ici inapplicable, engagea le malade à prendre les conseils éclairés de M. Le Roy-d'Etiolles. Cet habile lithotriteur constata, comme M. Michon, l'impossibilité de saisir le calcul urétral; il eut alors la pensée de brider, comme il avait eu occasion de le faire une dizaine d'années auparavant dans le service de M. Breschet, sur un malade porteur du même mal. Cette tentative ne fut point heureuse. Notre ingénieux confrère fit construire alors un instrument dont la forme s'adaptait à la rigole faite par l'urine sur le calcul, il avait la forme d'une sonde; mais dès qu'il était en place, par un mécanisme que vous avez pu apprécier, on mettait à nu une râpe composée de deux éléments mobiles, de telle sorte que, étant mise en jeu, elle était destinée à user le calcul, tout en le rendant immobile par le mouvement alternatif des deux parties de la râpe. La mobilité du calcul au milieu des parties molles et élastiques était la principale cause qui avait empêché sa perforation. Cet ingénieux instrument ne donna aucun résultat satisfaisant; il fallut recourir à une opération sanglante.

Quand le chirurgien veut recourir à la lithotritie pour détruire des calculs volumineux arrêtés et développés dans la portion membraneuse de l'urètre, où ils ont déterminé des lacunes, où souvent ils sont devenus adhérents, il se trouve alors dans de si mauvaises conditions qu'on comprend très bien qu'il échoue le plus souvent; ces difficultés sont telles, en effet, que M. Le Roy, dont personne ne contestera l'habileté, a dû, dans trois circonstances, y renoncer pour recourir à l'opération de la boutonnière. Ce qu'il importe, avant tout, pour pratiquer la lithotritie, c'est de pouvoir faire manœuvrer les instruments, saisir le calcul; or, comment le faire dans une cavité occupée totalement par un calcul, qui souvent présente un volume considérable, s'étend du côté du bulbe, du côté de la portion prostatique de l'urètre jusque dans la vessie elle-même, comme cela résulte d'un grand nombre de faits rapportés par M. Civiale dans son *Traité de l'affection calculeuse*?

Notre savant collègue M. Chassaignac a émis des doutes sur le point précis occupé par le calcul; suivant lui, les calculs extraits étaient prostatiques et non urétraux. Je ferai à notre honorable confrère les objections que lui fit dans son travail M. Le Roy : 1° Les calculs extraits, réunis par des facettes, comme cela se voit dans les calculs vésicaux et urétraux, offraient le volume d'un petit œuf et n'avaient point la composition des calculs prostatiques; de plus, ces derniers n'acquièrent jamais un volume aussi considérable, si on parle seulement de ceux qui se développent dans la prostate elle-même et non dans la partie prostatique du canal. 2° Lorsqu'une sonde était introduite dans l'urètre, elle n'atteignait le corps étranger que lorsqu'elle était arrivée sous l'arcade pubienne; le doigt indicateur introduit alors dans le rectum sentait très bien les calculs et, derrière eux, la prostate. Pour toutes ces raisons, j'admets avec M. Le Roy que des calculs urétraux seuls ont été extraits.

Il résulte des considérations qui précèdent que souvent les calculs développés dans la portion membraneuse de l'urètre sont au-dessus des ressources de la lithotritie. Dans ces cas, il faut que le chirurgien intervienne armé de l'instrument tranchant. Les calculs développés dans la portion membraneuse de l'urètre sont accessibles comme ceux qui se développent dans la région pénienne par le périnée. En effet, une incision faite suivant le raphé à la façon de la taille médiane permet d'arriver sur la partie antérieure de la portion membraneuse de l'urètre; mais celle-ci est intéressée dans une trop petite étendue pour permettre l'extraction d'un corps volumineux sans que des violences soient exercées sur les parties voisines. Une autre incision plus avantageuse que la précédente permet encore au chirurgien de découvrir la partie antérieure de la région : c'est une incision courbe, comme celle que pratiquait Celse et comme celle que nous pratiquons dans la taille bilatérale. La pierre elle-même peut servir de conducteur. Cette incision courbe, que M. Le Roy-d'Etiolles avait eu la pensée de faire sur son malade, présente à peu près les mêmes inconvénients que l'incision médiane; elle ne permet d'agir que sur la partie antérieure du calcul; et, quand ce dernier est volumineux, qu'il a refoulé la prostate, distendu l'urètre, cette opération est insuffisante, et c'est à juste raison que notre confrère l'a rejetée. Il préféra une incision médiane recto-urétrale n'intéressant ni la prostate ni le sphincter. Un spéculum bivalve introduit dans le rectum permet à l'opérateur d'inciser la cloison recto-urétrale et d'extraire le calcul avec facilité, surtout lorsqu'il n'est point très gros ou qu'il est multiple, comme cela s'est rencontré sur le malade de M. Le Roy. Cette incision médiane présente encore un avantage, c'est qu'elle n'expose point à l'hémorrhagie; à côté de ces avantages, il faut l'avouer, elle a aussi ses dangers : elle met en communication l'urètre et le rectum; quand le conduit excréteur de l'urine, distendu par des masses calculeuses, est déformé, malade et qu'il ne peut que difficilement revenir sur lui-même, les matières fécales d'une part vont passer dans l'urètre, et l'urine à son tour, à chaque miction, à moins qu'une sonde soit toujours maintenue à demeure, passera dans le rectum : d'où des excoriations, suite naturelle et forcée du passage de l'urine. La suite presque inévitable de cette opération, surtout chez les vieillards, est une fistule recto-urétrale. Il résulte des renseignements pris près de M. Le Roy-d'Etiolles que son malade a survécu à l'opération, mais qu'il a éprouvé de graves accidents, tels qu'infiltration d'urine, gangrène, passage des matières fécales par l'urètre, etc.; actuellement, il reste encore une fistule recto-urétrale. Si ce procédé devait encore être employé, peut-être vaudrait-il mieux inciser en même temps et la muqueuse rectale et le sphincter; de la sorte, les urines et les matières fécales s'écouleraient avec facilité, et on préviendrait peut-être le passage des matières fécales dans l'urètre et l'infiltration urineuse.

Je me suis efforcé de trouver un procédé opératoire qui offrît les avantages de l'incision recto-urétrale sans en avoir les inconvénients. Voici le procédé opératoire auquel je me suis arrêté.

Une incision courbe, partant des parties latérales de l'anus, passant à huit ou dix lignes de cet orifice et intéressant toute la circonférence antérieure de cet organe, comme si le chirurgien voulait en faire l'ablation, respectant le bulbe et coupant les fibres du sphincter anal qui vont dans ce dernier organe, conduit dans l'espace triangulaire compris entre le rectum et l'urètre. Le doigt porté dans cette incision donne la sensation du cathéter ou du calcul urétral. Le rectum, dans ce point, étant réuni à l'urètre par un tissu cellulaire lâche, se laisse disséquer avec facilité. Lorsque cette dissection a été poussée jusqu'à une certaine limite, le doigt, en déprimant la paroi antérieure de cet organe, fait apercevoir les fibres antérieures du releveur de l'anus, la portion membraneuse de l'urètre, la partie postérieure du bulbe et la partie antérieure de la prostate; l'œil et le toucher permettent de reconnaître à coup sûr les parties que je viens d'indiquer.

Si donc on veut extraire un calcul de la région membraneuse de l'urètre, une incision d'avant en arrière permettra aisément cette extraction. Si même il se prolonge au côté de la prostate, il est encore facile de l'extraire en intéressant la partie antérieure de cette glande, de la même façon que s'il s'étendait du côté du bulbe; une incision faite sur la ligne médiane et perpendiculaire à l'incision courbe permettrait encore au chirurgien de l'atteindre, en intéressant le bulbe, il est vrai. Ce qui, suivant moi, ne serait point une chose bien grave, en raison de l'importance de l'opération. Cette opération est facile à exécuter; elle n'expose point à l'hémorrhagie, car les hémorrhoïdales antérieures seules sont entéressées, et le chirurgien peut les lier avec facilité. De plus, elle permet d'attaquer le calcul par sa partie médiane, avantage que n'ont pas les incisions médianes et courbes dans lesquelles on n'intéresse que la partie antérieure de l'urètre. Cette opération n'a point les désavantages de la boutonnière recto-urétrale. Dans cette opération les urines ne coulent point de l'urètre dans le rectum; elles ne déterminent point fatalement chez les vieillards une fistule recto-urétrale. Sans doute cette opération, comme bien d'autres, a ses désavantages, si la sonde que l'on doit faire passer de l'urètre dans la vessie ne livre pas un passage complet et facile aux urines. Celles-ci peuvent déterminer, par leur passage sur le tissu cellulaire lâche du rectum, une inflammation vive, de la gangrène même. Mais cet inconvénient peut être évité par l'introduction d'une sonde convenable pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Il peut encore se faire que la paroi antérieure du rectum ne se réunisse point complètement à la portion membraneuse de l'urètre, et qu'une fistule périnéale persiste; mais ces inconvénients ne sont rien auprès d'une fistule recto-urétrale, sur laquelle le chirurgien a peu de prise, tandis qu'il peut agir sur une fistule périnéale, soit pour la guérir, soit pour en pallier les fâcheux effets.

Cette opération a encore un grand avantage que je ne puis omettre dans ce moment, où la chirurgie cherche à rétablir par une opération la continuité de l'urètre, interrompu par un rétrécissement complet occupant la partie profonde de ce canal.

L'opération que je propose permet au chirurgien d'arriver sûrement sur la partie intérieure de la prostate, qu'il est aisé de reconnaître; grâce à cette circonstance, il devient facile de retrouver la partie vésicale du canal, puisque cette partie de l'urètre est rarement, si elle l'est jamais, le siége d'un rétrécissement. Sans doute chez les vieillards, où la prostate peut être hypertrophiée, déformée et affectée de tumeurs vives, cette opération présente moins d'avantages; mais elle peut encore, même dans ces circonstances, rendre de grands services. D'ailleurs, on comprend que le chirurgien peut encore recourir à cette opération pour extraire des calculs arrêtés dans la prostate elle-même quand la lithotritie ne peut pas en faire justice, et qu'il est urgent de débarrasser le malade. Il est d'autres avantages sur lesquels je ne m'arrête point ici. C'est à l'aide d'une opération de ce genre que M. le professeur Sédillot est arrivé à retrouver la portion vésicale du canal dans une de ces opérations qu'il a pratiquées avec succès pour rétablir la continuité de l'urètre. Opération qu'il a dû faire sans conducteur.

Discussion.

M. Robert. En examinant le dessin que M. Demarquay a fait passer sous les yeux de la Société, il me semble qu'il s'est plus rapproché du rectum qu'il ne le faisait quand il s'exerçait au procédé opératoire qu'il vient de faire connaître. En agissant de la sorte il s'éloigne du bulbe, mais il s'expose à blesser l'ampoule rectale, très développée chez la plupart des vieillards. D'ailleurs, en opérant ainsi, il dénude un peu le rectum. M. Demarquay, outre l'extraction des calculs, propose, de plus, son procédé comme moyen de retrouver la portion vésicale du canal de l'urètre.

Dans un cas où j'avais à rétablir la continuité du canal chez un individu qui l'avait complétement interrompu, j'ai préféré recourir au cathétérisme forcé, et rétablir, à l'aide d'une sonde à dard, le canal de l'urètre interrompu dans sa partie profonde. Grâce à cette opération, je pus rétablir le cours naturel des urines; des sondes furent introduites dans l'urètre; et quand le malade quitta l'hôpital, il introduisait facilement une sonde n° 10.

M. Demarquay. C'est à la distance de 8 à 10 lignes de l'orifice anal que je pratique l'incision. En agissant ainsi, et avec précaution, la fin du gros intestin ne court aucun risque.

M. Michon. Lorsque j'ai vu pour la première fois le malade de M. Leroy, j'avais déclaré la lithotritie impraticable; j'avais même pris jour pour l'opérer. Je regrette que M. Demarquay n'ait point insisté sur les suites de l'opération; d'autant plus qu'il semble donner trop d'éloges au procédé opératoire employé par M. Leroy. La gangrène et l'infiltration urineuse qui sont survenues pourraient, en partie du moins, être mises sur le compte de ce procédé. M. Demarquay a eu raison de dire que l'idée de l'opération qu'il propose serait venue à l'esprit de tout chirurgien anatomiste.

Chez M. Durosier, que je vis avec sept de mes collègues, je déclarai aussi la lithotritie inapplicable; néanmoins des tentatives furent faites par M. Leroy, et il fallut aller à la recherche de chaque fragment, et la forte constitution du malade ne put le garantir d'une fatale fin.

M. Demarquay. Je n'ai point fait l'éloge du procédé préféré par M. Leroy. J'ai dit quels étaient ses avantages et ses inconvénients.

Je l'ai rejeté, ne conservant pour celui que j'ai décrit que ce qu'il y a de bon.

M. Huguier. Les craintes que M. Robert a émises relativement à la blessure du gros intestin par le procédé de M. Demarquay, que j'accepte complétement d'ailleurs, ne me paraissent point fondées. J'ai pu établir des vagins absents congénitalement en passant entre le rectum, d'une part, et la vessie, de l'autre, sans endommager la fin du gros intestin. D'ailleurs, une piqûre à l'intestin n'est point une chose bien grave, et on peut toujours éviter cette lésion en portant un doigt dans le rectum pendant qu'on l'isole des parties voisines.

M. Guersant. Chez un enfant, M. Houzelot avait été obligé de faire une ponction de la vessie pour une oblitération du canal ayant son siége dans la portion membraneuse de l'urètre, et résultant d'une chute sur le périnée. Dans ce cas, une incision courbe faite au-devant de l'anus me permit d'atteindre le mal et de rétablir la continuité de l'urètre.

M. Chassaignac. Je désire qu'il ressorte bien de cette discussion que la litbotritie appliquée aux calculs de la portion membraneuse de l'urètre est une mauvaise opération. Aux faits déjà cités, j'en ajouterai deux autres que j'ai observés, l'un à la Charité, l'autre à Necker. Les tentatives de litbotritie faites dans ces cas ont été sans résultat ou désastreuses.

M. Morel. Je me demande si, dans le cas d'interruption de l'urètre dans sa partie profonde, on ne pourrait point rétablir la continuité de ce canal en faisant un double cathétérisme, l'un de dehors en dedans, par l'urètre, l'autre de dedans en dehors, en ponctionnant la vessie. Cela fait, on rétablirait la continuité du canal à l'aide d'une sonde conique, au moyen de laquelle les deux parties du canal seraient mises en continuité.

M. Demarquay. Je crois que M. Chassaignac a été trop absolu en rejetant toute opération de lithotritie faite dans l'urètre pour détruire les calculs profondément placés. Je suis de son avis; quand il s'agit de calculs volumineux développés dans ce point, la lithotritie est facile et doit être faite.

M. Chassaignac. Je ferai observer à M. Morel que l'idée de faire passer une sonde de la cavité vésicale dans l'urètre n'est pas nouvelle. J'ai insisté plusieurs fois ici, au sein de la Société, sur les avantages de ce procédé, et je l'ai mis à exécution à l'hôpital de la Charité, en 1844, ainsi que cela résulte d'une leçon publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 17 septembre 1844. Deux sondes métalliques furent poussées à la rencontre l'une de l'autre et reconstituèrent un canal perméable plus tard aux sondes élastiques.

M. Morel. Je ferai observer à M. Chassaignac que c'est Verdrim qui a eu la pensée de faire le cathétérisme de l'urètre par la cavité vésicale.

M. Lenoir. J'ai eu occasion d'observer le malade de M. Robert à Necker; il n'est point guéri; plusieurs fois on lui a passé des sondes pendant un temps assez long; mais dès qu'il est sorti de l'hôpital le rétrécissement se reproduisit de suite. La difficulté de ces opérations est d'entretenir la perméabilité du canal. Je ne crois pas que l'on puisse établir un canal permanent au milieu d'un tissu inodulaire.

Tumeur fibreuse de l'utérus.

M. Huguier présente une tumeur fibreuse intra-utérine enlevée quinze jours après l'accouchement.

Lipome.

M. Demarquay présente un lipome du volume d'un gros œuf de pigeon, développé dans l'épaisseur de la lèvre inférieure.

M. Chassaignac a observé, à l'hôpital Saint-Antoine, un lipome semblable chez un vieillard atteint de cancer de la langue.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — M. Marchal (de Calvi) a soutenu aujourd'hui sa thèse contre MM. Bouchardat, Sanson, Tardieu et Béclard. Le sujet de cette thèse était: *Des épidémies*.

— *Concours pour quatre places de médecins au Bureau central des hôpitaux.* — Le jury de ce concours est ainsi composé, sauf les modifications qui auront nécessairement lieu, par suite de l'état dans lequel se trouve notre excellent confrère M. Rochoux.

Juges : M. Barth, Rochoux, Léger, Andral, Trélat, Legroux, Marjolin, Michon, Velpeau.

Suppléants : MM. Delasiauve et Gosselin.

— La maladie de pneumonie contagieuse des bêtes à cornes qui règne depuis longtemps en Frise ne paraît pas encore entrer dans sa période de décroissance. Depuis le commencement de cette année, on s'est vu obligé d'y abattre encore 461 têtes de gros bétail, dont 100 pendant la semaine dernière. Le chiffre des bêtes abattues jusqu'au 6 février pour la même cause est de 3,575. Des 43 communes que possède la Frise, il n'y en a que 6, dont 5 comptent peu de bétail, qui aient été épargnées jusqu'ici par le fléau.

— La même maladie vient de se manifester avec intensité à Wagnelée, canton de Gosselies (Belgique).

— M. Allonneau, ancien chirurgien de l'armée sous l'empire, ancien professeur de médecine à Poitiers, auteur de plusieurs ouvrages sur l'histoire du Poitou, membre de quelques sociétés savantes, est décédé à Thouars, le 4 de ce mois, à soixante ans passés.

— Le 1er mars, M. Edouard Robin ouvrira une nouvelle série de cours, savoir :

Un cours de chimie générale raisonnée, suivi d'applications nouvelles de cette science à la toxicologie, à la physiologie, à la thérapeutique, à la botanique et à l'agriculture. Il aura lieu à sept heures du soir, et sera continué les lundis, mercredis et samedis.

Des cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils seront ouverts à une heure et demie, et continués tous les jours, le jeudi et le dimanche exceptés.

Bulletin bibliographique.

Supplément aux Formulaires publiés jusqu'a ce jour, contenant près de 300 formules extraites des journaux français et étrangers qui ont paru en 1851. In-8°. Prix : 1 fr. 25 c., *franco*, par la poste.

Revue pharmaceutique de 1851, Supplément à l'Officine pour 1852. Recueil annuel présentant le résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires, pendant l'année qui vient de finir : en pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc. Augmenté, cette année, des articles suivants : 1° De l'organisation de la pharmacie en France, dans ses rapports avec la propagation des sciences d'application ; 2° La pharmacie en Angleterre; 3° Voyage pharmaceutique à l'exposition universelle de Londres. Prix : 1 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages sont en vente chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, à Paris.

Limonade de Rogé, au citrate de magnésie,

Approuvée par l'Académie de Médecine.

Après avoir fait connaître à l'Académie les nombreuses expériences faites à l'hôpital Beaujon sur la limonade de Rogé, M. le rapporteur s'exprime ainsi :

« On voit, d'après ces expériences, que la généralité des faits » parle en faveur du citrate de magnésie ; que ce médicament ressemble, par sa saveur, à une véritable limonade, comme nous » l'avons constaté par dégustation attentive ; qu'il purge aussi bien » que l'eau de Sedlitz ordinaire ; que, par son goût agréable, il » devient un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand » nombre de malades pour les purgatifs; qu'il n'occasionne ni soif, » ni épreintes, ni coliques, si ce n'est que très légères ; que conséquemment on peut dire de lui qu'il agit *tutò et jucundè* (sûrement » et agréablement).

» Au mois de septembre de l'année dernière, M. Rogé a déposé » à l'Académie un paquet cacheté qui contenait une formule de » limonade au citrate de magnésie. Cependant, dans ces derniers » jours, des droguistes ont dit qu'ils avaient inventé une limonade » au citrate de magnésie. Il nous a paru juste de constater par des » dates la priorité acquise à M. Rogé. Il faut lui savoir gré de n'avoir pas livré sa formule au public avant que l'expérience médicale eût prononcé sur sa valeur.

» Il ne peut avoir à souffrir des retards qui ont été nécessités » par les expériences et par le temps qui s'est écoulé avant que vos » commissaires aient pu arriver à leur tour de parole. Du reste, la » perfection, en cette circonstance, n'est pas aux derniers venus. » Ils ont cru qu'il suffisait de dissoudre la magnésie dans un excès » d'acide citrique et de charger la liqueur de sucre et de gaz. Ils » ont fait une limonade trop acide, et certainement fatigante pour » l'estomac. C'est le premier écueil par lequel devait passer toute » personne qui aurait appris que l'on préparait une limonade purgative avec le citrate de magnésie. *M. Rogé,* à qui appartient » l'idée première d'utiliser ce sel, a seul déterminé les circonstances les plus favorables de sa dissolution... »

Dans le but de rendre facile, pour tout le monde et en tous lieux, la préparation de cet agréable purgatif, dont l'usage est devenu général, l'auteur a réuni dans un petit flacon, sous le nom de POUDRE purgative de ROGÉ, tous les éléments, moins l'eau, qui composent sa limonade purgative à 50 grammes.

Il suffit de dissoudre cette poudre dans une bouteille d'eau pour avoir une limonade parfaite.

La poudre de Rogé, ou limonade sèche, est d'un transport facile et se conserve indéfiniment, avantages qui la font rechercher dans les départements, à l'étranger et à bord des navires.

Le citrate de magnésie est également administré sous la dénomination de Pastilles laxatives de Rogé.

La saveur agréable de ces pastilles les rend très utiles pour purger les enfants; les médecins les conseillent aussi à toutes les personnes qui, sans vouloir se purger, désirent cependant se tenir le ventre libre au moyen d'un laxatif doux et facile à prendre.

Les préparations au citrate de magnésie de Rogé ne se vendent que sous la garantie de son cachet, et les étiquettes portent l'empreinte de la médaille qui lui a été décernée par le gouvernement sur le rapport de la commission des arts chimiques. (Exposition des produits de l'industrie, 1849.)

Seul dépôt, à Paris, à la pharmacie de Rogé, rue Vivienne, 12. — Dans les départements et à l'étranger, s'adresser à MM. les pharmaciens dépositaires.

Un de ces vieux produits dont le temps ne fait qu'accroître la réputation, parce que les qualités en sont réelles et la préparation consciencieuse, c'est le vinaigre de toilette de J.-V. Bully.

Parfum suave et distingué, propriétés toniques et rafraîchissantes tout à la fois, vertus anti-méphitiques éprouvées, cette précieuse composition réunit tous ces avantages au plus haut degré. Ses usages sont si variés et ses effets si certains, qu'il est devenu une sorte de nécessité domestique. On aime vraiment à recommander au public de pareilles préparations.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1852. (25e ANNÉE.) N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve) Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol, etc. (Fin.) — Académie de médecine, séance du 24 février. — Académie des sciences, séance du 23 février. — Nancy, par M. Bally. (Suite.) — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1852.

Séances des Académies.

L'Académie de médecine a sans doute pensé que la question soulevée par le rapport de M. Cazeaux était bien sérieuse pour un mardi gras; peut-être s'est-elle rappelé que l'année dernière, à pareille époque, elle avait traité un sujet plus analogue à la circonstance. Pour cette raison ou pour d'autres, la discussion sur l'avortement provoqué a été renvoyée à une autre séance, et la parole a été donnée à M. Bricheteau pour la lecture d'un rapport sur l'emploi de l'extrait de jusée dans la phthisie pulmonaire.

Ne nous plaignons point de cette décision; l'Académie ne saurait procéder avec trop de mesure à l'examen du grave sujet sur lequel nous avons déjà appelé son attention.

On se rappelle peut-être que M. Barruel lut, il y a quatre ou cinq mois environ, un travail sur ce produit singulier, désigné sous le nom de jusée, vanté d'abord par un médecin italien, et qui consiste dans une infusion d'écorce de chêne ayant servi aux opérations du tannage. Le tan préféré par M. Barruel est celui qui a servi au tannage des peaux de veau, parce qu'il renferme habituellement, dit-il, plus de matières animales, et qu'il ne contient ni alun, ni acide sulfurique, ni sulfate de fer, etc., toutes substances qu'on emploie souvent dans le tannage des autres peaux. C'est un sirop fait avec l'extrait de cette infusion (8 à 10 centigrammes d'extrait par jour) que préconise M. Barruel. Tel est le médicament sur lequel M. Bricheteau avait à faire un rapport. Il s'en est acquitté avec son zèle accoutumé, mais non pas avec le même bonheur.

M. Caventou a d'abord attaqué la partie pharmaceutique du rapport. Il a démontré, avec ce sens pratique exquis qui le caractérise, que ni l'auteur, ni le rapporteur, n'avaient donné les moyens de s'assurer de l'identité des diverses espèces de jusée qu'on pourrait prescrire, condition reconnue essentielle aujourd'hui en pharmacologie, soit pour expérimenter un médicament, soit pour en faire usage avec intelligence et succès. Sans doute, a ajouté avec non moins de raison M. Caventou, si le médicament dont il s'agit jouissait de propriétés extrêmement puissantes, on pourrait passer sur les inconvénients que je signale; mais en l'absence d'observations bien concluantes sur l'efficacité de la jusée, et alors que M. le rapporteur déclare, et cela même sans faits détaillés à l'appui, qu'il n'a obtenu qu'une légère amélioration dans quelques symptômes, qu'une foule de moyens bien connus produisent également, il me paraît au moins inutile de donner la sanction de l'Académie à l'introduction d'un tel médicament dans la matière médicale.

Ces paroles, corroborées au point de vue clinique par le témoignage de M. Louis, qui a déclaré avoir employé la jusée chez plus de cinquante phthisiques, sans avoir observé *la moindre action appréciable*, a fixé l'opinion de l'Académie, et le travail a été renvoyé à la commission.

Malgré toute la confiance que nous avons dans les lumières et le savoir de l'excellent M. Bricheteau, nous ne pouvons nous empêcher d'approuver pleinement la décision de l'Académie, à laquelle s'est associé d'ailleurs M. Guibourt, l'un des membres de la commission.

L'Académie a entendu, outre le rapport de M. Bricheteau, une lecture de M. Reybard (de Lyon) sur la cure de la fistule lacrymale, et une autre de M. Camille Bernard (d'Apt) sur la difficile question du taxis. Ces deux lectures, écoutées avec beaucoup d'intérêt, ont très honorablement rempli la séance d'hier.

— L'Académie des sciences a reçu deux mémoires qui méritent de fixer l'attention des chirurgiens; l'un de M. Bonnet (de Lyon) l'autre de M. Tavignot, et deux dissertations sur le goître et le crétinisme, dans lesquelles les vues spéculatives jouent un beaucoup plus grand rôle que l'expérience et les recherches positives.

H. de Castelnau.

Le prince président de la République n'a pas oublié que, parmi les actes qui honorent la mémoire du nom illustre de Napoléon, se trouve l'institution du fameux prix sur le croup, prix qui a été l'occasion des meilleurs travaux qu'on ait jamais produits sur cette maladie. Fidèle à ces glorieuses traditions, Louis-Napoléon Bonaparte vient de rendre le décret suivant :

Louis-Napoléon,
Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,
Décrète :

Art. 1er. Un prix de *cinquante mille francs* est institué en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable avec économie,
Soit à l'industrie comme source de chaleur,
Soit à l'éclairage,
Soit à la chimie,
Soit à la mécanique,
Soit à la médecine pratique.

Art. 2. Les savants de toutes les nations sont admis à concourir.

Art. 3. Le concours demeurera ouvert pendant cinq ans.

Art. 4. Il sera nommé une commission chargée d'examiner la découverte de chacun des concurrents et de reconnaître si elle remplit les conditions requises. LOUIS-NAPOLÉON.

Par le prince président:
Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FORTOUL.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* le n° du 14 février.)

DEUXIÈME LEÇON. *Des tumeurs glandulaires hypertrophiques.*

La plupart des glandes peuvent être affectées d'hypertrophie partielle dans un ou plusieurs de leurs lobules; il en résulte des tumeurs que les chirurgiens considéraient, il y a peu d'années encore, comme formées de tissu encéphaloïde à l'état de crudité, et qu'ils opéraient pour des cancers.

C'est qu'en effet ces productions présentent plusieurs points d'analogie avec les tumeurs cancéreuses. Comme ces dernières, elles ont une origine obscure; leur développement se fait avec lenteur; elles donnent lieu souvent à des douleurs névralgiques plus ou moins analogues aux douleurs lancinantes. Leur consistance élastique rappelle assez bien celle de l'encéphaloïde; leur coupe en reproduit à peu près l'aspect; enfin, on les voit souvent reparaître après l'extirpation.

Plusieurs observateurs modernes avaient néanmoins essayé de les différencier des vrais cancers, et leur avaient même assigné un nom particulier. M. Velpeau les appelait tumeurs fibrineuses, ou adénoïdes; Astley Cooper, tumeurs glanduleuses chroniques; Abernethy, sarcomes glandulaires. Mais c'est à M. Lebert qu'appartient l'honneur d'avoir définitivement fixé leur véritable caractère en démontrant, au moyen du microscope, qu'elles sont exclusivement formées par les éléments normaux des lobules glanduleux hypertrophiés.

Ces tumeurs peuvent se développer partout où il existe des glandes ou des glandules; la glande mammaire en est le siége de prédilection. C'est là surtout qu'elles ont été bien étudiées; mais on les observe encore assez fréquemment dans les glandes salivaires et dans les glandules buccales.

J'en ai vu plusieurs cas remarquables dans la glande parotide, et dernièrement encore j'ai eu l'occasion d'extirper une tumeur de ce genre que des chirurgiens très expérimentés avaient considérée comme un cancer.

Le sujet de cette observation, ancien professeur d'allemand, avait déjà subi, il y a trois ans, une première opération dans laquelle on enleva seulement le lobule hypertrophié, et l'on crut devoir respecter le reste de la glande.

Cette opération incomplète fut, au bout de six mois, suivie d'une récidive qui confirma d'autant plus le malade et le chirurgien dans l'opinion où ils étaient, que la tumeur était véritablement cancéreuse. Mais après l'opération que je pratiquai, et dans laquelle, suivant mes principes, j'extirpai la glande jusque dans ses derniers prolongements, j'acquis, au moyen du microscope, la certitude que je n'avais eu affaire qu'à une tumeur hypertrophique.

Dix-huit mois se sont écoulés depuis cette opération, et la guérison ne s'est pas un instant démentie.

Le volume de ces tumeurs est des plus variables. J'en ai vu qui présentaient à peine celui d'une noisette, tandis que d'autres avaient acquis des dimensions énormes. Les unes sont lisses et régulières, d'autres inégales et bosselées. En général, elles ont une consistance élastique; mais on y rencontre aussi des points fluctuants, quand, ce qui n'est pas rare, des kystes se développent dans leur intérieur.

Un tissu cellulaire lamelleux les isole ordinairement des parties voisines, et leur forme une sorte de kyste incomplet, interrompu seulement par un pédicule mince et peu vasculaire qui les réunit à la glande.

Il en résulte une facilité singulière dans leur énucléation. Ce fait est d'une haute importance pratique; il explique comment on peut, sans difficultés graves et sans danger pour le malade, attaquer ces tumeurs dans les régions les plus délicates.

C'est ainsi qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'extirper sous vos yeux, au moyen d'une simple incision, des tumeurs de cette nature placées dans le fond de la gorge ou sur le voile du palais.

Dans quelques cas rares cependant la peau qui les recouvre contracte avec elles des adhérences, et peut même devenir le siége d'une inflammation ulcérative plus ou moins étendue; c'est alors surtout qu'il est difficile de les distinguer du cancer.

A l'examen microscopique on y reconnaît tous les éléments des glandes, tels que : les culs-de-sac terminaux des conduits excréteurs, et surtout l'épithélium qui les tapisse. Seulement ces éléments, peuvent par le fait de leur développement exagéré, présenter des modifications nombreuses; tantôt c'est le tissu fibreux qui prédomine, et la tumeur alors offre l'aspect uniforme et serré des productions fibro-plastiques; tantôt l'hypertrophie porte de préférence sur l'élément glanduleux, et la tumeur, d'aspect grenue, semble infiltrée d'un suc transparent comme la synovie.

D'autres fois dans leur intérieur se développent des kystes que l'on distingue en kystes, clos formés par la dilatation des culs-de-sac glanduleux, et en kystes lacuneux, formés par les interstices de la charpente fibreuse.

Dans tous les cas, on n'y trouve jamais ce suc lactescent et émulsif dans lequel le microscope constate l'existence des cellules et des noyaux spécifiques du cancer.

Causes. — Les tumeurs hypertrophiques des glandes se développent le plus souvent sans causes appréciables. Dans quelques cas elles se manifestent à la suite d'une contusion, ou sous l'influence d'excitation vive de l'organe. Nous les avons vues plusieurs fois apparaître dans la glande mammaire au moment de la puberté, à la suite de la lactation, ou bien encore sous l'influence de froissements ou de contusions.

Symptômes. — A leur début, ces tumeurs sont presque toujours régulières et lisses; leur forme est arrondie ou ovoïde; elles jouissent souvent d'une mobilité assez étendue. Elles donnent au toucher une sensation ferme, mais élastique. Quand elles sont douloureuses, la douleur a quelque chose de névralgique et peut même revêtir le caractère lancinant des douleurs cancéreuses. Enfin, dans quelques cas, les canaux excréteurs de la glande laissent suinter un liquide rosé ou sanguinolent.

Ce phénomène, récemment signalé par M. A. Richard, est d'une grande importance pour le diagnostic. La marche de ces affections est généralement lente; il n'est pas rare de voir des tumeurs de ce genre rester de longues années sans augmenter de volume; mais on en voit aussi qui prennent tout à coup un accroissement rapide.

Vous en avez vu plusieurs exemples remarquables dans notre service, et entre autres chez deux malades couchées aux numéros 4 et 6 de la salle Saint-Jacques.

Cette évolution ne s'accompagne jamais d'engorgement dans les ganglions voisins; ou bien, quand le phénomène existe, on doit le considérer moins comme une extension de la maladie que comme une simple coïncidence.

Les phénomènes généraux sont peu prononcés; la maladie, toute locale, ne réagit guère sur l'organisme que par la gêne mécanique qu'elle occasionne, ou bien par les douleurs auxquelles elle peut donner lieu. Dans aucun cas on ne voit survenir les phénomènes d'infection générale ni cette cachexie caractéristique des affections cancéreuses.

Diagnostic. — Tous les praticiens savent combien est difficile le diagnostic des tumeurs; mais ces difficultés redoublent quand il s'agit de différencier les tumeurs dont les phénomènes principaux n'ont rien de constant, ni de caractéristique. C'est précisément le cas des tumeurs hypertrophiques des glandes; rien, en effet, dans leur forme, leur position, leur volume ou leur consistance ne peut les faire distinguer avec certitude de certaines tumeurs fibreuses ou cancéreuses.

D'une autre part, les douleurs qui les accompagnent quelquefois sont plutôt propres à tromper le praticien qu'à le mettre sur la voie de la vérité.

Cependant, en considérant, non pas un symptôme isolé, mais bien l'ensemble des phénomènes, on arrivera le plus souvent à déterminer la nature du mal. Ainsi, l'on se rappellera que les tumeurs hypertrophiques se développent plus spécialement chez les individus jeunes; qu'elles affectent d'ordinaire les glandes en suractivité; qu'elles surexcitent parfois leur sécrétion; qu'elles succèdent souvent à quelque violence extérieure; que leur évolution lente peut durer des années entières; qu'elles sont habituellement mobiles et roulantes à leur début; qu'elles ne se compliquent presque jamais d'engorgement ganglionaire; qu'elles n'ulcèrent que très tardivement la peau; qu'elles n'y développent jamais de tu-

bercules; qu'elles ne déterminent point de cachexie dans l'organisme ; enfin qu'elles ne se reproduisent que sur place, et dans les cas seulement où la glande n'a pas été radicalement enlevée ; tandis que les cancers des glandes se manifestent plutôt après la jeunesse, dans les organes en diminution d'activité ; qu'ils éteignent ou affaiblissent les fonctions des parties au milieu desquelles ils se développent ; que leur marche est généralement active et fait de rapides progrès ; qu'ils envahissent promptement les ganglions, la peau et l'organisme tout entier ; enfin, qu'ils récidivent à peu près constamment, tant sur place que dans les parties éloignées.

Malgré ces différences , il est encore des cas nombreux où le diagnostic reste indécis jusqu'après l'extirpation, et ne peut être établi définitivement que par l'examen anatomique, qui permet de constater à l'œil nu l'absence du suc cancéreux, la structure grenue et lobulée de la tumeur, son indépendance entière des tissus voisins, et, à l'aide du microscope, l'absence de la cellule caractéristique, en même temps que la présence des lobules de la glande , de ses canaux excréteurs et de l'épithélium qui les tapisse.

Il ne faudrait pas croire que ce diagnostic *à posteriori* n'offre qu'un simple intérêt de curiosité ; il rend d'immenses services au chirurgien en donnant des bases certaines à son pronostic , en l'éclairant sur l'emploi des moyens propres à prévenir le retour de la maladie , enfin en le guidant dans les opérations ultérieures que peut nécessiter la récidive locale.

Pronostic. — Les tumeurs hypertrophiques des glandes ne constituent pas généralement une affection grave, en ce sens qu'elles ne compromettent point par elles-mêmes la vie des malades et qu'elles peuvent être radicalement détruites par des opérations. Cependant, quand elles occupent certaines régions d'un accès difficile , quand elles ont acquis un développement tel qu'elles entravent les fonctions d'organes importants à la vie , elles peuvent offrir des dangers ; mais alors c'est à des circonstances étrangères à leur nature qu'on doit imputer les accidents. Sous ce rapport , elles diffèrent essentiellement des cancers et même des cancroïdes et des tumeurs fibro-plastiques, dont nous parlerons plus tard.

Traitement. — Parmi les tumeurs hypertrophiques des glandes , il en est qui peuvent disparaître spontanément ou du moins rester longtemps stationnaires sans occasionner de gêne notable. Il en est d'autres dont un traitement bien dirigé peut amener la résolution. Le plus grand nombre, enfin, réclame l'extirpation ; de là trois modes principaux de traitement :

L'expectation aidée des moyens hygiéniques, l'emploi des moyens résolutifs et les opérations chirurgicales.

1° *Expectation.* — Quand une tumeur présumée hypertrophique n'apporte aucun embarras sérieux dans les fonctions de l'organe, quand elle ne menace pas d'acquérir un volume dangereux , quand elle ne produit pas de douleurs vives, le chirurgien peut s'abstenir de tout traitement et se contenter d'en surveiller l'évolution ou d'éloigner les causes diverses qui pourraient hâter son développement. Mais l'inquiétude qu'inspire aux malades la présence d'une tumeur, lors surtout que cette tumeur est de nature douteuse , les porte , en général , à solliciter un traitement plus actif. Ce traitement peut avoir pour but de les résoudre ou de les détruire.

Traitement résolutif. — Nous avons vu que certaines tumeurs hypertrophiques peuvent disparaître spontanément ; il est facile de comprendre que cette disparition peut être hâtée dans quelques cas par des moyens de diverses sortes : c'est ainsi que les préparations iodurées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, que l'extrait de ciguë, que les applications de sangsues plusieurs fois répétées, que les saignées générales , les purgatifs, l'application de certains topiques et surtout la compression parviennent quelquefois à les faire disparaître ; entre les mains de M. Récamier , ce dernier mode de traitement a donné d'admirables résultats. J'ai vu cet illustre professeur obtenir en quelques mois et parfois en quelques semaines la résolution complète de tumeurs du sein que des chirurgiens habiles avaient considérées comme des cancers et dont ils avaient proposé l'extirpation ; témoin de ces cures remarquables, j'ai pu récemment encore, en suivant ses préceptes et ses exemples, résoudre chez une dame âgée de trente-deux ans une tumeur du volume du poing qui occupait le sein gauche et en avait imposé à plusieurs praticiens habiles pour une tumeur cancéreuse des mieux caractérisées.

Mais ces moyens ne sont pas toujours applicables ; il est des régions où la compression n'est pas possible , lors , par exemple, que la tumeur a son siége dans l'arrière-gorge, sur le voile du palais, dans la région sous-maxillaire ; il est même des tumeurs hypertrophiques du sein qui sont entièrement réfractaires à cette médication.

2° *Destruction de la tumeur.* — Dans les cas où les médications précédentes ont échoué ou n'ont pu trouver leur application , quand la tumeur inquiète les malades par sa persistance, quand par son volume elle entrave les fonctions de quelque organe important, il devient nécessaire d'en opérer la destruction ; l'art possède plusieurs moyens pour arriver à ce but , entre autres les caustiques et l'extirpation. Nous traiterons plus tard la question des caustiques à l'occasion des cancers proprement dits ; contentons-nous de dire pour le moment que ces agents ne trouvent pas ici une application avantageuse, et que l'extirpation est de tous points préférable non-seulement pour les tumeurs profondément situées dans les cavités naturelles, mais encore pour celles qui sont situées superficiellement. Le plus grand nombre de ces tumeurs , en effet, sont enveloppées de kyste celluleux qui rend leur énucléation facile par le bistouri , et présente, d'autre part, un tissu résistant et ferme que les caustiques n'entament qu'avec difficulté.

En rendant compte de cette intéressante leçon, nous ferons surtout remarquer deux points essentiels qui ont plus spécialement fixé notre attention : d'une part, l'importance des travaux modernes sur la structure microscopique des tumeurs , travaux dont M. Maisonneuve a fait ressortir toute l'utilité et dont il a su trouver une application éminemment pratique.

Trop de chirurgiens , en effet , dédaignent encore le secours du microscope dans le diagnostic des tumeurs , et se privent ainsi d'un moyen puissant pour éclairer le pronostic et le traitement de ces affections.

Le second point de vue, qui ne nous paraît pas moins intéressant, est l'utilité qu'un praticien aussi expérimenté déclare avoir reconnue à l'emploi de la compression dans les tumeurs ; ce moyen, dont le professeur Récamier avait déjà fait sentir toute l'importance, emprunte aux observations de M. Maisonneuve un nouveau degré d'intérêt. Dr Alexis FAVROT.

RECHERCHE DE L'IODE

dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont ;

Par AD. CHATIN,

Docteur ès sciences et docteur en médecine , professeur titulaire à l'Ecole de pharmacie de Paris.

(Fin. — *Voir* les nos des 10, 24, 31 janvier ; 19 et 21 février.)

Me sera-t-il permis d'exprimer une pensée qui s'est présentée à moi lorsque, quittant Aoste pour entrer dans le val Pelline, je me trouvai au milieu de la végétation la plus variée et la plus vigoureuse qui se puisse voir, et que, près de noyers et de châtaigniers gigantesques , à l'ombre même desquels croissaient, couverts de beaux fruits dorés , la vigne, le pêcher, le poirier, je vis , là où je cherchais des hommes , des crétins ; toute une population de crétins au corps rabougri, à la démarche lente, à toute l'allure pleine d'abattement, aux lèvres grosses, à l'œil terne , à la physionomie stupide , et poussant de rauques grognements quand on s'attendait à entendre des paroles. Puis, à côté de ces êtres dégénérés, et broutant l'herbe verte des vallons ou jouant sur les branches des arbres, un bétail alerte, beau et au regard plein d'intelligence, des oiseaux vifs, pétulants, heureux, qui tiraient les sons les plus gais, les plus doux d'un gosier dont les cordes avaient conservé toute leur harmonie. A l'impression de tristesse que j'avais d'abord ressentie au contraste du tableau que j'avais sous les yeux succéda bientôt une pensée d'un autre ordre. Si, dis-je, l'homme est si misérable là où la végétation est si belle et les bêtes si pleines de vie, c'est que donc l'homme n'est pas simplement un animal ; c'est que, malgré les rapprochements de la science , il y a une distance immeuse, un abîme entre la nature humaine et celle de tous les autres corps organisés. A l'homme seul l'élément qui manque dans les vallées des Alpes est nécessaire , et sa dégradation est la preuve même de la distinction et de la supériorité de sa nature (1).

Ayant voulu rechercher, du point de vue où j'étais conduit, si les diverses races humaines ont une aptitude égale à contracter le goître, j'ai trouvé que, suivant ce que rapportait M. de Humboldt et M. Boussaingault, la race nègre serait, comme la race caucasique, très sujette à cette maladie, qu'on n'aurait jamais observée chez la race rouge. Je rapporterai les expressions mêmes de ces illustres voyageurs ; car la question en vaut la peine. Voici comment en parle M. de Humboldt :

« Dans les pays dont les habitants souffrent du goître, cette affection de la glande thyroïde ne s'observe jamais chez les Indiens , rarement chez les métis. »

M. Boussingault s'exprime ainsi :

« Il paraît que cette race n'est pas susceptible d'être affectée par le goître ; du moins je n'ai pas encore rencontré un Indien de race pure qui fût atteint de cette maladie. Dans le village de Coloya, à Piedras , sur les bords du Combayma , on n'observe pas de goître chez les Indiens, tandis que les blancs, les nègres, les mulâtres et même les métis sont presque tous goîtreux. »

Le médecin verra peut-être là une simple influence du tempérament. Quant à l'anthropologiste, je n'ose lui demander sa pensée (2).

Quelques-uns, que sais-je ! beaucoup peut-être, taxant ma pensée de folie et d'orgueil, préféreront voir, avec la commission de Sardaigne, dans la santé du bétail et la richesse de la végétation, « une preuve que les causes locales ne s'opposent pas à l'amélioration de l'homme » , et ils s'affermiront dans cette croyance par la répugnance qu'ils éprouvent à admettre qu'une fraction de l'espèce humaine soit fatalement condamnée à une existence qui est au-dessous de celle de la brute. Je n'ai plus à répondre que sur le second point, où j'espère donner pleine satisfaction à ceux qui pensent que l'habitant des vallées des Alpes n'est pas abandonné de la Providence.

MOYENS DE S'OPPOSER AU DÉVELOPPEMENT DU GOITRE ET DU CRÉTINISME.

Empêcher le développement du goître et du crétinisme, tel est le sujet qu'on aborde à la suite de toute étude de la question, chacun concluant suivant les causes qu'il a assignées à la maladie. Il est donc superflu de dire quelle est ma conclusion personnelle, tout ce travail démontrant que *l'insuffisance de l'iode coïncide partout avec la présence et l'intensité de ces maladies*. Aussi, tout en signalant qu'il ne faut pas perdre de vue les influences générales précédemment rappelées, veux-je moins terminer ce travail en conseillant l'emploi de l'iode qu'en indiquant les moyens de mettre facilement cet élément indispensable à portée des populations.

L'observation faite par M. Boussingault que des sels non complétement privés d'iodures préservaient du goître les habitants des Cordillières qui en faisaient usage le conduisit naturellement à recommander l'emploi de sels semblables aux populations chez lesquelles la maladie sévissait. Dans ces derniers temps , M. Grange a vivement insisté sur les avantages de ces sels , dont l'emploi serait d'ailleurs facile à régler.

Nous pensons en effet que les sels naturellement iodurés qu'on retire des varechs, ou les sels des salines et des marais salants préalablement mélangés d'une petite quantité d'iode, atteindraient le but désiré, et que dans quelques localités spéciales ils seront le seul prophylactique auquel on puisse avoir recours. Mais est-il indispensable que des composés iodurés soient apportés du dehors dans les contrées où le goître est endémique ? Je vais montrer que cela n'est pas ordinairement nécessaire.

On n'a sans doute pas perdu de vue que dans les Alpes, où l'iode manque à la fois dans l'air, les eaux et les produits du sol, j'ai signalé la présence de nombreuses sources minérales qui arrivent à la surface de la terre chargées d'une proportion d'iodures très considérable. Ce sont ces richesses, déposées par la Providence à côté de la misère pour la détruire, et aujourd'hui perdues, que l'homme doit utiliser.

Quand , pour ne parler que des Pyréuées , des Alpes et de leurs sources minérales sulfureuses que j'ai trouvées toutes iodurées, on considère que ces eaux sortent presque à chaque pas des premières chaînes de montagnes, et que, si elles paraissaient être plus rares dans les secondes , elles y sont, comme par compensation, beaucoup plus chargées d'iode ; il est difficile de ne pas reconnaître que ces contrées possèdent dans leur propre sein le remède au mal dont elles souffrent.

Les eaux sulfureuses, dira-t-on, sont repoussantes, les populations ne les boiront pas ; les animaux mêmes, dont il importerait d'ioduer les chairs, le lait, le fromage, les refuseront. C'est vrai ; aussi faut-il que ces eaux soient rendues plus agréables , et rien n'est si facile. La chimie offrirait au besoin ses ressources pour les désulfurer ; mais cela est superflu. Il suffira de les laisser exposées à l'air pendant quelque temps pour que, le principe sulfureux étant détruit, elles rentrent dans les conditions générales des eaux potables. Ces eaux seront plus légères dans les Pyrénées , ordinairement plus dures dans les Alpes ; mais qu'importe (1) ? Le trajet que les eaux devront parcourir pour se rendre au point où l'on devra les utiliser suffira le plus souvent pour amener la complète disparition du principe sulfureux , dont on pourra d'ailleurs hâter la destruction par une agitation de l'eau dans l'air, facile à établir par les plus simples machines. S'il fallait citer quelques faits , je dirais que l'abondante et riche source d'Allevard , qui est à peu près cent fois plus iodurée que l'eau de la Seine, pourrait être facilement conduite dans toute la vallée de Bréda , où , en se mélangeant en certaines proportions avec les eaux des fontaines, elle leur communiquerait , jusqu'à Pontcharra , une ioduration suffisante ; que les sources iodo-sulfureuses de Domène et de la Terrasse pourraient, convenablement aménagées et conduites (celle-ci sur le pont du Tancin), ioduer les fontaines de Domène, Goncelin, Tencin, Theys, où le goître est commun ; que celle de Corens ne serait pas perdue pour Grenoble , celle de Challes pour Chambéry et la vallée de l'Eysse (2), etc. Sans doute il y aurait en certains endroits des travaux plus ou moins difficiles à exécuter pour faire que ces sources précieuses se rendent aux fontaines de chaque localité intéressée ; mais dans une question de cette gravité le gouvernement n'hésiterait pas , si la nécessité lui en était démontrée , à venir en aide aux communes et aux départements.

Il est encore une ressource autre que les eaux minérales iodurées à laquelle on recourrait avec succès dans toutes les zones où l'atmosphère et par suite les pluies sont encore sensiblement, quelquefois notablement iodurées. Il suffirait, en effet , d'y recueillir les eaux pluviales dans des citernes et de les substituer aux eaux dont on fait usage pour voir le goître diminuer ou disparaître. Ce moyen, dont j'oserais garantir la complète efficacité à Gênes , à Nice et sur tous les points du littoral, ainsi que dans les environs de Paris et le Soissonnais , donnerait sans doute encore de très bons résultats à Clermont , Lyon , Vienne , Grenoble , Goncelin , Pontcharra , Montmélian, Chambéry, Ivrée, Turin , etc. Me fondant sur la constitution de l'air des vallées profondes des Alpes et en particulier sur l'existence à Moûtiers d'une citerne à l'hôtel d'Europe, où tout le monde n'est pas exempt du goître, je ne pense pas que dans les vallées où l'atmosphère n'est pas sensiblement iodurée les citernes puissent rendre de grands services.

On le voit à présent, la Providence n'a abandonné l'homme nulle part : c'est lui qui s'abandonne ou qui méconnaît les *ressources* qu'elle a mises sous sa main (3).

CLASSIFICATION RÉSUMANT LES RAPPORTS ENTRE L'IODE, LE GOITRE ET LE CRÉTINISME.

Je ne résume ce long travail, dont l'ensemble prouve que l'air, les eaux, le sol et ses produits, à peine iodurés dans les Alpes , varient proportionnellement au goître et au crétinisme, que par quelques propositions essentiellement statistiques. Négligeant les nuances intermédiaires et quelques faits spéciaux d'ailleurs confirmatifs des observations géné-

---

(1) Le goître se montrerait quelquefois cependant sporadique sur les animaux des contrées où il est endémique chez l'homme. On cite surtout les chiens (qui sont des plus élevés dans la série zoologique) comme en offrant des exemples.

(2) M. Boussingault m'a appris qu'on avait récemment constaté quelques cas de goître chez la race rouge , qui y serait toutefois peu sujette.

(1) Le principal défaut des eaux dures est, suivant moi, de ne pas contenir une proportion suffisante d'iode, et non d'être séléniteuses.

(2) Le goître est à peu près inconnu parmi les personnes nées à Chambéry même, mais il se montre quelquefois sur celles qui viennent s'y fixer de contrées plus iodurées, et il n'y disparaît pas toujours chez les individus qui viennent l'habiter portant déjà un goître.

(3) Je viens de faire des observations qui, si elles se confirment, conduiront à utiliser, comme prophylactique du goître, une substance iodurée dont ne manquera jamais l'homme le plus pauvre.

rales, je diviserai en six zones les pays sur lesquels ont porté mes études.

Zone première, normale ou de Paris. — Le goître et le crétinisme sont inconnus. On trouve en moyenne que dans cette zone le volume d'air respiré par un homme en vingt-quatre heures (7,000 à 8,000 litres, suivant M. Dumas) contient au moins 1/200e de milligramme d'iode; le litre d'eau pluviale, 1/150e de milligramme; le litre d'eau de source ou de rivière, 1/300e de milligramme, et 10 grammes de sol arable (1) aussi 1/200e de milligramme du même corps.

Dans la zone de Paris, les eaux potables peuvent ne pas contenir de quantité sensible d'iode (ce qui arrive chez celles d'entre elles qui sont dures) sans que le goître se manifeste dans la plupart des cas; l'iode de l'air et des aliments supplée alors, avec le concours des influences générales, à l'iode qui manque aux eaux.

Zone deuxième ou du Soissonnais. — Le goître est plus ou moins rare, le crétinisme inconnu. Diffère de la première zone par les eaux seules, qui sont dures et sensiblement privées d'iode. C'est chez les femmes et principalement chez celles habituées à porter des fardeaux sur la tête que la maladie se manifeste. Celle-ci est très rare (vallées de Montmorency et du Morin) ou assez commune (Soissonnais).

Zone troisième ou de Lyon. — Le goître est assez rare, le crétinisme inconnu. L'air, les eaux, le sol sont à la fois médiocrement iodurés, la proportion de l'iode dans 8,000 litres d'air, un litre d'eau de pluie, un litre d'eau potable et 10 grammes de terre arable variant de 1/400e à 1/1000e de milligramme.

Zone quatrième ou de Turin et de Clermont. — Le goître n'est pas rare, le crétinisme à peu près inconnu (2). Diffère surtout de la zone troisième par l'iode des eaux potables, qui est généralement au-dessous de 1/1000e de milligramme.

Zone cinquième ou des hauteurs alpines. — Le goître et le crétinisme sont rares (3). L'air et les eaux pluviales sont parfois et irrégulièrement chargés d'iode; le sol et surtout les eaux potables ne contiennent pas 1/1000e de milligramme de ce corps pour 10 grammes du premier et un litre des secondes.

Zone sixième ou des vallées profondes des Alpes. — Le goître et le crétinisme sont endémiques. 10,000 litres d'air, un litre d'eau pluviale, un litre d'eau de source ou de torrent, 10 grammes de terre arable ne fournissent pas chacun 1/2000e de milligramme d'iode.

Et pour condenser plus encore ces divisions générales, je ne distinguerais volontiers que trois régions, savoir: une région *normale* (Paris), une région *intermédiaire* ou *frontière* (Soissonnais, Turin, Lyon, Clermont, Nancy, Strasbourg), la région du *crétinisme*. Dans la région normale, le goître est absolument inconnu; dans la région intermédiaire, il est subordonné aux influences générales; dans la région du crétinisme, la cause spéciale est prépondérante.

On peut ramener la proportion de l'iode au *type normal*, ou de la zone de Paris:

Dans la zone deuxième, en recueillant les eaux pluviales pour les substituer dans tous les usages domestiques aux eaux séléniteuses (4);

Dans les zones troisième et quatrième (à Turin notamment), en recueillant aussi l'eau de pluie et en faisant venir les produits alimentaires de contrées riches en iode, telles que la Brie, la Beauce, la Bourgogne, le Bordelais, les basses plaines du Piémont.

Dans les zones cinquième et sixième, où l'emploi des eaux pluviales ne serait que d'une médiocre utilité, en raison du peu d'ioduration de l'atmosphère, on devra, autant que possible, consommer des produits étrangers au sol, et utiliser, après les avoir rendues potables par l'exposition à l'air, les eaux minérales iodo-sulfureuses qui jaillissent en grand nombre des contrées les plus affligées du goître et du crétinisme. Les sels iodurés, dont l'emploi a été conseillé par M. Boussingault et, plus récemment, par M. Grange, fourniraient l'iode nécessaire aux populations à portée desquelles il n'existerait ou ne serait découvert aucune source minérale iodurée.

Je ne saurais terminer sans recommander d'introduire, autant que possible, des produits iodurés dans l'alimentation des animaux destinés à fournir à l'homme une partie de sa nourriture. Autant il est facile d'approprier les eaux sulfureuses aux usages de l'homme, autant on trouvera d'avantages à donner aux animaux les eaux salines, pour lesquelles ils ont un goût prononcé; ces eaux pourront leur être données en boissons, souvent on se trouvera bien d'en arroser les fourrages altérés, dont ils relèveront la saveur. Le lessivage à chaud par une eau alcaline (ou par la lessive de cendres) des terres et des roches les plus ferrugineuses permettra aussi de se procurer, au moins pour le bétail, des eaux chargées d'iodures.

Il est évident encore que les engrais (5) et les irrigations pourront être des moyens efficaces, en certaines contrées, d'iodurer les aliments tant de l'homme que des animaux. Les dépôts des sources minérales et l'emploi en irrigations de celles de ces dernières qui ne pourraient être bues ne devront pas être négligés.

Tels sont les résultats principaux de ces recherches; j'ai l'espoir qu'au lieu d'être enregistrés comme de simples faits scientifiques, ils serviront les intérêts de l'humanité. Que ceux que des doutes poursuivraient encore pèsent bien ces trois faits:

1° Le goître et le crétinisme sont inconnus dans les contrées *normalement* iodurées;

2° Ces maladies se montrent quand la proportion de l'iode diminue;

3° L'iode est le spécifique du goître.

(1) Le sol est pris comme représentant les produits alimentaires; la proportion d'iode que je lui attribue n'est pas toute celle qu'il contient, mais celle qu'il cède à une eau légèrement alcaline à + 20°.

(2) J'ai vu un crétin à Royat, localité qui appartient moins, il est vrai, à la quatrième zone qu'aux suivantes.

(3) Chose digne de remarque: il existe deux crétins au Villars-de-Lons (à 1,000 mètres) et pas un goîtreux.

(4) Gênes, où le goître se montre parfois chez les habitants pauvres des rues étroites et obscures, se mettrait dans les conditions les meilleures en remplaçant seulement l'eau de ses fontaines par des eaux pluviales.

(5) L'iode existe en proportion considérable dans le vin, les vignobles de La Rochelle et dans les céréales des côtes du Calvados, où le sol est fumé avec les varechs.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de dix-sept lettres ministérielles relatives à des eaux minérales, à des biberons en gutta-perka, à des remèdes secrets, à des épidémies, et à un nouvel appareil imaginé par Mme Coquillard, avec une poupée à l'appui.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine.

M. Brachet annonce qu'il a obtenu de belles pustules vaccinales chez un enfant en inoculant un mélange de pus variolique et de lait. (Commission de la vaccine.)

Vaginite.

M. Mayer (de Belfort) adresse une note sur le traitement de la vaginite chronique. (Commissaire, M. Hervez-de-Chégoin.)

Forceps.

M. Letellier (de Saint-Leu-Taverny) adresse une note sur l'application du forceps au détroit supérieur. (Commissaire, M. Cazeaux.)

Étranglement herniaire.

M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, adresse un mémoire sur le siége de l'étranglement herniaire et sur la méthode de débridement en debors du sac. (Commissaires, MM. Cloquet et Laugier.)

RAPPORTS.

Emploi de la jusée contre la phthisie pulmonaire.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Barruel, relatif à l'emploi de la jusée dans la phthisie pulmonaire.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Louis, Caventou, Fr. Dubois et Soubeyran, le travail est renvoyé à la commission, à laquelle sont adjoints MM. Louis et Soubeyran.

LECTURES.

Fistule lacrymale.

M. Reybard (de Lyon) lit une note sur la cure radicale de la fistule lacrymale, qu'il obtient en pratiquant à la cloison lacrymale, à l'aide d'un instrument particulier, une perforation assez large pour admettre la canule (4 à 5 millimètres). (Commissaires, MM. Roux, Laugier.)

Taxis.

M. Camille Bernard (d'Apt) lit un mémoire intitulé: *Du degré de force dans le taxis.*

L'auteur part de cette proposition, « que souvent le taxis ne » manque son effet que parce que la force déployée, quoique » méthodiquement émise, reste au-dessous du degré fixé par une » sage réserve. »

Dans une première partie il énumère les circonstances qui rendent le taxis vicieux; dans la seconde il traite de l'insuffisance réelle de l'agent dynamique bien distribué. Sur 54 observations de taxis recueillies dans sa pratique, le taxis n'est resté sans effet que trois fois; et sur les 51 hernies dont il s'est rendu maître, 13 avaient résisté aux tentatives faites par plusieurs confrères. Dans quelques cas, M. Camille Bernard n'avait été appelé que pour opérer le débridement.

Devant ces résultats différents, dus évidemment à l'appréciation personnelle sur le degré de force que chacun a cru pouvoir déployer, l'auteur se demande si le taxis sera toujours livré à une puissance aveugle s'exerçant sur un terrain inconnu, et il émet le vœu que quelque habile inventeur donne au chirurgien le moyen de calculer le degré de résistance aux prises avec la force déployée pour la vaincre.

Quelque difficile que soit la solution du problème, M. Camille Bernard ne désespère pas qu'on ne l'opère un jour. Déjà la réduction des luxations à l'aide des moufles s'est éclairée des lumières du dynamomètre. L'adaptation que M. Sédillot a faite du pondérateur de la force, M. Camille Bernard l'attribue à l'inspiration venue de lui et communiquée à M. Sédillot, qui n'a pu citer l'auteur, attendu qu'il ignorait le nom de son confrère.

M. Camille Bernard réclame donc un moyen à l'aide duquel le chirurgien puisse se rendre compte du degré de force qu'il déploie dans le manuel opératoire en général et dans le taxis en particulier. (Commissaires: MM. Gerdy, Roux et Bégin.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 février 1852. — Présidence de M. Piobert.

Amaurose.

M. le Dr Tavignot adresse à l'Académie un travail intitulé: *Nouvelles recherches sur l'amaurose névralgique*, dont voici les conclusions:

« Je donne le nom d'*amaurose névralgique* à la paralysie complète ou incomplète, partielle ou générale de la rétine, survenue sous l'influence de la névralgie de la cinquième paire de nerfs.

» Le mode d'action exercée sur l'œil par la cinquième paire atteinte de névralgie est soumis à certaines lois que je vais essayer de formuler.

» J'admets deux espèces d'amauroses névralgiques très distinctes par leurs caractères. L'une reconnaît pour cause un état névralgique des branches extra-orbitaires du trijumeau: c'est l'amaurose névralgique extra-orbitaire; l'autre survient sous l'influence d'un état névralgique des nerfs ciliaires de la cinquième paire: c'est l'amaurose névralgique intra-orbitaire.

» La névralgie circum-orbitaire de la cinquième paire me paraît agir sur la rétine en produisant une paralysie de cette membrane.

» Cette paralysie résulte d'un défaut d'équilibre dans la distribution de l'influx nerveux, comme si la déperdition exagérée de ce fluide par les branches extra-orbitaires avait lieu aux dépens des nerfs ciliaires, qui en seraient plus ou moins privés.

» La marche de l'amaurose névralgique extra-orbitaire reste subordonnée à l'intensité des accès névralgiques, à leur durée, à leur fréquence.

» Elle dépend encore de la persistance plus ou moins grande, pendant l'intervalle des accès, de points douloureux existant au niveau des divisions terminales des nerfs, spécialement vers le sommet de la tête, sur les parties latérales du nez, à la paupière supérieure, etc.

» Lorsque la névralgie a pour siége les nerfs ciliaires, que cette névralgie soit simple ou associée à un état névralgique des branches extra-orbitaires, il survient encore une perturbation fonctionnelle de la rétine, non plus par absence, mais bien par excès d'influx nerveux.

» L'une et l'autre forme d'amauroses névralgiques paraissent avoir une origine analogue, bien qu'elles diffèrent complétement par leurs symptômes.

» La cause de l'amaurose névralgique, considérée d'une manière générale, est un état anormal du sang résultant d'une assimilation irrégulière ou d'une désassimilation vicieuse.

» Le traitement local n'offre des chances réelles de succès qu'à la condition d'être associé à un traitement général. »

Emploi de l'iode à l'extérieur.

M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon, adresse un mémoire intitulé: *De l'absorption et des effets généraux de l'iode employé dans les pansements et les opérations chirurgicales.*

Voici les conclusions de ce travail:

« 1° L'iode appliqué sur des ulcères ou injecté dans la cavité des abcès et des membranes séreuses est absorbé et se retrouve dans divers produits d'excrétion, spécialement dans l'urine et la salive.

» 2° L'absorption à la surface des cavités closes et l'élimination par les produits excrétés peuvent s'élever, pendant plusieurs semaines, et sans altération de la santé, à plus d'un gramme d'iode par jour.

» 3° Cette absorption et cette élimination modifient l'économie tout entière et peuvent améliorer notablement des maladies scrofuleuses constitutionnelles, pourvu qu'à l'aide de précautions spéciales dans les pansements on maintienne, au moins pendant un mois et demi à deux mois, une élimination d'iode par les urines telle, que les réactifs y déterminent, sans évaporation préalable, une teinte bleu-foncée.

» 4° Des vésicatoires, des cautères et des moxas absorbent avec la plus grande facilité l'iode que l'on dépose à leur surface; et à la suite de pansements quotidiens, celui-ci peut être retrouvé dans les urines et la salive, tant que les plaies artificielles ne sont pas cicatrisées.

» 5° A l'aide de la médication iodique sur des vésicatoires éloignés des yeux, on peut guérir des ophthalmies scrofuleuses, sans remèdes intérieurs et sans applications locales. Des modifications constitutionnelles profondes sont possibles, si l'on fait absorber, pendant plusieurs mois, sur des moxas ou des cautères une telle quantité d'iode que les urines puissent toujours prendre une teinte bleue-foncé par l'amidon et le chlore.

» 6° Parmi les préparations iodées, les seules dont l'absorption soit constante à la surface des ulcères ou des vésicatoires sont les vapeurs d'iode suivant le procédé de M. Goin (de Saint-Alban), et l'iode ioduré mélangé à l'axonge. Les pansements avec une pommade qui contient: axonge, 30 grammes; iode, 1 gramme; iodure de potassium, 2 grammes, sont préférables à tous les autres, et spécialement à ceux que l'on fait avec la teinture d'iode.

» 7° On peut se contenter, pour rechercher l'iode dans les urines et la salive, de la solution d'amidon et de celle d'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque); et comme les liquides animaux, spécialement l'urine, décolorent l'iodure d'amidon, l'intensité et la persistance plus ou moins prolongée de la couleur bleue produite par les réactifs permettent de juger approximativement de la proportion d'iode.

» 8° En faisant absorber par la méthode endermique, non-seulement les préparations iodées, mais divers résolutifs, tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse, la ciguë, etc., on peut obtenir des résolutions plus rapides et plus sûres qu'en appliquant ces substances sur la peau recouverte d'épiderme. »

Crétinisme.

M. Fourcault lit un mémoire intitulé: *Caractères tératologiques et pathologiques du crétinisme; traitement prophylactique de cette affection.*

Les faits exposés dans ce travail démontrent, suivant l'auteur, que les anomalies organiques qui caractérisent le crétinisme résultent d'un arrêt, d'un retard, d'une aberration de développement.

Goître estival épidémique.

M. Nivet, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse une note sur le goître estival épidémique, qui ne lui paraît pas avoir fixé encore l'attention des auteurs.

Voici les résultats principaux auxquels l'auteur est arrivé:

Le goître peut régner d'une manière épidémique pendant l'été ou l'automne; il peut se développer rapidement, sous l'influence de causes agissant d'une manière toute locale, chez des individus qui n'avaient offert antérieurement aucun symptôme de cette maladie. Ce goître accidentel guérit promptement quand on le traite, à son début, par des moyens convenables; il est très imprudent de boire de l'eau froide ou d'exposer le cou à l'action de l'air extérieur lorsque le corps est fortement échauffé; l'eau n'agit pas par les sels qu'elle tient en dissolution, mais bien par sa température, qui est relativement trop froide si le corps est en sueur.

NANCY.

Par M. Bally, membre de l'Académie de médecine.

(Suite. — *Voir* le n° du 9 décembre 1851.)

J'ai déjà parlé des Simonin dont une suite de générations honorables dans les sciences médicales a habitué les habitants de Nancy à vénérer le nom. Le dernier rejeton, aujourd'hui directeur de l'Ecole préparatoire, a publié de nombreux travaux, dont quelques-uns seront signalés dans ce dernier article. M. E. Simonin est chargé par l'autorité départementale de faire l'histoire des médecins qui ont illustré la Lorraine. Il s'en acquittera bien.

Le docteur Blondlot, émule et ami de l'illustre Braconnot, a fait

progresser l'histoire encore si obscure de la digestion, sur laquelle deux hommes remarquables, Sandras et Bouchardat, se sont également exercés avec succès.

M. Blondlot nie l'influence de la bile sur la digestion stomacale. Après avoir détourné ce fluide du duodénum en pratiquant et entretenant les fistules biliaires, la digestion chez les animaux et la défécation s'opéraient également. Ce fut en 1843 que parut son livre sur les fonctions digestives, où il soutient que les forces chimiques et physiques sont les seules qui coopèrent à l'accomplissement de ces mêmes fonctions. C'est, comme on voit, renouveler la grande querelle entre les vitalistes et les mécaniciens-physiciens. Cependant, il restera toujours un doute sur cet agent inconnu qui s'appelle la vie et qui doit être pour quelque chose dans l'accomplissement des grands et merveilleux phénomènes qui se passent en nous. Disons néanmoins que ce travail est remarquable sous un autre point de vue, c'est que l'auteur procède toujours par l'anatomie comparée, partant des classes inférieures pour arriver graduellement jusqu'aux plus élevées. Il a également résolu un grand problème, celui d'avoir démontré que les viandes sont d'une plus facile digestion que les végétaux. On avait contesté ce fait; cependant l'expérience des praticiens l'avait admis depuis longtemps.

On doit à M. Blondlot un *Essai historique sur les fonctions du foie*, ce qui, outre les travaux de Bianchi, Bonnet, Godefroy, Blouland et Saunders, en rappelle de plus récents, tels que ceux de Vernois, Voisin et Ripault. Ce dernier, indépendamment de ses *Vues sur le foie et sur les propriétés de la bile* (Dijon, 1839), avait bien fait connaître la veine-porte et ses fonctions. Cinq ans après, 1844, M. Vernois publia son excellent *Traité sur l'anatomie des maladies de cet organe et sur sa valeur au point de vue thérapeutique*. Enfin, le docteur Rochoux a fait connaître tout récemment ses minutieuses investigations sur le foie *vu au microscope*; excellent mémoire, qui n'a pas eu tout le retentissement qu'il méritait, mais jalon lumineux qui conduira un jour à débrouiller ce chaos, ce labyrinthe qui n'a pas encore son fil d'Ariadne. N'oublions point un fait particulier de l'air trouvé dans le foie par le professeur Piorry. La plessimétrie avait fait soupçonner la présence d'un fluide élastique, et la nécropsie vint confirmer le doute. Quel admirable progrès que la plessimétrie! Jadis on se contentait de percuter assez négligemment quelques points du thorax depuis Avvembrugger et Corvisart. Aujourd'hui on sonde minutieusement toutes les parties accessibles; et le plus ou moins de matité fait connaître ou soupçonner ce qui se passe dans les parties les plus compactes, les plus charnues.

Parmi les démonstrations nombreuses que M. Blondlot nous a faites au congrès, nous ne passerons pas sous silence son art particulier de pratiquer et d'entretenir des fistules sur l'estomac des chiens, fistules qu'il tient bouchées comme on bouche un flacon. Au moyen de ces ouvertures, il recueille à volonté le suc gastrique.

Il nous a rendus témoins d'un phénomène fort singulier, celui de l'impossibilité de faire échapper ce suc, lorsque l'animal est à jeun, en stimulant fortement l'estomac par l'ouverture artificielle, et de l'obtenir en abondance si l'animal a pris des aliments déjà digérés.

Appelons maintenant l'attention sur un point capital de médecine légale. L'appareil de *Marsh*, proprement dit, est inapplicable dans les expertises délicates; mais il est l'origine de cette modification adoptée par M. Orfila, par suite de laquelle il est devenu entre les mains de ce professeur habile un instrument d'une sûreté absolue, si bien que depuis longtemps j'aurais voulu qu'il s'appeât l *appareil Orfila*.

Toutefois, il est un point capital sur lequel j'ai maintes fois entendu appeler l'attention par le professeur lui-même; c'est celui de la formation brusque de la mousse ou écume qui, dans la combustion des matières organiques, s'échappe avec une rapidité étonnante et entraîne avec elle des parcelles d'arséniure. C'est ce sérieux inconvénient que M. Blondlot a voulu combattre, et il l'a fait avec bonheur. (Nouveaux perfectionnements à la méthode de Marsh pour les recherches médico-légales.)

M. Orfila a-t-il adopté la modification Blondlot? Je l'ignore. Ce qui me persuaderait qu'il ne la met point en pratique, c'est que dans sa dernière édition, 1851, il n'en fait pas mention, et que le flacon destiné à contenir les matières n'a que deux tubulures, au lieu de trois qu'exige celui de M. Blondlot. La tubulure du milieu est fermée par un bouchon de liége percé d'un trou qui livre passage à une tige en verre de 5 ou 6 millimètres d'épaisseur, de manière qu'elle puisse monter ou descendre à frottement gras. L'extrémité de la tige qui plonge dans le flacon est entourée de lames de zinc de 2 à 3 centimètres de hauteur.

Dans plusieurs démonstrations faites sous nos yeux, si la mousse menaçait d'envahir la partie supérieure du flacon ou de s'échapper, il suffisait de ralentir la marche en élevant les spirales de zinc au moyen de la tige centrale, et même en les sortant totalement du liquide. Comme il n'y a dans ce liquide acidulé ni limaille, ni alliage, l'effervescence cesse subitement, et se reproduit plus ou moins à volonté en graduant l'introduction des lames.

Suite des travaux de la section des sciences médicales.

Le docteur Edmond Simonin a présenté un jeune homme dont lss organes étaient transposés. Comme il est vivant, on a pu croire que le foie conservait sa position naturelle. Je n'assistais point à cette séance, et j'y aurais combattu cette dernière opinion. Il se fait dans les cas de cette nature un revirement complet dans l'appareil vasculaire. Les vaisseaux hépatiques et la veine-porte passent également du côté gauche.

Je crois, et peut-être me trompé-je, *avoir le premier reconnu sur le vivant* un fait de ce genre vers 1825. Je le signalai à un bon nombre d'étudiants, et plusieurs jours après il nous fut permis de vérifier ce diagnostic sur le cadavre. M. Serres avait quelques mois auparavant ouvert un cadavre qui lui présenta la même singularité.

Dans la même section, M. le docteur Sulikowski communiqua l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans à qui il avait pratiqué avec succès l'extirpation d'une tumeur abdominale, qui avait pris un tel développement qu'elle descendait jusqu'aux genoux : c'était une monstruosité par occlusion. Depuis cette époque, le docteur Sulikowski a transmis ce fait à l'Académie, qui a entendu avec beaucoup d'intérêt le rapport de M. Danyau. (*Gazette des Hôpitaux*, novembre 1851.)

Après la lecture déjà citée des mémoires des docteurs Amelon et Morel sur le goître et le crétinisme, M. le pharmacien Barbaut annonce qu'il n'a trouvé ni iode ni brome dans les eaux de Rosières. Le professeur Chatin avait déjà analysé un résidu de cinq litres de cette eau et n'y avait point aperçu de traces d'iode.

M. le docteur Grandjean communique une note de M. Rousset, médecin à Sarreguemines, annonçant que la peste du quinzième siècle et la maladie asiatique des années 1832 et 49 n'avaient point pénétré dans ces contrées, immunité que le docteur Rousset attribue à la puissance électrique que possède l'atmosphère de la Lorraine allemande. Il pense que le terrain appelé grès bigarré contient beaucoup de métaux d'où résulte une inépuisable abondance de fluide magnétique. MM. Simonin père, Amelon et Bally opposent des faits contraires à cette doctrine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Chronique et nouvelles.

Concours pour la chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. — Les sujets de thèse ont été donnés, et sont échus de la manière suivante aux divers candidats :

1° M. Dupré : Déterminer le rôle que joue le régime alimentaire dans le traitement des maladies;

2° M. Dozous : De l'influence que les progrès de la physiologie, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, ont exercée sur la médecine pratique;

3° M. Pons : Comparer l'humorisme moderne à l'humorisme ancien; déterminer l'influence qu'il a exercée, celle qu'il peut exercer sur les progrès de la médecine pratique;

4° M. Chrestien : De l'immunité et de la susceptibilité morbides, au point de vue de la clinique médicale;

5° M. Quissac : De la généralisation et de la localisation des maladies.

— Par arrêté en date du 14 février 1852, M. Hulin-Origet, ancien professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite école, en remplacement de M. Duclos.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'emploi de l'iodure de fer dans le traitement de la chlorose. — Engorgement considérable du foie de cause traumatique, sans altération notable de la santé. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques. Considérations préliminaires. But et objet des études cliniques. Réflexions sur la statistique médicale. — DES DÉPARTEMENTS (M. Lobgeois). Hernie inguinale droite étranglée. Opération. Guérison. — Nancy, par M. Bally. (Fin.) — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'emploi de l'iodure de fer dans le traitement de la chlorose.

Les préparations de fer ne manquent pas contre la chlorose, et c'est à bon droit que cette maladie, d'ailleurs peu dangereuse, est considérée comme l'une des plus faciles à guérir. Mais si la guérison d'une chlorose est assurée à peu près dans tous les cas, il s'en faut que cette guérison se fasse toujours dans un court espace de temps. Rien n'est plus fréquent dans la pratique que de voir des malades chlorotiques auxquelles il faut continuer pendant des années entières le régime et la médication toniques avant de triompher définitivement du mal dont elles sont atteintes. Dans ces cas, qui sont loin d'être rares, si la chlorose ne met pas les jours en danger, elle n'en est pas moins une source féconde de souffrances, et, pour les malades qui ont besoin de se servir de leurs bras, une grande cause de misère. A ces deux points de vue, qui ne sont guère moins importants l'un que l'autre, il est de la plus grande utilité, malgré la richesse de l'arsenal thérapeutique antichlorotique, de trouver des préparations plus actives que celles dont on fait généralement usage. A ces deux points de vue donc, on ne peut que louer les efforts du savant et regrettable Dupasquier pour introduire dans la thérapeutique un médicament aussi actif que l'iodure de fer. Si le sirop d'iodure de fer n'a pu devenir un médicament vulgaire, à cause de son peu de stabilité, on n'en doit pas moins reconnaître qu'il constitue déjà un progrès important qui a servi de point de départ aux préparations beaucoup plus parfaites que nous possédons, et en particulier aux dragées d'iodure de fer préparées par M. Gilles, et dont nous avons fait connaître la formule lors du rapport dont elles ont été l'objet à l'Académie de médecine. Grâce à cette préparation, l'administration de l'iodure de fer est devenue aussi facile que celle de l'oxyde ou du sous-carbonate de même métal. On ne sera plus obligé d'en réserver l'usage pour les maladies graves, comme la phthisie, les affections profondes des os, etc.; on pourra aussi l'appliquer aux simples chloroses et aux anémies. Les deux faits suivants, que nous venons d'observer dans le service de M. le professeur Rostan, montrent tout ce qu'on peut en attendre dans ces circonstances.

Au n° 30 de la salle Saint-Antoine a été couchée la nommée Catherine Septfontaine, âgée de vingt-deux ans, domestique, entrée le 11 janvier 1852.

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, avait toujours joui d'une très bonne santé jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle parurent les règles pour la première fois. Depuis ce moment, elle a toujours été assez mal portante. Elle éprouve presque continuellement des douleurs épigastriques. Ses digestions sont difficiles; céphalalgie fréquente, éblouissements, tintements d'oreilles, etc. La menstruation, qui s'était établie difficilement, a continué à se faire d'une manière peu régulière; les règles sont à peine marquées par quelques gouttes d'un sang pâle et toujours précédées pendant plus d'une semaine d'un écoulement leucorrhéique abondant.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant :

Visage généralement un peu jaunâtre; pommettes colorées; légère bouffissure de la face; céphalalgie fréquente, accompagnée de bouffées de chaleur dans le côté droit de la tête seulement. Eblouissements, tintements d'oreilles; la malade se plaint d'avoir les pieds constamment froids, tandis que la paume des mains est chaude et le siége d'une transpiration presque continuelle. Douleurs vives à l'épigastre, n'augmentant pas à la pression. Digestions difficiles, peu d'appétit. Ni nausées ni vomissements. Désir des mets acides, du vinaigre, etc. Selles régulières.

Le pouls est normal; palpitations quand la malade marche vite ou monte un escalier. Pas de souffle au cœur. Un peu de bruit de diable à droite, mais non continu. Quelques douleurs névralgiques dans les parois de la poitrine. Petite toux nerveuse sans expectoration; rien du côté de l'appareil respiratoire.

On prescrit les dragées d'iodure de fer de Gilles. Deux portions.

Le 24, il y a eu dans la journée un léger mouvement fébrile; quelques nausées, inappétence; ce malaise n'a pas de suites et se dissipe dès le second jour.

Dans les premiers jours de février, la malade se sent beaucoup mieux. L'écoulement leucorrhéique a diminué sensiblement, dit-elle; dans la crainte de perdre sa place, la malade demande sa sortie, disant se sentir assez forte pour reprendre son service. Elle se propose d'ailleurs de suivre dehors le traitement dont elle s'est si bien trouvée à l'hôpital.

On le sait, rien n'est difficile comme d'obtenir des malades qui ont déjà éprouvé un certain soulagement qu'ils prolongent leur séjour à l'hôpital jusqu'à la guérison complète. Dès qu'ils sont ou qu'ils croient être en état de reprendre leurs occupations, ils se bâtent de partir. Il est donc extrêmement difficile d'étudier d'une manière complète dans les hôpitaux l'influence des médications diverses sur les maladies chroniques. On ne saurait dire en particulier si dans l'observation précédente la guérison aurait continué à marcher avec la même rapidité que dans les premiers jours. Toutefois, d'après quelques faits que nous avons déjà empruntés à la pratique civile et d'après ceux qu'a observés M. Gendrin et qu'il a consignés dans une des leçons cliniques que nous avons publiées l'année dernière, on peut logiquement penser qu'il en aurait été ainsi.

Dans le fait suivant, également observé dans le service de M. le professeur Rostan, on voit l'action favorable de l'iodure de fer se produire d'une manière rapide dans un cas d'anémie suite de pertes de sang.

La nommée Roussel (Adèle), âgée de vingt-quatre ans, chemisière, est entrée le 28 décembre 1851 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 9.

Cette malade, sans être d'une forte constitution, se porte habituellement bien.

Elle est accouchée le 15 novembre; l'accouchement s'est bien passé. Environ douze jours après, dans l'intervalle d'une semaine, elle a eu trois pertes; elle rendait d'énormes caillots. La dernière fut si forte que la malade perdit connaissance; on employa la glace, et enfin le tamponnement.

C'est environ dix jours après ces pertes qu'elle entre à l'hôpital. Elle est d'une faiblesse extrême; elle ne peut se tenir sur ses jambes, ni même les remuer dans son lit.

L'appétit est conservé; mais la malade a des goûts bizarres; ses digestions se font mal; elle a quelques rapports acides et des éructations fréquentes; il existe un peu de diarrhée. Elle urine difficilement; il lui semble, quand on la tient debout, qu'un corps pesant lui tombe sur la vessie. Elle a quelques sueurs la nuit. Ses règles ne sont pas encore revenues. Elle perd toujours en blanc; mais elle perdait déjà un peu avant son accouchement. La figure est très pâle; les lèvres sont décolorées; le corps entier est d'un blanc mat; les veines sont à peine apparentes. Elle ne tousse pas; elle n'a pas de palpitations. On trouve, à l'auscultation du cœur, un bruit de souffle non râpeux au premier temps. Les bruits respiratoires sont parfaitement normaux.

Cette malade prend pendant dix jours du sirop d'iodure de fer, que l'on remplace ensuite par les dragées d'iodure de fer de Gilles. — Deux portions.

Le 20 janvier, sous l'influence de ce traitement, la malade recouvre rapidement ses forces. Elle peut se lever; ses digestions se font mieux; elle perd moins en blanc, mais elle n'a pas encore vu ses règles. Le visage est plus coloré; enfin il y a dans la santé générale une amélioration notable.

Forcée, dit-elle, pour des affaires de famille de quitter l'hôpital, elle a demandé sa sortie il y a quelques jours.

On peut suivre actuellement dans le même service quelques maladies analogues aux précédentes, et contre lesquelles l'iodure de fer est employé avec les mêmes avantages.

Engorgement considérable du foie de cause traumatique, sans altération notable de la santé.

Dans notre dernière *Revue clinique*, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur plusieurs affections curieuses du foie et de la rate qui se trouvaient dans le service de M. le professeur Maillot, au Val-de-Grâce. Nous avons omis à dessein de parler du fait suivant, parce qu'il n'était pas du même ordre que ceux que nous avons cités; mais il ne mérite pas moins d'être signalé.

Un maréchal-des-logis d'artillerie reçut, au mois de février 1849, un coup de pied de cheval sur la région du foie; il s'ensuivit, après les premiers accidents, qui furent peu graves, une légère douleur sourde et une tuméfaction du ventre; celle-ci s'accrut graduellement, mais très lentement pour acquérir le volume qu'elle offre actuellement. Pendant tout ce temps ce militaire a fait son service régulièrement et sans être notablement incommodé. Ce n'est que depuis quelques semaines qu'il s'est senti un peu plus mal à son aise et qu'il a demandé à entrer à l'hôpital. Une saignée générale et divers applications de sangsues lui ont été faites; le volume du foie a diminué; mais cet organe a encore 11 centimètres de hauteur au niveau de l'épigastre. Il n'y a d'ailleurs aucun mouvement fébrile; le malade dort, mange et digère bien. Il a demandé sa sortie pour ne pas perdre une position à laquelle il tient.

Il serait fort difficile assurément de dire quelle sera l'issue de cette maladie, de même que le diagnostic rigoureux n'en est guère possible; mais il est bien remarquable qu'avec un engorgement aussi prononcé et aussi ancien les fonctions aient pu se conserver aussi régulières.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

LEÇONS CLINIQUES.

Considérations préliminaires. — But et objet des études cliniques. — Réflexions sur la statistique médicale.

Lorsqu'on se propose d'étudier la clinique, il est du plus haut intérêt comme de la plus grande importance, pour se livrer à cette étude avec fruit, d'avoir des principes arrêtés qui servent de guide aussi bien au maître qu'à l'élève, pour surmonter les innombrables difficultés de l'observation.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes; par Louis FIGUIER, docteur ès sciences.

Dictionnaire universel d'histoire et de géographie, contenant l'histoire, la biographie universelle, la mythologie, la géographie ancienne et moderne, par M. BOUILLET. (9e édition.)

Nous voulons aujourd'hui, sortant un peu de nos habitudes, consacrer un feuilleton à deux ouvrages importants, dont l'un surtout n'a pas de rapports bien intimes avec la médecine, à laquelle l'autre se rattache encore par quelques chapitres, mais qui tous deux ont bien leur place marquée dans la bibliothèque du médecin qui, en dehors de ses occupations professionnelles, cherche de temps en temps d'utiles distractions dans l'étude des sciences physiques ou chimiques appliquées aux arts industriels et aux progrès de la civilisation.

Le premier de ces deux ouvrages est celui dont il s'agit ici, l'*Exposition et l'histoire des principales découvertes scientifiques modernes*, par M. Louis Figuier. En deux charmants petits volumes, M. Figuier a rassemblé l'histoire complète et détaillée, quoique suffisamment concise, de la photographie, de la télégraphie aérienne et électrique, de la galvanoplastie et de la dorure chimique, de l'aérostation, de l'éclairage au gaz, de la planète Leverrier, des poudres de guerre et de l'éthérisation. Ces deux derniers chapitres, on le voit, sont les seuls qui aient un rapport direct avec l'art de guérir : l'éthérisation, par ses applications à la chirurgie; les poudres de guerre, par le collodion employé comme agglutinatif, et dont la base, on le sait, est la poudre coton. C'est surtout sur ces deux chapitres que portera notre compte-rendu, en raison de la spécialité des matières dont s'occupe la *Gazette des Hôpitaux*.

Sous le nom d'éthérisation, l'auteur étudie également l'emploi du chloroforme. Sous le même titre sont réunis les deux procédés, qui ne sont que la modification l'un de l'autre par la substitution d'un agent plus fort à un agent plus faible. Prenant à son origine la question pour l'amener au point où elle en est actuellement, n'avançant jamais un fait sans indiquer les sources auxquelles il l'a puisé, M. Figuier, quoique étranger à la médecine et à la chirurgie, a su traiter scientifiquement, tout en se mettant à la portée des gens du monde, le sujet dont il avait entrepris l'histoire. Or, ce n'est pas une petite besogne que de faire de la science véritable, intéressante pour l'homme instruit et pour le praticien, et qui soit en même temps intelligible et attrayante pour l'homme du monde qui croit tout savoir, et n'a, la plupart du temps, la tête farcie que de préjugés absurdes et ridicules. Nous sommes peut-être un peu sévère sur ce point; mais nous sommes de ceux qui mettent volontiers en pratique la maxime d'Horace : *Odi profanum vulgus et arceo*, toutes les fois qu'il s'agit des choses de notre art. Hâtons-nous de dire que, si tous les livres de médecine à l'usage des gens du monde étaient faits comme le chapitre *Ethérisation* de l'ouvrage de M. Figuier, nous serions beaucoup moins exclusif.

Un assez grand nombre d'anecdotes historiques, racontées d'une manière piquante, soutiennent l'attention du lecteur, et le font assister en spectateur aux différentes phases par lesquelles sont passées l'éthérisation et la chloroformisation avant d'être ce qu'elles sont aujourd'hui. Tout en étant impartial et en plaçant à côté et en regard des succès les cas malheureux que l'on a eu à déplorer depuis la découverte des agents anesthésiques, M. Louis Figuier professe la plus haute admiration pour les résultats obtenus jusqu'à présent par l'emploi des anesthésiques. Sous ce rapport, nous avouons différer quelque peu de l'auteur. Toutes les fois que l'on fait usage des anesthésiques, nous pensons, avec M. Sédillot, que la question de mort est posée. Aussi n'en approuvons-nous pas l'abus que l'on en a fait jusqu'ici en soumettant aux inhalations de chloroforme les malades qui doivent subir les plus insignifiantes comme les plus graves opérations de la chirurgie, et ne nous sentons-nous pas complétement disposé à dire, avec M. Figuier : « En nous donnant le pouvoir d'anéantir la douleur, cet éternel ennemi, ce tyran néfaste de l'humanité, la méthode anesthésique nous a enrichis d'un bienfait inappréciable, éternellement digne de l'admiration et de la reconnaissance publiques. » Peut-être M. Figuier serait-il moins enthousiaste de la méthode anesthésique s'il avait assisté à quelques opérations pratiquées sur des malades soumis à son influence, et s'il avait pu constater, comme nous l'avons fait souvent, que la prétendue insensibilité des opérés n'est autre chose qu'une perte de mémoire résultant de l'ivresse et de la demi-asphyxie déterminée par l'inhalation d'une vapeur éthérée. Je dis *prétendue* insensibilité; car 19 fois sur 20 le malade crie et s'agite pendant l'opération; s'il crie, c'est qu'il sent et qu'il souffre. Il ne se souvient pas au réveil; mais qu'importe le souvenir d'une douleur passée?

Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet; ce n'est pas ici le lieu de ranimer de vieilles querelles que le temps seul pourra cal-

Ce serait, en effet, se tromper étrangement que de croire que la clinique consiste simplement à examiner les faits à mesure qu'ils se présentent, sans ordre et pour ainsi dire au hasard, en se contentant de noter ce que chacun d'eux offre de remarquable sous le rapport des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement. Ces divers points ont sans doute une importance réelle; mais la clinique se propose un but plus élevé que leur étude, celui d'arriver à la connaissance des faits généraux par la connaissance des faits particuliers. Comment pourrons-nous étudier avec fruit les faits particuliers? Comment, d'un autre côté, parviendrons-nous par la connaissance des faits particuliers à celle des faits généraux? Telles sont les deux questions qu'il convient de poser tout d'abord; nous allons essayer d'y répondre.

De ces deux questions, la seconde est la principale, celle qui a été l'objet de plus de controverses; aussi commencerons-nous par elle, et lui consacrerons-nous la plus grande partie de ces considérations préliminaires.

Nous nous sommes servi plusieurs fois déjà de l'expression *faits généraux;* la signification de ces deux mots est facile à saisir. Nous croyons devoir néanmoins la déterminer d'une manière précise. En médecine, comme dans toute science d'expérience et d'observation, on entend par faits généraux le produit, la somme des faits particuliers étudiés avec soin, faits qui, pris isolément, pourraient induire en erreur à cause de la variabilité des cas particuliers et de la multiplicité des coïncidences fortuites.

Quelques exemples feront comprendre notre pensée. Toute la pathologie est composée de faits généraux; seulement on est arrivé à connaître ces faits d'une façon plus ou moins vague ou plus ou moins exacte. En étiologie, les assertions émises sont l'expression de faits généraux, quand on dit que les bronchites, les coryzas sont plus fréquents dans les saisons froides et humides que dans les autres; quand on affirme que les déviations utérines sont plus fréquentes après la parturition que dans les conditions opposées, on énonce évidemment des faits généraux qui supposent la connaissance de faits antérieurs plus ou moins bien établis.

Il en est de même en symptomatologie. Comment pourrions-nous parvenir à connaître les symptômes considérés en eux-mêmes ou dans leur succession, si nous ne possédions un nombre suffisant de faits particuliers suffisamment bien analysés?

Des réflexions analogues sont applicables aux lésions secondaires. De même qu'en certains cas on voit les symptômes interrompus dans l'ordre de leur manifestation naturelle, de même aussi on voit quelquefois des lésions secondaires prendre une intensité telle qu'elles effacent la maladie principale. Ce n'est qu'après avoir assisté un très grand nombre de fois à leur développement qu'on arrive à fixer le degré de leur importance relative.

Que dirons-nous au sujet du diagnostic? Une seule remarque suffira. Le nombre des maladies que l'on distingue les unes des autres à l'aide de signes que l'on rencontre dans tous les cas, à l'aide de signes pathognomoniques, est très restreint; dans la généralité des cas le médecin ne s'élève au diagnostic que par l'enchaînement des symptômes et les groupes qu'ils forment.

Pour ce qui concerne le pronostic, nous nous contenterons de citer un exemple unique. Lorsqu'Hippocrate dit de tel symptôme qu'il est favorable, et de tel autre qu'il est défavorable, ce n'est pas qu'à l'avance il juge que l'un ou l'autre de ces symptômes annonce une terminaison heureuse ou malheureuse; c'est qu'il a vu dans un certain nombre de faits les phénomènes dont il affirme la signification pronostique précéder la guérison ou la mort.

La thérapeutique a été l'occasion de nombreuses dissidences: on a avancé qu'il était permis à l'observateur d'instituer le traitement tout entier sur la seule connaissance des faits particuliers. Il en doit être ainsi de toute nécessité toutes les fois que le praticien est privé de la connaissance d'un certain nombre de faits antérieurs convenablement étudiés; mais en dehors de cette circonstance, toutes les fois que l'on voudra rechercher la valeur d'une méthode ou en prouver la supériorité, il deviendra indispensable de réunir un certain nombre de faits isolés.

Par tout ce qui précède, nous sommes conduit à regarder comme une vérité admise de tout temps cette proposition générale: la connaissance des faits particuliers est le moyen par lequel on arrive à la connaissance des faits généraux. Que l'on ouvre les traités de pathologie, l'on y verra les mots *parfois, souvent,* etc., mots qui seraient dépourvus de signification s'ils ne représentaient des quantités numériques.

Le fait que nous venons d'énoncer étant établi, nous avons à nous demander quelle est la meilleure manière de parvenir à la connaissance des faits généraux par celle des faits particuliers.

Nous n'hésiterons pas à répondre: C'est de procéder par la voie de l'analyse et de la statistique médicale.

Il règne dans un certain nombre d'esprits contre la statistique médicale une prévention fâcheuse qui, à nos yeux, est le résultat d'un véritable malentendu. Si les adversaires de cette méthode s'en étaient fait une idée exacte, s'ils s'étaient enquis avec plus de soin du but qu'elle se propose, ils n'auraient pas dirigé contre elle les attaques dont elle a été l'objet.

On a reproché aux partisans de la statistique médicale de vouloir substituer le chiffre brut et sans interprétation à l'examen raisonné des malades. Une telle assertion n'est rien moins que hasardée. La statistique médicale, en effet, est simplement un procédé destiné à venir en aide à la faiblesse de notre esprit et à l'insuffisance de notre mémoire. Que l'on se figure par la pensée un homme qui, d'un seul coup d'œil, pourrait saisir dans leur ensemble et dans leurs détails tous les faits particuliers, et qui, après les avoir analysés, les avoir disséqués, s'il est permis de parler ainsi, jusque dans leurs dernières fibrilles, aurait le don de se les rappeler sans en omettre aucun, de les comparer, de les grouper et d'en déduire des conséquences! Un tel homme, évidemment, n'aurait pas besoin de procédés pour arriver à la vérité. Il est loin d'en être ainsi même pour le petit nombre d'intelligences auxquelles la nature a accordé des facultés supérieures. Tout le monde a entendu parler d'individus qui ont la singulière puissance de résoudre à l'aide de leur mémoire et sans le secours de la plume des problèmes d'arithmétique très compliqués; cette puissance ne serait rien en comparaison de celle d'un homme qui pourrait étudier la médecine avec succès sans le secours des procédés ordinaires. Nous envisagerons donc la statistique médicale comme un procédé éminemment utile pour poser les bases sur lesquelles l'esprit et le raisonnement doivent élever l'édifice scientifique. Lorsque ces bases sont ainsi établies, il est permis de se livrer à toutes les interprétations possibles; si, en effet, on adopte des conclusions erronées, on fournit en même temps le moyen de les rectifier; si, au contraire, on tire des conclusions légitimes, on fait infailliblement passer la conviction dans les esprits, puisqu'on place une preuve à côté de chaque assertion.

D'autres objections ont encore été soulevées: on a dit que la statistique médicale dans l'appréciation des faits ne tenait compte que des majorités, et négligeait les minorités, qui, elles aussi, devaient être prises en considération. Non-seulement, depuis l'application de ce procédé, on ne néglige pas les minorités, mais encore on les étudie avec plus de soin qu'on ne l'avait fait auparavant. La raison en est facile à saisir; tous les faits dont on se sert doivent être observés avec la même exactitude; on ne saurait donc laisser de côté ceux qui concourent à former les minorités. Il n'est pas d'exception, quelque légère qu'elle soit, qui échappe aux investigations du statisticien.

Nous venons de réfuter les principales objections dirigées contre le procédé qui nous occupe; il nous resterait maintenant à exposer les règles qui doivent présider à son emploi; nous nous contenterons de renvoyer au remarquable travail de M. Louis, dans lequel elles sont contenues; nous avons nommé les *Recherches sur les effets de la saignée.* On lira avec fruit les études que plusieurs médecins distingués, MM. de Castelnau, Martins, etc., ont faites sur le même sujet.

Ce ne sont pas seulement des arguments théoriques que l'on peut invoquer en faveur de la statistique médicale. Si l'on passe du domaine des idées dans le domaine des faits, il suffit d'un rapide coup d'œil pour se convaincre des immenses services qu'elle a rendus aux différentes branches de la médecine. Rappellerons-nous les travaux qui ont été publiés sur la fièvre typhoïde et sur la phthisie? Citerons-nous le *Traité sur la Pneumonie* de M. Grisolle, qui, dans une matière épuisée par Laënnec, a trouvé le moyen de mettre en relief des considérations pleines d'intérêt et des faits nouveaux? Que dirons-nous des travaux de M. Barth, l'un de nos auteurs classiques dont le nom est le plus familier, de ceux de M. Bizot (de Genève) sur le cœur et sur les artères? des recherches de M. Lehert sur les scrofules, les tubercules et le cancer? de celles de M. Rufz sur la méningite granuleuse?

Il n'est aucun point de la pathologie sur lequel ne se soit exercée la statistique médicale.

En étiologie, nous avons la thèse de M. Chaponnière sur la névralgie faciale; en symptomatologie, le mémoire de M. Fauvel, sur la bronchite capillaire; le livre de M. Landouzy, sur l'hystérie; le mémoire de M. Durand-Fardel, sur le ramollissement cérébal. En ce qui touche le diagnostic et le pronostic, les travaux statistiques ont fourni des résultats non moins remarquables. On a contesté l'utilité qu'ils pouvaient avoir dans les questions relatives à la thérapeutique; on a été jusqu'à dire que la statistique niait la thérapeutique. Il n'est aucune partie de la pathologie à l'étude de laquelle ce procédé ait été plus spécialement appliqué, comment étudierait-on ce que l'on nie? Il y a là un non-sens. Personne n'ignore la confusion qui règne sur le traitement de l'épilepsie. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont émis les assertions les plus contradictoires. M. Herpin, en examinant un certain nombre de médications avec le secours de la méthode statistique, a démontré que, s'il existe des cas rebelles qui ont pu faire croire à la non-curabilité de la maladie, il s'en trouve un grand nombre qui peuvent céder à une médication suivie.

Ce n'est pas seulement aux auteurs français, mais encore aux médecins étrangers que la science médicale est redevable d'importants travaux statistiques. A cette occasion nous devons citer, entre autres noms, ceux de M. Jackson, dans l'Amérique du Nord, de M. Jenner (de Londres), de M. Stokes (de Dublin).

Un fait qui nous est personnel achèvera de démontrer l'excellence de la méthode statistique. Un de nos amis, médecin distingué de Boston, se trouvait en Angleterre à une époque où le *typhus fever* exerçait de nombreux ravages, il conçut l'idée d'étudier cette maladie; il recueillit des observations; le temps lui manquant pour les analyser, il nous les envoya. Nous les soumîmes à l'analyse numérique, et nous fûmes conduit à découvrir, dans la maladie désignée sous le nom de typhus fever, deux affections différentes: l'une, qui est la fièvre typhoïde telle qu'on l'observe en France; l'autre, qui, avec les apparences de la fièvre typhoïde, s'en éloigne entièrement par la nature des symptômes et par l'absence des lésions caractéristiques. Les résultats auxquels nous arrivâmes alors furent confirmés plus tard par un mémoire de M. Stewart et, dans ces derniers temps, par un travail de M. Zenner. Ainsi, nous avons pu, avec le secours seul de la méthode statistique, établir, dans une maladie qu'il ne nous a jamais été donné d'observer, une distinction que l'expérience a consacrée aujourd'hui, distinction qui pendant longtemps avait échappé aux médecins placés dans les conditions les plus favorables pour la saisir.

Il semble, au premier abord, que le rôle de la clinique doive se borner à fournir un certain nombre de faits particuliers pour arriver à la connaissance des faits généraux. Il n'en est pas ainsi; dans les études qu'elle se propose, la connaissance antérieure des faits généraux peut servir à établir celle des faits particuliers, à faire prévoir la marche qu'ils suivront, à déterminer s'ils rentrent dans la règle ou dans l'exception. Nous aurons donc plus d'une fois l'occasion, dans le cours de ces leçons, de rappeler les faits généraux connus.

Quelle est la meilleure manière d'étudier les faits particuliers? Tout le monde est d'accord sur cette question. Nous n'exposerons pas dans tous leurs développements des principes qui sont généralement admis et qu'on peut tout au plus regretter de voir oubliés quelquefois au lit des malades, nous nous contenterons de quelques remarques. Personne n'ignore combien est difficile l'interrogatoire des malades; ce n'est souvent qu'après avoir demandé plusieurs fois la même chose, et en termes contradictoires, que l'on peut obtenir des réponses exactes.

Pour ce qui concerne l'étude des symptômes, nous nous efforcerons de faire comprendre combien il importe de se livrer à un examen complet sur l'état des organes et des

---

mer et résoudre. Hormis ces appréciations personnelles, qui, bonnes ou mauvaises, n'ôtent rien au mérite du travail en lui-même, il serait difficile, nous dirons presque impossible de trouver une histoire plus complète, plus facilement intelligible pour le public non initié, plus intéressante en même temps, chose rare, pour le monde savant.

Ce double mérite se retrouve, du reste, dans chacun des différents chapitres qui composent ses deux volumes. Ici nous étions compétent et pouvions apprécier au point de vue scientifique la manière dont était traité le sujet. Quand il s'agit de photographie, de galvanoplastie, d'éclairage au gaz, d'astronomie, nous devenons presque du vulgaire par rapport aux savants spécialistes ou aux industriels, qui sont alors surtout compétents, et cependant nous sommes étonné de comprendre encore. L'exposition est si claire et si limpide, le style si simple, si dépourvu de l'emphase ou de la prétention technique que notre intérêt ne diminue pas, augmente même par ce fait que nous apprenons des choses qui nous étaient ou peu ou point connues.

Des pièces justificatives, placées à la fin de chaque volume, complètent l'authenticité des récits et font quelquefois assister le lecteur à des scènes historiques dont le souvenir se grave évidemment beaucoup mieux dans la mémoire.

L'ouvrage de M. Louis Figuier, fait sur un plan entièrement original et neuf, est, on peut le dire, un véritable service rendu au public lettré, dont il complète l'éducation, et au monde savant, qu'il distrait par une lecture attachante. Ces deux volumes feront attendre avec grande impatience un troisième, qui ne sera pas moins intéressant et qui sera tout entier consacré à l'histoire de la vapeur.

Dictionnaire universel d'histoire et de géographie, contenant l'histoire, la biographie universelle, la mythologie, la géographie ancienne et moderne, par M. Bouillet. (9ᵉ édition.)

Ce second ouvrage se rattache moins que le premier à la spécialité de nos études, et cependant nous ne croyons pas que son analyse soit tout à fait déplacée dans un journal qui s'adresse exclusivement à des lecteurs dont la vie tout entière n'est qu'une étude continuelle. Réunir dans un seul volume, sous une forme commode à consulter, dans l'ordre le plus favorable, l'ordre alphabétique, l'ensemble des matériaux qui constituent l'histoire, la biographie universelle, la géographie ancienne et moderne, la mythologie, n'est-ce pas rendre à tous un service qui sera dignement apprécié des médecins, auxquels de nombreuses occupations ne permettent pas souvent les recherches nécessaires pour élucider un point douteux, secourir la mémoire un instant en défaut?

La réputation du Dictionnaire de M. Bouillet n'est plus à faire. Depuis plus de dix ans qu'a paru la première édition de cette œuvre immense, il n'est pas un seul homme instruit qui n'ait éprouvé cent fois le besoin ou le désir de lui demander un renseignement. « Notre Dictionnaire, disait l'auteur en 1842, offrira une réponse succincte aux diverses questions que l'on peut s'adresser sur les personnages historiques ou fabuleux, sur les lieux, les événements, les institutions, les cultes, les sectes qui ont attiré l'attention des hommes à quelque titre que ce soit. Réunissant une foule de notions utiles qui sont disséminées dans des collections volumineuses ou dans des ouvrages dispendieux, il mettra à la portée de tous ce qui fût autrement resté le partage d'un petit nombre; résumant tous les dictionnaires d'histoire, de mythologie, de biographie, de géographie ancienne et moderne, il pourra remplacer à lui seul un grand nombre de livres divers, dont la multiplicité devient bientôt un embarras.... Dans l'histoire et la biographie, nous avons donné placc à tous les événements qui ont laissé quelque trace dans la mémoire des hommes ou amené des résultats de quelque importance, à tous les personnages dont le nom rappelle quelque grande action, quelque découverte, quelque production remarquable. Nous avons donné une attention toute particulière aux articles consacrés aux gens de lettres, aux savants, aux philosophes, qui occupent généralement bien peu de place dans les traités d'histoire générale et qui souvent sont fort négligés ou tout à fait omis dans les dictionnaires abrégés..... »

On sait comment M. Bouillet s'est acquitté de la tâche qu'il avait entreprise et quel succès a eu tout d'abord son Dictionnaire, que de nombreuses additions et des suppléments incessants ont mis au nombre des livres les plus complets et les plus indispensables.

Dʳ A. F.

— M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchements le lundi 1ᵉʳ mars 1852, à midi, rue des Poitevins, 4, près l'Ecole de médecine.

MM. les élèves seront exercés au diagnostic de la grossesse (toucher et auscultation) et à la pratique de toutes les opérations obstétricales.

— *Erratum.* — En annonçant la distribution des thèses du concours ouvert devant la Faculté de Montpellier, on a dit par erreur concours de clinique chirurgicale, *au lieu de* clinique médicale.

fonctions, et de ne négliger aucun phénomène, même parmi ceux qui paraissent accessoires et sans signification.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'anatomie pathologique sera de notre part l'objet d'un soin particulier.

Quant au diagnostic, nous essaierons de démontrer de quelle utilité il est de comparer les symptômes d'une maladie avec ceux des maladies voisines, en les prenant d'abord isolément, puis en les envisageant dans leur succession.

La thérapeutique nous offrira plusieurs points à considérer. Dans cette matière, le praticien doit s'enquérir, en premier lieu, de l'action des divers traitements institués dans les faits antérieurement observés, et rechercher ensuite celle de la médication à laquelle il a eu recours dans le cas particulier, à l'effet de savoir s'il est opportun de continuer cette médication, de la modifier ou même de la rejeter; enfin, il doit tenir compte des données qui découlent du fait particulier. Dans certaines circonstances, il devient nécessaire de créer le traitement en quelque sorte de toutes pièces; mais, alors, il faut bien se garder de croire à l'avance que l'on pourra compter sur l'efficacité de tel ou tel médicament. Si un agent thérapeutique paraît réussir, on ne regardera son influence favorable comme définitivement démontrée que lorsqu'elle aura été soumise à l'épreuve d'un grand nombre d'expériences.

A.-H. MARGERIE.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hernie inguinale droite étranglée. — Opération. — Entéro-épiplocèle. — Adhérence épiploïque au fond du sac. — Section du pédicule épiploïque. — Ligature immédiate et deux jours après ablation de l'épiploon à l'anneau inguinal externe. — Guérison au bout de trois semaines.

Par M. le docteur Ed. LOBGEOIS, médecin à La Fère.

Le 22 juin dernier, M. le docteur Lefebvre, de La Fère, et moi nous sommes appelés à Liez (Aisne) par M. Grégoire, officier de santé à Frières-Faillouël, pour pratiquer une opération de hernie étranglée.

Voici ce que nous racontent, en présence du malade, M. Grégoire et M. le docteur Romanne, de Paris, qui a bien voulu nous assister dans l'opération si grave qui fait l'objet de cette observation.

Le nommé Herpin (Firmin), domestique de profession, est âgé de cinquante-cinq ans; à l'âge de neuf ans, en soulevant un fardeau, le malade sentit se développer dans l'aîne du côté droit une tumeur, qui alla depuis en croissant et constitue la hernie inguinale droite externe que nous avons sous les yeux. Le malade, par l'une de ces négligences que l'on ne comprend guère, resta de longues années sans autrement songer ni remédier à son mal, et cependant sa profession de domestique l'oblige journellement à des efforts peu propres à laisser sa tumeur dans le *statu quo*. Aussi la hernie qui nous occupe acquit-elle un développement considérable que nous essaierons bientôt de préciser au point de vue du volume et du poids. Depuis six ans seulement Herpin porte un bandage; malgré le brayer, la hernie sortait de temps en temps et sans autre accident la tumeur rentrait assez facilement; toutefois, et sur ma question, le malade raconte que depuis cinq ans tout ne rentrait pas et que la partie qui rentrait faisait du bruit. Il y a à peu près deux ans, l'intervention de M. Grégoire fut nécessaire; le taxis fut pratiqué et le fut avec succès.

C'est dans cet état de choses que le lundi 16 juin, vers trois heures après midi, Herpin sent en se promenant que sa hernie sort malgré son bandage. Nous avons reconnu, en effet, que ce bandage était insuffisant, à raison tout à la fois de son long usage et du volume considérable de la hernie; le mardi 17, le taxis est pratiqué par M. Grégoire, et dès ce jour le malade commence à vomir des matières glaireuses et alimentaires.

Le 18, mêmes manœuvres opératoires, mêmes accidents du côté de l'estomac; seulement ces vomissements ont changé de nature : ils sont bilieux.

Le jeudi 19, taxis également et vomissements de matières stercorales; application de sangsues sur la tumeur.

Les deux jours suivants, le régime antiphlogistique est continué, les bains sont mis en usage et tout cela sans succès.

Le dimanche 22, M. Lefebvre et moi nous trouvons le malade dans l'état suivant :

L'état général est assez satisfaisant; toutefois la face est légèrement grippée, et le pouls, sans être fébrile, est plein et dur; dans le scrotum, on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, à petite extrémité tournée en bas et se rapprochant un peu de la forme cylindrique; cette tumeur, d'un poids considérable, est de couleur rouge-foncé; elle est dure et douloureuse au toucher; on y remarque des traces de piqûres de sangsues. Après les tentatives de réduction qui ont été employées, nous jugeons tout au moins inutiles de nouveaux essais de taxis; en conséquence, nous reconnaissons unanimement que l'opération est la seule ressource qui reste. Le malade, déjà prévenu la veille par M. Grégoire, apprend notre détermination sans s'émouvoir.

Disposition du malade, des instruments et des aides. — Le malade, dans le décubitus dorsal, est couché sur un lit ordinaire garni d'alèzes, la tête peu élevée, les membres inférieurs légèrement fléchis. La tumeur et ses environs ont été rasés quelques jours avant. Sur une table sont disposés un bistouri convexe, deux bistouris boutonnés, l'un droit et l'autre courbe, des ciseaux droits et courbes, une sonde cannelée, une pince à torsion, des fils cirés et ce qui est indispensable pour le pansement de toute plaie. Ces dispositions prises, je me place à droite du malade et debout; M. le docteur Romanne est placé sur le lit vis-à-vis de moi : il doit éponger la plaie; M. Grégoire, à ma droite, doit me donner les instruments; M. le docteur Lefebvre est chargé de promener sous le nez du malade une compresse imbibée de chloroforme.

Opération. — Le malade à peine endormi, je pratique, dans le sens du grand diamètre de la tumeur, une incision qui commence à la hauteur de l'anneau externe du canal inguinal, et qui s'étend dans toute la longueur du scrotum, moins 2 à 3 centimètres. Cette première incision, faite avec beaucoup de mesure, comprend seulement la peau. Immédiatement, et avec infiniment de précaution, je passe aux couches sous-jacentes; il n'est pas possible d'y reconnaître les enveloppes normales que l'on trouve dans une hernie de date récente. Ces couches apparaissent sous la forme d'un tissu cellulaire épais et serré; je les traverse lentement; je consulte souvent mes collègues sur la nature des tissus à inciser; j'emploie ainsi dans cette partie de l'opération un temps assez considérable. L'ouverture d'une artère de petit calibre nécessite l'application de la pince à torsion. Arrivé sur le sac, qu'il n'est point trop difficile de reconnaître, vu l'ancienneté de la hernie, j'en fais la ponction sur une partie élevée et un peu fluctuante, comme pour la ligature d'une artère, aussitôt il s'échappe du sac de la sérosité limpide et de couleur rougeâtre, que nous évaluons à 40 grammes. Cette ouverture est agrandie avec les plus grandes précautions, de manière à permettre le passage de l'index. Dès lors la main droite, armée d'un bistouri boutonné à lame étroite, le doigt indicateur gauche placé dans le sac en guise de sonde, et dans la direction du fond, j'incise largement la partie inférieure du sac, de manière à en apercevoir le fond. Cette incision met à découvert la partie terminale de l'épiploon hernié; on la voit s'implanter largement au fond du sac par un pédicule de la grosseur du petit doigt. L'intestin n'apparaît pas encore. Je fais une nouvelle incision du sac de la même manière, avec plus de circonspection, et de bas en haut : c'est alors que l'on voit toute la masse épiploïque herniée.

Afin de découvrir la face postérieure du sac et l'anse intestinale qui peut exister, je pose une double ligature au point d'implantation de l'épiploon au fond du sac, puis j'incise entre ces deux ligatures. L'épiploon soulevé laisse apercevoir en haut et en arrière une anse d'intestin grêle figurant un fer à cheval à concavité regardant l'abdomen, et d'une longueur totale d'environ 12 centimètres. L'intestin étant altéré légèrement, nous constatons dans le bout supérieur une faible injection. Il renferme du gaz et rien autre chose, tandis que le bout inférieur présente, notamment à la hauteur de l'anneau inguinal externe, une coloration rouge-foncé; tenu entre les doigts, il paraît charnu, et conséquemment à peine perméable.

Cet état de l'intestin bien constaté par chacun de nous nous inspire des craintes d'autant plus sérieuses, que le gaz renfermé dans le bout supérieur paraît ne pouvoir franchir le bout inférieur. Quoi qu'il en soit, l'opération est continuée de la façon suivante : L'incision de la peau est prolongée de bas en haut dans l'étendue d'un centimètre et demi environ, de manière à découvrir dans une petite étendue la face supérieure et antérieure du canal inguinal. Cette partie de l'opération est exécutée aussi vite et aussi sûrement que possible, mon doigt indicateur gauche ayant été introduit préalablement dans la portion correspondante du canal inguinal. Arrivé à l'anneau externe, je l'embrasse entre le pouce et l'index pour reconnaître s'il n'existe point de vaisseau, et aussitôt je débride sur mon index gauche comme sur une sonde en haut et en dehors, dans l'étendue de quelques lignes, puis après quelques tentatives de réduction l'intestin est assez facilement réintégré. Reste la masse épiploïque au pédicule coupé; j'essaie de la réduire, je n'y parviens pas; je renonce à une seconde tentative, et je propose aux médecins qui m'assistent de lier à sa racine cette masse d'épiploon d'un volume approchant celui du poing, pour l'ablation en être faite le jour suivant à l'aide d'un bistouri. Deux raisons me déterminent à prendre ce parti : 1° j'annonce, comme cela s'est vu, qu'il y a lieu d'espérer la clôture définitive de l'ouverture herniaire à l'aide de la racine épiploïque non réduite; 2° et cette considération a été la plus importante, en ne rentrant pas l'épiploon dans l'abdomen. Nous n'avions pas à redouter la suppuration ou l'hémorrhagie qui pouvait se faire dans la cavité péritonéale par le pédicule épiploïque incisé, comme il a été dit ci-dessus. Ma proposition acceptée, je passe une ligature fortement serrée à la base de l'épiploon, près de l'anneau. J'ai oublié, et il était, je crois, inutile de dire que l'opéré n'a point été soumis à l'inspiration du chloroforme pendant toute la durée de l'opération, qui a été d'une heure environ.

Pansement. — J'enveloppe l'épiploon avec la ligature dans un linge troué et cératé, et je le place ainsi dans le pli de l'aine en l'enveloppant d'une compresse. La plaie scrotale est pansée comme toute plaie de cette nature, avec du linge troué enduit de cérat, de la charpie et des compresses; enfin tout ce pansement est recouvert d'un bandage en forme de spica légèrement serré.

Régime et soins postérieurs à l'opération. — Sitôt le pansement terminé, nous convenons du régime suivant : lavement avec du lait tiède dans une heure; diète; limonade miellée. Pansement de la plaie trois fois par jour.

Le lendemain, 23 juin, on apprend que le malade a été à la selle. La plaie exhale une odeur de gangrène prononcée. Le pouls ne bat point; la fièvre, les vomissements n'ont pas reparu. Le pansement est renouvelé trois fois. Comme désinfectant on emploie l'eau de Javel.

Le 24, la masse épiploïque est coupée au-dessous de la ligature par M. le docteur Romanne. Une artère du volume d'une plume de corbeau donne un jet de sang considérable; une ligature est opposée, et l'hémorrhagie n'a point de suites. — Cataplasme de farine de graines de lin, et même régime que les jours précédents avec lavement le soir.

Le 25, le lendemain de l'ablation de l'épiploon, le malade a une soif intense; le ventre présente du météorisme; le pouls est faible et déprimé; la plaie a un mauvais aspect. — Vingt-deux sangsues sur le ventre. Cataplasme de farine de graines de lin. Même régime et même pansement que les jours précédents.

Le 26, l'état de la veille est amélioré; la diète, le lavement, l'eau de groseilles sont continués. Ce régime est observé pendant douze jours, délai après lequel on commence à alimenter le malade; la plaie se cicatrice de plus en plus, et l'état général ne cessant de s'améliorer, la nourriture est augmentée progressivement. Au bout de quinze jours le malade se lève, et trois semaines se sont à peine écoulées depuis le 22 juin, que l'opéré est rendu à ses travaux. Trois mois après je voulus connaître l'état de la cicatrice et savoir si la hernie s'était reproduite. Je trouvai une ligne cicatricielle rouge, sinueuse, d'une étendue de 3 centimètres, et dans la direction de l'incision primitive. La hernie paraissait définitivement guérie. Quelque temps après je fus consulté par le malade. J'appris alors que, sous l'influence de ses rudes travaux de tous les jours, sa hernie avait reparu aussi volumineuse, et peut-être plus que par le passé. Je conseillai l'usage continu d'un bandage à large pelote.

REMARQUES. — Nous dirons deux mots d'abord sur les causes d'étranglement de la hernie dont nous venons de rapporter l'histoire.

Le bout supérieur de l'intestin hernié renfermait du gaz et rien de plus; le bout inférieur, fortement pressé par l'épiploon à la hauteur de l'anneau inguinal externe, présente une couleur rouge-foncé avec un épaississement notable de ses parois; mais la nature de la constriction épiploïque qu'il subit parvient tout au plus à l'enflammer légèrement. C'est ainsi que l'on explique des vomissements stercoraux pendant trois jours, sans trace aucune de gangrène. En résumé donc : 1° accumulation de gaz dans l'intestin grêle hernié; 2° compression du bout inférieur de l'intestin par l'épiploon; 3° stase veineuse; 4° arrêt complet dans la circulation des matières intestinales, engouement; 5° inflammation légère d'une portion de l'intestin hernié, étranglement.

Causes de guérison dans une opération de cette gravité. — En première ligne, je place la bonne constitution du sujet, résultant d'un long séjour à la campagne et d'une profession manuelle exercée en plein air; ces deux conditions ont donné aux tissus de l'économie un suffisant degré de résistance à toute sorte d'agent morbide, inflammatoire, putride ou autres. En second lieu, je place le mode opératoire, dans lequel je remarque : 1° l'ablation de l'épiploon préalablement lié; 2° le mode de débridement, qui a présenté toutes sortes de garanties, puisque l'anneau inguinal externe a été complètement mis à nu de dehors en dedans, puis parfaitement examiné au point de vue de ses parties constitutives. En troisième lieu, je place les soins donnés au malade depuis l'opération par MM. Grégoire et Romanne. Ces médecins, au mérite desquels je rendrai hommage, se sont empressés de rétablir le cours des matières intestinales à l'aide de lavements appropriés; ils ont combattu avec succès la péritonite partielle qui s'est développée sous l'influence de l'inflammation de l'anse intestinale herniée. Nous terminerons en disant que cette inflammation de l'intestin reconnaissait elle-même pour causes les suivantes : 1° la pression subie par l'intestin à la hauteur de l'anneau inguinal externe; 2° l'examen fait de cet intestin au cours de l'opération; 3° l'air extérieur qui a agi sur les viscères herniés du moment où le sac a été ouvert; 4° les manœuvres de réduction; 5° enfin, l'ablation de l'épiploon.

NANCY.

Par M. BALLY, membre de l'Académie de médecine.

(Fin. — *Voir* le n° du 9 décembre 1851, et 26 février 1852.)

Un remarquable mémoire sur la fièvre typhoïde a été lu par le professeur Bertini, de Turin, l'un des plus fidèles adhérents aux congrès de France. Il répondait à l'une des questions du programme, sur la meilleure méthode de traiter cette maladie. Après avoir exposé les diverses opinions des praticiens d'Italie et d'Allemagne, anciens et modernes, il accepte les doctrines du docteur Maffoni, qui place l'essence de la maladie dans les centres nerveux, ainsi que dans le trouble ou la viciation de la crase du sang. Plusieurs membres prirent part à la discussion. Je crus devoir répéter que ce qu'on appelle fièvre typhoïde n'était pas une entité, une unité; que ce mot générique renfermait bien des espèces. L'une d'elles consistait, en effet, comme le pensait M. Maffoni, dans l'altération des fluides sanguins. J'ai vu et j'ai montré nombre de fois le sang extrait par une saignée avoir une teinte noire, se conservant dissous, ne se couvrant point de couenne; et croit-on que les fièvres qui s'accompagnent de papules ou taches lenticulaires, ou ponctiformes rougeâtres, puissent être jugées semblables à celles qui se présentent sous l'aspect de véritables pétéchies ou hémorrhagies sous-épidermiques?

Tout cela prouve que le langage a besoin d'une réforme, et que c'est bien à tort que l'on blâme ceux qui consacrent leur temps et leurs veilles à cet aride travail.

Pinel avait admis un embarras gastrique, dont on ne parle plus. Cependant cette dénomination a quelque chose de vrai, de positif. Rien n'est plus réel que cette forme. Nous avons eu à l'Hôtel-Dieu, dans une des années précédentes, une petite épidémie subordonnée à cet état muqueux, vrai infarctus des premières voies, si commun, si bien prononcé, qu'à l'arrivée des malades on administrait sur-le-champ un vomitif. Quatre ou six jours après, les émétisés sortaient guéris.

Appelez donc cela une fièvre typhoïde!

M. Tisserand, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, ajouta que la plupart des médecins vétérinaires placent l'essence de la fièvre typhoïde chez les animaux dans une altération du sang, compliquée de phénomènes nerveux.

M. le professeur E. Simonin, chirurgien en chef de l'hôpital civil, a été honoré par l'Académie nationale de médecine d'une médaille d'or, en témoignage de son zèle pour la propagation de la vaccine.

Il s'est fructueusement occupé de l'action des anesthésisants, et notamment du chloroforme, dont un volume a été soumis à l'Académie des sciences pour le prix Montyon.

Deux faits importants doivent être signalés; celui de l'action du chloroforme introduit par l'anus, et qui est tout à fait identique avec celle de l'inhalation, bien qu'un peu plus tardive.

Il a découvert la loi de progression ou de succession dans l'abolition de la sensibilité. L'anesthésie commence par la périphérie du corps, d'abord par les pieds, et en dernier lieu elle arrive au front. Vingt-neuf fois cette loi de succession des pieds à la tête a été observée.

M. E. Simonin nous a communiqué un fait curieux de transmission de la morve du cheval à l'homme. Un valet d'écurie, âgé de vingt-trois ans, avait dormi dans la crèche d'un cheval morveux, et bientôt les symptômes mortels de la maladie se déclarèrent. Il y eut surtout d'abondantes pustules à la face, dont le dessin nous fut présenté.

Redisons que la ville de Nancy compte un grand nombre de notabilités en tout genre; que d'autres travaux importants furent présentés à la section des sciences médicales. Je regrette que les bornes d'un journal ne me permettent pas de les analyser; mais ils sont consignés dans les deux volumes que le Congrès publie annuellement.

Choladrée lymphatique, ou hydrhémocholadrée.

Avant de tracer l'histoire abrégée de la maladie asiatique qui a régné à Nancy, je voudrais m'expliquer de nouveau sur les motifs qui me portent à lui donner diverses appellations; car il est incontestable que le vieux mot a été l'écueil devant lequel la thérapeutique s'est arrêtée. On a ouvert les œuvres de Sydenham, et l'on s'est cru fort savant en adoptant ses procédés, en copiant ses expressions, sans se douter que cet homme illustre n'avait en vue que le choléra indigène.

Chacun est d'accord sur un point principal, savoir: que la maladie indienne consiste dans l'empoisonnement du sang; d'où dérive une séparation nette et tranchée, entre le cruor ou caillot, et sa partie aqueuse ou lympbe; c'est de là que j'ai fait dériver choladrée lymphatique.

Cette combinaison de divers radicaux, nette pour moi, peut laisser du doute dans l'esprit de beaucoup d'autres. Elle est hybride et permet de croire qu'il est question des vaisseaux lymphatiques. Cette erreur m'a été prêtée par un honorable médecin de Marseille. Au reste, ce qui est fluide dans les vaisseaux des deux ordres d'appareils s'échappe simultanément; ce qui ne dépend pas d'une évacuation directe de la lympbe, mais de l'épuisement des vaisseaux sanguins, dont la partie aqueuse et blanche se précipite par une force qui nous est inconnue vers le tube digestif.

Si le corps perd sa calorification, c'est par suite du phénomène pathologique qui prive le sang de ce que j'ai appelé la lymphe oxydable. Aussi ne parvenez-vous point à réchauffer les malades, qui n'ont pas froid par la peau; vous les étouffez avec vos couvertures; vous les brûlez avec vos appareils, et ils restent glacés.

Pour parvenir à composer un mot non hybride et renfermant le même sens, il a fallu faire *hydrocholadrée*, et, mieux encore, *hydrhémocholadrée*, qui signifie bien écoulement de l'eau du sang par les intestins, à moins qu'Homère, qui parlait si bien le langage dss dieux, ne sût pas le grec.

Πᾶσαι κύντο χαμαὶ χολάδες,

Humi omnia effusa sunt intestina,

se trouve dans deux passages: ILIAD. IV, v. 325;
ILIAD. XXI, v. 180.

La maladie asiatique a exercé peu de ravages à Nancy, dont le sol est *jurassique*, et à Clermont-Ferrand, où il est formé de *wakite*. Nous faisons toujours ressortir les natures différentes des terrains pour résoudre par les faits les plus nombreux le problème posé sur la garantie que le granite semble offrir à quelques personnes. Quant à l'élévation, la ville est à 201 m. 46 au-dessus du niveau de l'Océan.

En 1832, dit M. Simonin père, l'épidémie commença le 12 mai et finit le 22 octobre.

En 1849, elle débuta du 26 au 28 mai, sous l'influence des vents d'est et de nord-est, comme à Paris en 1832. Elle se termina le 6 décembre à la ville, et à la fin du même mois dans le département.

Cette coïncidence d'invasion au printemps est remarquable, surtout lorsqu'on la compare à celle de Lille, qui eut lieu au mois de décembre 1848.

Il est vrai que l'introduction avait eu lieu tardivement par l'Angleterre à Dunkerque, et que le patron qui mourut le premier à Lille, dans sa barque stationnée sur le canal du faubourg de La Barre, n'était arrivé que dans ce mois de Dunkerque.

Sur une population officielle de 42,765 individus, on ne compta que 365 malades: 161 mâles et 195 du sexe féminin. 206 succombèrent: 88 mâles, 118 femelles. Ainsi, le sexe féminin a été plus maltraité. C'est presque partout de même.

On n'a rien de bien positif sur la propriété de transmission; ce que l'on sait de mieux, c'est qu'il commença à Nancy avant d'atteindre aucune localité du département, où il se répandit dans 45 communes.

M. Simonin accuse, dans la ville, 63 points frappés par l'épidémie; et, dans les classes, il cite 50 journaliers, 8 domestiques, 8 brodeuses, 8 cordonniers, 6 blanchisseuses, 4 écrivains, 4 maçons, 4 menuisiers, 5 serruriers, 4 tisserands, 6 vignerons, 4 revendeuses. Peu de personnes favorisées par la fortune ont eu à souffrir.

Dans les deux époques, c'est à l'âge de 40 à 50 ans que la maladie s'est plus spécialement adressée, et après 60 ans que la mortalité a le plus moissonné.

Pour savoir si la position et la direction des rues avait exercé quelque influence sur l'invasion, j'ai parcouru, la boussole à la main, la plupart de celles qui avaient été le plus affligées.

La rue de l'Equitation, sur un des points les plus élevés, dirigée du nord au sud, est fort large, occupée en partie par l'hospice civil d'un côté, et une caserne de l'autre. Là est une auberge, dite du Petit-Savoyard, où un individu, arrivant d'un pays infecté, mourut. Sa mort entraîna successivement celle de onze autres personnes.

Lorsque, sans idée préconçue, on rassemblera les faits de cette nature, et ils sont bien nombreux, il sera facile de se convaincre qu'à l'instant du décès, ou pendant les dernières heures de la vie, il se fait une émanation, soit multiple, soit plus énergique, de miasmes infectieux; et que là est une des preuves parlantes de la faculté transmissible de la maladie asiatique.

La rue Paille-Maille a eu 14 décès; ce qui est peu, en raison de son étendue et de sa position au pied de la colline. C'est là qu'aboutissent des ruisseaux qui viennent se rendre dans un égout. La mortalité, cependant, y a été proportionnellement moindre que dans la rue Notre-Dame, 38, et celle des Artisans, 29, plus sainement situées. Ajoutons que la rue des Artisans, mal famée, mal habitée, a aussi des eaux stagnantes, et même une mauvaise ruelle où l'air circule fort mal. La direction de ces trois rues est du nord au sud, ainsi que la grande et magnifique rue Stanislas, qui n'a eu que 6 décès. Nous saisirons cette occasion pour dire que le fléau a atteint peu de personnes favorisées par la fortune, ce que nous attribuons aux progrès dans l'observation des lois de l'hygiène et dans l'assainissement des habitations.

On constata 20 décès dans la rue Jeannot, direction du nord au au sud, fort mal habitée, et qui ne compte qu'un petit nombre de maisons. Mais là se trouve l'hospice des Orphelins, au nombre de 100; la maladie n'y pénétra pas plus que dans les casernes.

Le personnel de la Chartreuse, composé de 40 religieux, n'a subi aucune atteinte, bien que le couvent fût à peine à 3 ou 4 kilomètres de Saussure, commune où la mortalité a été considérable.

De semblables faits, qui excluent une cause générale, se sont présentés partout, parce que les établissements publics sont moins en rapport avec les malades ou avec les foyers d'infection. Il est rare, en effet, que dans un domicile il y ait une mort qui ne soit pas suivie d'une ou de plusieurs invasions. Ainsi, dans la rue de la Vannerie, se dirigeant à angle droit sur la rue Stanislas, de l'est à l'ouest par conséquent, une domestique arrive de Lanfroicourt, meurt, et sa garde prend la maladie. Autre exemple: Dans la maison n° 18 du faubourg Saint-Pierre, également de l'est à l'ouest, huit personnes meurent: quatre de la même famille; deux d'une autre, et deux étrangères.

D'autre part, la malpropreté, la misère, le vagahoudage ne suffisent pas pour faire naître la maladie. Le docteur Morel cite, d'après le docteur Taillard, des crétins qui en 1832 coucbaient dans les champs; et là, soumis aux intempéries, ils acquirent une immunité complète.

C'est ici l'occasion de répéter que l'on sauverait plus de malades et d'assistants s'ils étaient traités sur des points culminants, dans des baraques ouvertes de toutes parts, ce qui serait cent fois préférable à vos calorifères.

L'épidémie de 1849 a été de nature à ébranler les convictions contraires à la contagion, dit le docteur Schacken, celui des médecins de Nancy qui a vu le plus de ces sortes de malades; et M. Simonin explique l'étiologie en disant que c'est une maladie épidémique dans la majorité des cas, mais que, dans quelques circonstances, elle peut se transmettre par contagion.

Mon ami Therrin, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne, a eu l'obligeance de me communiquer, à Nancy, la note suivante: La choladrée lymphatique se manifesta dans cet établissement le 5 juin 1832, à l'arrivée d'un canonnier du 7e régiment d'artillerie, qui sortait de la garnison de Strasbourg où régnait l'épidémie. Bientôt la contagion se propagea, et 110 militaires, officiers et soldats, furent atteints. Ce ne fut que vers la fin de l'épidémie à l'hôpital militaire que la contagion se répandit en ville, après que le portier eut été victime.

On a pu considérer ce cas particulier comme point de départ de l'infection qui pénétra dans la cité, où une centaine d'habitants furent atteints plus ou moins gravement, et dont 28 moururent.

En 1849, cette population de 5,000 âmes n'éprouva rien.

Hôpital militaire de Nancy. — Un homme distingué, le docteur Chatelain, qui dirige cet établissement, raconte qu'en 1832 il n'y eut que trois décès, dont deux parmi des malades précédemment entrés pour d'autres affections. L'épidémie de 1849 atteignit l'hôpital le 5 septembre, et se termina le 21 octobre. 175 militaires en subirent plus ou moins l'influence, et parmi eux il y en eut 38 atteints de cholérines qui ne firent succomber personne. Dans la salle spéciale destinée aux hydrhémocholadriques, 23 succombèrent.

Thérapeutique. — Le docteur Lerveillé (l'orthographe du nom m'échappe), en mission à Jarville, y a employé avec succès le peroxyde de manganèse à la dose de 30 à 100 grammes dans un litre de véhicule. Dans l'intérêt de la vérité, il ajoute avec loyauté que de retour à Nancy il ne fut pas plus heureux que ses confrères avec ce médicament.

Il n'admet les saignées que comme moyens préservatifs.

Il cherche ensuite à obtenir une réaction paisible. Il dit que les stimulants employés à l'extérieur produisent peu d'effets, et que le chloroforme-topique ne vaut pas mieux. Enfin il donne la glace contre les vomissements, et l'eau fraîche à discrétion contre la soif.

Il pense que la suette et les fièvres intermittentes pourraient bien être en opposition avec la maladie asiatique, et qu'il y a antagonisme.

Voici les médicaments que les pharmaciens fournirent le plus durant l'épidémie: Laudanum liquide, opium, éther, chloroforme, thé, menthe, camomille, diascordium, cachou, extrait de quinquina, quinine, ratahnia.

C'est comme partout, c'est-à-dire que nous ne savons pas grand'chose sur les vrais moyens.

L'inhalation des gaz seule nous conduira un jour à la découverte du spécifique qui doit détruire le poison dont le sang est infecté.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — Nous avons reçu aujourd'hui même, relativement à ce concours, une lettre signée de plusieurs médecins et d'un grand nombre d'élèves. Nous prions les honorables et généreux auteurs de cette lettre de vouloir bien en attendre la publication jusqu'à mardi prochain. Quelques moments de réflexions nous sont nécessaires pour répondre dignement à la haute marque de confiance qu'ils nous donnent dans cette occasion.

— On écrit de Vienne:

L'épizootie développée en Moldavie se propage de plus en plus, et a maintenant envahi ce pays presque en entier.

— On lit dans les journaux de Madrid:

La reine a adressé au président du conseil des ministres la lettre autographe qui suit:

« Brave Murillo, prosternée devant la divine Providence pour la
» remercier de sa protection signalée et de ses faveurs infinies,
» mon cœur s'est ému aux démonstrations d'amour et de dévoue-
» ment que je reçois à chaque instant de mes sujets. Toutefois, ces
» démonstrations pourraient être concentrées dans un objet qui
» symbolisera d'une manière permanente le caractère religieux et
» bienfaisant des Espagnols. A cette fin, je désire que le gouverne-
» ment prenne l'initiative pour ouvrir une souscription volontaire,
» dont le produit sera destiné à construire un ou plusieurs hôpi-
» taux, en commémoration de la naissance de ma bien-aimée fille
» et de ma réapparition devant mon peuple, après les bontés que
» Dieu m'a octroyées dans ces derniers jours.

» ISABELLE.

» Au palais, le 11 février 1852. »

D'après les termes d'un décret qui a suivi cette lettre, cet hôpital sera nommé *hôpital de la Princesse*. Le chiffre le plus élevé de la souscription nationale ne dépassera pas 100 réaux de veillons (25 fr.).

Si les souscriptions volontaires ne fournissaient pas une somme suffisante pour la construction de l'hôpital de la Princesse, la reine compléterait le capital nécessaire pour cet objet. Dans le cas où le chiffre de la souscription serait supérieur aux frais de construction, ou destinerait l'excédant à la construction de trois autres hôpitaux dans le centre de la capitale.

Électricité médicale.

Longtemps restreinte dans le domaine de la physique, l'électricité est aujourd'hui considérée, par tous les praticiens éclairés et judicieux, comme un moyen certain, efficace pour combattre les paralysies générales ou partielles, les rhumatismes aigus ou chroniques, les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'asthme, l'amaurose, la surdité, etc.

C'est donc pour faciliter l'emploi de ce puissant agent physiologique, et pour rendre ses applications plus nombreuses dans la pratique, que divers moyens ont été tentés, que diverses machines ont été tour à tour proposées par des praticiens habiles et expérimentés; mais de tous les appareils qui ont été imaginés dans ce but, soit en France, soit à l'étranger, le plus simple à la fois, le plus doux et le plus énergique, est le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton frères, dont l'usage est depuis longtemps adopté pour le service des hôpitaux. Profondément pénétrés de cette vérité, que de la perfection des machines dépend toujours le succès de l'électricité en médecine, ces habiles mécaniciens n'ont rien négligé pour faire subir à cet appareil tous les perfectionnements que le temps et l'expérience devaient leur suggérer. C'est ainsi que par une disposition toute nouvelle et à l'aide d'un procédé fort ingénieux, on peut aujourd'hui régler avec certitude l'action de l'électricité, et déterminer les secousses les plus intenses ou les rendre presque insensibles.

La pile qui, seule jusqu'à ce jour, offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'appareil, vient d'être supprimée dans le nouveau.

De tels avantages, joints à l'excessive modicité de son prix, expliquent la préférence que lui accordent sur toutes les machines connues les médecins les plus distingués de Paris.

Nous ne saurions donc trop le recommander à nos confrères pour le traitement de ces affections si nombreuses et si variées qui nécessitent l'emploi de l'électricité galvanique.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Nouveau cas de mort par le chloroforme. Question médico-légale. Règles à suivre dans l'application de cet agent. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Leçon clinique sur un cancer de la paupière supérieure. — Tumeur cancéreuse implantée dans le petit bassin, prise, pendant la vie de la malade, pour une grossesse anormale. — Hernie du péricarde. Ablation de la portion herniée. Guérison rapide. — Société de chirurgie, séance du 17 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er MARS 1852.

Nouveau cas de mort par le chloroforme.

QUESTION MÉDICO-LÉGALE. — RÈGLES A SUIVRE DANS L'APPLICATION DE CET AGENT.

Le nouveau cas de mort par le chloroforme qui vient d'être observé à Strasbourg et d'être l'objet d'un jugement du tribunal de 1re instance de cette ville n'offre, au point de vue de l'histoire de l'empoisonnement chloroformique, rien qui ne nous ait déjà été appris par les empoisonnements antérieurs. Sous le rapport médico-légal, ce fait a été l'occasion d'une décision qui mérite de nous occuper quelques instants. Mais ce qui doit nous occuper plus encore, c'est la nouvelle déclaration touchant l'innocuité du chloroforme, dont ce fait a été l'occasion pour le savant professeur Sédillot.

Faisons d'abord connaître le fait, tel qu'il se trouve exposé dans un rapport remarquable rédigé par MM. les professeurs Rigaud, Tourdes et Caillot.

Mme Simon, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, était en général d'une bonne santé; elle souffrait seulement de douleurs dentaires presque habituelles, provenant de la carie de plusieurs dents. Il y a quelques années, on lui avait extrait quatre dents molaires, et cette opération avait été l'occasion d'une vive exaltation morale. Depuis cette époque, Mme Simon se préoccupait sans cesse des conséquences que pouvait entraîner les caries dentaires dont elle était atteinte. Les douleurs se renouvelant, elle redoutait une maladie des os maxillaires; elle pensait qu'une nouvelle extraction de dents était nécessaire pour la garantir de ce danger, et en même temps elle craignait au plus haut point les douleurs de l'opération. Cette double préoccupation fut portée à un tel degré dans ces derniers temps, que sa santé générale en reçut une atteinte notable; elle perdit l'appétit et le sommeil, elle maigrit de manière à donner des inquiétudes à sa famille. Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'extraction des dents gâtées, et elle exigea, comme condition expresse, que l'on fit usage des inhalations de chloroforme.

Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était en proie à l'agitation la plus vive, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. L'opération fut pratiquée par un officier de santé, en présence du mari et d'une servante. La malade fut assise sur une chaise. On allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourut la chambre en proférant des paroles incohérentes. On parvint à la calmer; elle déclara elle-même qu'elle était décidée à l'opération, et elle se plaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir qu'on approche des narines et des lèvres. La malade annonce presque aussitôt qu'elle ressent les effets du chloroforme; on pratique rapidement l'extraction des trois dents. Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et qui se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme : la face devient cadavéreuse; elle est morte, s'écrie-t-il. Elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigue restent inutiles. La quantité de chloroforme employée avait été très faible; on nous a représenté l'ordonnance de l'officier de santé portant 10 grammes de chloroforme, que l'on avait été chercher dans une pharmacie voisine; le vase en renferme encore 6 gr. 75, ce qui réduit à 3 gr. 25 la quantité de chloroforme employée.

Autopsie.—Le 13 juin, à onze heures du matin, soixante-douze heures après la mort, nous avons procédé à l'ouverture du corps de la dame Simon.

Nous avons constaté les faits suivants :

1° Le corps est celui d'une femme assez robuste et bien constituée. La décoloration de la peau est générale, si ce n'est à la partie postérieure du tronc, où les lividités cadavériques sont assez prononcées; la face est pâle, son expression est calme; les yeux sont flasques, les pupilles sont fortement dilatées.

2° La rigidité cadavérique existe encore aux orteils, aux pieds, aux genoux et faiblement aux doigts. La putréfaction commence à peine; le corps n'exhale qu'une faible odeur putride; le ventre est un peu météorisé; il présente aux deux flancs une légère teinte bleuâtre.

3° Beaucoup de dents manquent; celles qui restent sont cariées; trois dents ont été récemment extraites à la mâchoire supérieure : l'incisive médiane gauche, la première molaire gauche, la troisième molaire droite. Les cavités alvéolaires sont largement ouvertes; les deux premières ont leurs parois injectées et rouges, celles de la troisième sont décolorées. L'os maxillaire est un peu tuméfié et carié dans sa lame externe, au niveau de l'alvéole de la troisième molaire droite. Le périoste est épaissi et décollé.

4° La langue est fortement rétractée; sa convexité touche la voûte palatine; sa pointe est éloignée des arcades dentaires, sa base n'est pas injectée. L'épiglotte est abaissée et couvre l'ouverture de la glotte, dont les lèvres sont écartées l'une de l'autre.

5° La muqueuse du larynx a sa coloration normale, celle de la trachée est un peu injectée; les bronches ont une teinte d'un rouge assez vif. On ne trouve d'écume que dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté.

6° Les poumons sont très volumineux; ils présentent à l'extérieur une teinte rosée en avant, rouge vineuse en arrière; deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le tissu pulmonaire est d'un rouge vif, qui devient d'autant plus foncé qu'on se rapproche de la partie postérieure de l'organe; une grande quantité de sang mêlé de peu d'écume s'écoule de la surface des incisions. La partie supérieure des deux poumons offre de nombreuses saillies emphysémateuses formées par la dilatation de plusieurs lobules et par quelques plaques d'emphysème sous-pleural. Le bord antérieur de ces lobes est surtout dilaté par de l'air. Les lobes inférieurs présentent aussi, mais à un moindre degré, des traces d'emphysème. Toutes les parties du poumon, même les plus gorgées de sang, crépitent et surnagent. Un épaississement assez notable, trace d'une altération ancienne, existe au sommet de la plèvre du poumon droit.

7° Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine. Le cœur est flasque et d'un volume médiocre. Les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée, mêlé de quelques caillots fibrineux. Les cavités gauches renferment une quantité beaucoup moindre d'un sang qui a les mêmes caractères physiques. Le sang n'est point spumeux. Les veines caves et les veines jugulaires contiennent beaucoup de sang; on remarque aussi une quantité notable de ce liquide dans l'aorte pectorale et ventrale, dans les iliaques primitives et dans les veines et les artères rénales.

8° L'estomac ne contient qu'une petite quantité de mucosités brunâtres; le tube digestif, légèrement injecté à l'extérieur, n'offre rien de particulier. Le foie a une teinte foncée et renferme beaucoup de sang; il en est de même de la rate, qui est un peu ramollie.

9° L'utérus est volumineux; sa cavité est remplie de sang poisseux. L'ovaire gauche offre deux foyers hémorrhagiques du volume d'une fève; un foyer semblable existe dans l'ovaire droit. Les pavillons des trompes ne reposent pas sur les ovaires.

10° On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau et dans l'artère basilaire; la pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral, très ramolli et d'une consistance huileuse, n'exhale point d'odeur fétide et n'offre qu'une très légère sablure; sa coloration est normale. Les ventricules renferment très peu de sérosité. La protubérance annulaire, le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière, examinées jusqu'au bas de la portion dorsale, n'offrent rien de particulier.

11° Nous avons mis à part et renfermé dans des vases cachetés et scellés, pour être soumis à l'analyse chimique, du sang provenant du cœur et des gros vaisseaux, une partie des poumons, du foie et de la rate.

Analyse chimique. — Nous étant réunis au laboratoire de la Faculté de médecine, nous avons procédé, le 14 juin et jours suivants, à diverses expériences préliminaires et à l'analyse du sang et des viscères extraits du corps de la dame Simon, à l'effet d'y rechercher la présence du chloroforme.

Nous avons mis en usage le procédé suivant :

Un gazomètre communiquait, à l'aide d'un tube de verre, avec une cornue tubulée qui renfermait les matières à examiner; ce tube plongeait au fond de la cornue. De cette cornue partait un tube de verre aboutissant à un tube de porcelaine rempli de fragments de même matière. A ce tube était adapté un tube à trois boules contenant une solution de nitrate d'argent. Un courant d'air de 7 à 8 litres a traversé dans chaque opération les matières à examiner, à l'effet d'entraîner à l'état de vapeur le chloroforme qu'elles pouvaient contenir. Le tube de porcelaine étant chauffé au rouge, le chloroforme se décomposait sous l'influence de la chaleur, et la présence de l'acide hydrochlorique et du chlore libre était annoncée par un précipité qui se formait dans la solution de nitrate d'argent. Le tube de porcelaine a été chauffé au rouge à l'effet de décomposer le chloroforme que le courant d'air aurait pu entraîner, et la solution de nitrate d'argent, se troublant ou restant claire, offrait la réaction qui caractérisait la présence ou l'absence du chloroforme. Des essais comparatifs ont été faits sur du sang ou sur des organes provenant de cadavres humains et d'animaux. Dans chaque opération, pour éviter toute cause d'erreur, l'appareil a d'abord été éprouvé avec du sang et des portions de viscères qui ne renfermaient pas de chloroforme. Nous avons obtenu les résultats suivants :

Première opération. — 50 grammes de sang de bœuf introduits dans l'appareil et traités suivant le procédé indiqué plus haut ne fournissent aucune réaction. Une goutte de chloroforme ajoutée au sang détermine immédiatement un précipité très abondant dans la solution de nitrate argentique.

Deuxième opération. — 30 grammes environ du sang d'un lapin, tué par insufflation d'air dans les poumons, ne fournissent aucune réaction. Une même quantité du sang d'un lapin que l'on avait fait périr par injection de quelques gouttes de chloroforme liquide dans la trachée artère est introduite dans l'appareil. Un précipité abondant se produit presque aussitôt dans la solution de nitrate argentique. Le sang d'un lapin tué par inhalation du chloroforme détermine la même réaction.

Troisième opération. — 50 grammes de sang de bœuf ne produisent aucune réaction; 50 grammes du sang d'un homme amputé de la jambe, après inhalation du chloroforme, introduits dans le même appareil, déterminent d'une manière presque immédiate un précipité abondant.

Quatrième opération. — 50 grammes de sang provenant d'une saignée faite à une personne atteinte de maladie interne ne déterminent aucune réaction. 50 grammes de sang extrait du corps de Mme Simon sont introduits dans le même appareil; la solution de nitrate d'argent se trouble, au bout de quelques instants, d'une manière très manifeste.

Cinquième opération. — 200 grammes environ de poumon provenant du corps d'une femme qui avait succombé à une maladie interne sont coupés en fragments très petits, comprimés avec force, mêlés à de l'eau distillée et introduits dans l'appareil; aucune réaction ne se produit. Une même quantité de poumon, extraite du corps de madame Simon et traitée de la même manière, est introduite dans le même appareil; il se forme d'une manière presque immédiate un précipité très manifeste plus abondant que celui qui provenait du sang.

Sixième opération. — Une portion de rate, provenant du cadavre d'un individu qui avait succombé à une maladie interne, est divisée en petits fragments, comprimée avec force, mêlée à de l'eau distillée et introduite dans l'appareil; il ne se produit aucune réaction. Une même quantité de rate, provenant du corps de madame Simon, est traitée de la même manière et introduite dans le même appareil; elle fournit une réaction manifeste, quoique moins prononcée que celles qui provenaient du sang et du poumon. Cette rate, ouverte pendant l'autopsie, avait séjourné plusieurs jours dans un vase, et le liquide qu'elle contenait s'était écoulé en grande partie.

Septième opération. — Nous avons traité par le même procédé, dans un appareil préalablement essayé, le sang putride provenant du vase où avaient été conservés des fragments de rate, de foie et de reins extraits du corps de la dame Simon. Un précipité très abondant s'est produit d'une manière presque immédiate. Cette dernière opération a été faite dix jours après l'autopsie.

CONCLUSION. — Les faits qui précèdent nous paraissent établir :

Que l'autopsie n'a fait reconnaître aucune cause de mort qui puisse être considérée comme indépendante de l'action du chloroforme;

Que les altérations pathologiques constatées sont analogues à celles que l'on a observées dans plusieurs des cas où la mort a été le résultat de l'action du chloroforme;

Qu'elles sont analogues aux lésions que l'on rencontre chez la plupart des animaux que l'on fait périr par l'action de cette substance;

Que l'analyse chimique a démontré la présence du chloroforme dans le sang, dans les poumons et dans la rate extraits du corps de la dame Simon.

Nous concluons de l'ensemble de ces faits :

1° Que la mort de la dame Simon a été le résultat de l'inhalation du chloroforme;

2° Que les circonstances dans lesquelles cette mort a eu lieu nous paraissent exceptionnelles; mais que, pour déterminer par quelles causes et sous quelles influences l'action du chloroforme a été mortelle, il est nécessaire de connaître les détails du fait tels qu'ils ont été établis par l'instruction et les résultats de l'analyse chimique à laquelle a été soumis le chloroforme dont on a fait usage (1).

L'espoir que les savants professeurs ont émis en terminant, peut-être sans y avoir suffisamment réfléchi, ne s'est pas réalisé. Le chloroforme était pur, et l'instruction n'a révélé aucun fait important qui ne soit consigné dans le rapport précédent, si ce n'est qu'il a été

(1) L'analyse chimique a démontré la pureté du chloroforme, qui ne présentait que des traces à peine appréciables d'huile chlorée.

bien démontré, par le témoignage du mari de la défunte, que le mouchoir imbibé de chloroforme avait été tenu à un centimètre des ouvertures nasales. Voici ce témoignage :

M. Simon. J'étais très calme, j'ai bien observé; le mouchoir me paraît être resté à peu près à un centimètre de la bouche. Le tout n'a pas duré une minute. M. Kobelt a commencé par bien expliquer l'action du chloroforme. Lorsque l'anesthésique commença à agir, ma femme dit : *oh! cela vient;* puis une seconde après : *cela vient plus fort;* puis elle ne dit plus rien. Je l'observai attentivement pendant ce temps, et le caractère que prit tout à coup sa physionomie me donna des appréhensions. J'en fis l'observation à M. Kobelt, qui me tranquillisa et continua à arracher les dents. Après la troisième, pourtant, il partagea ma manière de voir, suspendit l'opération et procéda à différentes manœuvres indiquées par la circonstance. Le tout en vain.

Il est sans doute inutile de dire que l'opinion des trois professeurs de Strasbourg sur la cause de la mort a été unanimement acceptée. Nous ne croyons pas que MM. Gibert et Malgaigne, eux-mêmes, soient tentés d'adopter une opinion différente. Cette question bien résolue, il en reste deux autres fort importantes :

1° Y a-t-il, dans l'administration du chloroforme, des règles à l'aide desquelles on puisse prévenir sûrement la mort;

2° Un médecin est-il coupable pour n'avoir pas observé ces règles.

C'est ce qu'il s'agit d'examiner. Nous le ferons dans un prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Leçon clinique sur un cancer de la paupière supérieure.

Le malade qui doit faire le sujet de cet entretien est placé au n° 32 de la salle Saint-Côme. Il est âgé de cinquante-quatre ans; il cultive la terre, et par conséquent exerce une profession assez pénible et mène une vie assez rude. La nourriture dont il fait habituellement usage est saine et abondante. Il est robuste et vigoureux ; nous pourrions dire qu'il a un tempérament sanguin ou un tempérament athlétique, nous exprimerons beaucoup mieux notre pensée en disant qu'il est doué d'une bonne constitution. Jamais il n'a eu de maladie grave, jamais il n'a été contraint de garder le lit.

Toutes ces circonstances ne présentent aucun intérêt au point de vue de l'affection qu'offre notre malade; il n'en est pas de même de ses antécédents héréditaires ; il appartient, en effet, à un père et à une mère qui paraissent avoir succombé l'un et l'autre à une maladie cancéreuse, et lui-même est atteint d'une dégénérescence cancéreuse à la paupière supérieure droite. Nous aurons plus d'une fois l'occasion de montrer le rôle considérable que joue l'hérédité dans la production des maladies ; le fait qui nous occupe en est déjà un remarquable exemple.

Une autre circonstance qui semble avoir favorisé ici à un haut degré le développement du cancer est la suivante : le malade raconte que dès son enfance, à partir d'une époque qu'il lui est impossible de préciser, il a vu apparaître, trois ou quatre fois par an, à la paupière supérieure droite, une petite tumeur qui s'enflammait, prenait une forme acuminée et donnait issue à une matière purulente. Cette tumeur, qui survenait ordinairement à la suite d'excès, était évidemment un orgeolet.

Elle a été suivie d'une tumeur qui, d'après les affirmations du malade, remonterait à une année seulement; cette dernière a eu son point de départ dans la conjonctive. Tel n'est pas, dans le plus grand nombre des cas, le lieu d'origine des affections cancéreuses des paupières, qui, presque toujours, débutent par le bord libre ou dans l'épaisseur de ces organes.

Dans l'espace d'un temps très court, la nouvelle tumeur a acquis le volume d'un haricot; elle était demeurée stationnaire, lorsqu'au mois de mai dernier un charlatan vint trouver le malade, lui dit qu'il était facile de le guérir et l'engagea à se confier à ses soins. Il lui appliqua un emplâtre, qu'il renouvelait tous les huit jours; au bout de trois mois de traitement, une perte de substance assez large fut produite. Le topique auquel était dû ce résultat ne pouvait être évidemment qu'un caustique, genre de médicament qu'on emploie assez volontiers, moins sans doute à cause de son utilité et de ses avantages réels que de la facilité avec laquelle il est accepté des malades, lesquels redoutent les opérations et voient des opérations graves dans toutes les circonstances où le chirurgien fait intervenir le bistouri.

Notre malade est entré le 10 janvier à l'Hôtel-Dieu; il était à cette date et il est encore aujourd'hui dans l'état suivant :

La paupière supérieure droite présente une perte de substance, une légère encoche, comme l'a fort bien dit l'un de nos internes; il existe là une sorte de bifidité accidentelle. Le bord libre de l'organe, attiré en haut en vertu de la rétractilité incessante dont jouit le tissu cicatriciel, est en partie caché par le sourcil. Une disposition analogue succède quelquefois à la pustule maligne, à certaines brûlures, à des plaies qui suppurent pendant un temps très long. L'exploration avec le doigt fait découvrir au-dessous de la perte de substance une induration qui atteste que la production cancéreuse a été incomplétement détruite. Dans les cas, plus heureux en apparence, où le caustique paraît avoir enlevé jusqu'aux derniers vestiges de la dégénérescence, il est digne de remarque que les malades ne sont pas à l'abri d'une récidive; l'affection renaît et se montre dans le tissu de cicatrice lui-même.

Si l'on examine la face interne de la paupière, on trouve deux petites tumeurs rougeâtres que sépare un sillon; elles font corps avec la paupière, qui offre une exagération dans sa couleur et dans son épaisseur. La conjonctive oculaire, par un contraste qui mérite d'être signalé, n'est le siége d'aucune altération; la rougeur et l'hypertrophie se trouvent donc nettement circonscrites à un point particulier.

Il existe des démangeaisons et des douleurs lancinantes. On ne rencontre pas d'engorgement ganglionaire.

Une question que nous n'essaierons pas de résoudre, bien qu'elle ait un grand intérêt, serait de savoir pourquoi chez notre malade le cancer s'est développé dans la paupière supérieure. En effet, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent le cancer des paupières a son siége à la paupière inférieure ; on ignore complétement la raison de cette particularité; mais le fait n'en subsiste pas moins. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour la lèvre supérieure, où l'affection cancéreuse ne se montre que d'une manière exceptionnelle. Quand le cancer atteint la paupière supérieure, il est dû presque toujours aux envahissements d'un cancer de la paupière inférieure.

Il nous reste à faire ressortir un autre point dans l'affection dont nous retraçons l'histoire. Presque jamais le cancer des paupières ne commence par une ulcération. En compulsant nos notes, nous n'avons trouvé que deux cas dans lesquels la maladie ait débuté par ulcération, soit du bord libre de ces organes, soit de la conjonctive qui revêt leur face interne. Le contraire arrive pour les lèvres ; différence qui peut s'expliquer par l'étendue de leurs surfaces et l'abondance des follicules dont elles sont pourvues.

Le cancer, chez les enfants, paraît se développer de préférence dans le globe de l'œil. A un âge plus avancé, il atteint, au contraire, les parties environnantes; jamais il ne débute par les paupières que dans la vieillesse ; ainsi, sur cinq malades observés par nous, trois avaient cinquante et un ans, deux autres soixante-cinq et soixante-sept ans.

Les tumeurs cancéreuses des paupières ne présentent rien de particulier dans leur marche ; de mobiles qu'elles étaient d'abord, elles ne tardent pas à devenir adhérentes; elle s'ulcèrent ensuite et laissent suinter une sanie ichoreuse qui se concrète sous forme de croûtes. Abandonnées à elles-mêmes, elles envahissent les parties voisines, détruisent le globe de l'œil et réduisent le chirurgien à une impuissance complète.

Aucune hésitation ne nous est donc permise sur la conduite à tenir à l'égard du malade dont nous venons de parler. A quel moyen de traitement devrons-nous avoir recours? Nous avons déjà indiqué les inconvénients attachés à l'emploi des caustiques; mais, à supposer que ces inconvénients pussent être évités, à supposer que leur emploi ne dût pas être fatalement suivi de la reproduction du cancer, ils ne rempliraient pas la seconde indication du traitement. Il ne suffit pas ici de prévenir le retour de la maladie, il importe encore de réparer la perte de substance et de remédier au renversement en dehors de la paupière supérieure, en même temps qu'au déplacement imprimé à la paupière inférieure. L'autoplastie seule peut nous permettre d'obtenir ce double résultat.

De quelle méthode devons-nous faire choix? Nous ne discuterons par la valeur de la méthode italienne. La méthode indienne pourrait trouver son application si les conditions atmosphériques actuelles et la vascularité du lambeau emprunté au front ne constituaient une prédisposition puissante à l'érysipèle, et si d'ailleurs la méthode française ne réunissait tous les avantages. Nous enlèverons les tissus malades en les comprenant entre deux incisions semi-elliptiques réunies en V; nous décollerons ensuite à l'aide d'un bistouri, afin de la rendre mobile, la peau des tempes, du sourcil et de la racine du nez. Les deux lèvres de la perte de substance seront maintenues en contact par le moyen de la suture entortillée. Il sera facile, en incisant la commissure externe, de donner à la fente palpébrale une étendue suffisante.

A.-H. Margerie.

TUMEUR CANCÉREUSE IMPLANTÉE DANS LE PETIT BASSIN,

prise, pendant la vie de la malade, pour une grossesse anormale;

Par M. le docteur Chambert.

Elvire Fruchart, seize ans et demi, tempérament sans aucune prédominance particulière, bonne constitution, embonpoint modéré, me fut amenée, vers le mois de juin 1851, par ses parents. Voici les renseignements qui me furent donnés sur ses antécédents.

Cette jeune fille a toujours joui d'une bonne santé; elle n'a jamais eu de maladie sérieuse. Depuis un an seulement, sujette à des difficultés considérables dans l'évacuation menstruelle, elle éprouve toutes les incommodités des personnes mal réglées. Douleurs vagues dans le ventre et dans les lombes; sentiments d'oppression, d'étouffement, etc. Les règles ne sont pas supprimées entièrement, elles se sont encore montrées il y a deux mois environ; mais elles sont irrégulières, capricieuses dans leur apparition et leur abondance.

La malade présente, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'un gros œuf de poule; la région hypogastrique est souple, ainsi que le reste de l'abdomen. Les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière normale, à part cependant un peu d'irrégularité dans l'appétit.

Je prescrivis un traitement ioduré à l'intérieur et à l'extérieur, et des applications fréquentes de sangsues à l'anus, dans le but d'exercer une révulsion utile et de favoriser en même temps le retour des règles.

Je perdis la malade de vue. Le 24 octobre dernier, je fus appelé auprès d'elle. Avant de me conduire à son lit, on me raconta que l'officier de santé de la localité avait répandu le bruit que cette fille était enceinte. Les soins qu'il donnait à la malade avaient été continués par un confrère des environs, qui formulait ainsi son diagnostic, dans une lettre qu'il m'adressait :

Grossesse utérine compliquée d'une grossesse abdominale avec implantation du placenta normal sur la droite et probablement sur l'une des dépendances de la matrice.

Voici dans quel état je trouvai la malade : le ventre avait acquis un volume énorme; le palper et la percussion indiquaient une tumeur dure, arrondie, occupant la fosse iliaque et une partie du flanc droit, se continuant dans la région hypogastrique, où elle s'élevait à 12 centimètres environ au-dessus du pubis, et remontant ensuite dans la fosse iliaque gauche, pour se prolonger dans l'hypocondre du même côté et la moitié gauche de l'épigastre. Dans ces derniers points, la tumeur présentait des bosselures irrégulières et une dureté considérable; le reste du ventre était distendu par de la sérosité. Le toucher vaginal permettait de constater une tumeur très dure, à surface unie; il était impossible de trouver le col utérin.

La malade était d'une maigreur extrême. Les digestions étaient presque nulles, le ventre étaient le siége de douleurs atroces, les selles et les urines n'étaient expulsées qu'avec la plus grande difficulté. La voix était presque éteinte et les moindres mouvements étaient impossibles. Le diaphragme, refoulé en haut par le gonflement abdominal, avait diminué le champ respiratoire. La malade étouffait. Ses douleurs lui occasionnaient des insomnies insupportables.

Une potion calmante et des frictions sur le ventre avec une pommade opiacée furent seules prescrites. Le 8 novembre, la malade succomba.

Autopsie. — Rigidité cadavérique peu prononcée ; le corps est encore chaud; il est d'une maigreur excessive. L'abdomen présente la même apparence que pendant la vie.

Une ponction faite avec le scalpel donne issue à cinq litres environ de sérosité limpide de couleur citrine. La paroi antérieure de l'abdomen étant enlevée par une incision semi-lunaire à convexité inférieure, je découvre une énorme tumeur qui occupe tous les points sur lesquels on l'a constatée du vivant de la malade.

Cette tumeur peut être considérée comme bilobée. Le lobe droit est uniforme, uni, arrondi ; son sommet présente une ulcération superficielle, à surface rougeâtre, ramollie, de 6 à 7 centimètres de diamètre. Le lobe gauche est mamelonné; il est subdivisé en plusieurs autres petits lobes formés, comme le reste de la tumeur, d'une substance jaunâtre, de consistance caséeuse. L'intérieur de la tumeur présente un commencement de ramollissement, car les incisions qu'on pratique laissent écouler une sanie purulente.

L'utérus et les ovaires sont comprimés entre la paroi abdominale et la face antérieure de la tumeur. Il est aplati, adhérent à la production morbide par sa face postérieure.

La tumeur s'implante dans le petit bassin à la face antérieure du sacrum; elle adhère très fortement à la partie antérieure des deux tiers du sacrum. — Le reste de la masse intestinale est refoulé en arrière et en haut. La tumeur pèse quinze livres. — Je ne puis trouver d'autres ganglions mésentériques engorgés ni tuberculeux.

Les poumons sont parfaitement crépitants, un peu engoués à leur face postérieure. Leurs sommets, examinés avec la minutie la plus scrupuleuse, ne présentent aucun vestige de granulations grises ni de productions tuberculeuses. Les ganglions bronchiques sont à l'état normal. Le cœur est petit, ses cavités sont pleines de sang noir.

Je n'insiste pas sur les caractères de la tumeur, car l'examen direct qu'on en pourra faire les démontrera beaucoup mieux que ma description.

Je livre à la Société de biologie cette observation sans commentaires; j'insiste seulement sur quelques points que je ne fais qu'indiquer.

Les considérations qui me paraissent les plus remarquables dans ce fait sont :

1° Le volume considérable de cette production anormale;

2° La rapidité de son évolution, puisqu'en cinq mois à peu près elle a atteint des dimensions énormes ;

3° L'absence de tout vestige de tubercules dans les poumons;

4° Les difficultés et les erreurs du diagnostic auxquelles elle a donné lieu.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par MM. Lebert et Robin, a établi sa nature cancéreuse. Au milieu des éléments gras, on pouvait observer toutes les variétés des éléments cancéreux : les noyaux libres étaient en plus grande quantité que les cellules.

(*Comptes-rendus de la Société de biologie.*)

HERNIE DU PÉRICARDE.

Ablation de la portion herniée. — Guérison rapide.

Voici certainement un des faits les plus rares que renferment les annales de l'art, si du moins le diagnostic a été porté avec exactitude, comme l'instruction de notre honorable confrère et sa bonne foi, bien évidente par la rédaction de l'observation même, nous permettent de le croire.

Ce fait nous est communiqué par M. le docteur Hjorth, de Smyrne, et nous transcrivons textuellement la narration de notre correspondant :

Dans l'automne de l'an 1846, un paysan russe me fut présenté âgé de vingt-huit ans, grand, fort et bien conformé, qui, après avoir toujours joui d'une bonne santé, avait vu se former peu à peu, dans l'espace de deux ans, et sans aucune cause appréciable, sur la partie antérieure gauche de la poi-

trine, une petite tumeur qui lui causait seulement de temps en temps quelques légères douleurs. A l'examen, je constatai, à un pouce de distance du côté gauche du sternum, dans l'intervalle de la troisième et de la quatrième côte, une tumeur grosse comme un œuf de poule, élastique, avec une fluctuation, sans changement de couleur à la peau, transparente, peu douloureuse, même par une assez forte pression. Etant située évidemment au-dessous du muscle grand pectoral, elle paraissait s'aplatir par la tension de ce muscle, comme aussi par une assez forte compression; sa mobilité était obscure; il me semblait pourtant que je pouvais la déplacer un peu; les mouvements du bras étaient un peu gênés et lui causaient quelques douleurs dans la tumeur. L'auscultation m'apprit que les poumons et le cœur étaient dans l'état normal, comme aussi le malade ne ressentait aucun symptôme morbide du côté de ces organes, non plus que de ceux de la digestion; pas de fièvre. Ayant diagnostiqué une tumeur *cystique* située au-dessous du muscle grand pectoral, je me décidai, un peu légèrement sans doute, à l'enlever. Je divisai donc par une incision cruciale d'abord les téguments; mais, cherchant à en faire autant avec le muscle pectoral, je trouvai ses couches profondes tellement confondues avec la paroi de la tumeur, qu'il me fallut, pour la mettre à nu, la disséquer avec soin jusqu'aux côtes. Je vis alors la tumeur s'élever de l'intervalle des troisième et quatrième côtes comme une poire. Ayant employé d'abord en vain le manche du scalpel pour séparer le pédicule, je continuai à disséquer avec l'instrument tranchant, quand tout d'un coup il se fit une ouverture qui donna issue à trois ou quatre onces d'un fluide jaune, gluant, séreux; la paroi de la tumeur s'étant à l'instant affaissée, je l'enlevai rapidement en entier; et je vis alors au fond une ouverture circulaire admettant mon indicateur, à l'aide duquel je pénétrai dans la cavité de la poitrine, et je sentis manifestement le cœur battant.

Je m'aperçus incontinent que j'avais ouvert la cavité du péricarde.

Je m'empressai de fermer la plaie, laissant seulement une mèche de charpie entre les lèvres pour faciliter l'écoulement des sécrétions. Le résultat surpassa toutes mes espérances. Après avoir combattu une assez forte fièvre par un régime légèrement antiphlogistique, je vis l'état de mon malade s'améliorer de jour en jour. Le fond de la plaie était déjà fermé le cinquième jour, et tout le reste trois ou quatre semaines après. Je fus seulement obligé de débrider quelques fibres musculaires qui entretenaient un clapier.

J'ai revu le malade, parfaitement guéri, dix mois après, sans avoir gardé aucune infirmité à la suite de cette maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 février 1852. — Présidence de M. Larrey.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un enfant sur lequel on observe une déformation du coude; il croit que cette déviation est due à une fracture de la partie supérieure de l'humérus.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Des fistules ossifluentes de la face et de la carie alvéolaire latente*, par M. Chassaignac;

2° *Recherches sur les causes des déplacements du tibia sur le fémur dans les arthropathies du genou*, par M. Ferdinand Martin.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Cathétérisme.

M. Morel-Lavallée a la parole à l'occasion du procès-verbal. Je désire, dit-il, rétablir en deux mots la question du cathétérisme par l'intérieur de la vessie.

1° Dans un cas de rupture traumatique de l'urètre, Verguin, de Toulon, ayant vainement essayé le cathétérisme ordinaire pour faire cesser la rétention d'urine, fit la ponction de la vessie par-dessus le pubis. Voyant que la sonde introduite par le méat urinaire, arrivée à la rupture de l'urètre, ne pouvait s'engager dans l'extrémité postérieure de ce canal, il eut l'ingénieuse idée de passer une sonde dans la vessie par son ouverture hypogastrique, de la faire pénétrer dans l'urètre par le col vésical jusqu'à la rupture du canal. Une fois que ces deux sondes, celle introduite par le méat et celle introduite par la vessie, furent arrivées au contact l'une de l'autre dans la plaie urétrale, il retira doucement celle de la vessie en même temps qu'il la faisait suivre par celle de l'urètre, qu'il enfonçait à mesure qu'il retirait l'autre. De cette façon, la sonde passée par le méat parvint, en suivant l'autre, à franchir l'obstacle et à pénétrer dans la vessie.

2° M. Chassaignac conçut et exécuta depuis, de son côté, la même opération pour un cas d'hypertrophie de la prostate, et avec un plein succès.

3° Enfin, je proposais, dans le cas de rétrécissement organique grave de l'urètre, avec impossibilité de pénétrer dans la vessie par le méat, de profiter d'une ponction hypogastrique de la vessie pour pratiquer le cathétérisme forcé de l'urètre avec une sonde conique, ou même une sonde à dard introduite par la vessie, en même temps qu'une sonde passée dans la partie libre de l'urètre viendrait à la rencontre du premier instrument. De cette façon, l'instrument introduit par la vessie dans l'urètre étant parvenu au périnée, il serait facile de le gouverner, de le diriger avec le doigt, ce qui eût été parfaitement applicable au cas de M. Guersant. On serait moins exposé à faire des fausses routes graves qu'avec le cathétérisme forcé ordinaire, que j'ai vu conduire dans le rectum.

Dans les rétrécissements très graves, compliqués d'indurations, de fistules, etc., ne pourrait-on pas, dans ce but, pratiquer la ponction préalable de la vessie, ponction peu sérieuse, comme l'a depuis longtemps démontré M. Gerdy, ce qui est aussi conforme à l'expérience de M. Roux, comme vous avez pu le voir dans la dernière séance.

M. Chassaignac. Je désire présenter une seule observation. C'est en 1846 que j'ai eu l'idée de rétablir la continuité de l'urètre par deux sondes, l'une introduite par l'urètre et l'autre par la vessie.

Luxation en avant de la première phalange du pouce.

M. Lenoir. J'ai l'honneur de présenter à la Société le cas rare d'une luxation en avant de la première phalange du pouce sur son métacarpien. Le dessin que j'ai fait faire de la difformité que présentait le malade lors de son entrée à l'hôpital établira la réalité de ce déplacement articulaire, et l'examen du malade lui-même, que j'ai amené ici au commencement de la dernière séance, vous a montré qu'on peut réduire ce déplacement même après cinq semaines d'existence.

Voici cette observation.

Louis C..., âgé de treize ans, peu développé pour son âge, mais bien portant du reste, a été conduit à l'hôpital Necker le 2 février 1852; il portait au pouce gauche une difformité, sur laquelle il nous donne les détails suivants :

Le 25 décembre dernier il traversait un pont en tenant dans sa main gauche un sou. Eloigné un instant de son père avec qui il était, et voulant le rejoindre, il fit un faux pas et tomba en avant. Il serrait alors cette pièce de monnaie entre la paume de sa main et la face palmaire de son pouce, dont la seconde phalange était fortement fléchie sur la première. C'est dans cette position que sa main gauche rencontra le plancher du pont; il est dès lors facile de comprendre que tout le poids de son corps porta sur la face dorsale de son pouce fléchi, et que ce poids dut être augmenté par la vitesse de la course à laquelle il se livrait alors. Ce fut seulement en se relevant qu'il s'aperçut de l'accident qui lui était arrivé, car pendant sa chute il n'avait entendu aucun craquement et n'avait ressenti que peu de douleurs. Conduit immédiatement chez un pharmacien voisin, on lui appliqua sur la main un cataplasme de grande consoude.

Quelle forme avait alors son pouce? Nous l'ignorons; mais voici ce que nous constatâmes le 2 février, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, époque à laquelle il nous fut présenté par le docteur Thayer, médecin à Saint-Cloud.

A la face dorsale du pouce gauche il existe une assez forte saillie formée par la tête du premier métacarpien. Cette saillie semble plus proéminente en dehors qu'en dedans; ce qui augmente un peu le diamètre transverse de cette tête. Du côté de la face palmaire il existe une autre saillie placée un peu au-dessus de la précédente, et formée, comme celle-ci, par la base de la première phalange de ce doigt. Quoique non fléchi, le pouce entier, par suite de ce déplacement, est sensiblement raccourci, et de plus il a subi un mouvement de rotation sur son axe, qui a amené la pulpe de sa dernière phalange directement en face du côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Il n'y a pas de mouvements possibles, ou du moins ceux qu'on veut communiquer sont très douloureux. Du reste, il n'existe plus de gonflement ni de traces de contusion sur ce doigt. Il était facile de reconnaître, dans ce cas, une *luxation en avant* de la première phalange du pouce. Je cherchai immédiatement à en opérer la réduction. A cet effet, je saisis la première phalange du pouce entre les deux mors de la pince à fourche inventée il y a quelques années par M. Lüer, pinces dont vous connaissez tous les avantages, si vous avez réduit avec elles des luxations de doigts ou d'orteils. Après avoir fait immobiliser par un aide le premier métacarpien, j'exerçai sur cette phalange des tractions directes en avant, en même temps qu'avec le pouce de mon autre main je poussais sa base dans le même sens. Cette tentative n'eut aucun succès. J'eus alors l'idée d'exagérer la flexion de cette même phalange sur le métacarpien, et d'amener la base du premier de ces os au niveau de la tête du second. Puis, quand, à l'aide de tractions ménagées faites avec les pinces, je crus avoir mis les parties articulaires de ces os en contact, je redressai vivement la phalange, et par un mouvement de traction continué et combiné avec un mouvement de torsion en dedans, je donnai au pouce sa longueur et sa direction normales. La réduction fut ainsi obtenue, et, j'ajoute sans douleur, car l'enfant avait préalablement été rendu insensible par l'inspiration de quelques gouttes de chloroforme. Cette dernière manœuvre de réduction m'avait été suggérée par ce que m'avait appris la dissection d'une main sur laquelle j'avais produit à la hâte quelques instants auparavant une pareille luxation, et qui m'avait montré que l'obstacle le plus grand à la réduction de la première phalange venait du tendon du long fléchisseur propre du pouce, soulevé par la phalange déplacée, et par conséquent mis dans un état de tension. Or dans la flexion du pouce sur son métacarpien, cet obstacle disparaît, de même que celui que peut produire en même temps la rigidité des muscles courts fléchisseurs et court abducteur du pouce.

Les suites de cette réduction furent très simples. Je maintins la phalange en place avec deux petites attelles de carton soutenues par une bandelette de diachylon, et je m'opposai ainsi à un déplacement consécutif qui était très facile. Vous avez vu le malade huit jours après cette réduction, et il ne restait qu'un peu de gonflement au côté externe de son métacarpien.

Je vous ai présenté cette observation avec quelques détails, parce que la lésion qui en fait le sujet est assez rare. En effet, notre collègue Nélaton déclare dans son livre qu'il n'en a trouvé que quatre cas bien authentiques consignés dans les annales de la science, et dans lesquels on n'a pu employer qu'une seule fois.

J'aurais voulu rendre cette communication moins aride en l'accompagnant de recherches suivies sur le mécanisme de la luxation de la première phalange du pouce en avant, et sur la meilleure manœuvre qu'il convient d'employer pour obtenir la réduction. Malheureusement le temps m'a manqué; mais je prends l'engagement de faire ces recherches et de vous les communiquer.

Discussion.

M. Cloquet croit, avec M. Lenoir, que le long fléchisseur et quelques autres muscles peuvent s'opposer à la réduction de ces luxations. Il propose la pince imaginée dans ces derniers temps comme étant l'instrument le plus commode pour réduire ces sortes de luxations.

M. Roux. Les luxations du pouce sont généralement difficiles à réduire. J'ai pu, il y a quelque temps, sur un malade de M. Demarquay, réduire une luxation du pouce en arrière qui avait déjà résisté à plusieurs tractions, et qui céda sous l'influence d'un mouvement de rotation imprimé à la phalange. Ce mouvement, qui a eu un résultat heureux, a été l'occasion de recherches de la part de M. Demarquay, desquelles il est résulté l'indication d'un procédé de réduction de ces luxations très rationnel.

M. Marjolin demande à M. Lenoir s'il a bien examiné la main du côté opposé. Cela est d'autant plus important que certaines personnes jouissent de la faculté de produire à volonté une demi-luxation de la première phalange du pouce sur le premier métacarpien; M. Marjolin père, comme beaucoup de personnes le savent, avait cette faculté à un haut degré.

M. Larrey cite aussi un cas de luxation métacarpo-phalangienne du pouce datant de six jours, irréductible par les tractions ordinaires, et qu'il a réduite assez facilement à l'aide de la pince de M. Lüer et du mouvement de torsion employé par M. Roux et signalé par M. Demarquay; mais M. Larrey n'insiste pas sur ce fait, parce qu'il se rapporte également à la luxation fréquente en arrière, tandis que le cas présenté par M. Lenoir doit limiter la question à la luxation rare ou en avant.

Exploration de la rétine et du cristallin.

M. Follin lit un travail ayant pour titre : *De l'exploration de la rétine et du cristallin à l'aide d'un instrument d'optique (speculum oculi)*. Une commission, composée de MM. Lenoir, Maisonneuve, Chassaignac, est chargée de faire un rapport sur le travail de M. Follin.

Polype du pharynx. — Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente un maxillaire supérieur droit sain enlevé par lui, afin de pouvoir pratiquer l'ablation d'un polype du pharynx qui envoyait un prolongement considérable dans la narine correspondante, et un autre qui contournait la partie postérieure du maxillaire et venait faire saillie dans la région pénienne; une petite portion s'élevait du côté de l'apophyse basilaire. Une incision partant de la partie médiane du nez et s'étendant jusque sur la lèvre supérieure et une autre incision partant de la commissure pour se porter au dehors permirent au chirurgien de disséquer un large lambeau, et de le relever de façon à mettre à nu toute la surface osseuse de la joue droite; à l'aide d'une scie à chaîne, il fit la section de l'os malaire, de l'apophyse montante du maxillaire et de la voûte palatine. Le maxillaire enlevé, M. Maisonneuve put avec grande facilité enlever le polype pharyngien, ainsi que ses prolongements. Plusieurs chirurgiens, ajoute M. Maisonneuve, ont déjà pratiqué cette ablation avec succès; en France, cette opération a été faite par M. Flaubert (de Rouen) et M. Robert, et, en Belgique, par un chirurgien distingué dont le nom m'échappe.

M. Giraldès. Le fait rapporté par M. Maisonneuve est fort intéressant; il vient, avec quelques autres faits qui se trouvent dans la science, compléter l'histoire des polypes pharyngiens, en démontrant que ces productions peuvent contourner la partie postérieure du maxillaire pour se porter du côté de la joue. M. Huette, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, a rencontré un cas tout semblable à celui de M. Maisonneuve. Une autre observation se trouve encore dans les *Archives*.

M. Huguier. J'ai été obligé dans une circonstance de détruire la paroi antérieure du sinus maxillaire, d'enlever l'apophyse montante du même os pour arriver sur le pédicule d'un polype; dans ce cas, une incision partant de la partie interne de l'œil et tombant sur la lèvre supérieure me permit de disséquer les parties molles de la joue et de les rejeter au dehors. De la sorte, j'ai pu conserver la voûte palatine : peut-être que M. Maisonneuve aurait pu agir de la même façon.

Le malade a été présenté guéri à la Société.

M. Chassaignac. Je crois qu'il eût été possible et avantageux de conserver le plancher de l'orbite. Quant à l'usage de la scie à chaîne dans cette opération, j'en suis tout à fait partisan, et je crois être le premier qui ait démontré dans mes cours tout le parti que l'on peut tirer de cet instrument dans l'ablation du maxillaire supérieur. En la faisant passer par la fente sphéno-maxillaire, on fait une section nette et on évite les éclats.

M. Maisonneuve revient de nouveau sur les procédés opératoires qu'il a suivis et déclare que depuis plusieurs années il se sert de la scie à chaîne pour pratiquer l'ablation du maxillaire supérieur.

M. Roux. La science doit recueillir avec soin les cas de polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx, surtout quand le chirurgien a pu les faire disparaître par un procédé opératoire nouveau. Comme beaucoup de mes collègues, j'ai eu à traiter un certain nombre de ces polypes, et dans un cas où un polype des fosses nasales avait déformé le nez et se portait au dehors, en même temps qu'il avait détruit une partie de la voûte palatine, j'ai pu, grâce à une incision faite sur la partie latérale du nez du côté correspondant au polype, disséquer un lambeau, que je rejetai au dehors, ce qui mettait largement à nu la narine correspondante et l'apophyse montante du maxillaire. Je pus alors avec des ciseaux aller couper le pédicule du polype et en pratiquer l'ablation. Les parties molles furent réunies, et, grâce à une petite opération autoplastique, j'ai pu faire disparaître jusqu'aux traces du polype.

M. le professeur Gerdy. L'opération de M. Maisonneuve est une opération bien faite et bien entendue; on peut cependant se demander si elle était indispensable. On trouve dans les annales de l'art une observation de Manne qui prouve que le chirurgien peut, à l'aide d'une série d'opérations, arriver à pratiquer l'ablation des polypes de l'arrière-gorge et des fosses nasales sans faire courir au malade des accidents sérieux. L'ablation du maxillaire supérieur est une opération grave qui entraîne souvent la mort par infection purulente. D'ailleurs qui ne sait que la mort peut survenir à la suite d'opérations légères pratiquées sur la face? Je l'ai vue survenir à la suite d'un coup de couteau reçu dans cette région qui occasionna une opération d'autoplastie faite pour réparer l'aile du nez par Dieffenbach. D'ailleurs ces opérations si graves faites pour obtenir la guérison des polypes ne guérissent pas toujours. J'aurais donc préféré attaquer le polype par des opérations successives faites dans le but d'enlever :

1° La partie antérieure;

2° Par une incision médiane du voile du palais, on aurait pu enlever la partie postérieure sans faire courir de dangers au malade.

M. Maisonneuve. Je crains que M. Gerdy ne se soit pas bien rendu compte des circonstances dans lesquelles je me suis trouvé. Il m'eût fallu faire au moins trois opérations, assez sérieuses d'ailleurs, pour arriver au résultat que je voulais atteindre; encore je ne suis pas certain qu'on puisse y arriver. Quant au lobule qui allait s'implanter à l'apophyse basilaire, il eût été impossible de l'enlever, même à l'aide de ces trois opérations. Je ne crois pas que l'opération du maxillaire supérieur, faite dans de bonnes conditions, soit une opération bien grave; j'ai vu des malades guérir de cette opération en neuf jours, et je préfère l'ablation du maxillaire, qui permet au chirurgien d'enlever complètement un polype pharyngien, à une série d'opérations sérieuses qui ne mènent pas aussi sûrement au même résultat.

M. Cloquet. Je désire appeler un instant l'attention de la Société sur un fait qui me paraît intéressant. Dans deux circonstances, j'ai trouvé au centre de polypes des productions osseuses. Dans un polype du pharynx que j'ai enlevé chez une jeune fille, j'ai trouvé dans le centre du pédicule un petit os. Dans un polype muqueux, j'ai trouvé au centre une espèce de sphère osseuse qui contenait une certaine quantité de matière muqueuse.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — Nous publions aujourd'hui la lettre que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, en remplaçant par des points les phrases que nous ne pourrions reproduire sans nous

exposer aux sévérités de la loi. En fait de concours, plus encore que dans d'autres circonstances, il y a des vérités connues de tout le monde et qu'on ne peut cependant ni publier ni même répéter publiquement. Puisque nos honorables correspondants veulent bien nous témoigner de la confiance, nous espérons qu'ils approuveront ces retranchements.

« Monsieur le Rédacteur,

» Vous avez manifesté un grand éloignement pour le concours, en quoi nous ne saurions être de votre avis; mais, à cause de cet éloignement, vous avez résolu de ne pas rendre compte du concours pour la chaire d'hygiène qui a lieu en ce moment à la Faculté. Nous le regrettons profondément, monsieur, parce que vous avez une plume indépendante et ferme, qui n'aurait pas manqué de servir utilement la cause de la vérité et de la justice. . . . .

. . . .

» Le concours qui touche à sa fin menace, dit-on, d'avoir une issue très différente de celle que le résultat des épreuves pourrait faire prévoir. . . . .

. . . .

. . . . . Revenez à votre poste, monsieur, nous vous le demandons au nom de l'équité. Abandonnés à nous-mêmes, nous ne savons que résoudre; conseillez-nous. Examinez et jugez : nous avons confiance dans vos paroles. »

Agréez, etc. *Suivent les signatures.*

Après avoir exprimé à nos honorables correspondants notre vive gratitude pour la confiance qu'ils ont bien voulu nous montrer, nous devons déclarer que leur démarche nous jette dans un grand embarras. Comme à eux, les bruits qui circulent nous ont informé que la cause de la justice et même presque celle du bon sens étaient menacées une fois de plus par cette prétendue belle institution du concours, qui n'a été le plus souvent qu'une mystification. Une telle crainte, sans doute, nous afflige beaucoup; mais que pouvions-nous faire pour empêcher qu'elle se réalisât? Nous ne nous faisons point illusion sur notre influence, et nous avons éprouvé plus d'une fois que la voix de la presse n'était pas moins impuissante que celle de la science, de la justice et de l'enseignement pour triompher de certaines résolutions puisées à des sources très différentes; nous n'aurions pas espéré un sort plus heureux cette fois si dès le début nous étions intervenu dans la pièce dont la Faculté est en ce moment le théâtre. Aujourd'hui tout jugement sur cette pièce nous est interdit, puisque nous n'avons pas assisté à toutes les scènes dont elle se compose. Il est toutefois un fait qui peut nous permettre d'apprécier avec assez de justesse les acteurs dans cette pièce; c'est que chacun d'eux s'y est montré précisément dans le rôle qui convient à ses instincts, à sa nature, à son intelligence. Un seul acteur, dit-on, s'est montré inférieur sous le rapport du *débit* à ce qu'on devait attendre de lui. Ce fait ressort du témoignage à peu près unanime des spectateurs. Il peut donc être considéré comme constant. S'il en est ainsi, une appréciation nous est d'autant plus permise que, suivant nous, on doit choisir un professeur dans les hommes tels que nous les ont fait connaître les actes de toute leur vie, plutôt que dans les ombres chinoises qui viennent parader à un concours. A ce point de vue, nous pouvons dire au nom de la vérité et dans l'intérêt de la justice :

Si la Faculté veut faire entendre dans la chaire d'hygiène une phraséologie facile mais peu substantielle, une érudition assez étendue mais mal digérée, un savoir varié mais qui manque habituellement de précision, un jugement quelquefois prompt mais hasardé, ordinairement confus, et ne descendant que très rarement au fond des questions, la Faculté doit nommer M. Tardieu.

Si la Faculté veut apprendre à ses élèves comment on distingue la vérité de l'incertitude et de l'erreur; si elle veut leur donner en exemple un professeur remarquable par la précision de ses connaissances, par la sagacité et la rectitude de son esprit, par la netteté de ses conceptions; si la Faculté veut orner son écusson d'un nom cher à la science et honoré de tous, M. Béclard sortira de l'urne du scrutin.

Si la Faculté veut donner à la chaire aride d'hygiène l'attrait d'une tribune philosophique, d'où jailliront des idées originales élevées ou profondes, si elle veut inspirer à ses élèves la passion de la science plutôt que les guider dans le sentier de l'étude, si elle veut voir son amphithéâtre encombré et son enseignement briller du plus vif éclat, M. Marchal sortira vainqueur de l'urne, comme il est sorti vainqueur de l'arène, même après une attaque dont la perfidie est à juste titre retombée sur son auteur.

Enfin, si la Faculté cherche dans un professeur une instruction profonde, une érudition aussi étonnante par son étendue que par sa précision, des titres scientifiques aussi nombreux qu'importants, un dévouement inaltérable à ses devoirs, une ambition bornée à la dignité du professorat, c'est à M. Bouchardat qu'appartiendra le prix du concours ouvert en ce moment devant elle.

La Faculté remplirait le même but, mais d'une manière moins complète, en nommant M. Guérard.

Telle est la seule appréciation par laquelle nous puissions répondre à la confiance de nos bienveillants correspondants.

Quant aux conseils qu'ils veulent bien nous demander sur les moyens de prévenir le résultat qu'ils redoutent, nous avouons franchement que nous n'en voyons aucun de bien efficace. La loi ne leur reconnaît aucune qualité pour peser dans la balance d'un concours, et nous ne conseillerons jamais de recourir à des moyens extra-légaux. Ils ne peuvent donc, suivant nous, que se borner à manifester leurs sympathies au candidat qu'ils jugent le plus digne, et à user des influences légitimes qu'ils peuvent avoir auprès des juges pour les convertir à la cause qu'ils considèrent comme celle de la justice. Si parmi eux il s'en trouve d'assez puissants, ou si tous ensemble croient avoir assez d'influence pour édifier l'autorité sur les inconvénients du concours, ce qu'ils auraient de mieux à faire serait d'obtenir l'abolition de cette institution, avant que ce qu'ils considéreraient comme une injustice de plus soit consommé. — H. de Castelnau.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

L'Académie vient de livrer à la publicité les sujets du concours pour les prix qu'elle décernera en 1854.

Elle croit devoir rappeler en même temps les sujets de prix pour 1852 et 1853.

I. — CONCOURS DE 1850-1852.

PREMIÈRE QUESTION.

« Exposer d'après les faits acquis à la science et, au besoin, par des expériences nouvelles, la théorie de l'intoxication par les surfaces de rapport. »

N. B. La pyoémie n'est pas comprise dans cette question.

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

DEUXIÈME QUESTION.

« Tracer l'histoire médicale des maladies charbonneuses, en insistant sur les diverses formes qu'elles revêtent chez nos animaux domestiques, ainsi que sur la part que prennent dans leur évolution la culture, l'assolement d'une contrée et les productions cryptogamiques qui attaquent les plantes fourragères. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

II. — CONCOURS DE 1850-1853.

« Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

» Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

III. CONCOURS DE 1851-1853.

PREMIÈRE QUESTION.

« Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer par des expériences nouvelles l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : Une médaille d'or de 1,500 francs.

DEUXIÈME QUESTION.

« Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

Prix : Une médaille d'or de 400 francs.

TROISIÈME QUESTION.

« Exposer l'influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris. »

Prix : Une médaille d'or de 400 francs.

QUATRIÈME QUESTION.

« Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. »

N.-B. En adoptant cette question, l'Académie a surtout en vue de réunir en faisceau les connaissances acquises à la science depuis les travaux modernes.

Les concurrents pourront donc se dispenser de discuter longuement sur les tumeurs phlegmoneuses externes, sur l'anthrax et sur quelques autres productions parfaitement connues.

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

CINQUIÈME QUESTION.

« Faire une nouvelle étude chimique du *Veratrum album* et des alcaloïdes qu'il renferme. »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

IV. — CONCOURS DE 1850-1854.

« Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères et métallurgiques du royaume. »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu :

Pour les questions du premier programme, avant le 20 mars 1852; pour celle du deuxième, avant le 20 mars 1853; pour les questions du troisième programme, avant le 1[er] juillet 1853; et pour celle du quatrième programme, avant le 20 mars 1854.

Les mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, au Musée à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses Mémoires;

3° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

L'*Avon* apporte des nouvelles de la Jamaïque du 31 janvier. Le chiffre des victimes du choléra dans cette île a été, dit cette feuille, de 30,000!

— Voici, suivant une correspondance d'Andalousie, un curieux échantillon de la prose d'un docteur de Malaga. C'est une pièce de médecine légale adressée à l'autorité compétente :

« Le praticien sous-signé vous fait part que le défunt qui est mort, je l'ai guéri. Il *vit* (ce verbe veut dire, en espagnol, il demeure) rue du Fifre, et il est mort, en apparence, d'une maladie contondante, toutes choses que je porte à votre connaissance, pour votre connaissance et les effets consécutifs. »

Ce même docteur, dans un autre rapport, écrivait après la formule : « *rien de nouveau*. Il a passé par ici neuf défunts avec leurs cadavres respectifs. »

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL NECKER (M. Civiale). Urétrotomie. — Académie de médecine, séance du 2 mars. — Académie des sciences, séance du 1er mars.

PARIS, LE 3 MARS 1852.

L'étendue du compte-rendu de l'Académie de médecine nous oblige à remettre au prochain numéro la suite de l'article sur le nouveau cas de mort par le chloroforme.

Séances des Académies.

Après un rapport de M. Lecanu, une demi-douzaine de rapports de M. Henry sur diverses eaux minérales, et une lecture de M. Fleury, dans laquelle ce savant médecin a signalé une nouvelle et importante application de la méthode hydrothérapique, l'Académie a entamé la discussion sur l'avortement, ou, pour parler plus exactement, elle a entendu le commencement d'une introduction à cette discussion.

Sur le désistement de M. Chailly, la parole a été donnée à M. P. Dubois, après quelques explications préalables de M. Cazeaux. C'est précisément sur le sujet de ces explications que la discussion tout entière a porté. C'est donc sur elles que nous devons à notre tour dire quelques mots.

Nous devons d'abord déclarer, avec notre franchise habituelle, que ces explications nous ont paru en contradiction formelle avec les intentions premières manifestées par M. Cazeaux, conséquemment au désir exprimé par M. Lenoir. Evidemment M. Cazeaux a eu l'intention de faire adopter sa doctrine par l'Académie, au moins implicitement. Personne n'a élevé le moindre doute à cet égard, et les quelques lignes qui suivent montreront que tout le monde a eu raison de penser ainsi.

Quel a été l'objet principal, l'unique objet, pour ainsi dire, de la communication de M. Lenoir? Il le dit lui-même de la manière la moins équivoque dans le paragraphe suivant :

« J'ai pensé qu'il y aurait peut-être quelque utilité pour la pratique *à provoquer de la part de l'Académie une approbation ou un blâme* qui, empruntant à la haute position que ce corps savant occupe une autorité incontestable, SERVIRAIT POUR TOUJOURS DE RÈGLE ABSOLUE. »

On ne saurait, ce nous semble, être plus clair. Que pense la commission, c'est-à-dire M. Cazeaux, du vœu émis par l'honorable chirurgien? Le voici :

« Votre commission ne peut que donner son approbation à la courageuse initiative de M. Lenoir, etc. »

Ainsi M. Lenoir demande que l'Académie proclame une *règle absolue*, la commission l'approuve de cette courageuse initiative, et comme conséquence de son approbation elle formule les conclusions suivantes :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation que les lois divines et humaines relatives à l'avortement ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical.

2° Les lois punissent le crime : elles ne peuvent donc atteindre sans injustice un acte accompli avec les intentions les plus pures.

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus.

4° Dans ce cas, le médecin peut et doit sacrifier l'enfant au salut de la mère.

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence.

6° Les rétrécissements dans lesquels le bassin offre moins de six centimètres et demi dans son plus petit diamètre, les hémorrhagies que rien n'a pu arrêter, les tumeurs des parties molles ou dures qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées sont les seules indications de l'avortement provoqué.

7° Le médecin ne doit jamais s'y décider sans avoir préalablement pris l'avis de plusieurs confrères éclairés.

Vous voyez, messieurs, que ces conclusions répondent aux questions posées par M. Lenoir et donnent une approbation complète à la conduite qu'il a suivie. Mais, en s'arrêtant là, votre commission croirait ne pas avoir rendu justice au remarquable travail de notre savant confrère : elle a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Lenoir;

2° De renvoyer son très intéressant travail au comité de publication.

N'est-il pas de la dernière évidence que la commission a voulu placer toutes ces propositions sous la responsabilité de l'Académie, aussi bien les sept premières que les deux dernières? N'est-il pas évident qu'en adoptant purement et simplement, comme cela se pratique d'habitude, les conclusions du rapport, l'Académie aurait pris sous sa responsabilité toutes les conclusions de ce rapport?

Que veulent dire ces paroles qui précèdent les deux dernières conclusions : « Vous voyez, messieurs, que » ces conclusions *répondent aux questions posées par* » *M. Lenoir*.... Mais en s'ARRÊTANT LA, votre commission » croirait ne pas avoir rendu justice, etc. »

Ces mots ne signifient rien, ou ils veulent dire, sans aucune espèce de doute : votre commission vous propose de résoudre comme nous venons de le faire les questions posées par M. Lenoir; mais par cette approbation vous ne rendriez pas suffisamment justice au travail de M. Lenoir, et votre commission vous propose, en outre, de renvoyer son travail au comité de publication. Voilà ce que veulent dire les conclusions de M. Cazeaux pour tout homme qui a quelques notions de logique et de grammaire, et M. Cazeaux entend trop bien l'une et l'autre pour s'être mépris à cet égard.

Nous avons donc eu raison de prémunir l'Académie contre le danger d'une telle responsabilité, et nous pensons que M. Dubois a eu raison aussi d'insister sur ce danger comme il l'a fait.

Que M. Cazeaux, pressentant la répugnance qu'inspireraient ses conclusions, cherche à dévier le plus habilement possible d'une fausse route, nous le comprenons à merveille, et nous nous plaisons à reconnaître qu'il a fait preuve d'une grande habileté dans la discussion d'hier; cependant nous aurions préféré qu'il déclarât franchement que son désir était, en effet, de voir l'Académie adopter toutes les conclusions qu'il avait formulées, mais qu'il était disposé à consentir aux suppressions qui paraîtraient nécessaires à la majorité de ses collègues. C'est même là ce que nous attendions de la franchise bien connue de son caractère; nous regrettons d'avoir été trompé dans notre attente.

Quoi qu'il en soit, il est démontré maintenant que l'Académie n'entend pas sanctionner les sept conclusions de M. Cazeaux. C'est là le résultat important de la discussion d'hier dont nous avons à la féliciter. Quant au fond même de la question, on peut répéter, avec M. Cazeaux, que ce fond n'a pas été traité. Quelques points accessoires ont à peine été effleurés, comme, par exemple, celui du droit de LÉGITIME DÉFENSE, attribué à la mère par M. Cazeaux; droit que M. Dubois nous paraît avoir interprété d'une manière plus conforme aux sentiments naturels et même à la raison. Mais c'est là un des nombreux points de vue de la grande question de l'avortement prématuré qui ne peut que perdre à être envisagé isolément. Nous essaierons, avant que la discussion se ferme, de les embrasser tous dans un résumé général.

— La séance de l'Académie des sciences nous oblige à nous occuper une seconde fois aujourd'hui de M. Sédillot. Ne nous en plaignons point; la science a presque toujours quelque chose à gagner aux discussions dans lesquelles se mêle ce savant chirurgien. La nouvelle communication de M. Sédillot est une suite de celle qu'il a déjà faite sur les amputations. La nouvelle série de faits qu'il a recueillis n'est pas moins digne que la précédente de l'attention de tous les chirurgiens; cette nouvelle série, ajoutée à l'ancienne, présente un total de 40 amputations, dont 4 seulement ont été suivies de mort; et sur ces 40, il y a 7 amputations de cuisse, toutes suivies de guérison. C'est assurément là un résultat des plus remarquables. Faut-il l'attribuer uniquement ou principalement aux méthodes de pansement, comme le croit l'habile professeur de Strasbourg? Nous avouons n'être pas aussi édifié que lui sur ce point. Pour que nous le fussions complétement, il nous faudrait pouvoir analyser avec soin l'observation détaillée de chaque malade en particulier. Il nous faudrait, en outre, pouvoir comparer les résultats obtenus par M. Sédillot à des résultats obtenus dans différentes localités autres que Paris; car, à tort ou à raison, mais à raison très probablement, cette dernière ville semble être très défavorable aux suites des grandes opérations, et l'on arriverait sans doute à des conclusions fort erronées, en comparant le tableau statistique de M. Malgaigne à celui qu'on pourrait dresser dans une ville de province.

Quoi qu'il en soit, et en attendant que M. Sédillot nous communique les observations détaillées de ses 40 faits, nous n'en devons pas moins reconnaître que le mode de pansements qu'il préconise, et qui est d'ailleurs mis en pratique par beaucoup de chirurgiens de Paris et des départements, est celui qui nous paraît le plus rationnel et le plus propre à contribuer aux résultats dont le savant professeur de Strasbourg n'a peut-être pas tout à fait tort de se glorifier.

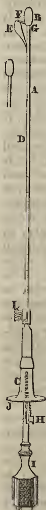
— De M. Sédillot et des amputations nous devons passer à M. Grange et au crétinisme. M. Grange, pour se consoler sans doute du sort qu'a eu la magnésie, ne serait peut-être pas fâché de le faire partager à l'iode. C'est pour démontrer le peu d'action, si ce n'est l'inaction complète de cette dernière substance sur le développement du goître et du crétinisme, qu'il a communiqué sa nouvelle note à l'Académie. Il ne manque aux faits énoncés par M. Grange, pour avoir une certaine importance, qu'une authenticité que ne garantit pas suffisamment l'exactitude habituelle de ce voyageur.

— M. Collin (d'Alfort) a envoyé un supplément intéressant aux recherches communiquées par M. Cl. Bernard. Nous désirons vivement, dans son propre intérêt, que M. Collin, qui a déjà donné des preuves recommandables de talent, borne son ambition aux succès scientifiques, et qu'il ne cherche point à perfectionner la langue en imaginant des barbarismes, tels que l'adjectif *pondérique*. — H. de Castelnau.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Urétrotomie.

Voilà déjà, messieurs, un grand nombre de fois que vous me voyez pratiquer l'*urétrotomie*. Pour nous, ce mot, quand nous n'y ajoutons point autre chose, signifie division d'un rétrécissement au moyen de l'instrument tranchant d'*arrière en avant*. Ainsi comprise, l'urétrotomie est actuellement la méthode par excellence des rétrécissements non dilatables. C'est une des opérations les plus délicates de la chirurgie, difficile pour le chirurgien, effrayante beaucoup plus que douloureuse pour le malade.



Les difficultés de l'opération, vous les comprenez à l'avance : inciser, sans les voir, les parties du canal altérées; les inciser dans toute leur longueur, donner à la section la profondeur décidée à l'avance, et tout cela, enfin, en ménageant à coup sûr les parties saines. Il arrive souvent, en chirurgie, que le bon résultat d'une opération délicate dépend plus des qualités de l'opérateur que de la perfection de l'instrument. Ici, messieurs, si le chirurgien ne doit rien négliger dans l'exécution de la manœuvre, il faut pourtant reconnaître que les combinaisons de l'instrument, de l'urétrotome, font disparaître presque toutes les difficultés, si bien que, pour ce qui regarde la section des parties saines, par exemple, l'opérateur voudrait les léser que, dans beaucoup de cas, il n'y pourrait parvenir avec notre instrument. Il est donc de la plus haute importance que vous connaissiez exactement tout ce qui constitue ce mécanisme.

L'instrument se compose de deux branches droites, une mâle ou tige porte-lame glissant dans une branche femelle ou gaîne. Cette dernière présente à l'extérieur des divisions centimétriques et est embrassée par un petit curseur à branches élastiques, qui peut être fixé à l'endroit voulu. Une fois le porte-lame introduit dans la gaîne, ces deux branches de l'instrument sont retenues par l'appui d'une petite lame métallique, qui, engagée supérieurement dans la branche femelle soulevée à son milieu, se termine en bas par une dent reçue dans l'une des coches d'une crémaillère; la crémaillère est sculptée sur la partie correspondante de la tige mâle. La partie fondamentale de l'urétrotome, difficile à bien représenter par la description, doit être étudiée sur l'instrument lui-même pour bien en saisir le mécanisme. (C'est à quoi nous essayons de suppléer par la planche.) La branche mâle, s'amincissant beaucoup en haut pour acquérir plus d'élasticité, se termine par une lame à tranchant courbe, car cette forme de tranchant a ici de grands avantages. Dans l'état de repos de l'instrument, la lame se cache entièrement dans l'olive aplatie qui termine en haut la branche femelle. Vous remarquerez que du côté qui répond au dos de la lame le renflement olivaire dépasse à peine la tige, et fait au contraire saillie du côté fendu par où devra sortir le tranchant. C'est vers le dos de la lame qu'est en ce moment caché le point capital de ce mécanisme. Une petite languette métallique, de la longueur du dos de la lame, articulée avec la partie supérieure de ce dos, et lui étant presque parallèle à l'état de repos, vient, dès qu'on en retire un peu la branche mâle, butter par son bout libre contre un arrêt caché dans le fond de la rainure de l'olive à sa base. Ainsi arrêtée, la languette soulève la lame en faisant avec elle un angle ouvert en bas. Or, à cause de la crémaillère de la portion infé-

rieure de l'instrument, laquelle présente quatre crans, à mesure qu'on tire sur la lame pour la faire saillir, chaque cran fait entendre en sortant du pavillon un bruit de cric qui avertit l'opérateur. Ces deux parties connexes du mécanisme sont ainsi calculées, que chaque cran indique que la lame sort d'une ligne. Passé les quatre crans ou la saillie de la lame de quatre lignes, si on tire encore, la petite crémaillère est épuisée et l'instrument se *désarme,* parce que la languette, dépassant l'angle droit, vient à basculer.

Construits sur ce mécanisme, nous avons des instruments de tous les volumes. Ils sont toujours droits, parce qu'ils nous suffisent constamment ainsi. Presque toujours, en effet, nous agissons sur la partie mobile de l'urètre; mais dans les cas plus rares où vous m'avez vu inciser des rétrécissements à la courbure, vous savez que je n'emploie pas d'autre urétrotome. Un point important est celui-ci : choisir toujours une olive qui ne pénètre qu'avec difficulté dans le rétrécissement qu'on se propose d'inciser; car la profondeur de l'incision dépend de la quantité de la lame que vous faites sortir, et nullement d'une pression exercée par la main. C'est en effet le caractère de cette opération que rien n'est laissé au hasard, et que tout est calculé à l'avance mécaniquement.

Quand, ayant choisi une olive qui remplit exactement la lumière du point rétréci, celui-ci se trouve franchi et que l'olive devient libre, après avoir dégagé votre lame de la quantité qui vous paraît convenable, vous n'avez absolument qu'une chose à faire : *tirer à vous, sans pression.*

Voici donc, en résumé, la manière de pratiquer l'urétrotomie, si les explorations préparatoires, surtout au moyen du stylet boutonné métallique, vous ont fait connaître le siége précis du rétrécissement, sa longueur, son calibre, etc. C'est surtout la connaissance de cette dernière particularité qui vous fixe sur le choix de l'olive.

L'olive doit avoir au moins le volume de la lumière du rétrécissement, de manière à y entrer avec une certaine difficulté. Vous allongez modérément la verge et procédez à l'introduction de l'urétrotome; celui-ci s'arrête sur l'endroit rétréci; vous poussez en appuyant lentement et graduellement, inclinant au besoin le bec de l'olive d'un côté ou de l'autre. Enfin, vous avez franchi, et vous en êtes prévenus par une secousse que sent le malade et que voient les assistants. L'olive une fois libre, et vous vous en assurez en tournant l'instrument et le promenant à quelque distance en arrière; vous vous rappelez que, au point où l'olive surmonte la tige femelle, elle fait saillie du côté qui correspond au tranchant de la lame qu'elle cache dans son intérieur. C'est avec cette saillie qu'appuyant l'instrument en bas vous accrochez pour ainsi dire la partie la plus reculée du rétrécissement. Vous êtes ainsi bien fixés sur les limites les plus profondes de la portion du canal à inciser. Ceci fait, l'instrument étant reculé de quelques millimètres et refoulé en haut du côté des corps caverneux, on l'*arme,* c'est-à-dire que, tirant à soi la branche mâle, on fait saillir la lame de la quantité convenable, dont le cric de la crémaillère vous avertit exactement. Connaissant à l'avance l'étendue du rétrécissement, et attentifs à l'échelle décimétrique marquée à l'extrémité de la tige, vous savez la longueur que doit avoir l'incision. Il faut dire aussi qu'en devenant très familier avec la manœuvre, cette sorte de mensuration et de calcul est à peu près négligée par l'opérateur : tout cela finit par se faire un peu tout seul. L'instrument armé est alors retiré en avant, sans autre mouvement, sans secousse et avec lenteur, jusqu'à ce que la nodosité soit entièrement divisée, ce dont vous êtes avertis par le toucher, le manque de résistance et les notions préalablement acquises. Alors la lame est repoussée dans l'olive, les deux tiges étant rendues à leur glissement libre par l'appui du doigt sur le bouton du levier de la crémaillère. L'instrument est ainsi retiré, à moins que, et vous me l'avez vu faire plusieurs fois sans inconvénient, l'opérateur ne juge convenable de procéder sans désemparer à une nouvelle incision, soit du même rétrécissement, soit d'un autre situé plus loin. Vous avez vu que c'est à 4 ou 5 millimètres en arrière du rétrécissement que l'incision doit être commencée, ou mieux que l'instrument armé doit être retiré par l'opérateur; de même il ne faut finir qu'à quelques millimètres en avant; sans cela, les angles antérieur et postérieur de la plaie n'intéressent que partiellemeut les tissus coarctés. Immédiatement après l'opération, on passe une bougie molle ou de métal pour apprécier le calibre rendu à l'urètre par l'incision et écarter les lèvres de la plaie. En tirant à soi pour inciser, il ne faut pas le faire à bras tendu, à bras libre; sans cela, vous vous exposez à balayer tout l'urètre. Il faut, au contraire, que votre main ou votre avant-bras s'appuie solidement soit sur la base de votre poitrine, soit sur la cuisse du malade. Vous ne sauriez croire, en effet, quelle force on est obligé d'employer dans la plupart des cas. C'est, en effet, le propre de l'indication de l'urétrotomie qu'il s'agit de tissus durs, denses, fibreux, contre lesquels tout échoue, à l'exception de l'instrument tranchant. Cette force avec laquelle on est obligé d'agir ne doit point être oubliée par vous. Au moment où l'on tire l'instrument à soi pour opérer la section, le point rétréci vient en avant, comme il avait d'abord fui en arrière par les manœuvres de l'introduction. Ce double déplacement pourrait jeter de la confusion dans la manœuvre, surtout pour l'étendue de la division, si le chirurgien ne calculait les effets d'un pareil mouvement de va-et-vient.

D[r] Adolphe RICHARD.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 mars 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Bains salés.

M. E. Carrière envoie un mémoire sur les bains d'eaux salées qu'on pourrait établir en France, dans diverses localités, à l'aide des eaux mères des salines. Plusieurs établissements florissants de cette nature existent, dit l'auteur, en Allemagne.

Fièvres intermittentes.

M. Liegey adresse une note sur des fièvres intermittentes de cause traumatique et sur des fièvres traumatiques.

Avortement provoqué.

M. Devilliers fils présente un mémoire sur l'histoire de l'avortement provoqué, considéré au point de vue de la morale, chez les peuples de l'Italie.

Prix Civrieux.

A propos de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel annonce que l'Académie a reçu, sans doute par suite d'une erreur, un mémoire pour le prix relatif au tétanos. Ce prix ne devant être décerné que l'année prochaine, les auteurs peuvent déposer leur mémoire jusqu'au 1[er] mars 1853.

Procès de l'Académie relativement au prix d'Argenteuil.

M. le président annonce qu'avant de donner la parole aux personnes inscrites à l'ordre du jour, il croit devoir engager M. Orfila à rendre compte du procès qu'il a soutenu au nom de l'Académie.

Voici un extrait du compte-rendu de M. Orfila :

L'an dernier, pendant ma présidence, l'Académie reçut des exécuteurs testamentaires de la succession du marquis d'Argenteuil une assignation portant que son président était tenu de comparaître devant le tribunal de première instance à l'effet d'entendre condamner l'Académie pour n'avoir pas exécuté les volontés du testateur, et notamment pour n'avoir pas encore décerné le prix fondé par lui.

Votre conseil d'administration et le nouveau président, se fondant sur les avantages qui pourraient résulter de confier la défense de nos intérêts à celui de nos collègues qui s'était en quelque sorte préparé de longue main à les faire valoir, insistèrent tellement auprès de moi pour m'engager à soutenir le procès, que je ne balançai pas à accepter une délégation qui m'honorait. Je me rendis donc de nouveau, en janvier dernier, au tribunal, qui, après plusieurs nouvelles remises, retint définitivement la cause pour le mercredi 18 février dernier.

Dès l'ouverture des débats, la parole fut donnée à M[e] Villepin, avocat des exécuteurs testamentaires.

Je crois indispensable, pour que vous puissiez juger de la valeur de ma réponse, de vous présenter le sommaire de cette plaidoirie.

1° L'Académie devait donner le prix, dit M[e] Villepin, en 1844 et en 1850, ce qu'elle n'a pas fait; et pourtant, en 1846, la commission d'Argenteuil avait jugé que les maladies du canal de l'urètre avaient été l'objet de perfectionnements importants, et que l'un de ces perfectionnements était plus important que les autres, puisqu'elle reconnaissait qu'il y avait lieu d'accorder 4,000 fr. à M. Perrève, tandis qu'elle ne donnait à M. Béniqué qu'une somme de 1,000 fr.

2° En 1850, l'Académie décide qu'elle n'accordera que des mentions honorables, malgré l'esprit si formel du testament, qui ne reconnaît pas de pareilles mentions.

3° L'Académie a institué un concours, ce que n'a jamais voulu M. d'Argenteuil, puisque, suivant lui, il fallait donner le prix au travail le plus important, dans quelque partie du monde que ce travail eût pris son origine. En appelant des concurrents, c'était forcément limiter la lutte entre ceux qui voudraient prendre part au concours.

4° Dans la commission nommée par l'Académie (pour le prix de 1838 à 1844) figurent quatre spécialistes bien connus. Peut-être, en consultant les passions des hommes, leurs intérêts, leurs vivacités, pourrai-je expliquer, jusqu'à un certain point, les hésitations, les incertitudes, les discussions qui se sont manifestées dans la commission, mais ma mission n'est pas d'insister à cet égard, et je préfère rester à la superficie des choses.

5° L'Académie de médecine prétendra-t-elle qu'il n'y a pas eu depuis treize ans des travaux importants et dignes d'être récompensés? Mais, messieurs, voici un travail émanant d'une commission spéciale, qui témoigne au plus haut degré que l'importance des perfectionnements dans la partie de l'art de guérir que le marquis d'Argenteuil a voulu encourager ne pouvait être méconnue. Il s'agit d'un rapport du savant M. Lagneau, qui reconnaît que le docteur G... est « l'auteur d'une méthode nouvelle au moyen de laquelle on guérit aujourd'hui complétement et radicalement une maladie aussi grave qu'elle est fréquente, et qui avant lui était *tout à fait incurable.* » Cette conclusion a été adoptée par l'Académie.

6° M[e] Villepin dit, en terminant, que le tribunal doit prévoir le cas où l'Académie ne se prêterait pas à l'accomplissement du legs tel qu'il l'aurait interprété, et dire aussi quelle commission, quels hommes, quel mode seront adoptés pour la distribution du prix d'Argenteuil.

Le tribunal m'ayant accordé la parole, j'invoquai en faveur de l'Académie les raisons suivantes :

C'est toujours une question très ardue et très difficile que celle de la distribution des prix et récompenses; pour les Académies, c'est souvent un véritable embarras; on sait qu'il arrive, ou que l'on donne les prix, ou qu'on ne les accorde pas, ou bien enfin qu'on les partage. Quand les travaux ne sont que d'un ordre et d'un mérite secondaire, les prix ne sont pas décernés. Je pourrais faire connaître des précédents nombreux d'académies qui ont agi de la sorte; je me bornerai à en citer quelques-uns choisis parmi ceux qui concernent l'Institut.

En 1838, l'Académie des sciences refuse d'accorder le prix de mécanique fondé par Montyon, ainsi que celui de statistique.

En 1837, le même corps savant remet la distribution du *grand prix des sciences physiques* à l'année 1839, et de cette année à 1843. L'Académie des sciences morales et politiques ne donne pas, en 1837, le prix Beaujon. Enfin, l'Académie des inscriptions et belles lettres n'a pas voulu décerner en 1836 le prix Valmy, et pourtant de nombreux mémoires avaient été envoyés à ces Académies. On devrait s'étonner s'il en était autrement à l'Académie nationale de médecine; nous ne voulons pas plus nous déshonorer que les autres corps savants, en signalant à l'attention publique des travaux qui n'ont pas une importance suffisante. Et ici je ferai remarquer au tribunal que nos décisions doivent être sans appel, parce que nous sommes juges souverains.

Avant de répondre à M[e] Villepin, que j'ai entendu avec plaisir, et afin de mieux faire ressortir la force de mes arguments, il me sera permis de faire un examen critique de la disposition testamentaire du marquis d'Argenteuil.

Conçoit-on qu'il entre dans l'esprit d'un homme de fonder *à perpétuité* un prix qui devra être donné tous les six ans sur un sujet aussi restreint que celui qui a été choisi? Comment supposer qu'actuellement et dans les siècles à venir, on produira, à chacune des périodes sexennales, un travail digne d'une aussi belle récompense? On ne commande pas ainsi au génie, et tout le monde prévoit que dix, quinze, vingt, trente années et plus puissent s'écouler sans qu'il ait surgi, je ne dirai pas un travail très important, mais même des travaux d'une certaine importance.

Mais les difficultés qui tiennent à la nature du sujet indiqué par M. d'Argenteuil seraient considérablement aggravées, s'il fallait partager l'opinion émise par M[e] Villepin, à savoir : qu'il faut faire un choix parmi les travaux publiés dans le monde entier; à coup sûr, le prix ne serait jamais donné, si, comme l'ont voulu toutes les commissions d'Argenteuil, on tient à juger avec connaissance de cause. En effet, comment ces commissions ont-elles opéré? Vous croyez peut-être, messieurs, que l'on s'est borné à lire les travaux des auteurs, à examiner leurs instruments? Non, certes; on a voulu voir et palper, pour ainsi dire; non-seulement on a exigé que les procédés fussent appliqués devant la commission, mais encore on a suivi les malades afin de mieux apprécier les résultats. Comment appliquer cette méthode, si probante et si rigoureuse, à des malades éloignés quelquefois de plusieurs centaines de myriamètres, et que l'on ne pourrait pas soumettre à l'observation?

Vous dites que l'Académie a établi un concours, malgré le désir et la volonté du testateur. Il n'en est rien. Lorsqu'on institue un concours scientifique, on fait un appel à un certain nombre d'individus réunissant des conditions spéciales d'âge, de grade, etc. On trace un programme des épreuves à subir, etc. Ici on s'est borné à publier, et il le fallait, le texte du testament, en laissant à tout le monde la liberté de se présenter.

M[e] Villepin, à l'occasion du rapport de la commission en 1846, blâme l'Académie de n'avoir pas adjugé le prix, puisque cette commission reconnaissait des mérites divers à quatre candidats, et surtout à l'un d'eux. La réponse est toute simple; la commission proposait de partager le prix, et, suivant l'Académie, d'accord sur ce point avec un avocat célèbre dont elle avait demandé l'avis, M[e] Paillet, ce prix devait être donné à un seul prétendant. Mais, dites-vous, il fallait alors rémunérer celui des quatre docteurs dont les travaux étaient en première ligne. Je répondrai que l'Académie ne devait pas agir ainsi, dès qu'elle ne considérait pas ces travaux comme offrant un mérite qui fût en rapport avec la beauté du prix.

J'arrive à la partie la plus délicate de ma mission, à celle qui a pour objet de mettre dans tout son jour une observation faite par M. l'avocat, et qui a pu impressionner le tribunal d'une manière fâcheuse pour l'Académie. Il s'agit du docteur G..., dont les travaux ont été signalés avec tant d'éloges par notre honorable collègue M. Lagneau.

Voici comment les choses se sont passées. Après la lecture du mémoire du docteur G..., l'Académie nomme une commission de cinq membres, qui désigne M. Lagneau pour rapporteur. Au moment où le rapport allait être lu à la commission, celle-ci ne se composait plus que de trois membres, deux ayant succombé depuis quelque temps. Sur ces trois membres, l'un déclare qu'il ne signerait pas le rapport, un autre consent à le signer s'il était modifié. Le rapport était donc tout au plus l'œuvre de deux de nos collègues. Mais qu'importe! la jurisprudence constante de l'Académie a été de ne jamais adopter le corps d'un rapport qu'elle considère comme l'œuvre personnelle des commissaires, voire même celle du rapporteur, mais seulement de donner sa sanction aux *conclusions.*

Or, dans l'espèce, les conclusions n'étaient pas celles qui ont été lues par M[e] Villepin, mais bien celles-ci, en substance du moins : *L'auteur sera remercié et son mémoire sera renvoyé comme document à la commission d'Argenteuil.* Ainsi s'évanouit cette grande objection dont M[e] Villepin avait cru pouvoir tirer un si grand parti.

Je terminerai, comme cet avocat, en parlant de la commission que le tribunal devrait nommer pour décerner le prix d'Argenteuil. Si cette mesure est dans les attributions du tribunal et qu'il la prenne, l'Académie sera ravie de ne plus être chargée d'un travail pénible, fastidieux et onéreux pour elle; mais, tant que les choses resteront en l'état, l'Académie ne procédera pas autrement qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour.

M[e] Chaix-d'Est-Ange, n'ayant pas cru nécessaire d'ajouter de nouvelles considérations, s'est abstenu de plaider.

M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Orfila et donne lecture du jugement suivant, qui a été rendu par le tribunal huit jours après les plaidoiries :

« Attendu que les intentions de M. d'Argenteuil exprimées dans son testament ne présentent rien d'obscur ni d'ambigu : que le testament contient : 1° une disposition principale, à savoir : l'institution d'un prix qui doit être décerné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre; 2° une disposition subsidiaire (pour le cas seulement où pendant la période de six ans les moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre n'auraient pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix institué), à savoir : la faculté pour l'Académie d'accorder ce prix à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant cette même période de six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires;

» Attendu que, dans l'une comme dans l'autre hypothèse, le testateur à entendu s'en rapporter exclusivement au jugement de l'Académie de médecine; qu'elle ne peut être tenue de décerner un prix qui ne lui paraît pas mérité, de récompenser des œuvres médiocres ou des perfectionnements insignifiants;

» Qu'il appartient donc à l'Académie, et à elle seule, d'apprécier si, dans un espace de six ans, il a été apporté aux moyens curatifs des rétrécissements un perfectionnement assez notable, assez important pour mériter le prix, et subsidiairement, en cas de négative, si dans la même période il a été apporté au traitement des autres maladies des voies urinaires un perfectionnement assez notable pour que l'Académie use de la faculté que lui laisse le testament.

» Attendu que le testateur n'a point prévu le cas où l'Académie ne croirait devoir appliquer ni la disposition principale, ni la disposition subsidiaire;

» Attendu que l'Académie a décidé qu'il n'y avait point lieu de décerner le prix pour la première période (1838-1844), et que les fonds destinés à ce prix seraient réservés pour augmenter le prix de la période suivante;

» Attendu que si les héritiers, légataires ou exécuteurs testamentaires de M. d'Argenteuil jugent le mode adopté par l'Académie contraire aux volontés du testateur, ils peuvent, dans leur intérêt personnel ou dans celui de la succession, en tirer telles conséquence que de droit et se pourvoir s'il y échet, ainsi qu'ils aviseront, pour inexécution des conditions du legs accepté par l'Académie;

» Mais, attendu qu'il est interdit aux tribunaux de prononcer par voie de dispositions générales et réglementaires sur les causes qui lui sont soumises; qu'ainsi le tribunal ne peut statuer sur les prix à échoir ultérieurement, c'est-à-dire sur des faits non accomplis et qui peuvent ne pas se réaliser;

» Attendu, pour ce qui concerne les prix relatifs aux deux périodes accomplies, que le tribunal ne peut ni s'immiscer lui-même, ni conférer à des tiers le droit de s'immiscer dans l'appréciation de travaux ou la distribution de récompenses qui ne relèvent que de l'Académie;

» Déboute Dugon et Lambert ès noms de leur demande, et les condamne aux dépens. »

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Henry lit des rapports favorables sur les eaux minérales suivantes :

1° Eau minérale bicarbonatée de Sermaize (Marne);

2° Eau minérale sulfureuse d'Olette (Pyrénées-Orientales);

3° Eau minérale sulfureuse de Tramezaigues (Basses-Pyrénées);

Et un rapport défavorable sur une eau minérale de Revel (Haute-Garonne).

Tous ces rapports sont adoptés.

Analyse du sang.

M. Lecanu lit un rapport sur un mémoire de M. Gobley, intitulé: *Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux chez l'homme*. Il résulte, suivant M. le rapporteur, du travail de M. Gobley :

1° Que le corps gras phosphoré signalé par M. Chevreul est de nature complexe. On peut en extraire de la *cérébrine*, de la *lécithine* (du grec λεκιθος, *jaune d'œuf*), autre principe immédiat du cerveau, du jaune d'œuf et de la laitance. Cette lécithine, remarquable par une tendance prononcée à se transformer en acide margarique et phospho-glycérique sous l'influence des alcalis, des acides, des ferments, serait la cause accidentelle de la présence des acides margarique et oléique dans le sang;

2° La margarine, l'oléine et la cholestérine font réellement partie des principes immédiats du sang normal;

3° La séroline, au contraire, n'existe pas, et on a pris pour elle un mélange d'albumine, d'oléine, de margarine et de cholestérine.

Conclusions : renvoi au comité de publication. (Adopté.)

LECTURE.

Traitement de la fièvre intermittente par les douches froides.

M. L. Fleury lit sur ce sujet la note suivante,

Un médecin qui a déjà fourni à l'Académie l'occasion d'une de ses discussions les plus importantes, et dont une commission académique est chargée de répéter les expériences touchant un nouveau mode de traitement des maladies périodiques, trace ainsi l'historique de sa découverte :

« Pendant l'été très chaud de 1847, dit M. le docteur Baud, la commune de Meudon, où j'exerçais la médecine, fut soumise à une épidémie de diverses affections paludéennes dont toutes les phases furent évidemment calquées sur celles de l'abaissement de niveau, par évaporation, des nombreux étangs disséminés sur le territoire de la commune. Bien rares et bien privilégiés furent les malades qui n'eurent pas à lutter, par d'incessants retours, à l'usage du sulfate de quinine, contre les incessantes récidives d'une fièvre incoercible.

» Je ne fus pas de ce petit nombre, et pourtant c'est avec une consciencieuse vigueur que je m'étais administré le spécifique au début, aussi bien que dans les rechutes multipliées d'une fièvre tierce, qui m'enlevait à mes malades au moment où je leur étais le plus nécessaire.

» A bout de moyens, lisant le fatal *medice, cura te ipsum* sur la figure des nombreux récidivés qui gémissaient autour de moi de l'*impuissance du quinquina*, j'eus recours aux douches froides, moins désireux d'obtenir ma guérison définitive que de faire jouir mes compagnons d'infortune du résultat de ma tentative, si elle réussissait. *Une seule douche*, prise au moment même du début d'un accès qui s'annonçait très intense, suffit *pour me guérir sans retour*. Des cures *radicales*, un peu moins rapides seulement, furent obtenues sur divers fiévreux, cures dont le docteur Fleury a donné la relation dans une notice adressée à l'Académie des sciences. »

Vous pensez sans doute, messieurs, qu'après un aussi beau résultat obtenu sur lui-même et sur plusieurs de ses malades, la reconnaissance, à défaut de tout autre sentiment, fit de notre confrère un ardent propagateur des douches froides. Il n'en fut rien; l'efficacité si bien constatée de ce modificateur ne servit qu'à faire éprouver à M. le docteur Baud le besoin de chercher un succédané au quinquina. De là l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, dont les merveilles ne paraissent pas devoir résister à l'épreuve d'une expérimentation suivie et rigoureuse.

C'est aujourd'hui le tour du sel marin. Puisse-t-il être plus heureux que son prédécesseur! Et je n'aurais élevé aucune réclamation en faveur d'une médication que je considère comme beaucoup plus simple et plus sûre, si l'honorable M. Piorry n'avait inséré dans son rapport, à propos des douches froides, une proposition dont on pourrait tirer des inductions qu'il importe de prévenir, dans l'intérêt de la vérité, de la science et de l'humanité.

« La diminution dans les dimensions de la rate à la suite de l'administration du sel marin, dit M. Piorry, est-elle seulement momentanée, et l'organe revient-il à des dimensions plus considérables que celles qu'il présentait après l'ingestion du chlorure de sodium? Dans l'immense majorité des cas, le lendemain et les jours qui suivaient celui de l'administration du sel marin, la rate restait précisément circonscrite dans les figures qui avaient été tracées lors de la diminution primitive de l'organe. Il n'en est pas de l'action du sel marin comme de celle des douches.

» M. le docteur Fleury a vu celles-ci promptement diminuer le volume de l'organe et, partant, *fréquemment* guérir les fièvres d'accès; mais, *dans bien des cas*, le décroissement de la rate qui survient à la suite des douches n'est pas de durée, et quelques heures ou *quelques jours* après, l'organe *reprend en partie ses proportions morbides*. »

Messieurs, dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences et inséré dans les *Archives générales de médecine* (n° de mars 1848), j'établis :

Que *tous* les malades soumis à l'action des douches froides ont guéri;

Que dans les cas de fièvre intermittente récente, avec ou sans augmentation du volume de la rate, deux ou trois douches ont suffi pour amener une guérison *radicale;*

Que, dans tous les cas où la rate a présenté une augmentation de volume ancienne et considérable, les douches froides ont *constamment* exercé sur cet organe une action régulière, s'accomplissant suivant une *loi* qui peut être formulée ainsi :

« Chaque douche amène instantanément dans le volume de la rate une diminution, qui persiste pendant un temps d'autant plus long que le nombre des douches administrées est plus grand; dans les intervalles qui séparent les douches les unes des autres, l'organe augmente de nouveau, *sans atteindre toutefois, dans aucun intervalle, les dimensions qu'il présentait dans l'intervalle précédent*, et en passant ainsi par des alternatives de décroissement et d'accroissement de moins en moins considérables, *il revient enfin définitivement à ses limites physiologiques.* »

Ainsi, messieurs, votre honorable rapporteur a dit avec raison qu'à la suite des douches la rate reprend en partie ses proportions morbides; mais il faut ajouter que le résultat ultime du traitement est de *ramener définitivement l'organe à ses dimensions physiologiques.*

Cette addition a une importance facile à saisir, car c'est elle seule qui permet de comprendre comment j'ai pu obtenir par les douches froides la guérison *radicale* de fièvres d'accès et de splénomégalies anciennes, graves, ayant résisté à l'administration méthodique du sulfate de quinine; et c'est aussi en m'appuyant sur elle que j'espère en guérir qui auront résisté à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, voire même au sel marin.

Cherchant à se rendre compte de l'action différente des modificateurs, votre savant rapporteur se pose les questions suivantes :

« Est-ce que le sel marin, comme la quinine soluble, agirait sur la trame de la rate, modifierait dans sa profondeur le tissu malade, tandis que les douches froides détermineraient seulement une constriction, un resserrement momentané du périsplène? »

Mais, quelques pages plus loin, on lit dans le rapport de l'honorable M. Piorry :

« En vérité, je ne saurais dire quel est le mode d'action du sel marin et de la quinine sur la rate; bien des raisons me portent à croire que l'un et l'autre agissent soit sur l'enveloppe, soit sur le tissu fibreux de cet organe. Quant au mécanisme de l'action dont il s'agit, il est inconnu, comme celui de la plupart des substances qui ont sur divers organes une action spéciale. »

Je ne me charge pas, messieurs, de découvrir le mécanisme de l'action exercée par le sulfate de quinine et le sel marin; mais il me semble que la physiologie explique parfaitement celui de l'action exercée par les douches froides; il s'agit tout simplement ici d'une *révulsion* puissante à la fois mécanique et vitale, dont les effets se font sentir non-seulement sur la rate, mais sur tout organe qui est le siége d'une congestion sanguine non inflammatoire : sur l'utérus, les poumons, le foie.

Le 8 mai 1851, je présente un malade à MM. Andral et Piorry, en les priant de vouloir bien déterminer le volume du foie. La percussion est pratiquée par M. Piorry, des lignes sont tracées avec le nitrate d'argent, et ces honorables confrères constatent que l'organe hépatique a 18 centimètres verticalement au niveau du mamelon et que transversalement il dépasse la ligne médiane de 11 centimètres. Une douche est administrée séance tenante, et immédiatement après MM. Andral et Piorry reconnaissent que le volume du foie a diminué de 6 centimètres et demi verticalement et de 5 centimètres transversalement.

Dans un prochain travail, j'étudierai avec tout le soin qu'elle mérite cette importante action révulsive et anticongestionnelle des douches froides. Ici je veux seulement, messieurs, reproduire les conclusions de mon mémoire sur les fièvres d'accès.

1° Dans le traitement de la fièvre intermittente, récente, simple, périodique, avec ou sans engorgement de la rate, les douches froides *peuvent être substituées* au sulfate de quinine;

2° Dans le traitement de la fièvre intermittente ancienne, périodique ou irrégulière, ayant récidivé plusieurs fois, accompagnée d'un engorgement considérable de la rate ou du foie, d'anémie, d'un état cachectique, c'est-à-dire dans le traitement de l'intoxication paludéenne chronique, les douches froides *doivent être préférées* au sulfate de quinine. Plus rapidement et plus sûrement que celui-ci, elles coupent la fièvre, ramènent les viscères à leur volume normal, font disparaître les phénomènes d'anémie et de cachexie sans que l'on ait à redouter les accidents que les hautes doses de sulfate de quinine produisent parfois du côté du système nerveux et des voies digestives.

3° L'action curative des douches froides est complète; car non-seulement elle guérit la maladie, mais elle en prévient encore les rechutes.

Permettez-moi, messieurs, pour terminer, de vous faire remarquer qu'en proclamant la supériorité des douches froides pour guérir non-seulement la fièvre et les congestions viscérales, mais encore, et ceci est bien plus important, l'empoisonnement miasmatique, l'anémie, la cachexie paludéenne, je n'entends établir cette supériorité qu'à l'égard du sulfate de quinine et nullement quant au quinquina, que je n'ai pas expérimenté comparativement.

C'est qu'en effet, sans contester les précieux avantages justement attribués au sel quinique, je crois, avec tous les hommes qui ont pratiqué dans les grands foyers endémiques, que l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique a exercé une influence funeste sur un grand nombre de médecins en leur faisant oublier que, si le sulfate de quinine est le remède de la fièvre intermittente, le quinquina reste celui de l'intoxication paludéenne.

Avortement provoqué.

DISCUSSION.

M. Chailly renonce à la parole.

M. Cazeaux demande à donner quelques explications avant que M. Dubois prenne la parole. Il déclare qu'il n'a entendu soumettre au jugement de l'Académie que la seconde espèce de conclusions qui terminent son rapport; que quant aux premières, il les maintient comme étant parfaitement fondées, mais qu'il n'a nullement eu l'intention de les faire sanctionner par l'Académie.

M. P. Dubois. L'explication que vient de donner notre collègue ne change rien au fond des choses. Que les conclusions du rapport soient l'œuvre particulière du rapporteur ou l'œuvre collective de la commission, elles n'en sont pas moins le développement du désir exprimé par M. Lenoir à la fin de son travail, de voir l'Académie exprimer un jugement sur la question qui lui est soumise. Or, l'acceptation de la conclusion finale du rapport, si les conclusions doctrinales qui la précèdent n'avaient pas été combattues, équivaudrait à l'adoption de ces conclusions.

Le rapport de notre collègue M. Cazeaux comprenait deux parties, l'une relative à la provocation de l'avortement dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, l'autre à la provocation de l'avortement dans les cas de maladies très graves compliquant la grossesse. La première de ces deux questions était l'objet essentiel du rapport, et aurait dû, je crois, en être l'objet exclusif. La seconde en était une partie incidente; c'était une digression que le sujet restreint du travail de M. Lenoir n'autorisait pas, et qui me semble avoir un double inconvénient : d'abord, celui d'ajouter à une question déjà grave et litigieuse une autre question qui peut paraître plus grave et plus litigieuse encore. Quoi qu'il en soit, lorsque j'ai demandé la parole, c'était pour répondre à cette partie du travail de notre collègue; mais comme le sujet que je veux traiter est très délicat et difficile, j'ai pensé que je ne devais pas en abandonner la discussion aux hasards de la parole et à l'expression peut-être insuffisante de ma pensée, et j'en ai fait le sujet d'un travail écrit que je demanderai la permission de communiquer à l'Académie dans sa séance prochaine, si cette discussion n'est pas close. Néanmoins, puisque je suis à cette tribune, je présenterai quelques observations sur la première partie du rapport; qu'il me soit permis de rappeler d'abord et très-succinctement les faits.

Une fille enceinte pour la troisième fois et dont le bassin était très-rétréci réclama les soins de M. Lenoir; elle était alors peu avancée dans sa grossesse. Notre confrère, après quelques hésitations, se décida à provoquer l'avortement, afin d'épargner à cette malheureuse les chances trop graves d'une opération césarienne ou de l'embryotomie, s'il l'avait laissée parvenir au terme de la gestation. Cette opération qu'elle avait subie déjà deux fois, mais par d'autres mains que celles de notre confrère, fut heureuse quant à la mère. C'est l'observation de ce fait accompagnée de quelques considérations que M. Lenoir a communiqué à l'Académie, et qui se terminait par cette phrase. « J'ai pensé qu'il y aurait peut-être quelque utilité pour la pratique à provoquer, de la part de l'Académie, une approbation ou un blâme qui, empruntant à la haute position que ce corps savant occupe une autorité incontestable, servirait pour toujours de règle absolue. »

Chargé de faire un rapport sur ce sujet, M. Cazeaux, après avoir puisé à des sources nombreuses et variées des arguments favorables à la provocation de l'avortement dans les cas où M. Lenoir y avait eu recours, a cru devoir donner son entière approbation à la conduite suivie par notre confrère, et a terminé par les conclusions suivantes (voir ces conclusions dans l'article *Paris*) :

J'ai rappelé à dessein ces conclusions et la dernière phrase qui termine le travail de M. Lenoir, parce qu'elles indiquent clairement le caractère et l'importance du jugement qui est réclamé de l'Académie.

Etait-il nécessaire, comme l'a pensé M. Lenoir, que la question fût soumise au jugement de l'Académie?

La proposition de provoquer l'avortement pour soustraire la femme enceinte et difforme aux dangers de l'opération césarienne n'est pas nouvelle; c'est vers le dernier tiers du siècle dernier qu'elle a été faite en Angleterre, qu'elle y a été acceptée et exécutée.

Transportée plus tard en Allemagne, elle y a rencontré des partisans et des adversaires.

Elle ne se produisit en France que beaucoup plus tard, parce que, aussi longtemps que l'autorité toute-puissante de Baudelocque et de ses successeurs immédiats resta prédominante, toute intervention de l'art qui avait pour but de provoquer l'expulsion du fœtus avant le terme naturel de la grossesse fut énergiquement repoussée.

Ce fut même sous cette influence que beaucoup plus tard, en 1827, l'Académie, consultée par M. Costa sur la question de savoir s'il serait permis de provoquer l'accouchement prématuré chez une femme qu'une suffocation violente mettait en danger de mort, répondit formellement par la négative à cette question. Cependant, Fodéré en 1813, dans son *Traité de médecine légale*, n'hésita pas à déclarer que la provocation de l'avortement par un accoucheur était licite quand la conformation vicieuse du bassin était assez prononcée pour exposer la femme à la nécessité de subir l'opération césarienne. Marc exprima la même opinion dans le *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*. Lorsque notre collègue M. Velpeau publia en 1829 la première édition de son *Traité d'accouchement*, il déclara qu'il ne balancerait pas à conseiller la provocation de l'avortement pour soustraire une femme mal conformée aux dangers futurs de l'opération césarienne.

Moi-même, en 1843, je publiai dans la *Gazette médicale* un article dans lequel je m'étais attaché surtout à établir une différence capitale entre l'avortement provoqué par l'art dans un but salutaire et l'avortement provoqué dans une intention criminelle. J'avais établi aussi nettement que je l'avais pu les droits du médecin; mais j'avais fait plus encore, car ce travail n'avait été publié qu'à l'occasion d'un avortement que, le 14 septembre 1842, j'avais provoqué publiquement à la clinique d'accouchement chez une femme dont le bassin n'avait que cinq centimètres et demi dans la direction du diamètre sacro-pubien. J'avais donc, il y a dix ans, publié, enseigné et mis en pratique la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. Quelques années plus tard, M. Cazeaux pratiqua la même opération; je la répétai encore une fois après lui, et enfin M. Lenoir la pratiqua à son tour. Vous voyez, messieurs, que les médecins qui voudraient aujourd'hui suivre l'exemple que M. Cazeaux, M. Lenoir et moi nous avons donné ne manqueraient pas de précédents et d'autorités médico-légales valables pour les justifier, puisque M. Lenoir lui-même n'en a pas demandé d'autres. Il n'était donc pas réellement nécessaire que la question fût soumise au jugement de l'Académie.

L'appel qui lui est fait par M. Lenoir, et, pour me servir des expressions du rapport, la courageuse initiative de notre confrère était-elle opportune et pouvait-elle aboutir à un résultat? Je ne l'ai pas pensé à l'époque où, venant de provoquer l'avortement pour la première fois, j'aurais pu soumettre la question au jugement de l'Académie, et je ne le pense pas encore. Je vais en dire les motifs.

L'Académie n'est pas consultée en ce moment sur une question d'obstétrique ou de chirurgie à proprement parler; elle n'a pas à se prononcer sur la question de savoir, par exemple, si l'avortement provoqué est plus ou moins grave que l'opération césarienne ou l'embryotomie; la question qui lui est réellement soumise, c'est celle de savoir si, placé dans l'alternative de sacrifier la vie du fœtus ou de compromettre très sérieusement la vie de la mère, l'accoucheur peut et doit sacrifier la première à la seconde.

Or cette question est toute morale : elle est de celles qui doivent être abandonnées à la conscience et aux lumières du médecin. C'est lui seul qui peut et doit la résoudre selon les circonstances particulières et la nature des cas qui se présentent à lui. Voilà ce qui me semble devoir être en principe. J'ajouterai qu'il en doit être nécessairement ainsi dans l'espèce, et voici pourquoi.

La provocation de l'avortement a été surtout conseillée et mise en pratique dans les pays où les opérations césariennes ont été presque toujours mortelles; c'est ainsi qu'elle a pour ainsi dire pris naissance en Angleterre, parce que tous les cas d'hystérotomie, moins un, ont eu pour résultat la mort des opérées. En Allemagne, où les succès de l'opération césarienne ont été plus nombreux, la provocation de l'avortement a rencontré de nombreux adversaires. En France, c'est surtout dans l'École de Paris que cette opération a été acceptée et appliquée, parce que jusqu'à présent aucune opération césarienne n'a été heureuse pour la mère. Si l'art des accouchements était exercé partout dans de telles conditions, les conclusions du rapport pourraient être assurément acceptées. Mais ces conditions si défavorables aux résultats de l'hystérotomie n'existent point partout; on les rencontre, en effet, à un moindre degré dans les villes de second ou de troisième ordre, et surtout dans les petites localités et à la campagne. Aussi ne se passe-t-il presque pas d'année sans que l'Académie reçoive quelque observation d'opéra-

tion césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant par quelques-uns de nos confrères qui exercent dans des conditions plus favorables que celles des grandes villes.

Il est certain que l'adoption des conclusions du rapport ne saurait être rationnellement considérée comme établissant une règle absolue pour ces lieux relativement privilégiés. Supposez que l'Académie déclarât par son vote que le médecin non-seulement peut, mais même doit provoquer l'avortement pour n'être pas réduit à la nécessité de pratiquer plus tard l'opération césarienne, n'infligerait elle pas sans le vouloir le reproche d'imprudence au moins au médecin qui, ayant pu provoquer l'avortement, aurait donné la préférence à l'opération césarienne et l'aurait pratiquée avec succès? Il y aurait là une inconséquence que l'Académie voudra éviter certainement.

Indépendamment des raisons que je viens d'exposer, il en est une autre qui doit rendre l'Académie très circonspecte à l'égard de la décision qu'elle prendra; car elle pourrait, sans le vouloir, paraître adopter une doctrine grave que la raison me paraît réprouver, et qui est exprimée dans le rapport: c'est celle qui consiste à transformer l'enfant que la mère porte dans son sein, qu'elle a procréé volontairement, en un ennemi contre lequel elle aurait le droit de légitime défense. Dans cet ordre d'idées, l'enfant serait assimilé à un assassin, à un fou furieux qui se précipiterait l'épée à la main sur une personne inoffensive. Cette doctrine peut-elle être acceptée à titre d'argument favorable à la provocation de l'avortement? Je ne le crois pas. Mais notre collègue n'a vu certainement ici que l'un des côtés de la question, ou plutôt l'un des deux intérêts engagés dans cette sorte de lutte. Si le pauvre enfant, qui n'est pas assurément coupable de sa procréation, qui a déjà des droits que la loi lui garantit, pouvait défendre sa cause, ne dirait-il pas que ce n'est pas lui qui est l'ennemi de sa mère, mais qu'il en est, au contraire, la victime?

Je ne veux pas insister davantage sur cet argument d'une nature trop délicate, et qui aurait dû paraître suspect à l'esprit judicieux de M. Cazeaux. Je crois qu'il eût été plus sage de ne pas l'offrir à la discussion; l'abus qu'on en pourrait faire est trop facile à prévoir, et d'ailleurs il n'était pas nécessaire à la défense de l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. Mais, pour être juste, je dois ajouter que cette partie de l'argumentation de notre collègue ne lui est point propre, et, ainsi qu'il l'a indiqué dans son rapport, c'est un emprunt, mais, à mon sens, un emprunt malheureux qu'il a fait à l'œuvre d'un homme d'un très grand mérite, de Nægelé, l'auteur du mémoire *De jure vitæ et necis quod competit medico in partu*.

En terminant, je propose à l'Académie de réduire à ces termes les conclusions du rapport:

La commission propose de remercier M. Lenoir de la communication qu'il lui a faite, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

Après l'altercation, qui a été interrompue par une sortie de M. Gerdy, dont nous n'avons pu comprendre le sens, et par quelques mots de M. Cazeaux, qui a déclaré de nouveau qu'il n'entendait pas soumettre les premières conclusions à l'approbation de l'Académie, ce dernier membre prend la parole.

M. Cazeaux. J'ai fort peu de chose à répondre à l'allocution de M. Dubois, qui ne me paraît en rien avoir attaqué le fond de mon rapport.

M. Dubois. Je n'avais pas à attaquer le fond du rapport, puisque j'ai montré depuis longtemps par mes leçons et par mon exemple que l'avortement pouvait être provoqué dans certaines circonstances.

M. Cazeaux. Quant au reproche que m'a fait M. Dubois d'avoir traité sans nécessité de l'avortement dans les cas autres que les rétrécissements du bassin, je ne pense pas qu'un tel reproche puisse être fait à aucun rapporteur; il me semble même qu'on devrait lui savoir quelque gré d'envisager dans leur ensemble les questions que soulèvent les faits particuliers soumis à l'appréciation de l'Académie.

Je n'insisterai pas sur une erreur historique commise par M. Dubois. Ce n'est pas en Angleterre que la question de l'avortement a été agitée pour la première fois; à l'époque où elle le fut dans ce pays, plusieurs accoucheurs français l'avaient déjà traitée.

M. Dubois a répété avec une certaine ironie la qualification de courageuse que nous avons donnée à l'initiative de M. Lenoir. Il faut bien que cette qualification soit exacte, puisque M. Dubois, dans le travail qu'il a publié en 1843, n'a pas osé trancher la question posée par M. Lenoir, et qu'il s'est borné à laisser pressentir la solution qu'il lui donnerait.

Quant aux emprunts que j'ai faits à la thèse de Nægelé et à l'importance que je leur ai donnée, je n'ai pas à m'en défendre, d'autant plus que j'étais autorisé à en agir ainsi par l'exemple de M. Dubois lui-même, qui, dans le travail de 1843, qualifiait de *lumineuse* la discussion de Nægelé sur le droit de vie et de mort sur le fœtus.

A ce sujet, M. Dubois a fait, qu'il me permette de le lui dire, du sentiment en pure perte. Je ne pense pas que personne se soit mépris sur le sens de mes paroles quand j'ai comparé le fœtus à un fou furieux. Ce que j'ai voulu dire, c'est que la femme était en droit de légitime défense en présence de son enfant, comme on le serait en face d'un fou furieux qui menace votre vie, quoiqu'il n'ait pas conscience de ce qu'il fait.

La séance est levée à cinq heures.

La parole est à M. Danyau pour la continuation de la discussion dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er mars 1852. — Présidence de M. Piobert.

Moyens d'assurer la réussite des amputations.

M. Sédillot adresse une suite à son mémoire sur les moyens d'assurer la réussite des amputations des membres, suivie des résultats statistiques des amputations pratiquées pendant l'année scolaire 1850-51.

Ces amputations sont au nombre de 10, ainsi réparties:

Amputations de cuisse.	3 opérés,	3 guéris,	0 morts.
— de jambe. . . .	4	3	1
— du pied (tarso-tars.) .	1	1	0
— des os métacarpiens. .	2	2	0
Total. . .	10	9	1

En réunissant ces cas particuliers à ceux qui ont été déjà communiqués à l'Académie, on trouve 4 morts sur 40 amputations, ou 1 sur 10:

Amputations de cuisse. . . .	7 opérés,	7 guéris,	0 morts.
— de jambe. . . .	14	12	2
— de bras. . . .	2	2	0
— d'avant-bras. . . .	4	4	0
— du pied en totalité. .	1	1	0
— partielles du pied. .	2	1	1
— carpo-métacarpiennes et métacarpo-phal. .	5	5	0
— des phalanges. . .	5	4	1
Total. . .	40	36	4

Sept succès continus d'amputations de cuisse, ajoute M. Sédillot, sont dignes d'attention, si l'on réfléchit à l'extrême gravité habituelle de cette opération, et les guérisons se sont, en général, accomplies avec tant de régularité et de promptitude qu'on ne saurait méconnaître l'influence toute particulière de la méthode opératoire sur ces heureux résultats.

La possibilité de n'imprimer aucun mouvement aux malades, de n'exercer aucune constriction sur le moignon, de supprimer des pansements inutiles et douloureux, de maintenir la plaie spontanément fermée et de laisser une libre issue à la suppuration, explique les avantages de notre méthode.

Présence de l'iode et du brome dans les aliments.

M. Grange adresse des observations sur la présence de l'iode et du brome dans les aliments et les sécrétions.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes:

1° Les bromures et les iodures sont constamment mêlés à notre alimentation, comme les chlorures, mais en quantité infinitésimale. Ces quantités sont si petites et les procédés d'analyse comparative si imparfaits, qu'il est impossible d'obtenir autre chose que des approximations sur lesquelles toute théorie est au moins prématurée.

2° Les bromures et les iodures ne se trouvent pas en quantité appréciable dans les eaux des vallées supérieures, où on ne trouve jamais de goître; ils ne se trouvent pas non plus dans les vallées aux pieds des glaciers, vallées du Rhin, de l'Aar, du Valais ou du Rhône, de l'Arve, de l'Arc, de l'Isère, de la Romanche, du Pô, là où la théorie et les analyses de MM. Cantu, Chatin et les miennes n'indiquent pas de traces sensibles d'iodures. On trouve l'iode plus abondamment dans les eaux et les sources de Lyon, de Genève, où l'on rencontre des goîtreux. Les iodures augmentent dans les eaux à mesure qu'on s'éloigne des hauteurs; le goître augmente ses ravages en partant des hauteurs, où il est à peine sensible jusqu'à la limite des grands bassins.

La distribution de l'iode n'explique point la distribution du goître.

Il n'est pas douteux que les iodures n'aient une influence préservatrice; mais de là à admettre que leur absence soit la cause du goître, il y a une distance immense.

Recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive.

M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'Ecole d'Alfort, adresse des recherches qu'il résume dans les conclusions suivantes:

1° Les diverses glandes qui composent le système salivaire des solipèdes agissent toutes ensemble pendant la mastication. Cependant chacune d'elles a son activité spéciale mise en jeu et modifiée par certaines influences.

2° Les parotides sécrètent inégalement dans un temps déterminé, bien qu'elles paraissent toutes les deux dans des conditions identiques. Elles alternent l'une avec l'autre. Celle du côté sur lequel s'opère la mastication produit au moins un tiers de plus que l'autre. Mais ordinairement elle donne le double et quelquefois même le triple de cette dernière.

3° Quand l'animal qui broyait des aliments sous les molaires droites vient à les broyer sous les molaires gauches, il s'opère un changement correspondant dans la sécrétion parotidienne.

4° Les alternatives d'accélération et de ralentissement dans l'action des parotides se succèdent suivant l'ordre des changements qui surviennent normalement dans le sens de la mastication. Elles sont aussi prononcées lorsque ces changements se renouvellent à des intervalles de quelques minutes que lorsqu'ils se produisent toutes les demi-heures ou toutes les heures.

5° Ces inégalités alternatives de la sécrétion sont tellement inhérentes au mode d'action des parotides qu'elles se manifestent encore pendant le temps assez court de la persistance de la sécrétion après le repas.

6° La sécrétion des glandes maxillaires ne présente pas le caractère de celle des parotides; elle est régulière, sensiblement égale pour les deux et sans variations correspondantes à celles de la mastication.

7° La somme de salive versée dans la bouche par toutes les glandes réunies est, en moyenne, de 5 à 6 mille grammes par heure, lorsque l'animal mange des fourrages desséchés; elle augmente d'un tiers ou d'un quart, quand il consomme des grains; mais elle se réduit au cinquième ou au quart pendant la mastication de racines aqueuses. Cette quantité varie, du reste, suivant les moments du repas; elle n'atteint son maximum qu'au bout d'un certain temps, diminue quand la mastication se ralentit, et se réduit à très peu de chose quand cette dernière s'arrête.

8° Les parotides donnent à elles seules plus des deux tiers de cette somme totale; les maxillaires, le vingtième seulement; les sublinguales, les molaires et les glandules buccales, le reste. Cette proportion entre les produits des diverses glandes est donc très différente de celle que semblent indiquer les rapports entre le poids des glandes.

9° La sécrétion des parotides et des maxillaires est à peu près complètement suspendue pendant l'abstinence, si ce n'est dans les moments qui suivent immédiatement les repas. La salive épaisse et visqueuse qui humecte alors la bouche pour être ensuite déglutiée provient des sublinguales, des glandules buccales et palatines; elle représente environ la 37e partie de celle qui fournit tout le système salivaire pendant la mastication.

10° La sécrétion de la salive paraît, pour toutes les glandes sans exception, excitée par suite de l'impression gustative des aliments sur la muqueuse buccale. Cette impression suffit, sans le secours de la mastication, pour faire affluer dans la bouche la salive parotidienne et la maxillaire. La mastication n'agit, selon toute apparence, qu'en rendant cette impression plus forte et plus étendue par la division qu'elle opère dans les substances sapides.

11° Le mouvement des mâchoires et la mastication des substances sans saveur n'ont pas d'action sensible sur la sécrétion salivaire.

12° La vue des aliments, même pour les animaux qui souffrent de la faim, ne produit pas de salivation appréciable, ni de la part des autres glandes.

13° Les substances excitantes, telles que le sel marin, le poivre, le girofle, le vinaigre, l'assa fœtida, mises en contact avec la muqueuse buccale, n'augmentent que dans une proportion très faible la sécrétion qui a eu lieu pendant l'abstinence. Elles portent spécialement leur action sur les maxillaires, les sublinguales et les diverses glandules de la bouche, quelquefois même aussi sur les parotides. Mais, en somme, elles sont loin d'agir d'une manière aussi efficace qu'on le pense généralement.

14° Les irritations produites sur les canaux excréteurs par l'injection de liquides stimulants n'amènent pas de salivation sensible. La gêne apportée dans la circulation des glandes par la ligature de la jugulaire ne produit pas non plus de salivation pendant le repas, ainsi que l'avait avancé Lower. La ligature de la carotide reste aussi, du moins immédiatement, sans influence sensible sur cette sécrétion.

15° La salive sécrétée par les diverses glandes n'est pas identique. Celle des parotides est constamment très fluide et sans viscosité; celle des maxillaires est épaisse, visqueuse et filante comme un solutum de gomme concentrée; enfin, celle des sublinguales et des glandules sous-muqueuses, que l'on obtient isolée après avoir établi des fistules aux parotides et aux maxillaires, possède une viscosité encore plus considérable.

16° Diverses salives, bien qu'ayant des propriétés physiques dissemblables, peuvent se suppléer réciproquement, puisque la mastication et la déglutition continuent quand on fait couler à l'extérieur les salives parotidiennes et maxillaires.

La Société médicale d'Indre-et-Loire a constitué son bureau de la manière suivante pour l'année 1852:

Président, M. le docteur Charcellay;
Vice-président, M. le docteur Thomas;
Secrétaire général, M. le docteur Anglada;
Secrétaire adjoint, M. le docteur Millet;
Trésorier, M. Pillet, pharmacien.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 28. — SAMEDI 6 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 28. — SAMEDI 6 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Nouveau cas de mort par le chloroforme. Question médico-légale. Règles à suivre dans l'application de cet agent. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'emploi du sirop de jusée dans la phthisie pulmonaire. — Difficultés de l'observation clinique, même en matière de fièvre intermittente. — HOPITAUX. — COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — SAINT-LOUIS (M. Cazenave). Impétigo de la face. Traitement par les antiphlogistiques, les révulsifs. Guérison. — Nouvelle méthode de céphalo-sciage chez le fœtus qui a cessé de vivre. — Plaie du poumon, lésion de l'artère intercostale. — Extraction de la cantharidine à l'aide du chloroforme. — Responsabilité médicale.

PARIS, LE 5 MARS 1852.

Nouveau cas de mort par le chloroforme.

QUESTION MÉDICO-LÉGALE. — RÈGLES A SUIVRE DANS L'APPLICATION DE CET AGENT (1).

PREMIÈRE QUESTION. — « Y a-t-il, pour l'administration » du chloroforme, des règles à l'aide desquelles on » puisse prévenir sûrement la mort ? »

Aucun de nos lecteurs n'ignore sans doute que M. Sédillot a posé cet aphorisme : *le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais*. C'est assez dire que l'honorable professeur attribue à un emploi défectueux du chloroforme tous les cas de mort causés par cet agent ; et par conséquent le cas qui vient d'être jugé par le tribunal de Strasbourg. On se rappelle peut-être que, dans notre numéro du 4 novembre dernier, nous avons été obligé d'émettre un avis différent de celui du savant chirurgien sur cette prétendue innocuité reconnue au chloroforme bien employé, à propos d'une communication faite par M. Sédillot à la Société de chirurgie.

La persistance que ce professeur a mise à soutenir la même opinion, soit devant le tribunal de Strasbourg, où il avait été appelé comme témoin, soit dans une brochure qui résume ses précédentes publications sur ce sujet, nous oblige à revenir sur les motifs qui nous empêchent de partager la confiance de M. Sédillot dans la méthode, d'ailleurs excellente, qu'il préconise, mais qui ne diffère pas de celle qu'emploie l'immense majorité des chirurgiens, et qu'ont suivie bien certainement plusieurs des praticiens qui ont eu des accidents à déplorer.

Commençons d'abord par reconnaître avec M. Sédillot que la meilleure période anesthésique propre aux opérations est celle de la résolution musculaire, de l'insensibilité complète. Nous pensons que c'est avec beaucoup de raison que M. Sédillot s'est élevé contre la pratique qui voudrait que l'on s'arrêtât à la période d'excitation, période pendant laquelle les malades sentent et traduisent d'une manière très expressive leurs souffrances, mais ont ordinairement l'avantage très équivoque de ne pas se rappeler leurs souffrances après l'opération.

Nous admettons donc, avec l'immense majorité des chirurgiens de Paris comme de province, que, pour obtenir du chloroforme tout ce qu'il peut donner, il faut amener les malades à la période de résolution. C'est donc cette période qu'il s'agit de produire sans danger.

M. Sédillot expose ainsi qu'il suit, dans la lettre qu'il a écrite tout récemment à l'Académie de médecine, la méthode à l'aide de laquelle il se croit certain d'atteindre ce but.

Une étude attentive et journalière des faits dont nous avons été témoin et l'examen des conditions dans lesquelles la mort est arrivée sous l'influence du chloroforme nous ont conduit à cette opinion.

Nous avons vu qu'en maintenant la régularité de la respiration et ne dépassant pas l'apparition de la résolution musculaire, on pouvait consommer plus de 100 grammes de chloroforme et laisser les malades dans l'insensibilité pendant une heure sans compromettre la vie.

Nous commençons par verser quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir tenu à un décimètre environ de distance ; la première impression de l'agent anesthésique, toujours plus ou moins redoutée, est ainsi facilement supportée, et, lorsque le calme et la confiance ont reparu, nous rendons graduellement les inhalations plus concentrées, avec la précaution de les suspendre momentanément dès que nous voyons survenir des spasmes du larynx, de la toux, de la gêne respiratoire ou quelque indice d'imminence syncopale ou de congestion cérébrale.

En suivant ces règles, nous mettons, en moyenne, de six à douze minutes à produire l'insensibilité avec résolution musculaire, et nous consommons habituellement de 8 à 20 grammes de chloroforme.

(1) Voir le numéro du 2 mars.

Qu'y a-t-il de spécial dans la méthode recommandée par M. Sédillot, et dont on vient de lire l'exposé ? Bien peu de chose, à notre avis. Il n'est aucun chirurgien, aucun physiologiste, nous n'en connaissons du moins aucun qui ait écrit ou parlé publiquement sur le chloroforme, et qui n'ait insisté avec le plus grand soin sur la nécessité de mélanger une certaine quantité d'air aux vapeurs anesthésiques ; il n'en est aucun non plus qui n'ait recommandé avec insistance de surveiller attentivement l'état de la respiration et du pouls, et de suspendre l'éthérisation dès que l'un ou l'autre se trouble. La seule chose qui puisse différer, dans la méthode de M. Sédillot, de la méthode des autres chirurgiens, c'est le temps qu'il met à produire l'anesthésie, un peu plus long peut-être que celui qu'on emploie généralement. Est-ce là un avantage ? Nous avouons franchement que nous sommes disposé à le croire, sans cependant nous rendre bien raison de notre tendance, sans avoir surtout des faits positifs pour la justifier. Il nous semble qu'en habituant progressivement les organes à l'action de la vapeur chloroformique, on diminue les fâcheux effets de l'impression que cette vapeur peut produire ; mais c'est évidemment là une vue, une probabilité tout au plus, non une certitude.

Ajoutons que, tout en considérant cet avantage comme réel, nous sommes loin d'en exagérer la portée. Ce qui nous paraît surtout dangereux dans la chloroformisation, c'est l'EMPOISONNEMENT GÉNÉRAL, de quelque façon qu'il se produise ; car ce n'est que par cet empoisonnement, c'est-à-dire par l'absorption des vapeurs et par leur action sur le système cérébro-spinal et sur le sang, qu'on s'explique l'anesthésie. Or, que cette absorption se fasse lentement ou rapidement (pourvu, dans ce dernier cas, qu'elle se fasse avec une certaine quantité d'air), il n'y a pas moins empoisonnement, et c'est cet empoisonnement qui peut tuer, parce que le médecin n'est pas maître d'en arrêter les effets. Si les faits consignés dans la science par différents médecins n'étaient point suffisants pour établir cette vérité, M. Sédillot nous fournirait lui-même des arguments irréfutables. Que disait-il devant l'Académie de médecine lors de la grande discussion sur le rapport de M. Malgaigne ? Le voici :

Les phénomènes anesthésiques vont en diminuant dès que l'on cesse l'emploi de l'éther, et l'on reste ainsi maître des accidents. Il n'en est pas de même avec le chloroforme, et l'*on ne possède pas de moyens certains d'en arrêter les effets ni d'en empêcher l'aggravation.* En voici un exemple remarquable :

Un jeune enfant de neuf à dix ans était atteint d'une luxation du pouce ; je le soumets aux inspirations de chloroforme ; l'insensibilité s'établit rapidement ; les bras, soulevés, retombent sur le lit par leur propre poids. Je fais rendre alors de l'air pur et je réduis la luxation. Presque aussitôt le petit malade se met à son séant, se jette avec force sur un aide et cherche à le mordre. On le contient, mais la résolution musculaire qui survient en évite la peine. La respiration faiblit, ainsi que les battements du cœur ; la prostration est complète, et l'on est obligé de recourir à l'emploi de l'ammoniaque et d'autres excitants pour combattre les progrès effrayants de l'anesthésie.

M. Sédillot le reconnaît donc bien positivement : une fois la période de résolution produite, l'art ne possède pas de moyens certains pour en arrêter les effets, c'est-à-dire le progrès. Or, qu'est-ce que le progrès de la période de résolution ? Evidemment c'est la mort ; et si dans le cas précédent M. Sédillot n'a pas vu la mort terminer la scène qui l'a tant ému, c'est moins à un hasard heureux qu'à sa méthode qu'il est redevable de cet heureux résultat. Mais est-ce du moins la seule fois que M. Sédillot a eu de semblables craintes ? Nullement ; il déclare lui-même, dans le passage suivant, que ses craintes se sont renouvelées souvent :

Je fais ici, dit-il, un appel à la bonne foi de tous les chirurgiens dont la pratique est active. Il me paraît impossible qu'ils n'aient pas éprouvé les atteintes de cruelle angoisse *dont j'ai été* PLUSIEURS FOIS FRAPPÉ. Je n'ai eu jusqu'à présent aucun accident à déplorer sur plus de 100 opérations dont j'ai publié les observations, mais j'ai PLUSIEURS FOIS FRÉMI *au doute de n'avoir plus entre les mains qu'un cadavre.*

Ainsi, lorsque le chirurgien constate des symptômes qui lui donnent lieu de craindre la mort, les moyens qu'il doit employer pour la prévenir sont incertains. Tout ce qu'une méthode pourrait faire, ce serait de prévenir le développement des phénomènes qui occasionnent ces craintes ; or M. Sédillot déclare qu'il les a ressenties *plusieurs fois*. Ainsi, sous ce rapport, la méthode qu'il considère comme infaillible ne l'a pas plus garanti contre ces craintes que celles que nous voyons tous les jours mises en pratique dans nos hôpitaux, où certainement chaque chirurgien n'a pas eu des craintes plus fréquentes que celles du savant chirurgien de Strasbourg.

Concluons de tout ce qui précède que la méthode recommandée par M. Sédillot est bonne, mais que ce serait une illusion dangereuse de la considérer comme mettant sûrement à l'abri de tout danger. Le moindre inconvénient d'une pareille sécurité serait de faire multiplier démesurément l'emploi du chloroforme ; car dès qu'on est certain qu'il n'offre aucun danger, il est évident qu'il n'y a aucune raison pour ne pas l'administrer dans toutes les occasions possibles où l'on a la plus faible douleur à éviter.

Pour terminer cette discussion et répondre à la question que nous nous sommes posée en commençant, nous dirons : « Il n'y a pas, pour l'administration du chloro» forme, des règles à l'aide desquelles on puisse préve» nir sûrement la mort. »

Nous sommes heureux, d'ailleurs, de pouvoir donner à cette conclusion l'appui du rapport de MM. Caillot, Rigaud et Tourdes ; rapport très bien fait, et dans lequel ces savants experts reconnaissent que, dans certains cas de mort produits par le chloroforme, toutes les règles que recommande la science ont été observées.

Cette première question étant ainsi résolue, il est évident que la seconde l'est également ; car, s'il n'y a pas de règles positives, on ne peut condamner celui qui n'aurait pas mis en pratique celles qu'adopte et que recommande tel ou tel praticien. Ce qu'on peut exiger d'un opérateur, c'est qu'il ne néglige pas les précautions dont tous les hommes expérimentés ont unanimement reconnu l'utilité.

Une autre question accessoire a été soulevée dans le procès de Strasbourg, c'est celle de savoir si la chloroformisation devait être considérée comme une grande opération interdite aux officiers de santé sans l'assistance d'un docteur. Les experts et le tribunal ont judicieusement résolu cette question par la négative, tout en exprimant le vœu, plein de sagesse, que les officiers de santé se fassent, autant que possible, assister par un docteur, lorsqu'ils auront à appliquer le chloroforme en inhalations. — H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'emploi du sirop de jusée dans la phthisie pulmonaire.

Les renseignements opposés fournis à l'Académie de médecine par M. Bricheteau et par M. Louis étaient de nature à donner un certain intérêt à ceux qu'on pourrait recueillir dans quelques autres services des hôpitaux. On se rappelle, en effet, que M. Bricheteau avait reconnu au sirop de jusée une action avantageuse qui se traduisait par l'amélioration de quelques symptômes de la phthisie, tels que les sueurs, la diarrhée, l'expectoration. M. Louis, au contraire, n'avait reconnu au médicament absolument aucune influence sur les divers symptômes de la tuberculisation.

Nous savions que M. Vigla, qui expérimente avec tant de sagacité et de prudence les moyens nouveaux dont la pratique semble raisonnablement être en droit d'espérer quelque résultat utile, administrait le sirop de jusée chez plusieurs phthisiques de son service à la Maison nationale de santé. Nous avons donc voulu savoir ce qu'il avait obtenu de ce médicament, et nous nous sommes assuré que ses résultats tenaient le milieu entre ceux de M. Bricheteau et ceux de M. Louis, tout en se rapprochant davantage de ces derniers.

Ainsi, M. Vigla a observé dans quelques cas une amélioration notable dans l'état des sueurs, à la suite de l'administration du médicament. Rarement la toux s'est calmée, ou même a diminué d'intensité ; l'expectoration n'a presque jamais été influencée d'une manière sensible. Le symptôme sur lequel le sirop de jusée semble avoir le plus d'influence est la diarrhée. Ce mode d'action est d'ailleurs celui qui s'explique le mieux ; la jusée devant être surtout considérée comme un médicament astringent fort analogue à la ratanhia ou au tannin, dont la jusée est un diminutif. C'est d'ailleurs par ces propriétés astringentes que M. Vigla explique le mode d'action de cette préparation, et il ne pense pas qu'il soit supérieur aux divers astringents qu'on met habituellement en usage dans les circonstances où la jusée a été recommandée. Mais comme le médecin ne

trouve que trop souvent, dans le traitement de la phthisie, le temps d'épuiser l'arsenal thérapeutique, ce n'est pas une chose tout à fait superflue d'avoir à sa disposition une préparation de plus pour alimenter l'impatience bien légitime des malheureux malades, et pour calmer un peu leur imagination.

Sous le point de vue de la facilité d'administration, la jusée est inférieure à beaucoup d'autres préparations analogues; sa saveur est désagréable, et beaucoup de malades désignent le médicament sous le nom de *sirop de bottes*. Ce goût excite une répugnance complète chez quelques-uns; mais la plupart le prennent sans trop de difficultés, et d'autres s'y habituent avec facilité. C'est donc, en résumé, un moyen qu'il ne faut pas bannir absolument de la thérapeutique.

Difficultés de l'observation clinique, même en matière de fièvre intermittente.

Quand M. Grisolle a insisté avec tant de raison sur les conditions essentielles de toute bonne expérimentation clinique, sur la nécessité absolue, pour tout médecin qui veut faire un travail sérieux, de recueillir lui-même les faits sur lesquels son travail est basé; quand nous avons répété les mêmes recommandations après ce savant académicien, nous paraissions en quelque sorte énoncer une vérité trop vraie, c'est-à-dire une naïveté. Certes, quand nous parlions ainsi, nos paroles s'adressaient moins à notre habile professeur M. Piorry qu'aux jeunes médecins qui ne se tiennent jamais assez en garde contre les écueils que nous signalions. La communication suivante, que nous recevons d'un de nos honorables correspondants, prouve, pour la millième fois, que la vérité sur laquelle nous insistions n'avait rien de naïf. Nous recommandons, en conséquence, cette communication à l'attention du savant auteur de *pathologie iatrique*.

« M. Piorry a cité, pour corroborer sa doctrine, un de nos clients des environs de Caen, qui, *ayant reçu un coup de pied de cheval dans la région de la rate*, avait été atteint d'une fièvre intermittente.

» C'est M. le docteur Durand, de Saint-Aubin-sur-Mer, disciple de M. Piorry, qui a communiqué ce fait à son maître. M. Durand ayant entendu parler de mon malade, domicilié dans la commune de Bédouville, voisine de Saint-Aubin, lui fit une visite et ne put sans doute prendre tous les renseignements nécessaires; car voici ce qui s'est passé réellement :

» Le malade dont il s'agit est un ecclésiastique qui était affecté depuis longtemps d'une fièvre intermittente (ces fièvres sont très fréquentes et très tenaces dans cette commune, située à l'embouchure de l'Orne); elle avait récidivé plusieurs fois, et avait toujours cédé au repos et à d'autres moyens appropriés. Ayant été obligé de monter à cheval pour l'exercice de son ministère, il avait reçu *un coup de pied de ce cheval à la jambe*, qui n'en conservait aucune trace quelques jours après. Les accès revinrent à la vérité après cette blessure; mais c'était la cinquième récidive. Je vous donnerai d'ailleurs l'observation complète de ce malade que je traite depuis quinze ans. »

Cette note est signée de M. Leclerc, membre de la Société médicale et linnéenne de Normandie, dont nous avons déjà reçu des communications intéressantes. Elle prouve avec quelle circonspection nous devons accepter les faits cliniques qui nous viennent même des hommes dans lesquels nous avons le plus de confiance.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les n^os^ des 14 et 26 février.)

Troisième leçon. — *Du cancroïde.*

Les deux classes de tumeurs dont nous avons parlé précédemment n'avaient avec le véritable cancer que des rapports assez éloignés; il a suffi d'en signaler les différences principales pour mettre tous les praticiens en état de les reconnaître. Il n'en est plus de même du cancroïde. Cette affection a, comme son nom l'indique, de grandes analogies avec le cancer; elle trompe souvent l'œil le plus exercé, le praticien le plus expert, et, sans l'intervention du microscope, il eût été peut-être impossible d'en jamais connaître exactement la nature.

Mais à présent que ce précieux instrument d'investigation nous permet de scruter la texture des tumeurs et d'établir entre elles des distinctions anatomiques précises, les nuances cliniques qui nous échappaient autrefois apparaissent plus saillantes, et peuvent être saisies par le praticien comme les symptômes d'une espèce particulière de maladie.

Nous savions, en effet, que certains cancers des plus hideux et des plus fétides pouvaient être détruits sans retour par des opérations chirurgicales; que cet heureux résultat pouvait être obtenu encore après une ou plusieurs récidives, alors même que les ganglions étaient envahis. Nous savions que certaines de ces cruelles affections pouvaient ronger les malades pendant des années entières sans infecter l'organisme et sans produire la cachexie; qu'elles entraînaient enfin la mort des malades bien plus par les désordres locaux que par l'intoxication générale.

Mais ces faits, connus des praticiens, n'étaient considérés que comme des particularités d'évolutions dont la raison restait ignorée. En nous révélant qu'à ces particularités symptomatologiques correspondait toujours une structure anatomique spéciale, le microscope a permis de constituer dans la classe des cancers une famille distincte sous le nom de cancroïde ou de cancer épithélial.

Caractères. — Examiné au microscope, le cancroïde a pour caractère essentiel la cellule épidermique, qu'il est toujours facile de reconnaître à ses contours distincts, à sa forme régulière, et surtout à son noyau peu volumineux et arrondi; on rencontre assez souvent plusieurs cellules agglomérées qui, par leur réunion, constituent des corps arrondis, d'apparence fibreuse, auxquels on donne le nom de globe épidermique.

La matière épidermique se présente sous l'aspect, non pas de suc lactescent ou émulsif comme la matière cancéreuse, mais bien sous celui d'une substance blanchâtre ayant la consistance d'une pâte molle et se délayant dans l'eau sous forme feuilletée. Cette matière est quelquefois réunie en petites masses arrondies, d'apparence tuberculeuse; mais elle est le plus souvent infiltrée dans les tissus qu'elle envahit, et dont on peut l'exprimer par la pression ou le raclage.

Le cancroïde a toujours pour point de départ l'une des surfaces tégumentaires, externe ou interne, naturellement couvertes d'épithélium, telles que la peau, les membranes muqueuses et même les membranes séreuses; mais quand le mal prend de l'extension, on voit l'infiltration épidermique pénétrer à des profondeurs considérables dans le tissu des muscles, des tendons, des os eux-mêmes; elle envahit souvent les ganglions lymphatiques en rapport immédiat avec la partie malade; mais, en supposant qu'elle franchisse cette barrière, on ne la voit jamais déterminer dans l'organisme des phénomènes d'intoxication générale, ni de cachexie. Cette absence d'infection est le fait capital de l'histoire du cancroïde; c'est là ce qui, sous le point de vue clinique, le différencie essentiellement du véritable cancer.

Je ne sache point qu'on ait encore donné l'explication de ce fait; cependant, en y réfléchissant bien, l'anatomie et la physiologie paraissent en donner facilement raison. En effet, si nous considérons le mode de nutrition de nos organes et de nos tissus sains, nous voyons que les cellules dont ces organes et ces tissus sont formés sont à chaque instant reprises par l'absorption et éliminées par les émonctoires naturels. Or, dans le cancroïde, la cellule fondamentale n'étant autre que la cellule normale de l'épiderme ou de l'épithélium, il est facile de comprendre comment, si l'absorption la porte dans le torrent circulatoire, elle doit être éliminée par les voies régulières, et par conséquent ne causer aucun trouble général.

Dans certaines productions morbides au contraire, et surtout dans le cancer et dans le pus, la cellule normale n'est point en rapport de volume avec les parenchymes des divers organes sécréteurs, de sorte que, si, par un mécanisme quelconque, elle vient à pénétrer dans l'intérieur du système circulatoire, elle ne trouve plus moyen d'en sortir; on conçoit alors qu'elle s'arrête dans les mailles de nos tissus, et qu'elle y détermine des désordres divers. Pour simplifier sa pensée et mieux la faire comprendre, M. Maisonneuve ne signale que le fait saillant de la différence de volume entre la cellule et surtout le noyau normal de l'épiderme et ceux du cancer; mais il est évident qu'il faut tenir compte des différences chimiques vitales et autres qui nous échappent.

Causes. — Les irritations mécaniques fréquemment répétées sollicitent d'une manière évidente le développement du cancroïde; aussi l'observe-t-on souvent à la lèvre inférieure, à la verge, au col de l'utérus, aux narines, à la langue, au rectum. Il y en a en ce moment dans les salles plusieurs exemples remarquables; mais ces causes extérieures ne suffiraient point à le produire s'il n'existait chez le malade certaines prédispositions organiques. Parmi ces prédispositions, les unes peuvent être facilement appréciées comme la préexistence d'un nævus; d'autres fois, et le plus souvent, il n'est pas possible de les saisir, lors, par exemple, que le cancroïde apparaît dans la profondeur des organes splanchniques.

Symptômes et marche. — Parmi les malades que vous avez vus, les uns, tels que le n° 12 de la salle Cochin, nous ont présenté le cancroïde sous la forme ulcéreuse simple; d'autres, tels que le malade du n° 22 de la salle Saint-Jacques, nous ont offert la forme végétante pédiculée; quelques-uns, comme au n° 15, portaient des cancroïdes à forme tubéreuse; d'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, sont affectés de cancroïdes infiltrés. Vous avez ainsi pu voir les quatre formes principales de cette affection.

1° *Cancroïde à forme ulcéreuse.* — On peut l'observer dans toutes les parties du corps, mais spécialement au visage et au col de l'utérus; il débute par une petite papule aplatie, qui bientôt se fendille, s'excorie et s'ulcère.

La surface ulcérée fournit une suppuration peu abondante, qui souvent à l'air libre se dessèche et forme une croûte qui tombe bientôt pour faire place à un ulcère plus profond ou plus étendu.

La base de cette ulcération est ordinairement ferme et calleuse; ses bords sont arrondis, et plutôt renversés que taillés à pic; le fond en est inégal. En général, ces ulcères sont peu douloureux; ils marchent avec lenteur et persistent souvent des années entières. M. Maisonneuve en a vu, à Bicêtre, qui avaient plus de vingt ans d'existence, et le vieillard couché au n° 12 de la salle Cochin offrait une ulcération de cette nature qui datait de dix-huit mois et n'avait pas encore détruit toute la peau de la paupière inférieure.

Ces ulcères ne produisent presque jamais l'engorgement des ganglions; bien différents en cela des cancroïdes tubéreux ou infiltrés, qui ont avec le véritable cancer beaucoup plus de points de ressemblance.

2° *Cancroïdes à forme végétante.* — On rencontre parfois des cancroïdes isolés à forme polypeuse, non-seulement au col de l'utérus, qui est leur siége de prédilection, mais encore à la surface de la peau. Nous en avons observé deux fort remarquables.

Le premier existait chez la malade couchée au n° 22 de la salle Saint-Jacques, laquelle malade avait été adressée de l'hospice de Larochefoucauld. Il siégeait à la partie interne de la fesse gauche. Déjà ce cancroïde avait été extirpé avec le bistouri, il y a deux ans. Il n'avait pas tardé à récidiver, et lors de l'entrée de la malade il avait recouvré tout le développement qu'ils avait lors de la première opération. Sa forme rappelait assez bien celle de ces gros champignons connus sous le nom de ceps. Il laissait suinter un liquide séro-sanguinolent, et quelquefois puriforme; ce cancroïde ne s'accompagnait d'aucun engorgement ganglionaire. Une seule application de pâte arsenicale a suffi pour le détruire.

Le second exemple est celui que présentait le malade du n° 14 de la salle Saint-Jacques. Il occupait toute la cavité du corps de l'utérus, et se présentait sous la forme d'une multitude de végétations irrégulières qui ont été enlevées au moyen de la rugination. Nous en publierons plus tard l'observation complète. Pour le moment, nous nous bornons à le signaler à votre attention.

Ces cancroïdes végétants n'envahissent point ordinairement la profondeur de la membrane où ils prennent naissance. Ils se développent seulement à sa surface; et à moins qu'ils n'occupent la cavité d'un organe splanchnique, ils peuvent persister longtemps sans déterminer aucun accident grave. Mais dans l'utérus, ils agissent à la façon des polypes, en sollicitant des douleurs lombaires et des pertes sanguines qui épuisent les malades.

Cancroïdes tubéreux. — Cette forme, beaucoup plus grave que les deux autres, se rapproche aussi davantage du véritable cancer. Dans cette variété, la production morbide, au lieu d'ulcérer la partie superficielle du derme ou d'en déterminer l'hypertrophie végétante, s'infiltre dans son tissu, pénètre les lames celluleuses sous-cutanées, s'y dépose en masses tubéreuses, qui plus tard se ramollissent et s'ulcèrent en amenant la fonte putride des couches du tissu normal enserrées dans leur intervalle. La malade couchée au n° 15 en porte un des plus remarquables sur la joue gauche. Cette affection a débuté, chez elle, depuis environ dix-huit mois, elle offre le volume d'un gros œuf de pigeon; elle est parfaitement circonscrite, et paraît bien plus développée en profondeur qu'en superficie. Cette tumeur est dure à sa base, ramollie et ulcérée dans son centre; elle n'est le siége d'aucune douleur lancinante; on ne voit aucun ganglion engorgé dans le voisinage. Il y a huit jours, nous avons appliqué une couche de pâte arsenicale du frère Côme; vous l'avez vue flétrie, escarrifiée jusque dans sa profondeur. Peut-être après la chute de la partie mortifiée sera-t-il utile de faire une seconde application caustique. Nous aurons à juger plus tard cette question.

4° *Cancroïdes infiltrés.* — C'est principalement à la lèvre inférieure et au col de l'utérus qu'on les observe, aussi le cancroïde de ces régions a-t-il une gravité toute particulière.

Dans cette forme, en effet, la matière épithéliale envahit d'emblée les tissus profonds de l'organe, envoie au loin des irradiations et pénètre rapidement par les vaisseaux lymphatiques jusque dans les ganglions. C'est la forme qui, le plus souvent, en a imposé pour le véritable cancer. Les parties qui en sont atteintes ne présentent au début qu'un engorgement peu considérable. On ne voit dans leur épaisseur aucune tumeur volumineuse; elles ne donnent naissance à aucune végétation exubérante; mais le tissu de l'organe lui-même est devenu plus dense, moins élastique; il se rapproche de la résistance squirrheuse, sans en présenter toutefois les bosselures irrégulières. Les ulcérations qui surviennent sont profondes, à surface fongueuse, et donnent fréquemment lieu à des hémorrhagies. Tels sont plusieurs cancroïdes de l'utérus que nous avons actuellement dans nos salles : vous avez vu ces ulcères irréguliers qui pénètrent profondément dans le tissu de l'organe et que les caustiques ne détergent qu'imparfaitement.

Cette forme se rencontre encore assez fréquemment dans les cavités nasales; on la voit dans ces régions détruire de proche en proche la peau, les muscles, les cartilages, les os eux-mêmes, et pénétrer enfin quelquefois jusque vers l'encéphale. Cette espèce de cancroïde présente encore un point d'analogie remarquable avec le cancer. Le travail de ramollissement dont il est le siége est souvent accompagné de douleurs lancinantes, de tiraillements fibrillaires regardés ordinairement comme des caractères spécifiques du carcinome.

Pronostic. — Les différentes formes du cancroïde sont loin d'avoir le même degré de gravité.

Les formes superficielles et végétantes sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup moins redoutables que les formes tubéreuses ou infiltrées, lors surtout que ces dernières envahissent les ganglions lymphatiques.

Cependant, on peut dire d'une manière générale que le cancroïde est toujours susceptible de guérison, quand il est possible de l'extirper ou de le détruire en totalité. Comme le cancer, on le voit souvent récidiver sur place; mais c'est qu'alors le mal n'avait pas été détruit dans ses racines ou que la disposition locale qui lui avait donné naissance n'avait pas été complétement neutralisée.

Dans tous les cas, nous avons dit précédemment que la cellule épidermique qui constitue cette affection, par cela seul qu'elle est normale, est susceptible d'être éliminée par les émonctoires naturels, et qu'en conséquence elle ne produit point dans l'organisme les désordres généraux et la cachexie que l'on observe dans le cancer.

Traitement. — Nous ne connaissons aucun moyen de modifier la vitalité des tissus qui sécrètent anormalement la cellule épidermique. Il n'existe pas d'agent thérapeutique susceptible d'en provoquer la résorption. Il ne nous reste qu'une ressource, c'est de la détruire. Pour cela, de nombreux moyens nous sont fournis par la thérapeutique chirurgicale : l'excision, la ligature, la cautérisation. C'est à ce dernier qu'on doit surtout donner la préférence.

La cautérisation, en effet, sert non-seulement à détruire la production morbide, mais encore à modifier profondément la vitalité des tissus qui la sécrètent. Aussi, longtemps avant

que le microscope nous eût révélé la différence du cancer et du cancroïde, l'expérience clinique avait-elle conduit les praticiens à préférer l'usage des caustiques pour ceux des cancers que nous reconnaissons maintenant appartenir à la formation épithéliale. Certains caustiques nous paraissent encore mériter une préférence spéciale en ce qu'ils agissent sur la cellule épidermique d'une manière que nous pourrions appeler spécifique.

De ce nombre sont les préparations arsenicales et l'acide nitrique monohydraté. Le premier surtout a une propriété des plus remarquables : non-seulement il agit directement sur les parties qu'il touche, mais encore il est absorbé par les vaisseaux lymphatiques; de sorte que, pénétrant jusque dans les ganglions, il peut poursuivre dans ces organes les molécules épidermiques qui pourraient s'y trouver réunies et neutraliser leur développement ultérieur.

Nous reviendrons, du reste, sur cette question importante des caustiques à l'occasion du traitement du cancroïde en particulier et du cancer en général.

En résumant cette troisième leçon de M. Maisonneuve, nous devons faire remarquer une théorie, un peu hasardée peut-être, de cet habile chirurgien relativement à l'absence d'intoxication générale et de cachexie dans le cancroïde. En supposant que la généralisation du cancer dans l'économie est une conséquence de la forme et du volume de la cellule spécifique de cette production morbide, M. Maisonneuve émet peut-être une de ces idées fécondes susceptibles d'éclairer l'une des questions les plus ardues de la pathologie; mais nous attendons pour y donner notre assentiment qu'elle ait été traitée d'une manière plus étendue et plus complète par son auteur. Cette question cependant n'est pas absolument nouvelle pour nous. Déjà nous l'avons entendu soulever par M. Maisonneuve, il y a quelques années, à l'occasion de l'infection purulente, et nous nous rappelons avoir entendu ce chirurgien professer que dans l'infection purulente la cause principale des désordres tenait à ce que les globules du pus, trop volumineux pour traverser les parenchymes, s'arrêtaient dans nos tissus pour y former les noyaux des abcès métastatiques.

Ces deux idées nous paraissent connexes et se prêtent un appui mutuel, en ce sens que, dans l'un comme dans l'autre cas, M. Maisonneuve attribue les désordres généraux à une circonstance mécanique, savoir : l'arrêt des globules du pus et des cellules cancéreuses dans la circulation par le fait du volume trop considérable qu'ils présentent pour traverser les émonctoires naturels.

Dr Alexis. Favrot.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Impétigo de la face. — Phénomènes inflammatoires prononcés. — Sécrétion très abondante. — Troubles de la menstruation. — Traitement par les antiphlogistiques, les révulsifs. — Guérison.

Le 21 mai 1850, est entrée salle Sainte-Marthe, n° 48, la nommée R... (Esther), âgée de vingt-quatre ans, domestique, née à Luxembourg (Belgique), non mariée.

Cette jeune fille habite Paris depuis trois mois; elle a les cheveux blonds, la peau blanche et fine, les masses musculaires fortes et molles, l'intelligence peu développée; enfin, elle offre les attributs d'une constitution lymphatique.

Elle a été réglée à l'âge de quinze ans, et depuis régulièrement et avec abondance (cinq jours). Elle a toujours joui d'une bonne santé et ne se rappelle pas avoir été affectée dans son enfance des éruptions croûteuses, si communes pourtant à cet âge.

Dans les premiers jours d'avril, ses règles ont paru et n'ont duré qu'un jour; elles ont manqué au commencement de ce mois, et vers le 7 ou le 8 s'est déclarée l'éruption pour laquelle elle a demandé son admission à l'hôpital. Le développement n'a été précédé ni accompagné de phénomènes généraux bien prononcés. Un peu de chaleur à la face; à peine de la douleur; deux ou trois jours après, la surface malade ne présentait qu'une croûte. Elle n'a rien fait.

Le 22 mai, Esther est dans l'état suivant :

C'est une fille, avons-nous dit, d'une constitution lymphatique; au milieu de la joue droite existe une plaque de 7 à 8 centimètres de diamètre, constituée par une agglomération de croûtes épaisses, jaunâtres, paraissant apposées à la surface de la peau, qui est un peu rouge à la circonférence. Pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Pas de fièvre. Voies digestives en bon état.

L'épaisseur des croûtes, leur siége tout à fait superficiel, leur couleur jaune de miel traduisent bien cette éruption pustuleuse à laquelle Alibert avait donné le nom de *dartre crustacée flavescente* ou de *mélitagre*, et qu'on désigne plus généralement de nos jours sous le nom d'*impétigo*.

Vu la constitution lymphatique de la malade, avec laquelle l'éruption semble avoir des liens intimes, ainsi que l'a déjà prouvé l'expérience clinique, M. Cazenave met en usage le traitement suivant, dont l'efficacité en pareil cas a été maintes fois constatée. Tisane de chicorée sauvage édulcorée avec 30 gr. de sirop de gentiane; trois fois par jour une cuillerée à bouche de la solution d'hydrochlorate de chaux. Un bain de vapeur tous les deux jours.

Le 2 juin, les croûtes sont devenues plus sèches, d'une couleur grisâtre, indices certains d'une amélioration. Même traitement.

Le 10, la veille une rougeur érysipélateuse a envahi non-seulement la partie malade, mais encore toute la joue, qui est rouge, tendue, et qui s'est recouverte de pustules petites, plates, superficielles; ces pustules en se déchirant ont fourni une grande abondance de liquide jaunâtre, concrescible, dont la coagulation a augmenté l'étendue de la surface croûteuse. En un mot, l'éruption a fait des progrès; l'inflammation qui l'accompagne a gagné la conjonctive de l'œil droit. Photophobie et larmoiement. Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont engorgés; langue blanche; inappétence; peau chaude; pouls un peu fébrile. Les règles n'ont pas paru depuis le mois d'avril; il est important de faire remarquer que cette recrudescence dans l'éruption coïncide parfaitement avec l'époque ordinaire de la menstruation.

En présence de cet état inflammatoire si prononcé, on met en usage un traitement antiphlogistique; tisane de chiendent, dix sangsues derrière l'oreille droite. Collyre avec la solution suivante. — Eau distillée, 30 grammes; sulfate de zinc, 5 centigrammes. Diète.

Le 13, la rougeur érysipélateuse est un peu moins prononcée; cependant de nouvelles pustules ont paru, elles ont gagné la tempe. Langue blanche, saburrale. Pas de fièvre. — Chiendent, réglisse, 0,30 de calomel, que l'on donne trois jours de suite. Il en résulte des selles abondantes et une diminution dans l'inflammation impétigineuse.

Le 18, l'éruption a envahi le front au-dessus du sourcil droit; l'inflammation oculaire est au même degré d'acuité. La malade accuse pour la première fois une céphalalgie assez intense. La peau est chaude; le pouls plein et fort. — Tisane de chiendent; saignée de trois palettes.

Le 19, à peu près même état. Le sang tiré de la veine offre la couenne inflammatoire. Sécrétion très abondante. On applique de nouveau dix sangsues derrière l'oreille droite. Un verre d'eau de Sedlitz chaque matin.

Ce traitement, suivi pendant quelques jours (moins les sangsues), produisit un peu d'amélioration. La sécrétion fournie par les surfaces malades était moins abondante. Les progrès du mal semblaient arrêtés.

Le 28, les règles coulent un jour, et cessent malgré l'application de quinze sangsues aux cuisses.

Le 5 juillet, la sécrétion devient plus active et plus abondante que jamais. Au lieu de se concréter à la surface de la peau, ainsi qu'on le voit habituellement, elle découle et tombe comme du miel semi-liquide. Les téguments sont gonflés, rénitents.

En présence de cette activité sécrétoire si abondante et que rien ne semble tarir, M. Cazenave se décide à employer une médication contraire, en général, à la nature probable de cette affection, mais qui est ici justifiée par l'intensité de l'inflammation locale. Il fait appliquer un vésicatoire à demeure au bras droit. — Cinq portions.

Le résultat fut heureux. Deux jours après, lorsque le vésicatoire commençait à être en pleine activité, la sécrétion impétigineuse diminua beaucoup. Les jours suivants, l'amélioration continuant, on vit la surface malade diminuer d'étendue, les croûtes se détacher, et au-dessous d'elles la peau encore un peu rouge, mais dans de bonnes conditions. L'inflammation oculaire disparut complétement. La joue était débarrassée de toutes les croûtes qui la recouvraient; on n'en voyait plus que quelques-unes encore adhérentes aux sourcils et à la tempe droite.

Le 10 août, tout annonçait une guérison prochaine. Il n'en fut point ainsi. Les règles paraissent le matin et cessent dans la nuit.

Le 11, le mal a déjà repris son empire; il a envahi le front et la joue. On applique dix sangsues aux cuisses.

Le 15, les règles n'ont pas reparu. L'éruption fait de nouveaux progrès; mais les pustules sont très petites; aussi les croûtes qui leur succèdent n'offrent pas une grande épaisseur; elles sont larges et minces comme dans l'eczéma impétigineux.

Tisane de chiendent. Lotions avec le mélange suivant :

Sulfate de zinc.	1 gramme.
Acétate de plomb.	1
Laudanum	1
Infusion de roses rouges.	250

Matin et soir, après l'application d'un cataplasme de fécule de pommes de terre et d'eau de guimauve.

Sous l'influence de ce traitement, la sécrétion devint moins abondante, mais l'éruption gagna le côté gauche de la face, où elle présenta les caractères de l'eczéma impétigineux. Le vésicatoire ne fournissant presque plus de suppuration, on le fit sécher.

Le 7 septembre, pour la quatrième fois, un nouveau mouvement fluxionnaire se produit à la face; la peau est rouge et tendue. On cesse la solution de Pearson, que la malade prenait depuis cinq jours à la dose de 2 grammes. On donne 0,20 d'aloës jusqu'au 20 septembre. A cette époque, les surfaces malades sont encore rouges, suintantes, recouvertes de croûtes lamelleuses. On applique vingt sangsues aux cuisses.

Le 22, les règles paraissent et coulent abondamment pendamment pendant trois jours Tisane d'armoise; cinq portions. Depuis ce moment, un mieux sensible s'est déclaré dans l'état de l'éruption. Le suintement a cessé tout à coup. En moins de huit jours les croûtes, devenues sèches, sont tombées; au-dessous d'elles, la peau est blanche, recouverte de légères pellicules. La guérison s'est maintenue, et la malade a pu quitter l'hôpital le 11 octobre 1850, après un séjour de quatre mois et demi.

Plusieurs fois nous avons eu occasion de citer des exemples d'affections cutanées produites et entretenues par des troubles de la menstruation, ne s'amendant et ne guérissant que par le rétablissement régulier des fonctions utérines. Sous ce rapport, l'observation précédente ne présente aucune remarque importante à faire; mais au point de vue de la symptomatologie locale, côté pratique de la question, nous y voyons au contraire un enseignement clinique, surtout en ce qui concerne le traitement à suivre dans une pareille circonstance. L'intensité des phénomènes inflammatoires, la réaction générale ont nécessité l'emploi de moyens antiphlogistiques actifs, en dehors de toute appréciation de l'influence de la cause première et déterminante, en dehors aussi de la constitution lymphatique du sujet. C'est qu'il ne faut pas oublier que les maladies de la peau rentrent, quant à leur traitement, sous l'empire des lois de la pathologie générale, et réclament ainsi, selon les circonstances, l'usage des moyens indiqués par l'état local de l'éruption.

M. Chausit.

NOUVELLE MÉTHODE

de céphalo-sciage chez le fœtus qui a cessé de vivre,

Par M. le docteur Camille Bernard (1).

Le céphalotribe n'est plus le seul instrument à l'aide duquel on puisse réduire le volume de la tête chez le fœtus qui a cessé de vivre. Depuis quelques années l'obstétrique s'est enrichie du forceps-scie, ingénieuse invention d'un médecin belge, M. le docteur Van Huevel, en attendant qu'elle adapte à ses besoins une partie de l'arsenal de la lithotritie.

Dans l'instrument de M. Van Huevel, la scie à chaîne, repoussée par deux tiges métalliques sur l'extrémité desquelles elle court, redescend entre les cuillers, puis, dans son mouvement de va-et-vient, attaque la tête de bas en haut.

La supériorité du céphalo-sciage se fonde sur ce que la tête peut être partagée en deux parties; et s'il le faut, en un plus grand nombre, que l'on extrait sans beaucoup de difficultés, tandis que dans la céphalotripsie, la tête, changeant seulement de forme, doit être reprise avec des pinces à mors qui déchirent les téguments du crâne, séparent les os et, non sans peine, les amènent successivement.

Malgré les avantages qu'il présente, le céphalo-sciage ne compte point encore, à notre connaissance, d'application en France. Jusqu'ici l'esprit médical s'est tenu dans l'expectative; d'une part, suivant avec intérêt la pratique de M. Van Huevel, d'où émane de temps en temps quelque observation nouvelle, de l'autre appelant sur le mécanisme du forceps-scie des simplifications destinées à rendre la manœuvre plus facile, l'action plus puissante et la vulgarisation plus prompte.

Les perfectionnements dont le forceps-scie était susceptible, nous les signalions à MM. Charrière au moment même où on exécutait, à Paris, cet instrument pour la première fois. Nous demandions que l'on supprimât les tiges directrices, dont la marche est gênée dans la rainure pratiquée à l'intérieur des cuillers, que l'on pût être dispensé du secours de l'aide chargé de mouvoir le pignon; enfin, qu'au lieu d'agir de bas en haut par un mouvement que réfléchissent des poulies, la chaîne fonctionnât directement d'arrière en avant.

Ces trois conditions meilleures, nous espérions les atteindre à l'aide du forceps que nous avons nommé assemblé. Il y a quinze ans, nous eûmes l'honneur de présenter à l'Académie des sciences un forceps dont les deux branches, introduites conjointement, saisissent du même coup la tête du fœtus et l'amènent en respectant son intégrité.

L'Académie de médecine, sur le rapport d'une commission composée de MM. les professeurs Paul Dubois, Moreau et Velpeau, donna des encouragements à cette invention. Au point de vue théorique, le nouveau principe fut sanctionné par ces mots de M. le professeur Velpeau ; « Faire du forceps un instrument d'ensemble, c'est le compléter. »

Il nous restait à puiser dans la pratique la démonstration des avantages que la théorie nous faisait entrevoir; à cette époque nous ne possédions que deux faits. Aujourd'hui cinquante applications opérées en présence de confrères ou de sages-femmes ont réalisé nos prévisions. La facilité que nous avons eue à porter le forceps assemblé au-dessus du détroit supérieur rétréci et à terminer des accouchements dans lesquels le forceps en usage avait été impuissant en d'autres mains nous a donné l'idée d'agrandir ses usages. Nous avons espéré qu'après avoir servi à rendre plus méthodique l'extraction du fœtus vivant, le nouveau principe nous rendrait un service non moins important en servant à conduire la chaîne à scie sur le fœtus qui a cessé de vivre, et dont la tête, retenue par des voies viciées, ne peut sortir sans avoir éprouvé de division.

Ce rôle de porte-scie, notre forceps le remplit sans avoir rien perdu de sa simplicité.

Une rainure ajoutée aux cuillers reçoit la chaîne à plat; un fil la retient, et quand l'instrument a fait son évolution, elle se trouve placée au-dessus de la tête. Quand elle commence à agir, les fils sont coupés et la scie continue son action de haut en bas, mue alternativement par chaque main du chirurgien, jusqu'à ce que celui-ci rencontre le vide.

On peut aussi renfermer les bouts de la chaîne dans une gaîne, la fixer à une tige et rappeler celle-ci à l'aide d'un pignon à engrenage, à l'instar de ce qui se fait dans un serre-nœud. Dans ce cas, la scie devra être douée de plus de force. Ce mode donnera moins de commotion à la femme.

Avant de vous présenter, messieurs, ce changement de système, nous avons dû rechercher si depuis peu l'instrument de M. Van-Huevel n'aurait pas reçu quelque perfectionnement, et nous avons appris que deux notables modifications avaient été opérées. La première est une grande simplification du sciage de bas en haut. Elle appartient à M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie; la seconde est due à l'inspiration d'une illustration médicale belge, M. le docteur Seutin; elle consiste à introduire chaque branche séparément, l'une chargée de la chaîne terminée par une petite ouverture, l'autre porteuse d'une tige ayant un crochet destiné à saisir la chaîne lorsqu'il la rencontre, puis à agir d'arrière en avant, ainsi que nous le faisons.

Prouver de quel côté se trouve la supériorité, ou dans le système de sciage de bas en haut adopté par MM. Van-Huevel et Mathieu, ou dans le système d'arrière en avant préféré par M. Seutin et par nous, est chose facile. Le mou-

(1) Lu à l'Académie des sciences le 1er mars 1852. (Commissaires : MM. Velpeau, Roux et Lallemand.

vement direct rend plus sûre et plus facile l'action de la scie, c'est évident : mais nous prononcer entre le mode de porter la scie par agrafement des bouts, ainsi que le fait M. Seutin, et le mode de passer tout d'un coup derrière la tête la chaîne renfermée dans les cuillers, c'est ce que nous ne nous permettrons point; l'œuvre de notre honorable confrère n'a point encore vu officiellement le jour scientifique; nous ne devons donc user de la connaissance qui nous a été donnée de sa modification que pour invoquer en faveur du céphalo-sciage d'arrière en avant l'autorité du nom de M. Seutin. Le reste, c'est à l'expérience à le dire.

Quant à la priorité de la réalisation de la pensée qui évidemment nous a été commune à M. Seutin et à nous, nous pouvons sans hésitation nous l'attribuer, attendu qu'au moment où M. Seutin a demandé à Paris l'exécution de son instrument, notre système de céphalo-sciage, déjà réalisé par nous en Provence depuis près d'un an, lui a été représenté.

En résumé, l'heureuse invention de M. le docteur Van-Huevel repose et sur le système de céphalo-sciage le moins favorable, direction de bas en haut et mouvement réfléchi, et sur un instrument très compliqué.

La modification de M. Mathieu simplifie ce système, mais ne le change pas.

Ainsi que nous l'avons fait avant lui, M. le docteur Seutin emploie une autre méthode; mais, par l'effet de la séparation des branches du forceps, leur placement au-dessus du détroit supérieur conserve toutes ses difficultés, toutes ses longueurs, sans parler de celles que l'agrafement de la chaîne peut présenter.

Par contre, le *forceps assemblé* nous permet :

1° Sans secours étranger, d'introduire et de placer simultanément les deux branches aux plus grandes hauteurs;

2° De porter d'emblée la chaîne à scie sur la tête du fœtus;

3° De la faire agir dans les meilleures conditions, c'est-à-dire directement et d'arrière en avant, soit par un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement, soit à l'instar d'un nœud qui scierait.

Ce triple avantage, nous avons l'honneur, messieurs, de le soumettre à votre examen.

PLAIE DU POUMON,

lésion de l'artère intercostale.

Par M. DE LALIBARDE.

Le procédé simple mis en usage par l'auteur pour arrêter l'hémorrhagie de l'artère intercostale ne se trouve pas cité dans les ouvrages classiques; de plus, il a réussi : double motif pour qu'il trouve place dans nos colonnes. Nous ne rapporterons du fait clinique que ce qui a trait à cette circonstance particulièrement intéressante.

Un jeune homme de dix-huit ans fut blessé pendant les troubles de février 1848 par un coup de baïonnette qui pénétra à 10 centimètres de profondeur dans le tissu pulmonaire entre la deuxième et la troisième côte. Le sang s'échappa aussitôt avec abondance, et les forces commençaient à s'épuiser au moment où M. de Lalibarde put le voir. Le sang était vermeil et écumeux, les battements du pouls à 55. Peau froide.

A la vue de ce sang rouge, il ne douta pas de la blessure d'une artère intercostale. La pensée lui vint d'introduire l'extrémité du petit doigt sur le bord inférieur de la côte; il le fit donc, et resta au moins trois quarts d'heure dans cette position, établissant ainsi une forte compression sur le vaisseau divisé. Au bout de ce temps, l'hémorragie avait cessé.

Les autres symptômes dépendant de la lésion pulmonaire furent combattus par l'occlusion de la plaie et par les saignées locales abondantes et réitérées, poussées jusqu'à produire une débilitation profonde.

Plus tard, on eut recours à de larges vésicatoires. Le blessé fut guéri au bout de quarante jours.

Le moyen imaginé dans ce cas et tellement à la portéee de tout chirurgien, qu'il n'y aura jamais qu'avantage à l'essayer lorsque la plaie sera assez laige pour permettre l'introduction du petit doigt. Peut-être, dans le fait ci-dessus, l'affaiblissement extrême du blessé a-t-il puissamment contribué à son succès, en préparant l'hémostase spontanée. Mais ce ne serait point là une raison pour détourner d'employer ce procédé, qui, si l'événement le démontre insuffisant, ne compromet du moins en rien la santé du blessé, non plus que les chances de réussite d'un autre agent hémostatique.

(*Recueil des travaux de la Société médic. d'Indre-et-Loire.*)

EXTRACTION DE LA CANTHARIDINE A L'AIDE DU CHLOROFORME,

Par M. WILLIAM PROCTER.

Les propriétés remarquables que présente le chloroforme comme dissolvant d'une multitude de principes organiques, et les travaux récents de M. Rabourdin sur l'extraction de certains alcaloïdes à l'aide de ce nouvel agent, ont suggéré à M. Procter l'idée qu'il pourrait peut-être servir à l'extraction du principe actif de la cantharide; un essai préliminaire lui montra que ce corps dissolvait parfaitement la cantharidine.

30 grammes de cantharides d'Espagne, réduites en poudre, furent traitées, dans un appareil à déplacement, par 60 grammes de chloroforme, en prenant toutes les précautions nécessitées par la nature des corps mis en expérience. Après quarante-huit heures de macération, on permit l'écoulement du liquide, et on opéra le déplacement à l'aide de l'alcool à 0,885. La liqueur chloroformique, ainsi obtenue, fut soumise à l'évaporation spontanée, et elle laissa un réseau de cantharidine cristallisée, retenant dans ses mailles une certaine quantité d'huile verte : le poids total de ce résidu était de 43 grains. On l'abandonna à un repos de quarante-huit heures pour permettre aux cristaux de se séparer complétement, et on le plaça sur plusieurs doubles de papier joseph pour absorber l'huile et dégager les cristaux. Ceux-ci furent alors redissous dans un mélange de chloroforme et d'un peu d'alcool, et, par évaporation spontanée, ils furent obtenus à peu près purs.

Rien n'est plus simple que ce procédé, dont l'exécution ne présente pas plus de difficulté que la préparation d'un extrait. L'emploi du chloroforme offre un avantage incontestable sur celui de l'éther ou des huiles, en ce qu'il dissout beaucoup mieux la cantharide, et qu'une moindre quantité suffit pour produire plus d'effet. En outre, le déplacement par l'alcool se fait parfaitement bien, et il est facile de reconnaître le moment où tout le chloroforme a été recueilli, d'après les nouveaux caractères de densité et de couleur que présente la solution alcoolique. Enfin, l'expérience prouve que la cantharidine cristallise plus facilement de sa dissolution dans le chloroforme que de sa dissolution dans l'éther.

Sans doute, le prix élevé du chloroforme est un obstacle à ce qu'il soit employé pour la préparation des liquides vésicants ordinaires; mais, lorsqu'il s'agit d'obtenir un traitement radical et d'isoler la cantharidine elle-même, tout ce que nous avons dit des avantages qu'il présente, joint à ce qu'on peut en retirer la majeure partie par distillation, rendent son emploi éminemment précieux, et assurent sa préférence sur les autres liquides employés jusqu'ici.

L'extraction de la cantharidine par le chloroforme est si simple et si facile qu'elle fournit un moyen d'analyse pour comparer les propriétés vésicantes des diverses espèces de cantharides. C'est ce qu'a fait M. Procter à l'égard de trois espèces bien connues, le meloë vesicatorius, le cantharis vittata et le mylabris cichorii. Seulement les expériences qu'il a entreprises ne sont encore ni assez complètes, ni assez concluantes pour qu'on puisse en tirer d'utiles conséquences.

Afin d'acquérir la conviction que les cristaux obtenus étaient bien le principe vésicant des cantharides, M. Procter en prit une petite quantité, qu'il mêla à de l'huile et qu'il laissa appliquée sur son bras pendant quelques heures : l'action fut rapide et complète. Toutefois, elle se manifesta plus énergiquement avec la cantharidine extraite du meloë et du mylabris qu'avec celle qu'il avait isolée du cantharis vittata, ce qui tient, selon l'auteur, à ce que cette dernière est en cristaux plus volumineux et plus durs, et se divise moins facilement dans l'huile.

Responsabilité médicale.

La lettre suivante, que nous sommes heureux d'insérer, puisqu'elle justifie pleinement un honorable confrère méchamment accusé, expliquera suffisamment le fait dont il s'agit. Nous trouvons dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon* une nole qui ne peut que nous confirmer dans la bonne opinion qu'elle nous avait donnée de M. le docteur Poyet. Le mémoire justificatif que ce confrère joint à sa lettre ne peut non plus nous laisser aucun doute sur son habileté.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre feuille du 17 février 1852, je lis :

« *Responsabilité médicale.* — Ce nouveau cas a été soumis au tribunal civil de Montbrison, et concerne un ancien interne distingué des hôpitaux de Lyon, le docteur Poyet, médecin à Feurs.

» Voici le fait. Sept ou huit mois après la mort de son mari, la veuve Surgey intenta un procès en dommages-intérêts contre notre confrère, à raison des soins qu'il avait été appelé à donner à Jean-Pierre Surgey, qui s'était fracturé la cuisse gauche en tombant d'un lieu élevé. La veuve Surgey fondait sa demande sur les faits suivants : 1° M. Poyet aurait refusé de s'adjoindre un autre médecin; 2° il aurait, pendant la période du traitement, annoncé un commencement de consolidation; 3° enfin, il n'aurait pas fait connaître à la famille Surgey la gravité de l'accident. (*Gazette méd. de Lyon.*)

» Nous espérons que notre confrère nous tiendra au courant de l'issue qu'aura eue cette affaire. »

Je m'empresse d'acquiescer à votre demande, et je vous adresse le mémoire justificatif que je me suis hâté de rédiger dans cette circonstance, lequel est suivi de la demande de la veuve Surgey et du jugement rendu le 25 juillet 1851 par le tribunal civil de Montbrison.

Cependant, je vous prierai d'observer que la première demande de la veuve Surgey en dommages-intérêts, celle qui a motivé mon mémoire justificatif, se fondait sur des faits bien différents de ceux que vous rapportez. On m'accusait de maladresse, d'oubli des règles de l'art, de négligence grave, de faute grossière dans la réduction et pansement de la fracture de Jean-Pierre Surgey et dans le traitement ultérieur, et enfin d'abandon de mon malade.

Ce ne fut qu'après la publication de mon mémoire que la partie adverse fit signifier les conclusions que vous avez rapportées. Le tribunal, jugeant en premier ressort, condamna la demanderesse à payer au docteur Poyet la somme de 300 fr. pour ses honoraires et aux dépens des deux instances pour dommages-intérêts.

J'ajouterai, de plus, que la veuve Surgey fut poussée à m'intenter ce procès par la malveillance de certaines personnes agissant d'une manière occulte, entre autres, un homœopathe et un hydropathe.

Enfin, je crois que M. le rédacteur de la *Gazette médicale de Lyon*, en ne donnant qu'une partie d'un article inséré dans plusieurs journaux, a voulu pousser un de ses anciens internes à lui fournir des détails circonstanciés sur ce fait de responsabilité médicale. Dans cette persuasion, je me suis empressé de lui adresser une lettre qui paraîtra, j'espère, dans les colonnes du prochain numéro de son journal.

Il est inutile, je pense, d'ajouter que la veuve Surgey n'a pas rappelé de la décision du tribunal de Montbrison.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 29. — MARDI 9 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 29. — MARDI 9 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. De l'institution du concours dans les Facultés de médecine. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Sur quelques signes diagnostiques de la coxalgie. — La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? par M. Moreau de Saint-Ludgère. — Société de chirurgie, séance du 25 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 8 MARS 1852.

DE L'INSTITUTION DU CONCOURS
DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Il y a deux mois à peine, le jour de l'ouverture du concours qui vient de se terminer par la nomination de M. Bouchardat, nous annoncions que cette institution était expirante. Après avoir exercé leur verve sur nos prophéties, dont cependant, on nous rendra cette justice, nous n'abusons guère, les faiseurs de bons mots commencent à reconnaître que nous n'avions pas tout à fait tort. Quelques-uns d'entre eux même se lamentent sur le triste sort du concours; ils voient déjà le flambeau de la science disparaître dans les ténèbres de la barbarie; ils nous demandent assez naïvement ce qu'on peut reprocher au concours et ce qu'on pourra mettre à la place de cette admirable institution. Si nous n'avions été préoccupé que de cette question dans le travail d'organisation de l'instruction qui s'accomplit en ce moment, nous aurions montré une fois de plus tous les inconvénients du concours, et nous aurions dit par quel mode de nomination on pouvait le remplacer avec avantage. Mais en présence de la grande question de l'enseignement libre, si digne de toutes les méditations des hommes sérieux et véritablement amis du progrès, celle du concours devient très accessoire, et c'est pour cette raison que nous nous sommes borné à en prédire purement et simplement le décès.

Toutefois, comme la question du concours ne laisse pas que de troubler actuellement un certain nombre d'esprits, comme on accuse l'autorité d'aveuglement en vue des mesures dont il va être l'objet, nous croyons devoir rassembler à la hâte les principaux griefs qu'on peut élever contre ce mode de nomination, les principales raisons qui justifient le gouvernement des mesures qu'il va prendre, et que nous lui aurions conseillées s'il avait cru utile d'invoquer nos faibles lumières. Voici, à notre avis, ces griefs et ces raisons :

Le moment où un pays veut enfin la vérité dans les choses et la sincérité dans les institutions, aurions-nous dit, est le plus opportun pour s'occuper d'une question d'administration et d'enseignement, qui, malgré les sérieuses discussions dont elle a été l'objet, a reçu une solution également contraire aux intérêts de la science et à ceux de l'enseignement.

Introduit d'abord dans nos institutions sous l'empire d'idées généreuses, mais peu réfléchies, d'intentions honnêtes, mais irréalisables, le concours n'a pas tardé à devenir l'un de ces mots pompeux auxquels les hommes engagés dans une opposition systématique à tous les principes d'ordre, de hiérarchie, de gouvernement, et par conséquent de véritable liberté, sont parvenus à donner pendant tant d'années le vernis d'un faux libéralisme et la faveur d'une popularité imméritée.

Mais s'il est encore revêtu d'un certain prestige aux yeux de quelques hommes recommandables par leur talent et la sincérité de leurs convictions, le concours est aujourd'hui apprécié à sa juste valeur par le plus grand nombre des juges compétents, ralliés par une trop longue expérience à l'opinion des esprits supérieurs qui avaient condamné cette institution dès son origine.

Il ne s'agit pas de discuter ici le concours considéré dans toutes ses applications; nous ne l'envisageons que relativement à la nomination des professeurs dans les Facultés de médecine, c'est-à-dire dans une des conditions où il a été exceptionnellement maintenu, et où précisément il présente le plus d'inconvénients et d'abus.

A ce point de vue, soit qu'il s'agisse du concours tel qu'il devrait être, soit qu'on le considère tel qu'il est, soit enfin qu'on le juge par les résultats qu'il a produits, on reste également convaincu que l'épreuve qu'on en a faite ne doit pas se prolonger plus longtemps.

La première prétention qu'élève le concours, c'est de substituer la compétence et l'impartialité à l'ignorance et à l'arbitraire.

Rien de moins fondé. — Dans tout jury de concours, un petit nombre d'hommes seulement possèdent les connaissances nécessaires pour pouvoir juger instantanément l'épreuve du candidat, et une circonstance récente a montré combien un jury peut être profondément incompétent. — Quant à l'impartialité, elle est l'attribut de l'homme; elle le suit ou elle l'abandonne à quelque titre qu'il soit appelé à se prononcer; elle ne pourrait être imposée d'une manière spéciale au juge de concours que par la publicité des épreuves; or, il est surabondamment démontré que cette publicité ou reste à peu près sans influence, ou n'en exerce qu'une fâcheuse.

A l'égard des compétiteurs, le principe fondamental du concours est l'égalité des épreuves. Cette égalité est presque toujours illusoire, et elle est radicalement impossible dans les concours pour les chaires de cliniques, les plus nombreuses et les plus importantes de toutes.

Le concours ne développe et ne met en lumière que les qualités les moins essentielles du professeur : la mémoire, la faculté d'improvisation. Il laisse dans l'ombre celles qui, dans les sciences, constituent le véritable mérite. Il donne à la médiocrité suffisante l'avantage sur le savoir modeste et timide.

Le concours use l'élite des générations par un travail stérile; il rend très difficiles les recherches originales, les découvertes scientifiques, vérité bien démontrée par l'origine de tous les grands travaux qui ont illustré notre époque et qui presque tous ont été faits en dehors des hommes de concours.

Le concours écarte les hommes qui pourraient jeter le plus d'éclat sur l'enseignement; ceux qui, ayant déjà acquis une position scientifique élevée, sont peu jaloux de se compromettre dans des luttes souvent sans dignité avec des hommes qui, beaucoup plus jeunes, n'ont encore rien à perdre et ont beaucoup à gagner.

Les épreuves dites d'argumentation transforment l'amphithéâtre en une arène où le futur professeur est dépouillé à l'avance de son prestige, de son autorité, et où l'on voue aux sarcasmes et à la risée de l'auditoire l'homme qui dans quelques jours sera un professeur, un maître pour la plupart de ceux dont il est aujourd'hui le jouet.

Tel serait le concours *s'il était appliqué dans sa sincérité.—Tel qu'il est*, il présente tous ces inconvénients ajoutés à beaucoup d'autres.

Pour si peu qu'on soit informé de ce qui s'est passé dans la plupart des concours qui ont eu lieu depuis vingt ans, on ne peut ignorer que les épreuves n'ont été ordinairement qu'un vain simulacre. Le plus souvent les affections ou les intérêts bien connus des juges ont distribué à l'avance les suffrages, et pour donner à certaines nominations anticipées une apparence d'équité, on est descendu parfois aux plus condamnables subterfuges. Des titres antérieurs équivalents ont reçu ici une valeur exagérée; là ils ont été scandaleusement dépréciés. Dans plusieurs circonstances, l'esprit et la lettre des règlements ont été ouvertement violés : tout le monde sait que ce ne fut qu'à la faveur d'une illégalité de ce genre, et heureuse pour cette fois, que l'illustre Dupuytren put entrer à la Faculté.

En présence de majorités probables d'avance, sinon certaines, des hommes que leurs titres, leurs travaux et l'opinion publique désignent comme devant occuper le premier rang dans le concours, sont obligés d'accepter un combat déloyal ou de déserter la lice, et l'on a été jusqu'à voir un candidat privilégié rester seul dans l'arène. Dans de semblables circonstances, qui ne se présentent que trop souvent, le concours n'est plus qu'une comédie hypocrite, qu'un mensonge indigne d'être toléré par toute administration jalouse de sa dignité, lors même qu'elle ne le serait pas de la justice.

Lorsque la nomination ne *précède* pas le concours, plusieurs *partis* se trouvent en présence; les scrutins deviennent une *tactique*, une *stratégie*, des *majorités de coalition* se nouent et se dénouent, et souvent alors le le vainqueur est un compétiteur de *transaction* ou de *surprise* qui, dans les premiers votes, destinés à classer les candidats, se trouvait être l'un des derniers, sinon le dernier, et dont le triomphe n'est proclamé qu'après un nombre plus ou moins considérable de scrutins de ballottage, auxquels le nom de scrutins de tripotage conviendrait infiniment mieux.

Voilà le concours dans sa déplorable réalité! Ce n'est pas que dans ces tristes conditions il ait toujours produit de mauvais choix; mais on peut affirmer que tous les hommes éminents qui lui ont dû leur élévation l'auraient obtenue de tout autre mode de nomination, et l'on doit ajouter que la plupart d'entre eux ont été nommés, non par le concours, mais malgré le concours. D'un autre côté, que d'hommes illustres écartés par lui de l'enseignement! Quelle est l'illustration scientifique restée en dehors des corps enseignants de la Faculté des sciences, du Collége de France, du Muséum d'histoire naturelle, du Conservatoire des arts et métiers, des Ecoles polytechnique, des mines, des ponts et chaussées, etc., etc.? En est-il de même à la Faculté de médecine?

Tel est le résumé fort incomplet des inconvénients du concours qu'on peut appeler scientifiques. Il en est un autre sur lequel il ne nous convient pas d'insister, mais que nous devons signaler. Un gouvernement porte toujours, au moins vis-à-vis de l'étranger et de la postérité, la responsabilité du bien et du mal que produisent les institutions placées sous son autorité. Sous le régime du concours, le ministre de l'instruction publique est donc responsable de l'enseignement sans posséder aucune action sur le choix du personnel enseignant; nous entendons parler de cette action *avouée et légale*, la seule qui puisse convenir à des hommes incapables de s'abaisser jusqu'à compromettre par des menées ténébreuses la dignité et le prestige de l'autorité dont ils sont les dépositaires.

Un état de choses si contraire au principe de la responsabilité administrative n'est pas moins nuisible aux rapports hiérarchiques qui, dans tout gouvernement bien organisé, doivent exister entre l'autorité supérieure et tous les corps constitués. Il nous suffit d'indiquer ce point de vue, que nous ne pourrions développer ici davantage sans sortir du cadre dans lequel nous devons nous renfermer.

Si les considérations qui précèdent, si l'opinion des hommes les plus éminents de notre époque, parmi lesquels il nous suffira de citer Royer-Collard, Cuvier, Dupuytren, Laënnec, Gay-Lussac, MM. Cousin, Dumas, Biot, Pouillet, Flourens, Thénard, Saint-Marc-Girardin, etc., etc., pouvaient décider le gouvernement à abolir le concours pour les chaires de professeurs dans les Facultés de médecine, et à lui substituer un mode de nomination analogue à celui qui, depuis longtemps, produit les plus heureux résultats dans les Facultés des sciences, au Collége de France, au Muséum d'histoire naturelle, etc., nous avons l'intime conviction que cette réforme servirait également les intérêts de la science, l'éclat de l'enseignement, la dignité de la profession médicale, la moralité des institutions publiques, les vrais principes administratifs; qu'enfin une telle réforme serait accueillie avec la plus vive satisfaction par l'immense majorité des hommes amis de la loyauté, de la sincérité et de la justice.

Telles auraient été, en substance, les raisons que nous aurions fait valoir si notre opinion nous avait été demandée. Comme conclusion de cet exposé, nous aurions proposé le projet de décret suivant :

Considérant,

Que le concours institué dans les Facultés de médecine pour rehausser l'éclat de l'enseignement et pour entourer le choix des professeurs de garanties scientifiques plus sérieuses a complétement manqué son but;

Que ce mode de nomination écarte souvent de la carrière de l'instruction supérieure les hommes que leurs titres et leur talent devraient y placer en première ligne;

Qu'il rend très difficiles les recherches originales et les découvertes utiles, et qu'il forme ainsi un obstacle sérieux aux progrès de la science;

Que, loin d'augmenter l'autorité et le prestige des professeurs, il les compromet souvent, au contraire, par des luttes sans dignité et qui n'ont pas toujours été sans scandale;

Qu'en raison de son principe, il tend à détruire le sentiment de respect et d'autorité hiérarchique indispensable dans toute société bien organisée;

Que ces inconvénients et beaucoup d'autres encore ont depuis longtemps frappé les esprits les plus éminents;

Que, d'ailleurs, le concours n'est presque jamais appliqué avec sincérité, et que depuis longtemps il n'est plus qu'une déplorable fiction;

Qu'il importe, par conséquent, de dégréver le budget d'une charge qui ne sert qu'à alimenter des abus;

Décrète :

1° Le concours pour la nomination aux chaires de profes-

seurs dans les Facultés de médecine est et demeure aboli ;

2° Lorsqu'une chaire deviendra vacante dans l'une de ces Facultés, il sera procédé de la manière suivante à la nomination du nouveau professeur :

3° Deux listes portant chacune trois noms seront dressées, l'une par le corps enseignant de la Faculté où existera la vacance, l'autre par l'Académie nationale de médecine ;

4° Ces listes seront dressées au scrutin libre, à la majorité absolue des membres faisant partie du corps délibérant, et à la suite d'un rapport discuté en séance, dont une copie sera adressée au grand maître de l'Université ;

5° Le ministre de l'instruction publique choisira le nouveau professeur sur ces deux listes, qui pourront contenir les mêmes noms.

Il serait trop long de développer, pour le moment, les considérations diverses qui nous ont conduit au mode de nomination que nous proposons ici, et qui nous semble le meilleur. Nous devons donc laisser au lecteur intelligent le soin d'apprécier nos motifs. Si l'occasion s'en présente, nous ne manquerons pas d'ailleurs de les développer. Nous devons dire, en terminant, que, si nos informations sont exactes, le projet qu'on vient de lire ne sera pas exactement celui qu'on adoptera. Mais nous pouvons dire que, si le pouvoir se réserve, dans les nominations futures, une part plus large que celle que nous lui aurions attribuée, la faute, si faute il y a, doit en être imputée uniquement aux hommes qui se donnent comme les plus chaleureux partisans du concours, et qui viennent de le compromettre une dernière fois de plus.

Voilà notre opinion sur le concours nettement formulée. Mais, nous le répétons, cette question est fort accessoire en présence de celle de l'enseignement libre. Cette dernière est donc celle qui doit surtout nous occuper; peut-être essaierons-nous de l'aborder prochainement. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Sur quelques signes diagnostiques de la coxalgie.

(Leçon recueillie par M. J. Lacaze, externe du service.)

Nous venons de voir dans nos salles un enfant de treize à quatorze ans, atteint de coxalgie, et nous allons signaler succinctement à son sujet quelques signes importants pour le diagnostic de cette affection. Cet enfant, bien portant d'ailleurs, est assez bien développé et n'est pas scrofuleux. Il se plaint d'une douleur assez vive à la hanche. L'examen du membre nous a fait constater les traces d'un vésicatoire anciennement appliqué sur le genou, et le jeune malade nous a, en effet, avoué avoir eu des douleurs de ce côté. C'est, du reste, ainsi, comme on sait, que les choses se passent toujours, et la douleur dans le genou est un des premiers symptômes de la coxalgie.

Diverses explications ont été données de ce phénomène, et, il faut bien le dire, aucune ne nous paraît renfermer les éléments d'une solution irréfutable. On a pensé d'abord que l'affection de l'articulation coxo-fémorale, produisant une inflammation des parties voisines, déterminait une ostéite, qui, transmise par continuité de tissus, arrivait jusqu'au genou, où le retentissement douloureux se produisait. Cette explication aurait quelques chances de probabilité si l'on voyait, en effet, la phlegmasie gagner de proche en proche les tissus et marcher de haut en bas; il n'en est rien. On constate facilement la douleur au genou, la douleur à la hanche, mais elle manque dans les points intermédiaires; et d'ailleurs, chose importante à noter, la douleur du genou précède toujours celle de l'articulation coxo-fémorale. Dans l'ostéite, il y a tuméfaction des os, déformation; dans aucun cas de coxalgie les choses ne se sont passées ainsi; le fémur a toujours conservé son volume normal, de sorte qu'on est bien obligé d'admettre qu'il n'y a pas là de phénomènes phlegmasiques.

D'autres explications ont été proposées : on a remarqué que le nerf obturateur, qui par ses rameaux inférieurs vient se terminer à l'articulation du genou, est dans son trajet transversal très voisin de l'articulation coxo-fémorale malade, et qu'alors ce nerf, se trouvant au milieu de tissus enflammés, pouvait être influencé par eux et donner lieu à la sensation de douleur ressentie dans ses dernières ramifications, de la même manière que l'amputé rapporte dans le pied qu'il a perdu les douleurs qu'il éprouve. Il n'en est pas ainsi cependant, car tous les jours nous voyons des tumeurs blanches produites dans les mêmes conditions sans donner lieu aux mêmes phénomènes. Une tumeur blanche du coude, par exemple, est certes bien voisine du nerf cubital; ce nerf est même le plus souvent au milieu des tissus malades, et cependant on n'observe jamais de douleur dans les extrémités digitales où se rendent ses dernières ramifications; pourquoi donc y aurait-il exception pour l'articulation coxo-fémorale, puisque les choses ne se passent pas ainsi dans les autres articulations? Ce que nous venons de dire d'ailleurs de l'influence que pourraient exercer les tissus enflammés sur un nerf qui les traverse s'appliquerait aux abcès périphériques des articulations, et c'est là au contraire un fait parfaitement démontré que leur action est nulle sur les nerfs.

Nous avons eu occasion d'observer l'année dernière un enfant atteint d'abcès de la partie antérieure et interne de l'articulation coxo-fémorale, pris ailleurs pour une coxalgie; l'absence de douleur au genou a éclairé notre diagnostic; ici cependant le nerf obturateur aurait pu être influencé par la maladie voisine.

Quoi qu'il en soit de ces explications qui, nous l'avons dit, ne nous paraissent pas satisfaisantes, et auxquelles, nous l'avouons, nous n'avons pas à en substituer qui soient sans réplique, il y a quelque chose de plus grave que l'explication, c'est le fait. Or la constatation de la douleur est facile; seulement il faut savoir distinguer la douleur symptomatique d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale de celle qui est propre à une maladie du genou. Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas de gonflement, pas de déformation de l'articulation du genou; ainsi quand le cas est simple, cette seule circonstance peut suffire; mais s'il y a maladie du genou sans déformation, il sera utile de distinguer la cause de la douleur, et son siége sera ici d'une valeur absolue. Il faut seulement savoir que la douleur symptomatique d'une affection de l'articulation coxo-fémorale se fait sentir dans le jarret, et quelquefois au niveau et vers le milieu de la rotule; au contraire, la douleur propre à une maladie de l'articulation du genou siége presque toujours à la partie supérieure et interne du tibia.

Chez notre malade les symptômes sont peu avancés; mais il accuse de la douleur précisément dans le creux du jarret. Il n'y a pas chez lui de déformation bien évidente, pas d'inclinaison du bassin, et c'est là un cas où l'on pourrait avoir quelque difficulté à déterminer si la tête du fémur a abandonné la cavité cotyloïde. C'est, du reste, une question que le praticien est appelé à résoudre à chaque instant. Aussi insistons-nous pour indiquer un signe important de ce déboîtement de la hanche.

A l'état normal on reconnaît que, si le fémur est fléchi à angle droit avec une légère adduction, le sommet du grand trochanter répond à une ligne qui partirait de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour se rendre à la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique, et que cette ligne divise en même temps la cavité cotyloïde en deux parties égales. Quand il y a luxation, et que cette luxation a lieu, par exemple, en haut et en arrière, comme c'est le cas le plus fréquent, on observe une projection du grand trochanter, qui peut aller jusqu'à 4 et même 6 centimètres au-dessus de la ligne que nous venons de signaler, et qu'il est toujours facile de tracer exactement en plaçant les deux extrémités d'un lac, l'un sur la crête iliaque antéro-supérieure, l'autre sur la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique. En explorant la région fessière, on constate le déplacement du grand trochanter. Ce signe est applicable à toute espèce de luxation du fémur, et elles ne sont pas extrêmement rares.

La mensuration des membres est, on le sait, un des autres moyens de diagnostic employés dans l'examen des malades atteints de coxalgie; mais il peut arriver que la luxation soit double, ce qui s'observe fréquemment dans les luxations congéniales, et alors, les deux membres étant raccourcis, on manquera de terme de comparaison. C'est dans ces cas surtout que le moyen que nous venons d'indiquer pourra avoir une grande utilité.

Ce signe diagnostique est donc utile aussi bien dans les luxations congéniales que dans la coxalgie, et aussi dans les luxations traumatiques.

Il y a, en résumé, chez notre malade, en faisant abstraction d'un grand nombre de signes qu'il serait trop long d'exposer, arthrite coxo-fémorale caractérisée par de la douleur et au genou et dans l'articulation de la hanche, et cette douleur siége, pour cette articulation, à sa face antérieure, c'est-à-dire au pli de l'aine.

Il y a un autre point d'élection de cette douleur, c'est la partie postérieure de l'articulation vers le milieu de la région fessière. Ici le membre est dans l'adduction, et ce phénomène nous indique une affection un peu ancienne, car, au début, c'est plutôt l'abduction qu'on observe; le repos que le malade a été obligé de donner à son membre y a produit aussi un peu d'atrophie.

Que faire dans ce cas particulier?

Il faut avant tout s'opposer à ce que le membre prenne une position vicieuse, et prévenir, autant qu'il sera en nous, la luxation qui tend à se produire.

L'immobilité est, selon nous, une condition indispensable pour prévenir le déplacement qui tend à se produire; aussi, nous ordonnons au malade de rester couché sur le dos, et de tenir ses jambes parfaitement parallèles; nous allons faire appliquer sur la partie antérieure de l'articulation un vésicatoire volant, et, si d'ici à quinze jours, les accidents n'ont pas disparu, nous n'hésiterons pas à appliquer la cautérisation transcurrente pour prévenir la marche croissante de la maladie. Cette conduite énergique nous est indiquée par l'efficacité probable des moyens que nous emploierons, maintenant que la luxation n'est pas produite; quand le déboîtement aurait eu lieu, la difformité serait au-dessus des ressources de l'art.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse?

Par le docteur Moreau de Saint-Ludgère.

Telle est la question qui s'agite depuis longtemps sans qu'on ait pu parvenir à la résoudre de manière à satisfaire les esprits sceptiques qui aiment les démonstrations et qui, en face de solutions contradictoires, se tiennent dans le doute; cependant la certitude à cet égard n'est pas sans importance, et n'aurait-elle d'autre résultat que de trancher un point controversé, elle mériterait de fixer notre attention et de diriger tous nos efforts, car, une certitude, c'est une conquête du travail et du raisonnement sur l'obscurité qui enveloppe toutes les branches de nos connaissances. Chose étrange! l'homme calcule les révolutions des astres semés dans l'espace à des distances incommensurables, il fixe avec une précision qui tient du prodige la place qu'occupe dans l'immensité une planète invisible, et lorsqu'il redescend en lui-même pour étudier sa propre organisation et les phénomènes qui en dépendent, tout devient sujet à contestation; c'est que les phénomènes célestes sont soumis aux lois rigoureuses et inflexibles du calcul, tandis que ceux qui se rattachent à l'étude de l'homme sain et malade sont du domaine de la conjecture et de la discussion : or tout sujet soumis à la discussion est par cela même frappé d'obscurité et de doute, car l'évidence ne se discute pas.

Il en est ainsi de la médecine proprement dite et de tout ce qui s'y rattache. Quel est l'homme le plus fortement pénétré aujourd'hui des vérités de l'art qui demain ne doutera pas des faits qui pour lui étaient démontrés? La question de la contagion de la fièvre typhoïde a subi le sort de tout ce qui touche à l'art de guérir, c'est-à-dire que, résolue affirmativement par les uns, elle a été niée par les autres; mais certains esprits qui ne veulent juger que par les démonstrations fournies par leur propre expérience et qui n'ont pas eu l'occasion de juger *de visu* se tiennent dans le doute et attendent les faits pour se prononcer. C'est le parti le plus sage, car, pour nous, la théorie est un adjuvant des faits; mais ces derniers seuls doivent dominer, et c'est par eux qu'il faut se diriger pour arriver à la vérité vraie.

J'attendais, en conséquence, que l'occasion me permît de me former une opinion sur le point en litige; cette occasion s'est offerte, et j'ai cru bon de publier les résultats de mon observation.

Premier groupe, quatre malades. — Le hameau de Jacqueville, canton de La Chapelle la Reine (Seine-et-Marne), compte une centaine d'habitants; il est situé sur une éminence, et se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques.

Le 1er janvier 1847, on y conduisit un jeune homme de dix-huit ans, le nommé Papineau, qui depuis huit jours était tombé malade à Nemours, bourg situé à 12 kilomètres de Jacqueville. A mon arrivée près de ce malade, je reconnus une fièvre typhoïde (1) avec bronchite, dévoiement et symptômes du côté de l'encéphale; j'avais espéré le sauver, et déjà il entrait en convalescence, lorsque, le vingt-quatrième jour, il mourut subitement en rendant par l'anus une grande quantité de sang : le malade succombait à une ulcération intestinale qui avait rongé les parois d'un ou plusieurs vaisseaux.

Le 28 janvier, quatre jours après le décès de Papineau, Leclerc, son oncle, âgé de quarante ans, tomba malade; la fièvre typhoïde se caractérisa, et il ne tarda pas à succomber. Leclerc n'avait pas quitté son neveu un seul instant pendant le cours de sa maladie; il couchait près de lui, lui donnait la tisane et les potions, lui appliquait les cataplasmes, nettoyait le lit souillé de matières stercorales, pansait les ulcérations qui avaient envahi le sacrum et les grands trochanters; en un mot, il avait respiré à pleins poumons pendant de longues journées les émanations qui s'échappaient du corps du malade.

Le 2 février, Jules Papineau, âgé de douze ans, également neveu de Leclerc, tomba malade et finit par guérir; il couchait dans la même chambre que les deux précédents, et était sans cesse en contact avec eux depuis le matin jusqu'au soir.

Louise, âgée de dix-huit ans, domestique dans la même maison, et qui couchait dans une chambre contiguë à celle des précédents, fut prise des mêmes symptômes, et, transportée, au bout de dix jours de maladie, chez sa mère, à 12 kilomètres de Jacqueville, elle guérit vers le quarantième jour.

Jusqu'ici je me trouvais en présence de quatre faits arrivés coup sur coup dans la même maison, dans la même chambre; la contagion était manifeste; Papineau, atteint du mal à Nemours et transporté à Jacqueville, l'avait communiqué à son oncle, à son frère et à sa domestique : c'était de toute évidence.

Deuxième groupe, deux malades. — Le 8 février, même année (1847), le sieur Ouzeau, de la même commune, m'envoya chercher pour sa fille aînée, Octavie, âgée de dix-huit ans. Elle était en proie à la même maladie; quelques jours après, sa sœur cadette, Victorine, âgée de quatorze ans, qui couchait avec elle, fut également atteinte; elles guérirent toutes deux vers le trentième jour.

Ici je ne savais comment faire pour conclure; car, s'il était vrai que Victorine eût pris le mal de sa sœur, comment Octavie en avait-elle été atteinte? Se serait-elle développée spontanément chez cette dernière sous l'influence d'une épidémie? Mais alors que devenaient mes idées sur la contagion? Elle m'assurait n'avoir pas mis les pieds chez Leclerc depuis longtemps et n'avoir eu aucun rapport avec les gens de la maison; cependant, à force d'insister, je finis par apprendre qu'Octavie, au plus fort de la maladie de Leclerc et des deux Papineau, avait accompagné Louise, domestique de ces derniers, à la fête d'un village voisin et qu'elles avaient couché toutes deux ensemble. Il ne m'en fallut pas davantage pour rétablir le cours de mes idées et déduire un rapport de cause à effet; car Louise, tout imprégnée ainsi que ses vêtements des miasmes qui s'étaient échappés des malades près desquels elle vivait et portant déjà en elle le germe du mal à l'état d'incubation, l'avait communiqué à Octavie, qui à son tour l'avait transmis à Victorine. Tout cela était parfaitement logique et montrait combien il est important de bien questionner les malades.

Dans ce qui précède, on ne saurait invoquer l'action d'une épidémie, c'est-à-dire d'un principe chimique, *sui generis*, inconnu dans son essence et répandu dans l'atmosphère, lequel aurait exercé son action sur Leclerc et trois membres de sa famille, ainsi que sur Octavie et Victorine. Une épidémie frappe indistinctement çà et là les individus d'une localité; mais, dès qu'elle se concentre et se fixe sur un certain nombre de familles dont les membres sont successivement frappés, on ne serait point en droit de rejeter l'idée de contagion, qui est évidente, pour admettre celle d'une épidémie, qui ne serait qu'une conjecture. On ne peut également invoquer les

(1) Une fois pour toutes, j'insiste sur ce point, qu'il s'agit bien, dans les observations suivantes, de la vraie fièvre typhoïde et non pas d'une autre maladie.

conditions hygiéniques au milieu desquelles ces deux familles vivaient, car ces conditions étaient les mêmes pour tous les habitants du hameau, *ingesta*, *circumfusa*, etc. Tout était identique : on pourrait comprendre à la rigueur l'objection si Papineau était tombé malade à Jacqueville; mais non, absent de ses foyers depuis un long espace de temps, il est atteint à 12 kilomètres de son village natal; il s'y fait transporter et communique la maladie à cinq personnes. Quelques parents sont venus visiter les malades; ils n'ont point contracté la maladie, soit parce qu'ils en ont été atteints à une époque plus ou moins éloignée, ce qui les a mis à l'abri d'une nouvelle atteinte, soit parce que leur séjour près des malades n'a été que de courte durée, ou bien parce que par le fait de leur organisation propre ils étaient réfractaires à l'action de la contagion. Qui ne sait, en effet, que certains individus résistent à l'action de tel ou tel virus : celui-ci à la syphilis, cet autre au vaccin, qui cependant sont des virus liquides et par cela même émiemment absorbables par les muqueuses ou le derme sur lesquels ils sont déposés? Quoi d'étonnant alors que les émanations qui s'échappent du corps d'un typhoïque et qui, par cela même sont à l'état de gaz, soient moins facilement absorbables par la surface cutanée et par la muqueuse, qui revêt l'arbre bronchique! Que ceci soit dit en passant pour ceux qui rejettent la contagion de la fièvre typhoïde par cela seul que tel individu a échappé à son action, pendant qu'un autre placé dans le même milieu en a été frappé. En raisonnant ainsi, il faudrait rejeter comme contagieux la variole, la scarlatine et même le vaccin, qui n'a aucun effet sur certains individus. Pour ma part, j'ai vacciné quatre fois une jeune fille de seize ans, qui avait été vaccinée à plusieurs reprises et sans succès par deux ou trois confrères, et je n'ai pas été plus heureux que ces derniers.

Quatre ans s'écoulèrent pendant lesquels j'eus l'occasion de donner des soins à quelques malades affectés de fièvre typhoïde et disséminés çà et là sur différents points du canton. J'étais contagioniste; les cas que j'avais observés à Jacqueville m'avaient rendu tel; il était réservé aux faits suivants de me confirmer de nouveau dans ma manière de voir.

Troisième groupe, cinq malades. — Le 24 juillet dernier, je visitai à La Chapelle-la-Reine Florine Bernard, jeune fille de vingt-deux ans, forte; bien constituée et vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques. Il y avait céphalalgie frontale, bourdonnements d'oreilles, légère surdité, épistaxis, dévoiement, enfin tous les symptômes de la fièvre typhoïde; la maladie augmenta de plus en plus, et Florine succomba. Son père, sa mère, son frère et sa sœur, qui couchaient dans la même chambre et lui donnaient jour et nuit tous les soins qu'exigeait sa position, furent successivement atteints et guérirent.

Quatrième groupe, cinq malades. — La femme Mesnault fut atteinte le 29 juillet et succomba promptement à une hémorrhagie intestinale. Son mari et ses trois enfants, âgés de dix ans, de six ans et de dix-huit mois, furent bientôt affectés de la même maladie et guérirent; chez l'enfant de six ans et chez celui de dix-huit mois, il n'y eut rien de caractéristique; ce qui dominait et attirait l'attention, c'était une forte fièvre avec un peu de râle sibilant à la partie postérieure, sans lésion organique appréciable; mais, en tenant compte du foyer où ces jeunes malades se trouvaient placés, je n'hésitai pas dans mon diagnostic; comment expliquer la stupeur, l'affaissement général et une fièvre aussi vive et aussi tenace, à moins de les rattacher à une altération générale des fluides accompagnée d'une lésion des follicules de Peyer?

Cinquième groupe, un malade. — Le jeune Creuzet, seize ans, qui demeurait dans une maison contiguë à celle des Mesnault, fut pris de la même maladie le 13 août et guérit vers le quarantième jour. Ces deux maisons avaient ensemble des rapports de voisinage.

Sixième groupe, un malade. — La femme Giou, âgée de quarante-huit ans, qui avait souvent visité la femme Mesnault, dont elle était la voisine et qui lavait son linge souillé de matières stercorales, fut atteinte le 8 août et guérit.

Septième groupe, un malade. — Le sieur Lenoir, sa femme et sa fille fréquentaient la maison de Florine Bernard (troisième groupe); ils passaient la nuit à son chevet, pansaient les vésicatoires, appliquaient les cataplasmes, administraient les lavements, faisaient les lits, etc.; ils ne furent pas atteints du mal, mais ils en transportèrent le germe dans leur propre maison et le transmirent à leur petite fille âgée de huit ans, qui ne tarda pas à succomber.

Huitième groupe, trois malades. — La dame Cordier, qui fréquentait également la maison Bernard (troisième groupe), fut attaquée du même mal le 3 septembre, et le transmit à sa fille et à son petit-fils, qui couchaient près d'elle. L'enfant seul succomba.

Neuvième groupe, cinq malades. — La jeune Palefray, âgée de quatorze ans, tomba malade de la fièvre typhoïde à douze kilomètres de Bumont, son pays natal; on l'y fit transporter, et elle communiqua la maladie à ses frères et sœurs, au nombre de quatre, qui couchaient tout près de son lit et étaient toujours en contact avec elle. Ils guérirent tous.

Ici s'arrêtent les faits que j'avais à signaler. Les habitants de la commune avec leur gros bon sens voyaient la contagion qui se manifestait avec tant d'évidence que beaucoup d'entre eux évitèrent de se rendre dans les maisons où le mal exerçait ses ravages; c'est à cette circonstance que plusieurs durent d'en être exemptés.

Je me suis vu souvent dans une position très embarrassante : on me disait de toutes parts : N'est-ce pas que cette maladie se gagne? Je me trouvais donc placé dans l'alternative ou de priver les malades de tout secours par une réponse affirmative qui en eût éloigné les parents et les amis, ou d'exposer des gens bien portants à l'action d'une maladie qui, à mes yeux, était contagieuse. Je me tirais de la difficulté en disant que les médecins n'étaient point d'accord sur cette question : j'étais dans le vrai et leur laissais ainsi une entière liberté d'action sans me prononcer sur le point en litige.

A la lecture des faits qui précèdent, on aura saisi, je pense, d'une manière claire et évidente, la filiation, l'enchaînement du mal transmis d'un groupe à l'autre, et communiqué dans chaque groupe aux différents membres qui le composent. Il n'y a qu'une lacune, c'est celle qui concerne la transmission du mal du groupe trois au groupe quatre. Ces deux groupes étaient situés aux extrémités du village et furent les premiers atteints. Y a-t-il eu rapport et contact entre eux? J'ai cherché à le savoir sans pouvoir y réussir. *A priori* on peut répondre affirmativement en l'absence de toute preuve, car, dans une petite commune tout le monde se voit; d'ailleurs, le fait d'Octavie (2ᵉ groupe), qui niait avoir été chez Leclerc et qui ensuite avoua qu'elle avait couché avec Louise (1ᵉʳ groupe), prouve avec quel soin il faut interroger les malades, surtout ceux de la campagne.

Un fait remarquable dans la science, c'est la divergence d'opinions qui existe entre les médecins de Paris et ceux des petites localités en ce qui touche la contagion de la fièvre typhoïde. On sait, en effet, que les premiers, en général, la nient, tandis que les autres l'admettent. Pourquoi des opinions si contraires sur une question en apparence si facile à résoudre? Cela est, ou cela n'est pas, voilà qui paraît bien simple de prime abord.

Ces opinions contradictoires proviennent d'un certain nombre de circonstances, qui sont, entre autres, la manière de vivre des familles dans les grandes et petites localités, et les moyens d'investigation dont les médecins disposent pour arriver à la découverte de la vérité.

A Paris, le logement de chaque famille se compose, dans la généralité des cas, de plusieurs pièces; le malade occupe une chambre où les autres membres de la famille ne couchent pas; chacun, pendant le jour, vaque à ses occupations; s'il vient un parent, un ami, par ordre du médecin on lui interdit l'approche du malade, de crainte de fatiguer ce dernier. Il y a des garde-malades pour donner les tisanes, appliquer les cataplasmes, etc. Les membres de la famille n'ont souvent que des rapports de courte durée avec les malades et respirent, par conséquent, une moindre quantité des émanations qui s'en échappent. Ici, la contagion agit avec moins de puissance, car elle doit être nécessairement en raison directe de la somme des miasmes absorbés dans un espace de temps donné.

La contagion s'exerce donc avec moins de puissance à Paris et dans les grandes villes, où l'étendue des appartements permet en quelque sorte d'isoler les malades, et où, par suite d'habitudes généralement acquises, les membres de la famille, les parents et les amis ont des rapports moins fréquents et moins continus avec les malades qu'à la campagne. En outre, la fièvre typhoïde étant en quelque sorte endémique à Paris, il y a tout à parier que, sur dix individus qui fréquentent le malade, il en est un certain nombre qui en ont été déjà atteints à une époque plus ou moins éloignée, ce qui est une garantie d'immunité pour eux, car cette maladie ne se contracte pas deux fois, à de rares exceptions près; quant aux autres, ils n'en seront pas atteints, parce qu'ils ne sont actuellement propres à la contracter; ou, s'ils la contractent, le médecin qui sera appelé à leur donner des soins ignorera si la maladie s'est développée spontanément, car il ne pourra établir la filiation du mal entre celui qui l'a donné et celui qui l'a reçu.

En ce qui touche les moyens que possède le médecin pour suivre pas à pas la marche de la contagion dans une ville comme Paris, ils sont presque nuls; c'est ici qu'il lui faudrait le fil d'Ariane pour le guider dans ce labyrinthe. Je suppose, en effet, un individu affecté de fièvre typhoïde, et demeurant à la barrière Saint-Jacques; il communique sa maladie à une personne domiciliée à la barrière du Trône. Deux médecins soignent les deux malades; comment savoir que l'un est devenu malade par le fait de l'autre? Voilà une observation perdue pour la science, et, fréquemment renouvelée, elle nous entretient dans notre ignorance. Je sais qu'on objecte que les médecins, élèves et infirmiers des hôpitaux, qui par la nature de leurs fonctions devraient être les premières victimes de la contagion, si elle existait, n'en offrent pas de plus fréquents exemples que les autres classes de la société; je réponds à cela qu'on n'a point compté tous les médecins, élèves et infirmiers qui en ont été atteints, que la science ne possède aucune donnée positive à ce sujet. Les anticontagionistes, admettant comme un fait avéré le grand nombre d'élèves en médecine qui sont affectés de la fièvre typhoïde à Paris, au lieu de mettre ce fait sur le compte de la contagion, ils l'attribuent aux conditions hygiéniques au milieu desquelles ils vivent; mais tout observateur sait fort bien que les conditions hygiéniques n'exercent aucune influence sur la production de la maladie : la preuve, c'est que c'est souvent dans les localités les plus saines, au milieu des conditions hygiéniques les plus favorables, qu'elle exerce le plus ses ravages. Cependant, pour les besoins de la cause, comme on dit au palais, admettons un instant que les médecins, élèves et infirmiers soient moins fréquemment atteints de la fièvre typhoïde que les autres classes de la population, qu'est-ce que cela prouverait? La chimie ne nous enseigne-t-elle pas que certains corps mis en contact se neutralisent? Qui vous dit, alors, que, dans une vaste salle imprégnée des miasmes qui s'élèvent à la fois de cent individus affectés de maladies différentes, ces miasmes ne se neutralisent pas mutuellement et qu'il ne s'établit pas entre eux un véritable antagonisme?

Ajoutons que les salles d'hôpitaux sont vastes et aérées, et que les médecins, élèves et infirmiers n'ont pas avec les typhoïques des rapports de tous les instants, comme nous verrons que cela a lieu à la campagne entre les malades et ceux qui les soignent.

Ici, en effet, chaque logement n'est le plus ordinairement composé que d'une cuisine et d'une chambre, où tous les membres de la famille couchent deux à deux; si l'un tombe malade, les autres sont jour et nuit plongés dans la même atmosphère; en outre, ils soignent eux-mêmes le malade et et se font aider quelquefois par des parents ou des amis qui se trouvent alors enfermés dans le même foyer de contagion pendant des journées entières. Quoi d'étonnant alors que la maladie, si elle est contagieuse, se transmette ainsi, et finisse par infecter tous les membres de la famille qui se trouvent dans les conditions voulues pour se l'inoculer par l'absorption pulmonaire et cutanée?

Nous avons dit que nos confrères des petites localités sont en général contagionistes. La raison en est simple, c'est que là le fil d'Ariane n'est point nécessaire; car tout le monde se connait, les liens d'amitié et de parenté qui s'établissent dans le même village ou de commune à commune permettent au médecin de suivre pas à pas la marche de la contagion depuis son début jusqu'à sa terminaison. Les faits, pour peu qu'il soit observateur, ne sauraient lui échapper, et se déroulent à ses yeux avec tous les signes de l'évidence, car souvent un médecin dessert seul un grand nombre de communes à la ronde; il peut donc suivre en quelque sorte la piste du mal; à Paris le problème est complexe, embrouillé, difficile à démêler; à la campagne, il est simple et facile à résoudre.

En résumé, des faits qui précèdent il résulte :

1° Que la fièvre typhoïde est contagieuse dans toute l'acception du mot;

2° Que tous ceux qui sont soumis à l'action du virus gazeux qui s'échappe du corps des individus malades ne la contractent pas, soit parce qu'ils en ont déjà été affectés à une époque plus ou moins éloignée, soit parce que leur organisme est actuellement rebelle à l'action de ce virus;

3° Que les conditions propres à faciliter la transmission de cette affection de l'individu malade à l'individu sain se trouvent toutes réunies à la campagne; savoir : les rapports intimes et continuels du malade avec les membres de sa famille, tous logés dans la même chambre, couchant ensemble, et vivant du même air jour et nuit;

4° Que la marche de la contagion est facile à suivre à la campagne, tandis que cela est difficile dans les grands centres de population.

Si, malgré l'évidence des faits qui précèdent, on s'obstine à n'y voir qu'une simple coïncidence se montrant au sein d'une véritable épidémie, et si quelques faits ne paraissent pas assez probants, il serait à souhaiter alors que chaque praticien apportât son contingent d'observations pour former une statistique imposante qui pût convertir le doute en certitude. Dès à présent je me consolerais de mon erreur, la sachant partagée par M. Bretonneau, car on aimerait à se tromper avec un tel observateur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 février 1852. — Présidence de M. Larrey.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Paralysie du nerf moteur oculaire commun.

M. Chassaignac présente deux malades.

Le premier est un homme de soixante-quatre ans, tisserand, entré à l'hôpital Saint-Antoine depuis une huitaine de jours. Cet homme, qui a eu plusieurs accès de goutte, a déjà été atteint de l'accident pour lequel il se présente aujourd'hui. C'est une paralysie de la troisième paire, ou moteur oculaire commun. Ce n'est point pour ce fait, devenu en quelque sorte banal, que le malade est présenté à la Société. Mais c'est parce que la paralysie, dans le cas particulier, appartient à cette variété curieuse dans laquelle il n'y a pas de mydriase, ou dilatation anormale de la pupille. L'anomalie consistait dans l'absence de ce signe habituel de la paralysie du moteur commun, qui s'expliquerait par l'absence, dans les cas de ce genre, de la racine motrice que ce nerf envoie au ganglion ophthalmique, et qui serait remplacée, ainsi que l'a vu Pourfour du Petit, par une racine motrice émanant de la sixième paire, ou moteur oculaire externe. Les faits cliniques de ce genre ont une importance réelle en ophthalmologie. Il existe aussi chez ce malade cette saillie du globe oculaire désignée par Ch. Bell sous le nom d'*ophthalmoptosis* et, de plus, le phénomène de la diplopie superposée.

Corps étranger dans le scrotum.

Le second malade est également un vieillard chez lequel existe à gauche une hydrocèle avec présence dans la tunique vaginale d'un corps flottant d'une dureté pierreuse qui a le volume d'une noisette, mais avec des formes anguleuses et comme cubiques. On avait cru d'abord à la transformation crétacée d'un produit tuberculeux. Quelle est la nature de ce corps? Est-il, ainsi que M. Lenoir dit en avoir vu un exemple, composé de matière cartilagineuse? Serait-ce un amas de cholestérine? Cette supposition repose, suivant M. Chassaignac, sur ce qu'il a déjà eu l'occasion de constater la présence de cristaux de ce genre dans l'hydrocèle. Il y a cette différence, que le liquide était noir, tandis qu'ici il est d'une transparence non douteuse.

Luxation du coude.

M. le professeur Roux cite un cas de luxation du coude méconnue et réduite au cinquantième jour. Déjà ce professeur a eu occasion de réduire douze luxations du coude méconnues, après un temps plus ou moins éloigné de l'accident, et toujours avec succès. Il se demande s'il n'y aurait point à rechercher les causes qui induisent le chirurgien en erreur et lui font méconnaître cette luxation.

Polypes du pharynx.

M. Robert. Le fait communiqué récemment par M. Maisonneuve est en tout point conforme à ceux que j'ai eu occasion d'observer. Le prolongement que ces sortes de polypes envoient en contournant la partie postérieure du maxillaire est tellement commun, que dans un cas j'ai pu soupçonner un polype pharyngien à la présence d'une tumeur située dans la région génienne. Le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, me fit découvrir le polype que j'avais soupçonné. Ces polypes pharyngiens ne s'implantent point toujours dans le pharynx; c'est souvent en dehors de cet organe, aux environs du trou déchiré antérieur, dans le tissu fibro-cartilagineux que l'on rencontre dans ce point, que les polypes pharyngiens viennent s'implanter; après avoir pris racine dans le point que je viens d'indiquer, ils pénètrent dans le pharynx en passant

à travers le tissu lâche qui forme la partie supérieure de la première partie du tube digestif. Une fois nés dans ce point, on comprend facilement le prolongement qu'ils envoient du côté des fosses nasales et au pourtour du maxillaire postérieur. En raison de la disposition de ces polypes, je ne crois point à la possibilité de les enlever par des opérations partielles, comme le veut M. le professeur Gerdy. Il faut du jour pour pratiquer ces ablations, et le moyen d'en avoir, c'est d'enlever le maxillaire supérieur correspondant au polype. Sur dix malades auxquels cette ablation a été faite par moi, je n'en ai pas perdu un seul à la suite de ces opérations. Pour détruire définitivement le point d'implantation du polype, j'ai été obligé de faire des cautérisations avec le fer rouge, le caustique de Vienne. Comment faire ces cautérisations si le maxillaire n'est point enlevé?

M. Gerdy. Ce que vient de dire M. Robert sur le point d'implantation de ces polypes me frappe. Cette observation mérite d'être consignée. Néanmoins, je crois que le chirurgien peut arriver à débarrasser son malade de polypes développés dans le pharynx sans enlever le maxillaire supérieur. Il peut se donner du jour soit en fendant le voile du palais, soit en faisant disparaître l'apophyse montante du maxillaire supérieur, soit encore en ouvrant largement le sinus maxillaire. Par ces opérations, le chirurgien conserve la charpente de la face. Il se donne tout le jour nécessaire pour terminer son opération; il peut même, grâce à ces opérations, agir sur le pédicule du polype, soit pour le couper avec des pinces incisives, soit pour en cautériser le pédicule. S'il survenait une hémorrhagie, un tamponnement bien fait en aurait facilement raison. En un mot, je crois que la manière de faire de Manne est la meilleure, et je m'élève contre l'ablation complète du maxillaire comme moyen de favoriser la destruction d'un polype pharyngien.

M. Robert. Je connais l'opération de Manne; mais je ne vois pas qu'elle soit applicable aux cas actuels, à cause des prolongements de ces productions fibreuses; d'ailleurs, Manne avait affaire à un polype pharyngien avec prolongement dans les fosses nasales. Je ne crois même pas que l'opération imaginée par M. Nélaton soit applicable aux cas qui sont maintenant en discussion. Il s'agit ici bien plutôt de productions fibreuses extra-pharyngiennes avec prolongement dans cette cavité que d'un véritable polype. Les opérations fractionnées que proposent M. Gerdy exposeraient à des accidents hémorrhagiques redoutables. Dans un cas du genre de ceux qui nous occupent, voulant enlever une portion de ces productions, je déterminai une hémorrhagie grave que j'eus de la peine à arrêter.

M. Chassaignac. Avant de se décider à mettre en usage le procédé opératoire vanté par M. Robert, ou celui préconisé par M. Gerdy, il importe d'établir un diagnostic précis. Si on a affaire à une production fibreuse extra-pharyngienne, comme celle que M. Robert a rencontrée, je crois qu'il est avantageux de faire l'ablation du maxillaire, tandis que dans le cas de véritables polypes pharyngiens je me déciderais plutôt pour le procédé opératoire de M. Gerdy.

M. Huguier insiste sur l'importance de déterminer l'implantation des productions fibreuses de l'arrière-gorge. L'année dernière il a eu occasion de voir un jeune homme qui portait une de ces productions polypeuses de l'arrière-gorge, de constater que ce produit morbide avait envahi le sinus sphénoïdal et avait pénétré jusqu'à la base du cerveau, qu'il avait contracté des adhérences avec l'apophyse bazilaire, les ophyses ptérygoïdes. Une chose importante à noter, c'est que les parties superficielles et profondes n'ont pas la même vascularité. La partie antérieure était fibreuse, peu vasculaire, tandis que la partie profonde a une grande vascularité.

M. Chassaignac insiste sur la difficulté de déterminer le lieu d'implantation de ces polypes, et croit que, lorsqu'ils sont très vasculaires, le procédé opératoire de M. Robert doit être préféré.

Ouvrages adressés à la Société.

Etudes anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule; par le docteur Follin.

— *Recherches sur un cas remarquable d'hermaphrodisme*; par le même.

— *Recherches sur les corps de Wolf*; par le même.

Rapport de M. Larrey sur le Traité de la méthode amovo-inamovible de M. Seutin (de Bruxelles) (1).

Messieurs, la Société de chirurgie a reçu dans l'une de ses dernières séances un livre dont l'auteur, fort célèbre en Belgique, est aussi connu en France. M. Seutin nous a adressé son *Traité de la méthode amovo-inamovible*, en demandant le titre de membre correspondant.

Le rapport verbal que je dois faire sur cet ouvrage a seulement pour but de vous en indiquer l'ensemble et la composition, sans en discuter les principes, sans en exposer les détails. Cette tâche serait d'ailleurs plus délicate pour moi que pour tout autre, puisque je serais entraîné peut-être par la discussion à revendiquer l'idée première de la méthode amovo-inamovible en faveur de celui qui, dès le début de sa longue carrière, avait adopté la pratique générale des pansements rares et des appareils inamovibles. Laissant donc de côté ce que j'ai écrit à ce sujet (1), il y a une vingtaine d'années, sur la pratique de mon père, je dois reconnaître tout d'abord que M. Seutin rend justice aux travaux de ses devanciers. L'habile chirurgien belge commence même l'historique de son ouvrage par ces mots de Zimmermann : « C'est l'expérience des autres qui doit nous instruire... » Après avoir exposé les progrès de l'art dans l'emploi des méthodes antérieures à la sienne, il en indique les points de ressemblance pour différencier celle-ci des autres et lui assigner les caractères d'une méthode nouvelle. Il s'en déclare l'inventeur, et lui assigne comme avantages propres :

1° D'être amovo-inamovible;

2° De s'appliquer non-seulement aux fractures, mais à d'autres affections;

3° De pouvoir se combiner avec les pansements;

4° De hâter l'époque des mouvements sans nuire à la consolidation.

M. Seutin était en droit de critiquer les appareils différents du sien et de citer avec éloge ceux qui s'en rapprochent davantage; il a usé de ce droit-là avec la confiance d'un auteur qui a foi en lui-même et dans ses œuvres, comme l'annoncent les conclusions générales formulées par lui à la fin de la partie historique de son livre.

La deuxième partie est l'exposé des principes de la méthode amovo-inamovible, retraçant les avantages déjà signalés. La préparation de l'appareil, composé de bandes roulées, de bandelettes de Scultet, de ouate, d'amadou, d'étoupes comme remplissages; de colle d'amidon ou d'empois, appliqués sur les bandes à l'aide d'un pinceau; d'attelles de carton humecté et d'un compressimètre en fil; la déligation ou le mode d'application du bandage; la section ou le moyen de le fendre, de l'enlever et de mettre le membre à découvert; la déambulation combinée avec la suspension du membre, sont successivement présentées par l'auteur comme autant de questions auxquelles il attache une grande importance.

Il énumère ensuite les diverses modifications de l'appareil amovo-inamovible pour soumettre chacune d'elles à une analyse critique : ainsi passe-t-il en revue le bandage dextriné de M. Velpeau, le mastic gypso-amylacé de M. Lafargue (de Saint-Emilion), le papier amidonné de M. Laugier, le pansement emplastique de M. De Lavacherie (de Liége), l'appareil ouaté de M. Burggrave (de Gand), et celui d'amidon avec addition de bandes en caoutchouc de MM. King et Christophores (de Londres).

M. Seutin, après cela, insiste sur l'essentialité de sa méthode; il en décrit le mode d'action avec tant de soin et il réfute avec tant de confiance les objections qui lui ont été adressées que nous aurions mauvaise grâce de renouveler sur quelques points une polémique devenue inutile devant l'expérience.

La troisième partie de l'ouvrage, et la plus considérable, est consacrée aux applications cliniques de la méthode amovo-inamovible. Elle comprend les fractures en général et les fractures en particulier : les entorses et les luxations, les contusions et les épanchements sanguins, la rupture des muscles et des tendons; les plaies diverses, les amputations des membres et les résections; le bec-de-lièvre, l'érysipèle et le phlegmon, les abcès et les ulcères, les tumeurs blanches, les arthrites, les plaies des articulations et les hydarthroses, les cicatrices vicieuses et les rétractions des doigts; les difformités, les anévrismes, les plaies des artères, les varices, les hernies (chez les enfants), et enfin les engorgements des testicules et des mamelles.

Cette longue énumération embrasse, comme on le voit, la plus grande partie de la pathologie chirurgicale, et, si elle laisse à désirer quelque chose dans la classification des maladies, si elle permet de revendiquer en faveur de différents modes de traitement, en faveur surtout du principe général de la compression, plusieurs des avantages que M. Seutin attribue spécialement à sa méthode amovo-inamovible, on doit reconnaître que cette méthode a une valeur qui lui est propre dans son principe, dans son mécanisme et dans ses applications.

Nous avons vu l'auteur la mettre en œuvre sous nos yeux, et nous n'avons pas hésité à l'essayer nous-même, afin d'en constater l'utilité, en nous dégageant, pour cette méthode comme pour d'autres, des préventions incompatibles avec l'esprit de progrès.

Permettez à votre rapporteur, messieurs, de vous rappeler, après ce court exposé, que M. Seutin occupe la position la plus éminente de la chirurgie belge, et qu'en l'associant à nos travaux nous rendrons hommage à un confrère dont la renommée s'est étendue au loin.

En conséquence, messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer pour conclusions de ce rapport :

D'adresser à M. le docteur Seutin le diplôme de membre correspondant et de déposer son ouvrage dans la bibliothèque de la Société.

Le rapport et ses conclusions étant adoptés sans discussion, on procède au vote, et M. Seutin est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

(1) *Traité de la méthode amovo-inamovible*, comprenant des recherches historiques sur l'origine et la constitution de cette méthode, l'exposé de ses principes, de ses caractères et de ses procédés, et ses applications cliniques aux divers ordres de lésions et maladies chirurgicales; par le docteur Seutin, avec 114 figures intercalées dans le texte. — 1851.

(1) *Traitement des fractures des membres par l'appareil inamovible*. Thèse inaugurale, 1832.

Communication.

M. Broca lit un mémoire ayant pour titre : *Des difformités des orteils produites par l'action des chaussures*. (Commissaires : MM. Gosselin, Larrey et Chassaignac.)

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Concours d'hygiène. — Ce concours s'est terminé samedi à quatre heures, par la nomination de M. Bouchardat. Ce résultat est un de ceux que l'équité permettait de prévoir et qu'elle permet d'accepter. Mais il n'en est pas tout à fait de même des épreuves par lesquelles on a été obligé de passer pour l'obtenir; il n'a fallu pour cela rien moins que quatre tours de scrutin dans lesquelles les voix se sont réparties ainsi qu'il suit :

Premier tour. — M. Béclard, 2 voix; M. Guérard, 3; M. Tardieu, 4; M. Bouchardat, 5.

Deuxième tour. — M. Guérard, 3 voix; M. Tardieu, 5; M. Bouchardat, 6.

Troisième tour. — M. Guérard, 2 voix; M. Tardieu, 6; M. Bouchardat, 6.

Quatrième tour. — M. Tardieu, 6 voix; M. Bouchardat, 8.

La situation dans laquelle se trouve actuellement le concours rend inutile toute appréciation morale de ces scrutins. Nous aurons seulement, dans le compte-rendu des thèses, l'occasion de justifier le jugement que nous avons porté il y a huit jours sur les divers candidats.

Bulletin bibliographique.

Traité complet des maladies vénériennes; clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens et Recueil d'observations suivies de considérations pratiques *sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital*; par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, chirurgien consultant du Dispensaire de salubrité publique, membre de l'Académie nationale de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur et de plusieurs ordres étrangers, etc. — Cette belle publication forme un volume grand in-4°, imprimé sur beau papier, accompagné de soixante-six planches donnant 150 sujets dessinés et coloriés d'après nature. — *Toutes les planches sont coloriées avec le plus grand soin.* — L'ouvrage a été publié en 22 livraisons contenant chacune 3 planches et plusieurs feuilles de texte. — Prix de la livraison : 6 fr. — L'ouvrage complet : 132 fr. — Un beau portrait de l'auteur, d'après Couture, prix : 2 fr. Paris, chez Just Rouvier, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 20, et chez Bénard, rue Furstemberg, n° 4. — L'ouvrage que vient de terminer M. le docteur Ricord, ouvrage aussi utile que magnifique, doit entrer dans la bibliothèque de tous les praticiens. On trouve dans ce livre, résultat d'une pratique de vingt années, la reproduction, faite avec le plus grand soin, des cas types qui servent de base à ses doctrines et qui forment le cadre complet des *Maladies vénériennes*. Cet ouvrage deviendra donc indispensable aux praticiens; ils aimeront surtout à posséder une Collection qui, sous un format portatif, leur permettra de transporter la *Clinique de l'hôpital des Vénériens* dans leur cabinet. — Les travaux de M. le docteur Ricord ont été couronnés deux fois par l'Académie des sciences : deux médailles d'or lui ont été décernées.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 30. — JEUDI 11 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 30. — JEUDI 11 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.



GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Décret sur l'enseignement public. Abolition du concours pour la nomination des professeurs. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL BEAUJON (M. Robert). Fracture transversale de l'extrémité inférieure du fémur simulant une luxation du genou. — Observation de pharmacie pratique sur la teinture d'ipécacuanha. — Académie de médecine, séance du 9 mars. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, par M. Leudet.

PARIS, LE 10 MARS 1852.

Décret sur l'enseignement public.

ABOLITION DU CONCOURS POUR LA NOMINATION DES PROFESSEURS.

Le décret que nous avons annoncé ne s'est pas fait attendre. Il fixe le mode de nomination des professeurs conformément à ce que nous avons laissé entrevoir dans notre article d'avant-hier sur le concours. Ce que nous devons remarquer surtout dans ce décret, c'est que, conformément encore à ce que nous avons annoncé, il ne statue rien quant à l'organisation de l'instruction, qu'il renvoie, au contraire, à une loi prochaine. La question de l'enseignement libre reste donc tout entière pour l'avenir, et il va être plus opportun que jamais de la traiter avec tous les développements qu'elle mérite.

Voici ce qui est relatif à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie dans le décret inséré aujourd'hui au *Moniteur*.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Considérant que, en attendant qu'il soit pourvu par une loi à la réorganisation de l'enseignement public, il importe d'appliquer, dès aujourd'hui, des principes propres à rétablir l'ordre et la hiérarchie dans le corps enseignant,

Décrète :

CHAPITRE PREMIER.

De l'autorité supérieure de l'enseignement public.

ART. 1er. Le président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, nomme et révoque les membres du conseil supérieur, les inspecteurs généraux, les recteurs, les professeurs des Facultés, du Collége de France, du muséum d'histoire naturelle; les administrateurs et conservateurs des bibliothèques publiques.

ART. 2. Quand il s'agit de pourvoir à la nomination d'un professeur titulaire dans une Faculté, le ministre propose au président de la République un candidat choisi, soit parmi les docteurs âgés de trente ans au moins, soit sur une double liste de présentation qui est nécessairement demandée à la Faculté où la vacance se produit et au conseil académique.

Le même mode de nomination est suivi dans les Facultés des lettres, des sciences, de droit, de médecine, et dans les écoles supérieures de pharmacie.

ART. 3. Le ministre, par délégation du président de la République, nomme et révoque les fonctionnaires et professeurs des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les employés des bibliothèques publiques, et généralement toutes les personnes attachées à des établissements d'instruction publique appartenant à l'Etat.

Il prononce directement et sans recours contre les membres de l'enseignement secondaire public :

La réprimande devant le conseil académique,

La censure devant le conseil supérieur,

La mutation,

La suspension des fonctions avec ou sans privation totale ou partielle de traitement,

La révocation.

Il peut prononcer les mêmes peines contre les membres de l'enseignement supérieur, à l'exception de la révocation, qui est prononcée, sur sa proposition, par un décret du président de la République.

CHAPITRE II.

Du conseil supérieur de l'instruction publique.

ART. 5. Le conseil supérieur se compose

De trois sénateurs,

De trois conseillers d'Etat,

De cinq archevêques ou évêques,

De trois membres de la Cour de cassation;

De cinq membres de l'Institut,

De huit inspecteurs généraux,

De deux membres de l'enseignement libre.

Les membres du conseil supérieur sont nommés pour un an.

Le ministre préside le conseil et détermine l'ouverture des sessions, qui auront lieu au moins deux fois par an.

CHAPITRE III.

Des inspecteurs généraux de l'instruction publique.

ART. 6. Huit inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur,

Trois pour les lettres,

Trois pour les sciences,

Un pour le droit,

Un pour la médecine,

sont chargés, sous l'autorité du ministre, de l'inspection des facultés, des écoles supérieures de pharmacie, des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et des établissements scientifiques et littéraires ressortissant au ministère de l'instruction publique.

ART. 9. Les professeurs, les gens de lettres, les savants et les artistes dépendant du ministère de l'instruction publique ne peuvent cumuler que deux fonctions rétribuées sur les fonds du trésor public.

Le montant des traitements cumulés tant fixes qu'éventuels pourra s'élever à 20,000 fr.

Fait au palais des Tuileries, le 9 mars 1852.

LOUIS-NAPOLÉON.

Par le président :

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FOURTOUL.

M. le professeur Bérard est nommé inspecteur général pour la médecine et membre du conseil supérieur de l'instruction publique.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après un de ces petits orages que M. Gerdy soulève de temps en temps, et qui menacent de se renouveler fréquemment cette année si M. le président ne se décide pas à les réprimer avec plus d'énergie encore qu'il n'en a développé jusqu'ici, l'Académie a entendu deux rapports, l'un de M. Gaultier de Claubry, sur un établissement de bains médicinaux; l'autre de M. Chevallier, sur la culture du pavot en Algérie.

Après ces deux lectures, un médecin bien connu du monde scientifique, M. Marc d'Espine, a fait connaître à l'Académie un résumé de ses laborieuses recherches statistiques sur les causes de la mortalité dans le canton de Genève. Nous ne voulons pas improviser ici une appréciation rigoureuse du travail de ce savant médecin; travail qu'une étude approfondie peut seule permettre de juger en connaissance de cause. Il est toutefois une remarque que nous devons présenter, et qui s'applique à toutes les statistiques analogues que l'on peut dresser à l'exemple de M. Marc d'Espine, c'est qu'elles puisent toute leur importance dans l'exactitude du diagnostic de la maladie qui a causé la mort. Or, nous n'hésitons pas, pour notre compte, à affirmer que cette condition est incomplétement remplie, non pas toujours, non pas même peut-être dans la majorité des cas, mais bien certainement dans un grand nombre d'entre eux. Ce n'est pas que cette cause d'erreur ait échappé à M. Marc d'Espine; il l'a, au contraire, signalée, et il a fait tous les efforts possibles pour s'y soustraire; mais le possible, à cet égard, est tout à fait insuffisant dans l'état actuel de l'instruction médicale. La négligence de certains médecins, l'instruction incomplète d'un certain nombre d'autres, ne permettent d'accueillir qu'avec une grande réserve le diagnostic qu'ils ont porté sur la cause de la mort, quand ils en ont porté un quelconque. Toutefois, si la cause d'erreur que nous signalons ici enlève une certaine valeur à la statistique de M. Marc d'Espine, il ne faudrait pas croire qu'elle lui enlève son importance tout entière. Il y a des maladies, comme la phthisie, par exemple, dont le diagnostic est tellement facile, que les minimes erreurs que l'on pourrait commettre à cet égard disparaissent à peu près complétement dans les résultats généraux, lesquels conservent une grande utilité. Aussi comprendrait-on mal notre pensée si l'on voyait dans notre critique la moindre intention d'arrêter l'essor des médecins qui voudraient suivre la voie qu'il a tracée avec beaucoup de talent.

— La lecture de M. Marc d'Espine terminée, la discussion sur l'avortement provoqué a repris son cours. Glissons sur le petit incident qu'a soulevé M. Cazeaux, dans le seul but de prouver que l'opinion professée par M. P. Dubois il y a quelques années n'était pas exactement la même que celle qu'a exprimée le savant professeur dans son dernier discours, et arrivons immédiatement à la remarquable allocution de M. Danyau, que nos lecteurs trouveront textuellement reproduite à notre compte-rendu. Nous les engageons à la lire avec le plus grand soin, car nous ne pouvons en donner ici qu'une idée fort incomplète, et elle contient les véritables solutions pratiques des questions soulevées par le travail de M. Cazeaux.

Notons d'abord que sous le rapport de la responsabilité de l'Académie, M. Danyau a apprécié au même point de vue que nous le sens des propositions formulées par la commission. Aussi, après avoir fait remarquer avec une apparente bonhomie, qui est la vraie finesse, qu'en se bornant à l'adoption des deux dernières conclusions, l'Académie ne répondrait nullement au but que s'était

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

Parmi les sociétés savantes qui concourent le plus activement aux progrès de la science, la Société anatomique de Paris, composée presque entièrement des internes des hôpitaux, tient un des rangs les plus honorables. Nos lecteurs, qui ont apprécié l'année dernière le remarquable exposé des travaux de cette Société, rédigé par M. Broca, ne liront pas avec moins d'intérêt celui qu'a lu à la séance solennelle de cette année M. Leudet. Ils y trouveront, parmi une foule de faits curieux ou importants et de vues ingénieuses, une sorte de monographie sur l'inflammation des cartilages, qu'ils chercheraient vainement dans tous les ouvrages publiés jusqu'à ce jour.

ANATOMIE NORMALE.

Nous ne sommes plus à l'époque où la présence d'une sécrétion au sein d'une cavité close suffisait pour faire admettre dans son intérieur l'existence d'organes sécréteurs de glandes. Aujourd'hui même la connaissance des éléments glandulaires ne suffit pas toujours pour expliquer les sécrétions. Ainsi l'on rencontre dans certaines membranes des follicules clos presque complétement étrangers à la sécrétion des liquides qui les lubréfient à l'état normal. C'est sur des éléments de cette nature placés dans l'enveloppe séreuse du cœur que M. Corvisart a fixé votre attention. Il nous a décrit et fait voir des vésicules closes probablement glandulaires dans le péricarde. Déjà, comme il nous l'apprend lui-même dans une courte notice bibliographique qui suit son travail, les anciens anatomistes s'occupent de ces organes rudimentaires. Ainsi Lowes admettait l'existence de glandes sécrétantes situées à la base du péricarde; pour Peyer, au contraire, ces glandes ne se rencontrent pas en réalité; mais c'est le péricarde lui-même qui, perforé d'une foule d'orifices, distille le liquide qu'il contient.

Malpighi exagère encore cette opinion, et pour lui la bourse séreuse qui environne le cœur est une glande pourvue de conduits et d'orifices. Plus tard, Heister nie de nouveau les glandes, et fait sécréter la liqueur péricardine pendant la systole du cœur et des oreillettes; enfin le milieu du dix-huitième siècle, Lancisi décrit de nouveau les glandes, ou plutôt des organes comparables à des follicules adipeux et situés à la base du cœur. En résumé, vous voyez Peyer, Heister, Lancisi, puis Sénac, indiquer successivement ces organes rudimentaires.

Ce sont ces organes que M. Corvisart a étudiés avant d'avoir connaissance des travaux publiés antérieurement sur ce sujet. Il ne peut être question ici de vraies glandes pourvues de conduits excréteurs; car, dit-il, il n'en existe pas dans le péricarde, ce ne sont que des glandes rudimentaires ou des follicules clos. M. Corvisart les a rencontrés dans les trois quarts à peu près des péricardes examinés; ils manquent constamment sur le feuillet viscéral et aux deux tiers inférieurs de la couche pariétale; ils siégent toujours au voisinage de la réflexion de la tunique séreuse pariétale sur les gros vaisseaux, entourés par les fibres arciformes de la tunique fibreuse qui les embrasse. Tantôt ces organes sont disposés sur une ou deux lignes parallèles concentriques, tantôt ils sont épars ou vaguement groupés; leur nombre varie en général de 15 à 23; cependant quelquefois on en rencontre moins, deux ou même un seul. La membrane séreuse à laquelle ils adhèrent intimement forme une légère saillie à leur niveau. En général globuleux, plus ou moins turgides, les follicules clos, transparents ou de couleur ambrée, présentent quelquefois à leur centre une tache blanchâtre simulant un orifice de 2^{mm} à $0^{mm}8$. Le feuillet séreux passe sur le follicule; mais il paraît, à l'examen microscopique, recouvert de cellules épithéliales se continuant avec le péricarde environnant; des fibres de cellules striées l'entourent à sa base, et même quelquefois des fibres de cette espèce passent éloignées les unes des autres sur la surface de l'hémisphère. Le follicule possède une membrane d'enveloppe propre hyaline de 1 à 3 centaines de millimètres d'épaisseur, pourvue de stries celluleuses sans trace de cellules épithéliales à sa face interne; il contient un liquide visqueux, probablement, suivant notre collègue, une huile ou une matière albumineuse.

Telle est la disposition des follicules clos décrits par M. Corvisart, que chacun de vous a pu examiner à l'œil nu comme au microscope, sur les pièces qu'il nous a présentées.

Une anomalie dans la disposition anatomique du péritoine vous a été montrée par M. Deville. Dans cette pièce curieuse, dont la description complète et détaillée a été donnée dans vos bulletins, une partie des intestins était contenue en dehors du péritoine; cette anomalie de la séreuse abdominale avait entraîné des changements dans la direction et les rapports du duodénum, du côlon ascendant

proposé M. Lenoir, et auquel cependant M. Cazeaux avait déclaré vouloir répondre, M. Danyau a encore ajouté que, si l'auteur du mémoire, le rapporteur ou le public pouvait voir dans le renvoi au comité de publication du travail de M. Lenoir la moindre approbation de la doctrine soutenue soit dans ce mémoire, soit dans le rapport dont il a été l'objet, il n'hésiterait pas à proposer à l'Académie le simple dépôt aux archives.

Cette remarque a été accueillie avec assez de faveur pour qu'on puisse prédire qu'elle sera adoptée, pour peu que M. Danyau veuille la soutenir. Mais tout en partageant le fond de la pensée de M. Danyau, nous ne croyons pas que le moyen qu'il propose soit celui dont l'Académie doive se servir pour repousser la responsabilité de la doctrine exposée dans le mémoire de M. Lenoir. Ce travail, par l'importante discussion qu'il a soulevée, par le remarquable rapport qu'il a provoqué, par la position de l'homme dont il émane, est évidemment un travail digne de figurer dans le recueil de l'Académie ; le renvoyer au dépôt des archives, ce serait refuser à M. Lenoir une justice, une faveur peut-être, mais une faveur qu'on accorde à une foule d'autres qui le méritent certainement beaucoup moins. En même temps qu'elle ferait cet acte de justice, l'Académie est parfaitement en droit de se garantir contre les fausses interprétations qu'on pourrait donner à son silence, et c'est dans ce but que nous lui conseillerions d'adopter les deux dernières conclusions du rapport, auxquelles on en ajouterait une troisième, dont le sens serait le suivant :

L'Académie, en adoptant ces deux conclusions, n'entend en aucune façon donner son approbation à la doctrine exposée dans le rapport de la commission chargée de rendre compte du travail de M. Lenoir.

Cette conclusion serait, du reste, la conséquence du discours de M. Danyau, que l'Académie a écouté avec une si grande et si juste faveur. Nos lecteurs remarqueront sans doute que, dans ce discours si rempli et qui présente un exposé bien plus complet de la question que le rapport lui-même, M. Danyau a évité avec soin d'agiter les questions religieuses soulevées par M. Cazeaux; c'est une nouvelle preuve de la justesse des remarques que nous avons déjà eu l'occasion de faire à ce sujet. Adoptant d'une manière complète les opinions émises par M. Danyau, son discours abrégera singulièrement la tâche que nous nous sommes imposée de mettre sous les yeux de nos lecteurs une analyse critique du rapport de M. Cazeaux. Il reste toutefois quelques points qui, à dessein sans doute, n'ont pas été discutés, et qu'il nous restera à montrer sous leur véritable jour. Ce sera l'objet d'un prochain article.

Notons, pour terminer cet aperçu sur la séance d'avant-hier, deux communications intéressantes faites pour clore la séance ; la première, par M. Leblanc, vétérinaire, que des travaux importants recommandent déjà à l'estime du monde savant, et la seconde, par M. Lucien Boyer. — H. de Castelnau.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Fracture transversale de l'extrémité inférieure du fémur simulant une luxation du genou.

Dans la plupart des cas de fractures de l'extrémité inférieure du fémur consignés dans la science, on voit la solution de continuité porter sur l'un ou sur l'autre des condyles de cet os. Dans l'exemple que nous allons rapporter, la brisure, en portant sur la partie condylienne qui, dans l'enfance, constitue l'épiphyse, donnait au membre une difformité tellement semblable à celle qu'entraîne une luxation incomplète du genou, que nous croyons devoir la rapprocher du cas précédent, afin de compléter l'enseignement qui découle de ces deux faits rares et curieux.

Un brocanteur, âgé de trente-trois ans, d'une constitution athlétique, avait le pied droit engagé entre les barres d'une chaise renversée, lorsqu'il fut poussé par un de ses camarades. Il tombe en avant et ne peut se relever. On le transporte immédiatement à l'hôpital Beaujon ; il présente les symptômes suivants : la jambe est demi-fléchie sur la cuisse, l'extrémité supérieure du tibia semble déjetée en arrière. Le genou, très saillant en avant, est le siége d'un épanchement considérable ; au-dessus du bord supérieur de la rotule une saillie considérable que tout d'abord l'élève de garde prit pour l'extrémité articulaire du fémur, de sorte qu'il pensa avoir affaire à une luxation du tibia en arrière. Le lendemain à la visite, un examen plus attentif, et qui ne fut pas sans difficultés en raison du gonflement des parties, démontra à M. Robert qu'il ne s'agissait que d'une fracture transversale du fémur dans sa partie condylienne. En effet, la saillie sus-rotulienne, au lieu de présenter une surface lisse et arrondie, comme dans le cas de luxation du genou, était anguleuse et irrégulière. En saisissant la cuisse et la partie supérieure de la jambe, et leur imprimant des mouvements opposés dans le sens transversal, on constatait une mobilité anormale au-dessus du niveau de l'articulation, et au-dessus des tubérosités latérales du fémur que l'on pouvait sentir assez bien malgré le gonflement des parties molles. Enfin, l'on déterminait une crépitation bien différente du bruit de frottement des cartilages articulaires. Nous ajouterons, pour compléter le tableau, que l'exploration du creux poplité n'y faisait reconnaître aucune saillie osseuse

Il s'agissait donc dans ce cas d'une fracture transversale immédiatement au-dessus des condyles fémoraux, fracture accompagnée d'un déplacement en avant du fragment supérieur qui donnait au membre la physionomie d'une luxation du genou en arrière. La coaptation des fragments n'a pas présenté de difficultés sérieuses : il a suffi de pratiquer une extension modérée sur la jambe, pendant que deux aides maintenaient la cuisse immobile ; cependant elle n'a pu être complète, il est resté une légère saillie du fémur en avant.

La fracture réduite, quelle conduite devait-on tenir? Fallait-il, à l'exemple d'Ast. Cooper, pratiquer l'extension continue? Cela ne parut pas nécessaire, puisque les fragments ne tendaient pas à se déplacer ; cette circonstance rendait également inutile le tampon que Boyer conseille de placer dans le creux poplité, puisque le fragment inférieur ne faisait aucune saillie dans cette région. Il y avait à choisir entre la demi-flexion proposée par Dupuytren, et que M. Malgaigne a adoptée, mais par des vues différentes, ou la simple extension du membre. Ce fut ce dernier parti que M. Robert adopta, après avoir essayé toutefois la position recommandée par Dupuytren comme la plus propre à maintenir les fragments en contact. Cette demi-flexion du membre présentait moins d'avantages que la simple extension que M. Robert pratiqua à l'aide du bandage de Scultet, auquel furent ajoutées des compresses graduées, placées transversalement sur la saillie du fragment supérieur.

L'appareil fut enlevé le vingt-cinquième jour, et la consolidation des fragments parut assez solide pour qu'il fût possible d'imprimer de légers mouvements afin de prévenir la roideur de l'articulation. Ces mouvements furent répétés chaque jour, et, à la fin de la quinzaine, le malade commença à pouvoir se promener dans la salle. Il sortit de l'hôpital à la fin du mois. (*Bull. thérap.*)

OBSERVATION DE PHARMACIE PRATIQUE sur la teinture d'ipécacuanha.

Par G.-F. Leroy,

pharmacien à Bruxelles, membre de la commission médicale locale.

M. Leroy vient d'adresser à l'Académie de médecine de Belgique un travail intéressant que nous nous empressons de reproduire.

Les médicaments officinaux, pendant la reposition ou conservation, lorsqu'ils sont placés dans des conditions convenables propres à les préserver de toute altération, subissent de ces modifications tellement profondes qu'elles nécessitent l'obligation de les rejeter de l'usage de la pharmacie.

On est généralement porté à considérer les alcoolés ou teintures alcooliques, en raison de la nature du véhicule qui sert à les préparer, comme les médicaments officinaux les plus stables. Aussi peu de pharmacologistes se sont-ils occupés des altérations qu'ils éprouvent.

Parmi ceux qui s'en sont occupés, je citerai particulièrement :

1° Baumé, qui a remarqué que la teinture de safran dépose une matière analogue au succin. (*Eléments de pharmacie*, 2e édition, 1769.)

2° Guibourt, qui a présenté à l'Académie de médecine de Paris des considérations sur les changements de composition qu'éprouve la teinture d'iode suivant le temps écoulé depuis sa préparation. (Année 1846.)

3° Bastick désirant s'assurer de la nature des altérations auxquelles les préparations alcooliques sont sujettes, différentes teintures furent placées pendant plusieurs mois dans les conditions dans lesquelles elles se trouvent dans une officine, c'est-à-dire exposées à une température variant de 60 à 80° Fahrenheit, dans des bouteilles à moitié remplies, et en permettant de temps en temps le renouvellement de l'air.

En les examinant quelque temps après, il reconnut que la plupart avaient subi la fermentation acétique à un degré plus ou moins élevé, et que l'alcool s'était graduellement converti en acide acétique. Les teintures avaient généralement perdu de leur couleur et de leur saveur, et contenaient un précipité qui était redissoluble en partie, dans une proportion d'alcool correspondant à celle qui avait été décomposée. (*Pharmaceutical journal and transactions*, 1848.)

Les alcoolés préparés avec de l'alccol faible sont les plus sujets à ce genre d'altération.

4° La teinture de kino se modifie tellement pour le temps qu'elle passe de l'état liquide à celui de gelée. Ce changement d'état est même un excellent caractère pour s'assurer si le cachou n'a pas été substitué au kino dans cette préparation. (Dorvault, *l'Officine*, 1850, 3e édit.) (1).

Généralement les pharmacologistes considèrent que les teintures ne se détériorent que par l'évaporation de l'alcool qui sert de véhicule et que cette évaporation a pour effet de trop les concentrer, de donner lieu à la précipitation d'une partie des principes qui étaient tenus en solution.

Je ne partage pas cette opinion d'une manière absolue ; je suis porté à croire, au contraire, que dans beaucoup de cas les précipités qui se forment dans les teintures ont une autre cause que celle de l'évaporation d'une partie du véhicule, et qu'elle réside dans une modification qui s'opère dans une partie des principes tenus en solution et qui, devenant moins solubles ou même insolubles, se précipitent.

Au nombre de ces précipités, je placerai celui qui se dépose presque d'une manière continue dans la teinture d'ipécacuanha.

Généralement les pharmaciens savent que cette teinture, peu de temps après sa préparation, abandonne un dépôt d'un blanc-jaunâtre très léger, qui s'accroît chaque jour ; si on la filtre pour l'en séparer, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'un nouveau dépôt commence à se former et qu'il faut de nouveau recourir à la filtration.

Ce n'est qu'au bout de trois ou quatre filtrations, après des intervalles les uns des autres de quatre à cinq semaines, qu'on arrive à peine à mettre un terme à la formation de ce dépôt.

Dans le courant de juillet de cette année, je préparai, d'après la *Pharmacopée belge*, avec les proportions y indiquées, la teinture d'ipécacuanha pour servir à la préparation du saccharolé du même nom.

Désirant suivre les différentes phases qu'elle présente et étudier autant que faire se pourrait la nature du précipité qui y prend naissance, car je ne sache pas que jusqu'ici on ait dirigé des recherches vers ce sujet, je profitai de l'occasion que m'offrait cette préparation.

Environ six semaines après sa préparation, cette teinture contenait un dépôt blanc-jaunâtre assez abondant, très léger, se levant par l'agitation.

Je laissai de nouveau se former le précipité ; après quelques jours, je décantai la liqueur claire, je jetai le dépôt sur un filtre. La liqueur provenant de la décantation et celle filtrée furent réunies et replacées dans le flacon.

Le précipité recueilli sur le filtre fut lavé à plusieurs reprises. Je le mis à dessécher spontanément ; mais m'aperce-

(1) Je constate ce fait depuis plus de 18 années, et je l'ai rapporté dans le Journal de Pharmacologie, 1re année, 1845.

---

et du côlon transverse. Déjà antérieurement, dans une pièce dont il donna une description verbale à la Société et qui malheureusement fut perdue, l'intestin grêle n'était pas placé dans la grande cavité péritonéale, mais dans une autre située au-dessus du côlon transverse.

En étudiant la structure de la grande lèvre chez la femme, M. Broca a découvert dans l'épaisseur de ce repli un sac membraneux qu'il compare au dartos de l'homme et qu'il propose de nommer *sac dartoïque de la femme*. Ce sac membraneux, dont l'extrémité supérieure, c'est-à-dire l'ouverture, s'applique exactement à l'ouverture externe du canal inguinal, contient une masse graisseuse constante. Dans son intérieur vient se terminer, en s'éparpillant, le ligament rond de l'utérus et chez le fœtus le cul-de-sac inférieur de ce prolongement péritonéal qu'on appelle le canal de Nuck et qui accompagne le ligament rond. La disposition de ce petit sac membraneux explique, suivant M. Broca, l'aspect que présentent certaines tumeurs qui se développent dans cette région : c'est ainsi qu'on peut rendre compte de la forme de certaines tumeurs de la grande lèvre, qui, lorsqu'elles atteignent un certain volume, paraissent ovoïdes, ayant leur gros bout rapproché de la fourchette et leur petite extrémité plus rapprochée de l'anneau inguinal. C'est ce que l'on observe dans les kystes et les abcès. Cette même disposition anatomique explique pourquoi les hernies inguinales de la femme descendent dans la grande lèvre.

Les anomalies musculaires qui ont été mises cette année sous vos yeux sont peu nombreuses ; je ne vous en citerai que deux. M. Broca vous a fait voir une anomalie du muscle transverse du périnée. A gauche, un faisceau musculaire assez volumineux naissait à un décimètre en dehors de l'ischion, pour se terminer au raphé médian du périnée, s'étalant sur la partie postérieure de la fesse et de la cuisse.

Sur une pièce présentée par M. Fano, on voyait un muscle surnuméraire de la partie inférieure de l'avant-bras. Un faisceau charnu assez volumineux s'insérait au tiers inférieur de la face antérieure du radius et se terminait par un tendon fixé à l'os trapèze. Ce muscle, animé par un petit filet du nerf interosseux, ne se retrouvait qu'à l'un des membres supérieurs.

La disposition normale de l'aponévrose palmaire a servi à M. Verneuil à expliquer une forme particulière de déviation du doigt auriculaire. Notre collègue avait remarqué que, dans les cas où le cinquième doigt est maintenu dans une flexion forcée, il éprouve une rotation légère dans l'articulation métacarpo-phalangienne, la concavité de l'arc qu'il forme étant tournée vers l'éminence thénar. Ceci s'explique par la disposition anatomique suivante : l'aponévrose palmaire n'envoie de languette interdigitale qu'au côté radial de l'auriculaire ; le côté cubital, au contraire, en est complétement dépourvu ; d'où résultent dans la rétraction de l'aponévrose palmaire une rotation du petit doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne et une disposition particulière que l'on ne retrouve pas dans la rétraction des autres appendices digitaux.

Fractures. — Dans un mémoire sur la fracture du radius, M. Verneuil nous a fait connaître une nouvelle explication anatomique du mouvement d'abduction de la main dans les fractures de l'extrémité inférieure de cet os. Il a constaté, par la dissection des deux os de l'avant-bras, que, le coude demeurant intact, le principal moyen d'union de l'articulation radio-cubitale inférieure est constitué par le fibro-cartilage triangulaire, qui réunit la base de l'apophyse styloïde du cubitus et le bord inférieur de la cavité sigmoïde du radius. Il pratique ensuite, au moyen d'un trait de scie, une solution de continuité dans l'endroit où siégent d'habitude les fractures du radius, et même enlève une portion du cylindre de cet os. Sur la pièce ainsi préparée, M. Verneuil essaie en vain de faire éprouver un mouvement d'ascension au fragment carpien, ou même de dévier l'axe de la main. En répétant, au contraire, la même opération sur un autre membre, en ayant soin préalablement de diviser les ligaments qui s'étendent du fibro-cartilage triangulaire à la cavité sigmoïde du rachis, notre collègue put facilement repousser en haut le fragment inférieur de la fracture et produire les déviations bien connues dans la direction de l'axe de la main. Les mêmes symptômes peuvent se produire dans le cas de fracture de l'apophyse styloïde du cubitus.

M. Verneuil conclut de ces expériences que l'ascension du fragment inférieur du radius, dans les solutions de continuité de la partie inférieure de cet os, ne se produiront que dans les cas de déchirure du ligament ou de l'apophyse en question. Cependant, comme M. Verneuil l'ajoute lui-même, la rotation du fragment inférieur sur son axe longitudinal, indiquée par M. Jarjavay, peut, en l'absence de ces lésions, donner lieu aux mêmes phénomènes dans les fractures du radius.

Luxations latérales du coude. — Ce genre de luxations de l'articulation huméro-cubitale est le sujet d'un mémoire que M. Denucé a inséré dans vos bulletins. Deux théories principales ont été émises pour expliquer ces déplacements : la flexion latérale et l'écartement ; à ces deux théories, notre collègue en ajoute une troisième plus complexe. Quand on fait des expériences sur le cadavre, dit-il, on est étonné de la facilité avec laquelle certaines luxations changent complétement de forme, et l'on se demande s'il n'en

vant, après vingt-quatre heures, qu'il devenait la proie d'une foule de petits cryptogames, à l'instar de la gélatine animale qui se dessèche lentement à l'air, je hâtai la dessiccation en portant le filtre dans un milieu de 30 à 35 degrés centigrades.

Ce dépôt, pendant la dessiccation, se déshydrate, change de couleur, passe au rouge brunâtre et est légèrement translucide; lorsqu'il est bien sec, il est friable.

La quantité obtenue de cette première filtration pesait 5 grains des P. B. ou 0,3250 dix milligrammes; pour une once ou 32 grammes de racines employées vers la fin d'octobre, je recueillis, comme précédemment, le nouveau dépôt qui s'était formé : il pesait 1 grain des P. B. ou 0,065 milligrammes.

Maintenant, fin de novembre, un troisième dépôt a pris naissance et sera recueilli pour être réuni aux précédents.

Pendant tout le temps de l'observation, la teinture n'avait point eu d'action sensible sur le papier de tournesol bleu, ni rougi.

Propriétés physiques du précipité. — Il est solide, friable, d'une couleur brun-rougeâtre, légèrement translucide, sans saveur.

Propriétés chimiques. — L'éther, l'alcool, l'eau, froids et bouillants, sont sans action sur lui; les acides hydrochlorique, sulfurique, nitrique, dilués, sont sans action à froid.

L'acide nitrique concentré à froid ne paraît pas avoir d'action; mais, porté à l'ébullition, il l'attaque vivement en se colorant en rouge brunâtre.

Placé dans un tube de verre fermé par une de ses extrémités seulement, et l'extrémité ouverte étant garnie de deux papiers de tournesol, l'un rougit, l'autre bleuit. Si l'on porte le tube à la flamme d'une lampe à alcool, au bout de quelques instants d'exposition la matière se boursoufle et ramène au bleu le papier de tournesol rougi.

Placé sur une lame de platine et exposé à la flamme de l'alcool, il se boursoufle en répandant une odeur forte de matière animale brûlée; il brûle sans s'enflammer et laisse pour résidu une cendre blanche. Cette cendre, traitée par les réactifs, a donné tous les caractères de la chaux.

Comme on le voit par ce court exposé, ce dépôt n'est nullement un produit qui serait le résultat de l'évaporisation d'une partie de l'alcool qui tenait les principes en solution qui se sont déposés, mais bien une matière organique particulière unie à la chaux qui se forme aux dépens d'un principe azoté contenu dans les racines d'ipécacuanha. Quel est le principe azoté qui concourt à la formation de cette substance? A coup sûr ce n'est pas un de ceux que l'on rencontre habituellement dans les végétaux; car le fait que l'on observe avec la teinture d'ipécacuanha s'observerait pour des teintures faites avec d'autres racines.

Serait-ce l'*émétine* qui se dédoublerait? C'est là une recherche à faire. S'il en était ainsi, la teinture d'ipécacuanha serait, à bon droit, un médicament considéré comme infidèle.

D'après les caractères qu'assigne M. Willigh à son acide ipécacuanhique, ainsi qu'au sel de plomb tribasique (*Journ. de chim. et de pharm.*, octobre 1851), à une première lecture s'entend, sans toutefois avoir fait de recherches sérieuses à cet égard, j'étais porté à croire que ce pouvait bien être cet acide uni à la chaux qu'était dû ce précipité; mais l'analyse que ce savant en a faite, et qui dénote l'absence de l'azote dans sa composition, ne permet pas de conserver cette idée.

Comme on le pense bien, ces recherches sont loin d'être complètes, n'ayant pas à ma disposition suffisamment de précipité. Mais, en attendant que de nouvelles recherches viennent s'ajouter, je n'ai pas voulu tarder plus longtemps de donner connaissance au monde savant d'un fait qui me paraît extraordinaire et unique jusqu'ici, et d'appeler en même temps l'attention d'hommes mieux placés que moi pour poursuivre ces recherches. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de cinq lettres ministérielles relatives, l'une à l'opium cultivé en Algérie, l'autre à deux mémoires sur une épizootie et sur la suette; la troisième et la quatrième à des remèdes secrets, et la dernière au traitement des fièvres intermittentes par les ventouses.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Collodion.

M. Lemoine, pharmacien à Courbevoie (Seine), adresse un mémoire sur une nouvelle préparation du collodion. Voici la formule de cette préparation :

Éther sulfurique;
Alcool rectifié;
Huile de ricin indigène et récente;
Glu pure;
Benjoin en larmes très blanches;
Noir animal lavé.

Laissez toutes ces substances en présence pendant huit jours; filtrez et prenez :

De cet éthérolé.	1,400
Pyroxile.	100

Agitez pour activer la dissolution du coton, ce qui a lieu très promptement.

Après quelques jours de repos dans un endroit dont la température soit de 20 à 25°, pour faciliter la précipitation des corps étrangers qui se trouvent contenus dans le coton, décantez et conservez le produit dans des flacons bien bouchés.

Invagination.

M. Lacour adresse une observation d'invagination qui aurait été guérie par une opération. Le défaut de détails et l'étrangeté de la rédaction ne permettent pas d'apprécier la valeur de ce fait.

Fongus hématode du cheval, du bœuf et du chien.

M. Leblanc, vétérinaire à Paris, adresse un mémoire sur ce sujet.

Manganèse.

M. Pétrequin, de Lyon, adresse des recherches sur l'emploi du manganèse.

Arsenic.

MM. Malaguti et Sarreaud adressent un travail sur l'emploi de l'eau régale dans la recherche de l'arsenic dans l'appareil de Marsh.

Rétention spermatique.

M. Aug. Mercier adresse à M. le président la note suivante :

On a signalé le rétrécissement de l'urètre comme amenant la rétention du sperme. Tout en admettant cette cause, j'ai depuis longtemps fait remarquer que ce genre de rétention ne se manifeste pas d'*une manière sensible* dans la plupart des rétrécissements, même avec rétention d'urine. J'en ai tiré cette conséquence, que le spasme des muscles qui agissent sur la portion membraneuse joue un grand rôle dans ces divers phénomènes; j'ai même cité un cas de rétention spermatique *sans rétrécissement* (*Recherches sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 15; 1845).

Depuis cette époque, j'ai recueilli cinq ou six observations de ce genre, et j'en ai vu la semaine dernière un nouvel exemple. Le malade, qui a cinquante-quatre ans, n'éjacule jamais depuis nombre d'années, et son sperme ne sort que quelque temps après le coït, partie en suintant, partie avec l'urine. Néanmoins, j'ai passé d'emblée une bougie à boule de 7 millimètres de diamètre. L'urine ne s'écoule également qu'avec difficulté. Le tout a eu pour origine une inflammation chronique de l'urètre.

Cette maladie se guérit habituellement en combinant le traitement de l'urétrite chronique avec l'introduction momentanée de bougies volumineuses; on finit presque toujours par régulariser ainsi l'action musculaire. Quelquefois cependant ces moyens sont insuffisants; et, dans un cas, il m'a fallu redresser, pour ainsi dire, la région membraneuse en scarifiant assez profondément sa paroi rectale, à l'endroit où les extrémités postérieures des faisceaux musculaires de Wilson viennent s'entre-croiser derrière elle et la soulèvent vers la symphyse pubienne.

RAPPORTS.

M. Gérardin rend compte du concours d'hygiène qui vient d'avoir lieu à la Faculté.

Bains médicinaux.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur une demande adressée à M. le ministre, à l'effet d'obtenir l'autorisation de fonder à Tours un établissement de bains médicinaux. Le rapporteur conclut à l'autorisation. (Adopté.)

Opium algérien.

M. Chevallier lit une instruction demandée par M. le ministre de la guerre pour être adressée à M. Chérot, colon à Bou-Ismaël (Algérie), qui désire cultiver le pavot dans la contrée où il se trouve.

Statistique médicale.

M. le docteur Marc d'Espine, de Genève, lit une note sur la part que prennent les accidents et les maladies dans la mortalité des divers âges.

Son travail est fondé sur la totalité des décès qui ont eu lieu dans le canton de Genève pendant dix ans (1838-1847), s'élevant à 12,500, les morts-nés non compris. Chacun de ces décès est, dans le canton de Genève, l'objet de deux notes médicales données, l'une par le médecin chargé des visites mortuaires, l'autre par le médecin qui a soigné la dernière maladie. Les doubles notes renferment souvent les symptômes caractéristiques et d'autres détails. C'est après avoir examiné et pesé la valeur de ces notes que M. Marc d'Espine a classé chacun de ses 12 500 décès. La classification suivie est celle qu'il a adoptée depuis longtemps, et sur laquelle on trouvera des développements dans ses précédentes publications (*Annales d'hygiène publique*, Notice sur la mortalité du canton de Genève en 1838), etc.

M. d'Espine divise la vie humaine dans les treize périodes suivantes : de 0 à 1 mois, nouveau-nés; de 1 mois à 1 an, âge de lait ou des nourrissons; de 1 à 3 ans, bas âge; de 3 à 8 ans, enfance; de 8 à 15 ans, enfance pubescente ou pubère; de 15 à 22 ans, adolescence; de 22 à 35 ans, jeunesse; de 35 à 48 ans, âge mûr; de 48 à 60 ans, âge de retour; de 60 à 72 ans, première vieillesse; de 72 à 80 ans, seconde vieillesse; de 80 à 90 ans, caducité; et de 90 ans et au delà, grand âge exceptionnel.

Pour arriver à représenter le mouvement qu'exercent les maladies sur la mortalité aux divers âges, M. d'Espine a réparti les décès de chaque âge sous la rubrique des diverses espèces et divisions de maladies de sa classification. Il est difficile de donner un résumé de son travail, qui est lui-même très substantiel; nous nous bornerons à signaler les maladies qui produisent la mortalité la plus considérable.

Chez les nouveau-nés, la plupart des décès résultent de circonstances qui leur sont étrangères et tiennent soit au mécanisme de l'accouchement, soit à l'état de santé des mères, etc. Toutefois, on voit paraître déjà dans le premier mois quelques espèces de maladies, entre autres l'apoplexie cérébrale, et déjà vers un mois la péritonite tuberculeuse. La phthisie pulmonaire ne commence à paraître que dans la première année de la vie; sa fréquence augmente peu à peu; d'abord inférieure à celle de la phthisie abdominale dans l'enfance, elle devient égale et grandit dans l'enfance pubère, tandis que celle de la phthisie abdominale tend à s'effacer. C'est dans la jeunesse, et particulièrement vers l'âge de vingt-trois ans, que la phthisie atteint son maximum; elle cause les 51 p. 100 des décès de cet âge.

L'âge où la fièvre typhoïde agit avec le plus d'intensité est l'adolescence; elle cause alors le 1/5e du total des décès. La méningite tuberculeuse offre sa plus grande action dans l'enfance : le 1/4 des décès de cet âge lui appartient. Le croup a aussi le même âge d'élection et cause le 1/3 des décès de l'enfance.

Les affections cancéreuses ont leur apogée à l'âge de retour, où elles causent le 1/8e des décès de cet âge; tandis que c'est la première vieillesse qui est celui des apoplexies, lesquelles causent aussi 1/8e des décès de cet âge.

L'apogée de l'action mortuaire du catarrhe chronique est dans la deuxième vieillesse, où il cause, notamment vers 70 à 79 ans, le 1/6e des décès.

Ce travail, dit M. d'Espine, n'est qu'une première investigation dans un sujet qu'il se propose d'envisager successivement au point de vue de chaque sexe, de l'influence de l'habitation et des degrés d'aisance.

Avortement provoqué.

DISCUSSION.

M. Cazeaux demande la parole pour une question préjudicielle. Il tient à démontrer que M. Dubois a parfaitement spécifié, dans une publication dont il reconnaît maintenant toute l'exactitude, les cas de vomissements incoercibles dans lesquels l'avortement provoqué était indiqué, et il a eu raison de dire que le savant professeur a des idées bien arrêtées sur ce point.

M. P. Dubois. Je ne pense pas qu'il y ait rien de bien étrange à ce que, dans une question qui était complétement neuve quand je l'ai soulevée, qui l'est encore aujourd'hui, et pour la solution de laquelle on ne peut guère consulter que les documents que j'ai moi-même apportés dans la science, il n'y a rien de bien étrange à ce que mon opinion d'aujourd'hui diffère à quelques égards de celle que j'avais il y a quelques années. J'ai pu croire, en effet, à un certain moment avoir déterminé nettement les conditions dans lesquelles il convenait de provoquer l'avortement; aujourd'hui, mieux instruit par une expérience plus longue, j'ai rencontré de nouvelles difficultés qui me commandent une plus grande réserve.

M. Danyau. Messieurs, les explications données par M. Cazeaux au commencement de la discussion qui s'est ouverte dans la dernière séance ont désormais rendu inutile une partie des observations que je me proposais de présenter à l'occasion du rapport de notre savant collègue sur l'avortement provoqué. Je tiens cependant à faire une remarque qui ne me paraît pas sans importance.

serait pas de même sur le vivant. Il n'est pas question ici de déplacements secondaires, mais d'une violence compliquée ou durant un certain temps, qui pourrait d'abord produire un déplacement, puis le changer en un autre. Ainsi, dans une luxation en arrière, on peut distinguer trois temps : les deux premiers étant employés à opérer le déplacement primitif, et le troisième la luxation définitive.

M. Denucé s'occupe principalement des luxations en dehors, dont il a observé lui-même un exemple remarquable. Un homme de trente-cinq ans avait fait une chute sur un escalier, le bras étant dans l'abduction et la flexion; trois heures après l'accident, on trouva le membre dans la demi-flexion invariable et dans la pronation forcée, ne pouvant être ramené en supination. L'épitrochlée, la trochlée, surmontée de la cavité olécranienne libre, puis l'épicondyle étaient faciles à reconnaître à la partie interne du membre; l'olécrane, un peu saillant en arrière et en bas, était placé en dehors du condyle, paraissait déjeté en dehors de la surface articulaire, et embrassait dans sa cavité sigmoïde le dessous de l'épicondyle.

En dehors de l'olécrane, on trouvait un enfoncement formé par la cavité sigmoïde du cubitus; enfin, en avant, l'apophyse coronoïde, et, en arrière, le bec olécranien. En avant de l'épicondyle, on reconnaissait facilement une saillie osseuse formée par la petite tête du radius. La largeur du coude était augmentée. Le diagnostic fut facile à poser, et l'on reconnut une luxation complète en dehors du coude. La réduction s'opéra facilement en ramenant le bras dans la supination et pratiquant l'extension.

La comparaison de ce fait avec ceux de MM. Nélaton, Robert, Soulé, Perrin, Dubreuil et Piogey a fait reconnaître à M. Denucé l'existence de deux variétés de la luxation en dehors, la sus et la sous-épicondylienne. Ces deux variétés de luxation, suivant notre collègue, trouvent leur raison d'être dans la disposition anatomique suivante : Un faisceau musculaire très fort, très résistant part de l'épicondyle; la cavité sigmoïde, chassée en dehors, vient, par sa concavité, embrasser la voûte ostéo-musculaire formée par ces muscles et l'épicondyle, et trouve là une résistance devant laquelle elle peut s'arrêter. Si la force est extrême, elle surmonte cet obstacle, soit en chassant les muscles devant elle, soit en les déchirant, soit en arrachant une portion osseuse.

Dans tous les cas publiés, la luxation a paru reconnaître pour cause un choc direct. Je ne vous exposerai pas les symptômes locaux que présentent les deux variétés de luxations en dehors sus et sous-épicondyliennes, M. Denucé les a étudiés avec soin, et je n'aurai qu'à vous donner une reproduction textuelle de son travail.

Des luxations incomplètes en dehors il n'existe qu'un seul exemple authentique, c'est une pièce déposée par M. Poumet dans le musée Dupuytren.

J'ai déjà parlé de la possibilité de la fracture d'une des apophyses de l'extrémité inférieure de l'humérus dans les luxations en dehors; M. Denucé nous en cite un exemple observé par lui, et apporte à l'appui de son opinion une pièce décrite par M. Bouisson, dans laquelle une lésion semblable existait.

C'est par l'étude des luxations latérales du coude en dedans que se termine le travail intéressant que j'analyse ici. Les faits cliniques, des expériences sur le cadavre ont conduit notre collègue à admettre trois sortes de luxations en dedans, une incomplète et deux variétés de luxation complète radio-antérieure, et l'autre radio-postérieure; mais par le fait, dit-il, nous n'admettons comme démontrée que la luxation dans laquelle le cubitus quitte la trochlée et embrasse l'épitrochlée, tandis que le radius passe en avant de la surface articulaire humérale.

Ce que cette étude des faits cliniques fait surtout reconnaître, c'est que les délabrements énormes signalés dans ces déplacements du coude par les auteurs n'existent pas, à beaucoup près, et que l'on rencontre, au contraire, des formes plus simples, des accidents beaucoup moins graves que l'anatomie et la physiologie de l'articulation expliquent parfaitement.

Chronique et nouvelles.

Le concours pour la chaire de clinique médicale ouvert devant la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Dupré. Ce savant candidat, qui s'était fait remarquer au concours précédent par une instruction solide et par un remarquable talent professoral, et qu'un accident inattendu avait écarté de la lutte, a obtenu 8 suffrages sur 10. C'est une majorité qu'on a trop rarement observée dans les concours de Paris et qui semble prouver que les épreuves ont plus de poids à Paris qu'à Montpellier sur la décision des juges.

La nomination de M. Dupré laisse vacante la chaire de pathologie interne qu'il occupait à l'Ecole préparatoire de Toulouse.

— MM. Denucé et Galliet viennent d'être nommés aides d'anatomie de la Faculté. M. Bauchet a partagé avec M. Galliet les honneurs d'un scrutin de ballottage.

En venant communiquer à l'Académie un cas d'avortement provoqué, M. Lenoir n'a pas seulement voulu donner une nouvelle preuve de son habileté bien connue et de son aptitude à traiter des sujets divers, et obtenir pour son travail une marque plus ou moins haute d'estime; il ne s'est pas seulement proposé de provoquer sur cette enceinte, sur une question extrêmement délicate, l'expression d'un plus ou moins grand nombre d'opinions *individuelles* conformes ou contraires à la sienne; il attendait et demandait plus, beaucoup plus : un jugement de l'Académie *entière* formulé en conclusions scientifiques pour servir à *l'avenir de règle absolue*. L'Académie était donc consultée, non pas par une autorité à laquelle elle eût été tenue de répondre, mais par un très honorable chirurgien envers lequel elle était plus libre. Une question très nette, très précise lui était posée : Dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, peut-on ou ne peut-on pas, doit-on ou ne doit-on pas provoquer l'avortement pour éviter à la mère les chances si graves de l'opération césarienne? M. le rapporteur répond avec non moins de netteté et non moins de précision : Le médecin *peut et doit*. L'Académie acceptera-t-elle la réponse qui lui est proposée, s'engagera-t-elle sur une question si délicate? Pour ma part, je ne le pensais pas. Vint alors l'explication de M. le rapporteur, qui, pressentant les hésitations et les répugnances de l'Académie, déclara que la commission dont il était l'organe n'entendait proposer au vote que ses conclusions finales, qu'elle réservait les premières, les conclusions scientifiques, pour la discussion qui allait s'ouvrir. Cette déclaration me parut très sage, et je sus gré à M. le rapporteur du soin qu'il avait pris de réduire à une simple formule académique les points sur lesquels nous aurions à voter. Mais, en agissant ainsi, devait-il répondre à l'attente de M. Lenoir, et l'Académie elle-même, en le suivant dans cette voie plus étroite mais meilleure, aurait-elle fait la réponse qui lui était demandée? Evidemment non. Lors même que cette discussion se prolongerait pendant plusieurs séances et amènerait successivement à cette tribune tous ceux de nos collègues que la spécialité de leurs travaux et de leur position désigne comme les plus compétents dans la matière, les médecins disposés à suivre l'exemple de M. Lenoir ne trouveront toujours dans les opinions exprimées, fussent-elles unanimes, que des jugements individuels et non le jugement du corps entier. Le but de notre honorable confrère n'aura donc pas été atteint. L'Académie consultée ne répondra pas. Elle ne posera pas de règles, et en tout cas elle se serait bien gardée, je pense, d'en poser d'absolues. Les futurs imitateurs de M. Lenoir n'auront, dans les circonstances délicates où ils pourront se trouver, d'autres guides que ceux qui l'ont dirigé lui-même, c'est-à-dire leur conscience, leurs propres lumières accrues, étendues peut-être par la discussion qui s'agite en ce moment et celles des hommes plus haut placés qu'eux dont ils auront réclamé le concours.

En résumé, la déclaration de M. Cazeaux me paraît avoir changé la face de la question; elle en a certainement diminué la portée en ce qui concerne l'Académie, et c'est ce que je tenais avant tout à constater.

Je n'examinerai pas, messieurs, si la discussion soulevée par la lecture de M. Lenoir et le rapport de M. Cazeaux est opportune ou non, si elle offre des dangers ou si elle n'en offre pas. Elle est ouverte; elle doit avoir son cours.

Le rapport de notre savant collègue se divise en deux parties. La première répond à la question de M. Lenoir. Le rapporteur y expose en grand détail les raisons qui, à ses yeux, légitiment le sacrifice du produit de la conception lorsque la mère est assez mal conformée pour que l'accoucheur n'ait à choisir qu'entre l'opération césarienne faite à terme et l'avortement provoqué dans les quatre premiers mois de la gestation. Pour tout ce qu'il dit à ce sujet en se plaçant au point de vue plus général de l'embryotomie pratiquée pendant le travail à terme ou à une époque avancée de la grossesse, je suis entièrement d'accord avec lui. La question qu'il a résolue scientifiquement, j'ai été souvent appelé à la résoudre pratiquement. Attaché depuis douze ans à l'hospice de la Maternité, où les rétrécissements du bassin sont loin d'être rares, l'Académie ne sera pas étonnée d'apprendre que, soit seul, soit sous les yeux ou d'après les conseils de mon honoré maître M. P. Dubois, je me suis, dans un assez bon nombre de cas, décidé au douloureux sacrifice que me semblait exiger l'intérêt bien entendu de la mère. Il y a donc, sous ce rapport, communauté de vues entre M. Cazeaux et moi. D'un autre côté, le résultat malheureux sur deux opérations césariennes que j'ai pratiquées et l'issue constamment fatale de celles faites à Paris depuis un demi-siècle ne me découragent pas moins que l'honorable rapporteur, et je n'aurais aucune répugnance, si l'occasion, que je n'ai point encore rencontrée d'ailleurs, m'était offerte d'avoir à me décider entre l'avortement provoqué et la perspective d'une opération césarienne inévitable au terme de la grossesse; je n'aurais, dis-je, aucune répugnance à suivre l'exemple de MM. Cazeaux, P. Dubois et Lenoir.

Est-ce à dire pour cela que j'accepte sans restriction la conclusion relative à cette partie du rapport? Qu'on puisse prendre le parti que cette conclusion indique, rien de mieux; mais le devoir absolument, mais y être obligé, voilà ce à quoi, pour ma part, je ne puis consentir; voilà ce que repousse et que repousseront certainement bien des praticiens de la province. Je veux, dans tous les cas, conserver ma liberté d'action. Quelque peu partisan que je puisse être de l'opération césarienne, ne puis-je pas me trouver un jour, hors de Paris, ou dans Paris même, en présence d'un cas évidemment favorable, et dont il me sera permis d'améliorer peut-être encore les conditions à l'époque de l'opération et pour toute la durée de ses suites? Et pourquoi me serait-il donc interdit alors d'espérer que la femme confiée à mes soins sera dans cet heureux quart qui surmonte tous les dangers et qui survit?

Dans la seconde partie de son rapport, M. Cazeaux passe en revue les indications de l'avortement provoqué, autres que le rétrécissement extrême du bassin, et s'occupe particulièrement des vomissements opiniâtres, incoercibles, portés au point de mettre la vie de la femme en danger. Pour notre honorable collègue, cet état, pourtant si grave, n'est pas une indication, et pour rejeter l'avortement provoqué en pareil cas, il se fonde : 1° sur ce que les vomissements, malgré leur intensité, ne sont pas le plus ordinairement mortels, et se sont plus d'une fois arrêtés au moment où on désespérait de les voir cesser; 2° sur le peu de succès obtenu des opérations pratiquées pour y mettre un terme, et soustraire la femme à une mort imminente; 3° sur l'impossibilité de déterminer avec précision l'époque à laquelle on ne peut rien attendre des efforts de la nature et des ressources de la thérapeutique, et où il convient d'opérer.

1° Les vomissements de la grossesse, même intenses, même fréquents, et qui ont plus ou moins amaigri les femmes, ne sont pas, j'en conviens, le plus ordinairement mortels. Mais en est-il de même de ceux qui ont allumé la fièvre, desséché la bouche, produit l'acidité de l'haleine? Je ne le pense pas, et avant que M. P. Dubois nous fasse connaître la triste nécrologie qu'il possède, M. Cazeaux me permettra de lui rappeler ou de lui indiquer quelques faits déjà publiés.

Les deux cas que Dance, cet habile et si regrettable observateur, a consignés dans le répertoire de Breschet sont connus de tout le monde.

Celui que le professeur Forget a publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (juillet 1847), et qui concerne une femme qui succomba au sixième mois de sa grossesse, n'a pas eu moins de retentissement.

M. Vigla en a publié un quatrième dans la *Gazette des Hôpitaux* (octobre 1846). La question de l'avortement provoqué devait être agitée dans une consultation à laquelle M. Vigla m'avait fait l'honneur de m'appeler, lorsque l'examen des poumons, déjà tuberculeux à leur sommet, le détourna de rien entreprendre. La femme succomba aux vomissements dont elle était atteinte bien avant que la tuberculisation eût fait assez de progrès pour la faire périr.

Ashwell (*On parturition*, 194) cite un cas de mort au septième mois de la grossesse.

Davis (*Obstet. med.*, II, 871, et *Churchill's diseases of females*, 412) rapporte un cas semblable, d'après Haighton. Les vomissements avaient alterné avec de la diarrhée.

Johnson (*The Lancet.*, *March.*, 1838) en fait connaître un autre, dans lequel la mort eut lieu au quatrième mois.

C'est au cinquième mois que la femme mourut dans un cas que Lobstein a consigné dans son ouvrage sur le grand sympathique. Ce cas fut remarquable par le développement, à une époque avancée, d'une inflammation gangréneuse de la bouche et d'ulcérations sanieuses des doigts.

Notre collègue M. Chailly a observé et publié deux cas qui se terminèrent également par la mort. Des incertitudes prolongées, des dissidences entre consultants empêchèrent de rien entreprendre.

Un onzième cas a été communiqué par M. le professeur Rigaud (de Strasbourg), et consigné dans la thèse de Schnallbach (*Thèse de Strasbourg*, 1847). Il s'agissait ici d'une grossesse de quatre mois révolus.

Faut-il ajouter à cette liste deux cas, l'un de Breschet, l'autre de M. Maygrier, qui ne sont qu'indiqués dans la thèse de Schnallbach, et un autre que je ne puis que mentionner d'après mon père, qui l'avait observé dans sa propre clientèle, il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, et qui m'en fit part alors?

Pour moi, je n'ai vu d'autres cas malheureux de cette espèce que celui de cette dame italienne dont M. Laborie a donné l'histoire abrégée dans son compte-rendu des leçons de la clinique d'accouchement; mais ce fait a été recueilli par M. Dubois, et c'est à lui seul qu'il appartient de nous en faire connaître les détails.

D'après cette liste déjà assez longue, on peut voir que les vomissements incoercibles de la grossesse en constituent une des plus graves complications, une de celles pour lesquelles il semble le plus permis de songer et peut-être de recourir à un parti extrême.

2° M. Cazeaux n'avait d'abord trouvé qu'un cas de succès après l'avortement provoqué pour des cas de vomissements rebelles; c'est celui de Churchill (*l. c.*, 412), qui ne laisse en effet rien à désirer pour l'étendue des détails. Depuis, il en a cité deux autres : un appartenant à M. le professeur Trousseau et qui n'a pas été publié, je crois; et un second qui se trouve sur la liste de ceux que j'avais recueillis, et que j'indiquerai tout à l'heure. Avant tout, je veux faire remarquer combien, pratiquement parlant et en dehors de toute considération morale, la pensée de l'avortement provoqué a pu paraître naturelle, quand on songe aux résultats heureux, dans ces cas si graves, de l'avortement spontané ou de la mort du fœtus, ne dût-il être expulsé que plus tard et quelquefois beaucoup plus tard. Ainsi, M. Chomel a fait connaître dans ses leçons cliniques (1847) un cas d'avortement qui survint fort heureusement au moment où on désespérait des jours de la femme, et qui fit cesser tous les accidents; M. Griolet (même année) a cité un cas semblable. D'un autre côté, Robert Lee rapporte (*Clin. midwifery*, 2[e] édit.; *Philadelphia*, 1849) celui d'une jeune dame qui, après avoir été réduite, par des vomissements incessants, à un état tel que l'avortement artificiel fût proposé, cessa tout à coup de vomir, accoucha quelque temps après d'un enfant mort dont le placenta était malade, et se rétablit complétement. J'ai vu en consultation un cas du même genre qui trouvera certainement sa place dans le mémoire que M. P. Dubois a promis de communiquer à l'Académie, et que je ne fais, en conséquence, que mentionner.

Maintenant, qu'il me soit permis d'emprunter à divers auteurs des faits de guérison obtenus à la suite de l'avortement provoqué. C'est la réponse que je veux faire à la seconde objection de M. Cazeaux. Je comprendrai dans cette énumération trois cas que M. le rapporteur pourrait considérer comme étrangers au sujet, parce qu'il s'agit de trois femmes parvenues à une époque de grossesse où le fœtus était viable, mais qui me paraissent, malgré cette circonstance certainement plus favorable, s'y rattacher entièrement. De quoi s'agit-il, en effet? Evidemment de prouver que la déplétion de l'utérus fait cesser les accidents et arrache les femmes à une mort qui paraissait certaine et imminente. Or c'est ce que ces trois faits prouvent, tout aussi bien que ceux qui se rapportent à des femmes encore peu avancées dans leur grossesse.

a. Davis (*Obst. méd.*, II, 871) a provoqué avec un plein succès l'avortement chez une femme parvenue au sixième mois de sa grossesse et réduite à la dernière extrémité par des vomissements incessants.

b. Le même auteur (*ibid.*) cite un cas à peu près semblable chez une femme parvenue à peine au même terme, malade antérieurement à sa grossesse, et dont l'état avait été tellement aggravé par les vomissements qu'elle semblait près de succomber. Après l'avortement provoqué, tous les accidents se calmèrent, et le rétablissement fut rapide et complet.

c. Robert Lee (*l. c.*, 115) a provoqué l'avortement chez une femme enceinte de quatre mois, qui depuis plusieurs semaines vomissait incessamment, et chez laquelle, à la fin, la fièvre était survenue. Tous les traitements employés avaient échoué. La ponction des membranes fut faite, et le liquide amniotique fut évacué; immédiatement les vomissements cessèrent et la fièvre tomba. Le fœtus ne fut pourtant expulsé qu'au bout de plusieurs semaines.

d. R. Lee (*ibid.*) cite un second exemple de succès chez une dame enceinte de cinq mois passés, chez laquelle tous les symptômes étaient portés au plus haut degré, et qui était, en outre, tourmentée d'une violente névralgie faciale et auriculaire. Un état d'épuisement considérable et une profonde altération des traits, joints à une extrême fréquence du pouls, faisaient craindre une issue fatale. Les membranes furent perforées, et le lendemain le fœtus et le placenta furent expulsés avec une masse de caillots endurcis. Les accidents cessèrent immédiatement, et la guérison fut très prompte.

e. Un troisième cas est encore cité par le même auteur (p. 118), plus grave encore, dit-il, que les précédents. L'état de faiblesse et de maigreur était tel, qu'il désespérait du succès. C'est cependant à l'opération que la femme dut la vie et le rétablissement complet de sa santé.

f. Vient maintenant le fait de M. Griolet, que M. Cazeaux avait cité après coup. Il se rapporte à la même femme, qui avait été une première fois sauvée par un avortement spontané et qui le fut une seconde par celui que provoqua cet honorable confrère au quatrième mois et demi de la grossesse.

g. On dit (Churchill's, *l. c.*) que Burns a eu occasion de provoquer deux fois avec succès l'avortement chez la même femme pour des vomissements incoercibles. Je regrette de n'avoir pu, en consultant l'ouvrage même de Burns, dont je possède deux éditions, trouver le fait indiqué par son compatriote. Je me contente de cette simple mention.

h i j. Je terminerai cette énumération par l'indication des trois cas où l'expulsion du fœtus fut provoquée à l'époque de la viabilité. J'ai déjà dit pourquoi, le succès ayant été complet, il me semblait qu'ils pouvaient être à bon droit rapprochés des précédents. Le premier, qui appartient à Merriman, se rapporte à une femme enceinte de sept mois et demi, et se trouve dans le troisième volume des *Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres*. Le second est cité par Davis (*l. c.*). La femme était enceinte de huit mois. Le troisième, enfin, est consigné dans *Neue zeitschrift für Geburtskunde*, IV, 246. La grossesse était parvenue à sept mois environ. Dans ces trois cas, l'enfant naquit vivant.

Les faits qui précèdent me paraissent mettre hors de doute la possibilité de sauver par l'avortement provoqué les femmes en proie à des vomissements que rien ne peut arrêter, et cet heureux résultat n'est pas, on a pu le voir, aussi exceptionnel que M. Cazeaux l'a affirmé. D'un autre côté, j'ai prouvé par des faits nombreux, en attendant ceux plus nombreux encore qui ont été recueillis par M. P. Dubois, que la mort, quand on ne recourait pas à l'opération, n'était pas aussi rare qu'il l'avait prétendu. En conclurai-je tout de suite que l'avortement doit être provoqué dans les cas de vomissements qui résistent à tous les moyens thérapeutiques? Une conclusion aussi impérative est bien loin de ma pensée. Mais, en tenant compte de tous ces faits, je me garderai de dire, comme M. Cazeaux, qu'il ne doit pas l'être. Quoique j'aie vu un grand nombre de cas de vomissements très prolongés et très fatigants pendant la grossesse, je n'en ai, Dieu soit loué! rencontré aucun parmi mes propres clientes qui m'ait donné les graves inquiétudes qu'inspirent ceux dont nous nous occupons dans cette discussion. Si le sort m'en réserve de ce genre, il me sera impossible, je l'avoue, de ne pas prendre en grande considération les faits que je viens d'avoir l'honneur d'indiquer à l'Académie. Aux incertitudes que feront certainement naître dans mon esprit les faits moins favorables, se joindront sans doute celles qui résultent de l'extrême difficulté de préciser le moment opportun pour opérer. Je suis loin de méconnaître cette difficulté, qui forme le troisième et à mon sens le plus important des arguments de M. Cazeaux. Mais de nouvelles observations, la réflexion et le temps la lèveront peut-être. D'ici là la question reste à l'étude et me paraît ne devoir être tranchée ni dans un sens ni dans l'autre. Surtout, en traitant, c'est, comme l'a dit M. P. Dubois, à la raison et non au sentiment qu'il faut s'adresser, et il ne faut pas ici être plus rigoriste que dans la question du rétrécissement extrême du bassin. Sous ce rapport, notre honorable collègue me paraît avoir été un peu sévère pour la mère, qui, anéantie et à bout de forces, sent la vie lui échapper, quand, après tout ce qu'il a dit dans la première partie de son rapport, il semble trouver mauvais que l'instinct de la conservation fasse taire chez elle la voix du sang.

Je dirai en terminant mon opinion sur les conclusions finales du rapport. S'il ne s'agit, en les votant, que de donner un haut témoignage d'estime à un habile et honorable confrère, dont personne n'estime plus que moi la personne et le talent, je suis prêt à donner mon vote. Si, au contraire, ces conclusions doivent en quoi que ce soit engager la responsabilité de l'Académie, je me rallierai à la proposition de M. P. Dubois, qui demande le dépôt aux archives au lieu du renvoi au comité de publication.

Cancer.

M. Lucien Boyer présente à l'Académie une tumeur encéphaloïde extraite par lui dans les conditions suivantes sur une malade âgée de soixante ans.

Il y a cinq ans que cette tumeur a commencé à se développer, et depuis lors, malgré tous les traitements, elle a fait des progrès continuels. Au moment de son ablation elle offrait le volume d'une tête de fœtus à terme; profondément enclavée dans le fond de l'aisselle droite, elle refoulait le muscle grand pectoral en avant et le grand dorsal en arrière, et maintenait le bras immobile et écarté du corps. Les mouvements que l'on pouvait lui imprimer attestaient qu'elle n'était pas très solidement adhérente; elle était le siége de douleurs vives. La santé générale était bonne; il n'y avait point de ganglions engorgés au voisinage. Il était évident que l'ablation était le seul moyen de salut pour la malade; mais l'opération offrait des dangers graves à cause du voisinage des gros vaisseaux de l'aisselle.

M. Boyer pratiqua une double incision semi-elliptique à la peau, et saisissant la tumeur par la partie interne, chercha à l'arracher en quelque sorte, à l'énucléer, en déchirant les adhérences avec les doigts, la sonde cannelée et le manche du histouri, et en évitant autant que possible l'usage du tranchant des instruments vers les parties supérieures. Cependant des brides fibreuses et aponévrotiques, le muscle petit pectoral, qu'il fallut couper en travers, nécessitèrent en plusieurs points l'emploi des ciseaux et du bistouri.

Malgré toutes les précautions qu'il fut possible de prendre, une veine volumineuse afférente à la sous-clavière fut à la partie supérieure coupée à peu de distance du tronc. M. L. Boyer la lia immédiatement afin d'éviter l'hémorrhagie et l'introduction de l'air. Enfin à la partie externe et supérieure une bronche artérielle du volume d'une plume de corbeau, se rendant de l'axillaire à la tumeur qui lui était accolée, fut coupée tout près du tronc principal. Cette branche n'offrant pas une longueur suffisante pour recevoir un caillot solide, l'opérateur considéra comme un devoir de prudence de lier l'artère axillaire elle-même immédiatement au-dessus, au milieu du plexus brachial.

L'opération a été pratiquée il y a quarante-huit heures à la maison de santé du docteur Rochard. Les premiers accidents sont dissipés. La malade est dans le meilleur état; la fièvre est modérée; les pulsations artérielles manquent dans le bras, mais il offre sa couleur à la chaleur normale; la sensibilité est rétablie, excepté à l'extrémité du petit doigt; la mobilité est parfaite.

M. L. Boyer demande l'opinion de la compagnie sur sa conduite chirurgicale. Sur la demande de M. Larrey, M. L. Boyer promet des renseignements ultérieurs. La tumeur, formée du tissu encéphaloïde parfaitement reconnaissable, pèse 550 grammes.

— La séance est levée à cinq heures passées.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 31. — SAMEDI 13 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 31. — SAMEDI 13 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Des règles à suivre dans l'application du chloroforme. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Accident de l'hôtel des Princes. Plaie d'arme à feu dans la région du cou. — Affection cancéreuse d'origine probablement alcoolique. — Abcès iliaque ouvert à l'extérieur. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (M. Baillarger). Observation et considérations sur un cas de mélancolie avec stupeur succédant à un rhumatisme articulaire aigu, chez une femme nourrice. — Pharmacopée spéciale, par M. Cazenave. — Pommade antipédiculaire n'offrant aucun danger dans son emploi. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris.

PARIS, LE 12 MARS 1852.

DES RÈGLES A SUIVRE

dans l'application du chloroforme.

A l'occasion de nos réflexions sur le nouveau cas de mort par le chloroforme, notre habile confrère M. le docteur Baudens nous adresse la lettre suivante, sur laquelle nous n'aurons que quelques remarques bien courtes à présenter.

Voici cette lettre :

Monsieur et honoré confrère,

Le nouveau cas de mort par le chloroforme récemment observé à Strasbourg a été, de votre part, dans les numéros des 2 et 6 mars derniers, de votre estimable journal, l'objet de remarques qui me semblent un appel aux praticiens. Y a-t-il, dites-vous, pour l'administration du chloroforme, des règles à l'aide desquelles on puisse prévenir sûrement la mort?

Je vous demande, monsieur, la permission de répondre à mon point de vue.

Et d'abord, est-il vrai, comme le dit notre savant ami M. le professeur Sédillot, que le chloroforme pur ne tue jamais?

Vous avez combattu cette opinion, et pas plus que vous je ne saurais la partager. Il a d'ailleurs été constaté par l'analyse chimique que l'empoisonnement de Mme Simon, de Strasbourg, a eu lieu à l'aide de chloroforme d'une pureté parfaite.

M. Sédillot émet une autre proposition, et cette proposition vous l'adoptez, dites-vous, avec l'immense majorité des chirurgiens de Paris comme de province; savoir, que pour obtenir du chloroforme tout ce qu'il peut donner, il faut amener les malades à la période de *résolution*.

Permettez-moi de ne pas me ranger à cette opinion, parce que je la trouve dangereuse.

Elle est dangereuse; car le chloroforme, quand il a anéanti le sentiment, quand il a anéanti le mouvement pour amener la résolution, ne laisse plus, de la vie à trépas, que l'épaisseur d'un cheveu; ou, si vous l'aimez mieux, l'épaisseur du nœud vital, placé par M. Flourens dans la moelle allongée, à l'origine même de la huitième paire de nerfs.

Et puisque j'ai prononcé le nom de ce savant académicien, je rappellerai sommairement ses belles expériences sur le chloroforme. Quiconque voudra les méditer en tirera, comme moi, des déductions pratiques de nature, sinon à résoudre complétement l'important problème concernant l'innocuité de l'administration du chloroforme, à répandre au moins sur lui une vive lumière.

L'action de l'agent anesthésiant est, dit M. Flourens, successive et progressive. Cette action successive va d'abord aux lobes cérébraux, puis au cervelet, puis à la moitié postérieure et aux racines postérieures de la moelle épinière, puis à la moitié antérieure et aux racines antérieures de cette moelle épinière; puis finalement à la moelle allongée. Ainsi, l'animal soumis au chloroforme perd d'abord l'intelligence et l'équilibre de ses mouvements; il perd ensuite le sentiment, puis le mouvement. A ce moment suprême, chassée de proche en proche, la vie se concentre dans la moelle allongée. Seule, celle-ci survit dans son action, et l'animal périrait bientôt; car, ajoute M. Flourens, le chloroforme qui ôte la douleur ôte aussi la vie.

De cet exposé ne peut-on pas rigoureusement conclure qu'il n'y a aucun danger dans l'emploi du chloroforme tant qu'il n'agit que sur les lobes cérébraux, sur le cervelet, sur la moitié postérieure et sur les racines postérieures de la moelle épinière? A ce degré, il abolit l'intelligence et le sentiment, mais le mouvement survit. Les racines antérieures de la moelle épinière n'ont encore reçu aucune atteinte, et tant que le chirurgien sent la fibre musculaire palpiter sous son scalpel, il peut rester dans une entière sécurité. Il n'y aurait encore aucun danger à porter l'action du chloroforme sur la moitié antérieure et sur les racines antérieures de la moelle épinière; mais le chirurgien marche en aveugle et au hasard du moment qu'il a franchi la limite représentée par le mouvement.

Quand, en effet, le chloroforme porte son action sur les racines antérieures, la résolution, le collapsus ont lieu; la mort n'est qu'apparente; mais un pas de plus, elle sera réelle. Je sais bien qu'il y a encore l'épaisseur du nœud vital, que tant que le chloroforme ne va pas au delà des racines antérieures, et qu'il respecte la moelle allongée, il n'y a pas de danger de mort; mais, je le demande, à quel signe reconnaître que le chloroforme a envahi la moelle allongée? Il n'en existe pas, ou plutôt il n'en existe qu'un seul, la mort.

Quand on s'arrête à l'abolition du sentiment, on est séparé de la mort par deux degrés; et si l'on dépasse accidentellement le deuxième degré, représenté par le mouvement, on s'en aperçoit bien vite, et il suffit de suspendre l'action du chloroforme pour le faire rétrograder jusqu'à la perte simple du sentiment.

Avant de poser en principe qu'il faut arriver à la résolution, il aurait fallu montrer le phare qui doit éclairer une route parsemée d'écueils mortels.

Pour mon compte, avant même de connaître les remarquables travaux de M. Flourens, je me suis toujours arrêté à la perte du sentiment. J'éprouve une si grande terreur de cette espèce de galvanisation cadavérique résultant de la perte du mouvement, que je n'hésiterais pas à renoncer au chloroforme s'il devait être porté jusqu'à la résolution.

Et pourquoi donc vouloir dépasser la limite du sentiment?

On objecte, il est vrai, que tant que la contractilité n'est pas anéantie le malade fait des mouvements désordonnés qui rendent l'opération, sinon toujours impossible, fort laborieuse.

Cela était vrai en partie quand on agissait avec l'éther; cet agent déterminait une ivresse parfois violente; et c'était si bien de l'ivresse, qu'en questionnant mes soldats malades, à qui je disais : avez-vous le vin bon ou mauvais? j'étais certain, quand ils me répondaient : J'ai le vin mauvais, que l'éther provoquerait une grande agitation. Le malade restait calme, au contraire, quand il avait le vin bon. Eh bien, faut-il le dire? le chloroforme, qui est à l'éther ce que la bière est au vin de Champagne, comparaison vulgaire, mais qui rend bien ma pensée, provoque presque constamment une ivresse douce, tranquille, si bien qu'ayant eu recours plus de mille fois au chloroforme, j'ai pu faire toutes mes opérations en observant la règle de ne jamais dépasser la limite de l'abolition du sentiment; lorsque cette limite a été franchie, cela n'a jamais été qu'accidentellement et pour y rentrer le plus vite possible.

Quand, en pinçant doucement le malade soumis au chloroforme, je lui dis : Qu'est-ce que je vous fais? et qu'il ne peut plus me répondre : « *Vous me pincez* », je commence l'opération. Les membres restent ordinairement durs, contractés; mais les mouvements ne sont pas désordonnés. Le plus souvent il n'y en a pas du tout, et, dans tous les cas, les malades sont tout aussi faciles à maintenir par le concours des aides qu'à l'époque où le chloroforme était inconnu. On sait, en effet, que le malade non chloroformé n'est pas toujours maître de lui-même, et qu'il a soin de dire, avant d'être opéré : « Tenez-moi bien, afin que je ne fasse pas de mouvements. »

On parle, je le sais, d'opérés soumis au chloroforme qui se sont échappés des mains du chirurgien tout sanglants pour se livrer à des pantomimes furieuses. Je n'ai jamais rien vu de semblable : d'où je conclus que cela doit être bien rare. Du reste, le chirurgien serait bien coupable qui négligerait de s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour assurer le succès de son opération, et qui n'aurait pas le nombre d'aides suffisant pour contenir le malade.

J'ai remarqué que l'action du chloroforme provoque un sommeil d'autant plus doux que le moral du malade est plus rassuré. Au Val-de-Grâce, où j'ai tant usé de chloroforme, je ne le donnais qu'à ceux qui le désiraient vivement; souvent je me faisais prier pour l'administrer, et jamais je ne consentirais à chloroformer un malade dont l'esprit serait inquiet. A mon sens, la mort de Mme Simon, de Strasbourg, doit en grande partie être rapportée à cette influence débilitante et perturbatrice. Le matin du jour où l'opération devait être pratiquée (l'arrachement de trois dents), elle était en proie, dit le rapport, à l'agitation la plus vive, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. On allait commencer l'opération, quand elle se leva éperdue, et parcourut la chambre en proférant des paroles incohérentes.

Une seule fois j'ai éprouvé des craintes sérieuses et fondées. Mon aide de clinique, jeune homme d'une rare et belle intelligence, ce brave Laure, qui vient de périr dans la Kabylie victime de son dévouement, surveillait et dirigeait l'administration du chloroforme à un blessé auquel je faisais

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Pieds-bots. — Depuis plusieurs années, l'anatomie pathologique des pieds-bots et surtout les lésions musculaires qui les accompagnent ont fréquemment fixé votre attention. C'est surtout à M. Broca que nous devons d'avoir vu les nombreux exemples qui lui ont servi à démontrer, d'une part, l'exagération d'une doctrine jusqu'alors admise, et de nous avoir fait connaître, en outre, un nouveau genre de lésions musculaires qui produisent la déviation du pied. Les premières présentations de M. Broca remontent à 1847; cette année surtout vous avez examiné de nouvelles pièces confirmatives des opinions émises et qui ont permis à notre collègue de les formuler d'une manière certaine.

Les pièces que nous avons vues sont surtout relatives à deux ordres de faits : dans les premières rentrent les pieds-bots déjà connus et décrits par tous les auteurs; dans une seconde série, nous placerons les pieds-bots déterminés par une lésion jusqu'alors méconnue, l'altération graisseuse primitive et progressive des muscles de la jambe et du pied.

La dissection attentive de plus de 20 pieds-bots n'a jamais fait rencontrer à notre collègue un seul exemple de la prétendue transformation fibreuse des muscles. Certains muscles peuvent, il est vrai, perdre en s'atrophiant leurs fibres musculaires et se réduire à leur squelette fibreux préexistant. C'est là, comme vous avez pu le voir, une disposition particulière du muscle consécutive à sa paralysie ou à son immobilité. Sur un muscle grand pectoral, que vous montrait à la fin de l'année M. Broca, cette lésion était des plus manifestes. Sa nature et son mode de formation parurent évidents à tous les membres présents. Une autre fois, il est vrai, une petite tumeur fibreuse et probablement de nature syphilitique existait dans l'épaisseur d'un biceps huméral que vous a montré M. Broca; mais ce n'était pas là une transformation fibreuse; d'ailleurs il n'y avait aucun raccourcissement du muscle. L'an dernier, M. V. Racle a prétendu mettre sous vos yeux un muscle devenu fibreux trouvé sur le squelette d'un lapin, dont plusieurs vertèbres offraient une déviation marquée. Malheureusement ce fait ne fut pas examiné par nous avec l'attention qu'il méritait, et depuis nous n'avons pu en faire une étude plus exacte. Sans donc vouloir nier le fait, nous ne pouvons y attacher une trop grande valeur, lorsque, d'autre part, nous nous rappelons que par un singulier hasard aucun de nos collègues n'a rencontré de pièce semblable.

Notre collègue M. Broca ne repousse pas l'intervention des muscles dans la déviation de l'axe du pied. Ainsi, sur un pied-bot équin qu'il nous montrait à la fin de cette année, la rétraction musculaire non accompagnée de transformation fibreuse lui paraissait l'unique cause de la difformité; et ce qui venait prouver la vérité de cette opinion, c'est qu'après la section du tendon d'Achille le pied se redressa et reprit absolument sa forme la plus normale. Dans d'autres cas enfin, où la rétraction musculaire, comme cela arrive le plus fréquemment, est consécutive à la déviation, la section des muscles est utilement employée pour obtenir la guérison.

D'autres pièces ont mis en lumière un autre mécanisme de la déviation du pied. Sur plusieurs pieds-bots que vous avez pu examiner, aussi bien cette année que les années précédentes, la déformation du squelette était évidemment due à autre chose qu'à l'action musculaire; car les muscles dont la rétraction aurait pu produire le pied-bot, loin d'être tendus, étaient relâchés. La cause première résidait alors, suivant M. Broca, et comme Scarpa l'avait annoncé, dans une disposition vicieuse des articulations.

Les causes du pied-bot acquis sont donc multiples, et peuvent être attribuées aux circonstances suivantes :

Action musculaire rétractive du triceps, pied équin;

Maladie chronique des os du tarse (carie et nécrose);

Mauvaise conformation des genoux, changeant les conditions d'équilibre;

Enfin l'altération graisseuse primitive des muscles.

Nous devons faire remarquer ici qu'aucune de ces causes ne s'applique au pied-bot congénial. M. Broca, adoptant l'opinion de Scarpa, attribue ce dernier à une conformation vicieuse des os, les muscles étant toujours dans ce cas parfaitement sains.

Ce n'est là, en tout cas, que l'élément initial de la maladie. Des causes semblables agissant partout ailleurs qu'au pied ne donnent en général lieu qu'à des difformités légères, à moins qu'elles ne soient portées à un degré extrême. L'élément essentiel c'est le poids du corps pendant la marche; aussi voit-on beaucoup de déviations congéniales des pieds se redresser sur les enfants d'une manière spontanée, d'autres au contraire s'exagérer lorsque l'enfant commence à marcher.

J'arrive, messieurs, à un nouvel ordre de faits, à cette espèce de pieds-bots qui reconnaît pour cause, suivant notre collègue, une altération graisseuse primitive des muscles. Cinq faits de ce genre ont été présentés par M. Broca à la Société; de plus, notre collègue a rencontré un fait semblable qui n'a pas été mis sous vos yeux; enfin l'ouvrage de M. Vicq-d'Azyr en renferme un exemple. Ces pièces lui ont servi à démontrer les deux propositions suivantes :

1° L'équilibre du pied, détruit par une paralysie, donne lieu au pied-bot chez les malades qui continuent à marcher; 2° cette paralysie est la conséquence et non la cause de l'altération graisseuse des muscles.

A l'époque où M. Broca commença à s'occuper sérieusement de cette question, c'est-à-dire il y a deux ans, une théorie ingénieuse sur le mécanisme de la formation des pieds-bots était généralement admise. On considérait alors tous les pieds-bots congéniaux et même la plupart de ceux qui se formaient après la naissance comme dus à la rétraction musculaire convulsive. Quelquefois, en effet, le pied-bot acquis se développe à la suite d'une affection nerveuse convulsive; il est possible que la même influence s'exerce pendant la vie intra-utérine. Cela est possible, disons-nous; mais on ne peut admettre une pareille manière de voir que sur l'exposé de preuves évidentes. M. J. Guérin en a donné deux principales.

1° Il a cité une collection de fœtus chez lesquels des pieds-bots coïncidaient avec des lésions originelles des centres nerveux.

l'amputation du bras. Attentif à suivre l'opération, il s'était un instant oublié et avait poussé l'anesthésie jusqu'à la résolution complète. Le membre venait de tomber quand je m'aperçus que la limite du sentiment et même celle du mouvement avaient été franchies. Les battements du cœur étaient rares; la respiration était ralentie, stertoreuse; le pouls filiforme; les pupilles étaient immobiles. La mort semblait imminente; et comme M. Sédillot, qui dit avoir plusieurs fois vu de semblables faits, *je frémis au doute de n'avoir plus entre les mains qu'un cadavre.*

Ouvrir la fenêtre pour dissiper l'atmosphère chloroformique et faire arriver sur le malade un air vif et frais, faire pénétrer cet air amplement dans la poitrine par un jeu artificiel de respiration en comprimant par intervalles rapprochés les parois du thorax, jeter à la face du malade deux verres d'eau froide pour le ranimer par ces douches brusques et répétées, lui ingurgiter dans une cuillerée d'eau quelques gouttes d'ammoniac comme aux hommes en état d'ivresse alcoolique, cela fut l'affaire d'un instant, et après quelques minutes d'une cruelle angoisse, je fus assez heureux pour assister à une véritable résurrection.

Ce fait était de nature, on le comprend, à me raffermir de plus en plus dans ma règle de conduite, de ne jamais pousser l'action du chloroforme au delà de l'abolition du sentiment.

Dans le compte-rendu de l'Académie des sciences (séance du 14 juillet 1851) on trouve rapportée, à l'occasion d'une ablation par moi faite de l'os maxillaire supérieur qui avait exigé l'administration prolongée du chloroforme, mon opinion formulée sur cet agent dans le paragraphe suivant :

« De là je conclus, disais-je, qu'on ne saurait sans témérité attaquer le principe du mouvement, tandis que le principe du sentiment peut être anéanti sans danger d'homicide. Aussi, jamais je ne porte l'action du chloroforme jusqu'au collapsus, jusqu'à la résolution complète des membres. Ainsi j'écarte de moi toute préoccupation pendant l'opération, et j'ai pu, en m'arrêtant à la période d'insensibilité, employer au Val-de-Grâce plus de mille fois le chloroforme, tant sur les blessés de février et de juin que sur d'autres malades, sans avoir eu un seul accident à déplorer, bien qu'il me soit arrivé, en le suspendant par intervalles, de supprimer la douleur pendant une demi-heure et même au delà. »

Pour justifier les praticiens qui poussent l'anesthésie jusqu'à la résolution complète, vous dites, mon cher confrère : « Nous pensons que c'est avec beaucoup de raison que M. Sédillot s'est élevé contre la pratique qui voudrait que l'on s'arrêtât à la période d'excitation, période pendant laquelle les malades sentent et traduisent d'une manière très expressive leurs souffrances, mais ont ordinairement l'avantage très équivoque de ne pas se rappeler leurs souffrances après l'opération. »

Il est vrai qu'à l'époque où l'on employait l'éther les malades traduisaient quelquefois leurs souffrances d'une manière très expressive, et qu'à leur réveil ils en avaient perdu le souvenir. Mais depuis que le chloroforme a été substitué à l'éther, je n'ai plus rien observé d'analogue; on sait que l'administration de l'éther était chose pénible, qu'elle déterminait presque toujours une lutte violente, pendant laquelle le malade éprouvait une vive exaltation; souvent il était difficile d'obtenir complètement même l'abolition du sentiment, et rien d'étonnant dès lors que le malade traduisit ses souffrances d'une façon non équivoque; mais, je le répète, et je serai approuvé, le sommeil doux et plein de quiétude du chloroforme ne présente rien de semblable.

Quant à notre manière de donner le chloroforme, elle diffère peu de celle de M. Sédillot : nous versons sur un mouchoir plié en quatre quelques grammes de chloroforme; nous l'appliquons au-devant de la bouche du malade, tenu avec le pouce et l'index, en prenant un point d'appui sur son nez et en rapprochant ses narines pour qu'il ne puisse respirer que par la bouche, en l'invitant à faire de grandes inspirations. Le mouchoir tombe flottant au-dessous du menton et laisse librement circuler l'air pour qu'il puisse se mêler aux vapeurs du chloroforme.

Je pince doucement le malade en lui demandant, comme je l'ai dit : Qu'est-ce que je vous fais? Quand il ne répond plus, c'est qu'il est insensible et je commence l'opération.

L'aide chargé de donner le chloroforme a bien soin de retirer de temps en temps le mouchoir, afin de faire respirer de l'air pur, et, quand le malade au bout de quelques instants pousse la plus légère plainte, il lui replace le mouchoir au-devant de la bouche pour anéantir de nouveau le sentiment. Au moyen d'intermittences ménagées avec intelligence, on peut sans danger abolir le sentiment pendant un temps très prolongé. Il m'est arrivé d'enlever le long des carotides une douzaine de glandes cervicales à un malade et de le maintenir pendant une heure plongé dans un état d'insensibilité parfaite.

M. Sédillot met en moyenne 6 à 12 minutes à produire l'insensibilité avec résolution musculaire; comme je ne cherche à obtenir que l'insensibilité, je l'obtiens dans un temps bien moins prolongé. En moyenne, trois minutes suffisent. J'approuve d'ailleurs sans réserve le conseil donné par cet éminent praticien d'administrer graduellement le chloroforme et par des inhalations de plus en plus concentrées, avec la précaution de les suspendre momentanément dès que surviennent des spasmes du larynx, de la toux, de la gêne respiratoire ou quelque indice d'imminence syncopale ou de congestion cérébrale.

On ne saurait agir jamais avec trop de prudence, et en suivant le conseil de M. Sédillot on peut éviter des accidents de mort sur les sujets d'une impressionnabilité exagérée. La malheureuse dame Simon en est un exemple, puisqu'il a suffi de 3 grammes 25 centigr. de chloroforme inhalé pour produire un empoisonnement mortel.

Nous pensons que dans les hôpitaux il faudrait créer une spécialité pour l'administration du chloroforme; ces fonctions pourraient être confiées à un interne intelligent. Dégagé de toute préoccupation, le chirurgien retrouverait ainsi toute sa liberté d'esprit. En dehors des hôpitaux, pour les opérations qui se font en ville, il devrait aussi y avoir des chirurgiens spécialement chargés de chloroformer les malades; les chirurgiens habitués à manier cet agent n'auraient qu'à s'applaudir d'être habilement secondés dans un détail si important; quant à ceux qui ont moins l'habitude du chloroforme, ils devraient appeler de tous leurs vœux la réalisation de ce désir exprimé. Dans tous les cas, la morale publique n'aurait qu'à y gagner.

CONCLUSIONS.

Il ne faut jamais porter l'action du chloroforme au delà de l'abolition du sentiment;

Si le malade redoute le chloroforme, si son moral est inquiet, il faut renoncer à cet agent;

Le chloroforme doit être administré progressivement et à doses d'inhalation de plus en plus concentrées;

Il doit être répandu sur un mouchoir placé au-devant de la bouche du malade, et flottant, afin que les vapeurs de chloroforme soient toujours mélangées à une forte quantité d'air;

Quand les opérations se prolongent, le chloroforme doit être donné avec des intermittences; on le reprend dès que le sentiment aboli semble renaître;

Il faudrait pour la pratique des hôpitaux et pour celle de la ville s'adresser à des médecins qui se seraient fait de l'administration du chloroforme une spécialité.

Agréez, etc. BAUDENS,

Inspecteur membre du conseil de santé des armées.

Nous n'avons que peu de mots à ajouter à l'intéressante note de notre savant correspondant. Nous distinguerons dans cette note deux parties : l'une qui concerne les règles que trace M. Baudens pour l'application du chloroforme, l'autre relative à la manière dont il explique les divers degrés d'action de l'agent anesthésique.

Sur la première de ces parties, nous partageons l'opinion de M. Baudens, et nous croyons que le conseil qu'il donne de surveiller attentivement la sensibilité pour arrêter les inhalations dès qu'elle a disparu est un heureux complément des règles tracées par M. Sédillot.

Quant à la seconde partie, nous croyons qu'il faut également y distinguer un point de vue théorique et un point de vue pratique. On peut sans doute, sous le premier rapport, séparer les différentes périodes établies par les physiologistes, et par MM. Flourens et Longet en particulier; mais en pratique, les périodes sont beaucoup moins tranchées. La période de sensibilité touche de si près à celle de motilité qu'elles se confondent souvent, ou qu'on passe du moins de l'une à l'autre presque sans transition appréciable, et comme, ainsi que l'a rappelé avec raison M. le professeur Sédillot, l'action du chloroforme se continue, et même augmente quelquefois après qu'on a cessé l'inhalation, il s'ensuit que, même à l'aide des précautions indiquées par M. Baudens, on ne saurait se considérer à l'abri de tout accident fâcheux.

Toutefois, nous le répétons, le soin extrême que M. Baudens prescrit d'apporter dans l'exploration de la sensibilité est un précepte utile, et que les chirurgiens feront bien de ne jamais perdre de vue.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Accident de l'hôtel des Princes. — Plaie d'arme à feu dans la région du cou.

La victime du malheureux événement survenu à l'hôtel des Princes, et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, vient de succomber aux suites de sa blessure, contrairement aux prévisions si fondées en apparence des honorables confrères qui ont donné leurs soins éclairés à cette malheureuse femme. Les détails qui suivent compléteront ceux que nous avons déjà donnés, et formeront avec ceux-ci une observation qui, à un point de vue exclusivement scientifique, offre un grand intérêt.

L'autopsie en a été faite par MM. Tardieu, Alexis Favrot et Maisonneuve.

Voici les faits principaux qu'elle a permis de constater :

La balle avait pénétré au niveau du cartilage cricoïde et parcouru un long trajet dans la région cervicale, entre la trachée-artère et l'œsophage, d'une part, et, d'autre part, la veine jugulaire, l'artère carotide et le nerf pneumo-gastrique, sans intéresser aucun de ces organes. Elle avait pénétré jusque dans le corps de la sixième vertèbre cervicale en intéressant deux artères importantes, l'artère thyroïdienne inférieure et l'artère vertébrale. Ces deux vaisseaux, dont nos confrères MM. Maisonneuve et Favrot avaient fait la ligature, contenaient dans leur intérieur un caillot solide qui les oblitérait complétement.

Le corps de la sixième vertèbre cervicale a été trouvé perforé *dans toute son épaisseur*. De sorte que le trajet de la plaie n'était séparé du canal rachidien que par une lamelle très mince perforée consécutivement par la suppuration. Une infiltration purulente existait dans les aréoles celluleuses du corps de la sixième vertèbre et dans le tissu cellulaire de la portion correspondante du canal rachidien.

La dure-mère était intacte; mais le tissu sous-arachnoïdien était infiltré d'une sérosité purulente, et c'est très probablement, suivant nos honorables confrères, à cette dernière affection qu'il faut attribuer la terminaison funeste, terminaison qui a toutefois présenté cette singularité, qu'elle a eu

---

2° Il a indiqué un caractère anatomique qui serait, suivant lui, la preuve absolue de la rétraction musculaire primitive; ce caractère, c'est la *transformation fibreuse* des muscles rétractés. Cette transformation, suivant M. J. Guérin, permettrait de reconnaître à toutes les époques de son développement l'origine des pieds-bots. Il l'a décrite comme se manifestant dans les muscles dont la rétraction a pu produire la déviation. Quant aux autres muscles des membres, ils peuvent subir une autre altération, la transformation graisseuse, lorsque, par suite de la position vicieuse du pied, ils sont condamnés à un repos trop longtemps prolongé.

Il y a deux ans, M. Broca chercha à vérifier par l'inspection anatomique directe l'exactitude des assertions sur lesquelles reposait cette théorie. Déjà, en 1847, notre collègue avait présenté à la Société anatomique deux pieds-bots sur lesquels les lésions indiquées par M. J. Guérin n'existaient pas. L'un de ces pieds-bots, consécutif à une affection des os du tarse, s'était développé après la naissance, et n'était pas de nature à ébranler la théorie que nous venons de citer; mais l'autre était un valgus congénial provenant d'un sujet adulte, et sur lequel on rencontrait plusieurs muscles graisseux, mais pas un seul fibreux. M. Broca crut trouver une exception à une règle dont il ne songeait pas alors à contester la généralité; il se promit, toutefois, de chercher par de nouvelles dissections à s'éclairer sur ce point.

Depuis le mois d'août 1849 jusqu'au 1er janvier 1852, M. Broca nous a présenté vingt pieds-bots, deux autres vous ont été montrés par MM. L. Blin et Follin; nous avons donc pu étudier l'état des muscles sur 23 pieds-bots complétement disséqués.

Je vous ai rappelé avec soin les dates des présentations pour constater ici la priorité de la description de l'altération graisseuse primitive des muscles, publiée depuis longtemps dans nos bulletins en 1849, en février 1850, lorsque parut, en septembre 1850, un mémoire de M. Aran sur l'altération graisseuse progressive des muscles. Ce mémoire est trop intéressant et contient trop de faits nouveaux, s'occupant d'ailleurs des muscles d'une autre région, pour que son auteur ne trouve pas ainsi une compensation à la faible question de priorité. Le travail de M. Aran est sans aucun doute nouveau, puisqu'il complète tout un côté de la question non étudié par M. Broca.

J'arrive, messieurs, aux preuves que donne notre collègue pour montrer l'influence primitive de l'altération graisseuse sur la production des pieds-bots; je n'aurai besoin, pour cela, que d'analyser un article complet inséré par notre collègue dans un de vos bulletins. Vous avez vu sur plusieurs de ces pièces l'altération graisseuse exister non-seulement dans les muscles de la jambe, mais même dans ceux de la cuisse et du bassin. Or, la déviation des pieds ne peut exercer son influence que sur les muscles de la jambe et du pied, laissant ceux de la cuisse et du bassin dans leurs conditions physiologiques. Trop de faits de ce genre vous sont déjà connus pour supposer que c'est là une pure coïncidence; il faut donc que l'état graisseux ait précédé et déterminé la formation des pieds-bots.

La disposition anatomique des muscles, les différents degrés de leurs lésions, caractères auxquels nous ajouterons l'état des bourses muqueuses de la plante du pied, permettent de suivre les phases diverses de l'altération musculaire.

L'altération graisseuse, si marquée dans certains muscles, et dont on peut faire remonter le début à une époque plus éloignée que celle des autres muscles moins profondément atteints, permet de reconnaître ici le même mécanisme que nous avons indiqué plus haut, c'est-à-dire une cause de déviation légère que la marche et le poids du corps ont pu exagérer. La disposition des bourses muqueuses à la plante du pied en est une nouvelle preuve. Plusieurs de ces cavités, plus ou moins effacées, se rencontraient dans les points où, avant la mort, le pied ne pouvait appuyer, et qui prouvaient qu'à une époque plus ou moins éloignée la déviation du pied avait été moindre.

A quelle cause faut-il rapporter cette atrophie graisseuse? Est-ce à l'influence du système nerveux? M. Broca vous a indiqué lui-même pourquoi cette cause ne pouvait être reconnue; ainsi la répartition de l'état graisseux n'est soumise dans les muscles à aucune règle anatomique; il n'existe aucune relation entre l'état des divers muscles et l'origine des nerfs qu'ils reçoivent. Enfin, la répartition de l'état graisseux n'est pas uniforme même séparément dans chaque muscle; ainsi, dans le muscle couturier, la première et la troisième partie étaient graisseuses, la seconde et la quatrième normales. Je cite ce muscle comme un exemple remarquable, mais j'en pourrais trouver un grand nombre de semblables sur la plupart des pièces de M. Broca. Cette irrégularité dans l'altération graisseuse prouve de nouveau que la cause de la lésion ne réside pas dans la paralysie du muscle; en effet, comme le dit notre collègue, lorsqu'une fibre se contracte l'action aboutit à ses deux extrémités et se fait sentir par conséquent dans tous les points de sa longueur; il est donc impossible que l'altération graisseuse, dans le muscle couturier dont je viens de parler, ait été la conséquence de la paralysie et de l'immobilité à laquelle ses fibres ont été condamnées. Notre collègue laisse incertaine la question première de cette altération graisseuse des muscles.

La preuve la plus frappante de la vérité de ces opinions nous a été donnée par M. Broca lui-même. En appliquant par voie de synthèse les principes que l'analyse lui avait enseignés, notre collègue a pu avant la dissection reconnaître et la cause anatomique du pied-bot qui était l'altération graisseuse, et même indiquer d'avance l'état particulier de chacun des muscles de la cuisse et de la jambe.

Vous voyez donc, messieurs, la synthèse vérifier l'analyse, et la première méthode de raisonnement apporter la preuve de l'exactitude des résultats obtenus par voie analytique.

(La suite à un prochain numéro.)

Bulletin bibliographique.

Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie; par Th. HERPIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Genève; lauréat de la Faculté de Paris, etc. — Ouvrage couronné par l'Institut de France en 1850. — Paris, 1852. Un volume in-8° de 622 pages. Prix : 7 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

lieu subitement alors que la convalescence paraissait parfaitement établie, et que tout faisait espérer une guérison complète.

Tous les autres organes étaient dans l'état normal.

Malgré l'issue fatale qu'a eue la blessure de madame de J..., ce fait restera dans la science comme une des observations chirurgicales les plus remarquables; c'est la première fois, en effet, que pour une lésion traumatique on a pratiqué la ligature de l'artère vertébrale, et sans la circonstance d'une perforation subite du canal rachidien, circonstance due à l'extrême ténuité de la lamelle osseuse qui séparait ce canal du trajet de la blessure, il y a tout lieu de croire que le succès eût couronné cette opération. Les ligatures étaient tombées depuis plus de quinze jours, et aucun accident hémorrhagique nouveau ne s'était manifesté; la plaie était presque entièrement cicatrisée, et la malade, ainsi que nous l'avons dit, était en pleine convalescence. La terminaison qu'on a observée dans ce cas est donc une de ces mille bizarreries si fréquentes dans les plaies par armes à feu.

Affection cancéreuse d'origine probablement alcoolique.

Nous faisions connaître dernièrement un fait fort remarquable de méningite alcoolique recueillie dans le service de M. Champouillon. Nous empruntons aujourd'hui au même médecin l'observation non moins intéressante d'une affection cancéreuse ayant pour cause l'usage intempestif des boissons spiritueuses.

Dans les premiers jours du mois de juillet 1851, M..., âgé de quarante-sept ans, ancien sous-officier dans un régiment d'infanterie, fut pris presque tout à coup d'un gonflement douloureux des deux membres pelviens, sur lesquels se dessinaient, en serpentant, des lignes rougeâtres, en relief et dures au toucher. Les ganglions inguinaux étaient tuméfiés; sur le trajet de la veine crurale on sentait plusieurs nodosités moniliformes.

Les sangsues, les irrigations permanentes d'eau froide, puis les bains et les cataplasmes dissipèrent assez promptement la fièvre, le gonflement, la sensibilité et les rougeurs. Bientôt, en effet, il ne resta plus qu'un œdème indolent des cuisses et des jambes.

Depuis longtemps, M... se plaignait d'inappétence, d'une langueur extrême des digestions : le café noir, additionné d'eau-de-vie, était le seul breuvage alimentaire qu'accueillit volontiers l'estomac; aussi le malade, fort inquiet de son état, était-il tombé dans le marasme; sa peau offrait une teinte terreuse générale. Du reste, point de vomissements, point de douleur à l'épigastre ni dans l'abdomen; seulement chaque tentative d'alimentation solide était immédiatement suivie d'un météorisme considérable.

Enfin, le 24 août M..., complétement épuisé, mourut en apparence d'inanition.

A l'autopsie, faite par M. le docteur Perrin, on trouva l'estomac, l'épiploon gastro-colique, le grand épiploon, le mésentère confondus en une seule masse cancéreuse de texture lardacée, criant sous le tranchant du scalpel. Les orifices cardiaque et pylorique étaient libres; la cavité gastrique, qui avait conservé sa capacité normale, ne présentait aucune trace d'ulcération. Dans le pancréas, doublé de volume, les éléments glanduleux étaient dissociés par l'interposition d'une substance plastique indurée.

Les ganglions mésentériques avaient également augmenté de volume, mais sans apparence de transformation organique.

Les principaux rameaux veineux des jambes et des cuisses étaient obstrués, çà et là, par des sédiments fibrineux noirâtres, friables en certains points, très résistants ailleurs. Le tissu des veines renfermant ces espèces de caillots présentait tous les caractères de la dégénérescence cancéreuse.

Les vaisseaux lymphatiques étaient simplement rouges et saillants.

On attribue généralement l'hydropisie qui accompagne la diathèse cancéreuse au dépôt de la matière cérébriforme dans le système veineux. Mais ici l'œdème des membres abdominaux paraît avoir été occasionné par une phlébite aiguë intercurrente, ou bien, peut-être, par l'inflammation chronique qui a dû accompagner le travail de dégénérescence cancéreuse des parois des veines. En effet, la matière encéphaloïde n'a point été vue dans les concrétions obturatrices, bien qu'elle y ait été recherchée avec soin.

S'il est vrai que le cancer ne devient douloureux qu'à l'époque où il se ramollit et s'ulcère, on comprend pourquoi M... n'accusa jamais d'autre malaise qu'un peu de pesanteur à la région épigastrique. Cette absence de douleurs dans un organe aussi sensible que l'estomac fait de sa transformation cancéreuse une des maladies les plus perfides, en ce qu'elle dérobe sa marche à l'attention du malade et quelquefois du médecin.

L'ivrognerie a été signalée de tout temps comme une des causes fréquentes du cancer des voies digestives, surtout quand les boissons spiritueuses sont prises à jeun. Lorsque l'habitude de boire, le matin, de l'eau-de-vie ou du vin blanc ne produit pas une affection morbide de cette importance, elle détermine souvent une irritation chronique de l'estomac qui a pour effet de nuire à la nutrition. Voilà ce qui explique le triste aspect que présentent la plupart de nos vieux soldats, qui courent à la cantine aussitôt que le réveil a sonné.

L'inflammation de l'estomac finit par s'étendre aux veines mésaraïques, et alors c'est sous forme d'hydropisie ascite que se manifestent les conséquences de cette complication. De là l'adage : *Qui vivit in vino, in aquâ moritur*.

Bien que la discipline militaire demande moins compte au soldat de ses mœurs que de ses devoirs, cependant tout penchant à l'ivrognerie est sévèrement réprimé dans l'armée. Cette circonstance devait donc écarter de M... tout soupçon d'intempérance habituelle, d'autant plus que la presse politique, ayant publié quelques-unes des particularités de la vie de cet homme, le représentait comme un sous-officier irréprochable. Mais, sans s'adonner précisément à l'ivrognerie, M... avait coutume, depuis quinze ans, de se rendre tous les matins à la cantine du régiment et d'y consommer plusieurs verres d'eau-de-vie ou d'absinthe longtemps avant de manger. C'est très probablement à l'usage inopportun de ces liqueurs qu'il faut attribuer la maladie qui fait l'objet de cette observation.

Les chefs de corps, toujours pleins de sollicitude pour la santé des hommes confiés à leur commandement, feraient très bien de n'autoriser l'ouverture des cantines qu'après le repas du matin.

Abcès iliaque ouvert à l'extérieur.

L'histoire des abcès iliaques, à laquelle les recherches modernes, et en particulier celles de MM. Chomel et Nonat ont imprimé un si grand progrès, nous apprend que ces abcès, abandonnés à eux-mêmes, s'ouvrent le plus souvent dans l'intestin, dans le vagin ou même dans la vessie. Les difficultés que le pus éprouve à s'écouler par ces diverses voies sont la cause principale de la durée de ces abcès, qui se prolongent quelquefois pendant des années et finissent par compromettre la vie. En serait-il de même si l'issue du pus se faisait à l'extérieur directement, c'est-à-dire sans perforer aucun des organes renfermés dans le bassin? Il est permis de croire le contraire. Le petit nombre de faits connus où le pus a suivi cette voie autorisent du moins cette manière de voir, et le cas suivant semble devoir rentrer dans cette catégorie, encore trop restreinte pour établir une loi générale.

Dans les premiers jours du mois de janvier est entrée dans les salles de clinique de M. Rostan une femme de vingt-six à vingt-sept ans, accouchée depuis quinze jours environ, et qui présentait, mais à un degré assez léger, les phénomènes d'une métro-péritonite puerpérale. Quelques émissions sanguines locales, les fomentations émollientes, des frictions mercurielles sur le ventre, firent en peu de temps diminuer d'intensité, et enfin presque complétement disparaître les symptômes de l'affection pour laquelle elle était entrée à l'hôpital. La malade disait se trouver parfaitement bien. Cependant un mouvement fébrile assez marqué persistait, et l'on apprit plus tard que la malade avait toujours eu de la diarrhée; ce qu'elle cachait soigneusement au médecin, dans la crainte qu'on ne la mît à la diète.

La manière dont elle affirmait qu'elle se sentait très bien, les plaintes qu'elle adressait journellement au sujet du peu de nourriture qu'on lui donnait avaient fini par lui faire accorder deux portions d'aliments solides, lorsqu'un matin elle accusa de vives douleurs dans la fosse iliaque droite.

On reconnut une tumeur assez mal circonscrite, consistant plutôt en un empâtement du tissu cellulaire et s'étendant transversalement presque parallèlement au pli de l'aine à 4 centimètres au-dessus de ce pli. Deux applications de sangsues, deux vésicatoires volants placés sur la tumeur ne l'empêchèrent pas d'augmenter de volume, de devenir saillante; bientôt on constata une fluctuation évidente.

Il y a trois semaines, M. Jobert, appelé près de cette femme, reconnut manifestement l'existence d'un abcès de la fosse iliaque. Il l'ouvrit par des incisions successives pratiquées couche par couche et comme s'il s'agissait d'une hernie. Un flot de pus phlegmoneux (de 800 à 900 grammes), fétide, à odeur excrémentitielle, s'échappa de l'abcès, dans lequel on plaça une longue mèche de charpie.

Depuis cette époque, l'état de la malade s'est beaucoup amélioré; la fièvre a presque entièrement cessé. La diarrhée est arrêtée, la suppuration a beaucoup diminué. Tout fait espérer d'ici à très peu de jours une guérison complète.

Les abcès iliaques, avons-nous dit, s'ouvrent presque toujours dans un des organes du petit bassin; mais ne peut-on pas croire que, pour un certain nombre d'entre eux, cette circonstance tient à ce que le médecin ne met pas toujours un empressement suffisant à rechercher le siége précis du foyer purulent et à lui donner une issue directe à l'aide de l'instrument? C'est une question que nous nous bornons à soumettre aux praticiens et qui nous semble justifiée par le fait précédent.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Baillarger.

Observation et considérations sur un cas de mélancolie avec stupeur succédant à un rhumatisme articulaire aigu, chez une femme nourrice.

La femme V..., fruitière, âgée de quarante ans, est entrée le 18 mars 1851 à la Salpêtrière. Elle était accouchée vers le 15 septembre 1850, et depuis lors elle nourrissait son enfant.

Dans le courant de février elle veut absolument se rendre à la halle à cinq heures du matin, par un temps très froid, malgré l'opposition de son mari, qui, jusque-là, l'avait forcée de rester dans sa chambre. Au bout de quelques jours elle est prise de courbature, de frissons et d'une fièvre très forte; gonflement et douleurs de plusieurs articulations; rougeur; sensibilité à la pression; enfin tous les signes d'un rhumatisme articulaire aigu. — Saignée, sangsues.

Dix ajours après, alors que les douleurs n'avaient pas diminué d'acuité, on commence à remarquer de l'incohérence dans les idées. Ces symptômes s'aggravent rapidement. La malade devient très agitée, très violente. Plusieurs personnes sont nécessaires pour la maintenir dans son lit. Les douleurs articulaires disparaissent.

Au milieu des cris de la malade on reconnaît qu'elle est sans cesse assiégée par les idées les plus tristes (elle voit tout en feu; ses enfants sont morts, on les a assassinés; elle appelle son mari à leur secours, etc.).

Huit jours s'écoulent; on la conduit à la Charité, d'où dès le lendemain elle est transférée à la Salpêtrière. Pendant quelque temps elle est encore agitée, puis peu à peu elle tombe dans un état de mutisme, d'inertie complète et de stupidité apparente. C'est avec ces symptômes qu'elle fut passée dans le service de M. Baillarger le 14 juin 1851.

Cette femme reste toute la journée immobile sur sa chaise, les yeux fixes, largement ouverts. La physionomie est sans expression; la malade pleure souvent; il est impossible de connaître la cause de son chagrin. Son mari vient la voir, et ne peut rien obtenir d'elle; il est même douteux qu'elle le reconnaisse.

Sous l'influence des bains avec frictions, de purgatifs répétés et d'un vésicatoire à la nuque, l'état de la malade s'est un peu amélioré au bout de deux mois.

Au commencement de septembre, un changement très notable s'est manifesté. V... répond aux questions qu'on lui adresse; elle travaille.

Le 15 septembre, après trois ou quatre jours de sueurs très abondantes, elle entre en convalescence.

C'est alors que la malade a pu rendre compte de son état et des idées qui la préoccupaient pendant la période d'apparente stupidité qui s'était prolongée pendant plusieurs mois.

« Elle ne savait pas être à la Salpêtrière; mais certains bruits lui faisaient croire qu'elle se trouvait dans le voisinage de la raffinerie de Passy. — Les figures des personnes qui l'entouraient lui paraissaient étranges, changeaient de forme. Elle prenait les autres malades pour des hommes déguisés, à cause de leurs grosses voix. Au milieu des cris que l'on poussait autour d'elle elle distinguait les noms de ses anciens voisins; d'ailleurs tout était confusion dans son esprit. La vue de petits enfants lui faisait croire qu'elle était à la Maternité; elle avait les yeux troubles; le sang lui montait à la tête. Bourdonnement dans les oreilles; nulle conscience du temps, des lieux. En effet, quand V... s'est reconnue, elle croyait être dans la maison depuis deux ans. Elle n'entendait d'ailleurs qu'incomplétement ce qu'on lui disait; et si elle ne parlait pas, c'est que quelque chose l'en empêchait, qu'on la regardait d'une manière dure, et qu'elle était convaincue qu'on la prenait pour une criminelle. »

Au commencement de sa convalescence, la physionomie a repris un peu d'expression; mais elle reflète une grande tristesse, et V..., en perdant l'apparence de la stupidité, a revêtu celle des mélancoliques. Elle continue d'ailleurs à verser des larmes, et à cette époque elle ne se rappelait pas encore qu'elle eût nourri son enfant. Peu à peu le souvenir de ce qui s'était passé, de ce qu'elle avait cru voir, de ce qu'elle avait souffert dans le courant de sa maladie s'est réveillé en elle, et avant sa sortie V... a pu nous donner les détails précédents.

Remarques. — Des faits analogues ne sont pas rares dans les asiles d'aliénés. Ils ont été désignés par Esquirol sous le nom de *démence aiguë*; par Georget et M. Etoc Demazy, sous celui de *stupidité*. M. Baillarger a proposé la dénomination de *mélancolie avec stupeur*, et les raisons sur lesquelles il s'appuie sont les suivantes :

1° On a regardé ces malades comme stupides, parce qu'on a négligé de les interroger pendant la convalescence, et qu'on a cru que la pensée avait été dans tous les cas suspendue. Or l'observation démontre que ces prétendus stupides ont, dans la très grande majorité des cas, un délire intérieur caractérisé par des idées tristes, des hallucinations étranges; de plus, ces malades font souvent des tentatives de suicide.

2° Par la nature des idées et des hallucinations, par les tentatives de suicide, par l'état d'inertie dans lequel ils sont plongés, ces malades doivent être assimilés aux mélancoliques, dont ils diffèrent cependant par l'état de confusion dans lequel se trouve leur esprit, la perte de conscience du temps, des lieux et des personnes qui les entourent. Ils en diffèrent encore par l'expression de la physionomie, qui a une apparence de stupidité; tandis que chez le mélancolique ordinaire on observe une concentration des traits qui reflète les souffrances intérieures. Ce sont ces différences que le mot de stupeur, ajouté à celui de mélancolique, est destiné à indiquer.

C'est donc à tort que quelques médecins ont combattu cette dénomination de mélancolie avec stupeur, s'efforçant de démontrer combien cette espèce de mélancolie diffère de la mélancolie simple. Ces différences sont très réelles, M. Baillarger ne les nie pas; mais, comme nous l'avons dit plus haut, le mot de stupeur est suffisant pour les indiquer. D'ailleurs, les auteurs dont nous parlons ont oublié ce fait capital : qu'entre le mélancolique qui, en dehors de ses conceptions délirantes, conserve toute sa lucidité d'esprit et le mélancolique avec stupeur, il y a toute une série de faits intermédiaires qui relient entre eux les deux extrêmes. Il faut, en outre, remarquer que les médecins dont nous parlons n'ont pas proposé d'autre dénomination, et qu'ils ont été forcés de conserver celle de stupidité, contre laquelle s'élèvent des objections bien autrement graves.

On réunit ainsi, en effet, des malades parfaitement curables dont la pensée persiste, quoique pervertie et confuse, avec des malades dont l'intelligence s'est peu à peu affaiblie, et sont ainsi arrivés au dernier degré de la démence.

C'est ce que l'on peut voir, en particulier, dans un récent travail de M. le docteur Delasiauve. Dans ses ouvrages, M. Parchappe conserve aussi, et avec raison, le mot de stupidité pour désigner les incurables, chez lesquels tout vestige d'intelligence a disparu. On réunit donc ainsi des faits complétement différents, et on établit dans la science la plus étrange confusion.

La mélancolie avec stupeur succède quelquefois à des maladies antérieures, et en particulier aux fièvres intermittentes. C'est ce qu'avait déjà reconnu Sydenham, qui s'étonne que

les auteurs n'aient fait aucune mention d'une manie particulière survenant à la suite des fièvres intermittentes prolongées, dégénérant en stupidité (1). Ici, comme on l'a vu, la maladie qui a précédé est un rhumatisme articulaire aigu. Cette femme a eu une grossesse gémellaire. Ce fait n'a peut-être aucune importance ; cependant, les renseignements pris auprès des familles des aliénés l'ont fait constater un grand nombre de fois, depuis quelques mois, dans le service de M. Baillarger.

Dans le mois de février, 12 malades ont été reçues dans le service.

Trois ne sont pas aliénées.

Sur les neuf restantes, il est cinq grossesses gémellaires, et quatre qui n'ont pas eu de jumeaux dans leurs familles.

Des recherches ultérieures auront bientôt démontré s'il n'y a eu dans ces faits, déjà assez nombreux, que de simples coïncidences. Nous devons pourtant encore faire remarquer, comme se liant à des anomalies d'organisation, la surdi-mutité d'une des filles de la femme V... A. C.

PHARMACOPÉE SPÉCIALE,

Par M. A. Cazenave.

ARGENT.

Pommade d'azotate d'argent.

Azotate d'argent.	1 à 4 grammes.
Axonge..	30 —

En onctions contre l'érysipèle.

Pommade d'iodure d'argent.

Iodure d'argent.	0,6
Axonge.	30,0

En onctions contre les engorgements syphilitiques et scrofuleux.

Pommade de cyanure d'argent.

Cyanure d'argent.	0,6
Axonge.	30,0

Pour panser les ulcérations syphilitiques.

Ces deux dernières pommades ont été proposées pour remplir des indications pour lesquelles on a habituellement recours à l'iodure de potassium ou aux préparations mercurielles. Comme on est bien loin d'avoir constaté de leur part une efficacité analogue, elles sont généralement peu employées.

INJECTIONS.

Injections à l'azotate d'argent.

Azotate d'argent.	0,05
Eau distillée.	125,00

En injections dans la blennorrhagie. On augmente graduellement la dose de l'azotate.

Injection caustique (Ricord).

Azotate d'argent.	5,0
Eau distillée.	30,0

A employer avec précaution.

On a, le plus généralement, aujourd'hui renoncé aux injections abortives.

COSMÉTIQUES A L'AZOTATE D'ARGENT.

Enfin l'azotate d'argent constitue la base de la plupart de ces préparations, de ces teintures plus ou moins célèbres vantées pour noircir les cheveux ; de l'eau égyptienne, etc. On l'emploie sous toutes les formes, en lotions, en pâte, sous forme liquide.

Toutes ces préparations, qui ne sont pas toujours sans inconvénient, sont le plus souvent d'une application difficile et d'un résultat infidèle. Voici, parmi bien d'autres, trois des plus simples :

Azotate d'argent.	4 grammes.
Eau distillée.	30 —
Sucre vert.	q. s. pour colorer.

On applique à l'aide d'un peigne fin trempé dans le liquide, en évitant avec soin de toucher la peau.

Azotate d'argent.	8 grammes.
Crème de tartre.	8 —
Ammoniaque faible.	15 —
Axonge.	15 —

M.

On introduit cette pommade dans les cheveux à l'aide d'un peigne ou de la brosse.

Azotate d'argent. . . . } ââ	15 grammes.
Proto-azotate de mercure. }	
Eau distillée.	125

F. dissoudre, filtrez, lavez avec q. s. d'eau distillée pour obtenir 165 grammes de soluté.

On fait une pâte claire avec ce soluté et quantité suffisante d'amidon. On enduit les cheveux le soir ; on recouvre la tête de taffetas gommé ; le lendemain, on lave et on applique un corps gras quelconque.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

(1) *De la folie à la suite des fièvres intermittentes*, Baillarger. — *Recherch. sur l'anat., la pathol. du système nerveux*, page 371. — 1847.

POMMADE ANTIPÉDICULAIRE

n'offrant aucun danger dans son emploi ;

Par M. Sylva, pharmacien à Bayonne.

Moelle de bœuf préparée.	60 gram.
Huile d'amandes douces.	8 —
Baume du Pérou.	4 —

Chauffez au bain-marie pendant une demi-heure. Passez et battez dans une terrine avec un pilon de bois.

Ensuite ajoutez :

Huile volatile de valériane.	4 gram.
— de semen contra.	1 —

S'en servir matin et soir en frictions sur la tête.

Chronique et nouvelles.

La promotion de M. Bérard aux fonctions d'inspecteur général des écoles de médecine va sans doute laisser vacante la place de doyen, que ce savant professeur occupe depuis deux ans, à la grande satisfaction de ses collègues, et en général de toutes les personnes qui ont des rapports avec lui.

On pouvait croire que, M. Bérard se retirant, le décanat devait revenir naturellement à M. Orfila, qui, pendant de si longues années, en a rempli les fonctions avec un zèle et une supériorité d'intelligence rares. Il paraît cependant qu'il n'en sera point ainsi, et que la nomination de M. Orfila rencontre des difficultés que nous ne saurions comprendre. S'il en est ainsi, le nombre des professeurs à qui les fonctions de doyen conviendraient, soit dans l'intérêt public, soit dans l'intérêt de l'Ecole elle-même, est assez restreint. Par sa position, le doyen sortant est plus à même que personne d'éclairer l'autorité sur le meilleur successeur qu'il pourrait avoir ; espérons qu'il remplira ce devoir avec toute l'intelligence qui le distingue, et qu'il fera ce qui dépendra de lui pour écarter du décanat une de ces personnalités tracassières et hargneuses qui ne pourraient qu'exciter des antipathies et compromettre la dignité du corps que le doyen doit pouvoir représenter honorablement en toute circonstance.

— Nous apprenons aujourd'hui seulement la mort depuis longtemps attendue d'un confrère bien connu, M. le docteur Rivallié. Le défaut d'espace nous empêche d'annoncer plus longuement cette triste nouvelle.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 32. — MARDI 16 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 32. — MARDI 16 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Cas curieux d'oblitération spontanée de la cavité de l'intestin grêle par un peloton d'ascarides lombricoïdes, chez un enfant de deux ans. — Note sur la substitution frauduleuse de la fécule à la farine dans la fabrication des pains à chanter avec indication des moyens qui peuvent la déceler. — Société de chirurgie, séance du 3 mars. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les nos des 14, 26 février et 6 mars.)

QUATRIÈME LEÇON. — *Des tumeurs fibro-plastiques.*

Sous le nom de tumeurs fibro-plastiques, on désigne des productions morbides constituées essentiellement par l'élément globuleux du tissu cellulaire en voie de formation. Ainsi que le cancroïde, ces productions appartiennent à la classe des tumeurs hypertrophiques, en ce sens que leur élément fondamental existe naturellement dans l'organisme et que l'accumulation anormale de cet élément constitue seule leur caractère morbide. Il n'est aucun point de l'économie dans lequel on ne puisse les rencontrer; on les voit naître partout où existe le tissu cellulaire : aussi bien dans la profondeur des organes splanchniques, des muscles, des os, du système nerveux que dans les tissus fibreux et les couches celluleuses sous-cutanées. Aussi cette classe de tumeurs est-elle l'une des plus considérables et l'une de celles qui présentent les variétés les plus nombreuses.

L'élément fibro-plastique examiné au microscope consiste dans des cellules ordinairement sphériques, à noyaux peu volumineux et arrondis ; mais on voit fréquemment ce globule caractéristique mélangé dans la même tumeur avec des globules de forme différente ; c'est ainsi que, dans les tumeurs fibro-plastiques les mieux caractérisées, on observe presque constamment de grandes cellules mères renfermant dans leur intérieur huit ou dix noyaux fibro-plastiques dépouillés de leur enveloppe celluleuse. D'autres fois, la majeure partie du tissu de la tumeur est composée de corps fusiformes, allongés à leurs deux extrémités et qui semblent intermédiaires entre le globule fibro-plastique proprement dit et la véritable fibre. Cette dernière se rencontre souvent elle-même en assez grande quantité dans certaines tumeurs, de sorte que la même production morbide présente à la fois toutes les variétés possibles de corpuscules entre l'élément fibro-plastique pur et la fibre parfaite. Il n'est pas rare d'y rencontrer encore de très petits globules isolés, qui ne sont autre chose que les noyaux fibro-plastiques dont l'enveloppe a été détruite ou ne s'est pas développée. Suivant que tel ou tel de ces éléments prédomine, la tumeur se rapproche plus ou moins des tumeurs fibreuses bénignes ou des tumeurs sarcomateuses, dont la gravité ne le cède guère au cancroïde et au véritable cancer. Indépendamment de ces éléments essentiels, on trouve dans les tumeurs de ce genre une véritable trame celluleuse et vasculaire dont le développement variable donne à la production morbide un aspect spécial et influe d'une manière grave sur sa forme et son évolution ultérieures.

Tantôt arrondies et globuleuses, ces tumeurs semblent de petits noyaux enkystés au milieu de nos organes ; souvent elles s'élèvent à la surface de la peau ou des muqueuses sous forme de végétations ; d'autres fois, enfin, elles pénètrent par des irradiations nombreuses au milieu des tissus les plus variés. De là trois formes fondamentales : *enkystée, végétante* et *rameuse*. Nous en avons en ce moment des exemples remarquables dans nos salles.

A la première de ces formes appartiennent ces petites tumeurs arrondies, roulantes que porte dans la région mammaire la malade couchée au n° 3 de la salle Saint-Jacques.

Dans la seconde catégorie se range ce polype volumineux du pharynx que nous avons extrait chez le n° 8 de la salle Cochin, et qui a nécessité l'ablation de l'os maxillaire supérieur.

Enfin, c'était une tumeur de la troisième espèce que portait dans la région sous-maxillaire cet homme auquel nous avons dû réséquer l'angle de la mâchoire inférieure.

Quelle que soit la disposition extérieure qu'elles présentent, les tumeurs fibro-plastiques offrent dans leur structure des variétés nombreuses, que l'on peut rapporter à deux principales : la variété fibroïde et la variété sarcomateuse.

1° *Variété fibroïde.* — Fréquemment confondues avec le cancer, les tumeurs de ce genre ont généralement un aspect homogène, d'une couleur blanchâtre ou légèrement rosée ; on y rencontre peu de vaisseaux ; l'examen à l'œil nu y fait reconnaître des lobules dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une grosse noisette.

Elles offrent dans leur ensemble un aspect papillaire, et présentent toujours une certaine résistance élastique ; leur tissu ne se laisse jamais écraser sous la pression du doigt, et le suc qu'on en exprime, transparent et visqueux, ne présente jamais cet aspect émulsif et lactescent du véritable cancer. C'est dans ces tumeurs que l'on observe en plus grande abondance les globules fusiformes ou les véritables fibres, et que l'élément fibro-plastique arrondi, ainsi que les noyaux isolés, se rencontrent en moins grand nombre.

Les tumeurs de la seconde espèce, ou sarcomateuses, offrent, quand on les divise, un aspect rouge, homogène, ou finement grenu ; leur résistance, encore élastique, se rapproche beaucoup de celle des tissus enflammés. On y voit un réseau vasculaire abondant ; quelquefois même du sang s'épanche dans leur intérieur, ou bien elles deviennent le siége d'une véritable inflammation. On les voit quelquefois se ramollir, s'ulcérer et donner naissance à des végétations fongueuses qui leur donnent l'aspect des affections cancroïdes ou cancéreuses. Les parties voisines de ces tumeurs résistent quelquefois longtemps à la compression exercée sur elles ; d'autres fois elles s'enflamment, se ramollissent, ou se laissent envahir par la production morbide qui semble pénétrer leur tissu.

Causes. — Ainsi que toutes les productions dues à l'hypertrophie de nos tissus, les tumeurs fibro-plastiques reconnaissent pour causes tout ce qui peut surexciter l'activité sécrétante du parenchyme. Souvent ces causes nous échappent ; mais quelquefois aussi il nous est possible de les saisir. C'est ainsi que les violences extérieures sont une des circonstances les plus ordinaires de l'apparition de ces tumeurs dans le périoste, dans les os, dans les organes glanduleux à trame fibro-celluleuse très dense. Il en est de même de certaines conditions physiologiques dans lesquelles certains organes se trouvent momentanément soumis à une vive surexcitation.

Symptômes et marche. — Les tumeurs fibro-plastiques peuvent revêtir toutes les formes, se manifester dans tous les points de l'organisme, offrir les dimensions les plus variées. Leur consistance, tantôt dure, ou élastique comme celle des tumeurs fibreuses, a quelquefois la mollesse des lipomes ou du fongus. Elles peuvent même s'enflammer, se ramollir et s'ulcérer. En général, elles sont solitaires, elles envahissent rarement les ganglions lymphatiques ; elles peuvent bien désorganiser de proche en proche les tissus voisins ; mais on ne les voit presque jamais déterminer, à une certaine distance de leur foyer, le développement de tumeurs semblables dans la profondeur de nos organes. Ordinairement indolentes à leur début, ces tumeurs restent parfois longtemps inaperçues du malade ; mais par le fait de leur progrès et surtout de leur inflammation, elles déterminent souvent des douleurs qu'il est difficile de distinguer de celles qui résultent des véritables cancers. Enfin, et c'est là une des circonstances les plus remarquables de leur évolution, ces tumeurs, bien qu'essentiellement locales, ont, surtout lorsqu'elles revêtent la forme sarcomateuse, une activité de développement qui fait qu'elles récidivent avec la plus grande facilité, pour peu que dans les opérations dirigées contre elles la moindre partie ait échappé à la destruction. Il n'est même pas rare de voir la récidive survenir alors même que l'extirpation paraît en avoir été faite de la manière la plus radicale. Ce phénomène s'observe surtout dans les tumeurs molles et vasculaires développées au voisinage des os, où dans leur tissu propre. Nous en avons eu un exemple terrible chez cette femme à laquelle nous avons pratiqué l'extirpation des deux os maxillaires supérieurs, et qui n'en a pas pas moins succombé aux progrès de la maladie dans l'épaisseur des os de la base du crâne.

Vous en avez encore en ce moment un exemple remarquable chez cet homme couché au n° 19 de la salle Cochin. Vous avez vu comment cette affection, qui au début développée dans l'épaisseur de la joue avait à peine le volume d'une aveline, a récidivé sur place après une première extirpation ; comment, après une seconde opération, elle s'est reproduite dans le périoste de l'os maxillaire inférieur. La résection partielle de cet os a été suivie d'une récidive dans la région sous-maxillaire, et maintenant, malgré des cautérisations énergiques, elle semble continuer ses progrès vers le pharynx, où nous aurons probablement peine à l'empêcher de se propager et d'amener une terminaison fatale. Dans un autre cas plus heureux nous avons pu, ainsi que vous l'avez observé chez le nommé Maillefer, couché au n° 22 de la salle Cochin, obtenir un succès définitif après trois opérations successives, dans l'une desquelles nous avons dû sacrifier une grande partie du corps et de la branche montante de l'os maxillaire inférieur.

Diagnostic. — Nous ne possédons aucun moyen de reconnaître d'une manière précise la nature des tumeurs fibro-plastiques avant leur extirpation. Tout au plus pouvons-nous la soupçonner lorsque les tumeurs affectent une marche lente, et que les malades les ont conservées pendant plusieurs années sans en éprouver d'accidents graves ; mais quand les tumeurs fibro-plastiques ont une marche rapide, quand elles s'accompagnent de douleurs vives, qu'elles occupent des organes parenchymateux, et qu'elles affectent une forme sarcomateuse, il est absolument impossible d'en établir le diagnostic autrement que par l'examen anatomique aidé du microscope.

Pronostic. — Cette affection est essentiellement locale, c'est-à-dire qu'en aucun cas on ne la voit envahir l'organisme tout entier. Comme le cancer ou les affections tuberculeuses, elle ne produit jamais de cachexie générale, mais elle peut assez souvent déterminer la mort par la désorganisation des parties au milieu desquelles elle s'est développée. Sous ce rapport, elle diffère peu du cancroïde, et justifie le nom de cancer fibro-plastique que quelques praticiens lui ont donné. Les exemples que nous avons cités plus haut en sont une preuve.

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11 et 13 mars)

CARTILAGES ARTICULAIRES (1).

Le temps n'est pas éloigné, nous disait mon prédécesseur M. Broca dans le compte-rendu des travaux de l'année dernière, où les cartilages diarthrodiaux étaient considérés comme des enduits inertes, comme des produits de sécrétion analogues aux ongles et à l'épiderme. Les études histologiques modernes, en démontrant que les cartilages d'encroûtement possèdent une organisation véritable, n'ont plus permis de les considérer comme des couches inorganiques. Aujourd'hui la question de vitalité ne peut plus être débattue. La pathologie même des cartilages n'avait pas depuis quelques années attiré l'attention des anatomo-pathologistes. En 1849 et 1850, un de nos membres correspondants, M. Redfen d'Aberdeen publiait, sans avoir connaissance des pièces présentées à la Société anatomique, deux mémoires qui confirmaient l'exactitude des résultats que l'étude anatomique nous avait fournis à Paris.

C'est surtout à M. Broca que nous devons une collection de pièces nombreuses, sur lesquelles chacun de nous a pu constater les altérations diverses qu'il indiquait. Déjà, dans le compte-rendu de l'année précédente, M. Broca vous avait parlé de ses recherches sur les lésions des cartilages d'encroûtement dans l'arthrite sèche ; cette année, le cercle de ses études s'est considérablement agrandi, et j'ai presque à vous exposer une histoire anatomo-pathologique complète des cartilages articulaires.

A la suite d'une description détaillée donnée par M. Broca lui-même dans vos bulletins, il a placé un résumé des lésions différentes des cartilages que vous nous permettrez de reproduire ici.

1° Les solutions de continuité des cartilages articulaires peuvent se cicatriser.

2° Ils peuvent s'amincir, tantôt par l'absorption de leurs couches profondes, tantôt par la disposition de leurs couches superficielles.

3° Ils peuvent, au contraire, s'épaissir d'abord, puis se ramollir et subir la décomposition nétrétique.

4° Ils sont susceptibles de s'ossifier, même dans une grande étendue.

5° Ils peuvent être frappés de mort sans ossification préalable, et il s'établit alors un véritable travail d'élimination autour des séquestres cartilagineux.

6° Ils peuvent disparaître par voie d'absorption ulcéroïde.

L'absence de distinction dans les ouvrages des anciens auteurs entre les cartilages articulaires et les fibro-cartilages laisse du doute sur la valeur de leur opinion sur la cicatrisation des couches d'encroûtement des articulations. J. Hunter, auquel la science doit des progrès si nombreux, admettait que, dans les fractures des cartilages permanents, la substance cartilagineuse se reproduisait. D'autres travaux plus modernes avaient fait rejeter, en France, la possibilité de cette cicatrisation ; et tandis que chez nos voisins d'outre-Manche la pathologie des cartilages comprenait une foule de lésions, c'est à peine si chez nous les inflammations et les ulcérations étaient admises comme une lésion secondaire aux lésions des os et de la synoviale.

Vous avez déjà vu, messieurs, par le résumé que nous avons cité plus haut, que les pièces présentées par M. Broca nous faisaient admettre cette cicatrisation comme possible. Ces cicatrisations des cartilages ont été trouvées sur des sujets destinés aux dissections de l'Ecole pratique ; il a donc été impossible d'avoir des renseignements exacts sur l'époque de la fracture ; cependant, on pouvait assurer d'après l'examen même des pièces qu'elles avaient eu lieu à une époque éloignée. Deux fois la fracture des cartilages existait dans la cavité articulaire du coude à l'apophyse olécrane ; dans un troisième fait, la lésion occupait le cartilage d'encroûtement de la tête humérale, et enfin, sur une pièce que je rapprocherai de celles-ci et que nous a présentée l'an dernier M. Mondières, il y avait eu dans un cas de fracture de la jambe solution de continuité des cartilages de l'articulation tibio-tarsienne sans fracture de l'os subjacent. Une fois seulement les fragments étaient pour ainsi dire en contact ; dans tous les autres cas, ils étaient séparés par un intervalle plus ou moins grand. Toujours cet intervalle était comblé par une membrane d'un aspect et d'une structure identiques, dépourvue de la teinte laiteuse propre aux cartilages, jaunâtre, opaque et ferme. Elle était fixée immédiatement sur chacune des lèvres de la solution de continuité. Dans une fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, bien que les fragments osseux qui supportaient les cartilages divisés ne fussent pas restés complétement en rapport, l'un d'eux ayant pénétré dans un autre

(1) Ce chapitre est une véritable monographie des maladies des cartilages, aussi nouvelle qu'intéressante sous le rapport théorique et pratique.
(*Note du Réd. en chef.*)

Traitement. — Malgré leur marche envahissante et si souvent fatale, les tumeurs fibro-plastiques ne sont point absolument réfractaires. On les voit quelquefois disparaître spontanément ; mais dans l'immense majorité des cas, la guérison ne peut en être obtenue que par l'emploi le mieux combiné des ressources thérapeutiques. Plusieurs ordres de moyens peuvent être dirigés contre ces affections. Nous les rangerons en deux classes :

1° Les moyens résolutifs ;
2° Les moyens destructeurs.

1° *Traitement résolutif.* — Il a pour base principale, les antiphlogistiques, la compression, les fondants de diverses sortes.

C'est ainsi que, sous l'influence de saignées locales ou générales fréquemment répétées, par l'emploi méthodique d'une compression régulière, nous avons vu disparaître quelquefois des tumeurs de cette nature développées dans la région mammaire. Dans quelques cas aussi l'application topique des préparations iodurées ou mercurielles, l'usage des courants électriques ont contribué, sinon à faire disparaître entièrement, au moins à diminuer d'une manière notable des tumeurs évidemment fibro-plastiques. Mais le praticien ne doit compter que faiblement sur ces moyens résolutifs, et dans le plus grand nombre des cas, il se voit forcé de recourir aux moyens destructeurs.

2° *Traitement par destruction.* — C'est à ce mode de traitement que nous avons eu recours dans le plus grand nombre des cas dont vous avez été témoins. Vous nous avez vu poursuivre opiniâtrément par les caustiques ou le bistouri la plupart des tumeurs de ce genre. Nous n'avions point, comme dans les cancers, cette arrière-pensée cruelle, que peut-être une infection générale de l'organisme rendrait nos efforts inutiles.

Soutenu par cette pensée, qu'en poursuivant le mal jusqu'à ses dernières racines, il nous était possible d'obtenir une guérison radicale, vous nous avez vu tenter, dans ces circonstances, les opérations les plus hardies ; c'est ainsi que, chez le malade couché au n° 8 de la salle Cochin, nous n'avons pas craint d'enlever l'os maxillaire supérieur sain, pour nous donner la possibilité d'extirper d'une manière complète et radicale une tumeur sarcomateuse développée à la base du crâne, et dont les embranchements envahissaient les diverses cavités de la face.

Lorsque ces tumeurs présentent une délimitation vague, quand leurs tissns fongueux et saignants peuvent faire redouter les hémorrhagies, le caustique est souvent préférable à l'instrument tranchant. Tel est le cas du n° 18 de la salle Cochin. Quel que soit le mode opératoire auquel on donne la préférence, il importe, avant tout, de ne laisser aucune portion de la tumeur. C'est à cette condition seule qu'on peut espérer une guérison définitive.

La question des tumeurs fibro-plastiques est un des points obscurs de la science qui a besoin, pour être élucidé complétement, d'être sérieusement examiné au point de vue clinique. Nous voyons donc avec un vif intérêt M. Maisonneuve entrer dans cette voie nouvelle, et nous ne doutons pas que cet habile opérateur n'arrive à jeter un nouveau jour sur une classe de maladies qui naguère encore était ignorée du praticien et n'était connue que par les travaux micrographiques de notre savant confrère M. Lebert.

Dr Alexis Favrot.

CAS CURIEUX D'OBLITÉRATION SPONTANÉE

de la cavité de l'intestin grêle par un peloton d'ascarides lombricoïdes, chez un enfant de deux ans.

Par M. le docteur Perrin.

Le 23 janvier 1846, l'enfant Crétineau, petit garçon de deux ans, sans maladie antérieure, bien portant et jouant à six heures du soir, succombait dans la nuit même, au bout de quelques heures, à la suite de vomissements incessants et répétés, et sans que ces vomissements, survenus spontanément, eussent été accompagnés ou suivis d'une seule garde-robe. A la déclaration du décès à la mairie, aucun médecin n'ayant été appelé par les parents, le magistrat, étonné d'une mort aussi rapide, crut devoir me déléguer pour en rechercher la véritable cause.

L'examen extérieur du cadavre et l'appréciation exacte des circonstances de cette mort imprévue ne nous ayant rien appris de satisfaisant, nous procédâmes immédiatement à l'autopsie. Toutefois, nous noterons ici ce fait important, que l'enfant, trente-six heures avant de mourir, avait abondamment mangé, avec ses parents, d'une fricassée de gras-double, c'est-à-dire d'un mets de pauvres gens, dans la composition duquel entrent à la fois partie du cœur, du foie, de la rate et de l'estomac du bœuf. Or, à cause de l'abondance du tissu fibreux qu'on remarque dans quelques-unes de ces parties de l'animal, on conçoit combien elles doivent être indigestes, difficilement assimilables, si préalablement elles n'ont été soumises à un travail lent et complet de mastication. Aussi ce travail était-il malheureusement impossible chez le jeune enfant dont nous rapportons l'histoire.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Le cadavre est déjà dans un état avancé de putréfaction. Il est vrai que le temps est pluvieux et humide. Le ballonnement du ventre est considérable, et ses parois sont le siége d'une coloration verdâtre. L'abdomen étant ouvert, le péritoine renferme une très faible quantité d'une sérosité limpide, citrine, sans aucune trace d'exsudation plastique. Les circonvolutions intestinales, sans adhérences entre elles, d'une mobilité parfaite, n'offrent aucune disposition anormale.

Une ligature est appliquée au niveau de chacun des orifices de l'estomac, et permet d'enlever ce viscère avec tous les produits solides ou liquides qu'il peut contenir. Ouvert le long de sa petite courbure, l'estomac se trouve complétement vide. Sa membrane muqueuse n'offre absolument aucune trace de lésions, telles qu'injection, rougeurs, ulcérations, ramollissements, etc... ; seulement, à cause de l'état de vacuité de l'organe, cette muqueuse est fortement revenue sur elle-même, et forme une succession de saillies et d'enfoncements inégaux qui lui donnent un aspect aréolaire très remarquable.

Le petit intestin, extrait à son tour avec les précautions précédentes, renfermait dans son tiers inférieur ; 1° deux cents grammes d'un liquide épais, trouble, dont la coloration rouge-palissandre était manifestement due au sang contenu dans le gras-double ingéré ; 2° vingt vers lombrics formant un véritable peloton de la grosseur d'un œuf de poule, et obturant complétement la cavité intestinale ; 3° enfin, au milieu de ces lombrics, sept ou huit fragments de gras-double décolorés par le travail de la digestion, d'une texture fibreuse et élastique, d'un centimètre d'épaisseur environ, et de la dimension en longueur et en largeur de la phalange unguéale du petit doigt d'un adulte. Mais ce qu'il y avait de plus curieux à noter, c'est que plusieurs lombrics avaient perforé de part en part ces corps étrangers. De telle sorte que ces escarides pelotonnés les uns sur les autres, et ces morceaux de viande de boucherie, dont quelques-uns étaient embrochés par eux, avaient dû former pendant la vie du sujet comme une masse moitié inerte, moitié vivante, qui, à un moment donné, avait tout à coup déterminé chez notre petit malade une obstruction complète de l'intestin, puis bientôt amené à sa suite tous les accidents rapidement mortels, et ici foudroyants, de l'étranglement interne par obstacle au cours des matières intestinales.

La membrane muqueuse de cette portion de l'intestin où existait l'occlusion était le siége d'une rougeur manifeste et d'une injection marquée. Elle était évidemment enflammée, ramollie, et se détachait plus facilement dans ce point que dans les parties supérieures, où son intégrité était parfaite. Les follicules agminés, ou plaques de Peyer, étaient rouges et saillants. En un mot, il y avait là des traces sensibles d'inflammation. Les autres organes étaient sains.

Notre réponse à l'autorité, on le devine d'avance, fut que la mort du jeune Crétineau devait être attribuée à un étranglement interne par obstacle au cours des matières intestinales ; et qu'ainsi le crime n'était absolument pour rien dans cette mort imprévue.

Les observations analogues à la nôtre ne sont pas rares dans la science ; mais nous avons cru devoir vous la signaler, messieurs, à cause de cette singulière circonstance de lombrics perforant des morceaux de viande, de nature fibreuse, denses, résistants, qui, trente-six heures auparavant, avaient été avalés *dans leur entier* par notre petit malade. Vous savez qu'on a nié que les lombrics pussent produire des perforations de l'intestin, sans que celui-ci fût préalablement enflammé, ramolli, ulcéré, etc... On a dit que la bouche du ver n'était pas convenablement armée pour produire une semblable perforation ; qu'il ne pouvait en aucune manière, avec son extrémité antérieure, à l'instar d'une pointe de fuseau, écarter les fibres intestinales, et tomber ainsi dans le péritoine, à la faveur de cet écartement. Pour nous, qui partageons volontiers l'opinion contraire, nous croyons avec M. Mondière que « ... les lombrics peuvent se frayer directement un chemin à travers les parois intestinales, non pas en rongeant les tissus, mais simplement en écartant les fibres au moyen de leur extrémité antérieure, laquelle, au rapport de de Blainville, est susceptible de s'ériger, et d'acquérir une force qu'augmentent encore les valvules à bords durs et tranchants dont elle est garnie. » Il est évident, en effet, que si des lombrics ont pu, en moins de trente-six heures, perforer des corps étrangers aussi résistants que ceux que j'ai décrits, on ne doit s'étonner que d'une chose : c'est que les perforations intestinales ne soient pas plus fréquemment observées. La possibilité de cette lésion, sans altération préalable de l'intestin, rejetée complétement par Bresmer, Rudolphi, MM. Scouteten, Cruveilhier, J. Cloquet, me paraît devoir être admise quelquefois avec MM. Mérat, Bégin, Gaultier de Claubry, Mondière, etc... Et contre l'opinion des auteurs du *Compendium de Médecine pratique*, il ne me paraît pas plus vrai que, dans la grande majorité des cas, c'est nécessairement en traversant des ulcérations préexistantes du tube digestif que les ascarides pénètrent dans l'abdomen. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Sarthe.*)

NOTE SUR LA SUBSTITUTION FRAUDULEUSE DE LA FÉCULE

à la farine dans la fabrication des pains à chanter avec indication des moyens qui peuvent la déceler (1).

Par J.-L. Lassaigne.

Dans le numéro du 31 octobre dernier du journal l'*Univers* se trouve insérée une lettre de l'abbé Rouard de Card, directeur de la maîtrise à Limoges, dans laquelle cet ecclésiastique signale à ses confrères la fraude qui se pratique maintenant dans la confection de certaines hosties. En mentionnant ce fait coupable, M. Rouard de Card indique à quels caractères physiques on peut reconnaître cette frande et distinguer facilement le pain à chanter préparé avec la farine pure de celui qui a été fabriqué avec de la fécule.

L'hostie de pure farine, placée dans l'eau froide, conserve en s'épaississant peu à peu sa blancheur imperméable à la lumière, tandis que l'hostie faite avec la fécule, plus légère, plus brillante et presque transparente, le devient plus par son immersion prolongée et semble se dissoudre en partie dans l'eau.

Tous les faits rapportés par M. Rouard sont de la plus grande justesse, mais ils ne suffisent pas pour établir avec certitude si l'hostie a été préparée avec de la fécule pure ou avec un mélange de celle-ci et de farine de froment. C'est dans le but de résoudre ces deux questions, qui ont quelque intérêt, que nous avons tenté les expériences qui font le sujet de cette note.

Les essais auxquels nous nous sommes livré ont été entrepris sur cinq échantillons d'hosties fabriquées à Paris, et dont nous ignorions la préparation. L'examen que nous en avons fait sur la demande d'un de nos collègues (M. Chevallier) nous a démontré que, sur cinq échantillons, quatre étaient composés avec un mélange de farine, et un seul était formé avec de la fécule. C'est par les réactions suivantes que nous avons pu arriver aux résultats que nous mentionnons ci-dessous.

1° *Action de l'eau froide.*

Les hosties préparées avec la farine pure, plongées dans l'eau froide, à la température de + 15 degrés, se gonflent et conservent leur blancheur et leur opacité, même au bout de trente heures. Les hosties confectionnées avec la fécule, placées dans les mêmes conditions, deviennent, après ce laps de temps, transparentes et ressemblent alors à des lambeaux d'empois qui perdent peu à peu leur forme en se délayant et se dissolvant dans l'eau pour la plus grande partie. La différence d'aspect de ces deux sortes d'hosties se remarque, soit au milieu de l'eau, soit en étendant sur une plaque de verre les morceaux humides après leur macération dans l'eau.

2° *Examen microscopique.*

L'emploi du microscope, ainsi que nous l'avons constaté, peut servir à distinguer l'hostie faite en *fécule* de celle préparée avec la *farine*. Cette dernière présente, lorsqu'elle est bien détrempée dans l'eau froide, une matière transparente, fortement striée, en différents points, par des filaments contournés ; tandis que la première offre, au milieu de sa masse, des granules allongés ou ovoïdes de fécule, qu'une faible solution de potasse caustique gonfle et fait dilater.

Cette distinction, qu'il est facile d'établir avec cet instrument entre l'hostie faite en fécule et celle de farine pure, peut-elle être encore établie sur des hosties qui seraient composées de farine et de fécule mélangées dans diverses proportions ? Nous ne saurions le dire en ce moment ; la solution de cette question exigerait des essais directs que nous

(1) On conçoit que cette substitution n'a lieu que lorsque la fécule est à un plus bas prix que la farine.

---

fragment de la tête humérale, on voyait cependant encore la même membrane pourvue de la même couleur et de la même structure relier entre elles les surfaces divisées.

Cette membrane de réunion formait le plus souvent un tout continu qui comblait exactement le vide laissé par l'écartement des deux fragments cartilagineux ; mais il n'en était pas toujours ainsi. Sur une fracture ancienne de la base de la partie moyenne de l'apophyse olécrane, un cal fibreux de 3 centimètres de long réunissait les fragments qui n'étaient pas en contact ; il était constitué par plusieurs brides fibreuses laissant entre elles des lacunes. Un fait que vous a cité M. Denucé montre quelles conséquences fatales peut amener quelquefois cette disposition lamelliforme du cal fibreux. Sur un malade, qui avait eu deux années auparavant une fracture de la rotule dont la réunion s'était faite par un cal fibreux assez étendu, une collection purulente rassemblée dans la bourse muqueuse prérotulienne avait pénétré dans l'articulation à travers une éraillure du cal fibreux. L'existence de cette communication fut constatée à l'autopsie. Nous avons vu dans plusieurs pièces des variations dans la longueur et la largeur de la membrane unissante, suivant l'écartement des fragments cartilagineux divisés ; dans d'autres, enfin, le rapprochement entre les surfaces opposées est tel que l'œil peut à peine saisir les traces de la solution de continuité. C'était dans un cas de fracture d'un cartilage costal ; un petit trait blanchâtre tranchait sur la teinte jaunâtre du cartilage périphérique, et l'examen plus attentif y démontrait du moins l'existence d'une membrane d'union de nature fibreuse joignant les deux bords du cartilage divisé.

La structure de la membrane unissante des cartilages fracturés était toujours de nature identique ; c'était une membrane fibreuse sans aucune production de cartilage nouveau dans son intérieur.

Son insertion se faisait immédiatement sur les bords du cartilage divisé ; et, comme nous le verrons plus loin en vous parlant des lésions du cartilage aux environs de la fracture, vous verrez les éléments de la membrane d'union apparaître à une certaine distance de la fracture dans la gangue même du cartilage. Mais ces adhérences, ces liens fibreux, peuvent-ils avoir pour point de départ la surface même encore intacte ou légèrement altérée du cartilage d'encroûtement ? Jusqu'ici on tendait plutôt à répondre d'une manière négative ; et vous avez vu, à propos d'une pièce que nous a montrée M. Armand Moreau, avec l'esprit sage des scepticisme que la science exige, M. Cruveilhier en mettre en doute la possibilité. Sur cette même pièce, M. Broca nous a fait voir et vous vous avez tous pu constater que des adhérences nombreuses qui s'étendaient de la rotule au fémur se confondaient intimement avec le tissu cartilagineux primitif.

La cicatrisation des fractures des cartilages d'encroûtement, des fibro-cartilages même, est donc aujourd'hui un fait acquis à la science.

Au voisinage de la fracture, dans l'épaisseur même du cartilage divisé, il se produit, pendant le travail de cicatrisation, des changements remarquables que M. Broca nous a montrés sur diverses pièces ; ces altérations dans la structure de la gangue cartilagineuse étaient, dans tous les cas, presque identiques. C'est d'abord un agrandissement des cavités des cartilages avec multiplication des noyaux inclus ; dans l'intervalle de ces cavités, et indépendantes quelquefois de la membrane d'union, d'autres fois se continuant manifestement avec elle, existent des bandes parallèles de tissu fibreux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

n'avons pu encore entreprendre. Toutefois, l'examen microscopique auquel nous avons soumis les hosties fabriquées avec la farine ne nous a pas permis de constater dans leur masse, délayée dans l'eau, la présence des granules de fécule, même après l'action d'une faible solution de potasse, comme MM. Payen et Donny l'ont conseillé pour découvrir la fécule, même en petite quantité, dans les farines et le pain confectionné.

3° *Action de l'eau bouillante acidulée par un peu d'acide azotique.*

La fécule étant dissoluble presque entièrement dans l'eau acidulée par l'acide azotique, et la farine ne l'étant qu'en partie en abandonnant *son gluten* et *son albumine*, sous forme de flocons blancs insolubles, nous avons constaté que, faisant bouillir une petite quantité de ces hosties avec cette eau acidulée, l'hostie en fécule se dissolvait et que celle en farine donnait un liquide trouble d'où se déposaient des flocons blancs assez abondants.

4° *Action de l'acide azotique pur.*

L'acide azotique pur, légèrement fumant, avec lequel on humecte un fragment d'hostie en fécule, placé sur une assiette de porcelaine, ne produit aucune coloration, même après un contact prolongé à la température de + 15°; mais l'hostie en farine se colore bientôt en jaune par l'action de l'acide azotique sur le gluten et l'albumine qui y sont contenus.

5° *Action de la dissolution mixte et acide de proto-azotate et deuto-azotate de mercure.*

La propriété qu'ont les matières albuminoïdes de se colorer *en orange* ou en *rouge nacarat* par le contact de ce réactif nous a permis de distinguer facilement l'hostie de fécule de celle de farine, en humectant des fragments de l'une et de l'autre, et les abandonnant à l'air à une température de + 15 à + 20 centigrades. L'hostie faite *en farine* se colore peu à peu *en orangé*, tandis que l'hostie *en fécule* reste blanche.

6° *Action de l'acide chlorhydrique pur.*

La dissolution des matières albuminoïdes dans l'acide chlorhydrique et leur coloration en *violet* dans cette circonstance nous ont fourni un excellent moyen d'établir une distinction entre ces deux sortes d'hosties; il suffit de mouiller, dans un tube bouché par un bout, une petite bandelette d'hostie avec de l'acide chlorhydrique pur légèrement fumant, et de chauffer le tube au bain-marie, à une température de + 25 à 40 degrés centigrades pour voir l'hostie faite en farine se colorer en *violet* et se dissoudre ensuite dans l'acide, en lui communiquant une teinte *améthiste* plus ou moins marquée.

L'hostie préparée avec la fécule pure s'attaque et se dissout sans développer *aucune espèce de coloration*. L'emploi de cet acide pourrait, sans aucun doute, servir à faire distinguer, par la *teinte violette* plus ou moins intense qui se développerait si l'hostie a été fabriquée avec de la farine pure ou avec de la farine mélangée de *fécule* ou d'*amidon*.

Un échantillon de pain à chanter, sans empreinte, tel qu'on s'en sert dans les pharmacies pour envelopper les pilules et les administrer, nous a présenté, dans l'essai que nous en avons fait avec l'acide chlorhydrique, une teinte violette beaucoup plus faible, dénotant indubitablement l'impureté de la farine employée à la fabrication de cette espèce de pain à chanter. Les réactifs indiqués aux paragraphes 3, 4 et 5 ont donné, avec cet échantillon de pain, des résultats qui sont venus confirmer l'action de l'acide chlorhydrique. L'examen microscopique n'a pu nous y faire reconnaître *aucun globule distinct de fécule*, ce qui nous autoriserait à regarder le pain en question comme formé par un mélange de *farine* et d'*amidon*.

En publiant les faits que nous avons constatés dans cette note, nous pensons faire cesser l'abus qui s'est peu à peu introduit dans cette fabrication de pains à chanter, surtout dans ceux qui doivent servir au saint sacrifice de la messe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mars 1852. — Présidence de M. LARREY.

Corps étranger du genou.

M. CHASSAIGNAC présente un malade chez lequel, six semaines auparavant, les membres de la Société constatèrent l'existence d'un corps étranger dans l'articulation du genou. L'ouverture de l'articulation a été pratiquée au moyen du procédé de M. Goyrand, et le corps étranger a été repoussé dans le tissu cellulaire à une distance suffisante pour permettre de l'extraire désormais sans danger.

Aucun accident n'est survenu dans l'articulation du fait de la première opération. Le malade marche très bien.

Abcès de la cuisse.

M. LARREY présente un malade qui porte à la partie supérieure de la cuisse gauche une double tumeur contournant les faces interne et postérieure du membre, et offrant l'apparence d'un vaste abcès froid, soit idiopathique, soit symptomatique. C'est du moins ce que les antécédents permettraient de préjuger, d'une part, d'après certains indices locaux, tels qu'une ulcération fistuleuse au cou, avec adénite sus-claviculaire; d'autre part, d'après des douleurs éprouvées anciennement dans la région lombaire et dans la hanche du même côté. Mais ces douleurs ont depuis longtemps disparu, et les tumeurs se sont développées presque à l'insu du malade, qui n'en souffre aucunement, même sous l'influence de pressions assez fortes, et dont la santé générale ne semble point altérée. Le signe pathognomonique d'une collection purulente, la fluctuation, est enfin si peu manifeste, que l'on pourrait douter de l'existence réelle, ou du moins exclusive, d'un abcès. C'est là cependant le diagnostic à faire prévaloir.

Tumeur fibreuse de la gorge.

A l'occasion du procès-verbal, M. HUGUIER présente une tumeur fibreuse développée dans l'arrière-bouche, chez un jeune homme de quinze ans. Cette tumeur envoyait des prolongements dans le sommet du pharynx, dans la fosse zygomatique et dans la fosse nasale droite; elle semblait partir des portions fibreuses qui tapissent le trou déchiré antérieur; elle adhérait aux deux apophyses ptérygoïdes et passait entre la tubérosité maxillaire et l'apophyse zygomatique. Dans deux cas, moins graves à la vérité, mais présentant de l'analogie, il lui a suffi d'ouvrir la paroi antérieure du sinus pour terminer l'opération, et il demande si on ne pourrait pas, après avoir enlevé la partie antérieure et extérieure du sinus maxillaire, luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os.

M. MAISONNEUVE pense que la pièce présentée par M. Huguier vient à l'appui de son opinion; l'affection étant, par son siége, très difficile à atteindre jusque dans ses dernières limites, il faut se frayer une voie sûre et en même temps large. Il croit que le procédé qu'il propose est, dans certains cas, le meilleur pour guérir les malades. En agissant ainsi, on est plus à même d'apprécier le siége et l'étendue de la tumeur.

Suivant lui, il y a bien moins de danger à se comporter comme il le conseille, que de laisser le malade avec une opération non terminée.

A la place de M. Huguier, il n'aurait pas hésité à enlever le maxillaire pour extirper la tumeur jusque dans ses derniers prolongements, à moins qu'elle ne pénétrât dans le crâne. Quant à son malade, il est aujourd'hui entièrement guéri; il n'y a pas de paralysie bien appréciable de la face, malgré l'ablation du nerf buccal. Ce fait est donc doublement intéressant au point de vue physiologique et chirurgical.

M. CHASSAIGNAC, après avoir examiné la pièce, se sent moins disposé à partager l'opinion de MM. Robert et Maisonneuve. Il croit que, dans cette circonstance, on pouvait atteindre d'autant plus facilement la tumeur que, la cloison des fosses nasales étant notablement déviée, on pouvait, sans l'attaquer, avoir une ouverture suffisamment large pour arriver sûrement sur le pédicule. Il insiste fortement pour qu'on respecte la cloison des fosses nasales.

M. HUGUIER, en présentant cette pièce, qui a déjà été décrite à une autre époque par M. Forget, a surtout voulu faire voir quels étaient les points précis de son insertion.

Toutefois, notre collègue ne se dissimule pas qu'en suivant son procédé, si un vaisseau important avait été atteint, il eût été fort gêné pour agir aussi profondément.

Il ajoute que, sans vouloir repousser d'une manière absolue le procédé qui a été employé par MM. Robert et Maisonneuve, il faut conserver la voûte palatine jusqu'au dernier moment, et ne se décider à la sacrifier qu'en cas d'absolue nécessité.

M. MAISONNEUVE dit que le plus grand avantage de son procédé est surtout de faire disparaître la voûte palatine, qui est le plus grand obstacle à l'action des doigts. Pour lui, leur action est bien supérieure à celle de tous les instruments; aussi, lorsque la voûte est enlevée, non-seulement il peut introduire une main, mais les deux. C'est, du reste, de cette manière qu'il a agi dans le fait dont il a entretenu la Société. Une fois la voûte palatine détachée, il a pu saisir la tumeur avec la main gauche et l'énucléer avec la main droite. L'opération dura cinq minutes. Il n'aurait jamais pu obtenir un résultat semblable en suivant le procédé de MM. Huguier et Chassaignac.

M. HUGUIER dit que dans les cas de ce genre il y a presque toujours une déformation des cavités et un commencement de disjonction des os; ne pourrait-on pas mettre à profit ce travail morbide, et, après avoir détaché la paroi antérieure du maxillaire, luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os et, une fois l'opération terminée, la refouler à sa place? De la sorte, on éviterait la perte de parties considérables et on se ménagerait un obturateur naturel.

M. ROUX ne veut nullement blâmer la conduite de M. Maisonneuve; il avoue cependant qu'il voit avec regret notre collègue sacrifier sans aucune hésitation des parties encore saines et si nécessaires sous beaucoup de rapports. Jamais dans sa longue pratique il n'a été obligé de recourir à une opération aussi complexe; il dit avoir eu affaire souvent à des tumeurs remarquables plutôt par leur densité que par leur volume, et il a pu terminer l'opération avec des pinces très fortes garnies d'aspérités; il ajoute qu'il n'y a pas eu de récidive.

Il craint que dans l'opération de M. Maisonneuve le voile du palais ne soit un peu compromis quant à ses fonctions.

Il ne peut pas non plus voir sans regret un malade perdre la moitié de l'arcade dentaire.

M. Roux termine ses observations par quelques rapprochements sur les autres tumeurs qui naissent du périoste, qui sont généralement très denses et nécessitent l'action d'instruments énergiques.

M. ROBERT insiste sur la nécessité de bien préciser dans la discussion qu'il ne s'agit pas ici des polypes ordinaires des fosses nasales, mais bien des polypes qui prennent naissance dans le tissu fibreux qui tapisse une partie de la base du crâne et du sommet du pharynx : ces polypes, qui ont une origine toute différente, ont généralement une base d'implantation assez large et la plupart du temps ils renvoient des irradiations multiples. Il faut nécessairement que le chirurgien n'hésite pas à pratiquer une ouverture suffisamment large pour qu'il puisse, sans être gêné, porter les doigts, l'instrument tranchant et au besoin le feu lorsque des hémorrhagies surviennent. Il rappelle le cas du malade de M. Huguier, qui perdit une quantité considérable de sang.

Peut-on maintenant dire à l'avance qu'on modifiera l'opération suivant le besoin? M. Robert ne le pense pas. Suivant lui, tout chirurgien qui s'engage de prime abord dans une mauvaise voie augmente les difficultés de l'opération et expose son malade à des chances fâcheuses. Dans une circonstance semblable, il fut vingt-cinq minutes avant d'avoir terminé; par prudence, il n'avait pas voulu employer le chloroforme.

Comme M. Roux, il regrette la perte de parties encore saines et d'être obligé de recourir à une opération si compliquée; mais il la regarde comme indispensable et comme étant la seule qui permette d'arriver à une solution complète. Il ajoute en terminant que chez son malade, au bout de quelques jours et sans qu'il eût pris la moindre précaution, les lèvres de la plaie du voile du palais étaient réunies.

M. GERDY est surpris de voir M. Maisonneuve se fonder sur la pièce de M. Huguier pour soutenir la nécessité de son procédé opératoire. Il croit, au contraire, que, si un fait est en faveur de son opinion personnelle, c'est celui qui vient d'être présenté par M. Huguier; aussi préfère-t-il la méthode de ce dernier; si la cloison des fosses nasales le gênait, il en ferait de suite le sacrifice sans craindre aucune suite fâcheuse; quant aux os de la face, il insiste de nouveau pour qu'on les respecte, et se joint à M. Roux pour exprimer des doutes sur la nécessité d'une semblable opération. Il considère le point de départ de ces polypes comme une véritable matrice qui reproduit sans cesse de nouveaux prolongements; l'essentiel est d'arriver sur ce point; peut-on le faire avec l'ouverture conseillée par M. Huguier? Oui, sans aucun doute.

Envisageant ensuite ces polypes sous le rapport de leur pronostic, il cherche à démontrer qu'ils sont loin d'être aussi dangereux qu'on semble le craindre. Quant à lui, jamais il ne les a vus entraîner la mort; à la vérité, il y a quelquefois de graves hémorrhagies; mais, comme on ne connaît pas au juste la vascularité de ces tissus, le point exact d'où vient le sang, il ne faut pas s'exagérer les craintes. Si M. Maisonneuve a pu arracher la tumeur avec ses doigts, à plus forte raison aurait-il pu le faire avec des pinces. Suivre son procédé, c'est s'exposer à mutiler la face, à compromettre les fonctions de la bouche, du voile du palais; en un mot, ce n'est plus seulement l'extraction d'un polype, mais bien l'amputation de l'os maxillaire.

M. HUGUIER pense que ces tumeurs n'ont de tendance à saigner que dans les points où elles sont en contact avec l'air; le malade qu'il a fait voir à M. Robert perdait à la vérité du sang lorsqu'on touchait à la portion qui était cellulo-vasculaire; mais, lorsque ce tissu fut dépassé, le sang ne s'écoulait plus en nappe : il était fourni par une artériole. D'après lui, les prolongements de ces tumeurs n'ont avec les parties voisines que des adhérences cellulo-vasculaires faibles qui peuvent être détruites facilement. Il croit que M. Gerdy s'exagère un peu les suites de l'opération dans ce qui a trait au voile du palais; comme on peut le ménager, il conserve ainsi toute la tension sans que ses fonctions soient en rien altérées.

Ouvrages adressés à la Société.

Le tome XVI de l'Académie nationale de médecine de Paris.

M. le docteur Broca envoie les ouvrages suivants :

Etudes sur la propagation de l'inflammation, suivies de quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses;

De l'altération graisseuse primitive des muscles et de son influence sur la production des pieds-bots;

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris pour l'année 1850;

Mémoire sur la pleurésie secondaire consécutive aux inflammations du sein et de l'aisselle;

Etude sur les doigts et orteils surnuméraires;

Réflexions sur les anomalies artérielles du membre thoracique;

Description de deux anomalies rares des artères de l'avant-bras;

Anatomie pathologique du cancer;

Corps étranger dans la tunique vaginale.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac donne à la Société quelques renseignements sur les deux malades qu'il avait présentés à la dernière séance.

Celui qui avait un corps cartilagineux mobile de la tunique vaginale a été opéré de son hydrocèle par incision, ce qui a permis d'extraire le corps cartilagineux qui offre le volume d'une grosse noisette un peu aplatie sur les côtés. L'examen microscopique de ce corps, fait par M. Follin, a présenté au milieu d'une gangue cartilagineuse deux noyaux parfaitement arrondis, constitués par un amas de cellules épithéliales et de matière calcaire faisant effervescence avec les acides. Astley Cooper et M. Roux n'ont jamais eu dans leur longue pratique l'occasion d'en observer sur le vivant. Astley Cooper les a très bien décrits sur des pièces pathologiques. M. Roux les a plusieurs fois observés sur le cadavre, mais à l'état d'adhérence.

Paralysie du moteur oculaire commun.

Le malade atteint d'une paralysie du moteur oculaire commun sans la paralysie de l'iris, qui existe presque constamment en pareil cas, a été soumis à des instillations de belladone, qui ont déterminé une très belle dilatation de la pupille. Il est prouvé par là que le défaut de dilatation pupillaire ne tenait point à l'existence d'adhérences ou de synéchie postérieure, mais bien à la variété anatomique qui a été indiquée.

Syphilis constitutionnelle grave.

M. VIDAL (de Cassis) communique à la Société le fait suivant. Un homme affecté de syphilis constitutionnelle était soumis depuis un certain temps à un traitement antisyphilitique, lorsque des ulcérations serpigineuses se manifestèrent à la jambe et à la cuisse; ces ulcérations, malgré tous les traitements, prirent un caractère de gravité insolite, elles envahirent la presque totalité du membre. Tout échouait, le malade dépérissait. M. Vidal avait repoussé la proposition de le syphiliser; il eut alors l'idée de panser ces ulcères avec des bandelettes de sparadrap de Vigo. Dès le premier pansement, c'est-à-dire au bout de trois jours, il y avait une amélioration notable. On continua ce mode de traitement, et dans l'espace de vingt et un jours la cicatrisation fut complète. Il y avait six mois que ce malade était à l'hôpital. Pendant ce traitement, des ulcérations mercurielles étaient survenues dans la bouche. M. Vidal se demande si, dans ce cas, l'emplâtre de Vigo n'a pas agi d'une manière générale et locale.

M. MOREL-LAVALLÉE, qui a suivi ce malade, fait observer que la cicatrisation n'a pas marché de la circonférence vers le centre; elle a commencé par des plaques disséminées; la cicatrice est lisse sans aucune rétraction.

M. ROUX croit devoir rappeler que, dans les premières années qui suivirent son voyage en Angleterre, il employa aussi le sparadrap de Vigo pour panser des ulcères de mauvaise nature.

M. GERDY croit qu'on néglige un peu trop la position dans le traitement des ulcères; il ne saurait trop préconiser ce moyen, qu'il a souvent employé avec succès.

M. MAISONNEUVE ajoute que dans bon nombre de cas il suffit de changer le mode de traitement, de varier l'application des topiques pour obtenir la cicatrisation des plaies anciennes.

M. VIDAL (de Cassis) fait observer que le malade dont il vient de parler n'avait pas seulement un ulcère ancien, comme on en voit tous les jours; c'était un ulcère à marche incessante qui avait envahi tout un membre, qui avait résisté à toutes les méthodes curatives, et dont la marche ne fut arrêtée que du jour où le sparadrap de Vigo fut employé. Dès lors, l'état général du malade, qui était des plus graves, s'améliora d'une manière sensible, et la guérison fut des plus promptes. Sous tous ces rapports ce fait lui paraît exceptionnel et digne de l'attention de la Société.

Tumeur fibro-cartilagineuse de la cuisse.

M. Demarquay présente, de la part de M. Denonvilliers, une tumeur fibro-cartilagineuse qui était située à la partie supérieure et interne de la cuisse. Les rapports de cette tumeur avec les vaisseaux étaient tellement intimes, que pendant quelque temps le diagnostic fut incertain; il y avait une apparence de fluctuation qui aurait pu faire croire à une tumeur anévrismale renfermant des caillots. Cette tumeur n'avait aucune adhérence avec les os; les muscles qui l'avoisinaient étaient amincis et modifiés dans leur texture.

M. Lenoir. La tumeur qui vous est présentée par M. Demarquay me paraît être une de ces tumeurs composées que les chirurgiens allemands décrivent sous le nom de *stéatomes*, et que d'autres appellent des *ostéo-stéatomes*; dénomination que je préfère à la première, parce qu'elle n'a pas encore été appliquée en France, comme celle-ci, à désigner une altération pathologique bien définie, et parce que, en raison même de sa double racine, elle donne de suite une idée de la structure des tumeurs auxquelles je la réserve: tumeurs qui, bien que développées dans le tissu cellulaire, sont à la fois successivement formées de substance fibro-graisseuse et de substance ostéo-calcaire.

Ces tumeurs sont assez rares; cependant, dans un travail que je publie en ce moment, et dans lequel je ne me suis occupé que de celles qui, siégeant dans la cavité du bassin, ont pu mettre obstacle à l'accouchement, j'en ai signalé cinq observations, que j'ai empruntées au docteur Pellegrini, à John Burns, à Drew, à M. Gensoul (de Lyon) et au musée Dupuytren.

Dans ces cinq cas, il en est quatre où ces tumeurs étaient adhérentes à un point plus ou moins circonscrit de l'excavation pelvienne, mais dont elles pouvaient être séparées par la dissection. Cette adhérence possible aux os voisins n'est pas sans doute un caractère particulier à toutes ces productions morbides, et tient probablement à l'étroitesse de la cavité dans laquelle celles que j'ai spécialement étudiées avaient pris naissance. Toutefois, je remarque que, dans la pièce qui vous est présentée, la seule portion de celle-ci qui fût ossifiée était voisine de la branche horizontale du pubis et tendait à s'y implanter; cependant la tumeur était ici bien évidemment extra-pelvienne.

Le diagnostic des ostéo-stéatomes est difficile à établir pour deux raisons: d'abord parce que leur véritable caractère anatomique n'est le plus souvent susceptible d'être reconnu que par un examen direct de l'intérieur de la tumeur, et ensuite parce qu'ils peuvent se présenter à l'observateur soit à l'état mou et libres dans le tissu cellulaire du bassin, soit à l'état dur et plus ou moins adhérents aux os de cette cavité: double condition de leur existence qui les expose à être confondus, d'une part, avec les exostoses et les cals difformes, et, d'autre part, avec les kystes, les corps fibreux, les squirrhes et autres tumeurs molles qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire ou dans les organes renfermés dans l'excavation. C'est pour arriver à porter un diagnostic, sinon certain, au moins probable, de ces sortes de tumeurs que John Burns a conseillé de les ponctionner avec un trocart, mode d'exploration auquel on a eu recours dans le cas actuellement soumis à l'examen de la Société.

Si je ne craignais de sortir du sujet général de cette présentation, je dirais quelle issue la maladie a eue dans les quatre cas que j'ai recueillis: une fois on a dû faire la céphalotripsie pour délivrer la mère, et la mort a suivi de près cette opération; une autre fois on a fait l'opération césarienne avec le même résultat; mais deux fois on a pu, préalablement à l'accouchement, extraire les tumeurs à l'aide de larges incisions faites sur le plancher du bassin, et, dans ces deux cas, ces opérations ont réussi.

Plaie d'arme à feu.

M. Huguier communique le fait suivant: Dans les premiers jours de décembre, un jeune homme reçut un coup de feu derrière le grand trochanter; le projectile suivit tout le trajet du nerf sciatique et sortit à la partie interne du genou. Ce jeune homme, voyant qu'on allait faire feu, s'était baissé. Le grand trochanter n'a pas été fracturé; l'ouverture d'entrée était plus grande que celle de sortie; plusieurs portions de vêtements avaient été entraînées dans la plaie.

Le 19, dans la nuit, il survint une hémorrhagie; M. Huguier se contenta de pratiquer la compression sur l'artère crurale, et le lendemain il pratiqua la ligature de la crurale au-dessus de la musculaire profonde. Tout s'est bien passé depuis; la ligature est tombée le onzième jour.

Le symptôme sur lequel M. Huguier désire fixer l'attention de ses collègues est le suivant:

Dès le lendemain de la blessure, ce jeune homme a été pris de douleurs atroces dans tout le membre blessé; la sensibilité a été portée à ce point, que le moindre mouvement, le moindre ébranlement le mettaient hors de lui; il n'y avait pas de paralysie. Tous ces accidents cessèrent en grande partie dans les premiers jours qui suivirent la ligature; mais depuis quelque temps un nouveau phénomène nerveux s'est manifesté: tout le corps est devenu d'une telle sensibilité que l'idée seule du mouvement met le blessé dans un état nerveux déplorable, il est obligé d'avoir sans cesse à la main une éponge mouillée pour se rafraîchir le visage; sans cette précaution, les douleurs sont des plus vives.

M. Huguier désire que plusieurs des membres de la Société veuillent bien voir ce malade et l'aider de leurs conseils.

Chronique et nouvelles.

L'Académie des sciences a procédé aujourd'hui à la nomination d'un membre dans la section d'économie rurale et vétérinaire.

La docte compagnie avait à choisir entre un chimiste distingué, M. Péligot, et un vétérinaire non moins distingué, M. Renault. Elle a préféré un chimiste; nous ne saurions l'en féliciter. Les chimistes regorgent à l'Académie, et l'on peut dire d'eux ce que Boileau disait d'un certain condiment. Or, la section dite d'*art vétérinaire* ne compte pas, que nous sachions, un seul vétérinaire dans son sein; c'était assurément le cas de s'en adjoindre un, qui est, personne ne nous contredira, un des savants les plus distingués que nous possédions dans cette partie de la science. Il est donc fort regrettable qu'elle ait manqué à l'esprit de ses règlements et, nous le croyons, à ses intérêts, en laissant échapper cette occasion.

Voici comment se sont réparties les voix aux deux tours de scrutins qui ont eu lieu:

Nombre de votants: 56.

Premier tour.

MM. Péligot	23 voix.
Chevandier	17
Yvard	14
Renault	2

Deuxième tour.

MM. Péligot	31 voix.
Chevandier	17
Yvart	8

— La Faculté de médecine est encore sans nouveau doyen. On pense généralement que c'est sur M. P. Dubois que M. le ministre fixera son choix, si l'on parvient à vaincre les répugnances qu'a le savant professeur pour des fonctions importantes qui lui prendraient une partie du temps qu'il consacre à l'étude, à la pratique et à son enseignement. On ne saurait, certes, faire un meilleur choix. M. Denonvilliers est d'ailleurs le seul autre candidat sérieux au décanat.

— M. Emery, membre de l'Académie nationale de médecine et du conseil de salubrité, médecin honoraire des hôpitaux, vient d'être nommé médecin du sénat. La plupart des journaux politiques et médicaux annoncent que M. Emery a suivi Napoléon à l'île d'Elbe et que son nom est mentionné dans le testament de l'Empereur. C'est une erreur: on a confondu M. Emery avec son frère, mort depuis longtemps.

— M. Chevallier a eu l'honneur de présenter à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes et à M. le préfet de police, dans les attributions desquels il se trouve placé comme professeur à l'Ecole de pharmacie et comme membre du conseil de salubrité, l'ouvrage qu'il vient de publier et qui a pour titre: *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires médicamenteuses et commerciales avec l'indication des moyens de les reconnaître.* Cet ouvrage, pour lequel M. Chevallier a réuni depuis douze ans des documents aussi nombreux qu'importants sur les diverses fraudes commerciales, sera consulté avec un vif intérêt par tous ceux qui ont à se mettre en garde contre ces fraudes.

—Les Sociétés médicales et scientifiques qui se sont établies dans presque tous les chefs-lieux de nos départements et même dans quelques chefs-lieux d'arrondissements supportent avec succès l'épreuve du temps. Toutes se maintiennent, et plusieurs d'entre elles travaillent fructueusement au progrès de la science. Les comptes-rendus que nous avons déjà reçus de la Société de la Sarthe, de Bordeaux et d'Alger nous apportent une nouvelle preuve de l'utilité de ces sociétés. Le compte-rendu de la Société d'Alger, rédigé par un médecin militaire fort distingué, M. Bertherand, est un résumé précis de plusieurs communications dignes d'intérêt, mais qui ne sauraient être détachées sans perdre beaucoup de leur valeur de l'ensemble auquel elles appartiennent.

Le spécimen que nous empruntons aujourd'hui au *Bulletin de la Société du département de la Sarthe* montrera l'intérêt des faits que renferme ce bulletin. Peut-être les sociétés qui ne peuvent faire imprimer de bulletin feraient-elles mieux, dans l'intérêt de la science, de remplacer la publication du compte-rendu dans lequel les faits sont par nécessité exposés en raccourci par un bulletin annuel où l'on publierait *in extenso* les communications les plus importantes.

Quant à la Société médicale de Bordeaux, son compte-rendu, rédigé avec beaucoup de talent par M. Burguet, secrétaire-général, nous apprend que cette société se maintient au rang qu'elle s'est depuis longtemps acquis. Elle avait mis au concours, il y a deux ans, la question suivante:

« De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique; insister sur l'étiologie et sur le traitement. »

Deux mémoires ont été reçus, pour lesquels la Société a décerné:

1° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs, et le titre de membre correspondant à l'auteur du mémoire n° 2, M. le docteur Henri Hahn, médecin de l'hospice Joséphine, à Aix-la-Chapelle (Prusse rhénane);

2° Une médaille d'or de la valeur de 100 fr., et le titre de membre correspondant, à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Legendre, médecin des hôpitaux, à Paris.

La Société a rappelé le texte de la question suivante, qu'elle a mise au concours pour l'année 1852:

« Etablir par des faits les différentes conditions morbides qui » donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine. »

Enfin, la Société a proposé pour 1853 un prix de 300 fr. qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante:

« De la syphilis des nouveau-nés. »

Nous devons ajouter qu'indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations manuscrites sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants et à stimuler leurs efforts.

C'est pour encourager les communications de ce genre que la Société a décerné les récompenses suivantes pendant l'année qui vient de s'écouler:

1° Une médaille d'argent, grand module, à M. le docteur Sancerotte, médecin à Lunéville, déjà membre correspondant;

2° une première mention honorable à M. le docteur Saint-Martin, médecin à Amon (département des Landes), déjà membre correspondant;

3° Une deuxième mention honorable à M. le docteur Durand-Fardel, médecin à Paris, déjà membre correspondant.

La Société décerne, en outre, des récompenses aux travaux utiles sur la vaccine et sur la statistique, l'hygiène ou l'épidémiologie de la Gironde.

Les mémoires destinés au concours pour les prix, écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudège, n° 67, avant le 15 mars.

Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bulletin bibliographique.

Memento du praticien pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules officinales et magistrales et des agents nouveaux; par Alpbée Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — In-18, prix: 1 fr., franco par la poste.

Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire, par le docteur Cbarles Dubreuilh. — In-8°, prix: 1 fr. 25 c., franco par la poste. — Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vangirard.

N° 33. — JEUDI 18 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 33. — JEUDI 18 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Chomel). Péritonite circonscrite. Abcès de l'ovaire. — Kermès falsifié. Dangers auxquels s'exposent les falsificateurs. — Académie de médecine, séance du 16 mars. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris.

PARIS, LE 17 MARS 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une mer sans orage, un printemps sans roses, un amour sans fin, un merle blanc et un dahlia bleu, tout cela est infiniment moins rare qu'un discours de M. Chailly sans bons mots. Il faut reconnaître toutefois que le savant académicien s'est surpassé hier, et qu'il a été plus que lui-même, ce qui tient sans doute à ce qu'il avait préparé son *produit* de longue main, et qu'il l'avait couché d'avance sur le papier.

« Quand on tue, s'est-il écrié dans un exorde *ex abrupto*, il ne faut pas de demi-mesure, » et il a continué vingt minutes durant en soutenant sans faiblir ce magnifique début. Nous laisserons à nos lecteurs le plaisir de deviner ce que nous ne pourrions que très incomplétement reproduire.

Outre cette belle oraison, l'Académie a entendu un discours de M. Bégin et une courte réplique de M. Cazeaux.

Pour la première fois dans la discussion, M. Bégin a abordé la partie philosophique du rapport de la commission, et il l'a fait avec une supériorité de vues, avec un sentiment de haute moralité, avec une convenance de langage digne des plus grands éloges. Ce discours a produit la plus vive sensation, et il a ébranlé une foule de consciences, qu'une réplique très habile et pleine de verve de M. Cazeaux n'a que fort incomplétement rassurées. Nous n'essaierons pas d'apprécier aujourd'hui ces deux remarquables argumentations ; nous remettons cette tâche difficile à mardi prochain. Nous nous bornerons aujourd'hui à mettre sous les yeux de nos lecteurs, pour qu'ils les méditent avec la plus grande attention, les argumentations de MM. Bégin et Cazeaux.

Cette intéressante séance s'est terminée par une communication de M. Maisonneuve, qui a présenté une pièce anatomique recueillie sur cette malheureuse femme de l'hôtel des Princes, dont nous avons déjà fait connaître en détail l'histoire chirurgicale.

— Nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro le compte-rendu de l'Académie des sciences.

H. de Castelnau.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Péritonite circonscrite. — Abcès de l'ovaire.

Les observations de péritonite circonscrite ne sont pas rares, même à la suite des perforations intestinales ; cependant, le fait suivant nous a paru renfermer quelques particularités intéressantes que nous signalerons avec soin dans le cours de l'histoire de notre malade.

La nommée X..., âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital le 17 décembre 1851. Elle avait toujours joui d'une bonne santé ; mais un état de maigreur déjà assez prononcé annonçait des souffrances antérieures. Bien réglée depuis l'âge de treize ans, elle raconte avoir eu un enfant il y a huit ans ; ses couches se sont faites facilement, et elle s'était bien portée jusqu'à il y a un an, époque à laquelle elle a commencé à avoir une irrégularité très grande dans l'évacuation du flux menstruel. Aujourd'hui elle affirme avoir un retard de quinze jours, mais elle dit aussi pouvoir être enceinte.

C'est au 9 décembre qu'elle fait remonter le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Elle a ressenti, à cette époque, des douleurs abdominales très violentes, qui, d'abord intermittentes, sont bientôt devenues continues. Ces douleurs revenaient surtout le matin, et gardaient la même intensité que la malade fût couchée ou debout. Le ventre, ballonné, était sensible à la pression dans toute son étendue. Un médecin appelé prescrivit une potion dont la malade ignore la composition et le but ; elle éprouva quelques vomissements, mais pas d'évacuations alvines ; l'appétit était complétement perdu, et lorsque la malade s'est décidée à venir réclamer des soins, elle n'avait pas pu quitter son lit depuis trois jours, et tout aliment avait été supprimé par elle ; le bouillon lui-même n'avait pu être supporté.

Depuis le 1er décembre, dit-elle, ses selles, jusque-là assez régulières, sont devenues, au contraire, rares et difficiles ; et le 9, elles se sont supprimées complétement jusqu'à son entrée.

L'examen de la malade fait constater l'état suivant : pâleur de la face et anxiété des traits indiquant un état de souffrance très intense ; résolution des membres ; immobilité du corps ; décubitus dorsal, avec flexion du thorax sur l'abdomen, tendant à relâcher les parois de cette cavité, ces parois sont tendues et sensibles à la pression. On constate enfin une douleur ayant son point maximum dans la fosse iliaque droite, et paraissant s'irradier dans les autres points de l'abdomen. Le pouls est petit et s'élève jusqu'à 116 pulsations par minute. La peau pas très chaude, mais d'une sécheresse extrême. La dyspnée est excessive. La langue, large et bleuâtre, est légèrement collante. La malade est fatiguée par des vomissements qui ne contiennent que des matières bilieuses et les boissons ingérées. Elle n'a jamais vomi de matières stercorales. Un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude, qui lui a été administré à son entrée, n'a donné issue qu'à une très petite quantité de liquide coloré par des matières stercorales diluées ; les symptômes ont persisté comme précédemment. Il y a déjà plusieurs jours que la malade n'a pas rendu de gaz par en bas ; il en est, au contraire, sorti beaucoup par en haut.

Pressée de questions relativement à ses couches, la malade avoue avoir ressenti, il y a huit ans, quelques douleurs dans l'utérus à la suite de sa délivrance, mais sans phénomènes graves. Le toucher fait constater que l'utérus est situé très bas, et les mouvements qu'on lui imprime sont la cause de douleurs abdominales très violentes. Par le rectum, le doigt peut être facilement introduit, mais cause aussi beaucoup de douleurs.

En présence de cette constipation opiniâtre et des phénomènes graves qu'elle amène, on prescrit des pilules avec :

Diagrède.	1 gramme.
Huile de croton tiglium.	2 gouttes.

Pour 10 pilules administrées une toutes les heures.

Si la quatrième n'avait pas agi, il faudrait les donner de demi-heure en demi-heure. Une vessie remplie de glace en fusion est appliquée sur le ventre, et un lavement d'eau de rivière à 5 ou 6 degrés sera administré, en employant plus d'un litre d'eau, en ayant soin cependant de s'arrêter si la distension de l'intestin causait des douleurs trop violentes.

Vingt sangsues sont appliquées sur la fosse iliaque droite, qui est le point de l'abdomen le plus douloureux ; et pour toute boisson, on donnera de la glace râpée.

Ce traitement énergique a produit six ou sept selles très copieuses, et la malade se sent beaucoup mieux. Le ventre, bien moins douloureux, mais encore météorisé, permet aujourd'hui (19 décembre) une exploration impossible hier, et l'on constate que la sonorité assez grande vers l'ombilic diminue à mesure qu'on se rapproche des parties déclives ; le son n'est cependant très obscur que dans la fosse iliaque droite, et encore n'y a-t-il pas là de matité absolue. La palpation n'est pas non plus très douloureuse ; seulement cette région présente un peu plus de rénitence que la région correspondante gauche.

Les pilules purgatives et les autres moyens accessoires sont continués, et cependant le 20 les douleurs abdominales sont encore très vives ; le météorisme est considérable et s'étend jusque dans l'épigastre. La région cœcale est très douloureuse et moins dépressible que le reste de l'abdomen ; mais le son est plus clair. Le pouls n'est plus qu'à 88 ; la dyspnée est encore considérable ; il y a eu hier dans la journée quelques selles de matières fécales ramollies assez copieuses. L'utérus, toujours très bas, est douloureux au toucher. Le même traitement est encore continué : pilules de diagrède, bain, lavement froid, 15 sangsues sur la région iliaque droite, cataplasmes très minces à demeure ; une assez grande quantité de vents fatiguant la malade, on conseille une légère infusion d'anis. Les vomissements sont calmés.

Le 21, les selles ont encore été fréquentes et copieuses, et on croit alors qu'il est convenable de suspendre les pilules purgatives ; le ventre est cependant encore météorisé, mais moins douloureux. Dans la journée, pas de selles, mais amélioration sensible.

Le 24, la malade demande à manger. Elle a eu hier cinq selles demi-liquides qui l'ont soulagée. La dépressibilité est toujours un peu moindre à droite qu'à gauche, mais le volume du ventre a considérablement diminué. La peau, les conjonctives se sont assez fortement colorées en jaune sans qu'il soit possible de constater aucun phénomène du côté du foie. Les urines ne verdissent pas cependant par l'acide nitrique.

Pendant plusieurs jours, la malade garde des cataplasmes à demeure, fait usage de l'infusion d'anis, et, après avoir pris d'abord des potages, puis une portion d'aliments solides, paraît être entrée définitivement en convalescence.

Le 27, les règles sont venues assez abondantes. La dépressibilité des deux fosses iliaques est à peu près la même ; le pouls n'est plus qu'à 72 pulsations par minute.

Mais, le 29, il est survenu d'abord un peu de malaise, puis une douleur dans la région suspubienne, assez rapidement étendue dans tout l'abdomen, surtout à gauche, et ayant même un retentissement dans le côté gauche de la poitrine. Cette douleur a cessé dans la journée ou du moins a considérablement diminué, et la malade a pu prendre quelques aliments comme à l'ordinaire ; elle s'est endormie à huit heures du soir, mais à dix heures elle a été réveillée par des douleurs atroces, s'irradiant dans tout l'abdomen et s'accompagnant de tension et de sensibilité extrême à la pression. Il survient des vomissements de matières bilieuses, verdâtres, très abondantes ; ils sont bientôt suivis de régurgitations du même liquide sans efforts.

Le 30 au matin, les douleurs du ventre sont étendues jusque vers le haut des cuisses ; la malade ne peut pas s'asseoir sur son lit ; le pouls, très petit, bat 112 fois par minute ; l'anxiété est extrême, les yeux sont caves, la face pâle et grippée ; la dyspnée est aussi augmentée. Le toucher ne fait

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11, 13 et 16 mars.)

CARTILAGES ARTICULAIRES.

L'amincissement et l'épaississement des cartilages d'encroûtement vous sont déjà connus. Dans l'arthrite sèche, dont nous devons la connaissance à notre excellent collègue M. Deville, et dont le tableau complet vous a été présenté dans le compte-rendu de l'an dernier par M. Broca, vous avez pu voir que l'amincissement et l'épaississement des cartilages se rencontraient souvent en même temps sur des parties différentes d'une même articulation atteinte d'arthrite sèche. Dans ce cas, l'amincissement du cartilage ne devient, en général, manifeste qu'à l'époque où les lésions de l'os et de la synoviale sont déjà avancées. Cet amincissement, coïncidant avec une augmentation d'épaisseur dans d'autres endroits, apparaît presque constamment sous forme de sillons parallèles à la direction des mouvements. On avait cru alors, vous le savez, à l'action défavorable d'une cause unique, de la pression et des frottements ; d'autres pièces vous ont montré que la pression et les frottements avaient été à tort accusés de cette sorte de lésion.

L'amincissement, qui semble nécessiter une lésion préalable des cartilages pour sa production, peut être, dans certains cas, comme dans l'arthrite sèche surtout, porté au point qu'une partie des cartilages disparaissent, et que l'os soit à nu dans l'articulation, subissant lui-même des altérations de structure dont je n'ai pas à m'occuper ici. Entre l'amincissement léger et souvent difficile à apprécier du cartilage et ces résorptions presque totales d'une étendue plus ou moins grande de leur surface, il existe, vous le comprenez facilement, une foule de degrés intermédiaires. Ajoutons que l'amincissement, l'épaississement et une autre lésion dont j'ai à vous parler ici, l'altération velvétique, sont rarement tout à fait indépendants l'un de l'autre, mais se rencontrent souvent en même temps sur des parties contiguës d'une même surface cartilagineuse. C'est ce qui existait dans plusieurs rotules que M. Broca vous a montrées.

L'altération spéciale du cartilage, comparée par notre collègue M. Renfern, d'Edimbourg, à l'aspect du velours d'Utrecht, et que nous nommerons, avec M. Broca, altération velvétique, a, en général, une teinte d'un blanc nacré, opaque, analogue à celle des tendons. Dans plusieurs pièces, M. Broca vous a prouvé d'une manière évidente que cette altération débutait souvent sur les points qui ne recevaient point de pression, par la seule influence de l'immobilité de l'articulation et du défaut de pression.

C'est par la surface qui, examinée de près, apparaît comme semée d'une foule de petites éminences mamelonnées, que débute cette lésion. A ce changement dans la teinte et le poli du cartilage correspond une altération dans la structure même du tissu, variable suivant la profondeur à laquelle on l'examine. Sur une rotule et la trochlée fémorale d'un genou, M. Broca a décrit les degrés divers de la lésion et les transformations successives des diverses altérations. Outre les bandelettes fibreuses en grand nombre qui contribuent à donner au cartilage un aspect particulier, on voit que les cavités du cartilage sont agrandies d'une manière remarquable, pouvant avoir jusqu'à 0,25 de longueur, et qu'elles contiennent un nombre considérable de noyaux de 10, 15, 50 et même 100. Sur cette pièce, les couches profondes du cartilage étaient normales ; mais, à mesure qu'on se rapprochait de leur surface, on voyait les cavités s'agrandir, leurs noyaux devenir plus nombreux et une matière grenue se déposer dans leur intérieur. En se développant, ces petites cavités en rencontrent d'autres avec lesquelles elles se confondent, et en forment alors qui ont 0,08 de large sur 0,25 de long. Enfin, au niveau des petites saillies mamelonnées de la surface du cartilage, l'agrandissement des cavités était tel que la gangue amorphe du cartilage constituait à peine le tiers de l'étendue des tranches qu'on pratiquait. Sur cette pièce, on pouvait suivre successivement le ramollissement et l'épaississement du cartilage qui se manifestent avant l'altération velvétique. En même temps que les cavités se confondent, la consistance diminue beaucoup ; mais, par une sorte de compensation, du tissu fibreux se développe dans la gangue et lui rend une partie de la consistance qu'il a perdue ; mais le moment arrive où, les cavités se confondant de plus en plus, le cartilage se trouve divisé en bandelettes irrégulières, inégales, à peu près parallèles, et dont l'implantation sur l'os rappelle la forme du velours d'Utrecht.

L'*absorption ulcéroïde*, qui existait sur la tête d'un humérus en même temps que l'altération que nous venons de décrire, est une lésion nouvelle des cartilages d'encroûtement sur laquelle M. Broca a appelé votre attention. Le cartilage semble, dans ces cas, comme taillé à l'emporte-pièce ; la perte de substance ne s'étend pas jusqu'à l'os, et est par conséquent contenue tout entière dans l'épaisseur du tissu cartilagineux. Sur la tête d'un humérus d'un homme

constater aucun changement dans les rapports des organes internes. Trente sangsues sont appliquées sur la région suspubienne et iliaque gauche; les boissons sont prescrites froides et par gorgées. Enfin, on donnera une pilule de 25 milligrammes d'opium toutes les deux heures jusqu'à ce que survienne le narcotisme.

Le 31, le météorisme et les vomissements ont persisté; le pouls est à 116; la constipation persiste; depuis le 27, pas de selles. La langue est humide; anxiété toujours la même; mais il existe un état de somnolence continue; presque pas de sommeil; la nuit le même état persiste sans s'aggraver pendant plusieurs jours.

Le 2 janvier, il survient une selle peu copieuse sous l'influence de quelques lavements émollients qui sont administrés. Toujours des éructations et même des vomissements; glace râpée, frictions avec l'onguent mercuriel; les vomissements cessent le 3, et le pouls descend progressivement à 92 d'abord, puis à 80; la douleur et la rénitence persistent dans la fosse iliaque gauche et vers la région ombilicale; une toux sèche, incommode, fatigue la malade par l'ébranlement qu'elle occasionne.

Le 7, les selles sont de nouveau supprimées, et le pouls remonte à 92.

Le 9, il survient tout à coup une évacuation de matières liquides, jaunâtres, très abondantes; mais les jours suivants la constipation continue.

Le 13, on constate que la région hypogastrique et tout le bas-ventre jusqu'au-dessous de l'ombilic présentent un gonflement et une tension considérable, plus prononcée à gauche qu'à droite. Le son est complétement mat dans toute la région suspubienne jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dans la fosse iliaque gauche jusqu'à son niveau. A droite, au contraire, la sonorité est partout parfaite.

Le toucher vaginal fait constater une tumeur sphéroïde, sensible à la pression, occupant le côté gauche du bassin, sans paraître venir s'appuyer sur le sacrum. Cette tumeur, partout ferme, sans élasticité, est également sentie par le rectum. Les mêmes moyens sont continués : glace à l'intérieur, lavements, onctions mercurielles. Le pouls varie avec les alternatives de constipation et de diarrhée. La malade maigrit considérablement; ses forces diminuent; elle éprouve quelques sueurs nocturnes; mais, pas plus aujourd'hui que précédemment, on ne constate les signes de la présence de tubercules dans le poumon. La respiration est partout bien entendue, sans expiration prolongée; seulement la distension excessive de l'abdomen doit avoir refoulé les poumons, car le bruit respiratoire n'existe que dans une petite étendue.

Le 20 janvier, la tumeur, rénitente du côté gauche, a semblé se ramollir, et il survient en effet, dans la journée, un dévoiement abondant; les matières sont liquides et d'un vert jaunâtre. Depuis cette époque, l'état de faiblesse n'a fait que devenir plus grand; les selles liquides ont persisté, mais elles étaient peu fréquentes et peu copieuses; il est survenu quelques plaques de muguet à la bouche, et la malade a enfin succombé le 23 février.

L'autopsie a révélé les lésions suivantes :

Le cadavre présente une pâleur et une maigreur excessives; le ventre est plat et sans traces de putréfaction. En circonscrivant la paroi abdominale antérieure par une incision demi-circulaire qui, partant de la base de la poitrine, d'un côté, aille aboutir, de l'autre côté, à la région correspondante, en passant au-devant des crêtes iliaques antéro-supérieures et au-dessus du pubis, on observe que cette incision vient tomber à gauche dans une cavité assez régulièrement fusiforme, siégeant dans la fosse iliaque et contenant un quart de litre environ d'un liquide purulent. Si, après avoir détruit les adhérences que cette cavité présente avec la paroi abdominale antérieure, on veut enlever cette paroi pour la relever jusqu'à la base de la poitrine, on se trouve arrêté par de nouvelles adhérences existant entre un assemblage de circonvolutions de l'intestin grêle et cette paroi abdominale antérieure; celles-ci détruites, les organes abdominaux sont à découvert, et on observe une coloration noirâtre de la paroi externe de l'intestin, et surtout du grand épiploon, qui est très aminci. Les anses intestinales sont réunies entre elles par des amas de substance grisâtre albuminoïde; ces adhérences sont plus solides vers l'ombilic que sur les parties déclives. Pas d'épanchement dans la grande cavité péritonéale, ce qui nous a prouvé que, s'il y avait eu des symptômes de péritonite générale, ils ont laissé la trace de leur passage par les adhérences qui s'observent; mais la lésion est déjà un peu ancienne, comme la maladie.

Au niveau du détroit supérieur et du petit bassin, on observe que, d'un côté, l'S iliaque du colon et, de l'autre, le rectum sont adhérents à la paroi postérieure de la cavité qui formait le foyer de la péritonite circonscrite, et cela par leur face antérieure. Les parois de cette cavité sont fortement adhérentes aux parties voisines, mais surtout sont intimement unies aux deux portions d'intestin que nous venons de signaler. A l'intérieur, ces parois sont lisses dans certains points, boursouflées dans d'autres, mais prennent une coloration brun-jaunâtre formée par un fond noir recouvert par une mince couche de liquide puriforme.

Au niveau de la partie supérieure de l'S iliaque du colon, on observe plusieurs larges perforations arrondies, à bords ronds, pas plus grandes du côté de la muqueuse de l'intestin que du côté de la cavité péritonéale.

En enlevant le paquet intestinal et les organes contenus dans le petit bassin en une seule masse, et détachant, en outre, les adhérences qui unissaient les parois du foyer aux parois abdominales et pelviennes, voici les rapports que nous avons observés : la cavité de la poche péritonéale malade vient se prolonger en bas, de façon à venir s'interposer entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du corps de l'utérus, et a contracté avec ces deux organes des adhérences très intimes.

Si on ouvre l'intestin rectum par sa paroi postérieure, on observe vers sa partie supérieure trois perforations assez considérables qui communiquent par un trajet très oblique avec la cavité du foyer purulent, et, à ce niveau, sa face antérieure est adhérente avec la paroi postérieure du foyer.

Le calibre du rectum n'est pas diminué; seulement, vers la jonction du rectum et de l'S iliaque, l'intestin était comprimé par une tumeur siégeant dans le corps ou les annexes de l'utérus, de telle sorte que le passage des matières devait être pendant la vie singulièrement gêné. La pièce enlevée, le doigt pénètre assez facilement du rectum dans l'S iliaque; mais il détruit par son passage les rapports de l'intestin et de la tumeur, qui est repoussée. Au niveau de la cavité péritonéale malade et vers sa partie supérieure, deux anses d'intestin grêle réunies par des adhérences viennent former une portion des parois du foyer, mais ne sont nullement perforées. La tumeur qui a comprimé le gros intestin siége dans l'ovaire gauche, et est très fortement adhérente à la paroi antérieure du rectum. Elle a le volume d'une orange, assez dure, mais manifestement fluctuante. Si on l'incise, on donne issue à une assez grande quantité de pus verdâtre et filant; les parois de l'abcès sont irrégulières à l'intérieur, et présentent les caractères de celles d'un abcès multiloculaire. L'ovaire droit est sain, mais considérablement augmenté de volume et adhérent au rectum. Le corps de l'utérus est petit et sain; mais il paraît pour ainsi dire englobé par la tumeur ovarique; pas de communication extérieure du foyer purulent de l'ovaire, avec l'utérus, l'intestin ou les parties voisines. Les autres portions d'intestins n'ont présenté aucune lésion appréciable, si ce n'est un calibre peu considérable dû sans doute à la diète à laquelle la malade était soumise depuis plusieurs jours. Les poumons, emphysémateux dans quelques points, occupaient un très petit volume, par suite de la distension de l'abdomen pendant la vie, distension qui avait refoulé le diaphragme; les plèvres étaient saines, sans épanchement dans leur cavité. Le cœur plutôt petit que gros; une petite quantité de sérosité filante se trouvait dans le péricarde; rien au cerveau ni aux méninges.

En résumé donc, nous observons ce qui avait été du reste diagnostiqué pendant la vie, les signes anatomiques d'une péritonite circonscrite par perforation intestinale, et l'abcès de l'ovaire gauche nous donne l'explication des phénomènes d'obstruction observés au début; il est en effet infiniment probable que c'est à la pression exercée par la tumeur ovarique sur la partie inférieure de l'S iliaque et supérieure du rectum qu'a été due la constipation opiniâtre du début, et la formation de l'abcès peut bien coïncider avec les douleurs excessives éprouvées par la malade. Ce ne serait donc que plus tard, c'est-à-dire vers le 30 décembre, que la perforation aurait eu lieu, et ce n'est aussi qu'à cette époque qu'on doit rapporter le début de la péritonite circonscrite. Mais quelle est la cause des perforations intestinales qui en sont le point de départ? Une cause fréquente de perforation intestinale est, comme on sait, la production d'ulcérations tuberculeuses. Dans le cas qui nous occupe, l'amaigrissement de la malade devait nous faire soupçonner cette cause, et cependant l'autopsie ne l'a pas vérifiée; nous n'avons trouvé ni dans les parois intestinales, ni dans les ganglions mésentériques, ni même dans le poumon, la moindre trace de tubercules.

Y a-t-il eu ulcération simple de l'intestin, dont la cause nous échappe? Le fait est possible, mais ne peut pas être démontré.

Enfin une dernière hypothèse, et c'est celle qui nous paraît la plus probable, l'abcès ovarique, tumeur inflammatoire, aurait-il influencé les tissus voisins et produit du côté du rectum une inflammation ulcérative de voisinage, qui, par ses progrès, aurait perforé ses parois, et plus tard le pus, fusant dans le tissu cellulaire du bassin, serait-il venu se faire jour dans la cavité du péritoine et y produire la péritonite observée? Celle-ci aurait alors propagé l'inflammation à l'S iliaque, qui, par ses rapports intimes avec le foyer, a dû subir cette influence; de là, dans cette hypothèse, les perforations de cette portion d'intestin. Quoi qu'il en soit de ces explications, que nous ne donnons que comme des idées théoriques, le fait anatomique existe et devait être signalé avec soin.

L'abcès de l'ovaire gauche englobant, comme nous l'avons dit, le corps de l'utérus et formant même une tumeur volumineuse à gauche dans le petit bassin, explique d'un côté la tumeur globuleuse qu'on constatait par le toucher, et aussi les douleurs excessives que cette exploration faisait éprouver à la malade, surtout quand on essayait de relever le museau de tanche; car alors l'ovaire malade venait arc-bouter contre le sacrum, et produisait une compression très douloureuse.

KERMÈS FALSIFIÉ.

Dangers auxquels s'exposent les falsificateurs.

Dans le courant de 1849 et 1850, on a saisi dans un grand nombre d'officines de Paris du kermès falsifié avec de l'oxyde de fer. Tous les pharmaciens poursuivis déclarèrent qu'ils avaient acheté ce médicament ainsi préparé chez le sieur Petit, commissionnaire en droguerie, 40, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie. Une instruction démontra l'exactitude de cette allégation; elle fit connaître que Petit avait détenu dans ses magasins une quantité considérable de kermès falsifié; mais qu'effrayé par les premières saisies, il avait en juin 1850 fait tout jeter à la Seine ou dans le canal Saint-Martin. Plusieurs paquets repêchés et soumis à l'analyse de M. Chevallier, membre du conseil de salubrité, présentèrent les mêmes falsifications.

Poursuivi à son tour, Petit invoqua sa bonne foi de dépositaire. Les kermès lui avaient été envoyés en 1848 et 1849 par M. Drelon, fabricant à Clermont-Ferrand; il n'avait eu ni le pouvoir ni les moyens de les vérifier. Les paquets saisis chez les pharmaciens, comme ceux trouvés dans la Seine, portaient le cachet intact de la maison; il ne pouvait donc, dit-il, répondre d'une falsification qu'il avait ignorée. Cependant, condamné par défaut, par application de l'article 423 du Code pénal, à un mois de prison et 200 fr. d'amende, il forma d'abord opposition à ce jugement, puis se désista et se soumit à la condamnation prononcée contre lui.

En même temps, une procédure a été suivie contre le fabricant Drelon. Une perquisition avait été faite dans son usine; ses produits avaient été saisis, mais l'expertise n'y avait fait découvrir aucune falsification. Cet industriel affirmait que les kermès qu'il avait envoyés à Petit étaient sortis purs de ses magasins et que des substances étrangères n'avaient pu y être mêlées qu'à Paris dans le dépôt de Petit.

De là, sur celui-ci, le double soupçon d'avoir commis lui-même les falsifications constatées dans les kermès et en outre d'avoir apposé sur les paquets le faux cachet de la maison Drelon pour faire croire qu'ils étaient vendus tels qu'ils avaient été expédiés de Clermont.

Cependant, l'instruction n'ayant pas réuni de preuves suffisantes, une ordonnance de non-lieu fut rendue.

Depuis cette époque, de nouvelles charges ont apparu.

Le 7 août 1851, à l'audience de la 7e chambre, Drelon, obligé pour se défendre de prouver que les falsifications ni

---

dont l'articulation scapulo-humérale était atteinte d'arthrite sèche, autour des pertes de substance ulcéroïde le cartilage d'encroûtement paraissait sain, sans diminution ou augmentation d'épaisseur; une membrane très riche en ramifications vasculaires qui, suivant M. Broca, ne pouvaient provenir que de l'os subjacent, tapissait le fond des pertes de substance. Sur une autre pièce, où l'affection ulcéroïde semblait s'être arrêtée d'elle-même, cette membrane était cellulo-fibreuse, peu vasculaire et se continuait manifestement avec la synoviale.

En étudiant au microscope ce cartilage au niveau de la partie ulcérée, M. Broca a constaté qu'une altération occupe toute la surface du cartilage malade, diminuant à mesure qu'on pénètre en profondeur, pour disparaître complétement quand on se rapproche de l'os. Dans la couche la plus superficielle du cartilage, le microscope démontrait l'existence de tissu fibreux entre-croisé et des cavités presque sphériques distendues par de la graisse, et de la matière grenue sans aucune trace de noyaux. Dans des couches plus profondes, les cavités un peu moins grandes, distendues encore par la graisse, renfermaient, de plus, des noyaux manifestes; enfin, plus profondément encore, les cavités reprenaient leur aspect normal.

L'examen successif de ces diverses couches montrait une gradation manifeste entre les lésions de la partie superficielle du cartilage, la partie la plus malade et les couches profondes qui se rapprochaient de l'état normal. Cette étude démontrait que les grandes cavités qui existaient à la surface du cartilage et ne contenaient que de la graisse étaient uniquement les cavités normales du cartilage dont les noyaux avaient disparu ou n'étaient pas visibles au milieu de l'accumulation de la graisse. Cette lésion, nous disait M. Broca, fort singulière, qui fait partie de l'arthrite sèche, coïncide avec les résorptions intérieures du tissu spongieux; son accroissement semble dû à ces anses vasculaires innombrables qui se recourbent si exactement sur les bords taillés à pic de la perte de substance. Quant à l'origine première de ces ulcérations, il est difficile de s'en rendre compte. Comment débutent-elles? Par la superficie du cartilage, indépendamment de la synoviale et de l'os sous-jacent, comme le prouve l'intégrité parfaite des couches profondes du cartilage qui lui adhèrent.

C'est ici, messieurs, que nous croyons devoir nous arrêter, avec l'auteur ingénieux de ces recherches, sur les maladies des cartilages d'encroûtement. C'est une difficulté que nous ne pouvons expliquer aujourd'hui et que nous devons nous borner à signaler. Peut-être l'auteur lui-même de ces recherches, ou quelqu'un parmi vous guidé parce que nous venons d'apprendre par M. Broca, viendra-t-il résoudre par de nouveaux faits d'anatomie pathologique ce problème et avancer encore la science, au progrès de laquelle nous travaillons ici en commun.

Je viens de vous parler de pertes de substance qu'on rencontre à la surface des cartilages; il en est une autre espèce que nous nommerons, avec M. Broca, *nécrose des cartilages*. A une certaine époque les corps libres articulaires furent envisagés comme des fragments détachés des cartilages d'encroûtement; cette opinion fut remplacée depuis par celle qu'on attribue à Laënnec. Nous n'avons pas à revenir ici sur la valeur de ces diverses théories. Dans le compte-rendu de l'an dernier, M. Broca vous a entretenus, en parlant de l'arthrite sèche, des corps étrangers articulaires, et vous a démontré un mode de formation fréquent jusque-là méconnu. Aujourd'hui les recherches de M. Broca, en complétant celles dont je viens de parler, ont également ajouté à la connaissance des corps étrangers des articulations. Des fragments des cartilages d'encroûtement peuvent se détacher et devenir complétement libres en l'absence de fracture. Aujourd'hui, messieurs, vous ne pouvez rejeter cette proposition; un grand nombre de pièces que nous devons à M. Broca en démontrent surabondamment l'exactitude. Il y a deux ans, en 1849, M. Broca remettait à M. Houel, pour être conservé dans le musée Dupuytren, un exemple remarquable de cette nécrose des cartilages. Depuis, comme il arrive toujours lorsque l'attention est fixée sur un objet et ne laisse échapper aucune occasion favorable à l'examen, plusieurs lésions du même genre se sont offertes à M. Broca et vous ont été présentées par lui. Le séquestre ordinairement d'un petit volume, variant de forme, mais en général allongé, atteignant dans un cas un centimètre de longueur, était en général moins volumineux et avait de 1 à 6 millimètres dans ses différents sens. Nous avons pu suivre les divers degrés d'adhérences entre le fragment cartilagineux détaché et la cavité qui résultait de son élimination. Ainsi le séquestre était le plus souvent complétement libre. Une fois il était réellement invaginé; enfermé dans une cavité dont le diamètre d'ouverture était moindre que celui du fragment détaché, il pouvait facilement être déplacé dans son intérieur, sans toutefois qu'il fût possible de l'extraire complétement. Dans deux autres cas, le séquestre cartilagineux était incomplétement détaché. Libre par sa partie profonde, il tenait par ses couches superficielles au cartilage environnant; aucune saillie de sa surface, aucune dépression des bords; seulement une légère teinte sombre circulaire indiquait le point où allait se faire la séparation des surfaces cartilagineuses.

(*La suite à un prochain numéro.*)

provenaient pas de son fait, révéla que Petit, à la suite d'une action en justice de paix intentée par un des pharmaciens condamnés, avait sacrifié pour éteindre cette réclamation une somme de 1,000 fr. ; il ajouta qu'à lui-même Petit avait, pour l'indemniser du tort que tant de poursuites avaient causé à sa maison, souscrit des billets pour une somme de 16,000 fr.

Petit, appelé comme témoin à la même audience, reconnut la vérité de ces explications données par Drelon, qui fut, en conséquence, renvoyé de la prévention.

Ces explications ont été depuis complétées par Drelon, dans le cours de l'instruction nouvelle; il en résulte que Petit lui avait fait l'aveu qu'il avait ouvert les paquets de kermès envoyés de Clermont, et qu'il les avait falsifiés en y mêlant de l'oxyde de fer, et c'était pour réparer le tort causé à Drelon, en lui attribuant cette falsification, qu'il l'avait indemnisé.

En conséquence, le sieur Petit a été traduit devant le tribunal correctionnel comme prévenu d'avoir, en introduisant une quantité notable d'oxyde de fer dans des paquets de kermès de la fabrique de Drelon et portant le cachet de celui-ci, fait apparaître sur des objets fabriqués le nom d'un fabricant autre que celui qui en était l'auteur, et d'avoir, étant commissionnaire, sciemment exposé en vente et mis en circulation lesdits objets ainsi marqués d'un nom supposé.

Mᵉ Lachaud, avocat de Petit, réclame en faveur de son client la pitié du tribunal.

Le tribunal a condamné le sieur Petit à un mois de prison et 50 fr. d'amende.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de deux lettres d'avis de M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Pathologie comparée.

M. Leblanc, vétérinaire à Paris, adresse une note *sur une modification importante dans l'opération de la ligature de la jugulaire nécessitée par des hémorrhagies graves qui sont la suite des plaies ulcérées de la veine.*

Buste de Marjolin.

La veuve de ce célèbre praticien fait hommage à l'Académie du buste en bronze de son mari.

RAPPORTS.

Fièvre typhoïde.

M. Gaultier de Claubry lit un travail sur un essai thérapeutique de M. Lecomte, médecin à Eu. — Remercîments à l'auteur, dépôt aux archives.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets. — Conclusions adoptées.

Avortement provoqué.

DISCUSSION.

La parole est à M. Bégin, qui prononce le discours suivant :

La question qui occupe en ce moment l'Académie est bien moins, à mon avis, une question spéciale d'accouchement, qu'un des problèmes les plus élevés de la pratique médicale, considérée dans ses rapports avec les lois religieuse et civile, avec la morale, enfin avec la dignité de notre art, et la mission qui lui est dévolue dans la société.

C'est à ce dernier point de vue surtout que l'avortement provoqué doit être discuté. Les procédés opératoires employés pour le pratiquer, la détermination même des circonstances diverses dans lesquelles on le croit indiqué sont subordonnés à la question plus élevée de la justification dans les règles du droit et dans les principes généraux de la morale religieuse et philosophique.

Les considérations de cet ordre qui tendent à autoriser l'avortement, que j'appellerai obstétrical pour le distinguer de l'avortement criminel, quoique très longuement développées dans le rapport de notre honorable collègue, n'ont été jusqu'à présent l'objet d'aucun examen dans la discussion. Il semble que chacun les accepte comme suffisamment prouvées, et qu'il ne s'agisse plus que de débattre les cas dans lesquels l'application doit avoir lieu.

Or, c'est là précisément ce que je crois devoir contester. La doctrine, très consciencieuse d'ailleurs, et partant très respectable, exposée dans le rapport, et partagée par un grand nombre d'accoucheurs distingués, à l'étranger et en France, est pour moi non-seulement erronée en elle-même, et des plus dangereuses dans ses conséquences.

J'ai cette conviction, et je vais m'efforcer de la faire passer dans vos esprits, que les accoucheurs partisans de l'avortement obstétrical s'exagèrent le droit qu'ils s'attribuent de décider dans certains cas de la vie ou de la mort de l'être vivant encore contenu dans le sein maternel. Je suis également convaincu que, si cette doctrioe venait malheureusement à se propager, elle ouvrirait la voie à de déplorables abus.

Après avoir agi avec toute la circonspection et la prudence que commandent la gravité de l'opération et la responsabilité qui en dérive, on se familiariserait avec elle. Elle descendrait, si je puis ainsi dire, des praticiens les plus éminents à d'autres de rang inférieur. Rare d'abord, elle serait pratiquée bientôt plus souvent. Des cas extrêmes et positifs qui semblent à la rigueur pouvoir la justifier, on arriverait à l'appliquer à des cas moins urgents ou même douteux; enfin derrière la pratique honnête s'abriteraient les manœuvres criminelles, qui s'efforceraient de puiser dans les doctrines reçues et dans les exemples donnés des motifs d'excuses et des raisons d'impunité.

Il est à regretter, selon moi, que l'Académie ait été appelée à exprimer une opinion sur un sujet aussi compliqué et qui embrasse des éléments si nombreux dont plusieurs ne sont pas directement de sa compétence ; mais, se trouvant interpellée, il lui est difficile de ne pas répondre, surtout après le rapport qu'elle a entendu. Je partage sur ce point l'avis de plusieurs préopinants, et j'ai peine à me rendre compte de l'abstention de l'honorable rapporteur, qui avait précisément à préparer et à proposer la réponse que l'Académie doit faire à la question que M. le docteur Lenoir lui a soumise.

J'ai à peine besoin de rappeler qu'il y a entre l'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué cette différence essentielle, nettement exprimée par l'honorable rapporteur : que le but de l'accoucheur, en pratiquant la première de ces opérations, est de rendre l'accouchement plus facile et de sauver à la fois la mère et l'enfant; tandis que, par la seconde, il sacrifie sûrement et volontairement la vie du fœtus pour éviter à la mère une opération presque toujours mortelle.

En ce qui concerne la conduite que peut adopter l'accoucheur lorsqu'il reconnaît, pendant les premiers mois de la gestation, soit un rétrécissement extrême du bassin, soit, dans cette cavité, quelque tumeur volumineuse non susceptible d'être attaquée ou détruite, circonstances qui rendent l'accouchement naturel impossible, cette conduite peut se résumer dans l'alternative suivante :

1° Laisser la grossesse parcourir ses périodes, observer la marche, se tenir prêt à profiter des chances favorables qui pourront se présenter, et, selon le cas, provoquer l'accouchement prématuré, ou pratiquer l'opération césarienne, qui conservera presque certainement l'enfant, mais en compromettant fortement les jours de la mère ;

2° Désespérer, au contraire, des ressources de la nature, et provoquer l'expulsion immédiate du fœtus par des manœuvres qui le tuent directement et ne sont pas absolument exemptes de tout danger pour la femme.

« L'avortement provoqué, dit M. le rapporteur dans la cinquième proposition terminale de son rapport, étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence. » Dans cette appréciation de plus ou de moins relativement à la mère, qu'il me soit permis de plaider la cause de l'enfant, dont il n'est que très peu tenu compte.

J'ai été élevé, médicalement parlant, dans cette doctrine, qui est en harmonie d'ailleurs avec mon être moral tout entier, à savoir, que notre art est, avant tout et par-dessus tout, un art conservateur; de telle sorte que tuer directement, de propos délibéré, pour quelque motif que ce soit, une créature humaine, est un acte qui ne doit, en aucun cas, trouver place dans les opérations. Je comprends que d'autres repoussent de bonne foi, et en se fondant sur des motifs qu'ils croient plausibles, un principe aussi absolu; mais, quant à moi, jamais je ne sacrifierai enfant ou mère, aussi longtemps qu'il me restera une lueur d'espoir de les sauver tous deux. Il y a, je l'avoue, quelque chose qui m'émeut douloureusement dans l'histoire de cette malheureuse femme, rachitique et difforme, qui est l'occasion de cette discussion, et qui, trois fois enceinte, trouve, à point nommé, trois praticiens qui tuent successivement dans son sein les trois enfants qu'elle y a fait naître !

A des raisons puisées largement dans un travail publié en 1843 par un de nos collègues les plus éminents, le savant rapporteur a cru devoir ajouter, pour justifier l'avortement obstétrical, des arguments de divers ordres, auxquels je ne puis me rendre, et dont quelques-uns sont, qu'il me permette de le dire, au moins étranges.

Que dire, par exemple, de ces meurtres, de ces massacres empruntés aux saintes Écritures et produits à l'appui de sa cause, si ce n'est que la prudence conseille de se taire sur ces actes dont le mérite nous échappe et qui n'ont été que trop souvent évoqués par le fanatisme pour exciter à des crimes exécrables particuliers ou publics, justement poursuivis par la réprobation universelle des hommes de bien.

Qu'ont à faire les croisades et les victimes des champs de bataille avec la vie d'un embryon confiné dans le sein maternel? Que, si la morale chrétienne ou la philosophie approuvaient les horreurs et les désastres de la guerre, tout au plus serait-il permis de s'étayer de cette approbation, et encore avec réserve, pour le cas qui nous occupe. Mais si, au contraire, la religion et l'humanité gémissent sur ces conséquences funestes des passions des hommes, comment en conclure la justification du meurtre du fœtus?

Le sixième commandement invoqué par M. le rapporteur est absolu; il sera toujours une des bases essentielles de toute société civilisée : il peut être enfreint, et ne l'est que trop souvent, mais cette infraction entraîne dans tous les cas une redoutable responsabilité.

Pour le cas particulier d'avortement, la loi religieuse dont a parlé M. le rapporteur n'a que des règles absolues qui n'admettent aucune exception ou excuse susceptible de disculper son auteur, toutes les fois qu'il y a eu action directe et délibérée. La raison en est simple : cette loi est basée sur les lois naturelle et divine qui, si elles permettent de sévir contre nos semblables lorsqu'ils nous attaquent, défendent de leur nuire en rien lorsqu'ils sont inoffensifs.

Dans le but de démontrer la conséquence absurde à laquelle pourrait conduire l'inflexibilité des textes religieux, le savant rapporteur se place dans ce cas particulier où la femme se refuse à l'opération césarienne. « Nous le demandons, dit-il, en toute humilité, que devra faire alors le médecin qui, obéissant au *non occides*, se rappellera qu'en ne sauvant pas celui qu'il peut arracher à la mort, il le tue. En renonçant à l'embryotomie, en abandonnant par conséquent la mère aux ressources de la nature, il voue les deux individus à une mort certaine, quand il pourrait en mutilant l'enfant sauver presque sûrement la mère. L'alternative dans ce cas supposé est donc, ajoute notre collègue, entre le sacrifice direct de l'enfant défendu par le sixième commandement et l'inaction qui rend deux fois homicide en causant la mort de deux individus. »

J'ignore jusqu'à quel point la situation supposée peut se réaliser dans la pratique; mais, eu égard au cas particulier qui nous occupe, j'y aperçois une confusion qu'il importe de détruire. La question d'avortement, actuellement en discussion, ne se pose pas à la fin de la grossesse, lorsque l'opération césarienne est praticable. En supposant que, présentée à la mère pendant le premier mois de la gestation comme une éventualité éloignée à laquelle pourrait la condamner la difformité ou la tumeur dont elle est affectée, et qu'elle déclare vouloir s'y refuser, ce refus serait-il une raison péremptoire pour que l'accoucheur, empiétant sur l'avenir, commît actuellement une action répréhensible, et, contrairement à la maxime de saint Paul, fît un mal certain et immédiat, en vue d'un bien éloigné et douteux?

Qui peut affirmer que cette résolution de la femme, si elle était imprudemment provoquée, ne fléchira pas, et ne sera pas remplacée, au terme de la grossesse, par ce sentiment admirable de la maternité, qui porte si souvent les mères à se sacrifier pour leurs enfants? Arrivée au moment ultime, pressée par la douleur, si l'alternative lui est nettement posée, ou de succomber inévitablement elle et son fruit, dans le cas où l'opération ne serait pas pratiquée, ou de pouvoir se sauver tous deux en s'y soumettant, le choix ne me semble guère devoir être douteux.

L'intention qui nous anime, le but que nous nous proposons d'atteindre, constituent seuls, disent tous les partisans de l'avortement provoqué, la criminalité des actes. Le chirurgien pratique les opérations les plus graves, et même la castration, nominativement défendue par la loi; et ces blessures ou ces mutilations, qui seraient des crimes si elles étaient faites par d'autres mains et dans un but coupable, ne sont jamais, contre l'homme de l'art, l'objet d'aucune poursuite judiciaire.

Ici encore il y a rapprochement de faits très différents. Le chirurgien, en décidant et en faisant accepter une opération grave, n'a en vue que la conservation de la vie du malade à qui il la propose; aucune existence autre que celle de ce malade n'est compromise. Tandis que dans le cas d'avortement, en supposant la vie de la mère aussi sérieusement et immédiatement menacée qu'on le voudra, c'est moins sur elle que l'homme de l'art agit que sur un tiers fort innocent qu'il sacrifie pour diminuer les dangers que sa présence fait courir à la malade. Le médecin alors ne sauve pas directement une vie menacée, il choisit entre deux existences, il prononce un arrêt, et c'est le droit de faire ce choix, de prononcer cet arrêt de vie ou de mort que je lui dénie.

A l'imitation de M. P. Dubois, notre savant rapporteur s'appuie de l'exemple d'un pays voisin, où, dit-il, la mutilation du fœtus est pratiquée sans hésitation toutes les fois que le rétrécissement du bassin est assez prononcé pour que la conservation de l'enfant ne puisse être espérée qu'en pratiquant une opération gravement compromettante pour la vie de la mère.

Je demanderai volontiers, d'abord, jusqu'à quel point l'assertion est fondée, et si l'on a des renseignements précis sur les conséquences qu'une telle pratique peut avoir en Angleterre. Mais, en admettant le fait pour complétement exact, et les résultats pour aussi peu compromettant que possible, ma conviction n'est pas ébranlée. Ces exemples éloignés ne me touchent que très médiocrement. Le raisonnement et la pondération sévère des intérêts de toute nature, bien plus que l'entraînement à imiter, doivent seuls décider de l'adoption des innovations provenant du dedans ou du dehors. Qu'une opération ait été déjà pratiquée, même avec succès, c'est manifestement un motif pour la soumettre à l'examen; mais ce ne saurait en être un suffisant pour que l'homme réfléchi l'admette sur parole, en dehors de toute autre considération. Maintenons, messieurs, à la médecine française ce caractère qui fait sa gloire et qui est le fondement de la confiance qu'elle inspire dans le pays, à savoir, le culte persévérant du précepte d'Hippocrate, le respect de l'être souffrant, la réserve et la prudence dans les innovations; enfin la répugnance à sacrifier aux aventures et à l'excentricité. Une telle médecine sera toujours forte de l'assentiment général, et offrira autant d'exemples à imiter qu'elle aura d'emprunts à faire.

Si l'on en croit notre savant rapporteur et plusieurs des praticiens éminents dont il reproduit les doctrines, la pratique de l'avortement obstétrical aurait la sanction péremptoire dans la loi de la nécessité, dans le cri de l'instinct de la conservation; enfin dans le droit imprescriptible de la légitime défense. Notre collègue multiplie sur ces différents points les autorités et les exemples.

Deux naufragés perdus au milieu des flots sont supposés n'avoir qu'une planche, trop faible, hélas! pour les sauver tous deux. Vous pourriez croire qu'ils vont s'entr'aider, s'encourager, périr au besoin ensemble? Loin de là, ils se disputent cette triste épave; et qui osera, dit l'honorable rapporteur, blâmer celui qui sortira vainqueur de cette lutte homicide? Si personne ne le blâme, qui osera le féliciter ou l'applaudir? Une barque est surchargée, les plus forts jettent les plus faibles par-dessus le bord, est-ce là un acte louable? Ces manifestations d'un égoïsme sauvage peuvent-elles être considérées autrement que comme les résultats déplorables de l'oubli du sentiment le plus noble de l'humanité, en présence des dangers extrêmes, ou par suite de privations cruelles et prolongées? On gémit sur elles, mais on ne les produit pas en aveugle. M. le rapporteur a-t-il bien réfléchi d'ailleurs sur les conséquences possibles de cette latitude accordée à la loi de la nécessité, et allant jusqu'à l'attaque portée à la vie de son semblable? Comment poser, dans nos sociétés, les limites précises de son application légitime? Quant à moi, j'hésiterais fort à prendre pour compagnons de voyage des personnes trop pénétrées des droits qu'elle est supposée leur conférer.

Il est permis sans doute, lorsqu'on ne peut faire autrement, de tuer un fou furieux qui menace votre vie ; la loi naturelle nous donne de même le droit de voler au secours de nos semblables, et de défendre leur vie menacée en tuant, s'il est besoin, leur agresseur. Mais dans ce cas de défense véritablement légitime, et dans tous les autres analogues, nous devons compte au magistrat de notre action, et nous avons à réclamer de lui un verdict d'acquittement. Pourquoi ne soumettez-vous pas à la même déclaration et à la même formalité la mort donnée volontairement au fœtus par le fait de l'avortement obstétrical?

Quel rapprochement peut-on établir d'ailleurs entre le fou furieux ou le malfaiteur et le fœtus déposé dans le sein maternel? En morale, n'est-ce pas lui plus que la mère à qui s'applique le droit de légitime défense? Ce n'est pas lui apparemment qui s'est emprisonné, et s'il pouvait plaider sa cause, ne serait-il pas en droit de réclamer sa libre sortie, en laissant retomber sur ceux qui l'ont incarcéré les conséquences que peut entraîner l'ouverture de sa prison?

L'honorable rapporteur, se fondant sur les agressions de plusieurs de ses devanciers, concluait que la femme a le droit de choisir entre le sacrifice de son enfant et une opération très dangereuse pour elle; que le médecin a le droit et l'obligation d'exécuter ce jugement contre nature, et qu'il peut, dans l'accomplissement de ce devoir, invoquer l'intérêt de la société.

J'admire la facilité avec laquelle, dans ce système, le médecin se trouve transformé en exécuteur de l'arrêt inacceptable d'une mère sans entrailles. Ce que j'admire plus encore, c'est le sans-façon avec lequel on disserte sur la valeur absolue ou comparative d'un fœtus de trois, quatre, cinq à six mois, et même d'un enfant arrivé au terme de la vie utérine. Mais qui donc a institué l'accoucheur juge de cette vie encore à sa première lueur? Qui a livré à sa discrétion ce petit être, qui, pour n'avoir pas eu encore de relations directes avec le monde extérieur, n'en est pas moins confié à toute sa sollicitude, et placé d'ailleurs sous la protection des lois?

Les partisans de l'avortement provoqué s'escriment à pondérer par comparaison des conditions d'existence et des intérêts du fœtus et de la mère. Ils considèrent comme chose parfaitement licite de décider qu'il est juste de sacrifier un être à peu près inerte à la femme adulte, à la mère de famille. Je dois insister ici de nouveau sur ce fait, que, dans le cas qui nous occupe, il s'agit pour le fœtus de mort certaine, et nullement encore pour la femme de dangers à courir. Je ne retirerai pas le titre de mère de famille donné alors à la femme qui, atteinte de rétrécissement extrême du bassin, est condamnée, selon les partisans de l'avortement provoqué, à ne voir naître aucun des enfants qu'elle peut concevoir. Si, me plaçant dans la doctrine soutenue par le savant rapporteur, je voulais, comme tant d'autres, mettre en parallèle les deux existences alors compromises, me serait-il impossible de faire prédominer en certains cas l'intérêt d'un enfant procréé peut-être par un père vigoureux, et promettant un développement normal de toutes les facultés

humaines, sur celui d'une femme rachitique, souvent maladive et impropre à remplir même les fonctions spéciales dévolues à son sexe? Mais je m'abstiendrai de cette dangereuse appréciation; en m'y livrant, je commettrais la faute contre laquelle je m'élève, à savoir, de me constituer arbitrairement le juge d'existences qui ne sont pas sous ma juridiction, et que j'ai le devoir de protéger également.

Enfin, l'avortement provoqué qui tue le fœtus est-il absolnment sans danger pour la mère? Connaît-on la statistique de ces sortes d'opérations? Les hommes spéciaux pourront peut-être assigner des proportions de maladie grave et de mort à la suite des avortements morbides ou déterminés par des causes traumatiques diverses, accidentelles; mais sont-ils également à même de nous dire combien d'infortunées succombent à la suite de manœuvres clandestines et criminelles dont elles n'osent faire la confidence à personne? Je ne serais pas étonné que le nombre et la gravité de ces conséquences de l'avortement provoqué fussent assez considérables pour atténuer sensiblement, relativement à la mère, les avantages d'innocuité qu'on lui attribue.

J'ai déjà indiqué les dangers qu'on peut entrevoir derrière l'approbation accordée à l'avortement obstétrical. Si cette pratique recevait notre sanction, elle s'étendrait inévitablement; l'abus succéderait à l'usage, et bientôt vous seriez exposés à voir se produire dans cette enceinte ou ailleurs des procédés et des instruments destinés à la rendre plus facile, plus sûre, plus innocente, ne laissant surtout à sa suite aucune trace. On est de nos jours si ingénieux! Ces instruments et ces procédés pourraient-ils ensuite ne pas fournir des armes redoutables à des mains perverses et être employés pour des avortements criminels devenant alors plus difficiles à constater?

Que l'Académie, fidèle à ses traditions et protectrice attentive des intérêts de la société comme de la dignité de l'art, se garde d'ouvrir cette voie funeste. Ce qui est bien plus dans son rôle, c'est d'insister par son autorité près des familles sur les dangers attachés au mariage de jeunes personnes mal conformées; c'est peut-être d'appeler l'attention des magistrats sur ces dangers et de leur demander s'il ne serait pas possible de faire peser quelque responsabilité sur les parents qui auraient laissé contracter des unions desquelles seraient résultés des accidents graves ou même la mort par suite de vices de conformation dûment constatés. Quelle difficulté considérable y aurait-il à ce que la mère de famille ou tout autre ayant droit fussent astreints, avant de marier une fille rachitique, à consulter un médecin pour s'assurer si cette fille est dans le cas de devenir mère sans risque manifeste de la vie pour elle et pour son enfant?

Un médecin des plus judicieux, dont la science déplore la perte récente, Dezeimeris, avait jugé nécessaire pour autoriser la pratique de l'accouchement prématuré de faire nominativement excepter cette opération des cas prévus par l'article 317 du Code pénal. Si cette disposition pouvait paraître utile pour légitimer une opération pratiquée dans le but de conserver la mère et l'enfant, combien à plus forte raison doit-elle être réclamée lorsqu'il s'agit d'une autre opération qui tue nécessairement le fœtus et n'est pas absolument sans danger pour la mère? Loin de penser comme un de nos collègues, dont les opinions et les paroles sont empreintes de tant de réserve et exercent dans cette enceinte comme au dehors une autorité si bien justifiée; loin de penser, dis-je, comme M. Dubois, que cette précaution est superflue, parce que les interdictions de la loi ne sauraient s'appliquer à la provocation de l'avortement dans l'exercice régulier de notre art, je pense, au contraire, qu'elle est indispensable. A côté de l'exercice régulier de l'art, comme à côté de toute action faite à bonne intention, se rencontre presque toujours l'action analogue exécutée dans un but criminel. Et alors comment les distinguer? De même que l'homme qui a eu le malheur de donner la mort à son semblable dans des circonstances qui comportent l'excuse est tenu de se présenter devant le magistrat pour éviter toute poursuite, de même je voudrais que l'accoucheur qui a cru absolument nécessaire de provoquer l'avortement fût obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé sous peine d'être accusé d'avortement clandestin et par conséquent criminel.

On croit avoir usé d'un argument irrésistible en faisant remarquer que la loi civile, et même la loi religieuse, en ne punissant pas de châtiments semblables la mort du fœtus, et celle de l'enfant nouveau-né, ou de l'adulte, établissent à son égard une infériorité réelle dont le médecin doit tenir compte. A cette objection, il est permis de répondre que la différence de pénalité n'explique pas que le meurtre de l'un soit plus permis que celui des autres. Par suite de considérations que tout le monde comprend, l'avortement est moins sévèrement puni que l'infanticide ou l'homicide; mais il ne saurait s'ensuivre que la morale et la loi ne le défendent pas, et à plus forte raison le permettent.

Je borne ici les réflexions que suggère en foule la partie philosophique de la question; qu'il me soit permis de hasarder, en terminant, quelques observations complémentaires sur son côté obstétrique.

Bien que notre savant rapporteur n'ait eu à s'occuper que de la provocation à l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, il s'est placé, le plus ordinairement, dans cette position, qui ne me semble pas la vraie, d'avoir absolument à choisir entre l'embryotomie ou l'opération césarienne. J'ai déjà signalé cette erreur. Je demanderai maintenant, avec toute réserve, si l'on est certain qu'une mensuration du bassin, faite à trois ou quatre mois du terme de la grossesse, puisse toujours faire prévoir d'une manière absolue ce qui adviendra cinq ou six mois plus tard. N'y a-t-il pas dans la mensuration même du bassin, relativement à ses formes, des causes d'erreur difficiles à éviter lorsqu'on n'a pas une grande habitude de l'opération? N'y a-t-il pas à se préoccuper des changements que pourront éprouver les symphyses pelviennes, de la ductilité de la tête du fœtus, de la possibilité de provoquer avec des chances de succès l'accouchement aussitôt qu'il aura acquis les conditions de viabilité rigoureusement nécessaires?

En ce qui concerne la femme, je ne suis pas en mesure de contester les chiffres présentés de 70 insuccès contre 30 guérisons à la suite de l'opération césarienne; je les adopte donc, en faisant observer qu'ils donnent un succès contre deux morts trois dixièmes. Quant aux enfants, M. le rapporteur établit les proportions suivantes, qui varient selon que l'opération a été pratiquée à une époque plus ou moins éloignée de celle de la rupture des membranes fœtales: dans les six premières heures, 34 enfants vivants sur 37; dans les limites de sept à vingt-quatre heures, 25 vivants sur 32; enfin, après vingt-quatre heures, 19 vivants sur 37.

Je n'oublie pas que M. le rapporteur, se fondant sur la table de mortalité, tient assez peu de compte de ces chiffres, et se demande combien de ces enfants arriveront à l'âge de leur mère. Mais s'agit-il ici d'autre chose que de faire vivre d'abord; ce qui adviendra ensuite est-il de notre compétence?

Si l'on ajoute aux chances de vie indiquées pour l'enfant celle de 30 p. 0/0 pour la mère, l'opération césarienne, pratiquée en temps opportun, peut-être même, en certains cas, avant le terme normal de la grossesse, pourra ne pas mériter tous les reproches dont on se plaît à l'accabler. Et si l'on considère, en outre, qu'il sera quelquefois possible de l'éviter en recourant à l'accouchement prématuré artificiel, ne sera-t-il pas permis de conclure de cet ensemble de circonstances que, médicalement parlant, et en dehors de toute considération d'un autre ordre, l'expectation, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, n'est pas déjà, en général, un si mauvais parti à prendre?

Bien entendu que ce ne sont ici que des vœux personnels, sur lesquels je n'ose demander que l'Académie se prononce, mais que j'exprime, espérant que, livrés à la publicité, ils pourront être pris en considération.

Préoccupé de la conservation des principes, et bien autrement ému, au point de vue de la sécurité publique, des dangers qui peuvent résulter de l'abus de la pratique autorisée de l'avortement obstétrical, que dans quelques cas rares auxquels il semble appréciable, je serais porté à vous proposer une désapprobation formelle de cette opération. Mais un jugement aussi sévère, aussi absolu, aurait le double inconvénient de jeter un blâme indirect et immérité sur des praticiens étrangers et français, qui font autorité à juste titre, et de poser un obstacle susceptible d'empêcher, dans certaines circonstances que toute la prudence humaine ne peut prévoir, les accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art.

En nous abstenant, au contraire, de toute approbation ou désapprobation formelle, et en adandonnant la solution de la question à la conscience individuelle des accoucheurs, nous restons dans la réserve qui nous appartient, n'enchaînant pas l'avenir, n'anticipant sur aucun droit, et imprimant à la pratique d'autant plus de circonspection que nous laissons aux hommes de l'art toute la responsabilité de leurs actes.

J'ai, en conséquence, l'honneur de proposer à l'Académie la réponse suivante à la question soulevée par M. le docteur Lenoir:

Considérant qu'il serait dangereux d'émettre un jugement quelconque sur l'avortement provoqué, et en vue de conserver la vie gravement menacée de la mère, l'Académie ne délibère pas sur la septième conclusion scientifique du rapport, abandonne à la conscience individuelle des praticiens l'appréciation des cas qui peuvent paraître nécessiter cette opération, et la responsabilité de la conduite qu'ils croiront devoir adopter en conséquence.

Quant aux autres conclusions, je me rallie à celles qui consistent à adresser des remercîments à M. le docteur Lenoir, et à déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. Cazeaux. M. Bégin a commencé son remarquable discours en exprimant la crainte que l'approbation donnée par l'Académie ne fût une source d'abus. Cette crainte n'est pas fondée; car la commission a fait une obligation de réunir une consultation de médecins éclairés avant de provoquer l'avortement; or, il est impossible que des médecins éclairés se trompent sur les indications de l'avortement, c'est-à-dire sur le véritable diamètre du bassin, que nous avons fixé à 6 centimètres et demi. Il ne me paraît pas moins impossible qu'on trouve trois ou quatre médecins qui se réunissent dans un but criminel. Quant à celui qui se propose ce but, nous croyons qu'il s'inquiète peu des décisions académiques, et celles-ci ne l'encourageront pas plus qu'elles ne l'arrêteront.

M. Bégin a dit que le fœticide n'est permis dans aucun cas; il s'est évidemment trompé, puisque nous n'admettons qu'on doive provoquer l'avortement que dans les cas où l'on devra nécessairement, au terme de la grossesse, choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Si donc vous préférez, au terme de la grossesse, l'embryotomie, vous devez préférer, à plus forte raison, l'avortement, qui a le même résultat pour l'enfant et qui est beaucoup moins dangereux pour la mère.

D'ailleurs, dire en général que le fœticide n'est pas permis, c'est un peu philosophique; pour bien juger la question, il faut se placer dans une situation pratique où l'on a à choisir entre la vie de sa femme et celle d'un être encore inconnu; c'est alors qu'on répète sans hésitation ce mot sublime de l'Empereur: Sauvez la mère!

M. Bégin croit que le sixième commandement, que le *non occides*, était absolu. C'est précisément pour m'en assurer que j'ai voulu consulter les textes sacrés, et je me suis convaincu qu'il n'en était rien, puisque j'y ai trouvé de nombreux exemples de meurtres tolérés ou même récompensés par Dieu.

D'ailleurs, si la femme se refuse à l'opération césarienne, laisserez-vous périr à la fois la mère et l'enfant? M. Bégin ajoute que la résolution qu'aurait la femme à trois mois de grossesse de ne pas se soumettre à l'opération césarienne peut changer plus tard. C'est là ce que nous ne savons pas; ce que nous savons, c'est qu'elle vient actuellement nous prier de la faire avorter en vue d'un événement qui menace sa vie. C'est d'après cette opinion actuelle que nous devons nous conduire.

L'exemple de la femme qui a été le point de départ de cette discussion répugne à M. Bégin; il ne me répugne pas moins; mais je crois, et je l'ai déjà dit, que le médecin n'a pas à se constituer juge de la moralité des actes de ses malades.

M. Bégin ne sait pas si les renseignements puisés dans un pays voisin sont exacts; ils le sont, et j'y trouve un argument d'autant plus puissant en ma faveur que ce pays est moral et religieux.

Je n'ai point parlé, dans mon rapport, des dangers pour la mère de l'avortement provoqué; je reconnais que c'est une lacune, mais je la crois peu importante; l'avortement à trois ou quatre mois, chez une femme bien portante, est certainement une opération à peu près complétement innocente pour la mère.

Je ne saurais considérer avec M. Bégin comme étant sans valeur l'argument tiré de la mortalité. S'il est vrai que l'opération césarienne tue trois femmes sur quatre, je crois avoir droit de lui demander qu'elle nous conserve trois enfants sur quatre au moins jusqu'à l'âge où l'on sacrifie la mère, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il puisse rendre à la société les services que rend la mère elle-même. L'enfant qui meurt avant l'âge peut, suivant l'expression de M. Villermé, être considéré comme faisant une banqueroute à la société.

Quant à ce qu'a dit M. Bégin touchant le mariage des filles difformes, j'y souscris volontiers; mais je n'ai traité dans mon rapport que des moyens de remédier au mal quand il est fait, et non aux moyens de le prévenir.

Enfin, j'avais pensé, comme M. Bégin, à faire intervenir l'autorité dans les cas d'avortement provoqué; en y réfléchissant, j'ai pensé que l'indépendance médicale en pourrait souffrir, et je me suis contenté de la garantie d'une consultation de médecins, qui vaut bien, en définitive, celle d'un commissaire de police.

Après un discours de M. Chailly, dont nos lecteurs devineront facilement le contenu, M. Maisonneuve présente la pièce anatomique de la femme qui a succombé à l'hôtel des Princes, et la séance est levée à cinq heures.

Chronique et nouvelles.

Conformément à nos prévisions, M. Paul Dubois a été nommé doyen de la Faculté de médecine du Paris. L'autorité ne pouvait faire un meilleur choix.

— La mort vient d'enlever, après une longue maladie, un jeune interne des plus distingués, Jules Legrand. Reçu l'un des premiers au concours de l'internat, il a eu le dévouement et la force, malgré son état si grave de maladie, de finir ses quatre années de service, et a succombé deux mois après sa sortie des hôpitaux.

Ses obsèques ont eu lieu hier, 16 mars; le convoi était très nombreux. Parmi les médecins qui ont assisté à cette triste cérémonie, nous avons remarqué M. Ricord, qui a été pendant un an son chef de service et qui avait conçu pour lui la plus sincère amitié, MM. les docteurs Fabre, Foucart, Moreau de Saint-Ludgère, etc., etc. Un grand nombre de ses anciens collègues ont suivi leur ami jusqu'à sa dernière demeure, et l'un d'eux, M. Cornut, a exprimé en ces termes les sentiments de tous:

« Avant que cette tombe soit entièrement fermée, mon cœur me commande, à titre d'ancien collègue et d'ami de Legrand, de dire quelques paroles d'adieu à ce bon et excellent ami, dont la mémoire sera si chère à tous ceux qui l'ont connu.

» C'est au moment où Legrand allait recueillir le fruit de ses laborieuses et brillantes études que la mort est venue l'enlever à ses parents et à ses amis.

» Ceux qui ont eu la douleur d'assister à ses derniers moments ne se rappelleront pas sans émotion sa noble résignation aux lois de la Providence, et le regret touchant et sincère qu'il manifestait de quitter sitôt sa mère, qui n'avait que lui, et ses amis qu'il a toujours tant aimés. Ces quelques paroles sont bien insuffisantes, messieurs, pour montrer combien la perte que nous venons de faire est grande; mais elles suffiront à ses amis, qui savent tous que le ciel nous enlève, la plupart du temps, les plus chers objets de nos affections.

» Adieu, Legrand! »

Le Sourd,

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 34. — SAMEDI 20 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 34. — SAMEDI 20 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Rétrécissement organique latent du gros intestin. Accidents subits d'étranglement. Mort. Nécropsie. Réflexions. — Quelques mots sur les ulcères de la cornée, et sur leur traitement par la cautérisation. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Nonat). Grossesse. Vomissements incoercibles. Mort. Autopsie. Fœtus de quatre mois. Kyste pileux. — Académie des sciences, séance du 15 mars. — FEUILLETON. Bibliographie.

PARIS, LE 19 MARS 1852.

Séance de l'Académie des sciences.

LES PAQUETS CACHETÉS.

Un chirurgien militaire déjà bien connu, M. le docteur Guyon, a adressé à l'Académie deux communications intéressantes, l'une sur les effets des morsures de scorpions, l'autre sur une plaie des lobes antérieurs du cerveau produite par une arme à feu, et dans laquelle toutes les facultés se sont conservées pendant plusieurs jours, moins la parole, qui a été abolie instantanément. Ce fait est un de ceux qui confirmeraient pleinement l'opinion des auteurs qui considèrent les lobes antérieurs comme présidant à la parole, si des faits assez nombreux et tout à fait opposés ne venaient pas modifier les conclusions qu'on pourrait tirer des premiers.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, en donnant de nouveaux renseignements sur un fait qu'il avait déjà communiqué à l'Académie en d'autres temps, a complété une des observations les plus curieuses de la tératologie. Le savant académicien n'a pas dit si la dissection avait fait reconnaître dans les organes intérieurs du bouc qui faisait l'objet de la communication quelque chose d'analogue à ce qui existait à l'extérieur. C'est une lacune qu'il ne serait pas sans intérêt de combler.

Il s'est élevé dans la dernière séance de l'Académie un petit incident sur lequel il n'est peut-être pas superflu d'insister un instant.

Voici le fait :

A propos d'une communication faite par M. Barral, dans la séance précédente, touchant l'influence des substances renfermées dans l'eau de pluie sur la végétation, M. Chatin a prié M. le président d'ouvrir un paquet cacheté déposé par lui depuis plusieurs mois, et dans lequel il avait consigné la plupart des faits annoncés par M. Barral et d'autres encore.

A ce propos, M. Biot a demandé la parole pour réclamer en quelque sorte contre les paquets cachetés, et pour dire d'une manière à peu près catégorique que, dans le cas où une même découverte serait faite par deux savants, dont l'un aurait déposé un paquet cacheté, tandis que l'autre aurait postérieurement annoncé sa découverte à l'Académie, le mérite de l'invention appartient à ce dernier qui, le premier, fait profiter la science du fruit de ses recherches. M. Arago s'est associé à cette déclaration, en ajoutant que les paquets cachetés seraient beaucoup moins nombreux si les auteurs savaient le peu d'importance que l'Académie leur accorde.

Malgré le poids de deux autorités aussi grandes auxquelles nous avons été heureux de voir que M. Flourens n'ait point ajouté la sienne, nous ne saurions cesser d'avoir une opinion un peu différente.

Disons d'abord que, si l'opinion de MM. Biot et Arago était celle de l'Académie, celle-ci serait pour le moins bien inconséquente de continuer à se charger du dépôt des paquets cachetés; nous devons donc supposer que puisqu'elle s'en charge, c'est qu'elle les juge utiles à quelque chose, et nous ajoutons qu'en cela elle nous paraît avoir grandement raison, raison en logique et raison en droit. En fait de découvertes scientifiques, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de garder rigoureusement un secret; ces découvertes ont presque toujours des témoins qui, volontairement ou involontairement, la divulguent, sans compter les confidences qui peuvent échapper à l'inventeur lui-même. Si donc l'inventeur ne veut pas communiquer sa découverte avant de lui avoir fait produire les principaux fruits qu'elle peut donner, avant d'en avoir trouvé des applications utiles, etc., il est exposé à voir le premier parasite venu s'emparer de son idée et la livrer en son propre nom à la publicité. Contre les pirateries scientifiques de ce genre, et l'on sait si elles ont nombreuses, les inventeurs ont la garantie du paquet cacheté; garantis insuffisante, qu'il faudrait plutôt augmenter qu'affaiblir.

En droit, le privilége de monopoliser par un brevet l'exploitation d'une découverte appartient à l'inventeur. Or, pense-t-on qu'un paquet cacheté déposé avant la prise d'un brevet, et renfermant l'invention pour laquelle ce brevet a été pris, ne frapperait pas ce brevet de déchéance? Pour nous, l'affirmative ne saurait être douteuse, quoiqu'il en dût être autrement, d'après l'opinion de MM. Biot et Arago.

Certes, nous sommes loin de penser que tous les savants que nous appellerons les *seconds inventeurs* aient voulu dépouiller les *premiers inventeurs*, et que même ils aient eu connaissance des travaux de ces derniers, nous sommes loin de croire que M. Barral en particulier soit dans ce cas; mais il suffit que cette éventualité soit possible pour qu'on doive conserver aux paquets cachetés l'importance que leur accorde avec raison l'opinion publique, et que leur accorderait au besoin, nous n'en doutons pas, la justice, plus encore dans un intérêt général que dans un intérêt privé. Dans tous les cas, si l'Académie ne partageait pas cette manière de voir, elle devrait le déclarer hautement, afin de ne laisser personne dans une illusion préjudiciable. — H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rétrécissement organique latent du gros intestin. — Accidents subits d'étranglement. — Mort. — Nécropsie. — Réflexions.

L'histoire des obstructions intestinales et des étranglements internes est pour ainsi dire tout entière composée de faits imprévus, singuliers, quelquefois en apparence extraordinaires. C'est assez dire que le diagnostic de ces affections reste le plus souvent douteux quand on veut l'établir d'une manière précise; et cependant, si ce diagnostic est assez inutile pour le malade dans la plupart des cas, on ne peut méconnaître qu'il serait, au contraire, très avantageux dans certains autres. C'est donc avec beaucoup de raison que quelques praticiens ont fait des tentatives pour arriver à établir ce diagnostic; parmi ces tentatives, on doit mentionner spécialement celles de M. le docteur Parise consignées dans son intéressant mémoire sur l'étranglement par un nœud diverticulaire. Mais, il faut l'avouer, ces tentatives sont encore loin d'avoir conduit à des résultats bien satisfaisants, et les cas semblables à celui que nous communique le savant professeur Forget, et qui lui a été adressé par un de ses anciens élèves, se rencontreront beaucoup trop rarement dans la pratique. Ces cas n'en méritent pas moins d'être étudiés avec attention, et celui-ci sera lu avec d'autant plus d'intérêt qu'il offre des particularités fort remarquables en elles-mêmes. Voici d'abord le fait tel que le raconte M. le docteur L. Gros, médecin à Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin) :

Antoine Ph..., âgé de vingt-quatre ans, tisserand, demeurant à Liepvre, est un garçon de forte constitution, bien musclé, de tempérament sanguin, et qui n'a jamais été malade. Il est un peu ivrogne, et boit surtout beaucoup d'eau-de-vie de mauvaise qualité.

Le 19 février 1852, dans la nuit, il fut pris, sans cause connue, de vomissements qu'il combattit par une dose assez notable d'eau-de-vie. Le remède augmenta le mal et provoqua de violentes coliques. Pendant cinq jours, il fut traité à domicile par un officier de santé. Le traitement consista surtout en lavements.

Le 25 février, cinq jours après l'invasion du mal, on dirigea le malade sur l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines. A son entrée, je constatai l'état suivant :

Embonpoint normal, coloration normale des téguments; apyrexie parfaite; tympanite prononcée; ventre saillant vers l'ombilic; sonorité de tout l'abdomen et de l'épigastre; vomissements fréquents, peu abondants, muqueux. Depuis cinq jours pas de selles, pas d'évacuations de gaz intestinaux. — Lavement savonneux; frictions d'huile de camomille camphrée sur le ventre; cataplasme abdominal.

Le 26, nuit agitée. Coliques vives revenant par accès, occupant le ventre entier. Vomissements bilieux répétés. Le lavement n'a rien produit.

Ce matin, apyrexie parfaite; pouls à 72; intestins distendus par des gaz; tympanite plus prononcée qu'hier; coliques très douloureuses; langue blanchâtre; pas de soif. — 15 sangsues sur le ventre; huile de ricin, 45,00, avec huile de croton tiglium, 2 gouttes à prendre par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure; lavements savonneux.

Le 27, pas de selles par le purgatif. Deux lavements savonneux ont amené une selle insignifiante.

Ce matin la tympanite a encore augmenté. La sonorité s'étend jusque vers le milieu de la poitrine. Vomissements bilieux fréquents; respiration difficile. — Frictions éthérées sur le ventre; magnésie calcinée, 10,00; frictions d'huile de croton sur le ventre; lavement purgatif.

A trois heures de l'après-midi, je vois le malade avec mon confrère Dittmar. Les médicaments n'ont pas agi. Nous pratiquons plusieurs douches d'éther sulfurique sur le ventre; des frictions sèches très rudes. Nous plaçons le malade dans une baignoire vide et lui administrons une douche d'eau froide sur le ventre; puis, à plusieurs reprises, nous introduisons par l'anus une sonde œsophagienne. La sonde pénètre jusqu'à l'S romaine. Arrivée là, elle se replie sur elle-même; impossible de pénètre au delà. Un lavement introduit par la sonde ne pénètre pas davantage. Nous enduisons la sonde de pommade fortement belladonée; même insuccès.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie médicale, par M. le professeur REQUIN.

(3e volume.)

Il y a plusieurs années, trop longtemps pour que nous voulions nous le rappeler, que M. Requin, agrégé de la Faculté, commençait la publication d'un *Traité élémentaire de pathologie médicale*, lequel avait dû primitivement, réuni au *Traité de pathologie chirurgicale* de M. Nélaton, constituer un ouvrage complet, comprenant tout ce qui forme le domaine de la *science des maladies*. Des considérations particulières ont dû, dès la publication du premier volume, engager les auteurs à séparer matériellement les deux ouvrages, tout en restant fidèles au plan qu'ils s'étaient tracé. Ils ont combiné leur collaboration, ils se sont partagé le champ de la pathologie de manière à ne jamais se mettre dans le cas de s'emparer tous les deux, et l'un à l'insu de l'autre, d'une même maladie, de l'une de celles qui sont sur la frontière indécise et vague de la médecine et de la chirurgie; de manière à établir entre l'œuvre de l'un et l'œuvre de l'autre un intime lien, une dépendance mutuelle, tout en construisant, chacun de son côté, un édifice en apparence isolé. Pour les deux auteurs, les doctrines médicales, le langage technique sont les mêmes. Ils partagent les mêmes principes de philosophie médicale. Les deux livres se compléteront l'un l'autre quand ils seront parvenus, ce qui ne tardera heureusement guère maintenant, au terme de leurs travaux. Et l'on ne verra plus, lorsque l'on aura étudié ce cours complet de pathologie, se reproduire ce fait singulier et inexplicable que nous avons signalé dans un autre endroit, de maladies décrites à la fois dans les livres de médecine et dans ceux de chirurgie, tandis que d'autres ne le sont ni dans les uns, ni dans les autres. Nous avons, à l'occasion d'un célèbre et volumineux *Traité de nosographie médicale* complètement oublié déjà, insisté sur cette inconséquence qui avait porté l'auteur à passer sous silence l'*urétrite*, que Boyer avait bannie de la chirurgie comme appartenant à la médecine; les maladies syphilitiques, que Boyer et plus récemment M. Vidal (de Cassis) considèrent comme faisant partie du domaine de la pathologie interne, inconséquence d'autant plus grave que ce sont, en définitive, les élèves qui sont les victimes de ces omissions bien ou mal fondées.

Avant de passer à l'examen du tome troisième, que nous avons aujourd'hui sous les yeux, nous croyons utile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les deux premiers volumes et sur le plan qu'a suivi M. Requin dans la distribution des matières qu'il avait à étudier.

C'est par des considérations sur les fondements des études pathologiques, sur les divisions de la pathologie, sur la nosologie générale, l'étiologie, la séméiotique, la thérapeutique, envisagées d'un point de vue élevé, que devait commencer et que commence en effet ce grand traité; et, dans cette première section, l'on trouve à chaque page des points de vue ingénieux présentés d'une manière originale qui déguisent avec bonheur et font oublier la sécheresse et l'aridité qui rebutent fréquemment les élèves au début de leurs études. Ce qu'il faut éviter avant tout, semble s'être dit M. Requin, c'est l'ennui, et tout dans son œuvre paraît se ressentir de cette préoccupation louable, toute dans l'intérêt des commençants. Nous reviendrons sur ce point un peu plus bas.

La pathologie spéciale pour l'auteur se divise en quatre grandes sections. La première section (nosographie organique) comprend treize classes, qui sont :

1° Les vices de proportion du sang;
2° Les hypérémies;
3° Les hémorrhagies;
4° Les inflammations;
5° Les hypertrophies;
6° Les atrophies;
7° Les gangrènes;
8° Les tuberculisations;
9° Les cancers;
10° Les hydropisies;
11° Les flux;
12° Les pneumatoses;
13° Les vices organiques, qui sont la cause prochaine de véritables maladies dans toute la rigueur de ce dernier mot et ne rentrent dans aucune des douze catégories précédentes.

Pas n'est besoin d'entrer dans le détail de chacun de ces treize chapitres. Ils ont été l'objet d'assez amples considérations dans les précédentes analyses qui ont été faites dans ce journal à l'époque de la publication des deux premiers volumes. Nous nous contenterons de faire remarquer, et nous aurons occasion de le démontrer encore mieux tout à l'heure, que, logique et rationnel, M. Requin a toujours eu soin de tenir compte de la nature des maladies pour établir sa classification, sans s'inquiéter ni des *usages reçus*, ni de

Enfin, un bain tiède de cinq quarts d'heure, trois lavements de tabac, restent également sans effet.

Le 28, la tympanite est excessive ; le pouls baisse considérablement ; le facies est hippocratique. — Potion carminative avec extrait de gentiane et gouttes d'Hoffmann, de chaque, 2,00; eau de menthe et infusion d'anis, de chaque, 60,00 ; sirop d'anis, 30,00.

Le 29, la potion a fait expulser quelques gaz par la bouche. Ce matin, le pouls est filiforme, les douleurs sont nulles (gangrène?) ; sueur froide, agonie.

Le malade a dans la matinée quelques vomissements stercoraux, et meurt à quatre heures du soir, dix jours après l'invasion des accidents.

Autopsie, 24 heures après la mort, par un temps froid et humide.

Putréfaction très avancée ; écume et liquides s'échappant abondamment par la bouche ; ventre énormément distendu. Quand nous incisons les parois abdominales, il s'échappe une petite quantité de gaz infects. Le diaphragme est profondément refoulé dans la poitrine. Le colon transverse occupe la place de l'estomac, qui est refoulé en arrière contre la colonne vertébrale. Les intestins grêles sont très dilatés par places ; ils ont, en quelques endroits, le diamètre d'un bras d'adulte. La dilatation du côlon ascendant et du cœcum est énorme ; ce dernier est plus large qu'un estomac ordinaire ; il est fortement gangrené. Il existe à ce point des traces d'inflammation péritonéale, des adhérences et des dépôts purulents.

Ayant lié l'œsophage et le rectum, nous enlevons tout le paquet intestinal.

A 50 centimètres environ au-dessus de l'anus se trouve un bourrelet dur, calleux, long de 3 centimètres environ, qui bouche complétement le calibre de l'intestin. Toute la portion de l'intestin inférieure à ce bourrelet est rétractée. Le rectum a à peine le diamètre d'un doigt ; ses parois sont fortement hypertrophiées.

Ayant ouvert l'intestin dans toute sa longueur, nous constatons :

1° L'état normal de la muqueuse du rectum, de l'S romaine et de la moitié environ du côlon descendant ; c'est à ce point que siége le bourrelet dont nous avons parlé.

2° Le bourrelet occupe toute l'épaisseur des parois intestinales, et bouche hermétiquement l'intestin. L'ayant incisé de dehors en dedans, nous le trouvons formé par un tissu fibreux, élastique, d'un blanc bleuâtre, ayant l'apparence du tissu squirrheux. Examiné au microscope, il nous apparaît composé de fibres enchevêtrées contenant dans leurs interstices de nombreuses cellules épithéliales, et d'autres, en plus petit nombre, présentant tous les caractères des cellules cancéreuses.

3° Au-dessus de ce bourrelet, l'intestin, très distendu dans une étendue de 15 centimètres, est rempli d'une grande quantité de matières stercorales semi-liquides, d'un jaune doré. Le côlon transverse est flasque, vide, de même que le côlon ascendant dans sa moitié supérieure, et cela sans qu'il existe aucun obstacle apparent au cours des matières ou des gaz. Tout le gros intestin est injecté en arborisations abondantes et fortement enflammé.

4° La moitié inférieure du côlon ascendant et le cœcum sont énormément distendus, remplis de matières stercorales et de gaz, et gangrenés dans leur totalité. La muqueuse et la tunique musculeuse sont détruites par places. Une de ces ulcérations est énorme ; elle a 15 centimètres de longueur sur 8 de largeur ; ses bords sont dentelés, taillés à pic. D'autres ulcérations de même nature, mais de moindres dimensions, siégent tant dans le cœcum que sur la valvule iléo-cœcale et dans les trois premiers mètres de l'intestin grêle.

5° Les intestins grêles présentent des arborisations abondantes, contiennent par places une grande quantité de gaz et de matières stercorales. De loin en loin on rencontre quelques ulcérations superficielles d'un rouge vif.

6° L'estomac, très petit, ratatiné, présente quelques marbrures d'un rouge vif.

7°. Les glandes mésentériques sont gonflées ; leur tissu est normal.

8° La vésicule biliaire, très distendue, contient beaucoup de bile.

Rien à noter dans les autres organes.

Certes, de tous les obstacles qu'on pouvait supposer exister dans ce canal intestinal, un cancer est le dernier auquel les antécédents de ce malade devaient faire penser. Ce jeune homme avait conservé toutes les apparences de la plus parfaite santé, et jamais il ne s'était plaint d'aucun malaise. Il semble que quelque phénomène fonctionnel, des accidents intestinaux, des constipations, des douleurs, auraient dû depuis longtemps donner l'éveil. Loin de là, le mal ne s'est manifesté que quand il est devenu un obstacle mécanique absolu au cours des matières intestinales.

Les lésions énormes que nous avons trouvées à l'autopsie, ces signes évidents de péritonite partielle, d'entérite grave, ces vastes ulcérations du cœcum, tout cela s'est développé sans réaction, puisque nous avons constamment, sauf pendant les dernières heures de la vie, constaté l'apyrexie la plus parfaite. D'après les renseignements que nous avons obtenus, il paraît que la fièvre a manqué dès le début. Le fait qui m'a surtout frappé, c'est la dilatation des intestins *par places;* puis tout à côté l'intestin était vide, flasque, et ne contenait ni gaz, ni matières stercorales. Ainsi la moitié du côlon ascendant est remplie de gaz, d'une quantité *énorme* de matières stercorales, et l'autre moitié est complétement vide, et cependant il n'existait aucun obstacle apparent au cours des matières et des gaz. Ne pourrait-on pas expliquer ces phénomènes, qui existaient en plusieurs points des intestins, par un état spasmodique de ces intestins?

La rétraction remarquable qu'avait subie toute la portion du tube digestif située au-dessous du bourrelet squirrheux ne peut certes pas plus dater de dix jours que le bourrelet lui-même. Evidemment l'état hypertrophique des parois intestinales et la diminution de calibre de cet intestin ont dû se développer lentement, graduellement, à mesure que l'obstacle au cours des matières stercorales prenait plus de développement. Eh bien, tous ces désordres si graves se sont formés sans se manifester par aucun phénomène fonctionnel, sans altérer en rien la santé du sujet.

Par tous ces motifs, je crois que rien ne pouvait me faire prévoir les lésions si graves et si variées que l'autopsie est venue me découvrir.

Quand je vis le malade, je considérai son état soit comme spasmodique, soit comme produit par un corps étranger qui obstruait les intestins. La première supposition étant la seule qui me donnât quelques chances de guérison, ce fut sur cette hypothèse que je basai mon traitement. Voyant le peu de succès que j'obtenais, je tentai d'enlever l'obstacle mécanique qui pouvait exister, s'il était dans une région accessible à mes instruments ; la sonde œsophagienne n'ayant pas fourni de résultats plus heureux, je perdis tout espoir.

La catastrophe vint promptement justifier mon pronostic.

Voici les réflexions dont M. le professeur Forget fait suivre ce fait :

M. le docteur L. Gros nous demandant notre avis sur ce fait intéressant, voici le peu de mots que nous avons à lui répondre :

Les symptômes présentés par le malade étaient manifestement ceux de l'iléus ou de l'étranglement intestinal. Quant à la cause de cet étranglement, elle était profondément obscure, comme dans tous les cas où cette cause ne peut pas être directement constatée. Ce pouvait être une hernie latente, une invagination, une torsion, une compression de l'intestin, un corps étranger, aussi bien et mieux qu'un rétrécissement organique; car cette dernière cause était aussi la dernière qu'il fût permis de supposer, eu égard aux antécédents énoncés dans l'observation. Le rétrécissement organique fibreux, cancéreux ou autre ne peut être positivement constaté que lorsque le doigt peut arriver jusqu'à l'obstacle : la sonde même est sujette à erreur. Rares sont les cas où l'on peut percevoir une tumeur à travers les parois abdominales, surtout lorsque le météorisme est développé. Cependant on peut supposer ce genre de lésion lorsqu'à des constipations plus ou moins prolongées et douloureuses, accompagnées de météorisme, succèdent des selles plus ou moins abondantes, liquides ou consistantes, mais comme passées à la filière, accidents qui vont en s'aggravant graduellement jusqu'à rétention plus ou moins complète et production de symptômes réels d'étranglement. Ces antécédents ne s'étant pas produits ici, la cachexie cancéreuse ne se révélant pas à l'extérieur, ni le rétrécissement ni le cancer ne pouvaient être diagnostiqués.

Cette absence complète d'antécédents est trop singulière, trop exceptionnelle pour ne pas faire soupçonner, non pas que l'observateur ait manqué d'attention ou de pénétration, mais bien que le malade ait méconnu ou dissimulé les incommodités qu'il éprouvait, soit que, dur au mal, il n'en ait pas tenu compte, soit qu'il ait craint que, s'il accusait sa maladie, on ne le soumît à un régime antipathique à ses goûts pour les alcooliques.

Après nous être associés aux réflexions du savant professeur, nous ajouterons que, tout extraordinaire que puisse paraître le fait qu'on vient de lire, il n'est cependant pas sans analogue, et que peut-être il est moins rare qu'on ne pourrait le penser au premier abord. Nous nous rappelons toujours avoir recueilli l'observation complète et détaillée, lors de notre internat dans le service de M. Louis à l'hôpital Beaujon, d'une malade qui succomba dans l'espace de trente-six heures à des symptômes violents d'étranglement interne ; cette femme était de la meilleure santé quand ces symptômes se déclarèrent subitement ; elle était d'un remarquable embonpoint, et n'éprouvait d'autre incommodité qu'une constipation habituelle. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement organique qui admettait exactement une plume à écrire ; ce rétrécissement était oblitéré par cette pellicule comme cartilagineuse qui tapisse les loges dans lesquelles sont contenus les pepins de la pomme : la malade avait mangé, en effet, des pommes cuites le matin du jour où des accidents mortels se manifestèrent. Il est sans doute inutile de dire que, dans ce cas comme dans celui de M. le docteur Gros, le diagnostic fut incomplet, et qu'on se borna à reconnaître des symptômes d'étranglement interne ; mais on tira de ce fait cette conclusion pratique, que, dans les cas de constipation opiniâtre, il faut, avec le plus grand soin, étudier toutes les conditions dans lesquelles peut se trouver le tube digestif, et conseiller une alimentation qui soit innocente dans toutes les conditions possibles. Il est évident que, si la femme qui fait le sujet de cette observation avait évité d'avaler les parties coriaces et non digestibles de la pomme, les accidents auxquels elle a succombé ne se seraient point manifestés.

Quelques mots sur les ulcères de la cornée, et sur leur traitement par la cautérisation.

A propos d'une malade affectée d'un de ces ulcères, M. le professeur Velpeau émettait ces jours derniers, à sa clinique, quelques idées qui intéresseront les praticiens.

Des taches, disait-il, restées sur une cornée qui a été enflammée et ulcérée sont une cause d'inflammation nouvelle. C'est ce qui nous explique la maladie qui amène dans notre service la femme couchée au n° 14 de la salle Sainte-Catherine. Mais il est d'observation que les kératites qui se développent sous l'influence d'une cause semblable, les kératites à répétition, sont plus faciles à guérir que si elles arrivaient spontanément ; il semble que l'œil s'habitue à ces inflammations, et s'en débarrasse d'autant plus vite qu'elles sont revenues plus fréquemment.

Depuis Scarpa, il est de règle que quand un ulcère de la cornée tend à proéminer, que les lames profondes tendent à faire hernie à travers les lames superficielles, il est de règle, dis-je, de le toucher avec le nitrate d'argent. Tous les chirurgiens le répètent, j'ai souvent moi-même mis en usage ce traitement ; mais depuis quinze ans j'y ai renoncé. Ce n'est pas que le traitement soit mauvais ; il réussit, au contraire, très bien et donne de bons résultats ; mais il faut s'expliquer :

D'abord ces ulcères guérissent tout aussi bien sans la cautérisation.

Ensuite, la cautérisation est difficile à appliquer ; car il faut cautériser l'ulcère et rien que l'ulcère ; or pour y arriver, il faut que l'œil soit fixe. Personne, dans un cas de kératite, n'oserait avoir recours aux moyens ordinaires de fixer l'œil (érigne, etc.) ; et si on ne fixe pas l'œil, on n'a qu'à compter sur ses doigts et sur la bonne volonté du malade. Ni l'une, ni l'autre de ces deux conditions ne peuvent vous mettre sûrement à l'abri d'une cautérisation portant sur un autre point que l'ulcère. Dans ces cas l'inflammation, au lieu de diminuer, s'aggrave ; l'ulcère ne se déterge pas aussi vite.

Somme toute, la cautérisation est bonne, mais difficile à employer ; et comme une médication générale et les topiques ordinaires triomphent aussi vite des ulcères, j'ai renoncé à la cautérisation directe en général, et je ne la réserve que pour

la manière de voir plus ou moins juste de ceux qui ont écrit avant lui. Il est bien entendu que, lorsque nous parlons de la nature des maladies, nous prétendons dire la nature connue ou présumée d'après les données actuelles de la science. C'est ainsi qu'il a rangé parmi les inflammations certaines affections de la peau, le lichen, l'impétigo, l'eczéma, l'herpès, etc., renvoyant à d'autres classes d'autres affections regardées comme purement cutanées, la variole, la rougeole, la scarlatine, dans lesquelles l'éruption n'est qu'un épiphénomène sans grande valeur.

Entre le deuxième et le troisième volume ont passé bien des événements, deux ou trois révolutions, un changement de position de l'auteur. La nomination de M. Requin à la chaire de pathologie interne a dû être pour lui une obligation de presser son travail et de terminer un ouvrage qui se trouvait tout naturellement le développement des leçons qu'il était appelé à faire au nombreux auditoire français et étranger qui se presse dans les amphithéâtres de la Faculté de Paris. Aussi la publication du troisième volume a-t-elle suivi de près cette nomination, et d'ici à quelques semaines il nous promet le quatrième et dernier.

Le troisième volume comprend la deuxième section de la pathologie spéciale, la nosographie étiologique, c'est-à-dire les genres de maladies médicales institués au point de vue de la nosographie étiologique. Ici onze chapitres :

1° Empoisonnements proprement dits;
2° Maladies calculeuses;
3° Maladies cutanées par présence d'êtres parasites;
4° Maladies vermineuses;
5° Anéantissements de la vie par causes négatives;
6° Maladies par inoculation d'un venin;
7° Maladies d'intoxication paludéenne;
8° Maladies incontestablement virulentes;
9° Maladies puerpérales;
10° Endémies singulières;
11° Epidémies particulièrement mémorables.

La première classe comprend les empoisonnements proprement dits par les diverses substances toxiques du règne minéral ou végétal, les maladies développées par le plomb, le mercure, etc. On trouve dans ce chapitre d'utiles aperçus pratiques sur les maladies des ouvriers des diverses professions.

Dans la deuxième classe, l'auteur s'est occupé d'affections qui ne trouvent habituellement pas leur place, à tort à notre avis, dans les traités de pathologie médicale, les calculs de la vessie, la gravelle, trop négligées par les médecins de nos jours.

Nous n'avons aucune observation à faire sur les troisième et quatrième chapitres, qui comprennent, l'un les teignes, la gale, la phthiriase, la chique, l'autre l'histoire des maladies causées par les helminthes de toute espèce.

Mais nous attirerons l'attention sur le cinquième, qui porte pour titre : *Anéantissements de la vie par causes négatives.* Ce groupe, que M. Requin est le premier à proposer et à instituer, lui paraît un des mieux motivés, des plus naturels et des plus légitimes. Alimentation, respiration, calorification, voilà trois conditions sans lesquelles la vie ne peut se maintenir. Que la mort survienne par la suspension, quelle que soit sa cause, d'une de ces trois choses nécessaires, elle sera dite par inanition, par asphyxie *apnéique* et par asphyxie par le froid. Enfin, que l'équilibre, dont les lois nous sont encore inconnues, entre l'électricité animale de l'individu et l'électricité du dehors soit rompu par la chute de la foudre, il y aura encore là asphyxie, et c'est là une quatrième espèce admise par le savant professeur.

Nous ne voyons, à vrai dire, aucun motif de reprocher à M. Requin l'institution de ces nouvelles divisions et subdivisions. Il a constaté une lacune et a cherché à la combler ; et il est assez riche de son propre fonds, il a fait assez et assez montré ce qu'il pouvait faire pour que l'on ne puisse lui adresser le reproche d'avoir à toute force voulu faire du nouveau. Les quatre genres de cessation de la vie qu'il étudie là existent ; ils ont entre eux l'analogie la plus grande, en ce sens que la cause de la mort est purement négative. N'est-il pas logique de les réunir en un seul groupe, afin de faciliter les rapprochements que seront tentés d'en faire ceux qui se livrent sérieusement à l'étude de la science ?

A ce propos, nous exprimerons un regret ; c'est que M. Requin n'ait pas, dans un cinquième paragraphe, tracé rapidement l'histoire de ce que l'on pourrait appeler la mort par *syncope.* Nous savons bien, car nous avons lu son livre avec soin, qu'il pourra nous répondre qu'en plusieurs endroits la question se trouve traitée ; qu'elle est étudiée dans la nosologie générale... A notre avis, ceci ne devait pas dispenser M. Requin, résumant en peu de mots son sujet, de réunir, sous le titre particulier de *syncope*, les diverses considérations éparses et disséminées çà et là dans des chapitres souvent fort éloignés les uns des autres. Dans un livre élémentaire, il est bon d'être sobre de répétitions ; mais il en est quelquefois que leur utilité même absout, et celle-là nous semble être de ce nombre.

Sous le nom de maladies incontestablement virulentes, l'habile professeur a groupé plusieurs affections que nous devons lui savoir gré d'avoir osé réunir sans craindre l'anathème des dermatologistes

certains ulcères chroniques, où tout autre moyen serait impuissant.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Nonat.

Grossesse. — Vomissements incoercibles. — Mort. — Autopsie. — Fœtus de quatre mois. — Kyste pileux.

Le 2 février 1852 est entrée à la Pitié, dans le service de M. Nonat, une femme de trente-huit ans, marchande des quatre saisons, fortement constituée, assez bien musclée, chargée de graisse, ayant les téguments d'un pâle blafard; face grippée. Elle se plaint d'être épuisée par des vomissements incessants.

Elle a eu neuf enfants, tous à terme; elle les a tous nourris; le dernier, il y a deux ans; elle l'a nourri jusqu'il y a deux mois; n'a jamais fait de maladie. Ses règles, apparues pour la première fois à dix-sept ans, n'ont jamais cessé d'être régulières. Cependant depuis deux ans, depuis sa dernière couche, elles ne sont pas revenues. N'a jamais de leucorrhée.

Dans les premiers jours du mois de janvier dernier elle est prise de vomissements aqueux, un peu aigus le premier jour, mais pas amers, dit-elle. Comme elle vomit plus fréquemment de jour en jour, elle entre dans le service de M. Requin, à la Pitié, le 8 janvier. On lui donne de l'eau de Seltz et quelques pédiluves. Elle ne cesse pas de vomir les aliments solides, surtout la viande; les bouillons sont bien supportés, les potages moins bien. Elle sort au bout de dix jours, quoique n'allant pas beaucoup mieux.

Chez elle, les vomissements deviennent plus fréquents encore; elle est prise d'un dégoût de tout ce qui est aliment gras; ses forces tombent; bientôt les boissons mêmes sont rejetées par la bouche; des douleurs se montrent dans le creux de l'estomac; une soif assez vive la tourmente, mais ne peut être satisfaite sans réveiller les vomissements. Les urines deviennent de plus en plus rares, épaisses, rouges, dit-elle; les selles manquent depuis huit jours; le sommeil est troublé, elle ne se plaint cependant ni de fièvre, ni de maux de tête.

Le jour de son entrée, nous la trouvons en proie à des efforts de vomissements pénibles et rendant par la bouche tout ce qu'elle ingère, se plaignant de douleurs vives dans l'épigastre; la pression et la percussion l'exaspèrent; mais celle-ci ne révèle point de désordres appréciables. Le ventre est flasque, ni tendu, ni ballonné, quoique douloureux à la pression. On trouve au-dessus du pubis une tumeur qui paraît dépendre de l'utérus. La langue est d'un rose pâle avec un faible enduit blanchâtre sur le dos, rouge à la pointe et sur les bords. Pas de soif vive; la malade appréhende de boire; inappétence, pesanteur, chaleur à l'épigastre. La percussion de la région stomacale ne découvre rien d'anormal; mais elle cause de vives douleurs, surtout au niveau du grand cul-de-sac, douleurs qui s'irradient dans les hypochondres; elle vomit tout ce qu'elle ingère, même les liquides; l'eau de Seltz cependant est supportée. Le foie est normal, ne dépasse pas le rebord des côtes; la palpation n'y éveille pas de douleur. Les urines sont rares et brunâtres, sans dépôt aucun. Il n'y a point de selles depuis huit jours.

Le cœur n'offre rien de particulier; les pulsations sont faibles, petites, 88-90 par minutes. La chaleur est normale. La respiration se fait bien. L'intelligence est nette. — Eau de Seltz, 12 sangsues sur l'épigatre.

Le 3, le toucher vaginal permet à M. Nonat de constater l'existence d'une tumeur dans l'utérus, mais qui évidemment est physiologique: il déclare que cette femme est enceinte. Les douleurs à l'épigastre persistent; les vomissements sont moins fréquents; la malade supporte quelques cuillerées de bouillon. — Saignée de 90 grammes, un quart de lavement laudanisé, eau de Seltz, bouillon et potages.

Le 4, les vomissements, suspendus pendant la journée, reviennent le soir avec autant d'intensité. Les potages surtout ne sont pas supportés. — Cataplasme laudanisé sur le ventre, lavement émollient; le reste *ut supra*.

Les 5 et 6, des efforts fatigants accompagnent les vomissements; la face se congestionne et exprime une anxiété très grande; elle ne rend que l'eau qu'elle a bu et quelques aliments non digérés. — Magnésie calcinée; *ut supra* le reste.

Le 8, point d'amélioration. — Vésicatoire sur l'épigastre.

Le 9, les vomissements persistent; ils sont surtout aqueux; la malade n'ingère d'ailleurs rien de solide. Constipation. — Glace, lavement émollient, saignée de 90 grammes, un quart de lavement laudanisé, bouillon et potages.

Le 10, elle a moins vomi; les efforts aussi ont été moins violents. Le sang de la saignée est diffluent comme de la gelée de groseilles, sans sérum ni couenne. — *Ut supra*, sauf la saignée.

Le 11, les vomissements éveillent des douleurs très vives à l'épigastre, dans le ventre et dans les flancs aux attaches diaphragmatiques; la malade les compare aux douleurs de l'enfantement; insomnie. — 15 sangsues sur l'épigastre; *ut supra* le reste.

Le 12, un peu de soulagement, quoique vomissant toujours; il n'y a ni accélération du pouls, ni chaleur à la peau. Les forces sont bien diminuées; la pâleur livide des téguments est plus prononcée. — 15 sangsues; *ut supra.*

Le 13, elle a peu vomi; les nausées sont fréquentes; moins de douleurs à l'épigastre; pas de selles; elle supporte mieux les potages. Pouls petit, dépressible, 84; chaleur normale. — Saignée de 60 grammes.

Le 14, nausées, vomit moins souvent, très peu de douleur à l'épigastre, pas de selles; elle est bien faible, peut à peine s'asseoir dans son lit. — *Ut supra*, moins la saignée.

Le 17, la malade se plaint d'avoir des coliques. Pas de selles. Elle ne vomit que le matin son bouillon, mais le supporte mieux dans la journée; ne vomit par la nuit, où elle ne prend que de l'eau de Seltz. — Onctions sur le ventre avec la pommade belladonée; cataplasmes *ut supra.*

Le 19, même état; moins de coliques; pas de selles. — *Ut supra*, avec un peu de suc de viande.

Le 23, des nausées; a vomi dès qu'elle avait sucé une portion de côtelette; supporte à peine quelque peu de bouillon. Coliques vives; gargouillement dans le ventre. Ne peut plus sucer de viande. A peine supporte-t-elle quelques cuillerées de bouillon.

Le 25, se plaint de voir trouble quelquefois, d'avoir des éblouissements, des tintements dans les oreilles. Les pupilles sont médiocrement dilatées, peu mobiles; le pouls est misérable, dépressible; la chaleur de la peau à peu près normale; la faiblesse bien grande; à peine peut elle se tenir assise; vomit toujours le matin une partie du bouillon qu'on lui donne. — Suppression des onctions de belladone; un bain; *ut supra* le reste.

Le 1[er] mars, n'a plus d'éblouissements; vomit encore ses bouillons et potages; ne peut pas supporter de jus de viande, n'a pas même désir de manger; faiblesse excessive; yeux cernés et enfoncés dans les orbites. — Vésicatoire sur l'épigastre; *ut supra.*

Le 4, même état. — Un bain.

Le soir, en la portant du bain dans le lit, elle a été prise d'une perte de connaissance qui a duré quelques minutes. Depuis lors elle ne peut plus parler. La prostration est excessive; elle répond par un faible signe de tête aux questions qu'on lui adresse. Les mouvements volontaires persistent, mais elle peut à peine les exécuter. Point de convulsions; résolution des membres. La sensibilité est intacte; la vue éteinte à peu près; les pupilles contractées, immobiles, la face grippée. Le pouls est misérable, filiforme; à peine le peut-on sentir. La chaleur normale; la respiration se fait bien; elle a des nausées continuelles, vomit peu cependant, si ce n'est lorsqu'on la force à boire, même de l'eau de Seltz. Ne supporte plus rien; la glace même est rejetée de temps en temps. — Sinapismes aux extrémités inférieures; julep diacodé et éthéré.

La nuit est agitée; elle a du délire, et tombe dans un coma complet avant de mourir, le 5 mars.

Autopsie, 36 heures après le décès.

Le cadavre paraît moins émacié que pendant les derniers moments de la vie. La roideur des membres est peu prononcée.

Cerveau. — Après avoir enlevé la voûte osseuse du crâne et la dure-mère, on trouve le feuillet viscéral de l'arachnoïde soulevé par une sérosité citrine qu'il est facile de faire fluer en tout sens, et qu'on voit s'accumuler surtout dans les sillons qui séparent les circonvolutions cérébrales. Un liquide de même nature s'échappe du rachis sous la forme d'un léger suintement, après la section transversale du bulbe à son union avec la moelle épinière; enfin elle remplit les ventricules cérébelleux et latéraux, où elle est limpide, transparente comme de l'eau de roche, surtout dans l'étage inférieur des derniers. Il serait aisé d'en recueillir une cuillerée dans chacun de ceux-ci. La substance cérébrale est d'une consistance normale; les coupes en laissent des surfaces plus humides qu'à l'ordinaire, comme aussi plus piquetées de rouge.

Thorax. — Les poumons sont sains; le cœur me paraît plus petit que dans l'état normal, mais il ne présente rien d'anormal. Les séreuses sont saines.

Abdomen. — La paroi abdominale, le grand épiploon et le mésentère sont chargés de graisse en quantité plus considérable qu'on ne l'aurait supposé pendant la vie. L'estomac, parfaitement sain, est distendu par un peu de liquide qui n'est que de l'eau trouble. Les intestins n'offrent rien d'anormal. Des matières dures sont arrêtées dans le cæcum. Le foie est un peu volumineux, dépasse l'hypochondre droit d'environ 6 centimètres; sa coupe est grasse, mais il ne présente point d'autre anomalie. La vésicule est distendue par de la bile peu épaisse. La rate et les reins sont sains.

L'utérus est distendu par un œuf régulièrement développé d'environ trois mois, et remplissant le bassin. Le fœtus est bien conformé; il présente le bassin au col de la matrice. Les annexes de l'utérus n'offrent rien d'anormal à gauche; mais à droite je trouve, entre la trompe et le ligament rond intacts, un cordon qui s'élève au-dessus du détroit supérieur, et qui donne insertion à une tumeur simulant une anse intestinale et paraissant faire suite au cæcum lui-même, au-dessous duquel elle se trouve immédiatement. Cette tumeur, du volume d'un fort poing, occupe l'aileron moyen, la place même de l'ovaire; elle contient une masse solide nageant dans un liquide; l'incision de ses parois, qui ont à peu près l'épaisseur de la peau, donne issue à un liquide séro-purulent, blanc-jaunâtre, pouvant être évalué à environ 60 gram. et renfermant des grumeaux jaunâtres qui ne sont que des mucosités avec de la matière grasse. Dans ce liquide baigne une masse compacte, solide, du volume d'une demi-orange, en forme de ménisque convexe, ayant l'aspect de la cire blanche, mollasse, qui fond entre les doigts. Le microscope n'y découvre que des débris de cellules épithéliales, et d'autres entières, globulaires, qui ne paraissent pas différer des cellules adipeuses ordinaires.

La face plane de cette masse adipocéreuse est recouverte par des mèches de poils entremêlés qui pénètrent par une ou les deux extrémités dans la matière grasse. Sur l'invitation de M. Rayer, président de la Société de biologie, devant laquelle j'exposai la pièce, je recherche avec le plus grand soin la nature, la structure, l'origine et le siége anatomique de ces poils.

La finesse de ces poils et leur longueur, qui va jusqu'à 20 et 25 centimètres, les rapprochent beaucoup des cheveux; il n'y en a pas de très courts dans la masse adipeuse; la plupart sont d'un jaune sale, quelques-uns sont roux, il y en a même de bruns; ils me paraissent être plus élastiques que les poils ou cheveux ordinaires. Leur structure est entièrement semblable à celle des cheveux; ils sont effilés à une de leurs extrémités, mais nous n'y trouvons pas qu'une extrémité soit terminée par le renflement bulbaire; leur tige présente une gaîne fibreuse et un canal médullaire ou central, transparent dans ceux qui sont d'un jaune paille. Nous avons trouvé, M. Davaine et moi, un poil noir dont le canal médullaire était rempli d'un amas de cellules brunâtres analogues à celles qu'on rencontre dans le canal central des cheveux bruns; seulement, elles étaient interrompues de distance en distace par d'autres cellules incolores à peu près. Les poils, dispersés dans toute la masse adiposéreuse, sont accumulés surtout dans une excavation centrale de la face plane qui pourrait contenir une pièce de 2 francs, et qui semble avoir été dans un rapport immédiat avec le lieu d'origine de la face interne de la poche, et d'où ils sont successivement tombés.

L'immersion de la masse adiposéreuse dans de l'eau à 60° la fait fondre complétement et nous permet d'en séparer les cheveux. La matière grasse nage à la surface sous forme de crème blanc-jaunâtre. Je ne trouve pas le moindre fragment d'os.

Les parois de la poche sont formées d'un feuillet externe séreux ou péritonéal, d'un feuillet moyen de nature fibro-

---

d'une part, des spécialistes de l'autre. Variole, vaccine, rougeole, scarlatine, syphilis, rage, morve, coqueluche, typhus, tels sont les éléments de ce chapitre. Et cependant, là encore, nous nous permettrons une légère observation. M. Requin n'aurait-il pas mieux fait d'établir, dans ce chapitre, trois sections bien tranchées? D'un côté, les maladies virulentes qui ne se transmettent que par contact immédiat, et dont on peut saisir et démontrer le virus; d'autre part, celles dont le principe essentiel virulent échappe à la lancette de l'observateur, et qui n'ont pas besoin du contact pour se propager; et, comme transition de l'une à l'autre, celles qui ont un mode de transmission double par contact et sans contact. Dans la première, il eût rangé la syphilis et la rage, par exemple; dans la seconde, le typhus et la coqueluche; et, entre ces deux extrêmes, la variole, la rougeole, la scarlatine et, peut-être, probablement même, la morve. La syphilis ne se transmet que par contact direct; la coqueluche et le typhus ne se gagnent pas par le contact, mais par le séjour dans le même air; nous eussions voulu voir les deux extrêmes séparés par les affections auxquelles nous conserverons la qualification d'intermédiaires. C'est là un détail qui ne nous paraît pas sans quelque importance. Ajoutons, avant d'achever ce qui a trait à ce chapitre, que nous avons été heureux de voir M. Requin se rallier à l'opinion de ceux qui veulent, avec raison, que la fièvre typhoïde et le typhus ne soient qu'une seule et même maladie, et admettre la transmissibilité du typhus, fait actuellement démontré, à nos yeux, de la façon la plus incontestable.

Sous le nom d'endémies singulières, M. Requin a réuni sept affections qui se montrent confinées et comme étroitement parquées chacune, sinon sur un seul et unique point de la mappemonde, du moins dans très peu de contrées, et qui ne reconnaissent point, dans l'état actuel de la science, de cause déterminante bien tranchée, bien appréciable, bien distinctement spécifiée au milieu de l'ensemble des circonstances topographiques. Ces affections sont le bouton d'Alep, la plique, la pellagre, le radesyge, le pian, le crétinisme et le béribéri. Chacun de ces genres nosographiques est le sujet d'un article spécial.

Enfin, dans le dernier chapitre de ce volume sont comprises quatre affections épidémiques particulièrement mémorables, qu'au point de vue étiologique peut-être eût-on pu réunir à d'autres maladies précédemment décrites, mais qui offrent assez de rapports entre elles pour justifier ce groupement, la grippe, la suette, l'acrodynie, le choléra pestilentiel.

Tel est, en peu de mots, le troisième volume des *Eléments de pathologie* du professeur Requin. Nous nous sommes, dans l'examen de son cadre, permis quelques observations critiques que l'auteur nous pardonnera très volontiers, et dont, nous en sommes certain, il ne nous gardera pas rancune. M. Requin est un de ces bons et honnêtes esprits qui permettent la discussion et ne s'offensent pas si on leur signale ce que l'on croit être une erreur, si on leur indique et que l'on suppose, peut-être bien à tort, devoir être une amélioration. Le critique use de son droit; tant pis pour lui s'il se trompe; mais ne doit-il pas soumettre à l'auteur ses réflexions sur le travail que celui-ci livre à son appréciation. De ce que l'art est difficile, s'ensuit-il qu'il faille approuver de confiance, et sans rien discuter, tout ce que les maîtres nous présentent? Celui qui rend compte d'un livre comme celui-ci est heureux lorsqu'il croit découvrir une face de l'œuvre qui lui semble un peu moins invulnérable que le reste.

Un mot encore, et nous terminons. La manière de M. Requin, avons-nous dit, est légèrement originale, et nous sommes bien loin de l'en blâmer. Un tel reproche serait un éloge. La vivacité de son argumentation, le côté pittoresque et nouveau sous lequel il présente ses vues, quelquefois en désaccord avec les idées généralement reçues sans un contrôle suffisant, le font lire avec un intérêt toujours soutenu et réveillent l'attention si prompte à se fatiguer quand il s'agit de matières du genre de celles dont se compose un ouvrage didactique. Sachons-lui gré, dédaignant le charlatanisme du titre, d'avoir intitulé modestement, *Eléments de pathologie*, son livre, dans lequel il y a certainement beaucoup plus de saine et de haute philosophie médicale que dans nombre d'autres qui ne portent cette philosophie que sur leur couverture.

D[r] A. Foucart.

Avant-hier a eu lieu le banquet offert par les chirurgiens de la garde nationale au général Lawœstine, à son chef d'état-major, le colonel Veyra, et à M. Deguise, inspecteur du service de santé. Plus de cinquante médecins, chirurgiens-majors et aide-majors assistaient à cette fête. A la fin du repas, un seul toast au prince Louis Napoléon a été porté par M. Ricord, l'un des commissaires, qui, en quelques paroles vivement senties, a exprimé, au nom de ses collègues, les sentiments de sympathie des chirurgiens de la garde nationale pour le chef de l'Etat.

Le petit discours de M. Ricord a été couverts d'applaudissements.

AVIS. — MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été sont prévenus que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu jeudi prochain 25 mars, à midi, à la Faculté de médecine.

vasculaire et d'un feuillet interne lisse, excepté dans un point, correspondant à l'ovaire réduit à une lamelle, où se trouve aussi une couche épithéliale qui les rapproche des muqueuses. Dans ce point est un mamelon, qui n'est autre chose que l'extrémité de l'ovaire et qui est comme le hile de la tumeur accidentelle. Environ une cinquantaine de poils jaune-pâle, roux et bruns, dont quelques-uns ont à peine 1 centimètre de longueur, sont implantés dans l'étendue de la surface revêtue de son épiderme et qui a la grandeur d'une pièce de 2 fr. Au moyen du dos du scalpel, on peut enlever cette couche épithéliale, tandis que les poils restent implantés dans le feuillet sous-jacent, qui se continue avec le feuillet lisse qui tapisse la face interne de la poche. Ces poils sont semblables à ceux que j'ai trouvés sur la masse adipo-séreuse, mais leur racine plonge évidemment dans un follicule. En les arrachant, nous pouvons constater M. Davaine et moi, en présence de MM. Rayer et Bernard, que leur extrémité radiculaire est bien coiffée de son follicule et terminée par le renflement bulbaire en tout semblable à la portion radiculaire des poils ordinaires.

Conclusion. — Les détails de cette observation touchent à deux points intéressants pour la science. L'histoire même de la maladie la rapproche des treize cas de vomissements incoercibles rassemblés par M. Danyau dans le savant discours qu'il vient de prononcer à l'Académie de médecine. En effet, rien ne peut expliquer l'épuisement de notre malade que le défaut de nutrition et nulle lésion morbide n'a amené ce trouble des fonctions. L'ouverture du cadavre n'apprend pas autre chose que ce que le diagnostic avait déjà appris, l'existence d'une grossesse normale de près de quatre mois. Mais la tumeur, le kyste ovarique, pour ne pas l'appeler œuf extra-utérin, peut-il avoir exercé une influence fâcheuse sur l'œuf intra-utérin? Aucune trace de compression, aucun signe d'inflammation n'existent sur l'utérus; le fœtus s'est bien développé, et d'ailleurs la tumeur, située en dehors du bassin, n'est pas assez volumineuse pour qu'il soit permis de pouvoir lui appliquer ce que F. Meckel (Mémoire sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps, *Journ. compl. des sciences médicales*), dit des kystes: « Trop volumineuses, ces substances peuvent, comme toute autre production anormale, amener enfin la mort du sujet par la concentration de l'activité vitale dans un seul point et le trouble général de la nutrition. »

S'il est évident que les désordres de l'appareil digestif dépendaient uniquement de l'état physiologique particulier de la malade, il est tout aussi évident que l'indication était d'agir fortement sur cet état perturbateur. Les révulsifs les plus puissants, les saignées n'ont pas suffi. Y avait-il autre chose à faire? Le praticien dans une circonstance pareille peut-il provoquer l'avortement? A quelle époque surtout est-il en droit de le tenter? Ce sont autant de questions qui seront peut-être plus nettes après la discussion ouverte en ce moment devant l'Académie de médecine de Paris.

Mais si la tumeur, la production accidentelle de l'ovaire droit, n'a eu aucune part dans l'issue fâcheuse de la maladie qui nous occupe, elle n'offre pas moins une importance scientifique. Sans examiner si ce kyste est le résultat d'une grossesse extra-utérine imparfaite ou incomplète, comme l'admettaient Cleghorn, Sontis, Haller, etc. (Meckel, *loc. cit.*); sans rappeler les réfutations que F. Meckel accumule dans son mémoire, je me borne à faire observer que des masses de graisse et de poils ont été trouvées par Hoffmann, Wepfer, Hunter et Pitel sous la peau; que « Ruysch en a vu se développer dans les interstices des muscles, » etc. (Meckel, *loc. cit.*); que Meckel parle de kystes renfermant de la graine et des poils, trouvés dans le parenchyme du foie d'individus du sexe masculin.

La nature des poils n'a pas toujours été bien constatée par les observateurs, et il existe encore la plus grande obscurité sur leur siége anatomique, malgré le savant mémoire de M. Rayer sur la pili-miction (t. II des *Comptes-rendus de la Société de biologie*). On pensait d'abord que ces poils n'avaient pas de racine; Meckel lui-même croyait à tort à la possibilité de la transformation des filaments muqueux en de véritables poils. MM. Rayer et Davaine ont montré depuis que des poils, ne différant des poils véritables que par des fibres transversales plus prononcées, peuvent exister sur la muqueuse de l'estomac des ruminants. Et le cas que je rapporte prouve également qu'une membrane logeant des follicules pileux est le véritable siége anatomique des poils que renferme le kyste. Mais il est nécessaire que d'autres cas bien observés viennent indiquer l'origine des poils qui constituent le véritable trichiasis, affection qui doit rester dans le cadre nosologique depuis que M. Rayer l'a si bien décrite.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 mars 1852. — Présidence de M. Piobert.

Mort par piqûres de scorpion.

M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une série de cas de mort, chez l'homme, par piqûres de scorpion, avec quelques expériences de piqûres semblables sur des animaux.

Le scorpion dont il est question est le *buthus supertus*, qu'on peut considérer comme existant sur tous les points de cette vaste mer de sable connue sous le nom de Sahara. C'est à ce même scorpion que doivent être rapportées les expériences faites en Italie et les observations recueillies à Tunis par Mallet de la Boissière.

Un indigène est piqué deux fois à la tête par un scorpion qu'il avait mis sous son bonnet; cinq heures après il était mort.

Un autre indigène nommé Mohammed est piqué deux ou trois fois à l'abdomen par un scorpion qu'il avait placé entre cette partie et sa ceinture; il mourut neuf heures après.

Dans la même année (1845), un autre cas de mort par piqûre de scorpion eut encore lieu chez le fils d'un Israélite, enfant de quatre ans. Il avait été piqué à la main, et mourut huit heures après.

Un jeune Maure est piqué, dans une soirée du mois d'août, à la partie externe du pied; le lendemain matin le malade était mort.

Un musulman d'un âge mûr était dans une mosquée comme on venait d'y apercevoir un scorpion. Il le saisit et le met sous son bonnet. Quelques instants après, comme il fléchissait le genou pour faire une génuflexion, il tombe sans mouvement et sans vie.

Un autre scorpion s'était introduit dans les cheveux d'une jeune Israélite comme elle venait de se couvrir la tête pour se coucher. Bientôt après elle se sent piquée au cuir chevelu; et pendant qu'elle cherchait à se débarrasser de ce qui l'avait piquée, elle reçoit encore coup sur coup deux nouvelles piqûres. Les plus graves accidents ne tardèrent pas à apparaître; ils se terminèrent par la mort douze heures après.

Les premiers accidents produits par la piqûre du buthus supertus, comme ceux produits par tous les autres scorpions susceptibles de donner la mort à l'homme, consistent en des vomissements, des déjections alvines, des défaillances et une grande prostration.

Plaie pénétrante du cerveau par arme à feu.

M. Guyon communique, en outre, le fait suivant de fracture du crâne par coup de feu, plaie pénétrante du cerveau dans une grande étendue, mort douze jours après la blessure, le blessé ayant conservé sa connaissance jusqu'à l'avant-veille de sa mort.

Le 12 novembre 1851, le zouave Tissort reçoit presque à bout portant une balle qui fracture le coronal à sa partie antérieure, moyenne et inférieure au-dessus de la bosse nasale, et se perd ensuite dans le cerveau. Tissort tombe aussitôt à la renverse; relevé immédiatement, il est transporté à l'ambulance, où l'on pratique sur la blessure une incision cruciale qui avait pour but la recherche du projectile. Cette recherche est faite sans succès, le projectile étant logé profondément dans le cerveau. La lésion osseuse était circulaire et faite comme par un emporte-pièce; elle communiquait des deux côtés avec les sinus frontaux.

Déjà le blessé avait perdu l'usage de la parole; il ne proférait que des sons inintelligibles. Toutefois, la sensibilité générale était conservée; il n'y avait point de paralysie, et l'intelligence était intacte. Le blessé était encore sur le champ de bataille.

Le lendemain 3, Tissort est évacué sur Delhys, ville de la côte, où il n'arrive que le 5 à huit heures du soir. Son état était alors le suivant:

Décubitus dorsal, coma, dont le malade sort facilement; hébétude; pouls au-dessous de l'état normal, quoique plein; peau halitueuse; respiration normale; bon état des voies digestives. Point de paralysie, ni générale, ni partielle; perte de la parole, mais intelligence intacte. Le blessé ne répond que par des sons mal articulés aux questions qu'on lui adresse. Point de céphalalgie; sensibilité générale conservée. — Pansement simple; saignée de 500 grammes.

La saignée était à peine terminée, que le blessé, sur la demande qu'on lui en fait, répond: *Ça va mieux, major, merci.* Ce sont les seules paroles bien distinctes qu'il ait prononcées jusqu'à sa mort.

La nuit fut bonne, et le lendemain au matin le malade était moins abattu que la veille, en même temps que sa figure exprimait aussi moins d'hébétude. Cependant on ne pouvait obtenir que des *oui* et des *non* aux questions qu'on lui adressait. Le pouls donnait 55 pulsations; il était régulier, mais un peu dur. — Saignée de 300 grammes; six pilules de calomel à 0,1; un lavement purgatif, etc.

Du 7 au 10, apparence d'amélioration telle, que ce dernier jour, au matin, on prescrit au malade une soupe au lait.

Le 11, au matin, suppuration plus abondante que les jours précédents. Le pus paraît de bonne nature. Trois petites esquilles se présentent; on les extrait, ainsi qu'une portion de la balle qui s'en était séparée dans la fracture.

Le 12, même état que la veille. — Même prescription.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à ce jour, Tissort a pu, aidé par un infirmier, se lever pour aller à la garde-robe et, de plus, s'asseoir sur son séant sans aucune assistance pour prendre ses légers aliments.

Le 13, à la visite du matin, le blessé, qui, la veille encore, avait parfaitement répondu par signes aux questions qu'on lui adressait, était assoupi, et on ne put le réveiller qu'avec peine. Sa physionomie exprimait alors l'hébétude; yeux ternes; pouls petit, dur, donnant 45 pulsations; respiration légèrement stertoreuse. La suppuration est sanieuse. — Vésicatoire à la nuque, sinapismes aux cuisses.

Dans la nuit du 13 au 14, agitation, rêvasserie, quelques convulsions cloniques.

Le 14, à la visite du matin, coma profond, avec convulsions cloniques de temps à autre. Dans l'après-midi, les mêmes convulsions se continuent et se rapprochent jusqu'à l'instant de la mort, qui eut lieu le lendemain matin, à une heure.

Nécropsie. — Le cerveau seul fut examiné. Injection des vaisseaux de la dure-mère; suffusion sanguine dans tout le pourtour de la plaie d'entrée, située à la partie antérieure du lobe droit. Le projectile s'étend, d'avant en arrière, dans toute l'étendue de la partie supérieure et interne de ce même lobe. A son point de terminaison est le projectile, mâché dans un tiers de la circonférence; au-dessous de celui-ci est un petit pertuis communiquant avec le ventricule, qui ne renferme qu'un peu de sérosité couleur de citron. Une traînée de suppuration occupe tout le trajet du projectile depuis son entrée jusqu'à sa terminaison, où la suppuration est mélangée de beaucoup de sang. Toute la substance cérébrale enveloppant ce trajet est plus ou moins ramollie, méconnaissable; au delà de ce ramollissement jusqu'à la périphérie cérébrale, les vaisseaux sont plus ou moins injectés. Les autres parties du cerveau n'offraient rien d'anormal.

Sur la cause de la coloration du sang.

M. Hetel, pharmacien de la marine à la Guadeloupe, adresse une note sous ce titre: *Quelle est la substance chimique qui détermine l'absorption de l'oxygène contenu dans le sang, et comment peut-on expliquer la coloration de ce liquide?*

En essayant l'action de l'eau oxygénée sur les sulfo-cyanures alcalins (potassique et ammonique), l'auteur remarqua que ces sels prennent immédiatement, par leur contact avec ce corps, une coloration rouge-vermeil de sang artériel. Frappé de cette réaction, M. Hetel chercha à isoler la combinaison formée. Elle est soluble dans l'éther, et si on la renferme dans un flacon bouché, elle se conserve assez longtemps; si on l'expose à l'air, ou si on la chauffe, l'oxygène se dégage et le sulfo-cyanure redevient incolore. Ce fait fit penser à M. Hetel que le sang pourrait bien devoir à la présence des sulfo-cyanures son affinité pour l'oxygène et sa coloration, au moins en partie. L'oxygène absorbé dans la respiration parcourrait les vaisseaux sous la forme d'une combinaison sulfocyanurée, facilement décomposable. et qui permettrait à ce gaz éminemment vital d'agir sur nos organes pour la nutrition et la formation des gaz expirés (acide carbonique, vapeur d'eau).

La coloration du sang serait due, au moins en partie, à cette combinaison d'oxygène avec un sulfo-cyanure doué d'une couleur vermeille.

Le Soyer.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 35. — MARDI 23 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 35. — MARDI 23 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Kystes des synoviales des fléchisseurs des doigts. — Névralgie simulée par une épingle avalée huit mois auparavant, et qui sortit par une ouverture aux téguments. — Société de chirurgie, séance du 10 mars. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Kystes des synoviales des fléchisseurs des doigts.

Leçon recueillie par M. J. LACAZE, externe du service.

La présence simultanée dans le service de trois malades affectés de kystes siégeant dans les synoviales des fléchisseurs des doigts nous a donné l'idée de tracer les principaux caractères de cette affection, peu connue d'ailleurs, et dont le traitement laisse encore beaucoup à désirer. Chacun de nos malades se présente à des degrés différents de la maladie, et cependant ils ont quelques caractères communs; le premier a parcouru toutes les périodes et peut être considéré comme un type complet de cette affection; le second a présenté ceci de remarquable qu'à une certaine période de la maladie la tumeur s'est percée et a donné passage à une certaine quantité de liquide séro-purulent, puis elle s'est refermée pour se reproduire; le troisième cas, enfin, est chez une femme qui n'a présenté que des symptômes de début ou du moins peu avancés. Du reste, avant d'entreprendre l'histoire pathologique de ces kystes, nous croyons utile de rappeler la disposition anatomique de la synoviale des tendons fléchisseurs : ces quelques notions d'anatomie serviront à faire mieux comprendre les faits qui vont suivre.

Les tendons des muscles fléchisseurs des doigts peuvent être divisés en deux groupes relativement à la disposition de leurs gaînes synoviales : l'un comprend le pouce, qui a pour lui seul une gaîne spéciale; l'autre les quatre doigts, qui sont renfermés dans une gaîne commune spéciale. Envisagées d'une manière générale, ces gaînes tendineuses peuvent être comparées à une sorte de manchon traversé par le tendon. Elles s'étendent vers l'avant-bras jusqu'à la partie inférieure du carré pronateur; du côté de la main, elles offrent des prolongements qui n'ont pas pour tous les doigts la même étendue. En effet, tandis qu'elles se propagent jusqu'à l'ouverture des tendons fléchisseurs du petit doigt et du pouce, elles s'arrêtent pour les trois doigts moyens vers le milieu de la paume de la main.

Le cadre que nous venons de présenter ne suffirait pas pour donner une idée exacte de la disposition de ces synoviales relativement aux tendons fléchisseurs; ajoutons quelques mots. Dans une coupe transversale du poignet faite au niveau du ligament annulaire du carpe, supposons-la partir d'un point A qui représente la partie antérieure de ce ligament annulaire et admettons qu'elle se porte d'abord en dehors : elle vient se mettre en contact avec la gaîne du fléchisseur du pouce en circonscrivant un espace triangulaire où passe le nerf médiau; partant de ce point, elle se recourbe sur elle-même de façon à redevenir parallèle à sa direction première en passant au-devant des fléchisseurs superficiels; arrivée au fléchisseur du petit doigt, elle se réfléchit de nouveau au-dessous de ces tendons et redevient adhérente à la gaîne du fléchisseur du pouce; puis, revenant sur elle-même, elle suit de nouveau une direction parallèle à son trajet primitif, se porte de dehors en dedans au-devant des fléchisseurs profonds, puis de dedans en dehors en passant derrière ces tendons; et enfin, parvenue au bord externe, elle se recourbe une dernière fois en passant au-devant des os du carpe et vient rejoindre le point A dont nous l'avons supposée partir.

En résumé donc, il résulte de ce que nous venons de dire que les deux couches des fléchisseurs superficiels et profonds forment dans la cavité synoviale commune deux cloisons incomplètes qui la divisent en trois loges superposées communiquant entre elles vers le côté interne du poignet.

Nous avons en commençant tranché une question importante et qui cependant a été controversée, c'est celle de la non-communication de la gaîne du pouce avec celle des autres doigts. M. Maslieurat-Lagemand (1) affirme cette communication; mais cette opinion n'est pas partagée par MM. Cruveilhier, Velpeau et Gosselin, dont les recherches récentes sont venues compléter nos doutes sur ce point intéressant de l'anatomie de la région.

La description que nous venons de reproduire offre, au point de vue chirurgical, deux choses importantes à noter :

La première est relative à l'accollement de la synoviale du pouce et de celle des autres doigts; la seconde, à la longueur différente des gaînes tendineuses. En effet, si elles suivent dans toute leur étendue les fléchisseurs du pouce et du petit doigt, d'un autre côté elles ne forment que de petits culs-de-sac aux trois doigts du milieu, et ils ont ceci de remarquable qu'ils sont d'autant plus longs qu'on se dirige de plus en plus de dehors eu dedans. Celui de l'indicateur est le plus court; tandis que le plus long des trois est, au contraire, celui de l'annulaire.

Ces notions anatomiques une fois posées, appliquons-les aux faits pathologiques que nous avons observés.

Le nommé X..., charron, âgé de vingt et un ans, est entré à la Clinique le 15 janvier 1852. Il prétend avoir habituellement une bonne santé, et ne présente pas, en effet, de traces de cachexie ou d'un état pathologique général quelconque. Il racoute seulement qu'il a eu, depuis l'âge de sept à huit ans, un certain nombre de furoncles; mais depuis cinq ou six ans il n'a plus été sujet à cette affection. Il y a deux ans, il a éprouvé quelques douleurs dans le dos et l'épaule droite; elles ont duré quatre ou cinq jours, puis ont disparu pour ne plus se reproduire : on ne peut donc pas voir chez lui de disposition rhumatismale accusée.

Depuis deux ans et quelques mois, le malade est atteint de l'affection qui l'amène à l'hôpital; et, du reste, c'est déjà la seconde fois qu'il vient réclamer nos soins, car, le 17 juin 1851, il s'est présenté à nous avec une tumeur du poignet semblable à celle qu'il présente aujourd'hui. Au bout de quelques jours, sous l'influence du traitement que nous indiquerons tout à l'heure, il nous quitta guéri; mais il rentre aujourd'hui pour une récidive.

Le début de la maladie fut annoncé par des douleurs et de l'engourdissement du côté du pouce avec gonflement de ce doigt, dont les mouvements étaient très limités et douloureux; plus tard, il est survenu une tuméfaction du poignet, un peu au-dessus du ligament annulaire du carpe, plus considérable à la région externe. Sous l'influence de frictions faites avec une pommade dont il ignore la nature, il obtint, dit-il, une amélioration sensible. Mais un an après que la maladie eut débuté au pouce, il se manifesta un gonflement considérable au poignet, marqué surtout vers la région interne; bientôt ce gonflement se propagea jusqu'à l'extrémité du petit doigt, qui resta pendant six semaines sans pouvoir être fléchi; au bout de ce temps le mouvement de flexion pouvait être communiqué à ce doigt par l'autre main, mais la flexion active était perdue. Deux ou trois mois plus tard, le pouce a aussi été affecté de la même manière, et en même temps le gonflement du poignet a augmenté. C'est à cette époque que le malade est entré à la Clinique pour la première fois, présentant l'état que nous allons décrire et qui est à peu près celui qu'il offrait la seconde fois.

On constatait chez lui, à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras, une tumeur molle, fluctuante, saillante surtout vers le bord cubital et disparaissant à une pression soutenue; le poignet avait donc une configuration anormale, caractérisée surtout par une saillie arrondie en avant.

Le toucher faisait reconnaître une tumeur assez dure dans la paume de la main, formée par un liquide épanché qu'on pouvait facilement faire refluer vers l'avant-bras, et réciproquement. En faisant exécuter aux doigts des mouvements de flexion et d'extension, on percevait un bruit de crépitation très manifeste; le toucher le constatait, et à l'oreille elle-même il rappelait le bruit du frottement pleurétique. Tous ces signes nous ont démontré l'existence, dans le poignet de ce jeune homme, d'une de ces tumeurs en bissac contenant un certain nombre de corpuscules blancs, albumineux, rappelant par leur forme les graines de melon ou de riz à moitié cuit, que Dupuytren a décrites sous le nom de *kystes séreux à granules hydatiformes*. C'est qu'en effet on rencontre assez souvent dans ces tumeurs de petits corps blancs, albumineux, rappelant par leur forme et leur aspect général les hydatides, mais ne présentant aucun signe de vie. Ces petits corps se trouvent aussi quelquefois dans la bourse prérotulienne. La crépitation perçue n'est, du reste, pas un signe qui indique exclusivement la présence de ces corpuscules; car on l'a observée assez souvent, soit lorque l'ouverture qui fait communiquer la cavité du poignet et celle de la paume de la main est rétrécie, et qu'alors le liquide vient produire un bruit de râpe par son passage à travers l'étranglement, ou encore par le frottement des tendons sur la gaîne qui leur donne passage. Il se produit peut-être là une vibration analogue à celle de la corde mise en mouvement par l'archet. Outre les phénomènes que nous venons de mentionner, le malade a encore présenté des douleurs vives se produisant surtout pendant la nuit, occupant toute la longueur de l'avant-bras, et siégeant principalement sur le trajet du nerf cubital. Nous nous sommes demandé quelle était la nature de ces douleurs qui n'ont peut-être pas été suffisamment étudiées, et nous sommes arrivé, par exclusion, à les regarder comme névralgiques; seulement ces névralgies doivent être caractérisées par l'épithète d'*ascendantes;* car la cause qui les détermine, à l'encontre des faits ordinaires, semble siéger à la périphérie du nerf, et non vers sa racine.

Tels sont les principaux phénomènes observés chez notre premier malade. L'histoire des deux autres devra être beaucoup plus succincte; car nous nous bornerons à signaler les particularités, en regardant l'observation précédente comme un type. Le traitement sera indiqué et formulé à la fin de cette étude.

Notre second malade, couché au n° 5 de notre salle des

(1) Des aponévroses et des synoviales de la main, etc. (*Gazette médicale de Paris*, 4 mai 1839).

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11, 13, 16 et 18 mars.)

CARTILAGES ARTICULAIRES.

Des changements de structure constants se rencontrent dans le cartilage qui constitue le séquestre et dans celui qui forme et entoure la cavité de réception. Le cartilage dont les saillies et les anfractuosités se moulent sur des anfractuosités et des saillies correspondantes de la cavité de réception contient dans sa gangue une quantité de tissu fibreux plus ou moins grande; simultanément, le microscope montre les cavités du cartilage agrandies, pleines de noyaux, de granules et de graisse. L'altération est analogue, mais moins prononcée dans le tissu cartilagineux qui entoure la cavité de réception du séquestre. Le tissu fibreux s'y rencontre quelquefois, mais en petite quantité; d'autres fois, il manque complétement; les cavités du cartilage, moins agrandies que celles du séquestre, renferment quelquefois des granules, des noyaux altérés, de la graisse; enfin, dans l'épaisseur même de la gangue du cartilage, on trouve quelquefois une grande quantité de matières grasses. Dans quelques cas, les noyaux contenus dans les cavités des cartilages avaient manifestement augmenté de nombre. La cavité qui renfermait le séquestre était presque toujours formée par le tissu cartilagineux lui-même; cependant dans un cas la cavité située sur la partie centrale de la petite tête de l'humérus, chez un homme dont plusieurs articulations étaient atteintes d'arthrite sèche, présentait une cavité logeant un séquestre, et dont les parois étaient formées en certains points par le tissu osseux lui-même, en d'autres par des restes de cartilages. C'est là un fait exceptionnel, tenant probablement à l'arthrite sèche, qui avait amené l'amincissement des cartilages d'encroûtement; dans tous les autres cas, le travail d'élimination avait eu lieu au sein même du tissu cartilagineux. J'ai négligé de vous parler du lieu même occupé par la nécrose; cela déjà vous fait prévoir qu'on rencontre la lésion dans des articulations fort différentes; en effet, elles existent dans les articulations du coude, de l'épaule, deux fois au centre de la concavité du scaphoïde du tarse.

L'ossification des cartilages diarthrodiaux est un autre genre de lésion dont vous avez vu plusieurs exemples : ce travail morhide se présente à l'œil sous plusieurs aspects extérieurs différents; ainsi vous avez vu l'ossification donner lieu à des taches d'un blanc jaunâtre sans saillie aucune du cartilage à ce niveau, mais donnant à ce tissu une opacité et une dureté plus grandes. Une autre fois, sur une tête humérale, M. Verneuil vous montrait l'ossification du cartilage diarthrodial sous forme de petites végétations mamelonnées, irrégulières, très dures; quelquefois ce ne sont que des stries opaques visibles à la surface du cartilage ou bien une plaque continue et épaisse.

Dans quelques cas rares, enfin, le commencement de l'ossification ne donne aucun caractère visible à l'œil nu, et ce n'est que par le moyen du microscope et des actions chimiques que le commencement de la transformation du cartilage en os peut être reconnu. Sur une pièce, la plus curieuse de toutes, on apercevait par places des trous parfaitement ronds, larges de 1/10e de millimètre; autour de ces trous, les cavités du cartilage étaient disposées en séries concentriques, comme les corpuscules osseux autour des canalicules. Parmi ces cavités, les unes éta[illegible] à fait normales, transparentes, contenant un et deux corp[illegible] artilagineux; les autres étaient opaques, moins régulières, [illegible] llongées, reliées à leurs voisines par de petites lignes noi[illegible] solument comme cela a lieu pour les corpuscules osseux. Pour compléter cet examen, on a ajouté à la préparation de l'acide chlorhydrique; il en est résulté un dégagement considérable de gaz, et la pièce, après le lavage, a reparu alors complétement transparente et presque semblable à un cartilage normal. A un degré beaucoup moins avancé de la lésion, les cavités du cartilage étaient remplies par une sorte de matière grenue, qui par l'addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique donnait lieu à la formation de quelques bulles de gaz et disparaissait alors pour laisser la préparation complétement transparente.

Vous avez assisté déjà dans les recherches de M. Broca à la formation et à l'évolution de diverses lésions des cartilages d'encroûtement; vous serez donc peu étonnés de voir l'ossification apparaître dans les cartilages sans l'intervention des vaisseaux; en effet, ils manquaient complétement dans toute l'épaisseur de la couche diarthrodiale de la pièce dont il était question plus haut.

Je viens de parler de l'ossification morbide des cartilages; permettez-moi de mentionner ici un fait nouveau que nous devons également à notre collègue M. Broca. Suivant lui, dans les cartilages épiphysaires l'inflammation accélère d'une manière remarquable le travail de l'ossification; ainsi, sur une articulation du coude, on voyait plusieurs points d'ossification produits avant l'âge; sur ce squelette d'un enfaut de trois ans, il existait au coude un point d'ossification qui ne se produit qu'à trois ans sur la tête du radius, un autre qui n'apparaît en général qu'à sept; enfin, un autre point osseux sur la trochlée elle-même, qui ne s'ossifie d'habitude que de douze à treize ans.

La dernière lésion des cartilages diarthrodiaux dont j'ai à vous entretenir ici n'est pas la moins intéressante de toutes, c'est le dépôt de tubercules en nappe à leur surface. Nous avons vu maintes fois, dans le courant de cette année, le tubercule accumulé sous forme de couche molle et continue à la surface des membranes muqueuses, dans le rein, les uretères, la vessie, les trompes et l'u-

hommes, est raffineur de son état, profession, comme on sait, exigeant un déploiement de forces considérable. D'une assez bonne constitution d'ailleurs, il est âgé de trente-deux ans et déclare avoir toujours joui d'une santé parfaite. Ce n'est qu'à dix mois qu'il fait remonter le début de sa maladie. Il ressentit alors pour la première fois une douleur sourde dans les articulations des doigts, avec une roideur très marquée. La maladie a débuté à peu près avec la même intensité dans tous les doigts, mais sans phénomènes du côté du poignet. Ce n'est que deux mois plus tard que le gonflement s'est manifesté dans cette région, et a été plus considérable dans la portion correspondant au pouce, sans que ce doigt fût notablement plus gros que les autres. Cette tumeur du poignet s'est graduellement accrue, et a fini par acquérir le volume d'un petit œuf. Le malade, gêné dans ses travaux, où la main devait être pliée, n'en a pas moins continué à soulever de lourds fardeaux. Il y a six mois, la tumeur, déjà fluctuante depuis quelque temps, a fini par se percer en laissant écouler une certaine quantité de liquide séro-purulent. Le malade n'a pas cessé son travail; et l'écoulement, après avoir continué pendant quelque temps, s'est enfin tari, et la tumeur, qui avait notablement diminué et même presque disparu, a commencé à se reproduire, lorsque deux mois plus tard l'orifice a été oblitéré. Et, en effet, nous avons pu constater, lorsque nous avons vu le malade pour la première fois, qu'il présentait à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras une large tumeur fluctuante, accompagnée de gêne dans la flexion et l'extension des doigts, et même de douleurs dans les articulations. Nous retrouvons chez ce malade un phénomène important et déjà signalé dans l'observation précédente: c'est une douleur qu'il ressent dans tout l'avant-bras, mais plus vive et plus distincte sur le trajet du nerf médian, et elle présente ceci de remarquable, qu'elle s'exaspère la nuit. Du reste, comme chez l'autre malade, la tumeur n'était pas en bissac, elle était bornée à l'avant-bras. La paume de la main est restée parfaitement libre.

Un vésicatoire volant appliqué par deux fois sur la tumeur n'a produit que peu de résultat. Nous avons alors employé les compresses d'alcool, suivant la méthode de M. Houzelot, de Meaux, et nous avons fait diminuer l'épanchement en très peu de temps; seulement, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'état chronique a succédé à l'état aigu, et il est resté à la place de la tumeur première un empâtement assez ferme qui a résisté à tous les moyens mis en usage en pareil cas. Les mouvements étaient toujours gênés, mais peu douloureux, et les douleurs névralgiques du bras avaient complétement disparu Nous avons fait sur le siége de la tumeur quelques lignes avec le cautère actuel, et sous l'influence de la révulsion produite, le malade ne souffrit plus. Disons de suite, pour ne plus y revenir, que, ce malade étant resté dans nos salles, nous avons pu l'observer, et les accidents ayant reparu, ou du moins l'empâtement chronique avec gêne des mouvements ayant persisté, nous avons dû à plusieurs reprises employer la cautérisation transcurrente. Chaque fois nous obtenons une certaine amélioration; mais la guérison n'est pas encore complète.

Le troisième malade observé est une femme âgée de cinquante-deux ans, qui n'a jamais présenté le moindre accident tenant de près ou de loin à la maladie qui nous occupe; son travail se borne à faire son petit ménage, c'est dire qu'elle n'est pas exposée à un travail qui dépasse ses forces. Il y a un an et sans cause appréciable, elle a ressenti des picotements et même des élancements dans le pouce et le doigt annulaire de la main droite; puis ces douleurs ont gagné la main, et se portant enfin vers le bord interne de l'avant-bras, elles ont suivi le trajet du nerf cubital, se répandant ainsi dans le bras et même jusque dans la mamelle du même côté. N'oublions pas que la maladie a débuté dans le pouce.

Ce n'est qu'il y a sept à huit mois, c'est-à-dire au mois de juin dernier, qu'il est survenu des élancements dans le poignet, et une tuméfaction assez grande siégeant surtout vers le bord interne et à la partie inférieure de ce poignet. A cette époque, le petit doigt et l'annulaire étaient douloureux, et les douleurs du bras étaient devenues plus vives. Malgré ces accidents la malade, continuant ses occupations, ils se sont aggravés, et elle a été ainsi obligée à plusieurs reprises de les cesser, pour les reprendre au bout d'un ou deux jours. Elle est venue une première fois réclamer des soins à la Clinique, au mois d'octobre dernier. L'alcool a été employé chez elle avec quelque succès; mais obligée de sortir pour affaires, le mieux ne s'est pas soutenu, et la reprise des occupations de la malade, jointe à la cessation du traitement, a compromis le demi-succès qu'on avait déjà obtenu.

Elle est rentrée le 17 janvier 1852 plus malade que jamais. Elle présente une tumeur fluctuante assez considérable à la partie antérieure du poignet; les mouvements de flexion et d'extension sont gênés et même douloureux; et, chose remarquable, elle éprouve, comme les deux malades dont nous venons de tracer l'histoire, des douleurs névralgiques s'exagérant la nuit, au point même de troubler le sommeil.

En présence de ces accidents, nous avons mis en usage le moyen employé précédemment, et les compresses alcooliques ont produit chez elle une cessation complète des douleurs. L'idée des applications alcooliques appartient à M. Houzelot, de Meaux, qui l'a le premier employée, et souvent avec succès. Il cite entre autres le fait d'un terrassier qui portait une tumeur en bissac, comme celle que nous avons décrite chez notre premier malade, et qui a été guérie par l'application de l'alcool en deux mois; il a repris ses travaux et la guérison s'est maintenue.

En résumé, voici de quelle façon nous appliquons l'alcool: on se sert d'alcool à 36°, dont on a imbibé une compresse assez épaisse que l'on place sur la tumeur; on a soin que la compresse soit constamment très fortement imbibée; et, pour empêcher l'évaporation, on entoure le tout d'une bande de taffetas gommé. Ce traitement, fait avec persistance pendant un temps variable selon les sujets et le degré d'évolution de la maladie au moment où on le commence, joint à un régime doux et au repos absolu du poignet, nous a donné d'assez bons résultats.

Pour en revenir à notre premier malade, dont nous avons à dessein renvoyé le traitement ici, voici ce qui a été fait: lorsqu'il est entré dans le service au mois de juin dernier, l'application de l'alcool avait fait disparaître ses deux tumeurs dans un temps assez court; aussi avons-nous pensé alors que, si, malgré la crépitation qu'on entendait, il y avait des corpuscules hydatiformes, il y en avait au moins en bien petit nombre. Le malade a repris ses travaux de charron, et au bout de deux mois la tumeur s'était reproduite en présentant toujours sa forme en bissac et les autres caractères que nous avons énoncés plus haut. L'alcool a été encore une fois appliqué avec persévérance et a semblé pendant quelque temps produire la résolution de l'épanchement; mais bientôt le malade s'est plaint d'une douleur assez vive dans la partie touchée par l'alcool, douleur qu'il caractérisait par les mots de cuisson et de brûlure. La région présentait en même temps un soulèvement considérable de l'épiderme, qui était blanchâtre, coriace et ridé, et contenait au-dessous de lui une assez grande quantité de liquide séreux très limpide. La tumeur du poignet semblait avoir diminué de volume, mais pas avoir disparu complétement.

Nous nous sommes demandé quel était le mode d'action de l'alcool dans cette circonstance, et nous avons pensé qu'il aurait bien pu ici agir comme agent irritant et produire par son contact incessant une sorte de vésication analogue à celle que produit l'ammoniaque, mais moins rapide. Son action est pour nous spéciale, évidente dans certains cas; si l'explication nous échappe, ce moyen n'en devra pas moins être conservé; le mode d'action de la plupart de nos moyens thérapeutiques n'est pas d'ailleurs plus connu que celui de l'alcool.

Il est resté, chez notre premier malade, un empâtement fluctuant avec une crépitation sensible par le moindre mouvement des doigts, et même en faisant refluer le liquide de la tumeur palmaire à celle du poignet et réciproquement; la présence de ce craquement nous fait penser qu'il y a là probablement un assez grand nombre de corpuscules hydatiformes, et que nous avons affaire à une de ces tumeurs décrites par Dupuytren. Dans ce cas, on le comprend, notre médication topique devient insuffisante, et, avant d'en venir à l'incision de la tumeur, que Dupuytren préconise, mais qui amène toujours des accidents plus ou moins graves, nous nous proposons de faire une ponction avec le trocart, et une injection iodée après avoir vidé la poche le plus possible.

Chez les deux autres malades, le résultat a été encore assez satisfaisant; l'alcool a produit la disparition de la tumeur en peu de temps. L'homme couché au n° 5 a bien gardé un empâtement de la région; mais la maladie principale n'en a pas moins été jugée par notre moyen. Il a présenté une atrophie assez grande de la masse de muscles qui se trouve à la partie interne de l'avant-bras; mais nous n'osons pas rapporter à la tumeur du poignet ce phénomène, qui ne trouve pas ici d'explication justifiable. Quant à la femme, sa tumeur a par deux fois disparu; et, la seconde fois, le traitement ayant été assez longtemps continué, nous avons tout lieu de ne pas craindre une récidive.

On le voit, l'alcool a agi dans ces trois cas avec une efficacité presque inversement proportionnelle à l'état d'ancienneté du mal. Nos trois malades étaient à des périodes différentes de la maladie. La guérison a été prompte quand l'affection était récente; pour les deux cas où elle était ancienne, nous n'avons obtenu qu'une amélioration.

La maladie a débuté chez deux d'entre eux, la femme et le premier malade, par la gaîne du pouce; chez le second par la gaîne commune des doigts. Cependant chez le premier la tumeur du poignet, après avoir été plus volumineuse du côté du pouce, a au contraire considérablement prédominé vers le bord interne du poignet; chez l'homme du n° 5, elle paraît être passée de la gaîne commune des doigts à celle du pouce. Nous avons établi anatomiquement l'isolement de ces deux gaînes, et cependant comment expliquer la gêne successive des mouvements et la douleur ressentie par nos trois malades dans des conditions différentes? La seule explication probable de ce passage de la maladie d'une gaîne à l'autre serait le développement d'une inflammation de voisinage se transmettant d'autant plus facilement que les deux gaînes sont plus fortement accolées l'une à l'autre; mais il reste ces douleurs névralgiques ascendantes qui se sont montrées si constantes et si bien caractérisées chez nos trois malades.

Y a-t-il là aussi un phénomène de voisinage? et les nerfs cubital ou médian sont-ils influencés par le voisinage d'un foyer inflammatoire, et de cette influence résulte-t-il les douleurs observées? Le nerf médian étant situé au-dessous du ligament annulaire du carpe, ne pourrait-on pas expliquer les douleurs suivant son trajet par la compression qu'il subit? A cause de la distension exagérée de la synoviale qui le comprime contre le plan résistant du ligament annulaire du carpe, cette explication est séduisante pour ce nerf. Le nerf cubital serait, lui aussi, comprimé contre un prolongement de l'aponévrose palmaire qui le recouvre.

Nous venons d'émettre quelques idées sur une affection peu étudiée, et qui cependant mérite de l'être. Nous n'avons pas prétendu faire une histoire complète de la maladie, mais seulement, en groupant quelques faits, mettre en lumière les *desiderata* de la science à cet égard.

NÉVRALGIE

simulée par une épingle avalée huit mois auparavant, et qui sortit par une ouverture aux téguments.

Par M. Field.

Mary M..., âgée de trente ans, et bien portante jusque-là, vint en pleurant, au mois de juillet 1842, au dispensaire. Elle disait qu'ayant des épingles dans la bouche, elle en avait involontairement avalée une qui s'était arrêtée au gosier. Je la sondai, et elle s'en alla se trouvant complétement guérie.

En octobre, je fus de nouveau appelé à la visiter. Elle accusait une souffrance atroce dans la hanche, s'étendant au membre inférieur du même côté, et tellement forte qu'elle succomberait, disait-elle, si l'on ne parvenait à la soulager de cette douleur, qui lui arrachait des gémissements et des cris.

---

térus; les faits analogues ne sont pas rares dans nos bulletins, et la science en renferme plus d'un semblable. Je ne m'arrêterai pas au lieu d'origine de ce dépôt tuberculeux.

M. Lebert, dans une de nos séances de l'année dernière, assurait que l'examen attentif des pièces semblables lui avait démontré que les tubercules se déposent directement dans la trame des membranes muqueuses, en atteignent la surface sans produire d'ulcération, écartant simplement la muqueuse au sein desquels ils se sont déposés, ou en faisant disparaître la couche superficielle très mince qui les recouvre. Sans nous livrer à la discussion de ce point d'histologie, nous pouvons affirmer au moins que le dépôt tuberculeux, primitif ou consécutif, existe à la surface des membranes muqueuses. Cette même couche tuberculeuse, nous l'avons rencontrée, dans le cours de cette année, à la surface des cartilages articulaires. Sur le coude d'un enfant de trois ans, la surface interne de la synoviale et du cartilage articulaire était recouverte d'une couche de matière présentant au microscope tous les caractères de la substance tuberculeuse; il en était de même dans les articulations du tarse d'un pied que M. Verneuil a mis sous vos yeux: seulement il y avait eu, dans ces cas, destruction presque complète des cartilages diarthrodiaux. Ce sont là des faits rares d'anatomie pathologique. Cependant notre collègue M. Lebert nous a assuré avoir rencontré deux fois le tubercule déposé en plaques périostales; M. Verneuil a ajouté qu'il a présenté à la Société de biologie un rachis sur lequel on trouvait une couche tuberculeuse déposée entre les os sains et le grand surtout ligamenteux. En présence de ces diverses pièces, M. Broca a cru trouver dans la consistance de la couche tuberculeuse, son degré d'adhérence aux parties sous-jacentes, des circonstances qui forçaient d'attribuer ce dépôt à autre chose qu'un simple épanchement de matière tuberculeuse provenant d'un foyer voisin. Il est probable, suivant notre collègue, que le tubercule se développe sous forme de petits grains à la face interne de la synoviale, y détermine une inflammation de voisinage, et consécutivement la formation de pseudo-membranes au sein desquelles il continue à s'accroître.

Ce n'est là, messieurs, qu'une hypothèse jusqu'ici ingénieuse appuyée par l'analogie avec ce que l'on observe dans la péritonite tuberculeuse, mais qui, aux yeux de son auteur, a besoin, pour être admise définitivement, de la sanction de nouveaux faits.

Vous avez pu comprendre par cette esquisse rapide, trop longue peut-être, mais dans laquelle je n'ai pu faire entrer cependant toutes les remarques ingénieuses que les pièces anatomiques ont provoquées dans le cours de cette année, que la pathologie des cartilages d'encroûtement avait fait des progrès considérables; ces progrès, nous les devons principalement à notre collègue M. Broca,

CORPS ÉTRANGERS LIBRES DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE.

La cavité du péritoine renferme dans quelques cas, rares il est vrai, des corps étrangers libres, d'un volume variable depuis celui d'une bille de billard jusqu'à la grosseur d'un petit pois. M. Letixerant en 1849, M. Cruveilhier depuis et enfin M. Deville nous en ont montré des exemples. Un cas remarquable de ce genre a fourni à M. Deville l'occasion d'étudier l'origine et le mode de développement de ces corps étrangers. Sur le cadavre d'un homme d'une trentaine d'années, il rencontra dans les deux régions inguinales, immédiatement en dehors des cordons fibreux des artères ombilicales, deux refoulements du péritoine en forme de doigt de gant, sorte de sacs herniaires qui, au lieu d'intestin ou d'épiploon, renfermaient chacun deux corps libres du volume d'une amande. Tel est le fait qui a été le point de départ des études de M. Deville. La forme même des corps étrangers, la trace sur une de leurs extrémités d'un pédicule plus ou moins long faisaient déjà présumer qu'ils avaient dû insensiblement se détacher d'un organe contenu dans la cavité abdominale; ils ne pouvaient pas en effet avoir pris naissance sur les parois mêmes de ces espèces de sacs herniaires dont les parois lisses et souples n'offrent aucune saillie ou trace d'implantation quelconque. La structure même intérieure de ces organes démontrait qu'ils étaient formés uniquement de matière grasse enveloppée d'un feuillet séreux; disposition sur laquelle nous insisterons plus loin. La structure, la forme faisaient donc prévoir que leur point d'origine était un des organes contenus dans la cavité péritonéale. Sur le milieu de la longueur du côlon transverse, l'un des appendices graisseux que présente normalement cette portion du tube digestif du volume d'une lentille, porté par un pédicule très étroit, était constitué par une masse graisseuse analogue à celle des corps libres, et entourée comme ces derniers par un feuillet péritonéal plus épais, d'un blanc plus opaque que le reste de la séreuse abdominale. Il était impossible de ne pas reconnaître dans cet appendice graisseux allongé et altéré le début d'un corps étranger tendant à se pédiculiser.

Dans les caractères du péritoine, M. Deville a cru trouver l'analogue du début de l'arthrite sèche, et par suite l'explication de l'origine première des corps étrangers.

En effet, le péritoine épaissi avait presque partout perdu sa transparence et ressemblait à celui de certains hydropiques; il n'y avait cependant qu'un épanchement de 100 grammes environ de sérosité sanguinolente dans l'abdomen. Cet épanchement, dont notre collègue a examiné la nature et l'origine, me semble avoir été produit après sa mort. Il me semble impossible de lui rapporter en tout cas les lésions que présente le péritoine. Cet épaississement du péritoine avec augmentation de consistance n'existait pas principalement dans les endroits déclives, mais plutôt en avant. Sur plusieurs des points qui offraient un épaississement morbide du péritoine, on voyait une injection diffuse constituée par l'entrelacement de petits vaisseaux qui disparaissaient par la macération. De plus, çà et là le péritoine était soulevé par de petites masses transparentes, comme gélatineuses, véritables suffusions séro-sanguinolentes dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. La graisse sou-

Immédiatement je la saignai largement du bras, j'appliquai des ventouses scarifiées sur la région malade, et administrai deux grains d'opium.

Le lendemain, malgré un peu d'amélioration, la souffrance était encore très grande. En somme, pendant deux mois je la traitai par tous les moyens que je crus indiqués, les narcotiques, les mercuriaux, les vésicatoires, les toniques, et lui donnai finalement le conseil d'entrer à l'hôpital. Elle y fut soignée non moins infructueusement, et renvoyée enfin pour changer d'air. Elle revint alors chez elle tout à fait émaciée. Mais après y être restée quelque temps, souffrant toujours de ces symptômes qu'on regardait comme ceux d'une forte névralgie, réduite à n'avoir plus que la peau sur les os, n'attendant plus de soulagement que de la mort, elle déclara un jour que sa douleur avait soudainement cédé. Trois jours après elle s'était entièrement dissipée. Depuis lors, elle recouvra rapidement sa santé et ses forces, et put quitter le lit.

Au bout de peu de temps elle vit se former sur le côté interne de la cuisse un simple bouton, qui, malgré les cataplasmes et les emplâtres dont elle le couvrit, ne put être cicatrisé. Elle vint alors au dispensaire. J'examinai ce bouton, et y trouvai au centre un corps pointu. L'ayant saisi avec des pinces, j'en fis l'extraction, et reconnus alors que c'était une grosse épingle. La maladie durait depuis huit mois. La guérison fut complète et solide.

(*Dublin medic. Presse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mars 1852. — Présidence de M. LARREY.

Douleurs dans les membres amputés.

M. BOINET présente un malade auxquel il a désarticulé l'avant-bras pour un coup de feu reçu au mois de décembre; l'opération a réussi, mais aujourd'hui le malade éprouve des douleurs très vives qu'il rapporte aux doigts et à la main qu'il a perdus. Ce fait, rapproché d'un cas exactement semblable qui se trouve actuellement dans le service de M. Malgaigne, semblerait, suivant M. Boinet, démontrer que ces douleurs, dont les amputés se plaignent si souvent, soit à l'extrémité du moignon, soit dans la partie du membre qui est enlevée depuis longtemps, ne sont pas toujours le résultat d'altérations pathologiques de l'extrémité des nerfs ou des os, comme on le pense généralement et comme M. le docteur Hutin a voulu le démontrer dans un travail publié en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*, mais bien le résultat de l'inflammation des nerfs. En effet, dans les deux cas qu'il vient de citer, il n'y a eu ni ostéite, ni production de stalactites osseuses. Il n'y a pas eu non plus compression des renflements nerveux, puisqu'aucun appareil prothétique n'a été appliqué; on ne peut donc pas recourir à ces causes pour expliquer la douleur. Chez le malade de M. Malgaigne, outre les douleurs très vives, il est survenu une affection bien grave; des attaques d'épilepsie très fréquentes, qui persistent malgré une nouvelle amputation faite au-dessus du moignon.

M. LARREY croit devoir ajouter quelques mots à ce que vient de dire M. Boinet sur la sensibilité du moignon chez la plupart des amputés. Cette manifestation si fréquente de la douleur a été observée par tous les chirurgiens, et plus particulièrement par quelques chirurgiens militaires. Ceux surtout qui ont été, comme M. Hutin, à même de voir, aux Invalides, un grand nombre d'amputés des différents membres, ont pu se rendre compte des causes et des effets variables de la douleur du moignon.

Tantôt provoquée primitivement par l'opération, la douleur est due à la section, à la compression, à l'inflammation des nerfs; tantôt développée secondairement aux mêmes causes devenues permanentes, ou bien à des adhérences immédiates ou médiates, à des rétractions soit des téguments, soit des tissus fibreux, à l'ostéite, à la périostite ou à l'ostéo-myélite, et quelquefois à la nécrose par suite de la conicité du moignon; cette douleur peut très souvent aussi se manifester sous l'influence du froid humide et des changements de température, ou par des excès et des fatigues de tout genre.

De-là, par conséquent, des caractères très différents de la douleur, qui peut offrir toutes les nuances, tous les types, selon le membre amputé, selon les cas qui ont nécessité l'amputation, selon l'époque et le lieu de l'opération, selon la méthode, le procédé, le pansement, selon les accidents primitifs ou consécutifs, selon certaines conditions individuelles, selon enfin quelques influences extérieures.

Luxation congénitale.

M. Ferdinand MARTIN présente une petite fille de onze ans atteinte d'une double luxation congénitale du fémur. Il demande que l'état de la malade soit bien constaté, et qu'une commission soit nommée pour suivre le nouveau mode de traitement qu'il va employer. Il se propose de lire plus tard à la Société un travail, dans lequel il a rassemblé plusieurs faits du même genre, et dans lesquels son traitement a été employé avec succès. (MM. Debout, Lenoir, Guersant sont nommés pour suivre le traitement de M. Martin.)

M. BOINET demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et dit que très probablement le malade de M. Huguier avait été blessé sur le trajet d'un nerf, et qu'il existe là, comme dans les deux cas dont il a parlé, une véritable névrite.

M. Huguier a employé pour ce blessé une pommade anesthésique. Cette pommade, composée ainsi :

Axonge.	30 grammes,
Ether chlorhydrique-chloré. . .	5,

n'a eu qu'un effet passager; elle n'agissait qu'au point de contact; au-dessus et au-dessous la douleur était la même. Ce qui lui a encore le mieux réussi, c'est l'humidité.

Tumeur de la cuisse.

M. DENONVILLIERS ajoute quelques détails pour compléter ce qui a été dit à la dernière séance par M. Demarquay. La malade qu'il a opérée était âgée de 60 ans; la tumeur avait commencé il y a 18 mois. Elle était d'abord du volume d'un œuf de pigeon; puis, dans les six derniers mois, elle a fait des progrès très rapides; elle a atteint le volume de la tête d'un enfant de trois ans. Située au milieu des parties molles, au-dessous de l'arcade fémorale, elle était dure à sa circonférence, tandis qu'au centre elle présentait une demi-mollesse assez semblable à la consistance du tissu encéphaloïde cru. Quelques personnes penchaient même pour l'idée d'un kyste rempli de liquide. La tumeur n'était nullement douloureuse; il n'y avait pas d'engorgement du membre. L'artère fémorale était déviée; elle semblait contourner la tumeur.

Dans la crainte de la léser, M. Denonvilliers prit la précaution de dessiner son trajet; il fit ensuite une incision médiane suivant le plus grand axe, tout prêt au besoin à la croiser par une seconde pour se donner plus de facilité. Il sortit d'abord de la sérosité sanguinolente, puis des grumeaux; c'étaient des matières semblables à celles qu'on rencontre dans les anévrismes. Un doigt ayant été introduit dans la poche, il fut facile de sentir les parois, et en même temps de préciser les rapports de l'artère fémorale accolée à la paroi externe. Une autre gêne, c'était l'adhérence intime de la poche avec le droit interne en dedans, et en dehors avec le couturier. Ce dernier temps de l'opération exigea le plus de soins; le couturier, ayant été coupé transversalement, fut disséqué et rejeté en dehors ainsi que la veine et l'artère.

M. Denonvilliers se souvenait du fait cité par M. Roux, dans lequel l'artère fut ouverte en même temps que l'abcès.

A l'examen de la tumeur qui renfermait des noyaux osseux inégaux, notre collègue s'est demandé si ces inégalités osseuses n'avaient pas pu déchirer quelque vaisseau et causer ainsi un épanchement fibrineux. (M. Lebert, qui a examiné la tumeur, croit qu'il y avait prédominence de l'encondrome et du lipome.) Il regarde le mélange de ces deux produits morbides avec du sang épanché comme un fait très rare.

Candidature.

M. SCRIVE, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Valenciennes, écrit à M. le président pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il envoie deux observations inédites sur des corps étrangers engagés dans nos organes;

De plus, deux brochures, l'une ayant pour titre : *Cours de petite chirurgie en 24 leçons*,

L'autre, *Traité théorique et pratique des plaies d'armes blanches, à l'usage des chirurgiens d'armée.*

(MM. Chassaignac, Larrey, Huguier sont chargés d'examiner ces travaux.)

Accidents par le chloroforme.

M. ROBERT communique une observation de M. Beyran (de Constantinople). Il s'agit d'accidents très graves survenus après l'emploi du chloroforme pour une amputation de la verge.

L'observation est renvoyée à une commission, composée de MM. Robert, Michon, Debout.

M. LEBERT commence la lecture d'un rapport sur le travail de M. Houel sur les névromes.

Kystes du sinus maxillaire.

M. GIRALDÈS donne lecture de la première partie d'un travail sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.

Il pose d'abord, en principe, que l'anatomie, la physiologie et la pathologie du sinus maxillaire sont peu connues. Pour démontrer la vérité de cette proposition, il commence par examiner un point d'anatomie de cette région, le mode de communication du sinus avec les fosses nasales, et dit que l'ouverture qui établit cette communication est unique, qu'elle est placée en haut et en avant du méat moyen, dans l'infundibulum, et que son siége est invariable. Lorsqu'il existe deux ou trois ouvertures, celles-ci sont des perforations pathologiques. Ainsi, toutes les fois qu'on rencontre une ouverture au milieu du méat moyen (ouverture normale des auteurs), cette communication est une perforation.

D'après M. Giraldès, la position de l'ouverture fait disparaître l'idée du cathétérisme du sinus.

La deuxième partie de ce mémoire, que l'auteur regarde comme la plus importante, est destinée à faire connaître des glandes situées dans la membrane muqueuse du sinus; elles peuvent subir des altérations et se transformer en véritables kystes, qui sont les kystes muqueux du sinus.

Ces kystes sont divisés en deux ordres :

1° Suivant qu'ils sont formés par la simple dilatation du tube glandulaire;

2° Suivant que toute la masse glandulaire est dilatée.

Les premiers sont petits, miliaires, quelquefois multiples; les seconds peuvent atteindre le volume d'un marron, et peuvent être également multiples.

Ces tumeurs renferment un liquide blanc, filant, visqueux, souvent chargé de cholestérine; lorsqu'ils sont multiples ou très volumineux, ils distendent le sinus en amincissant les parois.

D'après ces recherches, M. Giraldès serait porté à croire que la maladie connue sous le nom d'hydropisie du sinus est constituée par ces kystes muqueux.

Tumeur du maxillaire supérieur.

M. MAISONNEUVE présente une tumeur développée dans le maxillaire supérieur gauche chez un homme âgé de soixante ans, qui sortait du service de M. Lenoir à l'hôpital Necker. Cette tumeur faisait saillie dans la cavité de l'orbite sans y pénétrer; en avant, elle était très saillante sous la joue; en bas, elle déprimait la voûte palatine. Bien que le cas fût assez mauvais, comme la maladie marchait rapidement, M. Maisonneuve se décida pour l'opération.

La pièce offre cette particularité, que les os attaqués ont disparu; on n'en trouve que quelques vestiges méconnaissables. Le rebord alvéolaire est ramolli comme si on l'avait trempé dans un acide. La tumeur n'envoyait de *prolongement ni dans l'orbite, ni dans la fosse nasale, ni dans la fosse zygomatique.*

M. Maisonneuve termine en disant qu'ayant été obligé de pratiquer une excision très profonde il a coupé le tronc même de la maxillaire interne, ce qui a nécessité une ligature qui ne se pratique pas habituellement.

M. LEBERT, qui a examiné la tumeur, pense que c'est du cancer colloïde gélatiniforme à cellules très pâles; il a dû, pour voir ces cellules, se servir d'un très fort grossissement.

M. LENOIR. Si je n'ai pas opéré le malade dont notre collègue M. Maisonneuve vient de vous entretenir, ce n'est pas parce que je ne sais pas faire l'opération qui lui a été pratiquée, car j'ai déjà eu occasion de faire six fois cette opération, et la dernière date de quelques jours; mais c'est parce que j'ai regardé l'altération organique des os de la face dont cet homme était affecté comme au-dessus des ressources de la médecine opératoire. Je demande à la Société la permission de lui donner les raisons qui m'ont engagé à m'abstenir dans ce cas. C'est, selon moi, un sage précepte de chirurgie clinique que celui qui recommande de n'entreprendre l'extirpation du cancer, quels que soient son siége et sa nature, qu'autant qu'avant de l'opérer on a acquis la certitude qu'on pourra l'enlever tout entier, et qu'on ne sera pas forcé de laisser quelques prolongements qui produiraient bientôt la repullulation du mal. C'est ce précepte que vous suivez tous quand vous vous trouvez en présence d'un cancer du sein compliqué d'engorgement des lymphatiques de l'aisselle; vous n'opérez, dans ces cas, que lorsque vous êtes certains de pouvoir enlever, par énucléation, par ligature ou autrement, tous les ganglions suspects; et trop souvent encore, après les opérations les mieux exécutées, la récidive survient au bout de peu de temps. Ce précepte, je l'ai appliqué au cas en discussion, et c'est parce que je suis resté dans l'incertitude sur les limites de l'affection, et par conséquent sur la possibilité de l'emporter complétement avec l'instrument tranchant, que j'ai laissé à de plus hardis ou à de plus éclairés le soin de faire l'opération.

Dans le cas présent, comme dans celui que j'avais eu à traiter quelques jours auparavant, l'altération des os était très étendue et très avancée; elle formait une tumeur molle, qui se prolongeait en arrière au delà du voile du palais, qui en haut avait envahi l'os unguis et la moitié de l'ethmoïde en ne s'arrêtant qu'à la voûte du crâne, et qui en avant avait soulevé et aminci la peau de la joue;

---

levait de plus, par places, le péritoine, et lui donnait un aspect pupillaire prononcé.

Cette lésion remarquable du péritoine, dit M. Deville, caractérisée par l'épaississement, l'opacité, la vascularisation du tissu cellulaire sous-péritonéal, est l'analogue de la lésion de la synoviale dans l'arthrite sèche. Dans cette affection, les corps étrangers se forment par des dépôts plastiques devenant successivement cartilagineux, puis osseux. Dans le cas actuel, le développement des corps libres a lieu de la même manière, moins l'ossification.

Je vous ai montré par quelle voie d'analyse M. Deville est parvenu à reconnaître dans la formation des corps libres du péritoine un mécanisme semblable à celui qui produit les corps étrangers des articulations; le point de départ réside dans une lésion du péritoine, amenant dans son épaississement la vascularisation du tissu sous-jacent, l'accumulation d'une certaine quantité de graisse qui augmente graduellement, et n'est retenue sur son point d'implantation que par un pédicule qui s'allonge graduellement, se rompt enfin, et laisse la masse graisseuse entourée d'une enveloppe séreuse constituer un corps libre dans l'intérieur de la cavité péritonéale.

Dans la pièce de M. Deville, vous avez vu que les corps étrangers étaient contenus dans deux espèces de sacs herniaires, refoulement du péritoine dans les régions inguinales.

Voici comment notre collègue explique leur formation :

Le point du péritoine contre lequel ces corps devenus libres viennent presser peut à la longue, dit-il, surtout dans un point déclive, se déprimer en godet; le corps étranger, par son poids ou par la pression des intestins qui le poussent, augmente la profondeur du godet. C'est là une explication ingénieuse qui peut-être ne serait pas admise sans discussion; ainsi la dépression du péritoine pourrait peut-être se faire difficilement sous l'influence d'un corps qui ne lui adhère nullement et qui est placé souvent dans un endroit peu déclive, comme les régions inguinales. Quelle que soit l'explication que l'on admette sur l'origine de ces cavités singulières, elle ne détruit point les résultats des études de notre collègue sur le mode de développement des corps étrangers.

Leur structure intime, dont nous avons déjà parlé, et qui a été un des arguments employés pour démontrer leur origine, mérite d'être connue en détail. Pour la donner complète, M. Deville a comparé les corps étrangers qu'il avait trouvés dans la pièce anatomique dont il est ici question, avec deux autres corps de même nature que possédait le musée de l'amphithéâtre des hôpitaux. Les premiers offraient une structure très simple. Une membrane d'enveloppe extérieure, blanche, opaque, lisse et séreuse à l'extérieur, se continuait à sa face interne avec de minces cloisons qui divisaient l'intérieur du corps en aréoles de 1 à 2 millimètres de diamètre; ces aréoles renfermaient de la graisse, dont tous les caractères ont été constatés à l'œil nu et au microscope. Les deux autres corps étrangers, appartenant au musée de Clamart, offraient une structure un peu différente. Au lieu d'une enveloppe, plusieurs couches blanches, opaques, de tissu cellulaire condensé, entourant, dans l'un, une masse graisseuse; dans l'autre, les enveloppes, encore plus multipliées, recouvraient des couches de tissu fibreux concentriques entourant elles-mêmes un noyau central crétacé. En suivant les transformations des éléments de la première pièce, on les trouve pour ainsi dire complémentaires les unes des autres, c'est-à-dire représentant des époques différentes de la même lésion. La seule différence, dans les corps étrangers qui semblent dater d'une époque plus ancienne, consiste dans la multiplication du nombre des tuniques de tissu cellulaire lamelliforme et dans le dépôt d'une matière crétacée au centre de la matière grasse. Ce sont des transformations dont vous voyez chaque jour des exemples dans un grand nombre d'organes; vous ne pouvez donc nier ici le lien étroit qui les unit.

Telles sont l'origine, la marche et l'évolution des corps étrangers du péritoine. Est-ce l'origine unique de ces corps étrangers? Non assurément. Il suffirait de rappeler, avec M. Deville, les corps fibreux pédiculés de l'utérus, qui deviennent libres dans le péritoine.

A côté de cette affection rare du péritoine, je dois vous signaler un *kyste séreux* volumineux du mésentère, que vous a montré M. Mesnet. Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, était comprise entre les deux lames du mésentère, près de la terminaison de l'intestin grêle; il était transparent, fluctuant, et ne donnait pas, au palper, la sensation particulière que présentent fréquemment les tumeurs hydatiques. Toute locale, cette tumeur ne paraissait pas avoir attiré l'attention de la malade, qui avait succombé à une hypertrophie du cœur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

C'est par erreur que le nom de M. Schnepf, auteur de l'article sur le cas de vomissement incoercible publié dans notre dernier numéro, a été omis. Les recherches pleines d'intérêt consignées dans cet article et qui appartiennent à ce jeune médecin nous font un devoir de réparer cette erreur.

— Le conseil supérieur de l'Université a voté à l'unanimité dans sa dernière séance la fondation d'une Ecole secondaire de médecine et de pharmacie dans la ville de Lille. Ainsi que nous l'avions annoncé il y a quelques mois, cette ville renferme toutes les conditions qui peuvent la faire prospérer, et l'on doit féliciter le conseil supérieur d'avoir entendu les vœux répétés du conseil général du Nord. On parle déjà de l'honorable M. Lestiboudois comme professeur honoraire de cette Ecole, et de M. le docteur Parise, déjà connu par des travaux recommandables, comme professeur de clinique chirurgicale. Ces choix ne peuvent qu'honorer la nouvelle Ecole.

dans ces conditions d'existence de la maladie est-on jamais sûr avant d'opérer de tout emporter? Je ne le crois pas, et dans ma dernière opération, quoique j'aie poursuivi la tumeur jusque dans l'épaisseur des cellules ethmoïdales en haut et que j'aie détruit avec le fer rouge les prolongements qu'elle envoyait dans la fosse zygomatique, j'ai la triste certitude d'avoir laissé quelque chose dans ces deux points. Le malade opéré par M. Maisonneuve était dans les mêmes conditions cliniques que le mien, et je puis ajouter, après avoir examiné avec soin la pièce anatomique qui est sous vos yeux, que sa tumeur avait les mêmes limites que la mienne et n'a pas été plus complétement enlevée qu'elle, car elle ne présente aucune trace de tissus sains à sa périphérie et notamment dans sa portion orbitaire. Aussi la récidive prompte de la maladie me paraît-elle à craindre. Ce n'est pas le lendemain de leur exécution qu'il faut parler de pareilles opérations; en agissant ainsi, on s'expose à induire les praticiens en erreur sur leurs résultats définitifs. Je prierai donc M. Maisonneuve de nous donner des nouvelles de son opéré dans deux ou trois mois.

M. Maisonneuve répond que les cancers sont si variables qu'on ne sait pas souvent auquel on a affaire; il pense que chez son malade l'affection était bornée au tissu osseux et que, les parties voisines étant saines, il a pu énucléer la tumeur; il ne se fait qu'un reproche, c'est d'avoir enlevé la peau.

Tumeur sanguine de la joue.

M. Lenoir présente à la Société une petite tumeur qu'il a enlevée chez une jeune fille. Cette tumeur était située dans l'épaisseur de la joue; elle avait tout à fait l'aspect que présentent les glandules hypertrophiées. Huit mois auparavant, la malade avait consulté M. Velpeau, qui avait conseillé l'usage des fondants; comme elle grossissait et qu'elle était déjà du volume d'une aveline, M. Lenoir voulut l'opérer comme un kyste; mais il n'eut pas plutôt fait une ponction qu'il sortit un jet de sang; une incision fut faite, et, après l'ablation de la tumeur, on put constater qu'elle était enkystée et que son tissu offrait la plus grande analogie avec du tissu érectile.

Tumeur fibro-plastique de la hanche.

M. Larrey annonce la guérison du malade dont il a entrenu la Société dans la séance du 21 janvier (*Gazette des Hôpitaux* du 3 février) et qu'il avait opéré pour la seconde fois au Val-de-Grâce d'une tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe.

La récidive, survenue plusieurs mois après la première opération, a offert un développement beaucoup plus considérable et des complications qui n'ont pas eu de suites graves. La cicatrisation s'est même effectuée assez vite et régulièrement. Mais pour prévenir les nouveaux effets de la cause locale qui avait provoqué ou entretenu le développement de la tumeur, un appareil contentif, formé d'une plaque solide et d'une ceinture, comme un bandage herniaire, a été appliqué à demeure sur la cicatrice; celle-ci se trouvera donc préservée des frottements du sabre, c'est-à-dire d'une irritation incessante et peut-être d'une nouvelle récidive.

La violence des paroles suivantes, prononcées à la Société médico-chirurgicale de Dublin, prouve jusqu'à quel point nos voisins d'outre-mer portent la passion dans une question exclusivement scientifique, et montre combien l'Académie agira sagement en apportant la plus grande circonspection dans le vote qu'elle va être appelée à émettre à la séance de demain ou à la séance suivante :

« Cette rage pour les opérations cruelles et sanglantes se répand au loin et au large; et l'on fait aujourd'hui, sur tous les points de ce pays, des efforts pour pervertir et corrompre les saines et fondamentales doctrines de l'obstétrique anglaise. Comme professeur, comme homme occupant une position publique, ma conscience ne me permet pas de demeurer témoin silencieux de pareilles abominations. Ce sera là mon excuse pour l'importunité dont je me rends coupable en prenant si souvent, dans cette Société, la parole sur le même sujet. Je terminerai en racontant un autre fait où le dénoûment tragique, dont j'ai donné précédemment un exemple, fut heureusement prévenu.

» A Cupar, en avril 1847, une femme échappa de la manière la plus providentielle et presque miraculeuse aux horreurs de l'opération césarienne. Le docteur Simpson déclare ce cas unique dans les annales tocologiques, et peu de personnes différeront d'avec lui sur ce point. La patiente, âgée de trente-quatre ans, était une pauvre femme, atteinte d'une grande distorsion du bassin, par suite de ramollissement des os. Elle fut menstruée pour la dernière fois en juin 1846. On n'indique pas positivement le date du début de sa grossesse, mais elle fut vue, en mars 1847, par le docteur Simpson, avec trois autres praticiens.

» Le sacrum était tellement droit en haut que le promontoire ne dépassait probablement pas le niveau du contour du détroit. Il fut alors décidé que « la grossesse était déjà assez avancée pour exclure, à un tel degré de difformité, l'idée de provoquer l'accouchement prématuré, et que l'opération césarienne devait être pratiquée. »

» Le 28 avril, le travail commença, et l'on prévint par un message le docteur Simpson, à Edimbourg, à trente milles de Cupar, de venir accomplir son exploit. Il se mit en route, accompagné de plusieurs confrères et amis, tous sans doute armés jusqu'aux dents de scalpels, aiguilles, éponges, bandes, éther, etc. Ainsi pourvus, ils marchaient vers Cupar. Maintenant vous croyez peut-être que l'opération fut faite et suivie du résultat ordinaire, c'est-à-dire de la mort de la mère?... Vraiment non! aucune opération n'était nécessaire, et la pauvre créature est encore en vie. « En arrivant, dit le docteur Simpson, nous fûmes surpris d'apprendre que la malade avait accouché, et notre surprise redoubla encore quand nous sûmes qu'elle s'était délivrée sans le secours d'aucun instrument! »

Après cette harangue, dont nous avons cru devoir reproduire les termes textuels, le docteur Lee, dit le journal, regagne sa place au milieu des cris d'enthousiasme de la Société, et des rires que la fin de sa communication a excités.

Chronique et nouvelles.

Le *Moniteur* qui paraîtra demain en même temps que ce numéro de notre journal contiendra, assure-t-on, le décret qui réorganise le corps de santé militaire sur de nouvelles bases. Nous ne pouvons insister aujourd'hui longuement sur les dispositions que renferme ce décret. Nous devons seulement nous féliciter que la position matérielle de nos confrères soit très notablement améliorée et par une augmentation dans le traitement affecté aux divers grades et par l'augmentation du nombre des inspecteurs et des médecins principaux. Mais nous ne pouvons nous empêcher de regretter en même temps que l'autorité n'ait pas cru devoir donner plus d'indépendance au corps de santé et qu'il l'ait laissé comme par le passé sous la domination de l'intendance. Nous croyons que l'intérêt des soldats se serait mieux trouvé d'une constitution différente.

On trouvera sans doute un certain intérêt à comparer avec les traitements stipulés par ce décret ceux qui sont accordés aux officiers de santé militaires d'Angleterre et d'Amérique.

Le chirurgien inspecteur général du service de santé des Etats-Unis reçoit par an 51,175 fr., tous frais compris;

Les chirurgiens qui ont dix ans de service reçoivent 8,940 fr.;

Ceux qui ont moins de dix ans de service, 7,500 fr.;

Les aides-chirurgiens qui ont dix ans de service touchent 7,320 francs;

Ceux qui n'ont que cinq ans de service sont payés à raison de 5,880 fr.;

Et ceux qui ont moins de cinq ans de service, 4,810 fr.

Cette solde est supérieure à celle des chirurgiens de l'armée anglaise, dont le directeur général touchait par an 2,000 livres sterling ou 50,000 fr.

Les chirurgiens de la marine anglaise qui ont moins de six ans de service reçoivent environ 5,000 fr.;

Ceux qui ont plus de six ans, 5,300 francs;

Ceux qui ont plus de dix ans de service, 6,375 francs;

Après vingt ans de service, la solde monte à 8,200 francs;

Dans la marine des Etats-Unis, les aides-chirurgiens touchent en mer 4,750 francs;

Les aides entretenus reçoivent 6,000 francs;

Les chirurgiens, pendant les cinq premières années de service et sur la flotte, en service actif, ont 7,500 francs;

De la cinquième à la dixième année de service, 9,000 francs;

De la dixième à la quinzième année, 10,500 francs;

De la quinzième à la vingtième année, 12,000 francs;

Après vingt ans de service, 13,500 francs;

Ils touchent, en outre, une ration par jour.

— La Société de médecine pratique a composé son bureau ainsi qu'il suit pour l'année 1852.

Voici la composition de ce bureau :

Président, M. le professeur P. Dubois;

Premier vice-président, M. P. Guersant;

Second vice-président, M. Foucart;

Secrétaire général, M. Scrrurier;

M. Magne a été réélu secrétaire annuel;

M. Bossu a été réélu vice-secrétaire annuel;

Trésorier, M. Moret.

Limonade de Rogé, au citrate de magnésie,

Approuvée par l'Académie de Médecine.

Après avoir fait connaître à l'Académie les nombreuses expériences faites à l'hôpital Beaujon sur la limonade de Rogé, M. le rapporteur s'exprime ainsi :

« On voit, d'après ces expériences, que la généralité des faits parle en faveur du citrate de magnésie; que ce médicament ressemble, par sa saveur, à une véritable limonade, comme nous l'avons constaté par dégustation attentive; qu'il purge aussi bien que l'eau de Sedlitz ordinaire; que, par son goût agréable, il devient un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; qu'il n'occasionne ni soif, ni épreintes, ni coliques, si ce n'est que très légères; que conséquemment on peut dire de lui qu'il agit *tutò et jucundè* (sûrement et agréablement).

» Au mois de septembre de l'année dernière, M. Rogé a déposé à l'Académie un paquet cacheté qui contenait une formule de limonade au citrate de magnésie. Cependant, dans ces derniers jours, des droguistes ont dit qu'ils avaient inventé une limonade au citrate de magnésie. Il nous a paru juste de constater par des dates la priorité acquise à M. Rogé. Il faut lui savoir gré de n'avoir pas livré sa formule au public avant que l'expérience médicale eût prononcé sur sa valeur.

» Il ne peut avoir à souffrir des retards qui ont été nécessités par les expériences et par le temps qui s'est écoulé avant que vos commissaires aient pu arriver à leur tour de parole. Du reste, la perfection, en cette circonstance, n'est pas aux derniers venus. Ils ont cru qu'il suffisait de dissoudre la magnésie dans un excès d'acide citrique et de charger la liqueur de sucre et de gaz. Ils ont fait une limonade trop acide, et certainement fatigante pour l'estomac. C'est le premier écueil par lequel devait passer toute personne qui aurait appris que l'on préparait une limonade purgative avec le citrate de magnésie. *M. Rogé*, à qui appartient l'idée première d'utiliser ce sel, a seul déterminé les circonstances les plus favorables de sa dissolution... »

Dans le but de rendre facile, pour tout le monde et en tous lieux, la préparation de cet agréable purgatif, dont l'usage est devenu général, l'auteur a réuni dans un petit flacon, sous le nom de POUDRE purgative de ROGÉ, tous les éléments, MOINS L'EAU, qui composent sa limonade purgative à 50 grammes.

Il suffit de dissoudre cette poudre dans une bouteille d'eau pour avoir une limonade parfaite.

La poudre de ROGÉ, ou LIMONADE SÈCHE, est d'un transport facile et se conserve indéfiniment, avantages qui la font rechercher dans les départements, à l'étranger et à bord des navires.

Le citrate de magnésie est également administré sous la dénomination de PASTILLES LAXATIVES DE ROGÉ.

La saveur agréable de ces pastilles les rend très utiles pour purger les enfants; les médecins les conseillent aussi à toutes les personnes qui, sans vouloir se purger, désirent cependant se tenir le ventre libre au moyen d'un laxatif doux et facile à prendre.

Les préparations au citrate de magnésie de ROGÉ ne se vendent que sous la garantie de son cachet, et les étiquettes portent l'empreinte de la médaille qui lui a été décernée par le gouvernement sur le rapport de la commission des arts chimiques. (Exposition des produits de l'industrie, 1849.)

Seul dépôt, à Paris, à la pharmacie de ROGÉ, rue Vivienne, 12. — Dans les départements et à l'étranger, s'adresser à MM. les pharmaciens dépositaires.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance solennelle de l'Académie des sciences. — HÔPITAL SAINT ANDRÉ DE BORDEAUX (M. Soulé). Deux observations de kystes hydatiques développés dans l'épaisseur du système musculaire. — Généralisation de la ténotomie sous cutanée. — Académie de médecine, séance du 23 mars. — Académie des sciences, séance du 22 mars.

PARIS, LE 24 MARS 1852.

Séance solennelle de l'Académie des sciences.

A côté de la grande figure de Cuvier, la science, l'Académie, le vulgaire même, ne manquent jamais de placer, sur un piédestal moins élevé sans doute, la figure rivale de Geoffroy Saint-Hilaire; des liens indissolubles les unissent l'une à l'autre. Une plume savante et élégante à la fois avait peint avec un remarquable talent le caractère et la vie scientifiques de Cuvier; il était curieux autant que désirable de voir la même plume tracer le complément indispensable de cette première œuvre. M. Flourens, avec un rare bonheur, a payé avant-hier ce nouveau tribut à la science. Nous regrettons vivement que la spécialité de nos études nous empêche de mettre son bel éloge sous les yeux de nos lecteurs. Si l'espace nous le permet, nous en reproduirons au moins quelques fragments.

Nous regrettons également de ne pouvoir reproduire les appréciations, en général très justes, des commissaires chargés de faire des rapports sur les travaux que l'Académie a récompensés. Nous ne pouvons que remarquer avec une vive satisfaction la place considérable qu'occupent les travaux de médecine et de chirurgie dans la liste des récompenses.

— L'Académie de médecine a clos la discussion sur l'avortement. Le défaut d'espace nous oblige à en renvoyer le résumé à notre prochain numéro.

Le *Moniteur* contient aujourd'hui le décret relatif à la constitution du corps des médecins militaires. Nous aurons occasion de parler de cet important décret.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. Soulé.

Deux observations de kystes hydatiques développés dans l'épaisseur du système musculaire.

OBS. I. — *Tumeur abcédée du bras. — Phénomènes inflammatoires divers, mais impuissants pour déterminer l'adhésion. — Un acéphalocyste solitaire est reconnu avoir empêché la cicatrisation.*

Le nommé Jean Sambana, âgé de trente et un ans, exerçant la profession de cultivateur, se fait recevoir à l'hôpital Saint-André le 10 mars 1847, où il est couché salle 11, n° 26.

Cet homme, d'une constitution robuste, et n'ayant eu antérieurement aucune maladie, nous dit s'être aperçu, il y a six mois, de l'existence d'une tumeur au bras gauche. Il est parfaitement certain que nulle contusion, nulle cause physique n'en a été le point de départ étiologique. La tuméfaction, d'abord diffuse et sans limites exactes, ainsi que cela s'observe généralement dans la première période des tumeurs qui ne sont pas au-dessous de la peau, mais plus profondément développées, prit peu à peu de l'accroissement, devint plus distincte, et enfin offrit le volume d'un œuf.

Plus tard, la tumeur acquit de la sensibilité et plus de volume. La rupture eut lieu spontanément, et livra issue à une grande quantité de pus.

Ces faits se passaient il y a un mois environ. Un soulagement marqué fut la conséquence de l'issue du pus; mais la cicatrisation qu'attendait le malade n'eut point lieu; la suppuration ne diminuait point d'abondance et se compliquait d'une induration assez étendue. Fatigué de cet état stationnaire, le malade se décida à venir réclamer les secours de la chirurgie.

Lorsque je le vis pour la première fois, je constatai à la partie interne du bras gauche une ouverture fistuleuse, par laquelle s'écoulait une suppuration onctueuse et filante, analogue à celle que fournissent assez généralement les parois d'un kyste enflammé par l'action de l'air. Une induration périphérique paraissait limiter le décollement, qui néanmoins s'étendait un peu au delà. Le stylet donnait une circonférence d'environ 4 centimètres de rayon.

Pendant le premier temps de séjour à l'hôpital, cette ouverture fournit du pus, mais en quantité décroissante, jusqu'à son oblitération, qui eut lieu le huitième jour. A partir de cette époque, la tuméfaction acquiert chaque jour de l'accroissement, et atteint le volume primitif.

Force fut alors au malade, qui jusque-là avait refusé l'intervention du histouri, de s'y soumettre. [illegible] [illegible]quai une ponction qui fournit un liquide exactement [illegible]e à celui que j'ai précédemment décrit. Le décolleme[illegible] [illegible]rut avoir augmenté d'étendue, et il me fut, cette fois, possible d'introduire la moitié de la sonde cannelée aux angles supérieurs et inférieurs de l'incision.

Divers moyens furent, dès ce moment, mis en usage afin d'obtenir le recollement : d'abord des mèches de charpie pour déterminer une inflammation suffisante, puis des compressions méthodiquement établies. Rien d'avantageux ne fut obtenu par cette modification thérapeutique, qu'un érysipèle d'une certaine intensité nous obligea de cesser.

Les choses en étaient arrivées à ce point, c'est-à-dire que la position du malade avait, depuis sa rentrée à l'hôpital, subi une augmentation croissante, lorsqu'un matin, après avoir enlevé les pièces d'appareil, l'élève chargé de ce pansement remarqua que les lèvres de l'incision étaient obstruées par un corps blanchâtre qu'il amena à l'extérieur avec ses pinces. C'était un acéphalocyste du volume d'une petite noix.

Le lendemain, l'incision de tout le décollement permit de se convaincre que le kyste siégeait dans l'épaisseur même du muscle biceps, et qu'il était complétement évacué.

Les résultats de cette médication se manifestèrent avec promptitude, et le malade sortit complétement guéri le 7 mai 1847.

OBS II. — *Kyste hydatique situé dans les muscles de la région lombaire droite. — Incision. — Accidents de la plus haute gravité. — Guérison.*

Au n° 5 de la salle 10 est couché le nommé Deboyssien (Hyacinthe, de Chaudes-Aigues (Cantal), âgé de soixante-cinq ans, entré le 15 avril 1848.

Ancien militaire, Deboyssien déclare n'avoir jamais éprouvé de maladie grave, d'affection syphilitique. Il y a deux ans qu'il a ressenti dans la région lombaire des douleurs vagues qu'il a considérées comme étant de nature rhumatismale, et pour lesquelles il n'a mis en usage aucun traitement. Quelques mois après, il s'aperçut d'une légère tuméfaction dans ce point; il éprouvait en même temps de la gêne pour se baisser et se redresser, toutes les fois, en un mot, qu'il imprimait à son tronc un mouvement un peu étendu. Le malade assure n'avoir jamais reçu de contusion dans ce point.

Voici quel était son état lors de sa rentrée à l'hôpital :

Constitution détériorée, teinte comme cachectique, flaccidité des chairs; peu d'appétit; souvent de la diarrhée; peu de sommeil.

Dans la région lombaire droite, on remarque une tumeur oblongue située transversalement et bilobée; son volume est à peu près celui d'un œuf de dinde. La peau qui la recouvre a la coloration normale; point de sensibilité lorsqu'on la palpe avec une certaine force.

La fluctuation y est évidente, quoique le liquide qu'elle renferme paraisse cependant être séparé de la peau par une couche musculaire d'une certaine épaisseur. On ne réveille aucune douleur par la pression de chacune des apophyses épineuses. La tumeur ne reçoit aucune modification de la toux, de la position horizontale.

Pensant à l'existence d'un abcès froid, et me fondant sur divers caractères que je viens d'exposer pour supposer qu'il pouvait bien ne point être lié à une altération osseuse, je me décidai à faire appliquer, le 16, un fragment de potasse caustique sur la tumeur.

Le 17, je ponctionnai l'eschare; il s'écoula un flot de sérosité argentine. L'idée d'un kyste hydatique me vint aussitôt à l'esprit; elle fut corroborée par cette circonstance que l'écoulement s'arrêta brusquement. Je glissai alors une sonde cannelée, sur laquelle je débridai dans l'étendue de six centimètres environ; aussitôt une grande quantité d'acéphalocystes se précipita à l'extérieur, et il me fut possible, par des pressions ménagées, d'en extraire environ la valeur d'un verre de table : de grosseur diverse, ces tumeurs se trouvaient, les plus petites, du volume d'un grain de maïs, les plus grosses, de celui d'une cerise.

L'exploration à l'aide du doigt confirma mes prévisions sur la position profonde du kyste, ainsi que sur sa nature intra-musculaire; il me parut siéger dans l'épaisseur du muscle carré des lombes, à en juger par l'épaisseur de tissus que soulevait mon indicateur. Je fus moins renseigné sur son étendue, qu'il ne me fut pas possible de délimiter. Je glissai la sonde cannelée et pratiquai un deuxième débridement, qui porta sur les fibres les plus profondes; il sortit encore quelques acéphalocystes.

Le soir, violent accès de fièvre en froid; la réaction est très difficile à déterminer. — Potion avec sulfate de quinine et extrait de quinquina.

Le 17, fièvre toujours très vive; gonflement des lèvres et du pourtour de la plaie; douleur vive à la pression; écoulement séro-sanguinolent assez abondant. — Même potion; diète; petit-lait.

Le 18 et jours suivants, la fièvre cesse, la suppuration s'établit, et entraîne à chaque pansement des débris d'acéphalocystes.

Le 22, les accidents généraux reparaissent avec plus d'intensité. Fièvre très vive, langue sèche, fuliginosités répandues sur les dents et les gencives. Le malade, malgré toutes les observations que je lui adresse, demande son *exeat*, que je ne lui accorde que le 29, et avec la plus grande répugnance.

Quelques mois après, et alors que je croyais que ce cas s'était terminé d'une manière fatale, je fus agréablement surpris en voyant à ma visite mon malade, qui venait me remercier de l'opération que je lui avais pratiquée.

Voici les détails qu'il me donna. Les accidents avaient pris un caractère encore plus sérieux. Après sa sortie de l'hôpital, du délire survint. Le médecin qui fut appelé se borna à conseiller l'application de quelques cataplasmes. Puis tout ce cortége d'accidents s'amenda; la suppuration diminua d'abondance. De temps en temps quelque acéphalocyste était éliminé.

La cicatrice était complète lorsque je revis le malade, et paraissait offrir une solidité que des explorations ultérieures n'ont point démentie. La constitution de cet homme s'était raffermie, son état moral était excellent.

RÉFLEXIONS. — J'ai pensé pouvoir rapprocher ces deux observations, dont la première présente à mon avis un intérêt bien autrement grand que la seconde, parce que dans l'une et dans l'autre il s'agit bien évidemment d'une maladie identique, la présence d'acéphalocystes au sein du système musculaire.

Les kystes hydatiques sont choses assez communes en anatomie pathologique; on en a rencontré à peu près dans tous les tissus de l'économie et jusque dans celui qui semblait le moins devoir se prêter à leur développement, le système osseux. J'en ai pour ma part trouvé quelques exemples. C'est ainsi que j'ai autopsié un jeune enfant âgé de quatre à cinq ans, mort avec des symptômes d'hydrocéphalée, et chez lequel j'ai trouvé un kyste de cette nature de la grosseur d'un œuf de dinde, situé entre les os du crâne et la dure-mère, et ayant amené un amincissement tel de l'occipital, que la perforation était imminente. J'ai également rencontré un de ces kystes dans la cavité pleurale. (Ce cas a été communiqué à la Société de médecine de Bordeaux en 1847.) Enfin il y a bientôt un an que s'est offert à moi un homme accusant un trouble marqué de l'appareil urinaire, qui a été jugé par l'expulsion d'acéphalocystes.

Bien certainement, parmi les affections de cette nature, celles qui doivent le plus occuper le praticien sont celles dans lesquelles l'on peut intervenir d'une manière efficace à raison du siége même de la maladie. Car alors, au lieu de lésions qui n'ont d'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, comme, par exemple, lorsqu'une production de cette nature se trouve renfermée dans le cerveau, le poumon, c'est à un cas opérable que le praticien a affaire.

Néanmoins, soit rareté de faits, soit préoccupations, les hydatides des muscles sont peut-être celles qui ont été le moins étudiées. Nous savons cependant qu'un chirurgien distingué de Paris, M. Demarquay, s'occupe d'un travail sur ce sujet, que ses antécédents scientifiques doivent rendre impatient de posséder.

J'ai voulu pour ma faible part, le hasard m'ayant rendu témoin de deux faits de ce genre, présenter les quelques réflexions pratiques qu'ils m'ont suggérées.

J'envisagerai d'abord chacune des observations, puis j'essaierai d'en tirer les déductions générales qu'elles me semblent comporter.

En premier lieu, nous voyons le malade se présenter à l'hôpital à une période qui ne permet pas de porter de diagnostic précis. A cette époque, l'affection dont il était porteur ne différait en rien d'un abcès terminé par ulcération ou d'un kyste parvenu à la période de suppuration. La persistance de la maladie, malgré le traitement mis en usage et la santé du malade, qui, avons-nous dit, était robuste, devait faire pencher la balance en faveur de la seconde de ces affections; mais le sujet ne donnait aucun renseignement propre à préciser d'une manière plus positive la nature de la maladie. Il ne s'était point écoulé d'acéphalocystes; rien pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital n'avait pu faire soupçonner leur existence.

Nous voyons l'incision du kyste suivie d'une prompte cicatrisation, que n'auraient probablement obtenue ni l'injection d'un liquide irritant, ni un corps étranger destiné à provoquer le même effet, une mèche de séton, par exemple.

Dans la seconde observation, le kyste n'était point enflammé; aussi la sérosité que j'ai recueillie me fit-elle aussitôt juger de sa nature. J'ai franchement avoué que jusqu'alors j'avais cru avoir affaire à un abcès; la constitution du malade profondément altérée, ainsi que je l'ai dit, par des privations nombreuses, des peines morales, me donnait jusqu'à un certain point raison de soupçonner une collection purulente.

Ici, contrairement à ce qui s'est passé dans l'observation précédente, l'ouverture de la tumeur a déterminé une fièvre vive et des accidents de la plus haute gravité. Deux circonstances rendent compte de cette différence : d'abord l'étendue et surtout la profondeur du foyer chez notre second malade; puis son ouverture, qui, chez lui, a été obtenue par un procédé chirurgical, alors que chez le premier l'ulcération en

avait fait les frais. Or, il y a des conditions en tous points différentes dans ces deux cas. Ce n'est pas, en effet, brusquement, mais après avoir été pendant un certain temps en contact avec des matériaux qui y ont déterminé une inflammation préparatoire, que les parois du kyste se trouvent en rapport avec l'air lorsque l'ulcération a seule amené l'ouverture d'une tumeur enkystée. De là inflammation moins brusque, puisqu'elle a été préparée, et moins de chances de voir surgir des accidents d'infection.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante ayant siégé dans le corps d'un muscle, on a généralement de la tendance à la rattacher à l'existence d'un abcès, d'une tumeur gourmeuse, rarement d'un kyste, surtout d'un kyste hydatique. Il convient donc de prendre en considération l'existence de ce dernier genre d'affections dans le système musculaire, afin de commettre le moins de méprises possible. Je sais bien que l'on peut invoquer ici le frottement hydatique signalé par MM. Piorry et Claudin Tarral; mais le praticien peut dans certains cas ne point tirer de ce signe précieux tout le parti qu'il pourrait en espérer au premier abord. Ce sera, par exemple, lorsque, comme dans la première observation que j'ai relatée, le kyste se sera ouvert spontanément, laissant une hydatide solitaire, obstacle à la cicatrisation; ou bien lorsque, la tumeur étant dans toute son intégrité, ces caractères n'auront pu être appréciés.

On a pu voir que dans le second de mes faits, malgré la grande quantité d'hydatides, ces signes pathognomoniques m'ont complétement échappé. C'est qu'il y a, je crois, ici une marche pratique que, mieux renseigné par ce cas, je ne manquerai pas d'adopter. Concevons une masse hydatique contenue dans l'intensité même d'un muscle, des changements que personne ne niera devront se passer suivant que celui-ci sera dans un état de contraction ou de relâchement. Cette dernière disposition devra donner plus de facilité pour produire le déplacement des hydatides et le bruit qui en est la conséquence. En faisant passer graduellement le muscle de la flaccidité à la contraction, peut-être pourra-t-on recueillir un de ces signes si précieux pour le diagnostic.

D'ailleurs, dans la difficulté du diagnostic, il convient de tenir compte de la profondeur du kyste; nul doute, en effet, que, placé dans la profondeur de la cuisse, de la fesse, des lombes, des régions, en un mot, dans lesquelles le système musculaire est abondant et épais, il donnera moins facilement le choc hydatique que s'il est contenu dans un muscle superficiel. Dans tout état de cause, la ponction s'offre ici comme moyen de simplification, et doit d'autant mieux être acceptée dans ce cas, qu'elle ne peut se compliquer d'aucun résultat fâcheux, comme lorsqu'on se hasarde à la pratiquer dans quelque organe plus délicat. Les kystes contenant des acéphalocystes laissent échapper une sérosité de couleur argentine tout à fait *sui generis*, et qui ne peut être comparée à celle fournie par les divers autres kystes décrits en pathologie; l'écoulement est ordinairement peu abondant, interrompu qu'il est par la présence des acéphalocystes qui obstruent la canule.

Quoique d'un pronostic moins fâcheux que ceux qui siégent dans un organe splanchnique, les kystes hydatiques des muscles peuvent cependant offrir une haute gravité, ainsi que le prouve le second des faits que j'ai relatés. Une fois mis en rapport avec l'air extérieur, les parois s'enflamment d'une manière peu franche, et alors survient la série d'accidents généraux que j'ai notés et qui constituent l'infection putride. La mort peut en être la conséquence; mais il faut, pour cela, que le kyste soit lui-même très étendu et profondément placé, conditions qu'offrait notre second malade.

Ceci posé, voici comment se présente à mes yeux la thérapeutique des hydatides des muscles. Si le kyste n'est pas trop profond, que ses dimensions ne soient pas étendues, l'incision pratiquée de prime abord me semble le moyen préférable; elle seule, en effet, assure la totale expulsion du contenu, et une modification suffisante des parois du kyste pour en amener l'adhérence.

Lorsqu'on a affaire à un kyste plus profondément placé, ce moyen est difficilement applicable, et il faut bien alors se résoudre à ne pratiquer qu'une incision partielle, qui n'obvie qu'imparfaitement aux inconvénients que je viens de signaler.

La seule ressource, dans ce dernier cas, est dans des injections, qui modifient la surface du foyer et font perdre au pus ses qualités malignes. J'aurais confiance dans l'iode, mais employé immédiatement après la ponction. Une inflammation étant chose inévitable, mieux vaut, en effet, la faire naître que l'accepter avec les conditions fâcheuses qu'elle doit fatalement acquérir.

Généralisation de la ténotomie sous-cutanée.

La nouvelle récompense que l'Institut vient de décerner à M. J. Guérin va sans doute reporter l'attention publique sur cette grande méthode, qui a déjà été l'objet de tant de discussions : la ténotomie généralisée. Quoique très connue par plusieurs de ses détails les plus importants, cette méthode n'a pas été exposée d'une manière concise dans son ensemble. Nos lecteurs liront donc avec intérêt le résumé suivant présenté par M. J. Guérin lui-même à la commission de l'Institut chargée de juger ses travaux.

L'exposé que je vais soumettre à la commission de médecine et de chirurgie, dit M. Guérin, comprendra deux parties distinctes. Dans la première, je ferai connaître un résumé succinct des travaux et des idées qui m'ont servi à établir les bases de la ténotomie généralisée; dans la seconde je montrerai cette généralisation réalisée, et en quelque façon matérialisée dans les faits qui la représentent.

PREMIÈRE PARTIE. — *Exposition des idées.*

Il y a un peu plus de deux cents ans qu'un chirurgien hollandais, Isacius Minius, coupa le tendon du sterno-mastoïdien pour aider au redressement d'un torticolis. Cent quarante ans plus tard, un autre chirurgien étranger, Lorenz, appliqua au tendon d'Achille, pour un cas de pied-bot, l'opération pratiquée exclusivement jusque-là sur le tendon du sterno-mastoïdien. Ces deux opérations, pendant plus de deux siècles, furent reprises et abandonnées, et reprises encore jusqu'à ces derniers temps, où elles acquirent entre les mains de quelques contemporains la plupart des perfectionnements manuels dont elles étaient susceptibles. De 1834 à 1837, une foule de chirurgiens français et étrangers pratiquèrent la section du tendon d'Achille pour le pied-bot, et quelques-uns la section du sterno-mastoïdien pour le torticolis. La première de ces deux opérations était pour ainsi dire vulgaire en Europe. Mais ainsi que l'atteste le titre des ouvrages publiés à cette époque, on appliquait exclusivement la section du tendon d'Achille à toutes les formes et variétés du pied-bot sans songer à aller au delà. Dans cette préoccupation exclusive pour l'opération, et pour l'opération ainsi bornée, il n'était venu à l'idée de personne de rechercher quelle pouvait être la nature du raccourcissement des tendons trop courts, de remonter à la cause de ce raccourcissement. L'insouciance où l'on était à l'égard du point de science s'accordait parfaitement avec la routine de la pratique. On ne faisait que ce qu'on avait fait, parce que depuis deux cents ans on ne songeait pas plus le dernier que le premier jour à se rendre compte de ce qu'on faisait; en un mot, à chercher le rapport de l'opération avec la difformité. Cette première époque de la ténotomie, caractérisée par la répétition des mêmes faits et d'un très petit nombre de faits, et par l'absence de toute rationnalité de ces faits, constitue donc ce que nous avons cru pouvoir appeler la période empirique de la ténotomie.

Sur ces entrefaites, ayant été conduit, à l'occasion de mes travaux sur les difformités, présentés au concours de 1836, à rechercher l'origine du pied-bot et du torticolis, je ne tardai pas à reconnaître que le raccourcissement des deux muscles dont on divisait les tendons était le produit d'un retrait spasmodique, et qu'au lieu d'un accident particulier, d'un symptôme indéterminé, il s'agissait d'une cause, et d'une cause expliquant tout à la fois le motif de la difformité et le résultat de l'opération. La conséquence de cette double lumière fut :

1° Que si le raccourcissement du sterno-mastoïdien et des jumeaux est le produit d'une rétraction musculaire active, tous les autres muscles du cou, de la jambe et du pied peuvent intervenir au même titre dans l'acte de la déformation;

2° Que l'opération pratiquée pour remédier au raccourcissement du sterno-mastoïdien et du tendon d'Achille doit être appliquée aux tendons et muscles de la même région jusqu'à concurrence de leur intervention active dans la difformité. Telle est l'origine de mon premier mémoire sur le traitement chirurgical du torticolis ancien, adressé à l'Académie des sciences en 1837, et de mon second mémoire sur les variétés du pied-bot, adressé à la même académie en 1838.

Mais mes études étiologiques des difformités congénitales ne s'étaient pas bornées au pied-bot et au torticolis, je les avais étendues à toutes les difformités congénitales, et j'en étais venu à me convaincre qu'aussi bien que les muscles de la jambe et du cou tous les autres muscles du corps pouvaient être affectés de rétraction et produire pour ce motif des difformités différentes de siége; mais identiques de cause dans les autres parties du squelette. De là mon essai d'une théorie générale des difformités chez les monstres, le fœtus et l'enfant, lu à l'Académie des sciences le .... 1840. Pour que l'Académie apprécie l'importance de ce progrès, il suffira de lui rappeler que jusque-là toutes les difformités particulières, pieds-bots, genoux cagneux, luxations congénitales des fémurs, déviation de l'épine, torticolis et strabisme, avaient été généralement considérées séparément et comme le produit d'autant de causes différentes : le pied-bot, d'un arrêt de développement ou d'une position vicieuse du fœtus dans l'utérus; les genoux cagneux, d'un vice de conformation des os ou du rachitisme; la luxation congénitale des fémurs, d'un arrêt de développement des surfaces articulaires; la déviation de l'épine, du rachitisme; le torticolis, d'une attitude vicieuse du fœtus; le strabisme, d'une inégalité de force visuelle des deux yeux. A partir de la théorie générale de la rétraction musculaire, un même fait, une même cause, est venu relier toutes ces parties, jusque-là séparées et considérées comme autant de produits de causes diverses, et la conséquence pratique de cette généralisation de la cause fut la généralisation du remède, c'est-à-dire de la ténotomie. Ce que la raison m'avait permis de poser d'une manière si formelle en principe, l'assentiment des chirurgiens et l'expérience l'ont réalisé et confirmé dans l'application. On a compris partout que les muscles de la jambe pouvaient se rétracter et à ce titre devaient être ténotomisés comme ceux du pied; ceux du genou comme ceux de la jambe; ceux de la hanche comme ceux du genou; ceux du cou comme ceux de la hanche; ceux de l'épine comme ceux des régions supérieures et inférieures qui les enclavent, et qui ne sont que comme le commencement et la fin; ceux des membres supérieurs, épaule, coude, poignet et doigts comme ceux des membres inférieurs; finalement ceux de l'œil comme ceux du pied : ce qui m'a fait dire dans une première communication à l'Académie des sciences, sur le strabisme et la section des muscles de l'œil, que le strabisme est le *pied-bot de l'œil*. Tel a été le sujet des mémoires et communications que j'ai adressés à l'Académie des sciences depuis mon premier mémoire sur le torticolis ancien jusqu'à mon dernier mémoire sur la myotomie rachidienne. Dans ces diverses communications j'ai donc eu pour but : 1° d'établir rationnellement et expérimentalement les nombreuses variétés du siége, de difformités émanant d'une même origine, la rétraction musculaire; 2° d'appliquer aux tendons et aux muscles générateurs de ces difformités, et de chacun de leurs éléments de forme l'opération exclusivement et empiriquement appliquée jusque-là à deux tendons, sans considération de leur rôle dans la production de la difformité. C'est à l'aide de ces deux déterminations que je crois avoir réalisé la généralisation étiologique de la ténotomie.

Dire que j'ai été le seul à accomplir cette grande œuvre, ce serait afficher une prétention qui n'est ni dans mon esprit, ni dans les faits. J'en ai donné la pensée générale comme la formule, et j'en ai réalisé la plupart des applications; cela est incontestable et incontesté même par ceux qui s'étaient posés d'abord au nombre des adversaires de la doctrine et de son auteur. Dans un travail des plus remarquables adressé en 1849 à l'Académie de médecine de Belgique, M. Phillips, l'élève de Dieffenbach, qui a écrit un volume in-octavo en faveur de son maître et contre moi, s'exprime comme il suit :

« Il y a donc deux époques bien tranchées dans la ténotomie, celle qui commence à Isacius Minius et qui finit à Stromeyer et Dieffenbach, et celle qui commemce à M. J. Guérin et qui se termine avec lui. »

A l'appui de cette proposition générale, M. Phillips ajoute ces paroles aussi remarquables par leur valeur que par leur impartialité. « Je puis mieux que personne, dit M. Phillips, donner une preuve irréfragable de ce fait. Dans l'ouvrage que j'ai publié en 1840 sur la chirurgie sous-cutanée de Dieffenbach, j'ai fait connaître les premières tentatives de mon maître en dehors du cercle où il s'était renfermé jusque-là. Il savait qu'on préconisait ailleurs d'autres sections que celle du tendon d'Achille; peut-être éprouvait-il le besoin instinctif d'agrandir son champ d'action en présence des cas qu'il trouvait réfractaires à la méthode; mais, s'il coupait d'autres tendons que le tendon d'Achille, il ne les coupait que comme ce dernier, c'est-à-dire dans l'espoir d'obtenir de nouvelles facilités de redresser le pied. Aussi lui est-il arrivé de faire les sections les moins utiles et les plus contradictoires dans certaines formes de pied-bot dont nous avons rapporté les observations. Cette déclaration, que je dois à la vérité, n'a rien qui puisse diminuer le mérite d'un chirurgien si justement célèbre à tant d'égards; car, ainsi que nous aurons occasion de le voir par la suite, il a reconnu lui-même la stérilité de la voie dans laquelle il avait marché longtemps; et, alors que presque tous les chirurgiens contemporains jetaient la pierre à l'auteur de la réforme, il venait le chercher dans sa modeste retraite et lui déclarer à lui-même qu'il avait créé la véritable science orthopédique. »

Une fois la ténotomie généralisée dans ses applications aux muscles, tendons et aponévroses, l'expérience n'a pas tardé à me révéler un ordre nouveau de faits et en quelque sorte complémentaires des précédents. Le système ligamenteux est susceptible de se rétracter : dans un grand nombre de difformités, de celles que j'ai appelées fixes, pieds-bots, déviations des genoux, etc., le raccourcissement primitif ou consécutif des ligaments forme un obstacle invincible au redressement des parties malgré la section de tous les tendons. Ce genre d'obstacle, complément des obstacles musculaires, m'a conduit à un système d'opérations complémentaires de la ténotomie, à la section sous-cutanée des ligaments, à la syndesmotomie, dont les nombreuses et quotidiennes applications justifient l'importance : tel est l'objet d'une communication spéciale que j'ai faite à l'Académie des sciences.

Les applications particulières et les conséquences pratiques des données générales qui précèdent sont les suivantes :

Dans l'ordre diagnostique, j'ai précisé qu'il faut entendre par *contracture*, *rétraction* et *retrait musculaire* trois appellations qui correspondent à trois genres de raccourcissement de la fibre musculaire reconnaissables à des caractères propres, et qui appellent trois systèmes de traitement différents ou complémentaires de la ténotomie. Toujours dans le même ordre, j'ai montré que la détermination des formes appartenant aux difformités vulgairement connues, comme celles de pied-bot *équin*, *varus*, *valgus*, etc., j'ai fait voir une foule d'éléments de direction et des complications inaperçues jusque-là et par conséquent négligées par la ténotomie empirique; je les ai par la même raison signalées à la ténotomie étiologique : telle est la section du jambier postérieur pour l'adduction de l'avant-pied dans le varus, celle des péroniers latéraux pour l'abduction de l'avant-pied dans le valgus, etc. Enfin, j'ai déterminé des formes entièrement nouvelles résultant de distributions et de combinaisons nouvelles de la rétraction entraînant comme conséquence pratique la section des tendons raccourcis en espèce : tels sont les pieds-bots plantaire et antiplantaire, offrant, dans le premier cas, l'incurvation exagérée de la voûte plantaire par rétraction extrême du corset fléchisseur des orteils; dans le second, l'excurvation ou direction en croissant de la surface plantaire produite par la rétraction extrême et simultanée des muscles extenseur et fléchisseur du pied; telles sont encore la subluxation transversale du gros orteil par rétraction de l'abducteur oblique et transverse du gros orteil; la déviation du genou par la rétraction du fascia-lata et du ligament latéral externe; telle est, enfin, la pronation permanente par la rétraction des cinq muscles pronateurs épitrochléens ou de quelques-uns d'entre eux seulement. La section de tous ces tendons et muscles (que j'ai pratiquée le premier) a constitué autant d'applications nouvelles de la ténotomie, comme la détermination étiologique de ces difformités avait constitué des applications non moins importantes de la théorie de la rétraction musculaire.

Parmi les applications nouvelles que j'ai faites le premier de la ténotomie ou de la myotomie à des difformités connues, mais écartées jusque-là de leur vrai cause, je rappellerai :

La section des péroniers antérieur, latéraux et extenseur des orteils dans certaines formes de pieds plats; la section des jambiers antérieur et postérieur, celle de l'adducteur du gros orteil dans certains cas de varus; la section des ligaments astragalo-scaphoïdiens, calcanéo-cuboïdiens et autres, et dans certains pieds-bots fixes, équins ou varus;

La section des biceps demi-tendineux, demi-membraneux droit antérieur et droit interne pour certains cas de flexion, rotation ou abduction de la jambe sur la cuisse; la section de la moitié du tendon trifémoro-rotulien pour un cas de luxation latérale fonctionnelle de la rotule;

La section de tous les muscles pelvi-fémoraux adducteurs, abducteurs, fléchisseurs pour des cas de luxation, subluxation ou pseudo-luxation, adduction ou flexion de la cuisse sur le bassin;

La section des muscles de l'épine, masse commune, transverseurs épineux (trapèze, rhomboïde), complexus, cervical descendant, transversaires du cou, des ligaments interépineux dans la déviation latérale de la colonne vertébrale;

La section des grands et petits pectoraux, grands ronds, d'une partie du deltoïde, du biceps, du triceps brachial, du rhumboïde, de l'angulaire de l'omoplate pour des rétractions de ces muscles entraînant le scapulum ou bridant le bras dans ses mouvements ou ses rapports avec ce dernier;

La section de tous les muscles du coude pour des cas de flexion ou d'extension permanente;

Mais surtout, comme plus importante, la section des pronateurs pour la pronation permanente et des supinateurs pour la difformité opposée;

Au poignet et à la main, la section des radiaux, des cubitaux, des extenseurs et fléchisseurs superficiels et profonds des muscles propres du pouce et autres accessoires de la main et des doigts;

A l'œil, tous les muscles droits et obliques toujours en rapport avec la spécificité de direction et de fonction des muscles rétractés : comme dans les strabismes directs, obliques ou intermédiaires et dans la myopie mécanique. A l'égard de la myotomie oculaire, dont la lésion étiologique avec les autres applications de la même méthode ne saurait être contestée, il est établi par les déclarations et publications de MM. Boinet, Cunier, Pinel-Grandchamp, Kuhn que plusieurs années avant les indications de Stromeyer et la première application de Dieffenbach, j'avais signalé l'utilité de la myotomie oculaire contre le strabisme, comme conséquence immédiate de l'étiologie assignée par moi à cette difformité et comme application rationnelle de la ténotomie. Du reste, dès l'annonce de la première opération un des honorables membres de cette commission, M. le professeur Roux, dans une leçon clinique que j'ai fait recueillir, a lui-même reconnu cette liaison. La commission sait d'ailleurs que j'ai reconquis en quelque façon la propriété de

cette opération en établissant une méthode et des procédés tout différents de ceux employés par les autres chirurgiens et différents surtout par les résultats qu'ils produisent. J'ajouterai enfin que l'opération que j'ai imaginée pour remédier au strabisme consécutif, c'est-à-dire aux fâcheux résultats produits par les autres méthodes, achèvera peut-être de personnifier en moi cette application de la ténotomie généralisée comme la plupart des précédentes.

La commission voudra bien le remarquer, cette longue énumération d'applications particulières, que je pourrais encore grossir, est plutôt donnée ici comme un simple rappel de mes communications à l'Académie sur ce sujet que comme des preuves positives et exactes des résultats produits par les opérations qu'elles relatent. Tel n'est pas mon but, ni le caractère de cette communication. Quoique parmi les pièces qui composent mon dossier ténotomique se trouvent des documents d'une authenticité irrécusable, tels que le rapport de la commission des hôpitaux, le discours sur la ténotomie prononcé à la séance annuelle de l'Académie de médecine de Belgique par M. le professeur Luteus et le compte-rendu du congrès scientifique de Neples; quoique je puisse y joindre beaucoup d'autres déclarations et confirmations de chirurgiens de tous les pays, je me renferme volontiers dans le caractère général et purement scientifique du mouvement que je crois avoir imprimé à la ténotomie, en établissant les bases étiologiques et rationnelles sur lesquelles elle doit reposer, en signalant théoriquement et en réalisant pratiquement la plupart des applications dont cette généralisation est susceptible. De cette façon, je laisse au temps et à l'expérience de faire la part de toute chose; de la difficulté particulière de chaque application ténotomique, comme de son efficacité définitive; de la valeur absolue des faits particuliers où elles ont été réalisées, comme des critiques plus ou moins fondées dont ces faits ont été l'objet. Les grands principes de la science et de l'art peuvent se dégager de toutes ces difficultés du moment, et je crois, sans témérité ni vanité, pouvoir ajouter que les grands principes de la ténotomie généralisée en sont arrivés là.

Je terminerai cette première partie de ma communication en rappelant que, si par les vues ici résumées j'ai montré ce qu'il faut faire pour rationnaliser la ténotomie, par mes expériences sur la méthode sous-cutanée j'ai montré comment il faut faire pour en assurer l'efficacité et l'immunité. La commission sait, en effet, la part que j'ai prise à l'établissement du principe en vertu duquel la ténotomie sous-cutanée peut toujours être affranchie de l'inflammation suppurative; l'histoire des progrès de cette méthode est désormais inséparable de celle de la méthode sous-cutanée.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de deux échantillons de remèdes secrets et d'une lettre de remercîments pour le rapport de M. Chevallier sur la culture de l'opium en Algérie, de plusieurs lettres de rappel d'envois de remèdes secrets, enfin de quelques mémoires relatifs aux épidémies.

Fièvres intermittentes.

MM. Léonard et Dieu adressent un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par le cubèbe et le copahu.

Extirpation de la parotide.

M. Peixoto, de Rio-de-Janeiro, adresse des observations d'extirpation de la glande parotide.

Typhus.

M. Liégey adresse une note sur le typhus de l'homme, des animaux et des végétaux.

RAPPORTS.

Recherche de l'arsenic.

M. Caventou lit un rapport sur un mémoire de M. . . . . . relatif à la recherche de l'arsenic dans les organes des individus empoisonnés. Le procédé proposé ne présentant, suivant M. le rapporteur, aucun avantage sur ceux qui sont généralement usités, la commission conclut au dépôt aux archives et à des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Avortement provoqué.

DISCUSSION.

M. Velpeau. Depuis que j'ai émis l'un des premiers en France que l'avortement pouvait être provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, je n'ai rien vu qui puisse me faire renoncer à mon opinion. L'opinion contraire, en effet, me paraît avoir été plaidée par des arguments empruntés beaucoup plus au sentiment qu'à la raison. Or le médecin doit surtout s'occuper de l'individu qui l'appelle et qu'il doit chercher à soulager ou à guérir.

Y a-t-il rien de plus pénible que la situation d'un médecin qui, consulté par une femme enceinte, est obligé de lui répondre : Au terme de votre grossesse, vous mourrez à peu près certainement; votre enfant mourra très probablement aussi, car l'opération césarienne est loin de sauver tous les enfants, et je ne puis rien faire pour prévenir ce résultat. Dans ce cas, le médecin ne tue-t-il pas en quelque sorte la femme sans sauver l'enfant? L'opération césarienne, en effet, ne se pratique le plus souvent qu'à une époque avancée du travail, et cela est fort heureux, car, si on la pratiquait plus tôt, il est probable qu'on la ferait souvent dans des cas où elle n'est pas utile.

Le nombre d'enfants que l'on conserve vivants à la suite de l'opération césarienne est à peine de moitié.

Comment se résoudre à sacrifier les jours de la mère pour conserver un être qui peut à peine passer pour un être humain, et qui est sans valeur dans la société? Jugez donc un peu de cette question par la pratique; comparez le chagrin d'une famille à laquelle la mort enlève une femme, et celui que provoque une fausse couche ou un avortement provoqué à un mois. C'est que la conservation de la femme importe à l'intérêt social, tandis que celle de l'embryon est à peu près indifférente.

On dit : Si la femme est enceinte, c'est qu'elle l'a bien voulu. Mais on ne devine pas toujours d'avance qu'on ne pourra pas accoucher; ce peut donc n'être point la faute de la femme, et je ne crois pas que dans ce cas la morale commande à l'accoucheur de la laisser mourir.

On dit encore qu'on craignait l'abus qu'on pourrait faire du principe. Cette crainte est malheureusement fondée; mais s'il y a abus sous ce rapport, c'est par suite des difficultés de mensuration, et je me rappelle à cet égard un exemple qui m'est arrivé à moi-même et qui pourrait paraître risible.

En examinant une femme j'avais cru reconnaître que l'accouchement ne pourrait pas se faire, et pendant que je faisais une leçon où j'annonçais ce résultat, l'accouchement se termina naturellement. Mais les erreurs de ce genre ne sont pas possibles avec un rétrécissement de deux pouces, ou 6 centimètres, comme celui que je crois être indispensable pour autoriser l'avortement provoqué.

Quant au danger de l'opération, il est à peu près nul; il n'y a peut-être pas une femme sur 50 qui y succombe.

En résumé, je pense que l'Académie ferait bien en déclarant que M. Lenoir s'est conformé aux règles d'une bonne pratique, et en renvoyant son mémoire au comité de publication.

M. Adelon lit un discours, dans lequel il s'efforce de montrer toutes les difficultés de la question, et il termine en proposant à l'Académie de déclarer que M. Lenoir a usé d'un droit en pratiquant l'avortement, mais que l'Académie n'a pas le droit d'imposer cette pratique aux médecins, qui doivent seulement prendre pour guides leurs lumières et leur conscience.

M. Cazeaux. J'adopte pleinement les conclusions de M. Adelon; car celles de la commission sont loin d'avoir l'absolu qu'on a voulu leur prêter. Quand la commission a émis cette proposition, que l'accoucheur peut et *doit*, elle n'a point prétendu faire une règle absolue de cette prescription. Ouvrez le premier livre venu de médecine opératoire, et vous y trouverez que dans telles ou telles circonstances le chirurgien doit *amputer;* cela empêche-t-il chaque praticien d'être juge des cas particuliers qui se présentent à lui? Notre conclusion n'a rien de plus absolu; elle est le résumé d'un paragraphe correspondant du rapport. Ceux qui adopteront les prémisses devront se faire un devoir d'adopter la conclusion; les autres resteront parfaitement libres; c'est tout ce que nous avons voulu dire.

Quelques mots de réponse maintenant à M. Danyau. J'ai d'abord été séduit par la forme gracieuse et élégante du discours de notre collègue; mais j'avoue que le fond ne m'a pas semblé digne des mêmes éloges. Il y a un tel vague dans tout le discours de M. Danyau, qu'après l'avoir bien lu on se demande : Mais que pense donc, en définitive, M. Danyau? Dans tout son discours il paraît d'accord avec le rapporteur, et cependant il semble toujours regretter de n'avoir pas le prétexte de lui faire opposition. Je regrette vraiment qu'un praticien aussi autorisé n'ait pas cru devoir prendre un parti décidé dans cette question.

J'ai repoussé l'avortement dans tous les cas où il n'y avait pas d'obstacle mécanique à l'accouchement, et j'ai pris pour type de ces cas les vomissements incoercibles. Mon opinion était fondée sur trois raisons :

1° Les vomissements sont très rarement mortels;

2° L'avortement, dans ces cas, est très rarement suivi de succès;

3° Enfin, on ne connaît pas le moment opportun pour agir.

Qu'a fait M. Danyau pour renverser ces arguments? Il a cité, en connaissant toute la pratique contemporaine et passée de tous les pays, quinze cas de mort par vomissement; il a rapporté six cas de guérison après l'avortement; il n'a pas joint à ces six succès des cas de mort, par la raison bien simple qu'on se garde de les publier. Mais, je le demande, des faits aussi peu nombreux peuvent-ils détruire ou seulement affaiblir la valeur des raisons que j'ai invoquées? M. Danyau ne le croit pas lui-même; et la preuve, c'est qu'il n'a pas conclu, c'est qu'il se sentait mal à son aise sur ce terrain, et que tout en ne condamnant pas explicitement l'avortement, il sentait toutes les difficultés de son application. Il savait que, dans un cas où la mort avait été considérée comme inévitable par MM. Chomel et Dubois, la malade guérit néanmoins sans avortement. Dans les cas de rétrécissement, au contraire, la mort est certaine; et c'est cette certitude que je crois indispensable pour autoriser l'avortement.

M. Danyau. Je ne veux point abuser des moments de l'Académie; je n'ai que quelques mots à répondre à M. Cazeaux.

L'honorable rapporteur me reproche de l'hésitation, de l'indécision dans mon argumentation et l'absence de conclusions précises. En pouvait-il être autrement dans une question qui, suivant moi, est encore à l'étude, surtout en ce qui concerne les vomissements incoercibles? M. Danyau, dit-il, ne conclut pas d'une manière nette à la convenance de l'avortement provoqué dans ce cas, et d'autre part il me reproche d'avoir conclu contre. Que veut-il donc? Ce que je veux, c'est ce que j'ai dit en finissant et que n'a point rappelé M. le rapporteur, à savoir : que dans une question si grave et en présence d'un cas qui menace réellement les jours d'une femme enceinte, on tienne compte des faits que j'ai fait connaître. Car, quels que soient les faits contraires, ceux que j'ai cités méritent certainement d'être mis dans la balance. M. Cazeaux ne les trouve pas suffisamment probants, et s'en prend à leur petit nombre. Ont-ils, oui ou non, prouvé ce que je voulais établir? à savoir : que les vomissements qui compliquent la grossesse peuvent être dans quelques cas portés au point de faire périr les femmes. M. Cazeaux ne nie pas sans doute cette triste issue, mais il la considère comme tout à fait exceptionnelle. Ont-ils démontré que l'avortement provoqué avait quelquefois sauvé des femmes qui étaient sur le point de mourir d'épuisement? M. Cazeaux ne peut s'empêcher de le reconnaître, et néanmoins il ne voudrait pas qu'on en tînt compte, et il persiste dans son rejet absolu. Pour moi, je persiste dans l'avis que j'ai exprimé. N'ayant jamais eu, pour ma part, à provoquer l'avortement dans un cas de cette espèce, je n'ai pu être aussi absolu que si j'avais déjà été dans le cas de me décider et d'agir. La réserve me semblait d'autant plus nécessaire, que j'ai reconnu toute la force du troisième argument de M. Cazeaux relativement à l'extrême difficulté de saisir le moment opportun pour opérer. Les Anglais attendent moins. En France, il semble qu'en général on ait trop attendu. C'est entre ces deux conduites que se trouve la bonne et saine pratique. Il s'agit de trouver ce moyen terme; ce qui ne sera probablement, comme je l'ai déjà dit, que le fruit d'observations nouvelles, de la réflexion et du temps.

On m'a encore reproché (ce n'est point M. le rapporteur) de n'avoir pas conseillé sans restriction l'avortement provoqué pour les cas de rétrécissement extrême du bassin. On n'admet aucune exception à cette pratique, et on trouve étrange que j'en admette. Ces *conditions particulièrement favorables* que suppose M. Danyau et dans lesquelles il se trouverait encore autorisé à préférer l'opération césarienne à l'avortement provoqué, quelles sont-elles donc? Il n'en parle pas, et *pour cause*. Ce langage m'a paru, j'en conviens, peu académique, et cependant, au lieu de me prêter la pensée de me déterminer sans motifs en des circonstances si graves, on aurait certainement pu deviner les conditions favorables que j'avais en vue et que je n'ai pas indiquées en détail pour ne point abuser des moments de l'Académie. Ces conditions me paraîtraient exister, par exemple, chez une femme qui, avertie à une époque très peu avancée de sa grossesse de l'impossibilité d'être délivrée à terme autrement que par l'hystérotomie, se présenterait à moi pleine de courage, de confiance et d'espoir, chez laquelle aucune considération personnelle, pas même celle de son salut, ne ferait taire la voix du sang, et qui serait disposée pour sauver son enfant à affronter les dangers de l'opération. Ce seraient là, on ne peut le nier, des conditions morales excellentes, et qui ne sait l'heureuse influence d'un bon état moral sur le succès des opérations? Je les trouverais encore, ces conditions favorables, dans la position sociale de la femme qui se confierait à mes soins. Si elle n'était pas du nombre de celles auxquelles un dénûment absolu ne laisse d'autres ressources que l'hôpital; si, sous le rapport de l'habitation, des vêtements, de la nourriture et des autres circonstances hygiéniques, il y avait peu de chose à désirer pour elle et si cet état déjà satisfaisant pouvait être rendu meilleur encore à l'aide des secours toujours prêts de la charité privée; si bien que, pendant tout le cours de sa grossesse, elle fût de toutes façons préparée à la grave opération qu'elle doit subir, croit-on que ce ne seraient pas là des conditions particulièrement favorables et telles qu'on ne peut pas espérer d'en rencontrer de pareilles dans une maternité?

Les opérations graves faites au domicile même des indigents, au sein de la famille, dont rien ne peut remplacer les soins et la tendresse, loin des foyers d'infection, ont souvent une plus heureuse issue que celles pratiquées dans nos grands services de chirurgie par les mains les plus habiles. Pourquoi n'en serait-il pas de même de l'opération césarienne qui, à Paris du moins, et peut-être est-ce là la principale cause de tant d'insuccès, n'a guère encore été faite que dans des maisons d'accouchement ou des services de chirurgie? C'est en la pratiquant au domicile même que nous espérerions aussi rencontrer des chances meilleures, et rien ne serait plus facile que de les augmenter encore en installant la femme, *au moment de l'opération et pour toute la durée de ses suites*, dans un logement bien aéré, bien exposé, loin du centre, sur les hauteurs de Chaillot, et de manière à réaliser, *dans Paris même*, les conditions qui ont assuré à d'honorables praticiens de province des succès qui n'ont point encore été obtenus parmi nous.

Ces détails suffiront; il n'est pas nécessaire d'en ajouter d'autres pour montrer à l'Académie que nos suppositions n'avaient rien d'imaginaire.

M. Cazeaux. Je ne repousse pas d'une manière absolue l'opération césarienne; il est certain que si l'on venait à améliorer les conditions dans lesquelles on la pratique, elle devrait être préférée.

M. Bégin. M. Cazeaux n'a pas formulé de réponse à la question posée par M. Lenoir. Celle de M. Adelon me semble hybride; elle approuve le fait, tout en déclarant qu'elle ne veut pas prononcer sur le principe, ce qui est contradictoire. Je ne veux de la conclusion de M. Adelon que la seconde partie, qui est la condamnation de la première, et je propose à l'Académie de faire la déclaration suivante :

« Considérant qu'il y aurait *danger* à émettre un jugement quelconque sur l'avortement provoqué pratiqué dans le but de conserver la vie gravement menacée de la mère,

» L'Académie *déclare qu'elle ne délibère pas* sur les sept conclusions scientifiques du rapport, et qu'elle abandonne à la conscience individuelle des praticiens l'appréciation des cas qui peuvent paraître nécessiter cette opération, et la responsabilité de la conduite qu'ils croiront devoir adopter en conséquence. »

M. Moreau, pensant que les éléments de la discussion sont tout à fait insuffisants, propose l'ordre du jour.

M. Laugier propose de déclarer que, la question étant encore à l'étude, l'Académie s'abstient d'émettre un avis.

Après une mêlée oratoire assez difficile à reproduire, l'Académie, qui n'est pas en nombre, se sépare sans adopter aucune proposition. Il est cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 22 mars 1852.
Présidence de M. Rayer.

Les lectures ont eu lieu dans l'ordre suivant :

1° M. le président a proclamé les prix décernés et les sujets de prix proposés.

2° M. le baron Charles Dupin a lu une notice sur quelques travaux des Français à l'exposition universelle.

3° M. Flourens a prononcé l'éloge historique de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Prix de médecine et de chirurgie.

L'Académie a décerné :

1° A M. Jules Guérin, un prix de deux mille cinq cents francs pour la *Généralisation de la ténotomie sous-cutanée;*

2° A M. Huguier, une récompense de deux mille francs pour ses *Recherches sur les maladies dont l'appareil sexuel chez la femme peut être le siége, et particulièrement sur l'estiomène;*

3° A MM. Briquet et Mignot, une récompense de deux mille francs pour leur *Traité pratique et analytique du choléra;*

4° A M. Duchenne (de Boulogne), une récompense de deux mille francs pour ses *Recherches électro-physiologiques appliquées à la pathologie et à la thérapeutique;*

5° A M. Lucas (Prosper), une récompense de deux mille francs pour son *Traité physiologique et pratique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie;*

6° A M. Tabarié et à M. Pravaz, une récompense de deux mille francs chacun : à M. Tabarié, pour avoir employé, le premier, l'air comprimé dans le traitement des affections des organes de la respiration; — à M. Pravaz, pour son *Essai sur l'emploi de l'air comprimé;*

7° A M. Gluge, une récompense de deux mille francs pour son ouvrage sur l'*histologie pathologique;*

8° A M. Gosselin, une récompense de quinze cents francs pour ses *Recherches sur les oblitérations des voies spermatiques;*

9° A M. Garriel, une récompense de deux mille francs pour les applications qu'il a faites à la médecine et à la chirurgie du caoutchouc vulcanisé;

10° A M. Vidal (de Cassis), une récompense de quinze cents francs pour l'invention des serre-fines;

11° A M. Serre (d'Uzès), un encouragement de mille francs pour ses *Recherches sur les phosphènes;*

12° A M. Boinet, un encouragement de mille francs pour son *Mémoire sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées;*

Des mentions honorables ont été accordées à MM. Monneret et Fleury pour l'important ouvrage intitulé : *Compendium de médecine pratique*, et à M. Sandras pour son *Traité des maladies nerveuses*. La commission a regretté que la nature de l'ouvrage de MM. Monneret et Fleury, qui ne remplit pas les conditions exigées par le concours, ne permît point à l'Académie de récompenser les auteurs d'une manière mieux proportionnée à leur mérite.

Prix de physiologie expérimentale.

Le prix de physiologie expérimentale a été accordé à M. Cl.

Bernard pour son *Mémoire sur une fonction nouvelle du foie chez l'homme et les animaux*.

Des mentions honorables ont été accordées à M. Brown-Séquard pour son *Mémoire sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière;*

A M. Léon Dufour pour son *Histoire anatomique et physiologique des scorpions ;*

A M. Jobert (de Lamballe) pour un mémoire intitulé : *Considérations sur les appareils électriques de la torpille et du gymnote.*

Prix relatifs aux arts insalubres.

L'Académie a décerné :

1° A M. Masson, un prix de deux mille francs pour avoir introduit dans l'usage alimentaire des conserves végétales qui améliorent le régime des équipages à bord des navires ;

2° A M. Sucquet, un prix de deux mille francs pour son procédé destiné à prévenir l'infection des amphithéâtres de dissection.

Grand prix de statistique.

Ce prix a été décerné à M. le baron de Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance, pour ses *Recherches statistiques sur les monts-de-piété*. Nos lecteurs ont pu apprécier, l'année dernière, par la publication des recherches statistiques de M. de Watteville sur les hospices et hôpitaux de France, tout le mérite des travaux de ce savant administrateur.

Nos lecteurs ont peut-être oublié une lettre de M. le docteur Hirtz, dans laquelle cet honorable confrère, tout en rendant compte d'un jugement du tribunal de Colmar, nous posait quelques questions qui intéressaient la médecine légale. C'est à ces questions que nous adressâmes quelques mots de réponse, en ayant soin d'ajouter que nous ne prétendions pas nous « *prononcer sur les raisons qui avaient pu motiver le jugement rendu en cette circonstance.* » Malgré cette réserve, le tribunal de Colmar a vu un délit dans la publication de la lettre de M. Hirtz. Il nous a cités à comparaître et nous a condamnés à 50 francs d'amende. Eclairés par ce jugement, il nous est bien démontré aujourd'hui que nous avions eu tort; mais nous avouons qu'en consultant uniquement notre conscience et notre raison, nous ne serions jamais arrivés à une telle opinion. Avis à nos confrères qui seraient tentés d'avoir une trop grande confiance dans leur logique et leurs bonnes intentions. — H. de Castelnau.

EXTRAIT *des minutes du greffe du tribunal de première instance séant à Colmar,*

Audience publique tenue par le tribunal de police correctionnelle séant à Colmar.

Entre M. le procureur de la République près ledit tribunal, poursuivant d'office,

Contre : 1° Louis Hirtz, âgé de 38 ans, docteur en médecine, né à Winizenbeim, demeurant à Kaysersberg, prévenu d'avoir fait publier dans le numéro 142 de la *Gazette des Hôpitaux* un article renfermant un compte-rendu infidèle, de mauvaise foi et injurieux pour les magistrats composant le tribunal correctionnel de Colmar, d'une affaire entre le ministère public et les nommés Joseph Masmann et Martin Mathis, dont les débats eurent lieu le 22 novembre 1851, comparant en personne, assisté de Me Kocb, avocat;

2° Et contre le sieur Le Sourd, gérant responsable de la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, dont les bureaux sont rue des Saints-Pères, n° 40, à Paris, prévenu d'avoir publié ledit article dans ledit journal, défaillant.

Après que M. Emery, substitut de M. le procureur de la République, eut exposé les faits de l'affaire, il a été donné lecture de l'article incriminé par le greffier.

Le prévenu, Louis Hirtz, a été interrogé par M. le président et oui en ses réponses.

Me Koch, défenseur du sieur Hirtz, a conclu à ce qu'il plaise au tribunal renvoyer ledit Hirtz des fins de la poursuite, sans dépens néanmoins.

Oui M. Emery, substitut de M. le procureur de la République, en son résumé de l'affaire et en ses conclusions tendant à ce qu'il plaise au tribunal donner défaut contre le sieur Le Sourd, non comparant, et pour le profit le déclarer coupable, ainsi que le sieur Hirtz, des faits qui leur sont respectivement imputés; en conséquence, leur faire application des articles 7 et 16 de la loi du 22 mars 1822, et les condamner solidairement aux dépens.

Attendu que Hirtz se reconnaît l'auteur de l'article inséré dans le n° 142 de la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, ledit article commençant par ces mots : « Nous nous rendons volontiers au » désir de notre distingué confrère », et finissant par ceux-ci : « leur concours ne me fera pas défaut; »

Attendu que cet article ne présente point les caractères d'une dissertation médico-légale, mais bien ceux d'un compte-rendu d'une audience du tribunal tenue le 29 novembre dernier, dans la cause d'entre le ministère public et les nommés Joseph Masmann et Martin Mathis, prévenus de mauvais traitements sur la personne du jeune Bruckert;

Attendu que ce compte-rendu repose sur des faits entièrment inexacts et controuvés, en ce qu'il ne renferme pas la partie des débats qui a révélé aux yeux du tribunal la culpabilité des prévenus; qu'en effet, d'après les dépositions des témoins à décharge, et notamment de celles du contre-maître, l'on devait penser que les latrines étaient disposées de manière à communiquer avec la salle de travail sans aucune séparation...; mais que, d'après les explications fournies à l'audience, et d'après un plan fait à l'audience, il a été reconnu et constaté, sur les indications du jeune Bruckert, que les latrines étaient séparées de la salle par une clôture en planches formant un couloir par lequel il faut passer et où le jeune Bruckert a subi l'attaque des prévenus;

Attendu que le contre-maître qui, dans sa déposition, avait prétérit l'existence de cette séparation, a été obligé de reconnaître à fin de cause qu'elle existait réellement; que dès lors aussi l'attaque pouvait se commettre sans être aperçue par les ouvriers travaillant dans la salle;

Que c'est donc contrairement à toute vérité, et en ne rapportant pas, dans le compte-rendu, les explications dont il vient d'être parlé, lesquelles ont rectifié et complété les dépositions des témoins à décharge, que l'auteur de l'article incriminé a signalé comme matériellement impossible la perpétration du délit imputé aux prévenus;

Attendu que Hirtz a déposé à l'audience comme témoin à décharge, et qu'après avoir développé une théorie sur les ligatures que se font quelquefois de jeunes garçons à cette partie du corps pour se procurer des jouissances voluptueuses, il a entendu ensuite la déposition du contre-maître et des autres témoins, ainsi que les interpellations et les explications auxquelles elles ont donné lieu concernant la séparation par une cloison en planches des latrines d'avec la salle de travail; qu'on doit donc admettre que c'est avec mauvaise foi qu'il n'a pas, dans l'article incriminé, rapporté ces explications et les conséquences qui en sont résultées, laissant ainsi à penser au lecteur que le fait qui a servi de base à la décision du tribunal était matériellement impossible;

Attendu que, plus loin, le prévenu Hirtz impute au tribunal d'avoir prononcé une condamnation dans l'absence de toutes charges et preuves à l'appui de l'accusation...; que c'est là une offense envers le tribunal; qu'on ne saurait, en effet, en commettre une plus grande envers un corps judiciaire que de lui imputer d'avoir prononcé une condamnation dans l'absence totale de toutes charges et preuves;

Qu'enfin l'auteur met dans la bouche des magistrats des paroles qui n'ont jamais été prononcées..., que seulement M. le juge Donnat, en lui faisant remarquer le bon état de santé et les intelligentes réponses du jeune Bruckert, lui a demandé si la constitution physique d'un enfant de son âge, et qui se livrerait à la pratique qu'il a signalée dans sa déposition, n'en serait pas altérée, et si on ne devrait pas remarquer cette altération sur sa figure ou dans ses traits...; qu'au surplus le tribunal, dans son jugement, n'a point contredit la théorie du prévenu Hirtz; mais que, puisant sa conviction dans les éléments de la cause soumise à son appréciation, il a décidé que ce n'était point un attentat à la pudeur que le jeune Bruckert avait commis sur sa personne, comme le soutient le prévenu, mais qu'il a été victime d'un acte de brutalité de la part des prévenus;

Attendu, au surplus, que le jugement rendu par le tribunal a été confirmé par la cour du ressort.

En ce qui concerne le gérant:

Attendu que la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires* est destinée à recevoir des articles de science médicale, mais que le gérant a pu facilement se convaincre que l'article qui lui a été adressé par Hirtz n'avait pas ce caractère; qu'il n'était, au contraire, qu'un compte-rendu d'une audience correctionnelle..., qu'il devait donc s'enquérir si ce compte-rendu était exact; qu'il pouvait aussi facilement reconnaître par son contenu qu'il était offensant pour le tribunal; que néanmoins, sans s'entourer des renseignements que sa position lui commandait de prendre, il l'a inséré dans le journal dont il est le gérant, et lui a ainsi donné une publicité compromettante pour l'honneur et la considération du tribunal.

Par ces motifs,

Le tribunal de police correctionnelle donne acte à Hirtz de ce qu'il se reconnaît l'auteur d'un article inséré dans le n° 142 de la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, ledit article commençant par ces mots : « Nous nous rendons volontiers au désir de notre » distingué confrère », et finissant par ceux-ci : « leur concours » ne me fera pas défaut. »

En conséquence, dit que l'article précité forme un compte-rendu infidèle et de mauvaise foi d'une audience tenue par le tribunal le 29 novembre dernier, dans la cause entre le ministère public et les nommés Joseph Masmann et Martin Mathis, prévenus de mauvais traitements exercés sur la personne du jeune Bruckert, dit en outre que cet article est offensant pour le tribunal, et pour la répression, condamne Kirtz comme auteur à 100 fr. d'amende.

En donnant défaut contre Le Sourd, comme gérant responsable, le condamne à 50 fr. d'amende, et les condamne solidairement aux dépens, liquidés à 12 fr. 15 c.

Ordonne en outre que le gérant sera tenu de faire insérer dans l'une des feuilles ou livraisons qui paraîtront dans le mois de la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, extrait contenant les motifs et le dispositif du présent jugement; que Hirtz sera tenu pareillement de faire insérer, dans le même délai, ledit extrait dans le journal du département intitulé : *Journal du Haut-Rhin*, le tout en conformité des articles 7 de la loi du 25 mars 1822, 2 et 11 de la loi du 9 juin 1819, modifiés par l'article 463 du Code pénal, dont lecture a été donnée par M. le président, et qui sont ainsi conçus :

Art. 7. L'infidélité et la mauvaise foi, dans le compte que rendent les journaux et écrits périodiques des séances des chambres et des audiences des cours et tribunaux, seront punis d'une amende de 1,000 à 6,000 fr.

Art. 2. La responsabilité des auteurs ou éditeurs indiqués dans la déclaration s'étendra à tous les articles insérés dans le journal ou écrit périodique, sans préjudice de la solidarité des auteurs ou rédacteurs desdits articles.

Art. 11. Les éditeurs du journal ou écrit périodique seront tenus d'insérer dans l'une des feuilles ou des livraisons qui paraîtront dans le mois du jugement ou de l'arrêt intervenu contre eux, extrait contenant les motifs et le dispositif dudit jugement ou arrêt.

Art. 463. Dans tous les cas où la peine de l'emprisonnement et celle de l'amende sont prononcées par le Code pénal, si les circonstances paraissent atténuantes, les tribunaux correctionnels sont autorisés, même en cas de récidive, à réduire l'emprisonnement même au-dessous de six jours, et l'amende même au-dessous de 16 fr.; ils pourront ainsi prononcer séparément l'une ou l'autre de ces peines, et même substituer l'amende à l'emprisonnement, sans qu'en aucun cas elle puisse être au-dessous des peines de simple police.

Siégeant MM. Langhans, vice-président; Meyer, Jacquot et Donnat, juges.

Signés à la minute Langhans, Meyer Jacquot, Donnat, juges, et Wilhelm, commis greffier.

Sur la minute est écrit : Enregistré à Colmar le 12 mars 1852, folio 195, case 1re; débet, 2 fr. 20 c.

Signé : COLIN. *Collationé* : WILHELM.

GUÉRISON DES MALADIES NERVEUSES

DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

Rien de plus triste que l'existence des personnes affectées de NÉVROSES DE L'ESTOMAC ou des *intestins*; rien aussi n'était plus difficile à guérir que ces maladies désignées sous les noms de *gastralgies*, *d'entéralgies*, *d'affections nerveuses de l'estomac et des intestins*. Une découverte importante, qui a reçu la haute approbation de l'Académie nationale de médecine, fait cesser, à cet égard, les inquiétudes, le désespoir des malades et les pénibles incertitudes des médecins.

M. le docteur Belloc a trouvé un moyen parfaitement simple, dont l'emploi est exempt de toute espèce d'inconvénient, nous voulons parler de la *Poudre* et des *Pastilles de charbon*, moyen que l'Académie nationale de médecine a approuvé dans sa séance du 27 décembre 1849.

Le rapport de l'Académie, tout en faisant connaître les nombreuses et très remarquables cures obtenues soit par M. Belloc, soit par les commissaires eux-mêmes, constate que l'espèce et l'âge du bois employé, ainsi que les procédés suivis pour la carbonisation, ont une grande influence sur les propriétés de ce médicament.

Les pastilles au charbon du docteur Belloc sont faites sans mucilage, par un procédé entièrement nouveau.

Elles portent sur une de leurs faces la griffe de l'auteur, et sur l'autre le mot *Paris*. Les flacons qui contiennent la poudre sont également scellés du cachet du docteur Belloc.

Dépôt à la pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris; et pour les départements, dans l'une des bonnes pharmacies de chaque ville.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. BÉCHARD, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et handagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses handages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

Nous rappelons à Messieurs les Médecins les Bouts de sein et Biberons en tetine de MADAME BRETON, sage-femme. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention. Rue Saint-Sébastien, 42.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 37. — SAMEDI 27 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 37. — SAMEDI 27 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Décret sur l'organisation du corps de santé de l'armée de terre. — HOPITAUX. — COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Efficacité remarquable de l'huile de gade dans un cas d'empyème purulent. Guérison. — Société de médecine pratique, séance du 4 septembre 1851. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 26 MARS 1852.

Décret sur l'organisation du corps de santé de l'armée de terre.

Le décret sur l'organisation du corps de santé de l'armée a paru, ainsi que nous l'avions annoncé, au *Moniteur* d'avant-hier. Il nous est impossible de reproduire complétement ce décret, qui n'occupe pas moins de huit colonnes du journal officiel. Nous nous bornerons donc à en signaler les dispositions principales.

Dans un premier paragraphe, le décret établit la fusion entre la médecine et la chirurgie, en conservant seulement la distinction entre la médecine et la pharmacie.

« Les médecins, dit le décret, sont chargés, *sans distinction de profession*, de l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans les corps de troupe, *dans les hôpitaux* et dans les ambulances. »

Il est probable que la pratique fera disparaître ce que cette disposition a d'absolu, et que les services des hôpitaux et même celui des ambulances seront confiés à des hommes qui se seront spécialement livrés à la médecine ou à la chirurgie. Nous sommes fermement convaincu que non-seulement la gloire de la chirurgie militaire, mais aussi et surtout l'intérêt de nos soldats malades et blessés, souffriraient considérablement de l'exécution rigoureuse de cette disposition.

Le cadre des officiers de santé est fixé ainsi qu'il suit en temps de paix :

Médecins.

Médecins inspecteurs.	7
— principaux de 1re classe.	40
— — de 2e classe.	40
— majors de 1re classe.	100
— — de 2e classe.	220
— aides-majors de 1re classe. . . .	340
— — de 2e classe. . . .	340
Total. . .	1,087

Pharmaciens.

Pharmacien inspecteur.	1
— principaux de 1re classe. . . .	5
— — de 2e classe. . . .	5
— majors de 1re classe.	15
— — de 2e classe.	30
— aides-majors de 1re classe. . .	45
— — de 2e classe. . . .	45
Total. . .	146

Le décret, prévoyant le cas où l'effectif du corps de santé ne suffirait pas pour assurer le service militaire, conserve à l'administration la faculté de commissionner des officiers de santé auxiliaires qui ne forment pas de hiérarchie et sont classés à la suite du cadre de la profession à laquelle ils appartiennent.

Ainsi que nous l'avions également annoncé dans notre précédente note, les officiers de santé attachés aux corps ou partie de corps d'armée sont subordonnés aux officiers les plus élevés en grade de ces corps, ce qui nous paraît parfaitement juste; mais les officiers de santé attachés aux hôpitaux et aux ambulances restent subordonnés au corps de l'intendance *pour tout ce qui concerne le service.* Nous craignons que cette disposition n'encourage les abus dont l'administration de la guerre a eu déjà trop souvent à se plaindre et dont l'hygiène de nos soldats a eu tant à souffrir.

On vient de voir par les chiffres fixés ci-dessus que le nombre des officiers de santé est très notablement réduit relativement à ce qu'il était sous l'ancien ordre de choses. En revanche, la position matérielle des officiers de santé s'est améliorée, et l'on peut dire qu'elle est aujourd'hui très tolérable; c'est ce que prouve le tableau suivant, qui fixe les traitements affectés aux divers grades en temps de paix, y compris les indemnités de logement :

Médecins inspecteurs.	10,000 fr.		
principaux de 1re classe.	5,960	et	6,960 à Paris.
— — de 2e classe.	5,340		6,240 —
Majors de 1re classe.	4,220		4,920 —
— de 2e classe.	3,160		3,860 —
Aides-majors de 1re classe. . . .	2,490		3,240 —
— de 2e classe. . . .	2,040		2,656 —

Le décret maintient la suppression des sous-aides.

Enseignement. — Le paragraphe 7 du décret institue une école dans les termes suivants :

« Il est institué un école dans laquelle sont réunis les élèves des Facultés qui se destinent au corps de santé de l'armée de terre. »

Mais le paragraphe suivant laisse à un règlement spécial le soin de déterminer les conditions d'admission dans cet établissement, ainsi que son régime intérieur. L'administration désire, dit-on, établir le casernement des élèves admis dans cette école.

La *septième section* du décret (art. 13, 14, 15 et 16) fixe ainsi qu'il suit le mode d'admission dans le cadre des officiers de santé militaires titulaires ou auxiliaires :

1° *Admission d'origine dans le cadre des officiers de santé militaires.*

Les élèves de l'école spéciale de médecine militaire sont nommés médecins aides-majors de 2e classe aux conditions suivantes : 1° Avoir passé à l'école de médecine militaire le temps qui sera déterminé par le règlement spécial sur le régime intérieur de cet établissement et avoir satisfait aux examens de sortie ; 2° posséder le titre universitaire de docteur. Les élèves de l'école spéciale de médecine militaire sont nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe aux mêmes conditions que les médecins, avec la différence que le titre de docteur en médecine doit être remplacé par celui de maître en pharmacie. Il sera tenu compte de la possession du titre de docteur en médecine.

2° *Admission latérale dans le cadre des officiers de santé militaires.*

Les médecins civils commissionnés par le ministre, conformément à l'article 15 du présent décret, ont droit au quart des emplois de médecins aides-majors de 2e classe, sous les conditions suivantes : 1° Avoir accompli deux ans de service et fait une campagne; 2° posséder le titre de docteur en médecine.

Les pharmaciens civils commissionnés par le ministre, conformément à l'article 15 du présent décret, ont droit au quart des emplois de pharmaciens aides-majors de 2e classe, sous l'accomplissement des mêmes conditions que celles imposées pour l'admission latérale des médecins, avec cette différence que le titre de maître en pharmacie remplace celui de docteur en médecine.

3° *Admission des officiers de santé auxiliaires commissionnés par le ministre.*

Les élèves en médecine pourront être commissionnés médecins aides-majors de 2e classe aux conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé;
2° Avoir satisfait à la loi du recrutement;
3° Posséder le titre de docteur en médecine;
4° Produire un certificat du doyen de la Faculté de médecine dans laquelle les épreuves pour le doctorat ont été passées, et constatant que l'élève a obtenu la note *satisfait.* Ce certificat devra, en outre, attester la moralité et la bonne conduite du candidat pendant la scolarité;
5° Justifier de vingt-six ans d'âge au plus, au 1er janvier de l'année où la demande a été présentée;
6° Satisfaire aux épreuves d'un examen dont le mode sera déterminé par une instruction spéciale;
7° N'être atteint d'aucune infirmité qui rende impropre au service.

Les élèves en pharmacie pourront être commissionnés pharmaciens aides-majors de 2e classe aux mêmes conditions que celles prescrites par l'alinéa précédent pour les élèves en médecine commissionnés médecins aides-majors, avec cette différence que le titre de maître en pharmacie remplacera celui de docteur-médecin.

4° *Admission des officiers de santé auxiliaires requis par les intendants militaires.*

Les médecins civils employés accidentellement dans les hôpitaux militaires ou dans les ambulances sont requis par les intendants militaires, sur la proposition du sous-intendant militaire, constatant l'insuffisance numérique des médecins appartenant au cadre normal; leur aptitude est préalablement constatée par le médecin militaire chef du service médical dans l'hôpital militaire du lieu. Quand les médecins civils sont requis pour être employés ailleurs que dans les hôpitaux militaires ou dans les ambulances, ils sont choisis parmi ceux que la notoriété publique désigne comme ayant l'aptitude convenable.

Les pharmaciens civils sont requis par les intendants militaires aux mêmes conditions et sous l'accomplissement des mêmes formalités que celles prescrites par l'alinéa précédent pour la réquisition des médecins civils.

La section 11e détermine les fonctions des officiers de santé de divers grades. Cette détermination nous a paru être faite avec intelligence.

La 12e section règle le mode d'avancement. Nous y avons constaté avec satisfaction que les propositions d'avancement étaient faites par l'officier de santé supérieur pour l'officier de santé inférieur; mais l'importance de cette initiative se trouve singulièrement réduite par la nécessité de faire agréer cette proposition soit par le chef de corps dans les régiments (ce qui nous paraît juste), soit par les officiers de l'intendance dans les établissements hospitaliers (ce qui est beaucoup moins raisonnable).

Nous devons cependant noter, comme une amélioration très notable de l'ancien état de choses, la création d'une commission chargée de classer les propositions de la commission dans laquelle l'élément médical domine, et qui est composée ainsi qu'il suit :

Un général de division, président;
Deux intendants militaires;
Trois médecins inspecteurs.

En outre, les médecins inspecteurs qui ont été chargés d'inspections médicales peuvent prendre part, avec voix consultative, aux délibérations de la commission, quand le ministre le juge utile.

Enfin la section 14e règle les honneurs et préséances attribués aux officiers de santé, et comble ainsi utilement et honorablement une lacune qui avait été l'origine des plus tristes comme des plus justes réclamations.

9° *Honneurs militaires attribués aux officiers de santé.*

Honneurs rendus par les sentinelles. — Les médecins et les pharmaciens inspecteurs reçoivent le salut des sentinelles par la présentation de l'arme.

Les médecins et les pharmaciens principaux, les médecins et les pharmaciens majors et aides-majors, reçoivent le salut des sentinelles par le port de l'arme.

Les médecins et les pharmaciens commissionnés reçoivent le même salut que les aides-majors du cadre constitutif.

Honneurs funèbres. — Les médecins et les pharmaciens inspecteurs reçoivent les honneurs funèbres par trois détachements quand ils décèdent en activité, et par deux détachements quand ils décèdent en retraite.

Les médecins et pharmaciens principaux reçoivent les honneurs funèbres par deux détachements quand ils décèdent en activité, et par un détachement quand ils décèdent en retraite.

Les médecins et les pharmaciens majors reçoivent les honneurs funèbres par un détachement, quelle que soit leur position au jour de leur décès.

Les médecins et les pharmaciens aides-majors reçoivent les honneurs funèbres par un demi-détachement, quelle que soit leur position au jour de leur décès.

Les médecins et pharmaciens commissionnés par le ministre reçoivent les mêmes honneurs funèbres que les aides-majors du cadre normal.

10° *Rang de préséance attribué aux officiers de santé.*

Les officiers de santé militaires et auxiliaires employés dans les corps de troupe prennent leur rang de préséance à la suite de l'état-major du corps auquel ils sont attachés.

Les officiers de santé militaires et auxiliaires employés dans les hôpitaux prennent leur rang de préséance à la suite des officiers des états-majors particuliers de l'artillerie et du génie.

Les médecins et les pharmaciens principaux, chefs du service de santé d'une armée, lorsqu'ils se trouvent dans une réunion dont font partie d'autres officiers de santé, prennent leur rang de préséance à la suite des états-majors particuliers de l'artillerie et du génie. Les mêmes, lorsqu'ils se trouvent isolés, prennent leur rang de préséance à l'état-major général et à la suite des officiers de l'intendance militaire.

Les médecins et les pharmaciens inspecteurs prennent leur rang de préséance à la même place que les médecins et les pharmaciens principaux, chefs du service de santé d'une armée.

Telles sont les principales dispositions du nouveau décret qui, sans réaliser toutes les espérances que pouvaient légitimement avoir nos honorables confrères de l'armée, apporte néanmoins des améliorations notables à leur situation. Qu'ils continuent à se montrer dignes de la haute mission qui leur est confiée, et le temps, nous en sommes convaincu, fera le reste. — H. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les nos des 14, 26 février, 6 et 16 mars.)

CINQUIÈME LEÇON. — *Du cancer considéré d'une manière générale.*

De l'exposé rapide que nous avons tracé des quatre grandes classes d'affections désignées sous les noms de tumeurs syphilitiques tertiaires, tumeurs hypertrophiques, fibro-plastiques et cancroïdes, il ressort un fait capital, c'est que toutes ont pour base fondamentale la production exagérée de quelques-uns des éléments normaux de nos tissus.

Dans le cancer, au contraire, nous voyons apparaître un élément nouveau complétement étranger, quant à sa texture et son évolution, aux parties constituantes de l'organisme.

Cette différence établit tout d'abord une distinction fondamentale entre le cancer proprement dit et toutes les autres affections avec lesquelles il avait été jusqu'à présent confondu.

Nous devons donc étudier en premier lieu cet élément caractéristique, dont la spécificité, méconnue encore par un grand nombre d'observateurs et surtout par les anatomistes allemands, a été mise hors de toute contestation par les travaux récents de l'école française et principalement par ceux de M. Lebert.

Cet élément consiste dans la cellule cancéreuse : c'est un petit globe assez régulier dans ses dimensions, mais de forme variée. Son enveloppe, fine et transparente, laisse apercevoir dans son intérieur un noyau elliptique excentriquement placé, dont le volume égale la moitié ou les deux tiers de la cellule

totale et qui lui-même renferme un ou plusieurs grands nucléolcs. Ce type fondamental n'est pas toujours bien pur : on voit quelquefois l'enveloppe cellulaire revêtir une forme ovoïde, allongée, triangulaire ou fusiforme; mais dans tous les cas les contours de cette cellule sont généralement pâles, fins et contrastent singulièrement avec les contours fortement accusés de noyaux dont le volume considérable et la forme ovoïde offrent à l'observateur des caractères qui ne permettent de la confondre avec aucun autre.

A l'état normal, on rencontre bien quelques granules pâles dans le noyau, mais l'élément qui frappe les observateurs même les plus inattentifs est le nucléole. Celui-ci est grand, terne, bien plus volumineux et bien plus apparent que dans toutes les autres cellules. Pour reconnaître toutes ces particularités et pour éviter toute confusion, un grossissement considérable est toujours nécessaire. Il faut une habitude extrême pour les distinguer avec un grossissement moindre de 500 diamètres ; dans la plupart des cas, cette étude exige l'emploi de plus forts grossissements, ceux de 7 et de 900 diamètres, par exemple ; alors toute confusion devient impossible.

Les cellules cancéreuses infiltrées au milieu des tissus constituent par leur réunion un liquide que la pression ou le grattage peut en extraire sous la forme d'un suc trouble et lactescent signalé déjà depuis longtemps par M. le professeur Cruveilhier sous le nom de suc cancéreux.

Dans quelques cas, ce suc peut avoir de la ressemblance avec le pus, mais à l'examen microscopique la confusion n'est plus possible. Mêlé avec de l'eau pure, le suc cancéreux s'émulsionne et se délaye d'une manière uniforme, bien différent en cela de la matière tuberculeuse, qui, dans l'eau, reste en suspension sous forme de petits grumeaux; de la matière épidermique du cancroïde, dont l'aspect feuilleté persiste malgré le mélange le plus intime avec ce liquide; enfin, du pseudo-suc des tumeurs hypertrophiques ou du tissu fibro-plastique, qui se dissémine en parcelles très ténues sans se dissoudre. Dans le cancer mélanique, le suc spécifique est teint en brun ou presque en noir; enfin, dans le cancer colloïde, il est demi-transparent et gélatiniforme, et dans ce cas il ne peut être reconnu définitivement qu'à l'aide du microscope.

Dans les tumeurs cancéreuses, la cellule spécifique est fréquemment accompagnée d'éléments accessoires extrêmement variés. C'est ainsi qu'on y rencontre du tissu fibreux, des cellules fibro-plastiques, de la graisse, du pigment jaune ou noir, une substance gélatiniforme, des parties minérales, des éléments inflammatoires, des globules sanguins.

Tout en ayant des caractères spécifiques constants, le tissu cancéreux affecte des formes différentes qui tiennent à la prédominance de tels ou tels éléments accessoires. Quand il est mou, presque homogène, d'un blanc pâle et jaunâtre, on lui donne le nom de cancer encéphaloïde ; lorsque, plus développé, sa trame offre un aspect finement fibreux et réticulaire, une consistance élastique, il est dit encéphaloïde à l'état de crudité; quand l'élément fibreux dense et serré donne à la tumeur une fermeté qui le rapproche du cartilage ou des ligaments, il prend le nom de squirrhe; on appelle gélatiniforme ou colloïde la variété dans laquelle le suc cancéreux se trouve mélangé avec une matière demi-transparente et molle, comme de la gelée de viande ; si l'élément vasculaire présente un développement insolite, le cancer est dit hématode; enfin, il prend le nom de mélanose, ou plutôt de cancer mélaïque, quand il est infiltré d'une matière colorante, noire, analogue à la sépia. On pourrait ajouter encore une sixième variété désignée sous le nom de cancer phimatoïde, et que caractérise une matière d'un jaune terne, d'apparence tuberculeuse.

Il n'est aucun des tissus de l'économie, aucun organe dans lesquels le cancer ne puisse se développer primitivement ; on le rencontre dans les os, les muscles, les centres nerveux, aussi bien que dans la peau, le tissu cellulaire et les organes glanduleux. Une fois développé dans un point quelconque de l'organisme, la cellule cancéreuse se multiplie: tantôt elle se substitue aux molécules organiques des tissus qui conservent leur forme extérieure ; d'autres fois, et le plus souvent, elle s'accumule en formant des masses isolées qui d'abord refoulent les tissus voisins et les compriment sans les envahir, se formant ainsi un véritable kyste aux dépens de leur tissu cellulaire : de là deux formes fondamentales reconnues depuis longtemps par les anatomistes, et distinguées sous les noms d'infiltration cancéreuse et de cancer enkysté. Ces deux formes peuvent se rencontrer dans chacune des six variétés que nous avons admises dans le cancer.

Causes. — Si l'on s'en rapportait aux renseignements donnés par les malades, le cancer reconnaîtrait pour causes fréquentes des lésions traumatiques diverses, et principalement la contusion. Mais en analysant avec soin les faits, il est facile de se convaincre que cette opinion ne soutient pas l'examen; le cancer, en effet, peut se manifester dans tous les organes, aussi bien dans ceux que leur position superficielle expose au contact des corps extérieurs que dans ceux qui, par leur situation profonde, en sont complètement à l'abri. Rare dans la première enfance, où il n'affecte guère que l'organe de la vision, il l'est un peu moins dans la jeunesse, où les os et le testicule en sont le siége presque exclusif: c'est dans l'âge mûr et surtout dans la vieillesse qu'on l'observe le plus communément. La statistique démontre que les femmes y sont plus exposées que les hommes, et cette différence résulte principalement de la fréquence considérable du cancer de l'utérus et des glandes mammaires. Les maladies antérieures ne jouent dans son développement aucun rôle appréciable. Le tempérament n'exerce sur sa manifestation qu'une influence insaisissable. Il n'en est pas même des influences morales tristes longtemps prolongées, et surtout de l'hérédité. Sans attacher à cette dernière circonstance autant d'importance que l'ont fait certains pathologistes modernes, nous ne pouvons nier cependant qu'elle n'ait sur le développement du cancer une influence réelle. A cet égard, toutefois, nous devons établir une distinction entre l'hérédité qui consiste dans la transmission d'un germe morbide dont le développement est presque nécessaire, ainsi que cela s'observe dans la syphilis, le scrofule et les maladies tuberculeuses, et celle qui résulte d'une simple ressemblance d'organisation. Tel individu, par exemple, transmet à son enfant sa physionomie, sa couleur, son tempérament. De même il peut lui transmettre cette disposition inconnue qui fait qu'il sera plus accessible aux affections cancéreuses; mais cette cause n'aura guère plus d'influence sur le développement du cancer que le tempérament sanguin sur la pneumonie ou l'apoplexie cérébrale. Le cancer n'est point une maladie spéciale à l'espèce humaine; on le rencontre fréquemment chez les animaux domestiques, tels que le chien, le cheval, le bœuf, les oiseaux mêmes n'en sont pas exempts; on l'a plusieurs fois observé chez les poules, et même chez les petits oiseaux de nos volières.

Symptômes, marche et terminaison.

L'apparition du cancer n'est ordinairement précédée d'aucun prodrome. Il débute d'une manière insensible, et l'attention du malade n'est souvent éveillée sur son existence que par l'effet du hasard et lorsqu'il a déjà pris un certain développement.

Dans les cancers profonds, les premières phases d'évolution restent inaperçues, et dans les cancers superficiels les symptômes ont une apparence de bénignité qui souvent laisse les malades dans une sécurité funeste. Ces faits sont tellement vulgaires, que la plupart des malades couchés actuellement dans nos salles peuvent vous en fournir des exemples; mais bientôt ces symptômes acquièrent une intensité qui ne permet plus d'en méconnaître la signification. Leur marche, tantôt lente, tantôt rapide, a quelquefois des moments d'arrêt; mais elle ne rétrograde jamais. Le cancer peut revêtir deux formes principales, la forme de tumeur et celle d'ulcère.

C'est presque toujours sous la forme de tumeur que le cancer se manifeste; et dans les cas même où il revêt la forme ulcéreuse, on peut encore constater un engorgement plus ou moins considérable des tissus.

1° Des tumeurs cancéreuses.

Rien n'est plus varié que les formes sous lesquelles les tumeurs cancéreuses peuvent se manifester. On les voit pédiculées ou sessiles, régulières ou bosselées, circonscrites ou diffuses, enfin superficielles ou profondes. Leur consistance, dure et comme pierreuse dans le squirrhe, présente parfois une mollesse qui les fait confondre avec des tumeurs liquides, comme dans certaines variétés d'encéphaloïdes.

Leur volume n'a rien de régulier. Les unes semblent de simples granulations; d'autres peuvent acquérir des dimensions énormes. Il m'est arrivé récemment d'observer un cancer de l'estomac dont les dimensions égalaient à peine celles d'une pièce de cinq francs, et qui fut suffisant pour déterminer la mort. Tout dernièrement encore vous avez pu voir une malade couchée au n° 12 de la salle Saint-Jacques qui succomba à une tumeur cancéreuse du cerveau grosse à peine comme une petite noix. A côté de ces faits, je vous citerai l'exemple d'une dame à laquelle, de concert avec MM. les docteurs Vuiton et Massé, je fis l'extirpation d'une tumeur cancéreuse étendue depuis la clavicule jusqu'au-dessous de l'ombilic, et dont la circonférence était telle, qu'au moment de l'extraction mes deux bras étaient insuffisants à l'entourer.

Suivant les parties qu'elles affectent, elles peuvent être fixes ou roulantes; la peau qui les recouvre peut y adhérer ou en rester indépendante. Le plus ordinairement les tumeurs cancéreuses sont indolentes au contact, mais elles sont le siége de douleurs spontanées dont la nature est un des caractères les plus remarquables du cancer. Ces douleurs consistent parfois en de simples tiraillements, en un engourdissement passager; mais le plus souvent elles affectent la forme lancinante, qui varie elle-même depuis la sensation d'une simple piqûre d'aiguille bornée à quelques points de l'organe malade jusqu'à ces élancements terribles qui traversent toute l'étendue de la tumeur et s'étendent même au loin dans les parties les plus éloignées. Ce sont alors de véritables éclairs, analogues aux décharges électriques, ce qui leur a valu le nom de douleurs fulgurantes.

Indépendamment de ces douleurs inhérant à la partie malade, on voit fréquemment survenir, surtout dans la période de ramollissement, une autre variété de douleurs connues sous le nom de douleurs térébrantes, qui se manifestent dans différents points de l'organisme où rien ne peut faire constater de manifestation cancéreuse. Cette dernière variété appartient surtout à la période de cachexie.

Les tumeurs cancéreuses subissent dans leur intérieur un travail local qui, non-seulement détermine leur accroissement par l'envahissement successif des tissus voisins, mais encore fait subir à leur propre tissu une transformation remarquable connue sous le nom de ramollissement. Ce ramollissement commence quelquefois vers le centre; d'autres fois il se manifeste à la périphérie. On voit alors survenir un véritable travail inflammatoire qui produit la destruction ulcérative de la membrane tégumentaire. Nous verrons plus tard comment se comportent ces ulcérations.

Pendant que ce travail morbide s'opère dans leur intérieur, les tumeurs cancéreuses envahissent de proche en proche les parties qui les avoisinent et se les assimilent; leurs éléments spécifiques, transportés par les voies circulatoires, pénètrent dans les ganglions lymphatiques; ils en déterminent l'engorgement, qui constitue l'un des caractères les plus importants des tumeurs cancéreuses. C'est ordinairement à l'époque de l'apparition des douleurs que ces engorgements se manifestent. Petits et durs dans le squirrhe, ils acquièrent promptement un volume considérable dans les tumeurs encéphaloïdes. On les voit fréquemment, surtout dans le cancer du sein, se relier à la tumeur principale par une sorte de cordon induré qui tient à la dégénérescence des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes et du tissu cellulaire qui les enveloppe; ils suivent, en général, la marche de la tumeur. Mais, dans quelques circonstances, leur évolution semble plus rapide; de sorte qu'on peut les considérer comme un nouveau centre cancéreux qui produit lui-même de nouvelles irradiations.

Dans nos précédentes leçons sur les affections cancroïdes et fibro-plastiques, nous avons vu que l'élément morbide, arrivé dans la circulation générale, était éliminé par les émonctoires naturels, et cessait son influence funeste. Dans le cancer, il n'en est point ainsi; l'élément morbide ne borne point ses ravages aux tissus dans lesquels il est déposé primitivement, ou bien dans les ganglions lymphatiques qui le reçoivent par absorption; mélangé avec le sang, son volume et ses qualités spéciales s'opposent à son élimination; il reste au milieu du liquide nutritif, qu'il contamine par sa présence: de là cette série de phénomènes toxiques désignés sous le nom de cachexie cancéreuse dont bientôt nous parlerons.

2° Des ulcères cancéreux.

Nous avons dit que le cancer tendait essentiellement à l'ulcération. Quelquefois cette tendance est telle, que l'engorgement primitif passe pour ainsi dire inaperçu, et que l'ulcération paraît constituer toute la maladie. Le plus souvent, néanmoins, l'engorgement cancéreux et l'ulcère ont une marche parallèle.

Ainsi que les tumeurs cancéreuses, les ulcères peuvent revêtir les formes les plus variées. Les uns simulent de simples excoriations, d'autres ont des dimensions énormes, et donnent naissance à des végétations fongueuses considérables. Quelques-uns sont secs ou ne fournissent qu'une humidité imperceptible; d'autres, au contraire, inondent les malades d'un ichor fétide, ou donnent lieu à des hémorrhagies incessantes. En général, leurs bords sont durs et calleux, leur surface irrégulièrement déchiquetée. Tantôt on les voit s'étendre sous forme serpigineuse à la superficie des téguments; d'autres fois ils creusent profondément les tissus.

Enfin, bien différents de la plupart des autres ulcérations qui souvent se cicatrisent en quelques points, tandis qu'ils progressent d'un autre côté, les ulcères cancéreux ont une marche continue, lente ou rapide; mais jamais ils ne rétrogradent, et à moins qu'une gangrène spontanée ou qu'une destruction artificielle par les caustiques n'en modifie la surface, ils ne sont le siége d'aucun travail de réparation.

Du reste, ainsi que les tumeurs, ils sont le point de départ de douleurs spécifiques, et déterminent l'engorgement des ganglions lymphatiques et les phénomènes consécutifs de cachexie générale. . . . . Dr Alexis Favrot.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Efficacité remarquable de l'huile de gade dans un cas d'empiême purulent. — Guérison.

Par M. le Dr Alf. Lalaud, médecin à La Fère (Aisne)

Lorsqu'un empyème purulent, suite de pleurésie chronique, s'est ouvert au dehors spontanément, ou que l'ouverture en a été pratiquée méthodiquement, et que les amers, le vin de Bordeaux et un régime diététique succulent sont reconnus insuffisants pour faire renaître les forces, tarir la suppuration et procurer le retour de l'embonpoint et de la santé, alors l'huile de gade se trouve, je crois, indiquée, et conduit quelquefois rapidement au résultat désiré.

Voici un exemple frappant qui vient à l'appui de cette proposition :

M. D. D..., âgé de trente et un ans, né à La Fère (Aisne), d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une stature un peu supérieure à la moyenne, exempt de tout antécédent syphilitique, fut pris, vers la fin de mai 1851, à Strasbourg, où il était alors en garnison, de douleurs dans le genou et l'épaule du côté gauche, puis dans toute l'étendue du côté susdit, avec un épanchement pleurétique très considérable.

Admis à l'hôpital militaire de cette ville le 9 juin, il fut saigné du bras deux fois, puis traité par les ventouses, les larges vésicatoires volants, concurremment avec différentes médications internes appropriées. Parmi celles-ci, nous ferons observer l'emploi du jalap, qui fut suivi d'une diarrhée opiniâtre, sujette à des retours fréquents.

Nonobstant ce traitement, auquel une alimentation plus ou moins substantielle fut adjointe, afin de satisfaire ce que le malade avait conservé de son appétit normal, lequel est remarquablement intense, ce jeune homme dépérissait chaque jour davantage.

Après un mois de séjour, le congé libératif du service militaire fut accordé à M. D..., qui passa de l'hôpital militaire dans la maison de santé de Sainte-Barbe, à Strasbourg, où il reçut les soins du docteur Watheley, médecin distingué de cette ville.

Dans l'espace d'un mois qu'il resta dans cette maison, les symptômes ci-dessus relatés persistèrent; c'est à peine si les médications habilement dirigées du docteur Watheley parvinrent quelquefois à procurer du sommeil, à calmer la toux, à suspendre le dévoiement.

Une tumeur apparut dans la région lombaire du côté gauche, laquelle, en cinq jours, devint énorme, et ne s'accompagna point de douleur.

Cette tumeur, fluctuante, ouverte méthodiquement vers un point déclive par M. Watheley, fournit une copieuse quantité d'un pus vert, très épais, d'une odeur très fétide. L'ouverture, restée fistuleuse, continua à donner un pus plus ténu, d'un aspect séreux, exempt d'odeur.

Après la première évacuation du pus, le malade soulagé reprit de l'appétit et demanda à retourner à La Fère, où il fut transporté, partie en voiture, partie en chemin de fer.

Voici l'état dans lequel je le trouvai le lendemain de son arrivée, 31 août :

Maigreur extrême; peau chaude, sèche; pouls à 120. Point de sueur la nuit. Diarrhée sans colique. Conservation d'un certain appétit; soif ordinaire. Jamais d'hémoptisie; expectoration muqueuse presque nulle; toux sourde, presque toujours sèche, mais rare. Le malade n'éprouve pas de gêne dans la respiratiou; néanmoins celle-ci fait entendre un sifflement perceptible à distance, 28 à 32 inspirations par minute. Le malade ne ressent plus de point de côté, mais accuse seulement un sentiment de gêne et de plénitude du côté malade.

En bas de la région lombaire correspondante, existe une ouverture fistuleuse par laquelle un stylet peut être introduit à 12 centimètres environ. C'est en vain que je cherche à découvrir la communication du foyer avec l'intérieur de la plèvre. Soulèvement musculaire à la gouttière vertébrale, comme si un trajet rempli de pus allait du foyer susdit jusqu'à l'un des derniers espaces intercostaux; ce qui indique sans doute que l'épanchement de la plèvre s'est fait jour au niveau d'un des derniers espaces intercostaux, dans les muscles de la gouttière vertébrale, qu'il a filé entre les couches musculaires pour arriver entre le carré des lombes d'une part, d'autre part, la masse commune aux sacro-lombaire et long-dorsal. C'est là que le pus accumulé a formé une tumeur devenue énorme en cinq jours.

Les deux côtés du thorax ont sensiblement le même degré d'ampliation.

Le son, à droite, est normal; et même il semble plus intense et plus clair, ce qui tient sans doute à la respiration supplémentaire qui s'effectue de ce côté.

A gauche, le son est complètement mat dans l'étendue du tiers inférieur du poumon. La matité diminue plus haut, pour cesser et disparaître dans l'étendue du tiers supérieur, et spécialement dans les régions sus et sous-claviculaires.

L'auscultation fait entendre une respiration vésiculaire normale, à droite, dans toute la hauteur du poumon, et nommément dans les régions sus et sous-claviculaires. Ce bruit respiratoire a même une intensité puérile ou supplémentaire.

A gauche, à la partie moyenne et inférieure latéralement, on n'entend aucun bruit. Il en est de même en arrière, mais tout à fait en bas seulement, et encore n'est-ce que le matin. A la hauteur de la fosse sous-épineuse, plusieurs fois, mais le matin seulement, j'ai constaté du souffle bronchique et de la broncho-égophonie. Dans l'après-midi, à la place du signe précédent, je trouvai ce que l'on appelle du frottement pleurétique de retour. Ce bruit s'entendait aussi en avant, depuis la clavicule jusqu'en bas.

Je crus pouvoir expliquer tous les symptômes sus-mentionnés par l'existence d'une pleurésie passée à l'état chronique et terminée par suppuration. Je ne désespérai donc pas de sauver ce malade.

Le docteur Lobgeois, appelé en consultation, partagea mon avis.

En conséquence, je me proposai de remplir les indications suivantes :

1° Supprimer la diarrhée, cause d'épuisement;

2° Favoriser l'écoulement du liquide pleurétique par le trajet et l'ouverture de la fistule, en permettant au malade de se lever et de se promener, et en tenant une mèche introduite dans le canal fistuleux;

3° Relever les forces, tarir la suppuration et ramener l'embonpoint par les toniques les plus vantés.

Première indication. — Je commençai par laisser le malade se reposer et jouir du bonheur de se retrouver parmi les siens, et après quatre jours il n'avait plus la chaleur et la fréquence du pouls que la fatigue du voyage avait développées; tous les autres symptômes persistaient.

J'administrai contre la diarrhée une poudre déjà employée à Strasbourg par le docteur Watheley. Cette poudre, composée d'ipéca et d'autres substances amères, tarissait la diarrhée, mais momentanément seulement. Les astringents, les amers, les opiacés associés et donnés par la bouche se montrant aussi impuissants, j'eus recours au laudanum de Sydenham en lavements, qui en fit justice. Celui-ci ayant été suspendu, je me contentai de continuer les opiacés, les amers et les astringents par la voie supérieure; bientôt l'opium fut mis tout à fait de côté, et les astringents et les amers furent seuls continués jusqu'à la guérison.

Deuxième indication. — Afin de favoriser l'écoulement du liquide pleurétique, outre les moyens sus-relatés, j'eus recours à l'introduction d'une sonde de gomme élastique; celle-ci fit plutôt du mal que du bien. Je revins à la mèche, qui fut continuée presque jusqu'à la guérison.

Troisième indication. — Un vésicatoire fut placé et entretenu à la partie inférieure du côté malade. A la suite de cette application, l'écoulement par la fistule, chose digne de remarque, devint plus copieux; la matité diminua d'étendue, et le souffle bronchique disparut. Bientôt il y eut une amélioration appréciable, mais qui marchait si lentement, qu'après cinq semaines de traitement l'avenir de ce jeune homme me paraissait encore bien incertain; car les exemples de cure de l'empyème purulent, même après une ouverture bien faite, sont moins nombreux que les exemples de mort, même en l'absence de toute complication tuberculeuse.

C'est dans cet état de choses qu'aux moyens précédents j'ajoutai l'huile de foie de morue, en vue de prévenir l'évolution tuberculeuse qu'on pouvait craindre de voir s'opérer dans le poumon. Les effets de ce remède dépassèrent beaucoup mes espérances. La dose fut de quatre cuillerées à café d'abord, et, graduellement, elle fut portée à quatre cuillerées à bouche en vingt-quatre heures, avec le soin de recourir au laudanum dans un quart de lavement en cas de tendance à la diarrhée; celui-ci ne dut être employé qu'une fois.

Après quatre jours de l'usage de l'huile de poisson, je fus frappé d'un changement heureux dans le teint du visage. Au bout de huit jours, le malade, jusque-là courbé, parut se redresser; il déclara se sentir plus de forces. La peau, comme un peu luisante, semblait légèrement onctueuse. Des sueurs, qui paraissaient critiques, puisqu'elles ne l'affaiblissaient pas et qu'au contraire le malade récupérait de la santé, avaient eu lieu; elles s'accompagnèrent de démangeaisons vives à la peau au point d'occasionner l'insomnie, et de diverses éruptions papuleuses. Ces démangeaisons, résultat probable tout à la fois de l'huile de foie de morue et de l'emploi longtemps prolongé de l'opium, me forcèrent de suspendre l'un et l'autre de ces remèdes durant environ une semaine. Pendant ce temps l'amélioration persista.

Après la cessation de la démangeaison, je fis reprendre l'usage de l'huile sans opium, et j'en augmentai la dose jusqu'à quatre cuillerées à bouche en vingt-quatre heures. Après quatre à cinq jours, le mieux fit de nouveaux progrès. En quinze jours le poids du malade augmenta de 5 kilogrammes; on peut vraiment dire qu'il engraissait à vue d'œil, à ce point que, après cinq semaines de l'emploi de l'huile, il se trouva un embonpoint qu'il ne s'était jamais connu avant sa maladie. Ses forces lui permirent, à cette époque, de faire trois lieues à pied d'une seule haleine.

La suppuration se tarit bientôt à l'ouverture fistuleuse, ainsi qu'à la surface du vésicatoire.

La poitrine, auscultée et percutée, a toujours continué depuis d'être dans l'état le plus rassurant; la différence de sonoréité qui existe encore en bas, entre les deux côtés du thorax, ne peut être rationnellement mise que sur le compte de fausses membranes développées du côté affecté.

Le canal fistuleux desséché s'est bientôt oblitéré. Il s'est formé un foyer qui soulève un peu la masse commune aux muscles sacro-lombaire et long-dorsal. Depuis une quinzaine de jours qu'il s'est manifesté, il n'a pas augmenté; il est indolent, sans changement de couleur à la peau et sans chaleur. Un vésicatoire que je ne suis pas parvenu à faire suppurer, puis un emplâtre de Vigo *cum mercurio* ont été appliqués sur la peau qui le recouvre. Cette tumeur a bientôt légèrement diminué de volume; elle n'a aujourd'hui nulle tendance à s'ouvrir ni au dehors, ni au dedans, puisqu'elle n'est le siége d'aucun travail morbide. M. le docteur Mathelin et moi nous sommes demeurés d'avis de respecter ce kyste séro-purulent, de petite grosseur, par la raison que la résorption semble vouloir s'en emparer.

L'huile de morue à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, une pilule contenant 2 décigrammes d'extrait de ratanhia, de cachou et de quinquina, conjointement avec la flanelle sur la poitrine et un régime analeptique, doivent être encore continuées environ un mois pour consolider la guérison.

On voit par ce qui précède que, peu de jours après l'emploi de l'huile de foie de morue, l'action physiologique de celle-ci s'est révélée par des sueurs critiques, des démangeaisons très vives, des éruptions papuleuses et un aspect brillant, gras, onctueux de la peau. On ne peut nier que, si l'opium a été pour quelque chose dans la production de ces phénomènes, ceux-ci n'ont néanmoins apparu qu'à la suite de l'usage de l'huile de poisson. Au surplus, les effets physiologiques semblables de ce précieux remède lui sont attribués par MM. Trousseau et Pidoux d'après Reister (*Traité de matière médicale et de thérapeutique*, 1er vol., p. 283, 2e édition). Lorsque l'effet laxatif a paru se manifester, le laudanum en quart de lavement y a coupé court.

Quant aux effets curatifs de l'huile de gade, ils ont suivi de très près l'usage du remède : le teint du visage, de pâle et maladif qu'il était, est devenu animé, comme il arrive chez tout malade qui entre en voie de convalescence bien franche. Le regard, de terne et souffreteux qu'il était, a repris de l'éclat. Le malade a déclaré se sentir plus de forces et avoir les chairs plus fermes. Puis bientôt il a engraissé rapidement.

Après trois semaines de l'usage de l'huile, à notre grand étonnement, toute suppuration a tari. Le canal fistuleux s'est oblitéré. Le malade ne conserve plus qu'un petit kyste sous la masse musculaire commune. La respiration est libre, exempte de toute gêne et de toute espèce de toux, même au froid et dans une atmosphère chargée de fumée de tabac. Enfin, l'embonpoint dépasse la limite antérieure à la maladie.

L'action curative de l'huile de gade a donc consisté dans le retour des forces, dans un engraissement rapide et extranormal, enfin dans le tarissement prématuré de la suppuration pleurétique.

Que si, eu égard à ce malade, on recherche dans les éléments constitutifs de l'huile de poisson quel est celui auquel appartiennent les effets curatifs ci-dessus résumés, est-il permis de croire que c'est à l'iode seul? Observons que l'espèce d'huile de morue ici employée a été celle qui, d'après MM. Trousseau et Pidoux, serait la plus désagréable à prendre et aussi la plus active : c'est l'huile brune.

Si la plupart des effets thérapeutiques de l'huile de poisson lui sont communs avec l'iode, il en est du moins un, l'engraissement, qu'on ne peut mettre sur le compte de ce métalloïde : c'est si vrai que, par exagération sans doute, on a reproché à l'iode de produire l'atrophie des glandes et l'amaigrissement (*Journ. compl. du Dict. des sciences méd.*, t. XXXV, p. 359).

Serait-ce aux principes gras de l'huile de gade que l'engraissement serait attribuable? Ne serait-ce pas plutôt aux matières salines que doit contenir cette huile à en juger par sa saveur salée?

Un des motifs qui s'opposent le plus à l'administration fréquente de l'huile de gade, c'est la saveur désagréable qu'elle possède. Or voici un procédé fort simple pour faire entièrement disparaître cette saveur : il consiste à se bien rincer la bouche et la gorge avec q. s. de bon vin de Bordeaux, que l'on avale aussitôt.

Ce procédé m'a parfaitement réussi chez le malade qui fait le sujet de la précédente observation, ainsi que chez d'autres. Je le recommande donc à ceux de mes confrères qui seraient arrêtés par la difficulté de faire prendre l'huile de poisson.

En résumé, cette observation conduit à se demander si, dans les suppurations profondes, difficiles à tarir chez des sujets amaigris, épuisés, menacés de phthisie et chez lesquels la méthode des injections iodées de MM. Abeille et Boinet ne pourrait être employée ou l'aurait été en vain, si, dis-je, l'huile de morue ne doit pas être placée au rang des meilleurs remèdes en pareils cas?

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 septembre 1851. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance comprend le numéro d'août des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. (M. Serrurier, rapporteur.)

Un travail intitulé : *Coup d'œil sur la peste et les quarantaines, à l'occasion du Congrès sanitaire réuni à Paris au mois de juillet* 1851; par le docteur Clot-Bey. (M. Magne, rapporteur.)

— M. Huette, nommé membre titulaire de la Société en 1850, ayant quitté Paris, demande à changer son titre contre celui de membre correspondant. (Adopté.)

— M. Serrurier lit le rapport suivant sur la valeur des maladies de la peau dans l'allaitement.

Annales des maladies de la peau dans l'allaitement. — Sous ce titre se trouvent consignés des faits suivis de réflexions que l'expérience des auteurs rend aussi concluants que les observations qu'ils présentent offrent d'intérêt et d'appréciations, d'après les idées adoptées dans une infinité de circonstances qui, selon les auteurs que nous analysons, ne sont pas toujours, ou ne peuvent être toujours concluantes.

Il s'agit, dans ces divers numéros, « De la valeur des maladies de la peau dans l'allaitement. »

Si nous nous en rapportons au grand nombre d'opinions émises à ce sujet, nous trouvons un désacord qui nous confirme qu'il faut faire la part de chacune de ces opinions, et leur attribuer toute la valeur que l'expérience peut leur accorder.

Que n'a-t-on pas dit ou écrit sur l'influence que l'allaitement peut avoir sur le développement, sur l'organisation de l'enfant. Sans être exclusif, on ne peut cependant se refuser d'admettre que ce n'est pas impunément, par exemple, que quelquefois, si ce n'est même souvent, des enfants refusent de prendre le sein pendant toute la durée de l'écoulement des règles. Ce qui prouve, d'après Gardien, que chez quelques nourrices le lait acquiert pendant ce travail de l'utérus des qualités délétères. Dans les maladies aiguës, ajoute le même auteur, la sécrétion laiteuse éprouve nécessairement des altérations qui donnent au lait des qualités nuisibles. Il en est de même des passions, et selon la remarque également de Gardien, elles ne peuvent que donner en un instant au lait des qualités pernicieuses.

Ne serait-il donc permis d'admettre que ce qui se passe dans certaines circonstances autres que celles que nous venons d'énoncer, une affection première de la nourrice restée inconnue ou ignorée jusqu'à ce jour ne se manifestât, et que l'élaboration du lait ne s'imprégnât d'un vice quelconque dont la constitution de la nourrice se trouverait entachée, sans cependant l'admettre comme une opinion irréfragable?

Les différents articles consignés dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, publiés par MM. Alphée Cazenave et Maurice Chausit, sont un résumé des affections diverses qu'ils ont eu à traiter particulièrement à l'hôpital Saint-Louis. Ces observations offrent un intérêt tout particulier, et qui ajoutent au mérite des auteurs, lesquels, à l'exemple de M. Ricord, ne laissent échapper aucune occasion de communiquer leurs opinions toujours lumineuses aux médecins qui n'ont pas, comme eux, l'occasion avantageuse d'ajouter à leur pratique des faits qui viennent chaque jour se placer sous les yeux des hommes appelés à multiplier leurs observations, et à fixer leurs opinions sur des affections que la pratique particulière n'a pas généralement l'occasion de traiter.

Ndus avons lu avec une attention suivie les divers articles sur la valeur des maladies de la peau dans l'allaitement. Cette lecture ne peut que rassurer les mères sur les craintes que certaines ont pu éprouver, et que beaucoup éprouvent encore sur la transmission de certains vices inhérant aux nourrices. Après quelques développements à ce sujet, l'auteur s'exprime ainsi :

« Pratiquement parlant, il pouvait être d'une importance réelle de faire justice de ces accusations banales qui tendent à faire remonter à la nourrice le point de départ de certaines maladies qui viennent affliger l'enfance, accusations dont les mères, en général, sont prodigues, mais pour lesquelles on sera porté à l'indulgence, si l'on se rappelle que, dans l'élan d'une sollicitude exagérée, pour peu que ces mères, si soupçonneuses à l'égard des étrangères, aient été elles-mêmes atteintes de l'éruption la plus légère. Le docteur Baume dit que l'impression syphilitique, bien que frappant de préférence sur certains tissus, modifie spécifiquement toute l'économie. Ainsi les liquides, le sang, le sperme, le lait, sont infectés. Sur ce dernier point, il rejette les vues théoriques de Hunter, qui niait, comme on sait, la transmission de la syphilis par la lactation, et il conclut que cette transmission peut avoir lieu :

1° De la mère à l'enfant qui est encore dans l'utérus, par le système vasculaire sanguin;

2° Du père à l'enfant par le sperme;

3° De la nourrice par son lait, et réciproquement de l'enfant à la nourrice, par le contact répété de la bouche, de la salive dans l'action de teter.

Aussi l'auteur ne redoute pas d'avancer qu'il y a, absolument parlant, un grand nombre de maladies qui ne sont pas incompatibles avec l'allaitement. Il cite à ce sujet les éruptions non spécifiques à l'état aigu, l'érythème, l'herpès, l'eczéma, le pemphygus, l'impétigo, l'ecthyma. Il ne leur donne d'autre valeur que celle d'une inflammation accidentelle.

L'auteur de l'article que nous analysons ne paraît pas s'éloigner de nos propres idées. Voici son opinion. Je le laisse parler :

« Non que je veuille dire assurément que la présence d'une maladie de la peau chez une nourrice, ou que son développement pendant l'allaitement doive être considéré comme une chose indif-

férente ; mais je veux établir que la valeur de cette maladie est extrêmement variable. »

C'est donc avec raison, d'après cette déclaration, que l'auteur ajoute :

« La question ainsi posée constitue un point de physiologie pathologique très délicat à toucher. Cela se conçoit facilement par la difficulté que l'on éprouve à expliquer la transmission de certains vices, dans des conditions surtout qui ne semblent pas devoir en déterminer la manifestation. »

Cette question de la transmission n'est pas encore solidement résolue ; et ce n'est, selon nous, que par approximation qu'on peut juger de sa solution ; ce n'est aussi que par des observations et des études répétées qu'il sera possible d'en acquérir la certitude.

Nous n'avons pas cru devoir donner plus d'étendue à cette analyse. Ce serait répéter mot à mot l'exposé des observations faites par les auteurs, qui, en les confiant à l'impression, laissent à leurs lecteurs le soin d'en apprécier toute la valeur, et de suivre les applications qu'ils ont faites avec succès des divers moyens thérapeutiques que l'expérience ne cesse de leur indiquer. D'où je conclus que la Société doit témoigner aux auteurs des *Annales* des remercîments de ce qu'ils veulent bien nous initier à leurs travaux, et nous éclairer snr les cas de pratique que, par leur position, ils sont plus à même de signaler aux méditations des studieux praticiens.

Pour terminer, nous rendrons hommage à l'empressement que mettent les rédacteurs des *Annales des maladies de la peau* à communiquer aux praticiens les faits les plus remarquables qu'ils ont recueillis de la pratique des médecins étrangers, et qui ne peuvent que contribuer d'une manière toute particulière à la connaissance des maladies syphilitiques et du caractère qui les distingue, en même temps qu'elles ajoutent au nombre des cas que fournissent les hôpitaux, et qui s'associent aux faits non moins curieux et multipliés de ceux qui se produisent parmi les malades d'une ville aussi étendue que la ville de Paris.

M. Magne. Sans vouloir m'occuper de la question de savoir si la coqueluche doit être rangée parmi les inflammations, ou si elle constitue une véritable névrose, j'appellerai aujourd'hui l'attention de mes confrères sur ce point : la coqueluche est-elle susceptible de guérir à l'aide d'un traitement rationnel, ou mieux, existe-t-il une médication qui triomphe sûrement de la coqueluche ?

M. Masson dit avoir employé avec succès les vomitifs, quelquefois les sangsues dans la période d'acuité ; plus tard la belladone ou la jusquiame ont d'heureux effets ; enfin le changement d'air doit être considéré comme éminemment utile. Un moyen qui donnerait d'excellents résultats, c'est l'huile de croton ; mais rarement les parents en permettent l'usage.

M. Magne. Je me suis sans doute mal exprimé, et je désire être bien compris. Si je ne me trompe, les praticiens sont tous d'accord sur un fait, c'est que la coqueluche disparaît vers la sixième semaine au plus tôt, et se prolonge souvent pendant trois, quatre mois et au delà. Je sais qu'on a conseillé une foule de médicaments pour combattre cette affection. Chaque auteur a sa formule ; mais voici ce que je demande : parmi les nombreuses médications employées, en existe-t-il une qui triomphe de la coqueluche et l'empêche de se prolonger pendant six semaines ? Si la guérison n'a lieu qu'après ce laps de temps, je suis fondé à croire que la maladie a disparu d'elle-même, et que la thérapeutique n'est pour rien dans cette cure. Je tiens d'autant plus à voir cette question s'éclairer, qu'en ce moment mon fils a la coqueluche, et que cette affection a résisté à tous les moyens préconisés jusqu'ici.

M. Duhamel. Je pense que la meilleure manière d'abréger la durée de la coqueluche, c'est de provoquer des vomissements de trois en trois jours pour ne pas trop fatiguer les enfants. J'associe, en pareil cas, 40 centigrammes d'ipécacuanha à 30 grammes de sirop. De cette manière, et en donnant de temps à autre les sirops de gomme et diacode, on peut espérer de voir la maladie céder au bout d'un mois ou de six semaines.

M. Serrurier dit s'être bien trouvé d'une infusion de *phellandrium aquaticum* édulcorée avec le sirop de pavots blancs.

M. Chalut vante l'usage de la belladone le soir.

M. Perthus voit dans la coqueluche une certaine périodicité, et se loue de l'action du sirop de quinquina et des rubéfiants appliqués sur la colonne vertébrale.

M. P. Dubois. La question de M. Magne est des plus opportunes. Renoncer aux moyens employés depuis longtemps et en proposer un grand nombre de nouveaux, c'est prouver qu'on n'est pas encore parvenu à guérir la coqueluche, du moins dans un court espace de temps. Il y a deux choses dans la question de M. Magne : Peut-on abréger cette maladie ? peut-on en atténuer les effets ? Ceci est très important, car la coqueluche est quelquefois mortelle. Dans une épidémie qui eut lieu à Lille, un père a perdu deux enfants chez lesquels cette affection s'était compliquée d'accidents cérébraux. La science, nous devons l'avouer, n'a pas fait à ce sujet de grands progrès et ne possède pas de thérapeutique certaine. Pourtant je partage l'avis de M. Duhamel ; le vomissement est encore la meilleure manière de soulager les enfants. Pour le produire, mon père avait recours à l'ipécacuanha délayé dans de l'eau ; il conseillait l'usage de cette solution par cuillerée à café de trois en trois minutes, et s'arrêtait au premier vomissement.

— M. Masson entretient la Société d'un accouchement qui s'est terminé d'une manière fâcheuse dans les circonstances suivantes : Une femme, grosse de sept mois et demi, fut prise des douleurs de l'enfantement ; la sage-femme pratiqua une saignée et appela un médecin. Quand M. Masson arriva, il trouva la malade en proie à une violente attaque d'éclampsie ; la face était livide ; le col de l'utérus, porté en arrière, n'était pas dilaté ; l'ouverture utérine était épaissie et ne permettait pas l'introduction du doigt. La mort était imminente. Un professeur agrégé arriva, qui pratiqua sur le col cinq incisions ; l'extraction d'un fœtus mort eut lieu, et la mère cessa de vivre un quart d'heure après.

M. P. Dubois. Le cas dont notre collègue vient de nous entretenir était probablement un de ceux dont l'extrême gravité rend malheureusement impuissantes toutes les ressources de la médecine, et, selon toute apparence, le résultat aurait été funeste, quel qu'eût été le traitement employé.

Cependant, sans faire de ce que je vais dire aucune application au fait dont il est question, je pense qu'en thèse générale l'incision du col utérin dans les cas d'éclampsie ne doit être pratiquée que quand les accidents sont graves et pressants, et lorsque l'orifice utérin est fort aminci ; dans ces seuls cas, en effet, l'on pourra espérer qu'une dilatation étendue et rapide sera la conséquence de l'opération et permettra soit l'expulsion spontanée et prompte du fœtus, soit son extraction facile. Naturellement de tels résultats ne peuvent être attendus de l'incision, ou plutôt des incisions pratiquées sur les bords d'un orifice épais et peu extensible. Il y a plusieurs années qu'une jeune femme primipare fut atteinte, à la clinique d'accouchements, de deux attaques d'éclampsie qui se succédèrent à un court intervalle. Le travail était commencé depuis quelques heures ; l'orifice était à peine dilaté et très mince ; les battements du cœur du fœtus pouvaient être facilement entendus. Je me décidai, pour sauver l'enfant, à faire une incision sur l'orifice ; cette opération, facile et prompte, fut suivie d'une dilatation assez grande pour qu'il me fût possible d'appliquer le forceps. La tête du fœtus était alors profondément engagée dans le bassin ; l'extraction en fut aisée et rapide ; l'enfant, volumineux, naquit vivant. Cette heureuse terminaison de l'accouchement fut due aux conditions favorables dans lesquelles elle fut accomplie. Dans les cas contraires, je pense que l'incision de l'orifice ne doit pas être employée, et qu'après avoir rempli les indications générales, parmi lesquelles celle d'une ou de plusieurs saignées abondantes tient le premier rang, il faut patiemment attendre. On ne devra tenter l'extraction de l'enfant que quand les choses seront assez avancées pour que cette extraction n'exige aucune manœuvre difficile, aucun effort violent et très douloureux. En agissant autrement, on peut tenir pour certain que l'on aggrave la situation des malades, bien loin de l'améliorer.

Appelé, il y a quelques mois, auprès d'une jeune femme atteinte de convulsions violentes depuis quelques heures et n'ayant constaté chez elle qu'une dilatation insuffisante du col utérin, je me contentai de prescrire une abondante saignée du bras, un laxatif composé de calomel et de jalap et des réfrigérants sur la tête. La saignée fut deux fois répétée ; les attaques ne furent point suspendues, mais elles se produisirent à de plus longs intervalles ; le travail suivit d'ailleurs une marche régulière, et la malade, ayant pris un bain, accoucha peu de temps après spontanément et à l'insu des personnes qui étaient auprès d'elle. L'enfant, mort et né un peu avant le terme régulier de la grossesse, fut trouvé entre les jambes de sa mère, qui était depuis plusieurs heures plongée dans l'état comateux qui succède en général aux attaques convulsives.

Un cas exactement semblable se présenta également à mon observation peu de jours après chez une autre malade pour laquelle mes conseils avaient été réclamés. En de telles circonstances, beaucoup de praticiens croient suivre les préceptes de l'art en terminant l'accouchement le plus tôt possible, soit par l'application du forceps, soit par la version, sans attendre que les voies soient assez préparées et le fœtus assez engagé dans le bassin pour que son extraction soit facile. Je pourrais citer de nombreux exemples de cette fâcheuse précipitation. Il en est un qui m'a surtout frappé, c'est celui d'une pauvre jeune femme qui habitait un des faubourgs de Paris : elle avait été prise le matin d'attaques répétées d'éclampsie ; elle était alors au début du travail et l'orifice n'était dilaté que de manière à permettre l'introduction de quelques doigts ; le médecin qui fut appelé d'abord auprès d'elle crut que le meilleur moyen de la soustraire aux conséquences graves de ces accidents était de terminer l'accouchement, et, ne le pouvant faire par l'application du forceps, parce que l'état de l'orifice ne l'aurait pas permis, il eut recours à la version. La dilatation très insuffisante de l'orifice rendit d'abord l'introduction de la main et ensuite l'extraction du fœtus longues et difficiles ; la malade succomba pendant une dernière attaque au moment même où la tête était extraite de la vulve.

Je ne saurais donc assez insister sur ce point que l'intervention manuelle de l'accoucheur ne peut être réellement utile dans les cas d'éclampsie compliquant le travail que quand les choses sont assez avancées pour que l'accouchement puisse être facilement et promptement terminé. Jusque-là une médication générale et énergique doit être employée.

M. Caron. Il y a trois ans, je fus appelé pour une dame qui avait une violente attaque d'éclampsie. Du samedi à neuf heures jusqu'au lundi à deux heures de l'après-midi qu'eut lieu l'accouchement, je pratiquai trois saignées : la malade accoucha sans le savoir. Elle est grosse en ce moment, et je ne suis pas rassuré sur la manière dont se passera cette seconde grossesse.

M. P. Dubois. Quoique les femmes qui dans une première grossesse ont éprouvé des attaques d'éclampsie soient peu exposées aux mêmes accidents dans des grossesses subséquentes, je pense que la malade de notre confrère M. Caron doit être surveillée attentivement. Si notre confrère observe chez elle un œdème des extrémités inférieures, des mains et surtout de la face ; si à cet état se joint une albuminurie bien coustatée, et enfin une vive céphalalgie et du trouble de la vue, il pourra considérer une attaque d'éclampsie comme fort à craindre, et il devra à l'instant même pratiquer une saignée du bras abondante et la répéter même si les circonstances qui en auront indiqué l'opportunité ne se modifiaient pas. Mais, dans le cas où l'albuminurie n'existerait pas, il y aurait infiniment moins de chances d'attaques convulsives.

Organisation des commissions administratives des hôpitaux et hospices.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Vu l'art. 6 de la loi du 7 août 1851, portant qu'un règlement d'administration publique déterminera la composition des commissions administratives des hospices et hôpitaux ;

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. Les commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées de cinq membres nommés par le préfet et du maire de la commune.

La présidence appartient au maire ; il a voix prépondérante en cas de partage.

En cas d'absence du maire, la présidence appartient au plus ancien des membres présents et à défaut d'ancienneté au plus âgé.

Les fonctions des commissions administratives sont gratuites.

Art. 2. Les commissions admioistratives sont renouvelées chaque année par cinquième.

Le renouvellement est déterminé par le sort pendant les quatre premières années et ensuite par l'ancienneté.

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de remplacement dans le cours d'une année, les fonctions du nouveau membre expirent à l'époque où auraient cessé celles du membre qu'il a remplacé.

Art. 3. Les commissions administratives peuvent être dissoutes par le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, sur la proposition ou l'avis du préfet.

Les membres de ces commissions peuvent être individuellement révoqués dans la même forme.

Art. 4. Le nombre des membres des commissions administratives peut, en raison de l'importance des établissements ou de circonstances locales, être porté à plus de cinq par des décrets spéciaux, rendus sur l'avis du conseil d'Etat.

Art. 5. Il n'est point dérogé, par le présent décret, aux ordonnances, décrets et autres actes du pouvoir exécutif, en vertu desquels l'administration de certains hospices et hôpitaux est organisée d'une manière spéciale.

Art. 6. Le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait au palais des Tuileries, le 23 mars 1852.

Louis-Napoléon.

Par le Président :

Le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce,

F. de Persigny.

La Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 38. — MARDI 30 MARS 1852. (25e ANNÉE.) N° 38. — MARDI 30 MARS 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Discussion sur l'avortement provoqué. Conclusion. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Observations et réflexions sur l'éléphantiasis des Arabes. — HOSPICE DE L'INFIRMERIE DE BRUXELLES. Cystite chronique guérie par les injections d'eau de goudron dans la vessie. — Société de chirurgie, séance du 17 mars. — Société de médecine pratique, séance du 2 octobre 1851.

PARIS, LE 29 MARS 1852.

Discussion sur l'avortement provoqué.

CONCLUSION.

La discussion ouverte sur le rapport de M. Cazeaux est évidemment épuisée, quoique l'Académie n'ait point encore statué sur la manière dont elle formulera la conclusion qu'elle doit tirer de ces débats. La répétition des mêmes arguments qui a eu lieu dans la dernière séance prouve que les orateurs sont à bout de leur rhétorique. On peut donc, dès à présent, entreprendre le résumé de cette discussion.

Au début de son discours si remarquable par l'élévation des vues et la distinction du langage, M. Bégin a proclamé un fait qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est que la question soulevée par le rapport de M. Cazeaux est moins une question d'obstétrique qu'une haute question de morale civile et religieuse dans ses rapports avec la pratique de notre art. C'est donc à ce point, qui a été presque exclusivement celui de tous les orateurs, qu'il faut d'abord nous placer. Nous dirons ensuite quelques mots de la question obstétricale, que certains académiciens (et nous ne parlons que de ceux qui méritent réellement ce nom) ont tranchée avec la plus regrettable légèreté.

Sur le terrain exclusivement religieux, les orateurs n'ont guère suivi M. Cazeaux. Aujourd'hui, comme au début de la discussion, nous croyons que c'est avoir agi sagement. Nous éviterons donc d'y insister nous-même, et de commettre une faute que nous aurions reprochée aux autres. Nous nous permettrons toutefois une remarque, et nous le ferons avec notre franchise habituelle.

M. Cazeaux a cherché à justifier l'avortement obstétrical par le meurtre d'Holopherne et par une foule d'exemples analogues que nous offrent les livres sacrés; exemples parmi lesquels M. Cazeaux n'a pas même choisi les meilleurs, à son point de vue; et enfin, il a conclu que : « Non-seulement Dieu permet le meurtre » dans certains cas, mais encore qu'il le récompense. »

Nous ne pouvons pas nous défendre, nous l'avouons en toute sincérité, d'un sentiment bien triste en entendant de semblables arguments, en nous voyant obligé de nous placer dans cette triste alternative :

Celui qui fait ainsi, de son autorité privée, l'application des textes sacrés à ses propres affaires, est-il vraiment un croyant? Si oui, ce ne peut être qu'un fanatique ou un malheureux insensé; car un chrétien raisonnable sait que les voies de Dieu peuvent n'être point les nôtres, et qu'elles ne sauraient être justiciables de notre faible raison. Le chrétien raisonnable et soumis n'ignore point qu'en interprétant à sa façon, et dans l'horizon rétréci de son intelligence, les actes de la puissance divine, il pourrait être conduit à la justification des crimes les plus exécrables. Conséquent avec cette croyance, il s'abstient sévèrement de toute appréciation téméraire, et il se soumet sans récriminer aux ministres de la religion, seuls interprètes des lois religieuses. Tel est le croyant sincère.

Si, au contraire, celui qui cherche des arguments dans la BIBLE n'est point un croyant, n'est-ce pas faillir à la dignité d'homme sérieux que d'invoquer publiquement à son aide des actes auxquels, dans son for intérieur, on ne croit point, des autorités que l'on répudie? Ne vaut-il pas mieux, mille fois, nous conduire exclusivement d'après les lumières de notre propre raison, que d'avoir hypocritement recours à des exemples, à une morale que notre conscience repousse?

Voilà les tristes réflexions qui ont agité notre esprit en lisant la partie religieuse du rapport de M. Cazeaux; voilà pourquoi nous avons manifesté le désir que l'Académie ne s'engageât point dans cette voie; pourquoi nous avons été heureux de voir qu'elle avait suivi notre conseil. Sans nous y engager plus qu'elle, ajoutons que, même au point de vue de notre seule raison, les rapprochements faits en faveur de l'avortement sont complétement faux, et que les lois de l'Eglise, c'est-à-dire celles du Nouveau Testament (qui ne sont pas exactement la même chose que celles de l'Ancien, mais qui en sont l'extension et l'interprétation) condamnent d'une manière absolue l'homicide, quel qu'il soit.

Les considérations de l'ordre religieux étant écartées, il reste pour apprécier l'avortement des considérations tirées de l'ordre moral et de l'ordre social, lesquelles ne sont pas tout à fait les mêmes, ainsi qu'on pourrait le croire au premier abord. Ajoutons que ces considérations elles-mêmes sont moins de la compétence de l'Académie de médecine que de celle de l'Académie des sciences morales et politiques. L'Académie de médecine peut certainement éclairer de ses lumières spéciales un ou quelques-uns des faits sur lesquels s'appuient ces considérations; mais c'est se vouer à une infériorité flagrante que de se hasarder à les discuter toutes. Cette assertion n'est que trop prouvée par la discussion qui a eu lieu.

Nous venons de dire que la morale pure, ou morale proprement dite, et la morale sociale, sont deux choses fort distinctes. Essayons de dissiper à cet égard une confusion dans laquelle sont tombés tous les orateurs.

La morale proprement dite consiste à suivre la voie de la conscience interrogée avec recueillement; la morale sociale, qu'on désignerait avec plus de justesse sous le nom d'*économie politique*, consiste à faire ce que la raison nous indique être le plus utile à la société, c'est-à-dire au plus grand nombre, car jusqu'à présent les utopistes seuls ont prétendu trouver un ordre social où tous les désirs fussent satisfaits, toutes les passions assouvies, sans que personne souffre des appétits de son voisin. Pour éclairer par un exemple ce que ces définitions pourraient avoir d'obscur, la morale proprement dite est celle qui nourrit dans nos asiles les malheureux aliénés et incurables qui ne peuvent être qu'une charge pour la société. La morale sociale est celle de Sparte jetant à l'eau les enfants contrefaits, et celle de Malthus, qui, entre autres choses, défend au père et à la mère de famille de procréer un nombre d'enfants supérieur à celui dont ils peuvent assurer l'existence. Nous ne prétendons pas proscrire absolument la seconde de ces deux morales au profit de la première, qui, d'une manière générale, lui est infiniment supérieure; mais il est important de les distinguer l'une de l'autre toutes les fois qu'on veut apprécier une action humaine. C'est ce que nous allons essayer de faire, après avoir dit qu'il faut encore distinguer de ces deux morales le sentiment, dont nous aurons aussi à dire deux mots, et qui n'est, à proprement parler, que la passion.

En n'ayant égard qu'à la morale pure, il ne nous paraît pas que l'avortement puisse être justifié. Toutes les consciences sans doute ne sont pas faites de même, nous ne le savons que trop; mais, quant à nous, nous ne pouvons nous défendre, à l'exemple de M. Bégin, d'un invincible sentiment de répugnance pour un acte qui consiste à trancher, de propos délibéré, une existence innocente au profit d'une autre existence coupable de la première, et lorsqu'à la rigueur toutes les deux pourraient être conservées à la fois; nous ne pouvons nous défendre d'une répugnance plus grande encore pour cette femme qui, à trois reprises différentes, sans compter l'avenir, vient demander à des chirurgiens de tuer dans son sein l'enfant qu'elle a conçu en violation de toutes les lois. Les rapprochements qu'on a faits pour justifier l'avortement sous ce premier point de vue sont dénués de tout fondement; les faits invoqués n'ont absolument aucune analogie. Le cas de légitime défense, considéré comme excusable par la nature et par les lois, n'existe qu'à la condition d'un danger présent; celui qui sait que, dans huit jours, à une heure et dans un lieu déterminé, un assassin doit porter sur lui une main homicide, et qui, pour se soustraire au péril qui le menace, tuerait lui-même l'assassin par précaution et avant qu'il soit attaqué, celui-là commettrait un acte que réprouve la morale et que condamnent les lois. Or, autant qu'il peut y avoir d'analogie entre des faits d'un ordre si différent, telle est la véritable situation d'une femme enceinte. La loi et la morale exigent, en outre, pour le cas de légitime défense, que l'être que nous tuons menace notre vie, sinon en connaissance de cause, comme dans le cas d'un fou furieux (cas très douteux d'ailleurs et sur lequel la législation est loin d'être fixée), au moins *activement;* or, quelle part active le fœtus prend-il dans l'acte qui doit compromettre les jours de la mère? Evidemment aucune. Il n'y a non plus aucune similitude dans les faits rapprochés par M. Cazeaux, encore moins une justification de l'avortement dans les analogies lointaines qu'ils présentent. Mais le savant rapporteur a été plus loin; forçant le sens d'une citation de Cicéron, qui dans tous les cas était un argument d'avocat, il proclame ce dangereux aphorisme :

Cette loi suprême, impérieuse, l'instinct de la conservation, nous donne le droit de faire tout ce qui est nécessaire à la conservation de notre être.

Ainsi, un malheureux qui a faim, qui demande au passant de partager son pain avec lui, et qui, sur le refus de celui-ci, l'assassine, ce malheureux obéit à une *loi suprême*, à un besoin légitime. Il est impossible de prêcher plus ouvertement l'assassinat pour cause déterminée. Voilà cependant à quoi l'on s'expose avec du talent et de bonnes intentions, quand on sort du cercle de ses études pour aborder des sujets avec lesquels l'intelligence n'est pas suffisamment familiarisée, et à la hauteur desquels il n'est pas toujours facile d'atteindre.

Pour terminer cette question de morale et ce qui se rapporte à la fausse analogie des cas de légitime défense, remarquons que la mère n'a aucune conscience du danger qu'elle doit courir plus tard, et que ce n'est que par des suggestions étrangères que son attention peut être éveillée et sa décision provoquée.

On a invoqué en faveur de la moralité de l'avortement ce fait, qu'en présence des dangers d'un accouchement laborieux tous les maris s'écrient avec l'empereur: SAUVEZ LA MÈRE! Ce n'est ni de la morale, ni de l'économie sociale, mais bien du sentiment, c'est-à-dire de la passion. Passion louable, il est vrai, sublime même dans le cas particulier où se trouvait Napoléon, mais passion qui ne saurait être un argument ni pour, ni contre une question où la conscience calme d'une part et la science sociale de l'autre doivent seules être appelées à prononcer lorsqu'on est décidé à ne point tenir compte des préceptes de la religion.

Restent maintenant les considérations qui se rattachent à l'économie sociale; c'est par celles-là seulement que l'avortement peut être justifié, non pas d'une manière absolue, comme le supposent les partisans de cette pratique, mais bien dans certains cas particuliers qu'il sera facile d'apprécier lorsqu'on sera bien fixé sur les véritables principes de la science sociale.

Au point de vue de ces principes, un individu doit être plus ou moins estimé dans la société suivant qu'il contribue plus ou moins au bien-être de tous, suivant qu'il contribue plus ou moins à l'harmonie sociale, qui est le règne paisible des lois établies. On ne peut disconvenir qu'à ce point de vue la vie d'une femme adulte (je ne dis pas d'une *mère de famille*, comme l'a dit un peu naïvement peut-être M. le rapporteur en parlant de femmes *qui ne peuvent accoucher*), même fût-elle rachitique et contrefaite, ne soit en général plus utile à la société que l'existence d'un embryon qui n'a guère qu'une chance sur deux pour arriver à l'âge où il cesse d'être une charge pour la société. Mais ce serait une grande erreur de croire que cette règle soit sans exception. Il y a des femmes qui sont beaucoup plus nuisibles qu'utiles à la société, et qui, d'après les principes malthusiens rigoureusement interprétés, devraient en être retranchées; à plus forte raison devrait-on laisser leur vie en péril lorsqu'elles font naître ce péril elles-mêmes. Je crains bien, pour le dire en passant, que la femme qu'ont fait avorter les honorables chirurgiens mentionnés dans le rapport ne doive être rangée dans cette catégorie.

M. le rapporteur a voulu prévenir cette objection, en rappelant que le médecin n'est point juge de la moralité des malades qui viennent le consulter. Rien n'est plus vrai, et j'ajoute plus moral; mais cette règle n'a rien à faire dans l'espèce. Nous n'avons pas de compte à demander au patient qui vient nous demander de soulager ses douleurs; mais à la femme qui vient nous dire : « Sacrifiez l'enfant que je porte dans mes entrailles, parce que cet enfant mettra dans six mois ma vie en danger, et parce que mon existence est plus utile à la société que la sienne, » à cette femme nous avons non-seulement le droit, mais le devoir de demander jusqu'à quel point sa vie est en effet utile à la société; et si cette femme est un parasite qui consomme sans rien produire; si elle est par ses mœurs scandaleuses ou par ses instincts pervers de vol ou d'assassinat une

cause de désordre, une charge pour le budget, nous avons non-seulement le droit, mais encore le devoir de lui répondre : Non, votre existence n'est pas plus utile à la société que celle de votre enfant ; par conséquent je dois chercher à conserver la sienne en exposant la vôtre plutôt que de conserver la vôtre en sacrifiant sûrement la sienne.

Tel est le langage que pourrait et que devrait tenir un médecin guidé par les principes de la science sociale, et le cas que nous supposons est loin d'être le seul ; il y a de nombreuses circonstances où, comme quand il s'agit de femmes utiles et d'une vie irréprochable, l'existence d'un fœtus importe plus à l'intérêt social que celle de la mère ; et ces circonstances étaient précisément réunies dans le cas tant cité de l'Empereur.

Nous terminerons là les considérations que nous pourrions étendre davantage sans grand profit pour la science obstétricale, bien désintéressée dans toutes ces questions de morale et de philosophie. Nous en avons dit assez pour montrer que l'Académie de médecine ne peut, sans compromettre son autorité et sa responsabilité, se prononcer pour ou contre la légitimité de l'avortement, et que ce qu'elle a de mieux à faire, c'est d'adopter la proposition de M. Bégin, aussi parfaite dans son esprit que dans ses termes.

Il nous reste à dire quelques mots sur la partie obstétricale de la question ; nous les renvoyons à notre prochain numéro. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Observations et réflexions sur l'éléphantiasis des Arabes.

Un jeune homme de vingt et un ans, nommé Bouisson, manouvrier, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 18, service de M. le professeur Velpeau, le 28 janvier dernier.

Ce jeune homme, habituellement d'une bonne constitution, se présente pour une énorme tuméfaction des parties génitales. Il avait toujours joui d'une bonne santé, habitant un pays très sain, quand, il y a six ans, il fut pris, la nuit, d'un accès de fièvre en froid très intense, avec une grande soif et vomissement de toutes les boissons ingérées ; en même temps il avait du délire et de grandes sueurs. Le lendemain matin l'accès était apaisé ; mais il vit que ses parties étaient tuméfiées et rouges, avec conservation pourtant des caractères de la peau, qui est restée unie et un peu épaissie seulement. Depuis, la rougeur et le volume augmentaient et diminuaient en raison du travail qu'il faisait. Il a par intervalles quelques renouvellements de son premier accès, à la suite desquels sa tumeur augmentait toujours un peu. Actuellement le scrotum a le volume d'une tête d'adulte, et la verge a triplé de volume.

État actuel. — Le scrotum a dix fois son volume normal et un aspect caractéristique ; la verge est presque de la grosseur du bras, recourbée sur elle-même à son extrémité ; ou plutôt c'est le prépuce seul qui se comporte ainsi. La peau, qui est plus rugueuse qu'à l'état sain et couverte à la partie supérieure de squames, est énormément hypertrophiée. Ces parties n'ont pas leur sensibilité modifiée ; et si on palpe, on sent un tissu lardacé ; on trouve avec peine le testicule à l'anneau, et pour découvrir le gland il faut relever le prépuce, sous lequel il est profondément logé, en conservant ses dimensions ordinaires. Le raphé de la verge et du scrotum n'est pas dévié ; car la tuméfaction occupe également les deux côtés. Si on explore l'aine, on sent les ganglions très hypertrophiés ; cependant il dit n'avoir jamais remarqué de traînée rouge suivant le trajet des lymphatiques, signalée par les auteurs.

Comme changements physiologiques dans la partie, ils sont moins grands que ne pourrait le faire croire la modification anatomique. Sous l'influence du froid ou d'autres causes, le crémaster soulève encore cette lourde masse, et parfois le malade entre en érection, ce qui augmente le volume de la verge ; mais du reste il a peu de désirs vénériens. Quoiqu'il n'éprouve d'autre souffrance que la gêne mécanique, et que l'état général soit très bon, cependant le moral parait assez affecté. Urines rendues librement.

Le 2 février, accès de fièvre avec vomissements survenus brusquement, sans cause appréciable ; un peu de rougeur du scrotum.

Le 3, un érysipèle s'est déclaré sur la tumeur. — Compresses d'eau de sureau.

Le 5, la rougeur érysipélateuse a disparu, et avec elle les accidents généraux.

Jusqu'au 13, le malade ne présente rien de spécial, ni pour son état général, ni pour son affection locale.

Le 13, il est pris d'un nouvel accès d'érysipèle ; il présente une fièvre vive, de la soif ; sa langue est chargée ; il souffre beaucoup. — Cataplasme, diète, eau de Seltz.

Le 14, la tumeur est rouge, tendue ; ses dents sont fuligineuses ; il a de la fièvre, soif vive, tendance à l'agitation.

Les 15 et 16, peu de modifications.

Les 18, 20, teinte ictérique qui disparait après cinq jours. Quelques traînées rouges sur le ventre et sur les membres inférieurs.

Le 24, on remarque une plaque gangréneuse à la partie inférieure du scrotum ; elle est boursouflée, semi-transparente ; elle a 5 centimètres de long sur 2 ou 3 de large, blanchâtre dans une partie, et noire dans l'autre.

Le 25, rien de changé. En même temps on remarque de petits abcès qui se montrent aux jambes, aux bras, à la région parotidienne.

Le 26, l'eschare se détache ; une plaie se montre et laisse écouler une grande quantité de sérosité. (J'expliquerai tout à l'heure comment était l'eschare.)

Le 27, la tumeur a pris une plus grande consistance, en même temps qu'elle semble avoir diminué de volume ; elle ne s'étale plus comme avant l'écoulement de sérosité. Le malade est pris d'épistaxis.

Le 28, nouvelle bouffée érysipélateuse qui se dirige du côté de l'abdomen. L'état général est peu satisfaisant ; le pouls est petit, déprimé.

Le 29, les craintes ne se confirment pas au sujet de la bouffée érysipélateuse. Elle semble arrêtée. — Pansement simple.

Le 1er mars, la suppuration commence à se montrer autour de l'eschare. On voit tout autour un sillon qui indique qu'elle va se détacher. Etat général plus satisfaisant. Le malade est moins abattu ; le pouls se relève. Pas de selles. Les bourses sont moins enflammées ; la rougeur a disparu ; la desquamation commence dans quelques points.

Le 3, l'état général continue à s'améliorer. L'eschare devient de moins en moins adhérente. On constate l'existence d'un abcès à la partie inférieure droite du scrotum. Ouverture de l'abcès, issue d'un liquide semi-purulent.

Le 4, on fait avec des pinces quelques tractions sur l'eschare ; on l'enlève. Elle est à peu près de la grosseur d'un petit œuf de poule ; elle a l'aspect du tissu fibreux ; elle est dure, résistante, criant sous le scalpel. Il reste un cul-de-sac rempli de sérosité purulente. — Boulettes de charpie ; cataplasmes.

Le 5, les bourses ont diminué au moins d'un cinquième de leur volume primitif. On constate une vaste poche fluctuante à la partie postérieure du sacrum et à la région lombaire. Ouverture du foyer, issue d'un pus séreux mal lié, très abondant.

Le soir, le malade est pris de vomissements ; quelques traînées rouges sur les bourses gagnant vers les cuisses. Une nouvelle eschare d'un blanc grisâtre, semblable à la première, se montre au-dessus de la poche. La suppuration s'établit mal.

Le 6, on détache cette nouvelle eschare, comme la première. Les bourses sont revenues de moitié sur elles-mêmes. Les traînées rouges ont un peu pâli. Néanmoins, état général peu satisfaisant. — Injection dans les foyers des bourses avec une décoction de quinquina.

Le 7, affaissement du malade ; langue sèche et fendillée ; dents fuligineuses, etc. Etat général grave. Traînées d'un rouge pâle s'étendant vers le ventre. — Boulettes de charpie trempées dans la décoction de quinquina.

Le 10, nouvelle eschare, détachée comme les précédentes. Les bourses ont encore diminué de volume. Suppuration de mauvaise nature de l'abcès de la région lombaire ; pas de réaction dans les foyers des bourses. Vaste décollement en arrière. Etat général très grave.

Le 11, nouvel abcès à la hanche gauche. Délire. Etat général désespérant.

Le 13, le malade ne peut presque plus parler. Suppuration de mauvais aspect.

Mort le 15 à deux heures et demie après midi.

Le cadavre répand dans les salles une odeur fétide et repoussante. Il est emporté de suite à la salle des morts.

Autopsie. — Rien dans la poitrine, le cœur et les gros vaisseaux. Rien dans le tube digestif.

Vaste décollement en arrière. Quelques plaques gangréneuses. Les os ne sont pas dénudés.

Verge et scrotum. — La verge n'a pas changé de volume depuis l'entrée du malade. Elle est toujours à peu près grosse comme le bras, recourbée à son extrémité, rugueuse, dure, surtout à la partie inférieure. Le gland est enseveli sous la masse du prépuce. Le raphé médian, qui se trouve sous la face inférieure de la verge est gros comme une plume d'oie, jaunâtre. Quand on incise le prépuce par sa partie supérieure, on voit qu'il a à peine doublé d'épaisseur. Sa face inférieure, au contraire, est de l'épaisseur d'un doigt ; le tissu cellulaire sous-cutané est d'un blanc mat, ressemblant au tissu fibreux, dur, criant sous le scalpel.

Le gland, presque atrophié, est profondément caché sous le prépuce.

Scrotum. — Les deux testicules sont placés à la partie supérieure et près des anneaux inguinaux. Ils ont leur volume normal ; leurs diverses tuniques (vaginale, fibreuse) n'ont pas subi d'altération. Mais la peau du scrotum a dix fois son épaisseur naturelle ; elle offre à la main qui la touche une sensation spéciale, moins caractéristique toutefois qu'à l'époque de l'entrée du malade dans nos salles. Dans les portions qui concourent à la formation des clapiers dont il a été parlé plus haut et qui recouvraient les eschares, elle est bien plus mince ; elle a à peine trois fois son volume normal ; c'est comme si l'on avait disséqué la couche de tissu cellulaire hypertrophié qui la doublait. Un seul foyer, placé en dehors, en haut et à droite, envoie une fusée purulente sous la peau de l'abdomen, fusée qui remonte à deux ou trois travers de doigt ; il reste dans ce point une eschare semblable aux premières et qui n'ont pas tardé à se mortifier.

Réflexions. — Le malheureux qui fait le sujet de cette observation nous a présenté bien des alternatives d'espoir et de crainte. Tantôt on espérait que l'inflammation abandonnerait la tumeur ; tantôt on espérait (il faut bien le dire), si le malade résistait, obtenir une guérison spontanée remarquable. Aujourd'hui l'espoir de guérison, le lendemain la crainte d'une terminaison funeste. Reprenons et analysons cette maladie.

Le 28 janvier, les bourses forment une énorme masse. Tout le scrotum est pris, et l'on dirait de la peau que l'on voit à travers une lentille à un fort grossissement. Les téguments sont durs, élastiques, rugueux. Sur le dos de la verge, la peau a presque sa souplesse normale ; à la partie inférieure et aux bourses, au contraire, c'est une masse lardacée, épaisse de 5 à 6 centimètres. Les rides, les follicules existent, mais hypertrophiés. Cette masse est étrangère aux parties profondes des bourses ; on sent le testicule de chaque côté, en haut, près du canal inguinal. Il a son volume, sa consistance et ses caractères naturels. Pas d'ulcération, pas de tubercule isolé ; tout est diffus. Pas de rougeur, pas d'empâtement. La pression des doigts ne provoque aucune douleur et ne laisse aucune trace. En deux mots, voilà le résumé de l'état du malade :

C'est l'éléphantiasis des bourses, l'éléphantiasis des Arabes.

Dans certaines régions du globe, au Brésil, à la Nouvelle-Orléans, dans l'Amérique du Sud, dans les pays chauds, ce genre d'affection n'est pas très rare. Dans nos pays, nous ne l'observons pas souvent. Et encore, quand nous rencontrons une de ces difformités, est-ce habituellement sur des malades qui ont habité longtemps les pays chauds ; ici, au contraire, c'est un campagnard des environs de Paris, qui n'a jamais quitté son village. C'est là un fait bien digne de remarque.

Ce n'est pas le lieu de faire ici la description de l'éléphantiasis, qui se trouve dans tous les livres, ni de rappeler les cas cités par les différents auteurs de tumeurs semblables de 10, 12, 15, 30 kilogrammes. (Voir la *Médecine opératoire* de M. Velpeau.)

On sait que chez les femmes on observe aussi de semblables tumeurs affectant les grandes lèvres. Chez elles, quelquefois, on voit ces masses plus ou moins grosses se pédiculer ; et à ce propos je citerai l'exemple d'une jeune femme du faubourg du Temple qui en présentait une de 7 livres et qui pendait à l'une des grandes lèvres par un pédicule de 1 centimètre seulement.

Revenons à notre jeune homme. Il jouit d'une bonne santé, mais il porte une infirmité bien grave, qui ne guérit pas par les moyens ordinaires, qui guérit rarement par les moyens chirurgicaux. Car, il faut bien le dire, ce genre de tumeur, s'il n'est pas complètement arrêté dès son développement, continuera à se développer même quand on y aura porté le couteau ; et, s'il est arrêté dans sa marche, il offre tant de difficultés pour l'opération qu'il faut bien réfléchir avant de prendre un parti. Ah ! si, comme chez la malade dont j'ai cité l'histoire en deux mots, on a affaire à une tumeur limitée et *pédiculée*, l'opération est avantageuse ; j'ai guéri cette jeune fille. Mais ici l'opération est difficile et dangereuse.

Quant à la compression que l'on a conseillée, elle n'est pas applicable dans ce cas ; et, du reste, elle est peu efficace.

L'on a cité, j'ai vu des Brésiliens guéris, qui par les mercuriaux, qui par les iodures, qui par des emplâtres, des pommades, etc. Mais le changement de climat n'aurait-il pas été à lui seul la cause de la guérison ?

Rien n'est urgent chez le malade, et il peut attendre.

Le 23 février, voilà un malade qui est entré dans nos salles pour une tumeur en quelque sorte inerte, et qui ne le faisait souffrir que par son poids. Je n'ai rien fait à ce malade. Or, voici ce qui vient de se passer.

Il a été pris d'un érysipèle superficiel, érythémateux. Cet érysipèle n'avait pas une grande tendance à marcher, à envahir les parties voisines ; il était accompagné de symptômes généraux peu graves. Cet érythème érysipélateux disparait, et le malade revient à la santé. Hier matin, nouvelle bouffée inflammatoire. Aujourd'hui il y a de la rougeur ; une langue sèche, fuligineuse ; une figure altérée ; un pouls petit et fréquent ; de la diarrhée. L'érysipèle parait disposé à s'étendre. L'état général est grave. Ce pauvre garçon est en danger, et il y a fortement à craindre pour sa vie.

L'inflammation peut gagner les couches profondes, devenir phlegmoneuse, etc. Si les accidents augmentent, il y a à redouter une terminaison funeste.

Si l'on avait tenté chez ce malade l'emploi de quelque médication, même très innocente ; si l'on eût eu recours à quelque traitement interne ; si l'on avait fait usage de quelque topique irritant, de quelque emplâtre, onguent, etc., on pourrait accuser le traitement que l'on eût institué. Mais, chez lui, rien n'a été tenté encore. Ce jeune homme, habitué à vivre au village, à respirer l'air de la campagne, n'a pas pu s'habituer au changement de vie, s'acclimater à l'hôpital. Nous voyons assez fréquemment des cas semblables.

Le 16 mars 1852, l'érysipèle a marché, puis est venu se concentrer sur les bourses, où il a envahi les couches sous-cutanées. Je craignais et j'espérais tout à la fois.

J'espérais que l'inflammation, bornée au scrotum, ne produirait pas sur l'économie tout entière une réaction violente et redoutable ; j'espérais que, limitée aux bourses, l'érysipèle mortifierait les tissus hypertrophiés et amènerait la fonte de la tumeur ; mais aussi je craignais que l'érysipèle envahît l'abdomen, les membres, etc.

Ce que j'avais prévu, espéré et craint arriva.

L'érysipèle s'est concentré sur le scrotum. Bientôt s'est développée une eschare, puis une seconde, puis une troisième, ainsi que je l'ai signalé dans l'observation. Des lambeaux mortifiés se sont détachés, laissant après eux des tissus sains ; la tumeur diminuait considérablement. N'y avait-il pas lieu d'espérer que la nature allait nous offrir le plus curieux, le plus rare exemple de guérison spontanée ?

Malheureusement le mal ne s'est pas borné aux bourses. Une inflammation sourde, latente s'est établie à la partie postérieure du tronc ; il s'est montré un vaste abcès qui a laissé échapper un pus séreux, noirâtre, de mauvaise nature. Bientôt a apparu une plaque gangréneuse en dehors et en haut de la cuisse droite. Des bouffées inflammatoires, des traînées érysipélateuses se montraient sur l'abdomen, sur la face antérieure des cuisses ; l'économie s'est épuisée. Le malade est mort hier.

En résumé : Éléphantiasis du scrotum chez un jeune homme de la campagne, d'une bonne constitution, développé spontanément, petit à petit. Le malade entre à l'hôpital ; on ne lui fait rien.

Inflammation érysipélateuse superficielle; guérison. L'érysipèle reparaît; il se concentre aux bourses. Des eschares se détachent, la tumeur diminue; mais le travail pathologique curatif ne se borne pas au scrotum, il mine l'économie. Le malade meurt, bien que l'on ait mis en usage tous les moyens que nous possédons pour combattre les divers accidents qui se sont montrés.

HOSPICE DE L'INFIRMERIE DE BRUXELLES.

Cystite chronique guérie par les injections d'eau de goudron dans la vessie.

Observation recueillie par M. Firmin Petit, élève interne.

La cystite chronique, autrement désignée sous le nom de catarrhe vésical, comme affection essentielle de la vessie, est sans contredit une maladie assez rare : le fait de sa guérison, quand cette maladie dure depuis plusieurs années, est loin d'être commun. Nous avons donc pensé devoir publier la relation du cas clinique que nous avons rencontré à l'hospice des vieillards. On y verra mise en usage une méthode thérapeutique instituée par Dupuytren, et dont l'emploi, du moins dans notre pays, peut-être à tort, est loin d'être aussi généralisé qu'il l'est en France.

Nicolas S..., octogénaire, d'une constitution sanguine, est entré à l'hospice de l'Infirmerie il y a presque huit ans. Trois ans auparavant il ressentit les premières atteintes de sa maladie. Les commémoratifs qui se rattachent au début de cette dernière sont fort incomplets. Les voici tels qu'ils nous ont été transmis. Ce fut d'abord un sentiment de pesanteur vers l'hypogastre et le périnée, ainsi qu'un besoin de rendre l'urine plus fréquemment que d'habitude. Ce liquide était légèrement trouble, sans dépôt muqueux. Plus tard, à la sensation de pesanteur, d'embarras, succédèrent des douleurs sourdes à l'hypogastre s'irradiant dans les flancs. Ces douleurs augmentaient à la suite de l'ingestion de boissons un peu irritantes, comme les boissons alcooliques; cet homme, pour le dire en passant, a toujours été d'une sobriété exemplaire; ce qui, au point de vue de l'étiologie de l'affection dont nous parlons, n'est pas indifférent à connaître.

Plusieurs mois se passèrent ainsi; mais bientôt les douleurs devinrent très vives, surtout au moment de la miction. L'urine offrait, après avoir reposé quelque temps, un dépôt constant de mucosités épaisses, filantes, adhérant intimement au fond du vase de nuit; l'envie de rendre l'urine était très fréquente; ce qui obligea le malade à s'interdire le plaisir de la promenade.

A cette époque, trois ou quatre mois environ depuis la manifestation des premiers symptômes, il consulta les médecins et chirurgiens les plus distingués de la capitale. On explora l'urètre; l'instrument pénétra facilement, mais occasionna beaucoup de douleurs. On lui dit qu'il avait la vessie faible (je rapporte textuellement les paroles du malade). Il prit les balsamiques à l'intérieur, des tisanes émollientes; il devait suivre un régime doux quoique substantiel; éviter les refroidissements, surtout du côté des pieds. Après trois années de souffrance, de grands revers de fortune lui firent solliciter son admission au grand hospice. Les différents chefs de service qui se sont succédé à l'hospice de l'Infirmerie depuis cette époque, c'est-à-dire dans un intervalle de huit ans, mirent en usage tout ce que leur science et leur sollicitude pour les malades pouvaient leur suggérer de moyens thérapeutiques. La térébenthine sous toutes les formes, les balsamiques, les diurétiques, etc., furent infructueusement administrés. Le mal marcha avec une persévérance désespérante.

Le malade maigrit considérablement, son teint devint pâle, son humeur devint triste et sombre. L'appétit, qui s'était soutenu jusque-là, offrit de nombreux dérangements. L'insomnie était fréquente à cause des douleurs du côté de la vessie. L'excrétion urinaire se fit au prix des plus vives souffrances et des plus grands efforts; aussi ce moment était réellement appréhendé par le malade. L'urine sortait tantôt en jet, tantôt goutte à goutte; elle avait une odeur fortement ammoniacale des plus repoussantes. Le dépôt qu'elle présentait était incolore, visqueux, fortement adhérent au vase, où il brillait comme une couche épaisse de vernis. Le besoin de la miction se renouvelait presque continuellement. Il n'a jamais eu d'hématurie. L'urine n'a jamais été sédimenteuse. Tel était l'état de notre malade, lorsque, devenu interne à l'hospice de l'Infirmerie, je résolus en novembre dernier de tenter l'application de la méthode de Dupuytren contre le catarrhe vésical. MM. Debiefve et Vanhoeter, médecin et chirurgien de l'établissement, qui me permettent de publier cette observation, m'encouragèrent dans cet essai. Avant de commencer, je tins à poser le diagnostic d'une manière aussi certaine que possible pour donner de la rationnalité à ma thérapeutique. Je pouvais avoir affaire à un rétrécissement de l'urètre, à une affection de la prostate, à un calcul urinaire.

Le malade se soumit au cathétérisme. La sonde arriva facilement jusqu'au col de la vessie; mais là je rencontrai un léger obstacle, dû en grande partie au spasme que l'instrument occasionna. Un léger écoulement sanguin se fit voir à la lumière de la sonde au moment où j'entrai dans la vessie; je m'assurai de l'absence de concrétion lithique. Le cathétérisme n'a pas été répété aussi souvent que le diagnostic de cette dernière affection l'exige quelquefois; car, outre qu'il était des plus douloureux pour le malade, j'avais de ce côté tous les apaisements désirables, sachant que des praticiens d'une haute réputation chirurgicale l'avaient fait autrefois. Restait à explorer la prostate. L'index de la main droite introduit dans le rectum me permit d'apprécier une légère hypertrophie de cette glande, comme c'est assez ordinaire à cet âge de la vie. Je me suis borné à la recherche de ces trois causes bien appréciables de la cystite chronique. En leur absence, j'ai dû conclure que l'affection que j'avais sous les yeux était une inflammation chronique simple, essentielle, s'il se peut dire, de la muqueuse vésicale; l'hémorrhagie qui se produisit, la douleur vivement ressentie au moment où la sonde entra dans la vessie me firent supposer que la maladie avait envahi également le col, et que là existaient vraisemblablement, comme dans le bas-fond de l'organe, des produits de phlegmasie chronique, des fongosités qui, à la longue, obstruant la lumière du col, avaient amené dans les derniers temps une si grande difficulté dans l'excrétion urinaire.

Pour éprouver la susceptibilité de l'organe malade autant que pour le débarrasser des mucosités qui tapissaient ses parois, et le rendre ainsi plus propre à être influencé par nos injections médicamenteuses, je fis, deux jours avant de commencer, matin et soir, une injection d'eau d'orge tiède dans la vessie.

Le 4 novembre, nous introduisons une sonde munie de son mandrin dans la vessie. Le mandrin est ensuite retiré. Une seringue de la capacité de 8 à 10 onces est chargée d'eau de goudron assez concentrée, brunâtre, à laquelle nous donnons une température tiède (18° à 19°). Le bec de la seringue est engagé dans l'ouverture de la sonde, et l'injection est poussée lentement, sans effort, dans la vessie. La seringue est dégagée, la sonde comprimée sur les côtés pour empêcher le liquide injecté de sortir. Le malade accusant une douce chaleur dans le bas-ventre, sans douleur, nous retirons la sonde et lui recommandons de résister aussi longtemps qu'il peut au besoin d'uriner. Il rend le liquide injecté après dix à quinze minutes de séjour. Le soir, nous répétons la même manœuvre. La nuit se passe assez bien.

Le 5, les urines rendues la veille déposent encore beaucoup. Nous recommençons les injections matin et soir comme précédemment. Celles-ci furent moins inoffensives que les premières; bien que le malade les ait gardées plus longtemps.

Le 6, il trouve que les injections lui font bien. Il urine plus aisément, avec moins de douleur, demande qu'on lui fasse trois injections dans la journée. L'urine n'a pas changé de caractère.

Le 7, le malade est douloureusement impressionné par les injections; sensation de cuisson vers le col et le bas-fond de la vessie.

Le 8, les urines sont lâchées avec moins de douleurs, le dépôt muqueux est moins abondant. Les injections, bien que douloureuses, sont supportées avec beaucoup de courage. Nous n'en faisons que deux dans la journée, matin et soir.

Le 10, notable amélioration dans l'état des urines qui renferment moins de mucosités; ces dernières sont plus fluides, moins adhérentes. La miction n'est plus appréhendée par le patient, qui s'étonne d'un aussi notable changement.

Le 12, l'urine rendue le matin est presque privée de mucosités.

Le 13, nous laissons reposer le malade.

Le 14, les injections continuent à être douloureuses; mais il est à remarquer que ces douleurs durent peu, 2 à 3 minutes. L'urine ne dépose presque plus. Même facilité d'excrétion que les jours précédents.

Le 16, l'urine de la nuit précédente et du matin, examinée attentivement, laisse apercevoir une légère couche de mucosités très fluides se déplaçant avec la plus grande facilité.

Le 18, nous ne voyons pas de dépôt muqueux au fond du vase de nuit. Le malade urine sans douleur. Son sommeil, comme précédemment, continue à être calme.

Le 20, état très satisfaisant, urine presque normale.

Le 21, dans la matinée, un violent frisson se déclare. Je trouve le malade au lit, tremblant de tous ses membres, claquant les mâchoires; la face, les extrémités bleuâtres accusent de la céphalalgie, de l'oppression. Son pouls marque 24 pulsations au 1/4. La peau a sa température normale ou à peu près.

A l'instantanéité du frisson, aux symptômes que j'avais sous les yeux, je reconnus une fièvre d'accès. Je fis bien couvrir le malade, et lui administrai incontinent une infusion chaude de fleurs de sureau. Nous suspendons les injections. Le lendemain le malade prit, avant l'heure du retour présumé de l'accès, 10 gr. de sulfate de quinine. Le frisson ne se déclara point, mais le malade resta dans un affaissement tel, qu'il lui était impossible de se tenir sur son séant. Il était courbaturé au plus haut degré. L'appétit était nul, la langue saburrale. Pas de symptômes pulmonaires ni gastriques; si ce n'est de la constipation depuis deux jours. La peau, un peu plus chaude qu'à l'état normal, est sèche, rude au toucher; le pouls un peu accéléré (90 pulsations). Les urines sont inflammatoires, sans dépôt muqueux. J'ordonnai la diète et un purgatif (eau de Sedlitz).

Vers le soir une toux sèche se déclara. L'examen de la poitrine, que je fis scrupuleusement, ne me fit rien découvrir. Le lendemain l'abattement était moindre, le pouls avait baissé de douze pulsations. La toux persistait, bien que la poitrine fût sonore partout et n'offrît pour toute particularité que des râles muqueux à grosses bulles, disséminés. La diète fut néanmoins maintenue.

Deux jours après, la crise avait entièrement cessé. Je permis une alimentation légère. J'attribuai la crise à laquelle je venais d'assister, et qui, je dois l'avouer, m'inspira quelque inquiétude, à la suppression un peu brusque de la sécrétion vésicale. A l'instar de ce qui se passe dans l'économie quand on supprime trop promptement un exutoire important ou un ulcère ancien dont la sécrétion ichoro-purulente est abondante, j'avais vu surgir des accidents inflammatoires avec menace de congestion vers les viscères.

L'état pathologique de la vessie, la grande quantité de mucosités qu'elle exhalait depuis autant d'années, tout cela ne mettait-il pas cet organe au rang des exutoires naturels ou accidentels de l'économie? Leur suppression un peu brusque devait donc susciter quelques troubles dans l'organisme. Je proposai au convalescent de lui placer un vésicatoire au bras. Il ne put s'y déterminer, se disant trop bien guéri.

L'utilité d'un exutoire ne se fit pas sentir, en effet, et aujourd'hui, que cinq mois se sont écoulés depuis la suspension du traitement, la santé de cet octogénaire est des plus satisfaisantes. Il a recouvré sa bonne humeur et son embonpoint. Ses fonctions s'exécutent aussi bien qu'elles peuvent chez un homme de quatre-vingt-deux ans, sans infirmité. Il peut maintenant se promener, sortir de l'hospice au gré de ses désirs. Ses urines ne cessent point d'être claires, limpides, sans la moindre trace de matières visqueuses.

(*Presse médicale belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mars 1852. — Présidence de M. Larrey.

Commotion cérébrale.

M. Chassaignac lit un rapport sur un travail de M. Fano, intitulé: *Recherches historiques, cliniques et expérimentales pour servir à l'histoire de la commotion du cerveau.* Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Une violence extérieure exercée sur le crâne peut déterminer des effets variables en raison de l'intensité même de la cause contondante.

2° Lorsque la mort survient instantanément ou quelques minutes après l'action de l'agent vulnérant, on trouve constamment dans l'encéphale une lésion que nos expériences nous ont apprise; à savoir, une hémorrhagie autour de bulbe rachidien, c'est-à-dire autour du point central du système nerveux.

3° Lorsque la mort survient à une époque plus reculée, on peut encore rencontrer les mêmes lésions, ou bien on trouve dans l'intérieur de l'encéphale de petits foyers sanguins qui ne sont rien autre chose qu'une contusion de la substance cérébrale.

4° Lorsque la violence extérieure exercée sur la tête ne produit qu'une perte passagère des fonctions sensoriales et locomotives, on ne rencontre dans la substance encéphalique qu'une sorte de congestion, c'est-à-dire un engorgement des vaisseaux de l'encéphale, caractérisé par la présence d'un nombre considérable de gouttelettes sanguines.

5° Comme conséquence de ces quatre propositions, il résulte que l'état morbide que l'on désigne sous le nom de commotion du cerveau est une pure création de l'esprit, et qu'en physiologie pathologique il faut admettre que les signes de la commotion sont ceux des épanchements sanguins ou de la contusion du cerveau.

Le rapport de M. Chassaignac se termine par les conclusions suivantes :

1° La doctrine de Littre sur le tassement de la substance cérébrale dans la commotion n'est pas démontrée.

2° La doctrine qui attribue les phénomènes de la commotion grave soit à une contusion diffuse, soit à un épanchement sanguin à la base, ne possède qu'un nombre de faits trop restreint pour permettre jusqu'à ce moment aucune conclusion définitive.

3° Désormais l'attention des observateurs devra s'arrêter d'une manière particulière sur deux points à éclaircir dans l'autopsie des sujets qui succombent après avoir offert les symptômes de commotion : 1° Y a-t-il des traces de contusion diffuse; 2° y a-t-il quelque épanchement sanguin à la base de l'encéphale, et principalement au contact du bulbe?

M. Demarquay dit que l'idée d'assimiler la commotion cérébrale à la contusion fibrillaire n'appartient pas à Blandin. Ce fut lui, au contraire, qui, frappé des nombreuses ecchymoses qui existaient dans le cerveau d'un individu mort avec des symptômes de compression lui en fit la remarque.

M. Larrey fait observer que l'on ne saurait attribuer à Blandin l'idée première qui établit une sorte de similitude entre la commotion et la contusion cérébrales. Si contestable que paraisse cette opinion, elle a été émise d'une manière formelle par Bichat (1), qui faisait consister essentiellement l'effet primitif de la commotion en une contusion générale du cerveau ébranlé dans sa masse contre les parois du crâne.

M. Larrey rappelle ensuite que des expériences ingénieuses ont été faites par M. Gama (2), dans le but d'étudier les phénomènes de la commotion cérébrale. L'ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce se servait, à cet effet, d'un matras ou globe de verre rempli d'ichtyocolle, à travers laquelle passaient des fils dirigés dans différents sens, et indiquant la direction des ébranlements de la matière gélatiniforme par diverses percussions du vase. Mais ces expériences ont été appréciées sans doute par M. Fano, dans son mémoire, et par M. le rapporteur; c'est pourquoi il suffira de les indiquer ici.

M. Robert croit que M. Fano a trop souvent fait consister les effets de la commotion dans la compression résultant d'épanchements sanguins au niveau du bulbe rachidien. Il insiste d'autant plus sur cette remarque, qu'il n'y a pas la moindre ressemblance entre les symptômes dus à la commotion et ceux qui sont causés par des épanchements.

Sous ce rapport M. Fano est dans l'erreur; il y a des exemples de commotion générale de la moelle, dans lesquels après la mort on n'a découvert aucune lésion. A l'appui de son opinion, il dit avoir observé un individu affecté de paraplégie à la suite d'une chute; la fièvre se manifesta le quatrième jour, la paralysie gagna promptement, et au bout de quelques jours la mort survint. Comme on s'attendait à trouver de grands désordres, l'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et on ne put découvrir la moindre lésion. Il est possible qu'il y ait eu une lésion de nature à échapper à nos sens; mais les soins les plus minutieux ne purent rien faire apercevoir. Jusqu'à présent les expériences de M. Fano sont loin de prouver que les lésions qu'il a rencontrées sont essentiellement propres à la commotion. Desault avait dit aussi que la commotion était une commotion généralisée; mais rien jusqu'à présent ne démontre qu'il y ait une lésion matérielle dans la commotion.

M. Boinet croit devoir rappeler que jamais Sanson n'a confondu la commotion avec la contusion; jamais elle n'a été pour lui le premier degré de ce second accident.

M. Michon pense qu'il faut modifier les termes de la première proposition, celle qui a trait à Littre : Tant que nous ne connaît-

(1) *Œuvres chirurgicales de Desault.* Mémoire sur les plaies de tête.
(2) *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite.*

trons pas mieux la structure normale et les altérations cadavériques du cerveau, nous ne pourrons pas formuler des conclusions aussi précises. La question qui se traite aujourd'hui est essentiellement clinique; vouloir assimiler la commotion à la contusion, ce serait rétrograder et ne tenir aucun compte des efforts et des observations qui ont été faits par un grand nombre de chirurgiens. Il suffit d'examiner ce qui se passe chez les blessés pour prouver qu'il n'y a aucune analogie entre la commotion et la contusion. Très fréquemment on voit des individus succomber à une commotion, tandis que d'autres survivent à des contusions considérables de la substance cérébrale.

M. Chassaignac croit qu'on ne se compromet pas beaucoup en n'adoptant pas les idées de Littre.

M. Demarquay revenant sur ce point qu'il croit que les petits foyers sanguins qu'on trouve disséminés dans la substance cérébrale sont le fait de la commotion, M. Michon lui répond que pour tout le monde il est bien établi que ces altérations dépendent de la contusion.

M. Denonvilliers pense qu'il ne faudrait qu'un seul fait bien observé pour donner à la doctrine de Littre toute sa valeur. Il y a, outre l'altération matérielle qui n'a pas encore été démontrée d'une manière bien nette, une complexité de lésions qui sera toujours l'objet de bien des doutes. L'observation de Littre, malgré toutes ses imperfections, doit rester dans la science.

Ce qui prouverait la possibilité de ce fait, c'est qu'il a eu occasion d'observer chez des vieillards le cerveau revenu sur lui-même. Dans les faits de Littre et de Sabatier, on a dit que peut-être on n'avait pas tenu assez compte de la perte du liquide céphalo-rachidien échappé pendant l'ouverture du crâne; c'est possible, mais ce n'est pas une raison pour repousser entièrement l'idée de Littre. Les expériences de M. Fano ne pouvaient pas être bonnes; il n'y a pas de parité de conditions entre l'homme et les animaux, vu la masse cérébrale. Il faudrait ensuite, pour avoir des expériences concluantes, s'entourer de grandes précautions, surtout pour amener une mort instantanée; du moment que la vie se prolonge de quelques minutes, il y a déjà des phénomènes de réaction. Peut-être vaudrait-il mieux regarder ce problème comme insoluble, à cause des complications qui existent presque constamment. Il termine en disant qu'il a cité dans le *Compendium* un fait qui présente beaucoup d'analogie avec celui de Littre. Le malade survécut trois quarts d'heure; de sorte que la réaction très vive qui suivit l'accident empêche déjà de regarder ce fait comme bien concluant.

M. Chassaignac reproche à l'observation de Littre d'être trop vague; tant que l'on n'aura pas démontré d'une manière exacte les altérations qui sont le fait de la commotion seule, il faut s'abstenir. De ce que la commotion soit beaucoup plus difficile à constater dans ses lésions que la contusion, ce n'est pas un motif pour abandonner les expériences; seulement il faut les faire autrement que M. Fano, qui cassait la tête à ses animaux et produisait nécessairement des contusions cérébrales. En prenant des précautions convenables, il est possible d'étourdir les animaux, de porter l'étourdissement aussi loin que possible, et une fois cet effet obtenu, en ouvrant de suite la poitrine, on pourra examiner ensuite dans quel état se trouve le cerveau.

M. Gerdy est de l'avis de M. Chassaignac sur la possibilité de produire des commotions sans contusions. Il ajoute que, pour bien se rendre compte de la commotion, il faut l'étudier dans ses divers degrés; de là la division en groupes, qui peuvent monter jusqu'à cinq et plus.

Dans le premier degré, la commotion ne porte que faiblement et instantanément sur les sens; de là les vertiges, les éblouissements, les troubles dans la vue.

A un second degré, lorsque, par suite d'un coup de poing sur la tête, la commotion est plus forte, la musculation est atteinte, l'individu frappé chancelle, tombe et se relève bientôt; il y a eu sidération: ce fait s'observe fréquemment à la chasse sur les animaux blessés.

Dans les deux premiers degrés, l'intelligence avait été conservée; dans le troisième, il n'en est plus de même; lorsque le coup a été plus fort, l'individu frappé ne commande plus à ses mouvements; il ouvre les yeux, se relève; mais, pendant quelques instants, il n'est pas en état de se diriger. Supposez l'ébranlement plus marqué: la fonction de la connaissance est perdue pour plusieurs heures, plusieurs jours; ce n'est que sous l'influence des émissions sanguines que cet état se dissipe. Enfin, dans le dernier degré, ce n'est plus seulement un ébranlement qui pourra se dissiper à la longue: l'individu est assommé sur le coup; dans ce cas, il est probable qu'il y a une lésion matérielle, mais jusqu'à ce jour elle a échappé à nos moyens d'investigation.

Il est possible de faire des expériences pour saisir sur le fait cette action mécanique qui permet à l'organe de revenir immédiatement à son premier état.

Serait-il maintenant possible de bien préciser où est la limite de la commotion? Quelle sera ensuite l'utilité d'apprécier ce trouble matériel? Ce sont là deux questions à résoudre.

M. Chassaignac est heureux de voir son opinion partagée par M. Gerdy; il ajoute que chez des malades qui, à la suite d'une commotion violente, ont perdu l'usage de l'ouïe pendant plusieurs mois, il y a eu là un désordre plus que momentané.

M. Denonvilliers voudrait que dans les expériences on atteignît le dernier degré, la mort instantanée, et c'est là, il le répète, une chose beaucoup plus difficile à faire qu'on ne le pense pour y arriver sans produire de complications.

Correspondance.

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Seutin, qui accuse réception du diplôme de membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 octobre 1851. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Caron entretient la Société de la malade dont il a parlé le mois dernier. Cette dame est en proie depuis quelques jours à une grande anxiété; il existe chez elle une surexcitation nerveuse, une violente céphalalgie; le bruit même de la voix la fait tressaillir; les mains sont enflées. Une saignée de douze onces n'a amené aucune amélioration. Les urines, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, n'ont fourni nulle trace d'albumine. M. Caron ajoute que, donnant des soins à un enfant de trois ans atteint de convulsions sous l'influence de la dentition et ayant vainement cherché l'albumine dans les urines, il espérait ne plus voir reparaître les convulsions, qui cependant se sont représentées cinq fois.

M. Bossu se souvient qu'il y a douze ans il fut appelé à traiter, conjointement avec M. Hervez de Chégoin, une jeune dame nouvellement mariée, enceinte et sujette à des convulsions revenant à jours réguliers. Le sulfate de quinine échoua. Plusieurs saignées pratiquées fournirent un sang séreux; la malade mourut au sixième mois de sa grossesse. Peut-être, ajoute M. Bossu, aurais-je bien fait de provoquer l'accouchement.

Notre collègue cite ensuite une concierge qui, en mal d'enfant, fut prise d'une attaque d'éclampsie, accoucha sans s'en douter et recouvra la santé; M. Bossu ne se rappelle pas si l'enfant a vécu.

M. Duhamel. Je voudrais rassurer notre confrère au sujet de la première malade dont il a parlé. Provoquer l'accouchement serait un mauvais moyen de faire céder l'éclampsie. J'ai vu six cas d'éclampsie, et quatre fois les accidents ont persisté malgré l'accouchement pendant quatre, cinq jours et même davantage; deux fois la mort a eu lieu; dans les autres cas, la mère n'est avertie de sa délivrance que plusieurs jours après, étonnée des cris de son enfant qu'elle a mis au monde sans en avoir la conscience. Je connais une femme éclamptique qui a donné le jour à deux enfants vivants. Il est évident que provoquer l'accouchement ne saurait être en aucune façon un moyen propre à faire cesser les accidents éclamptiques. Je serais heureux de connaître, au sujet de la mortalité des femmes éclamptiques, l'opinion de notre honorable président.

M. P. Dubois. Chez les enfants nés de mères éclamptiques, lorsque les attaques ont été intenses et répétées, on peut considérer la conservation de la vie comme l'exception; la plupart de ces enfants naissent morts. Quant aux mères, l'éclampsie peut les tuer après comme avant l'accouchement. C'est surtout dans les établissements consacrés aux couches des femmes pauvres que l'affection dont nous parlons est souvent mortelle; là, en effet, outre l'état misérable où se trouve la femme à son entrée dans l'hôpital, les suites de couches peuvent se compliquer d'affections graves qui se développent sous l'influence des conditions propres à ces établissements. Qu'une accouchée ait eu des convulsions, et qu'il existe dans les salles une épidémie de fièvre puerpérale, elle sera beaucoup plus prédisposée qu'une autre à en être atteinte. En ville, les conditions sont bien différentes; et je suis très disposé à croire que l'éclampsie y serait moins souvent mortelle si tous les accoucheurs étaient bien convaincus que l'intervention hâtive de l'art, au lieu d'être utile, est au contraire funeste. Enfin, pour répondre à la question de M. Duhamel, je dirai que le pronostic de l'éclampsie doit être considéré comme grave; Mme Lachapelle pensait que la moitié des femmes atteintes de cette maladie y succombait, évidemment cette proportion est exagérée. Je pense que, dans la pratique civile, et quand le traitement est bien dirigé, on peut espérer de voir les trois quarts des femmes survivre.

Revenons actuellement à la malade dont M. Caron nous a entretenus. J'ai été frappé de ce fait, que la présence de l'albumine dans l'urine coïncide chez les femmes avec l'éclampsie; même coïncidence m'a paru exister chez les enfants qui ont des convulsions à l'époque de la dentition. J'ai signalé cet état à quelques-uns de mes confrères, dont les observations ont confirmé les miennes; mais je pense que de nouvelles recherches à ce sujet sont nécessaires. J'avais engagé M. Caron à examiner l'urine de la malade dont il nous a parlé dans la dernière séance, malade pour laquelle il redoute l'éclampsie; la présence de l'albumine n'a pas été constatée. Cette malade est enceinte, elle a une violente céphalalgie, il existe un peu d'œdème; M. Caron a pratiqué une saignée, et il a très bien fait. Je l'engage à continuer de temps en temps l'examen des urines, et s'il ne constate pas la présence de l'albumine, il peut être rassuré, l'éclampsie ne se montrera très probablement pas.

Quant à l'enfant chez lequel M. Caron n'ayant point trouvé d'albumine, a vu cependant se renouveler cinq fois les convulsions, il le suivra attentivement, et nous saurons plus tard si, au lieu de convulsions, il ne s'agit pas ici d'épilepsie.

M. Duperthuis rapporte qu'appelé auprès d'une jeune femme grosse de sept mois et demi et n'ayant jamais été épileptique, il trouva cette malade en proie à des accidents épileptiformes. Le toucher n'annonce aucun commencement de travail. Une saignée calme momentanément les convulsions, qui ne tardent pas à reparaître avec plus de violence, et la malade meurt le lendemain matin.

M. P. Dubois pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'une véritable éclampsie.

— M. Duhamel entretient la Société d'un cas de tétanos remarquable par la rapidité avec laquelle la mort a eu lieu. Il s'agit d'un jeune enfant de dix ans, qui, ayant reçu une charge de fusil dans la cuisse, fut pris de trismus le cinquième jour, à une heure de l'après-midi. M. Duhamel vit le malade à onze heures du soir. Une potion opiacée avait été prescrite, mais ne put être introduite dans la bouche; frictions avec un liniment opiacé. A deux heures du matin, l'enfant était mort.

M. P. Dubois demande si l'on n'a pas essayé le chloroforme.

M. Magne, sur la réponse négative de M. Duhamel, fait observer que, dans ces derniers temps, on a publié plusieurs cas de guérison de tétanos à l'aide du chloroforme.

M. Bossu considère comme un cas de tétanos extraordinaire celui d'un bûcheron qui, exposé pendant deux jours à une pluie continuelle, fut pris de violentes douleurs des membres; la rigidité était complète; il demandait à grands cris à être réchauffé. Le laudanum associé à une infusion de tilleul fut pris à une dose excessivement forte; une abondante sueur eut lieu, et le malade guérit.

M. Magne ne voit pas, dans le cas de M. Bossu, un tétanos bien caractérisé; en effet, le malade parlait et buvait: or, les premiers accidents tétaniques débutent par la contraction des masséters et des temporaux.

M. Pertus a vu le tétanos survenir chez une personne atteinte d'une fièvre typhoïde. Le trismus durait depuis deux heures; impossibilité complète d'introduire une goutte de liquide. M. Pertus fut assez heureux pour voir les accidents disparaître sous l'influence du chloroforme.

Le secrétaire, Al. Magne.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 39. — JEUDI 1er AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 39. — JEUDI 1er AVRIL 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Névrose intermittente extrêmement rebelle, offrant des caractères extraordinaires, qui a cédé enfin à l'emploi du valérianate de quinine et de la saignée générale. — Déchirure du corps caverneux, ou fracture du pénis. — Académie de médecine, séance du 30 mars.

PARIS, LE 31 MARS 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, qui avait clos la discussion dans la dernière séance sans entendre M. Paul Dubois, est revenue hier sur sa décision, et elle a dû s'en féliciter. Le discours de cet honorable académicien est moins une argumentation sur le rapport de M. Cazeaux qu'un mémoire sur l'avortement provoqué dans les cas de vomissements incoercibles, mémoire qui restera comme la meilleure base des travaux dont cette importante question pourra être l'objet. Nous aurons occasion de discuter les deux points essentiels de ce mémoire dans la suite de cet article, ainsi que les objections qu'on a faites à l'opinion de M. P. Dubois ; nous voulons en terminer d'abord avec la conclusion votée par l'Académie. On sait que les diverses propositions faites dans la séance précédente avaient été renvoyées à la commission ; celle-ci, éclairée par la discussion, a notablement modifié ses propositions premières, et au *peut et doit* elle a substitué la conclusion suivante :

Considérant que dans le cas de la fille Julie Gros, M. le docteur Lenoir, s'appuyant sur l'exemple déjà donné par deux praticiens et sur l'avis de plusieurs consultants, était suffisamment autorisé à pratiquer l'avortement,

L'Académie remercie cet honorable médecin de son intéressante communication, et renvoie son mémoire au comité de publication.

Cette conclusion n'est pas celle que nous aurions préférée, car elle a l'inconvénient d'ériger l'Académie en tribunal qui prononce sur la conduite tenue dans un cas déterminé par un médecin ; or les jugements de ce genre n'entrent point dans les attributions de l'Académie, et il n'est pas à désirer qu'elle cherche à les y faire rentrer. Mais, au demeurant, cette conclusion n'engage pas l'Académie sur le principe de l'avortement, et sous ce rapport nous nous y associons volontiers.

Revenons maintenant à la question scientifique proprement dite, et commençons par l'avortement dans les cas de rétrécissement du bassin.

Dès que l'on est décidé à résoudre la question de l'avortement par les principes de l'économie sociale, la science obstétricale ne peut guère fournir qu'un élément pour aider à la solution cherchée, c'est d'établir la statistique de l'opération césarienne. A cet égard, les évaluations données par les différents orateurs qui ont pris la parole ne sont rien moins que certaines. M. Cazeaux a admis 3 morts sur 4 opérations, M. Velpeau, 4 morts sur 5 opérations. Cette proportion est, sans contredit, trop favorable pour Paris. Mais rien ne prouve qu'elle ne soit pas, au contraire, beaucoup trop défavorable pour la province. La supposition qu'on a faite que les cas de succès étaient publiés avec plus d'empressement que les cas d'insuccès peut être fondée ; mais, en définitive, ce n'est qu'une supposition, et en fait d'observation et d'expérience, on ne saurait procéder ainsi. Pour savoir à quoi s'en tenir sur la mortalité exacte à la suite de l'opération césarienne dans les départements, il est indispensable de connaître toutes les opérations qui ont été faites dans chaque localité ; il ne faut pas plus raisonner sur des exceptions de succès que sur des exceptions d'insuccès ; pour arriver à des conclusions justes, il faut connaître tous les faits. L'Académie, en s'adressant à ses correspondants, et en leur demandant un relevé de toutes les opérations césariennes qu'ils ont pratiquées, aurait pu arriver au moins à un commencement de solution. Nous regrettons sincèrement que la proposition n'en ait pas été faite par quelque membre. Il est d'ailleurs encore temps de la faire ; les questions scientifiques ne vieillissent pas. Nous avons tout lieu de croire que les documents que recevraient l'Académie ne donneraient pas 3 morts sur 4 opérations. Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié qu'un médecin de la Creuse, M. le docteur Guizard, vint lire à l'Académie, en 1848, la relation de trois opérations césariennes, les seules qu'il eût pratiquées, et qui, toutes les trois, furent suivies de la guérison de la mère. Nous connaissons quatre de nos confrères de province qui ont pratiqué chacun une opération de même nature ; tous les quatre ont réussi. Nous avons publié l'année dernière une de ces observations. Certes, nous ne prétendons pas que ces faits soient l'expression de la règle générale ; mais ils doivent au moins faire accepter avec une grande réserve les approximations sinistres de MM. Velpeau et Cazeaux.

La question de l'avortement dans les cas de vomissements incoercibles est à la fois plus facile et plus ardue que celle de l'avortement dans les cas de rétrécissement.

Elle est plus facile, si l'on peut porter avec certitude un pronostic fatal sur l'état d'une malade qui est en proie à ces vomissements. Nous serions loin, en effet, de dire avec M. Velpeau : « Si vous adoptez l'avortement dans les cas de vomissements, à plus forte raison devez-vous l'admettre dans les cas de rétrécissement du bassin. » C'est le contraire que nous dirions, et cela par une raison bien simple qui n'a point échappé à M. P. Dubois : c'est que dans les cas de vomissements incoercibles la mère succombant, l'enfant succombe nécessairement aussi. C'est donc bien dans ces conditions qu'on peut sans scrupule sacrifier l'enfant quelques jours plus tôt pour tenter de sauver la mère. Mais, nous le répétons, il faut, pour se décider à agir : 1° que le pronostic soit certain ou à peu près certain ; 2° que l'opération de l'avortement puisse avoir un avantage réel.

Ces deux points peuvent-ils être accordés ? M. P. Dubois le pense ; M. Cazeaux l'a contesté. Comme c'est ici une question d'expérience, nous ne chercherons pas à placer notre autorité entre celle de ces deux praticiens. Nos lecteurs apprécieront les arguments de chacun, et en feront telle application que de droit aux cas particuliers qui se présenteront à eux. Disons seulement que les arguments qu'a invoqués M. Cazeaux contre l'opinion de M. P. Dubois, tout en ayant une valeur réelle, sont loin d'être aussi irréfragables qu'il paraît le supposer. Une expérience plus vaste pourra seule nous apprendre l'importance qu'on devra leur accorder.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Névrose intermittente extrêmement rebelle, offrant des caractères extraordinaires, qui a cédé enfin à l'emploi du valérianate de quinine et de la saignée générale ;

Par le docteur VILLARET,
Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

Mlle P. D..., habitant Clermont-Ferrand, fortement constituée, petite de taille et d'un tempérament sanguin, actuellement âgée de vingt-trois ans, et réglée depuis 1840, assistait, dans le mois de décembre 1843, à la cérémonie funèbre de sa belle-sœur, à Riom (Puy-de-Dôme), lorsque, dans l'église même, elle fut très vivement impressionnée par un cri perçant que poussa la sœur de la morte ; et elle perdit connaissance. La syncope dura seulement quelques minutes ; mais le lendemain à la même heure, c'est-à-dire vers midi, il survint de violents maux de tête, compliqués d'une espèce d'étourdissement. Le tout dura seulement trois ou quatre minutes encore.

A partir de ce jour, il survenait fréquemment de la céphalalgie, des éblouissements, avec issue de quelques gouttes de sang par les yeux. Les menstrues ne reparurent pas, et le mois suivant on consulta le docteur Pourché aîné, qui conseilla des bains simples et une application de sangsues au siége. Cette évacuation sanguine sembla produire un mauvais effet, car ce fut de ce moment que les douleurs de tête prirent un autre caractère, et se convertirent en espèces d'attaques régulièrement intermittentes dont voici les symptômes :

Vers les onze heures du matin, la tête commençait à devenir douloureuse ; les régions frontale et sus-orbitaire se chargaient d'un poids qui les comprimait fortement ; les paupières devenaient lourdes et comme tuméfiées ; la face s'injectait un peu ; il y avait réellement congestion.

A midi, la douleur prenait subitement une telle intensité, que, comme par une forte décharge électrique, la jeune personne portait convulsivement les mains sur le front et les yeux ; elle se plaignait en se jetant à droite et à gauche, jusqu'à ce qu'il sortît quelques gouttes de sang par les points lacrymaux ; et cette petite hémorrhagie amenait sur-le-champ la détente et le soulagement.

Cette violente douleur durait ordinairement une minute, quelquefois deux ; un jour même, par extraordinaire, et sans qu'on pût en trouver la cause, elle ne cessa qu'au bout d'un grand quart d'heure.

On employa encore quelques légers moyens, tels que les bains de siége et les pédiluves ; mais la maladie, au lieu de s'arrêter, ne fit que s'accroître. Deux nouvelles crises quotidiennes se joignirent à la première, l'une à huit heures du matin, et l'autre à quatre heures du soir. Il y en avait donc alors trois par jour, distancées de quatre heures.

Les occupations de M. Pourché ne lui permettant pas de voir assez fréquemment la malade, je fus appelé pour lui donner mes soins, et l'idée de combattre cette intermittence par le sulfate de quinine me vint tout d'abord. J'en prescrivis donc 1 gramme dans une potion, avec addition de 10 gouttes de laudanum à prendre en deux fois dans la journée, la première partie une heure après la crise du soir, et l'autre à neuf heures du matin.

Ce médicament, employé pendant dix jours de suite, et porté graduellement jusqu'à 2 grammes, ne produisit aucun effet bien sensible ; seulement les attaques étaient un peu moins régulières et peut-être un peu moins longues. J'aurais voulu continuer encore ; mais l'estomac s'affecta : il survint des vomissements, et je dus changer le mode d'administration de l'antipériodique en le donnant en lavement. Ce moyen ne fut pas plus heureux ; et comme au bout d'une semaine il se manifesta des coliques et des secousses nerveuses, je le suspendis totalement.

Je recourus alors aux antispasmodiques les plus énergiques, tels que les extraits de valériane et d'assa-fœtida, le bismuth, le musc, l'éther, etc., mais rien ne fit. Il y a plus, j'eus la douleur de voir survenir une quatrième crise pareille aux autres à huit heures du soir, ce qui faisait quatre par jour, à quatre heures de distance l'une de l'autre.

Tout en combattant les attaques, je visais au rétablissement des règles par les pédiluves, les fumigations au siége, l'exercice, etc. ; et, sous ce rapport, je fus plus heureux ; car elles parurent au bout de six semaines, et se maintinrent dès lors assez régulièrement, quoique peu copieuses.

Les antispasmodiques, soit purs, soit associés avec l'opium à haute dose, n'obtenant aucun résultat, je fis usage des irrigations froides sur la tête. La malade, placée dans un bain ordinaire jusqu'aux épaules, celles-ci étaient recouvertes d'une toile cirée qui les garantissait de l'action de l'eau froide qu'on versait continuellement sur le front et au-dessus.

Ce moyen assez énergique, employé au moment où les prodromes devaient paraître, et continué jusqu'à l'heure de la crise, sembla d'abord produire un bon effet : l'attaque était retardée d'un bon quart d'heure, quelquefois même de trente ou trente-cinq minutes, et elle était beaucoup moins intense et moins longue. Je persistai conséquemment pendant une quarantaine de jours, tout en augmentant la durée des irrigations et abaissant la température de l'eau ; mais je ne pus jamais parvenir à faire avorter totalement la crise, et je fus obligé d'y renoncer.

J'avais souvent pensé aux évacuations sanguines ; mon intention était même de les combiner avec les antipériodiques ; mais le mauvais résultat qui avait suivi l'application de sangsues prescrite par M. Pourché m'en avait constamment détourné. Cependant, de guerre lasse, et tout le reste échouant, je me décidai à pratiquer une saignée de 400 grammes dès l'apparition des prodromes de la crise du matin, et j'eus le bonheur de ne pas la voir reparaître. Je laissai reposer la malade cinq à six jours, au bout desquels je fis une saignée pareille à la première, deux minutes avant la crise de midi, et celle-ci cessa désormais de se montrer.

Je crus dès lors être maître de cette singulière affection, et je n'hésitai pas à annoncer à la famille de la jeune personne que très probablement tout serait terminé avant un mois. L'affaiblissement général de la malade et l'apparition des règles me forcèrent à remettre à une vingtaine de jours le renouvellement de la saignée ; mais après ce temps d'arrêt j'attaquai la crise de quatre heures, et elle ne revint pas non plus. Restait donc celle de huit heures du soir, pour laquelle je pratiquai aussi une saignée trois jours après ; elle ne revint pas ce jour-là, mais elle reparut le lendemain, à la même heure. J'attendis encore que la menstruation fût passée, et je revins à une nouvelle saignée de 400 grammes. Les choses se passèrent de la même manière ; la crise reparut vingt-quatre heures plus tard.

Je ne m'expliquais pas pourquoi j'échouais ainsi contre cette dernière attaque ; mon succès contre les autres semblait m'indiquer qu'elle céderait aussi, et je revins encore, une semaine après, à une troisième saignée, mais inutilement ; la crise ne manqua que ce jour-là, et revint le lendemain.

Mlle P..., qui voulait absolument se débarrasser de cette maladie, me suppliait de revenir encore à une autre évacuation sanguine ; mais sa pâleur et sa faiblesse me décidèrent à remettre à huit jours plus tard la nouvelle lutte que je voulais livrer à cette terrible crise, qui semblait me braver en augmentant d'intensité. Cette fois, cependant, je changeai de procédé. Au lieu de pratiquer la saignée à droite, je fis une large ouverture au bras gauche, et je laissai couler le sang jusqu'à la syncope, espérant que cette perturbation amènerait un changement dans l'organisme, dérouterait ainsi la crise, et la détruirait définitivement.

Les choses se passèrent en partie comme je l'avais prévu ; la syncope fut longue, et la crise ne parut ni ce jour-là, ni le lendemain, ni quarante-huit heures après.

Croyant alors tout bien terminé, j'envoyai la malade à la campagne pour s'y remettre de l'espèce d'épuisement dans lequel j'avais été forcé de la plonger. Epuisement n'est cependant pas le mot, c'est plutôt fatigue ; car la jeune personne, à part la pâleur inévitable, était gaie, fraîche, grasse et alerte. Elle resta quinze jours sans rien éprouver ; mais au bout de ce temps la tête redevint douloureuse, et la crise de huit heures du soir, la dernière détruite, reparut avec tous ses mêmes caractères.

Mlle P... revint à Clermont. Je lui fis une saignée de 300 grammes seulement. L'attaque disparut encore pour quinze jours, au bout desquels elle revint très ponctuellement. Je la saignai encore, mais au pied gauche, et la crise ne s'étant pas montrée de nouveau, je l'envoyai à Latour, tout près du Mont-d'Or, chez un médecin ami de la famille. Le quinzième jour, le retour de la maladie força le docteur Baraduc à pratiquer encore une saignée, et il renvoya la jeune personne à Clermont.

Il me parut bien démontré alors que les évacuations sanguines ne parviendraient jamais à la guérison complète, et qu'insister sur leur emploi c'était user inutilement la belle constitution de cette jeune personne. Que faire, cependant ? Tous les autres moyens m'avaient fait défaut, et les douleurs devenaient si intenses pendant la crise, qu'il fallait absolument agir. Je résolus de faire en-

core une saignée pour me donner le temps de revenir aux antispasmodiques combinés avec l'antipériodique par excellence. La circonstance devenait grave ; et, pour plus de sécurité, je m'adjoignis M. Tissier, praticien distingué du pays. Nous combinâmes ensemble le traitement suivant :

1° Sulfate de quinine 1 gramme, extrait de valériane 6 décigr., dans une potion de 120 grammes, à prendre par deux cuillerées à neuf heures du soir, à dix heures, et toutes les heures du lendemain, à partir de dix heures du matin ;

2° Un bain général tous les deux jours ;

3° Deux fumigations au siége tous les vingt-quatre heures ;

4° Régime tonique, sans vin pur ni café.

Nous espérions qu'en saturant ainsi la malade de sulfate de quinine et d'antispasmodiques, nous pourrions détruire l'intermittence de la névrose ; mais il n'en fut rien, la maladie revint comme à l'ordinaire. Nous augmentâmes de 5 centigrammes la dose de sulfate de quinine ; nous mîmes 1 grain d'opium dans la potion, et nous la donnâmes en deux fois, moitié après la crise, moitié le lendemain, à midi. Inutilement, la crise ne variait pas, au contraire elle augmentait d'intensité à mesure qu'elle s'éloignait de l'époque de sa réapparition.

Nous donnâmes en lavement la même quantité de sulfate de quinine, de valériane et d'opium ; ce fut encore en vain. Il y a plus, au bout de cinq jours il survint une seconde crise à quatre heures du soir ; et comme nous étions certains qu'il en surviendrait d'autres si nous temporisions encore, nous nous décidâmes, bien malgré nous, à revenir à la saignée ; il en fallut une de 200 grammes pour chaque crise.

Je dois dire ici qu'avant de revenir à la saignée j'essayai de l'application de sangsues sur la pituitaire, à l'ouverture des narines, et que ces saignées locales n'ont jamais pu vaincre la crise que pour le jour même. Il m'est arrivé de faire avorter la crise avec une seule sangsue dans une narine, mais elle revenait le lendemain, comme elle revenait quand on en plaçait six ou huit. Du reste, la malade avait une telle horreur des sangsues, leurs piqûres produisaient de tels accidents nerveux, qu'on pouvait craindre de produire plus de mal que de bien, si l'on n'y renonçait pas.

Nous nous rejetâmes sur l'opium à haute dose, sur l'application permanente au front et aux tempes d'un emplâtre fait avec l'opium et la belladone, et nous ne fûmes pas plus heureux.

Les choses en étaient là, quand je fus obligé de quitter Clermont pour me rendre à Versailles avec mon régiment ; et comme on avait l'intention de mettre la jeune personne en pension à Paris, la famille l'y conduisit un mois après mon départ, soit parce qu'elle espérait que le changement de climat et le nouveau genre de vie pourraient amener du mieux, soit parce qu'elle était dans l'intention de recourir aux lumières des grands maîtres de la capitale, auxquels je pourrais donner des détails circonstanciés et exacts sur cette singulière affection.

M[lle] P... arriva donc à Paris vers la fin de décembre 1844, et elle fut placée chez les dames Duserre, dans le quartier des Champs-Elysées.

La crise continua à se montrer tous les quinze jours ; et, comme je m'obstinais toujours à la laisser persister quelque temps avant d'ôter du sang, les douleurs prenaient une telle intensité, que la malade me menaçait de s'ouvrir la veine avec un canif si je ne me décidais à lui rendre ce service. Tous les raisonnements du monde ne pouvaient rien contre une volonté aussi irrévocablement arrêtée, et il fallait bien, quelque meurtrier que fût le moyen, y recourir encore, puisque lui seul pouvait conjurer momentanément le mal.

Cependant, quoique je fusse bien convaincu qu'il n'existait pas d'affection organique, et que je n'eusse affaire qu'à une névrose, je n'étais pas tranquille, à cause du traitement que j'étais obligé d'employer. Des évacuations sanguines aussi rapprochées devaient absolument détériorer la constitution de ma pauvre patiente, quelque forte qu'elle fût, et je voulais absolument sortir de cette impasse périlleuse.

J'avais tout employé, jusqu'à la ligature des membres un peu avant l'attaque, les ventouses scarifiées à la partie interne des cuisses, et tout avait échoué, excepté la saignée. J'eus donc recours aux hommes que je jugeai le plus capables de me donner un bon conseil, MM. Bégin et Cruveilhier. Ces deux confrères assistèrent à une crise que je leur avais annoncée pour huit heures précises du soir, et leur surprise fut extrême : ils n'avaient jamais vu une telle régularité dans les attaques. L'un et l'autre déclarèrent que cette affection était bien évidemment une névrose des plus extraordinaires, et qu'une pareille intermittence ne pouvait céder, ainsi que je l'avais pensé au début du traitement, qu'au sulfate de quinine. Voici donc ce qui fut arrêté entre nous :

1° Pilules ainsi composées : sulfate de quinine 3 gram., extrait de valériane 2 gram., extrait d'opium 2 gram. ; pour faire des pilules de 2 décigram. chaque, 6 par jour, et augmenter de deux toutes les vingt-quatre heures ;

2° Application sur l'épigastre du marteau trempé dans l'eau bouillante, de manière à produire une rubéfaction ;

3° Pédiluves sinapisés une heure avant l'attaque ;

4° Frictions opiacées sur le front ;

5° Potion antispasmodique tous les soirs, à l'heure du coucher ;

6° Bains généraux, distraction, promenades en voiture, suspension absolue de la saignée.

Ce traitement fut strictement suivi pendant quinze jours, mais sans le moindre résultat favorable ; au contraire, la crise prit de l'intensité, il en survint même une seconde. D'un autre côté, les pilules produisirent des accidents généraux, tels que des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des mouvements convulsifs dans les membres, dans les doigts surtout, et des douleurs précordiales qui forçaient la malade à garder presque constamment le lit. De l'avis de ces messieurs, il fallut suspendre l'emploi de ce médicament, et recourir encore à la saignée.

M. Delcroix, médecin particulier du pensionnat, ayant été prié, en mon absence, de donner des soins à la malade, nous nous réunîmes un jour pour en conférer, et nous décidâmes que nous emploierions l'opium à haute dose, soit en suppositoire, soit par la méthode endermique.

Pendant quatre jours de suite, nous fîmes placer un suppositoire composé avec du beurre de cacao et 2 décigr. d'opium. Tous les soirs, une demi-heure avant la crise, nous placions aux tempes et au pourtour des sourcils des rondelles de linge grandes comme une pièce de 1 franc, trempées dans l'alcali volatil. L'épiderme étant ainsi enlevé, nous saupoudrions les petites plaies avec 2 centigr. d'acétate de morphine.

La malade étant ainsi narcotisée, nous espérions pouvoir dérouter la crise et la faire avorter. L'essentiel, pour nous, était de détruire cette désespérante périodicité, et tous nos efforts tendaient vers ce but. Le sommeil arrivait assez promptement ; il était lourd, et un délire tranquille survenait ensuite. Mais l'attaque ne nous faisait pas grâce : à l'heure ordinaire, pendant le sommeil même, les douleurs paraissaient subitement, ainsi que les plaintes et l'agitation. Cependant, comme il y avait un peu de diminution dans la durée des vives souffrances, nous insistâmes encore quelques jours, mais inutilement ; tout effet se borna là, et nous fûmes encore obligés de tirer du sang pour délivrer provisoirement la malade.

M. Delcroix, qui avait retiré quelques bons résultats du magnétisme dans certaines névralgies, voulut en essayer sur cette jeune personne ; mais il n'obtint rien. Il m'engagea à consulter M. Foville, qui nous conseilla des ablutions d'eau froide sur la tête. Ces ablutions devaient se faire un peu avant la crise, la malade étant placée dans une baignoire, et l'eau froide étant versée à jet continu sur la tête au moyen d'un seau.

Ces ablutions furent mises à exécution, mais elles ne faisaient qu'exaspérer la malheureuse enfant ; il fallait même les interrompre fréquemment, car leur continuité provoquait une espèce d'asphyxie.

Enfin, justement découragée par tant d'échecs, et comptant désormais plutôt sur le temps que sur la médecine, M[me] D... ramena sa fille à Clermont ; et là, depuis le mois de juin 1845 jusqu'à celui de février 1848, la malade fut en proie à ces cruelles attaques, qui revenaient un peu moins régulièrement, mais à des époques plus rapprochées.

M. Tissier reprit la direction du traitement pendant quelque temps, fit prendre vingt bains d'eau thermale de Saint-Mars, et demanda à être remplacé ensuite, à cause de l'obligation dans laquelle il se trouvait de pratiquer des saignées qui lui paraissaient, avec raison, fort dangereuses.

M. Nivet, qui succéda à M. Tissier, reprit en sous-œuvre le sulfate de quinine seul et combiné avec l'opium et la valériane. Son intention même était de le porter à des doses très élevées ; mais les accidents que ce médicament avait provoqués à différentes reprises, et son inefficacité jusqu'alors, avaient mis la famille en opposition contre lui. Après avoir donc mis encore en usage divers moyens qui avaient déjà été employés, il fut obligé de se résoudre à jouer le rôle de phlébotomiste intermittent.

M. Nivet, en 1846, lors de la découverte de l'effet hypnotisant de l'éther, voulut bien, sur ma proposition, faire usage de ce moyen ; mais le sommeil le plus profond n'empêchant pas la crise de revenir, il fallut y renoncer.

Cette crise, sans perdre de son caractère, offrait cependant, vers la fin de 1847, plus de variations : elle revenait tous les quatre ou cinq jours ; et, lorsqu'on ne saignait pas dès sa réapparition, il en survenait deux, trois et quelquefois quatre dans la même journée, à une heure de distance l'une de l'autre. Il fallait alors ouvrir la veine autant de fois qu'il y avait de crises, et cela dans la même journée ; car, si on en laissait subsister une seule, il s'en représentait un aussi grand nombre le lendemain. Il est vrai que chaque saignée n'était que de 50 gram. environ.

Cependant, tant d'évacuations sanguines si rapprochées et tant de souffrances presque continues avaient considérablement affaibli la belle constitution de la jeune personne ; sa pâleur était extrême, et les règles à peine sensibles et colorées en rose. Les malléoles s'engorgeaient le soir ; le bruit de souffle, au cœur et aux artères carotides, annonçait l'état chlorotique le plus complet. Il fallait absolument abandonner la voie dans laquelle on était engagé, si on ne voulait pas compromettre les jours de la malade ; et M. Nivet, ne sachant quel parti prendre, la fit reconduire à Paris pour y consulter MM. Trousseau et Bouillaud. Je fus invité à me rendre à cette consultation, qui fut faite isolément le 29 février 1848. Je me trouvai avec M. Trousseau au moment de la crise, et ce confrère prétendant que la jeune personne jouait la comédie, se contenta de me conseiller l'application d'un long chapelet d'ambre autour du cou et des reins. Cette prescription nous fit l'effet d'une plaisanterie ; mais nous la mîmes tout de même à exécution.

M. Bouillaud prit la chose plus au sérieux ; et il vit bien qu'il n'y avait ni caprice, ni idées fantasques chez une personne de la trempe de M[lle] P... ; il considéra cette affection comme une forme de chlorose, et conseilla les analeptiques, le lactate de fer et l'exercice. J'eus beau faire observer au savant professeur de la Charité que la pâleur et l'état chlorotique actuels de la malade n'étaient que la conséquence des innombrables saignées qui avaient été pratiquées, et qu'au début des crises la jeune personne était très colorée, forte, alerte, et dans toutes les conditions les plus opposées à la chlorose, rien ne put le faire revenir de son opinion : le fer seul pouvait amener la guérison, le fer seul réussirait sûrement et en peu de temps.

Comme le fer était du reste parfaitement indiqué pour combattre l'anémie et quoique nous l'eussions employé presque continuellement depuis plus de quatre ans, nous fîmes prendre à la malade du pain contenant du lactate de fer d'après les instructions de M. Bouillaud.

Somme toute, les consultations ne conduisirent encore à rien ; aucun confrère ne put nous indiquer un moyen à substituer à la saignée ; et, tout en laissant les crises subsister pendant quelques jours pour distancer autant que possible les évacuations sanguines, les douleurs devenaient si promptement violentes qu'on pouvait craindre que les crises prissent un caractère épileptiforme et qu'il fallût absolument recourir à la phlébotomie.

Parmi les médecins de Clermont qui avaient été appelés auprès de la malade, M. Auclerc depuis plus de dix-huit mois s'était occupé d'elle de temps à autre sans plus de bonheur ; lorsqu'un jour il lui vint à l'idée de conseiller au malade le valérianate de quinine ; et M. Nivet, qui comme moi n'avait cessé de penser que les antipériodiques associés aux antispasmodiques pouvaient seuls arriver à la guérison, profita de l'assentiment de la famille pour les employer sous la forme proposée par son confrère. Ces messieurs se réunirent donc le 16 novembre 1848, s'entendirent sur le traitement et le dirigèrent de la manière suivante :

Le 17, après avoir détruit la crise par la saignée, donner en lavement 50 centigrammes de valérianate de quinine. Ce lavement devait toujours être précédé d'un clystère à l'eau simple pour laver le gros intestin.

Le 18, deux lavements pareils.

Le 19, un lavement à 75 centigr. de valérianate de quinine ; et le 20 deux lavements pareils à celui du 19.

Le 21, trois lavements à 1 gram., et le 22 deux lavements pareils à celui du 21.

Le 22, deux lavements à 1 gramme.

Du 23 au 30, deux lavements par jour à 1 gramme 25 centigrammes.

Le 1[er] décembre, deux lavements à 1 gram. 50 centigr.

Du 2 au 10, deux lavements par jour à 2 gram. de valérianate de quinine chacun.

Du 11 au 21, deux lavements par jour à 2 grammes 25 centigrammes.

Le 22, deux lavements à 2 gram. 25 centigr. et cinq pilules contenant 1 gramme du même médicament.

Le 23, un lavement avec 1 gram. de sulfate de quinine et cinq pilules contenant 1 gram. de valérianate de quinine.

Les 24 et 25, même médicamentation que le 23.

Le 26, un lavement avec 1 gramme 75 centigr. de valérianate de quinine.

Le 27 et le 28, six pilules contenant 1 gram. du même médicament et 1 lavement pareil au précédent.

Le 29, le 30 et le 31, même médicamentation avec addition de musc dans le lavement.

Le 1[er] janvier, un lavement avec 1 gramme de valérianate de quinine.

Je viens d'indiquer sans interruption les doses médicamenteuses qui furent rapidement employées, afin qu'on puisse les embrasser d'un seul coup d'œil. Ces doses se sont portées dans l'espace de quarante-six jours à 126 gram. 25 centigr. de valérianate de quinine, dont 117 gram. 25 centigr. par le gros intestin et 9 gram. par la bouche. Et, de plus, 3 grammes de sulfate de quinine en lavement.

Il me reste à donner quelques détails qui m'ont été communiqués sur ce qui s'est passé pendant l'administration du médicament.

Du 17 au 21 novembre, aucun effet sensible. La crise revint, et il fallut encore pratiquer la saignée.

Le 29, la crise revint encore, mais elle était moins forte et retardée de trois jours, ce qui était de fort bon augure. On tira 60 gram. de sang.

Vers le commencement de décembre, il se manifesta des douleurs assez violentes dans la région du cœur, qu'on combattit par des ventouses scarifiées.

Le 10 décembre, crise très légère, retard encore plus prononcé. Saignée de 60 gram.

Le 15, les douleurs du cœur se réveillèrent ; il survint même quelques soubresauts dans les membres et dans la colonne vertébrale ; mais le traitement ne fut pas suspendu.

Le 18, crise encore plus légère ; même saignée.

Le 25, les soubresauts devinrent plus violents et se montrèrent juste à l'heure de la crise : ils duraient d'un quart d'heure à vingt minutes. A ces secousses succédait une violente agitation, presque une danse de Saint-Guy, qui forçait la malade à se promener continuellement dans la chambre ; en marchant, ses jambes flageolaient, sa taille se ployait subitement comme par une secousse électrique.

Cet état nerveux paraissait inquiétant et, mieux, semblait valoir les crises ; mais, comme il tenait évidemment à l'influence du médicament, qui avait été employé à haute dose, on devait espérer que tout disparaîtrait peu à peu dès qu'on en aurait suspendu l'emploi, et c'est effectivement ce qui arriva.

Cependant, quoique la crise n'eût pas reparu, elle semblait menacer encore par la régularité avec laquelle paraissaient les secousses nerveuses, et on pratiqua par précaution une saignée encore de 60 gram., tout en continuant toujours l'usage du valérianate de quinine et le combinant même avec le sulfate.

On combattit en même temps l'état nerveux par les antispasmodiques, les bains d'eau de tilleul et un vésicatoire sur la région précordiale, qu'on saupoudrait avec de l'acétate de morphine.

Les crises, enfin, avaient disparu pour toujours, et le 1[er] janvier 1849, jour de la cessation de ce traitement énergique, il ne restait qu'une agitation nerveuse, qui disparut peu à peu.

Il n'y eut à s'occuper ensuite que du rétablissement de la constitution ; et c'est ce qu'on fit en conseillant l'exercice en plein air, le régime analeptique et les ferrugineux.

Aujourd'hui, trois ans après la guérison, M[lle] P.... est forte, fraîche et rien n'annonce qu'elle a tant et si longuement souffert.

Cette observation, qu'on trouvera peut-être trop longuement détaillée, méritait cependant la plus minutieuse attention ; car tout, dans cette curieuse maladie, offre le plus vif intérêt. Je n'ai vu nulle part ; et aucun des nombreux médecins qui ont été consultés n'a jamais eu connaissance d'une névrose aussi bizarre, aussi tenace et aussi essentiellement intermittente.

Il est impossible de classer cette affection ailleurs que dans les névroses ; et cependant elle offrait des caractères inexplicables. D'où venait ce sang qui sortait quelquefois par les points lacrymaux ? Pourquoi, dès qu'il était émis, la douleur cessait-elle comme par enchantement ?

Ce n'était pas une névrose de la circulation, puisqu'il n'y avait ni palpitations, ni syncopes. Ce n'était pas une névrose cérébrale ; car rien de ce qui existait ne pouvait être rapproché des maladies comateuses, des vésanies, etc. Enfin, ce n'était pas une névrose de la génération, car les fonctions utérines se faisaient régulièrement, sans la moindre douleur ni rien qui fît soupçonner l'existence de l'hystérie.

M. Roche, rattachant les névroses à l'irritation, prétend qu'il y a accumulation du fluide nerveux dans un tissu, accumulation déterminée par un agent irritant. Mais quel était ici cet agent irritant qui ne produisait son effet qu'à une époque donnée, à telle heure fixe ? Comment expliquer cette vertu bornée de la saignée, qui supprimait les crises pour quinze jours seulement, après lesquels tout le cortége des phénomènes reparaissait sous les mêmes formes ?

Ne semblerait-il pas qu'il y avait, dans ce cas, une affection complexe tenant à la circulation et au système nerveux ? Serait-ce trop s'aventurer que de dire que le sang, chez cette jeune personne, était peut-être trop plastique ou trop excitant ; que la saignée, en en diminuant la quantité, le rendait plus fluide ou moins stimulant ; mais qu'au bout d'une quinzaine de jours, ce sang, ayant eu le temps de se reproduire avec ses qualités vicieuses, provoquait encore les mêmes accidents ?

Assurément ce qui se passait pourrait autoriser un pareil raisonnement ; mais il faudrait toujours admettre l'affection nerveuse, le point d'appel de ce sang vers la tête, et ce point se trouvait peut-être du côté du ganglion ophthalmique.

Peut-être pourrait-on admettre la coïncidence des deux causes, car les crises n'ont cédé qu'à l'emploi simultané des saignées et des antipériodiques. Ainsi qu'on peut le voir dans l'observation, le valérianate de quinine modifiait un peu les attaques, les retardait ; mais ne les empêchait pas totalement de revenir ; il fallut, pendant quatre fois, que la saignée vînt à son secours pour lui donner le temps d'agir et de les enlever totalement. Si le sang eût été seul malade, la saignée et les traitements qui devaient le modifier auraient suffi pour obtenir la guérison ; et si, au contraire, l'affection eût été tout simplement une névrose intermittente, les antipériodi-

ques n'auraient pas eu besoin du secours aussi fréquent de la saignée pour rester vainqueurs.

Rien, dans cette singulière maladie, n'annonçait une affection organique. Une distance immense séparait ce genre de crises des attaques d'épilepsie, puisqu'il n'y a même jamais eu perte de connaissance; et cependant les douleurs devenaient si violentes, quand on n'en délivrait pas la malade par la saignée, qu'on avait toujours lieu de craindre qu'elles devinssent épileptiformes. Ce qu'il y avait d'inquiétant surtout, c'est que les crises avaient pour point de départ une émotion subite, une espèce de frayeur, et que c'est ainsi qu'est provoquée fréquemment l'épilepsie. On se trouvait donc entre deux écueils dangereux : ou d'épuiser la jeune personne par des évacuations sanguines aussi fréquentes, ou de voir dégénérer les attaques en les laissant trop longtemps subsister.

MM. Tissier, Cruveilhier, Bégin, Foville, Delcroix et autres commençaient par s'élever contre la saignée; mais quand, après avoir épuisé tous leurs moyens, ils se trouvaient en face de la malade se tordant dans d'aussi vives souffrances, leur avis était qu'il fallait absolument y revenir. Je comprenais aussi bien qu'eux qu'en tirant aussi fréquemment du sang je détériorais la constitution de cette jeune fille, et c'était pour cela que je demandais à mes confrères un moyen plus innocent que celui que j'avais découvert à force de chercher.

Enfin ces messieurs, frappés comme moi de cette intermittence si régulière, disaient aussi que le sulfate de quinine devait en avoir raison. J'avais administré ce médicament à différentes reprises et à hautes doses, et j'y revenais toutes les fois que d'autres confrères étaient appelés. Nous l'avons donné tantôt seul, tantôt associé avec l'opium ou avec l'extrait de valériane, et nous n'en suspendions l'usage que lorsque les accidents du côté du cœur, de l'estomac ou du système nerveux, nous y forçaient très impérieusement.

Comment donc se fait-il que l'antipériodique ait échoué entre nos mains, et qu'il ait réussi en dernier lieu? Est-ce parce qu'il était combiné avec la valériane de manière à former un sel particulier? Est-ce parce que son emploi a été plus hardiment continué? Est-ce enfin parce que la maladie, modifiée sous l'influence du temps et des nombreux traitements qui l'avaient combattue, était devenue moins réfractaire à l'action du médicament? Ce sont des questions qu'il est bon d'approfondir, car elles renferment une leçon pratique des plus importantes.

1° Le mode d'action du valérianate de quinine, d'après les symptômes qu'il a produits sur notre malade, est identiquement le même que le sulfate de quinine combiné avec l'extrait de valériane; car nous avions eu, en 1844 et 1845, des douleurs précordiales, des contractions spasmodiques, et même quelques mouvements convulsifs. Le principe médicamenteux de valériane, soit combiné avec la quinine, soit en extrait, n'agit que comme antispasmodique, et prédispose les organes à supporter l'agent principal.

2° Quant à l'espèce de témérité avec laquelle on a poussé les doses de valérianate de quinine, sans tenir grand compte des accidents nerveux qu'il provoquait, on ne peut que l'approuver, puisque le succès l'a justifiée. Mais je pose en fait que ces accidents étaient bien moins sérieux que ceux qui nous avaient forcés précédemment à suspendre la médication, car cette témérité eût été bien certainement suivie d'un résultat très fâcheux si nous eussions persisté. Tous les praticiens savent, à n'en pas douter, que certaines affections périodiques, fièvres intermittentes ou autres, qui avaient résisté pendant longtemps au sulfate de quinine, finissent par céder à l'action de ce médicament quand, après l'avoir suspendu plusieurs fois, on y revient encore. Soit que la constitution de la personne éprouve un changement notable, et que conséquemment les organes deviennent plus tolérants, soit que la maladie elle-même change un peu de nature et offre moins de ténacité; toujours est-il que le médecin obtient quelquefois la guérison au moment où il s'y attendait le moins.

C'est ainsi, je crois, que les choses se sont passées chez Mlle P..... L'emploi du valérianate de quinine est arrivé dans un moment où le sang était profondément modifié par les nombreuses saignées, et que l'économie, moins impressionnable, était disposée à se laisser influencer par l'antipériodique.

Quoi qu'il en soit, je me plais à rendre justice aux praticiens qui ont eu le bonheur de réussir, à M. Auclerc surtout, qui a indiqué le médicament curatif. Leur habileté dans la direction du traitement qui a mis fin aux souffrances de cette intéressante malade mérite les plus grands éloges.

MM. Auclerc et Nivet auraient dû, dans l'intérêt de la science, livrer un pareil fait à la publicité. J'ai attendu jusqu'à ce jour pour prendre moi-même l'initiative; car, quoique j'aie figuré longtemps dans la direction du traitement, il me paraissait bien plus naturel que ceux qui étaient restés vainqueurs s'emparassent du droit de porter à la connaissance du monde médical la réussite d'un médicament dans une circonstance aussi grave. Mon rôle n'est donc ici que celui de simple narrateur, sans profit aucun, et j'ai la conscience d'avoir donné à chacun ce qui lui appartient.

(*Gaz. méd. de Montpellier.*)

DÉCHIRURE DU CORPS CAVERNEUX,

ou fracture du pénis.

Par M. Valentine Mott.

A. B..., jeune homme récemment marié, était séparé depuis quelques jours de sa femme, qui avait dû aller visiter à peu de distance un parent malade. L'époux, se levant un matin, se trouva le pénis dans une vigoureuse érection. Dans son empressement à s'habiller, notre homme, peu patient de sa nature, sans donner à cette tension physiologique le temps de s'abattre d'elle-même, frappa très fortement le membre contre une colonne du lit. A ce moment, il entendit un bruit comme si quelque chose se rompait, et le membre devint immédiatement plus souple. En y regardant, la colonne du lit ayant été reconnue intacte, il conclut que l'accident était arrivé à son organe; il répandit l'alarme dans sa famille, et bientôt le bruit courut qu'il s'était fracturé le pénis.

Une extravasation générale de sang suivit immédiatement la blessure, donnant au membre deux ou trois fois son volume naturel, une couleur livide, et en somme un aspect effrayant. L'anxiété du malade et de ses amis était portée à son comble.

La tuméfaction de l'organe continua à augmenter pendant plus de vingt-quatre heures jusqu'à ce que le prépuce fût rabattu autour du gland comme dans les infiltrations séreuses, urineuses ou érysipélateuses de cette partie. On ordonna le repos absolu au lit et un traitement antiphlogistique général. Le pénis fut maintenu contre le pubis, et couvert incessamment d'applications répercussives froides. Sous l'influence de ce traitement, le sang extravasé commença au bout de jours à se résorber. Après un temps très court, la résolution fut complète, et le membre recouvra sa configuration et sa fonctionnalité normales.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi par le ministre de la guerre de nouveaux échantillons d'opium algérien.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Rétrécissement de l'urètre.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse un mémoire sur une nouvelle classification des rétrécissements de l'urètre et sur leur diagnostic. (Commission d'Argenteuil.)

Opération césarienne.

M. de Lignerolles, de Planquery (Calvados), adresse une observation d'opération césarienne. Nous publierons ce fait *in extenso*. (Commissaires : MM. Danyau, P. Dubois, Cazeaux.)

Fièvres intermittentes.

M. Giusti, médecin à Tripoli de Syrie, adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes. L'auteur a essayé les diverses méthodes de traitement préconisées dans ces derniers temps; et de la comparaison à laquelle il s'est livré, il résulterait que la mixtion suivante, qu'il appelle fébrifuge, est une des meilleures préparations contre les fièvres intermittentes :

Crème de tartre	}	1 livre.
Nitre purifié		
Eau commune.		3 livres.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers et filtrez.

L'auteur ne dit pas à quelle dose il administre cette mixture. (Commission des succédanés du quinquina.)

Eaux minérales.

M. Mazad, pharmacien à Valence, annonce qu'il a découvert la présence du cobalt et du nickel dans les eaux de Neyrac.

Avortement provoqué.

DISCUSSION.

M. P. Dubois. Messieurs, indépendamment de la question de l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, notre collègue M. Cazeaux, rapporteur de votre commission, a cru devoir comprendre dans son travail la question de l'avortement provoqué dans les cas de maladies graves compliquant la grossesse, et en particulier dans le cas de vomissements opiniâtres. Je viens répondre à cette partie du rapport, d'abord parce que mon nom et mon opinion y ont été cités de manière à ne pas me permettre de garder le silence, et ensuite parce que mon expérience personnelle ne sera peut-être pas tout à fait inutile à l'éclaircissement de cette grave et difficile question.

Après avoir plutôt exposé les arguments contraires à la provocation de l'avortement que discuté la question elle-même, notre collègue conclut à l'exclusion formelle de toute application de ce procédé dans les cas de vomissements.

Je reprendrai et j'apprécierai plus tard les motifs sur lesquels il se fonde et la conclusion qui les suit.

Mais je demanderai d'abord à l'Académie la permission de considérer la question d'un point de vue un peu plus étendu que ne l'a fait notre collègue.

Les états pathologiques graves que l'on observe chez les femmes enceintes et qui rentrent dans le sujet qui nous occupe peuvent être partagés en deux catégories :

Dans la première se rangent les maladies qui sont intimement liées aux conditions mêmes que crée la grossesse;

Dans la seconde se placent les maladies qui sont indépendantes de ces conditions : ce sont des états morbides intercurrents auxquels la présence de la grossesse donne une importance et une gravité qu'en l'absence de cette coïncidence fâcheuse ils n'auraient probablement pas eues. Les vomissements opiniâtres dont je dois surtout m'occuper appartiennent à la première de ces deux catégories, car ils ne sont que l'exagération heureusement assez rare de l'une des modifications fonctionnelles que la grossesse produit.

Ordinairement les maladies que je viens de rappeler n'influent pas à un assez haut degré et d'une manière assez fâcheuse sur la santé générale des femmes enceintes pour réclamer une médication tout à fait exceptionnelle.

Cependant, elles acquièrent parfois une gravité telle que la vie des femmes enceintes en est réellement et sérieusement compromise, et il peut arriver qu'après avoir vainement épuisé des traitements nombreux et variés on soit naturellement réduit à penser que le plus sûr et peut-être le seul moyen de soustraire les femmes aux conséquences menaçantes de ces maladies est de supprimer la condition sous l'influence de laquelle elles se sont développées.

C'est ainsi que la provocation de l'avortement s'est présentée à l'esprit de quelques accoucheurs et qu'elle a été proposée en particulier dans les cas de vomissements rebelles à toute médication.

Admettons pour un instant la légitimité de cette proposition en raison de la gravité des cas auxquels elle est appliquée, et supposons qu'en l'absence de tout enseignement expérimental nous soyons appelés à établir les indications et les chances de succès de l'avortement provoqué dans les circonstances extrêmes qui viennent d'être exposées.

Il est certain que nous placerions avant tout, comme première et indispensable condition, l'évidence d'une situation très grave et très menaçante; nous voudrions, de plus, que la manifestation et la persistance du mal qu'il importe d'arrêter fussent intimement et exclusivement liées aux conditions, soit matérielles, soit physiologiques, que la grossesse a créées; nous voudrions, en outre, avoir la certitude que ces conditions qui tiennent les états pathologiques sous leur dépendance disparaîtront sûrement et complètement quand la grossesse aura été supprimée; nous voudrions, enfin, que le procédé opératoire à l'aide duquel la grossesse sera interrompue fût simple et facile et qu'il n'ajoutât pas de nouveaux dangers à ceux qui existent déjà.

Si nous étions assez heureux pour que toutes ces conditions fussent réunies, il est bien probable que nous nous croirions en droit d'intervenir, quelque sérieuse que cette intervention dût être, et d'en regarder le succès comme à peu près certain.

La proposition de provoquer l'avortement dans les cas de vomissements incoercibles peut-elle s'étayer de la réunion de ces conditions favorables? Notre collègue M. Cazeaux ne l'a pas pensé, et je n'en veux d'autre preuve que les motifs sur lesquels il fonde l'exclusion prononcée par lui contre toute tentative d'avortement dans le cas précité. Ces motifs sont, en effet, les suivants :

Les vomissements guérissent en général spontanément, dans quelque état de faiblesse et d'épuisement qu'ils aient jeté les malades.

La provocation de l'avortement ne suspend pas toujours les vomissements, pour la guérison desquels on y a eu recours.

Cette opération a été suivie de la mort de presque toutes les femmes qui l'ont subie, et souvent même elle a hâté leur fin.

Telles sont les propositions exprimées par notre collègue. Examinons maintenant si l'observation les confirme, et si elle justifie l'exclusion absolue de l'avortement provoqué.

Les vomissements opiniâtres des femmes enceintes constituent-ils une situation évidemment très grave et très menaçante? Ou est-il vrai, au contraire, comme le pense M. Cazeaux, que leur cessation en soit la terminaison presque constante?

Avant de répondre à cette question, je ferai remarquer, pour éviter toute ambiguïté que repousserait d'ailleurs la sincérité de notre collègue, qu'il ne doit s'agir ici que des vomissements rebelles à toutes les médications.

Déjà notre collègue M. Danyau a cité dans la dernière séance des faits empruntés à divers auteurs, et qui ne démontrent que trop l'extrême gravité des vomissements opiniâtres pendant la grossesse. L'Académie me permettra d'y en ajouter quelques autres. Elle écoutera, j'en suis certain, tout ce qui pourra concourir à l'éclaircissement d'une aussi grave question.

1. Pendant le cours de l'année 1839, une jeune femme, déjà mère de deux enfants, quitta le département de la Vienne, qu'elle habitait ordinairement, pour venir à Paris passer quelques mois dans sa famille. Elle était au commencement d'une grossesse qui ne lui avait été révélée encore par aucun symptôme. La suppression de ses règles vint bientôt l'en avertir. Pendant ses deux premières grossesses elle n'avait éprouvé que des nausées et des vomissements peu intenses et de courte durée; mais cette fois ils prirent rapidement une violence et une opiniâtreté inaccoutumées. D'abord une grande partie, puis plus tard la totalité des aliments solides fut rejetée presque aussitôt après leur ingestion dans l'estomac. Il en fut bientôt de même des aliments liquides, et enfin les choses en arrivèrent à ce point, qu'une cuillerée à café d'eau pure ne pouvait être conservée. L'ingestion d'une substance alimentaire quelconque n'était d'ailleurs pas nécessaire pour provoquer des efforts de vomissements; car ils étaient presque continuels.

Cette malade, qui présentait avant le début de cette troisième grossesse tous les attributs de la plus belle santé, fut graduellement réduite par l'abstinence, la douleur et la privation presque complète de sommeil, à un état de maigreur et de faiblesse excessives. Pendant les trois premières semaines qui succédèrent à la manifestation des vomissements, il n'y eut aucun indice de fièvre, quoique le malaise fût persévérant et prononcé; mais après ce temps la peau devint chaude et aride, le pouls petit et fréquent, la langue rouge et sèche, et les traits subirent en même temps une altération profonde. Cette malade recevait, avec mes soins, ceux de notre excellent et regrettable collègue M. Fouquier, qui était le médecin de sa famille. Les médications locales et générales les plus variées et les plus énergiques furent successivement employées. A plusieurs reprises nous obtînmes un soulagement passager, auquel succédait bientôt une reprise plus intense des vomissements; enfin huit semaines après le début de cette cruelle affection les accidents gastriques cessèrent, la malade tomba dans une somnolence comateuse presque continue, et seulement quelquefois interrompue par des hallucinations.

Cet état se prolongea pendant quatre jours, et la malade expira.

La grossesse datait selon toute apparence du milieu d'avril; les vomissements avaient commencé vers le 20 mai; elle succomba le 22 juillet, par conséquent à la fin du troisième mois de sa grossesse.

J'ai exposé, messieurs, le fait qui précède avec quelques développements, afin d'en être dispensé pour les observations qui vont suivre, et qui dans leurs détails comme dans leurs tristes résultats ont une grande analogie avec la précédente.

2. Vers la fin de la même année, un de nos confrères du département du Loiret, M. Léotard, réclama mes conseils pour une jeune femme alors enceinte de deux mois et demi, et qui, depuis le début de cette grossesse, souffrait de vomissements dont l'intensité et la fréquence s'étaient graduellement accrues. Au moment où notre confrère m'écrivait, l'amaigrissement de sa malade avait fait des progrès effrayants; le pouls était constamment fébrile, la peau sèche et brûlante, les lèvres écailleuses; la langue rouge, mais encore humide; les vomissements presque continus et accompagnés de violents efforts. Cette malade, me disait notre confrère, est atteinte d'une névrose extrêmement opiniâtre et douloureuse, et si cet état se prolonge, je ne doute pas qu'il n'ait les résultats les plus graves. Ces circonstances, et les renseignements qu'il ajoutait relativement à l'état de l'utérus, m'engagèrent à lui suggérer l'idée d'un avortement artificiel; la faiblesse de sa cliente empêcha que cette proposition fût acceptée. Quelques jours après, une amélioration sensible se manifesta sous l'influence présumée d'un lavement préparé avec l'assa fœtida et la teinture de musc. Cet état rassurant dura trois jours, après lesquels, la malade ayant pris un très petit morceau de gâteau, les vomissements reparurent avec une violence inouïe, et trente-six heures après la pauvre femme expirait.

3. Peu de temps après, un de nos confrères, connu sans doute de la plupart d'entre nous, M. Scellier, me pria de voir avec lui une

de ses clientes dont la santé lui donnait de vives inquiétudes. C'était une pauvre femme, déjà mère de plusieurs enfants et dont les grossesses avaient été fort heureuses; mais, enceinte de nouveau, elle avait éprouvé, dès le commencement du second mois, des vomissements qui depuis cinq semaines environ étaient devenus très violents et très répétés. Lorsque je la vis, elle ne supportait aucun aliment solide ou liquide, quelles qu'en fussent la nature et la quantité; aussi était-elle réduite à une émaciation et à une faiblesse extrêmes. Occupée d'un commerce de vins en détail, elle avait dû, malgré les exigences de cette profession, garder le lit depuis quinze jours. Des moyens nombreux locaux et généraux avaient été déjà mis en usage sans succès; mon confrère et moi nous convînmes d'en employer d'autres et de plus énergiques. Nous devions revoir bientôt cette pauvre femme; mais, la veille du jour convenu, je fus prévenu qu'elle avait succombé: elle était parvenue alors au quatrième mois et demi de sa grossesse.

4. Deux années plus tard, mon collègue M. Chomel m'engagea à examiner dans son service de l'Hôtel-Dieu une malade qui y avait été admise depuis quinze jours environ, et qui paraissait très souffrante.

Cette femme était enceinte pour la quatrième fois, et parvenue à la fin du deuxième mois environ de cette nouvelle grossesse. Elle était tourmentée de vomissements qui s'étaient manifestés dès les premiers jours de la gestation, et qui, très fréquents et très intenses, avaient pour résultat le rejet de presque tous les aliments, solides ou liquides. La peau était sèche et le pouls fébrile. Ayant appliqué la main sur l'hypogastre, je fus frappé de la vive sensibilité de l'utérus. Le toucher vaginal me permit de reconnaître que la région inférieure de cet organe était également douloureuse; il y avait, en conséquence, quelque raison de penser qu'une phlegmasie utérine compliquait la grossesse, et que cette condition pathologique pouvait n'être pas étrangère aux vomissements dont souffrait cette malheureuse. Cependant, en raison de quelques circonstances exceptionnelles, et surtout d'un écoulement sanguin vaginal, on présuma que cette femme n'était pas enceinte, et pendant quelque temps on crut à l'existence d'une métrite simple. Un traitement antiphlogistique fut institué sur ce diagnostic. Les vomissements n'en persistèrent pas moins avec beaucoup d'intensité, et malgré le nombre et la variété des moyens qui furent employés pour les calmer, le mal fit des progrès rapides, et la malade succomba un mois et demi après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie eut lieu; elle ne révéla aucune lésion significative dans la plupart des organes qui furent examinés.

Cependant, l'utérus, qui fut soumis à mon examen contenant encore le produit de la conception, renfermait deux fœtus qui n'avaient dû cesser de vivre qu'au moment même où la mère avait succombé.

Sur la face externe de la membrane caduque, il était facile de reconnaître des plaques de pus concret assez étendues et disséminées à la périphérie de l'œuf.

Quelques années auparavant, Dance m'avait fait voir une altération dont le siége et la nature étaient exactement les mêmes, et qu'il avait constatée sur le cadavre d'une femme enceinte et morte à l'Hôtel-Dieu à la suite de vomissements opiniâtres. Ce cas et un autre à peu près semblable ont été publiés par lui dans le deuxième volume du *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques*. Notre collègue M. Danyau vous les a rappelés dans l'avant-dernière séance.

5. Une jeune dame que j'avais assistée dans un premier accouchement devint enceinte de nouveau peu de temps après. Elle était du petit nombre de femmes chez lesquelles les réactions sympathiques de la grossesse se manifestent presque aussitôt après la conception, et qui sont averties de leur état par le trouble des fonctions digestives avant de l'être par la suppression de leurs règles.

Il en avait été ainsi dans la première grossesse, et il en fut de même dans la seconde. Mais cette fois, les vomissements furent très violents et très opiniâtres. Elle était alors loin de Paris, et ses parents, trop justement alarmés, réclamèrent les conseils de M. Chomel, médecin de la famille. Dès son arrivée, notre collègue reconnut facilement la nature, la cause et la gravité des accidents; il proposa les moyens qui lui parurent les plus propres à les atténuer; mais ces moyens et beaucoup d'autres encore furent insuffisants; les vomissements persistèrent sans aucune rémission, et la pauvre malade succomba au milieu de souffrances atroces.

6. M. Chomel et moi nous fûmes invités à voir, dans le quartier Saint-Antoine, une jeune femme malade et proche parente d'un de nos confrères de Paris. On nous apprit qu'elle était parvenue à la fin du cinquième mois d'une seconde grossesse, et que depuis deux mois elle était tourmentée de vomissements presque incessants. Elle ne conservait aucun aliment, solide ou liquide; sa langue était sèche, sa peau chaude, son pouls fréquent, ses traits fort altérés. Des médicaments nombreux avaient été employés sans succès. Cependant, comme on n'avait eu recours encore ni aux bains tièdes et prolongés, ni à l'usage de l'opium, nous pensâmes qu'il serait utile d'en faire l'essai. Il fut convenu que nous reverrions bientôt la malade; mais notre projet ne put se réaliser, la pauvre femme ayant succombé quelques jours après notre visite.

7. Dans l'année qui précéda la mort de notre excellent et bien regrettable collègue M. Guersant, il m'engagea à voir avec lui et un de nos confrères, dans la maison qu'il habitait, une dame assez jeune encore, et cependant déjà mère d'une nombreuse famille. Elle était encore une fois enceinte. Ses précédentes grossesses n'avaient été troublées par aucune incommodité sérieuse; mais cette fois elle avait éprouvé des vomissements intenses, répétés et opiniâtres. Sa maigreur et sa faiblesse étaient extrêmes. Lorsque je vis cette malade pour la première fois les vomissements s'étaient suspendus; elle se plaignait seulement d'une céphalalgie violente et continue, et elle était habituellement dans un état de somnolence comateuse interrompu par quelques hallucinations. Cet état me parut très sérieux. La question d'un avortement artificiel possible fut un instant agitée, mais la gravité du cas et l'improbabilité du succès la firent abandonner. Une médication énergiquement révulsive fut prescrite et employée, mais sans aucun résultat favorable; la malade succomba quelques jours après. Le commencement de cette grossesse datait probablement du milieu du mois de novembre; les vomissements se manifestèrent vers le 20 janvier, et elle expira le 22 mars; par conséquent, enceinte de quatre mois à peu près.

8. Une jeune dame italienne, enceinte pour la première fois, vint à Paris il y a quelques années; elle était alors dans le cours du troisième mois de sa grossesse, et depuis six semaines elle avait commencé à éprouver d'abord des nausées, puis des vomissements qui étaient devenus de plus en plus violents et répétés. Elle s'était confiée aux soins d'un de nos confrères, M. Robecchi, son compatriote, qui depuis cette époque a succombé à une maladie de courte durée.

La situation de cette malade lui ayant paru très grave, il s'était adjoint notre collègue M. Louis, et je fus appelé moi-même quelques jours après. Lorsque je vis pour la première fois cette jeune femme, elle était alitée depuis plusieurs jours; son pouls était fébrile, sa peau chaude et sèche, sa figure profondément altérée. Les vomissements, que provoquait même l'ingestion de quelques gouttes d'eau, étaient d'ailleurs presque continuels.

L'insuccès des médications nombreuses et très variées auxquelles on avait eu recours détermina naturellement à réclamer les conseils de plusieurs de nos confrères. MM. Rostan, Bouillaud, Danyau et notre ancien et regrettable collègue Baudelocque furent appelés; malheureusement les moyens qu'ils conseillèrent n'eurent pas plus de succès que ceux qui avaient été déjà employés, et cette jeune malade expira un peu avant la fin du troisième mois de la grossesse.

9. Un de nos honorables confrères, qui habite le département d'Indre-et-Loire, M. Decombe, me pria de l'éclairer sur la conduite qu'il avait à suivre dans un cas très grave. Il s'agissait de vomissements opiniâtres dont souffrait une de ses clientes. Cette malade, enceinte pour la seconde fois, éprouva dans les premiers mois de cette grossesse des accidents inflammatoires auxquels succédèrent, vers le commencement du sixième mois, des vomissements dont la violence s'accrut par degrés et dont les retours devinrent de plus en plus fréquents; de telle sorte qu'au moment où m'écrivait notre confrère, et selon ses expressions, les forces étaient tout à fait épuisées, la maigreur extrême et l'anxiété inexprimable. Cet état de choses se prolongea jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse; alors des douleurs utérines se déclarèrent, et après un travail souvent interrompu et pendant lequel les vomissements redoublèrent de violence, la pauvre patiente donna le jour à un enfant qui ne vécut que quelques heures, et elle-même, accablée par la souffrance et par la faiblesse, expira presque aussitôt après.

10. Un de nos confrères de Paris, M. Focilhon, me pria l'année dernière de voir avec lui une malade âgée de trente-cinq ans, déjà mère de quatre enfants et dont la dernière grossesse avait été signalée par un désordre notable mais heureusement passager de l'intelligence. Enceinte pour la cinquième fois, elle éprouva dès le commencement de cette nouvelle grossesse des vomissements, qui prirent vers la fin du deuxième mois une très grande intensité. A dater de ce moment, l'amaigrissement et la faiblesse de la malade firent des progrès rapides; cependant un mois plus tard les phénomènes d'une bronchite, qui, légère d'abord, devint ensuite un peu plus sérieuse, parurent produire une diversion favorable, car les vomissements se calmèrent. Notre collègue M. Chomel fut appelé alors et ne constata, comme nous l'avions fait déjà, aucune lésion importante des organes de la respiration. Cependant, la malade continua de s'affaiblir; les vomissements, momentanément suspendus, reparurent avec une nouvelle intensité, et elle expira vers la fin du troisième mois de sa grossesse.

Cette observation présente dans sa dernière partie une analogie remarquable avec celle de vomissements incoercibles et mortels publiés par M. Vigla dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1846). Notre confrère s'exprimait ainsi: La malade avait commencé à tousser le 6 avril, elle continua les jours suivants sans que ce symptôme eût rien de pénible pour elle; un moment je crus que les accidents gastriques allaient diminuer sous l'influence de l'affection thoracique; il n'en fut rien, et, sous l'influence funeste de ces deux causes réunies, l'épuisement augmenta dans une progression effrayante, et la malade succomba dix jours après.

Les faits qui précèdent ne pourront laisser dans vos esprits, messieurs, le moindre doute quant à l'extrême gravité des vomissements opiniâtres pendant la grossesse, et ils infirment assurément la proposition de notre collègue. Nous sommes donc en droit de penser que la première et indispensable condition que nous avons exigée avant toute application de l'avortement provoqué, à savoir, l'évidence d'une situation très grave et très menaçante, cette condition ne fait malheureusement pas défaut. Si vous ajoutez à ces faits ceux que je serai conduit à vous indiquer bientôt, ceux que notre collègue M. Danyau vous a fait connaître et qu'il a empruntés pour la plupart à divers auteurs, et d'autres enfin, et beaucoup plus nombreux encore, qu'il serait facile de rassembler en compulsant les ouvrages ou les recueils scientifiques; si vous considérez surtout que dans l'espace de treize ans il m'a été possible de réunir environ 20 cas de vomissements mortels observés par moi-même ou à l'occasion desquels mes conseils ont été réclamés, vous reconnaîtrez que non-seulement ces accidents n'ont pas en général l'innocuité présumée par le rapporteur de votre commission, mais qu'ils sont beaucoup moins rares qu'il ne le pense et probablement qu'on ne le croit communément.

Mais ces vomissements graves sont-ils assez intimement et assez exclusivement liés aux conditions créées par la grossesse pour que, ces conditions disparaissant, on soit en droit de penser que les désordres qu'elles tiennent sous leur dépendance disparaîtront en même temps?

Cette question, qui peut paraître très simple au premier abord, mérite cependant un sérieux examen. Personne ne doute, il est vrai, que la perturbation des fonctions digestives qui survient chez la plupart des femmes enceintes, et qui n'a généralement qu'une intensité modérée et une durée de quelques mois, ne soit le résultat direct et exclusif des réactions sympathiques que l'utérus exerce pendant la grossesse. Mais on pourrait croire, et on a supposé en effet qu'il n'en était pas tout à fait ainsi des vomissements opiniâtres et rebelles à toute médication; on a invoqué, en effet, pour les expliquer, l'influence de quelques lésions anatomiques. S'il en était ainsi, il serait naturel d'en conclure que la suppression de la grossesse ne modifierait en rien les vomissements. Telle est sans doute l'opinion de Carus et de Siebold, qui considèrent les vomissements excessifs comme la conséquence d'une inflammation de l'estomac. Quelques auteurs les ont attribués à une phlegmasie de l'utérus ou de l'œuf; et, enfin, je sais qu'un de nos confrères étrangers a constaté une suffusion séreuse entre les méninges chez une malade qui avait succombé à des vomissements incoercibles.

Dans les cas que j'ai cités, et où l'examen cadavérique a eu lieu, aucune lésion propre à la mère n'a pu être observée, aucune n'est signalée non plus dans les relations assez nombreuses d'autopsies faites dans les mêmes circonstances.

Quant à la suffusion séreuse que je rappelais tout à l'heure, il il ne faut pas oublier que la mort consécutive aux vomissements excessifs est en grande partie le résultat de l'inanition, et que cette lésion peut bien n'être qu'un effet de la maladie au lieu d'en être la cause.

Il résulte donc de ces considérations et des recherches cadavériques que l'influence de quelques lésions anatomiques sur la manifestation ou la persistance du vomissement des femmes enceintes est très improbable. Je vais faire voir maintenant que l'observation des faits prouve tout à la fois la nullité de cette influence et la part exclusive qu'y prend la grossesse.

Une jeune fille, enceinte pour la première fois, se présenta, il y a quelques années, à la clinique d'accouchements; elle était enceinte de cinq mois, et elle paraissait avoir été souffrante depuis longtemps. Sa pâleur, sa maigreur extrême et sa faiblesse me firent supposer qu'elle était atteinte de quelque affection chronique grave; cependant j'appris d'elle que l'altération de sa santé était assez récente, et qu'elle résultait de l'abstinence à laquelle des vomissements continuels l'avaient condamnée.

Depuis quelques jours elle avait soudainement cessé de sentir les mouvements de son enfant, et presque aussitôt les vomissements s'étaient spontanément suspendus. Elle accoucha en effet, quinze jours après son entrée à l'hôpital, d'un enfant dont la mort datait évidemment de l'époque où le fœtus avait cessé de se mouvoir.

L'honorable confrère dont j'ai déjà parlé, M. Scellier, demanda mes conseils pour une de ses clientes qui était au commencement du sixième mois d'une seconde grossesse; elle éprouvait depuis près de six semaines environ des vomissements opiniâtres qui l'avaient réduite à un état extrême de faiblesse et de maigreur. Lorsque je la vis, sa langue était sèche et rouge, la peau chaude, le pouls fébrile; et en entrant dans sa chambre j'avais été aussitôt frappé de cette odeur acide et pénétrante qu'exhalait la bouche de quelques-unes des femmes malades dont je vous ai entretenu. Après avoir conseillé quelques moyens qui n'avaient pas été essayés encore, je la quittai bien convaincu que cette maladie aurait une issue funeste; il n'en fut rien cependant.

Le lendemain de ma visite, les mouvements de l'enfant, jusque là très distincts, s'affaiblirent, puis cessèrent. Ce fut le signal d'une amélioration notable suivie un peu plus tard d'une guérison complète.

La malade se rendit alors à la campagne, où elle accoucha quelques semaines après d'un enfant mort et putréfié.

Une jeune femme, enceinte pour la première fois et parvenue au septième mois et demi de sa grossesse, avait éprouvé des vomissements d'une violence et d'une opiniâtreté très inquiétantes. M. Foissac, médecin de la famille, m'avait prié de la voir, et, de concert avec lui et avec un autre confrère, des moyens de traitement très divers avaient été employés sans succès. Nos collègues MM. Jobert, Danyau et Moreau furent alors appelés; la situation de la malade était devenue assez grave pour que la question de l'avortement provoqué fût agitée. Après une courte discussion, on décida d'un commun accord qu'on attendrait, et qu'une saignée du bras, possible encore, serait pratiquée. A cette saignée succéda une amélioration assez sensible et qui n'aurait probablement eu qu'une courte durée, car il en avait été déjà plusieurs fois ainsi.

Mais dès le lendemain la malade cessa de sentir les mouvements du fœtus, et dès lors l'amélioration devint permanente. Douze jours plus tard un enfant mort et putréfié naquit naturellement.

Dans notre avant-dernière séance, M. Danyau a rappelé le cas d'une femme qui avorta dans le service de notre collègue M. Chomel. Cet avortement inespéré mit fin à des vomissements d'une intensité inquiétante.

Un cas tout à fait semblable a été observé à la Clinique d'accouchement il y a quelques années.

Ces faits vous paraîtront, comme à moi, sans doute, compléter la solution affirmative de la question complexe que je m'étais soumise: oui, les vomissements opiniâtres des femmes enceintes sont certainement liés aux conditions de la grossesse; et de plus, ils disparaissent quand ces conditions sont suspendues, soit par la mort du fœtus, soit par son expulsion spontanée.

En serait-il de même si la suppression de la grossesse était la conséquence d'une opération?

Un de nos confrères de Paris, M. le docteur Henry (de Semur), réclama mes conseils, il y a quelques années, pour une pauvre mère de famille dont la grossesse, parvenue alors au troisième mois à peu près, avait été dès le début troublée par des vomissements excessifs. Les accidents avaient résisté à toutes les médications employées pour y mettre un terme. Lorsque je vis cette malade, elle venait de passer une journée et une nuit pendant lesquelles les vomissements avaient redoublé de violence, et notre confrère fut frappé de l'altération profonde et rapide qui depuis la veille s'était produite dans ses traits; elle se plaignait d'une vive douleur de tête, d'un peu de trouble dans la vue, et ses idées n'étaient plus très lucides. Je fis part à notre confrère et à la famille de la malade des craintes sérieuses que son état m'inspirait, et dans l'espérance très faible, il est vrai, de prévenir une mort qui me paraissait inévitable si la malade était abandonnée aux seules ressources de la nature, je proposai la provocation de l'avortement.

La malade et sa famille l'acceptèrent; et dans la journée même une bougie emplastique fut introduite sans difficulté et presque sans douleur dans la cavité utérine; je voulais seulement décoller une partie de l'œuf, et donner lieu à une hémorrhagie intérieure qui provoquerait plus tard des contractions utérines. Replacée dans son lit, la malade éprouva quelques heures après une amélioration sensible.

Lorsque je la revis le soir, elle avait passé une journée assez calme, et n'éprouvait alors que des douleurs lombaires. Celles-ci prirent très distinctement dans la nuit le caractère de douleurs utérines, et en effet le fœtus et une partie de ses annexes furent expulsés; les souffrances avaient été presque continues et très vives, et une quantité modérée de sang s'était écoulée. Le travail avait paru s'accomplir si simplement, que notre confrère M. Henry, qui avait passé la nuit auprès de la malade, la quitta à cinq heures du matin sans concevoir aucune appréhension. Cependant une heure après la figure de la malade subit une altération soudaine et profonde, et elle tomba dans une prostration qui inspira les plus vives et les plus légitimes inquiétudes.

M. Henry et moi nous fûmes immédiatement rappelés. A mon arrivée, je trouvai cette pauvre femme dans une situation à peu près désespérée. Je commençai par extraire quelques débris de délivre restés dans le vagin, et nous nous empressâmes d'employer nous-mêmes les moyens qui nous parurent les plus propres à ranimer cette vie prête à s'éteindre; mais ce fut en vain, la malade expira dans la journée.

L'autopsie, à laquelle les parents consentirent, ne révéla aucune lésion qui pût expliquer ni les vomissements, ni la mort.

(La fin au prochain numéro.)

La méthode hydrothérapique n'avait été depuis longtemps l'objet d'aucune publication générale qui résumât les notions acquises par les dix dernières années d'expérience. M. le docteur Fleury vient de combler cette importante lacune par la publication d'un *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, qui vient de mettre en vente M. Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nous rendrons compte prochainement de cet ouvrage, où se trouvent traitées une foule de questions pratiques du plus haut intérêt.

La Scribe.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — De la destruction et de la régénération des nerfs. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Erysipèle de la face. — Corps étrangers dans le genou. — Sur un accident des réunions immédiates. — HOPITAUX. — DU VAL-DE GRACE (M. Maillot). Infection purulente par suite d'otorrhée. — SAINT-LOUIS (M. Malgaigne). Plaie des artères de l'avant-bras près du poignet; compression inutilement tentée, etc., — Addition à la séance de l'Académie de médecine du 30 mars. — Académie des sciences, séance du 29 mars.

PARIS, LE 2 AVRIL 1852.

Séance de l'Académie des sciences.

DE LA DESTRUCTION ET DE LA RÉGÉNÉRATION DES NERFS.

Jusqu'à ce jour, on s'est accoutumé à considérer comme très sérieuses, malgré leur fréquence, les communications de M. Valler, de Bonn. Si toutes les observations des chirurgiens et des physiologistes modernes ne sont pas complétement imaginaires, ou si l'usage d'une langue qui n'est pas celle de M. Valler n'a pas singulièrement trahi la pensée de cet observateur, il faudra désormais changer de manière de voir. Suivant M. Valler, et ce n'est point ici une vue de l'esprit qu'émet l'auteur, mais le résultat d'expériences précises qu'il expose; suivant M. Valler, quand on coupe un nerf en deux, la portion terminale se détruit en passant par des transformations qu'il décrit minutieusement, et de la portion centrale ou originaire, si l'on peut ainsi dire, rayonne, bourgeonne en quelque sorte un prolongement nerveux qui remplace la partie détruite et rétablit la fonction nerveuse dans son intégrité. Contre cette assertion, qui renverse toutes les notions acquises sur les plaies et la cicatrisation des nerfs, les objections se présentent en foule. Il est évident, par exemple, que, si M. Valler avait raison, il n'y aurait aucune différence entre une section simple d'un nerf et une excision d'un pouce ou d'un pouce et demi de ce même nerf. Or, tous les chirurgiens sont d'accord que dans le premier cas la sensibilité se rétablit presque toujours, parce que les deux extrémités coupées peuvent se remettre en contact et rétablir la continuité nerveuse, et que le contraire a lieu dans le second cas, pour une raison également contraire. Nous n'avons pas besoin de mentionner toutes les autres objections qui tendent à faire considérer comme absolument faux les faits annoncés par M. Valler.

M. C. Bernard a communiqué, dans cette séance, une nouvelle série de ces recherches qu'il fait avec tant de sagacité et de précision. Nous avouons cependant que nous avons besoin de toute la confiance que nous inspire M. Bernard pour croire que la section d'un filet du grand sympathique puisse déterminer une augmentation dans la calorification d'une partie. Nous avons beaucoup de peine à nous défendre de la crainte qu'il n'y ait quelque confusion, quelque erreur difficulté dans l'expérimentation, ou quelque erreur d'induction dans la manière dont les faits ont été interprétés. Nous appelons sur ce point l'attention des physiologistes. M. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Erysipèle de la face.

Les petites épidémies d'érysipèle dont l'Hôtel-Dieu est si souvent le théâtre, quoique cent fois signalées, n'en sont pas moins dignes de toute l'attention des médecins. La partie capitale de l'histoire de ces épidémies, c'est-à-dire l'étiologie, est encore, en effet, à peu près inconnue, quoique rien puisse sembler n'être plus facile que de découvrir la cause d'un phénomène dont les conditions génésiques sont limitées dans un cercle aussi étroit. Est-ce à l'encombrement que ces érysipèles sont dus? Non, du moins d'une manière exclusive. Combien d'hôpitaux et d'agglomérations de malades où l'encombrement est plus grand qu'à l'Hôtel-Dieu, et où cependant on ne voit point ces érysipèles se manifester ! Est-ce au défaut d'aération, qui aggraverait encore les inconvénients de l'encombrement? Cette condition peut sans doute avoir une efficacité réelle; mais le défaut de recherches précises ne permet pas une opinion motivée à cet égard. Est-ce au voisinage de la rivière que l'on doit attribuer ces petites épidémies? Il est impossible de répondre d'une manière catégorique à c[illegible] mais il pourrait sembler au moins singulie[illegible] le la rivière, qui ne pourrait sans doute ag[illegible]nt l'humidité de l'air, fût de nature à causer d[illegible] aiguës, même quand ces inflammations so[illegible]te spéciale, comme l'est l'érysipèle

Quoi q[illegible]utes ces questions, que nous n'avons pas la prétention de résoudre ni même de poser ici pour la première fois, il est un fait qu'on n'a peut-être pas suffisamment remarqué et sur lequel il ne sera peut-être pas sans intérêt d'insister un moment à propos de l'épidémie nouvelle qui règne en ce moment à l'Hôtel-Dieu.

Les épidémies de ce genre ont surtout été décrites par les chirurgiens, et la plupart d'entre eux ont donné à la maladie le nom d'érysipèle traumatique, ce qui suppose une affection locale, au moins primitivement. Dans une des Revues cliniques de l'année dernière, en rendant compte d'une pareille épidémie, nous insistions sur le caractère *général* de la maladie, et nous montrions combien étaient peu fondées les prétentions de quelques chirurgiens, fort distingués d'ailleurs, qui s'imaginent pouvoir arrêter la marche de l'inflammation en la circonscrivant dans un cercle de nitrate d'argent. Nous avions cependant omis un des arguments qui plaident le plus puissamment en notre faveur, c'est que ces érysipèles, qu'on a voulu considérer comme traumatiques, règnent souvent simultanément dans les salles de médecine et dans celles de chirurgie. C'est précisément ce qui a lieu pour l'épidémie actuelle. Voilà le fait qui n'a pas été assez remarqué.

Il en est un autre moins important sans doute, mais qui n'est pourtant pas sans intérêt pour l'étiologie, et qui prouve que les opérations, si elles ne déterminent pas des érysipèles traumatiques, exercent cependant une influence sur le siége de la phlegmasie. Ainsi, dans les salles de chirurgie, l'érysipèle se manifeste le plus souvent autour des solutions de continuité pratiquées par l'art ou spontanément formées. Dans les salles de médecine, au contraire, presque tous les érysipèles occupent la face, en sorte qu'il est rationnel de considérer les érysipèles chirurgicaux comme les érysipèles de la face déplacés. Mais là semble se borner l'action du traumatisme. Dans l'épidémie actuelle, les malades atteints ne nous ont pas semblé être plus nombreux en chirurgie qu'en médecine.

Nous nous bornerons à ces quelques aperçus sur une affection tant de fois et si bien décrite. Nous ajouterons seulement qu'après avoir essayé comparativement toutes les méthodes, M. Rostan a définitivement donné la préférence à la médication antiphlogistique, qu'on doit proportionner à l'intensité de l'inflammation. Notre opinion n'est pas aussi favorable à cette médication que celle de l'éminent professeur. Toutefois, nous pensons que celle-ci serait très justifiable si dans la médication antiphlogistique on faisait entrer comme élément capital, et nous serions volontiers tenté de dire unique, l'emploi des affusions d'eau, cet antiphlogistique par excellence.

Corps étrangers dans le genou.

Nous ne dirons rien de bien nouveau en rappelant les singulières rencontres que le hasard se plaît quelquefois à produire; ces rencontres, ces coïncidences ont frappé les observateurs de tous les temps, quoique la plupart les aient oubliées dans l'occasion. Ce sont ces coïncidences qui doivent nous tenir en garde contre les inductions qu'on pourrait tirer de statistiques basées sur un trop petit nombre de faits. C'est là une cause d'erreur qui a été parfaitement exposée, quoique avec un peu d'exagération, dans un livre remarquable et malheureusement trop peu lu de M. le professeur Gavarret, intitulé : *Principes de statistique médicale*. On ne peut se défendre de ces réflexions en voyant quatre malades atteints de corps étrangers dans le genou se présenter en quelques semaines dans le service de M. Jobert. Nous avons publié il y a quelque temps l'observation d'un de ces malades, il est depuis sorti guéri. Trois autres sont encore dans le service, sur lesquels l'habile chirurgien a fait l'application de son procédé. Nous ne pouvons donner ici des détails circonstanciés sur chacun d'eux. Nous dirons seulement que tous ont éprouvé déjà une amélioration sensible, et que tout fait présager une guérison, qui, chez l'un d'eux, n'aura eu lieu qu'après la formation d'abcès dans le genou malade, et l'injection de la teinture iodée dans l'articulation. Cette teinture n'a d'ailleurs pas produit elle-même d'accidents. C'est un fait de plus à ajouter à ceux assez nombreux que possède déjà la science.

Sur un accident des réunions immédiates.

On a beaucoup insisté depuis quelque temps, nous avons beaucoup insisté nous-même, et nous pensons que c'est avec raison, sur les avantages de la réunion immédiate, qui réussit à Paris lorsqu'elle est bien pratiquée, beaucoup plus souvent qu'on ne le pensait il y a quelques années encore. Ce n'est cependant pas une raison pour cacher le revers de la médaille, bien pâle à la vérité, mais cependant réel.

Dans les salles de M. le professeur Velpeau se trouve une malade sur laquelle il a appelé il y a quelques jours l'attention de ses auditeurs, et qui est entrée à l'hôpital (n° 15 de la salle Sainte-Catherine) pour se faire opérer d'un lipome de la grosseur d'un œuf qu'elle portait à la partie postérieure gauche du tronc, en dedans de l'omoplate.

La tumeur ayant été enlevée, des ligatures furent faites, et des serre-fines appliquées trois heures après l'opération. Il n'y avait aucun écoulement sanguin.

Le lendemain, à la visite, on s'aperçoit qu'il s'est fait dans la plaie, sous la peau, un épanchement sanguin assez abondant. Les serres-fines sont enlevées, on attend que les caillots soient éliminés; la plaie se déterge; la guérison a lieu.

Voilà en deux mots l'observation de la malade :

« Quand il se fait sous les lambeaux un tel épanchement, disait à propos de ce cas M. Velpeau, il faut que les caillots soient éliminés; or le sang se coagule, contracte des adhérences avec les parties voisines, et, pour sortir, il faut qu'il se putréfie, comme il ferait dans un vase. Il faut huit, douze et plus souvent quinze jours pour que la plaie soit débarrassée; voilà quinze jours de perdus. La plaie, ainsi nettoyée, se déterge; elle se trouve dans les conditions où elle se trouverait deux jours après son établissement, si l'on n'eût pas tenté une réunion immédiate. Ajoutez à cela que le sang peut comme le pus, et même plus facilement que le pus, faire naître un érysipèle, une angéioleucite, un phlegmon, etc. C'est pour n'avoir pas assez réfléchi à ces inconvénients que les chirurgiens vantent quand même la réunion immédiate.

» Ce n'est pas que je blâme cette manière de procéder après les opérations; mais je ne veux pas de la réunion immédiate dans tous les cas, et j'étais bien aise de vous signaler un de ses accidents assez fréquents. »

Nous croyons que tous les praticiens penseront, en thèse générale, comme M. le professeur Velpeau. La difficulté est d'appliquer les principes aux faits particuliers, c'est-à-dire, dans l'espèce, de prévoir les cas dans lesquels on aura à redouter des accidents comme ceux qui ont été observés chez la malade précédente. Tant que l'art du pronostic ne sera pas arrivé là, nous croyons qu'il faudra courir la chance de ces accidents, qui sont certainement assez rares, pour tâcher d'obtenir le bénéfice beaucoup plus fréquent de la réunion immédiate. Tout en approuvant donc les judicieuses réflexions du chirurgien de la Charité, nous croyons qu'on ferait bien de réunir dans un cas semblable à celui que nous venons de mentionner, et nous sommes convaincu que ce serait aussi la pratique de M. Velpeau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. MAILLOT.

Infection purulente par suite d'otorrhée.

OBS. I. — M. G..., lieutenant au 44e, âgé de trente-neuf ans, a depuis longues années une otorrhée du côté droit; du reste, il a une excellente santé, une forte constitution, et il n'est astreint à aucun régime.

Le 8 décembre dernier il est pris d'une violente céphalalgie qui va toujours en augmentant, et le 11 il est apporté dans le coma au Val-de-Grâce.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen sont examinés avec soin; on ne trouve partout que des signes négatifs, sauf une légère coloration jaunâtre de la peau, qui fait soupçonner que le foie est un peu engagé.

Les accidents graves que présente le malade nous paraissent liés à une lésion du temporal, et constituer une de ces encéphalites si redoutables et presque fatalement mortelles, chez les sujets qui ont d'anciens écoulements purulents par l'oreille. — Deux saignées du bras, de 500 grammes chacune, sont pratiquées dans la journée.

Le 12 au matin, le coma semble un peu moins profond; mais la mollesse du pouls ne permet pas d'ouvrir de nouveau la veine; on se contente d'appliquer 18 sangsues à la tête.

Le 13, coma des plus prononcés; pouls faible et fréquent; coloration jaunâtre plus foncée. — Deux vésicatoires aux cuisses; lavement purgatif.

Dans la soirée, frisson comme dans le premier stade d'un accès de fièvre intermittente.

Le 14, aggravation des symptômes. — Potion de sulfate de quinine, 1 gramme.

Mort dans la journée.

Autopsie. — La dure-mère et le cerveau ne présentent aucune altération, soit de couleur, soit de texture. Carie du rocher. *Pus dans les sinus pétreux.* Abcès multiples dans les poumons. Il n'y en a pas dans le foie, qui renferme à la partie inférieure une quantité considérable d'hydatides.

OBS. II. — Mazion, âgé de vingt-quatre ans, soldat au 4e de ligne, est entré à l'hôpital de Lille le 29 décembre 1851, pour une otorrhée purulente du côté droit, avec engorgement et ulcère scrofuleux de la région cervicale du même côté. La nature du pus fit penser qu'il pourrait bien y avoir carie d'une partie du temporal, et l'on réforma cet homme, qui sortit de l'hôpital le 18 février 1852, pour retourner dans ses foyers. Mais, traversant Paris, il se sentit si souffrant, qu'il dut, le 25, entrer au Val-de-Grâce, où il fut d'abord placé dans le service des blessés.

Son état général s'aggravant, et la maladie paraissant plus du ressort de la médecine que de la chirurgie, il passa dans mes salles le 28 au matin. Il avait, à son arrivée, une fièvre

modérée, mais une grande agitation; il se plaignait d'une douleur extrêmement vive dans le côté gauche du thorax, à la partie inférieure. L'auscultation en la percussion ne révélèrent absolument rien d'anormal, et je supposai qu'il y avait là ou une pleurodynie, ou une pleurésie tout à fait à son début. — Ventouses scarifiées et cataplasme sur le point douloureux.

Le 29, persistance de la douleur. Mêmes résultats négatifs fournis par l'exploration la plus minutieuse des organes thoraciques. Il y a eu la veille un paroxysme de la fièvre, dont le début a été annoncé par un froid très vif et très prolongé. — Sulfate de quinine, 0,8.

Le 1er et le 2 mars, anxiété extrême; respiration précipitée; teinte ictérique plombée; prostration.

On diagnostique une infection purulente analogue à celle de l'observation précédente. — Sulfate de quinine; vin de cannelle; sinapismes.

Mort dans la nuit du 2 au 3.

Autopsie. — Point de pus à la base du crâne; pas la moindre altération de couleur de la dure-mère, apparence normale du cerveau. *Pus dans les sinus pétreux supérieur et inférieur; celui que contient le sinus supérieur est concrété.* Carie du rocher et des osselets de l'ouïe; la membrane du tympan n'est pas perforée. Abcès multiples dans les poumons; vive injection de la plèvre costale du côté gauche. Plusieurs abcès dans le foie, dont un très considérable. Abcès dans les couches superficielles de la rate.

— Les cas d'infection purulente par suite d'otorrhée sont rares. Cependant, en consultant les auteurs, en analysant les observations qu'ils rapportent, on arrive à reconnaître que ce fait se présente plus souvent qu'on ne le croit généralement. Ce qui a conduit à une manière de voir opposée, c'est qu'on a attribué presque constamment à une encéphalite les accidents qui enlèvent si rapidement les individus atteints d'écoulements chroniques de l'oreille. Mais il est bien certain que les choses ne se passent pas toujours ainsi, et que, nombre de fois, c'est l'infection purulente qui donne la mort. Cela arrive toutes les fois peut-être que, comme dans les deux cas que je viens de rapporter, on ne trouve aucune altération dans le cerveau ou dans ses enveloppes. Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré des faits de cette nature; mais on se les expliquait en disant que *l'inflammation a été trop promptement suivie de la mort pour laisser des traces de son existence.* Aujourd'hui une pareille explication ne peut contenter un esprit sévère; surtout quand, grâce aux travaux modernes et notamment aux savantes recherches de M. Sédillot, on s'en rend si bien compte par l'infection purulente. La 33e observation de M. Lallemand me paraît rentrer dans ces conditions, et je crois bien qu'il ne reprocherait plus maintenant à Goulard, à qui il l'emprunte, *d'avoir eu les yeux fascinés par l'idée de fièvre putride.* Goulard avait raison; car c'est bien là une fièvre putride par excellence.

Si nous voulons rechercher; dans nos deux observations, les faits qui, pendant la vie, pouvaient mettre sur la voie du diagnostic, nous trouvons l'existence antérieure d'un écoulement purulent ancien, des frissons simulant le retour d'accès de fièvre intermittente, le teint plombé et jaunâtre. Ces phénomènes sont caractéristiques.

Mazion nous a offert, de plus, un signe qui a également une grande valeur; je veux parler de ces violentes douleurs qu'il accusait dans le côté gauche de la poitrine. On sait, en effet, combien sont fréquentes les pleurésies dans l'infection purulente; elles le sont à tel point que M. Ribes a écrit qu'il a presque toujours vu *la plèvre costale altérée par l'effet de l'inflammation.*

Cette douleur se retrouve encore dans d'autres affections où l'intoxication joue aussi un rôle très essentiel, dans les fièvres éruptives de mauvaise nature et qui marchent mal. Ce signe a même, dans ces maladies, une importance beaucoup plus grande que celle qu'on lui accorde généralement. Pour mon compte, il m'a fait soupçonner plusieurs fois l'invasion d'une variole ou d'une scarlatine qui emportaient brusquement les malades au milieu des efforts incomplets de l'éruption.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Plaie des artères de l'avant-bras près du poignet, compression inutilement tentée, nécessité de lier successivement la cubitale, l'humérale et la radiale, guérison; effets curieux sur les ongles de la main correspondante.

M. L..., limonadier, âgé de trente ans, constitution forte et nerveuse, nettoyant un toit en vitrage qui éclairait son laboratoire, tomba la main droite en avant, brisa un des carreaux et se fit une blessure à 3 centimètres au-dessus du poignet, vis-à-vis de l'artère radiale, dont le sang, dit-il, jaillit avec violence; se releva, retomba de nouveau, et cette fois se fit une forte coupure en travers à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la première et vis-à-vis l'artère cubitale. Immédiatement il sentit que le petit doigt et l'annulaire étaient comme morts, et le sang jaillit de cette nouvelle plaie avec plus de violence encore. Un médecin appelé en hâte essaya de saisir l'artère cubitale dans la plaie, ne put y réussir, et établit une compression sur l'avant-bras. Il paraît que dès lors le sang ne sortait plus par la première plaie. Il y eut plusieurs hémorrhagies successives, un autre médecin réappliqua la compression, qui réussit durant quelques heures, puis échoua; et une nouvelle hémorrhagie ayant éclaté, je fus appelé, le dimanche 6 avril 1845, à cinq heures du soir; l'accident était arrivé l'avant-veille.

La plaie située vis-à-vis l'artère radiale était sèche, les bords presque accolés; elle n'avait pas donné de sang dans les hémorrhagies que les deux médecins avaient eu à combattre; nous n'y fîmes pas autrement attention. La plaie cubitale, au contraire, était béante, distendue par un énorme caillot de sang noir qui laissait suinter encore un peu de sang rouge; l'avant-bras était extrêmement tuméfié et paraissait infiltré de sang jusqu'au coude; je me décidai à lier la cubitale.

Une incision de 8 centimètres fut faite sur le trajet de cette artère, coupant la plaie accidentelle presque à angle droit, remontant à 5 centimes au-dessus, descendant à 3 centimètres au dessous. L'incision de la peau donna lieu à une pluie de sang très rose, que j'attribuai aux veinules ouvertes et à la compression établie sur l'artère humérale; en effet, cette compression enlevée, l'écoulement s'arrêta. Je divisai l'aponévrose, j'écartai avec le doigt l'interstice musculaire, et je tombai sur une infiltration de sang noir qui masquait tous les objets; ni le doigt ne sentait les battements du vaisseau, ni les yeux ne pouvaient le découvrir; et après des recherches fort longues, ne trouvant rien, je descendis vers la plaie, que je nettoyai de tous les caillots, et je vis sortir un jet de sang rutilant, mais beaucoup plus en dedans que la direction normale de l'artère cubitale; et il paraissait que l'infiltration de sang et aussi peut-être la compression extérieure l'avaient refoulée vers le centre de l'avant-bras. Elle était nettement coupée en travers; je la liai fortement; après quoi, je recherchai le bout inférieur. Mais j'eus beau laver et éponger la plaie, nulle part je ne pus l'apercevoir, et, comme il ne donnait pas de sang, je ne crus pas devoir poursuivre cette recherche. La plaie fut réunie par des épingles, et l'avant-bras enveloppé d'un cataplasme émollient. Il fut en outre appuyé sur un coussin, de telle sorte que la main était beaucoup plus élevée que le coude.

Tout alla bien les premiers jours; la plaie suppura, et il fallut retirer les épingles; mais la résorption se faisait dans le reste de l'avant-bras, et il n'y avait nul indice de fusées purulentes. Cependant, le malade accusait de vives douleurs dans tous les doigts de la main; le poignet se tuméfia, les nuits étaient agitées; la plaie, en grande partie cicatrisée, paraissait blafarde dans le reste, et la cicatrice même ne paraissait pas d'une bonne nature.

Le 24 avril, les douleurs étaient tellement vives que je fis appliquer deux sangsues sur la plaie. La nuit fut un peu meilleure; mais le 25, à une heure après midi, le malade étant levé depuis près d'une heure, tout d'un coup l'appareil se remplit de sang; et, comme il ne voulait pas qu'on y touchât avant mon arrivée, l'hémorrhagie dura bien une demi-heure. Je le trouvai pâle, plus encore de terreur qu'à cause de la perte de sang; je le fis reporter dans son lit l'appareil ôté et une compresse maintenue seulement sur la plaie avec mes doigts. Quand il eut été recouché, j'examinai la plaie: pas une goutte de sang n'en sortit. Le poignet était désenflé, le malade ne souffrait plus des doigts; on aurait dit que le gonflement avait été produit par un abcès qui s'était vidé tout d'un coup en ramenant l'hémorrhagie.

Quelle était la source de celle-ci? Le sang était rouge, mais il l'est ainsi chez les sujets qui en ont perdu beaucoup; et, par exemple, le petit écoulement veineux auquel nous avions eu affaire pendant l'opération était d'un rose extrêmement vif. Le voyant arrêté aussitôt que la bande circulaire avait été enlevée, je crus à une simple hémorrhagie veineuse; toutefois, pour m'en assurer mieux, je ne mis qu'une rondelle d'agaric sur la plaie; je plaçai une garde à demeure, avec injonction de comprimer à l'aide des doigts le moindre écoulement, et je revis le malade plusieurs fois par jour. Deux jours se passèrent de la sorte; pas une goutte de sang n'avait reparu. Je me bornai alors à revoir mon malade une fois seulement par jour; et après avoir conservé la garde sept à huit jours, on la renvoya comme inutile. La plaie, pansée avec du quinquina en poudre, prenait un bon aspect; une petite mèche introduite dans le fond amenait un bourgeonnement favorable; et comme cette mèche se dirigeait du côté de l'artère radiale, et que le long de cette artère il y avait une petite fusée, j'établis une compression légère vers ce point avec de l'agaric; la fusée se recolla, et tout allait à merveille.

Cependant, le 14 mai au matin, je fus éveillé en sursaut par un messager qui m'apprit que M. L... avait une nouvelle hémorrhagie. Le malade me raconta qu'il avait bien dormi jusqu'au matin; alors il avait eu un cauchemar qui l'avait fort agité, et en se réveillant il s'était trouvé le bras baigné de sang. Ce sang, d'après mon examen, venait du côté de l'artère radiale et en même temps du côté de la plaie de cette artère, plus rapprochée du poignet, comme il a été dit, que l'autre. J'en conclus que c'était l'artère radiale qui le donnait, et qu'elle avait été incomplètement coupée lors de l'accident; ce fut alors seulement que le malade nous raconta qu'en effet par cette première plaie était sorti un jet vif de sang rouge. J'établis une légère compression; le sang s'arrêta. A une heure je revis le malade; rien de nouveau. Mais à cinq heures l'hémorrhagie avait reparu. M. Audinet, appelé le premier, comprima sur la plaie; il s'ensuivit un épanchement de sang au-dessus de la plaie du côté du poignet et sous les tendons fléchisseurs; et les choses étaient dans cet état lorsque j'arrivai.

Fallait-il aller chercher l'artère radiale au milieu du sang épanché? Je craignis les suites d'un tel dégât; et d'ailleurs, si une blessure de cette artère me paraissait probable, je n'en avais pas l'entière certitude. Je me décidai à lier l'humérale vers le tiers inférieur du bras. L'opération ne fut pas sans difficulté, le bras étant fort œdématié; mais enfin, l'artère tenue sur la ligature, et ses battements bien reconnus, je la liai; après quoi on découvrit la plaie de l'avant-bras par où se faisait l'hémorrhagie.

Un petit suintement rouge se faisait encore par cette plaie. Avions nous donc deux artères humérales? Je m'assurai que l'artère était simple. La ligature n'était-elle pas assez serrée? Par surcroît de précaution, j'en mis une autre; puis je vidai avec le doigt les caillots accumulés dans la plaie de l'avant-bras; l'écoulement s'arrêta. Je réunis l'incision du bras par trois épingles; toute circulation paraissait avoir cessé dans la main, qui était froide. Nous essayâmes de sentir les battements de la radiale, on n'en sentait aucun; cependant le gonflement de l'avant-bras pouvait nuire à cette recherche.

Le lendemain 15, tout va bien; la main est déjà en grande partie réchauffée; le bout des doigts seul est resté froid.

Le 16, toute la main est chaude; le malade est bien.

Le 17, un peu de sang noir a traversé la compresse qui recouvre la plaie de l'avant-bras, et a fait une tache circonscrite et déjà quasi sèche. Pas de douleur, pas d'odeur; nous décidons d'attendre au lendemain pour panser cette plaie. Celle du bras a un peu suppuré, ce qui m'engage à ôter l'épingle inférieure; du reste, pas de rougeur, pas de douleur; l'aisselle indolore.

Le 18, vers quatre heures du matin, nouvelle hémorrhagie, légère en comparaison des autres, et qui n'épouvante pas le malade. Cependant, à six heures on m'envoie chercher; le sang ne coule plus, mais nous trouvons des battements très forts dans toute l'artère radiale; et vis-à-vis la petite plaie, aujourd'hui toute cicatrisée, ces battements sont assez forts pour soulever le doigt sensiblement à la vue. J'eus d'abord l'idée d'établir une compression; le voisinage de la grande plaie m'en détourna. Je liai donc l'artère radiale un peu au-dessus de l'endroit où je la supposais blessée, et nous nous assurâmes, après la ligature, que tout battement avait cessé en ce point.

A partir de ce moment, la guérison suivit son cours sans autre hémorrhagie. Elle fut lente cependant à s'opérer; plus d'une fois la cicatrice, mince et formée sur des bourgeons mollasses, se rompit et donna lieu à de petits abcès fistuleux; il fallut recourir tour à tour à la compression, à la cautérisation au nitrate d'argent, aux poudres stimulantes, et enfin à la cautérisation objective; et la cicatrice ne fut complète et solide que vers la fin de juillet.

Alors commença un autre traitement, celui de la roideur des jointures. Des mouvements communiqués avec réserve, endurés avec courage, commencèrent à amener quelques progrès; le malade alla alors à la campagne et, s'occupant de jardinage et de divers travaux, finit, au bout de trois à quatre mois, par recouvrer à peu près les mouvements et la force du membre. Le petit doigt seul demeura fléchi, et d'ailleurs paralysé du sentiment; l'annulaire, un peu fléchi aussi et moins sensible que les autres.

Mais il y eut une particularité assez curieuse, et sur laquelle le malade lui-même appela mon attention.

Pendant les cinq mois que dura la cure principale, les ongles de la main blessée n'avaient pris aucun accroissement; et tandis que le malade avait eu plusieurs fois à couper les ongles de la main gauche, ceux de la droite étaient restés courts et ronds. Dès que la cicatrice fut à peu près achevée, un liséré blanc qui parut à la racine des ongles droits témoigna qu'ils commençaient à grandir; et, en effet, il fallut bientôt les couper comme les autres. Mais là encore se passa quelque chose d'inattendu. L'ongle ancien était convexe comme de coutume; la portion nouvelle était concave, et, de plus, faisait avec l'ancienne portion un angle très obtus, saillant en arrière. Je constatai pour la dernière fois ce phénomène le 19 novembre.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 30 MARS 1852.

Avortement provoqué.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION.

Une dame américaine, cliente de notre confrère M. Trousseau, s'était mariée à l'âge de trente ans, et elle devint enceinte peu de temps après. Dès ce moment la grossesse fut compliquée de vomissements excessifs. Malgré le nombre, la variété et l'énergie des moyens employés pour les combattre, ils persistèrent avec une désespérante intensité. Notre confrère me parla de cette malade, en me prévenant que sans doute il réclamerait mon assistance, se promettant bien de le faire en temps utile.

Cependant, soit en raison de la rapidité imprévue des accidents, soit à cause de l'hésitation bien naturelle avant de prendre un parti aussi grave que celui de l'avortement provoqué, je ne fus prévenu qu'à une époque très avancée de la maladie.

Déjà une céphalalgie intense et continue, un obscurcissement très notable de la vue, quelques légères divagations, une sécheresse excessive de la bouche et de la gorge, une soif inextinguible, une faiblesse inouïe, attestaient que la maladie avait atteint sa dernière période.

Après avoir exposé au mari l'extrême gravité de la situation, nous parlâmes, mon collègue et moi, de la provocation de l'avortement comme d'une ressource extrême à laquelle on pouvait recourir, mais avec peu de chances de succès. Nous avions dû présenter cette espérance avec une extrême réserve. Cependant après un instant de réflexion calme et froide en apparence et qui dissimulait mal une profonde douleur, le mari demanda que cette chance de salut fût tentée.

La pauvre malade y consentit elle-même. Quelques heures après j'introduisis une sonde dans l'utérus, et je perforai les membranes de l'œuf; une très petite quantité de liquide amniotique s'écoula. Cependant cette première partie de l'opération fut suivie d'une amélioration très sensible. Les vomissements furent soudainement suspendus. La malade, qui depuis plusieurs jours n'avait pu qu'humecter sa bouche, but sans peine et sans nausées un mélange d'eau et de vin de Xérès glacé, ainsi qu'un mucilage léger de graines de lin.

Dans la journée une suite de douleurs utérines se manifestèrent, et l'avortement eut lieu vers le soir.

La malade avait bu et parfaitement conservé d'abord de l'eau mucilagineuse et du lait, puis plus tard du bouillon gras glacé. Cependant, quoique dans la première heure qui succédait à l'opération la patiente eût pris plus de substances nutritives qu'elle n'en avait pu conserver pendant le cours des six dernières semaines, il était bien difficile que les effets de cette longue abstinence fussent atténués.

La faiblesse excessive, la contraction des pupilles, le trouble de la vision et de l'ouïe persistèrent au même degré.

Vers la soirée du premier jour, vingt-quatre heures environ après l'opération, la peau parut se refroidir; la nuit, d'abord as-

sez calme, devint agitée, et vers la matinée la malade se plaignait d'une dyspnée qui s'aggravait rapidement, et fut remplacée quelques heures après par une prostration extrême pendant laquelle elle s'éteignit sans douleur.

Je fus appelé par un de nos confrères, M. Guérin, l'un des anciens prosecteurs de la Faculté de médecine, auprès d'une jeune femme enceinte de deux mois et demi environ, et dont la grossesse s'était compliquée dès les premiers jours de vomissements violents. Ces accidents avaient persisté sans interruption jusqu'au moment où je la vis pour la première fois, c'est-à-dire depuis les premiers jours de janvier jusqu'au milieu du mois de mars; ils étaient devenus presque incessants depuis trois semaines.

Un état perpétuel de malaise et de souffrance, l'amaigrissement, l'impossibilité de supporter la lumière, la faiblesse, une réaction fébrile continue en avaient été les conséquences. L'impression que son aspect produisit sur moi dès ma première visite fut celle d'une maladie grave, et qui tendait à le devenir beaucoup plus encore. Pendant plusieurs jours, M. Guérin et moi vîmes ensemble cette malade, et comme aucun soulagement, même momentané, n'avait été produit par les médications diverses auxquelles on avait eu recours, et que le mal faisait d'ailleurs des progrès rapides, la provocation de l'avortement fut discutée entre nous, puis proposée à la malade et à sa famille.

La conscience d'un grand danger et le pressentiment d'une issue funeste étaient tels, que cette proposition ne rencontra aucune opposition de la part de la malade ni des siens. Le procédé opératoire auquel je donnai la préférence ne provoqua de contractions utérines efficaces et l'expulsion de l'œuf que le quatrième jour. La provocation de l'avortement avait eu lieu le mercredi 25 mars; l'expulsion de l'œuf se fit le dimanche suivant 29. Pendant cette assez longue attente, les accidents ne furent pas un seul instant suspendus; mais ils cessèrent complétement dès que l'avortement fut accompli.

Depuis le dimanche jusqu'au samedi 4 avril, il y eut un calme remarquable. La malade put supporter des aliments liquides; elle en essaya même de solides sans m'avoir consulté; elle se fit étendre sur une chaise longue et approcher de la croisée pour jouir enfin de la lumière, dont elle était depuis si longtemps privée. Cependant dans la matinée du 5 avril elle fut prise d'un violent frisson, suivi d'un vomissement, et plus tard d'une grande agitation. Je prescrivis alors un lavement préparé avec 1 gramme de camphre, qui fut pris à une heure avancée dans la soirée. Peu de temps après elle se plaignit d'une odeur et d'une saveur insupportables de camphre; et sous l'influence de cette impression, quelques efforts de vomissements se manifestèrent encore, mais ils se suspendirent spontanément peu de temps après. A partir de ce moment commença une série de phénomènes caractéristiques d'une affection puerpérale, à laquelle elle succomba le mardi 14 avril, c'est-à-dire seize jours après l'avortement accompli.

L'autopsie ne nous permit de reconnaître aucune trace d'une lésion organique qui aurait pu rendre compte de l'opiniâtreté et de la gravité des vomissements; mais une altération importante me frappa. Ce fut une de ces destructions gangréneuses que l'on observe parfois à la suite des affections puerpérales mortelles.

Cette altération avait son siége à l'extrémité gauche de l'estomac qu'elle avait en partie détruite. A cette même époque, une altération parfaitement semblable par sa nature et par son siége était constatée à la Clinique d'accouchements chez une femme qui avait succombé à une fièvre puerpérale épidémique.

Une jeune femme de vingt et un ans devint enceinte dans les premiers mois qui suivirent son mariage. Et avant même qu'on pût soupçonner sa grossesse, elle éprouva des nausées et des vomissements que l'on attribua naturellement à une autre cause, particulièrement à une irritation gastrique; elle était alors loin de Paris, et les premiers médecins dont l'assistance fut réclamée prescrivirent un traitement antiphlogistique.

Un peu plus tard, quelques accidents nerveux s'étant ajoutés à la perturbation des fonctions digestives, on crut à l'existence d'une fièvre typhoïde et même d'une fièvre pernicieuse.

M. Trousseau, médecin de la famille, ayant été appelé, constata la grossesse et par conséquent la véritable cause des accidents gastriques; et comme ils avaient déjà paru sérieux, il prescrivit différents moyens qui durent être successivement employés.

Le mal n'en fit pas moins d'assez rapides progrès, et sous l'influence d'un malaise excessif et continu, de la fatigue douloureuse produite par les vomissements, de l'abstinence forcée qui en était le résultat, cette jeune femme, qui était remarquable de fraîcheur et d'embonpoint avant d'être enceinte, fut bientôt réduite à un état de maigreur et de faiblesse alarmant. Ce fut dans cette condition fâcheuse que je la trouvai lorsque je me rendis auprès d'elle avec mon collègue M. Trousseau.

La malade était sous l'influence d'une fièvre vive et continue; sa figure était profondément altérée, et les vomissements avaient résisté à tous les moyens employés pour les suspendre.

Nous pensâmes, après une discussion sérieuse, devoir proposer la ressource extrême de l'avortement.

Les trop justes alarmes de la famille la disposaient à accepter cette chance de guérison.

J'introduisis donc d'abord une bougie, puis une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine; un peu de sang s'écoula, et je pensai qu'il conviendrait de ne retirer la sonde qu'après une ou deux heures, dans l'espoir que ce corps étranger provoquerait des contractions utérines; celles-ci ne se manifestèrent cependant que le quatrième jour, et elles eurent pour résultat l'expulsion d'un fœtus de huit à neuf semaines.

Rappelé auprès de la malade huit jours après, je fis l'extraction du délivre. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'introduction de la bougie et avant la manifestation des douleurs utérines, il y avait encore eu quelques vomissements; ils cessèrent complétement après l'expulsion du fœtus.

Le rétablissement de cette jeune femme a été prompt, et elle est aujourd'hui parvenue au septième mois d'une nouvelle grossesse, qui n'a été troublée par aucun des accidents graves qui avaient compromis la première.

Tels ont été, messieurs, les résultats des seules applications que j'aie faites de l'avortement provoqué au traitement des vomissements opiniâtres. S'ils ont été pour la plupart peu favorables, il n'est pas difficile d'en reconnaître la cause. La crainte bien naturelle de recourir à cette extrême ressource avant que la nécessité en fût bien évidente avait donné lieu dans les deux premiers cas à de nombreuses hésitations, et la période pendant laquelle l'opération pouvait être réellement profitable s'était écoulée. Il est résulté de ce long et fâcheux retard que les malades ont succombé aux effets devenus irrémédiables de la fatigue et de la douleur incessante, des vomissements répétés et surtout à ceux d'une abstinence trop prolongée. Il est même permis de croire que les souffrances de la parturition provoquée et la perte inévitable d'une certaine quantité de sang, ajoutées à une situation déjà très grave, ont pu rendre celle-ci un peu plus tôt mortelle.

L'issue funeste du troisième cas ne saurait être imputée à la même cause; cet insuccès n'a pas été, comme les précédents, le résultat de la maladie pour la guérison de laquelle l'opération avait été pratiquée. Il a été la conséquence de l'avortement même, conséquence possible de tout avortement provoqué, quel qu'en soit le motif, et même de tout avortement naturel. Dans le dernier cas, enfin, la provocation de l'avortement a été suivie d'un succès complet. Si vous ajoutez à ce cas heureux les succès obtenus par MM. Griolet, Robert, Lee, Davis et Churchill, et que notre collègue M. Danyau vous a rappelés récemment, vous reconnaîtrez que l'avortement provoqué dans le cas de vomissements opiniâtres compte certainement sept et probablement neuf succès. La trachéotomie était loin d'en compter autant il y a quinze années.

Il est, en outre, un fait important qui ne vous aura pas échappé sans doute, c'est que dans tous les cas heureux ou malheureux la suppression artificielle des phénomènes de la grossesse a suspendu les vomissements; je n'en excepte pas même celui auquel M. Cazeaux a fait allusion dans son rapport en disant : « J'ai moi-même lu que, dans un cas où j'avais refusé de pratiquer l'avortement, opération qui fut faite par un autre confrère, les vomissements avaient persisté et la malade avait succombé. » Il est trop vrai que la malade a succombé, non point à la persistance des vomissements, mais à des attaques répétées et très imprévues d'éclampsie. Quant aux vomissements, ils ont été immédiatement arrêtés par l'opération. M. Depaul, qui d'après mes conseils s'était rendu auprès de cette malade à quelque distance de Paris, a sur ce dernier point des renseignements positifs.

Ainsi se trouve résolue la question que je m'étais proposée, celle de savoir si les vomissements opiniâtres sont assez intimement et assez exclusivement liés aux conditions mêmes de la grossesse pour que la suppression spontanée ou artificielle de ces conditions soit sûrement suivie de la suspension des vomissements. Aucun doute ne saurait maintenant exister à cet égard. Je pense donc, en reprenant toutes les conséquences que j'ai successivement déduites des faits qui précèdent, que notre collègue M. Cazeaux a été induit en erreur par ses lectures ou par ses souvenirs lorsqu'il a dit :

1° Que les vomissements cessent en général spontanément dans quelque état de faiblesse et d'épuisement qu'ils aient jeté les malades;

2° Que la provocation de l'avortement ne suspend pas toujours les vomissements pour la guérison desquels elle a été entreprise;

3° Et, enfin, que cette opération a été suivie de la mort de presque toutes les femmes qui l'ont subie.

Une dernière question reste encore; je ne veux ni en atténuer ni en exagérer les difficultés. Il s'agit de savoir s'il est possible de déterminer une époque où l'avortement pourrait être provoqué sans que l'accoucheur ait à craindre ou de compromettre la grossesse sans que le sacrifice fût absolument nécessaire, ou de recourir à cette sérieuse extrémité lorsque déjà un malade irrémédiable aurait été produit.

Les opérations que j'ai pratiquées et dont je vous ai rendu compte permettent déjà de poser une première règle : c'est de ne jamais provoquer l'avortement dans les cas de vomissements opiniâtres lorsque les phénomènes qui caractérisent la dernière période de la maladie se sont manifestés; ces phénomènes sont une céphalalgie continue, un obscurcissement prononcé de la vue, une somnolence comateuse et un certain désordre des facultés intellectuelles.

J'ai à peine besoin de dire qu'à cette première règle la raison en ajoute une seconde : c'est celle de s'abstenir également, mais par une raison contraire, lorsque les vomissements, quoique violents et répétés, n'ont cependant pas pour résultat le rejet de toutes les substances alimentaires; lorsque la malade, déjà amaigrie et affaiblie, ne l'est pas assez cependant pour être obligée de rester alitée; lorsque le malaise et la souffrance n'ont pas encore provoqué une réaction fébrile intense et continue; lorsque, enfin, les moyens variés et nombreux, dont l'expérience a démontré l'efficacité dans quelques cas, n'ont pas encore été tous essayés sans succès.

La provocation de l'avortement dans le premier cas aurait le grave inconvénient de ne pas sauver les malades, de précipiter peut-être leur fin et de compromettre l'art. Elle aurait dans le second le tort non moins grave de sacrifier une grossesse qui aurait pu peut-être parvenir heureusement à son terme. C'est donc dans la période intermédiaire aux deux précédentes que l'avortement peut être provoqué, dans cette période que caractérisent :

1° Des vomissements presque incessants par lesquels toutes les substances alimentaires, quelles qu'en soient la nature et la quantité, sont rejetées presque immédiatement;

2° Un amaigrissement et une faiblesse qui condamnaient la malade au repos le plus absolu;

3° Des syncopes provoquées par le moindre mouvement ou l'émotion même la plus légère;

4° Une altération profonde des traits;

5° Une réaction fébrile intense et continue;

6° Une acidité excessive de l'haleine et enfin l'insuccès de toutes les médications.

Mais dans cette période même, dont la durée est très variable et pendant laquelle apparaissent successivement les phénomènes divers que je viens d'énumérer, il faut encore choisir le moment opportun.

Ce moment me paraît arrivé lorsque, l'impuissance des médications les mieux indiquées ayant été reconnue, on voit la fièvre persister avec la même intensité, et l'affaiblissement et la maigreur faire des progrès sensibles.

L'accoucheur déclare alors la convenance de l'avortement provoqué, laissant à la famille, éclairée et consultée par lui, le soin de décider en dernier ressort.

On pourrait désirer, sans doute, que l'indication fût plus précise encore. J'ai déjà dit que si cet avantage pouvait être obtenu, il le serait plus tard, selon toute apparence, par l'observation attentive de faits nombreux. Mais, en attendant, les règles que je viens de poser me paraissent devoir suffire à tout esprit éclairé et judicieux. Prétendre le contraire, c'est exiger de l'art des accouchements, pour une circonstance exceptionnelle, une perfection de pronostic à laquelle, pour des cas beaucoup plus communs et tout aussi graves, la chirurgie n'est point encore parvenue.

Je sais que dans la question présente il ne faut rien précipiter; que dans quelques cas de vomissements en apparence très graves une guérison spontanée et inattendue a eu lieu; M. Cazeaux vous en a cité un remarquable exemple qu'il avait appris de moi-même: quelques autres pourraient y être ajoutés.

Mais, à ces cas exceptionnels, on peut malheureusement en opposer beaucoup d'autres d'une nature très différente, et qui prouvent que l'espoir d'une guérison impossible a coûté la vie à de pauvres femmes qu'avec moins d'hésitation on aurait pu sauver. J'en veux citer un exemple qui ne manque pas d'intérêt; il a été publié par le docteur Haighton. Je laisse parler l'auteur :

« Des vomissements opiniâtres alternaient avec une diarrhée excessive; il en résulta, dans l'espace de quelques jours, un épuisement extrême dont je fus très alarmé. Je priai alors la mère de la jeune malade de permettre qu'elle fût préparée à un accouchement prochain; cette demande fut accueillie sans objection. Je prescrivis d'abord un bain de siége, qui parut aggraver les accidents sans produire l'effet désiré. La grossesse était parvenue alors au septième mois, et il me parut impossible que la malade continuât de vivre jusqu'au neuvième. Je proposai, en conséquence, la provocation de l'accouchement prématuré. Ne voulant cependant pas assumer sur moi seul la responsabilité de cette grave mesure, je priai les parents de m'adjoindre quelque confrère recommandable. Celui qu'ils choisirent adopta sans peine mon opinion quant à la nature de la maladie; mais le danger ne lui parut pas pressant; et il fut d'avis qu'une décision pouvait être remise à quinze jours. Je lui demandai s'il ne pensait pas qu'ayant suivi jour par jour les progrès du mal, j'étais plus capable de bien apprécier le danger qu'il ne pouvait l'être lui-même après une visite accidentelle. Il convint que je pouvais avoir raison; mais il me demanda le temps de réfléchir. Nous revîmes la malade dans la soirée. Par un hasard malheureux, elle avait pu prendre et conserver une certaine quantité d'aliments sans être plus souffrante. Mon confrère fut naturellement affermi dans l'opinion qu'il avait exprimée. Je lui fis observer cependant que le changement qui venait de s'opérer n'était qu'une de ces améliorations passagères et trompeuses dont j'avais été déjà témoin plusieurs fois, et qui se terminerait probablement par une crise fâcheuse de diarrhée.

» L'événement ne justifia que trop mon pronostic, et dès le lendemain la situation était devenue extrêmement alarmante. Je lui dis alors que, s'il était encore indécis, je ne l'étais plus; qu'il pouvait, s'il le jugeait convenable, provoquer l'accouchement, que, quant à moi, je croyais le moment favorable entièrement passé. Il en jugea de même, et deux jours après notre pauvre malade n'existait plus. »

Tel est le récit instructif du docteur Haighton. Je ne doute pas que si tous les cas malheureux par la même cause étaient publiés, ils ne fussent nombreux.

Chose étrange, messieurs, plus je pénètre dans ce sujet délicat et grave, plus je suis convaincu que, des deux questions comprises dans le rapport de M. Cazeaux, et qui sont relatives à la provocation de l'avortement, celle qu'il a cru devoir résoudre négativement est précisément celle dont la solution affirmative devait être le plus facilement acceptée.

Remarquez, en effet, que la provocation de l'avortement dans les cas de vomissements incoercibles a pour raison déterminante la nécessité. Elle n'implique pas une préférence accordée à l'une des deux existences aux dépens de l'autre; elle n'a pas pour but le sacrifice de l'une afin d'épargner à l'autre les chances d'une mort extrêmement probable, il est vrai, mais enfin d'une mort qui n'est pas certaine. Et si le sacrifice est consommé, ce n'est pas du moins comme dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, dans l'intérêt d'une malheureuse qui n'a pas et qui n'aura jamais d'avenir maternel. (Le succès que j'ai obtenu prouve assurément le contraire.)

L'accoucheur qui prend la sérieuse résolution de provoquer l'avortement pour arrêter des vomissements qui ont été jusque-là rebelles à toutes les médications peut avoir la conviction que les deux existences sont également en péril; il peut consciencieusement penser que s'il s'abstient elles périront infailliblement l'une et l'autre; il est donc en droit d'intervenir pour sauver du moins la seule dont le salut soit possible.

S'il est arrêté par quelques considérations, il ne l'est que par celles qui justifient une prudente hésitation dans un certain nombre d'opérations chirurgicales importantes.

Des faits et des raisonnements qui précèdent, je crois donc pouvoir conclure que l'exclusion relative à l'avortement provoqué, qui est implicitement contenue dans la sixième conclusion du rapport, ne saurait devenir un des principes de l'art obstétrical, d'abord pour les motifs qui précèdent, et pour d'autres encore qu'il serait trop long d'exposer maintenant.

Je ne crois pas d'ailleurs me hasarder beaucoup en affirmant que si notre collègue M. Cazeaux avait sous les yeux le douloureux spectacle d'une pauvre patiente enceinte en proie à des vomissements incessants, épuisée par la fatigue, la souffrance, la privation du sommeil, la fièvre et l'inanition, ne trouvant pour la soulager que des médications impuissantes; si, de plus, ce qu'à Dieu ne plaise, cette patiente était ou sa femme, ou sa fille, il serait bien malheureux en se souvenant des tristes histoires que l'Académie vient d'entendre, s'il pouvait se croire lié par la règle absolue qu'il aurait trop précipitamment posée.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler l'opinion que j'ai exprimée dès le début de cette discussion. Je persiste à penser qu'il eût été plus convenable que notre collègue M. Lenoir, en communiquant à l'Académie l'observation d'un cas intéressant de pratique obstétricale, ne demandât pas, pour cette communication, le privilége exceptionnel, et, dans l'espèce, le privilége impossible d'une déclaration de principes.

La communication de notre confrère, pour n'avoir pas obtenu le résultat qu'il avait espéré, n'en aura pas moins l'importance à laquelle elle pouvait prétendre. Accueillie par l'Académie et longuement discutée devant ce corps savant, elle devra, à la publicité qu'elle en aura reçue et à la discussion qu'elle aura provoquée, une valeur réelle, et elle restera un document précieux dont les accoucheurs pourront s'autoriser sans doute, mais dans les sages limites que la discussion a posées.

M. Cazeaux. Après avoir entendu M. P. Dubois, je ne pense plus à reprocher à M. le président d'avoir, malgré la clôture prononcée dans la dernière séance, accordé la parole à notre honorable collègue. Cette petite infraction nous a valu un discours trop important pour que j'aie le courage de m'en plaindre. Mais, puisque le bureau a permis à M. Dubois de rouvrir la discussion pour attaquer la seconde partie de mon rapport, l'Académie m'excusera de demander la parole pour répondre et le défendre.

Notre savant collègue M. Velpeau vient déjà de réfuter en quelques mots une des dernières propositions de M. Dubois, et comme lui nous avons tous été surpris d'entendre émettre cette singulière assertion : que la provocation de l'avortement était bien plus légitime dans les cas de vomissements opiniâtres que dans les cas de vice de conformation du bassin. Tout en reconnaissant ce qu'a de spécieux, sous ce rapport, l'argumentation de M. Dubois, car la mort à la suite des vomissements tue les deux individus, tandis que l'opération césarienne laisse au moins de grandes chances de sauver le fœtus; il n'en est pas moins vrai que la précision de diagnostic chez les femmes mal conformées, la perspective de l'hystérotomie et le succès presque certain de l'avortement, opposés à la difficulté du diagnostic et du pronostic dans les cas de vomissements, et l'insuccès probable de l'opération ne permettent pas de soutenir longtemps la proposition de notre collègue.

Mais j'ai hâte d'arriver à ce qui m'est personnel dans son argumentation; et comme il n'a fait que reproduire les arguments déjà employés par l'honorable M. Danyau, en les appuyant toutefois sur

un certain nombre de faits empruntés à sa propre pratique, l'Académie me pardonnera si la nécessité de répondre une seconde fois aux mêmes objections m'expose à quelques répétitions.

Pour repousser la pratique de l'avortement dans les cas de vomissements incoercibles, j'avais invoqué trois raisons principales :

1° La rareté de la mort à la suite de ces graves accidents;

2° La rareté des succès à la suite de l'opération ;

3° L'extrême difficulté d'en fixer le moment opportun.

La mort est très rare, ai-je dit, car la plupart des accoucheurs les plus répandus, les Mauriceau, Delamotte, Désormeaux, Burns, disent n'avoir jamais vu mourir une femme dans de semblables conditions. Les vomissements peuvent bien, disent-ils, produire l'avortement, mais jamais la mort. Eh bien ! que répond M. Dubois? Ces cas ne sont pas rares, car, en quinze ans, j'en ai vu une vingtaine. Certes, vingt cas, c'est bien quelque chose; mais quand on réfléchit à l'excessive fréquence des vomissements pendant la grossesse, quand on se souvient que M. Dubois exerce depuis longtemps à Paris, que, par sa position, il est presque toujours appelé dans toutes les consultations relatives aux maladies graves de la grossesse, qu'il est souvent consulté par les médecins de province, on est un peu moins étonné qu'une vingtaine de cas malheureux soient parvenus à sa connaissance ; et encore suis-je disposé à penser que, puisqu'avant ces quinze dernières années M. Dubois n'en avait pas rencontré, il y a là une de ces coïncidences de cas graves que les chirurgiens constatent souvent sans pouvoir les expliquer ; et peut-être notre collègue sera-t-il plusieurs années sans observer rien de semblable. Mais, quoi qu'il en soit, je maintiens que les faits cités par lui, rapprochés de la fréquence des vomissements, de la rareté des cas de mort observés par M. Moreau, qui pendant une pratique de quarante ans n'en a vu que trois, et des assertions de tous les autres observateurs, me permettent encore de pouvoir dire avec vérité que la mort est heureusement très rare.

D'ailleurs, ainsi que je l'ai déjà fait observer à M. Danyau, il est impossible que de pareils faits soient passés inaperçus ou méconnus ; et si les auteurs ont affirmé n'avoir pas observé de cas de mort, c'est que réellement aucune des femmes soumises à leurs soins n'a succombé.

J'ai dit, en second lieu, que l'avortement provoqué n'avait sauvé que très peu de femmes. Oh! sur ce point, je ne croyais pas vraiment que les faits de M. Dubois me donnassent aussi complétement raison. Vous avez entendu notre honorable collègue nous dire avec une franchise dunt je le félicite, car elle l'honore : « J'ai pratiqué cette opération sur quatre femmes, *une seule a survécu !!.....* » *Une seule!* messieurs, et si vous ajoutez un autre fait dans lequel j'avais refusé de pratiquer l'opération, et dans lequel elle fut pratiquée sur les conseils de M. Dubois, vous aurez pour sa pratique quatre morts sur cinq!..... Et vous me reprochez d'avoir dit que les succès étaient rares ; mais j'aurais dû dire extrêmement rares.

M. Dubois vous a rappelé les seuls faits qu'après de nombreuses et patientes recherches M Danyau avait empruntés à la pratique anglaise, américaine et allemande. Eh bien! je croirais faire injure à notre collègue en supposant qu'il a été moins heureux que les chirurgiens étrangers, et je serais certainement au-dessous de la vérité en supposant que, puisque M. Dubois n'a obtenu qu'une guérison sur 5 opérations, nos confrères d'outre-mer ont perdu également 4 femmes sur 5. Il en résulterait donc que ces 7 cas heureux permettent de croire que 28 femmes n'ont pas survécu. Et vous me reprochez de signaler la grande rareté des opérations heureuses, quand 28 femmes ont succombé sur 35! Mais quelle est donc l'opération chirurgicale qui donne de pareils résultats ?

Et maintenant, messieurs, il est une remarque très importante à faire : c'est que l'expectation donnerait certainement des résultats plus avantageux. Ne vous ai-je pas dit qu'en s'abstenant de toute intervention M. Moreau, en quarante ans, n'avait vu mourir que trois femmes ; que presque tous les accoucheurs s'accordent pour dire n'avoir vu jamais les vomissements avoir une terminaison fatale ? Ne vous ai-je pas cité des cas regardés comme désespérés par M. Dubois lui-même, guéris spontanément ? Avez-vous enfin oublié ces deux faits très curieux dans lesquels notre savant collègue lui-même avait conseillé l'avortement, et dans lesquels la science fut mise en défaut par la guérison spontanée des deux femmes, qui s'étaient refusées à l'opération? Je sais bien que tous ces faits peuvent être regardés comme exceptionnels, et qu'en chirurgie la guérison spontanée d'une lésion traumatique ne prouve rien contre l'opportunité de l'opération dans des cas semblables. J'ai déjà prouvé dans mon rapport que ce rapprochement était plus spécieux que solide, et je n'y reviendrai pas..... Mais la guérison à la suite de l'avortement provoqué est-elle donc moins exceptionnelle ? Consultons vos faits, et nous verrons que par cinq opérations vous avez guéri *une* malade, et que *deux* autres auxquelles vous vouliez la pratiquer ont guéri sans elle. Avais-je donc tort de dire que l'expectation offrait au moins autant de chances favorables que l'opération ?

Ces troubles digestifs et autres, dit M. Dubois, sont essentiellement liés à la grossesse. Je le crois comme lui ; mais ce n'est pas une raison pour qu'ils cessent complétement et toujours avec elle. Notre collègue a déjà cité un cas où les vomissements ont persisté après l'opération. J'ai dit que j'avais su qu'une semblable remarque avait été faite dans un autre cas.

A ce propos, notre collègue m'a reproché une inexactitude, et a dit avoir des détails qui la prouvent sans réplique.

J'affirme à M. Dubois que les détails transmis par moi à l'Académie m'ont été dunnés par écrit par le médecin que je trouvai avec le mari auprès de la malade, et je tiens cette lettre à sa disposition.

Mais qu'y a-t-il donc de si extraordinaire dans la persistance de ces vomissements ? Ce ne sont pas les seuls parmi les troubles sympathiques de la gestation qui persistent encore après l'accouchement. Je donne en ce moment des soins à une jeune dame qui salivait énormément pendant sa grossesse, et qui aujourd'hui encore, vingt jours après la délivrance, remplit deux grands bols de salive. On trouve plusieurs faits semblables dans les auteurs.

La cause de ces insuccès, dit M. Dubois, est dans le retard qu'on met à pratiquer l'opération. Cela est possible ; mais, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, toute la difficulté est là.....

M. Dubois lui-même n'a pas pu la dominer. Je le demande à tout médecin consciencieux, dans une maladie rarement mortelle, qui, dans l'immense majorité des cas, guérit le plus souvent spontanément avec ou sans avortement spontané, peut-on se résoudre à un avortement avant d'avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ; peut-on s'y résoudre surtout quand on se rappelle le peu de chances favorables offertes par l'opération ? Et s'il est difficile, impossible même, comme vous avez pu le voir par l'embarras de M. Dubois dans cette partie de son discours ; s'il est difficile de formuler sur le papier, à cet égard, quelques indications précises, qu'est-ce donc dans la pratique ? Les observations de notre collègue sont remplies de tâtonnements, d'hésitations ; et d'espérances en espérances, vous le voyez arriver à cette période de la maladie où il renonce à toute opération, ou la pratique sans succès.

Or, s'il hésite et tâtonne avec sa grande expérience, que fera le praticien qui voudra suivre les préceptes du maître ?

Pourquoi ces hésitations, si vous n'aviez pas affaire à une maladie dans laquelle tout est incertain, tout, diagnostic, pronostic et résultat du traitement ? Pourquoi, après nous avoir dit de ne pas trop attendre, nous dites-vous, un peu plus bas, de ne rien précipiter ?

Vous voyez donc bien que vous nous laissez dans le vague, dans l'incertitude : eh bien ! pour mui, quand il s'agit de l'avortement provoqué, c'est la négation de l'opération.

M. Cazeaux, a dit M. Dubois, serait moins sévère sur ce point s'il avait eu devant les yeux le triste spectacle de cette pauvre femme mourante et épuisée par le défaut de nutrition.

Je l'ai vu, monsieur, ce triste, cet affreux spectacle, et vous me rappelez une des plus cruelles soirées de ma vie ; et cependant, fort de ma conscience, convaincu que l'opération à l'aide de laquelle je tuerais le fœtus n'offrait pas à la mère plus de chances que l'expectation, j'ai attendu. Un autre confrère a été plus hardi que moi : Dieu me garde de blâmer en rien sa conduite, je sais trop ce que de semblables situations ont de pénible : la femme a succombé..... Je crois, et je m'empresse de le déclarer, qu'elle serait morte sans cela; mais j'ai remercié le ciel d'avoir eu le courage de me refuser à l'opération, car peut-être elle a hâté la terminaison fatale.

Je crois avuir répondu à la plupart des objections de notre collègue, et avoir le droit de maintenir intactes les conclusions du rapport.

Après quelques remarques de la part de divers membres, l'Académie adopte la conclusion dont nous avons donné le texte dans notre dernier numéro.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mars 1852. — Présidence de M. Piobert.

De l'Influence du système nerveux grand sympathique sur la chaleur animale.

M. Cl. Bernard lit un mémoire sur l'influence du grand sympathique sur la chaleur animale.

On sait par les travaux de quelques physiologistes, et particulièrement par ceux de MM. Flourens et Magendie, que les lésions des organes nerveux céphalo-rachidiens entraînent constamment le refroidissement total ou partiel de l'animal, suivant qu'on ne divise que les nerfs qui vont dans une partie limitée du corps ou qu'on atteint les centres nerveux eux-mêmes.

M. Bernard se propose de démontrer dans ce travail qu'en agissant sur le système nerveux ganglionaire du grand sympathique, on produit chez les animaux un phénomène inverse, c'est-à-dire une élévation de température très rapide et très facile à constater. Jusqu'à présent il n'a pu déterminer cette élévation de température que partiellement, soit sur un membre, soit sur la face ou sur une autre partie du corps.

Lorsque sur un animal mammifère, sur un chien, un chat, un cheval ou sur un lapin, on coupe dans la région majeure du cou le filet nerveux de communication qui existe entre le ganglion cervical inférieur et le ganglion cervical supérieur, ou qu'on enlève le ganglion cervical lui-même, on constate aussitôt que la calorification augmente dans tout le côté correspondant de la tête de l'animal. Cette élévation de température débute d'une manière instantanée et elle se développe si vite qu'en quelques minutes, dans certaines circonstances, on trouve entre les deux côtés de la tête une différence de température qui peut s'élever quelquefois jusqu'à 3 ou 4 degrés centigr. Cette différence de chaleur s'apprécie parfaitement à l'aide de la main, mais on la détermine plus convenablement en introduisant comparativement un petit thermomètre dans les narines ou dans le conduit auditif de l'animal. Cette différence de 3 à 4 degrés de température est remarquable comme différence de *calorification relative* entre les deux côtés de la face. Mais ensuite, si on compare la chaleur de l'oreille et de la narine (ainsi échauffées par suite de la section du nerf) à la chaleur du rectum ou des parties centrales du corps, le thorax ou l'abdomen, on voit qu'elle est à peu près la même. Toutefois, l'auteur a constaté assez souvent que la section du filet du nerf sympathique cervical chez le lapin élevait dans l'oreille correspondante la chaleur jusqu'à 40°, tandis que la température normale dans le rectum chez cet animal ne dépasse pas généralement 38 à 39° c.

Toute la partie de la tête qui s'échauffe après la section du nerf devient le siége d'une circulation sanguine plus active. Les artères surtout semblent plus pleines et paraissent battre plus fort; cela se voit très distinctement sur les vaisseaux de l'oreille chez le lapin. Mais les jours suivants, et quelquefois dès le lendemain, cette turgescence vasculaire a considérablement diminué ou même disparu, bien que la chaleur de la face de ce côté continue à être aussi développée que la veille.

Cette circonstance doit faire penser que l'élévation de température n'est pas uniquement un effet de l'activité plus grande dans la circulation sanguine. Du reste, en observant pendant longtemps les animaux qui présentent ce phénomène, M. Bernard n'a jamais vu après cette expérience survenir dans les parties plus chaudes aucun œdème ni aucun phénomène morbide qu'on puisse rattacher à ce qu'on appelle l'*inflammation*.

Il a voulu rechercher comment *le côté de la tête échauffé par la section du nerf sympathique* se comporterait, comparativement avec les autres parties du corps, si on venait à soumettre les animaux à de grandes variations de température ambiante. Un animal (un lapin auquel il avait pratiqué la section du nerf) fut placé dans une étuve, dans un milieu dont la température était au-dessus de celle du corps Le côté de la tête qui était déjà chaud ne le devint pas sensiblement davantage, tandis que la moitié opposée de la face s'échauffa, et bientôt il ne fut pas possible de distinguer le côté de la tête où le nerf sympathique avait été coupé, parce que toutes les parties du corps, en acquérant leur summum de caloricité, s'étaient mises en harmonie de température.

Les choses se passent tout autrement quand on refroidit l'animal en le plaçant dans un milieu ambiant dont la température est beaucoup au-dessous de celle de son corps. On voit alors que la partie de la tête correspondant au nerf sympathique coupé *résiste infiniment plus au froid* que celle du côté opposé, c'est-à-dire que le côté normal de la tête se refroidit et perd son calorique beaucoup plus vite que celui du côté opposé. De sorte qu'alors la désharmonie de température entre les deux moitiés de la tête devient de plus en plus évidente, et c'est dans cette circonstance qu'on constate une différence de température qui peut s'élever quelquefois jusqu'à 3° ou 4° centigr.

Ce phénomène singulier d'une plus grande résistance au froid s'accompagne aussi d'une sorte d'exaltation de la vitalité des parties, qui devient surtout très manifeste quand on fait mourir les animaux d'une manière lente, soit en les empoisonnant d'une certaine façon, soit en leur réséquant, par exemple, les deux nerfs pneumogastriques. A mesure que l'animal approche de l'agonie, la température baisse progressivement dans toutes les parties extérieures de son corps; mais on constate toujours que le côté de la tête où le nerf sympathique a été coupé offre une température relativement plus élevée; et quand la mort arrive, c'est ce côté de la face qui conserve le dernier des caractères de la vie; si bien qu'au moment où l'animal cesse de vivre, il peut arriver un instant où le côté normal de la tête présente déjà le froid et l'immobilité de la mort, tandis que l'autre moitié de la face, du côté du nerf sympathique coupé, est sensiblement plus chaude et offre encore ces espèces de mouvements involontaires qui dépendent d'une sensibilité sans conscience et auxquels on a donné le nom de *mouvements réflexes*.

En résumé cette expérience, qui contribuerait sans doute à éclairer les fonctions encore si mystérieuses du nerf grand sympathique prouve qu'on exerce une influence bien différente sur la chaleur animale quand on agit sur les nerfs du grand sympathique an lieu d'agir sur les nerfs de la moelle épinière.

Régénération des nerfs.

M. Valler (de Bonn) communique de *Nouvelles observations sur la régénération des nerfs*. Dans une précédente communication, l'auteur a établi qu'après la section d'un nerf de la langue de grenouille, pour que les functions se rétablissent dans le bout inférieur, il est nécessaire que toutes les fibres nerveuses anciennes soient enlevées, et qu'il s'y forme des fibres toutes nouvelles depuis le bout de la partie centrale jusqu'à l'extrémité périphérique.

Des expériences semblables sur les mammifères et les oiseaux lui ont démontré que la reproduction des fibres et le rétablissement des fonctions d'un nerf divisé s'accomplissent exactement de la même manière.

Si l'on divise un nerf vague sur un chien, au bout de douze jours on trouve que la partie inférieure du nerf est complétement désorganisée, que le contenu des fibres est tout converti en grains noirs ou en parcelles irrégulières et presque opaques. En même temps les tuyaux membraneux eux-mêmes sont en partie détruits, et la substance désorganisée qu'ils renferment se trouve éparse et répandue entre les tuyaux qui restent et recouverte par le névrilème.

Si l'on examine les mêmes parties au bout d'un mois, on les trouve dans un état tout différent. Presque toute la substance désorganisée a été enlevée et les tuyaux membraneux détruits. En même temps, on trouve en place des anciennes fibres des fibres toutes nouvelles possédant tous les caractères de jeunes fibres.

La régénération des fibres nerveuses du sympathique se fait exactement de la même manière que dans les autres nerfs, tant par rapport à la structure des fibres nouvelles qu'à l'époque de leur formation.

Le névrilème paraît jouer un rôle important dans la régénération des fibres nerveuses. Tandis que les parties nerveuses subissent toutes les altérations décrites, cette membrane reste encore intacte.

Influence du système nerveux sur les mouvements du cœur.

M. Jules Budge, de Bonn, adresse sous ce titre un mémoire où il expose les faits suivants :

Les nerfs pneumo-gastrique et grand sympathique sont tous deux capables, quand ils sont excités, d'accélérer les battements; mais on ne peut voir l'action de l'un que lorsque celle de l'autre a été annulée autant que possible. Pour arrêter l'action des deux nerfs, l'essentiel est d'empêcher l'influence des parties centrales. Pour le nerf pneumo-gastrique, la partie centrale est la moelle allongée; pour le nerf grand sympathique, la partie par laquelle le cœur est mis en mouvement est le reste de la moelle épinière. Tous les phénomènes que l'on peut observer en agissant sur les nerfs peuvent être produits avec la même précision en agissant sur ces parties.

L'auteur a également trouvé qu'on peut augmenter le nombre des battements du cœur par l'irritation du nerf grand sympathique.

Du bichromate de potasse comme antisyphilitique.

M. Ed. Robin communique de nouvelles observations de M. Vicente sur la constatation du pouvoir antisyphilitique du bichromate de potasse.

M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, continuera son cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants à dater du mois d'avril.

Visites tous les jours, à sept heures et demie.

Le jeudi, leçons et opérations de sept heures et demie à dix heures.

Consultations tous les jours, de huit à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.

Bulletin bibliographique.

Traité de toxicologie; par M. Orfila, professeur et ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, haut titulaire de l'Université, etc. — Cinquième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. — 2 très forts volumes in-8°, ensemble de 1,920 pages. Prix : 19 fr.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions sanguines chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires, de la chlorose et de l'anémie, de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte, des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc. ; par Louis Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société nationale de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'Ordre de Léopold de Belgique, l'un des auteurs du *Compendium de médecine pratique*. — Un vol. in-8°, avec planches lithographiées. Prix : 8 fr.

Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 41. — MARDI 6 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 41. — MARDI 6 AVRIL 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. De la monomanie homicide et de la folie intermittente au point de vue médico-légal. — HÔPITAL BEAUJON (M. Grisolle). Contracture idiopathique des extrémités. — Société de chirurgie, séance du 17 mars. — Sur les règles à suivre daos l'application du chloroforme. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 4 AVRIL 1852.

De la monomanie homicide

ET DE LA FOLIE INTERMITTENTE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

La justice vient de se trouver une fois encore en présence de ces doutes terribles qui doivent s'élever lorsque, la culpabilité matérielle d'un accusé étant démontrée, il reste à statuer sur la culpabilité morale, lorsqu'il faut faire l'application de l'article 64 du Code pénal, qui dit :

Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence *au temps de l'action*, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Une fois de plus aussi la justice vient de trahir ses incertitudes en prenant une de ces décisions mixtes qui ne seraient pas en rapport avec les sévérités de la loi si l'accusé était un accusé ordinaire, et qui ne sont pas des erreurs tout à fait irréparables dans le cas où l'accusé serait un innocent suivant l'esprit de la loi. Nos lecteurs devinent aisément que nous voulons parler de l'affaire Jobard, dont les journaux quotidiens ont retenti il y a quelques jours. Quatre médecins ont été appelés pour constater l'état mental de l'accusé; ce sont MM. les docteurs Gensoul, Gromier, Magaud et Tavernier.

M. Magaud a terminé son rapport par les conclusions suivantes :

« En résumé, si nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que cette passion (pour les femmes) a obscurci l'intelligence de Jobard en se combinant avec une instruction religieuse fausse, la responsabilité morale n'a pas disparu, elle a été seulement affaiblie. Nous croyons qu'il ne peut l'invoquer comme motif de justification, mais comme motif d'atténuation de la peine. »

MM. Gromier et Tavernier ont ainsi terminé le leur :

« 1° Au moment où le meurtre s'est accompli, Jobard était dans un état de démence (monomanie homicide, suicide);

» 2° Jobard ne peut être considéré comme responsable d'un acte qu'il a commis sans la participation de sa volonté;

» Mais comme ce genre de folie a des conséquences terribles, la société a le droit de le mettre dans l'impossibilité de lui nuire, en le renfermant d'une manière permanente dans une maison de santé. »

Enfin M. Gensoul, appelé par la chambre des mises en accusation, ajoute, après avoir répondu aux questions qu'on lui pose :

« Jobard était aliéné au moment où il a frappé madame Ricard;

» 2° La monomanie dont il était atteint est intermittente; elle est de la nature de celles dont le retour est d'autant plus à craindre qu'il est presque impossible d'en prévenir la cause. »

Nous ne pouvons reproduire en détail toutes les raisons que MM. Gromier et Tavernier ont développées dans un rapport des plus remarquables, et dans lequel ils nous paraissent avoir justifié de la manière la plus satisfaisante leurs conclusions et celles de M. Gensoul. Mais dans une lettre écrite à M. le professeur Orfila, M. Gromier résume ces raisons avec assez de précision pour que nos lecteurs puissent prendre une idée complète de ce qu'est le rapport tout entier. Nous nous bornons donc à publier cette lettre. — H. de Castelnau.

Le procès de Jobard vient de se terminer. Devant la décision suprême du jury, nous nous inclinons respectueusement. Notre délicatesse, qui nous avait fait un devoir de refuser toute espèce de communication sur cette affaire avant l'ouverture des débats, nous impose aujourd'hui la nécessité de suspendre toute publication nouvelle qui pourrait avoir le caractère apparent d'une protestation ou d'une réclame; notre rôle est fini et nous ne reutrerons pas dans la lice. Mais, comme notre rapport et nos dépositions appartiennent au domaine public, nous avons préféré les livrer nous-même à l'impression, afin qu'on ne pût en altérer ni l'esprit ni la lettre. C'est en mon nom personnel et en qualité de rapporteur que j'ai l'honneur de vous transmettre notre rapport. Je vous prie de vouloir bien l'examiner avec cette sévère impartialité qui caractérise tous vos travaux et de me faire l'honneur de me donner votre avis personnel, auquel j'attache le plus grand prix. Comme je désire que ma pensée sur cette question soit connue tout entière, permettez-moi de vous soumettre le plan de mon exposition aux débats et les nouvelles considérations que j'ai ajoutées au rapport.

Jobard s'est livré de bonne heure aux pratiques de l'onanisme et plus tard au commerce des femmes les plus abjectes. Il avait été imbu dès sa jeunesse d'idées religieuses dont il n'avait pas compris toute l'élévation. Ces deux causes, agissant parallèlement, ont développé le germe héréditaire qu'il portait en lui et déterminé l'explosion d'une maladie que nous avons caractérisée : *Monomanie homicide, suicide.*

La maladie une fois déclarée, nous avons dû négliger et perdre de vue ses causes pour concentrer notre attention sur le fait de la maladie, de la folie.

Or pourquoi avons-nous dit qu'il y avait folie?

1° A cause de la prédisposition héréditaire qui, à nos yeux, constituait une présomption;

2° A cause des hémorrhagies fréquentes qu'avait subies Jobard et qui augmentaient nos présomptions;

3° Enfin, la maladie se caractérise, comme toutes les affections mentales analogues, par une conception délirante, qui devient le point de départ de tous les actes ultérieurs;

4° Cette conception est une folie, parce qu'elle a détruit la sagacité comparative et le jugement;

5° Parce que tous les actes qui en découlent paraissent à Jobard la chose la plus naturelle du monde : il tue, et reste impassible; il tue, et son cœur ne bat pas une pulsation de plus; il tue, et sa figure ne s'altère pas, et sa voix est naturelle; il tue, et ne songe qu'à prier pour sa victime;

6° Mais si sa pensée s'élance au dehors du cercle de son délit, il retrouve au fond de son cœur le cri de sa conscience, et cet homme cruel, qui raconte de sang-froid les plus petites circonstances du meurtre, ne veut plus pour témoin que M. le juge d'instruction, lorsqu'il va faire la confidence de quelques légères soustractions commises au préjudice de M. Thiébaud, son patron.

7° C'est une folie qui a eu son paroxysme au moment fatal où Mme Ricard est tombée sous le poignard de l'insensé;

8° C'est une folie qui a laissé reparaître les premières lueurs de raison en face de la douleur profonde du mari et du corps inanimé de sa victime;

9° C'est une folie qui a eu son hallucination lorsque Mme Ricard est apparue vêtue d'une robe blanche, et qu'elle a dit à Jobard : « Il est heureux pour toi que je ne sois pas en enfer, car tu m'y aurais suivi, » ce qui l'a comblé de joie;

10° C'est une folie, parce qu'après s'être confessé il a retrouvé tout son bonheur, et qu'il croit qu'après l'accomplissement de sa pénitence tout sera oublié et pardonné pour lui;

11° Enfin c'est une folie, parce que six mois après le meurtre le côté gauche du corps est moins sensible que le côté droit, surtout par plaques isolées.

D'après ces faits, quelles conclusions devions-nous énoncer? Une seule était possible : réclamer pour l'insensé le bénéfice de la loi.

1° Jobard était en état de démence au moment où il accompli le meurtre;

2° Jobard ne peut être considéré comme responsable d'un acte qu'il a commis sans la participation de sa volonté;

3° Mais comme ce genre de folie a des conséquences terribles, la société a le droit de mettre Jobard dans l'impossibilité de lui nuire, en le renfermant d'une manière permanente dans une maison de santé.

Voici, monsieur et très vénéré maître, toute l'essence que j'ai pu extraire de cette grave et difficile question.

HOPITAL BEAUJON. — M. GRISOLLE.

Contracture idiopathique des extrémités.

Nous venons de voir dans nos salles un exemple de cette affection décrite en 1831 par Dance, sous le titre de *tétanos intermittent*, et à laquelle on donne maintenant le nom de *contracture idiopathique des extrémités*; dénomination qui nous semble plus convenable que celles qui ont successivement été proposées, en ce qu'elle ne préjuge rien sur la nature encore inconnue de la maladie, et qu'elle dépeint parfaitement son principal symptôme, celui qui la caractérise.

A l'observation prise à l'hôpital Beaujon, j'en joindrai une autre que j'ai recueillie à l'hôpital Saint-Antoine en 1849, également dans le service de M. Grisolle, alors médecin de cet établissement.

OBS. I. — Au n° 26 de la salle Laënnec, à l'hôpital Beaujon, est couché le nommé Galeyne (Bernard), âgé de soixante ans, cordonnier, né en Belgique.

Cet homme est entré dans notre service le 15 mars 1852. Il parle très difficilement français, et c'est à grand'peine que nous avons pu nous procurer quelques renseignements sur ses antécédents.

D'une constitution médiocrement forte, il a été habituellement bien portant; il n'a point eu de maladie de longue durée, et n'a jamais rien présenté d'insolite du côté des centres nerveux. A aucune époque de sa vie il n'a eu ni contracture, ni mouvements convulsifs. Naturellement enclin à l'abus des liqueurs fortes, il ne paraît pas que ses écarts de régime aient été plus répétés dans ces derniers temps. Il n'a été soumis non plus ni à des excès de travail, ni à des refroidissements.

Il y a huit ou dix jours, il s'aperçut que ses doigts étaient roides et gênés dans leurs mouvements; il éprouva en même temps quelques douleurs lancinantes à l'avant-bras et dans les mains, avec des intermittences assez marquées; pouvant un jour continuer encore son travail, tandis que le lendemain il était obligé d'y renoncer; il n'accusait alors d'autre malaise qu'une très légère céphalalgie. Lors de son entrée à l'hôpital, le 15 mars, nous constatons l'état suivant :

Les doigts des deux mains sont rapprochés entre eux et fortement fléchis vers la face palmaire. Le pouce est appliqué contre elle et recouvert par l'index et par le médius. Il faut un effort considérable pour rendre aux doigts leur position première, et encore ne le fait-on que très imparfaitement, et non sans faire éprouver au malade des douleurs assez vives. D'ailleurs, à peine abandonne-t-on les doigts à eux-mêmes, qu'ils reprennent aussitôt leur position première par un mouvement assez lent et graduel. La main est également fléchie sur l'avant-bras. L'articulation radio-carpienne n'est pas douloureuse. Il n'existe aucune trace de rougeur et de gonflement ni à son niveau, ni sur les articulations des doigts. A l'avant-bras, les fléchisseurs offrent la résistance, la dureté qu'ont les muscles pendant une contraction violente et continue. Leurs tendons forment intérieurement une espèce de corde roide, résistante, faisant un relief très marqué sous la peau; ils sont le siége d'élancements et de tiraillements pénibles, et la pression sur eux est un peu douloureuse. L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras. Le biceps brachial est lui-même assez fortement tendu; néanmoins, l'extension de l'avaut-bras sur le bras se fait encore assez facilement et presque sans douleur. Rien n'est à noter dans les articulations du coude et de l'épaule.

Les deux membres supérieurs, affectés au même degré, offrent identiquement les mêmes phénomènes. Il ne paraît pas que la malade éprouve des fourmillements dans les membres contracturés; la sensibilité semble être intacte partout. Il n'y a rien à noter dans les autres muscles du corps. Sous tous les autres rapports, la santé est parfaite; il n'y a ni chaleur ni fréquence du pouls. L'appétit est conservé, l'intelligence est intacte; il n'existe pas même de céphalalgie, et le malade dort paisiblement toute la nuit.

Le 16, à la visite, on soumet le malade aux inhalations de chloroforme; il ne tarde pas à s'endormir, et, après une première période d'excitation pendant laquelle la contracture augmente, on voit bientôt les muscles se détendre et toutes les parties malades reprendre presque entièrement leur souplesse et leur position normales. Cette sorte de détente persiste pendant plusieurs heures. Cependant, dans le courant de la journée, les doigts se fléchissent de nouveau; mais le degré de contracture est moindre pourtant que ce matin. A la visite du soir, on étend les doigts assez facilement et presque sans douleur pour le malade.

Le 17, la contracture étant à peu près au même degré que la veille, on fait une nouvelle inhalation de chloroforme. La contracture cesse encore rapidement sous l'influence de l'agent anesthésique, et les mêmes phénomènes que ci-dessus se reproduisent. L'effet produit dure seulement plus longtemps. Le soir, on s'assure que les doigts sont bien moins contracturés que la veille; le malade peut les remuer un peu. Cependant, les fléchisseurs forment toujours à l'avant-bras une corde roide et tendue. Le biceps étant toujours dur et saillant sous la peau, on soumet de nouveau le malade à l'action du chloroforme, qui amène à l'instant une résolution complète et assez persistante.

Le 18, la contracture a notablement diminué; les doigts sont à moitié fléchis vers la paume de la main et un peu écartés les uns des autres; le pouce est moins déjeté en dedans; on les étend facilement et sans causer de douleurs vives. Mais ils ne tardent pas à se fléchir de nouveau. Le malade pourtant peut lui-même leur faire exécuter quelques mouvements d'extension. Sous l'influence d'une inhalation nouvelle de chloroforme, toute contracture cesse aussitôt, et au réveil le malade se sert assez bien de ses doigts pour pouvoir prendre un verre et boire. Mais, la contracture ayant reparu encore dans la journée, le malade est soumis à la visite du soir à une nouvelle chloroformisation, qui agit exactement comme les précédentes.

Le 19, pour remédier à une faible contracture qui persiste, le chloroforme est inhalé pour la dernière fois. Dès ce moment, le malade reprend l'usage de ses mains, qui pourtant conservent encore un peu de roideur et de gêne. Les muscles ne sont plus durs, mais seulement un peu rénitents.

Le 20, le malade remue très facilement les doigts et s'en sert pour tous les usages.

Les 21, 22, 23, la guérison se confirme et la sortie est prescrite le 24.

Obs. II. — Salle Sainte-Marie, n° 13, hôpital Saint-Antoine. Dumoulin (Elisa), âgée de trente-trois ans, couturière, d'une bonne santé habituelle, quoique soumise à de mauvaises conditions hygiéniques, était entrée dans nos salles pour des symptômes de choléra assez légers le 1er avril 1849. Elle était en pleine convalescence et était sur le point de sortir, lorsqu'elle fut tout à coup réveillée le 10, au milieu de la nuit, par des fourmillements qui lui parcourent les bras et les jambes. Bientôt ses doigts se roidissent, et il lui devient absolument impossible d'étendre l'avant-bras ; l'articulation du coude est roide et l'avant-bras est fléchi sur le bras d'une manière continue.

A la visite du 10 avril, nous trouvons les doigts de l'une et l'autre main très rapprochés, fortement fléchis, et les ongles ayant imprimé un sillon profond sur la face palmaire. La main est également fléchie sur l'avant-bras, et celui-ci l'est sur le bras. Tous les muscles fléchisseurs de cette région sont durs ; on ne peut étendre complètement ni l'avant-bras, ni les mains, ni les doigts. Cette manœuvre d'ailleurs réveille des douleurs vives et des tiraillements dans les muscles contractés. Rien de semblable n'existe vers les membres inférieurs. La figure exprime l'anxiété ; la malade n'accuse pas de céphalalgie ; le pouls est calme ; il n'y a nul trouble à noter du côté des organes digestifs, si ce n'est de l'anorexie. On prescrit 1 gramme d'ipécacuanha, qui produit plusieurs vomissements et selles.

Le 11, même état des membres supérieurs ; la roideur des doigts est peut-être même augmentée. La malade y éprouve des fourmillements, et la sensibilité est un peu obtuse à la pulpe. Les mollets sont durs, rénitents ; les orteils sont roides ; le pouls bat 120 par minute ; la chaleur est halitueuse ; l'intelligence est intacte. — 20 centigrammes d'opium en quatre pilules, à prendre toutes les six heures.

Le 12, il y a une légère amélioration ; le pouls est descendu à 92 ; la roideur est moindre dans les doigts, les muscles des bras et ceux des jambes sont un peu moins tendus ; néanmoins la contracture persiste encore à un degré assez marqué. Les sueurs ont été abondantes. On prescrit de nouveau 20 centigrammes d'opium.

Le 13, la contracture est plus forte que jamais ; elle est survenue subitement dans la matinée ; elle occupe les fléchisseurs de la main, des doigts et de l'avant-bras, ainsi que ceux des orteils. Les premiers présentent d'une manière continue des tressaillements fibrillaires, dont la malade n'a point conscience. La sensibilité est intacte. La malade éprouve un sentiment pénible d'oppression, d'étouffement ; elle a 32 respirations par minute ; 126 pulsations ; les sueurs continuent à être abondantes. La figure est animée, mais il n'y a pas de céphalalgie ni de douleurs lombaires ; il y a anorexie, mais point d'autre trouble dans les organes digestifs.—On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine à prendre en trois fois.

Le 14, un changement favorable est survenu dans l'état de la malade. Le pouls est tombé à 72 ; la respiration est libre ; sauf une légère roideur des membres supérieurs, toute trace de contracture a disparu. On continue la même dose de quinine.

Le 15, la guérison est complète ; la malade sort le 28 sans avoir éprouvé de rechute.

Ces deux faits nous paraissent deux observations bien tranchées de contracture idiopathique des extrémités. Dans les deux cas, l'affection est survenue pour la première fois sans que les malades aient jamais eu auparavant rien de semblable ; on n'a pu constater l'intervention d'aucune cause déterminante appréciable. Il est à remarquer que ces deux observations viendraient à l'appui de l'opinion de Murdoch, qui a attribué aux professions de couturière et de cordonnier une influence marquée sur la production de la contracture. L'âge de l'un de nos malades (soixante ans) doit être noté également comme une circonstance insolite, l'enfance et l'âge adulte ayant en effet prédominé dans les cas observés jusqu'à ce jour.

Nos deux observations sont des exemples de deux formes un peu différentes de la même affection ; en effet, le début, les symptômes et la marche de la maladie n'ont pas été exactement les mêmes dans les deux cas. Chez le premier malade, la contracture a débuté lentement, et il y a eu des prodromes pendant quelques jours. C'est, du reste, ainsi que les choses se passent le plus souvent, puisque dans la presque totalité des observations publiées jusqu'à ce jour on a noté des phénomènes précurseurs. Chez la malade de la seconde observation, le début, par contre, a été brusque, circonstance rare, puisque sur 25 à 30 cas M. Grisolle ne l'avait encore noté qu'une seule fois.

On n'est pas fixé sur le meilleur traitement à suivre dans la contracture idiopathique. Il semblerait *à priori* que les bains, que les sédatifs, que les antispasmodiques dussent réussir souvent ; or il n'en est rien, M. Grisolle les a vus échouer presque toujours. Chez notre second malade, l'opium à la dose de 20 centigrammes par jour n'a produit aucune amélioration. En pareil cas, quelques personnes ont eu recours à une médication perturbatrice. L'émétique ou l'ipécacuanha administrés à dose vomitive ont souvent amené une détente. Ce moyen a échoué pourtant chez la malade de la seconde observation ; mais l'administration du sulfate de quinine a semblé enrayer les accidents d'une manière merveilleuse. Ce ne fut pas tout à fait empiriquement que ce remède fut donné, mais on le crut indiqué en raison d'un certain degré de rémittence dans les accidents. Le premier malade prouve le parti avantageux qu'on peut tirer des inhalations de chloroforme dans le traitement des contractures idiopathiques. M. Grisolle, dans la quatrième édition de sa *Pathologie*, les avait recommandées ; mais ce fait est, si je ne me trompe, le premier dans lequel la méthode anesthésique ait été employée. Mon ancien collègue et ami le docteur Prévost, aujourd'hui médecin à Alençon, ne cite aucune tentative de ce genre dans l'excellente thèse où il a si complétement et si judicieusement apprécié la valeur de l'éthérisme.

Pour que l'éthérisation soit utile dans le traitement de la contracture, il faut, ainsi que M. Grisolle le conseille, pousser l'opération jusqu'à ce qu'on ait produit la résolution des membres, car si on s'arrêtait trop tôt, on augmenterait plus tôt la roideur musculaire. Nous croyons aussi qu'une autre condition de succès est de répéter l'opération plusieurs fois par jour, suivant le plus ou moins de violence de la maladie, mais en observant toutefois les règles de prudence qui sont recommandées pour l'éthérisation.

Géry,
Interne à l'hôpital Beaujon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mars 1852. — Présidence de M. Larrey.

M. Chassaignac présente deux malades atteintes, l'une de fistule lacrymale, l'autre de fracture spontanée de l'humérus.

Fistule lacrymale.

La première malade offre un exemple de cette variété de fistules lacrymales qui ne peuvent guérir que par l'autoplastie. L'incurabilité de ces fistules par d'autres moyens que par l'autoplastie est d'autant plus regrettable qu'elles sont quelquefois, et c'est précisément ce qui a lieu dans le cas particulier, constituées par un pertuis à peine visible, d'où suinte de temps à autre une gouttelette de liquide d'une transparence parfaite. Ce qui caractérise ces fistules, c'est, d'un côté, la perte de substance des téguments, et, d'autre part, l'excessif amincissement des tissus qui forment la marge de la fistule, ainsi que leur adhérence aux tissus osseux. Chez cette femme, l'adhérence aux os n'est pas douteuse ; on la reconnaît à la dépression profonde de l'orifice fistuleux, à son immobilité absolue pendant les mouvements qu'on imprime aux téguments circonvoisins, et enfin au contact presque immédiat d'une surface osseuse quand on presse sur l'orifice fistuleux.

Fracture spontanée de l'humérus.

La seconde malade est une femme de vingt-huit ans, chez laquelle est survenue une fracture spontanée de l'humérus droit dans la période de dessiccation d'une variole confluente. Au moment où la malade s'appuyait sur son lit, l'humérus s'est fracturé à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur. Les deux tiers inférieurs présentaient, au moment où l'on examina la fracture, un accroissement de moitié dans les diamètres de l'os. Celui-ci était excessivement douloureux à la pression. Un appareil à attelles est appliqué. Quelques jours après un abcès considérable se forma à la partie supérieure et interne du bras. Toutes ces circonstances n'empêchent pas la consolidation de s'effectuer, et aujourd'hui elle paraît complète.

L'impossibilité où l'on s'est trouvé de rattacher cette fracture aux causes ordinaires des fractures spontanées, à savoir : les hydatides, le cancer, l'ostéomalaxie, les affections syphilitiques des os, les tubercules, etc., a conduit à penser que l'influence de l'infection varioleuse n'y était point étrangère. Ce serait alors un fait à peu près unique dans la science ; car nous n'avons pas vu que la variole ait jamais été considérée comme cause de fracture.

Suivant la remarque de M. Marjolin, il y a eu chez cette malade des abcès multiples à la suite de cette variole.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Fragments historiques et médicaux sur l'hôtel national des Invalides* ; par M. le docteur Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides,

2° Une lettre du même, à l'occasion du compte-rendu de la dernière séance.

Douleurs des amputés.

« Monsieur le président,

» Le compte-rendu de la séance du 10 de ce mois de la Société de chirurgie, que je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de ce jour, contient une erreur de M. le docteur Boinet qu'il m'importe de rectifier.

» Notre honorable confrère croit que j'ai voulu démontrer, dans un travail publié en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*, que les douleurs des amputés sont toujours le résultat d'altérations pathologiques de l'extrémité des os ou des nerfs. Telle n'a jamais été ma pensée.

» Le travail dont il est ici question est le résumé d'une lecture que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie le 4 novembre dernier. Mon mémoire a été renvoyé à une commission dont M. le professeur Bérard est le rapporteur. Rien, dans ce mémoire, ne justifie le dire de M. Boinet. Lorsque M. le rapporteur rendra compte de ce modeste travail, on pourra s'en convaincre. Il y est établi, au contraire, que je reconnais différentes causes de douleurs, et M. le professeur Larrey les a déduites dans ce qu'il a ajouté à la communication de M. Boinet.

» Dès le commencement de mon travail, j'ai reconnu que certaines douleurs sont dues à la névrite, à l'artérite, à la névrose, à l'ostéomyélite, etc. Ce ne sont pas celles-là, ai-je dit, qui sont le sujet de mon mémoire. Celles dont je m'occupe sont tout à fait distinctes des précédentes.

» S'il m'était permis d'entrer dans de plus grands détails, notre estimable confrère verrait qu'il n'a pas tout à fait saisi le sens de mes paroles ; mais le rapport de M. Bérard n'étant pas encore fait, je dois me tenir dans les termes d'une entière réserve. Je puis cependant rappeler encore ici le passage du compte-rendu inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* :

« Je me crois donc autorisé à regarder ces lésions (des nerfs et » des os) comme des causes très prochaines du mal, sans dire » qu'elles soient les seules. »

» Je tiens trop à l'opinion de MM. les membres de la Société pour ne pas vous prier, monsieur le président, de rectifier ce que M. le docteur Boinet, trompé lui-même par une fausse appréciation, aurait pu laisser d'incertain sur des opinions qui seraient par trop exclusives, et par conséquent erronées ; et je prie mon très estimé confrère de croire, au contraire, que je reconnais comme lui que beaucoup de douleurs, chez les amputés, tiennent à d'autres causes que celles auxquelles il a fait allusion.

» Agréez, etc. *Le chirurgien en chef des Invalides,*

« Hutin. »

M. Boinet. Je pensais n'avoir pas commis d'erreur pour ce qui regarde l'opinion de notre honorable confrère M. Hutin sur les douleurs des amputés, puisque, dans la *Gazette des Hôpitaux*, où se trouve le compte-rendu du mémoire de M. Hutin sur ce sujet, il n'est nullement question de l'inflammation des nerfs comme cause des douleurs chez les amputés ; et c'est ce que j'ai dit. M. le docteur Hutin écrit qu'il a consigné cette cause dans son mémoire ; je n'en doute pas ; mais comme ce mémoire n'est pas encore publié, et qu'il nous est inconnu, je ne pouvais par conséquent le citer, et ne pouvais parler que de ce qui avait été publié : ce qui d'ailleurs m'engageait encore à m'exprimer d'une manière aussi positive, et à me faire croire que notre confrère pouvait bien n'avoir pas admis cette cause, c'est que tous nos auteurs modernes n'en disent mot, pas plus nos dictionnaires que nos ouvrages de chirurgie ; et comme dans les cas que je montrais à la Société je ne trouvais aucune des causes signalées par tous les chirurgiens, et que cependant il existait des douleurs atroces, j'en concluais, et avec raison je crois, que la cause la plus fréquente des douleurs chez les amputés est surtout la névrite.

— M. Chassaignac communique à la Société deux procédés opératoires qu'il a récemment mis en pratique à l'hôpital St-Antoine.

Tumeurs sous-cutanées mobiles.

Le premier, qui a pour objet l'ablation des tumeurs sous-cutanées mobiles, comprend deux temps :

1° Une incision dans laquelle on ne doit diviser que la peau sans intéresser les parois du kyste, ce qui exige parfois des précautions particulières, comme l'introduction d'une sonde cannelée à travers une ponction préalablement faite sur un des côtés de la tumeur ;

2° La formation d'un pédicule à la tumeur. Pour constituer ce pédicule, dans les cas où la tumeur est sessile, une pince à polypes ou tout autre instrument à baguettes saisit la tumeur de manière à la détacher des parties profondes. On passe ensuite en deçà de la pince un cordonnet de soie un peu gros, auquel on fait former un nœud simple, sur les deux chefs duquel on exerce un forte traction qui devient très promptement expulsive de la tumeur ; expulsion qui a lieu sans arrachement brusque, mais par la méthode à *tergo*.

Deux malades portant, l'un un kyste sébacé de la face, l'autre un kyste mélicérique du cuir chevelu, ont été soumis à ce mode opératoire, qui a très bien réussi comme exécution immédiate.

Déviations de la sous-cloison nasale.

L'autre procédé est relatif aux déviations du bord inférieur du cartilage de la cloison nasale dans le point correspondant à ce qu'on appelle la sous-cloison du nez. Cette déviation consiste en ce qu'au lieu de se terminer par un bord rectiligne, le cartilage se recourbe de manière à former dans l'une des narines une sorte de bec cartilagineux.

Dans un premier temps on divise longitudinalement la peau de la sous-cloison, et l'on arrive jusqu'au cartilage.

Le second temps consiste à décoller la muqueuse qui recouvre le bec cartilagineux. Celui-ci mis à découvert est réséqué. Après quoi on réunit la petite plaie par trois points de suture entrecoupée.

M. Guersant demande si le moyen proposé par M. Chassaignac a l'avantage de prévenir les érysipèles, qui sont si fréquemment la suite des opérations de ce genre ; car, suivant lui, ce sont là les accidents qu'il faudrait tâcher de prévenir, et toutes les recherches doivent tendre vers ce but.

Cancroïde de la face.

M. Robert lit un rapport sur un travail de M. le professeur Sédillot, intitulé :

Cancroïde datant de vingt-deux ans. Destruction de la totalité de la lèvre supérieure, de l'aile gauche du nez ; de la moitié de la cloison sous-nasale du quart de l'aile droite du nez, d'une portion de la joue gauche, et de toute la paroi antérieure de l'arcade dentaire supérieure. Cheiloplastie par mon procédé à double lambeau de la méthode indienne. Résection partielle du maxillaire supérieur. Guérison.

Les conclusions de la commission sont les suivantes ;

1° Renvoi du travail de M. Sédillot au comité de publication :

2° L'admission de M. Sédillot comme membre correspondant.

M. Chassaignac demande dans quel état étaient les dents incisives avant l'opération, et ce qui s'est passé depuis. Dans un cas analogue, à la suite d'une gangrène qui avait détruit une partie des lèvres et des joues, il a vu les dents incisives entièrement découvertes ; elles n'étaient plus enchâssées que par la partie profonde, toute la racine en avant était à nu ; malgré cette dénudation, elles se sont conservées.

M. Larrey cite un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Chassaignac.

Un soldat du train des équipages, nommé Dupuy, entré au service en 1846, et malade au Val-de-Grâce depuis trois ans, a offert successivement divers symptômes de la diathèse scrofuleuse la plus caractérisée : engorgement spontané des ganglions cervicaux, abcès froids multiples, ulcérations fistuleuses de la tête, de la poitrine et des membres ; otorrhée double, et enfin estyomène de la face fixé à la lèvre supérieure, qui a été peu à peu envahie, rongée, détruite en totalité. L'ulcération profonde, après avoir dénudé l'arcade alvéolaire dans toute l'étendue correspondante, en a détaché les dents incisives et canines, en même temps qu'elle a emporté la sous-cloison nasale et perforé la voûte palatine. Cette affection grave n'a rien offert dans ses antécédents ni dans ses symptômes qui pût s'appliquer soit au cancer, soit à la syphilis. Tous les traitements réputés les plus rationnels ont été successivement essayés ; mais en vain, et les conditions tant générales que locales ne permettent pas même de tenter la cheiloplastie.

La discussion sur le travail de M. Sédillot étant terminée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. On procède ensuite à l'élection.

M. le président annonce que M. Sédillot est nommé membre correspondant à l'unanimité.

Névromes.

M. Lebert termine la lecture de son rapport sur le travail de M. Houel sur les névromes. Ce rapport, qu'on pourrait presque regarder comme une monographie sur les névromes, comprend, outre l'historique de tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur cette matière, des rapprochements qui prouvent combien il y a de variétés de symptômes dans ce genre d'affection. M. Lebert a, en outre, cherché à rendre compte de la pathogénie du névrome.

En terminant son rapport, M. Lebert propose au nom de la commission :

1° Le renvoi du travail de M. Houel au comité de publication ;

2° L'admission de M. Houel comme membre de la Société.

M. Giraldès aurait désiré que M. Lebert ne fît pas entrer dans son rapport un cadre symptomatologique, par la raison que les éléments que la science possède aujourd'hui sont incomplets et même inexacts.

C'est ainsi que, d'après quelques-unes des observations citées dans le rapport, il attribue la paralysie des membres inférieurs à la présence de névromes dans les racines des nerfs rachidiens. Or dans une des observations, celle de M. Serres, toutes les racines des nerfs rachidiens étaient le siége d'un ou plusieurs névromes, et cependant aucune modification dans les fonctions de la sensibilité et de la musculation n'avait été observée peudant la vie. Ce malade étant mort d'une fièvre typhoïde à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Piedagnel, il a été facile de se procurer des renseignements précis. Lorsque l'observation du malade de M. Serres fut communiquée à l'Académie des sciences, la dissection n'était pas terminée et les renseignements n'étaient pas encore réunis. Dans cet état, l'observation laissait donc beaucoup de lacunes à combler.

M. Giraldès termine sa remarque en disant que, de tous les cas connus, celui de M. Serres est peut-être le plus intéressant. En effet, chez ce malade il y avait des névromes dans le grand sympathique, dans les nerfs des mouvements, dans ceux affectés à la sensibilité générale; les nerfs cutanés et les rameaux musculaires contenaient également de ces tumeurs.

M. Maisonneuve demande si M. Giraldès a publié l'observation, car il est d'une grande importance qu'elle soit bien connue.

Tumeur fibreuse sessile intra-utérine enlevée peu de temps après un accouchement.

Il y a peu de temps, M. Huguier, en montrant à la Société la tumeur qu'il avait enlevée le matin, avait donné quelques détails, se réservant de les compléter; aujourd'hui il présente l'utérus de cette malade et communique en même temps l'observation.

Le 10 février est entrée à l'hôpital Beaujon une nommée Hontémely (Louise-Joséphine), âgée de vingt-six ans, lingère, d'une faible constitution. Cette femme est accouchée, il y a onze ans, d'un enfant qui est aujourd'hui bien portant.

Depuis quatre ans environ, elle éprouve des tiraillements incommodes dans le bas-ventre et se plaint de pesanteurs à la partie supérieure des cuisses; ses règles pendant tout ce temps restent régulières; mais, au milieu de leur écoulement, la malade constate qu'elles s'arrêtent quelquefois tout à coup; puis, après un intervalle plus ou moins long, soit à l'occasion d'une marche forcée ou d'une station verticale trop prolongée, elle sent tomber des organes sexuels une masse plus ou moins considérable de sang coagulé. Malgré ces troubles des fonctions des organes sexuels, la malade devint enceinte; après sept mois environ de grossesse, elle éprouva les douleurs de l'enfantement; alors elle entra à la Maternité pour y accoucher. Le fœtus dont elle accoucha paraissait avoir cinq mois; ce fut au moins l'avis des sages-femmes qui l'accouchèrent et de MM. Danyau et Dubois, qui lui prodiguèrent leurs soins, quoique la malade certifiât qu'elle était enceinte de près de sept mois : cette assertion de sa part est basée sur les faits qu'elle allègue. Elle assure même qu'elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis cette époque; de plus, elle se rappelle qu'un mois environ avant d'entrer à la Maternité, en portant un fardean (paquet de linge), elle éprouva une douleur assez vive dans le bas-ventre, ce qui lui fit supposer qu'elle s'était blessée. A partir de ce moment, elle sentit comme un corps inerte ballotter dans l'abdomen. Les seins et le ventre s'affaissèrent, et la malade se plaignit jusqu'à son entrée à l'hôpital d'un malaise continuel.

L'accouchement eut lieu le 25 janvier; la malade éprouva de très grandes douleurs; cependant les sages-femmes de la Maternité la délivrèrent sans grandes difficultés.

MM. Dubois et Danyau, après avoir vu la malade, reconnurent la tumeur et en précisèrent le siége.

Le lendemain de l'accouchement, la malade fut prise de diarrhée et sortit sur sa demande de la Maternité huit jours après avoir été délivrée. Elle resta quelques jours chez elle, puis enfin elle se présenta dans nos salles le 10 février.

La physionomie est profondément altérée; le pouls est petit, fréquent; la langue fuligineuse et sèche; elle nous fait part de quelques-uns de ses antécédents, qui mettent sur la voie du diagnostic porté à la Maternité; de plus, elle répand autour d'elle une forte odeur gangréneuse.

Comme la malade n'a pu uriner depuis fort longtemps et qu'elle présente à la région hypogastrique une tumeur résistante assez régulière, on commence par la sonder pour parer aux accidents de la rétention et aussi pour offrir un champ plus libre à l'exploration des parties génitales.

En explorant le vagin, on découvre une tumeur énorme qui comprime d'arrière en avant le canal de l'urètre; ainsi se trouvent expliquées la douleur dans la miction et la difficulté de cette fonction. Cette tumeur empêche le doigt explorateur d'arriver au cul-de-sac vagino-utérin en avant et sur le côté; cependant, en portant la main dans le vagin, le doigt explorateur peut pénétrer dans le col utérin entre la paroi postérieure de ce col et la base de la tumeur. C'était par cet orifice que l'accouchement s'était fait.

Quelle était la nature de cette tumeur?

M. Huguier reconnut qu'il n'avait point affaire à un débris de placenta; il faut dire que le diagnostic de MM. Dubois et Danyau l'avait aidé dans cette circonstance.

Il procéda le matin même à l'ablation des parties ramollies et gangrenées de la portion inférieure de la tumeur; il eût même enlevé la totalité de la masse s'il eût eu les instruments nécessaires; le soir, à cinq heures, il acheva l'opération.

La mollesse de la tumeur, sa composition formée de petites tumeurs secondaires séparées les unes des autres par du tissu cellulaire enflammé, ramolli, firent que le chirurgien ne put attirer au dehors toute la masse de la tumeur; afin d'en couper la base, il se vit dans la nécessité de la morceler pour l'enlever.

La tumeur fut totalement détachée après avoir été divisée en huit fragments. On reconnut alors que sa base s'insérait sur toute la face utérine de la paroi antérieure du col et sur les côtés, qu'elle présentait un diamètre de 8 centimètres environ et une circonférence de 24 centimètres.

On ne vit point survenir d'hémorrhagie ni pendant ni après l'opération; jusqu'au soir, le pouls reste à 120 pulsations; état subcomateux, douleurs dans le côté droit.

Le 11 février, la malade est tranquille; 64 pulsations; les douleurs dans le côté droit ont disparu.

Le 12, vers le soir, le pouls monte à 110 pulsations; les joues sont colorées; légère insomnie pendant la nuit.

Le 13, frissons avec claquements de dents; insensibilité du ventre, 99 pulsations.

Le 14, apparition d'un érysipèle à la partie externe et supérieure de la cuisse droite; le pouls est à 82 pulsations; insensibilité du ventre.

Le 15, l'érysipèle augmente; 84 pulsations; le ventre un peu sensible.

Le 16, l'érysipèle semble gagner le flanc droit; 96 pulsations; le ventre redevient insensible.

Le 17, frissons légers pendant le jour, diarrhée la nuit; 92 pulsations.

Le 18, la malade a la langue molle; elle répond gaîment aux questions qu'on lui adresse; le pouls est à 64 pulsations; l'érysipèle s'avance du flanc droit vers le dos; il s'écoule par le col utérin une certaine quantité de pus crémeux, jaunâtre, épais; l'utérus est remonté à sa position normale; le col est assez élevé : on peut introduire le doigt dans sa cavité; on ne sent plus aucune trace de la tumeur; on ne peut même pas préciser quel était le siége de son insertion.

Le 19, la malade est bien; son ventre n'est pas ballonné, son pouls présente 70 pulsations; le pus qui s'écoule des organes génitaux fait venir de légères excoriations à la partie supérieure des cuisses.

Le 20, la malade est dans le même état que le jour précédent; la paroi postérieure du vagin est rouge; le pus s'écoule toujours des organes génitaux.

Le 21, le mieux continue.

Le 22, frissons dans la journée; deux vomissements bilieux; 76 pulsations pendant le jour, 100 pulsations le soir.

Le 23, le ventre est un peu douloureux à la pression; frissons pendant le jour à deux reprises différentes.

Le 24, l'érysipèle a gagné le dos; légers frissons pendant le jour; la respiration est accélérée; le pouls est petit et fréquent.

Le 25, vomissements opiniâtres pendant la nuit; respiration difficile, pouls à 100 pulsations. Le ventre n'est pas douloureux; la malade se plaint de son érysipèle du dos, qui commence à gagner la partie postérieure du cou; application d'un vésicatoire sur l'épigastre, frictions avec l'onguent napolitain sur toutes les parties envahies par l'inflammation.

Le 26, affaissement de la malade; l'érysipèle a gagné le cuir chevelu; râle sous-crépitant du poumon droit; l'auscultation ne découvre rien dans le poumon gauche. La respiration est accélérée; le pouls est petit, filiforme.

Le 27, légers frissons pendant le jour; deux vomissements bilieux; la respiration est restée très accélérée; de plus, la malade se plaint de légères douleurs dans la poitrine du côté du poumon droit; le ventre n'est point douloureux; diarrhée fréquente. Le diascordium est donné à l'intérieur et le laudanum en lavement.

Le 28, les joues se colorent; elles commencent à être envahies par l'érysipèle, qui a fait le tour du cuir chevelu; la malade présente un peu de délire vers le soir, délire fugace qui ne l'empêche pas de répondre aux questions qu'on lui adresse; mais bientôt si on cesse l'interrogation le délire recommence. La respiration de la malade devient très difficile; la langue, qui pendant tout le temps qui a suivi l'opération était redevenue molle, commence à se sécher de nouveau; le ventre n'est pas douloureux; la diarrhée continue.

Le 29, l'affaissement de la malade est extrême; la diarrhée est fort abondante, le pouls petit, phyliforme.

Le 1er mars, la malade se plaint de douleurs à la partie postérieure du bassin; l'examen y fait découvrir derrière le sacrum une eschare assez étendue.

Le 2, l'état de la malade est à peu près le même que le jour précédent; la diarrhée est fort abondante. Continuation du diascordium et du sirop de coing. Le sirop de coing est remplacé par la tisane de historte et de ratanhia; la respiration est extrêmement gênée. Application de la pommade stibiée au dos et sur le côté droit.

Le 4, tous les symptômes vont en augmentant. Affaissement considérable de la malade; respiration excessivement pénible. L'érysipèle a complétement envahi la face; l'escarhe du sacrum s'est agrandie, la langue est fuligineuse et sèche. La malade peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse.

Le 5 et le 6, tout cet ensemble de symptômes s'exagère encore, et la malade meurt le 7 mars.

Autopsie. — Après avoir soulevé la paroi antérieure de l'abdomen, on ne découvre pas la moindre trace de péritonite. Le grand épiploon est libre; il tenait cependant un peu du côté droit par son bord inférieur à la trompe droite, comme nous le verrons tout à l'heure. L'intestin grêle est libre aussi. Si on soulève la masse intestinale de l'intestin grêle de bas en haut et de gauche à droite, on aperçoit le rectum et l'os iliaque, qui sont libres et sans adhérence; cette même masse intestinale étant portée en haut et à gauche, on voit le cul-de-sac du cœcum adhérent à la trompe et à l'ovaire droit. Ces deux derniers organes se trouvent dans la fosse iliaque correspondante et non dans l'excavation pelvienne. L'ovaire, du reste, ne présente rien de remarquable; la trompe, au contraire, est légèrement enflammée; nous avons dit qu'elle était adhérente à la partie droite du bord inférieur du grand épiploon.

Dans l'excavation pelvienne, on voit un peu de sérosité extrêmement transparente. La partie droite du fond et de la face postérieure de l'utérus adhère au péritoine par de petites adhérences immédiates, courtes et faciles à rompre; ces adhérences déchirées et l'utérus soulevé en avant et en haut, on trouve à droite du rectum, immédiatement au-dessous de ces adhérences, une cuillerée à café de pus concret qui occupe un espace limité entre un pouce de haut et un tiers de pouce de large sur la face postérieure de l'utérus. L'utérus est détaché avec la portion supérieure du vagin; on trouve alors que le tissu cellulaire du ligament large droit est épaissi et infiltré.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est d'un blanc mat et plus épais qu'à son état normal. Le tissu de l'utérus est ramolli, d'un gris jaunâtre; on y remarque à peine quelques très petits vaisseaux exsangues. La cavité du col de l'utérus, revenue sur elle-même, laisse passer le petit doigt; elle renferme une certaine quantité de mucus épais, filant, d'un gris jaunâtre. Il n'existe aucune lésion appréciable dans cette région de la cavité utérine.

A deux ou trois millimètres au-dessus de l'orifice cervico-utérin, qui offre les mêmes dimensions que la cavité du col, on trouve dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus une dépression, de forme circulaire, ayant 8 millimètres de profondeur et 15 millimètres de diamètre; le fond est d'un gris jaunâtre; les bords, la surface, aussi bien que les parties qui supportent cette ulcération digitiforme, offrent la même consistance que le tissu propre de l'utérus. Cette sorte d'ulcération ou trace d'insertion anticipe légèrement sur le bord gauche de la cavité de l'utérus; sa profondeur s'explique par le retrait de l'organe. Les couches externes de la substance de l'utérus ayant été détruites lors de l'extirpation de la tumeur, toute la racine avait été ainsi suivie jusque dans l'épaisseur de la substance du tissu propre de l'utérus. Cet organe, tant dans son épaisseur que dans sa surface et autour de l'ulcération, ne présente aucune trace d'inflammation.

On examine alors les autres viscères, et on trouve à la surface du poumon droit, en avant, trois petits abcès métastatiques déposés entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale; leur diamètre est à peu près égal, il est d'un centimètre et demi. Le pus renfermé dans ces abcès est blanc-jaunâtre, concret. A la base du même poumon droit, on trouve un abcès considérable placé entre le diaphragme et cette base, et qui soulève le poumon de bas en haut. Le tissu pulmonaire qui environne cet abcès est grisâtre, infiltré de pus et comme induré; puis, au-dessus, le tissu pulmonaire a repris sa consistance physiologique. La plèvre qui enveloppe le diaphragme est, au niveau de l'abcès, considérablement épaissie. La quantité de ce pus peut être évaluée à la quantité de liquide que contiendrait un verre ordinaire; ce pus est assez concret et jaunâtre. En incisant ce poumon d'arrière en avant, on trouve dans son épaisseur deux petits abcès métastatiques environnés d'une couche de tissu pulmonaire rouge et induré. Le poumon du côté gauche, le foie, la rate, les reins, le cerveau, un grand nombre d'articulations sont ensuite examinés sans qu'on puisse y découvrir la moindre trace d'abcès métastatique.

M. Huguier, après avoir terminé la lecture de son observation, croit devoir insister sur quelques points qui peuvent intéresser la médecine légale. Comment se fait-il que le fœtus n'ait paru âgé que de cinq mois, lorsqu'au dire de la malade la grossesse remontait à sept mois? Il croit que dans ce cas le fœtus avait succombé longtemps avant l'accouchement, et qu'il n'avait subi aucune altération. A l'appui de cette opinion, il cite ce qu'il a observé dans plusieurs cas de grossesse extra-utérine et sur ce qui se passe lorsqu'on met les substances animales à l'abri du contact de l'air. Il se demande aussi si un accident moral ou physique ne peut pas amener un arrêt de développement chez le fœtus.

Ancienne blessure de la vessie par arme à feu.

M. Huguier présente à la Société la vessie d'un homme entré dans son service pour un catarrhe de vessie, et à l'autopsie duquel on trouva une lésion fort curieuse de la vessie.

Cet homme, dont la constitution était très affaiblie, était âgé de soixante-cinq ans. En 1813, à la bataille de Leipsick, il reçut une balle qui, pénétrant par la cuisse gauche, à un pouce et demi au-dessous de l'arcade crurale et à un pouce en dehors du bord interne de la cuisse, ressortit par la fesse droite, à un pouce et demi en dehors du sacrum.

Chasseau urinait parfaitement bien avant sa blessure; mais aussitôt après, l'urine s'écoula par les deux ouvertures de la plaie. Peu à peu les fistules tarirent, et au bout de deux mois l'urine avait repris son cours normal. Néanmoins, depuis cette époque il y eut une incontinence d'urine; le jet était petit et la miction douloureuse. Vers le mois de mai 1851, ayant éprouvé des coliques et des élancements dans le bas-ventre, il fut soigné par M. Boyer, qui employa pendant quelque temps les bougies à demeure. Au mois de septembre de la même année, étant entré à Beaujon pour les mêmes accidents, M. Huguier pratiqua le cathétérisme, et ne trouva aucun rétrécissement; seulement il remarqua qu'il y avait une légère déviation du canal à droite vers la prostate. Comme les douleurs étaient très vives au niveau des reins et dans le bas-ventre, on appliqua successivement des cautères à la région hypogastrique et à la région lombaire; en outre, on fit prendre au malade des bains simples et des bains sulfureux.

Au commencement de janvier 1852, il y avait un peu d'amélioration; mais cet état dura peu. Bientôt la cystite redoubla, le malade s'affaiblit; à une bronchite assez intense vinrent se joindre des frissons, une fièvre lente. Dans le but de combattre ces derniers symptômes, M. Huguier recourut à l'emploi du quinquina, du sulfate de quinine; mais tous les moyens employés échouèrent : les symptômes s'aggravèrent, les membres s'œdématièrent, la respiration devint de plus en plus difficile, et le malade succomba le 17 mars 1852.

A l'autopsie, en incisant sur la cicatrice extérieure, on reconnut que la balle avait dû passer en dedans des vaisseaux cruraux; du reste, nulle trace de son trajet dans les parties molles. L'examen le plus attentif des os du bassin ne permet de constater aucun désordre. La balle aurait donc traversé seulement les parties molles en passant par le trou obturateur et l'échancrure sciatique. La vessie présentait une disposition très singulière; elle était munie d'une poche supplémentaire, assez étendue, communiquant avec le réservoir principal par un orifice ayant à peine un centimètre de diamètre. Comme capacité, cette poche est presque l'égale de la vessie. L'orifice de communication est à la partie postérieure et inférieure gauche de la vessie. La prostate était volumineuse, indurée; le lobe gauche était surtout plus volumineux, ce qui explique la déviation de la sonde à droite. Les vésicules séminales étaient atrophiées et indurées.

Le reste de l'autopsie n'a pu être pratiqué.

L'examen de la pièce anatomique a fait voir qu'en avant et surtout en arrière de la poche accessoire il existe des fibres musculaires qui semblent se continuer avec celles de la vessie; qu'elles vont en s'épanouissant et en se raréfiant de plus en plus, de telle sorte qu'elles ont complétement disparu à 4 ou 5 centimètres du trou de communication.

Cet orifice est situé sur la face latérale gauche, à 2 centimètres et demi au-dessus et en dehors de l'ouverture de l'uretère gauche. La membrane muqueuse de la vessie, en pénétrant dans ce diverticulum, ne présente rien à noter, si ce n'est un peu plus de rougeur. A l'intérieur, le col de la vessie est tout à fait sain.

En ouvrant l'urètre par sa face supérieure, on note :

1° Une saillie transversale du bord postérieur de ce conduit, saillie épaisse d'un centimètre, et formant, d'un côté de l'urètre, un relief presque à pic, de près d'un centimètre et demi, par rapport à la paroi postérieure de l'urètre, relief disposé de manière à former à peu près un angle droit avec cette paroi.

En rapprochant les deux lèvres de l'incision pratiquée pour examiner le col vésical, on voit évidemment que, lorsque l'urine tendait à s'échapper, le bord postérieur ainsi tuméfié était poussé vers le bord antérieur et ne laissait échapper l'urine qu'avec difficulté.

2° La région prostatique est peu élargie, et le lobe gauche de la prostate, un peu plus volumineux que le droit, imprime au canal une légère déviation à droite.

3° La portion membraneuse est saine.

4° Dans la région la plus reculée du bulbe se trouve une cicatrice blanc-nacré, à fibres transversales, annonçant évidemment l'existence d'un rétrécissement dilaté.

Cette cicatrice a 1 centimètre d'avant en arrière; au-devant du rétrécissement l'urètre a une coloration plus rouge que partout ailleurs dans une étendue de 4 centimètres.

— M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique provenant d'une malade à laquelle il a pratiqué la ligature de l'artère vertébrale gauche au niveau de la sixième vertèbre cervicale.

Cette opération a été faite pour arrêter une hémorrhagie consécutive à une blessure par arme à feu. Elle a réussi en ce sens que l'hémorrhagie a été parfaitement arrêtée, que les fils de la ligature sont tombés au bout de dix jours sans qu'elle se soit reproduite,

et que l'oblitération complète et solide a eu lieu tant dans le bout supérieur que dans le bout inférieur par la formation d'un caillot de plusieurs centimètres de longueur.

Le malade a succombé un mois après l'accident, vingt et un jours après la ligature. La mort a été le résultat de la nécrose d'une portion de la sixième vertèbre cervicale, nécrose due à la blessure par arme à feu.

SUR LES RÈGLES A SUIVRE

dans l'application du chloroforme.

Monsieur et honoré confrère,

Le nouveau cas de mort par l'inhalation du chloroforme qui a été observé tout récemment à Strasbourg a été de votre part (*voir* les numéros des 2 et 6 mars derniers) le sujet de réflexions fort judicieuses. L'ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, le docteur Baudens, a déjà répondu à votre appel, en faisant connaître, dans une lettre (*voir* le numéro du 13 mars dernier) pleine d'aperçus intéressants et pratiques, son opinion concernant l'application du chloroforme dans les opérations chirurgicales. Je viens à mon tour, monsieur et honoré confrère, vous demander la permission d'exposer dans votre excellent journal ma manière de voir touchant les règles à suivre dans l'emploi du chloroforme, afin d'éviter des accidents fâcheux.

« Y a-t-il, pour l'administration du chloroforme, des règles à l'aide » desquelles on puisse prévenir sûrement la mort ? »

Telle est la question que vous vous êtes posée en commençant votre article du 6 mars dernier, et que vous avez résolue par la négative.

Tout en partageant votre opinion, il me semble possible, sinon toujours, du moins dans la majorité des cas, de prévenir d'une manière certaine la mort du sujet que l'on soumet à l'action du chloroforme.

Cette opinion vous paraîtra peut-être hasardée; j'espère pouvoir vous démontrer qu'elle est fondée et, partant, exempte d'exagération.

Il est un fait hors de toute contestation, c'est que le chloroforme n'est pas également toléré par tous les individus qui réclament son intervention. Il en est d'ailleurs du chloroforme comme de beaucoup d'agents de la matière médicale qui conviennent à certaines personnes, tandis que d'autres en ressentent des effets fâcheux.

Si la proposition que je viens d'émettre est fondée, comme l'expérience de tous les jours le confirme, il importe beaucoup au praticien de connaître d'avance les effets du chloroforme sur l'individu qui va se soumettre à son influence pour une opération. On peut, à mon avis, atteindre ce but en ayant la précaution de faire respirer au malade une faible quantité de chloroforme à deux ou trois reprises différentes avant d'obtenir l'insensibilité complète. Cette épreuve préparatoire, dont la durée ne doit pas dépasser certaines limites (deux minutes au plus), pratiquée la veille ou l'avant-veille de l'opération, pourra permettre de s'assurer de l'innocuité du chloroforme et d'apprécier ses effets sur l'individu qui doit subir une opération importante.

Le moyen que je viens d'indiquer me paraît susceptible de fournir des notions positives capables d'éclairer le praticien dans l'application du chloroforme. Cette préparation du malade à l'action de l'agent anesthésique offre des avantages incontestables dans certains cas douteux, surtout quand on a affaire à des sujets faibles, impressionnables, pusillanimes, etc. Dans toutes ces circonstances, le moyen que j'ai signalé me semble appelé à rendre de grands services. En effet, à l'aide de cette simple précaution, le chirurgien pourra se décider en connaissance de cause pour l'emploi ou le rejet du chloroforme, selon les effets que cet agent aura déterminés dans l'épreuve préparatoire que l'on aura fait subir au malade.

Cette manière d'agir offre, en outre, l'immense avantage d'habituer le malade à l'influence du chloroforme et de lui rendre son action moins pénible et plus facile à supporter pendant le manuel opératoire. Au moyen de cette épreuve préparatoire, on parvient aisément à vaincre la répugnance qu'éprouvent beaucoup de malades qui se soumettent pour la première fois à l'inhalation des vapeurs chloroformiques.

Le moyen que je propose n'est pas seulement fondé sur des vues théoriques; il a été mis très souvent en pratique. Pendant que j'étais chirurgien chef interne des hospices civils de Toulon, j'ai mis en usage cette épreuve préparatoire; je n'ai jamais observé d'accident malheureux dans plus de 100 opérations majeures.

« Faut-il pousser l'action du chloroforme jusqu'à la résolution complète ? » Vous adoptez pleinement l'affirmative soutenue d'ailleurs avec talent par le professeur Sédillot. M. Baudens a, de son côté, combattu cette manière d'agir; je me range complétement à l'opinion de l'habile chirurgien du Val-de-Grâce.

Amener les malades dans tous les cas à la période de résolution est, à mes yeux, une pratique dangereuse; car, si on dépasse les limites de l'abolition du sentiment, on s'expose à des accidents fâcheux. Je sais que dans un grand nombre de circonstances les chirurgiens ont porté le chloroforme jusqu'à la résolution sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient. Mais, selon moi, ces faits ne sont pas suffisants pour autoriser les praticiens à mettre toujours en pratique cette règle de conduite; car l'expérience a prouvé que le chloroforme, porté jusqu'à l'anéantissement complet de la sensibilité et de la motilité, pouvait entraîner des résultats malheureux. Les chirurgiens qui ont posé en principe qu'il faut arriver à la période de résolution dans l'application du chloroforme font valoir à l'appui de leur manière de voir des raisons que je ne crois pas fondées. Tant que la contractilité n'est pas abolie, disent ces praticiens, le malade se livre à des mouvements désordonnés capables de troubler l'opérateur. Quelques malades, il est vrai, exécutent des mouvements violents pendant l'opération, mais ces sujets sont très peu nombreux depuis la découverte du chloroforme. D'ailleurs, pour obvier à un inconvénient de ce genre, qui est d'une médiocre importance, je ne pense pas qu'on doive s'exposer à un danger réel.

Pour justifier l'opinion du professeur Sédillot, que vous partagez en tous points, vous dites « que pendant la période d'excitation les malades sentent et traduisent d'une manière très expressive leurs souffrances, mais ont l'avantage très équivoque de ne pas se rappeler ces souffrances après l'opération. »

Comme l'a déjà remarqué M. Baudens, le chloroforme ne produit pas cette excitation violente que l'on observait souvent lorsqu'on se servait de l'éther. Le sommeil anesthésique déterminé par l'inhalation du chloroforme est, au contraire, calme et tranquille. J'ai vu peu de malades se plaindre pendant l'opération depuis que le chloroforme a été substitué à l'éther.

Il est sans doute difficile de ne pas dépasser dans quelques cas l'abolition du sentiment, car la période de sensibilité se confond presque avec celle de motilité. Je reconnais volontiers cette difficulté. Je pense néanmoins que dans la plupart des cas on peut ne pas dépasser l'abolition du sentiment, si on a soin d'explorer souvent la sensibilité du malade pendant qu'il est soumis à l'influence du chloroforme.

Dès que l'action de l'agent anestésique commence à se manifester, on doit piquer le malade avec une épingle; s'il ne sent plus, s'il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, on peut suspendre momentanément le chloroforme, et commencer sans retard l'opération. J'ai toujours adopté cette règle de conduite pendant mes fonctions de chef interne des hospices de Toulon; je n'ai jamais observé des accidents regrettables.

Les considérations qui précèdent me paraissent établir :

1° Que l'on peut dans la majorité des cas éviter des accidents fâcheux, en ayant la précaution de préparer les malades, à doses croissantes, à l'action du chloroforme avant le jour fixé pour l'opération ;

2° Que le moyen que j'ai signalé convient particulièrement aux sujets qui redoutent le chloroforme, à ceux qui ont une sensibilité exagérée, et dans toutes les circonstances où le chirurgien peut avoir des doutes sur l'influence du chloroforme ;

3° Que, par ce moyen, on peut apprécier les effets du chloroforme dans un cas donné, et savoir d'avance s'il y a inconvénient de porter son action jusqu'à la période d'abolition du mouvement ;

4° Que la période de résolution complète ne doit pas être obtenue si l'on veut éviter des accidents malheureux;

5° Que l'abolition du mouvement n'est pas nécessaire et indispensable; dès que la sensibilité est abolie, les malades ne traduisent pas leurs souffrances pendant l'opération, comme cela s'observait quand on faisait usage de l'éther;

6° Que le praticien ne doit pas employer sans discernement le chloroforme chez tous les sujets, car l'expérience a démontré qu'il existe des cas, peu nombreux il est vrai, qui contre-indiquent son usage.

Veuillez agréer, etc.

Dr BOCAMY,
Médecin à Perpignan, ex-chef interne des hospices civils de Toulon, etc.

Chronique et nouvelles.

Mort de M. Rochoux. — L'événement que nous avions fait pressentir il y a quelques semaines n'était malheureusement que trop inévitable. M. Rochoux vient de succomber aux suites d'une maladie des plus cruelles, durant le cours de laquelle le malheureux patient a donné les preuves de la résignation la plus absolue, de cette douce philosophie qu'il a professée pendant toute sa vie, et qui ne l'a point abandonné à ses derniers moments.

La profession perd dans M. Rochoux un de ses représentants les plus honorables, l'Académie un de ses membres les plus spirituels et les plus distingués, la science et la philosophie un de leurs adorateurs les plus fervents, les plus désintéressés, les plus tolérants, la société un de ses membres les plus aimables et les plus dignes des regrets de tous les hommes de bien. Les deux frères de M. Rochoux, qui depuis longtemps étaient près de lui, ont fait transporter son corps dans son pays natal, d'après le désir qu'il en avait exprimé.

Le convoi a eu lieu depuis la maison mortuaire jusqu'à l'embarcadère du chemin de fer d'Orléans; il était suivi d'un nombreux cortége de médecins et d'amis du défunt. On y remarquait une double députation de l'Académie de médecine et de la Faculté. Les coins du poêle étaient tenus par MM. P. Dubois, doyen de la Faculté, au nom de ce corps, par M. Dubois (d'Amiens) et M. Mêlier, au nom de l'Académie, et enfin par M. Duméril fils, au nom des agrégés.

M. Rochoux était l'auteur d'un *Traité de l'apoplexie*, qui avait eu un grand succès lors de sa publication.

— Le corps médical doit enregistrer une nouvelle perte à côté de la précédente. Aujourd'hui même ont eu lieu les obsèques de M. Thierry, père de M. Al. Thierry, ancien directeur de l'assistance publique de Paris, et l'un de nos confrères les plus estimés. Une assistance nombreuse et choisie, dont faisaient partie M. le directeur de l'assistance publique, M. le recteur de l'Académie de Paris, MM. les professeurs Nélaton et Requin, etc., a conduit aujourd'hui même à sa dernière demeure les restes du vénérable praticien.

— M. Seutin vient de rendre à ses confrères de Bruxelles le banquet qu'ils lui avaient donné à son retour d'un voyage en Russie, où il avait été appelé par l'empereur. Plusieurs médecins français, parmi lesquels MM. J. Guérin et Ricord, assistaient à ce banquet, dont l'*Observateur belge* rend compte en ces termes :

« La table, dressée en fer à cheval, était magnifiquement ornée; cent vingt convives y ont pris place. A côté du docteur Seutin se trouvaient assis MM. Guérin et Ricord; vis-à-vis de lui MM. Vleminckx et Sauveur.

» Au dessert, M. Seutin a porté un toast au roi et à la famille royale, qui a été accueilli par de vifs applaudissements.

» M. le docteur Joly a présenté ensuite à M. Seutin un écrin magnifique contenant trois exemplaires en or, en argent et en bronze, de la médaille que les médecins belges ont fait frapper en l'honneur de leur célèbre confrère. M. Joly a dit en quelques mots les nombreux titres de M. Seutin à cette marque éclatante de leur estime et de leur reconnaissance.

» M. Guérin s'est levé ensuite, et dans un discours plein de verve et d'entrain, a particulièrement insisté sur le caractère spécial qu'avait revêtu le médecin belge, notamment depuis la révolution de 1830, et a terminé en portant, au nom de ses confrères de Paris, un toast aux médecins belges.

» M. Vleminckx a pris aussitôt la parole pour porter un toast aux médecins français : « Des barrières politiques nous séparent de la France, a-t-il dit en terminant : ces barrières, nous l'espérons bien, resteront toujours debout ; mais pour les arts et les sciences, le mérite et l'intelligence, les barrières s'abaissent, les frontières disparaissent. Membres d'une grande famille, médecins français et belges sont unis par les liens d'une heureuse confraternité.

» Buvons donc, messieurs, buvons à nos confrères de Paris qui ont bien voulu honorer cette fête de leur présence, et dans leurs personnes, à cette belle médecine française qui a légué au monde d'impérissables monuments. Vidons nos verres en leur honneur, et faisons des vœux pour que, satisfaits de l'accueil cordial qu'il nous a été si agréable de leur faire, ils viennent, par de fréquentes visites, raffermir nos relations d'estime et d'amitié ! »

» Des applaudissements vifs et nombreux ont accueilli ces paroles, qui répondaient si bien aux sentiments des médecins belges.

» Le dîner s'est prolongé jusqu'à dix heures au milieu de la plus franche gaieté et d'une expansive cordialité.

» La médaille offerte à M. Seutin est gravée par M. Wiener; elle porte d'un côté le buste de M. Seutin avec cette inscription : *Louis-Joseph Seutin, né à Nivelles le* 18 *octobre* 1793, et au revers l'épigraphe suivante : « *A l'auteur de la méthode amovo-inamovible la médecine et l'humanité*, entourée d'une guirlande de laurier et surmontée du serpent d'Esculape. Cette médaille est une de celles qui font le plus d'honneur au talent de M. Wiener. Le type en est tracé avec une très grande vigueur et les détails sont d'une extrême délicatesse. La tête a, en outre, le mérite d'une parfaite ressemblance. »

— M. Requin commencera son cours de pathologie médicale (semestre d'été) le jeudi 15 avril, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole, à trois heures de l'après-midi.

Revue des produits de la Pharmacie

et des Sciences accessoires.

M. Pulvermacher vient d'inventer un appareil électro-médical d'une extrême simplicité, et qui, suivant le rapport fait à l'Académie de médecine, est un précieux agent thérapeutique basé sur les vrais principes de la physique.

Au moment de l'application des chaînes de cet appareil il se produit des courants circulaires d'un pôle à l'autre, sensibles au galvanomètre, et dont l'action se communique à travers la partie malade. Dans les affections nerveuses violentes, dont la douleur est arrivée au dernier degré d'intensité, on éprouve, à l'aide de ces chaînes, un soulagement instantané. Les maladies chroniques réclament naturellement une application plus prolongée. Au reste, quelques jours suffisent.

Un seul élément de la chaîne ou chaînon, pris entre les doigts, fait éprouver une déviation à l'aiguille du galvanomètre. Une chaîne de 25 à 30 éléments, sans être mouillée, produit une divergence très forte de la feuille d'or de l'électroscope; mouillée d'une dissolution saline, elle communique le pouvoir magnétique à un petit électro-aimant. Elle décompose l'eau non acidulée et précipite les métaux en dissolution. Trempée dans le vinaigre, elle rougit et cautérise la peau, dégage des étincelles électriques, et produit tous les phénomènes quantitatifs d'une forte batterie électrique.

En ajoutant l'interrupteur découvert par M. Pulvermacher, on produit à volonté des contractions musculaires avec une intensité voulue, sans douleur à la peau et sans crainte de porter aucune action irritante sur la rétine. Le courant est assez fort pour produire une commotion instantanée sur une chaîne de vingt personnes. Avec tous ces avantages divers, un tel appareil n'a pas plus de volume qu'un portefeuille ordinaire, son poids ne s'élève pas au delà de 200 grammes. C'est donc un appareil électrique possédant tous les avantages de la pile voltaïque, avec tous ses effets chimiques, physiologiques applicables à la médecine, n'offrant ni les défauts, ni les inconvénients des appareils connus jusqu'ici, qui n'ont pas permis de mettre assez à profit la puissance médicatrice de l'électricité. La grande simplicité de l'appareil, son bas prix, et surtout son extrême facilité portative, le mettent à la disposition de tout médecin, qui peut toujours l'avoir avec lui, le rendre applicable à tous les différents modes d'électrisation, augmenter à son gré l'intensité de son action selon la gravité de la maladie, dans les cas où le petit appareil ne suffirait pas.

Chaque jour des expériences de cet appareil sont faites passage Jouffroy, 40. Une série d'observations est commencée dans plusieurs hôpitaux de Paris, et nous comptons pouvoir en rendre prochainement compte.

L'huile iodée de J. Personne, approuvée par l'Académie de médecine, vient d'être l'objet de nouvelles études dans les hôpitaux de Paris. Le résultat constant de ces observations, c'est que son action a toujours été plus prompte et plus énergique que celle des huiles de foie de morue ordinaires, quoique administrée à des doses bien moins considérables. Sa couleur et sa saveur diffèrent peu de celles de l'huile d'amandes douces; aussi les malades la prennent sans aucune difficulté.

Bulletin bibliographique.

Notice sur les propriétés pectorales des bonbons et du sirop à l'ananas; leur influence salutaire dans les maladies de poitrine et de gorge, telles que rhumes, asthmes, catarrhes, coqueluches, grippes, enrouements, irritations, etc. ; par BRUNAUD et FORTIN, pharmaciens, faubourg Montmartre, 66.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles ; par le M. docteur A. DÉLABARRE, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme.* Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Traité de toxicologie; par M. ORFILA, professeur et ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, haut titulaire de l'Université, etc. — Cinquième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. — 2 très forts volumes in-8°, ensemble de 1,920 pages. Prix : 19 fr.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions sanguines chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires, de la chlorose et de l'anémie, de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte, des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc. ; par Louis FLEURY, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société nationale de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'Ordre de Léopold de Belgique, l'un des auteurs du *Compendium de médecine pratique.* — Un vol. in-8°, avec planches lithographiées. Prix : 8 fr.

Hygiène de la première enfance, ou de l'Education physique du premier âge; par Jules BÉCLARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-12. Prix : 2 fr.

Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Du testicule syphilitique. — Académie de médecine, séance du 6 avril. — Académie des sciences, séance du 5 avril. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris.

PARIS, LE 7 AVRIL 1852.

Séances des Académies.

M. Chailly court, que dis-je, M. Chailly vole de succès en succès. Remis à peine de ses triomphes dans la lutte oratoire de la tribune publique, il brigue déjà les couronnes du comité secret. Ces couronnes, il ne les a pas cueillies, il les a moissonnées hier à pleines mains. Un rapport sur les titres des candidats à une place vacante est d'habitude un sujet assez stérile pour un rapporteur; M. Chailly a trouvé le moyen de lui donner tout l'attrait des questions les plus palpitantes, et le seul tort qu'il ait eu, c'est de n'avoir pas proportionné les magnificences de son oraison à la sensibilité de son auditoire. Les honorables académiciens, en effet, peu habitués aux beautés qu'étalait devant eux M. Chailly, n'auraient pu les supporter sans danger; aussi la plupart ont déserté dès les premières phrases, et ceux qui sont restés se sont trouvés si émus vers le milieu de la lecture de M. Chailly, qu'ils ont demandé qu'on ménageât davantage leur sensibilité et qu'à cet effet on renvoyât le rapport à la commission, ce qui a été voté à l'unanimité. Puisse ce nouveau triomphe ne pas altérer cette modestie exquise qui ajoute un nouveau charme, et comme un suave parfum, au mérite si éminent de M. Chailly !

Au point de vue des affaires de l'Académie, le succès de M. Chailly offre cependant des inconvénients; il retarde d'une semaine au moins la nomination pendante, et il force la docte Compagnie à perdre encore une demi-heure dans un nouveau comité secret.

M. O. Henry a eu aussi un rapport de renvoyé à la commission des eaux minérales; il était relatif à une eau minérale que l'honorable rapporteur avait déclarée, sur des témoignages fort douteux, jouir de propriétés antisyphilitiques des plus remarquables. L'Académie, par ce vote, a établi un bon précédent; il est à désirer qu'elle s'en souvienne un peu plus souvent qu'elle ne semble disposée à le faire.

Après M. Henry, l'Académie a entendu la lecture de deux observations intéressantes communiquées par M. Pamard, d'Avignon. Dans l'une de ces observations, l'honorable praticien a cru devoir attribuer au chloroforme un effet fâcheux qui n'a pas encore attiré l'attention des chirurgiens, et qui consisterait dans un défaut de réaction après les grandes opérations. Le fait qu'il rapporte est de nature à faire prendre en sérieuse considération la présomption de M. Pamard. M. J. Cloquet, frappé de la singularité de ce fait, n'a pas hésité à déclarer que, pour lui, l'absence de toute réaction pendant neuf jours, à la suite d'une grande opération, tenait très probablement à l'action du chloroforme. C'est peut être exagérer les conséquences rigoureuses qui découlent de l'observation communiquée à l'Académie; mais on ne peut disconvenir que ce ne doive inspirer au moins des doutes sérieux sur la cause de la mort.

L'autre fait de M. Pamard est un cas curieux d'hémorrhagie par l'artère dentaire après une résection du maxillaire inférieur. Nos lecteurs trouveront à notre compte-rendu ces deux faits exposés avec tous les détails nécessaires.

— L'Académie des sciences a reçu deux communications qui méritent notre attention. La première, de M. Damoiseau, est relative à un nouvel appareil pour le traitement des fractures du col du fémur. L'idée sur laquelle cet appareil est fondé nous a paru fort ingénieuse. Reste à la pratique à nous montrer les résultats qu'on en peut attendre.

La seconde a été faite par M. le docteur Blanchet, qui s'occupe avec un zèle si opiniâtre et si louable de l'amélioration de la triste condition des sourds-muets. Dans cette nouvelle communication, M. Blanchet insiste sur la possibilité de rendre la parole à presque tous les sourds-muets, à l'exemple, exemple assez honteux pour nous, de ce qui se pratique dans toute l'Allemagne. On avait cru que la langue française était un grand obstacle au résultat que M. Blanchet veut obtenir; mais cet habile observateur a répondu d'une façon péremptoire à cet argument en citant l'exemple d'un établissement belge où tous les sourds-muets de naissance parlent indistinctement le français et le flamand. Si, comme il n'en doute point, M. Blanchet voit ses efforts persévérants couronnés de succès, il aura certainement rendu à l'humanité un des services les plus signalés dont puisse se glorifier notre profession. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Du testicule syphilitique.

Leçon recueillie par MM. TRIQUET et TRÉLAT.

Deux malades entrés dans nos salles à quelques jours de distance nous offrent chacun un bel exemple de l'affection connue sous le nom de *testicule syphilitique* ou *vénérien, d'engorgement syphilitique du testicule.*

Indiquée vaguement par Astruc, décrite avec plus de soin par B. Bell, cette maladie a surtout fixé l'attention d'A. Cooper au commencement de ce siècle.

Dans ses œuvres chirurgicales, cet auteur s'est attaché surtout à bien faire connaître la cause, le siége, l'altération du testicule syphilitique; et si les huit observations qu'il rapporte à l'appui de sa doctrine ne sont pas toutes concluantes pour un esprit sévère il n'en faut pas moins reconnaître que le premier il a ouvert la voie que les chirurgiens ont suivie pour élucider cette question.

Depuis cette époque, M. A. Bérard, dans une thèse, MM. Ricord, Vidal, Velpeau, se sont occupés chacun de son côté du testicule syphilitique.

Cet engorgement vénérien de la glande séminale est loin d'être rare, et nous en voyons tous les ans de nombreux exemples dans les hôpitaux.

Cependant quelques auteurs d'un grand mérite, Swédiaur, W. Hunter, ne se rappellent pas avoir observé aucun cas de cette espèce dans leur immense pratique.

Dans une mémoire fort bien fait, et que l'on consultera avec fruit, M. de Castelnau a écrit que l'affection syphilitique du testicule était beaucoup plus rare qu'on ne le croyait généralement. D'après lui, l'orchite chronique aurait été plus d'une fois confondue sous ce nom.

Ainsi, vous voyez qu'il existe une grande dissidence entre les auteurs sur le sujet qui va nous occuper.

Mais cette dissidence est plus apparente que réelle, et je crois qu'il ne serait pas bien difficile de concilier toutes les opinions.

En effet, comme le dit très bien B. Bell, l'opinion que l'on se fait sur le testicule syphilitique est liée en quelque sorte à l'idée que l'on adopte sur la nature du virus vénérien.

Ceux qui ont cru à la nature syphilitique de la blennorrhagie ont trouvé tout naturel que l'engorgement chronique du testicule pût en être la conséquence, et l'ont appelé *orchite chronique.*

Les autres, au contraire, regardant la blennorrhagie et la syphilis comme deux affections tout à fait distinctes, recherchent avec soin les symptômes syphilitiques antécédents avant de se prononcer sur l'engorgement testiculaire, et réciproquement les signes anatomiques et séméiotiques, une fois bien constatés, on peut à coup sûr chercher des traces de syphilis antécédente, qui ne peuvent manquer de répandre une vive lumière sur une affection souvent obscure et toujours difficile.

Ces réflexions nous ont semblé utiles à l'intelligence du sujet, et maintenant nous pouvons entrer en matière.

Le premier de nos malades, couché au n° 18, est un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une très bonne constitution; il ne porte aucune trace de scrofules.

Ce jeune homme n'a qu'un testicule dans les bourses, celui du côté droit. Le testicule gauche paraît être resté dans l'abdomen. Nous trouvons dans les antécédents de notre malade plusieurs blennorrhagies qui ont guéri complétement; aucune n'a été accompagnée ou suivie d'épididymite.

Notons encore, il y a dix-huit mois, plusieurs chancres et deux bubons qui ont suppuré, et nous voyons encore sur le gland des cicatrices bien manifestes et sans induration.

Le traitement était mal suivi, comme nous l'apprend le malade; et vers la fin de la même année le testicule commençait à augmenter de volume sans que de nouveaux accidents pussent venir expliquer la cause de cette nouvelle manifestation morbide. Comme les douleurs étaient à peine marquées, la gêne peu considérable et les fonctions nullement dérangées, ce jeune homme n'y attachait qu'une médiocre importance.

Mais depuis quelques mois le volume de la tumeur a notablement augmenté; son poids est devenu plus incommode, et des douleurs s'y font sentir.

Voici l'état actuel :

Le scrotum se présente sous la forme d'une tumeur du

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la [illegible] anatomique de Paris,

Par M. le docteur [illegible]

(Suite. — *Voir* les numéros de [illegible] et 23 mars.)

TUB[illegible]

Le tube digestif form[illegible], de [illegible] un canal cylindrique régulier, variant de dia[illegible] points de son étendue. Il est rare de rencont[illegible] poches surnuméraires; cependant on le[illegible] ois. Il y a plusieurs années, une cavité surn[illegible] vous fut montrée au pharynx par M. Coffin. [illegible] cette année, M. Barth mettait sous vos yeux u[illegible] volume du doigt, formé par toutes les tuniques [illegible] siégeant au niveau du duodénum. C'est surtout dans [illegible] èle, à un pied environ de la valvule iléo-cœcale, que ces [illegible] rticulums se rencontrent plus fréquemment. M. Rombeau vo[illegible] us en a fait voir un exemple sur le cadavre d'un adulte; M. B[illegible] roca, dans une autre séance, sur celui d'un enfant. Simultanéme[illegible] nt, notre collègue attirait votre attention sur les points de l'intestin [illegible] où se rencontrent d'ordinaire ces diverticules; il vous les montrai[illegible] t ayant un siége presque constant, et en arguait que l'on devait les [illegible] attribuer, comme l'avait fait Meckel, à un vestige de la commun[illegible] ication qui, à une époque de la vie intra-utérine, existe entre l'i[illegible] ntestin et la vésicule ombilicale. Un fait que M. Verneuil vous a r[illegible] appelé donnait un nouvel appui à cette démonstration. En effet, [illegible] du sommet d'un diverticulum intestinal situé dans le lieu que nous [illegible] avons indiqué précédemment, on voyait partir un cordon fibreu[illegible] se rendant à l'ombilic. La présence dans son intérieur de deux artères ombilicales démontrait la nature de ce repli. D'autres faits encore plus démonstratifs ont été cités. M. King, reportant judicieusement à la cause indiquée plus haut les diverticulums de l'intestin grêle, cite deux faits où ces prolongements de l'intestin s'étendaient jusqu'à l'ombilic et donnaient lieu, chez un enfant de quatre mois et chez un autre de huit jours, à une fistule stercorale.

A ces faits que je vous avais cités, notre honorable président en a ajouté un autre. Sur un enfant nouveau-né on avait vu à la suite de la chute de la ligature du cordon survenir une fistule stercorale occasionnée par l'ouverture d'un de ces diverticulums à l'ombilic.

L'anatomie pathologique vient donc ici éclairer l'origine de cette anomalie, cet arrêt de développement; par eux-mêmes, en outre, les diverticulums de l'intestin peuvent occasionner plusieurs sortes d'accidents. Nous venons de citer les fistules stercorales à l'ombilic; chez l'adulte ce cul-de-sac, souvent largement ouvert, peut admettre dans son intérieur des corps étrangers qui glissent d'habitude sur les parois lisses et déclives du tube digestif, sont susceptibles de s'arrêter dans ce cul-de-sac, de le perforer. M. Denucé vous a mentionné une perforation d'un diverticulum intestinal par un noyau de cerise engagé dans son intérieur, ayant donné lieu à une péritonite et à la mort. Enfin, messieurs, pour achever de vous indiquer les funestes conséquences de ces appendices anormaux, je vous citerai un étranglement interne produit par un diverticule semblable situé à 26 pouces au-dessus du cœcum, et rapporté par le docteur Viniswood dans le *Monthly*, journal d'Edimbourg (juillet 1844).

Les ulcérations idiopathiques du tube digestif, c'est-à-dire celles qui ne reconnaissent pas pour cause une action traumatique, occupent une large place dans la pathologie interne. Je ne veux pas même tenter de vous en rappeler les nombreux exemples qui ont passé sous vos yeux dans le cours de cette année; cependant quelques faits rares et exceptionnels méritent une mention spéciale.

Dans l'estomac d'une femme de soixante-quatorze ans, M. Sainet vous a montré un ulcère chronique qui avait amené la déchirure de l'artère coronaire stomatique, et consécutivement la mort par hématémèse. Ce fait offre la plus grande analogie avec un autre semblable qui vous a été montré l'an dernier par M. Boullay. Dans ces deux cas, la maladie primitive semblait être l'ulcère de l'estomac. Dans la pièce de M. Sainet, plusieurs cicatrices rayonnées d'un blanc bleuâtre situées dans d'autres points de l'estomac attestaient l'époque ancienne à laquelle remontait l'affection ulcéreuse de la muqueuse stomacale. Un autre point curieux ressort de la comparaison de ces deux faits, c'est qu'après une hématémèse abondante survenue le premier jour, les malades purent encore vivre trois jours malgré la répétition des vomissements sanglants; c'est qu'il est fréquent, en effet, de voir l'écoulement de sang par une ulcération d'un vaisseau artériel, même volumineux comme l'aorte, s'interrompre momentanément sans doute par l'interposition dans l'ouverture anormale de quelques caillots sanguins, et permettre encore au malade de vivre plusieurs jours. Votre secrétaire vous a montré une rupture d'un anévrisme de l'aorte dans l'œsophage, qui démontrait l'exactitude de cette proposition.

Les perforations de l'estomac tendent quelquefois à se boucher par l'application de l'estomac contre les parois d'un organe voisin: ainsi le foie, le pancréas, la rate même, viennent souvent former une paroi du renflement stomacal. Les cas de ce genre ne sont pas rares. M. Barth vous en a montré un beaucoup plus exceptionnel: Une perte de substance de la grandeur d'une pièce de cinq francs, située à quatre travers de doigt de la valvule pylorique, près de la grande courbure, était bouchée par le sternum, auquel l'estomac était entièrement adhérent. Les bords de l'ulcère aplatis, peu épais, indiquaient que la lésion était ancienne.

M. Barth nous a montré également, sur un intestin d'une femme de quarante-six ans, morte tuberculeuse, une cause d'ulcération intestinale assez rare. Près du duodénum, à 4 ou 5 pouces du pylore,

volume du poing, piriforme, ou plutôt quadrilatère, un peu aplatie d'avant en arrière. Deux bosselures existent à sa face intérieure, l'une en haut, au-dessous de l'anneau, l'autre tout à fait en bas. Ces deux bosselures sont séparées par un collet ou étranglement situé à peu près à la partie moyenne de la tumeur.

Elles sont fluctuantes, et semblent communiquer l'une avec l'autre. Ainsi, il est possible qu'une cloison mince interposée entre les deux cavités donne la sensation de fluctuation. Au début il n'y avait que la bosselure supérieure ; l'inférieure est d'origine récente. Si l'on vient à les examiner à contre-jour avec une lumière, il est facile de s'assurer qu'elles sont bien manifestement transparentes.

En déprimant la couche de liquide placée entre les doigts et le testicule, on touche une masse très dure, très compacte, divisée en plusieurs segments en avant et en arrière qui offrent des granulations ou aspérités.

Cette masse, indurée et comme hérissée de petits mamelons saillants du volume d'un petit pois, n'est autre que le testicule lui-même ; car on peut s'assurer d'une manière positive qu'elle se continue en haut avec le canal déférent, resté complétement sain ; mais il est difficile de séparer nettement le corps du testicule de l'épididyme, tant la déformation est considérable.

Nous pratiquerons dans quelques jours une ponction exploratrice, et nous pourrons examiner plus commodément la tumeur.

Toutefois, et dès à présent, je pense que nous avons affaire ici à une affection syphilitique du testicule (symptômes tertiaires). Cette affection est caractérisée par une augmentation de volume de l'épididyme et du corps du testicule. Malgré le liquide, nous avons constaté un accroissement considérable de l'épididyme. La moitié de cet organe est enchâssée dans le corps du testicule (comme un œuf dans un coquetier). Le corps du testicule semble donc diminué, mais il présente à peu près son volume normal, et à la surface de l'albuginée nous avons pu sentir de petits mamelons chagrinés de volume variable.

Le plus souvent, dans l'état de repos, la partie est presque toujours complétement indolente, et le malade, à raison de cette insensibilité, la touche avec une rudesse qui étonne le chirurgien.

Ici, la tumeur est un peu douloureuse à la pression, pendant la marche ou tout autre exercice corporel ; mais dans ces deux dernières circonstances, la principale incommodité dépend de la gêne mécanique que la tumeur apporte aux mouvements.

Les douleurs, quand elles existent, dépendent presque toujours des tiraillements que la tumeur exerce par son poids. Ces douleurs prennent rarement le caractère qui appartient à certaines autres manifestations syphilitiques, et dans ce cas elles ne se font pas plus sentir la nuit que le jour ; mais une légère pression suffit pour les déterminer.

Notre second malade, couché au n° 4, est un jeune homme de trente-deux ans, qui présente les plus grandes analogies avec le précédent. Comme maladies antécédentes, il faut noter un chancre induré il y a dix mois (pas de blennorrhagie). Le traitement fut incomplet, et, quatre mois après cette accident syphilitique, le testicule commençait à augmenter de volume.

Il entra alors dans un hôpital, où la nature de la maladie fut reconnue, car on lui fit prendre de l'iodure de potassium, qui procura une prompte amélioration.

Il quitta l'hôpital sans continuer le traitement, et le mal recommença ses progrès.

Aujourd'hui, il vient s'offrir à notre examen dans l'état suivant :

Ce jeune homme est également monorchide ; c'est aussi le testicule droit qui est dans le scrotum et malade. Le gauche est retenu à l'anneau, mais flasque, ridé, comme une toute petite noisette ; la tumeur des bourses est piriforme, fluctuante, peu douloureuse, transparente, d'une tension médiocre.

En déprimant les enveloppes de la tumeur, on peut toucher le testicule. Il est dur, bosselé, gros comme un petit œuf. Une ponction, en vidant le liquide, nous a permis de constater :

1° Une déformation considérable de l'épididyme et du corps du testicule.

Les signes de délimitation entre ces deux organes ne sont pas bien tranchés.

L'épididyme est à la partie inférieure et interne de la masse morbide.

2° La face postérieure de la tumeur est plus dure, plus bosselée ; elle est formée par le corps du testicule placé en arrière. Nous ne trouvons pas de traces de travail inflammatoire, ni d'adhérences des enveloppes entre elles.

A l'état de repos, notre malade n'éprouve que peu ou point de douleur ; mais elle s'éveille vite à la moindre pression. Cependant elle n'est jamais bien aiguë et reste plutôt obtuse. Nos malades n'éprouvent aucune exacerbation nocturne. Ce caractère n'est donc point un symptôme certain de l'affection syphilitique du testicule, comme le pensait A. Cooper ; et, du reste, quoique cet auteur ait émis cette opinion dans plusieurs passages, on n'en retrouvera cependant la preuve dans aucune de ses observations.

Nous ne pouvons donc l'admettre qu'avec une grande réserve.

Pour arriver au diagnostic, deux ordres de signes nous sont utiles :

1° Les antécédents ;

2° Les signes anatomiques.

1. Nos deux malades ont eu des chancres : le premier, il y a deux ans à peu près ; le second, il y a dix mois seulement.

Chez le premier on ne trouve plus de traces de chancres ; chez le second on peut encore constater des traces d'induration.

Tous deux ont suivi un traitement incomplet ; et c'est à une distance plus ou moins éloignée de l'accident primitif qu'ils ont vu leur testicule augmenter de volume, le premier après un an, le second après cinq mois.

Le gonflement du testicule s'est accru lentement, presque sans douleur, sans exacerbation nocturne bien évidente, sans aucun dérangement de la sécrétion spermatique et des fonctions génitales. Le volume seul de la tumeur causait une certaine incommodité, qui se faisait surtout sentir dans la marche, la station prolongée ; aussi, l'un et l'autre portaient un suspensoir à leur arrivée à l'hôpital.

2. En ce qui concerne l'examen de la tumeur, vous avez pu tous constater :

1° Sa forme quadrilatère, ou plutôt piriforme, très pesante, dure, bosselée, assez indolente, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences ;

2° Un épanchement de sérosité limpide, transparente, d'une médiocre abondance dans la tunique vaginale, de manière à simuler une hydrocèle.

3° Si l'on déprime avec le doigt les enveloppes scrotales, et surtout après avoir évacué le liquide par une ponction, nous trouvons la tunique albuginée déformée, criblée de bosselures de volume variable: ici une tête d'épingle, là un petit pois, une amande pourraient en donner l'image assez fidèle.

Ces déformations extérieures à la glande séminale, déjà signalées par A. Cooper, sont produites par un épanchement de lymphe plastique à la surface de la tunique albuginée.

Ce sont des couches pour ainsi dire stratifiées en forme de zones concentriques, souvent assez régulièrement arrondies, quelquefois couvertes d'aspérités saillantes et, dans certains cas, offrant au toucher une sorte de mobilité trompeuse.

Comme la tunique albuginée du corps du testicule et de l'épididyme présente en même temps ces singulières déformations, il n'y a rien d'étonnant qu'on ait pu confondre certaines formes de l'orchite chronique avec les altérations du testicule syphilitique que nous venons de signaler à votre attention.

Mais les caractères bien différents de ce dernier (s'ils commandent parfois un certain doute) ne permettent guère l'erreur après un examen attentif et des antécédents et de l'état anatomique de l'organe malade : les bosselures, les plaques stratifiées de l'albuginée, l'hydrocèle concomitante, des chancres à une époque plus ou moins rapprochée, sont les éléments à l'aide desquels vous pourrez toujours asseoir un diagnostic positif.

Les affections syphilitiques de la peau, du périoste (quand elles existent) vous seront quelquefois d'une grande utilité pour vous donner toute la certitude désirable ; mais ces signes manquent bien souvent.

Ainsi A. Cooper ne les a mentionnés que deux fois dans ses huit observations de testicule vénérien, et nos deux malades n'offrent point de traces de syphilis du côté de la peau, des muqueuses et du périoste des os.

A nos yeux, les chancres antécédents sont des *accidents* suffisants pour expliquer l'altération testiculaire que ces malades nous offrent aujourd'hui.

3. Le cancer, les tubercules de la glande séminale, au début, ont bien certains points de ressemblance ; toutefois, il n'est pas impossible d'arriver à la vérité.

Ainsi, dans le cancer, il y a quelquefois une hydrocèle symptomatique peu abondante ; mais après la ponction, le testicule, ou du moins la tumeur que l'on trouve à sa place, apparaît avec les caractères de l'encéphaloïde.

4. Dans l'affection tuberculeuse des testicules il n'y a point d'hydrocèle, ou du moins elle est bien rare, car je ne l'ai jamais rencontrée.

Les bosselures sont plus régulièrement sphériques, se détachent pour ainsi dire de la tunique albuginée, à travers laquelle elles semblent faire hernie ; de plus, ces bosselures sont *adhérentes* au scrotum presque dès leur naissance. Si l'on vient à saisir le scrotum de chaque côté de ces bosselures en essayant de faire un pli, la peau reste immobile au niveau du point adhérent, et le pli se dessine seulement au-dessus et au-dessous.

Il est alors facile de suivre, à la face profonde des téguments, une sorte de corde saillante qui va s'insérer à la bosselure que l'on examine en ce moment.

Ces caractères ne se trouvent pas dans le testicule vénérien.

Les tubercules se ramollissent assez rapidement et dans le testicule, et quelquefois dans la prostate, le canal déférent, qui, comme vous le savez, participent le plus souvent à l'altération de la glande séminale devenue tuberculeuse.

Rien de semblable dans le testicule syphilitique ; nous avons donc sous les yeux une *affection syphilitique tertiaire* consistant dans la déformation de l'albuginée, de l'épididyme et du corps du testicule. Cette déformation a été longuement décrite plus haut ; mais, afin de mieux la graver en votre mémoire, je la reprendrai tout à l'heure dans un tableau ou parallèle esquissé à grands traits.

Le pronostic de cette affection est favorable, mais il faut du temps.

Trois, quatre mois, un an de traitement sont parfois nécessaires pour obtenir un résultat complet.

Nous commençons par 1 gramme d'iodure de potassium par jour dans 123 grammes d'eau ; les doses doivent être portées assez rapidement à 2, 3, 4 grammes dans les vingt-quatre heures, et encore j'ajoute ordinairement une pilule de 2 centigrammes de proto-iodure de mercure. Régime modéré.

Si l'hydrocèle ne disparaît pas d'elle-même sous l'influence du traitement, je fais une ponction, et le liquide ne se reproduit point, ou en si petite quantité qu'on peut le négliger sans inconvénient, car il est bien résorbé.

Maintenant que nous connaissons bien le testicule syphilitique, essayons d'en tracer rapidement les principaux caractères.

Le testicule syphilitique apparaît sous la forme d'une tumeur de volume variable : il est entouré de liquide (hydrocèle) ; à travers cette hydrocèle, on peut sentir l'épididyme et le corps du testicule ; ils sont indurés, bosselés par places ; l'épididyme est comme pelotonné sur lui-même de la tête à la queue ; sa surface albuginée offre de petites élévations dures, sortes de petites tumeurs décrites plus haut, nées du tissu même de cette membrane enveloppante ; elle est épaissie, recouverte de couches ou dépôts stratifiés de lymphe plastique.

---

des ganglions tuberculeux étaient appliqués contre le tube digestif : plusieurs d'entre eux, du volume de l'extrémité du petit doigt, refoulaient en dedans toutes les tuniques de l'intestin et faisaient saillie dans la cavité intestinale par un orifice de la grandeur d'un pois. Plus bas, sur le trajet de l'intestin grêle, d'autres ganglions s'étaient également appliqués contre les tuniques, et leur cavité, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, communiquait avec celle de l'intestin. C'était, pour ainsi dire, un mode d'évacuation salutaire de la matière accumulée dans les ganglions mésentériques.

Les ulcérations des éléments folliculaires de l'intestin grêle, sous le rapport de leur pathogénie, sont, grâce aux travaux des médecins du dix-neuvième siècle, aujourd'hui bien connues ; elles se rapportent presque toutes uniquement ou bien à la diathèse tuberculeuse, ou à cette fièvre continue que nous nommons typhoïde. M. Barth vous a présenté, cette année, un nouveau genre d'ulcérations intestinales qui ne se rapportaient pas aux deux causes pathogéniques que je viens d'indiquer, et que notre collègue a cru pouvoir attribuer à la pellagre. Vous connaissez cette singulière maladie caractérisée plutôt que formée par une affection de la peau, s'accompagnant de symptômes généraux graves et compromettant souvent la vie du malade d'une manière sérieuse. Sur un malade placé dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, ancien militaire, une affection de peau avait apparu plusieurs fois sur les mains, offrant la ténacité et les caractères de la pellagre ; dans les derniers temps, à cette éruption brunâtre, rugueuse et écailleuse de la face dorsale des mains étaient venus se joindre une diarrhée opiniâtre et de l'amaigrissement. En présence de ces accidents, à quoi fallait-il attribuer la maladie ? Une entérite chronique chez un homme de trente ans, bien constitué, n'offrant aucun signe général ou local de diathèse tuberculeuse, ne pouvait être admise ; M. Barth pensa alors à l'existence d'une pellagre. Le malade succomba, et l'on trouva alors ces ulcérations intestinales que nous avons tous examinées. Dans les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle, excepté dans les dix-huit derniers pouces de ce canal, où elles manquaient complétement, existaient 23 ulcérations, arrondies pour la plupart, les plus grandes du diamètre d'une pièce de cinq francs ; à leur niveau la membrane muqueuse était détruite, et l'on ne voyait qu'un fond jaunâtre régulier, assez lisse, tissu dans lequel le microscope ne découvrait que des éléments fibro-plastiques. Nulle part les plaques de Peyer n'offraient l'aspect de celles de la fièvre typhoïde ; enfin les ganglions mésentériques, si fréquemment altérés dans cette affection, étaient complétement sains. Devons-nous voir ici une forme nouvelle d'ulcérations intestinales ?

Vous comprendrez, messieurs, qu'en présence d'un sujet si grave et après l'examen d'un fait unique, on ne puisse rien affirmer ; nous resterons donc, à l'exemple du présentateur, notre collègue M. Barth, dans une sage réserve, et nous placerons ce fait rare au nombre de ceux que des recherches ultérieures peuvent éclairer et utiliser pour jeter quelque lumière sur beaucoup de points encore obscurs de l'histoire de la pellagre.

CALCULS BILIAIRES.

Les calculs biliaires que l'on rencontre si fréquemment à l'ouverture des cadavres des vieillards demeurent souvent latents, soit qu'ils ne produisent pendant la vie aucun accident, soit qu'ils n'occasionnent que des symptômes légers qui attirent à peine l'attention des malades et surtout n'apportent aucune perturbation grave dans leur santé. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il existe dans la science plus d'un fait de colique hépatique entraînant la mort sans que la présence des concrétions biliaires, oblitérant les canaux excréteurs ou déterminant dans l'appareil hépatique de lésion sérieuse, puisse rendre compte de la terminaison fatale. Ces cas rares ne se sont pas offerts à nous dans le courant de l'année, mais nous avons vu successivement une série de lésions qui présentent un tableau presque complet des altérations que peuvent produire les calculs biliaires.

On a souvent argué du volume considérable des calculs, comparé aux diamètres assez exigus des canaux excréteurs, pour prétendre que les concrétions rendues pendant la vie avaient été expulsées par une communication anormale et directe du réservoir biliaire et du côlon transverse. Cependant, grâce à leur élasticité, les canaux biliaires peuvent se dilater au point de se laisser traverser par des calculs du volume du pouce. Il en est ainsi dans une pièce que vous a montrée M. Barth. Dans une autre présentation, notre savant collègue a insisté sur un autre mécanisme de l'expulsion des concrétions biliaires, c'est [illegible] leur fractionnement ; il nous a montré dans l'appareil excréteur hépatique des calculs d'un petit volume, lisses ; mais qui, au lieu de présenter, comme on l'observe en général, une écorce enveloppant une autre substance disposée en rayons convergeant vers un centre commun, laissait voir ces rayons dirigés d'un même côté ; le[illegible]ur point de réunion faisait alors défaut. En admettant ce fractionnement des calculs dans les voies biliaires, on pourrait expliquer jusqu'à un certain point les douleurs quelquefois si vives que provoquent les coliques hépatiques, qui se terminent par l'expulsion d'une gravelle à grains peu volumineux.

Nos bulletins renferment des exemples nombreux des lésions qu'occasionnent l'arrêt des calculs et l'oblitération consécutive des canaux excréteurs. Ainsi, il en résulte quelquefois un épanchement de bile dans le foie par suite de la rupture des canaux biliaires, épanchement qui entraîne quelquefois à sa suite le développement d'une hé[illegible] avec foyers purulents, qu[illegible]on a vue une autre fois, dans un [illegible] par M. Clin, s'ouvrir dans l'estomac.

Au lieu d'[illegible] le cours de la bile par leur position au centre des canaux excréteurs, les calculs biliaires se forment souvent une cavité surnuméraire dans la vésicule elle-même ; dans ces cas, comme M. Barth vous en a présenté un exemple, la vésicule sem-

Il faut bien se garder de prendre ces petits corps durs pour des tubercules.

Le tubercule se détache davantage du corps du testicule à travers l'albuginée amincie ; elle est épaissie dans le testicule syphilitique.

Les antécédents ont une grande valeur pour élucider le diagnostic.

Des chancres précèdent le testicule syphilitique : des traces de scrofules peuvent aider à reconnaître le testicule tuberculeux.

Dans le testicule syphilitique parvenu à une certaine période, il y a presque toujours une hydrocèle : c'est la règle commune, et l'absence de l'épanchement doit être considérée comme une exception.

Dans le testicule tuberculeux, l'absence du liquide est la règle et sa présence forme l'exception.

Les tubercules arrivent plus ou moins vite à la période de ramollissement; alors les tubercules s'isolent, se circonscrivent; la peau devient de plus en plus adhérente à leur niveau; elle s'amincit, se perfore, etc.

Dans le testicule syphilitique, les couches plastiques qui composent la tumeur augmentent en se stratifiant (dépôts stratifiés), ne se ramollissent jamais, vont toujours croissant; la peau est toujours saine, sans adhérences : c'est le contraire pour les tubercules.

Dans le testicule tuberculeux, en touchant, par le rectum, la prostate, les vésicules séminales offrent aussi le plus souvent des altérations analogues : rien de semblable dans le syphilitique, à moins de complications.

Les deux testicules sont plus fréquemment affectés dans le testicule syphilitique, et le plus souvent un seul est malade d'abord dans le testicule tuberculeux.

Dans le premier (syphilitique), les fonctions génitales conservent toute leur vigueur ; la sécrétion du sperme, l'éjaculation sont abondantes.

Dans le second (tubercules), ces importantes fonctions languissent et meurent bientôt avec les progrès de l'évolution tuberculeuse.

Dans le testicule vénérien, l'altération siége dans l'albuginée. Le tubercule naît, se développe et suppure dans le parenchyme même de la glande séminale, qu'il détruit plus ou moins complétement.

L'une de ces affections est curable par l'iodure de potassium et le traitement antisyphilitique, ainsi que l'hydrocèle concomitante.

L'autre se joue de tous nos moyens et marche sans cesse vers une fâcheuse terminaison.

Toutes deux ont cela de commun qu'elles surprennent les malades dans la plénitude des fonctions génitales, c'est-à-dire de 25 à 40 ans.

J'ajouterai, en terminant, qu'on ne pourra nous reprocher d'avoir confondu le testicule syphilitique avec une orchite chronique, car nos deux malades n'ont jamais eu d'*épididymite*, et cette raison nous semble péremptoire.

Vous avez suivi ces malades, et vous avez pu voir l'heureuse influence du traitement; l'hydrocèle ne s'est point reproduite; les bosselures qui déformaient complétement les testicules se sont effacées peu à peu, et vous avez pu voir une délimitation bien tranchée s'opérer *pour ainsi dire sous vos yeux* entre le corps de la glande et l'épididyme primitivement confondus ensemble dans la même masse morbide.

Ne perdez pas l'occasion de constater ces résultats, car j'ai toujours vu ces malades quitter l'hôpital avant leur complète guérison et sans qu'il nous soit possible de les y retenir.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 avril 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose d'une lettre du ministre de l'intérieur avec envoi d'une note de M. le docteur Pourcelot, médecin des épidémies d'Allkirch, relative à une épidémie de dyssenterie qui a régné en 1851 dans la commune de Wolschwiller (Haut-Rhin).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Suicide.

M. V. Fournié, de Bordeaux, adresse un mémoire sur le suicide produit par les affections des organes génitaux.

Commission des prix.

L'Académie nomme les commissions suivantes pour examiner les travaux destinés au concours des prix pour 1852.

Prix de l'Académie. — Sur le seigle ergoté.

MM. Villeneuve, Danyau, Adelon, Chevallier, Guibourt.

Prix Civrieux. — Sur l'épilepsie.

MM. Jolly, Bouillaud, Rostan, Bricheteau, Gibert.

Prix Portal. — Sur l'inflammation des os.

MM. Cornac, Gerdy, Larrey, Gimelle, Bouvier.

Prix Itard. — Ouvrages imprimés.

MM. Mélier, Roche, Collineau, Michel Levy, Bousquet.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Henry lit un rapport sur une eau prétendue sulfureuse découverte à Bagnolet, près Paris. Les conclusions sont qu'il n'y a pas lieu à accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

— Le même membre lit un rapport sur des sources d'eau minérale *acidule gazeuse alcalino-terreuse*, situées à Condillac (Drôme). Les conclusions favorables sont adoptées.

— M. Henry propose encore d'accorder l'autorisation d'exploiter une source minérale qui jouirait des propriétés antisyphilitiques des plus remarquables.

Sur les observations de plusieurs membres, ce rapport est renvoyé à la commission.

LECTURES.

Accidents produits par le chloroforme. — Tumeurs sanguines des os.

M. le docteur Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon et correspondant de l'Académie, lit une note dont nous extrayons ce qui suit :

J'ai fait usage au moins deux cents fois du chloroforme, et jamais je n'ai éprouvé de ces graves accidents qui ont occasionné la mort immédiate du malade et la désolation des opérateurs. Je ne me suis cependant pas conformé aux règles posées par M. Sédillot, quoique je ne les regarde pas comme devant être négligées. Cependant un phénomène anormal vient de se présenter à mon observation, et je crois de mon devoir de le faire connaître, pour mettre en garde le praticien contre un nouveau genre de danger que présenrait le chloroforme. Il ne s'agit plus de ces morts foudroyantes qui ont déjà été observées malheureusement un assez grand nombre de fois, mais d'une action délétère sur l'organisme telle, qu'il en résulte l'anéantissement du principe vital et l'impossibilité de la réaction, travail nécessaire à la guérison après les grandes opérations. Cette action délétère, loin d'être prévenue par les précautions conseillées par M. Sédillot, nous paraîtrait alors être encore plus à craindre, puisqu'il habitue l'organisme à l'action du chloroforme par des inspirations faites à distance et suspendues de temps en temps, de telle manière qu'il arrive à faire absorber une quantité considérable de chloroforme (100 grammes), et à maintenir l'anesthésie pendant une heure; il en résulterait que l'intoxication serait mieux supportée, mais qu'elle aurait une action plus profonde sur l'organisme. Voici le fait que j'ai observé ; je laisserai l'Académie juge de la cause de la mort. Je vais me borner au rôle d'historien.

Le nommé Casson Dambras, âgé de vingt-sept ans, soldat au 54e de ligne, jouissant d'une bonne santé, fut, il y a quatorze mois, saisi d'une vive douleur à la jambe gauche, accompagnée d'un craquement, en se livrant à des exercices gymnastiques qu'il fut obligé de cesser immédiatement; il remarqua qu'il s'était formé une petite tumeur à la partie interne et supérieure de la jambe gauche, correspondant au péroné, ayant, dit-il, le volume et la forme de la moitié d'un œuf. La marche était pénible, mais il n'en résultait pas d'augmentation de volume dans la tumeur. Envoyé à l'hôpital de Tulle, il subit un traitement antisyphilitique; on fit aussi usage des fondants et des résolutifs. La maladie faisant des progrès constants, Casson voulut rejoindre son régiment, et il vint à Avignon, où il fut obligé d'entrer à l'hôpital le 15 janvier de cette année.

Le malade fut examiné avec soin. Voici quel était son état : Santé générale bonne; la jambe gauche offre au côté externe une tumeur volumineuse pyriforme, dont la grosse extrémité est tournée en haut et s'étend depuis l'extrémité supérieure du péroné jusqu'à sa partie moyenne. Il est évident que cet os est compris dans la tumeur; mais la possibilité de déterminer de légers mouvements de glissement sur le tibia nous annonçait que ce dernier ne participait pas à la maladie.

Cette tumeur, examinée avec soin, offre évidemment une coque osseuse mince qui donne la sensation, lorsqu'elle est pressée fortement, du froissement d'une enveloppe formée par un parchemin sec et épais; lorsqu'on la déprime elle reprend immédiatement sa forme; on n'y perçoit ni fluctuation, ni bruit de souffle, ni battement artériel, enfin aucun des caractères des tumeurs anévrismales, quoique le début de la maladie nous eût porté à croire à l'existence d'une tumeur de cette nature.

Dans la position où se trouvait ce malade, il était évident qu'on ne pouvait lui conserver la vie qu'en le débarrassant d'une affection qui faisait des progrès constants, qui le rendait impropre à toute espèce de travail, et qui avait résisté à tous les traitements mis en usage jusqu'à ce jour. Devait-on procéder à l'amputation du membre, ou se borner à l'ablation de la tumeur? Ce dernier parti nous parut celui qui devait être préféré, et nous y procédâmes le 20 janvier de la manière suivante :

Le malade a été soumis à l'inhalation du chloroforme par le procédé suivant, qui est celui que nous employons toujours : Un sac en baudruche, pareil à ceux dans lesquels on renferme habituellement du tabac à fumer, contient deux ou trois petites éponges; on y verse un flacon contenant environ 4 grammes de chloroforme, et on le place immédiatement devant la bouche et le nez du malade, en laissant arriver une certaine quantité d'air atmosphérique. Le malade, après quelques minutes, ne s'endormant pas comme on l'observe habituellement, je fis verser une seconde dose de chloroforme dans le sac, qui amena au bout de quelques instants l'anesthésie.

Je pratiquai immédiatement l'opération. Une incision longitudinale s'étendant de la tête du péroné à son tiers inférieur fut croisée horizontalement par une incision en T pratiquée à la partie supérieure, les téguments furent disséqués avec soin et la tumeur isolée; nous passâmes un couteau interosseux entre le tibia et le péroné, au-dessous du point où se terminait la tumeur à la partie inférieure, et nous sciâmes le péroné avec une scie à chaîne. La tumeur fut ensuite ouverte pour en faciliter l'ablation; elle contenait une quantité considérable de caillots sanguins durs, anciens. Nous avions affaire à un anévrisme de l'os, le doute n'était plus permis.

Toute la tumeur fut enlevée, et nous désarticulâmes la tête du péroné, qui était comprise dans la coque de la tumeur anévrismale. L'artère péronière fut liée, ainsi qu'une jumelle inférieure. L'hémorrhagie ne fut pas considérable, et l'opération fut faite avec la promptitude désirable; cependant, avant qu'elle fût terminée, le malade fut saisi d'une syncope inquiétante, qui nécessita l'usage de l'ammoniaque.

Dès que l'appareil fut appliqué, on porta l'opéré dans son lit. Des frictions avec des linges chauds furent faites sur la région précordiale et sur les membres; une potion tonique et ammoniacale fut prescrite. Cependant la chaleur du corps ne se rétablissait pas; le pouls restait insensible.

Le malade avait une répugnance invincible à prendre la potion; il était dans son lit accablé, ne se plaignant pas, mais sans chaleur et sans force. Pendant la nuit il eut un peu de délire.

Le lendemain, l'état général persiste, et le malade déclare ne pas souffrir; mais le corps est toujours froid et le pouls insensible; il y a eu des vomissements.

Le 24, quatre jours après l'opération, l'état général était toujours aussi mauvais, quoique le malade ait pris des bouillons et les ait conservés facilement; il se plaint d'avoir souffert de la jambe, que nous avions examinée les jours précédents et qui n'offrait rien de fâcheux. Ce jour-là, elle était couverte de phlyctènes; il y avait commencement de sphacèle.

Des cataplasmes saupoudrés de quinquina, ce remède donné à l'intérieur, ainsi que le vin de Bordeaux, le café, rien n'a pu relever les forces; elles sont toujours allées en déclinant, et Casson est mort le 28 janvier, neuf jours après l'opération, sans jamais avoir recouvré ni chaleur, ni développement dans le pouls, enfin aucun de ces symptômes qui annoncent la réaction qu'on observe à la suite des grandes opérations.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort; nous trouvâmes la jambe sphacélée jusqu'au genou, où on rencontrait une infiltration marquée s'étendant jusqu'à la cuisse, mais aucune trace de ce travail inflammatoire qui tend à séparer les parties vivantes de celles qui sont mortifiées. Le tronc poplité, les artères

---

blait séparée en deux poches incomplètes et superposées, l'inférieure contenant le corps étranger adhérant à ses parois. En s'accumulant dans le réservoir biliaire et peut-être aussi par le travail phlegmasique qu'ils y déterminent, les calculs amènent le retrait de la poche qui les enveloppe. En effet, sur une pièce que nous devons encore à M. Barth, on voyait les parois de la vésicule appliquées sur des calculs biliaires contenus dans son intérieur, et la muqueuse du canal cystique et du col de la vésicule, au lieu de sa teinte verdâtre habituelle, était rose-clair. Il en était de même sur une autre pièce que nous devons à M. Parmentier. Dans ce dernier exemple, le canal hépatique avait manifestement augmenté de volume. Si la lésion se prononce encore plus, on peut rencontrer, comme les bulletins des années précédentes en offrent plus d'un exemple, l'oblitération complète de la vésicule sur le calcul encore contenu, ou même sa transformation en une masse fibro-graisseuse, le calcul ayant été expulsé.

Deux fois vous avez vu, dans le courant de cette année, des exemples d'un autre mode d'élimination des calculs biliaires : je veux parler de la communication de la vésicule avec le côlon transverse. Dans l'un de ces cas, M. Lebert vous montrait autour de la vésicule biliaire, et ne communiquant pas avec elle, une collection purulente; le réservoir biliaire offrait ses parois intimement appliquées sur des calculs contenus dans son intérieur. Ici vous avez assisté, pour ainsi dire, au début du travail qui aurait pu donner lieu consécutivement à la communication directe de la vésicule et du côlon transverse; la phlegmasie a eu le point de départ dans le réservoir même, et la preuve se trouve dans ce retrait des parois de sa poche; la propagation de l'inflammation a été la cause de la collection purulente environnant le réservoir. Sur [illegible] pièce de M. Barth, la lésion est déjà plus avancée; les calculs [illegible] dans la vésicule, l'abcès qui l'entourent se retrouvent encore, [illegible] le réservoir biliaire communique par une cavité intermédiaire avec le côlon transverse.

Je n'ai plus qu'à vous parler ici, pour achever de mettre sous vos yeux les faits qui ont trait aux calculs biliaires, d'un fait qui est pour ainsi dire le complément de ceux que je viens d'indiquer : c'est l'enkystement des calculs biliaires dans des adhérences cellulo-fibreuses placées entre le foie et la vésicule. Cette pièce, que nous devons encore à M. Barth, montrait les parois de la vésicule revenues sur elles-mêmes et appliquées sur des calculs biliaires; d'autres concrétions du même genre étaient situées au centre d'adhérences cellulo-fibreuses. A quel mécanisme attribuer l'expulsion de ces concrétions? On ne peut hésiter ici : il s'agit d'un travail semblable à celui dont je vous parlais il n'y a qu'un instant. La muqueuse de la face interne de la vésicule n'offrait, il est vrai, aucune cicatrice manifeste; mais l'époque ancienne de son ulcération, dont témoignent et la résistance des adhérences et le retrait considérable du réservoir biliaire, est suffisante pour l'expliquer.

Ces lésions si multiples avaient, pour la plupart, été méconnues pendant la vie, et, à l'exception de la suppuration hépatique occasionnée par l'oblitération des canaux excréteurs par des calculs, c'est à peine si les malades, qui succombèrent à des affections complétement indépendantes, avaient accusé quelques troubles légers de la santé. J'ajouterai qu'ils étaient, pour la plupart, arrivés à une époque de la vie assez avancée.

ORGANES DE LA RESPIRATION.

Les tumeurs développées à la face interne du larynx se rencontrent rarement; nous en avons vu de plusieurs espèces : les unes, presque latentes, donnaient lieu à peu de symptômes; les autres, au contraire, entraînaient de graves accidents.

Votre secrétaire a mis sous vos yeux une petite tumeur polypiforme, rougeâtre, développée sur une des cordes vocales inférieures; elle fut trouvée à l'autopsie d'un homme mort de phthisie aiguë et chez lequel elle avait donné lieu pendant la vie à une légère raucité de la voix. Dans son intérieur, on ne trouvait que du tissu cicatriciel.

M. Dufour nous a fait voir des végétations de nature épithéliale, rouges, saillantes, formant comme un gazon serré, développées sur le larynx d'un enfant, dans les ventricules, dont elles effaçaient presque complétement la cavité; trois semaines avant la mort, ces productions morbides avaient donné lieu à de la dyspnée, à une altération de la voix, qui était devenue comme croupale, puis à des accidents mortels d'asphyxie.

Sur un malade observé par M. Bauchet à l'hôpital des Cliniques, la tumeur du larynx offrait un volume plus considérable. Un homme de quarante-huit ans portait dans la région sus-hyoïdienne une tumeur volumineuse, qui fut enlevée; mais, dix jours après l'opération, des symptômes de dyspnée, se répétant par accès pendant plusieurs jours, entraînèrent la mort du malade. La tumeur était épithéliale comme dans le cas précédent, et vous avez pu voir cette production morbide, du volume d'une petite noix, implantée derrière l'épiglotte sur le repli arythéno-épiglottique droit.

Ces trois cas offrent donc une série de faits de nature diverse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Les deux places d'inspecteur du service de santé des armées créées par le décret sur la réorganisation du corps des officiers de santé, viennent d'être remplies par la promotion à ce grade de MM. Maillot, professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, et de M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique. On ne peut qu'applaudir au choix de ministre qui récompense par cette double nomination des services et des talents également signalés.

— M. le professeur Piorry a commencé son cours de clinique médicale le lundi 5 avril. La visite des malades se fera tous les jours à huit heures, et la clinique aura lieu les lundi, mercredi et vendredi à 9 heures précises dans l'amphithéâtre de la Charité.

tibiales sont intacts; l'artère péronière a été coupée et liée; les nerfs et les veines n'ont pas été intéressés; le tibia est sain.

Examen de la pièce anatomique. — La tumeur est formée aux dépens du péroné, qui est renflé depuis son extrémité supérieure jusqu'à sa partie moyenne; elle a 25 centimètres de circonférence et 18 centimètres de long. Elle est formée par une enveloppe osseuse mince, donnant une sensation analogue à celle produite par une coquille d'œuf lorsqu'on la déprime, présentant dans certains points absence de substance osseuse remplacée par un tissu fibreux ayant l'aspect du périoste.

L'intérieur de la tumeur est rempli par une masse considérable de caillots anciens, durcis, contenus dans une vaste cavité offrant des cloisons osseuses qui ont été comparées par M. Mazel, mon interne, à l'aspect produit par la base du crâne vue de loin lorsque la voûte a été enlevée.

Il ne nous a pas été possible de préciser exactement le point de pénétration des vaisseaux qui alimentaient cette vaste tumeur sanguine. Si maintenant nous examinons les antécédents favorables du malade, l'absence de toute lésion anatomique, nous sommes conduit à attribuer la mortification du membre à l'état de prostration générale dans laquelle l'opéré est tombé immédiatement après l'opération, et dont il ne s'est jamais relevé; ce qui a occasionné la terminaison funeste que nous avons à déplorer. Cette prostration nous semble devoir reconnaître pour cause l'action du chloroforme; elle s'est manifestée immédiatement après l'inhalation, et elle n'a jamais cessé jusqu'à la mort.

Nous avons, il y a déjà longtemps, signalé la diminution de la réaction due à l'action du chloroforme, et nous l'avons considérée comme une circonstance favorable à la réussite des grandes opérations; mais nous n'avions jamais observé ce phénomène arrivé au point de s'opposer au rétablissement du mécanisme vital.

Maintenant, la mort de Casson doit-elle être attribuée à une idiosyncrasie particulière que les antécédents favorables du malade n'expliquent pas, ou à l'action délétère du chloroforme? Je laisse à l'Académie le soin de décider la question.

Résection de l'os maxillaire. — Hémorrhagie par l'artère dentaire.

M. Pamard communique encore le fait suivant :

La résection du maxillaire inférieur, faite, comme on le sait, pour la première fois en 1812 par Dupuytren, a été répétée depuis lors un trop grand nombre de fois pour que celle que j'ai pratiquée méritât l'honneur d'être rapportée, s'il n'était pas survenu un accident qui n'a été, je crois, encore observé qu'une seule fois par Graef, et auquel il remédia par un moyen qui diffère de celui que j'ai employé.

La nommée Perno (Marie-Madeleine), femme Gluaiz, âgée de cinquante-deux ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital le 9 février 1852, offrant une tumeur dure et volumineuse ayant son siége dans l'os maxillaire inférieur, s'étendant du menton jusqu'au point où est implantée la dernière grosse molaire gauche, donnant naissance dans l'intérieur de la bouche à une excroissance charnue, rouge, saignante, qui s'opposait à la mastication, gênait la parole, mais n'occasionnait pourtant pas de vives douleurs.

La résection fut pratiquée le 17 février. Je n'insisterai pas longuement sur le procédé; celui que je suivis a été préconisé par M. Jules Cloquet, c'est-à-dire, incision longitudinale sur la ligne médiane et incision transversale s'étendant jusqu'à l'angle de l'os maxillaire. L'artère coronaire, une branche de la faciale ont été liées immédiatement après leur division. Les insertions des génioglosses ont été ménagées d'un côté pour prévenir le renversement de la langue. Deux traits de scie ont divisé l'os, une partie sur la ligne médiane, l'autre sur le côté gauche, au point d'union de la portion horizontale avec la branche montante. La dissection du lambeau a été rapide, la tumeur parfaitement isolée et enlevée avec promptitude; la labiale supérieure, fournissant du sang, fut liée. La plaie, lavée avec soin avec de l'eau tiède, ne présentait plus aucune trace d'écoulement sanguin. Cependant, pour permettre aux vaisseaux de revenir de cette constriction spasmodique qui s'oppose à l'hémorrhagie, nous attendîmes au moins vingt minutes avant de faire la réunion; n'apercevant plus de traces de sang, nous y procédâmes par la suture entortillée. A peine était-elle terminée qu'une hémorrhagie assez abondante se déclara; nous essayâmes vainement de l'arrêter par des lavages répétés avec l'oxycrat froid, la compression par l'introduction dans la plaie d'une notable quantité de gomme arabique en poudre. Nous voulûmes pourtant attendre, et ce ne fut qu'après une heure d'expectation que nous nous décidâmes, à notre grand regret, à défaire nos points de suture; ceux placés sur la ligne médiane furent les seuls que nous dûmes enlever.

Le lambeau étant devenu libre, renversé et débarrassé des caillots qui le recouvraient, nous découvrîmes immédiatement la source de l'hémorrhagie; elle provenait de l'artère dentaire, qui fournissait un jet en saccades pareil à celui qu'aurait fourni une artère assez volumineuse des parties molles. Nous préférâmes, au bouchon de bois qui a été mis en usage par Graef, la cautérisation avec un cautère actuel de forme acuminée, qui nous réussit parfaitement et ne nous présenta pas l'inconvénient d'introduire un corps étranger dans la plaie.

L'écoulement sanguin a été parfaitement arrêté; les bords de la plaie furent affrontés de nouveau et maintenus par la suture; la réunion s'est opérée sans accidents. Il y a aujourd'hui vingt-huit jours de l'opération; la cicatrisation est parfaite; le malade mange, parle, et ne conserve d'autre difformité que les traces linéaires des cicatrices. Je dois faire observer que j'ai omis à dessein la précaution conseillée par quelques auteurs, de laisser une ouverture à la partie déclive de la plaie, qui me paraît exposer à l'établissement d'un pertuis fistuleux et qui me semble n'offrir aucun avantage.

La tumeur, examinée avec soin, offrait une consistance cartilagineuse et l'aspect du tissu squirrheux; il n'y avait pas de points ramollis au centre, ni de traces de vaisseaux sanguins ni de nerfs; le tissu osseux est parfaitement sain dans les points où la scie a été appliquée.

Cette observation nous a paru mériter l'attention de l'Académie, à cause de l'apparition de cette hémorrhagie ayant lieu par l'artère dentaire; ce qui a, je crois, été observé bien rarement. Une circonstance doit aussi être notée dans cette hémorrhagie, c'est son apparition tardive. On l'explique dans les tissus mous par la rétraction occasionnée dans les chairs par la douleur, l'action de l'air et des instruments; mais dans l'os, ces circonstances n'existent pas. Comment donc rendre raison de ce retard dans l'écoulement du sang qui avait lieu par une artère dont le volume du jet annonçait une certaine grosseur?

— Après quelques réflexions de MM. Roux, Cloquet et Velpeau, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section d'accouchements sur les candidats à la place vacante dans cette section.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 avril 1852. — Présidence de M. Piobert.

Fracture du col du fémur.

M. le docteur Damoiseau adresse une note dont nous extrayons ce qui suit :

Tous les chirurgiens savent que les malades atteints de fracture au col du fémur ne guérissent presque jamais sans raccourcissement, et que bon nombre de ceux dont l'âge est avancé succombent aux suites de cet accident.

Ces suites si graves tiennent surtout à une cause, à la pression continue sur un même point. Au sacrum, sous l'influence de la pesanteur, elle produit des eschares presque toujours mortelles; sur le membre blessé, sous l'influence de l'extension, elle engendre des eschares qui sont l'écueil de tous les appareils.

L'indication capitale est, avant tout, d'empêcher les eschares, et, pour y réussir, il faut imiter la nature, qui nous fait supporter sans inconvénient l'énorme pression résultant du poids de tout notre corps, seulement en nous donnant la faculté de changer à tout instant nos points d'appui.

Le nouvel appareil, s'appliquant non plus seulement sur un os en particulier comme les appareils ordinaires, mais remplaçant le squelette tout entier, permet non-seulement de réduire la fracture, mais encore de soulever le malade d'une seule pièce sans ébranler les fragments osseux.

De nombreuses attaches donnent le moyen, tout en maintenant la suspension et l'extension, de changer à volonté et successivement tous les points d'appui.

Sourds-muets.

M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des Sourds-Muets, adresse un mémoire à l'Académie des sciences sur l'enseignement et le développement de la parole dans les établissements de sourds-muets belges et allemands, et sur la possibilité de doter presque tous les sourds-muets de France du langage articulé et de rendre l'ouïe et la parole à un certain nombre d'entre eux.

Il résulte de ses observations :

1° Que les sourds-muets, à l'étranger comme en France, sont presque tous des individus atteints seulement de surdité;

2° Que l'appareil vocal du sourd-muet et celui du parlant sont, à de rares exceptions près, aussi régulièrement organisés l'un que l'autre;

3° Que, dans tous les cas où l'appareil auditif ne peut être traité avec succès, toujours ou presque toujours il est possible à l'appareil vocal d'entrer en fonctions sous l'influence, non plus de l'excitation auditive, mais de l'excitation visuelle imitative et au moyen de l'impression tactile des ondes sonores, la parole du sourd-muet qui entend restant toutefois incomparablement plus nette, plus intelligible que celle du sourd-muet privé de l'ouïe;

4° Que si l'étude de la parole a été jusqu'à présent si peu cultivée en France, on peut en trouver la cause dans les efforts en quelque sorte exclusifs de l'abbé de l'Epée au début de son apostolat pour détruire les préjugés qui avaient fait regarder longtemps le langage parlé comme indispensable au développement de l'intelligence. En démontrant *à priori* que le *signe mimique* est pour le sourd-muet ce que le *signe vocal* est pour le parlant, et que l'un conduit aussi naturellement que l'autre à l'instruction, l'abbé de l'Epée n'a jamais eu la prétention d'interdire la culture de la parole à ses enfants adoptifs. Ce qu'il a voulu prouver seulement, c'est que les mots de nos langues articulées écrites ne sont qu'arbitrairement et conventionnellement les représentants des idées, et la preuve c'est que, quelques années après être entré dans la carrière de l'enseignement et avoir triomphé des préjugés dont ces malheureux étaient alors les victimes, il dirigea tous ses efforts et toutes ses recherches vers un art encore peu connu en France, celui au moyen duquel on peut arriver à leur apprendre la parole. Malheureusement cet habile instituteur n'eut pas le temps de réaliser sur ce point toutes ses vues charitables : il fut enlevé trop tôt à la religion, à la patrie, à l'humanité!

5° Que le dialecte de tel ou tel pays n'est pas pour lui un obstacle invincible : c'est tout au plus une difficulté qu'il est presque toujours possible de vaincre;

6° Que les lésions organiques de l'appareil auditif chez les sourds-muets belges et allemands, à part certains vices primordiaux de conformation, d'arrêts de développement ou d'absences d'organes, ne sont pas différentes de celles que l'on rencontre dans la surdité sans mutisme;

7° Qu'il est possible de doter presque tous les sourds-muets de France de la parole et de la faculté de la lire sur les lèvres (sont exceptés les sourds-muets idiots, les individus atteints de paralysie des membres supérieurs et de cécité);

8° Et qu'un sourd-muet, sur 4 ou 5 dans l'état actuel de la science, est susceptible de recouvrer l'ouïe et la parole de manière à pouvoir s'en servir dans ses relations.

Revue des produits de la Pharmacie et des Sciences accessoires.

Rien de plus triste que l'existence des personnes affectées de névroses de l'estomac ou des *intestins;* rien aussi n'était plus difficile à guérir que ces maladies désignées sous les noms de *gastralgies, d'entéralgies, d'affections nerveuses de l'estomac et des intestins.* Une découverte importante, qui a reçu la haute approbation de l'Académie nationale de médecine, fait cesser, à cet égard, les inquiétudes, le désespoir des malades et les pénibles incertitudes des médecins.

M. le docteur Belloc a trouvé un moyen parfaitement simple, dont l'emploi est exempt de toute espèce d'inconvénient, nous voulons parler de la *Poudre* et des *Pastilles de charbon*, moyen que l'Académie nationale de médecine a approuvé dans sa séance du 27 décembre 1849.

Le rapport de l'Académie, tout en faisant connaître les nombreuses et très remarquables cures obtenues soit par M. Belloc, soit par les commissaires eux-mêmes, constate que l'espèce et l'âge du bois employé, ainsi que les procédés suivis pour la carbonisation, ont une grande influence sur les propriétés de ce médicament.

Les pastilles au charbon du docteur Belloc sont faites sans mucilage, par un procédé entièrement nouveau.

Au nombre des perfectionnements que nous portons chaque jour à la connaissance de nos confrères, nous ne devons pas oublier ceux que viennent d'apporter aux traitements des hernies MM. les docteurs Wickham et Hartz, chirurgiens herniaires, rue Saint-Honoré, 257. Leur nouveau bandage, dit *côté opposé* à vis de pression et à charnières, est très léger et ne comprime pas les hanches comme tant d'autres.

Déjà à différentes fois nous avons entretenu nos lecteurs des propriétés pectorales et légèrement laxatives d'un de ces vieux produits qui depuis vingt-cinq ans rend de nombreux services dans les maladies de poitrine. Les pastilles de Calabre, composées de manne et dans lesquelles il n'entre pas d'opium, sont d'un goût très agréable, ce qui permet de les donner dans les maladies des enfants. — Potard, 271, rue Saint-Honoré. Nous engageons nos confrères à ne pas oublier ce médicament.

M. Pulvermacher vient d'inventer un appareil électro-médical d'une extrême simplicité, et qui, suivant le rapport fait à l'Académie de médecine, est un précieux agent thérapeutique basé sur les vrais principes de la physique.

Au moment de l'application des chaînes de cet appareil il se produit des courants circulaires d'un pôle à l'autre, sensibles au galvanomètre, et dont l'action se communique à travers la partie malade. Dans les affections nerveuses violentes, dont la douleur est arrivée au dernier degré d'intensité, on éprouve, à l'aide de ces chaînes, un soulagement instantané. Les maladies chroniques réclament naturellement une application plus prolongée. Au reste, quelques jours suffisent.

Un seul élément de la chaîne ou chaînon, pris entre les doigts, fait éprouver une déviation à l'aiguille du galvanomètre. Une chaîne de 25 à 30 éléments, sans être mouillée, produit une divergence très forte de la feuille d'or de l'électroscope; mouillée d'une dissolution saline, elle communique le pouvoir magnétique à un petit électro-aimant. Elle décompose l'eau non acidulée et précipite les métaux en dissolution. Trempée dans le vinaigre, elle rougit et cautérise la peau, dégage des étincelles électriques, et produit tous les phénomènes quantitatifs d'une forte batterie électrique.

En ajoutant l'interrupteur découvert par M. Pulvermacher, on produit à volonté des contractions musculaires avec une intensité voulue, sans douleur à la peau et sans crainte de porter aucune action irritante sur la rétine. Le courant est assez fort pour produire une commotion instantanée sur une chaîne de vingt personnes. Avec tous ces avantages divers, un tel appareil n'a pas plus de volume qu'un portefeuille ordinaire, son poids ne s'élève pas au delà de 200 grammes. C'est donc un appareil électrique possédant tous les avantages de la pile voltaïque, avec tous ses effets chimiques, physiologiques applicables à la médecine, n'offrant ni les défauts, ni les inconvénients des appareils connus jusqu'ici, qui n'ont pas permis de mettre assez à profit la puissance médicatrice de l'électricité. La grande simplicité de l'appareil, son bas prix, et surtout son extrême facilité portative, le mettent à la disposition de tout médecin, qui peut toujours l'avoir avec lui, le rendre applicable à tous les différents modes d'électrisation, augmenter à son gré l'intensité de son action selon la gravité de la maladie, dans les cas où le petit appareil ne suffirait pas.

Chaque jour des expériences de cet appareil sont faites passage Jouffroy, 40. Une série d'observations est commencée dans plusieurs hôpitaux de Paris, et nous comptons pouvoir en rendre prochainement compte.

Bulletin bibliographique.

Pathologie interne, édition de 1850, page 571, chapitre des *Migraines et Névroses*, M. le professeur Grisolle s'exprime ainsi: « Il est un médicament qui, en pareil cas, nous a fourni des résultats très avantageux et que nul autre ne nous avait donnés au même degré; je veux parler du paullinia, dont l'innocuité est complète, etc. » — Fournier, 26, rue d'Anjou-St-Honoré.

La Buccomancie, ou l'art de connaître le passé, le présent et l'avenir d'une personne d'après l'inspection de sa bouche; nouveau système buccognomonique, basé sur la doctrine des plus fameux physiognomonistes, et principalement sur la découverte d'un alphabet buccal, c'est-à-dire sur les signes caractéristiques et révélateurs de la bouche humaine; par William Rogers, chevalier de plusieurs ordres, auteur de l'*Encyclopédie du Dentiste*, du *Dictionnaire des sciences dentaires*, du *Manuel d'hygiène dentaire à l'usage de toutes les classes et professions*, etc. Ornée du portrait de l'auteur. Prix: 5 fr. A Paris, chez G. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine; et chez l'auteur, 70, rue Saint-Honoré. — Chez tous les libraires et éditeurs de France et de l'étranger.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme.* Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Traité complet des maladies vénériennes; clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens et Recueil d'observations suivies de [illegible]idérations pratiques *sur les maladies qui ont été traitées dans [illegible]pital* par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital [illegible]ériens de Paris, chirurgien consultant du Dispensaire de [illegible]ublique, membre de l'Académie nationale de méde[illegible]er de la Légion-d'Honneur et de plusieurs ordres [illegible] — Cette belle publication forme un volume grand [illegible]r beau papier, accompagné de soixante-six [illegible]t 150 sujets dessinés et coloriés d'après nature. [illegible]*nches sont coloriées avec le plus grand soin.* — [illegible] publié en 22 livraisons contenant chacune 3 [illegible]ieurs feuilles de texte. — Prix de la livraison : [illegible]ge complet : 132 fr. — Un beau portrait de [illegible]ès Couture, prix : 2 fr. Paris, chez Just Rouvier, [illegible] de l'Ecole-de-Médecine, n° 20, et chez Bénard, rue [illegible]berg, n° 4. — L'ouvrage que vient de terminer M. le docteur Ricord, ouvrage aussi utile que magnifique, doit entrer dans la bibliothèque de tous les praticiens. On trouve dans ce livre, résultat d'une pratique de vingt années, la reproduction, [illegible]te avec le plus grand soin, des cas types qui servent de base [illegible]ses doctrines et qui forment le cadre complet des *Maladies [illegible]ennes.* Cet ouvrage deviendra donc indispensable aux praticiens; ils aimeront surtout à posséder une Collection qui, sous un format portatif, leur permettra de transporter la *Clinique de l'hôpital des Vénériens* dans leur cabinet. — Les travaux de M. le docteur Ricord ont été couronnés deux fois par l'Académie [illegible] : deux médailles d'or lui ont été décernées.

Le Gérant.

Pa[illegible] Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 43. — SAMEDI 10 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 43. — SAMEDI 10 AVRIL 1852.



Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Syphilide primitive. — Ablation de la moitié du maxillaire inférieur. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Grossesse. Vomissements incoercibles pendant deux mois. Mort. — Société de médecine pratique, séance du 6 novembre. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Syphilide primitive.

Pour ceux qui se sont laissé séduire par la fausse et facile doctrine de l'inoculation qui doit à sa simplicité même, exactement comme la doctrine dite physiologique, l'éphémère succès dont elle jouit, pour ceux-là les syphilides primitives ne *peuvent* pas exister. Pour ceux, au contraire, qui font passer la théorie après les faits, et qui ne craignent pas de sacrifier leurs explications en présence de l'observation clinique, les syphilides existent et peuvent même se présenter dans deux conditions différentes : 1° à l'état d'isolement, c'est-à-dire en l'absence de tout autre symptôme syphilitique : ce sont alors des syphilides d'*emblée ;* 2° concurremment avec d'autres symptômes primitifs : ce sont les syphilides primitives les plus communes, quoique assez rares encore. C'est un exemple de cette dernière forme que nous avons observé il y a quelques jours dans le service de M. Cazenave.

Dans les cas de ce genre, certains observateurs ont refusé de donner le nom de *primitive* à une lésion qui ne se manifeste pas de prime abord, mais qui suit de quelques jours d'autres symptômes réellement *primitifs*, puisqu'ils se développent les premiers. Une dissidence réduite à ces termes n'est plus qu'une question de mots. Nous en donnerons l'explication après avoir exposé en quelques mots le fait, si intéressant à plus d'un titre, qui sert de texte à ces réflexions.

La malade est une petite fille âgée de dix ans, qui a été violée un mois avant son entrée à l'hôpital ; quinze jours après le viol, il se manifesta une éruption qui, à son entrée, présentait les caractères suivants :

Elle est constituée par de petits anneaux, tous à peu près d'un même diamètre (1 centimètre environ), groupés autour de l'orifice buccal de manière à constituer un cercle complet, si l'on envisage l'éruption dans son ensemble ; mais si on les examine en détail, on voit que les disques existant sur la lèvre supérieure sont brisés, incomplets ; cependant ils se confondent tous par leurs bords et se réunissent au niveau de chaque commissure avec les disques de la lèvre inférieure, qui offrent tous un anneau complet, et qui, au nombre de dix, sont rangés presque symétriquement en forme de demi-cercle à concavité supérieure. Enfin, d'autres disques, généralement incomplets, existent encore sur le côté gauche du menton, sur les paupières supérieures et inférieures, où ils n'offrent pas de disposition régulière, et sur la portion latérale droite du cou. Tous ces disques ont partout les mêmes caractères : le rebord est constitué par de petites croûtes farineuses, grisâtres, assez adhérentes partout, surtout au cou, où elles sont brunâtres, plus épaisses et semblent recouvrir une légère ulcération. La peau, sur les points occupés par les disques, présente une teinte jaunâtre qu'on retrouve encore au centre des anneaux, et sans desquamation aucune.

A cette description on reconnaît à la fois une affection syphilitique et la forme circinnée de l'herpès, forme dans laquelle les petites vésicules sont si éphémères, et qui en se flétrissant de bonne heure donnent lieu à la formation de ces croûtes furfuracées, de ces petits débris squameux grisâtres qui constituent la saillie de chaque anneau.

L'exactitude du diagnostic, quant à la nature syphilitique de l'éruption, se trouve encore confirmée par l'existence de plaques muqueuses sur le bord supérieur des grandes lèvres, où elles offrent jusqu'à 2 centim. de diamètre, à la face interne de la grande lèvre droite, au périnée et à l'anus, qui en est entouré. Toutes ces plaques sont ulcérées et laissent suinter un liquide opalin, peu consistant. Les petites lèvres sont un peu tuméfiées, surtout au niveau du prépuce clitoridien et au voisinage du clitoris, qui paraît lui-même gonflé et légèrement enflammé.

La membrane hymen est rouge ; l'extrémité droite du croissant qu'elle forme a été détruite par une ulcération de quatre millimètres environ de diamètre, offrant l'aspect chancreux sans induration. Au point correspondant au côté gauche on voit une ulcération beaucoup plus petite offrant les mêmes caractères.

On prescrit à cette petite malade le traitement suivant :

Proto-iodure de mercure. . . .	50 centigr.
Sucre pulvérisé.	30 grammes.

Divisez en trente paquets.
A prendre un par jour.

Matin et soir lotions émollientes sur les parties génitales ; un bain simple tous les deux jours.

Bientôt on remplace les lotions émollientes par celles qui suivent :

Bichlorure de mercure. . . .	10 centigr.
Chlorure d'ammonium. . . .	10 id.
Lait d'amandes.	250 grammes.

Sous l'influence de ce traitement l'état de la malade s'est bientôt amélioré, et aujourd'hui toute trace d'altération a disparu depuis une quinzaine de jours.

Nous ne ferons que mentionner la forme curieuse revêtue par cette syphilide, forme que l'on rencontre assez rarement.

Quant au point capital que nous voulons faire ressortir dans cette observation, c'est-à-dire le caractère *primitif* de l'éruption, quelques mots nous suffiront pour en montrer l'importance. Lorsque des symptômes généraux de syphilis se montrent longtemps après que les symptômes locaux ont disparu, ces symptômes sont les seuls qui soient dits *consécutifs* par la généralité des observateurs ; pour eux, le mot consécutif est synonyme de *général* et de constitutionnel. Or, c'est là une erreur qui n'est pas sans importance dans la pratique. En effet, les symptômes généraux qui se manifestent après la disparition des accidents primitifs sont effectivement constitutionnels, c'est-à-dire qu'ils affectent plus ou moins profondément la constitution, et d'autant plus profondément en général qu'il s'est écoulé un temps plus long entre les deux ordres de symptômes. Aussi est-on exposé à voir ces symptômes récidiver plus ou moins souvent, et plus ou moins longtemps, et ne parvient-on habituellement à débarrasser d'une manière complète l'économie qu'en renouvelant plusieurs fois le traitement, en le prolongeant pendant fort longtemps par des reprises successives, vérité pratique de la plus grande importance et sur laquelle tous les auteurs ont négligé d'insister.

Dans les symptômes *généraux* et néanmoins *primitifs*, comme ceux de notre petite malade, la constitution est au contraire très peu affectée, et l'on n'a guère plus de chances de voir une affection constitutionnelle se manifester qu'à la suite de symptômes primitifs ordinaires. Voilà le point capital que nous signalons à la sagacité des observateurs et à l'attention sérieuse des praticiens.

Il y aurait d'autres conséquences dignes d'intérêt à déduire de l'observation précédente, mais nous espérons trouver plus d'une occasion d'y revenir.

Ablation de la moitié du maxillaire inférieur.

Les observations de kystes de l'os maxillaire inférieur ne sont pas extrêmement rares si l'on en juge par le nombre de celles que nous avons publiées ou mentionnées dans le cours de l'année dernière. M. Pamard vient d'en communiquer à l'Académie un nouvel exemple que nous avons publié. Néanmoins, dans aucun des cas dont le souvenir nous est présent, la maladie n'avait pris un développement aussi grand que chez la malade opérée hier par M. Jobert.

Chez cette jeune fille, âgée de quinze ans, la moitié gauche tout entière de l'os maxillaire était envahie et transformée en une poche remplie de débris fibrineux et d'un fluide séreux, au sein desquels se trouvait le nerf dentaire, en partie libre, en partie renfermé encore dans un canal osseux, qui était la seule portion d'os conservée. La branche montante du maxillaire, le condyle et l'apophyse coronoïde eux-mêmes n'avaient point échappé à la destruction. On imagine facilement quelle vaste incision il a fallu pratiquer pour enlever les parties malades. Nous ne faisons que l'indiquer ici, nous réservant de publier en détail l'observation.

La jeune fille a passé une bonne nuit, et se trouve aujourd'hui dans un état très satisfaisant. — H. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les nos des 14, 26 février ; 6, 16 et 27 mars.)

SIXIÈME LEÇON. — *Durée, marche et terminaison.*

La durée du cancer est extrêmement variable; il en es qui déterminent la mort en quelques mois; d'autres, au contraire, qui, sans produire d'accidents graves, peuvent persister pendant un grand nombre d'années.

Je me rappelle une dame à laquelle j'ai fait l'extirpation d'une tumeur encéphaloïde du sein, et qui, mariée trois ans après, a pu vivre encore plusieurs années sans éprouver aucun accident. Ce n'est qu'au bout de huit ans qu'une récidive a eu lieu dans le foie et a entraîné la mort.

M. Lebert cite une dame âgée qui porte un cancer ulcéré du sein depuis plus de quatorze ans.

Enfin, M. le professeur Récamier m'a parlé d'une malade chez laquelle le cancer n'a entraîné la mort qu'au bout de trente-cinq ans de durée.

Ces derniers faits cependant sont exceptionnels ; et dans la plupart des cas la terminaison fatale survient au bout de deux ou trois ans.

Les accidents auxquels les malades succombent sont de

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11, 13, 16, 18 et 23 mars; 8 avril.)

TUBE DIGESTIF.

De nombreux exemples de lésions des poumons vous ont été présentés par plusieurs de nos collègues. Je ne vous entretiendrai ici que d'une espèce, les hydatides du poumon. M. Barth nous a montré un kyste hydatique développé au centre du parenchyme pulmonaire, et communiquant déjà avec les bronches par un orifice étroit. Cette pièce présentait ce singulier caractère que la poche hydatique était dépourvue d'enveloppe fibreuse; il en était de même dans un autre kyste hydatique du poumon que M. Hérard mettait l'an dernier sous vos yeux. En effet, cette tumeur n'était constituée que par une membrane tremblotante contenant un liquide dans lequel l'examen microscopique a révélé la présence d'échinocoques. Le tissu pulmonaire refoulé et condensé remplaçait la tunique externe, c'est-à-dire l'enveloppe fibreuse la plus extérieure du kyste. M. Cruveilhier vous avait, à propos de cette dernière pièce, signalé ce fait presque exceptionnel, vous disant que cette absence de kyste fibreux ne se rencontrait en général que dans les hydatides du cerveau. J'ai voulu rechercher par la comparaison de faits semblables la fréquence de cette absence de kyste fibreux périphérique. Or en parcourant les faits cités dans les auteurs, j'ai vu que ce singulier phénomène avait déjà été noté, mais qu'il était beaucoup plus fréquent de rencontrer les kystes hydatiques du poumon entourés par une enveloppe fibreuse.

Dans les deux cas dont je viens de vous parler, la maladie a été méconnue, et il en a été de même dans la plupart des cas publiés, je dirai même dans tous quand le kyste hydatique ne se rencontrait que dans le poumon, et ne s'était pas révélé par sa communication avec les bronches et l'expulsion au dehors de débris de membranes hydatiques.

ORGANES DE LA CIRCULATION.

Les produits accidentels, comme le cancer ou les tubercules, existent fréquemment dans les poumons, quelquefois même dans les médiastins. Dans certains cas, comme vous l'avez vu cette année sur une pièce présentée par M. Labric, la masse cancéreuse développée dans le médiastin forme une enveloppe presque complète au cœur. Cependant, même dans ces cas, il est extrêmement rare de voir l'organe central de la circulation atteint lui-même de cancer. Ce produit morbide ne s'était pas produit de cette manière sur une pièce que vous a montrée M. Bauchet. Un malade portait depuis un an et demi des tumeurs manifestement cancéreuses dans les deux régions inguinales ; à l'autopsie, on rencontra le même produit morbide en grande abondance dans les deux poumons. Dans le ventricule droit seulement, car le gauche était sain, on voyait une foule de mamelons cancéreux enchevêtrés dans les colonnes charnues, et dont l'un, plus volumineux, soulevait la valvule tricuspide.

Vous venez de voir l'organe central de la circulation atteint de cancer dans un cas de diathèse. Une autre fois, M. Titon vous a montré un tubercule du cœur du volume d'un haricot, placé au-dessous de la séreuse viscérale, sur la face antérieure des ventricules.

Nous devons à M. Denon la connaissance d'un fait curieux dont la science possède plus d'un cas analogue, mais dont le mécanisme de formation demeure toujours un mystère; je veux parler d'une rupture spontanée du cœur survenue sans prodromes appréciables chez une femme âgée et aliénée. Cette rupture ne s'accompagnait d'aucun ramollissement général de l'organe; seulement, au niveau de la solution de continuité, une certaine quantité de sang s'était épanchée entre les fibres musculaires du cœur, ramollies en cet endroit, ce qui me fait rapprocher ce fait de certains cas décrits dans les auteurs comme des anévrismes du cœur.

Je ne vous parlerai pas, à propos des ruptures des organes circulatoires, de l'ouverture spontanée des anévrismes, dont chaque année nous apporte périodiquement de nombreux exemples. Je ne m'arrêterai pas plus aux oblitérations veineuses, dont vous avez vu plusieurs exemples trouvés surtout chez des phthisiques. Cette coagulation spontanée du sang dans l'intérieur des veines est fréquente également dans l'état puerpéral; c'est cette maladie que l'on désigne vulgairement sous le nom de *phlegmasia alba dolens*. Ces oblitérations, fréquentes dans les veines des membres inférieurs dans ces conditions puerpérales, sont au contraire très rares dans les autres veines de l'organisme. M. Barth vous a fait voir une oblitération de la veine porte survenue en même temps qu'un gonflement des membres inférieurs chez une femme récemment accouchée. L'œdème des jambes disparut, mais le ventre se tuméfia graduellement, et dix mois après l'accouchement il existait encore une ascite pour laquelle la ponction fut pratiquée. Malgré les précautions minutieuses employées dans l'exécution de cette opération, la malade fut atteinte d'une péritonite à laquelle elle succomba. La veine porte, entourée par une production fibreuse dure, était complétement oblitérée par de petits caillots blanchâtres et fermes.

C'est là, messieurs, un exemple rare des dangers auxquels exposent les oblitérations veineuses survenant à la suite de l'accouchement. (*La suite à un prochain numéro.*)

deux ordres. Les uns, que nous appellerons éventuels, tiennent à des circonstances particulières de la maladie; les autres à son évolution naturelle, qui entraîne l'intoxication générale de l'organisme connue sous le nom de cachexie.

1° Accidents éventuels du cancer.

Ainsi qu'un grand nombre de tumeurs de nature diverse, les cancers peuvent déterminer des désordres locaux dus à la gêne qu'ils occasionnent dans les fonctions des organes où ils se développent. C'est ainsi qu'une tumeur cancéreuse du cerveau peut, comme chez une de nos malades couchée au n° 12 de la salle Saint-Jacques, entraîner la mort en quelques semaines, avant d'avoir provoqué l'infection spécifique. Quand le cancer occupe l'orifice pylorique de l'estomac, le malade succombe au défaut de nutrition déterminé par l'obstacle mécanique que la tumeur oppose au passage des aliments. Il en est de même dans le cancer de l'œsophage ou du pharynx.

Dans quelques circonstances, les matières putrides sécrétées par un ulcère cancéreux et portées dans les voies digestives, ou directement résorbées par les veines ou les lymphatiques, amènent une véritable infection putride. Un des faits les plus remarquables de ce genre est celui que j'ai eu l'occasion d'observer chez un vieillard affecté d'un énorme cancer ulcéré de la langue, et qui succomba rapidement aux suites de l'ingestion continue du pus fétide que la déglutition portait dans l'estomac.

D'autres fois les fongosités qui s'élèvent à la surface des ulcères cancéreux produisent des hémorrhagies incoercibles qui épuisent promptement la vie. Quand des troncs vasculaires volumineux sont détruits par les progrès du mal, il peut en résulter des hémorrhagies foudroyantes.

Enfin, les douleurs parfois excessives qui torturent incessamment les malades semblent tarir les sources de la vie en épuisant le système nerveux.

On comprendra facilement quelles variétés de forme peuvent revêtir les accidents de cet ordre, suivant l'organe affecté et suivant le mode d'évolution de la production morbide. Lorsque aucune des circonstances accessoires dont nous venons de parler ne se manifeste dans le cours de l'évolution du cancer, on voit apparaître au bout d'un temps plus ou moins long des phénomènes généraux dont l'ensemble constitue la cachexie cancéreuse.

2° De la cachexie cancéreuse.

On donne le nom de cachexie cancéreuse à l'ensemble des altérations qui surviennent dans les fonctions organiques par suite de l'imprégnation de l'économie tout entière par la matière spécifique du cancer. Les molécules carcinomateuses jouent dans cette circonstance le rôle d'un véritable virus, dont la présence dans le torrent circulatoire contamine les liquides essentiels à la vie, et porte dans tous les organes un germe de destruction. Les phénomènes qui en résultent présentent des variétés nombreuses. La peau revêt une teinte jaunâtre et plombée, analogue sous certains rapports à celle produite par l'anémie.

Le liquide sanguin, devenu plus diffluent et moins coagulable, traverse avec plus de facilité les parenchymes, et donne lieu soit à des hémorrhagies, soit à des infiltrations séreuses. Parmi les organes de la locomotion, les muscles sont pâles et décolorés, leur contractilité perd de son énergie, les os eux-mêmes deviennent friables et cassants, alors même que l'anatomie pathologique n'y constate aucune accumulation de l'élément cancéreux. Les fonctions digestives s'altèrent; on voit apparaître l'anorexie d'abord, puis bientôt des diarrhées colliquatives.

Dans le système nerveux surviennent des désordres graves; le sensibilité s'exalte ou s'affaiblit; des douleurs se manifestent loin du siége primitif de la maladie, et revêtent les formes les plus diverses. Tantôt elles simulent les douleurs de rhumatisme, quelquefois de véritables névralgies; dans d'autres circonstances, leur instantanéité et leur violence leur a fait donner le nom de douleurs fulgurantes; elles semblent alors traverser comme un éclair, non-seulement les troncs nerveux principaux, mais encore les muscles et surtout les os. En même temps on voit apparaître dans différents points de l'organisme et surtout dans les viscères intérieurs des productions cancéreuses secondaires, qui, nouveaux centres d'infection, précipitent l'évolution de la maladie générale, et hâtent la terminaison fatale.

Tous ces phénomènes se développent ordinairement sans fièvre. A peine existe-t-il une légère exacerbation le soir, avec petitesse et accélération du pouls. L'amaigrissement ne survient guère que dans la dernière période de la maladie, et constitue un symptôme du plus mauvais augure. Il en est de même des suffusions séreuses dans le tissu cellulaire des membres, dans les grandes séreuses splanchniques ou même dans les organes spongieux, tels que le poumon. C'est à ce dernier phénomène qu'est due l'oppression si fréquente chez les malades arrivés au dernier degré de la cachexie cancéreuse.

Sous l'influence de cette altération générale et profonde de l'organisme, des phlegmasies secondaires surviennent à la fin dans quelque organe important à la vie. Alors les malades succombent avec une rapidité que n'explique point l'intensité de la lésion locale, mais dont l'affaiblissement de toutes les fonctions rend suffisamment compte. Une fois établie, la cachexie cancéreuse rétrograde rarement; mais on peut quelquefois en retarder la marche, en soutenant artificiellement les forces organiques, ou bien en débarrassant l'économie des manifestations cancéreuses locales, qui, par les hémorrhagies, la douleur ou les sécrétions ichoreuses abondantes, épuisent incessamment les forces du malade.

En effet, la cachexie cancéreuse est une affection complexe primitivement déterminée par l'introduction dans le torrent circulatoire de molécules toxiques; elle s'accroît et s'accélère par le développement de phénomènes accessoires, qui n'en sont que la conséquence.

A l'occasion du traitement, nous verrons de quelle importance est cette considération pour guider le chirurgien dans le choix des moyens les plus propres à prolonger la vie.

Diagnostic. — Lorsqu'il est arrivé à sa dernière période d'évolution, quand il a déjà produit dans l'organisme les symptômes de la cachexie, le cancer est en général assez facile à distinguer des autres productions morbides; nulle autre, en effet, ne présente un ensemble de phénomènes caractéristiques aussi tranchés.

Les circonstances de son développement, sa marche envahissante, l'apparition de tumeurs circonscrites ou diffuses dans divers points de l'économie, les ulcères fongueux et saignants, les douleurs lancinantes, l'envahissement des ganglions lymphatiques, sont autant de caractères qui peuvent à la rigueur se rencontrer isolés dans certaines autres affections, mais qu'on ne trouve réunis que dans le cancer.

Au début de la maladie, au contraire, lorsque la plupart des phénomènes généraux sont encore absents, que l'affection ne se traduit que par la présence d'une tumeur, sans phénomènes caractéristiques, le diagnostic du cancer présente de grandes difficultés.

En étudiant chacune des formes particulières connues sous le nom de squirrhe, d'encéphaloïde, de mélanose ou de cancer colloïde, nous verrons comment il est possible de les reconnaître. Quant à présent, il nous suffira de dire qu'à l'état de simple tumeur le cancer peut être confondu avec un grand nombre d'affections chroniques. Combien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu les chirurgiens du plus grand mérite déclarer cancéreuses des tumeurs que la simple compression, ou qu'un traitement antisyphilitique par le mercure, la ciguë, l'iode ou les préparations d'or, faisait disparaître! Combien n'a-t-on pas enlevé de prétendus cancers par la ligature ou l'instrument tranchant, lorsqu'il eût suffi pour les guérir d'un traitement intérieur! Combien, d'autre part, et bien plus souvent peut-être, n'a-t-on pas dirigé contre des cancers réels des traitements prolongés qui n'avaient d'autre résultat que d'épuiser les forces du malade, et de laisser au mal circonscrit et facilement curable à son début le temps de prendre un accroissement funeste! C'est alors que, par une détermination tardive, le chirurgien se trouve entraîné à des opérations dangereuses et trop souvent impuissantes à empêcher une repullulation mortelle.

Pronostic. — Avant l'application du microscope à l'étude des tumeurs, alors que sous le nom de cancer on confondait un grand nombre d'affections différentes, le pronostic était déjà tellement fâcheux que des hommes du plus grand mérite révoquaient en doute la possibilité de la guérison. Cette opinion était évidemment exagérée, puisque nous savons maintenant que cette classe de maladies réputées cancéreuses renfermait un certain nombre d'affections qu'il nous est actuellement possible de guérir, et dont la texture est en réalité bien distincte de celle du véritable cancer.

Dégagée de ces affections relativement bénignes, la classe actuelle des cancers telle que nous l'avons définie en nous basant sur l'anatomie microscopique, ne renferme plus que les variétés les plus malignes et les plus réfractaires. Est-ce à dire pour cela que le cancer soit absolument incurable? Telle n'est point notre opinion. Nous pensons que parmi les espèces morbides, dont la base est la cellule spécifique dite cancéreuse, il en est que la chirurgie peut encore arrêter dans leur marche. Nous savons que dans quelques circonstances le cancer peut exister des années entières sans déterminer d'accidents graves, que dans quelques cas son évolution essentiellement chronique n'entrave pas sensiblement le jeu régulier des fonctions. Il est à présumer, sans que nous puissions encore à cet égard formuler d'opinion positive, que certaines de ces variétés ne sont pas absolument réfractaires aux ressources de l'art. Il est des cas où le traitement chirurgical a détruit le mal d'une manière définitive; il en est d'autres plus nombreux où la guérison, bien que temporaire, s'est soutenue pendant plusieurs années. Néanmoins, nous devons dire que l'art ne possède actuellement contre cette affection aucune ressource certaine à quelque époque qu'on les emploie. Ce n'est pas toutefois une raison suffisante pour autoriser la pratique expectante préconisée par certains chirurgiens; car, ainsi que nous le verrons à l'occasion du traitement, s'il ne nous est pas permis de guérir, il nous est au moins possible d'apporter aux malades de notables soulagements.

La cause essentielle de cette malignité spéciale des affections cancéreuses consiste dans la funeste propriété qu'elles ont de se reproduire. C'était autrefois sur cette particularité qu'on avait établi la définition du cancer. Nous avons repoussé comme insuffisante cette base de classification; cependant, nous devons reconnaître que ce phénomène est un des plus importants de la maladie qui nous occupe. Il peut avoir lieu suivant trois modes bien distincts, que nous désignerons sous les noms de :

1° Récidive sur place;

2° Récidive dans les ganglions;

3° Récidive par infection générale;

La première variété appartient à la plupart des affections que nous avons déjà passées en revue : on l'observe dans le cancroïde, dans les tumeurs fibro-plastiques et même dans les tumeurs hypertrophiques, aussi bien que dans le cancer; elle tient le plus souvent à ce que le mal local n'a point été détruit assez largement.

La deuxième espèce, c'est-à-dire la récidive dans les ganglions, résulte de ce que les molécules morbides, transportées par les vaisseaux lymphatiques et arrêtées dans le tissu très fin du parenchyme ganglionaire, s'y accumulent et s'y développent. Elle n'existe que dans le cancer et dans le cancroïde.

Enfin, la troisième espèce est exclusive aux affections cancéreuses, dont elle constitue l'un des phénomènes les plus redoutables. Elle peut se manifester partout : dans la peau, dans le tissu cellulaire ou bien dans les parenchymes, et sa présence est toujours un signe funeste qui indique une infection profonde de l'économie.

En traitant de l'anatomie microscopique, nous avons émis cette hypothèse que les molécules cancéreuses trop grosses pour être éliminées par les émonctoires naturels s'arrêtaient dans les capillaires et y devenaient le centre de nouvelles productions. Vraie ou fausse, cette explication nous paraît utile en ce sens qu'elle peut servir à bien faire comprendre la différence fondamentale qui existe, sous le point de vue du pronostic, entre le cancer et toutes les autres variétés d'affections plus ou moins analogues.

D[r] Alexis Favrot.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Grossesse. — Vomissements incoercibles pendant deux mois. — Mort.

Par le D[r] Lambert, de Montigny-sur-Aube.

Le 15 février dernier je fus appelé à donner mes soins à une femme de Bissey-la-Côte, en proie depuis quinze jours à des vomissements opiniâtres.

Voici ce que cette femme m'apprit :

Agée de trente-quatre ans, Adèle Gattefossé a été réglée pour la première fois à l'âge de douze ans; elle s'est mariée à vingt-deux ans, et jusqu'à sa première grossesse la menstruation n'a éprouvé chez elle aucune interruption. Cette première grossesse s'est accompagnée de divers accidents, dont elle rend compte assez confusément; elle était devenue fantasque, et avait pris en aversion quelques personnes. Des vomissements intermittents très fatigants l'avaient tourmentée pendant les trois premiers mois, puis avaient cessé tout à coup. Toutefois, l'état nerveux quelle avait subi à cette époque semble avoir frappé le produit de sa conception d'une modification profonde. En effet son enfant est né hydrocéphale, existe encore, est âgé de huit ans; il ne peut soutenir sa tête, qui a une circonférence de 84 centimètres; de plus, ce malheureux enfant est idiot. La femme Gattefossé a nourri cet enfant; ses règles sont revenues huit mois après ce premier accouchement, et n'ont été interrompues que lors d'une seconde grossesse survenue il y a quatre ans; elle a porté ce second enfant sans presque s'en apercevoir; seulement, elle a eu des vomissements pendant un mois, sans en éprouver du reste une grande incommodité. Son enfant est né à terme; c'est une petite fille bien développée. Au bout d'un an d'allaitement, le flux cataménial étant survenu, elle sevra son enfant; et depuis cette époque jusqu'au 10 janvier dernier, ses règles n'ont jamais manqué.

Le 20 janvier elle éprouva des vertiges; depuis quelques jours elle avait perdu l'appétit, mais ne se livrait pas moins aux soins du ménage; elle se préoccupait gravement du soupçon d'une troisième grossesse; elle voulait n'appeler un médecin qu'après le 10 février, espérant que la régularité de ses règles se rétablirait à cette époque. Pendant ce premier mois elle vomissait une fois ou deux chaque jour, quelquefois ses aliments, mais le plus souvent des mucosités; cependant les nausées ne la quittaient que dans les quelques rares heures de sommeil dont elle jouissait.

Le 12 février, ses soupçons se changèrent en certitude; elle se crut décidément enceinte, et du 12 au 15 février les vomissements devinrent si fréquents, qu'elle n'avait aucun repos ni le jour, ni la nuit.

Le 15, je fus appelé près de cette femme, qui appartient à la classe la plus pauvre du village, et je la trouvai dans l'état suivant.

Adèle Gattefossé, d'une forte constitution, est brune; jamais elle n'a été malade, si ce n'est lors de ces deux premières grossesses; elle se croit enceinte, et ne parle de cette circonstance qu'avec dépit. Sa mère, présente à mon examen, âgée de soixante-douze ans, a eu quatre enfants, et déclare n'avoir jamais été malade. L'aspect général de la malade accuse la souffrance, la pupille est dilatée, le pouls est à 70, petit, mais régulier. La palpation de l'épigastre ne détermine aucune douleur; aucune tumeur n'est appréciable dans l'abdomen; la langue est à son état normal; l'haleine ne présente aucune aigreur; le toucher permet de reconnaître l'état normal du col utérin. Absence de sensation douloureuse dans cette région et dans la région lombaire. Constipation datant de quinze jours.

J'insiste sur ces différentes circonstances, parce que le traitement devait dépendre du diagnostic, qui fut d'abord réservé, malgré les signes rationnels d'une grossesse à son début. La malade me déclara n'avoir eu aucun chagrin, n'avoir éprouvé aucune émotion; elle me dit qu'elle était bien certainement grosse, car déjà deux fois à ses grossesses antérieures elle avait éprouvé les mêmes malaises. Le foie paraît libre de toute altération; la langue ne présente aucune trace de saburres; il n'y a ni céphalalgie ni douleur à l'épigastre.

Il est probable qu'il y a chez cette femme des vomissements sympathiques de l'éréthisme utérin; mais y a-t-il certitude? Ayant observé plusieurs cas de vomissements idiopathiques sans lésion appréciable du ventricule, j'ajournai un diagnostic positif; me rapppelant l'aphorisme : *Vomitus vomitu curatur,* je préparai une potion composée de 0,50 d'ipéca, 0,05 de tartre stibié, dans 80 grammes d'infusion de feuilles d'oranger, édulcorée avec 10 grammes de sirop diacode. Cataplasmes sur l'hypogastre, topiques chauds aux cous-de-pieds. La potion devait être prise par cuillerées d'heure en heure jusqu'à vomissements; je craignais la susceptibilité de l'estomac : c'est ce qui me suggéra l'idée d'ajouter le sirop diacode à la potion vomitive.

Le 17, j'apprends que la malade a peu vomi; les premières déjections sont dures, calculeuses; les autres sont grisâtres, bien moulées, puis liquides. La malade a pris la

potion entière, mais en a conçu un dégoût atroce ; les vomissements redoublent d'intensité.

Le 18, elle a pu prendre quelques cuillerées de lait caillé; les vomissements sont peu fréquents ; un peu de sommeil.

Le mari vient avant le jour me dire que sa femme allait mieux et que je pouvais m'abstenir de la revoir, à moins d'accidents dont je serais bientôt informé.

Le 25, il vint me dire que la veille et l'avant-veille les vomissements n'avaient pas cessé un instant, que le sommeil était nul, qu'il y avait du délire.

Le 26, je trouve la malade dans un affaissement énorme; je crains l'effet de la première potion. Je prescris : limonade gazeuse à volonté, glace, lavements d'eau salée; 2 sangsues aux genoux, topiques laudanisés sur le ventre; onctions avec huile camphrée ; potages gras froids.

Le 28, même état. — Vésicatoire ammoniacal. Je ne peux décider la malade à des ventouses; le pouls est à 80, petit; l'œil est convulsé en haut; la langue est large, physiologique. Les déjections sont normales; urines rares. Au moment où j'ôtai la compresse imbibée d'alcali, la malade poussa un soupir et eut une syncope qui dura trois heures. Enfin, la malade poussa un cri, eut une convulsion générale clonique, délira un peu et me reconnut. Je l'avais frictionnée en vain avec l'alcali, en vain elle avait aspiré de cette liqueur; les yeux avaient été insensibles au toucher de mes doigts. Je commençai à m'effrayer de l'état de cette malheureuse, d'autant plus qu'elle manquait de tout ce qui est indispensable à une malade.

Le 2 mars, elle avait constamment vomi. La moindre injection de liquide provoque les vomissements. La présence de sa mère, de ses voisins, du curé l'importune; elle est découragée. Je propose une consultation qui est refusée. — Un grand bain; glace; eau de Seltz; potion laudanisée; nouveau vésicatoire ammoniacal; lait caillé; quelques cuillerées de gelée de pied de veau.

Le 4, même état. Le toucher ne révèle rien d'anormal dans l'utérus; l'hypogastre est déprimé; la langue nette; pouls à 80, petit; vomissements toujours opiniâtres. Je pratique la cautérisation avec le fer rouge sur l'épigastre ; c'est-à-dire quatre boutons de feu. La malade a une nouvelle syncope; elle présente un aspect d'altération profonde de tous les systèmes organiques. Je me contente de prescrire de l'eau froide pour boisson et des lavements de bouillon gras.

Le 7, elle a supporté quelques cuillerées de bouillon de veau; les lavements ont été donnés avec du saindoux. L'état général ne s'est pas aggravé.

Cet état a duré jusqu'au 16, époque où, sans prévenir la malade, je priai M. Causard, président de la Société médicale de Chatillon, de venir m'aider de ses lumières; puis, chez moi, en présence de plusieurs autres confrères, je posai la question de l'avortement. Je n'eus pas la majorité, et continuai la médecine des symptômes jusqu'au 22. Ce jour, j'essayai le narcotisme sans résultat, la malade vomissant mes pilules de 000,6 d'opium. Alors je prescrivis des injections vaginales émollientes, puis j'imbibai d'éther un petit tampon de coton que je recouvris de compresses froides, et je l'introduisis jusqu'au col utérin. Je renouvelai ce topique trois fois. Effet nul.

Le 22, je me trouvais à quatre lieues de Montigny, et discutais avec quatre honorables confrères la question de l'avortement. M. Pontoire, de Clairvaux, combattit mon opinion. Huit curés étaient présents; mon opinion ne put prévaloir, malgré l'assentiment de quelques curés et de deux confrères. M. Pontoire reproduisit le discours de M. Bégin et on m'abandonna à moi-même.

J'avoue qu'effrayé de la réputation d'un faiseur d'avortements qu'a eue dans la contrée, il y a vingt ans, un officier de santé, je ne voulais pas agir seul; j'écrivis donc positivement à M. Causard que le vendredi 26 j'étais décidé à procéder en sa présence à l'avortement de ma malade. Malgré l'extrême pauvreté de ma cliente, le confrère fut à l'heure indiquée au rendez-vous. Les vomissements n'eurent pas lieu en notre présence. Le pouls était peu fréquent, l'altération générale peu aggravée. Il proposa alors des gouttes d'une potion composée d'eau de laurier-cerise et de noix vomique, de la tisane de Colombo et des aspersions froides lors des vomiturilions; lavements laudanisés; cautérisation transcurrente.

La malade ne put prendre qu'une demi-cuillerée de la potion, qui n'arriva même pas à l'estomac. Elle déclara qu'elle préférait mourir plutôt que se laisser brûler le ventre.

Le 27, quelques douleurs de reins. Obligé de m'absenter, j'envoyai la sage-femme de Montigny passer deux jours près de cette malade, lui laissant par écrit mes prescriptions. La magnésie associée au magistère de bismuth et d'autres moyens prescrits purent être ingérés. Vertiges; bluettes; vue double; pouls misérable.

Le 29, la faiblesse est extrême, la langue est nette, mais les dents sont couvertes de fuliginosités. La malade voit danser tous les objets; elle a des hallucinations, vomit même pendant le sommeil apparent auquel elle se livre; la voix est pourtant sonore, ferme, et la sensibilité de l'épigastre nulle. Le toucher s'accompagne de quelques gouttes de sang; le col semble entrebâillé; mais cette investigation produit une imminence de syncope. La sage-femme reste la fin de la journée près de celle malheureuse, mais ne remarque aucune contraction utérine. Du reste, désormais le toucher est impossible sans déterminer des syncopes qui menacent d'être mortelles. Enfin cet état se prolonge jusqu'au 4 avril à huit heures du matin, moment où la femme Gattefossé s'éteint en faisant un dernier effort pour vomir. L'autopsie n'a pu avoir lieu.

Je demande pardon d'avoir insisté avec autant de détails sur ce fait malheureux, le premier de ce genre que j'observe depuis quinze ans. J'ai rencontré sans doute des vomissements graves provoqués par la grossesse : ainsi, l'an dernier, j'ai vu deux femmes qui ont vomi, l'une depuis le 16 décembre 1850 jusqu'au 25 mars de l'année suivante; il y eut avortement spontané chez cette dame nommée Simonnet, de Montigny; cette fausse couche a été suivie d'un état typhoïde des plus sérieux et ensuite de la guérison. Chez l'autre femme, Mme Prardou, les vomissements ont duré quatre mois, mais ils n'existaient que le jour; ils ont cessé, et elle a mis au monde un enfant qui se porte très bien aujourd'hui. J'espérais donc que chez la femme Gattefossé les accidents se termineraient spontanément soit par un avortement naturel, soit par le retour à la santé : ses antécédents justifiaient mon espoir.

Je l'avoue sincèrement, j'aurais vers le 20 mars suivi ma pensée sans les savantes discussions de l'Académie sur le sujet qui m'occupait si gravement. Je soumis les 7 ou 8 numéros de la *Gazette des Hôpitaux* à mon confrère Causard et nous ajournâmes. Le 29, il n'était plus temps.

L'opinion de mon cher maître M. P. Dubois m'est arrivée trop tard. J'avoue que, si l'opinion de M. Cazeaux me rassurait, le fait de M. Nonat me bouleversait, car les vomissements de ma malade prenaient la même marche que ceux de la sienne.

Il me reste à remercier publiquement mes confrères Causard, Maréchal, Roussel, Pontoire du concours amical qu'ils m'ont prêté : c'est leur opinion qui me console de n'avoir point agi. La sage-femme de Montigny a montré aussi un dévouement que je suis heureux de signaler.

Qu'on nous permette quelques mots seulement à la suite de cette observation. Tout en étant parfaitement prévenu contre les coïncidences, on ne peut guère considérer comme un hasard ces deux cas de vomissements mortels qui nous ont été communiqués en quelques jours, pour ainsi dire. Nous nous garderons bien d'établir une statistique avec ces deux faits; mais ils nous semblent tout au moins très propres à suspendre l'opinion de ceux qui considèrent presque comme sans exemple les cas de mort à la suite de ces vomissements, et pour attirer l'attention de tous les praticiens sur les faits analogues qu'ils pourraient rencontrer.

Quant à la conduite qu'a tenue M. Lambert, nous ne pensons pas qu'il puisse avoir rien à regretter après avoir cherché des lumières auprès de confrères honorables. Nous répéterons cependant ici ce que nous avons déjà dit à propos de la discussion, ce que M. P. Dubois a lui-même écrit dans son mémoire, c'est que l'avortement nous paraît plus admissible dans les cas de vomissements incoercibles que dans les cas de rétrécissement, et cela pour une raison bien simple : c'est que, dans les cas de vomissements incoercibles, la mère et l'enfant sont voués à une mort certaine, tandis que dans l'autre, on a du moins l'espoir d'en sauver un, et peut-être les deux, par l'opération césarienne. Il est vrai, et nous l'avons reconnu également, que, pour agir dans les cas de vomissements, il faut pouvoir porter un diagnostic positif; mais cette difficulté, qu'on a peut-être exagérée un peu, quoiqu'elle soit déjà très grande, ne nous paraît pas insurmontable. Il nous semble, dans tous les cas, que si plusieurs praticiens réunis en consultation étaient d'accord sur l'issue fatale que doit avoir la maladie, il y aurait dans cette unanimité toute la certitude à laquelle on peut arriver en médecine, et conséquemment toutes les raisons possibles pour agir conformément à des principes positifs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 novembre 1851. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Gourssérant. Les affections granulaires des paupières, abandonnées à elles-mêmes ou soumises à des traitements locaux trop violents, produisent parfois dans la cornée des lésions de la nature la plus grave, au premier rang desquelles il faut placer les kératites panniformes plus ou moins intenses, et le passage de ces dernières au pannus, considéré dans ses divers degrés de gravité et de complication. Or, personne ne l'ignore, si ces affections ne mettent pas en péril la vie des malades (car elles réveillent peu de sympathies morbides dans l'économie), elles tourmentent bien cruellement leur existence par la durée et par l'énergie des traitements dont souvent le séton au cou vient terminer la longue et douloureuse succession, sans amélioration notable pour l'organe affecté.

Cependant, prendre les affections de la cornée à leur point de départ, les suivre dans leur développement successif, dans leur marche ascendante et progressive jusqu'à leur transformation en pannus, dire quel traitement convient le mieux à telle période de la maladie, à telle forme morbide, serait un sujet trop vaste, qui m'entraînerait au delà des limites dans lesquelles doivent se circonscrire nos communications, et qui aurait le grave inconvénient de présenter un champ trop vaste ouvert à des hypothèses, à des idées théoriques, lesquelles, tout en plaisant à l'esprit par leur affinité apparente avec des idées en vogue en thérapeutique ou en pathologie générale, ont le tort, à mes yeux, de ne pas tenir au lit du malade toutes les promesses entrevues par la théorie. Non, mon intention n'est pas telle. Mais aujourd'hui que l'ophthalmologie a, dans certaines mains, une funeste tendance à devenir trop chirurgicale, je désire démontrer par quelques exemples, à la Société, quels avantages on peut retirer d'une pratique moins sanglante, moins douloureuse, moins dangereuse, et pourtant d'une efficacité incontestable, malgré la simplicité de ses moyens.

Obs. I. — Le nommé Gabalda, ouvrier tailleur, demeurant à Paris, rue de Grenelle-Saint-Honoré, n° 8, et exerçant actuellement sa profession à Avignon, se présente à moi dans l'état suivant : les paupières supérieures offrent vers leur tiers postérieur des granulations à base assez large; sur les deux tiers antérieurs du tarse se voit un tissu de cicatrice à surface irrégulière, lisse pourtant, et présentant çà et là quelques petites plaques rouges, débris de conjonctive, que les applications caustiques ont épargnées. Des granulations confluentes, à base large, à tissu mou et comme gélatineux, se montrent dans les culs-de-sac conjonctivaux supérieurs, se prolongent sur la conjonctive bulbaire et couvrent la moitié postérieure environ du globe. Si on renverse la paupière inférieure de manière à déplisser la conjonctive dans sa surface de réflexion des paupières sur le globe, on voit cette membrane rouge, infiltrée, épaissie, surmontée de granulations séparées entre elles par des sillons assez profonds et offrant, en général, un volume égal à celui d'une lentille de moyenne grosseur. Quant à la cornée, le poli de sa surface, la transparence de ses lamelles ont disparu sous un réseau presque confluent de vaisseaux sanguins séparés par des intervalles presque inappréciables d'un aspect blanc-grisâtre, dû à des épanchements interlamellaires. Inutile de dire que le malade, presque complétement aveugle, ne peut distinguer la forme des objets, même volumineux, qu'on place devant ses yeux. Un séjour de quatre mois à l'hôpital, des applications fréquentes de sangsues aux tempes, etc., et même sur la face postérieure des paupières; des ventouses scarifiées, des excisions de la conjonctive péricornéenne pratiquées avec des ciseaux courbes, des cautérisations circulaires avec le nitrate d'argent par la méthode dite *de Sanson*, des cautérisations profondes sur les paupières avec le caustique précédent en crayon, des collyres et des pommades de toute sorte, des vésicatoires à la tempe et à la nuque, des purgatifs répétés, enfin un séton au cou que le malade portait encore quand il vint me consulter, tels sont les moyens employés précédemment et pendant la succession desquels le malade prétend avoir vu son état empirer de jour en jour jusqu'à l'amener à une cécité presque complète.

Ainsi qu'on a pu le voir par l'énumération précédente, la maladie avait été opiniâtre, et la thérapeutique s'était montrée tellement énergique qu'une atteinte profonde avait été portée à la santé générale du malade.

Après avoir calmé l'éréthisme organique local par des applications d'eau froide faites d'une manière permanente pendant deux jours sur les deux yeux, je passai à l'emploi d'un collyre à l'azotate d'argent, et dont le degré de concentration varia, pendant le courant de la maladie, dans la proportion suivante : 10 grammes d'eau avec 10, 15, 20, 25 centigrammes d'azotate d'argent. Un mot sur le mode d'application. Le malade étant couché sur le dos et les paupières complétement renversées, je fais tomber sur leur face conjonctivale quelques gouttes de collyre; je maintiens la solution en contact avec la face muqueuse des voiles palpébraux pendant deux, trois, quatre et cinq minutes, tout en ayant soin, dans les applications subséquentes, de faire pénétrer la solution caustique dans toutes les anfractuosités de la cavité oculaire, de telle sorte que le globe se trouve plongé pendant plusieurs minutes dans un bain d'eau plus ou moins chargée de sel. Quel fut le résultat de ce traitement local ?

1° Au bout de trois semaines environ, ce malade venait seul de son domicile à mon dispensaire, placé à côté du Panthéon;

2° Trois semaines plus tard, il pouvait exécuter les travaux les plus grossiers de son état;

3° Quatre mois, enfin, après le commencement de ce traitement, il reprenait entièrement ses occupations d'ouvrier tailleur et pouvait supporter un travail continu à l'aiguille de douze à quinze heures par jour.

Obs. II. — A côté de l'observation précédente, je placerai celle d'une jeune fille d'une douzaine d'années, qui se présenta à moi dans les conditions suivantes :

Depuis dix-huit mois, elle était atteinte d'une affection granulaire des paupières, laquelle, après avoir subi, tant dans les hôpitaux que dans les cliniques spéciales libres, divers traitements longs, douloureux et compliqués, avait abouti enfin à une vascularisation complète des deux cornées connue sous le nom de *pannus*; la cécité était complète.

Pendant quelques jours, la malade étant couchée sur le dos (car je regarde cette position des malades comme étant de la plus haute importance dans l'administration du collyre en pareille circonstance), j'instillai entre les paupières quelques gouttes d'un collyre composé de 10 grammes d'eau et de 10, 15 centigrammes d'argent; cependant, voyant que la maladie ne marchait pas franchement vers une terminaison favorable, je m'en pris, bien à tort, à la mauvaise préparation du médicament, et, ne trouvant pas le collyre assez concentré, après l'avoir expérimenté sur moi-même, j'y fis dissoudre une assez forte proportion d'azotate d'argent, proportion que je ne saurais déterminer en poids, mais dont ma langue, sur laquelle j'en déposai quelques gouttes, accusa un degré de causticité assez grande. Ce nouveau collyre fut versé entre les paupières, et pendant cinq minutes environ le globe oculaire resta plongé dans ce bain local. La malade accusa pendant et après l'opération une douleur assez vive, qui céda au bout de quelques heures à l'application permanente de compresses imbibées d'eau froide.

Deux jours après, la jeune fille commençait à distinguer, d'une manière très confuse il est vrai, le passage des corps qu'on présentait au-devant de ses yeux : deux nouvelles applications du collyre ayant été faites, elle distinguait les objets de moyenne grosseur.

Cette observation était intéressante pour moi, et j'étais déjà heureux du résultat favorable que j'entrevoyais dans un avenir assez rapproché, lorsque la malade ne revint plus à mon dispensaire. C'était l'époque à laquelle le choléra décimait la population du quartier Mouffetard. La jeune malade habitait dans la rue de Lourcine : je pensai qu'elle avait succombé victime de l'épidémie régnante.

Obs. III. — Une troisième et dernière observation, dont je ne donnerai que les traits les plus saillants, prouvera toute la gravité de l'affection qui fait le sujet de ma communication à la Société et témoignera hautement de l'efficacité du traitement employé.

Le nommé Leroux, âgé de trente-huit ans, ouvrier relieur, demeurant rue Mouffetard, n° 101, entra dans un des grands hôpitaux de Paris pour s'y faire traiter d'une simple conjonctivite granulaire datant de huit à dix jours. Ce malade est resté huit mois pleins dans le même hôpital et a passé par les diverses phases de la médication suivante : une saignée; ventouses scarifiées trois fois; application d'une centaine de sangsues en plusieurs reprises et en divers endroits; application de quatre sangsues (deux pour chaque œil) à la face interne des paupières; excisions de lambeaux de conjonctive pratiquées avec des ciseaux courbes; scarifications des granulations palpébrales; instillations dans les yeux répétées plusieurs fois par jour de collyres divers, à l'azotate d'argent, au sulfate de zinc, au sublimé corrosif; cautérisations des granulations tantôt avec le nitrate d'argent en crayon, tantôt avec le sulfate de cuivre; poudre de belladone prisée en guise de tabac; pommade en frictions sur la tempe et entre les paupières; vésicatoire au front, à la tempe, derrière les oreilles et à la nuque; purgatif tous les mois; régime affaiblissant; enfin, le séton à la nuque fut pro-

posé; mais le malade, n'ayant pas voulu passer par cette dernière épreuve, sortit de l'hôpital, et fut amené à ma consultation gratuite de la rue Saint-Jacques par un de mes malades employé au collége Sainte-Barbe. Je ne décrirai pas minutieusement l'état anatomique des tissus oculaires malades. Je craindrais d'abuser de vos instants ; car les affections granulaires des paupières présentent presque toujours les mêmes particularités sous le rapport anatomo-pathologique, sauf quelques restrictions en plus ou en moins. Je serais donc obligé de répéter ce que j'ai dit du premier malade, Gabalda ; qu'il me suffise de vous dire que, si on avait juxtaposé les nombreux vaisseaux qui sillonnaient les deux cornées de la circonférence au centre, les deux tiers au moins de la surface de cette membrane auraient été entièrement couverts par cette trame vasculaire.

De nombreux épanchements interlamellaires répandus dans les espaces cornéens circonscrits par les arborisations vasculaires rendaient le malade complétement aveugle. Une large ulcération centrale existait dans l'œil droit. L'inflammation et l'irritation des divers tissus oculo-palpébraux étaient vives et la photophobie intense. Après avoir combattu par les réfrigérents les symptômes inflammatoires, j'instituai pour ce malade le même traitement que pour le nommé Gabalda. Quinze jours étaient à peine écoulés, qu'il se rendait seul à ma consultation de la rue Saint-Jacques, et le 4 mai, c'est-à-dire sept semaines après le commencement du traitement, il courait seul dans tout Paris pour des affaires de famille. Ce jour-là le temps était froid et pluvieux ; une rechute se manifesta, et comme cette fois le mal ne céda qu'à des moyens d'un ordre particulier et tout différent de celui dont je viens de vous parler, je demande à la Société la permission de terminer ici ma communication, me proposant de faire de la suite de cette observation l'objet d'un travail particulier que j'aurai l'honneur de lui soumettre dans une des séances suivantes.

Telle est la médication locale, simple, peu douloureuse et d'une efficacité incontestable employée dans quelques affections graves des yeux, dans lesquelles des moyens plus violents et par trop chirurgicaux avaient imprimé au mal une marche ascendante des plus funestes.

Est-ce à dire pour cela que je vienne introduire un agent nouveau dans le domaine de la thérapeutique et de la matière médicale ? Loin de moi une telle prétention. Qui ne connaît pas le nitrate d'argent et la vogue dont il jouit dans l'ophthalmologie ? Je viens seulement proposer pour ce sel un mode particulier d'application, lequel, s'il n'est pas nouveau, est du moins peu usité ; et permettez-moi à ce sujet l'anecdote suivante :

« Ce mode d'application du nitrate d'argent est vieux comme le temps, me disait un jour un de nos confrères de Paris. Je l'ai mis en usage moi-même alors que j'étais interne à la Charité, et je l'emploie tous les jours dans ma pratique de la ville. » — « Mon ami, lui répondis-je, montrez-moi vos mains. Vos ongles sont bien blancs ; or, si vous employiez le nitrate d'argent comme moi, votre pouce baignerait dans la solution caustique, et votre ongle serait *teint en brun*. Vous voyez donc bien, mon cher confrère, qu'il y a une différence dans le *modus faciendi* de chacun de nous. »

— M. Coursserant présente un malade sur lequel il appelle l'attention de la Société.

M. Magne. Je répondrai d'abord à la communication de M. Coursserant ; je parlerai ensuite du malade qui vient de nous être présenté. Comme M. Coursserant, je pense que le collyre au nitrate d'argent est appelé à rendre de grands services dans les kératites vasculaires chroniques. Il y a plusieurs années j'ai entretenu la Société de médecine pratique des succès que j'obtenais de la solution de nitrate d'argent dans ce genre d'affection, et je n'avais pas craint de dire que presque toujours on guérissait ainsi des kératites réputées incurables.

Je citerai à ce sujet deux malades : l'un, le nommé Berger, ancier cocher, me fut adressé par le maire du 1er arrondissement, en 1847 ; il était complétement aveugle ; depuis dix ans il avait renoncé à sa profession ; depuis dix ans il était incapable de se conduire seul. Après six semaines de traitement par la solution de nitrate d'argent, l'amélioration était telle, que Berger pouvait distinguer le nom des rues. A la fin du cinquième mois il a repris son emploi de cocher, qu'il n'a pas quitté depuis.

Une laitière me fut adressée par l'adjoint au maire de Vaugirard, vers la même époque. Cécité complète ; même traitement ; même résultat. Récidive au bout de deux ans. La malade revient aveugle à ma consultation. Nouvel emploi du collyre ; nouvelle guérison. Pour donner une idée de l'action du nitrate d'argent, je dois dire que chez ces deux malades la cornée n'apparaissait en aucun point ; elle était entièrement recouverte d'un lacet de vaisseaux qui donnait à l'œil une apparence charnue, et qui ne permettait nullement le passage des rayons lumineux.

En pareille circonstance, on a conseillé l'excision des vaisseaux et la cautérisation circulaire et demi-circulaire. J'ai renoncé depuis longtemps à ces deux moyens : à l'excision, parce qu'elle échoue toujours, à moins qu'on ait affaire à deux ou trois vaisseaux ; à la cautérisation circulaire de Sanson, parce que je l'ai vue suivie d'accidents inflammatoires graves et même d'un épanchement de pus dans les deux chambres. Maintenant, je diffère d'opinion avec M. Coursserant sur la dose du nitrate d'argent. Notre confrère se contente de 10 centigrammes sur 10 grammes d'eau ; quant à moi, j'augmente successivement la dose, et je suis arrivé à instiller dans l'œil, vers la fin du traitement, un collyre composé de 15 grammes d'eau distillée, et de 1 gramme de nitrate d'argent.

Quant au malade qui vient de nous être présenté, l'œil gauche est perdu ; la cornée de l'œil droit ne permet pas de distinguer au juste l'état de l'iris ; cependant, sous l'influence d'une instillation de belladone, le malade accuse une plus grande sensation de la lumière. Il y a donc lieu d'espérer qu'une opération de pupille artificielle pourra donner quelques chances de succès, si l'on parvient à faire disparaître la kératite et à éclaircir une certaine étendue de la cornée. J'emploierais donc, avant tout, le collyre au nitrate d'argent.

M. Guersant est d'avis d'avoir recours d'abord à la cautérisation circulaire de Sanson, sauf à revenir ensuite à une solution de nitrate d'argent, et, en dernier lieu, à la pupille artificielle.

M. Magne insiste pour qu'on se borne au collyre, qui, selon lui, suffira pour éclaircir une partie de la cornée.

M. Boyer. M. Magne a exposé le traitement qu'il conseille ; mais pour les personnes étrangères à la Société, il est essentiel que le diagnostic soit exposé. L'œil gauche n'existe plus pour la vision ; il est presque entièrement vidé. L'œil droit présente une cornée opaque, excepté en un petit point, à l'angle externe ; on voit peu l'iris, cependant il paraît sain. De plus, il existe un staphylome qui occupe le centre et la partie interne de la cornée droite. En somme, si un traitement est applicable, il ne l'est que pour l'œil droit.

M. Bossu, revenant à la communication de M. Coursserant, dit que rien n'est plus commun que la guérison des kératites, et que souvent elles disparaissent à l'aide du calomel employé jusqu'à salivation.

M. Magne fait observer qu'il n'a été nullement question des kératites aiguës, des kératites ulcéreuses, mais bien de ces kératites chroniques datant parfois de plusieurs années. En pareil cas, les antiphlogistiques ne jouissent d'aucune action.

M. Masson pense que, chez le malade qui vient d'être présenté, on doit s'occuper d'abord de modifier la cornée, et penser plus tard à la pupille artificielle, si celle-ci est jugée nécessaire.

M. Coursserant. Ainsi que l'a dit M. Magne, il s'agit de kératites anciennes, de kératites panniformes ; mais je dois dire que, dans un cas de kératite de ce genre, j'ai réussi avec le calomel poussé jusqu'à salivation. Je reviens à mon malade. Je pense que les cautérisations ne réussiraient pas ; le frottement des paupières sur le staphylome entretiendra toujours l'inflammation. J'ai l'intention d'abattre le staphylome, et de pratiquer ensuite la pupille artificielle au point le plus transparent de la cornée.

Après quelques observations de MM. Guersant, Boyer et Magne sur l'inopportunité de cette opération tant que la cornée présentera des traces d'inflammation, la séance est levée.

Le secrétaire, Al. Magne.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — Paris. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Sur la colique végétale. — CLINIQUE CIVILE (M. Jobert). Fistules vésico-vaginales guéries. — Société de chirurgie, séance du 3 avril. — FEUILLETON, Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris. (Fin.)

PARIS, LE 12 AVRIL 1852.

Le concours pour la nomination de deux places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux vient d'être marqué par un des incidents les plus graves dont fassent mention les annales des concours. Sur les huit candidats conservés pour continuer les épreuves jusqu'au bout, six se sont retirés. Un septième, M. Laborie, dont tout le monde apprécie la loyauté et le mérite, n'ayant pas cru devoir s'associer à la détermination de ses compétiteurs, a néanmoins déclaré que sa délicatesse ne lui permettrait pas de profiter de la position qu'allait lui faire leur retraite, et il a affirmé qu'il se retirerait par suite de cette position. Nous ne pouvons nous prononcer sur les motifs qui ont décidé les honorables signataires de la lettre qu'on va lire à une détermination que nous déplorons; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire observer tout le poids qu'elle emprunte à leur honorabilité et à leur talent bien reconnus. M. Laborie se retirant, il ne restera qu'un seul candidat pour deux places. Dans ces conditions, le concours sera sans doute annulé, et il est fort à craindre qu'une cassation, dans ces circonstances, ne soit en même temps une abolition. Ce n'est pas que nous ayons beaucoup à regretter ce concours pas plus que celui pour la nomination des professeurs; mais il y aurait encore en dehors du concours des garanties auxquelles on ne songera peut-être pas dans un moment de précipitation. En attendant des réflexions plus étendues sur ce sujet, voici la lettre qu'on nous communique.

H. de Castelnau.

A monsieur le secrétaire général de l'administration des hôpitaux de Paris.

Monsieur le secrétaire général,

Nous venons avec un profond regret vous prier de faire connaître à l'administration notre résolution collective de nous retirer du concours ouvert le 1er mars dernier.

Permettez-nous en même temps, monsieur le secrétaire général, de vous remercier personnellement des preuves de bienveillance et de loyale impartialité que nous avons tous reçues de vous depuis le commencement de ce concours.

Agréez, etc., etc. BOINET, L. BOYER, BROCA, DEPAUL, FOLLIN, Ad. RICHARD.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Sur la colique végétale.

Au n° 7 de la salle Notre-Dame est placée une jeune femme qui aujourd'hui, pour la troisième fois, présente les accidents aigus de la colique végétale.

La colique végétale est une maladie qui mérite à plusieurs titres de fixer votre attention. Elle a été endémique à une certaine époque; mais depuis un siècle et demi elle est devenue assez rare dans nos contrées. D'un autre côté, son existence a été niée par les pathologistes, qui l'ont confondue avec la colique de plomb; les prétendus empoisonnements dont on a parlé dans ces derniers temps à Paris sont des exemples de cette confusion : on a vu des empoisonnements saturnins dans une maladie produite uniquement par l'usage du cidre.

La première apparition de la colique végétale en Europe remonte au commencement du quinzième siècle, à moins que la colique épidémique par laquelle fut ravagé l'empire de Tibère, et dont Pline nous a transmis la description incomplète, n'ait été une colique végétale. Quoi qu'il en soit, cette maladie a fait l'objet de nombreuses monographies : au premier rang, nous devons citer celle que Huxham a écrite sur la colique du Devonshire; nous devons également mentionner celle que tout le monde connaît sous le titre de *colica pictorum*.

L'affection qui nous occupe règne épidémiquement aux Barbades, aux Antilles et dans la Castille; on la rencontre dans la Basse-Normandie sous la forme sporadique; à Paris, il ne se passe pas d'année où, pour notre part, nous n'ayons occasion d'en observer au moins deux ou trois cas.

Considérée dans ses manifestations symptomatiques, la colique végétale comprend deux ordres d'accidents : les uns se montrent du côté du tube digestif, les autres du côté de l'appareil locomoteur. La manière dont elle débute doit être signalée : Une personne bien portante, après avoir pris comme de coutume le repas du soir, s'expose à l'action de l'air froid; dans la nuit, elle est atteinte subitement d'une douleur cardialgique qui part de l'épigastre et suit le trajet de l'arc du colon. Le malade est en proie à des souffrances cruelles; il se tord dans son lit et exerce une pression sur l'abdomen pour apporter un soulagement à son mal. Souvent des vomissements se déclarent, les matières rejetées au dehors ont une couleur verdâtre; il y a de la constipation; différents muscles, ceux de la région dorso-lombaire principalement, sont le siége de crampes plus ou moins violentes.

Les accidents qui se rattachent au tube digestif durent deux ou trois jours; ils sont très intenses. L'ébranlement du système nerveux est quelquefois porté assez loin pour occasionner le délire ou pour amener une prostration qui va jusqu'à la stupeur.

Dès la première invasion des douleurs, les malades éprouvent dans les membres une sensation de faiblesse et d'engourdissement qui se fait surtout sentir vers les extrémités, et disparaît peu à peu, dans l'espace de deux ou trois jours, lorsque l'accès a été léger.

La débilité dans les membres dépasse toujours la durée de la cardio-entéralgie.

Ordinairement la maladie ne se borne pas à une seule attaque; le lendemain, le surlendemain, dix jours après la première invasion, sans cause connue, les phénomènes cardio-entéralgiques reviennent avec leur forme habituelle; il y a de vives douleurs, des vomissements et des crampes; plus tard, un sentiment de formication, qui s'accompagne de pâleur et de refroidissement, envahit les doigts et les orteils. Les mouvements deviennent impossibles dans ces organes. Dans les membres supérieurs, l'action des muscles extenseurs se trouve presque toujours abolie.

Un troisième accès succède-t-il aux deux premiers, comme eux il a pour effet d'accroître la débilité musculaire. Il existe un rapport constant entre la gradation des phénomènes de paralysie et celle des phénomènes cardio-gastralgiques; on pourrait à l'avance, à l'aide des seconds, mesurer les premiers. Il arrive un moment où les fléchisseurs des membres abdominaux et thoraciques subissent la même atteinte que les extenseurs. La malade que nous avons sous les yeux n'a conservé de la paralysie survenue lors de la première attaque qu'une très légère faiblesse dans les mains et dans les pieds; cette faiblesse a persisté avec une aggravation marquée à la suite de la seconde attaque. Si nous sommes condamnés à de nouvelles récidives, on verra combien rapides et étendus seront les progrès de la paralysie.

Tel est l'ensemble des accidents de la colique végétale; les attaques réitérées de la maladie, lorsque l'art est impuissant à en prévenir le retour, ont ordinairement pour effet de causer une paralysie qui, d'une part, ne reste pas bornée à quelques groupes de muscles, mais frappe la presque totalité de l'appareil musculaire, et de l'autre, demeure incurable alors même que la colique a cessé de se reproduire. Dans de telles conjonctures, on peut tout au plus raisonnablement espérer de rendre en partie au malade le libre exercice des mouvements.

Les symptômes paralytiques s'accompagnent d'un amaigrissement qui suit les mêmes oscillations. Notre malade est dans un état d'embonpoint qu'elle a acquis pendant son dernier séjour à l'hôpital. Si les accidents auxquels elle est actuellement en proie résistent à notre médication, il surviendra dans un court espace de temps une émaciation très prononcée, et avec cette émaciation une suspension de l'activité normale des fonctions organiques; la menstruation s'arrêtera, les urines deviendront claires et mal élaborées, les formes extérieures s'affaisseront, les contractions du cœur perdront de leur énergie, et les diastoles artérielles de leur rénitence ordinaire.

La maladie, dans quelques cas, a été portée assez loin pour altérer les facultés intellectuelles; on pourra s'en convaincre en se reportant aux époques où elle a régné épidémiquement. Le ouvrages de Thierry et de Luzargia, la monographie de Citois sur la colique du Poitou, abondent en faits de ce genre.

Nous l'avons dit déjà, on a confondu la colique végétale avec la colique de plomb; un volume entier a été écrit presque dans l'unique but de prouver que la colique épidémique de Madrid était due à l'usage d'eaux qui avaient traversé des tuyaux de plomb. Cette opinion, émise en Espagne, fut accueillie avec empressement par les médecins français, bien que la maladie eût attaqué les étrangers de préférence aux habitants du pays. Lors de la colique végétale qui sévit épidémiquement en 1758 dans la capitale de la Normandie, on fit une enquête, et on ne manqua pas de trouver que certains marchands mettaient de la litharge dans le cidre, et que d'un autre côté cette liqueur se chargeait de sels de plomb dans les réservoirs où on avait coutume de la recevoir au sortir du pressoir; il n'en fallut pas davantage pour faire croire à l'existence d'empoisonnements saturnins; on oubliait que de tout temps le cidre avait été fabriqué de la même ma-

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris,

Par M. le docteur LEUDET.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 11, 13, 16, 18 et 23 mars; 8 et 10 avril.)

ORGANES GÉNITAUX.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus s'encroûtent parfois de tissu calcaire; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des amas de cette substance au milieu de tumeurs de ce genre qui ont persisté pendant plusieurs années sans altérer d'une manière grave la santé des malades. Il est moins fréquent de trouver ces masses calcaires isolées au sein de la tumeur fibreuse; M. Hérard vous en a fait voir un exemple. Le corps fibreux trouvé sur une femme de quatre-vingt-trois ans datait au moins de 40 ans; il était d'un blanc grisâtre, parsemé de points durs, ossiformes; mais, dans deux endroits, des masses calcaires, dont la plus volumineuse atteignait la grosseur d'une noix, étaient contenues libres d'adhérences dans une cavité creusée au sein du corps fibreux et tapissée par une membrane lisse, unie, d'apparence séreuse. Supposez maintenant que ces cavités contenant des matières calcaires soient placées de telle sorte sur une des faces de l'utérus qu'elles puissent entrer en communication avec un conduit muqueux, comme le vagin, par exemple; alors vous aurez des corps étrangers expulsés par la vulve et pouvant en imposer pour les pierres de l'utérus. En vous décrivant ainsi l'expulsion de ces concrétions calcaires, je n'ai fait qu'analyser une pièce anatomique que M. Perdrijeon a mis sous vos yeux. Cette tumeur s'était déclarée chez une femme de soixante ans; elle avait depuis six mois un développement qui avait attiré l'attention de la malade. Après des douleurs vives, elle avait rendu par le vagin des corps ossiformes. L'examen du cadavre fit reconnaître qu'une masse calcaire considérable, développée dans l'intérieur d'une tumeur fibreuse, communiquait avec le vagin.

Dans le cas précédent, une ouverture de la cavité anormale avait induit en erreur le chirurgien et avait fait confondre cet orifice morbide avec le col de l'utérus. Cette erreur heureusement ne pouvait être nullement préjudiciable à la malade; il n'en est pas de même dans un autre fait dont je dois ici parler. Permettez-moi, messieurs, avant de vous le rappeler, de louer le chirurgien, qui, en permettant que cette pièce nous fût présentée en la montrant lui-même dans une autre Société, a voulu faire profiter et la science et l'humanité de l'erreur qu'il avait commise. Vous avez sans doute, par ces paroles, déjà reconnu un fait de hernie de l'*ovaire dans la grande lèvre*, présenté par M. Hombeau. Cette tumeur existait chez une fille de dix ans, elle était congéniale; longtemps indolore, elle n'était devenue que depuis quelque temps le siége d'une douleur gravative : ces symptômes firent entrer la petite malade à l'hôpital des Enfants. On trouva alors la tumeur située dans la grande lèvre, du volume d'une petite noix, dure vers sa partie inférieure, un peu plus molle vers la supérieure, sensible au toucher; elle présentait cela de singulier et propre à induire en erreur, qu'elle ne pouvait être réduite dans l'abdomen, repoussée en haut, mais légèrement attirée en bas. L'absence de cordon appréciable reliant la tumeur de la grande lèvre aux organes abdominaux et traversant le canal inguinal était encore propre à tromper le chirurgien. On excisa donc la tumeur, dont on reconnut alors la nature: c'était l'ovaire. Trois jours après, la malade succombait à une péritonite, et l'on trouvait la trompe et le ligament rond du côté malade se dirigeant vers le canal inguinal recouverts par un prolongement du péritoine formant un canal non oblitéré jusqu'au point de la section. Ce fait, outre sa rareté, porte de graves enseignements et d'anatomie pathologique et surtout de chirurgie pratique.

Les kystes séreux de l'ovaire et ceux des ligaments larges ont été l'occasion de présentations intéressantes. A propos d'un kyste de l'ovaire traité par la ponction, la canule à demeure et les injections irritantes, M. Dutard nous a signalé un singulier déplacement des trompes et des ovaires : au lieu de se diriger directement en dehors, les trompes et les ovaires se recourbaient en arrière, se rejoignaient sur l'angle sacro-vertébral, se croisaient même, de sorte que la trompe droite était à gauche, *et vice versâ*, la trompe gauche à droite. Les ovaires avaient suivi le même déplacement et adhéraient ensemble sur la ligne médiane. Dans ce cas, le kyste avait pris naissance sur l'ovaire gauche, situé à droite de l'abdomen; vous comprenez donc que le médecin, cherchant à reconnaître par le siége du kyste l'ovaire affecté, commettrait presque assurément une erreur. Le fait d'anatomie pathologique qui a provoqué ces remarques a encore, au point de vue de la thérapeutique, une autre importance : c'est un nouvel exemple d'insuccès de tentatives de guérison radicale de kystes de l'ovaire. Ce qui frappe dans ce fait quand on recherche la cause de la mort, ce n'est pas les accidents immédiats produits par des injections irritantes, mais plutôt par le séjour de la canule à demeure. Le kyste, considérablement revenu sur lui-même, puisque, donnant au début du traitement à l'abdomen un volume comparable à celui d'une grossesse de sept à huit mois, il n'avait plus, lors de la mort, que la capacité d'un gros œuf de poule, offrait des ulcérations, dont l'une était située directement au point qui devait correspondre à l'extrémité de la canule. Je ne veux rien conclure de ce fait, je tenais à vous le rappeler comme doublement intéressant au point de vue de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

Très fréquemment, en pratiquant des ouvertures de cadavres, l'on rencontre, chez des femmes qui ont succombé à des affections très diverses, des kystes développés dans le ligament de la trompe. Notre collègue M. Follin (Thèse inaugurale; Paris, 1850), dans un excellent travail sur le corps de Wolf, avait démontré qu'il fallait regarder l'organe connu sous le nom de Rosen-Muller comme le vestige du corps de Wolf. Il avait émis cette opinion que la plupart des kystes séreux situés dans ce point du ligament large appartiennent à des canalicules distendus de l'organe de Rosen-Muller. Ces kystes lui parurent analogues à ceux non moins fréquents qu'on observe chez l'homme au voisinage de l'épididyme; il compara donc ce que l'on décrit chez l'homme sous le nom d'hydatide de Morgagni à cette vésicule plus ou moins pédiculée située à l'extrémité du ligament large et souvent adhérente à l'une des franges du pavillon de la trompe. Plusieurs pièces qui vous ont passé sous les yeux dans le cours de cette année ont démontré la vérité de ces opinions. M. Broca, sur une pièce disséquée par M. Follin, vous a montré que ces kystes siégeaient tous sur le trajet des tubes flexueux et

nière, et que les prétendus empoisonnements n'épargnaient nullement les conseillers du parlement qui buvaient du vin.

Nous devons déclarer ici que l'usage du cidre paraît favoriser le développement de la maladie.

Il est peu d'affections qui entraînent la manifestation des paralysies en même temps que de douleurs du côté de l'abdomen ; de là sans doute la raison pour laquelle on n'a pas établi entre la colique de plomb et la colique saturnine une distinction qu'il était facile de saisir. Nous n'énumérerons pas toutes les différences qui séparent l'une de l'autre ces deux maladies ; nous nous contenterons de signaler les plus importantes.

La colique végétale comprend ordinairement plusieurs atteintes qui se montrent à des intervalles éloignés. La paralysie dont elle s'accompagne, bien qu'elle soit plus marquée aux membres thoraciques, a pour caractère de frapper parallèlement en quelque sorte les membres supérieurs et les membres inférieurs. Lorsque l'empoisonnement saturnin sous la forme tormineuse s'accompagne de paralysie, la maladie paralytique n'atteint fréquemment que les membres supérieurs, encore se borne-t-elle le plus souvent aux mains et aux avant-bras, dont elle n'occupe ordinairement que certains groupes musculaires. Ajoutez qu'il n'existe aucune espèce de rapport entre la paralysie produite par le plomb et les accidents tormineux ; en sorte que chez vingt individus, par exemple, les coliques seront très marquées ; chez vingt autres, elles le seront à peine ; et, chez dix autres, manqueront entièrement. Dans la colique végétale, les progrès de la paralysie s'arrêtent jusqu'aux nouvelles attaques tormineuses, on peut affirmer qu'en préservant ce malade du retour de ces attaques on préviendra sûrement la paralysie. L'une des différences les plus remarquables est, sans contredit, celle qui se rapporte au début des deux affections. C'est dans le cours de la santé la plus parfaite, après un repas abondant pris avec appétit, qu'apparaît la colique végétale ; la colique de plomb est précédée de plusieurs jours d'anorexie. Dans la première comme dans la seconde il y a constipation ; mais la constipation est un symptôme de trop peu de valeur pour servir de base à une assimilation raisonnable. Quand la colique de plomb a commencé, elle persiste jusqu'à ce que le principe toxique soit épuisé ; très fréquemment la colique végétale ne dure que quelques jours, au moins dans chacune de ses attaques.

Deux maladies si différentes dans leur marche ne sauraient évidemment provenir d'une même cause ; il a fallu appliquer à l'étiologie toutes les exagérations de l'imagination pour les rattacher à l'introduction dans l'économie d'un agent identique.

Revenons à notre malade : d'après ce qui s'est passé dans les attaques précédentes, d'après ce que nous connaissons de la marche habituelle de la colique végétale, nous espérons chez elle pouvoir prévenir les attaques subséquentes. En l'absence de certitude à cet égard, nous devons envisager à l'avance les accidents paralytiques dont serait infailliblement suivi le retour des symptômes tormineux ; nous nous attacherons à les combattre, et nous osons dire que nos efforts ne seront pas impuissants ; la malade, en effet, est dans des conditions heureuses où le médecin a le droit de s'attendre à la disparition de maladies organiques qui ne sont pas indélébiles par leur nature et qui disparaissent plus encore par suite des révolutions physiologiques que de l'action des médicaments ; si elle avait un âge plus avancé, il nous faudrait abandonner l'espoir d'un semblable succès.

Il importe donc de comprendre dans le pronostic de la colique végétale la persistance possible à un certain degré des accidents paralytiques ; il serait téméraire de promettre le rétablissement complet et définitif des mouvements ; presque toujours, il reste de la débilité dans les membres ; on a vu néanmoins quelques malades, au bout d'un temps assez long à la vérité, se débarrasser pour ainsi dire des dernières traces de la paralysie.

Quelques auteurs, Musgraves entre autres, ont, par un rapprochement forcé, confondu la colique végétale avec les formes diverses de la goutte anormale, maladie qui détermine fréquemment, en même temps que des douleurs cardio-entéralgiques, des douleurs articulaires suivies d'une gêne plus ou moins marquée dans les mouvements des membres.

La goutte est endémique dans certains pays ; il n'est pas très rare dans de telles conditions de rencontrer des coliques arthritiques ; la phlogose goutteuse, au lieu de se borner aux mains, souvent se généralise, détermine au pourtour des articulations des tophus qui en détruisent le jeu naturel et fait naître ainsi une infirmité qui n'a rien de commun avec la paralysie.

A quel traitement soumettrons-nous notre malade ? Au traitement qui nous a déjà réussi chez elle, nous voulons parler de l'ensemble des moyens qu'on dirige habituellement contre la cardio-entéralgie aiguë. Le caractère dominant de cette affection est la présence dans le tube digestif d'un produit de sécrétion éminemment acide, dont le contact avec la membrane muqueuse est la source des vives douleurs que ressentent les malades. En modifiant l'acidité du liquide qui imprègne ainsi les parois de l'estomac et des intestins, soit par l'administration à l'intérieur de préparations alcalines à base de chaux, de soude ou de potasse, soit par le moyen des bains alcalins, qui agissent d'une manière médiate, nous ferons disparaître la cause des accidents douloureux. Lorsque la cardio-entéralgie aura cessé, nous continuerons la même médication dans les mêmes vues, et nous nous attacherons en outre à exercer une action stimulante sur la peau à l'aide de liniments excitants et de bains sulfureux.

A.-H. MARGERIE.

CLINIQUE CIVILE. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistules vésico-vaginales guéries.

La difficulté plus ou moins grande que l'on éprouve pour guérir les fistules vésico-vaginales ne dépend pas toujours, comme on pourrait le croire au premier abord, de l'étendue de la perte de substance. Souvent il arrive, en effet, que sa position, sa forme, les tentatives faites pour l'oblitérer au moyen des caustiques sont autant de circonstances défavorables qui viennent contre-balancer plus tard les efforts et l'habileté du chirurgien. Déjà, dans son savant *Traité de chirurgie plastique*, M. Jobert a donné quelques observations qui sont de nature à confirmer pleinement cette opinion ; mais il n'en est pas, à notre avis, de plus concluante que celle que nous demandons la permission de mettre sous les yeux de nos confrères.

Double fistule vésico-vaginale. — Cautérisations multiples avec le fer rouge. — Insuccès. — Opérations autoplastiques par glissement. — Guérison.

Mme C..., âgée de cinquante ans, d'une faible constitution et d'une vitalité peu active, a passé les premières années de son enfance dans un état de santé satisfaisant. A quatorze ans, elle fut affectée d'une maladie qui la tint couchée pendant un temps assez long.

A dix-huit ans, la menstruation s'établit très régulièrement sans que sa santé en reçût la plus légère atteinte.

Mariée beaucoup plus tard, elle devint enceinte à l'âge de trente-six ans. Cette grossesse ne présenta rien de digne d'être noté, si ce n'est cependant une perte de sang survenue vers le septième mois et qui d'ailleurs n'empêcha pas la grossesse de parvenir à son terme normal. L'accouchement fut laborieux et dura trois jours. Le travail commença le dimanche à quatre heures du matin. Le lendemain à onze heures, le médecin qui donnait des soins à la malade fit inutilement une première application du forceps. Ce fut seulement le mardi à neuf heures du soir qu'au moyen d'une nouvelle application des instruments on put extraire un enfant mort au moins depuis vingt-quatre heures : sa tête était volumineuse.

La délivrance fut opérée sans difficulté.

Les suites de couches n'offrirent rien de particulier ; durant le travail comme après l'accouchement, les fonctions des organes urinaires s'exécutèrent très bien ; mais au bout de vingt jours, Mme C... s'aperçut en se réveillant que son lit était mouillé et qu'elle perdait involontairement ses urines. Ne sachant à quoi attribuer cet accident, elle demanda avis à son médecin, qui en l'examinant s'aperçut qu'il existait au bas-fond de la vessie une large ouverture par laquelle s'écoulait le liquide urinaire, dont il ne restait pas une goutte dans la vessie, quelle que fût la position prise par la malade. Il tenta d'oblitérer cette fistule au moyen de cautérisations pratiquées avec le fer rouge. Le traitement dura huit mois, pendant lesquels vingt-deux cautérisations furent faites. Elles produisirent bien, il est vrai, une diminution notable dans l'étendue de la perte de substance. Mme C... y gagna, de son côté, de pouvoir conserver ses urines quand elle était couchée ou assise ; mais il resta toujours une petite ouverture par laquelle l'urine s'écoulait goutte à goutte lorsque la malade se tenait debout. Quelquefois même il arriva, surtout après les dernières cautérisations, qu'elle ne perdait plus du tout d'urine pendant plusieurs jours ; mais bientôt le gonflement inflammatoire déterminé par l'application du feu disparaissait ; l'urine recommençait à couler goutte à goutte comme auparavant.

Après un grand nombre de tentatives de cette nature restées toutes sans résultat avantageux, Mme C... fut abandonnée complétement, et resta dans cet état jusqu'en 1851, c'est-à-dire quatorze ans. Quant à la menstruation, elle ne se rétablit pas de suite ; mais à chaque époque menstruelle il survenait une congestion inflammatoire, quelquefois même une véritable inflammation. Ce ne fut qu'au bout de dix-huit mois que, sous l'influence de petites saignées pratiquées à chaque époque, les règles reparurent ; elles reprirent leur périodicité normale. Malgré cela, Mme C... conserva toujours dans les organes utérins une très grande susceptibilité inflammatoire. Il y a dix-huit mois, habitant Pontoise, elle fut même affectée d'une inflammation assez vive pour exiger l'application de sangsues. Elle ne tarda pas à se rétablir. Ce fut là qu'elle eut connaissance de la découverte faite par M. Jobert, qu'elle vint consulter le 21 avril 1851.

Elle était alors dans l'état suivant :

Le bassin est bien conformé ; les parties génitales externes, baignées d'urine, sont le siége d'un érythème et de cuissons que la malade combat au moyen de grands soins de propreté.

En déprimant la paroi inférieure du vagin à l'aide du spéculum univalve, et écartant les grandes et les petites lèvres, on aperçoit au fond du vagin, à droite du col utérin, dont la lèvre antérieure a été en partie détruite, un surface blanche composée entièrement d'un tissu inodulaire très dense et très résistant. C'est au milieu de ce tissu qu'il existe une petite dépression qui indique l'endroit où se rencontre l'ouverture anormale, qui laisse, en effet, suinter l'urine, ce qu'il est très facile de constater en injectant dans la vessie une certaine quantité d'eau tiède.

Lorsque la malade est assise ou couchée elle ne perd pas d'urine. La miction s'opère naturellement. Il n'en est pas de même dans la position debout ; alors le liquide urinaire s'écoule par le vagin d'une manière incessante et goutte à goutte. Il est facile de comprendre, d'après cela, comment la vessie a conservé sa capacité normale. L'urètre est dirigé en haut. L'utérus est fixe dans le petit bassin, et ne peut être déplacé. Quant à l'état général, il est très satisfaisant.

Le 26 avril, M. Jobert pratique l'opération d'autoplastie par glissement en présence de MM. Bouillaud, Bégin et Gimelle.

La malade est placée sur le bord d'un lit, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin. La paroi recto-vaginale est déprimée avec le spéculum univalve à droite et à gauche. On écarte les grandes et les petites lèvres.

Après s'être de nouveau assuré de la position exacte de l'ouverture fistuleuse, M. Jobert en ravive le pourtour à l'aide

---

parallèles de l'organe de Rosen-Muller. Plusieurs autres pièces, que vous devez à MM. Barth et Broca, ont confirmé cette opinion, dont chacun de nous peut vérifier presque chaque jour l'exactitude.

M. Follin a mis sous vos yeux une série de pièces servant à démontrer les modifications que subissent l'épididyme, le canal déférent et le testicule quand la glande séminale est retenue à l'anneau ; il vous a prouvé que, dans ce cas, l'épididyme et le canal déférent s'engageaient souvent, soit isolément, soit ensemble, dans le scrotum, descendant plus ou moins bas dans son intérieur. Dans une autre série de pièces, il vous a fait voir les modifications que subit le testicule dans sa structure lorsqu'il est retenu à l'anneau ; vous avez pu suivre différents degrés de sa transformation fibreuse ou graisseuse. Je n'insisterai pas sur ces détails, que M. Follin a publiés lui-même *in extenso* dans un autre recueil.

Les déviations dans la forme et la direction du vagin, consécutives à un déplacement de l'utérus, ne sont pas des faits rares dans la science, mais il est exceptionnel de les voir telles que M. Barth nous les a montrées. L'utérus, entraînant avec lui la vessie, allongé lui-même comme le vagin, adhérait à la paroi abdominale antérieure un peu au-dessous de l'ombilic ; plusieurs anses intestinales étaient collées dans le même point. Le présentateur a attribué ce déplacement et cette adhérence anormale à une péritonite locale développée pendant le cours d'une grossesse, et ayant occasionné l'adhérence des parties alors en rapport, adhérence assez ferme pour empêcher après l'expulsion du fœtus le retrait normal du globe utérin.

Je terminerai enfin cet exposé des lésions des organes génitaux en vous rappelant cette tumeur érectile singulière développée sous la peau du scrotum, qui nous a été montrée par M. Boullay. Cette tumeur, datant de douze ans, existait chez un homme de vingt ans ; elle avait pris un développement lent et graduel ; la marche et la chaleur augmentaient toujours son volume : elle était placée sur le côté droit du scrotum, sous la peau intacte, sans rapport aucun avec le cordon ou le testicule. En effet, après l'ablation pratiquée par M. Robert, à l'hôpital Beaujon, on constata que la tumeur était indépendante de la glande séminale et de son conduit, et exclusivement formée par un lacis vasculaire. Un examen attentif a pu vous convaincre que ce n'était pas là une forme de varicocèle, mais uniquement une tumeur érectile sous-cutanée du scrotum.

CANCER.

Les travaux modernes sur le cancer ont presque tous été entrepris et suivis sous vos yeux. Déjà depuis de longues années notre collègue M. Lebert nous a fait connaître ses curieuses recherches sur ce produit morbide. C'est aussi dans le sein de la Société anatomique que M. Mayor est venu exposer ses vues nouvelles. Je m'arrête, car j'aurais trop à citer de noms si je voulais entrer dans l'énumération de tous ceux d'entre vous qui ont contribué à éclairer cette partie de la science, naguère encore si incertaine, et dans laquelle, malgré les travaux accomplis, il reste encore beaucoup de travaux à faire. L'examen au moyen du microscope, associé aux études cliniques, nous a déjà fait séparer du vrai cancer plusieurs affections dont la marche et le pronostic sont différents. C'est ainsi que, malgré les attaques dirigées contre les résultats nouveaux, la plupart des chirurgiens, même étrangers aux études microscopiques, sont heureux d'en invoquer le secours.

Cependant même parmi ceux qui s'adonnent à ce genre de recherches, il en est quelques-uns, comme Vogel, Wirchow, Bennet, qui mettent en doute les caractères spécifiques de l'élément cancéreux et de la cellule. Je n'entrerai pas dans la discussion de cette question ardue ; mais j'aurai recours aux caractères tranchés des cellules cancéreuses dans le plus grand nombre de cas, pour vous montrer, avec MM. Lebert, Broca, Follin et Robin, que l'on peut à l'aide de ce signe reconnaître un tissu morbide dont l'histoire clinique diffère autant que la structure des autres éléments pathologiques. Est-ce à dire pour cela que les caractères pathognomoniques de l'élément cancéreux doivent toujours avoir les mêmes caractères manifestes ? Non assurément ; il existe, suivant les tissus, suivant même les époques de la maladie, des différences dans son aspect, et je vous rappellerai à cette occasion que M. Lebert nous disait que plusieurs fois il avait rencontré dans le cancer des os des cellules assez mal caractérisées pour laisser dans le doute. C'est que ces cellules subissent des phases de développement comme des dégradations ; l'une de ces dégradations les plus remarquables, c'est l'altération granuleuse ou graisseuse, l'une des lésions les plus fréquentes de toute espèce de cellules.

Cette infiltration, rarement bornée au noyau seul, envahit souvent toute la cellule, et simultanément l'on trouve dans le tissu morbide des gouttelettes et de grandes et petites vésicules graisseuses. Elle donne lieu à un aspect particulier du tissu, que notre collègue M. Lebert a nommé phlegmatoïde. Ce serait là, suivant notre collègue M. Bennet, d'Edimbourg, le signe de la guérison du cancer. Vous l'avez entendu lui-même, à propos d'un cancer du foie présenté par M. André, émettre cette opinion et affirmer que le cancer était curable, curable par l'infiltration graisseuse des éléments morbides. Je dis à dessein morbides, car M. Bennet est un des pathologistes qui nient la spécificité de la cellule cancéreuse. Cette opinion de la curabilité du cancer avait déjà été soutenue en Allemagne, comme vous l'a dit M. Lebert, par M. Bochdalck (*Prager vierteljarhschrift*, 1845, v. II, p. 65 à 72). Dans son ouvrage sur les maladies cancéreuses, M. Lebert analyse ainsi l'opinion du médecin de Prague : « Il se développe autour de la tumeur cancéreuse un état d'hypérémie avec exsudation fibrineuse, qui, en se condensant, cerne et comprime la substance cancéreuse et finit par ne plus constituer que de petites masses grenues ou des cicatrices comme ligamenteuses, quelquefois rétractées et disséminées dans la substance du foie. » M. Bennet a soutenu devant vous cette opinion, et M. Lebert, au contraire, a nié explicitement sa vérité, objectant que les gradations propres à établir cette transition heureuse ne se rencontraient jamais et qu'on ne voyait pas un cancer infiltré de graisse se changer en cicatrices. M. Bennet nous a affirmé, il est vrai, posséder des pièces anatomiques qui démontrent ce point ; mais, comme ces pièces n'ont pas été placées sous nos yeux et surtout qu'un singulier hasard n'en a jamais offert à ceux de nos collègues qui s'occupent de cette question, vous me permettrez, messieurs, de révoquer en doute la curabilité du cancer par les moyens indiqués. Est-ce à dire pour cela que le cancer soit incurable ? Je le crois malheureusement, en l'absence de preuves du contraire, et j'applaudis cependant aux recherches de ceux qui cherchent à démontrer le contraire. C'est surtout à la Société anatomique que revient l'honneur d'avoir indiqué le mode de guérison des tubercules ; es-

d'une pince à dents et du bistouri, ou des ciseaux. L'exécution de ce temps de l'opération fut rendue plus difficile par la position profonde de la perte de substance, l'impossibilité d'attirer le col utérin à l'extérieur et la densité des tissus devenus presque cartilagineux. De plus, ces tissus peu vasculaires ne laissèrent écouler qu'une petite quantité de sang.

Lorsque le ravivement fut complet, M. Jobert appliqua un point de suture entrecoupée. L'ouverture fistuleuse fut comprise dans l'anse de fil qui fut immédiatement noué et coupé au ras du nœud.

A droite et à gauche de longues incisions vaginales furent faites dans le but d'éviter toute espèce de tiraillement; on y ajoute même une troisième incision en avant.

La malade est reportée dans son lit, où une sonde à demeure est placée dans la vessie.

La première journée qui suivit l'opération fut calme, la sonde fonctionna convenablement, il s'écoula par le vagin une petite quantité de sang.

Le 27, l'écoulement de sang a cessé. La sonde marche bien. Pendant la nuit il survient un peu d'agitation. Le matin, Mme C... est courbaturée; le soir, le ventre est légèrement météorisé, mais ne présente pas de sensibilité à la pression; cependant il survient quelques vomissements. — Orangeade; 1 pil. ext. aq. d'op. de 0,01 cent. Cataplasmes

Le 28, il n'y a plus de vomissements. Le ventre est toujours un peu ballonné. Tous les jours la sonde est changée. — Même prescription.

Le 29, la malade a ses règles.

Le 1er mai, dans la nuit, il est survenu une contraction spasmodique de la vessie; la sonde, violemment chassée en avant et en haut, a cessé de fonctionner. Le matin une nouvelle sonde introduite dans le réservoir urinaire donne issue à une très grande quantité d'urine. L'introduction de l'algalie est très douloureuse, et sa présence n'est que très difficilement supportée.

Le 3, l'écoulement menstruel a cessé.

Le 5, l'opérée est examinée; le fil qui a spontanément coupé les tissus est retiré du fond du vagin. La sonde est remise à demeure, sa présence détermine toujours de fortes douleurs dans le canal de l'urètre.

Le 8, à dix heures du matin, la sonde est retirée, et la malade purgée avec 45 grammes d'huile de ricin.

Le 9, l'état de Mme C... est très satifaisant; elle conserve ses urines, éprouve le besoin de les rendre, comme à l'état normal; à la vérité elle ne s'est pas encore levée.

Le 25, elle est examinée de nouveau. L'état des parties est très satisfaisant. La malade commence à se lever. Quelques jours après elle peut vaquer à ses affaires; mais bientôt elle s'aperçoit qu'elle perd de nouveau ses urines comme auparavant. Un nouvel examen permet à M. Jobert de constater qu'en effet la réunion des lèvres de la fistule ne s'est pas opérée, et qu'il existe toujours au milieu du tissu cicatriciel une petite ouverture qui donne issue à l'urine.

Le 1er juillet, M. Jobert pratique une seconde opération autoplastique de la même manière que la précédente; seulement les tissus inodulaires sont moins denses, moins résistants et moins criants sous le bistouri qui les divise. De plus, il s'écoule une plus grande quantité de sang.

Trois points de suture entrecoupée sont appliqués, puis des incisions vaginales sont pratiquées dans tous les sens et circonscrivent presque entièrement les parties qui viennent d'être le siége de l'opération.

Ce n'est pas tout. Sur le côté gauche de l'urètre, il existe une lacune ulcérée dans laquelle le stylet boutonné s'enfonce profondément. M. Jobert l'incise jusqu'au fond avec des ciseaux; il en résulte une surface saignante sur laquelle plusieurs points de suture entrecoupée sont appliqués.

La malade est reportée dans son lit, et une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Les suites de cette opération ne présentèrent rien qui fût digne d'être noté; il ne survint pas le plus léger accident, si ce n'est les douleurs déterminées par la présence de la sonde, qui ne fonctionne que très difficilement.

Le 6, M. Jobert la fait retirer comme inutile, et Mme C... est sondée toutes les heures. Quant aux points de suture, ils sont laissés en place.

Un mois après l'opération, M. Jobert examine l'état des parties. Il retire deux fils tombés dans le vagin; un troisième est encore en place, il l'enlève immédiatement. Quant au résultat, il paraît satisfaisant; Mme C..., en effet, se lève, fait ses affaires, urine seule sans qu'il en tombe une seule goutte dans le vagin. Quelques jours après, elle part pour la campagne. Pendant un mois, il ne survient rien qui soit de nature à lui faire douter de sa parfaite guérison; mais au bout de ce temps le liquide urinaire s'écoule de nouveau par le vagin, et Mme C... se trouve exactement dans la même position qu'avant l'opération. Revenue à Paris, elle est soumise à un nouvel examen le 31 décembre 1851, en présence de deux praticiens distingués de la capitale, MM. les docteurs Heurteaux et Delthil.

Après avoir constaté la parfaite oblitération de la fistule qui existait au fond du vagin, M. Jobert, pour mieux apercevoir le point de la cloison vésico-vaginale qui donne passage à l'urine, injecte dans la vessie une assez grande quantité de liquide pour la distendre; puis, pendant qu'un aide comprime les parois du canal de l'urètre contre la sonde laissée dans l'intérieur du réservoir urinaire et fermée extérieurement, il ordonne à Mme C... de faire des efforts comme si elle voulait uriner. Sous l'influence de cette contraction, on voit bientôt un jet filiforme de liquide sortir d'un point situé bien plus en avant que celui qui était le siége de la fistule opérée précédemment. Cette seconde ouverture, entourée d'un tissu inodulaire peu dense et peu résistant, est placée sur la ligne médiane, à 3 centimètres au moins en avant du tissu cicatriciel que nous avons mentionné plus haut. Bien que très petite, il est cependant facile, lorsque l'on connaît sa position, de l'apercevoir à l'œil nu.

Le 3 janvier 1852, Mme C... est de nouveau opérée en présence des deux médecins que nous venons de nommer.

La malade, placée comme pour les opérations précédentes, le contour de la fistule est ravivé et son trajet complétement enlevé. Son étendue, devenue aussi plus grande, donne issue à une quantité considérable d'urine. Les lèvres saignantes de cette solution de continuité sont réunies au moyen de deux points de suture entrecoupée. Enfin, des incisions vaginales sont pratiquées en avant, en arrière et sur les côtés, de telle sorte que la suture est presque isolée des parties environnantes. Les incisions latérales s'avancent jusque sur les côtés du bulbe de l'urètre. Pour s'assurer qu'il n'existe aucun intervalle entre les points de suture, M. Jobert injecte dans la vessie une certaine quantité d'eau tiède, qui est en effet parfaitement conservée. Cela fait, la malade est reportée dans son lit, et une sonde à demeure est placée dans le réservoir urinaire. Le jour de l'opération il ne survient rien de particulier, si ce n'est que la direction du canal de l'urètre tient la sonde dans une position tellement élevée, qu'elle ne donne que très difficilement issue à l'urine, encore faut-il abaisser son extrémité extérieure.

Pendant la nuit il y a un peu d'agitation, de l'insomnie. La sonde détermine des douleurs tellement intolérables qu'on est obligé de l'ôter et de se contenter de sonder la malade de temps en temps. Le lendemain matin la sonde est replacée dans la vessie; mais au bout de quelques heures il faut l'enlever de nouveau. A partir de ce moment elle ne fut plus remise.

Le 5, il existe de l'abattement général; le pouls est fébrile; la langue, blanche, offre dans sa partie moyenne une coloraton rouge. De plus, Mme C... se plaint d'une céphalalgie intense, et de temps en temps il survient des nausées, voire même des vomissements. Le ventre est ballonné et un peu douloureux à la pression. Le soir, il s'écoule un peu de sang par le vagin; malgré cela, comme la face est vultueuse, la respiration fortement embarrassée et la toux opiniâtre, M. Jobert prescrit une saignée de 2 palettes.

Le 10, la malade est mieux. M. Jobert l'examine et enlève les deux points de suture. Tout paraît être dans un état très satisfaisant. On ne voit déjà plus les traces des incisions vaginales. On continue à introduire la sonde toutes les heures.

Le 26, il s'écoule par le vagin une assez grande quantité de pus retenu sans doute dans l'intérieur de la cavité utérine. On cesse de sonder la malade.

Enfin le 10 mars 1852, M. Jobert l'examine une dernière fois avec MM. Heurteaux et Delthil, et constate la parfaite oblitération de l'ouverture fistuleuse, qui est remplacée par une cicatrice solide.

Le fait qu'on vient de lire porte avec lui quelques enseignements, sur lesquels nous croyons utile de fixer un instant l'attention des praticiens. Et d'abord sous le point de vue du diagnostic, nous ferons remarquer combien il a été difficile de reconnaître de suite le siége précis de la fistule. Il ne faut pas s'en étonner, cette difficulté a déjà été observée plusieurs fois par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et nous en trouvons l'expression consignée à la page 350 de son *Traité de chirurgie plastique*, dans un passage que pour cette raison nous citerons textuellement : « S'il est facile, dit notre savant maître, de se méprendre sur la question de savoir si l'écoulement des urines se fait par le vagin, il est souvent encore plus malaisé de découvrir le point qui leur livre passage. Plusieurs fois j'ai dû examiner les femmes à différentes reprises avant de reconnaître le lieu précis par où le liquide s'échappait. Fréquemment même la seule injection d'eau dans la vessie a pu m'indiquer le siége de la fistule, qui se trouve toujours au centre ou dans les limites du tissu cicatriciel. »

Ces paroles peuvent être très bien appliquées à notre malade, chez laquelle la difficulté du diagnostic était encore augmentée par l'existence simultanée de deux ouvertures fistuleuses. Presque toujours, en effet, en pareille circonstance, l'une des deux fistules empêche de reconnaître l'autre, à moins qu'elles ne soient toutes les deux assez grandes et assez bien placées pour être facilement accessibles à la vue.

Sous le point de vue thérapeutique, l'observation que nous venons de rapporter est une preuve de plus de l'inefficacité des cautérisations; qui ont de plus le grave inconvénient de transformer les tissus environnants en tissus médullaires très denses et peu vasculaires, et de les placer ainsi dans des conditions peu favorables d'agglutination et de cicatrisation. La chose est plus désavantageuse encore lorsque l'on est obligé, comme chez notre malade, de lutter contre une constitution affaiblie et une vitalité douteuse; aussi M. Jobert n'est-il arrivé à obtenir la guérison radicale des deux fistules qu'en apportant à sa manière de faire ordinaire quelques modifications qui sont la conséquence logique de ce que nous venons de dire et sur lesquelles nous ne nous appesantirons pas davantage. Il en est une cependant qui doit être remarquée, car elle tend à prouver que, dans certains cas au moins, il est possible d'obtenir la cicatrisation des parties réunies par la suture sans avoir besoin de mettre une sonde à demeure dans la vessie. Assurément, il serait contraire à toutes les règles chirurgicales de généraliser une chose qui ne doit être considérée que comme une exception; mais aussi il est toujours bon de rétrécir autant que possible le cercle des impossibilités, surtout lorsqu'il s'agit d'une pareille infirmité. Quelle que soit la cause qui produise un semblable résultat, la science doit toujours l'enregistrer comme un triomphe.

R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 avril 1852. — Présidence de M. LARREY.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sédillot, adressée au président de la Société à l'occasion de sa nomination ;

---

pérons que peut-être un jour l'un de nous viendra apporter la preuve de la curabilité du cancer.

Je vous parlais, messieurs, il n'y a qu'un instant, des formes diverses des éléments cancéreux; les variations du stroma, de la trame dans laquelle ils sont déposés, l'addition de substances étrangères ont rendu compte de bien des différences qu'on avait crues radicales, et qui sont cependant fort légères.

Vous avez vu cette année un exemple d'une coloration rare du cancer; c'était sur une pièce présentée par M. Lebert, au nom de M. Leflaive. Un cancer d'un vert clair existait sous formes de plaques peu saillantes sur la face interne du crâne, sur la face externe de la dure-mère perforée en plusieurs points, puis en même temps à la partie externe de l'un des reins et de l'épidydime. Ce tissu donnait un suc qui se mélangeait exactement à l'eau et présentait les cellules cancéreuses avec les noyaux et nucléoles, mais moins développées que dans les cancers ordinaires. Les faits de ce genre sont rares. Balfous en a rapporté un exemple (*Edimb. med. and surg, Journ.*, avril 1835; *Analyse in Arch. gén. de méd.*, 2e série, vol. VIII, p. 384). Comme dans le cas de M. Leflaive, le cancer avait érodé la boîte crânienne; enfin, un troisième fait semblable a été consigné dans vos bulletins par M. Durand-Fardel.

Vous venez de voir le cancer sous forme d'une masse verdâtre-clair; vous l'avez vu sous une autre forme moins rare cependant, mais jusqu'ici mal étudiée, je veux parler du *cancer colloïde*. A propos d'un dépôt de ce tissu morbide dans les poumons et la glande mammaire, M. Lebert a étudié bibliographiquement et histologiquement ce mode de manifestation du cancer. Otto le premier, dans son ouvrage sur les cas rares d'anatomie, de physiologie et de pathologie, regarde le cancer gélatiniforme de l'estomac comme une variété du squirrhe. M. Cruveilhier, dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, a enrichi la science de nouveaux faits de ce genre, et les rapporta également au cancer. J. Muller, en 1838, publia le premier le résultat de recherches histologiques sur cette variété de produit morbide. Notre collègue cite encore un grand nombre d'auteurs étrangers qui ont publié sur ce sujet des mémoires moins importants.

J'ai hâte d'arriver aux recherches de M. Lebert. La malade sur laquelle cette singulière lésion a été observée, était une femme de quarante-deux ans, placée à l'hôpital de la Charité. Arrivée dans un état de marasme et d'adynamie avancée, elle succomba trois jours après l'entrée. La manifestation première de la maladie semblait s'être faite dans la mamelle affectée déjà depuis douze ans; mais quand cette femme fut soumise à l'examen de notre collègue, la gêne marquée de la respiration faisait soupçonner une lésion plus profonde. On trouva, à l'autopsie, une masse colloïde sous-jacente à la glande mammaire gauche, et envahissant les espaces intercostaux, dont les fibres musculaires étaient méconnaissables. Les glandes axillaires du côté gauche offraient la même altération. Le poumon droit, plus altéré que le gauche, ne présentait dans ses trois quarts inférieurs qu'une masse dure de tissu colloïde; ce même produit morbide était répandu sous forme de tumeurs isolées dans le poumon gauche, plus abondantes à la base qu'au sommet. Le tissu cellulaire des médiastins antérieur et postérieur était également envahi par la même substance. Le tissu colloïde offrait une teinte variant du jaune-pâle au gris-verdâtre, incomplétement transparente, analogue à une gelée ferme; il était contenu dans des aréoles fibreuses. Cette trame, examinée au microscope, fut trouvée constituée par des fibres entrelacées laissant entre elles des lacunes renfermant la matière gélatineuse. C'était dans cette dernière que se rencontraient les éléments caractéristiques. De grandes cavités rondes ou ovoïdes, pâles, à parois diaphanes formées de lamelles concentriques, contenaient de grandes utricules ou cellules mères rondes, ovoïdes ou allongées, mais n'ayant aucun des caractères de l'épithélium. Dans l'intérieur de ces utricules, on distinguait des éléments qui offraient une ressemblance plus ou moins complète avec les cellules cancéreuses.

Vous voyez, d'après cette étude histologique, les différences qui séparent le cancer colloïde des productions carcinomateuses ordinaires. Dans l'étude de ce fait, nous nous sommes servi souvent indifféremment des termes de tissu et cancer colloïde; cependant cette dénomination ne doit pas être généralement appliquée.

La nature cancéreuse ne peut être révoquée en doute sur une pièce analogue que nous devons à M. Barth. On voyait dans le foie des masses encéphaloïdes bien caractérisées; d'autres masses, de même nature, existaient dans la paroi du rectum et contenaient une substance gélatineuse colloïde. Dans cet endroit, la coexistence de ces deux variétés du même produit morbide était un argument puissant pour conclure à l'identité de leur nature; mais la meilleure démonstration de cette affinité, c'est le microscope qui nous la fournit, comme je l'ai indiqué plus haut.

M. Verneuil, dans son rapport sur le travail de M. Lebert, a cité deux faits de productions colloïdes au sein de l'organisme : dans le premier, la nature intime du tissu n'a pas été recherchée; mais sur une tumeur colloïde trouvée sur la face interne du fémur, on a reconnu l'absence des éléments cancéreux.

Il résulte de cette analyse rapide de plusieurs variétés de cancer que nous avons eu sous les yeux pendant le cours de cette année, que le stroma, l'enveloppe, le véhicule pour ainsi dire du cancer, peut changer beaucoup, offrir une ressemblance parfaite avec d'autres productions non carcinomateuses, présenter par conséquent les mêmes caractères physiques, et embarrasser le médecin s'il n'a recours à l'étude microscopique, qui devient alors d'un puissant secours pour la pathologie et la thérapeutique.

A côté de ces variations dans les caractères extérieurs et dans les formes du cancer, je vous citerai plusieurs cas où le siége du produit morbide était différent de ce que l'on rencontre habituellement. Sur la pièce de M. Lebert que j'ai citée plus haut, le cancer colloïde développé au-dessous de la glande mammaire avait laissé au-dessus de lui une couche de la glande dans laquelle on trouvait éparses quelques masses rares de colloïde. Cette situation du cancer au centre des organes était encore plus marquée sur une pièce de M. Letixerant; on y voyait le testicule étalé comme une enveloppe superficielle et mince au-dessus de la masse encéphaloïde. Cette situation anormale du cancer peut être, pour le diagnostic, une cause d'erreur souvent presque inévitable.

A côté de ces cas exceptionnels, je dois signaler une tumeur cancéreuse volumineuse que vous a montrée M. L. Blin; et qui était développée dans le flanc droit au-dessous des parois abdominales; n'ayant aucune connexion avec le foie ou le rein. A propos de cette pièce, M. Broca nous a rapporté avoir déjà rencontré deux faits analogues.

2° Une brochure de M. le docteur Le Roy-d'Etiolles, sur les avantages des bougies tortillées et crochues dans les rétrécissements de l'urètre;

3° La thèse de M. Piachaud, sur les déviations de l'utérus à l'état de vacuité.

Ulcération perforante de la vessie.

M. Vidal communique à la Société l'observation suivante :

Un porteur d'eau âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, entra dans son service pour une rétention d'urine. L'élève interne qui le sonda la première fois employa une petite sonde en gomme élastique et sans mandrin. Comme le méat urinaire était rétréci par un chancre induré, M. Vidal fut obligé de le débrider. Très peu de temps après, cette plaie s'inocula. Jusqu'ici rien d'extraordinaire ne s'était fait remarquer, lorsque, le lendemain de l'entrée du malade, des symptômes généraux très graves se manifestèrent, le ventre devint tendu, douloureux; aucun traitement ne put enrayer la marche des symptômes, et la mort survint le sixième jour.

A l'autopsie, on découvrit dans la vessie, à droite de son corps, une ulcération du diamètre d'une pièce de 25 centimes. Au fond de cette ulcération sont trois petites ouvertures, qui permettent à l'urine de s'épancher dans le tissu cellulaire environnant. Dans le bas-fond et au pourtour de l'ulcération, on trouve çà et là de petites élevures, dures comme des concrétions calcaires, offrant beaucoup d'analogie avec les concrétions artérielles.

Quelles sont maintenant les causes qui ont amené cette perforation? Plusieurs hypothèses se présentent.

1° On peut supposer l'action, soit directe, soit prolongée, de la sonde. Mais, outre que le cathétérisme avait été fait avec beaucoup de soin, avec une sonde en gomme dépourvue de mandrin, jamais la sonde n'a été laissée à demeure.

2° Chez un sujet où l'inoculation était très facile, on peut supposer que la première sonde a pu porter directement du pus du méat jusque sur les parties latérales de la vessie; ce serait alors ce pus inoculable qui aurait donné naissance à un chancre perforant.

3° Ne serait-il pas possible enfin que ces concrétions calcaires, qui sont assez nombreuses dans le voisinage de la perforation, n'aient pas permis à la vessie de se dilater également? de là une rupture analogue à celle qu'on observe dans les vaisseaux artériels qui ont subi la dégénérescence calcaire.

Amputations partielles et mixtes du pied.

M. Verneuil présente à la Société de chirurgie deux moignons d'amputations anciennement pratiquées, l'une dans la continuité du métatarse, l'autre dans l'articulation tibio-tarsienne. Il joint à la première pièce une observation prise sur le vivant, et relative à une amputation partielle du pied pratiquée pour une lésion traumatique et par le procédé de M. Baudens.

Ces deux dernières opérations suggèrent à l'auteur des réflexions sur les amputations partielles en général, et en particulier sur les opérations mixtes, c'est-à-dire moitié dans la continuité, moitié dans la contiguïté.

Une amputation étant jugée nécessaire, faut-il encore toujours suivre les procédés réguliers de Chopart, de Lisfranc, ou pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne? ou bien enfin peut-on, d'après le conseil donné par A. Cooper et Mayor, de Lausanne, considérer le pied comme un tout indivis, et pratiquer la section à tous les niveaux sans tenir compte des interlignes articulaires?

Pour juger cette question en l'absence des faits, il faut tenir compte des résultats immédiats de l'opération et des suites ultérieures relatives à la station et à la marche.

Les principes généraux qui peuvent guider en pareil cas peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Conserver l'un des bords du pied, certaines apophyses qui jouent dans le mécanisme de la station un rôle important; par exemple, une portion du premier métatarsien, le premier cunéiforme, ou le scaphoïde, ou la tubérosité du cinquième métatarsien;

2° Ménager autant que possible les points d'insertion des muscles péroniers et leurs gaînes synoviales pour prévenir les déviations consécutives du moignon et la propagation de l'inflammation;

3° Eviter néanmoins de conserver des saillies osseuses qu'on ne pourrait recouvrir avec les téguments; la présence de ces saillies peut gêner la cicatrisation, causer des accidents primitifs ou consécutifs graves et rendre l'opération inutile;

4° Se préoccuper essentiellement du siége ultérieur de la cicatrice, rejeter le plus possible les procédés à lambeaux dorsal : des moignons, irréprochables en apparence, peuvent n'être d'aucun usage;

5° Enfin, conserver le plus de longueur possible à la partie antérieure du pied; ce principe est fondamental, et les deux observations citées en font ressortir toute la valeur. Dans ces deux cas, en effet, où tout le tarse et une partie du métatarse existaient encore, la station était très solide, la progression facile et sans douleur.

Le talon n'était nullement dévié.

En résumé, M. Verneuil adopte le principe des amputations mixtes; il insiste surtout sur la grande supériorité de l'amputation dans la continuité du métatarse.

Il termine en conseillant l'application de l'irrigation continue aux amputations du pied et pense qu'il faut restreindre le plus souvent les amputations partielles aux cas traumatiques et à un petit nombre de lésions organiques (nécrose, exostose, etc., etc.). Le principe de conserver la plus grande longueur possible du membre est souvent funeste dans les cas d'ostéites, de caries, de cancer, etc., etc., en exposant à des récidives presque certaines et souvent très rapides.

Dans une autre communication, M. Verneuil présentera quelques réflexions sur la désarticulation du pied.

Une commission, composée de MM. Gosselin, Lenoir, Robert, est chargée d'examiner ce travail.

Après cette lecture, M. le président communique le résultat du scrutin pour la nomination de M. Houel. M. Houel, ayant obtenu la majorité, est nommé membre de la Société de chirurgie.

Fistule vésico-vaginale.

M. Maisonneuve présente à la Société les organes génitaux d'une femme à laquelle il a pratiqué l'année dernière plusieurs opérations dans le but de la guérir d'une fistule vésico-vaginale des plus compliquées et chez laquelle il a fini par oblitérer complétement la vulve.

Voici en peu de mots l'exposé de ces diverses opérations :

Dans une première tentative faite au mois de février 1851, en présence de MM. Michon et Nélaton, et dont on trouve la relation dans la *Gazette des Hôpitaux*, il disséqua la vessie dans tout son pourtour de manière à la détacher 1° du col utérin, 2° de la symphyse pubienne, 3° enfin des parties latérales du vagin, de sorte que l'organe ne semblait tenir que par le péritoine et les vaisseaux vésicaux. Cette large dissection fut facilitée par une incision préalable, qui, partant du fond du vagin, divisait le périnée dans toute sa profondeur, contournait ensuite l'anus sans l'intéresser et se prolongeait jusque dans l'échancrure sciatique.

Après cette dissection, il lui fut facile d'aviver les bords de la fistule et de les rapprocher au moyen de la suture.

Pendant huit jours, l'opération parut devoir être couronnée de succès; mais bientôt il se forma un petit pertuis, qui s'agrandit peu à peu, de sorte qu'au bout de six semaines la fistule était devenue presque aussi considérable qu'auparavant. Ne sachant à quoi attribuer cet insuccès survenu si tardivement, il crut à quelque circonstance insolite et résolut de recommencer l'opération avec plus de soin que la première fois.

Cette seconde tentative eut lieu dans le courant du mois d'avril; elle fut pratiquée d'après le même plan que la première fois; seulement l'expérience qu'il avait acquise lui permit de l'exécuter avec plus de précision et de promptitude; la réunion fut l'objet de tous ses soins et fut d'une exactitude rigoureuse.

Au sixième jour, lorsque les fils furent enlevés, tout était parfaitement soudé et la réunion parut certaine jusqu'au quinzième jour; mais, à dater de ce moment, les urines commencèrent à suinter, la cicatrice se déchira peu à peu et six semaines après la fistule était reproduite.

Dès lors, M. Maisonneuve resta convaincu que cette reproduction de la fistule n'était plus un simple accident, mais bien une conséquence nécessaire des tractions exercées sur la cicatrice par le tissu inodulaire placé à la périphérie; la méthode opératoire était donc radicalement vicieuse. Il tenta alors un autre moyen. Ayant remarqué que la vulve était notablement rétrécie par suite des sutures précédentes, il songea à la possibilité d'appliquer un obturateur en forme de pessaire : à cet effet, il en fit construire un en caoutchouc qui remplissait bien toutes les indications; mais la malade ne le supporta que très impatiemment et préféra se soumettre à une nouvelle opération.

Rebuté par tant de difficultés, M. Maisonneuve résolut d'oblitérer complétement l'orifice vulvaire; mais un obstacle spécial se présentait; l'urètre était détruit, il fallait trouver un moyen de retenir les urines, tout en permettant leur expulsion volontaire. Ayant par des observations antérieures acquis l'expérience que l'urine pouvait sans inconvénient être portée et retenue dans le rectum, il proposa à la malade d'ouvrir une communication entre cet intestin et le vagin transformé en vessie supplémentaire. Mais dans l'exécution de ce projet, il rencontra de graves difficultés et précisément dans la partie de l'opération où il les avait le moins soupçonnées. En effet, il parvint facilement à oblitérer la vulve d'une manière solide, résultat que plusieurs chirurgiens avaient regardé comme impossible, tandis qu'il ne put jamais obtenir la permanence de la fistule recto-vaginale. Constamment, malgré l'étendue de l'incision et l'introduction d'une sonde, le diamètre de la fistule diminuait. Désespérant alors de pouvoir conserver cette fistule, il songea en dernier lieu à en faire une au périnée à l'aide d'un trocart, croyant qu'au moyen d'une sonde à demeure il parviendrait ainsi à établir un urètre artificiel.

Malheureusement cette opération, qui semblait la plus simple comme exécution et la moins dangereuse dans ses suites, fut suivie d'accidents très graves. Trois jours après cette dernière tentative, la malade fut prise de frissons et succomba avec tous les symptômes d'une infection purulente.

Sur la pièce présentée par M. Maisonneuve, on voit que la vulve est oblitérée; on remarque les vestiges de la fistule vésico-vaginale, les restes de la fistule vagino-rectale et enfin les traces de la dernière opération.

M. Michon considère l'observation de M. Maisonneuve comme étant d'une très grande importance pour l'histoire des fistules vésico-vaginales. Il est du nombre de ceux qui avaient pensé qu'on ne pouvait pas obtenir une oblitération permanente de la vulve dans ces lésions. C'est l'opinion qu'il a soutenue dans une thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire. M. Maisonneuve a obtenu une oblitération complète; mais il est à remarquer que ce n'est pas tout à fait l'opération de M. Vidal qu'il a pratiquée, qu'il n'a pas conservé d'urètre et que c'est en produisant une fistule urinaire par le rectum qu'il a obtenu l'oblitération de la vulve : c'est une fistule substituée à une autre. Les difficultés en tant qu'opération ne sont plus les mêmes que dans l'opération de M. Vidal.

M. Maisonneuve a vu la réunion, qui lui avait donné les plus grandes espérances, se détruire alors qu'elle était presque achevée et qu'il ne restait plus qu'un pertuis peu considérable; il attribue la cause de cette destruction de la cicatrice à la force rétractile, au retrait sur lui-même du décollement qu'il avait fait autour de la vessie pour amener les lèvres de la fistule au contact.

Sans nier l'action de cette cause, M. Michon pense qu'il y en a une autre dont M. Maisonneuve ne tient pas assez compte. M. Maisonneuve appelle cicatrice ce qui pour M. Michon ne mérite pas ce nom. La cicatrice entraîne l'idée d'un travail organique achevé; celui dont a parlé M. Maisonneuve n'en est pour ainsi dire que le moyen préparatoire. Or il n'y a rien de certain dans l'existence et la durée de ce premier temps. Tous les chirurgiens savent que ces apparences de réunion se détruisent, se décollent avec la plus grande facilité, alors que des phénomènes de suppuration existent ou se développent dans un point des parties rapprochées; c'est ce qu'on voit malheureusement trop souvent dans ces plaies très étendues qu'on a réunies. Un pertuis qui suppure, et surtout qui est en contact permanent avec l'urine, est dans les conditions les plus propres à produire cette désunion. La même remarque s'applique aux plaies très étendues, dont les lèvres minces ne sont maintenues que par un commencement de cicatrisation. La malade de M. Maisonneuve présentait ces conditions défavorables. La dernière opération, qui a entraîné la perte de la malade, ne paraît pas de prime abord aussi peu grave à M. Michon qu'à M. Maisonneuve. La ponction pratiquée pour établir une fistule au périnée met en contact avec l'urine des tissus assez épais; elle expose à l'infiltration et à l'intoxication urineuse avec d'autant plus d'énergie que l'urine s'écoule plus difficilement par une ouverture étroite des parties molles. Tout le monde sait que, dans la taille, un large débridement est un moyen de prévenir cet accident.

En résumé, le fait communiqué par M. Maisonneuve présente une grande importance et mérite d'être conservé par la Société; il témoigne de la grande habileté et aussi de la hardiesse du chirurgien. C'est pour les chirurgiens une observation à consulter; ils pourront y puiser des enseignements de plus d'un genre.

M. Vidal, après avoir témoigné combien le fait semble intéressant, fait voir que l'idée de l'oblitération de la vulve n'est pas sans utilité. On a prétendu, dit-il, qu'après l'élitroplastie on pouvait mettre de côté l'oblitération de la vulve; cependant vous venez d'entendre la lecture d'un fait qui prouve qu'après avoir vu échouer tous les procédés les plus ingénieux il a fallu en venir enfin à l'oblitération de la vulve. La malade qu'il avait opérée autrefois avait conservé une assez notable étendue de l'urètre; il en profita. Il fallait remédier à une large perforation de la vessie; il ne vit d'autre moyen de réussir que d'oblitérer la vulve : c'est pourquoi il en pratiqua la suture. Combien de temps dura la suture? Six jours. La malade, pendant ce temps, put retenir ses urines près de six heures; à la même époque elle eut ses règles : tout se passait pour le mieux. Bérard jeune la vit dans cet état, qui pouvait faire naître l'espoir d'une guérison; mais une rétention d'urine étant survenue, l'élève de service fut obligé d'introduire une sonde. Que s'est-il passé? C'est ce que M. Vidal ignore; seulement il y eut désunion des lèvres de la plaie, et l'oblitération temporaire cessa. Cependant, quelque courte qu'elle eût été, elle pouvait répondre aux objections de ceux qui disaient : « Si vous laissez accumuler l'urine, elle ira non-seulement dans le vagin, mais dans l'utérus et même dans le péritoine. » L'occlusion a duré six jours, et pendant ce temps aucun accident n'a eu lieu.

M. Chassaignac demande à M. Maisonneuve s'il a employé l'instrument de Dupuytren pour la grenouillette? Peut-être, à l'aide de ce moyen, aurait-il pu maintenir l'ouverture de la communication recto-vaginale.

Il ajoute que la dernière ponction ne lui paraît pas avoir toute la gravité qu'on lui prête, et à ce sujet il entre dans les considérations suivantes : Lorsque, à la suite du cathétérisme simple, on voit survenir des accidents très promptement mortels, c'est qu'il existe d'autres affections graves des reins. A l'appui de son assertion, il dit que, lorsqu'il remplaçait M. Lenoir à l'hôpital Necker, il a vu, en très peu de temps, succomber un malade qui n'avait été sondé qu'une seule fois; à l'autopsie, il trouva une dégénérescence cancéreuse d'un rein. Le cathétérisme n'avait donc été là qu'une cause occasionnelle.

M. Maisonneuve répond que, dans l'état actuel, la science n'est pas très avancée sur ce point; on ne connaît pas encore bien quelle est la cause réelle des accidents qui surviennent après un cathétérisme bien fait. Quant à lui, il a, dans ces cas, constamment trouvé des abcès dans la substance corticale des reins; l'introduction de la sonde faite avec le plus de soin possible peut, suivant lui, déterminer des accidents inflammatoires très graves qui se propagent jusqu'aux reins. Il faut, dit-il, faire justice, en pareille circonstance, de ces prétendus accès de fièvre intermittente.

M. Lenoir, après avoir fait ressortir toute l'importance de la communication de M. Maisonneuve, lui demande si la malade dont il vient de parler n'avait pas été déjà, à une autre époque, le sujet d'une communication devant la Société. Arrivant ensuite au procédé opératoire, il croit que c'est le même qu'il avait conseillé, dans un cas analogue, à Bérard jeune, qui avait reculé, dans la crainte d'une fistule urinaire.

Pour sa part, il a tenté deux fois l'oblitération du vagin dans des cas extrêmes, avec cette différence que l'urètre existait; et voici ce qu'il a observé : c'est que, l'urine venant toujours distendre le point qui doit être le siége de la cicatrice, celle-ci ne peut se faire.

M. Maisonneuve répond qu'à aucune époque il n'a entretenu la Société de cette malade. M. Lenoir confond sans doute avec d'autres cas. Quant au procédé opératoire, il ne veut en aucune façon en réclamer la priorité.

M. Roux croit également que dans l'oblitération de la vulve le plus grand obstacle à surmonter, c'est l'urine. Pour lui, bien qu'il n'ait jamais entrepris cette opération, il croit d'autant plus à sa possibilité, qu'on a toujours dû ménager une ouverture et ne point faire un cloaque. Une autre cause qui lui fait espérer la réussite de l'opération, ce sont les rapports qui existent entre elles et la périnéoraphie. Pour lui, qui est arrivé à sa dix-neuvième, ce sont deux opérations qui présentent beaucoup d'analogies.

M. Gosselin demande à M. Maisonneuve 1° si après la première opération il fallait sonder la malade, ou si elle urinait elle-même; 2° si la malade avait de la diarrhée par suite du passage de l'urine dans le rectum : c'était un des inconvénients que Bérard redoutait; 3° comment la malade allait à la garde-robe.

M. Maisonneuve termine en disant : 1° que l'urine coulait toujours; 2° que tantôt il y avait de la diarrhée, tantôt pas; que les craintes de Bérard n'étaient peut-être pas aussi fondées qu'on peut le croire, et à l'appui de cette opinion il cite le malade qu'il a présenté à l'Académie et qu'il avait opéré par la méthode rectale pure. Malgré la persistance d'une fistule vésico-rectale, il n'y avait point de diarrhée; 3° les garde-robes chez cette malade étaient régulières.

Serre-nœud. — Spéculum oris. — Dilatateur de la trachée.

M. Chassaignac présente : 1° un serre-nœud à crémaillère dans lequel le fil qui constitue la ligature est représenté par une chaîne métallique. Cet instrument, qui est d'une extrême simplicité et d'un usage très commode, n'est que le perfectionnement d'un petit appareil déjà construit par M. Charrière, et que M. Chassaignac présente à la Société sous le nom de *ligature métallique articulée*. Le principe de construction de cet appareil peut s'appliquer avec de très grands avantages à tous les cas dans lesquels on est accoutumé à employer les serre-nœuds ordinaires. Ainsi, moyennant une modification très simple, et qui consiste à enrouler la ligature articulée sur un treuil mis en mouvement par une tige placée à l'intérieur de la canule, on peut appliquer cet instrument aux polypes du nez, à ceux du pharynx et à ceux de l'utérus. Cet appareil, au moyen d'une combinaison très simple, qui consistait à interposer certains corps plus ou moins formés, de volume et de formes variés, peut encore devenir un des meilleurs compresseurs de la chirurgie.

2° Le second instrument est un spéculum de la bouche constitué par une large spatule, sur la face convexe de laquelle s'élève par un mécanisme de bascule un anneau qui se place de champ dans le sens transversal, et maintient la bouche largement ouverte.

Quand l'instrument est présenté dans la bouche, l'anneau est couché à plat sur la face convexe de la spatule buccale, et par un simple mouvement de pression sur le manche de l'instrument, l'anneau prend tout à coup la direction verticale transversalement perpendiculaire à la longueur de la spatule. Une fois que l'instrument est ainsi placé, la rangée dentaire s'oppose à son expulsion et à son déplacement, quels que soient les efforts et l'indocilité du malade.

3° Le troisième instrument est un dilatateur de la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Il ressemble à un cathéter urétral percé au niveau de sa courbure de deux fenêtres latérales, à travers lesquelles se déploie de chaque côté une tige élastique analogue au ressort de la sonde de Belloc.

Cours public de chirurgie. — M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, ouvrira ce cours le mardi 13 avril, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Le Sous...

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 45. — JEUDI 15 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 45. — JEUDI 15 AVRIL 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL NECKER (M. Bricheteau). De la thoracentèse dans la phthisie pulmonaire, — CLINIQUE CIVILE (M. Marchal). Des rapports de la gangrène et de la glucosurie. Sur la présence de l'amygdaline dans quelques plantes. — Académie de médecine, séance du 13 avril. — Académie des sciences, séance du 12 avril. — ORLÉANS. Congrès scientifique de France. Section des sciences médicales, par M. Bally. — Correspondance. — FEUILLETON. bibliographie. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 14 AVRIL 1852.

Séances des Académies.

Une lecture de M. Bouvier et le comité secret ont occupé hier toute la séance de l'Académie de médecine.

Le travail de M. Bouvier est une statistique qui nous a paru fort bien faite sur le choléra à Paris pendant les épidémies de 1832 et 1849. De cette statistique, l'auteur a conclu que les deux seules circonstances qui aient favorisé d'une manière très appréciable l'action de de la cause propre du choléra sont la misère et l'encombrement. Est-il possible de tirer une pareille conséquence de la statistique, même bien faite, d'une seule localité? Telle est la question que nous nous sommes posée après avoir entendu la lecture de M. Bouvier. Quant on sait toutes les variations si bizarres, si capricieuses en apparence qui ont été observées dans le développement et dans la marche des épidémies cholériques, on sera sans doute tenté de répondre négativement à cette question. Nous ne prétendons pas cependant nous prononcer d'une manière catégorique sur ce point; le travail de M. Bouvier n'est pas de ceux qu'il soit possible de juger après une simple audition. Une discussion doit d'ailleurs s'ouvrir dans la prochaine séance, et il est probable que les remarques des orateurs qui prendront la parole fixeront notre opinion sur les conclusions de M. Bouvier, dont le travail, dans tous les cas, restera comme un document important dans l'histoire des épidémies de choléra.

Le comité secret a été occupé par la lecture de la seconde édition un peu corrigée et considérablement diminuée du rapport de M. Chailly. Nous avons épuisé toutes les formules que pouvait nous inspirer notre admiration pour le savant académicien; nous ne pouvons plus désormais que nous taire en ce qui le concerne, pour éviter les répétitions. Nous discuterons donc sans autre préambule la liste de la commission dans laquelle les candidats ont été classés dans l'ordre suivant :

1° MM. Lenoir,
2° Depaul,
3° Jacquemier,
4° Devilliers,
5° Colombe,
6° Hatin.

La lutte sérieuse devant se passer entre MM. Depaul et Lenoir, c'est seulement relativement à ces deux candidats que nous devons juger le travail de la commission.

S'il s'agissait d'apprécier ici d'une manière absolue le mérite respectif de MM. Lenoir et Depaul, notre tâche pourrait être difficile; mais nous ne sommes point fort heureusement dans une telle nécessité. Il nous suffit de savoir qui, de M. Lenoir ou de M. Depaul, a le plus de titres à occuper une place dans la section d'accouchements de l'Académie de médecine. A ce point de vue, la question est beaucoup plus facile, tellement facile même, que pas une dissidence ne s'élève sur la solution à lui donner. M. Lenoir ne peut être sérieusement opposé à M. Depaul pour une place dans la section d'accouchements que parce qu'on pose d'abord en principe que le choix de l'Académie n'est pas absolument circonscrit dans le cercle des hommes qui s'occupent spécialement des matières auxquelles chaque section est affectée.

Nous commencons par déclarer que nous admettons ce principe, et la section d'accouchements est précisément celle qui renferme les deux meilleures preuves de l'avantage qu'il y aurait quelquefois à le mettre en pratique. Mais nous admettons ce principe à une condition, c'est qu'il ne se trouverait parmi les candidats spécialistes aucun homme digne d'occuper honorablement une place au sein de l'Académie. Or, personne n'oserait soutenir que les candidatures actuelles soient dans de telles conditions. Non-seulement M. Depaul, pour ne parler que de lui, est un accoucheur distingué; mais, dans ses concours pour l'agrégation et pour le Bureau central des hôpitaux, ainsi que dans la partie de ses travaux étrangère à l'art des accouchements, il a montré une étendue de connaissances et une sagacité d'observation qu'on est loin de rencontrer toujours chez les savants dits encyclopédistes.

Ainsi, sans prétendre en aucune façon placer le mérite de M. Lenoir au-dessous de celui de M. Depaul, il nous semble évident que l'Académie ne saurait hésiter un instant entre ces deux candidats lorsqu'il s'agit d'une place dans la section d'accouchements, pas plus qu'elle ne pourrait hésiter s'il était question d'une place dans la section de pathologie chirurgicale ou de médecine opératoire. Nous croyons pouvoir ajouter que la justesse de ces considérations a frappé la grande majorité de l'Académie, et que la nomination de M. Depaul est assurée.

— L'Académie des sciences a entendu une nouvelle dissertation de M. Fourcault sur les applications transcendantes des connaissances médicales. Dans cette communication, M. Fourcault a proposé des mesures qui nous paraissent excellentes. Il n'a oublié qu'une seule chose, c'est d'indiquer les moyens d'exécution.

Dans cette même séance, M. Waller a fait part de nouvelles recherches sur les fonctions et la structure des nerfs ganglionaires, en prenant pour base de ces recherches celles qu'il a commnniquées dans une des séances précédentes sur les nerfs cérébro-spinaux. Nous pensons que l'auteur aurait mieux fait de commencer par dissiper les doutes qu'a inspirés son premier travail, et que nous avons signalés à nos lecteurs dans une de nos dernières appréciations des séances académiques.

H. de Castelnau.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

De la thoracentèse dans la phthisie pulmonaire.

La thoracentèse, appliquée au cas d'épanchement thoracique, a été dans ces derniers temps l'objet d'observations et de discussions nombreuses; mais on a beaucoup négligé de rechercher le parti qu'on pouvait tirer de cette opération dans quelques lésions qu'on observe plus spécialement dans le cours de la phthisie pulmonaire. C'est là cependant un sujet qui ne manque pas d'intérêt pratique.

Les avantages que l'on a quelquefois obtenus de la ponction de la poitrine dans certains cas de vomiques qui ressemblaient plus ou moins à la phthisie pulmonaire, et qui ne sont nulle part plus remarquables que dans les observations rapportées par Ponteau, ont sans doute donné l'idée d'avoir recours à cette opération dans la maladie qui nous occupe. Un fait singulier rapporté par le chirurgien Blegny a pu ainsi faire concevoir des espérances d'une tentative si hasardeuse. Quoique ce fait puisse raisonnablement servir de base solide à ceux qui ont proposé la paracentèse dans la phthisie pulmonaire, tout au plus peut-on croire le malade dont il est question atteint de vomique ou de pleurésie chronique, comme les malades dont parle Ponteau. Mais d'autres médecins d'une autorité bien autrement recommandable ont eu cette idée, sans s'appuyer sur le fait raconté plus haut. Ainsi Gilchrist, dans son livre sur l'*Utilité des voyages en mer*, propose le même moyen. Baglivi, qu'on ne peut assurément accuser de témérité, s'étonne que les médecins n'aient pas eu encore l'idée de déterminer le siége des foyers de la suppuration du poumon chez les phthisiques et de donner issue au pus par une incision.

En y réfléchissant, on ne devine pas pourquoi la paracentèse chez les phthisiques serait plus périlleuse que chez les malades atteints de vomique ou d'empyème, car la pénétration de l'air dans l'intérieur du poumon qu'occupe la fonte tuberculeuse n'implique pas un danger plus grand que celui de la suppuration de la cavité pleurale. Peut-être même les accidents de compression sont-ils moins redoutables; car les parois des cavernes chez les tuberculeux sont pour l'ordinaire solidement organisées et ne paraissent pas devoir céder au poids de l'atmosphère, tandis qu'il n'en est pas ainsi du poumon comprimé à l'extérieur par un épanchement purulent. Resterait donc à déterminer l'utilité de cette opération et la manière de pénétrer sûrement dans le foyer tuberculeux. Chose bien singulière! ces deux grandes difficultés ne semblent pas avoir occupé ceux qui ont proposé un moyen si insolite! Quoi qu'il en soit, il s'est trouvé de notre temps un praticien qui a osé mettre à exécution le conseil vaguement donné par Gilchrist et Baglivi de pénétrer jusqu'au foyer purulent du poumon des phthisiques. On lit dans le *Journal complémentaire des sciences médicales pour* 1830 et dans un travail intitulé : *Essais tendant à obtenir la guérison de*

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments d'anatomie générale; par P.-A. BÉCLARD (d'Angers), professeur à la Faculté de médecine de Paris. Troisième édition, revue et augmentée par M. Jules Béclard, professeur agrégé de la même Faculté. — Un vol. in-8°, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

On peut marquer dans l'histoire de l'anatomie générale deux périodes et l'influence de deux écoles : l'époque et l'influence française; l'école et l'influence étrangère, qui est principalement allemande. Il n'est pas besoin d'une grande attention pour apercevoir qu'à l'origine cette science fut éminemment française, non-seulement parce qu'elle eut chez nous son berceau, mais et surtout à cause de la méthode qu'elle suivit. La première idée vraie de l'anatomie générale est contenue dans le *Traité des membranes* de Bichat (publié en 1801, un an avant le *Traité d'anatomie générale*), où l'auteur, après avoir saisi le rapport qui existe entre des parties semblables disséminées en différents points, a démontré clairement ce rapport, et en a fait sortir une suite de résultats pour la physiologie et la pathologie. Cette découverte des analogies naturelles, leur démonstration certaine et la déduction des aperçus nouveaux qui en dérivent sont le caractère de l'esprit français, lequel aime principalement la simplicité et la clarté. Que ce soit son éloge ou une preuve de son insuffisance, il ne se plaît ni dans les infiniment petits, ni dans les choses trop hautes, et se tient volontiers dans le courant moyen, estimant, entre toutes, les vérités qui sont claires. Je crois, par exemple, et j'indique ceci pour faire comprendre ma pensée, je crois que les idées générales de Cuvier en zoologie, sont plus conformes à cet esprit que celles de Geoffroy Saint-Hilaire, où l'ingénieux et le profond ne suffisent pas à faire oublier l'incertain.

A mesure que l'anatomie générale fut plus cultivée, et que les horizons se multiplièrent dans ce domaine nouveau, on conçut l'espérance d'en faire sortir la connaissance entière de l'organisation. On ne considéra plus seulement les analogies naturelles; on se mit à étudier les liquides aussi bien que les solides, à découvrir la structure et la composition intime des parties, et de là naquit une science mixte formée des applications de la chimie et du microscope, et qui devint une sorte de seconde anatomie générale entée sur la première. Les Allemands se sont portés de préférence de ce côté, et nous-mêmes, malgré notre réserve habituelle et un peu défiante, avons été obligés de les suivre sur ce terrain, où nous nous engageons davantage chaque jour. Jusqu'à un certain point, cet agrandissement s'est fait en dehors de notre influence. Mais, quoique arrivés tardivement, nous y avons contribué cependant pour une bonne part; et il est peut-être vrai de dire que, si nos acquisitions en ce genre sont moins multipliées que celles de nos voisins, elles sont moins changeantes, et que même notre contrôle est souvent utile au redressement ou au maintien des faits nouveaux que l'on nous envoie.

Lorsque le professeur Béclard publia ses *Eléments d'anatomie générale,* il donna un spécimen heureux de ce que pouvait faire l'école française en cette science et à cette époque (1824). Son livre fut moins brillant que le traité dû au génie de Bichat, mais en se débarrassant des hypothèses et des tâtonnements qui sont inévitables au début d'une création scientifique, surtout en restant presque toujours exact dans le cercle un peu étroit où il s'était renfermé, il offrit à un haut degré les qualités d'un travail classique. Même il eut le mérite d'accueillir et de mettre largement à profit une science qui prête à l'anatomie générale un précieux et légitime concours, un concours plus direct que celui que donne la chimie organique, laquelle cependant je ne voudrais pas froisser dans ses espérances actuelles. A chaque pas Béclard emploie des remarques d'anatomie comparée qui ajoutent de l'ampleur au fond des choses, en donnant un lien aux parties; et si les services rendus par cette science semblent ici moins séduisants que ceux que l'on demande à la chimie et au microscope, au moins ont-ils l'avantage de conduire à des vérités certaines et de ne pouvoir enfanter l'illusion et l'erreur. Avoir aperçu et saisi cette utilité incontestable est encore un des mérites de l'école française, dont l'ouvrage de Béclard fut l'expression la plus correcte en anatomie générale.

A ce livre si remarquable par des qualités éminentes, le temps avait apporté un défaut qui se montre vite dans les sciences : la vieillesse, ou plutôt quelque chose d'incomplet et d'insuffisant eu égard aux nombreuses acquisitions contemporaines. Traité classique pour l'anatomie générale de la première époque, il manquait des développements de l'*histologie* moderne. A le considérer attentivement, sa trame avait été si bien ordonnée et son cadre si bien conçu, qu'il était possible, au moyen d'intercalations et d'additions, de le rajeunir et de le mettre au courant des progrès récents de la science. Mais cette tentative était difficile autant que désirée, car il fallait avant tout rattacher les deux parties l'une à l'autre par un lien invisible, et pour cela introduire parmi les recherches modernes l'ordre, la clarté et l'exactitude, qui ont fait le caractère des *Eléments*. Aussi n'est-cé pas sans plaisir que nous annonçons aujourd'hui que cette tâche vient d'être remplie avec bonheur. M. Jules Béclard, déjà connu par des recherches intéressantes qui l'avaient préparé à ce travail de restauration, est celui qui a osé porter la main sur ce livre excellent, et il y a mis une telle habileté, qu'il a eu la fortune singulière et rare de rendre un grand service à l'anatomie, en même temps qu'il accomplissait un pieux devoir envers la mémoire de son père.

La nouvelle édition conserve respectueusement le texte primitif. Les additions, rcconnaissables à un caractère plus fin, sont intercalées dans l'ouvrage, qu'elles complètent sans l'altérer. Grâce même

certains cas de phthisie pulmonaire par des moyens chirurgicaux, que le docteur Krimer, auteur de ce travail, désespérant des jours d'une femme phthisique, âgée de vingt-six ans, à laquelle il donnait des soins, pratiqua l'opération de la paracentèse, avec l'assentiment de plusieurs confrères, en pénétrant dans la poitrine par une incision faite entre la cinquième et la sixième côte à environ trois pouces du sternum. Il fit d'abord une incision préliminaire de deux pouces, mit la plèvre costale à découvert, y fit une ouverture pour introduire une sonde, afin d'explorer l'état du poumon; cette exploration causa des douleurs qui forcèrent de la suspendre et d'appliquer un bandage sur la plaie; on l'enleva au bout de deux heures, et il se trouva inondé de matière purulente, réappliqué et de nouveau trouvé imbibé de la même matière une heure après; l'auteur en conclut qu'une ou plusieurs cavernes s'étaient vidées dans la poitrine par l'influence de l'action irritante de l'air et de la contraction des fibres musculaires des organes de la respiration.

Comme d'ailleurs la malade était considérablement soulagée, M. Krimer se crut dispensé de tout autre procédé opératoire; seulement il agrandit la plaie faite à la plèvre et la porta à quatre lignes, puis fit coucher la malade sur le côté opéré, afin de procurer au pus un plus libre cours. Après des accidents inflammatoires alarmants, qu'on combattit par des saignées répétées, l'état de la malade devint de plus en plus satisfaisant; l'écoulement de la matière purulente se prolongea jusqu'au huitième jour de l'opération, et à la fin de la sixième semaine on avait tout lieu d'espérer une prompte guérison, lorsqu'à la suite d'un excès de régime la malade succomba à une pneumonie.

A l'ouverture du corps, le poumon droit fut trouvé hépatisé, et la plèvre costale et pulmonaire était recouverte d'une fausse membrane; une certaine quantité de sérosité était épanchée dans le côté; des tubercules existaient au sommet du poumon. Le poumon du côté opéré était également enflammé et adhérent à la plèvre; il contenait plusieurs petites vomiques ou cavernes, dont l'une avait été ouverte et se trouvait presque comblée et tapissée de bourgeons charnus; d'autres petites vomiques communiquaient avec des ramifications bronchiques. Cette caverne aurait pu contenir un petit œuf de poule et communiquait avec l'incision par une ouverture de cinq lignes carrées environ.

Nous devons louer Krimer d'avoir osé faire une tentative hardie, qui a tout au moins prolongé la vie de sa malade, et ne paraît avoir eu aucun inconvénient réel. Nous ne nous dissimulons pas toutefois ce que l'opération pourrait avoir de dangereux si elle était mise en pratique par un médecin peu instruit et incapable de porter un diagnostic rigoureux sur les maladies qu'il observe.

En effet, sans parler ici de la difficulté fort grande de déterminer le siége du foyer purulent, il y a une circonstance bien grave, et qui rendrait probablement inutile une pareille opération; c'est l'état avancé de la maladie alors que cette opération devient possible.

En effet, quand la fonte tuberculeuse est réunie en foyers, quel moyen peut être utile aux malades? De plus, ces foyers sont rarement uniques; il s'en forme plusieurs à la fois, puisqu'il y a très souvent dans le poumon plusieurs noyaux tuberculeux, comme l'atteste d'ailleurs le fait publié par Krimer. Et puis, il faut bien le dire, ce ne sont pas les collections purulentes qui suffoquent les phthisiques, puisqu'ils ont presque toujours la facilité de les évacuer par l'expectoration. C'est leur formation incessante, l'envahissement toujours croissant de la substance du poumon, etc.

Les cas où cette opération serait utile se borneraient donc aux individus qui ne présenteraient qu'un foyer tuberculeux, ou chez lesquels la fonte tuberculeuse d'une éruption serait constituée de manière à devancer toujours les autres.

Nous avons rencontré deux cas dans lequels l'opération nous a paru indiquée, et nous croyons pouvoir assurer que dans les deux cas les malades en ont retiré un avantage marqué.

CLINIQUE CIVILE. — M. Marchal (de Calvi).

Des rapports de la gangrène et de la glucosurie.

Je viens d'observer un phénomène extraordinaire dans le cours de la glucosurie, et je me hâte de le faire connaître, afin d'engager d'autres observateurs à dire ce qu'ils ont pu voir sous ce rapport. Il importe, en effet, à la pratique que le fait soit connu et établi, si ce que je suppose est exact.

Il y a quelques jours, j'ai été appelé auprès d'un homme affecté d'une gangrène spontanée du petit orteil, déjà en grande partie séparé à son articulation avec le métatarse. Je dus rechercher quelle pouvait être la circonstance constitutionnelle ou diathésique à laquelle se rattachait cette mortification, peu grave par elle-même dans sa localisation circonscrite, mais si menaçante pour l'avenir. Il ne pouvait être question d'une diathèse inflammatoire créée par l'habitude des stimulants gastriques, le malade buvant peu de vin, se privant de liqueurs, de café, et ne faisant pas un usage habituel d'aliments échauffants. Point de diathèse strumeuse appréciable par quelques accidents présents ou passés qui lui fussent imputables. Point d'antécédents syphilitiques. Nulle apparence de diathèse rhumatique. Il existait à la poitrine quelques taches furfuracées occasionnant une vive démangeaison, et, faute d'une explication meilleure, j'avais été amené à me demander s'il n'existait pas une diathèse herpétique, susceptible à la rigueur d'avoir produit une phlogose obturatrice des vaisseaux de la partie actuellement sphacélée. Une telle explication, comme on pense bien, n'était pas de nature à me satisfaire complétement, et j'étais en peine du diagnostic, lorsque j'appris fortuitement, par une fille de service présente à l'une de mes visites, que le malade buvait beaucoup, soit de la tisane, soit de l'eau, soit du lait. A la campagne, notamment, il lui arrivait souvent de boire pour plus de 3 francs de ce dernier liquide dans un jour. Cette circonstance me frappa, et je m'enquis aussitôt de la quantité d'urine rendue par le malade. Elle était en rapport avec la quantité des boissons ingérées. Deux larges vases étaient remplis chaque nuit, et le sommeil était à plusieurs reprises interrompu par le besoin de la miction. A ce récit, je ne doutai guère de l'existence de la glucosurie, et, n'ayant pas à ma disposition les moyens nécessaires à la recherche du sucre, j'envoyai, séance tenante, une quantité suffisante d'urine à M. Mialhe, qui me répondit que le liquide contenait plus de 90 grammes de glucose par litre.

M. V... (le sujet de l'observation) rendant environ sept litres d'urine dans les vingt-quatre heures, on voit quelle énorme quantité de sucre il éliminait journellement. La maladie remonte, selon toute apparence, à dix ans. Il y a, en effet, nombre d'années que M. V..., aujourd'hui âgé de quarante ans, alors très replet et très robuste, a commencé à maigrir, en même temps que se manifestait un affaiblissement des extrémités inférieures, sans nulle apparence de paralysie ou d'anesthésie, affaiblissement progressif et qui, dans ces derniers temps, était arrivé au point que le malade ne pouvait supporter la plus légère locomotion. Après quelques tours dans un jardin, il fléchissait avec le sentiment d'une douloureuse fatigue, et était obligé de s'asseoir. Nulle érection du pénis ne s'est produite depuis deux ans, et le sujet, précédemment très valide, est aujourd'hui tout à fait impuissant. On voit sur les lombes et aux cuisses des éraillures, comme chez les ascitiques guéris ou chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants.

La diathèse nécrosique (diathèse secondaire, subordonnée, selon toute vraisemblance, à la diathèse glucosurique) ne s'est point manifestée tout à coup par la mortification du petit orteil; elle a préludé, en quelque sorte, par trois espèces d'accidents.

Premièrement, on voit, sur les jambes, une foule de taches d'un rose vif, oblongues, ayant pour la plupart un centimètre environ de longueur sur cinq millimètres dans leur plus grande largeur, et, quand on les considère de près, il est facile de reconnaître que, sous ces taches, le tissu dermique a été détruit. Autant de taches, autant de dépressions. Voici maintenant comment ces taches se produisaient. Le malade éprouvait une sensation de brûlure dans un ou plusieurs points de la jambe, qui offraient une couleur rouge-vif; il se grattait, et le sang venait, puis la sensation de brûlure disparaissait, et il ne restait plus que la tache avec dépression. Il semble rationnel de voir, dans cette série de phénomènes, autant de petites phlogoses circonscrites aboutissant à la nécrosie par l'oblitération des vaisseaux du derme.

Secondement, il se formait de temps à autre des ampoules à la face plantaire des orteils, ampoules contenant une sérosité louche. C'est ainsi qu'a débuté le sphacèle du petit orteil.

Troisièmement, enfin, le malade a été affecté d'un grand nombre de furoncles apparaissant de temps à autre, isolément, sur diverses parties du corps.

Ces trois sortes d'accidents, que je rattache à la diathèse secondaire nécrosique, se produisent depuis six ans, et ont suivi, par conséquent, à quatre années environ d'intervalle, l'époque à laquelle on peut faire remonter la glucosurie.

J'ai mis le malade à l'usage du pain de gluten et des alcalis. Il prend deux bouteilles d'eau de Vichy et 12 grammes de bicarbonate de soude en trois paquets chaque jour. Les féculents (pommes de terre, haricots, etc.) ont été supprimés. L'appétit, qui était perdu, est aujourd'hui très vif et soutenu; la digestion est bonne. Les forces sont considérablement relevées. Il y a une diminution notable de glucose dans les urines.

J'aurai soin de faire connaître la suite de cette observation. J'ai voulu seulement appeler dès aujourd'hui l'attention des observateurs sur le rapport possible, sinon probable, dans quelques cas, de la gangrène dite spontanée, dont l'étiologie est si obscure, avec la glucosurie. Si ce rapport est réel, comment la glucosurie produit-elle la nécrosie? Est-ce en abreuvant les tissus vivants d'une dissolution saccharine? Est-ce en les privant du produit de la digestion des aliments amylacés? Je me borne à poser cette question, et je ne reprendrai ce sujet que si d'autres faits viennent à l'appui de celui qui précède.

SUR LA PRÉSENCE DE L'AMYGDALINE

dans quelques plantes.

Par M. Wicke.

L'amygdaline paraît être un principe beaucoup plus répandu dans le règne végétal qu'on ne l'a supposé jusqu'ici. C'est ce qui paraît résulter des expériences de M. Wicke, qui a signalé la présence de ce corps dans la plupart des plantes de la tribu des pomacées. Pour le découvrir, il s'est contenté de distiller les parties végétales avec de l'eau et de chercher, au moyen d'un sel de fer, l'acide prussique dans le produit de la distillation.

Toutes réserves étant faites sur ce mode d'expérimentation, qui implique la supposition qu'aucune autre substance que l'amygdaline n'est capable de fournir de l'acide prussique, voici les plantes dans lesquelles M. Wicke a constaté la présence de l'amygdaline.

Parmi les pomacées:

Sorbus aucuparia. Les jeunes pousses avec les feuilles non épanouies, les feuilles, les pétioles et l'écorce ont fourni par la distillation un liquide renfermant de l'acide prussique.

Sorbus hybrida. L'amygdaline paraît exister dans l'écorce, les pousses, les feuilles et les pétioles de cet arbre. Dans les fleurs on n'en a découvert que de petites quantités.

Sorbus terminalis. Les jeunes branches dépouillées de feuilles et les fleurs ont donné, par la distillation, un liquide qui renfermait une quantité notable d'acide prussique. Les feuilles et l'écorce n'en ont fourni qu'une quantité inappréciable.

Amelanchies vulgaris. L'écorce, les feuilles, les jeunes fruits et les jeunes pousses ont fourni beaucoup d'acide prussique par la distillation.

Cotoncaster vulgaris. On a obtenu une petite quantité d'acide prussique avec les jeunes pousses seulement.

Cratagus oxycantha. L'acide prussique n'a pu être décou-

à une impression plus compacte que dans les deux éditions précédentes, le volume a pu rester au-dessous du nombre de pages qu'il avait autrefois, malgré le nombre et l'importance des additions; circonstance qui ne sera pas dédaignée des élèves. Et ce qui est encore plus précieux pour eux, des figures nombreuses et bien disposées rendent sensibles aux yeux les détails de la structure des parties.

Il me serait impossible de mentionner ici toutes les additions qui ont été faites; elles ont le caractère commun d'être judicieuses, placées à propos, concises, claires et très au courant des progrès récents de la science. En des parties nombreuses, l'éditeur place ses propres idées, et témoigne d'une étude profonde des questions qu'il agite.

C'est dans l'introduction, à l'article *Organes*, qu'il trace le résumé de cette partie de l'*histologie* qui a pris le nom de *théorie des cellules*. Il en donne un aperçu sobre et juste, en indiquant ce qui est acquis et ce qui reste obscur; et, chemin faisant, il a soin d'en montrer les applications aux différents tissus, à mesure qu'ils sont examinés dans l'ouvrage. Au même article *Organes*, il donne les changements qui ont été faits à la classification des tissus, et rapporte celles de Hussinger, de E.-H. Weber, de Blainville, et c[...] que M. Bérard a adoptée dans ses *leçons de physiologie*.

Le tissu adipeux a mérité plusieurs additions relatives aux [...]lules adipeuses, à leur composition chimique et au pouvoir qu[...] les animaux de transformer en matière grasse des substances [...]mentaires dépourvues de graisse, dernier point qui récemme[...] été débattu et résolu par les expériences de Liebig. A l'occasio[...] tissu médullaire ou adipeux des os, on peut regretter que l'au[...] n'ait pas rappelé les doutes émis sur l'existence de la memb[...] médullaire, dans un mémoire publié en 1849 (*Archives de m[...]cine*, 4e série, tome XX), par MM. Gosselin et Regnault. Ce tra[...] fort bien fait, qui nie l'existence de la membrane médullaire, [...]ritait d'être examiné et discuté.

Les additions sont nombreuses à presque tous les chapitres; mais plusieurs de ceux-ci les réclamaient d'une manière plus particulière, à raison des travaux accomplis depuis la mort de Béclard. Les articles consacrés à la peau, aux membranes muqueuses, aux vaisseaux capillaires, aux vaisseaux et ganglions lymphatiques, aux glandes, aux tissus fibreux et cartilagineux, au tissu osseux, au système nerveux, ont reçu des développements nouveaux et très importants. Quatre chapitres entièrement neufs ont été ajoutés: un pour les dents, un second pour le sang, un troisième pour le chyle, et le quatrième pour la lymphe.

La convenance et même la nécessité de ces dernières additions témoignent de la voie nouvelle dans laquelle est entrée l'anatomie générale. L'article primitif de l'ouvrage *sur le sang* ne contient que douze lignes; l'éditeur consacre vingt-huit pages d'un texte très fin à ce même sujet, dont il donne une étude complète. Après avoir tracé une description exacte des globules rouges et des globules blancs du sang, il examine avec soin le phénomène de la coagulation, et montre, après Muller, que ce phénomène est produit par la fibrine. Le caillot est constitué par les globules et la fibrine qui les retient emprisonnés dans ses mailles en se coagulant. Les glo-
[...]eur pesanteur spécifique plus grande, tendent à
[...] inférieure du disque solide dans une saignée. La
[...]er en dessus; et de là résulte que la partie du
[...]au fond du vase est à la fois moins ferme et plus
[...]ation de la fibrine peut être retardée par plusieurs
[...]me si elle a des proportions normales, et de ce
[...]e, les globules ayant le temps de se précipiter
[...] la coagulation, une légère couenne de fibrine se
[...]e du caillot. Alors, toutefois, la couche de fibrine
[...]seur: c'est la *couenne imparfaite* de MM. Andral
[...]
[...]n de fibrine est augmentée, comme dans les mala-
[...]res, elle constitue à la surface du caillot une cou-
che plus épaisse, qui est la *couenne parfaite*. Mais cette même couche de fibrine peut se présenter également si, la proportion de fibrine ne variant pas, ce sont les globules qui ont diminué. Par conséquent, l'existence de la couenne n'est pas un signe certain d'inflammation. Et, en effet, elle se montre dans l'anémie et la chlorose (maladies caractérisées par la diminution des globules); ou bien encore elle peut être plus abondante dans les caillots d'une troisième ou d'une quatrième saignée, parce que les premières émissions sanguines ont affaibli la proportion des globules. Ces conséquences sont démontrées par le phénomène de la coagulation dans le sang du cheval. Chez cet animal, les proportions de la fibrine sont plus grandes que chez l'homme, et l'inverse a lieu pour les globules. Or, le caillot se recouvre constamment, et en l'absence de toute maladie, d'une couenne épaisse. M. Béclard ajoute, après M. Gavarret, qu'elle existe même si le cheval est à jeun, et qu'il l'a trouvée tout aussi épaisse après vingt-sept heures d'abstinence.

Le nouvel éditeur a recherché avec une attention remarquable si le sang a une composition identique dans toutes les parties du système circulatoire.

1° Il a d'abord trouvé que dans tous les points du système artériel le sang a la même composition à un moment donné;

2° Il lui a paru impossible de signaler une différence fixe et certaine entre le sang veineux et le sang artériel;

3° Mais la même identité de composition n'existe plus pour les diverses fractions du système veineux.

On a déjà signalé une différence entre le sang de la veine porte et le reste du sang veineux. M. Béclard prouve qu'il faut agir non sur le sang de la veine porte en masse, mais séparément sur celui qui lui vient de la rate par la veine splénique et sur celui qui vient des intestins par la grande mésaraïque. Or, il a constaté:

1° Que le sang de la veine splénique contient toujours moins de globules que le sang veineux général, et en même temps plus de fibrine;

vert dans le produit de la distillation des jeunes pousses qu'au commencement de la végétation.

Parmi les amygdalées, on rencontre l'amygdaline dans les plantes suivantes :

Prunus domestica. Les jeunes pousses seulement ont fourni de l'acide prussique.

Ni l'écorce, ni les feuilles, ni les jeunes pousses du *prunus cerasus* et du *prunus mahaleb* n'ont donné d'acide prussique. Par contre, l'amygdaline paraît être répandue dans tous les organes du *prunus padus.* On sait qu'en distillant les feuilles du premier on obtient non-seulement de l'acide prussique, mais des gouttelettes d'essence d'amandes amères. On sait d'ailleurs que les amandes de toutes ces espèces de prunes renferment de grandes quantités d'amygdaline.

(*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 avril 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Nouvelle forme de lancette.

M. Frémineau, interne provisoire à l'Hôtel-Dieu de Paris, adresse une note sur un nouveau modèle de lancette destiné à éviter la blessure de l'artère. La modification imaginée par l'auteur consiste dans une double courbure sur le tranchant de la lame de la lancette, qui lui donne assez la forme d'une faucille.

Croup.

M. Chapelle, d'Angoulême, adresse deux observations de croup guéri par le tartre stibié à dose contre-stimulante.

Rétrécissements.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse un mémoire sur la cautérisation directe, ou d'avant en arrière; les circonstances dans lesquelles il convient d'en faire usage et ses avantages lorsqu'on l'applique à propos.

Voici le résumé de ce travail :

La cautérisation *antérograde*, employée par Ambroise Paré, Loyseau, Wisemann, Hunter et Evrard Home, qui en avait abusé, était tombée sous les critiques de Ducamp et de ses continuateurs, lorsque M. Le Roy-d'Etiolles entreprit de la réhabiliter dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 11 septembre 1838. Il a continué à démontrer, par une seconde série de faits publiés en 1845 dans son *Traité des rétrécissements et angusties de l'urètre*, que la cautérisation directe est, dans certaines circonstances, la meilleure des méthodes; et dans le mémoire actuel il vient encore, par de nouveaux faits, confirmer cette démonstration.

Les rétrécissements qui laissent filtrer l'urine et n'admettent ni les sondes, ni les bougies, sont ceux auxquels convient plus particulièrement la cautérisation d'avant en arrière. Le nombre en a été beaucoup diminué, il est vrai, par l'introduction dans la pratique des bougies tortillées et crochues, au sujet desquelles M. Le Roy-d'Etiolles a publié plusieurs mémoires; mais il en est encore que l'on ne parvient pas à franchir par ce moyen, et que l'on détruit fort bien par la cautérisation directe. Il ne faut pas perdre de vue, fait observer M. Le Roy-d'Etiolles, que dans ce cas le chirurgien en est réduit à choisir entre le cathétérisme forcé, l'incision de l'urètre de dehors en dedans, la ponction de la vessie et la cautérisation antérograde. Les faits nombreux rapportés par M. Le Roy sont de nature à faire donner sans hésitation la préférence à cette dernière méthode.

Diabètes.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note sur un nouveau phénomène du diabètes. (*Voir* ci-dessus.)

Opération césarienne.

M. Simonin envoie une observation et des réflexions sur l'opération césarienne.

LECTURES.

Choléra.

M. Bouvier lit un travail statistique sur le choléra dans la ville de Paris. Il résulte de cette statistique, suivant lui, que les deux seules circonstances qui favorisent d'une manière très marquée l'action de la cause cholérigène sont l'encombrement et la misère.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats pour la section d'accouchements.

La commission a classé ces candidats ainsi qu'il suit :
MM. Lenoir, Depaul, Jacquemier, Devilliers, Colombe, Hatin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 avril 1852. — Présidence de M. Piobert.

Hygiène.

M. Fourcault communique, sous le titre d'*Hygiène sociale*, un mémoire où il se propose de faire connaître les moyens d'empêcher la dégénération physique et morale de l'espèce humaine. Ces moyens sont :

1° Des écoles de gymnastique et de natation, établies sur les grands fleuves et sur le littoral de la mer ;
2° Des dispensaires de gymnastique ;
3° La gymnastique clinique ;
4° Des hôpitaux agricoles et des succursales maritimes ;
5° Des établissements publics réunissant les procédés simples et économiques de l'hydrothérapie, les étuves sèches, humides ; les eaux minérales artificielles.

Structure et fonctions des ganglions nerveux.

M. Waller communique de nouvelles recherches expérimentales sur la structure et les fonctions des ganglions.

Après avoir mis à nu les racines d'un nerf spinal et les avoir coupées au-dessus du ganglion de manière à conserver une partie de la racine en connexion avec le ganglion, et ayant gardé l'animal pendant dix à douze jours, il a obtenu les résultats suivants :

1° La partie de la racine sensitive attachée à la partie supérieure du ganglion est tout à fait désorganisée, de la même manière que lorsqu'un nerf est coupé à sa partie périphérique.

2° Lorsqu'on suit le nerf dans l'intérieur du ganglion, on trouve que ses branches désorganisées se subdivisent dans ce corps en se mélangeant avec d'autres fibres tout à fait normales.

3° Le mélange des fibres normales et désorganisées se fait d'une manière variable et dans toutes les proportions.

4° Lorsqu'on suit un faisceau désorganisé dans l'intérieur du ganglion, ses fibres paraissent se terminer dans une collection de corps ganglionaires également altérés, ne paraissant consister qu'en une membrane externe, indistincte et atténuée, vidée de son contenu.

5° Les fibres normales qui restent paraissent prendre leur origine, par des filaments libres, courts et très fins, dans les corps ganglionaires. L'élimination des autres fibres nerveuses, en réduisant le nombre des autres fibres nerveuses dans le ganglion, est un grand avantage pour reconnaître les origines des fibres intérieures.

6° Toutes les fibres qui sortent du ganglion conservent leur état normal. Au bout d'un mois et plus, dans un jeune chien ou chat, l'état des fibres inférieures est le même qu'au premier jour. La régénération des fibres supérieures entre le ganglion et la moelle se fait de la manière ordinaire.

7° Les fibres motrices, au contraire, sont complétement désorganisées jusqu'à leur extrémité. On peut vérifier la même chose en galvanisant ce nerf au moment de la section; on obtient des contractions dans les muscles correspondants, mais au bout de quatre jours la même irritation n'éveille plus aucune contraction des muscles.

8° Lorsqu'on se borne à couper la racine postérieure seulement sans léser l'antérieure, aucune fibre ne se désorganise dans le nerf mixte au-dessous du ganglion.

9° Lorsque le nerf est coupé au-dessous du ganglion, toutes les fibres se désorganisent. L'extirpation du ganglion produit le même effet sur le nerf que la section du nerf immédiatement au-dessous de son ganglion.

Le nerf dont M. Waller se sert pour ces expériences est la deuxième paire cervicale. Sur ce nerf, le ganglion spinal est situé à deux ou trois lignes en dehors du canal vertébral; et sur les jeunes animaux, à cause du moindre développement des apophyses et des muscles de la nuque, il est très facile de couper les racines sensitives et motrices, même isolément, sans aucun danger pour la vie de l'animal.

Cette particularité lui a permis de répéter toutes les expériences de Bell, de M. Magendie et de M. Longet sur les racines spinales, sans aucun des phénomènes de paralysie et de stupeur qui compliquent ces expériences sur les mammifères, après la dénudation de la moelle épinière; en outre, ces expériences ne causent pas la mort de l'animal.

Comme le nerf occipital interne vient uniquement de la deuxième paire, qui est de nature mixte jusqu'à la nuque, où il est exclusivement sensitif, il offre toutes les facilités pour ces expériences.

La section de la racine ganglionaire cause la paralysie complète de sensation, mais avec conservation complète du pouvoir moteur. La section de la racine antérieure lui laisse la grande sensibilité qui lui est propre. Le pouvoir moteur qui existe encore après diminue graduellement à cause de la désorganisation de ces fibres, et est complétement perdu au bout de quatre jours, époque à laquelle on aperçoit distinctement la désorganisation des fibres. Les mêmes résultats s'obtiennent, soit qu'on galvanise le nerf à la partie périphérique ou à sa partie centrale. Mais dans toutes les combinaisons qu'il est possible de faire à ces expériences, on obtient, comme résultat invariable, que les fibres sensitives au-dessous du ganglion ne s'altèrent jamais tant qu'elles sont en connexion avec les corpuscules ganglionaires.

Ces observations permettent d'expliquer d'une manière satisfaisantes les résultats de M. Magendie sur la section de la 5e paire, où la nutrition de l'œil fut intacte après la section au-dessus du ganglion, et désorganisée après la section au-dessous du ganglion.

ORLÉANS.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES,

PAR M. BALLY,

Membre de l'Académie nationale de médecine.

Rendre compte de ce qui s'est passé dans un congrès n'est pas emprisonner son récit dans un moule académique, c'est donner un champ libre à ses pensées; c'est se permettre de glaner partout; c'est vouloir jouir d'une liberté qui touche beaucoup à la licence. Que ceux qui écrivent bien, qui font d'excellents livres, bien réguliers, bien encadrés, bien méthodiques, ce dont je les loue, pardonnent aux divagations du vieux narrateur.

La dix-huitième session s'ouvrit le 12 septembre 1851, sous la présidence du baron de Stassart, ancien ambassadeur de Belgique à Turin.

Le doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, M. Leroy, eut l'honneur de présider la section des sciences physiques et naturelles. C'était rendre justice au talent éminent d'un professeur de chimie à qui l'on doit de précieuses recherches. Disons ici, pour n'être point forcé de nous répéter, que M. le docteur Leroy a fait hommage au congrès d'un ouvrage intitulé : *Considérations sur les affections fébriles, ou maladies aiguës ;* travail plein de vues ingénieuses, et qui a mérité une mention honorable à l'Institut.

Orléans, sur les bords de la Loire, est une ville de 48,000 âmes, assise sur un sol calcaire, par les 47° 54' 4" de latitude nord, environ un degré de moins que Paris.

Parmi les établissements qui intéressent plus spécialement notre profession, il importe de citer l'Hôtel-Dieu, construction neuve, sur un point culminant, et dégagée de tout entourage nuisible. L'hygiène et le bon sens modernes ont présidé à cette construction en détruisant tout ce qui peut mettre obstacle à la circulation de l'air comme à l'arrivée de la lumière.

Si l'on veut avoir une idée parfaite de l'avantage que l'on obtient à bien isoler les asiles des malades, il faut se reporter à ce que j'ai dit sur le magnifique Hôtel-Dieu de Lyon. A cette précédente révélation, j'ajouterai, en passant, l'extrait d'une lettre que son illustre administrateur, M. de Pollinière, a bien voulu m'écrire. Le relevé statistique de deux périodes de sept années comparées prouvera ce que peut le zèle éclairé lorsqu'il des masures qui emprisonnent l'air et gênent son abord, on substitue des promenades qui facilitent sa circulation.

« Dans la période de 1835 à 1846, avant les améliorations hygiéniques, 99,705 malades étaient entrés dans l'hôpital, dont il mourut 12,136, 1 sur 8 1/6, ou 13,03 sur 100.

» Dans une période égale qui suivit les améliorations, de 1844 à 1850, on a reçu 106,386 malades, dont la perte a été de 11,682; 1 sur 9 1/10, ou 11,75 sur 100.

» Voilà donc 1,257 individus arrachés par la puissance de l'hygiène à une mort certaine ! Ce beau résultat peut-il être payé trop cher par une perte annuelle de 18,000 fr.? »

La vie est semée de tant de tribulations, que l'homme de cœur doit s'estimer heureux de puiser dans des actes de bienfaisance et de charité ces douces consolations qui élèvent les âmes honnêtes et généreuses au-dessus du commun des êtres.

S'il est satisfaisant de louer les améliorations qui intéressent les classes pauvres, il ne l'est pas moins d'exalter le mérite des hommes distingués. Pour aider à faire le bien et à fuir le mal, rien n'est plus stimulant que l'approbation donnée aux vivants pour leurs bonnes œuvres. Vitupérez le méchant, fatiguez-le par vos remontrances, il reste marbre; mais exposez à ses regards de beaux

---

2° Que dans les premiers temps de l'absorption digestive l'albumine est beaucoup augmentée et les globules beaucoup diminués dans la veine grande mésaraïque ; que dans les périodes qui succèdent à la digestion l'inverse a lieu.

M. Béclard nie le défaut de coagulation qui a été signalé dans le sang de la veine porte et de la rate. Dans vingt-sept expériences sur des chevaux et des chiens jamais il n'a vu manquer la coagulation dans le sang de ces parties. Il ajoute même que le sang de la veine splénique contient plus de fibrine que le sang veineux général, mais que cette fibrine est plus molle et moins ferme, ainsi qu'il s'en est assuré directement.

Dans ces recherches originales, qui sont remplies d'un grand intérêt, un fait singulier s'est offert à M. Béclard. Lorsque, dit-il, le sang tiré de la veine splénique d'un cheval s'est coagulé, on peut décanter le sérum au bout de vingt-quatre heures dans un grand état de pureté. Or ce sérum, abandonné à lui-même, se prend complétement en masse après cinq ou huit heures. A quoi tient cette solidification? Est-elle due à la coagulation spontanée de l'albumine du sérum? Mais l'albumine ne peut se coaguler qu'à une température de + 75° c. Serait-elle due à de la fibrine? Il faudrait admettre alors que toute la fibrine ne s'est pas coagulée dans le premier caillot et qu'une partie serait restée liquide dans le sérum. L'auteur ne trouve d'explication à ce fait qu'en admettant que la substance qui se prend dans le sérum tient tout à la fois de l'albumine et de la fibrine (p. 266).

M. Béclard essaie de déterminer la manière dont se forment dans le sang les parties que l'on y rencontre. Il s'attache à montrer que les globules proprement dits (les globules rouges) ne proviennent pas des globules du chyle (globules blancs). Il fait voir qu'ils se forment aux dépens des principes albuminoïdes, qui pendant la digestion sont absorbés par les radicules de la veine porte; et pense qu'on peut admettre qu'ils se forment dans la veine porte, qui les verse ensuite dans le courant circulatoire. Si même, ajoute-t-il, on remarque que dans les premiers temps de la digestion les globules diminuent en même temps que la proportion de fibrine augmente dans le sang de la veine porte, on peut admettre que c'est par une transformation de l'albumine dans cette partie du système veineux que se créent les globules. Ceux-ci s'engendrent donc sans cesse et de cette manière par suite de la digestion. Leur création continue suppose qu'ils peuvent aussi être détruits, car autrement ils s'accumuleraient à l'infini. Or la rate sert à leur destruction, comme le foie servait à leur formation. M. Kœlliker a confirmé l'opinion de M. Béclard sur ce rôle de dissolution des globules accompli par la rate.

Les articles qui concernent le chyle et la lymphe, quoique moins riches en recherches originales, sont exposés avec soin. On trouvera au chapitre des glandes des développements très étendus sur le rein, le testicule, le foie et les glandes salivaires. Le système nerveux a reçu aussi des additions importantes.

Je ne puis m'étendre longuement sur un traité dont la partie ancienne est connue et appréciée de tout le monde. Mon analyse ne saurait porter que sur les additions qui ont été faites par le nouvel éditeur, et on comprend combien il est difficile de donner une idée exacte d'un travail qui a pour condition obligée le morcellement et la dissémination en détails. Je crois cependant avoir montré à un degré suffisant l'utilité incontestable de l'édition actuelle des *Eléments d'anatomie générale.* Il me suffira d'ajouter que la partie nouvelle de l'ouvrage se fait remarquer par une exposition concise et claire, par un choix judicieux et sobre entre les nombreux matériaux qu'a accumulés la science moderne. Ces qualités, toujours très estimables, ont ici une valeur particulière si l'on tient compte des mérites du livre original. Je crois qu'il eût été possible de faire un travail de restauration plus complet et plus étendu, de donner plus de détails aux descriptions, d'accueillir plus de faits et d'exposer un plus grand nombre de vues ; mais il en serait résulté un ouvrage disparate et sans homogénéité. Par sa méthode même et en restant fidèle à la manière de son père, M. Jules Béclard a évité habilement un écueil où tombent beaucoup d'éditeurs, et il a su ajouter simplement au livre primitif sans le défigurer. Tel qu'il se présente aujourd'hui, l'ouvrage semble être fait de la même main, et je pense que cette dernière remarque contient le plus bel éloge que l'on puisse donner à un éditeur qui a beaucoup ajouté au premier travail.

Debrou.

Chronique et nouvelles.

Par décret du prince président de la République, en date du 12 avril, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, en vertu de l'article 3 du décret du 9 mars dernier, MM. Michelet, E. Quinet et Adam Mickiewicz ont été révoqués des fonctions de professeur au Collége de France.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société académique de la Loire-Inférieure et de la Société médicale d'Amiens, où il est né, et où son père a exercé avec une grande distinction la médecine pendant près de cinquante ans.

— M. le professeur Rostan commencera son cours clinique jeudi 15 avril, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Les visites auront lieu à sept heures et demie; les leçons, à neuf heures.

— M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera son *cours clinique sur les maladies mentales* le dimanche 18 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

exemples, et il est rappelé à de meilleurs sentiments, à des sentiments plus honorables.

La forme de l'hôpital de Joigny, substitué à l'ancien, est exactement modelée sur celle de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Je cite cette nouvelle construction, d'un style convenable, pour avoir occasion de rappeler à la mémoire une charitable fondation du moyen âge, dont la conservation fait autant d'honneur à la philanthropie des médecins qu'à la sagesse des administrateurs. Lorsque l'Europe en délire se ruait sur l'Asie, les croisés, voués la plupart à la misère et à l'épuisement, traînaient leurs squelettes de ville en ville; alors la charité fonda pour Joigny quatre lits destinés à ces misérables voyageurs. Il suffit encore, de nos jours, de se présenter pour être admis. Sans doute c'est peu; mais il fant croire qu'alors c'était de même ailleurs. Je ne sache pas que cette sainte institution ait été conservée en d'autres endroits.

Je fais bien des diversions; mais j'ai pour excuse de raconter ce que j'apprends d'utile pour notre profession. Je ne veux m'astreindre à aucune loi de composition, à aucune contraiute de style. Ma tâche ne sera pas moins longue et variée si, au mois de septembre prochain, je puis atteindre Toulouse, ville aux grands souvenirs, aux nobles institutions et pépinière de grands hommes.

En France, où la charité publique s'exerce grandement et d'une manière éclairée, les bospices sont pour la plupart bien dotés. Celui d'Orléans n'a rien à envier aujourd'hui aux plus riches. Moins heureux dans les premiers âges de la chrétienté, il s'alimentait plutôt par des priviléges que par des richesses positives. C'est ainsi qu'il recevait deux parts dans les monastères aux distributions qui se faisaient au nom de Jésus-Christ, considéré comme premier chanoine de la cathédrale.

Dans ces temps singuliers, les nouveau-nés morts sans baptême étaient inhumés, ou plutôt déposés dans les clochers. Là s'opérait au grand air la décomposition, et les molécules, dispersées dans l'atmosphère, n'exposaient point, par leur contact, les cadavres des inhumés dans les cimetières bénits, aux dangers d'une condamnation éternelle ou d'un long purgatoire.

Il est des pensées qui portent en elles de ces germes féconds qui constituent le génie: ainsi, avoir enseigné que l'on pouvait faire travailler les aliénés pour les ravir à leurs préoccupations habituelles est, à mes yeux, le plus grand bienfait qui ait été appliqué à cette classe d'infortunés; et, à cette occasion, je trouverais juste que la ferme Sainte-Anne de Bicêtre portât désormais le nom de *Ferme-Ferrus*.

L'hospice d'Orléans a aussi son Sainte-Anne, qu'exploitent les aliénés eux-mêmes. Déjà nous avons cité ceux de Maréville, qui aplanissent les montagnes; ceux d'Auxerre, qui creusent des canaux-aqueducs, élèvent des monuments. Nous avons maintenant à raconter ce qui se passe à Clermont-sur-Oise, dans un établissement de 900 malades, dirigé avec tant d'intelligence et d'harmonie par les quatre frères Labitte.

Lorsque j'y arrivai, deux savants professeurs, MM. Bérard et Nélaton, venaient d'en partir. Comme moi, ils étaient venus admirer ce vaste et magnifique asile.

Outre de grands jardins attenant à la maison principale, avec une forte pompe à vapeur qui élève les eaux jusqu'au sommet de la colline, il y a à deux kilomètres une ferme de 100 bectares, dont tous les genres de travaux sont confiés aux aliénés. MM. Labitte, dont un est médecin (et je serais bien embarrassé de vous désigner le plus aimable des quatre), ont le bon esprit d'étudier les mœurs, les habitudes de chaque arrivant à eux confié, avant de lui assigner un emploi. Là il n'y a point de cachot; la privation du travail est, pour ceux qui se conduisent mal, le vrai supplice de Tantale.

En nous dirigeant de l'asile central vers la ferme, nous avons rencontré sur la route plusieurs de ces ouvriers ambulants qui conduisaient librement les tombereaux, tandis que d'autres allaient en commission.

J'ai visité tous les quartiers et chaque département de cette grande exploitation, et je me suis longtemps arrêté à la fabrication du cidre, qui exige tant de diversité dans la main-d'œuvre et l'emploi d'outils qui pourraient être dangereux en de semblables mains. Tout cela marchait avec une régularité parfaite. L'activité la plus étonnante, la ponctualité la plus intelligente étaient associées au silence le plus absolu. Sont-ce bien là des aliénés? Allez voir, et vous n'en croirez rien.

Aussi, lorsqu'après la fatigue l'heure du sommeil a sonné, ce moment si fatal à ceux qui ne travaillent pas, le besoin de repos est tellement impérieux que la malheureuse idée fixe ou prédominante s'échappe par la porte d'ivoire.

Il ne m'a point semblé que dans l'établissement d'*Aversa di Napoli* les travaux *extra muros* fussent encore introduits, et l'illustre de Renzy ne dit pas un mot de cette amélioration dans son admirable *Traité de topographie et statistique médicale de Naples*.

En 1841 et 42, il y avait à Aversa 924 malades classés ainsi qu'il suit: manie, monomanie, démence, idiotie, épilepsie. Le pauvre y est admis sans difficulté. La monomanie est l'état pathologique dominant; et, parmi les causes tant physiques que morales, il faut compter les scrupules religieux, les rêves de fortune, les espérances déçues, l'indigence, les souffrances de l'âme, et, avant tout cela, les abus de Vénus, du vin et des alcooliques.

Les ecclésiastiques y étaient dans une proportion bien autrement grande que parmi nous. C'est que là tout est embrasement pour des cerveaux si délicats: atmosphère brûlante; Vésuve, cette bouche de l'enfer qui en vomit les matériaux; travaux ascétiques, qui sont les bourreaux de l'imagination, et tant d'autres causes que la prudence interdit de citer!..... Voilà ce qui précipite tant de jeunes prêtres, tant d'étudiants dans le délire religieux ou la crainte des peines éternelles.

A Aversa, les malades sont traités avec une douceur étonnante, une mansuétude de tous les instants. Toute parole qui pourrait réveiller en eux le moindre souvenir pénible y est rigoureusement interdite; les servants doivent y parler bas et avec modération; la musique instrumentale y est à peu près universellement répandue; partout il y a des fleurs, soit naturelles, soit peintes. C'est vraiment là le paradis des fous.

Retournons à Orléans. Dans la première séance de la section des sciences médicales, M. le professeur Lesauvage, de Caen, a soulevé la question des monstruosités doubles. Il expose avec sa haute intelligence et une grande lucidité sa théorie sur les diplogénèses monstrueuses; il établit, comme condition première de l'évolution, la réunion de deux germes dans un œuf unique. Les deux embryons, ayant chacun leur amnios, sont renfermés dans un chorion commun, ce qui constitue la première loi de la diplogénèse; une autre loi, déjà entrevue par quelques observateurs, c'est l'identité de sexe.

L'embryon est situé primitivement entre le chorion et l'amnios. Quand deux individus se développent en des points peu éloignés d'un même chorion, leurs vaisseaux se trouvent en contact, et, comme conséquence, ils adhèrent entre eux; cette réunion primitive amène au point de jonction les deux embryons et détermine leur adhérence. C'est dans ces cas que sont produits les monocéphaliens de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Un des embryons avorte et reste isolé à l'intérieur du chorion commun, dont la cavité est envahie par l'amnios de l'embryon normalement développé. Au moment où ce dernier se détache du chorion pour s'involver dans son amnios, il entraîne cette dernière membrane qui forme alors une sorte d'infundibulum, occupé au centre par la masse vasculaire qui plus tard constituera le cordon ombilical et dont elle formera l'unique enveloppe, car on ne doit pas admettre que le chorion recouvre le cordon.

La théorie d'Ollivier (d'Angers) sur les monstres par inclusion, ainsi combattue par M. Lesauvage, a trouvé au congrès un nouvel appui dans le professeur Verga, directeur des aliénés de Milan et rédacteur de la *Gazette de Santé*. Il demande à M. Lesauvage s'il étendait sa théorie sur tous les monstres par excès; et, sur l'affirmative, il lui fait observer que sa théorie est fondée sur celle de Geoffroy Saint-Hilaire, dite *des affinités de soi par soi*, théorie qui récemment a été ébranlée par les observations microscopiques faites par Baër sur les œufs de la perche. Baër avait trouvé que l'extrémité céphalique de l'axe spinal, dans les poissons destinés à avoir une double tête, offre déjà un nombre double de points élémentaires; d'où l'on devrait déduire que les monstres à deux têtes et à un seul corps ne résultent pas de la fusion de deux corps à laquelle n'auraient pas participé les deux têtes, mais sont ainsi dès leur primitive origine. En effet, dans les monstres de cette nature, on devrait voir quelque signe de leur ancienne division, et ce signe ne se rencontre jamais. Le corps déjà double est aussi uniformément constitué que s'il avait été toujours simple. Au reste, en admettant la fusion de deux corps, on ne saurait expliquer comment elle arrive toujours avec tant d'harmonie.

Finalement, le docteur Verga dit que la théorie de Baër a été admise par un célèbre anatomiste, Panizza, dans un récent mémoire sur un veau monstre.

Cette question de tératologie a dû recevoir sa solution dans les belles recherches de M. Bérard, communiquées en 1851 à l'Académie nationale de médecine, sur deux fœtus sternopages, et surtout par la présentation de deux agneaux venus à terme avec une tête unique, qui présentaient deux colonnes vertébrales distinctes, deux sternum, deux cœurs, deux foies: ils étaient unis par le sternum et l'abdomen.

La diplogénèse ne se manifestait pas seulement par deux tubercules à l'extrémité du cordon spinal unique; mais il y avait deux moelles épinières distinctes, bien qu'en contact, et qui entraient chacune d'elles dans le crâne par un trou céphalique séparé. La dualité, et ceci est le plus curieux, se prononçait parfaitement dans le cerveau par deux lobes rachidiens, deux *calamus scriptorius*; deux cervelets, dont la jonction était à la ligne médiane, *six* tubercules quadrijumeaux.

M. le docteur Combes, dans un excellent livre sur l'état de la médecine en Italie, a rendu un juste hommage au talent du professeur Panizza, successeur de Scarpa, et qui a enrichi le Muséum de Pavie des plus délicates préparations anatomiques (1).

D'autre part, M. Sappey, dans un livre excellent, le *Manuel d'anatomie descriptive*, a mis en relief les beaux travaux de ce profond anatomiste.

L'ouvrage de M. Sappey, où il est si souvent question de Panizza, est un résumé clair et rapide des plus précieuses découvertes en anatomie et en physiologie. Indispensable aux étudiants, il vaut une bibliothèque aux vieux médecins qui ont abandonné les salles de dissection. Voici sur Panizza quelques passages que j'extrais du premier volume:

« Dans les oiseaux, les vaisseaux lymphatiques ont été aperçus d'abord par Hunter; ils furent ensuite décrits plus complétement par Hewson; de nos jours, par Fohmann et Lauth; enfin, par Panizza.

» Panizza, en 1830, injecta avec un rare bonheur les absorbants de la verge et des testicules chez l'homme et chez plusieurs mammifères, entre autres le cheval, le taureau, le bélier, etc.

» En 1833, le même anatomiste fit paraître ses recherches sur les vaisseaux lymphatiques des reptiles dans un ouvrage aussi important que remarquable par l'exactitude des descriptions et par l'habile exécution des planches qui l'accompagnent. La même année, Fohmann a publié le résultat de ses observations sur l'origine des absorbants de la peau, les muqueuses et les séreuses. La découverte du réseau, qui date de notre époque, appartient principalement à ces deux explorateurs. L'anatomiste italien nous avait montré ces réseaux dans le feuillet viscéral des séreuses; l'anatomiste belge nous les a montrés sur les surfaces tégumentaires externe et interne. Tous deux, par leurs travaux, ont bien mérité de la science: ceux de Fohmann ont un caractère plus général, mais ceux de Panizza sont plus exacts. »

Mon illustre ami le professeur Bertini, de Turin, que les distances n'effrayent point lorsqu'il s'agit de montrer son zèle pour les congrès et son amour pour la science, a communiqué à la section des sciences médicales un mémoire riche d'érudition sur les causes et la nature de la fièvre puerpérale. Il accepte spécialement la doctrine du docteur Sachero, que le titre seul fait parfaitement interpréter: *De la phlébite utérine diffuse chez les nouvelles accouchées*.

Il est un reproche également mérité par les médecins du nord de l'Italie et par les médecins français, celui de ne point fouiller assez dans la littérature étrangère pour la composition de leurs livres. La science aurait beaucoup à gagner par cette espèce de frottement qui ferait jaillir la vérité. Le mémoire du docteur Bertini pèche précisément par cet esprit trop exclusif. Cependant nos anatomistes, nos accoucheurs, de tout temps si célèbres, et nos médecins des hôpitaux ont fait récemment de nombreuses recherches sur l'état puerpéral, et à cette occasion je n'omettrai point de citer celles du docteur Nonat, notamment sur la lymphangite.

Dans la discussion qui eut lieu au congrès, M. Halma-Grand soutint que la surface interne de l'utérus, après que le placenta en est détaché, constitue une plaie qui donne nécessairement lieu à la phlébite, laquelle, dans les cas *simples*, prend le degré adhésif, et, dans les cas *graves*, passe à l'état *purulent*, dont l'absorption provoque cette infection qui constitue la vraie nature de la fièvre puerpérale. Cette théorie a son côté séduisant. Cependant, M. le docteur Brière ne croit pas que tous les faits de l'état puerpéral soient identiques; il ajoute également qu'il n'y a point de fièvre puerpérale qui ne soit subordonnée à l'empoisonnement général. Mais M. Lesauvage veut qu'elle soit toujours de nature inflammatoire et qu'elle soit traitée par des saignées répétées.

Au fait, la raison parle en faveur de l'opinion de M. Brière, que les travaux des prédécesseurs fortifient encore. En effet, puisque Doublet a appelé l'attention des praticiens sur les avantages de l'ipécacuanha, n'a-t-on pas vu Foderé, Gastellien, Baudelocque et Dugès proposer des méthodes variées et justifiées par des succès?

Il est aussi un point d'une grande gravité qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est celui de l'influence des constitutions saisonnières d'une part et des localités de l'autre. Les nouvelles accouchées rassemblées dans des salles d'hôpitaux bien closes infectent fréquemment l'enceinte et succombent presque toutes à certaines époques.

M. Jallon raconte des histoires d'éclampsies et des exemples d'accès hystériques guéris presque subitement par une application de dissolution d'opium à la vulve.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) L'ouvrage de M. Combes a reçu les honneurs de la traduction en italien par le savant et généreux de Renzi, qui m'en a gratifié d'un exemplaire. Eh! que ne m'a-t-il pas donné ou fait donner!

CORRESPONDANCE.

Nous nous empressons de publier la lettre suivante que nous adresse notre honoré confrère M. Laborie.

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro de votre journal, en publiant la lettre de mes honorables compétiteurs, vous donnez quelques détails sur une réunion que j'étais en droit de considérer comme toute confidentielle. Les indiscrétions commises dans cette circonstance me mettent dans la nécessité, malgré ma répugnance, d'entrer à mon tour dans la publicité pour bien tracer la part que j'ai prise à toute cette affaire.

Quand on m'a demandé si je voulais signer la protestation, j'ai refusé catégoriquement. Je n'ai voulu en aucune façon m'associer à un acte qui *dans mes convictions* portait atteinte aux convenances, à l'institution du concours et, enfin, à l'amitié que j'ai pour un de nos confrères. Après cette déclaration bien explicite, personne n'a prétendu que mon abstention dût empêcher la protestation, et l'un de mes honorables compétiteurs dit qu'il fallait passer outre; cette proposition n'a trouvé aucun contradicteur. C'est alors seulement, et devant ce parti pris, que, par un sentiment de délicatesse, exagéré sans doute puisque tous mes amis l'ont blâmé, je me suis engagé à ne pas accepter la position qui m'était faite, et j'ai dit que je ne pousserais pas le concours jusqu'à ses conséquences ultimes, me réservant toutefois le droit de me retirer à ma façon et au moment qui me paraîtrait convenable.

Voilà, mon cher confrère, la vérité tout entière. Je reste toujours dans les mêmes termes et je conserve les mêmes réserves.

Je compte sur votre obligeance pour donner à ma lettre la publicité de votre premier numéro.

Veuillez agréer, etc. LABORIE.

Bulletin bibliographique.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume: 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Médecine pratique, par Baglivi; traduction nouvelle, par le docteur S. BOUCHER; précédée d'une introduction sur l'influence du baconisme en médecine. Un vol. in-8°. Prix, 6 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

LE SOUED.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 46. — SAMEDI 17 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 46. — SAMEDI 17 AVRIL 1852.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Concours pour deux places de chirurgiens dans les hôpitaux. (Nouvel incident.) — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Cruveilhier). Contracture essentielle. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Du rôle de l'utérus au moment d'une opération césarienne pratiquée pendant l'éthérisme produit à l'aide du chloroforme. — Pharmacopée spéciale, par M. A. Cazenave. — Traitement des migraines et des névralgies faciales, par M. J.-J. Cazenave. — Moyen pour reconnaître la présence de l'iode dans les urines. — Société de médecine pratique, séance du 8 janvier. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 16 AVRIL 1852.

Concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux.

NOUVEL INCIDENT.

Les honorables compétiteurs qui avaient renoncé à suivre jusqu'à la fin les épreuves de ce concours, *cédant aux vives instances de l'administration*, comme ils le déclarent dans leur nouvelle lettre à M. le secrétaire général, ont retiré leur démission. Nous avions déploré leur retraite; nous devons voir leur retour avec satisfaction. Nous applaudissons donc sincèrement à leur résolution nouvelle, s'ils n'ont voulu, par cette résolution, que donner à l'administration une marque de déférence qu'elle nous paraissait bien mériter dans ces circonstances. Mais si nos très honorés confrères ont voulu laver le concours d'une tache nouvelle qui doit assurer sa perte, nous croyons pouvoir leur dire que leur but ne sera pas atteint, et que même leur nouvelle lettre contient des accusations beaucoup plus graves que la première contre l'institution qu'ils veulent sauvegarder. En effet, dans cette lettre, les honorables signataires parlent de *vices de forme;* ils rentrent dans la lice seulement pour donner au résultat du concours une *apparence sérieuse*, et l'administration accepte leur retour sans récuser ces accusations, qui devraient suffire pour faire prononcer la cassation de ce concours. Une institution qui en est réduite à se soutenir par de telles concessions de part et d'autre est destinée à périr, et nous n'hésitons pas à prédire sa mort, comme nous avons prédit celle du concours pour le professorat. Toutefois, nous nous applaudissons de la nouvelle résolution des compétiteurs, parce que nous aurions craint, ainsi que nous l'avons déjà dit, que, dans la précipitation, on n'eût dépouillé la nomination des médecins du bureau central des garanties qu'il est possible et même très facile de lui donner en dehors du concours, et que nous désirons autant que personne de voir consacrées et même augmentées.

Dans un prochain article nous dirons comment nous concevons ces garanties, et comment on pourrait remplacer avantageusement le concours.

Voici la lettre qui a été adressée à l'administration par les compétiteurs pour retirer leur démission.

H. de Castelnau.

Monsieur le secrétaire général,

En nous retirant collectivement, nous nous proposions d'appeler, sans protester, votre attention sur des vices de forme contraires, suivant nous, à la régularité, qui dans les concours est la garantie de tous les compétiteurs.

Dans cette seule et unique intention, nous avions sacrifié nos intérêts personnels à un intérêt plus général.

Cédant aux vives instances de l'administration, dont vous avez été auprès de nous le bienveillant interprète, et profondément dévoués à l'institution du concours, qui semblait menacée par notre retraite collective, nous reparaîtrons aux épreuves suivantes, moins pour ressaisir des chances auxquelles nous avions volontairement renoncé, que pour rendre au résultat, quel qu'il soit, les apparences sérieuses qu'il n'aurait pas sans notre intervention.

Nous espérons, monsieur le secrétaire général, qu'on ne pourra voir dans cette nouvelle détermination ni une inconvenance, ni une faiblesse.

Agréez, etc. L. BOYER, BROCA, Ad. RICHARD, DEPAUL, E. FOLLIN, Dr BOINET.

Paris, ce 16 avril 1852.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Contracture essentielle.

Nous avons dernièrement observé dans le service de M. Cruveilhier, à la Charité, un fait intéressant de contracture essentielle limitée aux deux membres inférieurs. Voici, du reste, les traits principaux de l'histoire de ce malade:

C'est un homme de quarante-cinq ans, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu ni douleurs, ni rhumatismes, aucune affection enfin analogue à celle qui a nécessité son entrée à l'hôpital. Il était occupé très activement à des travaux de terrassement dans la plaine Saint-Denis le 12 mars dernier, par un temps froid, exposé à un vent assez fort toute la journée. Il rentra le soir chez lui très fatigué, ressentant dans les membres inférieurs une roideur et une lassitude qui ne lui étaient pas habituelles ; il mangea néanmoins comme d'habitude, et dormit assez bien. Le lendemain, il retourna à son travail, qu'il accomplit dans les mêmes conditions atmosphériques que la veille; mais il sentait dans les membres inférieurs une roideur pareille à celle de la veille, et des douleurs contusives qui de temps en temps devenaient plus vives, et qui le mirent dans l'obligation de quitter son travail. Il regagna son domicile avec assez de peine; car ses jambes, roides, dit-il, comme des morceaux de bois, lui rendaient la marche presque impossible. L'appétit n'était pas diminué ; dans la nuit, il dormit assez bien.

Depuis lors, tout en conservant un état général assez bon, la marche lui est devenue complétement impossible. Ses membres inférieurs sont restés dans un état de rigidité et d'immobilité qui l'ont forcé à garder le repos le plus absolu ; il y ressentait, en outre, des douleurs obtuses qui de temps en temps devenaient plus vives, et prenaient alors le caractère de crampes. Ces espèces d'accès ou d'exacerbations se répétaient fréquemment dans la journée, mais surtout pendant la nuit ; aussi le sommeil, qui dans les deux premières nuits avait été à peu près normal, a-t-il été très fréquemment interrompu dans les nuits suivantes.

Ce malade est ainsi resté chez lui, presque sans soins, jusqu'au 18, jour où il fut admis à l'hôpital. Pour tout traitement, il a pris deux bains simples.

Voici dans quel état il se trouvait le lendemain matin à la visite :

Le facies était assez naturel, sauf la concentration habituelle des traits, qui dénotait une vive souffrance. Le tronc ainsi que les membres supérieurs ne présentaient aucune lésion, soit de la sensibilité, soit du mouvement ; ils étaient complétement soumis à l'action de la volonté. Mais il n'en était pas de même des membres inférieurs, ils étaient dans un état de roideur et de contraction très prononcé qui les maintenait dans un état d'extension permanente ; les reliefs musculaires se dessinaient très nettement à travers la peau et la couche sous-cutanée, d'ailleurs fort mince. Les membres inférieurs étaient complétement soustraits à la volonté; et si le malade essayait de fléchir la jambe sur la cuisse, c'était en vain. Les mouvements communiqués étaient également impossibles, aussi bien ceux du pied sur la jambe, que ceux de la jambe sur la cuisse et ceux de la cuisse sur le bassin. Cette roideur n'avait cependant pas constamment la même intensité; ainsi, de temps à autre certains muscles semblaient se détendre un peu, puis tout à coup ils se roidissaient avec une nouvelle énergie. La roideur n'était pas non plus aussi intense du côté droit que du côté gauche. Nous avons exploré avec soin la sensibilité cutanée sur les membres malades, elle y était intacte comme au tronc. Quant à la sensibilité musculaire, elle était notablement exaltée. Ainsi, le malade ressentait dans les deux membres atteints par l'affection présente une douleur gravative, continue; puis de temps en temps, et lorsque les muscles se mettaient dans un état de contraction plus complète, le malade éprouvait des sortes d'accès de douleurs comparables à des crampes, qui passaient très rapidement, mais qui se renouvelaient assez fréquemment.

Une pression assez légère exercée sur les muscles excitait leur contraction ; on voyait alors la roideur augmenter et les accès de douleurs se reproduire. Si de même l'on engageait le malade à fléchir la jambe, on voyait la roideur augmenter sous l'influence de l'excitant volontaire, et les crampes se produire.

Il faut ajouter que la pression, exercée au niveau des jointures, et particulièrement des genoux, était douloureuse. Il n'y avait cependant ni gonflement, ni rougeur. Quant à la chaleur, elle était normale, la même sur les membres affectés que sur les bras.

La vessie et le rectum exécutaient régulièrement leurs fonctions ; la pression, exercée sur les apophyses épineuses, sacro-lombaires et dorsales, n'était nullement douloureuse. Du reste, point de fièvre, point de soif vive, appétit. On ne trouvait non plus aucune lésion du cœur ; il n'y avait jamais eu antérieurement aucune affection rhumatismale musculaire ou articulaire. J'ai déjà dit que le sommeil était fréquemment interrompu par des crampes.

Ainsi donc, en résumé, notre malade présentait une roideur spontanée permanente des membres inférieurs, avec douleurs assez vives, non continues, sous la forme de crampes, le tout sans fièvre, sans rachialgie. M. Cruveilhier caractérise cette affection par le nom de tétanos partiel spontané.

Le traitement a consisté en deux émissions sanguines, l'une par la veine, l'autre par des ventouses appliquées sur le rachis; des frictions sur les deux membres avec un liniment térébenthiné.

Les émissions de sang n'ont pas paru avoir une influence

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Sur l'opinion du docteur Itard relative aux facultés intellectuelles et aux qualités morales des sourds-muets, réfutation présentée aux Académies de médecine et des sciences morales et politiques ; par Ferdinand BERTHIER, sourd-muet.

Recherches pour servir à l'histoire médicale de l'eau sulfureuse de Labassère (Hautes-Pyrénées); par le docteur Louis CAZALAS, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran.

Essai historique descriptif sur la maladie de Bright. (En espagnol.)

Au mois de novembre 1840, il y a douze ans, au moment où l'Académie allait publier une nouvelle édition de l'ouvrage d'Itard sur les maladies de l'oreille, M. Ferdinand Berthier, sourd-muet, et doyen des professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, présenta à ce corps savant un mémoire dans lequel, trouvant que les facultés de ces infortunés ont été inexactement appréciées et appréciées d'une manière défavorable pour les sourds-muets par Itard, il crut devoir s'élever contre un grand nombre de jugements exprimés dans l'ouvrage du célèbre pathologiste. Il se présentait dans son travail comme le mandataire de ses malheureux frères les sourds-muets; il n'incriminait pas la pensée d'Itard, mais il réclamait contre ses jugements, parce qu'ils lui paraissaient souvent contraires à la vérité et nuisibles à l'estime à laquelle les sourds-muets ont droit égalemeut par leur intelligence et par leur cœur.

Pariset fut chargé du rapport; c'était un sujet qui convenait et à la tournure d'esprit et au style du spirituel et élégant mais malheureusement trop superficiel secrétaire de l'Académie. Soit qu'il l'eût trouvé trop sérieux pour en faire l'objet d'une de ces lectures plus brillantes que solides dont il aimait à faire parade devant l'Académie, soit qu'il n'eût en réalité pas le temps, Pariset négligea le travail de M. Berthier, se contentant de jeter sur le papier quelques phrases dans lesquelles il exprimait une opinion favorable. Après la mort de Pariset, un homme d'un talent moins élégant peut-être, mais plus sérieux, M. Gerdy, fut à son tour chargé du rapport de M. Berthier. Il jugea son mémoire assez important pour conclure à sa publication dans les mémoires de l'Académie. La teinte psychologique et un peu trop en dehors des études pratiques de l'Académie empêcha le vœu de M. Gerdy d'être accompli. Le mémoire ne fut pas imprimé.

C'est pour répandre, dans l'intérêt de ses frères de tous les pays, le plaidoyer dans lequel il réfutait les assertions d'Itard, et pour suppléer à la publicité qu'il ne pouvait trouver dans les savants recueils de l'Académie, que M. Berthier s'est décidé à livrer à l'impression la *réfutation* que nous avons sous les yeux, et qu'il a fait suivre du rapport remarquable de M. Gerdy.

Nous ne pouvons, dans les quelques lignes que nous consacrons à ce compte-rendu, faire entrer l'analyse du mémoire de M. Berthier. Les réponses qu'il fait aux assertions d'Itard sont accompagnées de développements trop nombreux, de raisonnements trop serrés et trop substantiels pour qu'il soit possible d'en donner même une idée succincte. Contentons-nous de dire qu'Itard, bien que médecin des sourds-muets pendant quarante ans, mais resté tout à fait étranger à leurs études, avait voulu rabaisser au niveau presque de l'*animalité* les sourds-muets les plus distingués, par cette raison que l'absence de l'ouïe les met en dehors du monde civilisé et les empêche d'acquérir les notions morales et métaphysiques que le langage seul, à son avis, pouvait fournir, et que M. Berthier prouve de la manière la plus péremptoire par le raisonnement et par les faits qu'il y aurait la plus grande injustice à vouloir maintenir dans cette position inférieure le sourd-muet cultivé par l'éducation. Après la lecture de son livre, on reste profondément convaincu, avec le savant rapporteur, que, quelque faible que soit l'intelligence du sourd-muet, pourvu qu'il ne soit pas idiot, il sera toujours infiniment supérieur même aux animaux les plus intelligents.

Si, à l'époque où nous vivons, il restait encore quelques partisans des idées d'Itard sur les sourds-muets, le mémoire de M. Berthier suffirait pour leur donner un exemple irrécusable de l'élévation des sentiments auxquels peuvent atteindre ces membres infortunés de la grande famille humaine, et de la haute portée de leur intelligeuce.

Recherches pour servir à l'histoire médicale de l'eau sulfureuse de Labassère (Hautes-Pyrénées); par M. le docteur Louis CAZALAS, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran.

L'eau minérale sulfureuse de Labassère, dont la découverte remonte seulement aux premières années de ce siècle, est eocore généralement peu connue, et cependant elle paraît, d'après les rapports des médecins et des malades qui ont eu l'occasion de l'employer, douée de qualités assez précieuses pour mériter d'occuper une place dans la thérapeutique. Conduit par le basard à les expérimenter en 1849, pendant un séjour qu'il fit à Bagnères, M. Cazalas, l'un des membres les plus distingués du corps des officiers de santé militaire, a pu répéter depuis, sur une assez grande échelle, dans les hôpitaux, de premiers essais insuffisants, et il publie aujourd'hui sur ce sujet un travail que l'honorabilité bien connue de son auteur met à l'abri de tout soupçon d'indulgence et de partialité.

De nombreuses expériences faites sur l'homme sain d'abord, puis sur l'homme malade, l'ont conduit à reconnaître les faits suivants, par lesquels peut se résumer le mémoire que nous examinons.

considérable, au moins immédiate. Ainsi l'affection est d'abord restée stationnaire pendant trois jours, puis elle a pris une marche rétrograde assez rapide, au point que, le 26, le malade sortait du service, sur sa demande, presque complétement guéri; il ne conservait qu'un peu de roideur des jambes, qui, selon toute probabilité, a dû disparaître rapidement.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Du rôle de l'utérus au moment d'une opération césarienne pratiquée pendant l'éthérisme produit à l'aide du chloroforme.

Par le docteur Ed. Simonin,

Directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

Mme B..., d'une constitution chétive, âgée de trente-cinq ans, est accouchée heureusement trois fois. Les deux dernières couches ont eu lieu treize ans et quatre mois avant la quatrième grossesse dont il va être question. Depuis le deuxième accouchement, suivi de l'allaitement, et après le troisième accouchement surtout, une déviation de la colonne vertébrale est survenue, de telle sorte que la taille s'est raccourcie d'environ vingt centimètres. Une hernie ombilicale s'est aussi alors révélée. Une quatrième grossesse survint, et Mme B... se trouva à terme le 15 décembre 1850.

Une sage-femme, appelée pour assister Mme B... dans sa couche, reconnut une étroitesse extrême du bassin, et fit appeler M. le docteur Grandjean, qui constata, le même jour, l'infiltration des membres inférieurs et une tuméfaction considérable des parties génitales externes. L'abdomen faisait une saillie très prononcée, et une antéversion de l'utérus était évidente. Le même jour, la poche des eaux se rompit sans douleur. Dans la grossesse précédente, ce fait avait eu lieu trois jours avant l'accouchement.

Le lendemain, 16 décembre, les douleurs de l'accouchement se déclarèrent au commencement de la nuit.

Une consultation eut lieu à une heure du matin, et MM. Grandjean, Ed. Simonin, Lemoine père et Lemoine fils constatèrent l'état suivant:

Contraction énergique de l'utérus, décelée par les phénomènes habituels en pareil cas, accompagnée de cris; quantité assez considérable de sang écoulé par la vulve, dont la tuméfaction a pris d'énormes proportions; pouls faible, donnant 110 pulsations; anxiété très vive.

Au toucher extérieur, on reconnait une proéminence anormale de la symphyse du pubis, et le doigt introduit entre les branches montantes de l'ischion fait reconnaître qu'elles sont rapprochées l'une de l'autre: de telle sorte qu'entre les ischions un doigt seulement peut être horizontalement placé, qu'entre les branches un seul doigt peut pénétrer en se portant vers la symphyse jusqu'au milieu de l'espace compris entre les branches montantes, qui sont déformées. En arrière, le sacrum offre une saillie rendue très apparente par la courbure de la colonne lombaire, portée si fortement en avant que le diamètre antérieur du grand détroit est altéré.

Les trochanters semblent offrir moins de relief que d'habitude. Toutefois, la malade observe que l'écartement extrême des jambes, qui est alors constaté, est en partie accidentel et tient au gonflement des parties génitales.

Le doigt ne peut pénétrer suffisamment dans le vagin pour rencontrer le col de l'utérus. La vie de l'enfant est constatée par ses mouvements bien ressentis par la mère, et par l'auscultation faite entre l'ombilic et la crête iliaque gauche.

Il est évident pour les médecins consultants que, dans le cas en question, la période dans laquelle se trouve la malade réclame l'intervention de l'art. Pour bien motiver une résolution définitive, on décide qu'un examen nouveau aura lieu par le vagin, et qu'afin de ne point renouveler des douleurs intolérables pour Mme B..., une éthérisation précédera le toucher.

Première éthérisation. — La malade est placée en travers sur son lit; les jambes sont écartées, et les pieds reposent sur des chaises; la tête est légèrement soulevée. M. Simonin verse dans l'appareil à soupapes sphériques de M. Charrière environ 4 grammes de chloroforme. Après les précautions usitées pour calmer l'anxiété de la respiration, les mouvements inspiratoires ont lieu légèrement, sans toux, sans anxiété. Après dix minutes, la perversion de l'intelligence apparaît; les yeux sont fermés. Des piqûres faites à la main droite et à la tempe prouvent la persistance de la sensibilité. Le pouls reste fréquent sans acquérir de force. La conscience étant visiblement abolie, on introduit la main entre les grandes lèvres, qui augmentent de plus de cinq travers de doigt la longueur du vagin.

Il n'est pas possible de reconnaître le sommet du sacrum, non plus que la position du col utérin. Pendant ce toucher la malade s'agite et l'organisme réagit visiblement; mais au réveil, Mme B... n'a aucun souvenir du toucher, et ne se souvient que de piqûres sans pouvoir préciser leur siége.

Il résulte de l'investigation ainsi pratiquée la conviction pour tous les assistants de l'impossibilité où l'on se trouve de délivrer cette malheureuse femme par les voies naturelles, et l'opération césarienne est considérée comme la seule chance qui reste à la fois à la mère et à l'enfant.

Mme B..., bien que soupçonnant quelques détails de l'opération qui lui est proposée, s'y soumet avec confiance, en invoquant les bienfaits de l'éthérisation. On n'apporte aucun retard dans l'accomplissement des résolutions prises. Il est deux heures du matin.

Seconde éthérisation. — La malade est placée sur un lit dans le décubitus dorsal.

M. Ed. Simonin verse en trois fois dans l'appareil environ 15 grammes de chloroforme.

L'éthérisation est faite avec lenteur; elle dure dix minutes. Au début, le pouls, faible, donne 120 pulsations.

Troisième minute. Des paroles incohérentes annoncent l'état de perversion intellectuelle, qui est accompagné d'une légère agitation.

En ce moment la respiration et la circulation ne paraissent pas augmenter de fréquence.

Quatrième minute. Insensibilité de la main droite aux piqûres; réaction du muscle orbiculaire droit pendant cette expérience.

Quatre minutes trente secondes. Insensibilité à la tempe et au front. L'opération est commencée par M. Grandjean, alors que M. Simonin continue l'éthérisation.

Opération. — M. Grandjean porte son bistouri à deux travers de doigt au-dessus de l'os pubis gauche, et commence une incision légèrement courbe, ayant sa convexité en dehors, s'élevant jusqu'au-dessus de l'ombilic, et comprenant successivement la peau, les muscles, le péritoine, soulevés au moyen d'une sonde cannelée, et formant ensemble une paroi abdominale peu épaisse. L'utérus fait immédiatement hernie. Cet organe apparaît offrant une coloration blanc-bleuâtre rappelant celle du tissu des ventricules du cœur lorsqu'ils sont parfaitement exsangues. Les intestins qui l'entourent sont contenus à l'aide des mains. L'utérus est incisé parallèlement à la plaie abdominale. L'incision porte à la fois sur le tissu musculaire de l'organe et sur le placenta en partie décollé.

Les membranes sont percées en regard de la plaie. L'enfant est trouvé dans la seconde position, et présente les fesses à l'ouverture faite à l'utérus.

L'enfant, du sexe masculin, est saisi par les pieds, extrait de la matrice, séparé de sa mère et pousse immédiatement des cris éclatants.

On remarque qu'en un instant l'enfant rend une partie du méconium. Aucune artère tégumentaire ou musculaire ne donne de sang.

La délivrance est immédiatement effectuée. Le rôle de l'utérus, pendant la manœuvre opératoire, est important à noter, surtout en le rapprochant des phénomènes de l'éthérisation. Au début de l'opération, l'intelligence, les sens, la sensibilité générale étaient complétement éthérisés. Cet éthérisme ne cessa point par le fait de l'opération césarienne, pendant laquelle la couleur de l'utérus n'a pas varié. La contraction générale de l'utérus fut évidente pendant l'incision, et alors que le tronc de l'enfant venait de franchir l'ouverture artificielle, cette incision était raccourcie d'environ trois travers de doigt, et de telle sorte que la tête eut peine à franchir l'ouverture faite à la matrice déjà contractée sur le cou.

La malade, pendant toute l'opération, ne fit pas le plus léger mouvement; elle paraissait réduite à l'état de cadavre. Après l'extraction de l'enfant l'éthérisation fut suspendue pendant quelques secondes; mais en ce moment des contractions musculaires étant apparues aux membres supérieurs, et faisant craindre une difficulté dans la réduction des intestins échappés de l'abdomen, l'éthérisation fut reprise. La contraction musculaire dont il vient d'être question disparut rapidement, et celle des parois abdominales ne fut pas visible. On procède à la réduction des intestins. Les lèvres de l'incision abdominale sont rapprochées; quatre épingles sont placées et supportent des sutures entortillées. Un suintement très léger de sang a lieu par la partie inférieure de l'incision. Quelques compresses placées sur l'abdomen sont maintenues par un bandage de corps.

L'éthérisation ne fut cessée qu'après la dernière suture. Depuis assez longtemps on n'avait pas remis de chloroforme dans l'appareil. Au moment où l'appareil fut retiré le pouls avait notablement faibli; la respiration avait diminué de fréquence et d'énergie; de telle sorte que, pendant quinze secondes environ, les soupapes de l'appareil se soulevaient à peine. Jusque-là la persistance de la contraction des muscles masséters avait paru éloigner l'idée d'un danger dans l'éthérisation.

Le ronchus n'était point apparu; il n'existait pas de mucosités bronchiques, et la sécrétion salivaire ne paraissait pas augmentée.

En ce moment les pupilles étaient extrêmement contractées; leur diamètre n'offrait pas plus de 1 millimètre et demi d'étendue. La figure était pâlie; les lèvres étaient décolorées. Il n'y avait pas de sueur à la peau. Lorsque l'oreille était approchée de la bouche, on percevait le bruit léger d'une respiration régulière. Après la fin de l'éthérisation l'éthérisme persista pendant environ 30 secondes au degré qui vient d'être signalé.

L'air de l'appartement fut alors renouvelé. Une ventilation fut établie, à l'aide d'un éventail improvisé, devant la bouche de la malade, dont la tête se trouvait sur le même plan que le tronc, les masséters se détendent alors. Pendant quelques piqûres faites sur la partie droite du front, une légère contraction du muscle orbiculaire a lieu, et des soupirs se font entendre. En ce moment le corps n'avait pas encore quitté la position prise avant l'éthérisation. Des piqûres faites aux mains motivent leur léger déplacement.

Une minute après le réveil de la sensibilité les yeux s'ouvrent naturellement; les pupilles sont largement dilatées, et ne se contractent que très peu sous l'influence de la lumière.

A l'annonce de sa délivrance par une opération qu'elle avait totalement ignorée, elle répond par ces seuls mots: « Ah! cela est bien commode. »

Pendant la nuit, sommeil vague, douleurs dans l'abdomen rappelant les douleurs de l'accouchement; cris; quatre vomissements en sept heures; douleur à la plaie de l'abdomen.

La malade doutant de l'opération se fait apporter son enfant, que l'on avait éloigné pour que ses cris ne privassent pas la mère du sommeil. Absence d'urine.

Le 16 décembre au matin, pupilles moins contractées que la veille; pouls à 108 pulsations; langue humide; quelques heures de sommeil; saveur du chloroforme assez pénible.

Continuation des douleurs. — Eau gazeuse.

Les linges sont fortement teints de sang dans la journée. Vers le soir on visite la plaie. Une anse intestinale est passée entre deux points de suture. Une nouvelle épingle est placée et maintenue à l'aide de la suture entortillée. Légère sécrétion urinaire; écoulement de sang par le vagin; vomissements fréquents pendant la nuit; affaiblissement de l'intelligence.

Le 17 décembre, enflure des parties sexuelles très diminuée.

Mort à neuf heures du matin, trente-six heures après l'opération.

L'eau minérale sulfureuse de Labassère provient de sources froides d'une température à peu près constante; d'une odeur hépatique, d'une saveur douce et peu désagréable, elle contient, d'après des analyses dignes de foi, une forte proportion de sulfure de sodium (44 milligrammes par litre) et une très faible quantité de sels calcaires. Riche en chlorures, elle renferme également en notable proportion de la silice et de l'iode.

Contrairement aux eaux sulfureuses chaudes de Bonnes, de Cauterets, etc., qui s'altèrent par le refroidissement, le contact de l'air et le transport, elle se fait remarquer par sa stabilité, qui la rend précieuse pour l'exportation et en permet l'usage dans les pays les plus éloignés de sa source. M. Cazatas a constaté que plusieurs mois après avoir été puisée elle conservait la même composition, la même énergie d'action que celle que l'on employait sur les lieux même où on la recueille.

C'est principalement en boisson qu'on l'emploie contre les affections chroniques des bronches, les toux convulsives, les congestions passives du poumon, la laryngite chronique, et surtout dans la pellagre, cette redoutable affection dont la guérison semble défier les ressources de la médecine; enfin dans toutes les maladies contre lesquelles on fait usage des eaux que nous venons de signaler il n'y a qu'un instant.

Nous venons de dire que c'est principalement en boisson qu'on fait usage de l'eau de Labassère, et la chose est facile à comprendre; pour être employée pour bains et lotions, on serait obligé d'en élever artificiellement la température, et une grande partie des principes sulfureux se perdrait par cette opération.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails qu'il donne sur la manière d'en faire usage. Elle est assez énergique pour que son emploi exige beaucoup de sagesse et de prudence, et que le médecin soit toujours consulté par tes malades qui voudront s'y soumettre.

Nous ne sommes pas, on le sait, trop porté en général à faire l'éloge des eaux minérales, desquelles il nous semble que, dans ces derniers temps, on a singulièrement abusé; mais lorsqu'un agent thérapeutique de cette classe se produit sous le patronage d'un homme aussi consciencieux et aussi instruit que M. Cazatas, aussi connu par ses travaux sérieux, nous ne craignons pas de dire à nos confrères: Essayez par vous-mêmes sur la foi de cette autorité; peut-être trouverez-vous ici des ressources précieuses, et dans tous les cas, à coup sûr, vous n'aurez pas lieu de vous en repentir.

Dr A. F.

Essai historique descriptif sur la maladie de Bright. (En espagnol.)

Sous ce titre, un docteur espagnol, M. A. de Gracia y Alvarez, vient de publier dans ces dernières années une excellente monographie pleine d'érudition et de bonne critique. Ce travail est divisé en trois parties. La première est consacrée à la description; dans la seconde sont rapportées un certain nombre d'observations; enfin la troisième renferme des notes historiques et bibliographiques.

Nous n'avons qu'à applaudir au discernement et à l'exactitude dont l'auteur a fait preuve dans les deux dernières parties. Nous insisterons davantage sur la description.

M. Alvarez a distribué les détails de cette description dans quinze chapitres, dont tes détails suivent:

1° Définition, synonymie, nom, étymologie;
2° Chimie organique divisée en deux articles, analyse du sang et analyse de l'urine;
3° Anatomie pathologique;
4° Etiologie;
5° Symptomatologie;
6° Diagnostic;
7° Pronostic;
8° Marche de la période aiguë;
9° Marche de la période chronique;
10° Durée;
11° Terminaisons et complications;
12° Convalescences, rechutes, récidives;
13° Nature de la maladie;
14° Classification nosologique;
15° Thérapeutique.

Le chapitre *Chimie organique*, qui renferme tout ce qui a rapport aux altérations du sang et de l'urine, n'est, à vrai dire, qu'une portion du chapitre Ve, consacré à la symptomatologie. Mais l'auteur a eu raison de faire ainsi ressortir des symptômes aussi importants de la maladie de Bright. C'est une occasion, d'ailleurs, dont il a largement profité pour indiquer la composition du sang et de l'urine à l'état normal, et pour montrer combien le pathologiste doit désormais s'attacher à l'étude de l'altération des fluides.

Ce travail, on le devine d'après son titre, consiste surtout dans une analyse raisonnée des ouvrages écrits sur la maladie de Bright, et des articles consacrés à l'étude de cette maladie dans les traités de pathologie. L'auteur a d'ailleurs contrôlé par ses propres observations les opinions émises avant lui. Instruit par la lecture et la clinique, il a rendu un grand service aux médecins espagnols, en réunissant dans un petit nombre de pages tout ce qu'il est indispensable de savoir sur un sujet aussi important. Le service est d'autant plus grand, qu'il a eu presque toujours à puiser dans des ouvrages étrangers. Les auteurs français, nous le disons avec fierté, ont amplement fourni à sa récolte.

Mais reconnaissons aussi que le mouvement scientifique commence en Espagne et rendons justice à l'ardeur avec laquelle nos voisins vont chercher partout les éléments d'une instruction solide et variée. De tels germes ne peuvent pas manquer de fructifier dans des imaginations vives et des jugements droits.

O.

Autopsie cadavérique pratiquée 30 heures après la mort.

Apparence extérieure. — Taille, 1 mètre 45 centimètres. Le sternum est porté fortement en avant. La colonne vertébrale offre trois courbures de droite à gauche. La saillie des trochanters est moins forte qu'à l'état normal.

L'incision pratiquée a une longueur de 11 centimètres et demi. Elle porte moitié au-dessus, moitié au-dessous de l'ombilic.

Les sutures sont enlevées.

La tête et la poitrine ne sont point ouvertes.

Abdomen. — Collection de sang dans le péritoine; estomac et intestins sains; vessie vide.

L'utérus offre l'incision sur son front à droite. Cette incision n'a plus que 4 centimètres d'étendue; fibres de la matrice offrant la teinte blanchâtre reconnue à la lumière lors de l'opération. Ovaires petits, offrant de nombreuses cicatrices; vagin allongé d'une manière remarquable, et faisant suite immédiatement à la matrice sous forme d'un vaste sac, sans qu'on puisse reconnaître la séparation du col d'avec le vagin autrement que par l'épaisseur et la composition musculaire du tissu de la matrice fort élevée au-dessus de ce sac, puisque cet organe se trouvait complétement au-dessus du détroit supérieur. La sage-femme, présente à l'autopsie, déclare que, onze mois avant, Mme B..., se croyant enceinte à tort, s'était soumise à une investigation pendant laquelle le col n'avait pu être atteint. On avait cru reconnaître la pointe du sacrum.

Conformation du bassin. Forme générale: — Par suite d'une difformité des os pubis, qui font en avant une énorme saillie, le plan de la cavité intérieure du bassin présente avec une exactitude parfaite la forme du cœur des cartes à jouer.

Viciations spéciales. Sacrum et coccyx. — La base de cet os est portée plus en avant qu'il n'est habituel. Cet os est, par l'exagération de sa courbure normale, plié sur lui-même, de telle sorte que la pointe du coccyx remonte jusqu'à la partie antérieure de l'articulation du sacrum avec la cinquième vertèbre lombaire; un intervalle d'un demi-centimètre seulement sépare le coccyx du corps de cette cinquième vertèbre lombaire. Le rapprochement extraordinaire de ces deux parties tient presque autant au mouvement de bascule opéré d'arrière en avant par la base du sacrum qu'à l'élévation du coccyx lui-même.

Le corps des deux dernières vertèbres lombaires surplombe encore en avant de la base du sacrum.

Os des iles. — La crête iliaque est déformée; les deux tiers postérieurs du bord supérieur de l'os sont pliés à angle droit sur l'os lui-même, et le mouvement qui a eu lieu en dedans du bassin a commencé, en arrière, presque à la moitié de la hauteur de la fosse iliaque externe.

La partie antérieure du bord supérieur des os des iles, les parties nommées bords iliaques antérieurs et supérieurs sont au contraire déjetées en dehors et tendent à être presque horizontalement placées.

Les pubis, à 2 centimètres du bord interne de la cavité cotyloïde, sont pliés presque à angle droit. La symphyse des pubis est en conséquence fortement portée en avant; son extrémité la plus antérieure est à 4 centimètres en avant de la courbure anormale qui vient d'être signalée.

Du changement de direction des pubis, portés directement en avant, il résulte que les trous sous-pubiens sont adossés dans la moitié interne de leur étendue.

Les bords internes et supérieurs des cavités cotyloïdes, rapprochés par conséquent l'un de l'autre, ne sont séparés que par une distance de 6 centimètres. Les branches ischio-pubiennes sont difformes, tordues en forme d'S très allongées.

Les points les plus inférieurs des ischions ne sont séparés que par la distance de 6 centimètres, et 7 centimètres seulement séparent les épines ischiatiques. Les ischions se trouvent au-dessous des trous sous-pubiens.

En résumé, rapprochement des cavités cotyloïdes, symphyse pubienne formant une énorme proéminence, ischions rapprochés de telle sorte que le doigt est arrêté entre les branches ischio-pubiennes rapprochées et n'étant en bas séparées que par l'espace d'un centimètre; au niveau même des ischions, proéminence considérable de la colonne lombaire.

Etendue des détroits et diamètres. — Diamètre sacro-pubien. En mesurant de la partie antérieure et supérieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire abaissée jusqu'au niveau de la symphyse pubienne, on trouve 6 centimètres et demi du corps de cette vertèbre à la partie interne de la symphyse des pubis. Mais si on observe que la symphyse est portée en avant et que les pubis, dans leur partie moyenne, ne sont, par suite de leur déviation, distants l'un de l'autre que de l'étendue de 2 centimètres, il faut diminuer le diamètre de plus de 3 centimètres et demi.

Le diamètre transversal a 10 centimètres en le faisant passer au-devant de la quatrième vertèbre, qui n'est séparée de la cavité cotyloïde gauche que par une étendue de 2 centimètres et demi.

Le diamètre oblique droit a 9 centimètres et demi. Le gauche a 10 centimètres et demi.

Ce dernier diamètre ne peut être pris en ligne droite, à cause de l'inclinaison de la quatrième vertèbre lombaire, qui se présente par son côté antérieur et gauche sur la ligne fictive représentée par ce diamètre.

La seule inspection du bassin prouve que le détroit supérieur ne peut permettre le passage du produit de la conception.

Il explique aussi comment a dû se déplisser le col de la matrice retenue au-dessus du détroit supérieur.

Détroit inférieur. — On ne peut plus prendre le diamètre antéro-postérieur du coccyx pubien au-dessous de l'arcade du pubis; il faut rationnellement le prendre, d'une part, à 6 centimètres au-dessous de cette arcade (à cause du rapprochement des branches montantes), et, de l'autre, au sommet du coccyx placé devant la cinquième vertèbre lombaire. Ce diamètre a 8 centimètres et demi.

Le diamètre bis-isebiatique a 5 centimètres et demi. Les diamètres obliques, rasant les os déviés, ont chacun 9 centimètres et demi.

Le 15 décembre 1851, l'enfant est encore vivant.

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ARSENIC.

L'arsenic, dont l'usage médical paraît être répandu, dès la plus haute antiquité, dans l'Inde et chez les Chinois, a surtout été employé depuis le seizième siècle par les médecins allemands, anglais, français et italiens.

L'histoire thérapeutique de cet agent *héroïque* est certainement une des plus intéressantes. Des milliers de faits attestaient depuis longtemps déjà l'efficacité des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes, quand l'expérience enseigna qu'elles pourraient être aussi d'un grand secours contre les maladies de la peau. On savait d'ailleurs que, dans l'Inde, on préconisait la valeur de l'arsenic contre les maladies les plus graves, et notamment contre l'éléphantiasis.

En 1817, Biett, répétant à l'hôpital Saint-Louis les expériences dont il venait d'être témoin dans les hôpitaux de Londres, introduisit pour la première fois en France les préparations arsenicales dans le traitement des maladies de la peau, et traça du premier coup, pour leur emploi, des règles auxquelles on n'a rien eu à modifier depuis.

Les préparations arsenicales, malgré leur valeur incontestable dans la thérapeutique cutanée, ne sont pas applicables au traitement de toutes les maladies de la peau. Elles sont surtout avantageuses dans les affections essentiellement chroniques, à forme sèche, le *psoriasis*, la *lèpre vulgaire*; dans des éruptions d'un autre ordre, qui, après avoir résisté au traitement rationnel et pris droit de domicile, si l'on peut dire ainsi, affectent une opiniâtreté qui semble tenir à des conditions locales idiopathiques de la peau: dans le *lichen* chronique, et surtout dans certaines formes de l'*eczema*.

Elles constituent le traitement le plus énergique de l'*éléphantiasis des Grecs*.

On a obtenu aussi de bons effets de l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des maladies vénériennes, et notamment des *syphilides* tuberculeuses et squameuses.

Nous avons déjà dit qu'on s'accorde généralement à attribuer à l'arsenic l'efficacité de certaines décoctions (de Felz, d'Arnault, etc.), dans lesquelles il entre une plus ou moins grande quantité d'antimoine.

IODURE D'ARSENIC.

Pilules de Thompson.

Iodure d'arsenic.	0,05
Extrait de ciguë.	1,20

F. s. a. pour dix pilules.
A prendre toutes les huit heures.

Cette formule, très active, a surtout été employée contre la lèpre.

M. Donavan a préconisé l'iodure double d'arsenic et de mercure, qui est un composé, à parties égales, d'iodure d'arsenic et de bi-iodure de mercure, dans le traitement de la *lèpre*, du *psoriasis*, du *lupus*, des *affections syphilitiques*.

Potion antisyphilitique de Donavan.

Solution (1) d'iodo-arsénite de mercure.	4,0
Eau distillée.	80,0
Sirop de gingembre.	15,0

F. s. a. (Bouch.)

TRAITEMENT

des migraines et des névralgies faciales,

Par J.-J. Cazenave,
médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine de Paris.

Jusqu'ici on a vainement cherché un médicament qui pût toujours calmer les douleurs hémicrâniques, la névralgie orbito-frontale, connue sous le nom de migraine, et les douleurs déchirantes, les fulgura doloris de la névralgie faciale.

A moins d'indications particulières, et depuis près de deux ans je traite ces deux névroses avec des succès très marqués, en usant d'une pommade dont voici la formule:

Chloroforme pur.	12	grammes.
Cyanure de potassium.	10	id.
Axonge récente.	60	id.

Cire, suffisante quantité pour obtenir la consistance d'une pommade.

Je sais que le cyanure de potassium a été employé avec succès dans la névralgie faciale par Lombard (de Genève). Toutefois, dans les expériences comparatives que j'ai faites, tantôt avec ce médicament seul, employé en topique, selon les données fournies par le savant médecin suisse (*Archives générales de médecine*, tome XXVI, page 425), et tantôt avec la pommade dont je viens de donner la formule, j'ai obtenu des résultats tout à fait différents. C'est ainsi qu'un tiers à peine des malades chez lesquels je n'ai employé que le cyanure de potassium a été fort peu soulagé, tandis que tous ceux que j'ai traités de la migraine ou d'une névralgie faciale par la pommade ont été les uns (près des deux tiers) guéris, et les autres (un tiers) très notablement soulagés.

Tels sont les résultats de mon expérience personnelle, que j'ai hâte de voir se confirmer dans les mains de ceux de mes confrères qui voudront bien prendre la peine de suivre les instructions que je prends la liberté de leur donner.

Voici ces instructions:

Il faut prendre le soir, en se couchant, gros de la pommade comme deux œufs de pigeon, l'étendre sur la paume des mains, et en induire les cheveux en tous sens. Dès que cette opération est terminée, et il faut y procéder très rapidement, on couvre la tête avec un bonnet en taffetas ciré et à coulisse, afin que la volatilisation du chloroforme soit à peu près nulle. En opérant de la sorte, les cheveux et le cuir chevelu sont enduits de pommade pendant douze heures, et on recommence de la même façon, plus ou moins souvent, selon que les douleurs cèdent rapidement ou lentement.

Bien que j'aie toujours obtenu d'excellents effets de l'application de la pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, l'expérience m'a appris qu'il fallait persévérer dans l'usage de ce moyen, malgré la disparition des douleurs, et cela parce que les rechutes sont faciles, si l'on ne prend pas de grandes précautions pour les éviter.

La pommade sur l'emploi de laquelle je viens de donner quelques indications a toujours été préparée depuis deux ans, et d'après ma formule, par notre excellent chimiste M. Fauré (de Bordeaux), et se conserve six mois sans altération.

(1) Soluté d'iodure double d'arsenic et de mercure modifié par Soubeiran: iodure d'arsenic, 1,0; iodure de mercure, 1,0; eau distillée, 98,0.
Cette liqueur contient 1/100 de chaque iodure.

MOYEN

pour reconnaître la présence de l'iode dans les urines.

M. Orwan, pharmacien à l'hôpital militaire d'Anvers, a fait connaître récemment (*Journal de pharmacie* d'Anvers, septembre 1851), le procédé suivant pour la recherche de l'iode dans les urines.

On met dans un verre à expériences une certaine quantité de l'urine qu'on suppose contenir de l'iode ou l'un de ses composés, et l'on acidule légèrement par de l'acide sulfurique; on verse dans cette liqueur quelques gouttes d'une solution de chromate de potasse, faite dans la proportion de 5 centigrammes de ce sel et de 15 grammes d'eau distillée; on agite le mélange, et l'on y trempe une bande de papier amidonné. En moins d'une minute la bande acquiert une couleur due à la formation de l'iodure d'amidon.

Note. — Ce procédé réussit bien et est peut-être aussi sensible que celui que j'ai décrit dans mon travail sur l'urine (*Journal de chimie médicale*, 1850 et 1851) et qui a été mis en pratique par M. A. Becquerel pour rechercher la présence de l'iodure de potassium dans l'urine des scrofuleux soumis à ce traitement à l'hôpital des Enfants. Mais il présente les inconvénients de colorer un peu trop les liquides essayés et de pouvoir fournir dans certaines circonstances, en raison de la présence des composés chromiques, des phénomènes de coloration étrangers à ceux qui sont occasionnés par l'iode.

C'est un motif puissant pour que l'emploi du chlorate de potasse ou de tout autre sel blanc analogue soit préféré non-seulement à l'essai par le chromate de potasse, mais encore à l'essai par tous les autres réactifs analogues, et qui, comme le manganate de potasse, par exemple, pourrait occasionner dans certains cas des colorations étrangères à la réaction de l'iode sur l'amidon, colorations si faciles à obtenir avec de pareils sels, surtout quand on opère, d'une part, sur des matières organiques, et d'autre part, en présence de l'acide sulfurique.

E. Cottereau.
(*Journ. de chim. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 janvier 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Belhomme expose à la Société quelques réflexions sur plusieurs cas de folie causée par les changements politiques et les commotions vives venant frapper brusquement des individus déjà prédisposés. J'ai vu, dit M. Belhomme, une demoiselle âgée de quarante-trois ans devenir folle en apprenant certaine arrestation qui a suivi l'acte du 2 décembre. Un légitimiste fut tellement satisfait de ce coup d'Etat, que ses facultés intellectuelles en ont été profondément modifiées. Sa mémoire a disparu; de loquace qu'il était, il est devenu impuissant à coudre deux phrases ensemble; les mots lui échappent; il ne peut plus les retrouver, et se met en fureur de ne pouvoir parler. Aujourd'hui une certaine amélioration est survenue; la mémoire a reparu en partie; mais la lecture d'un journal ou une lettre à écrire sont choses tout à fait impossibles. Je citerai un autre fait de folie par commotion subite. Un homme employé à l'ambassade d'Autriche, et adonné depuis longtemps à des excès alcooliques, se persuade qu'il doit gagner le lingot d'or. Le tirage a lieu; son rêve n'est pas réalisé; il devient fou.

Ces faits de folie survenant sous l'influence de commotions violentes et rapides sont assez communs, ajoute M. Belhomme, et depuis vingt ans chaque émeute a fourni un contingent aux maisons d'aliénés. Mais, en général, en pareil cas, les personnes atteintes offraient depuis plus ou moins longtemps certaines prédispositions.

M. Boyer. Je trouve ces trois cas fort remarquables. Seulement, je ferai observer à notre confrère qu'un de ces fous l'est devenu à la suite d'une vive satisfaction, et les deux autres par un sentiment inverse. Il est difficile d'ailleurs de comprendre comment un légitimiste a pu être si satisfait des événements de décembre.

M. Belhomme Si ce n'est pas le coup d'Etat en lui-même qui a produit, chez le légitimiste dont je vous ai parlé, une vive satisfaction, c'est du moins le renversement de l'assemblée et la ruine du parti socialiste. Ce malade a été atteint de phénomènes graves du

côté du cerveau, et il est à craindre qu'il ne recouvre jamais la plénitude de ses facultés.

M. Magne demande à M. Belhomme si les folies par commotion politique présentent les caractères d'une folie spéciale.

M. Belhomme. Lors des événements politiques, la folie se manifeste, parce qu'une place a été perdue, parce qu'un avenir est sacrifié, ou par frayeur; il s'agit presque toujours d'une folie aiguë; parfois un épisode a eu lieu qui a frappé l'imagination de l'aliéné, et qui est sans cesse présent à son esprit. Ainsi, une dame avait vu emporter d'assaut un poste militaire; devenu folle furieuse, elle avait toujours devant les yeux des soldats qui venaient pour l'assassiner.

M. Guersant cite un fait analogue à celui de M. Belhomme. Après le 2 décembre, un homme exalté se persuade que des personnes influentes dans le ministère, et le président lui-même, vont lui donner une place importante; cet homme est aujourd'hui à Charenton.

M. Masson raconte qu'étant au collége il allait voir à Bicêtre un homme qui avait fait partie de la bande des chauffeurs, et qui était fou et enchaîné. Chaque fois que, par malice, les collégiens faisaient sonner leur monnaie de poche, le fou devenait furieux, grinçait des dents et essayait de lancer des projectiles. Plus tard, M. Masson assista à son autopsie. Les méninges étaient enflammées, teintes de sang, et cependant il n'y avait jamais eu de convulsions.

M. Belhomme explique que, dans le cas dont il est question, on avait affaire à un état chronique avec épaississement des méninges. Sur la demande de M. Duhamel, qui désire savoir si sous les influences politiques le nombre des fous est comparativement plus nombreux, M. Belhomme répond qu'en général ces influences agissent surtout sur les classes élevées de la société; que le nombre des fous augmente par conséquent dans les maisons de santé, mais qu'à Bicêtre et à Charenton il doit rester à peu près le même.

M. Caron a constaté, à la préfecture de police, plus de cas de folie depuis le 2 décembre que cela n'a lieu ordinairement.

M. Moret. Les révolutions ne sont pas toutes faites dans le même but; leurs différences se font-elles sentir dans les statistiques d'aliénés?

M. Belhomme expose que la seule différence existe dans la rapidité des événements. Plus la commotion est prompte, plus il y a de personnes atteintes de folie; mais, en général, il existait chez ces personnes des prédispositions.

— M. Bossu. J'ai été appelé, il y a quelque temps, à Saint-Mandé pour une dame habitant un rez-de-chaussée au nord. Je constate une douleur sans fièvre des muscles sous-épineux; je crois à un rhumatisme, et je prescris des frictions avec un liniment calmant.

Le lendemain, la douleur s'accroît et occupe une plus grande étendue; la malade est au lit. Point de fièvre. Songeant à un rhumatisme musculaire aigu, je fais appliquer quinze sangsues et des cataplasmes laudanisés.

Le troisième jour, même douleur; délire sourd; pouls à 112.— Sangsues à l'anus; aggravation des symptômes le soir. Je prescris une saignée et un purgatif. Je songe alors à la méningite cérébro-spinale qui règne épidémiquement dans certains régiments, et contre laquelle les antiphlogistiques ne réussissent pas. Peut-être aurais-je pu avoir recours à l'opium, mais je doute que c'eût été avec succès; je fis faire des frictions d'onguent napolitain à haute dose. En somme, la douleur continua d'occuper le cou et l'épaule; le pouls s'éleva à 125, et la malade mourut le cinquième jour. Je dois ajouter qu'il y a eu, à cette époque, une espèce d'épidémie de méningites cérébro-spinales; trois personnes, m'a-t-on dit, ont succombé rapidement, et M. Monneret en a observé un cas à Saint-Antoine.

M. Duhamel. J'ai rencontré plusieurs cas analogues. Le rhumatisme qui précédait n'avait pas toujours lieu vers la région cervicale. Un malade guérit assez brusquement d'un rhumatisme articulaire aigu, au genou et au pied, qui durait depuis un mois. Il va bien pendant quarante-huit heures; le cinquième jour, il est pris de délire, et meurt. A Argenteuil, un instituteur est pris d'un rhumatisme musculaire vers la région scapulo-humérale, et quarante-huit heures après le début surviennent le délire et bientôt la mort. Deux adultes atteints de douleur à la région cervicale sont saignés; des applications de quarante sangsues sont faites sur la colonne vertébrale: la mort a lieu après deux ou trois jours.

M. Bossu. Un rhumatisme peut se déplacer, je conçois parfaitement une métastase; mais il n'en a pas été ainsi chez mon malade, c'est immédiatement de plein coup, si je puis parler ainsi, que la douleur a envahi la région scapulo-humérale. Je désirerais, puisque j'ai parlé de l'opium, avoir l'avis de M. Terrier, qui a fait des travaux à ce sujet.

M. Terrier. Je ne puis reconnaître dans les faits cités par M. Duhamel une analogie avec l'observation rapportée par M. Bossu. Celle-ci me semble bien un fait de la méningite cérébro-spinale dont MM. Forget et Chauffour ont donné la description à la suite des épidémies de Strasbourg et d'Avignon, et dont M. Bailly a recueilli dernièrement plusieurs observations particulières dans les services de MM. Boudin et Vahu à l'hôpital militaire du Roule.

Cette affection, de nature inflammatoire, compliquée de phénomènes typhoïdes et ataxiques, a pour caractères particuliers de débuter par la somnolence avec ou sans céphalalgie et perte de connaissance d'autant plus prononcée que la maladie est plus grave. Bientôt après, rachialgie avec sensibilité souvent très vive à la région cervicale; impossibilité de fléchir la tête sur le tronc, soupirs plaintifs, immobilité complète avec tendance pour le tronc et les membres de céder à l'action des fléchisseurs; pouls petit, mou et par conséquent très dépressible, d'une fréquence variable; enfin constipation prononcée.

Je réponds actuellement à la question de M. Bossu: l'opium peut être donné à haute dose dans les conditions suivantes:

La première, d'habituer graduellement l'organisme, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique, à des doses graduées. On peut ainsi arriver à donner le chlorhydrate de morphine, soit à l'intérieur, soit par la méthode endermique, à la dose de 40 centigrammes par vingt-quatre heures. On est arrivé dans l'épilepsie à faire prendre à une malade 5 et 6 grammes d'extrait d'opium à l'intérieur en vingt-quatre heures.

La deuxième, de le donner d'emblée aux doses énormes de 2 grammes et plus d'extrait d'opium, ou 40 centigrammes de chlorhydrate de morphine: le premier par 50 centigrammes à la fois, le second par 1 décigramme en pilules ou bols, à quatre heures d'intervalle. A cette énorme dose, l'opium n'a été donné jusqu'à présent impunément que dans les cas d'affections aiguës des centres nerveux menaçant immédiatement la vie des malades et qu'on n'a pu enrayer jusqu'à présent par aucun autre moyen connu.

Dans l'un et l'autre cas, il peut se manifester des phénomènes graves d'intoxication, dont on préviendrait les conséquences funestes en insistant sur les moyens propres à dissiper le narcotisme jusqu'à ce qu'il n'en reste plus de trace, attendu que la science n'a pas encore déterminé combien de temps était nécessaire pour épuiser l'action toxique du poison; mais qu'il est certain que ces effets s'épuisent après un certain temps comme l'action toxique de tous les poisons végétaux.

Le secrétaire, Al. Magne.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 47. — MARDI 20 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 47. — MARDI 20 AVRIL 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

A NOS ABONNÉS ÉTRANGERS.

Le prix du transport des journaux ayant subi dans ces derniers temps d'assez notables modifications, nous prions nos souscripteurs étrangers de se conformer au tarif imprimé ci-dessus pour l'envoi du prix de leur abonnement.

SOMMAIRE. — PARIS. Nouveau cas d'opération césarienne. Statistique des grandes opérations. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Sur la dyspepsie muqueuse. — SAINT-ANTOINE (M. Chassaignac). Cancer de la gaîne des tendons. — Bons effets du nitrate d'argent contre le prurit des organes génitaux. — Société de chirurgie, séance du 17 avril. — ORLÉANS. Congrès scientifique de France. Section des sciences médicales, par M. Bally.

PARIS, LE 19 AVRIL 1852.

Nouveau cas d'opération césarienne.

STATISTIQUE DES GRANDES OPÉRATIONS.

Une nouvelle tentative d'opération césarienne vient d'être faite par M. Huguier à l'hôpital Beaujon, et cette tentative est venue fournir une preuve nouvelle de l'extrême danger que présentent les opérations semblables pratiquées dans les hôpitaux de Paris. Est-ce une raison suffisante pour déclarer, avec le savant professeur Gerdy, que l'opération césarienne *n'est plus de l'art*, et qu'il faut la repousser de toutes ses forces de la médecine opératoire ? Nous ne le pensons pas. M. Gerdy, comme beaucoup de ses collègues de l'Académie, est trop enclin à considérer Paris comme le thermomètre pratique de l'univers ; c'est là une grande erreur. Les nombreux exemples de guérison à la suite d'opérations césariennes communiquées depuis quelques années à l'Académie démontrent jusqu'à l'évidence à quel point les résultats de la pratique de Paris peuvent différer de ceux de province quand il s'agit de grandes opérations, et il est pour le moins fort singulier qu'on perde ces exemples de vue. En critiquant les orateurs qui, dans la dernière discussion académique, ont commis le même oubli, nous invitions l'Académie à demander à ses correspondants un relevé de toutes les opérations césariennes qu'ils auraient pratiquées ou dont ils auraient connaissance. Une telle statistique, lors même qu'elle serait très restreinte, aurait certainement une grande utilité, puisqu'elle fournirait un premier élément pour la solution d'un des problèmes importants de l'art obstétrical.

Au reste, l'opération césarienne n'est pas la seule sur laquelle on puisse désirer des renseignements statistiques précis ; toutes les grandes opérations sont dans ce cas. Lorsqu'on compare la statistique dressée par M. Malgaigne des opérations pratiquées dans nos hôpitaux à celle de M. Sédillot, qui porte sur un nombre déjà assez considérable d'amputations, on est frappé de l'immense différence qui existe entre les résultats de l'une et de l'autre. Or, quelque foi que nous ayons dans l'excellence des principes chirurgicaux de M. Sédillot, il ne nous est pas permis d'attribuer exclusivement à la supériorité de ces principes la différence qui nous frappe. Il nous paraît évident que la différence des résultats obtenus à Strasbourg et à Paris est due, au moins en partie, à des conditions de localité que nous n'apprécions pas encore. Cette opinion est d'autant plus probable, que la même différence s'observe entre les opérations césariennes pratiquées dans les hôpitaux de Paris et celles qui sont faites en province par tous les chirurgiens indistinctement, lesquels sont bien loin d'attribuer leurs succès à leur manière d'opérer et aux soins consécutifs qu'ils donnent à leurs malades.

L'enseignement qui découlerait des statistiques dont nous parlons serait loin d'être sans applications possibles. Pour ne parler que de l'opération césarienne, il est évident qu'une femme qui aurait la perspective d'être obligée de subir cette opération pourrait se transporter pour se faire opérer dans la localité où l'expérience aurait démontré que l'opération est la moins dangereuse. Beaucoup de malades qui doivent subir de grandes opérations seraient évidemment dans le même cas. Cet aperçu, qu'il serait facile de développer, suffit pour montrer tout l'intérêt qu'il y aurait pour la science et la pratique à ce que l'Académie entrât dans la voie que nous lui avons indiquée. — H. de Castelnau.

On nous communique, au nom du jury du concours pour deux places de chirurgiens dans les hôpitaux, la note suivante, que notre impartialité nous oblige à publier sans retard, et qui confirme si pleinement tout ce que nous avons dit et ce que nous aurons à dire encore sur le concours.

Deux lettres avaient été écrites à M. le secrétaire général de l'administration de l'assistance publique par six de MM. les candidats admis à subir la deuxième série des épreuves du concours ouvert pour deux places de chirurgien du Bureau central. La première de ces lettres annonçait que ces messieurs se retiraient de la lice ; la seconde exposait les motifs qui les engageaient à y rentrer. L'une et l'autre ont été insérées dans ce journal.

MM. les membres du jury, émus de la teneur de ces deux lettres, ont demandé que les signataires, avant de continuer les épreuves du concours, retirassent formellement l'une et l'autre.

Les candidats ont immédiatement rédigé, séance tenante, la déclaration suivante :

« Nous prions l'administration de regarder comme non » avenues les deux lettres que nous lui avons adressées.

» *Signé :* BOINET, BOYER, BROCA, DEPAUL,
» FOLLIN, RICHARD.

» 17 avril 1852. »

Les épreuves du concours seront reprises jeudi prochain, à deux heures, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Sur la dyspepsie muqueuse.

Parmi les malades qui sont dans nos salles, principalement parmi ceux qui y sont entrés depuis quelques jours, il en est plusieurs chez lesquels nous avons trouvé les affections que l'on connaît sous les noms d'état saburral des premières voies et de fièvre dyspepsique ; comme ces états morbides se présentent avec une fréquence de plus en plus grande à mesure que nous approchons de la saison d'été, époque de l'année où on les rencontre le plus souvent, nous croyons devoir entrer dans quelques détails sur les caractères auxquels ils se reconnaissent et sur la médication qu'ils réclament.

Dans l'état physiologique, le tube digestif, l'estomac et l'intestin grêle en particulier se trouvent en contact avec des produits de sécrétion qui prennent naissance d'un côté dans l'appareil crypteux de ses parois, de l'autre dans les organes glandulaires, le foie, le pancréas, les glandes salivaires qui constituent ses annexes. L'action normale de ces divers organes sécréteurs est une des premières conditions, la première peut-être, de l'accomplissement régulier des fonctions digestives ; vient-elle à se modifier, les digestions s'altèrent aussitôt. Le phénomène qui marque leur début, l'appétit, disparaît ; le goût éprouve une perversion en vertu de laquelle les aliments paraissent insipides ou pourvus d'une saveur désagréable ; ces deux ordres de modifications se révèlent d'une manière matérielle par les enduits muqueux que déterminent sur la langue et à la racine des dents les changements survenus dans la sécrétion des glandes par lesquelles sont tapissées les parois buccales. Les aliments ingérés dans l'estomac, ne rencontrant pas les liquides dont les qualités naturelles sont une condition indispensable à la perfection du travail digestif, subissent une élaboration nulle ou incomplète : de là une sensation de pesanteur, de là un trouble permanent des digestions, qui s'annonce à la fois par des symptômes locaux et généraux.

Dans les cas les plus simples, lorsqu'il n'y a pas de véritable indigestion, le malade est tourmenté par une sensation générale de fatigue, par des crampes dans les membres ou par une sorte de demi-paralysie du système musculaire ; l'intelligence a perdu sa lucidité ordinaire. Il existe des frissons erratiques.

Tel est l'ensemble des phénomènes que l'on désigne sous les dénominations d'embarras des premières voies, d'embarras gastrique, d'embarras saburral.

L'embarras gastrique, indépendamment de la forme constante qu'il emprunte aux symptômes de l'indigestion, affecte des formes diverses suivant la prédominance qu'entraînent, dans les phénomènes généraux, les variétés individuelles. Certains malades se plaignent surtout de douleurs ou de pesanteurs dans la tête, certains autres de crampes dans les membres ; il en est qui restent pour ainsi dire cloués dans leur lit dans un état de torpeur et de demi-somnolence, ou bien qui sentent se réveiller chez eux des douleurs habituelles rhumatismales ou nerveuses ; quelques-uns ont une très vive susceptibilité de l'esprit ou une perversion de l'intelligence qui rend les conceptions lentes et difficiles ; chez quelques autres il se déclare une surexcitation particulière qui tient des formes de l'ivresse.

Lorsque la maladie est légère et qu'une médication intempestive ne vient pas en entraver la marche, lorsque le malade garde le repos au lit et se soumet à l'usage des boissons délayantes, au bout de quelques jours, sans le secours d'aucun agent thérapeutique, la langue se déterge, l'appétit renaît et les fonctions digestives se rétablissent.

Il n'en est pas toujours ainsi. Souvent le malade se trouve placé dans des conditions hygiéniques ou thérapeutiques défavorables, soit parce qu'il a introduit dans son estomac des aliments stimulants ou non susceptibles d'être digérés, soit parce qu'il a troublé les fonctions sécrétoires de la peau en s'exposant au froid, soit enfin parce qu'il a subi l'influence fâcheuse d'un traitement irrationnel ; il arrive alors ce qui se passe constamment toutes les fois qu'un appareil sécréteur est modifié dans son action de manière qu'il en résulte une exagération de sécrétion : il se produit un état d'orgasme plus ou moins voisin de la phlogose. C'est ce qu'on peut observer dans la salivation, par exemple ; au début de la maladie, les glandes salivaires sécrètent un produit plus abondant que dans l'état normal ; plus tard, elles s'enflamment. La même succession de phénomènes est facile à constater dans les glandes mammaires lorsqu'elles éprouvent un surcroît d'activité sécrétoire ; les mamelles se gonflent ; elles deviennent dures, chaudes et douloureuses.

Une série de changements analogues s'opère dans les organes glandulaires annexés au tube digestif. On peut aisément s'en convaincre en ce qui concerne le foie ; l'hypochondre du côté droit est tuméfié et douloureux ; la douleur et la tuméfaction sont pour le malade une source d'anxiété ; elles n'avaient pas échappé à Hippocrate, qui en a fait l'objet de remarques spéciales. Aux yeux de Galien, elles avaient paru d'une importance assez grande pour fournir le sujet d'un article entier.

Du moment où cet état de turgescence du foie et du pancréas qui va presque jusqu'à la phlogose s'établit, il manifeste son influence sur l'organisme et sur l'appareil circulatoire en particulier, par des oscillations qui se montrent sous la forme fébrile : telle est la fièvre dyspepsique, qu'on peut considérer comme un état fébrile survenant dans l'économie par le fait de l'état de souffrance du tube digestif et de ses annexes, à la suite de certaines altérations de sécrétion.

Si les maladies saburrales proprement dites, si la fièvre dispepsique ne sont pas ordinairement suivies d'une terminaison funeste, elles peuvent subsister à côté de phénomènes morbides assez graves pour entraîner la mort des malades ; aussi les ouvertures de cadavres montrent-elles, dans leurs degrés divers, les lésions que nous avons signalées. Dans les premiers temps de l'affection, on rencontre des produits de sécrétion altérés qui forment, pour ainsi dire, une doublure interne aux parois de l'estomac ou de l'intestin ; la membrane muqueuse est ramollie. A une époque plus avancée, la présence des mêmes produits s'accompagne d'un état de congestion du foie et du pancréas. A une époque plus avancée encore, on trouve au-dessous des couches saburrales les différentes modifications qui se rattachent à la phlogose érythémoïde de la muqueuse gastro-intestinale portée au plus haut point, le foie et le pancréas sont devenus friables.

Le traitement de la dyspepsie muqueuse et de la fièvre dyspeptique est facile à établir. Dans les cas légers et simples, la médication expectante doit précéder toute médication active, autrement la maladie peut passer à la condition des fièvres ardentes. S'il survient des phénomènes de surexcitation d'une certaine intensité, si d'ailleurs le malade est robuste et vigoureux, il convient d'avoir recours aux déplétions sanguines. Lorsque l'état général a été modifié au point qu'il ne reste plus que les phénomènes de surcharge digestive, une autre indication se présente ; cette indication, que Galien a nettement signalée, consiste à ramener à leur type normal les fonctions sécrétoires par l'administration de médicaments évacuants.

A côté de ces préceptes généraux viennent se placer des règles secondaires dont il importe de tenir compte ; elles ressortent des cas particuliers. A.-H. MARGERIE.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Cancer de la gaîne des tendons.

Le cancer encéphaloïde nous a habitués à le rencontrer dans des régions si diverses et sous des formes tumorales si

variées, que, quelque inattendues que soient les circonstances dans lesquelles il nous apparaisse, nous ne devrions plus en éprouver de surprise. Ce n'est sans doute pas là une raison pour négliger de poursuivre et de décrire partout où elle se déroule devant nous la série des innombrables aspects sous lesquels cette affection vient s'offrir à l'observation. Mais cela n'est jamais plus utile que dans les cas où il y a eu matière à de longues hésitations diagnostiques, et c'est précisément ici ce qui a eu lieu.

Le malade à l'occasion duquel se présentent ces réflexions fut adressé à M. Chassaignac par un honorable médecin exerçant à Paris, M. le docteur Thomas. Ce praticien, frappé surtout de la ressemblance qu'avaient avec les kystes de nature bénigne les tumeurs que nous allons décrire, et recherchant dans les auteurs des descriptions de kystes des doigts, n'y avait trouvé que des observations d'une concision extrême et très peu propres à éclairer les difficultés présentes. Ces difficultés ont suspendu pendant un certain temps l'affirmation du diagnostic et par conséquent l'institution du traitement. La description qui va suivre pourra épargner à d'autres chirurgiens les tâtonnements auxquels a donné lieu le cas dont nous nous occupons. Ainsi en admettant qu'il ne résulte de notre description rien à conserver pour la science, elle aurait encore sa raison d'utilité pour la pratique ordinaire. Nous avons observé plusieurs fois des kystes des doigts, quoique ce ne soit pas une maladie très commune. Nous ne les avions jamais vus sous la forme que nous présentait la maladie encéphaloïde à laquelle on a eu affaire ici. Et cependant quand cette substance élastique, dans son état homogène et comme liquide, est emprisonnée dans la gaîne des tendons, elle prend une telle ressemblance de caractères cliniques avec un kyste séreux ou synovial, que nous étions sans cesse ramené malgré nous à supposer l'existence de kystes de ce genre dans le cas particulier.

Et la transparence? Telle est l'objection qu'on nous a sans doute déjà faite et qui se présente d'elle-même aussitôt qu'il s'agit de discerner une tumeur liquide d'une tumeur solide, quoique (cela est bien entendu) l'état liquide des tumeurs n'implique nullement leur transparence. Néanmoins, l'objection semblerait parfaitement valable dans le cas où il s'agirait de kyste synovial ou séreux Mais on ne saurait trop retenir ceci : le caractère de la transparence, comme signe clinique, ne se perçoit que très difficilement d'une manière bien nette à la région de la main et des doigts. En effet, le peu d'épaisseur d'une partie organique lui permet de conserver de la transparence alors même qu'elle est parfaitement solide. Il résulte de là que, de ce qu'une tumeur peu volumineuse de la main ne détermine pas d'opacité bien évidente, il n'est pas permis de conclure que cette tumeur doit renfermer un liquide. Et, pour ne nous appuyer ici que sur le cas particulier, nous dirons que les doigts malades, aussi bien que les doigts sains et même la totalité de la main, vus par transparence au moyen d'une bougie, dans un lieu obscur, offraient une translucidité très manifeste, et cependant les tumeurs étaient compactes et constituées par de l'encéphaloïde, à la vérité d'une épaisseur peu considérable. Ainsi, comme on l'a déjà fort bien noté, la région palmaire de la main, malgré les tissus très solides qu'elle renferme, est translucide; mais, de plus, les tumeurs des doigts, quand elles n'ont pas une notable épaisseur et quand elles sont constituées par de l'encéphaloïde (nous ne parlons pas, cela est bien entendu, de la mélanose), sont également susceptibles de donner la transparence.

Voici l'observation :

Moinel (Charles), âgé de dix-sept ans, entre le 5 février 1850 au n° 30 de la salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce jeune homme, né de parents sains, paraît d'une faible constitution; il jouit, du reste, d'une bonne santé.

Sa maladie consiste dans l'existence de deux tumeurs, ayant entre elles une telle ressemblance qu'on les juge de prime abord identiques; elles siègent, l'une à la face palmaire du doigt indicateur, l'autre à la face palmaire du médius. Ces deux tumeurs rendent de plus en plus difficiles les mouvements de flexion des doigts et entravent d'une manière fâcheuse les fonctions de la main.

Il y a dix-huit mois, ce jeune homme vint à Paris et entra dans une maison de passementerie, où sa principale occupation était de rouler des tissus de toute espèce. C'est sur les doigts index et médius de la main droite qu'il roulait des rubans, et la face palmaire de ces doigts était presque continuellement soumise à un frottement assez rude, d'autant plus qu'il avait souvent à manier des passementeries mêlées de fils métalliques. Il y a huit mois environ, il remarqua un peu de tuméfaction à la face palmaire des doigts index et médius du côté droit, à la hauteur de la deuxième phalange. Depuis cette époque, la tuméfaction augmenta graduellement, mais sans douleur aucune et sans autre inconvénient qu'une gêne marquée dans la flexion des deux doigts malades.

Dans le courant du mois de janvier de cette année, le malade entra une première fois à l'hôpital Saint-Antoine. A cette époque, les tumeurs étaient molles, élastiques, exemptes d'adhérence aux os et présentaient une sorte de fluctuation douteuse.

La première idée qui s'était présentée lors du séjour que le malade avait fait à l'hôpital en janvier était celle d'un kyste de la gaîne des fléchisseurs. Mais une ponction pratiquée avec le trocart explorateur ne donna issue à aucun liquide. L'instrument ne put être promené à l'intérieur de la tumeur, et la canule retirée amena quelques parcelles d'une matière semblable à de l'encéphaloïde. On était fixé.

Quelques jours après, le malade quitta l'hôpital pour voir sa famille. Accompagné de M. le docteur Thomas, il consulta M. Roux, qui, d'après l'ensemble des renseignements acquis, diagnostiqua un cancer colloïde des doigts.

Le 5 février, le malade rentre à Saint-Antoine. On remarque à ce moment que les piqûres exploratrices faites il y a déjà plus de dix jours fournissent un peu de suintement purulent. La peau qui recouvre les tumeurs est rouge et enflammée. Il existe même sur la main quelques traînées rougeâtres partant des doigts malades et indiquant le début d'une angioleucite. Des cataplasmes, quelques sangsues à la partie inférieure interne du bras arrêtent la marche de cette complication.

Etat actuel. — Sur la face palmaire du médius et de l'index de la main droite, au niveau de la deuxième phalange, on trouve une tumeur oblongue, dans le sens de l'axe du doigt, présentant comme caractère commun aux deux doigts une forme semblable à celle d'un demi-ovoïde, et un contour cessant d'une manière nette au niveau du pli cutané palmaire correspondant à l'articulation des deuxième et troisième phalanges, et qui le limite parfaitement pour le médius, mais est un peu envahi et effacé à l'index. La face dorsale de ces phalanges est parfaitement intacte. Les faces latérales sont bombées dans la partie qui confine à la face palmaire les deux tumeurs. La peau qui les recouvre, à part quelques gerçures dues au froid, a la coloration et l'épaisseur naturelles. Elles sont indolentes à la pression. Le doigt qui les presse sent de la mollesse bien marquée, surtout à l'index. La tumeur fuit tout entière sous le doigt. La mobilité, dans le sens transversal, est surtout facile à produire. Pour apprécier le volume de ces tumeurs, on a mesuré la circonférence du doigt dans le point où elle est la plus considérable, comparativement avec les mêmes points des médius et index gauches, et on est arrivé aux résultats suivants.

1° La plus grande circonférence de l'index sain. 0,057
2° *Idem* de l'index malade. 0,083
3° *Idem* du médius sain. 0,060
4° *Idem* du médius malade. 0,073

La troisième phalange des doigts malades paraît atrophiée. La phalangette du médius peut se fléchir à angle droit sur la deuxième phalange. Pour l'index, ces deux phalanges ne peuvent former qu'un angle de 45°.

Le reste de la main ne présente rien de particulier.

Le malade est mis à l'alcoolature d'aconit, et le 8 février on procède à l'opération.

Le chloroforme est refusé par le malade, et l'opération supportée avec beaucoup de courage.

Deux incisions semi-lunaires cernent une portion de peau adhérente, rouge, amincie et commençant à s'ulcérer dans le point correspondant aux piqûres. On procède alors à la dissection minutieuse des deux tumeurs, qui paraissent développées dans la gaîne des tendons fléchisseurs et reposent sur le tendon qu'elles enveloppent incomplétement. On parvient, non sans peine, à isoler la tumeur d'avec le tendon ; on est même obligé d'enlever les fibres les plus superficielles de ce dernier. Néanmoins, on parvient à extirper les deux tumeurs en totalité sans rien laisser de suspect. — Quelques ligatures ; pansement simple. Point d'accidents.

Le lendemain de l'opération, on constate dans l'aisselle quelques ganglions tuméfiés, que nous attribuons à l'angioleucite qui existait ces jours derniers.

La levée du premier appareil n'a lieu qu'au bout de trois jours. Les ligatures se détachent d'elles-mêmes du cinquième au sixième jour.

Les plaies ont bon aspect; on continue les pansements simples. Tous les jours on applique sur la plaie la solution à 5 grammes.

Le 22 février, la cicatrisation est presque complète au médius. A l'index existe aux environs de la plaie un peu de boursouflement qui donne un moment l'idée d'une récidive, mais qui paraît plus tard uniquement dû aux bourgeonnements mollasses de la séreuse et de la gaîne du tendon.

Les ganglions de l'aisselle existent encore, mais ils ne sont plus douloureux au toucher.

Le 5 mars, les plaies sont cicatrisées. Le malade sort.

Le 25, il revient à la consultation. La cicatrice de l'index s'est rouverte en deux points. Pansement par occlusion.

Dans les premiers jours d'avril la cicatrisation de ces dernières ulcérations était complète.

On a suivi pendant près d'une année ce malade, qui a recouvré peu à peu la mobilité presque complète des doigts. Il était employé chez le libraire Guillaumin, et sa guérison a paru solide et définitive.

BONS EFFETS DU NITRATE D'ARGENT

contre le prurit des organes génitaux.

Malgré les nombreux succès qu'on doit à l'emploi topique du deutochlorure de mercure et du chloroforme dans le traitement du prurit des parties génitales, il se présente cependant des cas qui résistent à ces médicaments comme à beaucoup d'autres auxquels on a généralement recours. C'est pourquoi nous croyons utile d'appeler l'attention des praticiens sur les bons effets que le docteur Winternitz a obtenus dans cette affection de l'usage tonique du nitrate d'argent. Chez une fille de vingt-cinq ans qui souffrait d'une démangeaison intolérable de la vulve, il obtint une guérison durable en quinze jours, en faisant faire trois fois par jour des fomentations avec une solution de 3 grains de sel d'argent dans une once d'eau. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 avril 1852. — Présidence de M. Larrey.

M. Larrey offre à la Société un mémoire de l'un de ses honorables collègues du service de santé de l'armée, M. Hénot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, où il est mort récemment. Ce travail, accompagné de planches, est extrait du tome XVI des *Mémoires de l'Académie de médecine*, et a pour titre : *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès.*

Correspondance.

La Société reçoit les ouvrages suivants de M. Jarjavay :

1° *De l'influence des efforts sur la production des maladies chirurgicales;*

2° *Mémoire sur les fongus du testicule;*

3° *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus;*

4° *Des aponévroses du périnée, plus spécialement chez la femme;*

5° *Etude sur l'articulation phalangienne du pouce et la luxation du dernier os de ce doigt;*

6° *Des fractures des articulations.*

Opération césarienne.

M. Huguier communique l'observation suivante :

Il y a peu de jours, il fut prié par M. le docteur Legroux de voir une femme couchée dans son service, salle Sainte-Hélène.

Cette femme, qui était âgée de trente-huit ans, était enceinte pour la première fois, et présentait plusieurs déformations du système osseux.

Questionnée sur ses antécédents, elle répondit qu'elle avait perdu son père à trente-huit ans, et sa mère à quarante-neuf ans. Ni l'un, ni l'autre, ni aucun des membres de sa famille ne présentait de traces d'affection rachitique. Ce serait à l'époque de la dentition qu'elle aurait commencé à se nouer. A part un peu de gêne dans la respiration et quelques rhumes, sa santé a toujours été bonne; jamais elle n'a été obligée de s'aliter.

Jusqu'au neuvième mois sa grossesse avait marché régulièrement. Depuis quinze jours quelques douleurs se sont manifestées, mais sans beaucoup de continuité.

Lorsque M. Huguier l'examina, il remarqua que le vice de conformation portait plutôt sur le détroit supérieur que sur le détroit inférieur, qui était assez bien conformé. Les contractions utérines étaient vives, mais aucune dilatation du col ne s'opérait. Le toucher, pratiqué le 29 mars, dénota que le col était très élevé; qu'il était dur et tout au plus dilaté comme une pièce d'un franc. On crut sentir le cuir chevelu.

Pendant la nuit, les contractions utérines redoublèrent sans que le col se prêtât en rien.

Comme il fallait prendre une résolution, M. Huguier consulta ses deux collègues, MM. Legroux et Robert. La symphyséotomie fut repoussée, ainsi que la céphalotripsie; on insista pour l'opération césarienne, à cause de la position élevée du fœtus.

Ce dernier avis ayant prévalu, M. Huguier se décida à pratiquer l'opération césarienne le 30 mars, quarante-huit heures après le travail commencé.

La malade fut préalablement soumise à l'action du chloroforme. Rien d'extraordinaire à signaler dans le premier temps de l'opération. Le peu d'épaisseur des parois fit arriver de suite l'opérateur sur l'utérus.

L'enfant était dans la position occipito-cotyloïdienne droite. Les pieds furent amenés, le cordon coupé et la délivrance terminée facilement.

Malgré tous les soins de M. Robert, qui assistait M. Huguier dans cette opération, une assez grande quantité d'anses intestinales s'échappa; on la réduisit; mais en même temps on s'aperçut qu'une assez notable portion de l'intestin grêle s'était engagée dans la cavité utérine; cette portion fut retirée et replacée à droite, puis les parois abdominales furent réunies par une suture enchevillée.

A propos de cette dernière circonstance, M. Huguier se demande ce qui aurait pu arriver si l'utérus était revenu sur lui-même en resserrant une portion d'intestin. Pendant l'opération, la malade perdit fort peu de sang. Dans les premières heures qui suivirent, il y eut quelques nausées sans vomissements. Le pouls resta à 104 jusqu'à quatre heures.

Vers cinq heures, la peau est chaude, le visage coloré; il y a de la sueur. Dans la soirée, le pouls monta à 124; la malade ne souffrait pas; comme elle n'avait pas uriné, elle fut sondée. Dans la prévision d'accidents, des frictions mercurielles furent faites sur l'abdomen, et on appliqua des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le deuxième jour, la malade fut tourmentée par une soif vive, de l'insomnie : M. Legroux administre l'extrait thébaïque à la dose de 20 centigrammes dans une potion.

Le 2 avril, troisième jour, faiblesse générale, langue humide, hoquets continuels; sensibilité du ventre, principalement au niveau de la plaie; pouls petit, 142 pulsations. Froid des extrémités, respiration anxieuse, constipation opiniâtre.

On cherche à ranimer les forces et à provoquer des évacuations alvines.

L'état de la malade empire, et elle succombe le quatrième jour avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë.

A l'ouverture, on trouve l'abdomen fortement distendu par des gaz. Les intestins sont rouges, granuleux et réunis dans le voisinage de l'incision par de fausses membranes; le péritoine, qui tapisse la paroi abdominale, participe à cette inflammation. La cavité péritonéale renferme une grande quantité de sérosité purulente.

L'utérus est un peu revenu sur lui-même; mais les lèvres de l'incision ne semblent avoir subi aucun travail de cicatrisation.

Le bassin, dénudé de ses parties molles, présente au diamètre supérieur les dimensions suivantes :

Diamètre sacro-pubien, 6 centimètres; diamètre transverse, 11 centimètres pour le détroit inférieur; diamètre cocci-pubien, 8 centimètres; diamètre bi-ischiatique, 10 centimètres.

M. Huguier croit que, d'après la conformation du bassin, on ne pouvait faire autrement que d'opérer. Cette observation lui semble, en outre, curieuse :

1° Par l'élévation extrême du col de l'utérus non dilaté;

2° Par l'engagement des intestins dans la cavité utérine.

M. Danyau. Je regrette que M. Huguier ne nous ait pas fait connaître les dimensions de la tête de l'enfant qu'il a extrait par l'opération césarienne. Le volume de cette tête n'était peut-être pas tel que l'accouchement naturel fût absolument impossible. Bien que très rétréci, le détroit supérieur n'eût pas été infranchissable si l'enfant eût été petit et les os du crâne minces et flexibles. Je ne veux pas au reste m'arrêter à des suppositions, et insister davantage sur des chances qui paraissent, en définitive, infiniment peu probables quand on a examiné le bassin de la femme opérée par notre collègue. Ce bassin n'a en effet que 0m,065 de diamètre sacro-pubien. Il est vrai que la mensuration avec l'index, qui donne pour la distance sacro-sous-pubienne 0m,09, aurait dû faire présumer, au moment de prendre un parti, une viciation moindre du détroit supérieur. Aussi suis-je étonné que M. Huguier n'ait pas eu la pensée de tenter une application de forceps. L'élévation de la tête, qui paraît l'avoir arrêté, ne pouvait [illegible] que cette partie ne pût être saisie, et le peu de hauteur [illegible] devait rendre cette manœuvre médiocrement difficile. [illegible] pas non plus qu'on eût rencontré de difficultés sérieuses [illegible] e. Il n'était pas dilaté, dit M. Huguier; mais après deux [illegible] travail il était

probablement souple et dilatable, et n'aurait offert aucun obstacle. Pour moi, je n'aurais pas hésité à tenter, en temps opportun, d'appliquer le forceps. Je ne dis pas assurément que j'aurais réussi à terminer ainsi l'accouchement. C'était une chance cependant, et d'autant meilleure ici, que l'inclinaison de l'angle sacro-vertébral à gauche laissait un espace sensiblement plus grand dans la moitié droite du bassin qui était précisément celle à laquelle correspondait l'occiput. Un rapport semblable favorise quelquefois l'accouchement naturel dans les bassins rétrécis, et c'était évidemment une circonstance heureuse pour l'extraction par le forceps.

La tête bien saisie, je ne pense pas qu'il eût été prudent d'insister beaucoup sur les tentatives d'extraction. Dès que ces tentatives auraient été démontrées inutiles, on n'avait plus à choisir qu'entre l'opération césarienne et la céphalotripsie. Pour ma part, c'est cette dernière opération que j'aurais préférée. L'issue si constamment fatale de l'hystérotomie à Paris depuis plus de cinquante ans aurait à mes yeux justifié cette préférence. La perforation du crâne avec les ciseaux de Smellie eût été facile. Peut-être eût-on rencontré quelques difficultés pour l'exacte application du céphalotribe et l'extraction de la tête aplatie par l'instrument ; mais j'ai la conviction que cette opération était très exécutable, et qu'elle eût pu être exécutée sans lésion des organes maternels. M. Huguier s'exagère beaucoup, je crois, les dangers de la céphalotripsie. Il nous a dit qu'elle était loin d'être d'une innocuité complète pour la mère, et cette opération figure parmi les motifs qui l'ont déterminé à pratiquer l'opération césarienne. C'est là une erreur qu'il importe de combattre. J'ai été malheureusement dans le cas d'appliquer bien des fois le céphalotribe, et je n'hésite pas à déclarer que la mère n'a rien à craindre de l'introduction et de l'action de cet instrument conduit par une main exercée. On s'effraye fort à tort du passage d'une tête dont les os sont broyés à travers les organes génitaux, comme s'il n'y avait plus partout que des points aigus et des bords tranchants. Mais il n'en est rien. Le point où la perforation a été pratiquée et qui n'a pas besoin d'être très largement ouvert, se trouve en général compris entre les branches de l'instrument et tenu à distance des partis molles de la mère, et les nombreux fragments qui résultent des fractures opérées par le céphalotribe, recouverts par les téguments du crâne restés intacts, glissent sur les organes maternels sans les léser.

M. Huguier dit que dans le cas actuel il fallait renoncer à l'espoir d'un accouchement spontané. Il y avait deux jours que le travail durait et la tête ne s'était pas engagée ; elle s'était même un peu déformée.

Il s'est rangé de l'avis de ses collègues.

M. Gerdy lui demande pourquoi il a abandonné ses convictions pour obéir à ses collègues. Lui aussi a eu occasion plusieurs fois de pratiquer la céphalotripsie, et il regarde cette opération comme peu dangereuse pour la mère. Il insiste sur la nécessité de donner au céphalotribe des manches très longs pour augmenter leur puissance. Pour lui, l'opération césarienne n'est plus de l'art, c'est une opération qu'il faut repousser de toutes ses forces à cause de ses résultats fâcheux.

M. Chassaignac, revenant sur la pénétration des intestins dans l'utérus, dit que le même phénomène a lieu dans les ruptures de l'utérus. En faisant des recherches sur ce point, il en a pu réunir quelques cas ; il ajoute que quelquefois même les intestins sont descendus jusque dans la vulve.

M. Huguier termine en disant que la pénétration des intestins dans l'utérus lui a semblé un fait important, et qu'il est bien nécessaire, avant de pratiquer la suture, de s'assurer de la position des intestins.

Enfin si on veut tenir compte du volume de la tête de l'enfant et de l'épaisseur des parties molles qui tapissaient le bassin, sera-t-il plus difficile de croire à la possibilité d'un accouchement naturel ?

Des douleurs récidivantes.

M. Gerdy, revenant sur une communication faite il y a quelque temps sur les douleurs des amputés, pense que ces douleurs peuvent être comparées aux douleurs résultant de causes physiques ou mécaniques, et qui reviennent à chaque changement de temps. Toutes ces douleurs forment un groupe naturel, et à la longue on pourrait y joindre les douleurs qui accompagnent les fissures à l'anus. Dans ce dernier cas, chez les personnes constipées, il y a une irritation des parties déchirées, et la contraction spasmodique du muscle est le résultat de la lutte. Cette douleur peut cesser après l'opération, mais pas constamment ; car, dans un cas de douleurs de l'épaule, M. Gerdy a vu la ténotomie appliquée à plusieurs reprises ne procurer aucune amélioration. Lorsque la sensibilité est irritée par un agent quelconque elle s'exaspère, et alors les douleurs deviennent incessantes. Ce fait est surtout remarquable dans les changements de temps.

M. Larrey ajoute que dans les blessures anciennes il y a plutôt récidive que continuité dans la douleur, et notamment chez les amputés.

ORLÉANS.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

PAR M. BALLY,

Membre de l'Académie nationale de médecine.

(Suite. — *Voir* le numéro du 15 avril.)

La section s'occupe ensuite de la discussion de l'un des articles du programme sur la fièvre typhoïde, à l'occasion de laquelle M. Charpignon lit un bon mémoire dont l'impression a été demandée. Il pense que cette fièvre serait bien app[illegible]ntéro-septisémie ou iléo-septisémie, expression qui a le mérite [illegible] combiner le désordre organique avec l'infection générale. Elle appartient à la nomenclature du docteur Piorry.

Le docteur Charpignon admet le principe contagieux, plus facile, selon lui, à démontrer dans les petites communes que dans les grandes villes. Pour mon compte, je n'ai jamais pu, dans une pratique de plus de quarante années dans la ville et les hôpitaux de Paris, constater un fait de transmission. Cette différence est subordonnée à ce que l'auxiliaire indispensable à la transmission manque dans ces localités ; tandis que, dans les villages et petites bourgades, la malpropreté, le rassemblement de beaucoup d'individus dans une chambre ou étouffoir infecté, sont chose commune.

Ici M. le docteur Ancelon croit devoir prendre la parole pour soutenir l'identité des fièvres muqueuses, folliculeuses, entéro-mésentériques, iléo-diclidites, éléodes ou ulcéreuses, typhoïdes, qui ne constituent que des variétés et qui reconnaissent l'empoisonnement *du système nervoso ganglionaire*, et qui s'opère par des effluves paludéens à travers les muqueuses de la respiration et de la déglutition.

M. Ancelon a vu que ces espèces d'affections, en apparence différentes de nature, dominaient surtout lorsque la surface du sol précédemment inondée passait à l'état de sécheresse par l'effet de la chaleur. En conséquence, il propose contre cette maladie, sur laquelle il a publié un excellent mémoire, l'emploi des toniques associés aux antispasmodiques.

M. le docteur Ancelon, l'un des praticiens les plus éminents de l'époque, a payé un tribut à l'influence du sol marécageux de Dieuze, au milieu duquel il exerce son art. S'il avait vécu à Orléans ou à Paris, sur ce sol calcaire ou crayeux, sans émanations de miasmes paludiques, il eût sans doute modifié son langage. Toutefois, il faut reconnaître que les émanations telluriques exercent dans les pays marécageux une puissante influence sur la production et les variétés des maladies.

Et à propos de tout cela, il me vient une idée. Les pays à salines, comme Dieuze, sont des foyers de fièvres intermittentes, et cependant les habitants y sont constamment saturés de chlorure d'oxyde de sodium, soit par l'atmosphère qu'ils respirent, soit par leur boisson, soit par leurs aliments. Concluez.

La question des fièvres intermittentes se trouvant ainsi engagée, M. Vincent, médecin à Villeneuve-d'Ingré, lit une notice favorable à l'efficacité de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. Il l'administre en pilules de 10 centigrammes. Soixante de ces bols opèrent la guérison. Plusieurs membres du congrès contestent son efficacité ; et je crois me rappeler que l'Académie nationale de médecine a également mis cette drogue à néant. Il n'y a donc jusqu'ici de bon, de vrai que le quinquina.

Mais il faut prévoir les éventualités ; l'interruption des communications ; la destruction de l'arbre du Pérou, à force de le déshabiller de son écorce. C'est à ce sujet que la Société de pharmacie s'est justement émue et a proposé un prix de 4,000 fr. pour la découverte d'un procédé qui, combinant des éléments divers, permettrait de faire de la quinine. Cette proposition, qui porte en soi le sceau de la grandeur et de la générosité, honore ce corps savant. Mais à l'espoir d'une pareille découverte, l'Etat devrait ajouter un ou plusieurs millions. Il faut être Dieu pour recomposer une matière organique jouissant de toutes ses propriétés !

J'ai pensé, et je ne sais si ceci n'a pas été déjà proposé, à un projet qui probablement serait couronné de succès et atteindrait le but désiré, celui d'envoyer au Pérou une commission nombreuse de savants pour étudier le climat, les latitudes de profil, la nature du sol, les expositions, etc., et rapporter de jeunes sujets pour être plantés dans nos colonies. Nous possédons assurément toutes les conditions de succès, soit à la Guyane, soit à l'île africaine de Bourbon, soit aux Antilles, soit en Algérie.

La mythologie nous a donné, sous son masque mystique, des leçons dont nous devrions profiter. L'expédition des Argonautes n'était autre que l'enlèvement de quelques moutons pour multiplier les toisons dans la Grèce. Le bon, l'honnête, le généreux Ternaux, faisant venir du Thibet un troupeau de chèvres, vous a enrichis de ces châles qui garantissent si bien les poitrines délicates des bronchites ou des catarrhes. Cette conquête, plus fructueuse, moins retentissante que celle de Jason, est et sera toujours la gloire de notre industrie nationale. Le bon Hercule, allant chercher les pommes d'or du jardin des Hespérides, apporta l'arbre qui peupla l'Europe de ces orangers qui font les délices de nos tables.

Que l'on se souvienne, enfin, de cette fève parfumée de l'Hyémen que l'ange Gabriel apporta à Mahomet pour le rétablissement de sa santé : il fallut, au commencement du dix-huitième siècle, plus de peine, d'embarras et de difficultés à M. de Clieux pour porter aux Antilles le seul pied que possédait alors le Jardin des-Plantes. Pendant une traversée longue et pénible, l'eau étant devenue fort rare, M. de Clieux, Tantale volontaire, partagea sa portion pour abreuver la précieuse plante qui, à la Martinique, donna des graines nombreuses, qui, multipliées de nouveau, finirent par couvrir tout le sol des Antilles.

Mais au milieu de mon enthousiasme pour une nouvelle expédition, je me vois arrêté tout à coup par une découverte toute récente, celle de notre honorable confrère M. Fleury, qui, avec des douches froides, a triomphé brusquement des accès de fièvre intermittente (*Gazette des Hôpitaux*). Saisissons rapidement cette nouvelle ancre de salut, qui serait d'autant plus précieuse qu'elle ne nous coûterait que quelques seaux d'eau.

Me voici tout naturellement rappelé aux nombreuses recherches que j'ai faites sur la compression d'un tronc artériel pour arrêter les accès, recherches que j'ai publiées il y a une trentaine d'années. Le passage suivant m'avait inspiré le désir de faire des expérimentations raisonnées dans les hôpitaux militaires de Toulon, Pavie et Valladolid, de 1789 à 1802 : *The application of the turniquets to the limbs of patients threatened With the cold of intermittent fever, as proposed by M. Kelly.* (Leonard Gillepsie, *Observations on the diseases*, etc., 1794; and. 1796, p. 84.)

Pavie, où brillaient Scarpa et Volta pendant l'occupation française après la bataille de Marengo, est une jolie ville sur les bords du Tésin, partie de la Lombardie, pays plat et humide, couvert de prairies, par conséquent fort sujet aux fièvres d'accès. Pendant l'automne de 1800, presque tous les militaires de la garnison en furent atteints. Beaucoup d'entre ces fièvres dégénérèrent en pernicieuses hépatiques, et présentèrent aux approches de la fatale terminaison le symptôme d'une terne jaunisse, tel que je l'ai depuis observé à Saint-Domingue, aujourd'hui *Haïti*. Mais ici c'était une suffusion sanguine ou hémorrhagique ; tandis qu'à Pavie c'était une suffusion ictérique ou bilieuse. Outre le quinquina, qui n'avait pas toujours du succès, j'employais, dans les cas non pernicieux, l'extrait aqueux d'opium à la dose de demi-grain matin et soir le premier jour, de deux grains le deuxième, de quatre grains le troisième, enfin de six le quatrième, toujours en deux doses, avec un succès inespéré.

Que, si la maladie ne perdait en rien de son intensité, alors j'ébranlais, et c'est le mot, les accès rebelles en appliquant un tourniquet ou des ligatures.

Un militaire, d'une constitution assez pléthorique, fut vainement traité par l'opium pendant les onze premiers jours. Le douzième, je fis appliquer une ligature autour de la cuisse gauche et la pelote d'un tourniquet sur l'artère brachiale droite, ce que j'appelais ma compression croisée, me persuadant, probablement à tort, qu'elle serait plus efficace. Le stade de froid persista encore douze minutes ; il y eut ensuite une sueur abondante qui dura toute la nuit, et le malade fut guéri.

L'année précédente, floréal an VIII (1799), j'avais eu à soigner, à l'hôpital militaire de Toulon, un soldat atteint de fièvre quarte. Le 11 floréal, l'accès débuta à trois heures de l'après-midi. Le tremblement et le sentiment de froid étaient portés à un suprême degré. J'entourai le bras droit avec un mouchoir que je serrai fortement. Trois minutes suffirent pour arrêter le frisson. Le malade éprouva des douleurs extrêmement vives à l'endroit de la ligature ; la chaleur fut forte et la sueur abondante. Il n'y eut plus d'accès.

Mon opinion sur la suspension de la circulation d'un tronc artériel est ceci : « Seule, elle fait souvent disparaître les accès ; et lorsque la fièvre résiste, la compression les ébranle, les déconcerte, pardon de l'expression, au point que les antipériodiques en triomphent facilement. »

J'en étais là de mes excentricités, lorsqu'un article du spirituel confrère Jacot, dans la *Gazette médicale*, est venu réveiller quelques-uns de mes vieux souvenirs sur les confrères de Rome, dont quelques-uns sont si peu hospitaliers. Le docteur Jacot s'est ému trop vivement des impiétés médicales *régurgitées* par le plus sot des personnages. Lorsque le docteur Jacot se donnait la peine de lire, avec dégoût sans doute, dans un misérable pamphlet que les médecins français appliquaient sur le thorax leurs longues oreilles d'âne, qu'avait-il de mieux à faire que de riposter à son auteur par cet épimûthion qui lui convenait si bien : *Mutato nomine de te fabula narratur* ?

Au temps jadis, un énergumène nommé Erostrate, voulant passer à la postérité la plus reculée, incendia le temple de Diane à Ephèse ; et la diète générale des peuples d'Ionie défendit de jamais prononcer son nom. Ce décret devait produire l'effet contraire à la prohibition, puisqu'il devint un moyen d'immortaliser le nom de ce grand criminel. N'imitons pas cet exemple, et effaçons de nos tablettes historiques le nom du fantôme romain, si déjà l'autorité du docteur Jacot ne lui a donné trop de célébrité.

Que la France médicale marche toujours à pas de géant vers le progrès ; qu'elle enseigne à bien éclairer un diagnostic, à le bien fixer au moyen du plessimètre et du stéthoscope ; qu'elle continue à marcher d'une manière ferme et assurée dans cette voie nouvelle de la thérapeutique qu'elle a ouverte et agrandie tout à coup. La découverte et l'application des principes immédiats des végétaux lui appartiennent. C'est une grande gloire, parce que c'est un grand bienfait. Les hommes caduques repoussent ces immenses progrès, mais la jeunesse romaine brûle silencieusement de s'y associer ; et ils pénétreront dans la ville aux sept collines malgré cette lèpre de préjugés hideux qui étreint l'intelligence de quelques-uns de ses docteurs.

Oui, on a dit dans la ville d'Horace et de Virgile, de Pline et de Tacite, de Baglivi et de Lancisi, on a dit dans des cours publics que l'auscultation n'est qu'un charlatanisme : *Quæque ipse miserrima audivi.* Eh bien ! poursuivons cette voie lumineuse, c'est le moyen le plus éloquent de prouver le mouvement à ces modernes Possidonius. Galilée aussi fut proscrit par Rome, comme l'est le pieux Laënnec ! et cependant la terre ne cesse pas de tourner autour du soleil ! (*Qui bene judicat, bene curat ; integritas judicii fons et caput est bene medendi.* — Baglivi.)

Rage canine. — Lyssie, λύσσα des Grecs. M. le docteur Cyprien Czajewski lit un mémoire qui a pour but de fixer l'attention sur un procédé nouveau de traitement de la rage en incubation et dans le paroxysme. Il voudrait surtout que, pendant l'incubation, on pratiquât tous les six ou huit jours une émission sanguine, *usque ad animi deliquium*, dans des vues d'élimination du virus rabide et de manière à soustraire tout le sang infecté, dût-on réparer la perte par la transfusion.

Cette idée est fort ingénieuse et nous devons la signaler à la courageuse habileté des praticiens. Elle nous semble préférable à l'injection d'eau distillée, qui d'ailleurs n'a jamais réussi. Rien au reste ne doit être repoussé lorsqu'il s'agit d'un état positivement incurable.

Cependant, je voudrais qu'avant toute chose on carbonisât largement l'endroit de la blessure, cicatrisée ou non, après l'avoir dilatée aussi profondément que le permettent les parties circonvoisines. Si le virus dort pendant un ou plusieurs mois, la raison nous dit qu'il n'a point encore pénétré dans la circulation. Comment admettre, en effet, qu'il soit absorbé, qu'il infecte la masse des humeurs sans atteindre le système nerveux et les organes spéciaux sur lesquels il doit manifester son action intoxicante ? Je sais bien que l'on opposera des raisonnements à cette opinion. Mais le danger est si grand, lorsqu'on n'a pas cautérisé d'emblée, qu'il n'est rien que l'on ne doive tenter, quoique tardivement.

Le précepte de la cautérisation instantanée remonte bien loin, et Celse a établi à cet égard des préceptes qui ont eu force de loi. Mais il veut que préalablement on ventouse la plaie. Si néanmoins on n'a pu la brûler, il ajoute que la saignée n'est pas déplacée. *Si uri non potest, sanguinem homini mitti non alienum est.*

Mais cette saignée n'est pas faite dans des vues semblables à celles du docteur Czajewski d'évacuer tout le sang pour évacuer tout le virus. Ce précepte a bien plus de rapport à ce que j'ai entendu professer par M. Orfila, que de fortes saignées sont utiles dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux pour diminuer la quantité de la matière intoxicante. M. Orfila ne se propose que d'affaiblir l'action du poison par la soustraction de quelques parcelles ; M. Czajewski veut tout extraire. Ici se présente une difficulté et une objection : c'est qu'un atome du poison lyssique laissé dans le sang suffira pour infecter le sang qui se répare.

Est-elle bien vraie, est-elle bien démontrée, cette opinion du docteur Cappello sur l'innocuité du virus rabide transmis par un animal qui l'aurait reçu d'un autre ? En sorte que le docteur Cappello n'admet le pouvoir transmissible que dans la morsure d'un animal qui a pris spontanément la rage. Et comment ou par quelle cause s'est-elle développée spontanément, cette rage ? *Par l'effet de l'orgasme vénérien non satisfait.*

Le docteur Cappello, originaire des Etats de Naples, et qui exerce à Rome le plus grandement l'hospitalité envers les étrangers, est une de ces grandes notabilités dont les opinions méritent un examen sérieux. Il est auteur d'un grand nombre d'ouvrages qui se distinguent par la loyauté d'expression, mais auxquels on peut reprocher une critique souvent trop amère, justifiée quelquefois par les injustices, les calomnies dont il fut victime.

Son début comme praticien eut lieu d'abord à Tivoli, à ce lieu délicieux tant vanté, et à si juste titre, par les poëtes ; Tivoli, où l'on accourt pour admirer ce ruisseau d'argent qui serpente d'une manière si calme et si gracieuse à travers une prairie toujours verte, avant de se précipiter avec le bruit de la foudre dans ce gouffre profond de la grotte de Neptune ; où l'on accourt pour se repaître de vieux souvenirs à côté de cette rotonde à colonnes cannelées d'ordre corinthien qui s'appelle le temple de la sibylle, et qui repose depuis plusieurs milliers d'années sur le bord du précipice.

De Tivoli, M. le docteur Capello vint s'établir à Rome, d'où il fut délégué deux fois à [illegible]ris ; une première en 1832, à l'occasion de la choladrée lymphatique ; une deuxième en 1851, pour faire partie de la commission sanitaire internationale.

Il paraît que le pays enchanté de Tivoli n'est pas à l'abri de la lyssie ni de la morsure de la vipère. C'est là que M. Cappello a vu ou cru voir que la rage ne se développait jamais chez l'individu mordu par un chien ou chat chez qui la rage *était secondaire.*

Il ne s'est pas borné à la simple observation de ce qui se passait en dehors de la volonté de l'homme, mais il a inoculé un bon nombre de chiens et de chats avec un virus secondaire, et jamais il n'a pu faire naître aucun symptôme d'hydrophobie rabide.

Que faut-il donc à la croyance de ce savant médecin ? Il faut,

comme je l'ai dit, que la lyssie se développe spontanément ou sans inoculation, pour devenir contagieuse.

A côté de ceci apparaissent naturellement les hypothèses de G. Girard, de Lyon, sur la non-existence du virus rabide, et celles de Bosquillon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Je n'ai rien de mieux à faire, pour bien caractériser la sincérité des opinions du traducteur de Cullen, que de transcrire un passage des *Miscellanées* de mon spirituel ami Réveillé-Parise, insérées dans la *Gazette Médicale* de février 1852 :

« A entendre Bosquillon, l'hydrophobie n'est contagieuse que par la terreur qui saisit les personnes mordues par un animal enragé. Quelque absurde, dit-il, que paraisse l'opinion que je propose, je ne doute nullement qu'en prenant toutes les précautions convenables pour inspirer à nos enfants une entière sécurité à l'égard de la rage, on ne parvienne un jour à anéantir cette maladie, au point que son existence paraîtra aussi incroyable à nos arrière-neveux que celle des sorciers et des revenants. Or, Bosquillon avait un neveu qui demeurait avec lui, et il fit tous ses efforts pour lui persuader de se laisser inoculer la rage. Mon ami, lui disait-il, tu es sans doute au-dessus du préjugé; tu ne dois pas croire à la transmission de la rage; donc je puis compter sur toi. Mais il n'en était rien. Le neveu, en aucune manière persuadé, se refusait constamment à cette inoculation. Alors Bosquillon indigné, furieux, l'expulsa de sa maison comme un impie, comme un incrédule à la vérité proclamée par son oncle. »

Quelle générosité! Quelle grandeur d'âme chez cet oncle débonaire! Quelle bonne foi! Il voulait bien que le neveu tentât l'aventure; mais la tête précieuse du protecteur ne devait pas être compromise!

L'incrédulité de Bosquillon avait fait peu de prosélytes; cependant, G. Girard, de Lyon, avait accepté la dangereuse hypothèse du médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris indiquée dans des *Réflexions sur la non-existence du virus rabide*.

Il faut bien distinguer ce Girard de l'auteur du *Traité d'anatomie vétérinaire*, qui fut notre excellent collègue à l'Académie et sur qui la tombe s'est récemment fermée; j'ai souvent aussi cité avec distinction Henri Girard, médecin de l'asile des aliénés d'Auxerre.

Il ne faudrait pas néanmoins que la critique s'exerçât trop sévèrement sur les personnes qui nient la transmission de la lyssie. Elles pourraient avoir été témoins de l'innocuité du virus dans maintes circonstances, et surtout dans celles qui touchent à l'opinion de Cappello. M. Renault, directeur de l'École d'Alfort, a lu le 13 janvier 1852 un excellent rapport, et cet académicien n'en fait jamais que de fort bons, où il a démontré avec une logique puissante, déduite des faits et de nombreuses expérimentations, que les deux tiers des individus atteints par les animaux enragés n'éprouvent aucun accident, bien que ces individus n'eussent été soumis à aucun traitement. Il a ajouté qu'un tiers de ceux qui sont inoculés et placés dans les mêmes conditions ne sont atteints par aucun symptôme.

C'est là, selon nous, ce qui assure la renommée des pratiques superstitieuses et de l'application de la clef de Saint-Hubert. Il n'est pas de canton qui n'ait son exorciseur, auquel on a recours pour éviter la cautérisation.

M. Renault ajoute, et il est appuyé sur ce point important par M. Delafond, que les morsures faites par *des loups sont plus souvent suivies de la rage que celles qui sont faites par des chiens*. Sur 254 personnes mordues par des loups, 164, c'est-à-dire les deux tiers à peu près, étaient devenues enragées. Or nous avons vu que, à la suite des morsures faites par les chiens, la proportion des accidents consécutifs n'était que d'un tiers. *Cela tiendrait-il à ce que sur les loups la rage était souvent spontanée*? ou bien, ce qui est fort remarquable, à ce que ces animaux *mordent presque toujours leurs victimes au visage*?

Dans ce mémorable travail, M. Renault ne discute pas la question de la *spontanéité; il la pose comme soupçon*, alors que M. Cappello l'admet comme *un fait constant et démontré par ses expérimentations*.

Un jour viendra que M. Renault dirigera sa puissante logique vers ce point capital et dissipera tous nos doutes. En attendant, je préfère pour tous les cas, dans tous les temps, dans toutes les contrées, l'agrandissement des plaies qui ne sont pas superficielles, et la carbonisation de toutes les chairs découvertes, en se souvenant bien que le plus petit cul-de-sac peut servir de foyer ou de matrice pour l'incubation du virus. Cette loi de thérapeutique est rigoureusement applicable à tous les empoisonnements par le fait de morsure.

Lorsque l'illustre Duméril fut mordu dans la forêt de Sénart par une vipère, il agrandit la plaie après une succion répétée, et la cautérisa sur-le-champ avec une pierre infernale dont il était muni. Il éprouva néanmoins d'assez graves accidents, dont on peut accuser deux causes : la première, que le cul-de-sac fait par les piqûres des crochets vénéneux n'avait pas été mis à nu; la seconde, que l'azotate d'argent est un mauvais caustique qui ne pénètre jamais profondément.

M. Jallon nous avait raconté l'histoire de douze personnes mordues par une louve, dont une seule mourut pour n'avoir pas été cautérisée. Pendant l'accès, on lui fit prendre 15 grammes d'alisma plantago, plante qui fut également appliquée à l'extérieur.

La question de la spontanéité de la lyssie et de son développement secondaire me rappelle une observation que je dois publier ici et qui pourra intéresser la science, soit à cause de la minutie des détails de la nécropsie qui a duré quatre heures, soit à cause d'une *piqûre que je me fis avec le scalpel en disséquant le cerveau sans vouloir employer la cautérisation*. Je raconterai les symptômes dont je fus atteint, que j'attribue à l'infection d'un virus modifié, infection à laquelle personne de ceux à qui j'ai raconté l'aventure n'a voulu croire.

Une femme de quarante-quatre ans, bien constituée, voulut faire avaler un purgatif à un petit chien, malade depuis quinze jours. Ce chien, en se débattant, la mordit, et la piqua légèrement au bout d'un doigt, près de l'ongle. Elle y fit peu d'attention, et cependant le chien fut tué par les voisins. La petite plaie se ferma pr[s]ptement; c'était le 10 octobre 1829. On ne sut rien de plus. Quelque temps après, l'époque en est inconnue, la femme devint triste, et s'éloigna de ses amis, de ses parents mêmes.

Le 25 novembre, quarante-cinq jours après la piqûre, cette femme éprouva du malaise, du dégoût, de l'anorexie. A ces symptômes succédèrent un frémissement général, la dyspnée, de la gêne dans la déglutition, une soif ardente; de temps en temps elle poussait des cris aigus; elle appelait à son secours, disant qu'elle étouffait; puis aussitôt elle repoussait ceux qui s'approchaient pour la secourir.

Des sangsues furent posées au bas du cou, et un vésicatoire, qu'elle cherchait à arracher, sur le sternum; enfin deux saignées du bras furent pratiquées.

Les symptômes augmentèrent, et les assistants effrayés se tinrent à l'écart, nous a-t-on dit; mais des ecchymoses et des contusions que nous découvrîmes au bas des jambes attestèrent les violences qui avaient été faites pour la contenir.

Elle n'accusait ni douleur de tête, ni douleur vers le lieu de la morsure; mais comme la crispation convulsive des muscles, des mâchoires, du cou et du thorax continuait et était accompagnée d'une salivation abondante avec crachotement continuel, elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu le 27, à trois heures et demie de l'après-midi.

Touchée des soins affectueux dont elle était l'objet, elle déclara qu'elle n'avait jamais été aussi heureuse, et qu'elle aurait évité bien des tourments si elle s'était rendue plus tôt à l'hôpital.

Déjà la prostration était grande et le découragement porté à son comble, sans aucune aberration d'idées. L'œil devenait étincelant lors des redoublements convulsifs, qui revenaient par intervalles et avaient perdu de leur intensité et de leur durée.

La peau conservait sa chaleur normale, sans frissonnement; le pouls, petit et faible, n'avait point de fréquence fébrile. Le crachotement était continuel, et l'exsudation des matières si abondante, qu'elle provoquait des efforts de vomissement, et que la malade allait, avec son drap, les chercher au fond de la gorge.

Alors on lui offrit de la boisson qu'elle avala sans difficulté et qu'elle accepta sans effroi. Elle n'était plus hydrophobe. (Sur mes notes, bien soigneusement recueillies néanmoins, ne se trouve point qu'elle ait manifesté ce symptôme, ni l'horreur de l'aspect des corps brillants avant son arrivée. C'est un oubli inconcevable.)

La langue et le voile du palais nous parurent humides et sans coloration étrangère. Aucune envie de mordre. La malade fut, au contraire, d'une douceur constante.

Peu à peu les secousses convulsives se calmèrent et se transformèrent en tressaillements. Cette malheureuse expira enfin deux heures et demie après son entrée dans l'asile.

Nécropsie, 39 *heures après la mort*. — L'embonpoint n'était point sensiblement diminué. Traces des deux saignées avec trombus. Ongles noirs. Recherches inutiles pour découvrir les traces de la piqûre. Point d'écume à la bouche. Large ecchymose au haut du thorax. Traces d'ecchymoses assez rouges aux deux jambes, arrondies et de la grandeur d'une pièce de deux francs.

Encéphale. — La dure-mère cérébrale plus sensiblement arborisée que de coutume, contenant un peu de sang fluide dans le sinus cérébral. Les veines du lobe droit ont plus de développement que celles du côté gauche.

La consistance du cerveau, du bulbe rachidien, des corps restiformes, des olives, de la valvule de Vieussens, est normale. Le cervelet paraît avoir acquis un peu de ramollissement.

L'hémisphère gauche du cerveau et les deux tiers antérieurs du droit n'ont presque point laissé suinter de sang dans les lamelles minces que je formais avec le bistouri. Un peu de liquide dans la cavité anacroïde à gauche, laquelle cavité offrait beaucoup de fermeté.

La voûte à trois piliers ramollie; la portion qui s'applique sur le corps strié droit lui adhérait sans aucun changement de couleur. Les couches optiques et les corps striés, sans traces de désordre, ont conservé leur couleur. Les tubercules quadrijumeaux, la valvule de Vieussens, les corps genouillés, la glande pinéale, tout à l'état normal, ainsi que les troisième et quatrième ventricules et l'aqueduc de Sylvius. Enfin, l'insertion ou la sortie des paires cérébrales de la pulpe, examinée avec soin, n'a point laissé voir d'altération.

La consistance du mésocéphale est bien naturelle; j'ai cru seulement qu'il était d'une teinte plus rosée qu'à l'ordinaire; et cette nuance, que tous les assistants ont pu admettre, a été fort manifeste pour moi. Qui sait si le point de départ de la lyssie ne réside pas dans ce nœud de l'encéphale et des grands phénomènes nerveux?

Les deux grands sympathiques, les plexus cervicaux et les pneumo-gastriques, disséqués avec soin, n'ont rien laissé apercevoir de particulier. Cependant, dans le point où la branche œsophagienne droite pénètre à travers les glandules bronchiques, elle paraît plus rougeâtre que les autres, parce qu'elle traverse un tissu cellulaire plus injecté et comme ecchymosé. Ces ganglions glanduleux étaient noirs.

Faible transsudation sanguine dans le canal rachidien, dont les méninges sont sensiblement boursouflées; le sac de l'arachnoïde ne contient que 15 grammes de liquide encéphalo-rachidien. Veines spinales moins apparentes que dans d'autres cadavres. Coloration et consistance du cordon sans aucun désordre; le canal osseux n'offre rien de particulier. Rien aussi de remarquable dans l'origine et la sortie des nerfs.

Voies digestives. — Rien de remarquable dans la membrane de la bouche et du voile du palais. La voûte palatine était d'un jaune prononcé. La langue pâle, sans vésicule ni vers le frein ni à la pointe. Les follicules étaient assez développés à leur base. Mais ces saillies sont si communes dans les cadavres atteints d'autres maladies que bien des fois l'on a pu s'en laisser imposer. Je publierai un jour à ce sujet un fait remarquable que j'avais communiqué à Dupuytren, sur lequel il fit une leçon de clinique.

Quelles que fussent nos recherches, nous ne trouvâmes rien à noter dans cette cavité buccale, l'isthme du gosier et les fosses nasales. La luette était fort courte. Le pharynx d'une couleur rouge-foncé : cette nuance s'arrête tout à coup et d'une manière tranchée à l'origine de l'œsophage, qui laisse voir quelques filaments pelliculaires peu adhérents et décolorés. Les parotides, les glandes sublinguales, sous-maxillaires et leurs canaux, parfaitement disséqués, n'ont rien laissé apercevoir d'étranger.

L'orifice cardiaque paraissait injecté, animé. La surface interne de l'estomac, fort blanche, laissait voir un emphysème vers la grosse tubérosité. Cet emphysème imitait la grappe de raisin à grains serrés. On y a trouvé un ascaride lombricoïde mort, et deux dans l'iléon. Aucune trace d'altération dans tout le tube intestinal.

Le foie a paru gorgé de sang; la vésicule pleine de bile foncée. La vessie, sans rougeur, contenait beaucoup d'urine fort trouble. Utérus mou, avec rougeur à son orifice, un peu sanguinolent. Rien à la rate ni au pancréas.

Appareil de la respiration. — Epiglotte, glotte, larynx, rien à noter. La membrane muqueuse qui occupe les espaces intercartilagineux de la trachée était rougeâtre, le reste blanc. Les poumons sains et bien crépitants; mais la surface du gauche était occupée par un emphysème.

Dans les *cinq autres nécropsies*, auxquelles j'ai procédé avec la même minutie, j'ai toujours trouvé l'emphysème pulmonaire. Je dois faire observer ici que ce phénomène est dû simplement à un effet mécanique; car l'un des symptômes de la maladie consiste dans la constriction, l'état convulsif des muscles de la poitrine, causes de cette horrible dyspnée dont se plaignent tant les malheureux atteints de lyssie.

Appareil de la circulation. — Le cœur, parfaitement sain, ne contenait pas d'air. Il y avait un peu de sang noir et fluide dans l'oreillette gauche, et du sang caillebotté dans les cavités du cœur droit. L'aorte contenait aussi un peu de sang grumelé. Aucune des artères ouvertes, ni les veines cave, iliaque et porte n'offraient de traces de désordre ni de coloration anormale, pas plus que le diaphragme et beaucoup d'autres muscles incisés.

Mon accident. — A la suite de la légère piqûre que je me fis au doigt avec un instrument qui n'avait servi qu'à la dissection du cerveau, mes collègues de l'Hôtel-Dieu me conseillèrent la cautérisation, ce à quoi je me refusai. Ils recommandèrent mystérieusement à mon entourage de ne jamais réveiller en moi le souvenir de l'événement.

Dans la nuit du vingtième jour, au milieu d'un excellent sommeil, et sans cause qu'il fût permis de soupçonner, je fus réveillé tout à coup par des convulsions thoraciques, sans toux ni douleur locale, mais produisant une dyspnée douloureuse.

L'état de constriction était si pénible que je m'agitais en tout sens et me roulais dans le lit avec une anxiété indicible. Ce symptôme dura sans interruption ni diminution de minuit jusqu'à quatre heures, et alors cessa tout à coup.

C'est bien là un phénomène nerveux. Ce fut alors que, pour la première fois, je me souvins de la piqûre; mais le symptôme étant simple, dépouillé de tout accessoire et n'apercevant aucune disposition au ptyalisme, je restai sans inquiétude.

Maintenant, je n'ai pas la prétention d'imposer une opinion : je dirai seulement que ma conviction est pleine et entière, savoir : que je me suis inoculé un virus lyssique modifié soit par un virus secondaire, selon l'opinion de Cappello, soit parce qu'il avait été dénaturé en partie en pénétrant ou se *tamisant* à travers le tissu cérébral.

A mon sens, tous les poisons affectent pour agir sur la vie un lieu d'élection : l'alcool tue en agissant sur le cerveau, les cantharides dirigent leur action sur l'appareil génito-urinaire, les miasmes paludéens sur la rate, ceux de la maladie asiatique sur le sang, etc.

La direction imprimée au poison lyssique est inconnue et n'a pas été étudiée. Le phénomène de la salivation est bien secondaire, comme tous les autres symptômes. C'est donc le cerveau que ce poison froid et lent atteint, ce qu'annoncent la tristesse, la mélancolie, l'éloignement des êtres qui vous sont chers chez l'espèce humaine, ou de ceux qui vous nourrissent, comme chez la brute qui s'enfuit ou se cache.

A cela succède un symptôme capital, primitif, essentiel, constant, la constriction de la poitrine, une dyspnée si violente qu'elle est toujours ou presque toujours suivie d'emphysème.

Or, pour arriver à une approximation, nous avons saisi comme un flambeau ce que M. Flourens, avec son admirable talent et le génie de ses idées, a dit récemment à l'Académie des sciences.

Si une section passe sur le point du V de substance grise, inscrit dans le V des pyramides ou le bec de plume, les *mouvements respiratoires* du thorax et de la face sont *abolis* sur-le-champ et tous ensemble.

Ce point, premier moteur du mécanisme respiratoire et nœud vital du système nerveux, n'est pas plus gros que la tête d'une épingle.

Voilà de la physiologie transcendante, presque surhumaine; car l'auteur est arrivé à assigner la plus importante de toutes les fonctions à un point presque imperceptible.

J'avais toujours considéré le mésocéphale comme le lien entre le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, comme le nœud vital. M. Flourens le place plus bas ou plus en arrière, dans un espace presque sans étendue, dans un point. Si donc c'est là le point moteur du mécanisme respiratoire, et si dans la rage c'est le mécanisme respiratoire qui est le plus troublé, et immanquablement troublé, ne pourrait-on pas se dire que le poison lyssique prend pour siége, pour aboutissant, l'extrémité du *calamus scriptorius*?

Suite des travaux de la section. — Le docteur Chollet, qui a résidé longtemps à Constantinople, lit un bon mémoire sur la peste qu'il a eu l'occasion d'observer. Il a pour opinion qu'elle ne se transmet pas par le contact, mais bien par le fait des émanations des malades formant autour d'eux des foyers d'infection. Il a eu l'obligeance de me confier son manuscrit, si bien nourri de bonnes observations et d'aperçus nouveaux.

Ne laissons pas dans l'oubli un rapport du docteur Denis sur la grippe épidémique de Commercy que le docteur Clesse a décrite avec distinction. La section exprime le vœu qu'il soit publié dans les volumes du congrès.

M. Denis s'occupe avec ardeur et intelligence des questions de psychologie subordonnées aux divers organes de l'encéphale. Il est partisan des doctrines de Gall, possède une nombreuse collection de têtes de criminels, sur lesquelles il croit voir constamment le coronal déprimé ou le front fuyant, et l'occiput notablement développé. Ces caractères sont surtout manifestes sur le crâne d'une jeune fille qui dès l'âge de douze ans s'était exercée à tirer le pistolet dans le dessein de tuer père, mère, sœurs, projets que ce monstre exécuta à l'âge de dix-neuf ans.

Je ne perdrai pas l'occasion d'ajouter aux observations du docteur Denis une histoire qui m'a été racontée sur la route de Courlandon à Reims par un homme aussi éclairé qu'honnête et vrai philosophe, M. Gayot, ex-représentant. Il existe dans une vallée profonde, au bas de la route et sur la gauche, un village où l'on extrait de la tourbe. Là a existé une famille qui, dans trois générations successives, a eu un membre qui a porté sa tête sur l'échafaud pour crime d'incendie.

Ce fait de vice héréditaire eût été précieux à mentionner par le savant docteur Debrous, correspondant de notre Académie, qui a fait un beau travail intitulé : *Examen physiologique sur l'hérédité*.

Enfin, on doit à M. le docteur Denis une notice biographique sur M. Ranque, qui a joui d'une grande célébrité à Orléans; notice dictée par la reconnaissance, et qui fait le plus grand honneur aux bienveillantes qualités de l'auteur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Bulletin bibliographique.

Du Rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie; par E.-J. Beylard, docteur-médecin. Un vol. in-4°; prix, 6 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Médecine pratique, par Baglivi; traduction nouvelle, par le docteur S. Boucher; précédée d'une introduction sur l'influence du baconisme en médecine. Un vol. in-8°. Prix, 6 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 48. — JEUDI 22 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 48. — JEUDI 22 AVRIL 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c.	Six mois. . . . 16 »	Un an. . . . . 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr.	Six mois. 17	Un an. 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr.	Six mois. 20	Un an. 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Exposé des doctrines médicales. — DU VAL-DE-GRACE (M. Champouillon). De la gangrène spontanée comme complication du diabetès. — Amputation partielle du maxillaire supérieur. Guérison. — Difformité du bassin chez une fille grosse, délivrée par l'opération césarienne. Guérison. — ORLÉANS. Congrès scientifique de France. Section des sciences médicales, par M. Bally. — Académie de médecine, séance du 20 avril. — Académie des sciences, séance du 19 avril.

PARIS, LE 21 AVRIL 1852.

Séances des Académies.

L'élection de l'Académie a eu le résultat que nous avions annoncé. Au second tour de scrutin, M. Depaul a obtenu 48 suffrages contre 36 donnés à M. Lenoir. Personne plus que nous ne rend justice au mérite de M. Lenoir; cependant nous ne pouvons que féliciter la majorité de l'Académie du choix qu'elle vient de faire, et qui n'est pas moins conforme à ses véritables intérêts qu'à ceux de la justice. La section d'accouchements, quoique renfermant déjà dans son sein MM. Danyau et Cazeaux, ne pourra que gagner beaucoup à se renforcer d'un troisième membre aussi sérieux que M. Depaul, et les rapports se ressentiront d'une manière favorable de cette collaboration nouvelle.

En outre, ce qui aurait été un échec très fâcheux pour M. Cazeaux n'est qu'une leçon pour les amis de M. Lenoir, qui avaient engagé l'honorable chirurgien dans une voie oblique. Quant à M. Lenoir lui-même, il doit se trouver satisfait d'avoir réuni tant de suffrages pour une place que les hasards des luttes scientifiques plutôt que la nature de ses travaux l'avaient porté à solliciter. En envisageant à ce point de vue le résultat du scrutin, il peut se retirer avec les honneurs de la guerre, et de cette façon tout le monde sera content.

Malgré le tumulte qui accompagne toujours une nomination, cette séance n'a pas été perdue pour la science.

M. Barrier, de Lyon, a lu une observation intéressante de renversement de l'utérus réduite plusieurs mois après sa production. Il est fâcheux que le savant chirurgien n'ait pas su élaguer de sa lecture des détails qu'on doit réserver pour la commission et qui fatiguent toujours une assemblée. C'est à cette circonstance sans doute que M. Barrier a dû de ne point être écouté avec la faveur à laquelle il avait droit de s'attendre.

C'est à des motifs plus sérieux que M. Hervez de Chégoin doit attribuer l'inattention qui a accueilli la lecture de son rapport; la forme et le fond étaient également au-dessous de la position qu'occupe l'auteur. Les conclusions très confuses de ce travail ont été combattues par MM. Nacquart et Cazeaux, et l'Académie a jugé à propos d'en renvoyer l'adoption ou la modification à une autre séance.

M. Maisonneuve a épuisé l'ordre du jour en présentant un malade sur lequel il a pratiqué avec un plein succès une opération importante, dont on trouvera les principaux détails dans notre compte-rendu.

A côté des justes éloges que nous avons donnés dans maintes occasions au talent oratoire, à l'esprit original et pénétrant de notre ami M. Marchal, nous avons parfois placé quelques mots destinés à tempérer l'ardeur de son imagination, à régler le cours de ses conceptions si souvent ingénieuses. Notre devoir impose aujourd'hui encore cette obligation à notre amitié. Dans la communication que M. Marchal vient de faire à l'Institut, il a conclu, d'expériences sur la dessiccation des viandes, que la viande de poulet était plus nutritive que celle de porc, de mouton et de veau, et que l'élève des bestiaux était défectueuse parce qu'on les engraisse avant de les manger. M. Marchal, à l'exemple de beaucoup de chimistes très peu médecins et guère plus physiologistes, a cru pouvoir apprécier exactement les qualités nutritives des viandes en les faisant complétement dessécher, en les dépouillant de toute la matière grasse qu'elles contiennent, et en pesant le résidu de ces deux opérations. Cette voie assurément est la plus commode et la plus prompte; il est fâcheux qu'elle ne soit pas la plus sûre. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait commencer par prouver : 1° que la matière solide des viandes, quelles que soient d'ailleurs leurs qualités, est toujours également nutritive ; 2° que les matières grasses, soit isolées, soient associées à la viande maigre, sont absolument inutiles à l'acte très complexe de la nutrition ; 3° qu'il en est de même des matières susceptibles de disparaître par l'évaporation.

Or, ce sont là trois faits qui sont loin d'être établis, et qu'on doit établir, non pas à l'aide des cornues et des réactifs, mais bien à l'aide d'expériences physiologiques fort longues et fort délicates, qu'une ingénieuse opiniâtreté permet seule d'entreprendre et de conduire à bonne fin. En l'absence de ces expériences, les faits communiqués par M. Marchal ne peuvent être acceptés que comme des documents dont l'importance reste à déterminer, mais qu'on devra ajouter, en attendant, à ceux dont se compose l'histoire actuelle de la nutrition.

L'Académie des sciences est aussi dans les comités secrets pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de zoologie. Cette vacance a soulevé une fois de plus la question de savoir si la physiologie est ou n'est pas une partie de la zoologie. Cette question, on le voit, est assez piquante par elle-même; mais ce qu'il y a de bien plus piquant encore, c'est la réponse de la section, qui déclare qu'en effet la physiologie ne fait pas partie de la zoologie. Pour la section, toute la zoologie consiste sans doute à mesurer la hauteur et la longueur des animaux; à savoir si leur forme est linéaire, sphérique ou carrée; à compter le nombre et à dire la couleur de leurs poils, de leurs plumes ou de leurs écailles. Quant à ce qui est de savoir comment les animaux mangent, digèrent, respirent, se meuvent, pensent ou ne pensent pas, voilà qui est complétement étranger à la zoologie, et qui rentre très probablement dans la section de mathématiques et d'astronomie, si ce n'est même dans le domaine de l'Académie française. C'est en se fondant sur ces considérations sensées que la section avait écarté de la liste des candidats MM. Longet et Bernard, les deux hommes dont les travaux ont incontestablement l'importance la plus grande. Ajoutons, pour l'honneur de l'Académie, qu'elle n'a pas accepté la logique de la section de zoologie, et qu'elle a fait placer MM. Longet et Bernard sur la liste, à la majorité de 27 voix pour M. Longet, de 26 ou 28 pour M. Bernard. Par suite de ce vote, la liste se trouve ainsi composée :

Candidats proposés par la section :
MM. de Quatrefages et Dujardin (*ex æquo*);
Charles Bonaparte ;
Al. d'Orbigny et Gervais (*ex æquo*).
Candidats ajoutés par l'Académie :
MM. Longet;
Cl. Bernard.

Malgré cette addition, les chances du scrutin sont toutes en faveur de M. de Quatrefages, qui sera nommé à un assez grande majorité. MM. Longet et Bernard n'auront à se disputer que la prochaine vacance.

H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Exposé des doctrines médicales.

(Suite. — *Voir* le numéro du 10 février.)

Je ne veux pas continuer plus longtemps l'examen des anciennes doctrines, qui, nous devons le dire, ont fait maintenant leur temps. Vous parlerai-je de l'éclectisme, de cette méthode qui consiste à prendre le bien partout et à abandonner le mauvais ? C'est la doctrine de tout le monde, à moins d'être malhonnête homme ; c'est une simple vue de l'esprit. A l'endroit de la théorie ou de l'expérience, nous sommes tous éclectiques. D'autres ont traduit cela par méthode expérimentale.

La doctrine homœopathique ne vaut pas l'honneur que nous parlions ici de cette jonglerie, inventée pour abuser un public stupide. Les homœopathes sont ceux qui ne font pas d'homœopathie. Peut-on admettre une doctrine qui, en définitive, est fondée sur l'étude des symptômes, sous l'empire des doctrines de l'irritation, etc.? Le seul talent qu'aient montré les homœopathes a été de donner à manger à des gens qui avaient faim.

Il ne suffit pas de démolir; cette tâche est trop facile, en présence des doctrines qui ont récemment été adoptées puis abandonnées. Il faut chercher à poser des bases solides d'une doctrine, je ne dirai pas nouvelle, mais qui doit être bonne, car elle est fondée tout entière sur l'anatomie et la physiologie. Et pour qu'on ne nous accuse pas d'être trop matérialiste, comme on s'est plu à le dire, nous admettrons comme point de départ l'âme, organisatrice par excellence.

Aphorismes.

Il résulte des leçons précédentes :

I. Qu'aucun des systèmes qui ont régné en médecine n'est acceptable;

II. Qu'un grand nombre d'entre eux, si ce n'est tous, reposent sur des vérités partiellement acceptables, que l'on a trop généralisées; que l'éclectisme n'est pas un système, mais est ce que tout homme honnête cherche à faire, et que se dire éclectique est absolument ne rien dire, si ce n'est qu'on veut avoir le sens commun et de la probité ;

III. Que l'abnégation de toute science et de toute théorie, que l'empirisme fondé par la statistique n'est pas possible; que cet empirisme, fondé sur l'admission des maladies unitaires, conduit à l'absurde, parce qu'il n'existe pas de maladies simples ;

IV. Qu'il est utile de tracer un tableau d'ensemble des grandes vérités pathologiques consacrées par les progrès modernes, et que, pour y parvenir, il faut, en s'écartant des théories trop généralisées, ne repousser aucun fait connu, et rechercher les lois générales de l'organisation:

1° Ame organisatrice. Elle ne peut être en rapport avec l'extérieur que par des corps appréciables aux sens.

2° Organisme. Celle-ci, intermédiaire obligé de l'âme aux organes, des organes à l'âme.

3° Conséquences logiques. On ne peut rien directement sans l'âme.

V. L'âme est une unité, et puisqu'elle est une, elle ne peut être malade. On ne peut agir sur l'âme par des médicaments.

VI. L'âme, ne pouvant être malade, ne peut non plus être le point de départ de maladies qu'en modifiant l'organisme. Exemple : accès de joie causant la mort.

VII. A l'âme la peine, à l'âme le sentiment du moi, la faculté de recevoir les impressions du dehors et de vouloir après les avoir reçues.

VIII. A l'âme la conscience de ce qu'elle fait et de ce qu'elle a voulu.

IX. A l'organisme la série d'actions merveilleuses qui communiquent les impressions du monde extérieur à l'âme, et qui transmettent les volontés de l'âme au monde extérieur.

X. A l'âme, le point de départ primitif de toute vie ; son influence constitue un élément de plus dans la composition. Il faut bien admettre cet élément, car il est indispensable pour former les matières animales ou végétales.

XI. La chimie, malgré toute sa puissance, n'a pu faire un composé de substances telles qu'on les retrouve dans les corps organisés vivants; tout au plus est-elle parvenue à fabriquer des substances excrétées. C'est qu'elle n'a pas à sa disposition l'influence primitive de l'âme.

XII. Il ne peut y donner deux âmes, l'une en rapport avec la conscience, le moi; l'autre veillant sur l'organisme une fois en exercice. L'âme est une et ne peut être deux ; le principe vital, l'archée, les propriétés vitales sont des conceptions.

XIII. Etablir en effet entre les actions sensoriales ou motrices et la matière organisée une force, une propriété, un principe arbitrairement divisés, comme le faisaient Barthez, Bichat, Chaussier, etc., c'est poser des hypothèses inutiles, et qui ne donnent la clef d'aucun phénomène.

XIV. Admettre que l'âme veille sans cesse à conserver la vie est une fiction démentie par le nombre immense de faits dans lesquels ces phénomènes organiques marchent de telle sorte sous l'influence de ce qu'on appelle la nature, que le mal augmente au lieu de diminuer. Seulement, il faut avouer que l'organisme a été si bien disposé, qu'en vertu du mécanisme admirable qu'il présente, les lésions organiques ont souvent une tendance très remarquable à guérir.

XV. Il résulte de l'arrangement de l'organisme par l'âme que les agents physiques, mécaniques et chimiques de la matière se disposent de telle sorte, qu'ils forment de l'animal un ensemble merveilleux dont toutes les parties sont en harmonie, et font converger leurs actions vers un grand résultat final, la conservation de cet ensemble.

XVI. Loin qu'il y ait, ainsi que l'on n'a cessé de le dire, une lutte entre les forces physiques de la matière et les propriétés de la vie, il y a emploi et utilisation par l'âme de l'organisme des phénomènes de la matière non vivante pour l'accomplissement des actes exécutés par les corps organisés vivants.

XVII. La pesanteur favorise certains phénomènes organiques; l'affinité chimique préside à un grand nombre d'autres causes qui se passent dans l'économie animale; les lois de

l'optique sont admirablement appliquées au mécanisme de la vision, et celles de l'acoustique aux merveilles de l'ouïe; les membres, l'aile des oiseaux, les nageoires des poissons, sont des chefs-d'œuvre de mécanique, et partout l'organisme se sert de la matière et de ses propriétés pour l'entretien et pour l'accomplissement de sa vie.

La machine à vapeur en exercice marche avec régularité, bien que l'intelligence de l'homme qui l'a disposée cesse momentanément de veiller sur elle.

XVIII. De cette diversité des états et des actions des corps d'une part et de ces différences organiques, résulte l'impossibilité de voir dans la multitude des actes vitaux une loi générale qui permette d'établir un système exclusif.

XIX. De ce grand fait résulte encore que, si l'on veut s'élever à l'interprétation des phénomènes physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, il faut approfondir pour chaque organe sain ou malade et pour l'organisme entier, ainsi que pour l'action exercée par les médicaments, la connaissance soit de la structure et des usages de nos parties, soit des actions physiques des corps qui agissent sur elles.

XX. Pour bien comprendre les causes, les phénomènes, le mode de production, le traitement des lésions simples ou multiples, il faut donc avant tout être anatomiste ou physiologiste; ce qui suppose des connaissances physiques et chimiques, et tout homme soignant des malades sans ces notions n'est pas un véritable médecin.

XXI. Les médecins en général, surtout ceux des temps passés, n'étaient ni assez anatomistes, ni assez physiologistes: de là est résulté dans la médecine un état stationnaire, qui a cessé lors de l'étude attentive des organes et de leurs fonctions.

XXII. A mesure que l'on a fait quelque découverte anatomique ou physiologique, comme elle était partielle, elle ne pouvait se rapporter qu'à des objets de détail; comme on a voulu l'appliquer à l'ensemble de l'organisme, on est tombé dans le faux et dans des erreurs incontestables.

XXIII. Aussi, bien que des découvertes anatomiques et physiologiques partielles aient éclairé certains points de la médecine, les antiques théories, les maladies admises et étudiées dans des temps antérieurs, alors que rien de positif n'était connu, ont continué à être reçues comme vraies, et on a fait de tout ceci un incroyable chaos que l'on a appelé la pathologie.

XXIV. Il faut sortir de cette voie étroite et pleine d'écueils. Le flambeau qui doit guider la pratique, c'est l'étude de l'organisme, c'est-à-dire de la machine organisée et des phénomènes qui s'y accomplissent.

On ne doit pas imiter ceux qui ont fondé la théorie de la science entière sur des faits de second ordre comme importants, et qui ont passé avec légèreté sur les bases fondamentales des études pathologiques et chimiques; c'est le plus haut possible que, dans l'appréciation des phénomènes vitaux, il faut d'abord s'élever.

XXV. Le système nerveux, surtout dans sa partie centrale, est le plus rapproché de l'action de l'âme; il reçoit le sang qui le nourrit; pour que ce sang nourrisse, il faut qu'il soit modifié par l'oxygène de l'air. Nerf, sang, poumon, tel est, dans nos conditions climatériques, le triple fondement de l'organisation: or, les organes de ce zootriarchisme (ce qui signifie trois grandes puissances réglant l'organisme) sont le nervo-système, l'angième, l'angiaire.

XXVI. Comme le zootriarchisme est lié directement à la vie, les lésions dont il est atteint le menacent en raison de leur gravité. Si les actions dont il est chargé sont modifiées, il y a suspension entre les rapports du corps et de l'âme; leur cessation, c'est la mort. Tout médecin au lit du malade doit donc avoir en vue, avant tout, l'état du nervo-système, de l'angiaire et de l'angième.

XXVII. Comme le zootriarchisme touche en quelque sorte aux rapports intimes existant entre le corps et l'âme, les lésions qui le frappent menacent actuellement la vie, et cela en raison de leur degré de gravité. Si les actions dont il est chargé sont suspendues, il y a suspension dans les actes de l'existence; leur cessation, c'est la mort. Tout médecin au lit du malade doit donc, avant tout, avoir en vue les états où se trouvent le nervo-système, l'angième et l'angiaire.

XXVIII. Pour que le sang, qui nourrit et le nervo-système et les autres parties, répare les matériaux que cette nutrition lui fait perdre, il faut qu'une série d'organes lui en prépare et lui en rende de nouveaux. Sans tube digestif, il ne saurait y avoir une conservation de quelque durée dans l'action du triarchisme.

En pathologie, les lésions de l'angibrome ont une grande importance; mais cette importance n'est que de quatrième ordre, car elle ne peut prendre de rang qu'après celle des nervo-systémies, des angiémies et des angiairies.

XXIX. La seule idée raisonnable que l'on puisse se former de ce qu'on appelle la vie est qu'elle n'est autre chose que l'influence de l'âme donnant lieu aux phénomènes de l'organisme.

XXX. Pour que l'angibrome accomplisse ses fonctions, il faut qu'il reçoive des liquides qui, tels que le mucus, la salive, le suc dit gastrique, la bile, l'hydropancrie, soient propres à déterminer des assimilations chimico-organiques. Pour que les diverses parties du corps puissent continuer à fonctionner, il faut aussi que le superflu, les restes des matériaux nutritifs soient sécrétés et rejetés au dehors. Les lésions des glandes simples ou composées ont donc dans le cadre pathologique une importance de cinquième ordre.

XXXI. Mais, pour que les rapports de l'âme avec le monde extérieur puissent s'établir par la médiation du nervo-système, il faut, d'une part, des organes pour les sens, et, de l'autre, des agents pour les mouvements. Les lésions de ces diverses parties, papilles tégumentaires, yeux, oreilles, muscles et os, sont loin de causer actuellement la mort; mais elles peuvent finir par la déterminer d'une manière indirecte; leur importance pathologique, toute grave qu'elle est, n'est donc que de sixième ordre.

XXXII. Les appareils énumérés précédemment suffisent à l'existence individuelle. D'autres sont indispensables pour que de nouvelles associations d'âme et d'organisme puissent se former. Les lésions de l'angiosperme et de l'angiovie sont donc de toutes, et au point de vue de la vie individuelle, les moins importantes. C'est très indirectement, et par la médiation des autres appareils organiques, qu'elles causent la mort.

XXXIII. Les lésions du nervo-système frappent des organes si importants et dont il est si difficile de concevoir les fonctions que, pour réunir les documents indispensables à leur connaissance, il faut d'abord comprendre les troubles survenus dans les actions plus évidemment mécaniques et chimiques des autres appareils organiques.

XXXIV. Il n'y a pas de maladies sans lésions ou sans altérations préalables d'organes, car les mouvements d'une montre ne se dérangent qu'autant que ses ressorts ou ses rouages sont modifiés ou altérés.

XXXV. Les médecins d'autrefois, trop de médecins encore se demandent: Quelle est la maladie de tel homme et quel est le remède à y opposer? Les médecins doivent, au contraire, se dire: Quels sont chez cet homme les organes lésés? Comment le sont-ils? Sous l'empire de quelle cause les lésions sont-elles survenues ou se sont-elles entretenues? Qu'est-ce que le bon sens et l'expérience apprennent à faire pour les guérir?

XXXVI. Les médecins modernes se disent encore: Voici un homme malade; en quoi ses organes diffèrent-ils de ce qu'ils étaient en santé? Quelles sont les altérations de fonctions qui résultent des troubles matériels qui existent? Quel est l'enchaînement des modifications anatomiques et fonctionnelles observées? Comment, enfin, ramener les parties malades à leurs conditions normales?

XXXVII. Les caractères les plus certains des lésions pathologiques sont ceux que fournit pendant la vie l'anatomie des organes d'un malade. Leur certitude est à celle des symptômes physiologiques ce qu'est le positivisme des faits anatomiques comparés à l'incertitude d'un grand nombre d'explications physiologiques.

XXXVIII. Avant tout, il faut au lit du malade connaître la lésion ou les lésions existantes. La pathologie ou mieux le pathologisme doit découler des faits pratiques et s'harmoniser avec eux; toute théorie médicale qui ne repose que sur des faits pratiques est mauvaise et doit être abandonnée.

XXXIX. De l'importance de l'étude et de la connaissance des lésions résulte l'utilité de l'inspection, de la palpation, du plessimétrisme, de l'auscultation, des analyses chimiques, qui permettent d'établir l'organographisme pathologique et d'apprécier le siége, le degré et souvent la nature de certaines lésions que l'on observe en santé et en maladie.

C'est ce que nous allons tenter dans les leçons suivantes, où nous chercherons à faire voir que le pathologisme repose sur la clinique, et que le flambeau qui éclaire l'une et l'autre est l'anatomie, dont la physiologie dévoile les secrets.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De la gangrène spontanée comme complication du diabetès.

(Communiqué à l'Académie de médecine.)

A l'exemple de M. Marchal (de Calvi), j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie deux cas de glucosurie compliqués l'un et l'autre de gangrène partielle des orteils. Les faits de cette nature sont peu communs, leur cause est encore mal connue; par l'intérêt qu'ils présentent sous ce double rapport, ils me semblent dignes de fixer l'attention des praticiens.

OBS. I. — Dans le courant du mois d'octobre 1851, je fus appelé près de M. C..., officier supérieur d'état-major, âgé de cinquante-huit ans, tourmenté depuis quelques jours par de la céphalalgie, de la constipation, de l'anorexie, de la soif et des nausées; ce malaise, que j'attribuais à un simple embarras gastrique, céda à l'emploi d'un purgatif salin. Mais bientôt les mêmes accidents reparurent augmentés de lassitude générale, d'un petit accès fébrile vers le soir, d'une soif inextinguible et de l'émission en vingt-quatre heures de quatre à cinq litres d'urine limpide à peine colorée.

L'intensité extraordinaire de la soif et l'abondance des urines me portèrent à soupçonner l'existence d'un diabetès sucré. Pour m'en assurer, j'interrogeai le malade, et j'appris de lui que depuis neuf ans les mêmes phénomènes morbides se reproduisaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, que chaque goutte d'urine qui tombait sur ses vêtements laissait en s'évaporant de petits cristaux blanchâtres ou des granulations amorphes. L'analyse chimique vint ensuite confirmer pleinement mes soupçons. En effet, mon collègue M. le professeur Poggiale, qui voulut bien se charger de cette opération, trouva 71 grammes de glucose par litre d'urine.

En conséquence, je fis prendre à M. C... 5 grammes de bicarbonate de soude matin et soir; je le soumis en même temps au régime alimentaire institué par M. Bouchardat contre la glucosurie. Ce traitement et les eaux prises à Vichy pendant un mois et demi firent promptement tomber la proportion de sucre tantôt à 3, tantôt à 4 grammes par kilogramme d'urine.

Il y avait eu jusqu'alors une telle prostration de l'appareil musculaire que tout effort de station verticale devenait une cause de fatigue; mais, en revenant à la santé, le malade recouvra assez de forces pour pouvoir se rendre chaque jour à pied de la place Vendôme au bois de Boulogne. Tout faisait donc présager un rétablissement prochain, lorsque, vers la deuxième semaine du mois de janvier 1852, M. C... commença à se plaindre, au retour de ces promenades, d'une douleur très vive semblable à celle de l'acrodynie et se faisant sentir à la face plantaire du pied gauche. Cette douleur coïncidait avec l'apparition sur le même point de petites taches rouges, que j'attribuai à quelque imperfection de la chaussure. Bientôt cependant ces taches, qui avaient changé de siége, finirent par se couvrir d'ampoules d'une étendue de 2 centimètres sur la face plantaire des deux premiers orteils gauches. Ces ampoules étaient remplies d'un liquide d'apparence laiteuse. J'en fis l'ouverture, et trois jours après je retrouvai sur la charpie du pansement les débris sphacélés de ces deux doigts.

OBS. II. — Mme R..., âgée de quarante-sept ans, d'une constitution robuste, était atteinte de glucosurie depuis quinze mois, quand, le 5 février dernier, elle ressentit tout à coup vers l'extrémité du petit orteil du pied droit une douleur comparable à celle qu'occasionne la brûlure. Des fomentations laudanisées diminuèrent l'intensité de la souffrance; mais le lendemain je m'aperçus qu'une plaque livide avait envahi le côté externe de cet orteil et que les malléoles avaient disparu dans un gonflement œdémateux du cou-de-pied.

Une circonstance imprévue m'empêcha de voir la malade pendant les quatre jours suivants; à mon retour près d'elle, je trouvai une eschare en voie d'élimination et qui comprenait dans son épaisseur toutes les parties molles primitivement recouvertes par la tache livide.

La plaie qui s'en est suivie a mis quarante-quatre jours à se cicatriser.

A cette observation se rattache une particularité que je considère comme très importante pour l'étude des causes de la nécrosie diabétique. Mme R... m'a fait voir une collection de calculs à base de chaux, du volume d'une noix, à surface muriforme, et qu'elle n'a rendus par l'anus qu'avec des douleurs atroces.

Pendant son séjour à Paris, la malade s'est abreuvée d'eau d'Arcueil, et, chose remarquable, toutes les fois qu'elle a essayé de poursuivre l'usage de l'eau artificielle de Vichy mélangée aux aliments pendant huit ou dix jours, de semblables concrétions se sont reproduites dans l'intestin.

Ne serait-il pas possible que des réactions chimiques, s'effectuant entre les éléments de l'eau et les éléments du sang, déterminent par des dépôts sédimenteux l'obstruction des capillaires et la mortification des parties que ces vaisseaux cessent de nourrir? L'observation relative à Mme R... tendrait à le faire croire.

Quoi qu'il en soit de cette explication, que je ne hasarde d'ailleurs qu'à titre de vue hypothétique, les faits que je viens d'exposer prouvent évidemment la possibilité de la gangrène des orteils comme phénomène secondaire de la glucosurie. Quelle est la cause réelle, quelle est l'importance séméiotique de cette singulière complication? Je laisse à M. Marchal, qui a soulevé ces questions, le mérite et l'honneur d'y répondre.

AMPUTATION PARTIELLE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Guérison.

Par M. le docteur VERHAEGHE, membre correspondant, à Ostende.

Les dernières vingt-cinq années forment une époque fertile en fait d'opérations de résections osseuses. Le maxillaire supérieur, malgré sa proximité du cerveau et ses connexions intimes avec une foule d'autres os, n'a pas échappé aux tentatives faites pour soustraire des malades à une mort certaine. Dupuytren est généralement considéré comme ayant soumis le premier la résection du maxillaire supérieur à des règles fixes. Mais ses successeurs ont poussé la hardiesse plus loin, et, ne se bornant plus à enlever une portion de cet os, ils l'ont excisé en entier, comprenant même souvent l'os malaire, lorsqu'il était malade, dans la masse enlevée. La chirurgie doit beaucoup à ce sujet à Gensoul, Dieffenbach, Liston, Lizars, Michaud, etc., qui, ayant eu souvent l'occasion de pratiquer cette opération, ont proposé des méthodes sûres pour arriver au but désiré.

Le sujet sur lequel j'ai pratiqué l'excision d'une portion notable du maxillaire supérieur est un pêcheur de la commune de Breedene près d'Ostende, âgé de quarante-six ans, et qui était affecté depuis plusieurs mois d'une carie du côté droit de cet os. Le mal s'étendait en hauteur depuis le bord alvéolaire jusqu'à un pouce et demi au-dessus, et d'avant en arrière depuis la deuxième dent incisive jusqu'à la deuxième grosse molaire. Plusieurs ouvertures fistuleuses existaient sur les gencives et donnaient lieu à une suppuration abondante. Un stylet introduit par ces fistules rencontrait partout l'os à nu et carié.

Le seul moyen de guérison possible était l'enlèvement de toute cette partie malade. J'y procédai de la manière suivante:

L'individu assis devant une fenêtre et étant chloroformé, je fis dans le pli génio-nasal du côté malade une incision verticale commençant à un demi-pouce au-dessous du grand angle de l'œil et se terminant au bord libre de la lèvre supérieure. Les parties molles furent ainsi divisées du premier coup jusque sur l'œil. Je détachai ensuite les deux lèvres de cette plaie et renversai le lambeau externe en haut et en dehors, où il fut maintenu par un aide. Toute la portion malade de l'os étant ainsi mise à nu, j'ôtai la première dent incisive; puis quelques traits de scie entamèrent l'os en cet endroit aussi loin qu'il était possible de faire avancer l'instrument. La gouge et le maillet furent ensuite employés pour isoler la partie destinée à être enlevée; enfin des tractions et quelques coups de ciseaux courbes l'enlevèrent totalement. Plusieurs cautères rougis à blanc furent promenés sur toute la surface osseuse et l'opération se trouva terminée.

Les lambeaux furent rabattus et réunis au moyen de plusieurs points de suture entortillée. Des injections avec une

infusion de camomille furent faites dans la bouche tous les quarts d'heure, afin d'entraîner le liquide sanieux que cette énorme plaie osseuse ne pouvait manquer de fournir en quantité.

Le plus grand nombre des sutures fut enlevé le surlendemain de l'opération, et le reste le jour suivant. La réunion de la plaie était parfaite dans tous les points. Les surfaces osseuses se couvrirent de granulations d'une belle apparence et se cicatrisèrent assez rapidement. Cet homme put quitter l'hôpital, où cette opération avait été faite, et reprendre son métier au bout de trois semaines. En ce moment, huit mois après l'opération, la guérison est encore très solide.

OBSERVATION D'UN CAS DE DIFFORMITÉ DU BASSIN

chez une fille grosse, délivrée par l'opération césarienne; guérison;

Par M. Voet.

Le fait suivant ne prouve rien de plus après celui que nous avons publié. Nous désirons seulement qu'il engage les praticiens à faire le relevé de toutes les opérations semblables dont ils pourraient avoir connaissance, afin qu'une statistique de ces opérations puisse enfin être établie.

Obs. — M. Voet fut appelé, le 26 mars 1849, dans la commune de Nieuwenrode, pour voir une pauvre fille rachitique, atteinte de vice du bassin. De légères douleurs avaient commencé depuis huit jours; mais le travail ne s'était établi que le 24, lors de la rupture de la poche des eaux.

Le toucher lui apprit que le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur n'avait pas plus de 2 pouces. Le col était dilaté et la tête en partie engagée dans la cavité du bassin.

Les douleurs avaient été fortes; mais, en ce moment, elles étaient presque arrêtées. Depuis ce matin, elle ne sentait plus les mouvements de l'enfant.

L'impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles ayant été reconnue en consultation avec MM. les docteurs Windelinckx et de Backer, M. Voet se mit en devoir de préparer l'opération césarienne. Il divisa la ligne blanche de l'ombilic au pubis. Il avait sondé la femme avant l'opération et avait extrait quelques onces d'urine; et cependant, le premier objet qui se présenta devant la plaie fut la vessie remplie d'urine. Comme elle se trouvait comprimée entre l'arcade pubienne et la tête de l'enfant enclavée dans le bassin, il fut impossible de faire parvenir une sonde dans sa cavité, et on dut continuer l'opération en laissant ce viscère rempli de liquide.

L'incision de la matrice ayant été pratiquée, on dégagea et fit sortir les pieds de l'enfant, mais la tête était fortement enclavée, et il fallut d'énergiques tractions pour l'extraire, d'autant plus que, l'utérus s'étant contracté pendant ces manœuvres, les bords de l'incision étranglaient en quelque sorte la tête et contribuaient aussi à la retenir. — L'enfant était mort.

Dans le premier pansement qu'il eut soin, dit l'auteur, de placer une compresse longuette passant par la plaie et les voies naturelles; ensuite je réunis la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives. (Il ne précise pas si la délivrance eut lieu par la plaie ou par les voies naturelles.)

Un peu de tympanite et quelques vomissements inspirèrent d'abord des craintes sur le résultat de l'opération. Cependant les lochies s'écoulèrent régulièrement par les voies naturelles, en même temps que du pus par la plaie. Sans qu'il eût été besoin d'employer aucun remède énergique, la convalescence s'établit promptement.

Le 17 avril, la plaie extérieure n'avait plus que 2 pouces de largeur, et ne suppurait presque plus.

Le 27, la cicatrisation était complète.

Quelques mois plus tard, M. Voet vit par hasard cette femme travaillant dans les champs à côté d'autres ouvrières. Elle lui dit n'éprouver aucune incommodité et se trouver parfaitement rétablie.

(*Ann. de la Soc. de méd. pratique de la prov. d'Anvers.*)

ORLÉANS.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

PAR M. BALLY,

Membre de l'Académie nationale de médecine.

(Fin. — *Voir* les numéros des 15 et 20 avril.)

Section *des sciences naturelles.* — Parmi les travaux importants dont cette section a cru devoir s'occuper, je mentionnerai ce qui touche à la maladie de la vigne.

M. Robineau-Desvoidy, célèbre entomologiste, l'attribue à la présence d'un insecte microscopique; mais la plupart des membres de la section, et notamment M. Charles Desmoulins, sous-directeur de l'Institut des provinces, repoussent cette opinion.

Mes recherches particulières s'accordent mieux avec celles du savant Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine. M. Bouchardat a examiné plus de deux mille sujets, extraits la plupart de la pépinière du Luxembourg, et il a vu toujours que cette phythinose dépendait d'un lichen, d'une mucédinée, nommée oïdium par d'autres naturalistes.

Il faut convenir, toutefois, que l'opinion de M. Robineau a pour elle l'analogie. Beaucoup de plantes sont ravagées par des pucerons, sarcoptes ou acarus. C'est bien un insecte qui pique les feuilles de pêcher, les fronce et nuit si essentiellement à la nutrition comme à la production du fruit.

Nos pommiers sont depuis quelque temps, comme ceux de la Normandie, empoisonnés par le puceron laniger, *aphis mali*, qui pique les jeunes branches, les enveloppe de son coton et les fait périr après les avoir rendues verruqueuses. Ces nombreux insectes se voient à la loupe et mieux encore au microscope. Si on les écrase, ils fournissent un suc entièrement semblable à celui de la cochenille, insecte du nopal. Ce suc donnerait à coup sûr une aussi belle teinture.

Il est un autre puceron qui a par sa forme la plus grande analogie avec le précédent et que j'ai mieux étudié sous le rapport biologique, c'est celui du faux cythise, *cythisus laburnum*, qui enveloppe les branches d'une suie fuligineuse sous laquelle la branche meurt. Le spectacle du travail de ces pucerons, lorsqu'on met la poussière noire ou, mieux, cet enduit sous la lentille, est certes l'une des choses les plus curieuses et des plus intéressantes pour l'entomologiste et le biologue. Le volume des insectes diffère considérablement : les plus gros, ogres de la famille, meuvent, malaxent sans interruption les plus petits jusqu'à ce qu'ils les aient réduits en feuille mince de la couleur et de la transparence du parchemin. Je ne sais si c'est là une métempsycose, un passage à une autre vie, ou une évolution pour renaître sous une autre forme. Ce que je crois fermement, c'est que ce n'est pas là une destruction.

L'ex-président de l'Académie des sciences, M. Rayer, homme de progrès, qui a eu le bon esprit de fonder une Société de biologie, appelée, je pense, à un grand avenir, pourrait lui soumettre ce singulier phénomène. C'est peut-être par l'entomologie microscopique que l'on arrivera un jour à débrouiller le chaos qui cache le grand mystère des transformations et de la conservation des espèces. Déjà sous nos yeux un cercle exact de vitalité ou d'immortalité se dessine chaque jour dans le ver à soie et ses diverses évolutions.

Quant au *solanum tuberosum*, la maladie s'efface chaque jour dans la plupart des contrées, comme je l'avais prédit en la comparant aux maladies humaines dites épidémiques. Je n'ai pas vu l'insecte producteur, et je doute fort qu'il existe; mais j'ai fait une observation, c'est que le mal suit exactement la marche de la pourriture chez l'homme. La partie gangrenée est entourée d'un cercle *inflammatoire* qui s'étend à mesure que la *phythinose* fait des progrès. L'épiderme s'y détache comme chez l'homme. Alors vous voyez un fond violacé qui pénètre dans l'épicarpe (1) et, plus tard, dans le parenchyme, et constitue ainsi le caractère principal du désordre. Le tissu atteint exhale d'ailleurs une odeur pénétrante, spécifique. Voilà bien des rapports.

MALADIE ASIATIQUE.

Voici ce que dit Condillac : Ce n'est pas la faute des sciences si elles ne démontrent pas rigoureusement, *c'est la faute des savants qui parlent mal.*

Eh bien! je m'adresse à vous, les oracles de la médecine! Vous rendrez toujours la science fort incertaine, en dépit des traités de Cabanis ou de la savante *Psychologie* de Barbier (d'Amiens), tant que vous parlerez un langage suranné. Applaudissez avec plus de grandeur d'âme aux efforts généreux de M. Piorry, qui a eu le courage, on pourrait dire l'héroïsme, d'entreprendre une réforme que vous ne voulez ni adopter, ni modifier, s'il y a lieu. La postérité ne saurait vous bénir pour être restés oisivement emprisonnés dans votre sombre tour de Babel.

Le 22 septembre 1849, deux ans ayant le congrès, j'arrivai à Orléans dans l'intention de procéder à quelques recherches sur le fléau épidémique, qui tendait à sa fin.

Cette ville en plaine reçoit de toutes parts et sans obstacle l'accès des courants atmosphériques; et bien que la Loire, ce fleuve inconstant, laisse souvent des terrains à nu, elle n'y dépose que du sable caillouteux, toujours sec et sans émanation d'effluves nuisibles. Il n'y a donc, dans cette localité, aucune de ces causes générales que l'on puisse accuser de la production des maladies épidémiques.

Sous le point de vue historique, je ne me permettrai que la citation de deux époques mémorables qui témoignent de l'héroïsme des habitants lorsqu'ils combattent *pro aris et focis* : la résistance contre Attila en 450, et l'époque surhumaine de Jeanne-d'Arc.

L'hydrhémocholadrée, écoulement de l'eau du sang par les intestins, qui a envahi le monde, n'a pas épargné Orléans; et cependant les ravages y furent moins grands que dans beaucoup d'autres endroits tout aussi favorablement exposés.

Dès que la maladie y fut connue, le médecin en chef de l'hôpital, M. Jallon, conçut la grande idée de garantir de ses atteintes ceux qui résidaient ou étaient admis chaque jour dans cet établissement, en dirigeant les *épidémiés* dans le château Baron, en dehors de la ville, et le succès dépassa toute espérance, si bien que l'on ne pourrait citer un seul cas d'hydrhémocholadrée survenue parmi les malades de l'hôpital.

En 1847, j'avais adressé, dans des vues analogues, un mémoire à l'administration des hôpitaux, et je renouvelai mes instances en 1848, en indiquant les châteaux devenus vacants pour les transformer en dépôts provisoires; j'offrais même de me renfermer dans l'un de ces établissements jusqu'à la fin de l'épidémie. Quelques-uns de mes collègues, consultés, repoussèrent cette mesure si puissamment hygiénique. Il faut voir, dans l'ouvrage si consciencieux du docteur Briquet, combien ce refus a été fatal. Les laborieuses recherches de M. l'inspecteur Blondel, consignées dans un savant rapport et dans une statistique éclairée, confirment en tous points mes opinions, car il n'a omis dans ses chiffres aucun fait de développement parmi les malades des hôpitaux; et cependant M. Blondel n'est point partisan de la contagion, mais il raconte avec franchise, loyauté et savoir.

Dans *le doute, abstiens-toi*, a dit le sage; et puisque la difficulté n'est point résolue, puisque le problème est encore livré aux disputes des savants, *adhuc sub judice lis est*, je maintiens qu'il y a moins, beaucoup moins d'inconvénients à admettre la possibilité de la transmission qu'à la repousser si impérativement.

D'ailleurs, que demandons-nous à vous qui ne savez pas plus que nous guérir le mal? Nous vous demandons des mesures hygiéniques qui réussissent si merveilleusement là où on les emploie.

En 1832, il y eut à Orléans 1,040 décès, et moins de 300 en 1849. On en reçut dans cette dernière année 79 au Baron, dont 44 moururent. Tout le personnel du service fut plus ou moins infesté, et compta six décès.

Il importe de signaler avec soin le fait saillant d'infection communiqué aux blanchisseuses de l'Hôtel-Dieu par le linge des malades du Baron qui y fut transporté. Quatre d'entre elles furent atteintes le lendemain du lessivage; une seule succomba.

Ici nous retrouvons encore la nécessité des mesures hygiéniques, inspirées par nos idées sur l'infection. Si l'on eût observé le précepte que je recommande depuis si longtemps, de recevoir tout le linge dans des baquets à demi remplis d'eau aussitôt qu'il est changé, nul doute que les blanchisseuses n'eussent été épargnées.

Mais, que voulez-vous! si l'on attribue tout le mal à une cause dite épidémique, à quoi bon les minutieuses précautions? Et qu'est-ce que la déesse Hygie a à faire dans tout cela?

Disons encore que la sortie des matières intestinales, qui probablement recèlent le poison, devraient être surveillée de telle sorte que ces excrétions fussent reçues dans un vase d'eau simple ou mélangées au sulfate de fer, selon le procédé Gensoul.

(1) Bien que le tubercule ne soit pas le fruit du solanum, on est forcé, pour l'intelligence du phénomène, de se servir de ce terme.

Je répéterai donc éternellement que l'hygiène doit avoir pour but constant d'éloigner les effluves intoxicants, ou de les empêcher d'aborder là où se trouvent des causes prédisposantes. Un lieu infect, un logement insalubre, étroit, resserré, renfermant la nuit six à huit personnes, tel que j'en ai observé en décembre 1848 dans des villages près de Lille, où j'ai accompagné M. le préfet Durand Saint-Amand, cette habitation, si éminemment insalubre, ne donne pas, n'a jamais donné, ne donnera jamais ce que vous appelez le *choléra*. Mais qu'un miasme intoxicant, un effluve, une molécule infectée arrive là, aussitôt la faux du temps moissonne dans ce foyer pestilentiel, hier si innocent!

Avez-vous vu une poudrière lancer spontanément dans les airs tous les matériaux du bâtiment qui la contient? Mais qu'une étincelle électrique ou la moindre étincelle de vos foyers atteigne la poudre renfermée dans le magasin, aussitôt tout est réduit en fragments et en poussière.

Est-ce qu'un nuage n'est pas toujours chargé d'électricité? Et cependant la foudre ne se fait pas toujours entendre. Mais envoyez à sa rencontre un nuage à électricité différente, et vous verrez.

Ce que nous voulons dire avec nos comparaisons, c'est que rien ne se fait sans des conditions. Ce que nous voulons prouver avec nos exemples, c'est que les causes les plus graves, les plus accumulées d'insalubrité, sont tout à fait inertes tant que la cause spécifique, le miasme, ne les embrase pas par son contact.

Que n'ai-je pas cité dans mes recherches et mes voyages? Combien de prisons, centres d'infection, restés à l'abri! Combien de couvents préservés, même à Paris! Celui du Temple, entouré d'une population misérable et sale, n'eut pas un seul malade en 1832, avec un personnel d'environ soixante personnes.

La maison centrale de Rennes, placée au faubourg Saint-Hellier, sur la Vilaine, le plus humide comme le plus insalubre des quartiers, renfermant, en 1849, un personnel de six cents individus entassés dans un local où toutes les mauvaises conditions étaient agglomérées, entourée de masures que la maladie infestait, n'eut aucun malade, au témoignage du docteur Baudouin, l'une des principales notabilités de la ville. Dans la section, on nous a donné des preuves nouvelles de transmission. La Ferté-Lowendal ne comptait aucun malade, lorsqu'un maçon, sorti de Paris, vint y mourir. Aussitôt l'épidémie se manifesta.

Dans l'hôpital général d'Orléans, où l'on ne reçoit que de vieilles femmes, une cholérique fut transportée du dehors; et, dès le lendemain, deux cas bien caractérisés se manifestèrent.

On a fréquemment accusé l'humidité, le voisinage des rivières ou des marais, comme source principale de l'invasion épidémique; mais partout des points culminants et secs ont été aussi affligés que les bas-fonds. Ainsi l'on nous cite la commune de Jarville, pays fort élevé, sur la route de Paris, où il y eut bon nombre de malades. On ne s'y abreuve qu'avec l'eau des puits.

Puis M. Ancelon est venu affirmer que, dans le département de la Meurthe, les localités entourées de marais, surtout la petite ville de Marsal, ont été complétement épargnées.

Les faits rapportés par le docteur Bourgeois, médecin à Etampes, dans deux excellents mémoires sur les épidémies, ajoutent encore aux preuves de la faculté infectueuse dont jouissent les effluves sortis des excrétions des malades.

M. Cyprien Czajewski fait observer qu'à St-Thiberg la mort frappa presque exclusivement chez les femmes.

Thérapeutique. — M. Jallon, ainsi que nous l'avons prouvé, a employé avec succès l'isolement des établissements publics, et il conseille de voyager lorsqu'on le peut. A cela, j'ajoute qu'il faut bien se garder de rentrer trop tôt dans le lieu qu'on avait abandonné. Fuir les localités infectées est un précepte de Celse pour les maladies pestilentielles.

M. Jallon avait établi son traitement sur les bases suivantes : un bain à 36° dès l'entrée; des sinapismes couvrant presque tout le corps; l'infusion de menthe pour boisson; des lavements laudanisés; la saignée dans la réaction, ou des sangsues à l'épigastre, si la douleur s'y faisait sentir.

Ces grands sinapismes rappellent de suite les ventouses monstres de M. Junot; innovation qui compte des succès, et qui aurait mérité un meilleur accueil.

M. le docteur Lucas a cru apercevoir que les vapeurs de la houille brûlée dans les poêles repoussaient la maladie. La plupart des membres de la section sont loin d'admettre cette idée.

On a cité une commune de Loir-et-Cher où l'épidémie disparut par le fait de l'incendie d'une forêt.

M. Jallon dit que deux femmes, ayant par mégarde avalé le chlore destiné aux fumigations, avaient été guéries.

J'avais raconté les mouvements singuliers des bras opérés après la mort de quelques individus décédés récemment; et M. Jallon parle à cette occasion d'une jeune jeune fille qui, ayant avalé une once d'acide arsénieux, conserva aussi pendant quelques minutes un mouvement de semi-rotation dans les avant-bras.

Choladrée lymphatique ou hydrhémocholadrée chez les aliénés. — L'aliénation mentale est-elle une prédisposition? De nombreux exemples parlent en faveur de l'affirmative. Les établissements que j'ai visités témoignent de cette susceptibilité. Il y aurait, pour s'éclairer sur l'étiologie, à rechercher quel genre de folie est plus spécialement atteint.

Dans le tableau que je dois à l'obligeance de M. le docteur Payen, je remarque d'abord qu'il y a eu plus de victimes parmi les femmes que parmi les hommes, puisque, sur 32 décès, on compte 11 hommes et 21 femmes.

Voici, dans l'ordre des susceptibilités, comment ont été classés les aliénés d'Orléans :

La lypémanie eut. . .	15 décès.	
La manie.	11	
L'imbécillité. . . .	3	parmi les femmes seulement.
L'épilepsie. . . .	2	
La monomanie. . . .	1	

Dans ce tableau, on voit que la mélancolie, en déprimant les forces, donne de l'activité à la prédisposition.

Cependant un célèbre aliéniste, le docteur Lélut, m'a affirmé que les maniaques, les épileptiques et les idiots ont également souffert. Il dit dans son mémoire, pages 6 et suiv. : «La sensibilité de quelques idiots était réellement exaltée par les souffrances, et leur attention uniquement concentrée sur cette soif inextinguible qu'ils cherchaient vainement à satisfaire.

» Chez les maniaques hallucinés non-seulement la pensée, mais le délire, mais les fausses perceptions ont duré jusqu'à la fin. Ces malheureux rapportaient leurs souffrances aux manœuvres de leurs ennemis secrets, invisibles. Leur soif, leur oppression, les tortures douloureuses de leurs muscles, la chaleur de leurs entrailles étaient le résultat de machinations physiques, magnétiques, franc-maçonniques : et cette erreur de la pensée persistait jusqu'au dernier moment, quand déjà le cœur battait à peine, quand les artères ne portaient plus au cerveau ce sang que jusqu'alors on avait cru indispensable à l'exercice de l'intelligence.

» Il y avait des prodromes dans les deux tiers ; mais dans plusieurs cas aussi bien observés l'invasion a été d'une violence extrême : le malade est tombé brusquement au milieu de ses camarades et de son délire. »

Cette prédisposition, que j'ai retrouvée partout chez les individus atteints d'aliénation mentale, fut aussi prononcée dans le magnifique établissement de Clermont-sur-Oise qu'elle m'avait parue dans le château de Saint-Gemme près d'Angers. Sur un personnel de 950 individus, y compris les employés, 216 furent atteints en 1849, et 127 succombèrent. Parmi ceux-ci, on compta 9 personnes de service.

Observons qu'il y eut 11 employés qui furent atteints de la suette, alors que l'on ne compta pas un seul aliéné : c'est chose remarquable dans un pays où la suette est endémique!

Parmi ceux qui furent atteints de la maladie asiatique, il y eut une transformation; elle passa à la suette avec caractère intermittent, dont la quinine fit justice.

L'épidémie s'était montrée depuis quelque temps dans la ville, lorsqu'elle envahit subitement la maison pour y sévir avec une intensité qui rappelle les désastres de la Salpêtrière. Les habitants l'attribuèrent à la contagion, cause que M. Woillez n'admet que dans des cas exceptionnels très rares. Ce médecin attribue beaucoup d'influence à la terreur; et il ajoute qu'il n'y a dans l'apparition du choléra dans l'hospice civil de Clermont qu'une simple coïncidence avec l'arrivée de la première victime, dont la mort, par la terreur qu'elle imprima, n'a agi que lorsque le moral des habitants de l'hospice a favorisé par son ébranlement l'apparition de la maladie chez les individus prédisposés.

Il y aurait sur la terreur, comme cause déterminante, à se faire une question : Comment la terreur agirait-elle chez les aliénés si éminemment prédisposés à cette maladie?

Le docteur Woillez, à l'obligeance de qui je dois les notes précédentes, est un médecin de distinction qui habitait Clermont lors de l'épidémie. Il y jouissait d'une bonne renommée et il a laissé de justes regrets en quittant ce pays, où il était honoré.

Je termine le compte-rendu du congrès scientifique de France, considéré sous le rapport médical, par une note que le célèbre professeur Verga m'a remise sur son établissement d'aliénés, note publiée avec plus d'étendue dans la *Gazetta medica di Milano*.

Au mois d'août 1849, une nouvelle épidémie se manifesta à Milan et exerça beaucoup de ravages dans le grand hôpital. Le journalisme et l'opinion publique en attribuèrent l'origine à la libre entrée des nombreux visiteurs.

Elle pénétra aussi dans la Senavra, hospice des aliénés, distant d'un demi-mille de la cité. Les premiers symptômes parurent chez les servens, lesquels, à certains jours de la semaine, sortent librement et communiquent avec la ville.

Dès qu'on s'aperçut que la maladie s'était prononcée, et même avait atteint deux aliénés, dont un mourut, on prit les plus rigoureuses précautions. Toute communication fut interceptée; personne ne sortit plus de l'établissement, et tout ce qu'on était obligé d'y introduire était exposé à de longues fumigations de chlore. Ces mesures durèrent une quinzaine de jours, et l'on eut la bonne fortune de voir la Senavra sortir presque intacte d'une épidémie qui ravagea si cruellement l'hôpital de Milan.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

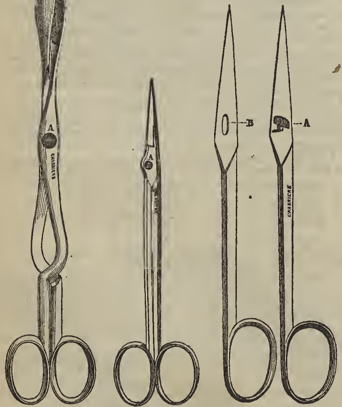
Kystes de l'ovaire.

M. Poumier, médecin à Chamboulire, près Uzerches (Corrèze), adresse une observation d'hydropisie de l'ovaire.

Système d'articulation libre pour les instruments à branches.

M. Charrière présente une note destinée à faire connaître un système d'articulation pour les instruments à branches, qui permet de les démonter instantanément pour les nettoyer, et qui les empêche de se desserrer.

Voici quelques figures qui montrent les nouveaux instruments montés et démontés. Celle qui représente des pinces à pansement indique le degré d'écartement auquel il faut porter l'instrument pour que la désarticulation soit possible. On voit que ce degré ne peut jamais être atteint dans les manœuvres opératoires, que par conséquent la désarticulation ne peut s'opérer sans la volonté du chirurgien.



Gangrène spontanée.

M. Champouillon adresse une note à ce sujet. (*Voir* ci-dessus.)

Nomination.

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section d'accouchements. Deux tours de scrutin ont lieu, pendant lesquels les voix se répartissent de la manière suivante :

Premier tour. — 90 votants. Majorité, 46.

MM. Depaul	33 voix.
Lenoir	31
Devilliers	14
Jacquemier	12

Deuxième tour. — 89 votants. Majorité, 45.

MM. Depaul	48 voix.
Lenoir	36
Devilliers	2
Jacquemier	2
Billet blanc	1

M. Depaul, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre de l'Académie, sauf approbation de l'autorité supérieure.

LECTURES.

Renversement de l'utérus.

M. Barrier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit une observation intitulée : *Renversement complet de la matrice survenu à la suite de l'accouchement. Métrorrhagies graves et répétées. Réduction tentée avec succès au bout de quinze mois.* (Commissaires : MM. Dubois et Danyau.)

RAPPORTS.

Scarifications dans le traitement des engorgements du col de l'utérus.

M. Hervez de Chégoin lit un rapport sur un travail de M. Mayer, de Béfort (Haut-Rhin), ayant pour titre : *Des scarifications multiples (à l'aide d'un instrument nouveau) dans le traitement des leucorrhées symptomatiques des engorgements utérins.*

Ce rapport est suivi d'une discussion assez confuse, que les conversations particulières nous empêchent d'entendre. Le vote des conclusions, peu précises, est renvoyé à la prochaine séance.

Tumeur des fosses nasales.

M. Maisonneuve présente un malade sur lequel il a pratiqué l'extirpation d'une tumeur volumineuse de la base du crâne. Voici les détails de ce fait.

Cette opération a été faite de telle manière que les incisions pratiquées sur la ligne médiane et à la commissure droite des lèvres n'ont intéressé aucun nerf moteur, que par conséquent tous les mouvements de la face sont parfaitement conservés, et que le malade ne présente aucune difformité.

Après la guérison, M. Maisonneuve a fait construire par le docteur Devilleneur un ingénieux obturateur auquel les dents du malade lui-même ont été adaptées. Ainsi, l'on peut dire que, malgré l'amputation complète de l'os maxillaire supérieur, le malade a conservé toutes ses dents. A l'aide de cet obturateur, la mastication et la parole surtout s'exécutent comme dans l'état normal. C'est un des plus beaux résultats que l'on puisse désirer.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 avril 1852. — Présidence de M. Piobert.

Nutritivité des viandes.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note sur le pouvoir trophique comparatif des viandes les plus usuelles.

J'ai cherché, dit-il, dans les expériences suivantes, à déterminer le degré de *nutritivité* des viandes les plus usuelles (porc, bœuf, mouton, veau, poulet). J'ai pris vingt grammes de muscle de chacun de ces animaux, en ayant bien soin que la chair ne contînt ni aponévroses, ni tissu cellulaire, ni graisse, autre que celle qui est naturellement interposée entre deux fibres musculaires, et j'ai fait évaporer au bain-marie, pendant plusieurs jours, ces cinq échantillons dans cinq capsules. Voici les résultats obtenus, en rapportant les proportions à 1,000.

Première expérience.

	MATIÈRE SOLIDE.	EAU.
Porc	294,50	705,50
Bœuf	277,00	723,00
Mouton	265,50	734,50
Poulet	263,50	736,50
Veau	260,00	740,00

Deuxième expérience.

	MATIÈRE SOLIDE.	EAU.
Porc	302,50	697,50
Bœuf	275,00	725,00
Mouton	263,50	736,50
Poulet	263,00	737,00
Veau	255,50	744,50

On pourrait croire, d'après ces premiers chiffres, que, par rapport à la nutritivité, ou pouvoir trophique, les viandes dont il s'agit doivent être rangées dans l'ordre ci-dessus (porc, bœuf, mouton, poulet, veau), mais il n'en est rien, attendu que les chairs en apparence les plus maigres contiennent des substances grasses, et qu'il est impossible de tenir compte de ces substances quant à la nutritivité proprement dite. En effet, les substances grasses, constituant des aliments respiratoires et nullement plastiques ou réparateurs, sont destinées à être brûlées ou à prendre place dans l'économie sous forme de dépôt inerte. A cet égard, on peut affirmer que l'élève des bestiaux, en France, se fait d'après les plus mauvais principes. On juge les animaux au poids, c'est-à-dire d'après la quantité de graisse qu'ils contiennent; et les plus obèses, les moins aptes au travail comme à la réparation de l'homme, obtiennent les prix dans les concours. Or, c'est la chair musculaire qui exprime la force, et corrélativement le pouvoir trophique; la graisse n'en est que l'apparence ou le mensonge. Il fallait donc, pour déterminer la véritable nutritivité des diverses viandes, éliminer de leur résidu solide les substances grasses. C'est ce que j'ai fait dans la seconde expérience en traitant les cinq résidus par l'éther jusqu'à épuisement, ce qui m'a donné les résultats suivants, bien différents des premiers.

	MAT. SOL. DANS L'ÉTHER.	MAT. INSOLUBLES.
Bœuf	25,437	249,563
Poulet	14,070	248,930
Porc	59,743	242,757
Mouton	29,643	233,857
Veau	28,743	226,757

On sera frappé du degré de nutritivité de la viande de poulet, mais on cessera de s'en étonner en réfléchissant à l'extrême rapprochement de ses fibres. Il se pourrait, toutefois, que la moindre sapidité de cette chair diminuât un peu son pouvoir trophique.

D'où il résulte que, dans l'ordre de nutritivité, les animaux, au lieu d'être rangés ainsi :

1. Porc,
2. Bœuf,
3. Mouton,
4. Poulet,
5. Veau,

devraient être rangés comme il suit :

1. Bœuf,
2. Poulet,
3. Porc,
4. Mouton,
5. Veau.

Si ces expériences étaient suivies sur une grande échelle, ce qui, je crois, serait désirable, il faudrait tenir compte des conditions d'âge et de climat. On trouverait sûrement moins de matériaux solides *effectifs* dans les chairs des animaux les plus jeunes, et moins aussi probablement dans les chairs des animaux du centre et du nord que dans les chairs des animaux du midi, lesquels, plus maigres, n'en seraient que plus appropriés à la nutrition, quoique moins estimés.

Anatomie du cristallin et de sa capsule.

M. Gros adresse une note, qu'il résume en ces termes :

1° La capsule est intimement adhérente au cristallin, et ne peut s'en séparer que par déchirure;

2° La paroi interne de la capsule porte un réseau celluleux qui est la véritable matrice du cristallin;

3° L'humeur de Morgagni n'existe pas;

4° Les cellules, en se multipliant, forment des couches qui s'aplatissent, se polygonisent, et s'abritent pour former les bandelettes polyédriques;

5° Les bandelettes, qui se renouvellent sans cesse, se forment de toutes les cellules qui se trouvent sur le même plan et sur la courbe comprise entre une ogive (*vertex*) et le pôle opposé;

6° La couche celluleuse, restant intègre et adhérente à la capsule, peut encore fournir des bandelettes après l'extraction;

7° La défécation du cristallin paraît devoir se faire par un canal central, triangulaire, antéro-postérieur, correspondant aux ogives;

8° A l'état frais, la couche celluleuse génératrice est parfaitement transparente;

9° Toute opacité corticale ou centrale indique une coagulation ou granulation;

10° L'opacité de la capsule est révoquée en doute;

11° L'opacité réputée capsulaire est en dehors ou en dedans de la membrane;

12° L'opacité des couches artificielles s'opère dans la couche génératrice, qui revêt alors la capsule comme l'amalgame derrière une glace;

13° Les cellules troublées et malades peuvent encore s'arranger en bandelettes opaques ou rester isolées, et former un détritus globuleux et lactescent selon leur âge;

14° Les stries cataracteuses s'étendent vers le centre, en raison des nouvelles couches malades qui sont formées par la couche celluleuse génératrice.

Destruction des tumeurs par le caustique.

M. A. Legrand informe l'Académie qu'il vient de faire une heureuse application de la méthode de la cautérisation, à l'aide de la solution concentrée de potasse caustique, au traitement d'une tumeur du volume d'un petit baricot, qu'une jeune fille, âgée de quatorze ans, jouissant du reste de la plus excellente santé, portait sous le sein droit. Six cautérisations, pratiquées du 18 février dernier au 18 mars suivant, ont suffi pour amener ce résultat. Cependant la dernière eschare n'étant tombée que le 2 avril, on peut dire que le traitement a duré près de deux mois, mais avec cette condition très importante à signaler, que la douleur a toujours été très courte et fort modérée, et que la jeune personne en traitement n'a jamais été arrêtée un seul instant.

Par décision du 9 avril, le prince président de la République a donné son approbation au classement résultant de la fusion des sections de médecins et de chirurgiens en un seul corps de médecins militaires, fusion consacrée par le décret dont nous avons fait connaître les dispositions essentielles.

Ce classement comprend :

Les inspecteurs;

Les officiers principaux;

Les médecins ordinaires de 1re classe et majors de 1re classe;

Les médecins ordinaires de 2e classe et chirurgiens-majors de 2e classe;

Les médecins-adjoints et les chirurgiens aides-majors de 1re classe.

Les chirurgiens aides-majors de 2e classe restent classés comme ils l'étaient dans les Annuaires précédents, à cette exception près que les anciens aides-majors non docteurs et d'une nomination antérieure à l'ordonnance du 12 août 1836 sont mis hors cadre, tout en conservant leurs emplois jusqu'à leur admission à la retraite ou leur réception au doctorat.

La fusion est faite de telle sorte que les médecins et chirurgiens conservent sur le nouveau contrôle un rang exactement correspondant à celui que chacun occupait précédemment dans sa hiérarchie professionnelle.

Bulletin bibliographique.

Etat déplorable des aliénés. In-18. Prix: 2 fr.

Cris de détresse en faveur des aliénés. In-18. Prix : 2 fr. — Au bureau des publications, rue et impasse Royer-Collard, 5, à Paris.

La Buccomancie, ou l'art de connaître le passé, le présent et l'avenir d'une personne d'après l'inspection de sa bouche; nouveau système buccognomonique, basé sur la doctrine des plus fameux physiognomonistes, et principalement sur la découverte d'un alphabet buccal, c'est-à-dire sur les signes caractéristiques et révélateurs de la bouche humaine; par William Rogers, chevalier de plusieurs ordres, auteur de l'*Encyclopédie du Dentiste*, du *Dictionnaire des sciences dentaires*, du *Manuel d'hygiène dentaire à l'usage de toutes les classes et professions*, etc. Ornée du portrait de l'auteur. Prix: 5 fr. A Paris, chez G. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine; et chez l'auteur, 70, rue Saint-Honoré. — Chez tous les libraires et éditeurs de France et de l'étranger.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 49. — SAMEDI 24 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 49. — SAMEDI 24 AVRIL 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Apoplexie sans perte de connaissance. — Embarras gastrique. Paralysie de nature douteuse. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau. — CORRESPONDANCE Lettre de M. Symons. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Apoplexie sans perte de connaissance.

Quoiqu'on définisse assez souvent l'apoplexie une perte subite du mouvement, des sensations et de l'intelligence, tous les praticiens savent qu'il est des cas où l'une des deux dernières conditions peut manquer et même toutes les deux. Ces cas, toutefois, sont rares, surtout lorsqu'on n'accepte comme tels que ceux où aucune altération absolue ne peut être observée dans les fonctions dont il s'agit; ceux qui remplissent sous ce rapport toutes les conditions que peut exiger l'observation la plus rigoureuse méritent donc l'attention des praticiens, et c'est à ce titre que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les quelques détails qui suivent sur un malade couché au n° 11 de la salle Saint-Vincent, dans le service de M. le professeur Cruveilhier à la Charité.

Cet homme, d'une intelligence très développée, raconte avec les détails les plus précis et avec une suite et une netteté remarquables dans sa narration que le mardi 13 avril, après avoir passé une nuit à travailler, il se sentit pris tout à coup, entre onze heures et midi, d'une douleur dans le côté gauche de la tête et presque aussitôt d'un affaiblissement dans les membres inférieurs; il attribua d'abord ces phénomènes à la fatigue de la nuit; il cessa de travailler et porta plusieurs fois la main sur la partie douloureuse du crâne; un malaise vague accompagna bientôt la céphalalgie, et au bout de quelques instants les jambes manquèrent complétement au malade, qui s'affaissa lentement sur lui-même. Ses camarades allèrent à son secours et le portèrent chez lui, où l'on constata qu'il existait une paralysie du bras et de la jambe gauches. Pendant les moments qui précédèrent ou qui suivirent sa chute, il ne perdit pas un seul instant connaissance; il put s'entretenir avec les personnes qui l'entouraient exactement comme s'il n'avait pas été malade ou comme s'il lui était arrivé simplement une lésion traumatique peu grave.

Depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, qui n'a eu lieu que quelques jours après l'accident, et depuis son entrée même, l'intelligence et la parole n'ont pas éprouvé le moindre trouble.

Quant à la paralysie, elle a éprouvé déjà une amélioration très notable; le malade peut aujourd'hui marcher avec assez de facilité, et la force se rétablit dans le bras droit, qui, suivant la règle, était plus fortement paralysé que la jambe.

Nous ne croyons pas qu'aucun doute puisse exister dans ce cas sur la nature de la paralysie; il nous paraît évident qu'on doit la rapporter à un épanchement cérébral: la manière subite dont elle s'est développée, la douleur céphalique dont elle s'est accompagnée, et jusqu'à la marche qu'elle affecte pour arriver à sa guérison, tout prouve en faveur de ce diagnostic, qui a été celui de tous les médecins qui ont approché le malade.

Mais ce diagnostic n'a pas satisfait certains auteurs qui ont voulu déterminer, d'après le siége de la paralysie, le siége précis de la lésion cérébrale. On sait toutes les opinions qui ont été émises sur ce point; on sait aussi combien ces opinions se rapprochent encore de l'hypothèse. Mais si les rapports entre certaines fonctions et certaines parties des centres nerveux ne sont pas tels qu'on a voulu les établir, on ne peut contester qu'ils n'existent, et que certains points de l'encéphale n'aient une action spéciale, sinon exclusive, sur certaines fonctions. Les faits comme celui que nous venons d'exposer sommairement sont une preuve irrécusable de l'existence de ces rapports, qu'il reste seulement à déterminer d'une manière précise; mais, il faut le dire, c'est là l'immense difficulté.

Dans les cas où les phénomènes sont aussi tranchés que dans celui qui précède et où l'on pourrait par conséquent saisir les relations de la lésion matérielle et de l'altération des fonctions, dans ces cas le rétablissement des malades a presque constamment lieu; dans les cas où la mort survient et où l'examen direct des lésions organiques peut être fait, les lésions des fonctions sont trop multipliées et trop confuses pour qu'aucune conclusion précise et rigoureuse puisse être tirée de l'étude des unes et des autres. Ce n'est donc pas dans l'espoir d'éclairer le difficile problème que nous rappelons que nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur le fait précédent, mais seulement pour ne pas laisser passer inaperçu ce fait, curieux par la netteté des phénomènes qui ont eu lieu, et qui, à ce titre, peut être un document utile dans l'histoire de l'apoplexie.

Il est aussi une circonstance que nous voulons signaler en quelques mots, c'est le siége de la céphalalgie, qui, chez ce malade, a eu lieu du même côté que la paralysie. La lésion cérébrale est, suivant toutes les probabilités, du côté opposé, et c'est aussi du côté opposé qu'a lieu la douleur dans les cas où elle peut être précisée, ce qui est l'exception; habituellement la douleur est diffuse, ou bien les malades n'en peuvent rendre un compte exact par suite de l'altération de l'intelligence. Ici le siége était très déterminé, et sous ce rapport le fait qui précède est une exception dont l'observation clinique doit tenir compte.

Embarras gastrique. — Paralysie de nature douteuse.

L'histoire des paralysies, sur laquelle les recherches modernes ont jeté une vive lumière, est néanmoins, dans la nosographie, une de celles qui renferment le plus de faits bizarres et inexpliqués. C'est parmi les faits de cette catégorie qu'il faudra ranger l'observation d'une malade qui vient d'entrer dans le service de M. Rostan, et sur laquelle l'éminent professeur doit appeler prochainement l'attention de ses nombreux auditeurs.

Cette malade, âgée de vingt ans, présente en ce moment, comme symptômes dominants, des douleurs abdominales vagues, de l'inappétence, une amertume prononcée de la bouche, une constipation qui date déjà de six jours, et que l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz n'a pas fait disparaître; une teinte jaunâtre de la peau, de l'insomnie sans fièvre; enfin, les symptômes de l'état morbide désigné sous le nom d'embarras gastrique.

Mais, outre ces phénomènes qui semblent dépendre d'une même cause, et d'une cause accidentelle et récente, cette jeune fille offre un affaiblissement léger des membres inférieurs, sujet, à ce qu'elle dit, à des disparitions et à des retours fréquents, et sur l'origine duquel elle fournit les renseignements suivants :

Il y a un an qu'une paralysie des membres, à peu près complète dans les membres inférieurs, moins prononcée dans les membres supérieurs, se serait développée assez rapidement, sans cause connue. Cette paralysie aurait duré quatre mois, pendant lesquels la malade ne pouvait nullement se soutenir et a été obligée de garder le lit. Une anesthésie à peu près complète accompagnait la perte de mouvement. Au bout de quatre mois, la paralysie disparut presque aussi promptement qu'elle s'était développée; mais depuis, elle est restée sujette à des retours, ainsi que nous venons de le dire, mais sans avoir jamais atteint son degré primitif, sans avoir jamais été assez forte pour empêcher la malade de marcher.

Celle-ci assure n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs, ni aucune douleur dans les membres ou ailleurs qui puisse faire soupçonner l'existence d'une affection rhumatismale ou de névralgies. Elle est parfaitement réglée; l'écoulement menstruel est abondant et bien coloré. Aucune douleur n'existe et n'a existé le long du rachis; jamais la malade n'a été sujette à des céphalalgies, qu'elle ne connaît pour ainsi dire que de nom.

Quelle est la nature de cette paralysie? Rien ne nous semble plus difficile que de répondre à cette question. Dans l'état actuel de la science, lorsqu'on est obligé de repousser hors des causes probables d'une paralysie les lésions aiguës ou chroniques des centres nerveux, les affections rhumatismales, l'hystérie et la compression mécanique des nerfs paralysés ou des parties d'où ils proviennent, on tombe du certain ou du probable dans l'incertain, où toutes les hypothèses sont en quelque sorte permises. Or, de toutes les causes que nous venons d'énumérer, l'hystérie serait ici la seule admissible si les renseignements fournis par la malade ne devaient faire repousser d'une manière absolue l'existence de cette cause. Ces renseignements sont-ils bien fidèles? Nous avouons que tous nos doutes ne sont pas levés à cet égard. Quoiqu'on n'aperçoive pas au premier abord quel intérêt la malade pourrait avoir à nier l'existence de phénomènes qui pourraient faire

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité sur les maladies chroniques qui ont leur siége dans les organes de l'appareil respiratoire; par M. J. BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. — Paris, 1852. Chez H. Souverain, éditeur, 5, rue des Beaux-Arts, et J.-B. Baillière.

Nous attendions depuis longtemps la publication de l'ouvrage dont le docteur Bricheteau vient d'enrichir la pathologie médicale. Nous considérions, en effet, ce travail, œuvre de longues années, comme le résultat des observations et de l'expérience d'un homme dont nous apprécions tout le savoir, et comme un guide précieux dans l'étude si difficile des affections chroniques de la poitrine. Nous n'avons pas été trompé dans notre attente; ses travaux antérieurs et ses titres scientifiques imposaient à l'auteur des obligations auxquelles il n'a pas failli. Historien érudit, critique judicieux, observateur impartial, M. Bricheteau a fait jaillir dans cet ouvrage les qualités qui le distinguent. Chargé d'un service important à l'hôpital Necker, où Laënnec avait composé son célèbre *Traité de l'auscultation*, il comprit qu'il existait dans la pathologie du thorax des lacunes qu'il était utile de combler. Une mort prématurée, en effet, n'avait pas permis à l'illustre pathologiste d'achever l'histoire de plusieurs maladies chroniques de la poitrine, telles que les épanchements purulents, le cancer, la gangrène, les congestions sanguines des poumons, etc. M. Bricheteau, dès ce moment, conçut le plan de l'ouvrage qu'il vient de publier.

Commencé à une époque déjà éloignée, cet ouvrage n'est donc pas le fruit de quelques années de labeur; son importance et sa difficulté exigeaient de nombreux travaux, qui expliquent suffisamment le retard apporté à sa publication.

La première partie du *Traité des maladies chroniques de la poitrine* est consacrée à l'étude de la phthisie pulmonaire. L'histoire de cette cruelle affection, à laquelle les observateurs les plus distingués ont attaché leurs noms, a été envisagée par M. Bricheteau sous un nouveau jour. Après avoir démontré, par de nombreuses observations anatomo-pathologiques empruntées à nos devanciers et à sa pratique, que la phthisie pulmonaire n'est pas une maladie nécessairement incurable, l'honorable médecin de l'hôpital Necker l'a surtout étudiée au point de vue clinique. Cette étude renferme plusieurs chapitres, qui nous paraissent le complément de l'histoire de la phthisie telle que Laënnec nous l'a transmise. Nous signalerons, en premier lieu, l'étiologie de cette affection. Dans ce chapitre, l'auteur a d'abord examiné l'influence que peuvent avoir sur la production de la phthisie la conformation défectueuse de la poitrine, les âges, les sexes, l'hérédité, les constitutions, les tempéraments et certains états pathologiques, qu'on a considérés, bien à tort selon lui, comme causes déterminantes de cette affection. La deuxième partie de l'étiologie est consacrée à l'étude des causes efficientes; au premier rang viennent les professions. Il nous est impossible de faire connaître, dans cette analyse, les résultats statistiques sur lesquels l'auteur s'est appuyé pour conclure à l'influence plus ou moins directe de chacune d'elles. Nous recommandons seulement aux praticiens cet important chapitre, qui appartient aussi bien à l'hygiène qu'à la pathologie.

Après avoir examiné le degré d'action de la vie sédentaire, des affections morales, des aliments, de l'air atmosphérique, des vêtements et des climats, M. Bricheteau a abordé la question de l'antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie pulmonaire. Les documents que la science possède sur cette intéressante question sont surtout des communications faites à l'Académie nationale de médecine depuis 1843. De l'examen attentif des travaux de MM. Boudin, Nepple (de Lyon), Forget (de Strasbourg), Bonafont, Genest, Michel Lévy, Lefèvre (de Rochefort) et de Crozant, il ne paraît pas résulter, pour l'honorable académicien, un antagonisme entre ces deux affections, si, par antagonisme, on veut entendre une incompatibilité d'existence. M. Bricheteau est porté à penser que, si la phthisie pulmonaire se développe rarement dans les pays marécageux, cela tient à la production de quelques conditions favorables aux tubercules, soit dans le climat de ces contrées, soit dans les influences paludéennes.

L'histoire anatomo-pathologique de la phthisie renferme un chapitre que nous croyons nécessaire de mentionner, et qui est intitulé : *Excavations, fistules indiquant les traces d'une affection tuberculeuse des poumons, et dont les malades ont guéri*. Dans ce chapitre, M. Bricheteau analyse d'abord les observations que la science possède, et fait connaître le résultat de ses travaux. Après avoir démontré la possibilité de la cicatrisation des tubercules, il admet quatre espèces différentes de cicatrices :

1° Cicatrices avec persistance de la cavité;

2° Cicatrices avec amas de matières crétacées ou calcaires qui remplissent les cavités;

3° Cicatrices fibro-cartilagineuses;

4° Cicatrices celluleuses.

Nous rapprocherons de ce chapitre celui dans lequel l'auteur étudie le degré de curabilité de la phthisie pulmonaire. En s'appuyant sur les faits anatomo-pathologiques précédemment indiqués, il conclut à la possibilité d'intervertir, dans quelques cas, le travail morbide et d'arrêter même le développement des tubercules. Cette opinion, soutenue depuis longtemps par M. Bricheteau, repose sur l'observation d'un grand nombre de phthisiques, et mérite vivement d'attirer l'attention des praticiens.

Mais, pour arriver à un résultat aussi inespéré, quels sont les moyens que l'art possède? L'examen des ressources actuelles de la science constitue, à notre avis, le chapitre le plus intéressant et le plus important de cette histoire de la phthisie. Ce chapitre comprend deux parties distinctes. La première est consacrée à la prophylaxie et au traitement général ou hygiénique de cette affection; la seconde, à son traitement curatif. Les praticiens trouveront dans la première partie des détails extrêmement intéressants sur les localités et les climats les plus favorables aux phthisiques, sur les exercices partiels des organes respiratoires, et sur les exercices généraux, actifs et passifs, tels que l'équitation, les voyages par terre et par mer, etc., etc. L'étendue de ces détails ne nous permet pas d'y insister plus longtemps.

De tous les moyens curatifs dont l'auteur a longuement discuté la valeur, nous ne citerons que le tartre stibié, le sirop d'ipécacuanha et les cautères. Ces moyens thérapeutiques, constamment

admettre une hystérie, il ne faut pas conclure que cet intérêt n'existe pas au point de vue de la malade. Tous les praticiens savent à quelles étranges épreuves ils peuvent être mis par ce besoin qu'éprouvent certaines malades, et les hystériques en particulier, de tromper, de se singulariser, d'exciter un intérêt quelconque.

C'est à ce besoin qu'on doit attribuer ces ingestions d'urines dans l'estomac, ces introductions de silex dans l'urètre et dans la vessie, qu'on a observées il y a peu d'années encore chez une religieuse, et qui ont trompé après tant d'autres un médecin de province dont le nom n'est pas sans quelque célébrité dans la science. Il ne faut donc pas repousser d'une manière absolue la possibilité d'une telle bizarrerie chez notre malade, d'autant plus qu'elle appartient à une des classes pour lesquelles le besoin de tromper est plus développé encore que chez les autres. Le savant praticien dans le service duquel cette malade se trouve ne manquera certainement pas de se livrer à toutes les investigations propres à éclairer son diagnostic. Nous aurons soin d'indiquer le résultat auquel ces investigations le conduiront.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau,

Recueillies par MM. CH. MAHIEUX et L. GILLES DE LA TOURETTE, élèves du service.

L'année dernière, M. Devergie, dans une série de leçons reproduites dans la *Gazette des Hôpitaux*, s'est appliqué à développer les principes généraux de sa thérapeutique des maladies de la peau. L'exposition de ces idées, qui, il faut bien le dire, sont à la fois les plus rationnelles au point de vue théorique, et les plus utiles au point de vue clinique, n'était que le prodrome de l'étude spéciale à laquelle il devait se livrer cette année sur chacune des affections cutanées en particulier.

C'est cette nouvelle série de leçons que nous avons recueillie avec soin, et dont nous essayerons de reproduire les parties les plus usuellement pratiques. Elles constitueront le complément indispensable et l'application à chaque genre de maladie des idées générales émises l'année dernière, qui, sans ces notions pratiques, resteraient à l'état de pure et vaine théorie.

Le diagnostic des maladies de la peau y est rendu à la fois si facile et si précis, que l'homme le plus étranger à la dermatologie pourra, dans la plupart des cas, porter un jugement inattaquable. Or, cette précision dans le diagnostic, personne ne l'ignore, est la première condition d'une saine thérapeutique. Et cependant ne serait-on pas en droit de dire que la confusion et le défaut d'unité qui ont régné jusqu'à présent dans le traitement des maladies de la peau s'étendent aussi à leur diagnostic? Eh bien! autant sont claires et précises les nouvelles lois posées par M. Devergie pour la thérapeutique cutanée, autant sont simples et infaillibles les lois de son diagnostic.

Aussi, commencerons-nous par donner la clef de la nouvelle méthode diagnostique. Le tableau suivant n'a nullement la prétention d'être une classification. La classification de M. Devergie est tout simplement celle de Willan, à laquelle il ajoute les maladies *cancéreuses* et *végétantes*, les *corps étrangers inanimés*, les *corps étrangers animés*, les *maladies de la peau et du tissu cellulaire à la fois*, les *maladies des poils* et les *maladies des ongles*. Ce tableau n'est qu'une méthode pour servir au diagnostic; c'est le *vade mecum* du praticien, qui est chaque jour exposé à rencontrer des formes de maladies qu'il n'a pas encore vues, ou qui se sont présentées à lui sous un autre aspect. D'après cette méthode, c'est le plus souvent le malade lui-même qui transmet au médecin les éléments du diagnostic, tant les faits sur lesquels elle s'appuie sont palpables et faciles à saisir. Ce n'est pas à dire cependant qu'il faille laisser au malade tout le soin de l'observation des faits; il n'est pas plus médecin dans ce cas que dans tant d'autres; mais la moindre attention supplée toujours à l'imperfection de ces renseignements. Quelle différence enfin entre des faits aussi palpables pour établir une opinion et les détails microscopiques et presque toujours obscurs auxquels vous renvoie la doctrine anatomo-pathologique pure de tous les dermatologistes!

Méthode pour servir au diagnostic des maladies cutanées les plus communes.

MALADIES SÉCRÉTANTES.	MALADIES NON SÉCRÉTANTES.
	Rougeur fugace.
Sérosité.	Erythème.
Eczéma.	Urticaire.
Pityriasis rubra aigu.	Roséole.
Eczéma lichénoide.	Intertrigo non sécrétant.
Herpès phlycténoïde.	Couperose érythémateuse.
Zoua.	*Rougeur persistante.*
Gale séreuse.	Purpura.
Pemphigus.	Scorbut.
Intertrigo sécrétant.	*Rougeur arrondie avec furfures.*
	Herpès circiné.
Sérosité purulente.	Herpès nummulaire.
	Rougeur diffuse avec furfures.
Eczéma impétiginodes.	Pityriasis rubra.
	Coloration jaune-verdâtre.
Sérosité purulente et sanieuse.	Pityriasis versicolor.
	Coloration brune.
Rupia.	Pityriasis nigra.
Ecthyma cachecticum.	*Décoloration.*
	Acromie.
Pus.	*Squames avec épaississement de la peau et rougeur.*
Impétigo.	Psoriasis.
Acné purulent.	Lepra vulgaris.
Gale pustuleuse.	*Squames sans rougeur.*
Ecthyma.	Ichthyose.
Sycosis pustuleux.	*Papules avec rougeur.*
	Lichen aigu.
Matière grasse.	Strophulus.
	Papules sans rougeur.
Acné sebacea.	Lichen chronique.
Acné punctata.	Prurigo.
	Tubercules.
	Sycosis tuberculeux.
	Lupus.
	Productions végétales.
	Favus.
	Herpès tonsurant.
	Porrigo decalvans.
	Productions animales.
	Pediculus.
	Pulex.
	Acarus.

Le caractère le plus tranché de toutes les maladies de la peau est l'absence ou la présence d'une sécrétion : et sur ce point le malade peut vous donner lui-même les premiers renseignements. Si la surface malade a sécrété, il est facile de reconnaître la nature du liquide épanché à la surface de la peau. Il est simplement séreux, séro-purulent, sanieux, purulent, ou gras et huileux.

Si la sécrétion est séreuse, on sait qu'on a affaire soit à un *eczéma*, à un *pityriasis rubra aigu*, à un *eczéma lichénoïde*, à un *herpès phlycténoïde*, à un *zona*, à une *gale séreuse*, à un *pemphigus* ou bien à un *intertrigo* sécrétant.

Si l'on considère à part chacune de ces maladies, les moindres notions et la plus petite habitude les feront distinguer les unes des autres.

Ainsi l'*intertrigo*, qui siége toujours au pli des membres, aux aisselles ou aux aines, est par sa position seule facile à distinguer de toute autre affection.

Le *pemphigus*, dont les bulles volumineuses ont l'aspect de phlyctènes déterminées par l'application de vésicatoires ou par l'action de l'eau bouillante tombée sur la surface du corps, offre un cachet tout particulier.

La *gale*, par sa position à la face interne des membres chez l'adulte et aux cuisses et aux fesses chez l'enfant, a de plus ses sillons caractéristiques.

Le *zona* forme une demi-ceinture de vésicules qui entourent le plus souvent le tronc d'un demi-cercle.

L'*herpès phlycténoïde*, avec ses grosses vésicules disséminées irrégulièrement sur une seule partie du corps, se distingue aisément du pemphigus, qui est ordinairement général.

Restent donc trois maladies faciles à confondre : le *pityriasis rubra aigu*, qui est fort rare, sécrète, comme l'*eczéma*, une sérosité qui empèse le linge, mais sans jamais le colorer, comme fait ce dernier.

Les papules de l'*eczéma lichénoïde* le feront toujours distinguer de l'*eczéma* simple, dont il revêt d'ailleurs tous les caractères.

Cette partie du tableau réunissant le plus grand nombre d'affections analogues, nous l'avons choisie à dessein pour servir d'exemple : il serait bien plus facile de faire une semblable élimination pour tous les autres groupes.

Les caractères sont bien plus tranchés encore dans la seconde série du tableau; c'est-à-dire que, parmi les maladies non sécrétantes, leur couleur, leur forme, les productions dont elles se recouvrent sont des faits assez tranchés pour que l'erreur devienne impossible.

De l'urticaire. — Pour tous les auteurs, l'*urticaire* est un exanthème *non contagieux*. Je n'ai pas la prétention de contester une définition si universellement acceptée; cependant, je ne puis passer outre sans planter ici un jalon qui serve à fixer l'attention des observateurs et à éveiller leurs soupçons sur la nature d'une maladie si singulière et si peu connue.

Voici un fait que j'ai eu occasion d'observer, il y a quelques années, dans mon service :

Je reçus à l'hôpital un malade atteint d'une urticaire diurne qui datait de trois ans. Après trois mois de traitement, la maladie, réfractaire aux moyens les plus énergiques, persistait encore sans avoir subi de modification sensible. Il survint alors un malaise général, de la céphalalgie, de la lassitude dans les membres avec anorexie. Après quelques jours de ces prodromes, apparut une roséole : cette éruption ne modifia nullement celle de l'urticaire; les symptômes généraux eux-mêmes n'en persistèrent pas moins. Au bout de peu de jours, la roséole s'était transformée en *purpura aigu* sans que rien ne changeât ni dans l'urticaire, ni dans les symptômes généraux. Mais bientôt apparut une éruption varioleuse, qui devient confluente et d'une telle intensité qu'elle met sérieusement en danger les jours du malade. Dès lors l'urticaire avait disparu, et, lorsque arriva la convalescence, il ne restait plus aucune trace de l'état antécédent. La variole accomplit ses périodes en trois semaines, et quinze jours plus tard rien ne rappelait les éruptions diverses qui l'avaient précédée. Un matin, cependant, l'interne de service crut apercevoir sur les mains du malade une rougeur analogue à celle de l'urticaire. Frappé de l'apparition de ces plaques, dont l'aspect lui parut plus que douteux, il les examine, les presse, les observe attentivement et longtemps. Le lendemain, on put constater manifestement le retour de la maladie; mais, chose bien autrement étrange! l'élève se retrouva lui-même sur les mains une éruption en tout analogue à celle de son malade. Le repos et quelques bains firent bientôt disparaître chez cet élève une maladie qui, il faut bien l'avouer, s'était développée dans ce cas avec tous les caractères apparents de la contagion.

On peut voir, il est vrai, dans ce fait unique et isolé une simple coïncidence; mais si cette observation ne peut fournir

---

employés à l'hôpital Necker, lui ont fourni des résultats avantageux.

L'application des cautères sous la clavicule a conduit M. Bricheteau à tenter deux fois une opération hardie : nous voulons parler de la paracentèse thoracique dans la phthisie pulmonaire. On comprend facilement que cette opération ne pourra être pratiquée que dans des circonstances particulières et que l'auteur a eu grand soin d'indiquer.

Nous sommes obligé de passer sous silence les autres chapitres de cette histoire de la phthisie, car la multiplicité et l'étendue des matières nous entraîneraient trop loin. Qu'il nous soit permis en terminant d'engager les praticiens à consulter attentivement cette histoire. Ils y puiseront, comme nous, la conviction que le tuberculeux n'est pas un être fatalement voué à la mort, et ils y trouveront les moyens de s'opposer aux progrès d'une affection malheureusement si commune.

A l'étude de la phthisie pulmonaire se rattache celle du pneumothorax. L'épanchement d'air dans la cavité de la plèvre est, en effet, le plus souvent la suite d'une perforation des poumons devenus le siége de cavernes superficielles en communication avec les bronches. Nous n'insisterons pas sur cette histoire, dans laquelle M. Bricheteau a réuni et analysé les travaux et les observations que la science possède.

L'étude de la gangrène du poumon présente des particularités que nous croyons utile de mentionner. S'appuyant sur ses recherches cliniques et nécroscopiques, M. Bricheteau s'est un peu écarté des opinions admises à notre époque. Il résulte de ces recherches que cette affection n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement, et que, si elle peut succéder quelquefois à une pneumonie de mauvais caractère, elle constitue le plus souvent une affection primitive n'ayant aucun rapport avec une phlegmasie plus ou moins intense. Dans ce dernier cas, elle tient probablement à un état pathologique qu'il est possible de rapprocher de ceux qui donnent naissance à la pustule maligne, au charbon, etc. Les vomiques partielles déjà anciennes, les épanchements sanguins du poumon sont également susceptibles de contribuer par l'irritation locale qu'ils produisent au développement de la gangrène. Ajoutons, enfin, les exemples de gangrène circonscrite aux cavernes tuberculeuses.

Ces principes anatomo-pathologiques étant posés, l'auteur fait connaître avec soin les signes de cette affection, et termine par des considérations thérapeutiques. Cette dernière partie, que Laënnec et d'autres observateurs ont cru devoir passer sous silence, mérite d'attirer l'attention des praticiens.

L'obscurité qui règne dans la science sur l'histoire du cancer du poumon donne de l'importance et de l'intérêt à l'étude que M. Bricheteau en a faite.

La pneumonie chronique, dont Laënnec avait mis en doute l'existence, comprend un des principaux chapitres de cet ouvrage. Contrairement à l'opinion de quelques observateurs distingués, l'auteur pense que cette affection est moins rare qu'on ne le croit. Après avoir démontré que les altérations anatomo-pathologiques de la pneumonie chronique ne peuvent être confondues avec la tuberculisation pulmonaire, l'infiltration tuberculeuse, l'hépatisation rouge infiltrée de mucosités, M. Bricheteau trace avec soin l'histoire de cette affection. Nous signalons à l'attention de nos confrères le chapitre consacré au diagnostic différentiel.

Les développements étendus que l'honorable académicien a donnés à l'étude des épanchements thoraciques méritent de nous arrêter quelques instants. Cette étude se divise en trois parties : la première comprend l'histoire des pleurésies chroniques et des épanchements pleurétiques; dans la seconde, l'auteur étudie l'hydropisie essentielle des plèvres et celle qui reconnaît pour cause une lésion organique des viscères et des vaisseaux contenus dans la poitrine; la troisième, enfin, est consacrée à l'étude de l'empyème ou épanchement purulent, sanguin, gazeux dans la cavité des plèvres.

Cette division a permis à l'auteur de tracer une histoire complète des divers épanchements pleurétiques. Cette histoire renferme aussi des détails importants sur une question d'actualité et diversement résolue : nous voulons parler de la paracentèse thoracique. Les développements que M. Bricheteau a consacrés à l'examen de cette opération méritent de fixer l'attention des praticiens.

Sous la dénomination d'empyème, l'auteur, comme nous l'avons déjà dit, n'a pas seulement étudié les épanchements simples de pus, mais encore les collections complexes provenant de causes diverses où le sang, la lymphe et des gaz viennent se mêler au pus. Dans ce chapitre, M. Bricheteau s'est efforcé de revendiquer l'empyème à la chirurgie, qui s'en est depuis longtemps emparée, bien que, excepté dans quelques cas particuliers, elle ne semble lui appartenir que par la paracentèse.

L'histoire qu'il en a tracée nous paraît ne laisser aucun doute sur la place qu'elle doit occuper dans les cadres nosographiques.

Nous ne pouvons terminer l'analyse de cet ouvrage sans mentionner un chapitre dont on appréciera facilement l'importance, et que l'auteur a intitulé : *Congestions sanguines chroniques, splénisation du poumon, pneumorrhagies interstitielles se terminant par l'apoplexie pulmonaire.* Ces congestions pulmonaires et ces hémorrhagies interstitielles sont rarement des affections primitives et aiguës; elles paraissent être presque toujours le résultat des embarras de la circulation suscités par les maladies du cœur, des gros vaisseaux ou d'autres causes physiques qui apportent un obstacle à la petite circulation pulmonaire. Elles se terminent presque toujours aussi par des apoplexies du poumon ou des hémoptysies. L'histoire de ces états fluxionnaires comprend donc l'étude de deux sortes de phénomènes : les uns, qui caractérisent l'afflux sanguin plus ou moins lent qui se fait dans le poumon; les autres, qui dénotent l'accroissement subit et trop souvent fatal de cette même fluxion, les ruptures ou extravasions sanguines, et les déchirements qui peuvent en être le résultat.

Ces états morbides, que M. Bricheteau a depuis longtemps signalés à l'attention des observateurs et de ses nombreux élèves, méritaient, à cause de leur gravité et de leur marche insidieuse, d'être de nouveau étudiés avec soin. L'histoire que l'honorable médecin de l'hôpital Necker en a tracée servira, nous l'espérons, à dissiper les incertitudes qui règnent encore sur cette partie de la science.

Les détails étendus que nous avons consacrés à l'analyse des principaux chapitres de cet ouvrage suffiront pour faire apprécier son importance et son utilité. Riche d'observations cliniques et de recherches historiques, il doit à juste titre être considéré comme un livre à la fois classique et scientifique. Dr L. LEPELLETIER.

la matière d'une affirmation absolue au sujet de la contagion de l'urticaire, ne peut-elle pas au moins servir de point de doute légitimement placé sur l'épitbète de *non contagieuse* dont on a toujours gratifié cette maladie?

A une certaine époque, presque toutes les maladies de la peau passaient pour contagieuses : de nos jours, on ne reconnait ce triste privilége qu'à la gale et à la teigne. Il est incontestable cependant, et nous le verrons bientôt, que dans bien des cas le lichen et l'impétigo sont transmis par voie de contagion. L'urticaire ne pourrait-elle pas un jour se placer à côté de ces deux affections dépossédées injustement de leur légitime héritage pour réclamer au nom des faits les funestes propriétés que la science d'aujourd'hui leur refuse?

Quoi qu'il en soit, l'urticaire est une éruption qui se présente constamment avec trois caractères bien tranchés :

1° *Rougeur* répandue par plaques assez régulièrement circonscrites, rosée, disparaissant sous la pression du doigt, mais non uniforme, et présentant même des points presque entièrement décolorés environnés par un cercle d'une rougeur beaucoup plus prononcée;

2° Ces points décolorés correspondent à des *élevures* de la peau, qui persistent même souvent après que la rougeur a disparu;

3° Enfin, l'éruption s'accompagne d'une sensation de *démangeaison* vive, en même temps que de picotement et de chaleur analogue à celle que produit la piqûre des orties.

Suivant que l'on considère la forme qu'affecte l'éruption sur la surface cutanée, ou la durée de la maladie, ou la marche qu'elle suit, ou la cause qui lui donne naissance, ou bien encore le moment du jour ou de la nuit où elle fait ses apparitions, l'urticaire présente une multitude de variétés, dont la plupart sont plus utiles à distinguer, sous le rapport du traitement, que ne l'indiquent les auteurs.

Suivant sa forme, elle présente les quatre variétés suivantes :

Simplex,
Conferta,
Tuberosa,
Nodosa;

car elle peut être répandue en plaques irrégulières sur une assez médiocre étendue (simple), ou bien présenter des plaques nombreuses qui se tiennent et recouvrent une grande partie du corps (confluente), ou bien offrir au-dessus du niveau de la peau des saillies analogues à des tubercules (tubéreuse), ou bien enfin présenter au-dessous de la peau des engorgements qui, bien que ne s'élevant pas au-dessus de son niveau, n'en acquièrent pas moins jusqu'au volume d'une noisette (noueuse). Ces quatre formes appartiennent à l'urticaire fébrile.

Suivant sa durée, elle a reçu les noms de :

Urticaria evanida,
Urticaria perstans.

C'est qu'en effet elle peut ne durer que quelques jours, ou seulement quelques heures, pendant que d'autres fois elle se prolonge pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs mois et même pendant des années. Le plus souvent, il est vrai, quand elle disparaît en quelques heures, c'est pour reparaître ailleurs au bout de peu de temps.

Suivant sa marche, elle est :

Aiguë ou chronique.

L'urticaire aiguë ou fébrile parcourt ses périodes en huit ou neuf jours; tout au plus persiste-t-elle pendant quinze jours ou trois semaines quand elle affecte la forme noueuse. L'urticaire chronique ou non fébrile, au contraire, se perpétue pendant de longues années, épuisant successivement toutes les médications, et faisant le désespoir d'un grand nombre de médecins. Tels sont quatre malades que vous avez actuellement sous les yeux dans nos salles. L'un voit chaque soir, au moment où il se couche, tout son corps envahi d'une éruption presque générale (n° 11 de la salle Saint-Louis), qui lui occasionne de telles démangeaisons, que chaque matin, lorsque la peau a repris son aspect ordinaire, vous la trouverez labourée de sillons profonds de grattages : signes non équivoques d'un prurit dont le simple aspect de la peau ne vous donnerait pas le motif. Rien depuis un mois n'a encore pu modifier cet état, qui semble s'amender seulement depuis quelques jours, c'est-à-dire depuis l'apparition d'un lichen qui semble destiné à se substituer à l'urticaire.

Le second malade (n° 60 de la salle Saint-Louis) nous présente chaque matin, depuis trois mois, de petites plaques de la grandeur d'une pièce de monnaie. Ces plaques ss succèdent et se remplacent irrégulièrement sur toute la surface du corps, de façon qu'on en trouve toujours quatre ou cinq à la fois. Enfin les deux autres malades (n° 11 et n° 15 de la salle Saint-Thomas) sont deux femmes qui depuis deux ou trois mois présentent chaque jour quelques petites plaques semblables. L'une et l'autre ont été atteintes d'inflammations diversement graves des voies digestives, et pendant ces indispositions les plaques d'urticaire ont cessé de paraître; mais avec la convalescence elles sont revenues comme avant l'indisposition qui les avait suspendues.

Suivant la cause qui la produit, l'urticaire peut être considérée comme un effet

D'un état inflammatoire général,
D'un état saburral des voies digestives,
De certains ingesta,
Du chagrin.

Souvent enfin la forme chronique est un effet de la négligence de l'état aigu.

En effet, elle apparaît à la suite d'un mouvement fébrile, ou bien à propos d'un embarras gastrique, ou bien après l'ingestion de certains aliments, tels que les moules, les crabes, le homard, ou seulement à cause de l'usage trop souvent répété d'aliments épicés, de viandes de boucherie ou de charcuterie. Le chagrin peut même, à lui seul, l'occasionner; mais une des causes les plus fréquentes du passage de de l'urticaire à l'état chronique, c'est la négligence de la forme aiguë. Je ne saurais trop insister sur cette source habituelle de l'urticaire chronique. C'est souvent pour avoir traité légèrement la maladie à son début que le médecin se voit plus tard condamné à une impuissance qu'il déplore, et c'est pour s'être peu inquiétés de leur état au début de la maladie qu'une foule de malheureux se sont ménagé de longs jours et de longues années de tourments insupportables.

Et cependant l'urticaire aiguë cède le plus souvent au traitement le plus simple, si l'on se donne la peine de le suivre jusqu'à la guérison. Il suffit généralement de quelques jours de repos et de quelques tisanes émollientes; mais si le médecin permet trop tôt l'exercice et les aliments, s'il n'attend pas sévèrement la résolution complète de la maladie, on la voit revenir indéfiniment et constituer cet état chronique aussi fâcheux et opiniâtre que l'état aigu est léger et facile à guérir.

Une dernière division, jusqu'alors négligée, repose uniquement sur le moment où apparait l'éruption, et l'on dit qu'elle est

Diurne,
Nocturne, ou vague.

C'est qu'en effet le moment où elle se manifeste, variable pour les individus, demeure presque constamment le même chez le même malade. Ainsi il y en a qui la voient naître le matin au moment où ils sortent du lit. D'autres en sont atteints au moment où ils se couchent.

C'est ainsi que j'eus occasion de donner des soins à une dame qui, tous les soirs, depuis dix-huit ans, voyait tout son corps se couvrir d'une éruption d'urticaire au moment où elle se mettait au lit. Cette éruption s'était tellement liée aux fonctions de l'économie, que, si elle n'apparaissait pas à l'heure habituelle, elle était immédiatement remplacée par une diarrhée qui amenait une ou deux selles absolument à la même heure. Des tentatives dirigées contre cette affection amenèrent une diarrhée qui parut plus à craindre que l'éruption elle-même. Je ne tardai pas à renoncer à tout traitement.

Chez d'autres malades l'urticaire apparaît à diverses heures de la journée sans affecter aucune régularité, ou bien constamment sous l'influence de circonstances analogues. Je donne à cette dernière variété le nom d'*urticaire vague*.

Tel est le cas de ces quatre sœurs citées par Alibert, qui, à la même heure de la journée, se trouvaient prises toutes en même temps de la même rougeur et de la même démangeaison.

Tel est encore le cas de cette dame qui ne pouvait se présenter dans un salon sans que l'impression qu'elle en éprouvait fit naître à l'instant sur son visage une éruption d'urticaire qui la forçait à s'éloigner et à attendre que la rougeur et la démangeaison fussent apaisées.

L'urticaire fébrile, c'est-à-dire celle qui revêt une des quatre premières formes, apparaît à la suite de causes générales qu'il est le plus souvent impossible d'apprécier, comme cela a lieu pour tous les exanthèmes. Elle atteint principalement les enfants et les adolescents. Elle s'annonce par un malaise général et une perte d'appétit, qui durent vingt-quatre ou quarante-huit heures. Alors apparaît en divers points de la peau une rougeur avec des élevures blanchâtres; cette rougeur s'accompagne d'une démangeaison mêlée de chaleur et de cuisson; c'est l'éruption d'urticaire. Cet état de la peau dure quatre, six ou huit jours; mais, en général, vers le sixième jour la rougeur diminue, les élevures disparaissent et la convalescence arrive.

Le seul repos au lit et les tisanes rafraîchissantes suffisent pour amener une guérison complète : on se contente de rendre les tisanes légèrement antispasmodiques si la sensation est trop pénible. Enfin, l'on joint à cela un émétique dans les cas d'embarras des voies digestives.

Cependant, si les élevures doivent affecter la forme noueuse ou tubéreuse, l'éruption n'est pas si instantanée, ni si confluente. Les nodosités ne se développent que successivement. Pendant quatre et même huit jours on en voit apparaître de nouvelles. La durée de chacune est de huit à douze jours. Lorsqu'elles ont disparu, elles laissent cependant des traces, qui sont des inégalités en saillie pour l'urticaire tubéreuse, et des inégalités en creux pour l'urticaire noueuse. La durée totale de ces maladies est de trois semaines à un mois. Leur traitement est le même que celui des deux premières formes : c'est-à-dire les rafraîchissants, si elles sont dues à un état inflammatoire, et un éméto-cathartique, si elles tiennent à un embarras des voies digestives. Bien que les sangsues à l'anus soient nécessaires dans quelques cas graves, il faut se rappeler que leur usage ne doit former que la petite exception.

Il va sans dire que l'urticaire due à l'ingestion de certains aliments sera attaquée, avant tout, par la suppression de ceux qui auront été reconnus pour en être la cause. Toutes ces indications sont vulgaires et faciles à remplir; mais la plus importante et la plus négligée de toutes les indications, c'est d'apporter une sévérité inflexible dans le traitement de la forme aiguë, si l'on ne veut courir le risque de la voir se perpétuer sous la forme chronique.

Il faut dire cependant que tous les âges ne courent pas le même danger, et que, si chez les enfants la fièvre ortiée constitue un état léger à tous égards, c'est surtout chez les adultes que cette même maladie a une funeste tendance à passer à l'état chronique.

L'urticaire chronique est une maladie plus pénible qu'inquiétante, mais qu'on ne saurait assez redouter, à cause du tourment continuel dont elle empoisonne la vie, et surtout à cause de son opiniâtre résistance à toute sorte de traitement.

Alibert cite l'exemple d'un malade qui, pendant dix ans, avait cherché en vain la guérison : il ne nous dit pas que le traitement qu'il conseilla à ce malade eût plus d'efficacité que ceux qui avaient été précédemment employés; mais l'aveu qu'Alibert omet de nous faire, je n'hésite pas à vous le confier pour un bon nombre de cas où je suis demeuré complétement impuissant, et notamment pour la malade dont je vous ai déjà parlé et chez laquelle l'urticaire et la diarrhée ne cédaient à mes efforts que l'une aux dépens de l'autre. Et cependant, vous le dirai-je? ma malade, en désespoir de cause, se jeta entre les mains d'un herboriste qui, en peu de temps, lui procura, au moyen d'une simple tisane, une guérison que n'avaient pu lui apporter les modificateurs les plus puissants de la peau. Cette tisane avait la propriété d'occasionner des selles nombreuses : j'en fis faire l'analyse par un pharmacien, qui la trouva essentiellement composée des éléments de la tisane royale du *Codex*. Je ne manquai pas, comme bien vous pensez, de recourir à la tisane royale dans tous les cas d'urticaire chronique qui se présentèrent ensuite à moi. Je dois avouer que, si ce moyen m'a rendu d'émlnents services, je l'ai aussi trouvé bien des fois infidèle.

Somme toute, le meilleur traitement à opposer à l'urticaire chronique se compose des purgatifs et des bains de vapeur donnés soit conjointement, soit séparément. On fait prendre ces bains de vapeur tantôt au moment où apparait l'éruption, tantôt, au contraire, au moment où elle commence à disparaître : on parvient souvent ainsi, en troublant son mode de développement, à en prévenir complétement le retour.

Biett affirme avoir guéri des cas analogues dans l'espace de cinq jours, au moyen de la solution de Fowler. Mais il me paraît bien étrange que ce médicament, qu'on ne peut prendre d'abord qu'à la dose de deux gouttes par jour, produise aussi rapidement cet effet, et que 8 à 10 gouttes d'un agent, si puissant qu'il soit, puisse amener une pareille merveille.

Ce que je puis affirmer, c'est que je n'ai jamais été aussi heureux; et dans le cas précédent, par exemple, où l'éruption alternait avec la diarrhée, la liqueur de Fowler ne put même pas être supportée.

Comme on le voit, le pronostic de l'urticaire, sans offrir véritablement aucune gravité, ni à l'état aigu, ni à l'état chronique, ne laisse pas cependant d'être extrêmement fâcheux dans ce dernier cas, tant à cause de l'incommodité qu'elle constitue qu'à cause de l'infidélité des meilleurs agents thérapeutiques.

La conduite du médecin dans l'urticaire chronique est un véritable tâtonnement. Il donne d'abord les bains de vapeur, puis il essaie les purgatifs; et, dans ce cas, il doit préférer la tisane royale avec laquelle il est facile de graduer à volonté le nombre des selles, sans craindre jamais ni la constipation, ni la diarrhée, comme cela arrive fréquemment après l'usage des résines ou des sels purgatifs. Enfin, il a recours aux solutions arsenicales, qui peuvent agir dans ce cas aussi bien que dans tant d'autres altérations chroniques de la peau.

Vous le voyez donc, loin d'être une maladie éphémère et insignifiante, comme il plaît à certains auteurs de la peindre, l'urticaire met souvent à bout les ressources de la thérapeutique, en même temps qu'elle transforme certaines existences en un véritable martyre.

CORRESPONDANCE.

Education des sourds-muets.

Monsieur le Rédacteur,

C'est avec une vive satisfaction que j'ai lu dans le numéro du jeudi 8 avril de votre estimable journal l'analyse d'un mémoire du docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des Sourds-Muets, adressé par lui à l'Académie des sciences dans la séance du 5 avril dernier. M. Blanchet, dont les travaux scientifiques sur l'enseignement des sourds-muets et en général des maladies de l'oreille et de l'audition sont bien connus, dit avec raison, dans son mémoire, que les sourds-muets peuvent recouvrer la parole et s'exprimer aussi bien dans la langue française que dans toutes les autres langues; il cite l'exemple des institutions allemandes et belges. A l'appui de ce qu'avance M. Blanchet, je m'empresse de vous informer qu'en Hollande, et principalement à Rotterdam, on s'occupe avec succès, depuis quatre ou cinq années, d'enseigner à cinq élèves sourds-muets le langage articulé, et notamment la langue hollandaise. Or, si les sourds-muets ont la faculté d'apprendre une langue aussi dure que la langue hollandaise, on peut *à priori* assurer qu'ils ont la faculté d'apprendre toutes les autres langues et de s'exprimer dans celle qu'on voudra leur enseigner.

Dans une séance médicale, qui a eu lieu à Rotterdam le 17 mars dernier, ces cinq élèves sourds-muets ont donné des preuves incontestables des fruits qu'a portés l'enseignement de M. Hirsch, ancien directeur et instituteur en chef à l'École des sourds-muets d'Aix-la-Chapelle. Ces enfants, d'âge différent (de six à onze ans), ont non-seulement fait preuve de connaissances solides et d'une intelligence remarquable; mais, au grand étonnement de chacun des auditeurs, tous ont montré qu'ils avaient recouvré très distinctement la parole. Un seul de ces enfants avait joui de la faculté de l'ouïe dans les deux premières années de sa vie; les autres sont sourds-muets de naissance.

Je joins donc mes espérances à celles de M. le docteur Blanchet, bien assuré que ses efforts seront couronnés de succès, c'est-à-dire qu'il finira par procurer aux sourds-muets de votre pays le bienfait de la parole articulée.

Pour moi, je me propose de fonder dans cette ville, de concert avec M. Hirsch, une institution destinée à l'instruction des sourds-muets selon la méthode allemande. Un comité de médecins joindra ses efforts aux nôtres pour réaliser ce plan. On sait que l'école allemande exclut la gesticulation artificielle (dactylogie et cheirologie) de son enseignement. Les moyens dont cette méthode dispose sont : l'imitation visuelle, qui permet de saisir les mots sur les lèvres de ceux qui parlent; l'impression tactile des ondes sonores, l'enseignement de l'écriture et la mimique naturelle.

Les communications de M. Blanchet sur des cas de guérisons de l'ouïe chez les sourds-muets sont fort intéressantes, et certainement, après la fondation de notre institution, un de mes premiers soins sera de fixer mon attention sur ce point. En étudiant pendant dix ans plus spécialement les maladies de l'oreille et de l'audition, j'ai traité dans cet espace de temps quelques centaines de cas de sur-

dité : mais jamais l'occasion ne s'est offerte à moi de traiter régulièrement des sourds-muets.

Ayez la bonté, monsieur le Rédacteur, d'insérer ces quelques lignes dans un des premiers numéros de votre excellent journal.

Recevez, etc. A. SYMONS,
Chirurgien accoucheur, membre du comité médical de la Hollande méridionale.

Rotterdam, 18 avril 1852.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Agricol Clément, chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital, et ex-professeur d'accouchements, vient de mourir à Avignon à l'âge de 80 ans.

— M. le professeur Denonvilliers, qui a commencé ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Louis, le 21 avril, les continuera le vendredi de chaque semaine, à partir du vendredi 30 avril. — La visite commencera à sept heures et demie du matin ; la leçon à neuf heures.

— *Errata.* — Au commencement du deuxième paragraphe de notre article Paris, dans le dernier numéro, une erreur typographique a substitué le nom de M. Cazeaux au nom de M. Depaul. — Un peu plus loin, une autre erreur a donné 27 voix à M. Longet, tandis qu'il fallait écrire 37.

Rien de plus triste que l'existence des personnes affectées de NÉVROSES DE L'ESTOMAC ou des *intestins* ; rien aussi n'était plus difficile à guérir que ces maladies désignées sous les noms de *gastralgies*, *d'entéralgies*, *d'affections nerveuses de l'estomac et des intestins*. Une découverte importante, qui a reçu la haute approbation de l'Académie nationale de médecine, fait cesser, à cet égard, les inquiétudes, le désespoir des malades et les pénibles incertitudes des médecins.

M. le docteur Belloc a trouvé un moyen parfaitement simple, dont l'emploi est exempt de toute espèce d'inconvénient, nous voulons parler de la *Poudre* et des *Pastilles de charbon*, moyen que l'Académie nationale de médecine a approuvé dans sa séance du 27 décembre 1849.

Le rapport de l'Académie, tout en faisant connaître les nombreuses et très remarquables cures obtenues soit par M. Belloc, soit par les commissaires eux-mêmes, constate que l'espèce et l'âge du bois employé, ainsi que les procédés suivis pour la carbonisation, ont une grande influence sur les propriétés de ce médicament.

Les pastilles au charbon du docteur Belloc sont faites sans mucilage, par un procédé entièrement nouveau.

La température a depuis quelque temps une inconstance capricieuse qui la fait passer presque sans transition de la chaleur au froid ; ces changements exercent une influence désastreuse sur la santé, et l'on n'a depuis longtemps compté autant d'affections nerveuses, de courbatures et de rhumes aussi persistants que dans ces derniers jours ; la même cause détermine aussi des maladies plus graves ; ce sont les fluxions de poitrine, les pleurésies, les gastrites, les gastro-entérites, etc.

La plupart de ces maladies inflammatoires étant sous la dépendance plus ou moins immédiate du cœur, beaucoup de médecins ont conseillé comme adjuvant le sirop préparé selon la formule du docteur Broussais, par M. Johnson, pharmacien à Paris. Ce sirop a toujours eu pour effet de tempérer et de calmer l'ardeur des inflammations. C'est surtout lorsque ces affections ont été négligées, et qu'il y a étouffements, asthmes, rhumes, toux chroniques, que ce sirop calme la toux, facilite l'expectoration, dissipe les douleurs nerveuses de la poitrine et la gêne de la respiration.

Nous avons souvent remarqué que, pour les personnes dont le système nerveux est très impressionnable, chez lesquelles le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions, les fatigues et les vicissitudes ont développé un état d'excitation, ce sirop, employé souvent par le professeur Broussais, les a guéries en certains cas définitivement ; dans d'autres pour un temps assez long ; il est même des circonstances dans lesquelles ce médicament a paru atteindre les causes de la maladie. Ses propriétés permettent son emploi, sans que l'on ait jamais à redouter la constipation, la céphalalgie, la somnolence ; elles ont été reconnues par un grand nombre d'observations publiées dans la plupart des journaux de médecine.

De la dyssenterie ; par A. FOUQUET, ancien chirurgien de la marine, inspecteur du service des enfants-trouvés du Morbihan. Un vol. in-8 de 240 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 50. — MARDI 27 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 50. — MARDI 27 AVRIL 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu (M. Rostan). Du diagnostic. — Cochin (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Deux cas de tumeurs sanguines rares. — Blessures des yeux par les capsules fulminantes. — Luxation en haut et en dehors du fémur. Réduction facile sous l'influence du chloroforme. — Luxation du coccyx par suite de chute. Réduction ; guérison prompte. — Société de chirurgie, séance du 21 avril. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Les excentriques de la médecine. — Hygiène alimentaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Du diagnostic.

Messieurs, il vous paraît sans doute étonnant et surtout superflu que je vienne vous entretenir de l'utilité du *diagnostic*. Vous êtes, j'en suis sûr, si convaincus de cette utilité, que vous ne pouvez penser qu'il puisse se trouver des médecins qui la conteste; et cependant rien n'est plus réel. Il en est, et des plus haut placés par leur renommée et par leur talent, qui ont nié et qui nient encore aujourd'hui la nécessité du diagnostic des maladies en médecine. Ah! mais c'est qu'aussi, si quelque jour *deux et deux font quatre* devenait une proposition médicale, elle trouverait des contradicteurs.

Argument de Broussais contre le diagnostic. — Parmi les médecins illustres qui ont nié l'utilité du diagnostic, nous trouvons d'abord Broussais. Le système de ce médecin se fondant sur l'existence d'une maladie unique, de l'irritation, et concentrant cette irritation dans l'estomac, d'une manière primitive ou consécutive, il était logique et en quelque sorte fatal de dire que le diagnostic des maladies était une chose superflue, puisqu'elles étaient constamment les effets d'un même principe. Aussi cet auteur, ayant à rendre compte des efforts que nous avions faits pour établir le diagnostic des affections cérébrales, après avoir cité les diverses maladies de l'encéphale, telles que la congestion, l'inflammation, le ramollissement, l'hémorrhagie, les tumeurs osseuses, fongueuses, cancéreuses, tuberculeuses, etc., s'écrie : « A quoi bon la prétention de les distinguer dans le vivant les unes des autres, puisqu'en dernière analyse elles dépendent d'une maladie toujours la même? » Le temps a fait justice d'une aussi monstrueuse erreur.

Argument de Laënnec. — Laënnec (qui le croirait!), l'homme qui a le plus fait pour éclairer le diagnostic des maladies, et des maladies de poitrine en particulier ; qui a passé sa vie à inventer et à faire connaître les signes distinctifs de ces maladies, Laënnec niait l'utilité du diagnostic! Mais ce qu'il y a de plus singulier, c'est l'argument dont il se servait pour le combattre. J'aurais de la peine à le croire si ce n'était à moi-même que Laënnec eût tenu ce langage. « Le diagnostic, disait-il, est toujours le résultat d'un raisonnement; celui-ci est nécessairement sujet à erreur, comment voulez-vous en faire la base de votre thérapeutique? Comment voulez-vous appuyer sur une base aussi incertaine le traitement des maladies, et confier la vie des hommes à une chance aussi douteuse, aussi chancelante? »

On a de la peine à croire qu'une pareille argumentation ait pu être faite par un esprit aussi éminent.

Argument des empiriques. — « Est-il possible, disent-ils, d'avoir la prétention de faire une médecine rationnelle? peut-on même croire à l'existence d'une pareille médecine, lorsque l'expérience nous prouve tous les jours que les maladies qu'on guérit ou qu'on prévient le mieux de la manière la plus efficace sont celles dont le siége et la nature, dont le diagnostic par conséquent, sont le moins connus? N'est-il pas vrai que les maladies que nous guérissons le mieux sont la syphilis, la fièvre intermittente et la variole d'une manière préventive? Sans doute si l'on guérissait toutes les maladies de la même manière, les empiriques (nous prenons ici ce mot en bonne part) auraient raison ; mais ils ont *trois* maladies qu'ils guérissent ainsi, et nous avons, nous, tout le cadre nosographique. Que sont trois maladies comparativement à toutes celles qui frappent l'espèce humaine? Faites de l'empirisme pour ces trois maladies, non-seulement nous y consentons, mais nous en faisons avec vous; mais convenez que l'on peut faire du rationnalisme dans toutes les autres, c'est-à-dire dans toutes les fièvres continues, dans toutes les phlegmasies, dans les hémorrhagies, etc., etc. Remarquez que nous faisons une large part à nos adversaires, puisque nous leur accordons que le diagnostic n'est pas nécessaire pour le traitement des trois maladies qu'ils réclament si haut, tandis qu'il est évident qu'un diagnostic est même nécessaire pour administrer un traitement empirique; car encore faut-il bien savoir s'il existe une syphilis ou une fièvre intermittente; mais ne contestons pas pour si peu.

Argument des chirurgiens. — En chirurgie le diagnostic est indispensable, parce que le traitement se déduit immédiatement de la nature de la lésion, il en découle pour ainsi dire; il existe une fracture, une luxation, un abcès, une hernie, etc., le traitement est nécessairement lié à chacune de ces affections. En médecine, il n'en est pas de même; jamais le traitement ne se déduit de la connaissance de la maladie, mais il se fonde toujours sur les phénomènes généraux. Le pouls est-il fréquent, fort, résistant; la peau est-elle chaude, la face colorée, la soif vive, vous saignez, vous faites le traitement antiphlogistique, débilitant, quelle que soit la maladie existante. Le pouls est-il au contraire petit, faible; la face est-elle pâle, la peau peu chaude, etc., vous faites l'expectation ou vous donnez les toniques, les révulsifs, etc., sans vous inquiéter du siége de la maladie.

C'est là une grave erreur, et qui ne peut venir que de quelqu'un qui n'a pas fait une étude spéciale des maladies médicales.

Là où la puissance de la médecine éclate au plus haut degré, c'est sans contredit dans le traitement des maladies latentes, dans le traitement des maladies avec concentration des forces. Les succès que le médecin obtient dans ces cas par la connaissance de la maladie font la gloire de la médecine et le salut des malades.

Un malade jeune est pris d'une pneumonie ; il néglige de réclamer les secours de l'art ; au bout de quelques jours les traits de la face s'altèrent, les dents se sèchent ainsi que la langue; le pouls est fréquent, mais faible, mais à peine sensible ; le décubitus est dorsal. Le malade accuse une prostration profonde. Si, fondé sur ces signes d'adynamie, vous administrez des toniques, si vous appliquez des révulsifs, si seulement vous gardez l'expectation, le malade meurt; mais, si vous reconnaissez qu'au lieu d'une faiblesse réelle vous n'avez affaire qu'à une faiblesse apparente, à une concentration des forces, vous saignez le malade, guidé par le diagnostic d'une maladie essentiellement inflammatoire, les forces se relèvent, le pouls reprend de la vigueur, de la résistance, et le traitement antiphlogistique tire le malade du tombeau.

Un autre malade ne vous présente que peu ou point de phénomènes généraux. D'après ce premier aperçu vous êtes disposé à garder l'expectation, à agir faiblement; mais vous appliquez l'oreille sur le thorax, vous entendez de la crépitation fine qui vous trahit l'existence d'une pneumonie latente. Vous traitez énergiquement le malade, guidé que vous êtes par le diagnostic, et la résolution que vous n'eussiez pas obtenue sans cela s'opère, et le malade guérit. Sont-ce les phénomènes généraux seuls qui vous ont inspiré cette conduite thérapeutique? Laissons de pareils arguments aux personnes peu compétentes.

Autres arguments empiriques. — Les empiriques pensent qu'il suffit de faire la médecine du symptôme, c'est-à-dire de diriger les moyens thérapeutiques contre les symptômes. Quelques exemples suffiront pour vous faire comprendre combien une pareille médecine est peu rationnelle, et combien elle peut être dangereuse. Prenons quelques symptômes au hasard. La *paralysie* était au commencement de ce siècle considérée comme une maladie essentielle, et consistant dans la diminution des *propriétés vitales*. D'après cette manière de voir, on la traitait par les toniques, les excitants *intus et extus*, pour ranimer les propriétés vitales diminuées ou abolies. L'ammoniaque, les cantharides, l'urtication, les frictions, l'électricité, etc., étaient employés dans tous les cas de paralysie. Vous pouvez juger avec quel succès! Enfin la médecine basée sur le diagnostic fit voir que la paralysie dépendait d'une multitude de lésions diverses et que ces lésions ne pouvaient être combattues par les mêmes moyens. Elle fit voir que la paralysie pouvait dépendre d'une lésion de l'organe qui commande, de celui qui transmet et de celui qui exécute le mouvement, et dans le premier, dans le cerveau, d'une congestion, d'une inflammation, d'une hémorrhagie, d'un ramollissement, de lésions inorganiques variées, et que ces diverses affections devaient avoir un traitement différent, qu'on ne pouvait traiter les unes comme les autres.

Pensez-vous que ce ne soient pas là des progrès réels, et des progrès thérapeutiques.

Si nous prenions tous les symptômes les uns après les autres, vous verriez qu'on peut faire pour tous les mêmes raisonnements.

Peut-on, en effet, faire la médecine de l'inappétence, de la difficulté de la déglutition, du vomissement, de la diarrhée, de la constipation, de la toux, de la dyspnée, des palpitations, des intermittences, des hydropisies, des hémorrhagies, des ictères, sans savoir de quelles maladies dépendent ces symptômes? Non, certes. Il n'est plus permis aujourd'hui de n'en pas chercher la cause organique et de n'en pas

FEUILLETON.

LES EXCENTRIQUES DE LA MÉDECINE.

La moitié de Paris au moins se lève tous les matins la figure horriblement labourée par les ongles du cauchemar. Toute la nuit il a fatigué sa couche, arpenté sa chambre, tisonné son feu, sans que jamais le sommeil vienne calmer cette ardeur fébrile, cette surexcitation dévorante; c'est que la moitié de Paris au moins est à la recherche d'une idée, mais d'une idée exploitable, d'une idée productive, d'une idée capable de soulever le monde des badauds et des niais. Donnez-moi une idée, disait un jour un capitaliste à un penseur, et je vous garantis 50,000 livres de rente à vous et à vos descendants jusqu'à la cinquième génération. L'idée est donc la pierre philosophale de nos alchimistes industriels. Le problème de la quadrature du cercle ou du mouvement perpétuel n'a pas abruti plus d'intelligences que la recherche d'une idée.

C'est surtout dans le domaine de la médecine que se produit ce travail mystérieux de l'entendement humain. L'art de guérir a des arcanes secrets et inconnus du vulgaire, au milieu desquels l'imagination la plus folâtre et la plus déréglée peut se livrer sans peur, mais non sans reproches, à ses caprices les plus bizarres, à ses écarts les plus extravagants. Ce qu'elle élabore chaque nuit, ce qu'elle produit chaque matin est incroyable; et j'estime que l'analyse, même succincte, de ces élucubrations formerait le livre le plus curieux et le plus instructif de morale et de psychologie.

Je caresse depuis longtemps la pensée de crayonner quelques-uns de ces portraits fantastiques, et de réaliser pour la médecine ce que MM. Théophile Gautier et Champfleury ont fait pour la littérature proprement dite.

Les originaux ne manqueront pas.

L'un, dédaignant tous les symptômes, tous les signes pathognomoniques, n'a recours qu'à l'inspection des urines. En vain Laënnec invente le stéthoscope, M. Piorry la plessimétrie; en vain MM. Andral et Marchal (de Calvi) analysent, décomposent et recomposent le sang; tout cela est bon pour le vulgaire, pour le petit peuple. Le malade est-il frappé d'apoplexie, inspectez son urine. S'est-il fracturé une jambe, luxé une épaule, vite, son urine, de l'urine et toujours de l'urine! Et dire que plus de cent fioles de ce liquide sont journellement adressées à ce praticien *urinal* dont la demeure, sur les instantes réclamations des voisins, va être soumise au nouveau régime de désinfection!

L'autre, appelant la chimie à son aide, prétend avec elle faire des merveilles et opérer des miracles... Traitement par la chimie!... comme cela sent le mysticisme et le surnaturel! La chimie, dont les prodiges ont étonné notre époque sceptique, qui a donné naissance à la pommade du chameau et du lion, qui préside à la confection des philocomes de toute espèce et des taffetas pour les cors et les perdrix des pieds, la chimie est toujours un sujet d'admiration pour les badauds et d'étonnement pour les niais. L'idée du traitement chimique est une des plus excentriques des temps modernes, et par cela même elle a été pour son auteur la vraie pierre philosophale.

Celui-ci, tenant dans le plus profond mépris Broussais et sa doctrine, accorde exclusivement ses sympathies aux biftecks et au vin de Bordeaux; c'est sa panacée et sa manie! Que parle-t-on de débilitants, de délayants, de calmants! La maladie ne débilite-t-elle pas suffisamment les forces et n'est-il pas rationnel d'aider la nature médicatrice? C'est simple comme bonjour, et le vulgaire s'étonne de voir la médecine se jeter dans des difficultés tout à la fois inextricables et dangereuses.

Faut-il poursuivre cette énumération? faut-il, je ne dirai pas épuiser, mais dérouler encore la liste de tous ces excentriques, rappeler les sectateurs du campbre et les apôtres des infiniments petits? Que d'idées bizarres voit naître chaque jour la capitale du monde civilisé! Je connais des hommes dont la moitié de la vie se passe à chercher une idée et dont l'autre est consacrée à l'exploitation de cette idée; mais, par contre, il est des malheureux, et il en est jusqu'à trois que je pourrais citer, qui n'ont jamais été inspirés, dont l'existence se consume comme celle du mathématicien à la recherche de la quadrature du cercle, et qui meurent en maudissant Dieu, leur imagination et la réclame!

Il en est d'autres, au contraire, qui, à l'exemple d'un journaliste fameux, accouchent chaque matin d'une idée; sans doute, tous les produits de ces enfantements ne naissent pas viables, mais il s'en trouve dans le nombre de parfaitement constitués. Les bons font passer les mauvais.

Dans cette catégorie d'excentriques, dont la liste est plus longue qu'on ne pense, je n'en connais pas de plus fameux que le grand William, le *celeberrimus* Rogers, comme l'aurait appelé Van-Swieten, si Van-Swieten eût cultivé la réclame.

Ce gaillard-là, qui pour l'invention est de la force de 300 chevaux, a rempli le monde de ses découvertes, les mâchoires de ses rateliers et les édentés de ses osanores!! Son cerveau est une machine à haute pression et les idées en sortent en véritables jets continus.

Bien différent des autres excentriques qui s'arrêtent et se complaisent dans les délices d'une première invention, celui-ci invente, invente et inventera jusqu'à complète extinction de chaleur naturelle. Les osanores, qui eussent satisfait toute ambition ordinaire, ont à peine été pour la sienne un moment d'arrêt, un sujet de contentement; le hochet de dentition, qui pour tout autre eût été un hochet précieux, a un instant amusé sa fantaisie et distrait son imagination. C'est que celle-ci, en effet, rêvait un art tout nouveau, une science encore inconnue. Ce qu'il a fallu de

conclure les moyens à employer; une semblable prétention ne saurait se soutenir.

Nous avons de la peine à concevoir que, dans le dix-neuvième siècle, il y ait encore des esprits assez étroits pour ne pas comprendre qu'éclairer le diagnostic c'est avancer, perfectionner la thérapeutique.

Vous le voyez, messieurs, l'utilité du diagnostic a été et est encore révoquée en doute; sa justification était donc nécessaire dans un cours où nous le prenons pour base de notre enseignement et de notre pratique médicale.

Mais tout en donnant au diagnostic du siége de la maladie, à la lésion locale, la première place parmi les éléments du diagnostic, nous ne pensons pas qu'elle constitue à elle seule ce diagnostic. Nous admettons une définition plus large, et, pour nous, le diagnostic se compose du siége de la maladie, de son étendue, de sa nature, des phénomènes généraux, de la constitution, de l'âge, du sexe du malade, des maladies antécédentes, et même des causes de la maladie; enfin, le diagnostic est la connaissance de tout ce qui constitue l'état d'un malade et sert à le faire apprécier.

Peut-on douter que ce ne soit là la base fondamentale de la médecine pratique?

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les n^os des 14, 26 février; 6, 16, 27 mars et 10 avril.)

SEPTIÈME LEÇON. — *Traitement.*

Il est peu de maladies qui aient, autant que le cancer, exercé le génie des praticiens. Son arsenal thérapeutique est, sans contredit, l'un des plus riches en médicaments; mais cette richesse apparente de l'art ne révèle, en réalité, que son impuissance. C'est ainsi que tour à tour on a fait appel aux médicaments internes les plus énergiques et les plus variés, à l'hygiène la plus sagement combinée.

Il est malheureusement trop vrai que les ressources les plus habilement maniées sont encore le plus souvent impuissantes à conjurer les progrès et la terminaison fatale de cette affection. Cependant, ce serait une grande erreur de croire, avec certains praticiens éminents, que la meilleure conduite à tenir en présence de cette maladie consiste dans l'abstention.

L'usage du microscope est depuis trop peu de temps introduit dans la pratique pour que nous puissions donner la preuve de la guérison radicale et absolue de tumeurs cancéreuses reconnues comme telles par l'observation microscopique. Néanmoins, la curabilité du cancer ne nous paraît point absolument impossible; et, sans compter les cas où de sages précautions ont pu prévenir l'apparition de la maladie, la pratique de tous les jours démontre qu'il est souvent possible d'en retarder les progrès; et alors même qu'il n'est plus permis d'espérer la guérison, le chirurgien peut encore éviter au malade une partie des angoisses et des tortures qui en sont le cortége inséparable.

I. *Traitement médical.*

Le traitement médical du cancer, considéré d'une manière générale, a pour but de prévenir sa manifestation, de le détruire lorsqu'il est déjà développé, ou bien enfin de pallier les accidents auxquels il donne lieu.

1° *Traitement préservatif.*

Nous ignorons malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, les circonstances auxquelles le cancer doit son origine; cependant il nous est possible quelquefois de saisir une relation directe entre son apparition et l'existence antérieure de certains phénomènes morbides qui se sont succédé en se modifiant à chacune des périodes principales de la vie. Nous savons, par exemple, que certains cancers se manifestent, surtout chez les femmes, à l'époque de leur âge critique; nous savons aussi que chez un grand nombre de ces malades la santé générale a subi, à diverses époques, des troubles passagers, mais de plus en plus graves et réfractaires, à mesure que l'organisme a perdu de sa puissance.

C'étaient dans l'enfance des éruptions cutanées; dans la jeunesse, des hémorrhagies nasales et pulmonaires; plus tard, des névralgies fréquentes et variées; dans l'âge adulte, des hémorrhoïdes, des affections goutteuses ou des dartres chroniques. Lorsqu'à l'approche de l'âge de décroissance ces troubles cessent tout à coup d'exister, et que la santé semble prendre une assiette insolite, c'est alors qu'on voit souvent apparaître le cancer.

Pour qui comprend bien la portée de ces transmutations morbides, de leur aggravation à chacune des périodes de la vie, il sera facile de prévoir que le cancer, ou quelque autre affection réfractaire grave, sera devenu imminent chez tel individu dont l'historique sanitaire se rapprochera du tableau que nous venons de tracer.

Dans ces circonstances, un traitement énergique par les dépuratifs divers, les purgatifs fréquemment répétés, les saignées générales, un exutoire permanent et surtout une hygiène sévère pourra prévenir la maladie en produisant une perturbation artificielle. Nul doute que par les soins d'un médecin habile et prévoyant un certain nombre de cancers n'aient été ainsi prévenus ou retardés dans leur apparition; c'est une question sur laquelle nous avons entendu notre illustre maître M. Récamier insister souvent avec l'autorité de sa haute expérience, et sur laquelle nous ne saurions trop attirer l'attention des praticiens.

2° *Traitement spécifique.*

Malgré les investigations nombreuses continuées depuis des siècles par les médecins les plus renommés, le spécifique du cancer reste encore à trouver. La plupart des substances actives de la thérapeutique ont été tour à tour essayées contre cette redoutable maladie: c'est ainsi que le mercure, l'or, le cuivre, l'arsenic, le fer et plus récemment l'iode ont été à diverses époques préconisés comme ayant une action spéciale contre la cause inconnue du cancer.

Parmi les médicaments tirés du règne végétal, la ciguë, le quinquina ont un instant semblé susceptibles de résoudre le problème. Enfin, de nos jours, une substance appartenant au règne animal, l'huile de foie de morue, dont l'action puissante dans une foule d'affections chroniques a rendu de si grands services à la thérapeutique, a pu nous donner quelques illusions. Nous avons employé tour à tour et avec persévérance chacun de ces agents, et nous devons l'avouer, s'il nous est arrivé parfois d'en obtenir des guérisons remarquables dans quelques cas douteux, ils ne nous ont jamais donné de guérison complète dans le cancer réel et bien reconnu; ce n'est pas à dire pour cela que l'on doive renoncer à l'espoir de trouver un médicament susceptible de neutraliser l'élément spécifique du cancer, et cette espérance nous soutient encore dans nos investigations.

Dans ce moment même, et sous vos yeux, nous expérimentons avec prudence et ténacité un certain nombre de médications puissantes. C'est ainsi que tous nos malades sont soumis à des traitements par le bichromate de potasse, par la conicine, par le chlore, l'osmium, le soufre, par les préparations arsenicales, ferrugineuses, manganésiques; ainsi qu'à l'action des prussiates: aucun de ces traitements ne nous a encore donné de résultats positifs. Ce n'est point une raison pour interrompre nos recherches; nous les poursuivrons sans relâche, trop heureux si nos efforts, en sollicitant de la part d'autres observateurs des travaux dirigés dans le même but, parvenaient, sinon à guérir le cancer proprement dit, au moins à enrayer sa marche ou à réduire le nombre des affections si diverses encore que le microscope nous a fait ranger cependant dans la classe des véritables cancers.

Déjà quelques résultats heureux semblent avoir été obtenus de l'usage de certaines eaux minérales, telles que les eaux de Creuzenac et les eaux de Celles; mais, s'il ne nous est point donné de neutraliser dans son essence le vice cancéreux, au moins pouvons-nous par un traitement palliatif soutenir les forces du malade, adoucir ses douleurs, et l'aider ainsi à lutter plus longtemps contre les accidents qui doivent amener la terminaison fatale.

3° *Traitement palliatif.*

Il a pour but principal de calmer les douleurs, de réparer les forces du malade incessamment épuisées par les hémorrhagies abondantes, et surtout par l'altération profonde des liquides qui caractérisent la cachexie cancéreuse. Au premier rang des médicaments de cette catégorie, nous rangeons les narcotiques, et principalement l'opium et ses divers éléments actifs, tels que la morphine, la codéine.

Les préparations de ciguë, la belladone, la jusquiame, le datura stramonium, l'extrait de chanvre indien ne viennent qu'en seconde ligne; ils peuvent cependant trouver leur application dans certains cas où les opiacés sont supportés difficilement. L'emploi de ces substances peut être varié de mille manières: on les administre par la bouche, par le rectum, par la méthode endermique; on les applique sous forme de topique, en lotions, en cataplasmes, en emplâtres, etc.

Dans les cas de douleurs névralgiques violentes, les éthers, le chloroforme, la valériane, les préparations de zinc ou de quinine rendent de grands services. Chez les malades arrivés à l'état de cachexie, les fonctions digestives éprouvent des altérations profondes; on aura par conséquent à combattre souvent la dyspepsie, des vomissements, la diarrhée, la constipation: c'est alors que les eaux gazeuses, alcalines ou ferrugineuses, que les astringents toniques, que les purgatifs de diverses sortes seront des accessoires utiles.

De graves accidents peuvent résulter des ulcérations survenues dans les productions cancéreuses. Des hémorrhagies abondantes se produisent à leur surface, elles déterminent un suintement ichoreux abondant et fétide; à ces accidents nous pouvons opposer les astringents divers, les préparations désinfectantes sous forme de liquide, de poudre, de pommade, parmi lesquelles nous citerons surtout les chlorures, la créosote, l'huile de naphte, etc.

Tous ces médicaments, habilement maniés, rendent chaque jour d'éminents services. Mais il est un point sur lequel nous devons insister d'une manière toute spéciale: c'est d'éviter, chez les malades affectés de cancer, tout ce qui peut d'une manière quelconque affaiblir la puissance vitale.

Le traitement antiphlogistique devra donc, à moins d'indication tout à fait évidente, être banni de la thérapeutique des cancers; le médecin s'efforcera, au contraire, de soutenir les forces du malade par une hygiène bien entendue, une alimentation réparatrice, et l'éloignement de toutes les causes morales ou physiques susceptibles de produire l'affaiblissement.

II. *Traitement chirurgical.*

Un grand nombre de praticiens, parmi lesquels se rangent des hommes du plus grand mérite, frappés de l'incurabilité presque absolue du cancer, ont rejeté comme inutile et dangereuse l'intervention de la chirurgie dans cette affection. C'est une erreur contre laquelle nous ne saurions trop nous élever, et si nous ne craignions de donner à notre pensée une forme trop paradoxale, nous dirions que, loin de repousser ainsi d'une manière absolue l'intervention chirurgicale, on devrait la réclamer dans tous les cas, alors même qu'il ne reste au chirurgien aucun espoir de détruire la totalité du mal.

Nous opérons partout où le cancer est accessible à nos moyens d'action, et l'existence de productions semblables dans d'autres points du corps, l'impossibilité même de détruire une tumeur cancéreuse dans toute son étendue n'est point pour nous une raison suffisante de nous abstenir; il nous est arrivé souvent d'attaquer partiellement les productions cancéreuses trop étendues ou trop profondes pour qu'il nous fût possible de les atteindre dans leurs racines. Mais, comme cette doctrine diffère, à beaucoup d'égards, de celle professée généralement par les maîtres de l'art, nous devons entrer à ce sujet dans quelques explications.

En traitant de la marche du cancer, nous avons cherché à

---

veilles prolongées, de méditations profondes pour créer la *Buccomancie*, je ne saurais vous le dire; mais ce dut être un grand jour pour M. Rogers que celui où il put donner un corps à ce que je ne crains pas d'appeler le sublime du genre inventif. Désormais les limites du possible sont atteintes, et je crains bien que les excentriques ne soient obligés de tirer l'échelle, comme on dit.

L'axiome si connu de Buffon, *Le style c'est l'homme*, n'avait pas obtenu un assentiment général. Balzac, si je ne me trompe, voulait que l'homme, c'est-à-dire ses habitudes, ses passions, ses penchants, se décelât dans les dispositions de son appartement; Lavater leur donnait pour miroir les plis de la peau, les mouvements des muscles, la proéminence des os; notre illustre inventeur, lui, circonscrivant davantage ce dernier cadre, leur donne pour siége exclusif le périmètre de la bouche. Si elle n'était l'ouvrage d'un excentrique, la buccomancie pourrait passer pour l'œuvre d'un génie.

M. Rogers est convaincu de cette assertion, et sa manière de le dire n'est pas un des côtés les moins curieux de ses excentricités. « Je suis novateur, écrit-il au début de son livre, car j'enseigne une science nouvelle..... Ce titre de novateur que j'ambitionne, parce que je crois l'avoir mérité, doit nécessairement me mettre en suspicion auprès du plus grand nombre de mes lecteurs. Néanmoins, je n'imiterai pas certains auteurs qui *s'agenouillent dans une préface*, comme dit un poëte français, et demandent pour ainsi dire pardon au public d'avoir tenté d'utiles et importantes innovations. Non, j'assume résolûment toute la responsabilité de mon œuvre, et si certains hommes qui doutent toujours ou du moins affectent de douter de ce qu'ils n'ont pas inventé eux-mêmes; si certains hommes, dis-je, condamnent mon livre avant de l'avoir lu, je m'en consolerai. De pareils juges sont indignes de connaître la vérité. »

Ne vous semble-t-il pas lire une préface de Broussais, alors que le chef de l'école physiologique aiguisait ses armes contre Pinel et contre l'essentialité des fièvres!! Tout le livre est écrit avec cet accent de conviction et de vérité; n'ayez pas peur que j'en tente l'analyse, les œuvres de cette nature défient la critique et échappent au scalpel le mieux acéré. J'ai lu ce travail excentrique d'un de nos plus fameux excentriques, et, toute prévention à part, j'ai dit, comme l'Italien, en fermant la dernière page: *Se non è vero, bene trovato.*

V. DELAHAYE.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE.

Le chocolat consciencieusement fabriqué *ne doit pas épaissir à la cuisson;* celui, au contraire, qui épaissit; qui, au moment de l'ébullition, exhale une odeur de colle qui acquiert par le refroidissement une consistance pâteuse, ou qui, sans être épais, tient en suspension une poudre ressemblant au marc de café, est *falsifié*.

Dominés par l'appât d'un bénéfice exorbitant et peu soucieux de la santé du consommateur, des fabricants non-seulement ajoutent jusqu'à 25 pour cent de farines dans la composition de leurs chocolats, mais encore ils ne craignent pas d'employer des farines avariées, de la dextrine, des gommes communes, de l'amidon, de mauvaises amandes, des farines de haricots, de fèves, des résidus de raffinerie, de l'ocre rouge et jusqu'à de la sciure de bois, toutes substances de nature à augmenter le poids du chocolat, au grand détriment de ses qualités digestives.

On comprend dès lors que ces fabricants puissent vendre leurs chocolats à des prix de beaucoup plus bas que s'ils livraient des produits *loyaux* et *marchands*, et faire ainsi à la fabrication honorable une concurrence déloyale.

Si l'emploi de certains cacaos ou la nécessité de donner au chocolat un peu de consistance peuvent exiger l'addition d'une matière féculente, la proportion ne saurait en être alors que très-minime. La farine employée dans ce cas doit être surtout de première qualité, et, sous ce rapport, *la belle fleur de gruau* est supérieure à toute autre substance.

Mais quelque belle que soit la farine employée, et quelque faible qu'en soit la proportion, cette addition doit toujours être exactement mentionnée sur les étiquettes des chocolats; l'absence de cette indication serait de nature à constituer *une fraude réelle*, car il y aurait alors *tromperie sur la nature de la marchandise vendue*, délit prévu par la loi.

La négligence du fabricant à cet égard pourrait compromettre le détaillant lui-même.

En conséquence, pour se mettre à l'abri des poursuites que tôt ou tard l'autorité ne peut manquer d'exercer, le détaillant doit exiger que chaque tablette de chocolat qui lui est livrée porte sur son enveloppe, soit la déclaration positive que le chocolat est pur *de tout mélange*, soit la proportion exacte de farine ou autre matière étrangère dont il serait additionné.

Déjà la *Compagnie coloniale* et la *Société du Planteur* ont pris à cet égard une louable initiative, et il serait à désirer que tous les fabricants fussent tenus de suivre l'exemple qui leur est ainsi donné par deux établissements considérables.

Dans le numéro du jeudi 22 avril, page 190, clinique de M. le professeur Piorry, il s'est glissé les deux erreurs suivantes, que nous nous empressons de rectifier:

1° Aphorisme XXX. — Hydropancrie, *lisez*: Hydropancrée. (Fluide pancréatique; liquide secrété par le pancréas.)

2° Aphorisme XXXVIII. — Toute théorie médicale qui ne repose que sur des faits pratiques est mauvaise et doit être abandonnée; *lisez*: Toute théorie qui ne repose pas sur des faits pratiques est mauvaise et.....

faire comprendre de quelle manière cette affection détruisait les sources de la vie; nous avons vu que, dans un grand nombre de cas, les malades succombaient à des accidents divers avant le développement de la cachexie. C'est ainsi qu'une tumeur cancéreuse peut déterminer la mort en comprimant quelque organe essentiel, la trachée, l'œsophage, par exemple; en obstruant certaines cavités, telles que le pharynx, le rectum, etc.

C'est bien plus alors en sa qualité de tumeur qu'en celle d'affection maligne que le cancer compromet l'existence. Hésitera-t-on alors à enlever cette cause imminente de mort, sous prétexte que tôt ou tard le malade doit succomber aux progrès de l'affection? Il est évident que, dût-on, pour faire respirer un malade qui étouffe, pour permettre aux fonctions digestives interceptées de s'exécuter librement, etc., n'enlever qu'une minime portion d'une énorme production cancéreuse, le chirurgien ne peut pas hésiter.

Une fois ce principe admis, qu'en présence d'un accident qui menace la vie une opération même incomplète doit être exécutée, notre doctrine se trouve établie sans conteste.

Il n'est guère de productions cancéreuses, en effet, qui ne donnent lieu à certains accidents capables de hâter la terminaison fatale; c'est ainsi qu'une tumeur en voie de ramollissement occasionne parfois des douleurs violentes qui jettent le malade dans le désespoir et troublent les fonctions. D'autres fois, de l'ulcère cancéreux s'écoule un ichor abondant et fétide qui épuise les forces, en même temps qu'il le rend un objet de dégoût pour son entourage et pour lui-même. D'une autre part, la résorption qui s'opère dans la profondeur de la masse cancéreuse ou bien à la surface d'un ulcère entretient une fièvre hectique qui hâte le développement de la cachexie.

Dans ces circonstances, on comprend que la destruction de la production morbide d'où naissent ces inconvénients sera d'une utilité réelle, quand bien même on serait forcé de laisser subsister d'autres portions trop profondément placées pour être accessibles à nos moyens.

Enfin, et cette considération sera comprise de tous les praticiens, une opération qui détruit même incomplètement le mal laisse pendant un temps plus ou moins long le malade dans un état moral qui lui rend l'existence moins pénible. Qui n'a été témoin de ce désespoir auquel est en proie le malheureux rongé par un cancer et auquel la chirurgie refuse ses secours? Si dans ces circonstances on vient par une opération à produire une cicatrice partielle ou momentanée, l'espoir renaît en son âme et les courts moments qui lui restent à vivre sont encore entremêlés de quelques douces illusions.

D'après ces considérations, nous pensons que la chirurgie doit intervenir dans le traitement de la plupart des affections cancéreuses, quelquefois pour guérir, souvent pour prolonger la vie, plus souvent encore pour amoindrir les souffrances.

Dr Alexis Favrot.

Deux cas de tumeurs sanguines rares;

Par A. Scarpa, professeur à la Faculté médico-chirurg. de Pavie.

Traduit par le docteur P.-G. Cabaret, de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

1° *Tumeur sanguine variqueuse de la lèvre supérieure.*

M. le comte Col..., élève du collége des nobles Hongrois, vint au monde avec une tache livide, un peu élevée sur la moitié gauche de la lèvre supérieure; mais la racine, ou plutôt le siége principal de cette tache, existait dans l'épaisseur de la lèvre et même à sa surface interne, car on voyait, sur la membrane muqueuse qui la tapisse intérieurement, un tubercule correspondant à la tache tégumentaire ci-dessus indiquée.

A mesure que la croissance s'opérait chez le noble enfant, la tumeur sanguine variqueuse croissait également en grosseur; et quand le jeune comte eut atteint sa vingtième année, la tumeur avait acquis le volume d'un gros œuf de poule. Son volume extraordinaire était cause qu'une portion de l'excroissance repoussait en haut et en dehors la moitié gauche de la lèvre supérieure vers l'aile gauche du nez, tandis que le reste de la tumeur s'allongeait, comme pendante, du bord libre de la lèvre supérieure, et s'appuyait sur la lèvre inférieure. Au côté gauche de l'ouverture de la bouche, on voyait une masse assez grosse, de couleur noirâtre, violacée, qui donnait un aspect repoussant à la figure du jeune seigneur, et l'empêchait, en outre, de prononcer bien clairement.

La tumeur était molle, flexible et indolente. Palpée à l'aide des doigts, elle donnait la sensation que produit un assemblage de veines variqueuses agglomérées ensemble et entortillées; en outre, comprimée d'un côté, elle se tuméfiait de l'autre, puis elle reprenait sa forme primitive. Sa surface externe était recouverte d'une pellicule transparente, à travers laquelle, comme je l'ai déjà dit, on apercevait une masse noirâtre, violacée, parsemée çà et là de points et de lignes d'un rouge vif. Cette excroissance ne se bornait pas à occuper uniquement la moitié gauche de la lèvre supérieure; elle s'étendait encore un peu en haut de la lèvre jusqu'à la racine des gencives correspondantes, en ligne verticale, et se prolongeait transversalement du frein de la lèvre supérieure jusqu'à la commissure gauche de la bouche. C'était dans ces deux points que le toucher constatait des pulsations artérielles fortes et manifestes. Sous l'influence des mouvements accélérés de tout le corps, et durant la mastication, la tumeur se gonflait plus que dans l'état de repos; et, circonstance qui doit être signalée, c'est que la membrane muqueuse revêtant le palais, le pharynx, l'intérieur du nez, dans la moitié correspondant au côté droit de la tête, était de couleur rosée naturelle, tandis que l'autre moitié présentait une couleur sombre, parsemée de vaisseaux variqueux et, par intervalles, de nodosités rudes au toucher. Je n'eus pas le courage, pour parvenir à la guérison de cette infirmité, d'enlever, avec la tumeur, toute la moitié gauche de la lèvre supérieure; c'est pourquoi je me décidai à pratiquer l'extirpation de la tumeur de la manière suivante:

La lèvre supérieure renversée et solidement maintenue par un aide intelligent, je commençai, avec un bistouri à tranchant convexe, à séparer la tumeur sanguine du bord de la lèvre supérieure, et, continuant d'inciser graduellement, je la détachai de toute la surface interne de ladite lèvre, parallèlement aux fibres du muscle orbiculaire jusqu'à la racine des gencives correspondantes. Deux seules artères qui lancèrent du sang avec force furent liées sur-le-champ. Malgré cette précaution, la surface sanglante, dans toute son étendue, laissait fluer du sang en grande partie noir et veineux. Dans le but de mettre un terme à cette hémorrhagie, je plaçai, entre la face interne de la lèvre opérée et l'arcade alvéolaire garnie de dents solidement implantées, un bourdonnet de charpie sèche, cousu à une bandelette de toile, que je repliai au dehors sur la lèvre supérieure, et qui fut fixée au moyen d'un bandage en fronde. L'aide qui fut chargé de la compression vis-à-vis l'arcade alvéolaire et les dents l'exerça sans interruption durant plusieurs heures.

La tumeur extirpée avait perdu presque la moitié du volume qu'elle possédait avant l'opération. Plongée pendant quelques heures à macérer dans l'eau tiède pour qu'elle se dégorgeât du sang dont elle était imprégnée, puis examinée avec soin, on acquit la preuve qu'elle était constituée par un peloton de vaisseaux pour la plupart veineux, entortillés et unis étroitement les uns aux autres par un tissu cellulaire mince et délié.

Les symptômes qui suivirent l'opération consistèrent dans la tuméfaction de toute la face, une chaleur excessive de la bouche et du gosier, une fièvre modérée. La diète rigoureuse, une large saignée, des boissons acidulées, quelques lavements émollients firent disparaître ces symptômes en un petit nombre de jours.

L'appareil ne fut levé que huit jours après l'opération, parce que, pendant ce laps de temps, il était resté sec et fortement adhérent à la surface traumatique. En effet, on trouva la plaie de couleur cendrée, privée d'humidité, avec des bords tuméfiés, durs et irritables. Les remèdes topiques, ordinairement les plus efficaces pour provoquer la suppuration, restèrent sans effet, quoique mis en usage durant plusieurs jours. Il ne pouvait en être autrement, lorsque l'on considère qu'une surface ulcérée quelconque, recouverte du reliquat de vaisseaux variqueux réséqués, est, de toutes les plaies, la moins disposée à suppurer. C'est pourquoi, dans les pansements journaliers, je me bornai, pour toute application locale, à toucher la plaie avec le nitrate d'argent fondu, en commençant par la circonférence, et avançant de jour en jour vers le centre par cercles concentriques. Cette thérapeutique réussit admirablement; car, à mesure que l'eschare produite par la pierre infernale se détachait, elle était remplacée par une suppuration de bonne nature, puis par des granulations, et enfin par la cicatrice; de sorte que, le vingt-sixième jour après l'opération, la guérison fut complétement obtenue, ne laissant, sur la moitié gauche de la lèvre supérieure, d'autre indice de la maladie primitive qu'une teinte de couleur azurée.

Greff nous a conservé l'histoire d'une tumeur sanguine congénitale de la lèvre supérieure observée chez un enfant de quatorze ans (*Specimen de notione et curâ angiacteseos labiorum*. Lipsiæ, 1807). Elle différait de la tumeur que j'ai décrite en ce qu'elle occupait à la lèvre supérieure un espace plus étendu, puisqu'elle intéressait environ les deux tiers de la lèvre et même un peu l'une des commissures de la bouche.

Greff prit la résolution de retrancher avec la tumeur sanguine les deux tiers de la lèvre supérieure. Ensuite il fut d'avis, après avoir extirpé une aussi grande portion de cette lèvre, d'avoir recours tout à la fois à la suture entortillée et à la suture enchevillée, afin d'attirer pour ainsi dire de force des joues autant de substance qu'il en avait emporté à la lèvre et qu'il en avait besoin pour mettre en contact les bords de cette vaste plaie. L'auteur ajoute que, « moyennant l'usage continué pendant trois mois d'un instrument dilatateur, il était parvenu à ce que l'enfant pût ouvrir convenablement la bouche; » mais il ne nous dit pas si le succès fut durable et ne donne d'ailleurs aucun détail sur le degré certain où sera restée la difformité.

2° *Tumeur sanguine variqueuse située sur la voûte palatine.*

Un an après avoir recueilli la précédente histoire, c'est-à-dire le 18 novembre de l'année 1795, je reçus à l'hôpital de notre Ecole de chirurgie clinique le nommé Antoine Herlin, paysan robuste, âgé de quarante-sept ans. Cet homme portait sur le côté droit et un peu postérieur de la voûte palatine une tumeur sanguine variqueuse de la grosseur d'un marron de forme écrasée.

Je ne pus obtenir du malade des renseignements positifs sur la première apparition de la tumeur. Il me dit seulement qu'il la portait depuis sa plus tendre enfance, petite alors et pas plus grosse qu'un petit pois, qu'avec les progrès de l'âge elle avait graduellement augmenté de volume, et qu'en définitive elle lui rendait la mastication difficile et la déglutition excessivement douloureuse.

La tumeur, sillonnée de points et de lignes rougeâtres, offrait en général un aspect noirâtre et violacé. D'une consistance molle, élastique, elle devenait douloureuse lorsqu'on la soumettait à une pression très légère. Sa base élargie ne permettait pas qu'on en tentât la ligature. Je résolus alors de la retrancher en effleurant la voûte palatine, et je songeai à agir de la sorte avec d'autant plus de confiance que la portion osseuse de la région palatine m'offrait un solide appui à la compression.

Ayant donc placé le malade sur une chaise, la tête renversée et solidement maintenue par un aide, je saisis vigoureusement la tumeur avec des pinces à double crochet semblables à celles dont on se sert pour la résection des amygdales; puis, à l'aide de ciseaux à *bec de cuiller*, je l'enlevai complétement en rasant la membrane muqueuse qui tapisse la portion osseuse du palais. Du sang veineux noirâtre s'écoula aussitôt en certaine abondance. Je portai sur la surface saignante une boulette de fine étoupe imbibée d'esprit-de-vin mêlé de quelques gouttes d'acide sulfurique, et je l'y maintins pendant quelque temps; puis, le malade ayant été remis au lit, je recommandai à l'aide de continuer la compression jusqu'à ce que l'écoulement du sang se fût arrêté, ce qui advint au bout de quelques heures; mais dans la soirée, le suintement sanguin ayant reparu, l'aide y plaça un plumasseau de charpie, et sur celui-ci une compresse de linge fin et serré, puis il recommença la compression durant la plus grande partie de la nuit. La charpie adhéra intimement aux bords de la plaie; enfin, le *stillicidium sanguinis* cessa totalement. La texture intime de la tumeur variqueuse extirpée était entièrement semblable à celle observée et décrite dans le cas précédent.

Le plumasseau de charpie resta solidement adhérent durant quatre jours. Après sa chute, on constata un ulcère sordide sec, avec des bords élevés et d'un mauvais aspect. Cet ulcère fut soumis vainement à quelques pansements avec le miel rosat, dans l'intention de le faire suppurer d'une manière convenable. Alors je me décidai à toucher la plaie avec la pierre infernale, en commençant par sa plus grande circonférence, et j'obtins les mêmes succès que ceux relatés dans la précédente observation.

Les annales de la chirurgie fourmillent de faits nombreux qui constatent l'existence de tumeurs sanguines variqueuses siégeant sur les joues, les lèvres, les paupières, le front, l'occiput et les oreilles; mais il n'est pas à ma connaissance que, jusqu'à ce jour, on ait signalé un seul exemple de tumeur sanguine variqueuse congénitale située dans l'intérieur de la bouche. (*Gaz. méd. de Montpellier.*)

Blessures des yeux par les capsules fulminantes.

Par le D[r] Heidenreich. — Traduit par le D[r] Binard.

M. Heidenreich range des blessures des yeux par les capsules fulminantes au nombre des affections les plus dangereuses et les plus destructives de cet organe. « En effet, les fragments de la capsule qui traversent facilement les parois de l'œil en amènent presque toujours la destruction (1). »

Un garçon de neuf ans environ, fils d'un maréchal, se trouvait près d'un de ses camarades plus âgé que lui, lorsque celui-ci ayant placé une capsule sur la cheminée d'un fusil à percussion, il en fit partir le marteau. Un fragment de capsule pénétra dans l'œil gauche du premier, et y produisit d'abord peu d'inflammation. Le docteur Heidenreich ne vit le blessé que quinze jours plus tard.

Le morceau de capsule qui se trouvait dans la moitié inférieure du globe avait pénétré par la cornée, dont une petite place laissait encore apercevoir la petite extrémité, tandis que la portion la plus considérable était dans l'œil.

La cuiller de Daviel et plusieurs autres instruments, tels que crochet, aiguille à cataracte, pinces de petites dimension, furent employés sans qu'on parvînt, à leur aide, à saisir le corps étranger dont on voulait faire l'extraction. Comme la blessure datait déjà d'assez loin et que l'inflammation était peu considérable, et comme d'ailleurs le corps étranger avait transpercé la cornée par la base et qu'on sait combien il est difficile d'obtenir des enfants l'immobilité des yeux quand on veut y pratiquer une opération, on se borna à combattre l'inflammation, espérant que, par les efforts de la nature, ce corps étranger serait peu à peu mis en évidence, et qu'il serait facile alors de le saisir avec des pinces.

Mais ce fut en vain. Le fragment de capsule ne bougea pas et l'inflammation prit plus d'intensité.

Une incision fut alors pratiquée dans la cornée par en bas où se trouvait le corps étranger; mais le malade était tellement indocile que cette petite opération ne put être achevée avec toute la sécurité désirable. La chambre se remplit de sang et le corps étranger fut soustrait à la vue de l'opération. La cuiller de Daviel, pas plus que les pinces ne purent le saisir, et l'opération resta sans résultat. La plaie de la cornée s'étant cicatrisée de nouveau, le corps étranger cessa d'être visible. Ce jeune garçon étant retourné chez lui, ce ne fut que longtemps après que le fragment métallique, par suite de la destruction de l'œil, reparut à l'extérieur et put être enlevé. L'œil resta perdu pour toujours.

Instruit par l'issue fâcheuse de ce fait, dans lequel l'opération semblait avoir toute chance de succès, l'auteur n'eut plus recours à l'opération dans un autre cas qui s'est offert à lui, et où elle lui parut pouvoir bien moins réussir encore; cependant il ne fut pas plus heureux que dans le premier cas.

Il s'agissait encore d'un garçon de dix ans, qui se trouvait près d'un de ses camarades plus âgé que lui, lorsque celui-ci fit éclater une capsule fulminante en la jetant sur une pierre. Un fragment de capsule vint frapper l'œil de ce jeune garçon, y détermina une inflammation qui fut convenablement combattue. M. Heidenreich vit le petit blessé trois semaines après l'accident. L'inflammation était très modérée, difficile à différencier d'une inflammation scrofuleuse chro-

(1) Les suites de ces blessures sont loin d'être toujours aussi graves que l'annonce ici le docteur Heidenreich, et je crois à ce sujet devoir citer le fait suivant: J'assistais à Ypres à l'exercice à feu lorsque le 5[e] régiment, dont je faisais partie alors, fit usage pour la première fois de fusils à percussion. Dans le premier feu de peloton, un soldat reçut dans l'œil droit un fragment de capsule qui divisa de part en part la cornée dans sa partie moyenne: le corps étranger ne resta pas engagé dans la petite plaie. La moitié inférieure de la chambre antérieure se remplit instantanément de sang, ce qui amena un grand trouble dans la vision de ce côté. Cette lésion ne fut pas suivie d'accidents inflammatoires notables et fut traitée par des lotions d'eau froide et quelques dérivatifs; au bout de trois ou quatre jours, l'épanchement sanguin était complètement résorbé, la petite plaie de la cornée cicatrisée et la vue avait repris toute sa netteté. F. Binard.

nique peu intense ; la conjonctive était légèrement injectée, et on apercevait une couronne vasculaire tout autour de la cornée. Le tout néanmoins était de peu d'importance. En haut et en dehors on remarquait sur la cornée quelques inégalités, et l'auteur crut y découvrir un corps étranger (mais un corps non organisé). Au moyen de la cuiller de Daviel il enleva une substance écailleuse sous laquelle la cornée se montra aplatie et claire, mais cependant pas complétement transparente ; elle présentait aussi quelques dépressions semblables à ces cicatrices qui sont la suite des ulcères scrofuleux enfoncés. La partie écailleuse enlevée semblait un produit organisé formé par la cicatrisation et la guérison d'une plaie de la cornée ou d'un ulcère de cette membrane.

Derrière la pupille, dans la capsule du cristallin, on distinguait en haut et en dehors, recouvert par le bord pupillaire, un corps brillant brunâtre, à peine de la grosseur d'une petite tête d'épingle. La dilatation de la pupille par l'instillation de la belladone ne permit pas d'apprécier plus clairement cet objet, qu'on ne pouvait apercevoir en regardant directement en avant dans le fond de l'œil : Ce corps brunâtre n'était visible derrière la pupille qu'en regardant très obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, comme on le fait pour reconnaître l'opacité d'une cataracte commençante.

L'absence de signes qui eussent permis de le bien reconnaître et à cause du peu d'inflammation qui existait après plus de trois semaines porta M. Heidenreich à admettre que le corps étranger ne se trouvait pas dans l'œil, et que les phénomènes qui s'étaient montrés étaient dus au choc violent que la capsule avait imprimé à l'œil (la cornée, à l'endroit où existait la lésion, pouvait avoir été frappée, contusionnée, peut-être en partie déchirée, l'iris avoir été porté en arrière, et la tache brunâtre être une partie détachée du pigment de l'iris (*cataracta pigmentosa*) ; il ne crut pas devoir tenter aucune espèce d'opération, et se borna à combattre l'inflammation.

Cet état était toutefois plus grave qu'il ne le paraissait ; en effet, la pupille devint immobile, prit une forme anguleuse et se rétrécit de plus en plus ; l'opacité du système du cristallin fit des progrès constants, et la vue s'éteignit complétement. Ces métamorphoses augmentant incessamment, le globe ne tarda pas à présenter une pointe saillante ; la chambre antérieure finit par s'effacer entièrement, et il fut alors évident qu'on avait affaire à un ennemi profondément caché ; mais où et comment le chercher ?

Comme la complication staphylomateuse continuait toujours à faire des progrès, une incision fut pratiquée à la partie externe et inférieure de la cornée, afin d'y attirer et d'y enlever le corps étranger qu'on supposait devoir y rencontrer, et afin de conserver encore à l'œil une forme passable ; mais cette opération n'eut aucun résultat.

Vers le cinquantième jour de la blessure, un corps métallique, allongé, vint faire saillie hors de l'œil par suite de la destruction totale de cet organe. Les deux extrémités de ce corps étranger paraissaient à nu, mais la partie moyenne était encore recouverte par les tissus qui la retenaient fixée à la cornée et rendaient son extraction difficile. Comme les tentatives qui furent faites pour atteindre ce but étaient très douloureuses, et que l'on n'avait rien à gagner en conservant l'œil dont la forme était perdue, on abandonna le tout au travail de la nature, et au sixième mois après l'accident le fragment métallique apparut hors de l'œil, dont la destruction était complète.

« Les deux cas qui ont été soumis à mon observation, dit M. Heidenreich, et dont les suites ont été si fâcheuses, font peu d'honneur à l'ophthalmologie opératoire ; » elles ne doivent pas cependant, selon lui, lui être reprochées ; car, pour la tranquillité de sa conscience, il a lu plusieurs fois que d'autres médecins n'avaient pas été plus heureux que lui dans des circonstances semblables.

Nous pensons qu'il faut bien distinguer dans les blessures des yeux par des fragments de capsules celles qui sont compliquées de la présence d'un corps étranger de celles dans lesquelles ce corps n'existe pas : les premières seules nous paraissent réellement dangereuses et peuvent amener fréquemment la perte de l'œil, comme les faits rapportés par M. le docteur Heidenreich le prouvent suffisamment.

(*Medic. corresp. blatt baierische aerzte* et *Ann. d'oculist.*)

LUXATION EN HAUT ET EN DEHORS DU FÉMUR.

Réduction facile sous l'influence du chloroforme.

Malgré la profondeur de la cavité cotyloïde, la force des ligaments qui l'entourent et la puissance des muscles qui serrent, par leur contraction, la tête de l'os dans la cavité articulaire ; malgré la force du ligament rond qui, par exception ici à toutes les autres articulations du corps, renforce encore les moyens d'union des deux os ; malgré de si puissants obstacles, la tête du fémur peut, sous l'influence d'une violence extérieure, quitter subitement la cavité cotyloïde et se luxer. Les exemples d'une semblable luxation sont, il est vrai, une chose rare ; mais on en rencontre cependant de loin en loin.

Benjamin Bell, le premier, et d'autres chirurgiens après lui avaient pensé que les luxations du fémur en bas et en avant devaient être les plus fréquentes, parce que c'est là que le ligament capsulaire est le plus mince, et que c'est également dans ce point que le rebord de la cavité cotyloïde offre une échancrure ; ils ajoutaient à cet argument que le ligament rond ne pouvait s'opposer à cette espèce de déplacement, et que les muscles situés à la partie interne de la cuisse sont moins capables de résister aux efforts qui tendraient à déterminer la luxation, et qu'enfin le mouvement d'abduction est le plus étendu de tous les mouvements que la cuisse peut exécuter. Cependant l'expérience démontre que la luxation en haut et en dehors est celle que l'on rencontre le plus souvent, quoique des dispositions contraires à celle que l'on vient de voir exister en dedans sembleraient devoir s'y opposer.

Ceux-là seuls qui ont été appelés à réduire des luxations de la cuisse savent la résistance énergique qu'opposent aux efforts de réduction les masses musculaires qui concourent aux mouvements de la cuisse sur le bassin, et les efforts quelquefois inouïs, et par cela même dangereux, qu'on est obligé de faire pour remettre les surfaces articulaires en rapport. Aussi a-t-on cherché de tout temps à faire taire cette contractilité musculaire. Parmi les moyens employés dans ce but, on compte le bain chaud, la saignée poussée jusqu'à la syncope, les opiacés, le tartre stibié à doses réfractées et d'autres encore. Mais tous ces moyens devront céder dorénavant au chloroforme. L'insensibilité et le relâchement musculaire produits par cet agent favorisent singulièrement la réduction des luxations, comme l'exemple suivant, un des plus marquants sous ce rapport, le démontre.

Un jeune homme de vingt-huit ans, d'une haute stature et d'un système musculaire athlétique, fit une chute en sautant du quai à bord d'un navire et se luxa la cuisse gauche. M. le docteur de Ceuninck vit le blessé peu de temps après l'accident, reconnut le mal et me fit demander pour l'assister dans la réduction de cette luxation, qui paraissait devoir offrir de sérieux obstacles.

Tout ce que nous pûmes obtenir au sujet de la manière dont la chute avait eu lieu fut qu'en voulant monter à bord d'un navire le blessé avait glissé du pied qui reposait déjà sur le navire tandis que l'autre membre était encore appuyé sur le quai. Il en était résulté une chute de tout le poids du corps avec écartement considérable des deux membres inférieurs, suivie immédiatement d'une douleur extrêmement vive à la hanche gauche, avec impossibilité de mouvoir la cuisse du même côté.

Nous constatâmes un raccourcissement du membre de deux pouces ; la pointe du pied était fortement tournée en dedans ; toute la cuisse était aussi dans la rotation en dedans ; l'axe du membre avait dévié de sa direction naturelle d'une manière frappante, il était oblique en haut et en dehors. En pressant fortement à l'endroit correspondant à la cavité cotyloïde, on y sentait un espace vide, tandis que la tête de l'os se laissait sentir dans la fosse iliaque externe. Les tentatives essayées pour imprimer au membre des mouvements d'abduction étaient extrêmement douloureuses. Ces signes étaient suffisants pour faire reconnaître une luxation du fémur en haut et en arrière.

Le blessé fut couché horizontalement sur deux tables juxtaposées, recouvertes d'un matelas, et la tête supportée par un simple oreiller. Des lacs, formés de draps de lit, furent placés d'après les règles indiquées par Boyer, et confiés à des aides. Lorsque le tout fut bien préparé, le blessé fut chloroformé, et, dès que l'insensibilité et le relâchement musculaire furent obtenus, on commença les tractions. Il suffit d'une demi-minute de manœuvres pour obtenir la réduction, qui s'annonça par le bruit caractéristique et la disparition subite de tous les signes de luxation.

Au bout de quinze jours de repos au lit, ce jeune homme commença à marcher et ne tarda pas à regagner toute la liberté des mouvements de son membre.

(*Ann. de la Soc. médico-chirurg. de Bruges.*)

LUXATION DU COCCYX PAR SUITE DE CHUTE ;

Réduction ; guérison prompte ;

Par M. Léon Boyer.

Mme R..., âgée de quarante ans, assez maigre, descendait un escalier, lorsque ses deux pieds ayant glissé presque en même temps, elle tomba sur les fesses, et le bord de l'une des marches vint frapper violemment le bas du sacrum. Relevée peu d'instants après sans avoir perdu connaissance, elle fut portée dans son lit, où je la vis cinq ou six heures après l'accident. Elle était couchée sur le côté gauche, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin ; c'était là la position où elle souffrait le moins ; il lui avait été impossible de se coucher ni d'un côté, ni de l'autre. Si elle restait immobile, elle accusait seulement la douleur d'une contusion simple ; mais le moindre mouvement lui occasionnait de très vives douleurs, et elle disait sentir alors dans le fondement comme un corps étranger qui tendait à sortir.

Afin de procéder à un examen exact, je la fis coucher sur le ventre, les cuisses et les jambes étendues avec précaution. La pression sur la région sacrée était très douloureuse ; toutefois, il était facile de constater que le sacrum n'avait point éprouvé de déplacement, non plus que les autres os du bassin qui, pendant les mouvements que j'imprimais aux membres inférieurs, conservaient leur fixité. J'introduisis l'index dans le rectum, soupçonnant une lésion de l'extrémité du sacrum ou du coccyx, et je cherchai à atteindre ce dernier os ; je n'y parvins pas d'abord ; cependant, en poussant un peu plus fort, je m'assurai qu'il avait exécuté un mouvement de bascule d'arrière en avant, et qu'il était en même temps dévié de gauche à droite ; en me faisant alors pousser fortement le coude, je parvins à l'accrocher avec le doigt et à le ramener en place ; je perçus dans ce mouvement, au bout du doigt, comme une sensation de crépitation, bien légère sans doute, mais pourtant bien réelle. Quelques minutes après la malade déclara qu'elle souffrait moins et qu'elle ne sentait plus son corps étranger.

Je la fis coucher sur le dos ; ce mouvement causa encore de vives douleurs, plus supportables cependant que tout à l'heure. La malade étendait seule les cuisses et les jambes, ce qu'elle n'avait pu faire avant mon arrivée. — Demeurer couchée sur le dos ; un cataplasme sera glissé avec précaution et laissé en place toute la nuit.

Le lendemain, bien qu'ayant gardé la position indiquée, la malade avait peu dormi. Cependant elle se trouvait mieux ; elle avait uriné ; deux garde-robes liquides avaient eu lieu sans douleur. Point de fièvre. Je touchai de nouveau par le rectum et je trouvai tout en place. Je recommandai le repos au lit.

Le cinquième jour, au moment où je sonnais, Mme R..., se trouvant seule, descendit de son lit et vint elle-mêm m'ouvrir la porte. Dans la crainte d'être grondée, elle s'empressa de me dire qu'elle n'avait point souffert, que déjà même elle s'était levée pour se mettre sur son vase de nuit, et qu'elle se trouvait bien. Il n'y avait nulle trace d'ecchymose sur la peau du sacrum. J'insistai de rechef sur le repos au lit pendant au moins huit jours ; mais on ne tint point compte de cette recommandation ; et à ma première visite, cinq jours après, je trouvai Mme R... sortie. Elle ne souffrait plus en aucune manière. Je la revis deux jours plus tard, et m'assurai définitivement que le coccyx avait gardé la position où je l'avais remis.

(*Revue médico-chirurg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 avril 1852. — Présidence de M. Larrey.

Grossesse extra-utérine.

M. Desprez présente un cas de grossesse extra-utérine.

MM. Danyau, Maisonneuve, Huguier et Cloquet prennent successivement la parole pour avoir quelques renseignements.

M. Desprez donnera tous ces renseignements dans l'observation qu'il se propose de communiquer à la Société.

M. le président nomme une commission composée de MM. Maisonneuve, Houel, Huguier et Danyau.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Maisonneuve lit un travail intitulé : *Mémoire sur de nouveaux perfectionnements apportés au traitement des fistules vésico-vaginales.*

Avant que M. Jobert (de Lamballe), dit-il, eût l'ingénieuse idée d'appliquer au traitement des fistules vésico-vaginales la méthode d'autoplastie par glissement, la plupart de ces affections étaient considérées comme incurables. Grâce à cette heureuse application, il est possible maintenant de guérir beaucoup de ces infirmités cruelles. Mais il en est encore, et en assez grand nombre, qui semblaient réfractaires à tous nos moyens. C'est contre ces cas désespérés, dit M. Maisonneuve, que j'ai surtout dirigé mes efforts, et, bien que les résultats soient encore peu nombreux, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de les faire connaître en détail.

Obs. I. — *Fistule vésico-vaginale énorme, large débridement en arrière, sur les côtés. — Guérison.*

Mme Tuignet, femme Chataigne, âgée de trente-quatre ans, éprouva à sa huitième couche, en septembre 1848, une destruction considérable du bas-fond de la vessie et de la partie correspondante du vagin. Entrée successivement dans plusieurs hôpitaux, elle fut partout considérée comme incurable. M. Maisonneuve crut devoir appeler de cette décision et la reçut dans son service le 3 mars 1850. L'opération fut pratiquée d'après le procédé de M. Jobert, avec cette différence que les incisions latérales furent prolongées beaucoup plus loin en avant. L'avivement donna un lambeau de 19 centimètres de longueur et la réunion exigea onze points de suture. La réussite de l'opération fut complète, et, quand une commission de la Société de chirurgie vint examiner la malade, la vessie pouvait contenir 500 grammes de liquide sans laisser paraître aucun suintement.

Dans une deuxième observation, M. Maisonneuve fit pour la première fois l'application d'une modification importante au procédé ordinaire. Cette modification, dit-il, consiste dans la dissection non-seulement de la partie postérieure et des parties latérales de la fistule, mais encore dans la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphyse du pubis.

Obs. II. — Madeleine Régnier, femme André, âgée de vingt-huit ans, chez laquelle une énorme destruction de la vessie avait eu lieu lors de son dernier accouchement, le 28 décembre 1848. La difficulté qu'éprouva M. Maisonneuve à faire glisser en avant la lèvre postérieure de la fistule, malgré de larges dissections postérieures et latérales, l'engagea à y ajouter la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphyse pubienne. Sept points de suture simple furent appliqués, et la malade obtint une guérison complète, après toutefois avoir subi quelques cautérisations destinées à fermer un petit orifice dû à la présence prolongée de l'un des fils. Cette guérison fut encore constatée par une commission de la Société de chirurgie.

Obs. III. — Dans une troisième observation, M. Maisonneuve, considérant que la dissection de l'urètre donnait une laxité considérable à la lèvre antérieure des fistules, tenta l'application de ce procédé seul, sans le combiner, comme dans l'observation précédente, avec le procédé de M. Jobert ; il obtint encore un nouveau succès. La malade qui fut soumise à cette opération est la nommée Rousseau (Anne), âgée de trente ans. Elle lui fut adressée par le docteur Thore, de Scaux. La fistule, qui datait d'un an environ, était survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et présentait 2 centimètres d'étendue transversale. Entrée le 16 avril 1851, elle est sortie guérie le 8 juin de la même année.

Obs. IV. — Chez une quatrième malade nommée Lefort (Alexandrine), âgée de trente ans, blanchisseuse à Clamart, M. Maisonneuve fut amené, par des circonstances d'une difficulté en apparence insurmontable, à pratiquer une série d'opérations insolites. Ces opérations ont consisté :

1° Dans l'excision largement effectuée du vagin, du périnée et de la région ano-ischiatique, destinée à permettre de manœuvrer dans la profondeur du bassin alors que l'étroitesse du bassin et l'immobilité de l'utérus rendent impossibles l'avivement et la dissection de la fistule par les procédés ordinaires ;

2° Dans l'isolement complet du pourtour inférieur de la vessie, destiné à permettre le rapprochement des bords de la fistule ;

3° Dans l'occlusion incomplète de la vulve et l'application d'un obturateur à robinet ;

4° Dans l'occlusion définitive et complète de l'orifice vulvaire, combinée avec la création d'une fistule recto-vaginale destinée à transformer le rectum en un cloaque supplémentaire de la vessie ;

5° Enfin, dans la substitution d'une fistule périnéale à la fistule recto-vaginale artificielle, dont l'entretien était trop difficile.

Nomination d'un membre dans la section de zoologie de l'Académie des sciences. — Suivant nos prévisions, M. Quatrefages a été nommé membre de l'Institut à la majorité de 29 voix. M. Cl. Bernard en a obtenu 19.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 51. — JEUDI 29 AVRIL 1852. (25e ANNÉE.) N° 51. — JEUDI 29 AVRIL 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — Statistique des opérations césariennes. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix), Leçon clinique sur un cas de névralgie cervico-brachiale. — Sécrétion abondante de lait chez une femme, sans accouchement ni grossesse préalables. — Des polypes de la conjonctive. — Académie de médecine, séance du 27 avril. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 AVRIL 1852.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine a été marquée par la variété des communications qui l'ont remplie.

M. Lacauchie, l'habile inventeur de l'hydrotomie, a eu l'honneur de l'ouvrir par une courte lecture sur un sujet trop spécial pour qu'il nous soit possible de porter un jugement sur sa communication, qui nous a paru renfermer des faits et des aperçus nouveaux. Nous avons seulement remarqué, au point de vue de la forme, que l'auteur a émaillé sa narration de fleurs un peu hasardées.

A M. Lacauchie a succédé M. Landouzy, qui vient de temps à autre faire à l'Académie des apparitions auxquelles la science a presque toujours quelque chose à gagner. Aujourd'hui, le zélé praticien a communiqué une observation intéressante de pellagre, qu'il a fait suivre de réflexions fort judicieuses, et un cas de gangrène spontanée des extrémités coïncidant avec le diabète. Ce quatrième exemple d'une coïncidence singulière signalée par M. Marchal (de Calvi), doit appeler de plus en plus sur ce point l'attention des observateurs.

Après ces deux communications, l'Académie a entendu deux rapports, l'un de M. Collineau, sur l'emploi du tannate de zinc considéré comme astringent, et l'autre de M. Lecanu, sur des préparations de manganèse et sur la recherche de ce métal dans le sang humain.

La discussion sur le rapport de M. Hervez de Chégoin, qui menaçait de soulever toutes les questions qui se rattachent aux causes et au traitement de la leucorrhée, a avorté en quelque sorte, et après quelques réflexions de MM. Gibert, Nacquart, Cazeaux et Roux, l'Académie a voté les conclusions de la commission, à l'exception de la seconde, qui paraissait en effet être peu en harmonie avec l'importance réelle du travail analysé par M. Hervez.

La séance s'est terminée par trois présentations fort intéressantes faites par MM. Gibert, Hutin et Marchal (de Calvi).

— L'Académie des sciences s'est à peu près bornée, dans sa dernière séance, à élire un membre dans la section de zoologie. Ainsi que nous l'avons annoncé, M. de Quatrefages a réuni la majorité des suffrages. Quoique nous pensions que les travaux de cet honorable confrère soient d'une importance moindre que ceux de MM. Longet et Bernard, l'Académie n'en a pas moins fait un bon choix en admettant M. de Quatrefages dans son sein. Elle a surtout récompensé, par cette nomination, un dévouement à la science fort exceptionnel aujourd'hui; dévouement qui a fait sacrifier à M. de Quatrefages une position des plus avantageuses sous le rapport matériel, pour se donner exclusivement au culte de la science. Cette nomination satisfera donc, nous le pensons du moins, tous les hommes impartiaux qui savent apprécier à la fois le talent et les nobles instincts.

H. de Castelnau.

Statistique des opérations césariennes.

Nous avions conseillé à l'Académie de faire une tentative pour obtenir de ses correspondants les documents nécessaires pour dresser une statistique des opérations césariennes; mais nous n'avions pas prétendu substituer notre action à celle de la docte Compagnie. Toutefois, puisque deux de nos honorables collaborateurs veulent bien aller au-devant de nos désirs en nous adressant des documents dont ils peuvent disposer, nous les remercions sincèrement du zèle dont ils font preuve, et nous désirons vivement que ce zèle trouve des imitateurs.

Nous serons sobres de réflexions sur les deux documents qui nous parviennent aujourd'hui. Nous dirons cependant que nous partageons complétement l'opinion du docteur Gent sur la nécessité de ne point faire entrer dans une statistique les cas où l'opération césarienne n'aurait été pratiquée qu'après des tentatives répétées d'extraction de l'enfant par le forceps, que l'enfant a été tué par ces tentatives et que la mère est sur le point de périr. Nous écarterons donc de notre statistique la première des observations de M. Gent.

Quant aux observations qui nous sont communiquées par notre estimable confrère M. Merland, quoique nous eussions désiré quelques détails de plus, nous devons considérer l'opération comme ayant été pratiquée dans les conditions à peu près normales, et par conséquent nous devons compter ces deux opérations comme deux insuccès, au moins relativement à la mère, puisqu'il n'est pas question des enfants.

En résumé, sur quatre opérations, nous comptons deux cas de succès et deux cas d'insuccès pour la mère, et deux cas de succès pour l'enfant, les deux autres observations étant incomplètes sous ce dernier rapport.

Nous attendrons d'autres documents avant de tirer aucune conclusion de ces faits, que nous remercions de nouveau nos confrères de nous avoir communiqués.

PREMIÈRE COMMUNICATION. — *Opération césarienne.*

Meulan, 25 avril 1852.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 22 courant de votre estimable journal, vous invitez les praticiens à faire un relevé de toutes les opérations césariennes dont ils pourraient avoir connaissance. Je m'empresse donc de vous adresser deux observations, dont l'une surtout ne sera pas la moins importante, ni la moins curieuse de toutes celles que vous réunirez pour la statistique que vous proposez d'établir.

Quoique ces opérations (dont je dois la communication à mon excellent confrère M. le docteur Casaubon, de Triel) soient déjà anciennes et qu'elles aient eu lieu bien avant mon établissement dans ce pays, je ne pense pas qu'elles aient jamais été publiées dans aucun recueil médical.

OBS. I. — Le 17 août 1827, M. le docteur Casaubon fut appelé pour assister une femme qui ressentait les premières douleurs de l'enfantement. Cette femme, habitante de la campagne, âgée de vingt-cinq à trente ans, était de taille moyenne, et au premier aspect elle ne paraissait pas difforme, quoique dans son enfance elle eût été nouée et que depuis ce temps elle marchât en se balançant; les hanches étaient très écartées. Au toucher, on reconnaissait que la saillie formée par l'angle sacro-vertébral était considérablement rapprochée de la symphyse du pubis. Plusieurs applications de forceps furent faites d'abord par M. C..., et ensuite par plusieurs praticiens qu'il avait appelés à son aide, mais toujours sans le moindre résultat. Enfin, au bout de cinq jours, c'est-à-dire le 21, après que le crâne de l'enfant eut été perforé et que, malgré cela, il fut reconnu que l'accouchement par les voies naturelles était matériellement impossible, MM. Casaubon et Rouvain seuls se déterminèrent à pratiquer l'opération césarienne. Cette opération n'offrit rien de remarquable; l'enfant mort fut extrait avec le placenta. Les bords de la plaie furent rapprochés au moyen de quelques points de suture, et, le pansement terminé, la femme mourut une heure après.

Je pense que cette observation ne doit pas entrer en ligne de compte dans la statistique de l'opération césarienne, car l'opération ne fut entreprise que lorsque déjà la patiente était entièrement épuisée par les longues souffrances, l'insomnie et les diverses tentatives qui avaient été faites par les quatre ou cinq chirurgiens qui s'étaient succédé; ce fut pour qu'on ne pût pas dire que la science est impuissante dans de pareils cas, et qu'on avait laissé une malheureuse mourir avec son enfant dans son sein, que ces deux courageux chirurgiens pratiquèrent l'opération, plutôt que dans la prévision du succès.

OBS. II. — Une femme de la campagne, âgée de trente ans au plus, très petite, toute contrefaite, en un mot rachitique au dernier degré, arrivée au terme d'une première grossesse, fut prise des premières douleurs. Dans ce cas il était impossible de penser à un accouchement par les voies naturelles. L'opération césarienne fut donc immédiatement arrêtée et pratiquée par MM. Rauvain et Casaubon, en présence de cinq ou six praticiens des environs. Avant de commencer l'opération, on constata la dilatation du col et la rupture naturelle de la poche des eaux, qui s'écoulèrent en abondance. On pratiqua le cathétérisme. L'incision fut faite sur la ligne blanche, à gauche de la ligne médiane, en commençant à trois travers de doigt au-dessus du pubis et en s'étendant jusqu'à deux travers au-dessus de l'ombilic, qui fut contourné. L'utérus fut incisé longitudinalement dans une longueur de six à huit pouces environ; aussitôt l'enfant présenta le dos. Le cordon lié, l'enfant et le placenta furent extraits. Aussitôt l'utérus se contractant, l'incision fut réduite de plus de moitié de sa longueur. Les intestins, qui pendant l'opération avaient été maintenus par les assistants, furent réduits, les bords de l'incision abdominale furent rapprochés au moyen de quelques points de suture enchevillée et de longues bandes de sparadrap qui faisaient presque le tour du corps. Au côté inférieur, on laissa une partie de l'incision non réunie. Pendant tout le temps de l'opération il ne s'était écoulé ni sang, ni sérosité. Un bandage lacé pour rapprocher davantage les bords de la plaie et un bandage de corps complétèrent le pansement.

Un léger ballonnement du ventre survint, qui obligea à desserrer le bandage et à couper les bandelettes sur les côtés, mais sans les enlever.

La fièvre de lait eut lieu comme d'habitude; les lochies s'écoulèrent par le vagin, et au bout de quelques jours la plaie était complétement cicatrisée au niveau des points de suture; il y eut un peu de suppuration dans leurs intervalles et surtout à la partie inférieure. Au bout de trois semaines la malade était complétement guérie.

L'enfant, du sexe féminin, qui fut nommée *Césarine*, est mariée et a des enfants.

Dans le courant de l'année qui suivit l'opération, malgré les recommandations qui lui avaient été faites et l'expérience du passé, cette malheureuse femme devint une seconde fois enceinte, et, environ dix-huit mois après la première, il fallut procéder à une seconde opération. Le ventre tombait en avant des cuisses, presque jusqu'au niveau des genoux. MM. Casaubon et Rauvain croyaient à une grossesse extra-utérine. Cette fois ils procédèrent seuls à l'opération, qui fut faite de la même manière que la première, et qui ne présenta rien de remarquable, sinon que les parois abdominales et utérines étaient excessivement minces.

La dilatation du col et l'écoulement des eaux avaient eu lieu avant l'opération; ce que ces messieurs considéraient comme un grand point pour la réussite. Il n'y eut pas non plus le moindre écoulement de sang ou de sérosité pendant l'opération. L'enfant jouit d'une bonne santé pendant à peu près deux ans, époque à laquelle il mourut.

La femme, âgée maintenant de cinquante et quelques années, habite Andresy et se porte parfaitement bien.

Je me permettrai une remarque, quoique j'aie déjà beaucoup abusé de votre patience : n'est-ce pas une singulière coïncidence de voir trois cas d'opération césarienne se présenter dans la pratique du même médecin dans l'espace de deux années seulement?

Agréez, etc.

GENT,
Médecin de l'hospice de Meulan.

DEUXIÈME COMMUNICATION. — *Amputations. — Opération césarienne. — Accidents produits par le chloroforme.*

Napoléon-Vendée, 23 avril 1852.

Monsieur le Rédacteur,

Je m'empresse de répondre à l'appel que vous avez fait dans un de vos derniers numéros aux chirurgiens des départements. Je suis convaincu, comme vous, que le terrain sur lequel on opère rend compte des succès ou des revers que l'on obtient, bien plus que les procédés opératoires ou les modes de pansement. Je suis loin de prétendre à l'habileté chirurgicale de M. Sédillot, et cependant j'affirme qu'à l'hôpital général de Napoléon nous n'obtenons pas moins de succès dans les grandes amputations que ce savant professeur n'en obtient lui-même dans son hôpital. Depuis quinze ans que je suis attaché à l'hôpital de Napoléon, d'abord comme chirurgien adjoint et ensuite comme chirurgien en chef, j'ai peine à me rappeler trois ou quatre cas de mort à la suite des grandes amputations. Je regrette de n'avoir pas fait un relevé de tous les cas d'amputations pratiquées à l'hôpital de Napoléon; je fournirais la preuve de ce que j'avance, et pourtant j'ai amputé des malades qui semblaient être dans les plus mauvaises conditions.

Une autre circonstance bien digne de remarque, et qui peut expliquer les heureux résultats que nous obtenons, c'est que pendant plus de quinze ans il ne m'a pas été donné d'observer dans la Vendée un seul cas de pourriture d'hôpital.

Je n'ai pourtant point à grossir le chiffre des cas de succès dans l'opération césarienne : deux fois je l'ai pratiquée, et deux fois la mort s'en est suivie. Je n'accepte pourtant pas pour cela la sentence de M. Gerdy.

Je n'ai pas l'habitude de vous écrire, monsieur; mais, puisque j'ai commencé, je vais en abuser.

Dans le n° du 8 avril, la *Gazette des Hôpitaux* a publié un article de M. le docteur Pamard sur l'un des accidents produits par l'inhalation du chloroforme. Suivant M. Pamard, l'inhalation du chloroforme peut produire une action stupéfiante tellement profonde et tellement prolongée sur l'innervation que la mort peut en être la conséquence. M. Pamard en cite pour exemple un cas de résection du péroné dans lequel la réaction qui suit d'ordinaire les grandes opérations

n'eut pas lieu, malgré l'emploi des toniques les plus énergiques. La mort survint par suite de l'anéantissement de l'innervation.

Le fait dont je viens vous entretenir diffère de celui-ci surtout par la terminaison; cependant, il m'a fait voir le danger d'assez près pour que je le signale comme un nouvel exemple d'accident grave produit par le chloroforme.

Dans le courant de l'année 1851, un jeune homme de la campagne fut reçu dans mon service pour un écrasement de la jambe gauche, à quatre travers de doigt au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale. L'amputation de la cuisse fut décidée et pratiquée immédiatement. Le blessé était un valet de ferme de dix-huit ans, vigoureusement constitué et d'une énergie peu commune. L'appareil musculaire était très développé, la face colorée, la peau chaude; le pouls plein, développé, fréquent. Tout faisait craindre une forte réaction. Le malade n'avait aucune appréhension pour le chloroforme; lui-même demanda à le respirer. L'inhalation de cet agent ne fut accompagnée d'aucun accident; l'insensibilité arriva très promptement, mais ne fut que de très courte durée; puisque, malgré la rapidité de l'opération, le malade se réveilla avant qu'elle fût entièrement terminée. L'inhalation du chloroforme ne fut point renouvelée, parce qu'au moment du réveil la scie était déjà portée sur l'os.

La quantité de sang perdue pendant l'opération fut insignifiante, elle se borna à quelques cuillerées.

Le malade, pansé et reporté dans son lit, me présenta bien, au moment où je le quittai, au lieu de la réaction de tout à l'heure, une grande petitesse du pouls; mais je pensai que cet accident ne serait que passager, et que, le lendemain, il faudrait combattre une forte réaction. Il n'en fut rien pourtant. Le lendemain, à ma visite, j'appris par le chirurgien interne résidant à l'hôpital que l'on avait eu les plus grandes appréhensions pour la nuit, qu'on avait craint un instant que le malade ne vît pas le jour. Pendant plus de quinze heures, en effet, le pouls avait été d'une petitesse effrayante, et les syncopes s'étaient succédé à des intervalles très rapprochés. Malgré l'administration à l'intérieur du vin et du bouillon, malgré les topiques rubéfiants, il avait été impossible de réchauffer le malade; la vie semblait prête à s'éteindre.

A ma visite du matin, cet état ne s'était guère amélioré. Je m'empressai de soulever les draps pour m'assurer qu'une hémorrhagie n'avait point lieu; les pièces de l'appareil étaient à peine rougies par une sérosité sanguinolente. J'insistai sur les toniques et sur les rubéfiants. Le soir, mais seulement le soir, plus de vingt-quatre heures après l'opération, le pouls se releva un peu, et la chaleur revint à la peau. La réaction ne fut point en raison de cette première oppression des forces, elle fut lente et peu prononcée. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, sans être enrayée par de nouveaux accidents.

Eh bien, me dira-t-on, pourquoi vous plaindre du chloroforme? Vous aviez affaire à un sujet chez lequel des accidents inflammatoires redoutables étaient imminents; et, grâce à l'agent anesthésique, ces accidents ont été conjurés. Je répondrai: Il n'est pas impossible, en effet, qu'en définitive l'action du chloroforme m'ait été avantageuse, en prévenant une réaction menaçante; mais si l'on avait vu, comme je l'ai vu pendant plus de vingt-quatre heures, la vie de mon malade ne tenant qu'à un fil, l'on aurait bien de la peine à se défendre d'une certaine inquiétude à l'endroit de l'action du chloroforme. Quant à moi, sans y avoir renoncé, je ne m'en sers plus qu'avec une grande circonspection; et, pour peu que les malades se montrent réfractaires à son action; pour peu que la perte de sensibilité se fasse attendre, ou que des accidents nerveux se manifestent, je bats en retraite, et je dis au malade: Vous serez opéré avec douleur. C'est ce qui vient encore de m'arriver il y a quelques jours pour un cas d'amputation d'une jambe.

Agréez, etc.

MERLAND.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçon clinique sur un cas de névralgie cervico-brachiale.

Nous avons en ce moment sous les yeux une affection que l'on rencontre assez rarement dans les hôpitaux, et qu'il importe néanmoins de bien connaître, ainsi qu'on pourra le voir à l'occasion du diagnostic.

Le malade qui en est atteint est couché au n° 9 de la salle Saint-Michel; c'est un homme âgé de quarante ans, d'une constitution ordinaire et d'une bonne santé habituelle. Il exerce le métier d'ouvrier en tulle.

Il est entré dans nos salles le 1er avril. Il nous a appris que ses parents n'avaient jamais eu, du moins à sa connaissance, d'affections nerveuses, et que lui-même n'avait jamais éprouvé aucune indisposition sérieuse; il lui était seulement arrivé de faire plusieurs chutes. Deux de ces chutes, dont l'une remonte à l'âge de dix-huit ans, et l'autre à l'âge de vingt ans, n'ont manifestement aucun rapport avec la maladie actuelle.

Il y a deux ans environ, il est tombé sur le bras droit; il a ressenti quelques douleurs qui se sont assez promptement dissipées et lui ont permis de faire usage de son membre. Depuis cette époque jusqu'à celle du début de l'affection névralgique qu'il a en ce moment, c'est-à-dire pendant une période de dix-huit mois, il ne s'est déclaré ni douleur nouvelle, ni gêne des mouvements. La maladie qui nous occupe ne paraît donc pas plus se rattacher à la dernière chute qu'aux deux premières.

Elle a commencé par un sentiment de faiblesse qui, d'abord limité à l'épaule, s'est peu à peu propagé au bras et à l'avant-bras; en même temps des douleurs sourdes se sont déclarées dans le cou, dans la région de l'omoplate et dans celle de la clavicule.

Le malade, que la nature de sa profession obligeait à se servir de ses deux bras, a dès lors été obligé de suspendre fréquemment son travail; il se reposait une heure environ, pour reprendre ensuite pendant un temps plus ou moins long le cours de ses occupations. Il avait de la difficulté à serrer fortement les objets, et était tourmenté par un sentiment de fatigue considérable dans toute l'étendue du membre thoracique.

Il ne fit aucune espèce de traitement.

Bientôt tous les symptômes prirent un accroissement très marqué; il se vit forcé d'abandonner son atelier et d'entrer à l'hôpital.

Au moment de notre première visite, il avait la face naturelle et restait couché indifféremment dans les diverses attitudes du décubitus dorsal ou latéral. Le bras droit, dont il se plaignait, fut aussitôt examiné par nous; il avait sa conformation normale; les articulations étaient libres et dépourvues de gonflement; la peau était saine et n'offrait aucun changement dans sa coloration. Ce qui frappait le plus était l'extrême faiblesse du membre, qui pouvait à peine serrer légèrement les objets, et dans cette action devenait le siége de douleurs plus vives. La flexion de l'avant-bras était difficile. Les mouvements qui consistent à élever le bras audessus de la tête et à le porter en arrière étaient impossibles; des souffrances insupportables arrêtaient les tentatives que faisait le malade.

En explorant par une pression méthodique les régions affectées, nous avons découvert un grand nombre de points douloureux. Le premier, qui s'étendait de la deuxième vertèbre cervicale à la troisième vertèbre dorsale, le long de la colonne rachidienne, avait une largeur de deux travers de doigt environ; le second était situé au niveau du bord antérieur du trapèze; le troisième, à la partie supérieure du deltoïde; le quatrième, dans le creux axillaire; le cinquième, dans le lieu où le nerf radial contourne l'humérus à sa partie externe; le sixième et le septième étaient placés l'un audessus de l'épicondyle, l'autre au-dessus de l'épitrochlée; un huitième point correspondait à la partie antéro-inférieure du radius qui surmonte immédiatement l'apophyse styloïde.

Nous avons assigné aux différents points que nous venons d'énumérer les noms de points cervical inférieur, post-claviculaire, circonflexe ou deltoïdien, axillaire, radial, épicondylien, épitrochléen et radio-carpien.

Notre malade présentait la plupart des points douloureux de la névralgie cervico-brachiale; il ne manquait, en effet, chez lui que le point cubito-carpien, qui est en quelque sorte le pendant du point radio-carpien et les points digitaux qui occupent les parties latérales des doigts. Nous ne parlons pas du point médian, il est très rare.

L'examen auquel nous avions dû nous livrer fut suivi de douleurs assez vives et d'une grande fatigue, qui disparurent peu à peu au bout de quelque temps.

Il est bon de noter que les muscles n'étaient nullement le siége de contractions involontaires. Il y avait des élancements assez fréquents, élancements qui se montraient particulièrement dans l'épaule et à la partie inférieure du bras, mais qui cependant envahissaient quelquefois toute l'étendue du membre et s'irradiaient même du point cervical inférieur au point radio-carpien.

Une omission regrettable a été commise par nous: il eût été important de connaître dès le premier jour le volume relatif des deux membres; au moyen de mesures prises récemment, nous avons constaté une différence d'un demi-centimètre et d'un quart de centimètre à l'avantage du bras droit, différence beaucoup moindre à la vérité que celle qu'on rencontre ordinairement dans l'état de santé, mais qui ne saurait être pourtant l'indice certain d'une atrophie survenue depuis l'invasion de la névralgie, si l'on se rappelle que la profession du malade l'obligeait à exercer également les deux membres thoraciques.

Il n'existait aucun phénomène morbide en dehors de ceux que nous venons de décrire.

Nous nous sommes borné à prescrire de la gomme sucrée, une pilule d'extrait gommeux d'opium de 5 centigrammes et une portion d'aliments, en vue de juger des résultats que pourraient produire le repos et le régime. Au bout de quatre jours, il ne s'était manifesté aucun changement; nous avons donné deux pilules d'opium et deux portions d'aliments au lieu d'une; plus tard nous avons fait prendre un bain simple, puis un bain sulfureux; le dernier a paru procurer un soulagement de courte durée, qui ne s'est pas soutenu, avec l'administration continuée de la médication.

Après deux jours d'attente, guidé par cette double considération que la maladie remontait déjà à six mois et que d'un autre côté nous pouvions nous regarder comme suffisamment renseigné sur la valeur thérapeutique du repos, du régime et des bains sulfureux, nous avons résolu de mettre en usage des moyens plus énergiques. La cautérisation transcurrente a été pratiquée: nous avons tracé sur la longueur du membre, à ses parties antérieure externe et postérieure, ainsi qu'à sa racine, des raies de feu longitudinales croisées de quelques raies obliques ou transversales, en nous appliquant à comprendre dans les limites de la cautérisation l'ensemble des points douloureux, sans d'ailleurs nous préoccuper du trajet des nerfs.

Deux jours après cette opération, les élancements avaient cessé, la flexion de l'avant-bras s'accomplissait sans peine et sans fatigue; tous les mouvements, à l'exception de ceux qui ont pour objet de porter le bras en arrière ou de l'élever audessus de la tête, étaient devenus faciles. La sensibilité avait presque entièrement disparu dans les points douloureux.

Aujourd'hui le malade a recouvré le libre et entier usage de son membre; nous pouvons le considérer comme étant à peu près complétement guéri.

La maladie qui nous occupe, telle que nous venons de l'exposer, offre des caractères parfaitement tranchés; nous croyons néanmoins devoir émettre quelques réflexions au sujet du diagnostic. Il n'est pas douteux qu'un examen superficiel ne nous eût conduit à supposer l'existence d'un rhumatisme musculaire, supposition que la faiblesse du membre, les douleurs, la difficulté de saisir les objets auraient d'ailleurs paru justifier. Une étude attentive nous a révélé une dissémination régulière des points douloureux, qu'on ne retrouve pas dans le rhumatisme musculaire; elle nous a fait voir, en outre, que ces points douloureux étaient nettement délimités et correspondaient aux divers points dans lesquels les cordons nerveux ont leur émergence ou deviennent plus rapprochés de la peau. Dans le rhumatisme, les points douloureux occupent une beaucoup plus grande étendue; ils sont irrégulièrement disséminés et vaguement circonscrits. Chez notre malade, une circonstance particulière devait ajouter à l'obscurité du diagnostic; les muscles étaient douloureux: ce fait ne surprendra nullement, si l'on veut se rappeler que les muscles reçoivent des filets nerveux susceptibles de contracter des affections douloureuses. Il existe, en réalité, une affinité très grande entre le rhumatisme des muscles et les névralgies; aussi n'est-il pas rare, dans un rhumatisme qui se fait principalement remarquer par la difficulté des contractions, de voir se déclarer au bout de quelques jours une névralgie qui remplace la maladie primitive ou coexiste avec elle.

A notre avis, le rhumatisme musculaire, les névralgies proprement dites, les dermalgies constituent de simples variétés d'une même affection; la différence est tout entière dans le siége anatomique. S'agit-il d'une névralgie proprement dite, la douleur occupe les rameaux nerveux au point où ils deviennent superficiels; d'une dermalgie ou d'un rhumatisme musculaire, elle est localisée dans les ramifications nerveuses qui se distribuent à la peau ou aux muscles. Il peut se faire que ces trois ordres d'affections existent simultanément.

Dans le cas particulier que nous envisageons, le malade avait une faiblesse du bras assez marquée pour donner la pensée d'une paralysie; mais, à supposer que cette faiblesse, qui est aussi l'apanage du rhumatisme musculaire et que l'on retrouve sous une forme plus apparente dans la névralgie sciatique à raison des fonctions même du membre inférieur, eût dû être regardée comme une paralysie, elle aurait tout au plus mérité, à raison de sa faible intensité, une dénomination que l'on trouve dans les écrits de Cotugno, la dénomination de semi-paralysie.

L'existence de la semi-paralysie, dans le rhumatisme musculaire comme dans les névralgies, établit un nouveau point de contact entre ces deux maladies, bien que l'impossibilité ou la difficulté des mouvements qui accompagne les douleurs aiguës ou leur succède soit plus prononcée dans la première affection que dans la seconde.

On aurait pu se demander peut-être si les symptômes observés n'étaient pas en rapport avec une affection de la moelle. En admettant cette supposition, on aurait été conduit à admettre une lésion régulièrement bornée à l'une des moitiés du cordon rachidien, fait qui se rencontre très rarement; ajoutez qu'on aurait dû trouver une semi-paralysie plus avancée et des douleurs non-seulement plus vives, mais encore différentes, par leurs caractères, de celles de la névralgie, et analogues à celles de la névrite.

Il n'y avait pas lieu de penser à une atrophie musculaire progressive; le bras n'avait pas diminué de volume, et les muscles n'étaient pas le siége de crampes ou d'oscillations fibrillaires. Le traitement a été suivi d'un succès qu'on n'aurait pas été en droit d'attendre dans ce genre de maladie.

L'état de parfaite intégrité des articulations ne permettait pas de soupçonner un rhumatisme articulaire chronique.

Il s'agissait donc, sans nul doute, d'une névralgie cervico-brachiale. Chaussier avait partiellement entrevu cette affection; il dit dans sa Monographie que le nerf cubital est quelquefois le siége de douleurs semblables à celles de la névralgie sciatique. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien est vague cette indication, qui d'ailleurs ne s'applique qu'à la variété de névralgie connue sous le nom de *névralgie cubitale*.

Les auteurs qui vinrent après Chaussier décrivirent d'autres espèces de névralgies, celle du nerf radial, celle du nerf médian, et enfin celle du nerf musculo-cutané, qui succède assez souvent à la saignée du bras.

L'examen des faits a démontré que la névralgie dans le membre supérieur est loin d'être aussi souvent circonscrite qu'on pourrait le croire, d'après les assertions des pathologistes. Nous sommes convaincu que les observateurs qui ont parlé de névralgies radiale ou cubitale n'ont vu de la névralgie cervico-brachiale que les points les plus douloureux. Il en est arrivé de même à l'égard de la névralgie trifaciale; les pathologistes qui ont précédé notre époque n'ont guère mentionné que les névralgies mentonnière, temporale, frontale, nasale, sous-orbitaire; la raison de leur erreur est facile à saisir. Les malades ont coutume de se plaindre uniquement de certains points, dans lesquels la douleur est portée assez loin pour absorber leur attention et détourner celle du médecin. Si on se livre à une recherche attentive de la vérité, on reconnaît sans peine que rarement la névralgie est bornée aux points indiqués; en employant la méthode d'investigation que nous avons proposée, on découvre presque toujours d'autres points douloureux. Cette particularité ne manque pas d'importance; elle prouve combien il est rare qu'un rameau nerveux puisse être très douloureusement affecté à l'exclusion des autres.

Ce qui est encore vrai de la névralgie trifaciale l'est également de la névralgie sciatique. Les névralgies péronière, plantaire externe et plantaire interne, dont on a cité un nombre considérable d'exemples, constituent, à proprement parler, de véritables exceptions; presque toutes les parties du plexus sont atteintes seulement pendant les paroxysmes; la

douleur se réfugie pour ainsi dire dans quelques points spéciaux.

Quelle a été chez notre malade la cause de la névralgie? Nos recherches à cet égard ne nous ont rien appris de satisfaisant; les mouvements habituellement imprimés aux bras, non plus que la chute dont nous avons parlé, ne sont de nature à expliquer le développement de l'affection.

La marche naturelle suivie par les phénomènes pathologiques, leur état de simplicité, l'amélioration rapide et progressivement croissante obtenue à l'aide d'une médication convenable, nous autorisent à porter un pronostic favorable. Nous avons tout lieu d'espérer une curation radicale sans l'intervention d'une nouvelle cautérisation.

Nous compléterons ces remarques par quelques considérations relatives au traitement.

Le malade a d'abord et successivement été soumis au repos, à l'usage de l'opium, des bains simples et des bains sulfureux, sans autre résultat qu'un soulagement momentané apporté à ses souffrances.

La cautérisation transcurrente a déterminé dans l'espace de quarante-huit heures un changement des plus marqués. A une époque où les agents anesthésiques n'étaient pas encore connus, il était permis de penser avec quelque apparence de raison que la guérison était l'effet de la perturbation produite dans l'économie par l'opération, et devait se montrer d'une manière brusque et instantée. Une pareille opinion ne saurait être soutenue aujourd'hui, la sensibilité du malade n'est nullement mise en jeu; on peut se convaincre d'ailleurs, comme on aurait pu le faire depuis longtemps, que l'amélioration se prononce peu à peu depuis le moment où elle commence jusqu'à celui où disparaissent les dernières traces de la maladie. Nous sommes donc porté à croire que la cautérisation et les vésicatoires volants ont un mode d'action identique. Il résulte de là que tous les topiques propres à irriter fortement la peau et à l'inflammer devront jouir, suivant leur degré d'énergie, d'une efficacité plus ou moins grande.

C'est à ce titre qu'agissent les raies faites avec l'acide sulfurique; leurs effets douloureux ne se font sentir qu'au bout de quelque temps; elles entraînent des inconvénients qu'on n'a pas à reprocher à la cautérisation transcurrente, et procurent une guérison moins sûre et moins rapide.

Des réflexions analogues sont applicables aux vésicatoires volants multipliés. A.-H. MARGERIE.

SÉCRÉTION ABONDANTE DE LAIT CHEZ UNE FEMME, sans accouchement ni grossesse préalables;

Par M. le Dr M.-A. PETRATTI, médecin à Proceno.

Catherine Serafinelli, paysanne, âgée de trente-deux ans, de stature moyenne, yeux et cheveux noirs, teint olivâtre, tempérament bilieux, était mariée depuis plusieurs années à un homme sexagénaire; elle avait déjà eu deux enfants dix ans auparavant; une autre grossesse n'était pas arrivée à terme. Elle avait eu une dernière couche fort heureuse à l'âge de vingt-quatre ans; mais depuis lors sa santé n'était guère bonne, et la menstruation avait cessé.

En août 1849, elle eut une fièvre intermittente qui dura longtemps et qui s'accompagna d'un engorgement très prononcé de la rate.

En mai 1850, le docteur Petratti fut appelé pour la première fois à donner des soins à cette malade, qui avait de nouveau des accès de fièvre. Il constata chez elle, en outre de l'obstruction de la rate, un certain gonflement à la région pubienne qui simulait une grossesse de trois mois. Le ventre fut exploré avec soin; on trouva une fluctuation évidente à la région utérine; les urines étaient très peu abondantes, ce qui fit soupçonner qu'il y avait, chez cette malade, un commencement d'hydropisie de la matrice.

La fièvre tierce intermittente disparut, au bout de deux septenaires, par l'emploi du sulfate de quinine dissous dans l'acide sulfurique; l'engorgement splénique céda également par l'administration de bols de Palmantier associés à quelques grains de scille maritime et à quelques autres diurétiques. On fit prendre plus tard des amers et des emménagogues. Ces moyens combinés firent revenir le ventre à son volume normal. Dès le mois d'août la fièvre ne revint plus, et Serafinelli put reprendre ses occupations domestiques.

Le 28 août, la menstruation, qui avait cessé depuis tant d'années chez cette femme, reparut en partie, après quoi il se manifesta chez elle une certaine turgescence des mamelles, accompagnée d'une sensation douloureuse légère; et, deux jours après, cette femme eut, à sa grande surprise, une sécrétion de lait, lequel offrait tous les caractères physiques particuliers à ce liquide. Cette sécrétion devint si abondante, que Serafinelli fut obligée, pour ne pas trop en souffrir, de se faire vider les seins par la succion, ou bien même de donner à teter deux ou trois fois par jour à un enfant.

Le docteur Petratti est physiquement et moralement convaincu que cette sécrétion du lait fut tout à fait anormale, et qu'il n'y avait eu, chez cette femme, ni accouchement, ni avortement préalables. Il pense, avec quelques auteurs qui ont décrit des cas semblables de sécrétion anormale du lait, que la turgescence des mamelles ainsi que l'engorgement laiteux de la glande mammaire et des vaisseaux lactifères dépendaient de l'énergie vitale et de la plasticité excessive de l'utérus.

Les anatomistes admettent une communication directe entre l'utérus et le sein de la femme par l'artère hypogastrique, et tous les physiologistes ont constaté par des faits nombreux les rapports sympathiques qui existent entre ces deux organes. Le célèbre Burdach, dans son ouvrage classique de physiologie, croit que ce phénomène, assez rare, de sécrétion anormale de lait s'observe principalement chez les femmes voluptueuses qui s'adonnent plusieurs fois par jour aux plaisirs vénériens; il croit, en outre, qu'une imagination très ardente peut influer, chez la femme, sur la vie plastique de son utérus. En effet, dit-il, un désir non satisfait, des excitations voluptueuses prolongées peuvent provoquer la sécrétion lactée chez des femmes qui n'ont pas été mères depuis fort longtemps, qui même ont dépassé le terme de l'aptitude à concevoir, ou ne sont point encore arrivées à la puberté. Faxe cite quelques exemples de femmes âgées de quarante-huit à cinquante ans qui n'avaient point eu d'enfants depuis dix ans, mais qui, s'étant chargées d'un enfant devenu orphelin, ont eu du lait au bout de six à huit jours, et ont pu même terminer l'allaitement, pendant toute la durée duquel la menstruation s'est trouvée interrompue (1). Une autre femme qui présentait le sein à son petit-fils, en l'absence de la mère, dans l'unique but de le calmer, finit par avoir une assez grande quantité de lait pour être en état de terminer elle-même l'allaitement de son petit nourrisson (2). Dans un autre cas observé par Montègre, une femme de soixante-cinq ans ayant présenté le sein à la fille d'une de ses voisines, ne donna d'abord qu'un liquide peu abondant et séreux; mais, au bout de peu de jours, la sécrétion lactée était en pleine activité. Strock a connu une femme de soixante-huit ans qui, en l'absence de sa fille, allaita pendant deux années ses petits-enfants (3). Baudelocque parle d'une petite fille de huit ans qui présentait souvent son sein à la bouche d'un petit enfant que nourrissait sa mère, et à qui il vint assez de lait pour pouvoir nourrir seule l'enfant pendant un mois (4). Le docteur Francesco Agostinacchio de Spinazzola cite le fait suivant: Une femme, nommée Maria Renda, mourut du choléra à la fleur de l'âge, laissant un jeune enfant à la mamelle. Maria-Rosa Amodei, mère de la défunte, et âgée alors de plus de cinquante ans, désolée de la mort violente et prématurée de sa fille unique, et tourmentée par les cris continuels de son petit-fils, approcha involontairement l'enfant de sa poitrine décharnée; celui-ci s'attacha aux mamelons de ce sein flétri, et, au bout de quelques jours, la grand'mère eut assez de lait pour pouvoir nourrir pendant une année le malheureux orphelin (5). Burdach cite quelques exemples de sécrétion lactée dans le sexe masculin. Quelques auteurs prétendent qu'il existe en Amérique une race de nègres chez laquelle les hommes nourrissent eux-mêmes leurs enfants; il en est de même, disent-ils, dans une certaine contrée de la Russie septentrionale (6). Humboldt parle d'un Indien qui, ayant sa femme malade, put nourrir lui-même son enfant pendant cinq mois; le lait sécrété par les mamelles de cet homme était épais et très sucré. On a vu dans les environs de Giessen un bouc qui avait une abondante sécrétion de lait, et qui se tetait lui-même. Son lait, soumis à l'analyse chimique, fut trouvé de tous points semblable à celui d'une chèvre.

(*Raccoglitore medico di Fano*, et *Gaz. méd. de Montpellier*. Traduit par F. Cazalis.)

Des polypes de la conjonctive.

Par le Dr HEIDENREICH. — Traduit par le Dr BINARD.

D'après l'auteur, les polypes oculaires, c'est-à-dire les corps pédiculés et plus ou moins arrondis ou aplatis implantés sur la muqueuse oculaire et formant une saillie plus ou moins considérable entre les paupières, sont moins souvent observés que les polypes nasaux et auriculaires, mais leur fréquence est néanmoins assez notable.

OBS. I. — Il s'agit d'une fille d'environ vingt ans, qui avait porté une ophthalmie presque permanente, durant depuis plusieurs années, et chez laquelle il s'était formé une cataracte adhérente avec diminution du volume de l'œil, ayant déterminé la perte presque totale de la vue et dont l'état ne laissait plus aucun espoir pour le rétablissement de la vision. L'inflammation oculaire se présentait fréquemment sous la forme périodique, de sorte que, sans cause apparente, elle disparaissait souvent pendant deux jours, pour reparaître alors sans qu'on sût pourquoi. Après un traitement varié (la malade habitait à une distance de neuf lieues de ma demeure), je crus, dit l'auteur, avoir trouvé la cause de son mal dans la présence d'une excroissance polypeuse dans l'angle externe. Ce corps parasite fut enlevé en deux séances; mais je n'en obtins néanmoins pas la guérison de l'inflammation, qui persista toujours. La malade vint encore me trouver plusieurs fois, et, comme je ne jugeai plus qu'il fût nécessaire de recourir à une opération quelconque, je prescrivis une foule de moyens qui me parurent les plus rationnels. Cette femme ayant cessé de revenir chez moi, j'ignore quel a été le résultat définitif de ce traitement.

Dans un autre cas:

OBS. II. — Une femme de quarante-huit ans accusait une pesanteur à la paupière supérieure qui ne lui permettait de l'élever qu'imparfaitement, de sorte que l'œil n'était jamais complètement ouvert et que la vision en était restreinte. Il n'était nullement question ici d'un état spasmodique de l'orbiculaire, car la paupière supérieure était au contraire plutôt relâchée, plissée et la peau du front très mobile, susceptible d'être déplacée par en bas, de manière qu'on pouvait supposer qu'il y avait *ptosis*: il existait en même temps dans l'angle oculaire externe une excroissance muqueuse plate et dure, qui passait entre les paupières pour se diriger en haut et en dehors. Il n'était pas facile d'être fixé sur la nature du mal dont se plaignait cette femme, et on pouvait être indécis si on devait l'attribuer à un polype de l'œil ou à une *ptosis*. L'auteur enleva d'abord l'excroissance comme étant la chose la plus simple et la plus facile; mais il n'obtint pas de cette opération le résultat qu'il en attendait. Au contraire, après une inflammation chronique de l'œil, il s'établit au côté externe un certain degré d'adhérence entre la muqueuse et le globe, ce qui diminua le mouvement de rotation en dedans et amena un strabisme fixe. La bride qui formait l'adhérence fut divisée pour guérir ce strabisme avant de pouvoir entreprendre autre chose.

OBS. III. — Le cas suivant, dit le docteur Heidenreich, est celui où j'ai obtenu le plus de succès et celui où l'affection était la plus simple et la plus évidente.

Une fille de dix ans se blessa l'œil avec la barbe d'un épi: cette blessure fut suivie d'une légère inflammation, que quelques lotions avec l'eau de Goulard et les ablutions froides firent disparaître.

La guérison n'était cependant pas complète. L'œil devint fréquemment le siége d'une douleur fugace, prenait momentanément une coloration plus vive, et quelques mois après l'accident les parents de cet enfant remarquèrent entre la paupière supérieure et le globe une végétation charnue de forme arrondie. Quatre mois plus tard on m'amena l'enfant, et je reconnus à l'instant un corps mou, aplati, qui était implanté sur la surface interne de la paupière supérieure, et qui semblait former une partie d'une seconde paupière. L'écoulement de sang, qui fut très abondant et qui empêcha de bien voir la partie, rendit l'opération un peu difficile.

L'extirpation de ce corps charnu mit à découvert un morceau d'épi d'environ un pouce de longueur et qui était resté caché jusqu'alors. On crut pouvoir d'autant mieux laisser là un petit morceau de la production qui n'avait pas été enlevé, que l'extirpation de ce fragment de l'épi, qui avait déterminé une irritation ayant duré plus de quatre mois, pouvait amener la disparition de ce qui restait encore. Mais il n'en fut pas ainsi; car en dedans et en haut, près de l'angle interne (la première excroissance était située plus haut et en dehors), on trouva un nouveau corps piriforme et pédiculé, dont on fit facilement l'extirpation quinze jours plus tard: la guérison fut alors complète.

(*Medic. corresp. blatt baierische aerzte* et *Ann. d'oculist.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 avril 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose des pièces suivantes:

1° Rapport sur une épidémie d'oreillons qui a régné dans la commune de Forges (Vosges), par M. le docteur Thirial;

2° Rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement de Vervins (Aisne), par M. le docteur Penaut;

3° Rapport de M. le docteur Niepce sur le service médical des eaux d'Allevard pendant l'année 1851;

4° De plusieurs échantillons de remèdes secrets et d'appareils divers;

5° D'un décret qui approuve la nomination de M. Depaul.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Goître.

M. Valat, correspondant de l'Académie à Autun, adresse un mémoire sur le goître endémique de la rue du Petit-Puits, du faubourg Talus de la ville d'Autun. Les conclusions auxquelles l'auteur a été conduit par ses études sont que l'administration doit s'efforcer de rendre tout à fait salubres les habitations des classes laborieuses.

Tannate d'iode.

M. Demolon adresse une note sur un tannate d'iode qu'il suppose pouvoir rendre service dans la thérapeutique.

LECTURES.

Anatomie comparée des organes génito-urinaires.

M. Lacauchie lit un mémoire intitulé: *Etudes sur divers points de l'appareil génito-urinaire de l'homme, du cheval, du bœuf, du porc et du chien.* Il résume ce travail par les conclusions suivantes:

L'appareil excréteur urinaire, envisagé dans les animaux susnommés, forme une sorte d'échelle qui a quatre degrés bien marqués;

L'homme et le chien en constituent le premier, le moins compliqué;

Le cheval et tous les solipèdes en forment le second; ils ont de plus que les précédents l'appareil musculaire qui, au delà du bulbo-urétral, accompagne l'urètre jusqu'au méat;

Le bœuf, le mouton forment le troisième; il est caractérisé par la valvule bulbo-urétrale;

Enfin, le quatrième est constitué par le porc, qui à la valvule des didactyles joint la vessie prépuciale que je viens de faire connaître. (Commissaires: MM. Delafond, Cruveilhier, Rayer.)

Pellagre. — Gangrène.

M. Landouzy, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Reims, correspondant de l'Académie, communique verbalement les faits suivants:

Pellagre sporadique.

L'intérêt qui s'attache à l'étude de la pellagre et le très petit nombre de faits constatés en France, en dehors des contrées où cette affection règne d'une manière endémique, m'ont engagé à profiter d'un court séjour à Paris pour soumettre à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique destinée au musée Dupuytren, et recueillie à l'autopsie d'une pellagreuse que j'ai observée il y a quelques mois à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante et dix ans, originaire de Sommepy, village du département de la Marne, où l'usage du maïs est complètement inconnu, et où les céréales sont de qualité ordinaire.

Cette femme, qui a habité Reims pendant quarante-sept ans comme domestique, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, vers l'année 1842, elle commença à éprouver une céphalalgie violente, de l'insomnie, de l'anorexie, des vomissements assez fréquents, de la constipation et des lassitudes dans les membres.

Vers la même époque elle commença aussi à se plaindre d'avoir

(1) Abhandl. des Akademie zu Stokolm., t. XXIV, page 36. — Burdach, Physiologie, t. IV, p. 381.
(2) Frorlep, Notizen, t. II, p. 246.
(3) Philos. trans., n° 453, p. 140.
(4) Dict. des sciences méd., t. XXX, p. 360.
(5) Raccoglitore medico di Fano, année 1re, vol. II, p. 256.
(6) Reise in die aquinoct. algendenden, t. II, p. 40.

souvent le dos des mains noir; quoiqu'elle prît soin de les laver plusieurs fois par jour. Cet état de la peau lui attirait même de fréquents reproches de ses maîtres, qui la taxaient de malpropreté.

Le dépérissement successif de sa santé la forçant de renoncer à servir, elle retourna au mois d'avril de l'année dernière à son pays, où tous les symptômes précédents augmentèrent beaucoup. Ne gagnant par son travail que cinq à six liards par jour, elle se nourrissait presque exclusivement de pain de méteil.

Les digestions devinrent de plus en plus difficiles; la bouche se couvrit d'aphthes et de muguet. La céphalalgie était presque constante, le sommeil nul et presque toujours remplacé par une agitation extrême, des illusions, des hallucinations, etc.

Les mains et les extrémités inférieures se paralysèrent complétement, et enfin, privée de tous soins et de toutes ressources, elle entra le 4 juillet dernier à la clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle fut examinée avec beaucoup d'intérêt par la plupart des médecins de Reims.

Dès ma première visite, à la vue de cet érythème terreux borné au dos des mains, terminé nettement au poignet, et coïncidant avec la démence, avec un trouble profond des fonctions digestives, avec la paralysie des membres, etc., je nommai la pellagre, quoique je ne l'eusse jamais observée.

Ces symptômes étaient tellement caractéristiques, que M. le docteur Bienfait, qui assistait à ma visite le lendemain, et qui ignorait complétement mon opinion, diagnostiqua l'affection, surtout d'après l'analogie de cette ichthyose dorsale des mains avec un cas semblable qu'il avait observé il y a quelques années à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert.

Après quelques bains, il se fit une exfoliation épidermique assez considérable sur le dos de la main. Sous les squames, la peau était rosée et luisante. Cette exfoliation continua ensuite lentement, excepté au niveau des articulations des phalanges et des doigts, où les squames restèrent très épaisses, comme cornées, et où on les voit encore parfaitement aujourd'hui, quoique, depuis l'autopsie, la macération dans l'eau et dans l'alcool en ait déjà détaché une assez grande partie.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade continua à être en proie à une folie triste, sans accès violents et avec des hallucinations presque constantes. Elle ne prenait et ne voulait prendre que du lait. Le marasme et la fièvre hectique allèrent en augmentant chaque jour, et elle mourut presque sans agonie.

A l'autopsie, on constata un engorgement sanguin des sinus cérébraux, un ramollissement marqué de la moelle épinière au niveau de la région lombaire, de la pneumonie hypostatique, deux ulcérations de trois millimètres au grand cul-de-sac de l'estomac, une rougeur très foncée de la muqueuse digestive depuis l'estomac jusqu'à l'iléon, une éruption miliaire dans l'espace des soixante premiers centimètres de l'intestin grêle, et quelques plaques gaufrées.

Cette observation, si l'on en excepte l'étiologie, ne renferme, comme on le voit, que les phénomènes morbides ou nécroscopiques qu'on a toujours remarqués dans la pellagre; ainsi, même précision des désordres constatés pendant la vie, même insuffisance des lésions trouvées après la mort. Aussi, ce fait n'aurait-il rien d'intéressant s'il eût été recueilli en Italie, en Espagne, dans l'Aude ou dans les Landes; mais il a été recueilli dans le département de la Marne, où jamais on n'a signalé un seul cas de pellagre, chez une femme qui a habité Reims pendant quarante-sept ans, chez une femme dont les parents n'ont pas quitté le village où elle est née, et c'est là, selon moi, ce qui doit exciter l'intérêt de l'Académie.

Invoquera-t-on ici l'*insolation*? Mais cette fille n'y était pas plus exposée que les autres servantes des villes; le *mal de misère*? mais elle n'est devenue misérable qu'à la fin de la maladie, et par le fait de la maladie; l'*alimentation*? mais c'est seulement dans la dernière année qu'elle a été nourrie de pain de méteil, et, d'ailleurs, ce pain était le même que celui de la plupart des habitants du village qui jouissent d'une bonne santé.

Ces causes, regardées comme essentielles, ne peuvent donc être invoquées ici, et ce fait, rapproché de ceux qu'on a observés depuis quelques années à Paris, me semble de nature à rendre moins exclusifs les médecins qui ont écrit sur la pellagre.

Maintenant, serait-ce que la pellagre augmente en France, comme on l'a dit depuis ces quelques faits du centre de la France? Serait-ce, au contraire, que, cette affection ayant une marche très longue, des symptômes complexes, et se terminant ordinairement à une époque déjà assez avancée de la vie, on a pu la rapporter tantôt à un simple ramollissement de l'encéphale, tantôt à une simple lésion des organes digestifs? Je suis de cet avis, et je pense qu'il en sera de la pellagre comme de la morve, comme de la maladie de Brigth, comme de certaines formes de syphilis, comme de certaines formes de phthisie, etc., qui ne sont devenues plus fréquentes que depuis qu'elles ont été mieux connues.

On n'oubliera pas, en effet, que, tandis qu'il y a trente ans à peine nous regardions la pellagre comme exclusive à l'Espagne et à l'Italie, elle régnait dans plusieurs de nos départements sur une étendue de plus de 700 lieues carrées, frappant au moins (je cite les chiffres de M. Roussel) moitié de la population agricole de ces contrées.

On n'oubliera pas que, dix ans plus tard, lorsqu'on croyait la pellagre exclusivement confinée dans les provinces du midi, on en observait un cas dans l'Allier, puis bientôt cinq ou six autres cas à Paris.

Si donc la pellagre a pu depuis longtemps, sans être connue, faire autant de ravages sous le type endémique, *à fortiori* serait-il possible que, sous le type sporadique, elle restât souvent ignorée, et qu'elle fût moins rare qu'on le pense généralement.

Or, si quelques-unes des pellagres *nostras* n'ont pas présenté ces signes précis propres à frapper tous les esprits, il n'en est pas de même ici; et ce fait, résumant pour ainsi dire les caractères pathognomoniques de la pellagre (érythème terreux au dos des mains, lypémanie, paralysie progressive, dyspepsie, retour des accidents aigus à chaque printemps, etc.), m'a paru des plus propres à exciter l'attention des praticiens, et à servir de type pour le diagnostic de la maladie à l'état sporadique.

Gangrène dans le diabetès.

Je demande à l'Académie la permission de ne pas quitter la tribune sans lui signaler un cas de diabetès sucré terminé par la gangrène des extrémités. Quoique ce sujet soit complétement étranger à celui dont je viens de l'occuper, je le donne aujourd'hui, à la prière de M. Marchal (de Calvi), à qui je le communiquais à l'instant pour l'ajouter à celui qu'il a publié récemment.

Ce fait est relatif à un individu âgé de cinquante ans environ et affecté d'un diabetès sucré depuis plusieurs années. Malgré cette maladie, sa santé n'était pas cependant trop affaiblie, lorsque tout à coup, et sans cause extérieure; il fut pris d'une gangrène des extrémités inférieures qui l'enleva en quelques jours.

Dans ce fait, que j'observai il y a un an environ avec mes collègues MM. Hannequin et Duval, nous ne songeâmes en aucune façon à voir une relation de cause à effet; mais les travaux de notre savant confrère M. Marchal (de Calvi) établissant une coïncidence frappante entre le diabetès et la gangrène, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'ajouter un nouveau fait à ceux dont il vient d'enrichir la science.

RAPPORTS.

Tannate de zinc.

M. Collineau fait un rapport sur un travail relatif au tannate de zinc proposé par un pharmacien comme astringent et sur lequel M. le ministre a demandé l'avis de l'Académie. La commission propose de répondre à M. le ministre que :

Quant à la composition chimique, le moyen proposé n'offre rien de nouveau et ne peut être considéré comme une découverte;

Quant à ses propriétés thérapeutiques, il doit, au moins pour le moment, être rangé dans la classe de ces agents nombreux et usuels dont l'Académie ne se préoccupe nullement tant que l'autorité ne demande pas son avis, c'est-à-dire qu'on ne lui reconnaît aucune propriété spéciale.

Après une discussion assez confuse, l'Académie décide, sur la proposition de M. Adelon, qu'on ajoutera à ces conclusions ces mots :

Et qu'il n'y a pas lieu d'appliquer au tannate de zinc les dispositions favorables du décret du 18 août 1810, ni celles du décret du 3 mai 1850.

Préparations de manganèse.

M. Lecanu lit un rapport sur un mémoire de M. Burin-Dubuisson relatif aux préparations de manganèse, que nous avons fait connaître lors de la présentation de ce mémoire à l'Académie.

Conclusions :

Dépôt du mémoire aux archives de l'Académie;

Renvoi au comité de publication de la partie du mémoire relative à la recherche du manganèse dans le sang et à la détermination de la proportion de ce métal dans l'état de santé et de maladie. (Adopté.)

Scarifications sur le col de l'utérus.

L'Académie reprend la discussion des conclusions par lesquelles M. Hervez de Chégoin a terminé son rapport. Ces conclusions sont au nombre de trois :

Remercîments à l'auteur;

Renvoi de son travail au comité de publication;

Inscription sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Gibert propose de retrancher les deux dernières. Après plusieurs observations de la part de MM. Gibert, Nacquart, Adelon, Cazeaux et Roux, l'Académie adopte la proposition de ce dernier membre, qui est de supprimer la seconde conclusion seulement.

Tumeur sanguine du cuir chevelu.

M. Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, présente une pièce accompagnée d'une observation dont voici le résumé :

En 1806, à la bataille d'Iéna, un soldat nommé Kreps reçut un coup de sabre sur le sommet du crâne. La plaie qui en résulta était dirigée en travers de la suture bipariétale, et intéressait les deux os concourant à cette suture. On ne s'occupa ni de relever, ni d'extraire une forte esquille détachée de la table interne et déprimée dans la boîte osseuse; et après une série d'accidents le malade guérit. Pendant les quarante ans qui suivirent, Kreps resta constamment sujet à de fréquents maux de tête; mais il n'éprouva jamais aucun accident sérieux.

En 1846, il tomba dans une carrière et se fractura une cuisse et une côte. Son menton porta sur une pierre sans doute, et une plaie assez profonde en fut la suite.

Pendant le traitement de ces diverses lésions, un érysipèle survint et envahit la tête entière. Quelques jours après son apparition, et pendant qu'il était dans toute sa force, un abcès se déclara dans une des régions parotidiennes; on l'ouvrit, et il sortit une notable quantité de pus. Quatre jours plus tard, pendant que le malade était en délire, une seconde tumeur fluctuante et douloureuse au toucher se manifesta près de la cicatrice de l'ancien coup de sabre. Tout faisait croire que c'était un second abcès, et l'on y plongea un bistouri; mais, au lieu de pus, il ne sortit que du sang noir: on avait ouvert une tumeur sanguine. L'exploration de l'intérieur de cette tumeur fit reconnaître une perforation du crâne. Une hémorrhagie peu abondante se fit par l'incision; mais elle n'eut aucune suite sérieuse, et un pansement simple l'arrêta.

Un mois après sa chute, et lorsque l'hémorrhagie était supprimée depuis déjà une dizaine de jours, le malade succomba aux progrès d'une pleuro-pneumonie due à la fracture de côtes.

L'autopsie fit voir la source du sang qui s'était écoulé de la tumeur ouverte. L'esquille déprimée dans le crâne portait une pointe tranchante, due à une irrégularité, naturelle et ancienne peut-être, mais plus probablement produite par un travail de végétation; cette pointe osseuse avait perforé, dans les derniers temps, la paroi correspondante du sinus longitudinal supérieur sous lequel elle se trouvait projetée. Le sang s'était échappé par l'ouverture, avait traversé une fissure restée au pariétal après la cicatrisation de cet os, jadis divisé par le coup de sabre, et s'était épanché sous les téguments du crâne en formant cette poche sanguine ouverte pour un abcès.

Vice de conformation de l'urètre.

M. Marchal (de Calvi) a la parole pour montrer un individu qui offre un vice de conformation des parties génitales et deux dessins représentant d'autres vices de conformation de ces parties.

Obs. I. — Le nommé D..., âgé de vingt-huit ans, fusilier au 19e de ligne, porte à la face supérieure du gland et près de sa couronne un orifice qui reproduit exactement les dispositions du méat urinaire, en sorte qu'il paraît y avoir deux méats urinaires, comme au premier abord il paraît y avoir deux urètres.

Le méat urinaire proprement dit est à sa place ordinaire et tout à fait normal.

Le méat anormal, situé à 14 millimètres du précédent et sur la même ligne, offre sensiblement la même longueur que lui (9 millimètres). Sa commissure postérieure atteint, à moins d'un millimètre près, la couronne du gland. En écartant ses bords, on a sous les yeux la même disposition que si l'on écartait ceux du méat normal.

Quoique les deux méats soient exactement sur la même ligne, si bien qu'en les rapprochant par la pensée on les voit former une ligne absolument droite, il n'existe entre les deux aucune trace que l'on puisse considérer comme le vestige d'une ancienne séparation. La réunion des deux orifices, en sorte que les deux ouvertures n'en fissent qu'une, réaliserait un épispadias, anomalie dont M. H. Larrey et moi avons chacun rapporté un exemple.

L'urètre proprement dit admet facilement une sonde n° 6, tandis que le conduit anormal ne laisse pénétrer qu'une bougie n° 1.

Il existe donc un conduit anormal continuant le méat surnuméraire.

Ce conduit a une longueur de 78 millimètres, et s'étend le long de la face dorsale de la verge, entre le tégument et les corps caverneux, jusqu'au pubis.

L'orifice urétral proprement dit est séparé de l'orifice anormal par l'épaisseur du gland, comme plus loin les deux conduits sont séparés par l'épaisseur des corps caverneux. Il est facile de s'assurer par des injections et par le cathétérisme que les deux conduits n'ont ensemble aucune communication. Du reste, la verge et les testicules sont parfaitement réguliers et fonctionnent normalement.

Le sujet est né avec cette disposition. Jamais il n'a rendu d'urine par le conduit anormal.

En 1849, D... fut affecté d'urétrite, et il s'aperçut, au bout de quelque temps seulement, que l'écoulement avait lieu par les deux conduits. Il éprouvait dans le conduit anormal une cuisson passagère et une démangeaison, surtout quand le temps passait à la pluie. Dans la miction et dans l'érection, l'urètre était douloureux, même très douloureux; le conduit anormal ne l'était point. On prescrivit des injections seulement dans l'urètre et des balsamiques à l'intérieur. L'urétrite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation du conduit normal, guérit à la faveur de ce traitement; mais non l'inflammation du conduit anormal, laquelle depuis lors n'a cessé d'entretenir un faible écoulement, toujours avec une légère exacerbation dans les changements de temps.

Il y a trois mois, après des rapports sexuels, l'écoulement par le méat anormal augmenta beaucoup, sans que l'urètre proprement dit ait recommencé à fluer, et D... entra à l'hôpital, où on le traitait par les balsamiques à l'intérieur, qui ne produisaient aucun effet. J'ai supprimé ce mode de traitement, et j'ai fait faire des injections astringentes *dans le conduit anormal*. L'écoulement a sensiblement diminué, mais ne s'est point tari. C'est alors que j'ai eu l'idée de remplacer les injections astringentes par des injections d'eau tiède mêlée de baume de copahu à faible dose. Il s'en est suivi la cessation complète de la blennorrhagie. Si je n'avais pas réussi de cette manière, j'aurais fait ingérer le copahu par le malade, qui aurait injecté dans le conduit anormal son urine devenue balsamique.

Obs. II. — Dans le second cas il y avait sur le gland, non plus deux orifices distincts, je veux dire éloignés l'un de l'autre, mais bien deux orifices dans un seul méat. En d'autres termes, le méat urinaire, situé normalement, offrait deux ouvertures séparées par une mince cloison. De ces deux ouvertures, l'une, inférieure, plus large, conduisant directement dans l'urètre, où l'on pouvait introduire une bougie de moyen calibre; l'autre conduisant dans un petit canal, long de 2 centimètres environ, lequel, après un court trajet oblique, s'ouvrait dans le principal conduit. Cette disposition était congéniale, et pendant longtemps le sujet a uriné par les deux conduits. Mais insensiblement le petit conduit et son orifice se sont rétrécis, et enfin oblitérés. Fait assez intéressant sous ce dernier rapport, en ce qu'il s'ajoute aux exemples déjà connus, mais peu nombreux, qui démontrent la possibilité de l'oblitération des conduits tapissés par une muqueuse.

Obs. III. — Dans le troisième cas, il s'agit d'un hypospadias dont on n'aurait pas lieu de s'occuper s'il n'offrait une disposition particulière, intéressante au point de vue pratique. En écartant les bords de l'orifice urétral on aperçoit sur la paroi supérieure du conduit un pertuis, dans lequel on fait pénétrer le bout d'une algalie à la profondeur de 1 centimètre et demi. C'est là sans doute un long follicule, et l'on comprend qu'un pareil conduit, s'il existait dans la portion courbe de l'urètre, en avant d'un rétrécissement, pourrait devenir l'occasion d'une fausse route.

Chronique et nouvelles.

Nos lecteurs ont sans doute remarqué notre silence sur les divers décrets rendus récemment et qui intéressent la profession médicale. Ce n'est point à un oubli qu'on doit attribuer ce silence, mais bien au désir de présenter sur ces décrets quelques réflexions que nous voulons nous efforcer de rendre le moins indignes possible de la gravité du sujet.

— Une affaire d'avortement criminel, entourée des circonstances en apparence les plus graves, vient d'être évoquée par le ministère public; nous avons appris avec la plus profonde douleur que deux médecins étaient compromis dans cette affaire. Espérons que l'instruction les lavera complétement de la terrible accusation qui pèse sur eux.

— M. le docteur Cazenave a recommencé ses leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis hier mercredi, pour les continuer le mercredi de chaque semaine. La visite à huit heures et la leçon à neuf.

Bulletin bibliographique.

Traité des eaux et des boues thermo-minérales de Saint-Amand (Nord), par D. Charpentier, docteur en médecine, inspecteur des thermes de Saint-Amand, correspondant de l'Académie de médecine, etc. Brochure in-8°; chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Un mot sur les bains de guano purifié, employé avec succès dans les dartres, les teignes, les engorgements lymphatiques, les plaies scrofuleuses, et spécialement contre les maladies de la peau; par J.-J. Demars, pharmacien.— Chez l'auteur, rue Notre-Dame-des-Champs, 4, faub. S.-G. (Affranchir.)

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 52. — SAMEDI 1er MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 52. — SAMEDI 1er MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

SOMMAIRE. — PARIS. De l'élimination des poisons. — HOPITAUX. — DES CLINIQUES (M. Nélaton). Hémorrhagies de la paume de la main. — DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Sur le traitement des affections inflammatoires de poitrine. — Anatomie pathologique de la broncho-pneumonie chez les enfants. — Observation d'un albugo traité avec succès par le galvanisme. — Empoisonnement par l'aconit. — Lait falsifié et empoisonné. Beurre d'Isigny. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 30 AVRIL 1852.

De l'élimination des poisons.

L'observation a depuis longtemps appris au médecin et au physiologiste qu'une foule de substances, de médicaments ingérés ou introduits dans la circulation par une voie quelconque, sont rejetés hors de l'économie par diverses voies excrétoires et notamment par l'excrétion urinaire. L'induction la plus réservée permettait d'affirmer *à priori* que les poisons ne pouvaient faire exception à cette règle. Aussi n'a-t-on jamais douté que ces agents ne soient en effet éliminés par les sécrétions quand ils ne déterminent pas une mort trop rapide. Mais là s'arrêtaient nos connaissances. Or cette notion générale était loin de suffire aux besoins de la médecine légale : ce qu'il importait surtout au médecin légiste de connaître, c'était la solution des questions suivantes :

1° L'élimination des poisons se fait-elle d'une manière complète ?

2° En cas d'affirmative, quel est le temps nécessaire pour cette élimination ?

3° Quelles sont les voies par lesquelles elle s'opère ?

Telles sont, en effet, les questions que M. Orfila neveu, marchant dans une voie ouverte avec un succès si éclatant par son oncle, vient d'éclairer par des recherches nouvelles.

Nous allons essayer d'exposer les résultats auxquels il est parvenu et d'indiquer les horizons nouveaux qu'il a signalés.

1° *Les poisons sont-ils éliminés d'une manière complète?*

2° *Quel est le temps nécessaire à cette élimination?*

Par élimination complète nous ne devons entendre ici que l'élimination de toute la partie sensible aux réactifs chimiques. Quant à la question de savoir s'il ne reste pas toujours dans l'économie une partie du poison qui, soit parce qu'il est en trop petite quantité, soit parce qu'il se combine avec nos tissus, se soustrait à nos procédés d'analyse, elle nous entraînerait dans des discussions spéculatives fort longues et qui ne pourraient conduire à aucune solution satisfaisante, et que M. F. Orfila a d'ailleurs eu soin d'éviter.

Nous ne répéterons pas cependant avec ce jeune et déjà si habile expérimentateur que : « Dans la pratique médico-légale, un poison *n'existe pas* là où l'analyse chimique ne l'a pas découvert. »

Ces expressions ont sans doute trahi la pensée de l'auteur, qui a été celle-ci : Dans la pratique médico-légale on ne peut affirmer qu'un poison existe que là où l'analyse chimique a permis de le constater. Il est facile en effet de concevoir telles conditions où l'existence d'un poison dans l'économie est non-seulement probable, mais certaine, sans que l'analyse chimique puisse l'y déceler. Il n'y a pas longtemps que cela aurait été vrai de la nicotine; cela est encore vrai aujourd'hui de beaucoup d'autres poisons. Mais il est vrai de dire que, pour les poisons métalliques, la partie du poison qui ne serait pas sensible aux réactifs maintenant si délicats dont la chimie dispose serait sans importance au point de vue médico-légal; en sorte que la question, restreinte dans les limites que nous venons de poser et qu'a posées avec raison M. F. Orfila, est vraiment la seule qui intéresse le médecin légiste.

Les documents qui pouvaient servir à la solution de cette question étaient fort peu nombreux dans la science. M. le professeur Orfila avait observé que, chez les chiens auxquels on a fait prendre de l'acide arsénieux, on ne trouvait plus de traces de ce métal, soit dans l'urine, soit dans les tissus des organes, lorsque les animaux avaient vécu pendant quinze jours depuis la dernière prise du poison. MM. Millon et Laveran avaient retrouvé l'antimoine dans le foie et dans les os d'un chien qui avait pris de l'émétique (3 grammes en dix jours) quatre mois auparavant, et quoique les urines ne renfermassent plus de poison depuis longtemps. C'était à peu près à ces expériences que se bornaient tous les documents utiles dont pouvait se servir M. Orfila. Ils étaient, comme on le voit, peu nombreux; mais ils prouvaient déjà l'immense différence qui existe, sous le rapport de la facilité de l'élimination, entre deux poisons différents; ils démontraient la nécessité d'expérimenter sur chaque poison en particulier pour arriver à des résultats précis; enfin ils nous apprenaient que tous les tissus ne servent pas également de dépôt aux poisons, qui paraissent au contraire se localiser et se restreindre dans certains organes à mesure qu'ils séjournent plus longtemps dans l'économie.

Ces considérations, et d'autres encore, n'ont point échappé à M. F. Orfila. Ne pouvant embrasser dans ses premières recherches toutes les substances dont se compose la toxicologie, il a dû se borner à un petit nombre et il a choisi les quatre suivantes :

Sublimé corrosif;
Acétate de plomb;
Sulfate de cuivre;
Nitrate d'argent.

Avec la première, il a fait quatorze expériences sur des chiens dont il a analysé les liquides et les organes, et sept expériences sur des malades dont il a analysé la salive et l'urine.

Avec l'acétate de plomb, il a fait six expériences sur des chiens; avec le sulfate de cuivre, quatre, et avec le nitrate d'argent, trois. Voici à quels résultats il est arrivé :

Des quatre chiens dans les organes desquels il a constaté la présence du poison, l'un avait cessé d'en prendre depuis dix-huit heures, les trois autres depuis quatre, cinq et dix-huit jours.

Les dix chiens dont les organes ont fourni à l'analyse des résultats négatifs avaient cessé de prendre le sublimé, un depuis huit jours, un autre depuis dix-huit jours, et tous les autres depuis un à trois mois.

Dans les six expériences faites avec l'acétate de plomb, le métal a été constamment retrouvé dans les organes, quoique l'un des animaux ait été conservé pendant huit mois après l'administration de la dernière dose du métal. Cette série d'expériences présente un fait qui peut avoir un grand intérêt au point de vue de la thérapeutique des enfants à la mamelle : un des animaux expérimentés était une chienne qui nourrissait deux petits. Or, quoique cette bête n'ait jamais vomi, on a trouvé le plomb dans le foie des deux nourrissons, sacrifiés deux jours après la cessation de l'administration du poison. Le plomb n'a donc pu être introduit dans les organes des petits que par le lait de la mère. Cette observation demande que l'on répète les expériences d'un expérimentateur dont le nom nous échappe, et qui n'a point trouvé de mercure dans le lait d'ânesses auxquelles on l'avait administré.

Les quatre expériences faites avec le sulfate de cuivre ont toutes donné un résultat positif comme celles faites avec le plomb. Les animaux avaient cessé de prendre le poison depuis 30, 77 et 105 jours et huit mois.

Enfin, les trois expériences faites avec le nitrate d'argent ont donné deux résultats positifs et un résultat négatif; dans les deux premiers cas, l'administration du poison avait cessé depuis 80 jours dans l'un, depuis cinq mois chez l'autre, et, dans le troisième, depuis sept mois.

En ajoutant ces résultats à ceux déjà obtenus sur l'arsenic et l'antimoine par M. le professeur Orfila et par MM. Millon et Laveran, M. F. Orfila formule les propositions suivantes :

« L'arsenic est complétement expulsé en quinze jours des organes des animaux auxquels on a fait prendre de l'acide arsénieux.

» Le mercure, après l'administration du sublimé, ne reste pas un mois.

» L'antimoine, quand il a été donné à l'état d'émétique, séjourne dans les tissus plus de quatre mois.

» L'argent a été retrouvé sept mois après l'administration de l'azotate d'argent; mais il n'a pu être décelé huit mois après cette époque.

» Le plomb et le cuivre, introduits, le premier à l'état d'acétate, le second à l'état de sulfate, existent encore dans les organes au bout de huit mois. »

L'auteur, on le voit, ne donne pas ces propositions comme l'expression de lois applicables à tous les cas particuliers qui peuvent se présenter au médecin légiste. Les deux premières seulement, relatives à l'acide arsénieux et au sublimé, sont exprimées dans des termes qui semblent indiquer qu'elles ont le caractère de généralité qui manque aux autres. C'est qu'en effet, sur l'acide arsénieux et sur le sublimé, les expériences de M. le professeur Orfila d'une part, celles de M. F. Orfila de l'autre, paraissent être assez nombreuses pour autoriser une conclusion générale. Peut-être, cependant, une telle conclusion serait-elle prématurée. Dans les expériences sur le sublimé, on remarque ce fait extrêmement curieux, que, dans deux expériences, on n'a pas trouvé de mercure dans les organes, lorsque l'administration du poison n'était suspendue que depuis dix-huit jours dans un cas et depuis *huit jours* dans l'autre; tandis que, dans une autre expérience, un résultat positif a été obtenu après *dix-huit jours* de suspension de l'alimentation toxique. Ce fait très curieux montre jusqu'à quel point les idiosyncrasies peuvent influer sur la rapidité de l'élimination des poisons, et combien il est nécessaire de multiplier les expériences avant de pouvoir formuler des lois applicables à tous les cas. Du reste, M. F. Orfila n'a point méconnu ces difficultés; il les a signalées même, et, avec une prudence qui appartient rarement à ceux qui entrent dans la voie si difficile de l'observation et de l'expérimentation médicales, il s'est abstenu de toute application hasardée.

Nous indiquons ici un des nombreux horizons que signalent les investigations de M. F. Orfila. Ceux qui liront attentivement son travail en apercevront beaucoup d'autres, qu'il nous serait impossible d'indiquer sans dépasser les limites d'un simple article critique.

En résumé, il ressort de toutes les recherches sur l'élimination des poisons que le sublimé et l'acide arsénieux sont complétement éliminés de l'économie, le premier dans l'espace d'un mois, le second dans l'espace de quinze jours. Nous ajoutons : Lorsque ces poisons n'ont pas été administrés pendant plus de trois mois; car il serait très possible qu'un poison administré pendant très longtemps à petites doses fût plus long à éliminer que le même poison administré moins longtemps à des doses plus fortes ou égales. C'est encore là un point de vue que des expériences nombreuses et minutieuses pourront seules éclairer.

Quelles sont les voies par lesquelles l'élimination s'accomplit? Si l'on en croyait certaine théorie, cette question n'en serait pas une. D'après cette théorie, *il n'y aurait pas d'élection dans la nature,* ce qui veut dire sans doute que l'élimination des substances se fait par tous les organes excréteurs indistinctement, à une condition, c'est que le corps éliminé sera soluble naturellement ou rendu soluble par les fluides avec lesquels il se met en contact dans l'économie. Cette théorie est fort ingénieuse et fort séduisante, comme une foule d'autres théories; mais est-elle vraie? Voilà ce qui reste à savoir ou plutôt ce qui n'est que trop bien su d'après des expériences qui paraissent avoir pour elles une authenticité qui ne sauraient ébranler toutes les théories du monde. Ainsi, suivant M. Cl. Bernard, cité par M. F. Orfila, l'iodure de fer peut être constaté dans la salive d'un chien à qui l'on a pratiqué une fistule salivaire lorsqu'on introduit dans l'estomac de l'animal (à l'aide d'une fistule gastrique) du lactate de fer et de l'iodure de potassium. Or, suivant la théorie, l'iodure de fer formant des principes du sang un composé insoluble, ce composé ne peut en aucune façon être rejeté à l'extérieur, et s'il était éliminé, il le serait aussi bien par l'urine, par la sueur, etc., que par la salive. De même les cyanures jaune et rouge de potassium, qui, d'après M. Bernard, ne passent pas dans la salive, devraient y passer selon la théorie. On comprendra qu'un esprit tant soit peu positif ait dû préférer les observations à la théorie, surtout quand ces observations viennent d'un

expérimentateur aussi habile et aussi sérieux que M. Cl. Bernard. C'est donc le parti qu'a pris M. F. Orfila. Il a pris ce parti, non pas seulement relativement à la sécrétion salivaire, mais relativement à toutes les sécrétions qu'il étudie successivement et sur lesquelles son travail renferme des observations curieuses qu'il serait beaucoup trop long de rapporter ici.

Contentons-nous seulement de rappeler ici ce fait extrêmement curieux que M. F. Orfila emprunte à M. Melsens ; c'est que, tandis que le foie renferme une si grande proportion d'arsenic dans les empoisonnements par ce métal, la bile n'en renferme pas du tout. Autre échec pour la théorie sus-indiquée, si les théories pouvaient jamais avoir tort.

Tel est l'aperçu général du travail par lequel M. F. Orfila vient de faire son entrée dans la carrière scientifique. Si l'avenir tient tout ce que promet un pareil début, la science ne pourra manquer de s'enrichir de faits précieux, et elle devra aimer davantage encore un nom qui lui est déjà si cher. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Hémorrhagies de la paume de la main.

(Leçon recueillie par MM. Triquet et Trélat.)

Nous avons en ce moment dans notre service un jeune homme qui nous offre l'exemple d'un des accidents pour lesquels les soins du chirurgien sont fréquemment réclamés ; c'est une plaie de la paume de la main avec blessure des artères.

Les instruments de toute nature qu'emploient les individus exerçant des professions manuelles, les machines si puissantes que l'industrie appelle à son secours, les corps durs et tranchants, comme les fragments de pierre ou de verre, sont autant d'agents vulnérants par lesquels la main, plus qu'aucune autre partie de notre corps, est sans cesse menacée.

Ces plaies de la paume de la main sont graves à plus d'un titre. Les articulations nombreuses du carpe, des gaines tendineuses compliquées, des troncs nerveux volumineux, les arcades artérielles superficielle et profonde, puis enfin une aponévrose résistante et tendue qui viendra étrangler les tissus consécutivement enflammés, voilà les éléments anatomiques qui, plusieurs ensemble, ou bien isolément, pourront être atteints et fournir ainsi des lésions complexes.

C'est seulement sur la blessure des artères que je veux appeler aujourd'hui votre attention.

Voici l'histoire succincte de notre blessé : mercredi 24 mars, il aiguisait sur la meule une serfouette, instrument de jardinage composé de deux parties ; l'une en forme de fer de lance, l'autre terminée carrément ; c'est cette dernière qu'il tenait dans la main au moment où la meule, venant à tourner à contre-sens, butta sur le bec de l'instrument et fit pénétrer avec violence dans les chairs un des angles de l'extrémité carrée. La blessure, obliquement dirigée de dehors en dedans et de bas en haut, était irrégulière et anguleuse ; elle occupait la partie supérieure et moyenne de le paume de la main, cependant un peu plus du côté de l'éminence hypothénar. Le sang continuant de couler, malgré les moyens employés par les personnes présentes, le blessé alla demander du secours au Val-de-Grâce. L'application d'un hémostatique que nous ne connaissons pas et un pansement compressif approprié arrêtèrent l'hémorrhagie.

Cependant, jeudi le sang filtrait à travers les pièces du pansement, qui dut être renouvelé et disposé de manière à établir une compression plus complète au niveau de la plaie. Vendredi, l'hémorrhagie, qui se reproduisait, était combattue par des moyens analogues. Enfin, le blessé, effrayé de la persistance de l'écoulement sanguin, nous a demandé de l'admettre dans notre service, où il est entré samedi. On lui a immédiatement appliqué le petit appareil que je vais décrire, et qui offre l'avantage de comprimer à la fois la plaie et les troncs artériels.

Voici comment on le dispose. Deux petites bandes roulées sont appliquées parallèlement à la direction de chacune des artères radiale et cubitale, et maintenues dans leur position par une bandelette de diachylon faisant plusieurs tours. Les bandes, que l'on peut remplacer, si on le juge convenable, par des bouchons de liége ou des rouleaux de diachylon, compriment les artères sur les os correspondants ; mais comme leur forme arrondie et la convexité de l'avant-bras leur permettraient de se déplacer en se rapprochant l'une de l'autre, on place entre elles deux, et par-dessus la première bandelette de diachylon un troisième rouleau, qui, fixé luimême par une nouvelle bandelette, augmente la compression et ajoute à la solidité de l'appareil.

Des tampons de charpie et des rondelles d'agaric superposées sont placés au niveau de la plaie ; et, pour éviter les mouvements, la face dorsale de l'avant-bras et de la main repose sur une palette garnie de coton cardé. Les blessés supportent facilement ce pansement, qui, quoique n'établissant pas une compression parfaitement rigoureuse, permet cependant d'attendre et peut même produire d'heureux résultats.

Depuis deux jours que cette méthode a été employée pour notre malade, aucun accident n'a reparu, et nous pouvons espérer une guérison prochaine.

Vous le voyez, messieurs, ces hémorrhagies ont une fâcheuse tendance à la reproduction ; aussi le chirurgien devra-t-il se hâter d'agir et de leur opposer des moyens curatifs énergiques.

Quels seront ces moyens ? Le plus sûr de tous et le meilleur, c'est la ligature aux deux bouts du vaisseau divisé. Chaque fois que cette méthode pourra être employée, elle sera couronnée d'un succès complet. Mais vous observerez des cas où la profondeur des artères, leur nombre rendront la ligature impossible ; c'est alors que vous aurez recours à la compression exercée, comme je vous le disais plus haut, sur les troncs artériels et au niveau de la plaie. Vous pourrez souvent vous en tenir là et voir les blessés guérir sans accidents nouveaux. Malheureusement les choses ne se passeront pas toujours ainsi : deux jours, trois jours ou plus après l'accident, vous serez appelés à combattre de ces hémorrhagies consécutives si graves, qui par leur persistance épuisent, affaiblissent les malades et les exposent aux dangers les plus sérieux. Vous devez songer à lutter contre le mal par des moyens prompts et efficaces. Faudra-t-il aller au fond d'une plaie en suppuration à la recherche des vaisseaux blessés, ou bien, renonçant à cette pratique, devra-t-on appliquer loin de la plaie des ligatures sur les troncs artériels d'après la méthode d'Anel ?

Dupuytren, se fondant sur la friabilité et le peu de résistance des vaisseaux baignés par la suppuration, craignait d'appliquer dans la plaie des ligatures, qui dans sa croyance devaient tomber avant l'organisation du caillot et laisser l'hémorrhagie se reproduire. Il était donc conduit à suivre la méthode d'Anel. La plupart des chirurgiens de nos jours ont adopté cette doctrine ; mais ils ont vu que, soit à cause de la multiplicité des branches anastomotiques, soit en vertu de dispositions anormales si fréquentes à la partie inférieure de l'avant-bras, la ligature d'un seul des deux troncs artériels était souvent insuffisante et laissait revenir le sang. La ligature simultanée de la radiale et de la cubitale fut donc proposée ; Aug. Bérard l'a pratiquée et considérait cette méthode comme devant être appliquée dans tous les cas de blessure avec hémorrhagie à la paume de la main. Ce n'est pas encore là un moyen infaillible ; il y eut des insuccès ; on a dû chercher à mettre un obstacle plus complet au cours du sang ; on en est venu à lier l'artère humérale et même l'axillaire, ainsi que l'a fait M. Robert pour une blessure semblable à celle qui nous occupe. Mais ce n'est pas une opération légère et sans importance que la ligature du tronc principal du membre supérieur ; on l'a vue produire des accidents formidables : les tissus se sont gangrenés dans une étendue variable, et l'amputation est devenue une ressource extrême pour sauver la vie des malades.

En présence de moyens aussi peu efficaces et de résultats aussi graves, j'ai conçu quelques doutes sur la doctrine de Dupuytren, et je me suis demandé si la ligature au fond de la plaie n'était pas préférable au procédé d'Anel. Quelques faits que j'avais observés me disposaient à pencher pour l'affirmative. Je ne veux vous citer que les deux suivants, qui sont fort remarquables.

1° Il y a quatre ans environ, M. Robert avait enlevé à un étudiant en médecine, aujourd'hui interne des hôpitaux, un ganglion volumineux dans le creux de l'aisselle. Au bout de quelques jours une hémorrhagie consécutive abondante se déclare à cinq ou six heures du soir ; on vient me chercher ; j'étais absent. Ce n'est qu'au bout de plusieurs heures que je pus être prévenu. J'arrivai à onze heures près du malade. Quoique ses amis se fussent relayés pour comprimer la sous-clavière, ils n'avaient pu, à cause de leur fatigue et de la difficulté de la compression, l'empêcher de subir des pertes de sang si considérables, qu'il était exsangue au moment où je le vis. Il n'y avait pas de temps à perdre ; il fallait arrêter de suite et pour toujours cette hémorrhagie, ou voir succomber le malade. Enlever les caillots qui obstruaient la plaie, rechercher le vaisseau saignant, lui appliquer une ligature, fut l'affaire de quelques instants. Cette pratique obtint le plus heureux succès. La chute de la ligature au bout de quelques jours ne fut la source d'aucun écoulement, et la maladie marcha rapidement vers une guérison désormais assurée.

2° Un jeune homme, garçon épicier, fait une chute ; il étend les bras en avant, et se blesse à la paume de la main sur des tessons de bouteille. Un pansement simple fait sur-le-champ arrête le sang. Au bout de vingt-quatre heures une première hémorrhagie a lieu, la compression la réprime assez facilement ; mais elle se reproduit plus abondante trois jours après. Je n'hésitai pas à débrider cette plaie irrégulière et contuse, à rechercher avec soin, et en promenant mes doigts sur toute la surface de la blessure, la situation du vaisseau divisé, que je liai dès que je pus le voir. Le résultat fut aussi favorable que dans le cas précédent, la ligature tomba sans accident, et la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Voilà donc deux faits cliniques qui nous prouvent que cette ligature faite au fond de plaies en suppuration n'est pas aussi dangereuse que le pensait Dupuytren.

Si nous pouvons établir d'une manière nette que, d'une part, cette méthode est non-seulement sans danger, mais efficace ; que, d'autre part, le procédé d'Anel agit d'une manière incertaine et infidèle, la difficulté serait tranchée.

Nous allons donc examiner les deux questions suivantes :

1° Quels résultats fournissent les expériences sur des animaux vivants ou sur le cadavre humain ?

2° Quel est le mode d'action de la ligature par le procédé d'Anel dans les cas analogues à celui qui nous occupe ?

Pour élucider le premier point, j'ai entrepris sur les animaux des expériences instituées de la manière suivante : Sur un chien adulte je mettais à nu, par une large incision, la carotide primitive ; la plaie était remplie de bourdonnets de charpie sèche. Au bout de quelques jours, lorsque la suppuration était bien établie, je passais un fil sous l'artère, et je la liais. Jamais je n'ai observé d'hémorrhagie à la chute de la ligature ; les caillots étaient organisés et opposaient un obstacle suffisant au cours du sang ; mais on ne saurait assimiler les animaux à l'homme, et quoique ces expériences nous donnent de fortes présomptions, j'ai voulu faire quelques recherches sur le cadavre humain. Sur des moignons d'amputés de la cuisse, par exemple, morts au bout de quinze à vingt jours, c'est-à-dire lorsque la plaie suppure abondamment, j'ai lié des artères de divers calibres, et j'ai vu que, quoique la ligature fût fortement serrée, les tuniques externes résistaient parfaitement.

Ces expériences m'ont porté à rejeter complétement la doctrine de Dupuytren sur la seccabilité des artères baignées par le pus, et je me suis cru autorisé à conclure de tous ces faits que, bien que des ligatures faites dans les circonstances indiquées tombent plus vite que celles que l'on place sur des artères saines (dans l'espace de six à huit jours), elles ne tombent cependant pas prématurément, c'est-à-dire avant l'organisation du caillot.

Voyons donc maintenant comment agit la ligature à distance, et si elle répond à toutes les exigences du traitement. Je suppose, messieurs, qu'une artère vient d'être coupée au fond d'une plaie ; elle se rétracte dans sa gaîne celluleuse, et c'est du fond de cette gaîne que s'échappe le sang. L'hémorrhagie continuant, vous employez la méthode d'Anel ; que va-t-il arriver ? Ce n'est pas par l'organisation d'un caillot au bout béant que vous espérez oblitérer le vaisseau, puisque vous avez mis obstacle à l'arrivée du sang jusqu'à ce point. C'est précisément par cette interruption que vous cherchez à amener la cicatrisation de cette sorte de trajet fistuleux par où se fait l'hémorrhagie. Mais cette cicatrisation ne se fait pas si facilement et si vite, que dans bien des cas la circulation collatérale n'ait auparavant ramené le sang, qui alors va battre contre la membrane pyogénique, membrane qui résiste faiblement et qui va livrer un nouveau passage à l'écoulement sanguin. C'est là la cause de ces hémorrhagies rebelles dont je vous parlais au commencement de cette leçon ; c'est là ce qui a conduit les chirurgiens à porter des ligatures sur des artères de plus en plus rapprochées du tronc ; remède impuissant qui ne leur permettait pas de se rendre maîtres des accidents.

Cependant il est des circonstances où le procédé d'Anel n'est pas suivi d'un aussi fâcheux résultat. On en comprend aisément la raison ; c'est qu'alors le cours du sang a pu être interrompu pendant un temps assez long pour que les bourgeons sanguins qui s'élèvent du fond de la plaie aient pu venir former un opercule assez résistant à la lumière du vaisseau dont l'extrémité se trouve ainsi comprise dans la cicatrice qui se forme.

L'emploi de ce procédé thérapeutique vous exposerait donc au moins à de grandes incertitudes sur son résultat et peut-être à des accidents dont vous ne pourriez triompher.

Il résulte de cette discussion que la ligature au fond d'une plaie en suppuration n'entraîne pas d'accidents, que les ligatures ne tombent pas prématurément ; que, d'autre part, la méthode d'Anel est dans tous les cas infidèle, souvent insuffisante et même dangereuse.

En résumé, messieurs, voici dans quel ordre je range les moyens qui sont à la disposition du chirurgien en semblable circonstance.

En première ligne, la ligature dans la plaie ; ensuite, si le sang vient de plusieurs sources, si les vaisseaux sont trop profonds, la compression appliquée sur la plaie et sur les grosses artères ; si cela ne suffit pas, ne craignez pas de porter le cautère actuel sur les points saignants. On arrête souvent l'hémorrhagie en agissant ainsi, et avec un peu de précautions on peut éviter toute mutilation grave. Sur un garde mobile qui avait reçu un coup de couteau ayant pénétré profondément dans la paume de la main et blessé l'arcade palmaire profonde, je me souviens avoir arrêté l'hémorrhagie en touchant tous les points qui laissaient couler du sang avec le fer rouge. J'avais eu soin de faire bien relever les tendons fléchisseurs ; le blessé guérit sans aucune difformité.

Ce ne sera donc qu'à la dernière extrémité et quand vous aurez échoué par tous les moyens qui précèdent que vous aurez recours à la méthode d'Anel. Ferez-vous des ligatures le plus près possible de la plaie, comme le veulent quelques chirurgiens, ou bien vous rapprocherez-vous du tronc, d'après le conseil de M. Robert ? Il est impossible de poser des préceptes généraux à cet égard. Le chirurgien devra guider sa conduite sur la nature de la région à laquelle il aura affaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Sur le traitement des affections inflammatoires de poitrine.

Parmi les méthodes de traitement qui ont été préconisées contre les affections inflammatoires de poitrine en général et contre les pneumonies en particulier, il en est une que l'on connaît dans la science sous le nom de méthode de Mascagni.

Cette méthode, dont les auteurs classiques ont pour la plupart omis de faire mention, consiste à administrer aux malades atteints de pneumonie les sels de potasse à doses élevées ; elle a été généralisée de telle sorte que, dans l'école italienne, où elle a pris une grande faveur, on combat presque toutes les maladies inflammatoires par le carbonate et l'hydrochlorate de potasse, sels auxquels on accorde ordinairement la préférence. On a en vue d'amener ainsi la résolution de la plupart des phlogoses, surtout de celles qui sont de cause externe.

A cette médication se rattache un mode de traitement qui a été assez généralement adopté dans l'école de Naples, nous voulons parler du traitement des maladies inflammatoires par les sels d'ammoniaque. On se sert de l'acétate d'ammoniaque, on le donne à hautes doses.

Il est impossible de méconnaître l'action stimulante et résolutive exercée par ces diverses préparations sur l'organisme, pour peu qu'on vienne à en faire usage. Toutefois, il faut convenir que, lorsque la maladie est portée à un haut degré d'intensité et détermine des phénomènes réactionnels très marqués, elles peuvent provoquer une stimulation générale qui exagère la fièvre au lieu de la diminuer ; leur action déprimante, en effet, n'est pas aussi sûre que celle de l'an-

timoine. Elles ont pour résultat ordinaire des diurèses et des diaphorèses, qui atténuent l'état inflammatoire général, principalement lorsqu'il est causé par la phlogose des organes pulmonaires.

Cette méthode de traitement, suivant nous, doit être réservée à quelques cas spéciaux : nous l'avons appliquée avec succès chez des individus d'une constitution strumeuse et chez des malades qui se faisaient remarquer par un état d'atonie générale ou par une débilité plus ou moins prononcée des fonctions circulatoires.

Les réserves que nous venons de poser cessent d'être utiles toutes les fois qu'il s'agit d'affections inflammatoires de poitrine à forme chronique. C'est ainsi que, dans la période de déclin de la maladie, lorsque la marche décroissante de la phlogose n'a pas lieu avec rapidité par l'effet de la vieillesse ou d'une médication déplétive exagérée, l'administration des sels alcalins accélère à un haut degré le mouvement de résolution ; par cette considération, nous avons coutume de les prescrire aux personnes avancées en âge, dans les derniers temps de l'inflammation. En donnant le bicarbonate de potasse, nous nous proposons d'imprimer aux fonctions plastiques une action stimulante propre à favoriser la résolution des derniers phénomènes d'induration et de phlogose.

Dans des vues semblables, nous avons recours à un traitement généralement usité contre les bronchites chroniques.

Presque tous les auteurs conseillent de combattre les affections catarrhales par les préparations de soufre et par les préparations balsamiques ; il est peu de bronchites, lorsqu'elles ont dépassé la période aiguë, qui ne soient traitées par l'un de ces deux ordres de médicaments ou par tous les deux à la fois.

On prescrit ordinairement la térébenthine de Venise, le baume de Pérou ou le baume de tolu, les fleurs de soufre, les pastilles soufrées et les eaux sulfureuses. Il est un agent que nous employons fréquemment dans les affections inflammatoires des voies aériennes arrivées à leur dernier terme, ou dans les affections inflammatoires chroniques, lorsqu'il convient d'en précipiter la résolution ; nous voulons parler du baume de soufre térébenthiné, qui réunit à l'action des préparations sulfureuses celle des préparations balsamiques. A la faveur de l'influence spéciale des sulfureux et des balsamiques sur les membranes muqueuses, à la faveur de la stimulation puissante qu'il détermine du côté des voies urinaires, cet agent jouit d'une incontestable efficacité. Dans un espace de temps très court, comme l'expérience nous l'a plusieurs fois démontré, il fait disparaître des restes de bronchite qui résistent aux médications les plus rationnelles.

Lorsque la position de fortune des personnes confiées à leurs soins le permet, les médecins ont coutume, pour débarrasser leurs malades d'un reste de bronchite, surtout s'il s'y mêle un peu d'emphysème, de les envoyer aux eaux ; ils font choix des eaux sulfureuses non laxatives, telles que celles de Bonnes, de Cauterets, d'Aix-la-Chapelle, de Barèges, de Bagnères-de-Luchon. Dans ces prescriptions, qui ne se font pas toujours avec un discernement irréprochable, il importe d'avoir en vue l'action spéciale que les éléments sulfureux exercent sur les voies aériennes, les effets qui se produisent du côté des émonctoires urinaires et cutanés, et enfin l'influence qu'éprouve le tube digestif, influence qui, en donnant à la digestion une activité nouvelle, retentit sur les fonctions plastiques et accélère la résolution.

Une circonstance digne d'être prise en considération est la pénétration directe des émanations sulfureuses dans les bronches et leurs divisions.

Du reste, il ne faut pas oublier que les malades se trouvent soumis à des modificateurs thérapeutiques différents de ceux que nous venons d'indiquer. Les eaux minérales sont généralement situées dans des vallées appartenant à des plateaux élevés ; la diminution de pression atmosphérique a pour effet de favoriser la perspiration pulmonaire et cutanée, en même temps que de communiquer à la circulation une énergie plus grande : de là résulte une sorte d'état fébrile habituel qu'augmente encore l'action excitante des eaux sulfureuses. L'influence climatérique des localités, où les malades font ordinairement de longues excursions, au milieu d'un air pur et au soleil, contribue également pour une large part à la guérison.

On peut donc avec fruit conseiller les eaux minérales sulfureuses aux malades qui portent des affections inflammatoires chroniques des bronches, des vestiges de bronchite ou des indurations chroniques du parenchyme pulmonaire ; à ceux même qui ont des tubercules, lorsque chez eux la lésion n'est pas arrivée au point de déterminer un travail fébrile continu, en ayant soin de choisir des sources dont le degré d'activité soit proportionné à l'état de leur santé et de leurs forces. Il sera facile de prévoir à l'avance les résultats de la médication prescrite, à la condition de tenir compte des effets du médicament, suivant le mode d'administration et des influences variées du voyage.

Nous faisons prendre à nos malades des hôpitaux des agents diffusibles, dont nous secondons l'action par une alimentation réparatrice et par l'usage à l'intérieur de quelques préparations amères et stimulantes, telles que le sirop de gentiane et le vin antiscorbutique. Ce genre de traitement, bien qu'il soit suivi dans des circonstances moins favorables, n'en a pas moins une grande efficacité.

Il faut, pour compléter les données générales que nous venons d'exposer, signaler une particularité importante : certaines personnes sont douées d'une aptitude singulière à la suppuration, aptitude qui se décèle par la présence habituelle d'anthrax, de pustules d'ecthyma, d'éruptions eczémateuses ; quelques-unes d'entre elles sont manifestement d'une constitution strumeuse, les autres ne présentent aucun indice de maladie scrofuleuse ; viennent-elles à être atteintes d'une bronchite ou d'une pneumonie, l'inflammation persiste en quelque sorte indéfiniment. L'appétit est bon, le sommeil n'est pas troublé, les fonctions de la digestion et de la locomotion s'accomplissent assez régulièrement ; mais il reste dans le poumon un point imperméable ; de temps en temps, il survient de la toux ; en un mot, les voies respiratoires offrent dans un espace plus ou moins étendu les traces de la phlogose primitive passée à l'état chronique. Dans de telles conditions, la médication dont nous avons parlé a des avantages réels, mais ne suffit pas néanmoins à une curation radicale ; il est de nécessité de créer, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, un organe nouveau qui établisse une fonction supplémentaire ; les médecins judicieux et vraiment praticiens font placer des exutoires à demeure ; en agissant ainsi, en donnant les toniques dans une mesure convenable, en instituant une diététique sagement comprise, ils délivrent les malades des derniers vestiges de leur affection et les mettent à l'abri de récidives ultérieures.

A.-H. MARGERIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

de la broncho-pneumonie vésiculaire chez les enfants.

MM. Rilliet et Barthez résument ainsi qu'il suit un mémoire fait avec ce soin et cette instruction profonde qui caractérisent tous les travaux de ces auteurs :

Les lésions que nous avons décrites dans ce travail ou dans les précédents sont loin de constituer tous les éléments dont se compose l'expression anatomique de la broncho-pneumonie. Celles que nous passons aujourd'hui sous silence seront étudiées dans la prochaine édition de notre *Traité des maladies des enfants.* Nous voulons cependant les énumérer, afin de pouvoir, dès à présent, les considérer dans leur ensemble.

Excès et altération de la sécrétion bronchique ; fluxion sur la membrane muqueuse, non démontrée par l'autopsie (1), bronchite capillaire, dilatation aiguë des petites bronches, dilatation des vésicules, granulations purulentes, vacuoles, fluxions plus ou moins rapides sur le parenchyme, congestion inflammatoire lobulaire ou généralisée, hépatisation partielle ou pseudo-lobaire, abcès, carnification et même carnisation, tels sont les éléments anatomiques nombreux, phlegmasiques ou non inflammatoires qui, par leur association, constituent un ensemble morbide, variable dans sa forme, mais dont le point de départ est unique.

Parmi ces lésions, les unes appartiennent aux bronches, les autres au tissu du poumon ; quelques-unes, telles que la granulation purulente et la vacuole, tiennent des deux autres espèces (2).

Ainsi, au point de vue du siége, les lésions sont bronchiques, pulmonaires ou broncho-pulmonaires. Jusqu'à ces derniers temps, on a séparé les premières des secondes, c'est-à-dire qu'on a décrit à part la bronchite capillaire et la pneumonie lobulaire, tout en reconnaissant l'intimité des rapports qui unissent ces deux maladies. MM. Legendre et Bailly, séparant la congestion lobulaire de l'hépatisation partielle, ont exclusivement rattaché la première au catarrhe. D'accord avec eux sur ce dernier point, nous ne partageons pas leur avis sur le premier. Nous avons déjà donné quelques preuves de la réalité du lien qui unit l'hépatisation partielle au catarrhe (3) ; plus tard nous y insisterons encore. Aujourd'hui nous nous bornerons à établir la solidarité qui existe entre les altérations des bronches et celles du tissu pulmonaire.

Presque spéciales à la première enfance, ces lésions sont toutes fréquentes jusqu'à l'âge de cinq ou six ans. Passé cette époque de la vie, c'est par exception qu'elles peuvent être constatées ; et cette loi est la même pour toutes (4). Toutes aussi siégent à peu près constamment des deux côtés de la poitrine. Si souvent l'un des poumons est plus malade que l'autre, les deux sont presque toujours atteints, et c'est par exception très rare que l'on voit les lésions bronchiques doubles s'accompagner d'une lésion pulmonaire simple. Enfin (et cette dernière raison nous paraît péremptoire), là où l'anatomie pathologique démontre une des lésions bronchiques, là aussi on est à peu près certain de trouver une lésion pulmonaire. D'autre part, là où existe une des lésions du parenchyme, on démontre avec presque certitude une ou plusieurs des lésions des conduits aériens, soit par l'auscultation, soit par l'investigation anatomique.

Les lésions bronchiques nous paraissent être, dans la grande majorité des cas, le point de départ et la cause des lésions pulmonaires. Le fait nous semble démontré par la fréquence du catarrhe antérieur (capillaire ou non), par le degré peu avancé, la petite étendue et la dissémination des lésions du parenchyme dans les premiers jours de la maladie. On comprend même que, si la lésion des bronches se développe rapidement sur une grande étendue de l'arbre respiratoire, la mort peut survenir avant que les lésions pulmonaires se soient produites. C'est ainsi que M. Fauvel les a vues manquer deux fois sur huit, et c'est à la rapidité avec laquelle est survenue la mort qu'il attribue leur absence. Ces faits rares, qui démontrent l'antériorité des lésions bronchiques, n'autorisent pas la séparation de la broncho-pneumonie en deux maladies distinctes (5).

Cependant, nous ne serions pas éloigné d'admettre que, dans un certain nombre de cas, le catarrhe est simultané ou peut-être même postérieur à l'altération du parenchyme (6).

(1) Voir notre mémoire publié dans les ARCHIVES, octob. et nov. 1851.

(2) Par ces mots, nous entendons parler seulement du siége anatomique : car, au point de vue de l'espèce de lésion, la différence est entière, et la granulation purulente est une phlegmasie différente de la congestion lobulaire ou de l'hépatisation partielle, et n'en est pas un degré.

(3) Voyez notre mémoire dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (janvier et février 1852).

(4) Le travail si remarquable de M. Fauvel démontre que, lorsque la bronchite se développe chez l'adulte, ses caractères sont à peu près le mêmes que chez l'enfant. Le travail congestif et inflammatoire en est peut-être cependant une conséquence moins fréquente ; la vigueur et la profondeur plus grande des mouvements inspiratoires est sans doute la cause de ce fait. La même maladie redevient très fréquente dans la vieillesse, et bien des travaux récents ont reproduit, pour la broncho-pneumonie des vieillards, les assertions émises par MM. Legendre et Bailly. S'il nous était permis de juger par quelques faits trop peu nombreux, nous dirions que la plupart des détails anatomiques précédents peuvent être constatés dans la vieillesse, avec quelques différences dues à l'âge.

Il est bien entendu qu'en parlant ainsi nous désignons les faits seuls qui peuvent avoir trait à la maladie que nous décrivons ; car l'on voit des bronchites plus ou moins capillaires, des dilatations des bronches, de la congestion ou de l'hépatisation accompagner des tubercules. Ces lésions peuvent alors être isolées les unes des autres et ne reconnaissent plus le catarrhe pour point de départ. Mais, en dehors de ces circonstances et autres analogues, dans lesquelles, le plus souvent, une cause locale explique le développement de l'une ou de l'autre lésion bronchique ou pulmonaire, la proposition que nous émettons est éminemment vraie.

(5) Ce sont là, en effet, des différences de formes analogues à celles qui existent dans toutes les maladies qui peuvent entraîner la mort avant que le mal ait parcouru toutes ses phases.

(6) Cette circonstance se présenterait :

1° Dans des cas où la congestion hypostatique serait le fait dominant et primordial eu égard au catarrhe ;

2° Dans les cas rares où l'on découvre, à l'autopsie, un certain nombre de noyaux pneumoniques (congestion lobulaire ou hépatisation partielle), en général petits et clairsemés au milieu du parenchyme, et qui indiquent que l'inflammation disséminée peut exister sans catarrhe, ou peut-être le précède. L'auscultation, en effet, ne donnant pas le moyen de constater ces faits pendant la vie, on ne peut pas affirmer que certaines broncho-pneumonies n'aient pas commencé de cette manière.

3° Enfin, dans les cas rares aussi où la fluxion pulmonaire aiguë apparaît au début et domine la maladie, le catarrhe bronchique étant presque nul. (V. les observations contenues dans notre mémoire publié dans les ARCHIVES.)

Quoi qu'il en soit, les lésions bronchiques sont loin de parcourir toutes leurs périodes et de subir toutes leurs transformations avant le développement des lésions pulmonaires. Celles-ci naissent tantôt dès le début, tantôt pendant le cours des premières ; marchent concurremment avec elles en poursuivant leurs transformations propres : et le mélange de toutes ces lésions, soit à divers degrés, soit en nombres divers, constitue des formes anatomiques nombreuses, variées, et qu'il faut renoncer à représenter toutes, à moins de donner la description de la plupart des cas particuliers qu'on est à même d'observer.

Cependant, nous croyons qu'on peut les rapporter à plusieurs types anatomiques principaux :

1° Dans une première forme, les lésions bronchiques dominent ; elles sont étendues, nombreuses, plus ou moins variées ; la sécrétion bronchique, altérée, abondante, remplit les conduits aériens capillaires d'une grande partie des deux poumons ; quelques rares noyaux de congestion ou d'hépatisation sont disséminés dans le parenchyme ; l'organe reste volumineux, souple, crépitant, plus léger que l'eau. Dans ce groupe, il faudrait ranger les faits probables de congestion bronchique suraiguë avec gonflement de la muqueuse, faits dont l'autopsie ne démontre pas l'existence.

2° Ailleurs, c'est la congestion qui, à première vue, frappe surtout. Alors le poumon est violet et flasque, bien que gonflé ; il est solide, non aéré, plus lourd que l'eau ; et cet état existe sur une portion considérable des deux lobes inférieurs. Mais la moindre attention suffit pour démontrer que, dans ce cas, les lésions bronchiques sont en rapport avec les lésions du parenchyme ; les bronches de ces parties sont rouges, dilatées, gorgées de mucosités purulentes ; ou bien, sur le fond violet de la partie congestionnée se détachent les grains purulents de la bronchite vésiculaire qui rendent la surface de la coupe inégale, mamelonnée, et leur donnent un aspect granitique. Ailleurs, ces inégalités et ces mamelons sont produits par les noyaux plus rouges et plus saillants de l'hépatisation partielle.

Cet état du poumon, borné en général aux lobes inférieurs ou au bord postérieur, laisse voir dans les autres parties des noyaux disséminés de congestion ou d'hépatisation, ou même de carnification, ou encore les grains de la bronchite vasculaire, ou un petit nombre de vacuoles ;

3° Dans des cas nombreux, intermédiaires au premier et au second type, ces noyaux de congestion, abondants et volumineux, sont répandus partout et nullement généralisés ;

4° Dans une quatrième forme, c'est l'hépatisation qui domine et qu'on trouve disséminée dans tout l'organe, mêlée ou non à du tissu congestionné, et parfois arrivée jusqu'à suppuration ; ou bien encore les noyaux d'hépatisation, volumineux, rapprochés, confondus, rappellent l'hépatisation lobaire ;

5° Enfin, on voit des cas assez peu nombreux où la carnification est la lésion dominante.

Nous avons essayé d'indiquer les circonstances qui favorisent le développement de chaque lésion anatomique, et l'on comprend dès lors dans quelles occasions ce type anatomique pourra être rencontré de préférence à tel autre. Ainsi, chez un enfant robuste, bien portant, ou non encore affaibli par une maladie longue, on verra se développer de préférence les formes bronchiques générales à marche très rapide, ou bien les formes pulmonaires inflammatoires, telles que l'hépatisation ou la congestion active. Au contraire, chez les enfants faibles ou débilités, on verra de préférence les catarrhes bronchiques et non vésiculaires, les congestions passives, qu'elles soient rapides ou lentes, la carnification mélangée à toutes les formes des lésions catarrhales.

Présentée de cette manière, l'anatomie pathologique de la broncho-pneumonie a une utilité réelle ; mais elle acquiert une autre espèce d'intérêt lorsque, réunissant les résultats qu'elle fournit à ceux de l'étiologie, de la symptomatologie et de la thérapeutique, on considère la maladie au point de vue pathogénique. Il s'agit alors de déterminer quel est le point de départ de cet ensemble de lésions et de symptômes si nombreux et si différents par le siége comme par l'espèce.

Or, pour beaucoup de médecins, tout est le résultat d'une inflammation pure et simple. Une phlegmasie a envahi les bronches capillaires, les vésicules, le parenchyme du poumon, et toutes les différences qui existent entre la broncho-pneumonie et la pneumonie lobaire franche tiennent au siége spécial de la phlogose ; si certaines lésions ne sont pas inflammatoires, elles sont presque uniquement le résultat mécanique des premières.

Il est certain qu'une partie des symptômes et des lésions peut et doit être expliquée par leur siége. Nul doute à cet égard, et le fait devient évident lorsque, constatant l'identité des affections catarrhales de l'arbre respiratoire, on recherche les différences qu'elles présentent suivant la diversité du siége. Mais de cette étude même il résulte aussi qu'elles sont loin d'être identiques aux phlegmasies franches : l'étiologie, la symptomatologie, la thérapeutique des catarrhes ne sont pas celles des inflammations simples.

Aussi beaucoup de médecins, et nous sommes de ce nombre, ont-ils cherché dans l'état général du malade la cause de ces particularités. Frappés de ce fait que la broncho-pneumonie est la conséquence fréquente d'affections spécifiques (rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde), ils ont admis qu'elle a pour ainsi dire revêtu la spécificité des maladies dans le cours desquelles elle se développe, et qu'à cette cause elle doit ses caractères spéciaux.

Mais cette idée ne suffit pas encore, car la broncho-pneumonie ne présente pas des caractères sensiblement différents, bien que les affections qu'elle complique aient une spécificité différente ; en outre, elle conserve ces mêmes caractères lorsqu'elle succède à des maladies nullement spécifiques par elles-mêmes. Aussi avons-nous pensé que c'était simplement parce qu'elle était secondaire et non pas seulement spécifique qu'elle différait des phlegmasies franches et primitives. C'est là, en effet, une des idées fondamentales qui a présidé à la rédaction de notre ouvrage, à savoir : la distinction des maladies primitives et secondaires.

Mais peut-être faut-il aller plus loin encore pour atteindre la vérité. Les caractères qui séparent la broncho-pneumonie des phlegmasies franches persistent même lorsqu'elle ne peut plus être rattachée à une maladie antérieure, c'est-à-dire lorsqu'elle est primitive ou lorsqu'elle survient comme accident d'un fait physiologique : la dentition, par exemple. Enfin, les influences épidémiques qui donnent naissance à cette maladie, la constitution spéciale que

présentent les enfants qui y sont sujets, le caractère non inflammatoire et non mécanique de quelques-unes des lésions qui la constituent engagent à poser cette question : La broncho-pneumonie n'a-t-elle pas une spécificité qui lui soit propre? n'est-elle pas l'expression d'un état particulier différent de l'inflammation, c'est-à-dire l'affection catarrhale considérée non plus comme un acte morbide, mais comme un état morbide général?

Mais ici nous nous arrêtons. Le catarrhe et l'inflammation ne sont-ils qu'un seul et même état morbide ou bien doit-on les séparer? Question indécise pour les uns, résolue en sens inverse pour les autres, question que nous ne pouvons pas résoudre et que nous ne voulons pas discuter ici. (*Revue médico-chirurgicale.*)

OBSERVATION D'UN ALBUGO

Traité avec succès par le galvanisme;

Par M. L. Turc, docteur-médecin, à Plomhières.

Les journaux ont rapporté dans le temps que des médecins russes et suédois avaient guéri l'albugo du cheval, et même sa cataracte, à l'aide de la pile. Pour guérir l'albugo, ils mettaient le pôle positif, ou zinc, en communication avec la bouche; et le pôle négatif, ou cuivre, en communication avec la cornée malade. La pile, composée d'un seul élément, était placée dans un verre d'eau acidulée; et dès qu'elle était en action, le pôle négatif attirant dans la cornée, qu'il touchait, les substances électro-positives ou alcalines, celles-ci dissolvaient l'albumine concrétée de l'albugo, et rendaient à la membrane sa transparence première.

J'avais répété cette curieuse expérience avec mon ami M. Lévêque, médecin-vétérinaire à Epinal, et nous avions vu disparaître en deux minutes un albugo recouvrant toute la cornée, et qui avait déjà quatre années d'existence. Pour disparaître aussi vite, cet albugo, malgré son opacité, n'intéressait probablement que la lame externe de la cornée à la manière d'un néphélion. La pile peut aussi guérir l'albugo chez l'homme; le fait suivant en est la preuve.

Obs. — Mademoiselle Marie ....., fille de peine, âgée de trente ans, domiciliée à Nancy, et d'un tempérament lymphatique nerveux, eut, il y a dix ans, une double kératite, qui paraît avoir été fort intense et qui laissa à sa suite un albugo sur chaque cornée. L'albugo de l'œil gauche, d'une couleur nacrée et d'un demi-centimètre environ de diamètre, quoiqu'au centre de la cornée, permettait à la malade la vision latérale, à l'aide de laquelle elle accomplissait péniblement son travail habituel. L'albugo de l'œil droit, d'un blanc sale, recouvrait largement la cornée, sur laquelle il faisait une légère saillie. Il interceptait le passage de tous les rayons lumineux, et ne laissait distinguer le jour de la nuit que par une teinte jaunâtre. Marie avait consulté un grand nombre de médecins et de chirurgiens habiles : tous la considéraient comme incurable. Elle vint aux eaux de Plombières pour se guérir des suites d'une fracture d'un bras, et elle me consulta pour ses yeux. Je me décidai à répéter sur elle le procédé qui nous avait si bien réussi sur le cheval, à recourir contre son albugo à l'action de la pile.

Je pris une pile carrée d'environ 6 centimètres de côté. J'écartai les deux lames dans un des angles, et je les repliai un peu en dehors, après les avoir percées d'un trou, dans lequel j'attachai les fils de laiton qui devaient servir de conducteurs. Je mis ce petit appareil dans un verre d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique et rempli aux deux tiers. Dès que le dégagement des bulles d'hydrogène annonça que la pile était en action, je plaçai le conducteur zinc ou positif dans la bouche, tandis qu'avec le conducteur cuivre ou négatif, recourbé en anneau, je touchais la cornée malade.

Quand l'expérience durait plus de trois minutes et demie ou quatre minutes, Marie avait des vertiges, des nausées, des battements artériels violents dans la tête; des lotions froides et l'électricité appliquée aux jambes comme dérivatif à l'aide de la machine des frères Breton, ou de larges ventouses sèches triomphaient de ces accidents qu'il est sage de prévenir. Je dois dire que l'électricité agissait plus vite et plus puissamment que les ventouses.

Pendant quarante jours j'ai fait trente-quatre applications galvaniques sur l'œil droit de Marie, et quatre sur l'œil gauche. J'ai suspendu le traitement pendant six jours à cause des règle. Voici ce que j'ai obtenu. L'albugo de l'œil droit est réduit au cinquième environ de son étendue, et il n'existe plus que dans les couches profondes de la cornée, où des tissus isolants le mettent à l'abri de l'influence électrique. Au lieu de sa couleur d'un blanc sale, il a une couleur nacrée, et enfin l'œil, qui, depuis dix ans ne voyait plus, peut lire facilement et sans lunettes. Il est possible, du reste, que, sous l'influence du traitement que Marie vient de suivre, le mieux obtenu aille en grandissant. L'albugo de l'œil gauche est un peu diminué de largeur et d'épaisseur, mais la situation dans les couches profondes de la cornée le rend peu accessible aussi à l'influence électrique, et d'un autre côté, j'ai cru devoir me contenter du bien obtenu, et ne pas faire courir à la malade des chances qui auraient pu tourner contre elle. (*Revue méd.-chir.*)

EMPOISONNEMENT PAR L'ACONIT.

Par M. le docteur Schabel.

Un enfant de sept ans, après avoir mangé dans un jardin quelques feuilles de cette plante qu'il prenait pour de l'oseille, éprouva des vomituritions, de fortes congestions vers la tête avec léger délire. Un vomitif composé de sulfate de zinc et d'ipéca fut suivi d'un soulagement marqué. Les douleurs de l'estomac et des intestins diminuèrent; le ventre n'était plus sensible à la pression, seulement l'enfant resta plongé dans un état soporeux qui dura sept jours, pendant lesquels on pouvait à peine obtenir une réponse; déglutition paraissant pénible, extrémités fraîches, humides, tête très chaude; pouls fréquent, vibrant; pupilles fixes; suppression des urines et des selles.

Au troisième jour, il se déclara une infiltration de tout le corps depuis la tête jusqu'aux pieds, qui persista jusqu'au dixième jour. Dans l'intervalle survinrent des symptômes hydrencéphaliques, entre autres de légères convulsions. La digitale, le calomel; les fleurs de zinc, etc., des frictions avec de l'onguent stibié sur la tête furent suivis d'un plein succès.

D'après le dire du chef du pensionnat où l'empoisonnement a eu lieu, un pareil fait s'était présenté deux années auparavant. Un enfant, après avoir mangé quelques feuilles de l'aconit napel, eut un œdème de tout le corps et des convulsions dans le courant de la maladie. Il guérit aussi.

Les symptômes cérébraux qui ont prédominé dans ces empoisonnements par l'aconit confirment l'expérience des homœopathes, qui, d'après leur principe, regardent le napel comme le médicament par excellence contre les inflammations en général et principalement contre les congestions vers la tête, où il remplace le plus efficacement les saignées.

L'œdème général, que l'auteur attribue à une action spéciale de l'aconit sur la peau extérieure, nous paraît être plutôt dû à une suppression complète de l'urine et des selles, au moins pour le premier cas. (*Journ. de chim. méd.*)

LAIT FALSIFIÉ ET EMPOISONNÉ. — BEURRE D'ISIGNY.

M. Damecourt, maire de Tribehou, est l'un des plus importants cultivateurs de sa commune; il possède une vacherie qui donne le beurre d'Isigny, si connu à Paris, où il est expédié de la ferme Damecourt par milliers de kilogrammes. Mais depuis quatre ans, le lait de M. Damecourt, altéré par une cause inconnue, était impropre à la fabrication du beurre, car la crème était viciée et avait un très mauvais goût. On attribua d'abord cette cause à l'eau des abreuvoirs, que l'on fit vider et curer à vif, ce qui n'empêcha pas que le lait ne fût toujours de mauvaise qualité.

Les trayeuses, soupçonnées, furent surveillées; on en questionna quelques-unes en secret, et l'on apprit des plus jeunes filles qu'elles avaient été séduites par de mauvais conseils et par l'appât d'un peu d'argent; elles déclarèrent que deux femmes, les nommées Desdevises et Lebaron, préparaient une espèce de poison que les trayeuses introduisaient secrètement dans le lait au sortir de la mamelle des vaches.

Plainte fut portée, une instruction fut commencée; les deux accusées déclarèrent avoir agi sous l'impulsion et par ordre des sieurs Chardin et Lebas, riches propriétaires de Tribehou, ennemis politiques de M. Damecourt.

Il fut reconnu qu'en effet ces deux femmes n'avaient agi qu'à l'instigation des ennemis politiques du maire, et qu'au moyen de quelque argent, dont elles avaient gardé la plus grosse part, les femmes Desdevises et Lebaron étaient parvenues à séduire la plupart des servantes de M. Damecourt par l'entremise de la fille Desdevises, qui travaillait chez ce dernier.

Des pièces à conviction furent saisies, et leur analyse, faite par trois experts, fit découvrir que le poison que l'on introduisait dans le lait était un mélange d'urine, de fleur de soufre, de sucs de ciguë et de tanaisie pilés et filtrés ensemble. Après quelques jours, ce mélange exhale une odeur insupportable, et le principe actif qu'il contient, la *cicutine*, pourrait donner la mort, employé en quantité un peu notable.

Dans son audience du 21 décembre 1851, le tribunal de Saint-Lô a eu à juger cette affaire, qui avait attiré un auditoire nombreux à cause de la nouveauté du procès.

Le tribunal a condamné :

1° Chardin à cinq ans d'emprisonnement et 100 fr. d'amende;

2° Lebas à deux ans de la même peine et 50 francs d'amende;

3° La femme Desdevises à quatre ans d'emprisonnement et 50 fr. d'amende;

4° La fille Desdevises à deux ans de la même peine et 16 fr. d'amende;

5° La femme Lebaron à deux ans d'emprisonnement;

6° Deux trayeuses à un an de prison chacune;

7° Deux autres à six mois de la même peine.

(*Comptes-rendus du tribunal correctionnel de Saint-Lô.*)

Chronique et nouvelles.

Le bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris vient d'être renouvelé pour l'année 1852-53. Il se trouve maintenant composé comme suit :

M. Bouvier, président, en remplacement de M. Trousseau, non rééligible; M. Requin, vice-président; M. Roger (Henri), secrétaire général; MM. Bouchut et Léger, secrétaires particuliers; M. Labric, trésorier.

Le comité de publication se compose de MM. Labric, Léger, Marotte, Requin, Roger, et du conseil d'administration, dont feront partie MM. Bricheteau, Gillette, Grisolle, Monneret et Valleix.

— M. Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son cours au Collége de France le mercredi 5 mai, à midi, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

— M. Edouard Robin ouvrira, le 3 mai, par la chimie, la botanique et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès ciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils auront lieu tous les jours, les dimanches et les jeudis exceptés.

Le cours de mathématiques sera commencé à midi, celui de chimie à deux heures et demie, et celui de botanique à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Edouard Robin exposera ses recherches sur les causes de la vie dans les végétaux et les animaux, sur la respiration des végétaux et sur les moyens de prévoir les propriétés toxiques, les propriétés physiologiques et thérapeutiques quand on connaît l'action chimique sur les matières organisées mortes.

Bulletin bibliographique.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Traité comparé de chimie organique théorique et pratique, servant à l'étude et à l'enseignement de la chimie organique, par Auguste Huard. — Un vol. grand in-18., broché. Prix: 2 fr.

Traité comparé de chimie théorique et pratique à l'usage des candidats aux baccalauréats ès lettres et ès sciences, à l'Ecole Polytechnique, aux brevets de capacité d'instruction primaire et secondaire, et servant de Résumé méthodique de chimie aux professeurs et aux élèves des écoles spéciales, par Auguste Huard. Un vol. grand in-18, broché. Prix: 1 fr. 25 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie de Borrani et Droz, rue des Saints-Pères, 9, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 53. — MARDI 4 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 53. — MARDI 4 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois..... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — PARIS. Des injections d'iode dans les abcès par congestion. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (M. Sédillot). Fractures du col chirurgical de l'humérus. — Pseudarthrose guérie par le frottement des fragments. — Société de chirurgie, séance du 21 avril. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Billiard. — Classement des médecins militaires.

PARIS, LE 3 MAI 1852.

Des injections d'iode dans les abcès par congestion.

La communication faite par M. Robert dans la séance de la Société de chirurgie, dont nous publions plus loin le compte-rendu, a soulevé une discussion qui n'est pas encore terminée, et qui jettera, nous l'espérons, quelque lumière sur une question importante de thérapeutique mise à l'ordre du jour par les recherches de MM. Abeille et Boinet, et sur laquelle les praticiens ne sont point encore fixés. Dès aujourd'hui il est prouvé, par les communications de MM. Robert, Larrey et Deguise, par celle que doit faire M. Huguier, et dont M. Robert a déjà fait connaître le résultat; il est prouvé, disons-nous, que, si la méthode des injections iodées n'est pas sans efficacité, elle est loin toutefois de réussir sans exception, même dans les cas où l'on pourrait croire que toutes les conditions sont favorables au succès; car on ne peut méconnaître que le sujet de la première observation de M. Robert ne fût dans ce cas. Les exceptions une fois admises comme assez nombreuses, il ne reste plus, comme l'a d'ailleurs exposé avec tant de raison M. Robert, qu'à rechercher quelle est celle des méthodes anciennement employées ou de la méthode des injections iodées dont les succès sont les plus fréquents. Mais pour arriver à des résultats qui soient comparables, il est une condition indispensable dans toutes les statistiques relatives à la thérapeutique, et qu'on n'a pas suffisamment rappelée dans la discussion de la Société de chirurgie; cette condition, c'est d'employer d'une manière aussi exclusive que possible la méthode qu'on veut expérimenter, et par conséquent apprécier avec exactitude. Or, en répondant à M. Gerdy, l'honorable M. Boinet s'est empressé de déclarer, avec une franchise qui l'honore, qu'il avait toujours soin de prescrire un traitement général approprié concurremment avec les injections iodées. Nous croyons que cette pratique est conforme à l'intérêt des malades; mais il est certain aussi qu'elle ne peut guère conduire à la solution que l'on cherche.

Pour notre compte, tout en accordant une certaine valeur aux applications locales d'iode (soit en injections, soit autrement), nous croyons que les préparations iodées, et surtout les préparations d'iodure de fer à l'intérieur, ont une influence bien plus puissante encore. En sorte que dans un cas où l'on aurait guéri par l'emploi de ces deux moyens, c'est bien plutôt au second qu'au premier que nous serions disposé à attribuer le résultat.

Un de nos jeunes confrères nous a fait voir récemment un enfant affecté d'un vaste abcès par congestion, chez lequel on avait tenté inutilement une foule de moyens, et qui a éprouvé une amélioration des plus remarquables sous l'influence des dragées d'iodure de fer préparées par M. Gille. Ce jeune confrère, dans le but de faire marcher l'amélioration avec plus de rapidité encore, voulait joindre les injections d'iode aux dragées iodo-ferrées. Nous l'en avons dissuadé, au moins tant que l'amélioration continuerait d'une manière sensible; ce qui a toujours eu lieu jusqu'à ce jour. Si, comme tout permet de l'espérer, une guérison complète est obtenue, il est évident que le traitement interne en sera ici la seule cause.

Nous n'insisterons pas sur les raisons qui, dans les abcès par congestion, doivent faire considérer le traitement général comme beaucoup plus important que le traitement local. Ces raisons frapperont tous les praticiens, et elles n'ont certainement échappé à aucun des membres de la Société de chirurgie. Il s'agit seulement que ces raisons ne soient pas perdues de vue par ceux qui se livreront à des expérimentations propres à résoudre l'importante question soulevée au sein de la Société de chirurgie. C'est afin de prévenir un pareil oubli, si fréquent en thérapeutique, que nous avons cru utile de présenter les courtes remarques qui précèdent. — H. de Castelnau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

M. SÉDILLOT.

Fractures du col chirurgical de l'humérus.

Quatre cas fort curieux de fracture du col chirurgical de l'humérus ont été observés dans l'espace de deux mois à la clinique de M. Sédillot. Nous en indiquerons les principaux détails, et nous rappellerons quelques-unes des considérations exposées par notre savant professeur à ce sujet.

OBS. I. — Vincent Michel, douanier, âgé de dix-sept ans, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fut envoyé à la clinique le 20 janvier 1852, par M. le docteur X..., pour y être traité d'une luxation non réduite de l'humérus.

Il y a quatre semaines, le malade tomba d'un arbre haut de 3 mètres sur l'épaule droite. Immédiatement il éprouva en ce point une douleur très vive, et crut remarquer une mobilité anormale dans l'articulation scapulo-humérale. Il éprouva en même temps dans le bras droit un sentiment de faiblesse et de douleur, et dut le soutenir avec la main du côté opposé.

Dans la soirée, il se manifesta à l'épaule un gonflement qui, dès le lendemain, rendait l'examen de la lésion douloureux et difficile. Le médecin appelé à donner des soins à ce jeune homme diagnostiqua une luxation et fit quelques tentatives de réduction.

Le malade assure avoir alors senti un craquement semblable à celui qu'aurait produit la tête humérale en rentrant dans sa cavité articulaire. Cependant, après ces efforts, les mouvements restèrent très bornés, et le gonflement persista ainsi que la douleur. Quand le gonflement fut diminué, on sentit au-dessus de l'apophyse coracoïde une saillie osseuse, et l'on constata un léger raccourcissement du bras.

On fit alors de nouvelles tentatives de réduction, mais sans résultat. Par suite de ces efforts le gonflement reparut, et le lendemain, 20 janvier (vingt-quatrième jour de l'accident), on amena le malade à la clinique.

On constate alors les faits suivants :

L'épaule droite est considérablement déformée; il y a encore un peu de gonflement; mais le moignon paraît aplati. En avant de l'apophyse coracoïde on sent et l'on voit une tumeur arrondie qui semble être la tête de l'humérus. Cette tumeur est élevée et presque sur le même plan que l'acromion. En mesurant le bras du bord interne de l'acromion à l'épicondyle, on trouve un raccourcissement de 0,03 du côté malade. Les mouvements, quoique bornés, ne sont pas très gênés, et la main peut être portée sur la tête.

M. Sédillot, après cet examen, met en doute l'existence d'une luxation et diagnostique une fracture du col chirurgical de la tête de l'humérus. Il nous fait remarquer la persistance des mouvements d'élévation, la saillie encore appréciable de la tête de l'os au-dessous de l'acromion, l'élargissement de la circonférence de l'épaule, l'inégalité de l'extrémité osseuse qui soulève la peau en avant de l'apophyse coracoïde, la longueur du membre depuis cette extrémité jusqu'à l'épicondyle et l'épitrochlée, longueur moindre que celle du membre sain, de 3 centimètres. Quelques doutes ayant été néanmoins exprimés par des confrères présents sur la certitude de cette opinion, M. Sédillot fit chloroformer le malade selon sa méthode.

On versa 6 à 8 grammes de chloroforme sur une compresse pliée en forme de bonnet de police, que l'on plaça à un décimètre environ de la bouche du patient, de manière que les premières inhalations ne lui fussent pas désagréables, et que l'on pût apprécier son degré de susceptibilité à l'action de la substance anesthésique. Peu à peu on rapproche la compresse avec précaution et en tenant toujours compte de la facilité ou de la difficulté avec laquelle inspire le sujet, enlevant la compresse lorsque la résolution musculaire est complète, et la rapprochant au moindre signe de retour de la sensibilité. Huit grammes de chloroforme et sept minutes sont nécessaires pour amener la résolution musculaire. Le malade reste anesthésié quinze minutes, et consomme 12 grammes de chloroforme.

Pendant ce temps quelques tractions furent faites sur le bras, et l'on put mieux constater les diverses dispositions déjà signalées par M. Sédillot, et devenues beaucoup plus faciles à apprécier. La saillie du fragment supérieur dépassait l'acromion, et s'inclinait au-dessus de cette apophyse pendant les mouvements d'élévation de la main sur la tête. Le fragment inférieur s'était réuni en dedans au supérieur, et produisait au niveau du col une certaine inégalité. La réunion fut trouvée solide et fut ménagée.

Le 21 janvier, les efforts opérés sur le bras ont produit un gonflement assez marqué de l'épaule. On fait des applications émollientes *loco dolenti*.

Le 25, le gonflement et la douleur ont disparu; mais la tumeur qui occupait la partie antérieure de l'épaule s'est mieux dessinée, au lieu d'être arrondie, comme elle paraissait l'être à l'entrée du malade, alors que le gonflement existait encore. Cette tumeur forme une arête anguleuse, saillant immédiatement sous la peau, et large de 0,045 environ. Les mouvements sont aussi plus libres; mais le raccourcissement est toujours de 0,03.

Le 28, les mouvements deviennent plus aisés de jour en jour; le malade porte assez facilement la main sur la tête et ne souffre pas. M. Sédillot lui déclare que sa difformité est incurable, mais que les fonctions du membre se rétabliront complétement. Le malade quitte l'hôpital très satisfait de cette assurance.

OBS. II. — Liter (Michel), jeune cultivateur âgé de dix-neuf ans, bien constitué, entre à l'hôpital le 23 mars 1852.

Il rapporte que, six semaines auparavant, il fit, du haut d'un arbre très élevé, une chute sur le moignon de l'épaule; il y ressentit immédiatement une très vive douleur, mais ne perçut aucun craquement. Le bras était pendant, les mouvements impossibles, et le malade, pour retourner chez lui, dut soutenir son membre avec une écharpe.

La nuit suivante, fièvre et violentes douleurs; le lendemain, l'épaule est le siége d'un gonflement très considérable et d'ecchymoses très étendues. Un médecin consulté prescrit des fomentations d'eau blanche et une écharpe pour soutenir le bras.

Huit jours après, le gonflement avait en partie disparu, et l'on pouvait reconnaître une tumeur arrondie qui faisait saillie à la partie antérieure du moignon de l'épaule.

Les mouvements se rétablirent peu à peu, mais incomplétement, et cinq semaines après l'accident le médecin, consulté de nouveau, fit quelques tentatives de réduction en exerçant de fortes tractions sur le bras. Au dire du malade, un craquement se fit alors entendre; la tumeur qui faisait saillie en avant fut repoussée en arrière, et le bras reprit sa position normale; enfin, les mouvements redevinrent assez libres pour qu'il pût porter la main sur la tête; mais le membre ne se maintint pas réduit, et bientôt le déplacement reparut.

23 mars. — *Etat actuel*. — A l'entrée de ce malade à la clinique, on constate les faits suivants;

Le moignon de l'épaule est aplati, il existe une dépression apparente au-dessous de l'acromion; cependant la tête humérale n'est pas déplacée, et on la trouve dans sa situation normale.

En avant et en dehors de l'apophyse coracoïde, immédiatement sous la peau, on sent une tumeur saillante, de forme irrégulièrement arrondie et présentant des mamelons et crêtes plus ou moins tranchants. Cette tumeur est très élevée et dépasse en hauteur le niveau de l'acromion de 0,02. La circonférence de cette saillie est de 0,20.

Mesuré du bord externe de l'acromion à l'épicondyle, le bras malade est raccourci de 0,035.

Quand on laisse pendre le bras librement, au lieu d'être parallèle à l'axe du corps, il est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et alors la tumeur est située à 0,03 en avant du bord externe de la clavicule.

Dans l'aisselle, on sent une saillie allongée occupant la paroi interne de cette région et que l'on reconnaît être produite par l'extrémité inférieure du fragment supérieur. En faisant exécuter au coude quelques mouvements, il est facile de voir que la tumeur située en avant de la clavicule les suit et n'est autre chose que l'extrémité supérieure du fragment inférieur.

L'espace compris entre la clavicule et le sommet de l'aisselle est de 0,015 plus court du côté malade que du côté sain.

La fracture est consolidée, et les mouvements que l'on imprime au bras sont exécutés par les deux fragments réunis.

Les mouvements ne sont plus douloureux, mais ils sont encore gênés; cependant la rotation du membre est libre, et le malade peut le porter au-dessus de sa tête sans difficulté; on voit alors le fragment supérieur s'avancer au-dessus de l'acromion en s'y inclinant.

M. Sédillot tranquillise ce jeune homme, qui croyait avoir une opération à subir, et le renvoie satisfait d'en être quitte pour une simple difformité à laquelle il attache peu d'importance.

OBS. III. — Anne Mutter, balayeuse, âgée de cinquante-six ans, assez faiblement constituée et amaigrie par plusieurs maladies, entre autres par une bronchite chronique, dont elle est affectée depuis un an, entre à la clinique le 22 février 1852, et raconte que la veille elle tomba sur l'asphalte et que dans sa chute l'épaule droite vint frapper sur le manche de son balai étendu à terre. La douleur qu'elle ressentit fut si vive qu'elle ne put se relever seule et se fit conduire chez elle; mais, les douleurs augmentant, elle entra à l'hôpital.

On constate alors un gonflement considérable de toute la région deltoïdienne, quelques ecchymoses à la partie postérieure de l'épaule au point où a porté le membre.

La malade maintient avec la main droite son bras gauche immobile et abaissé le long du corps. M. Chauvin, élève interne du service, ne remarque aucune difformité et ne constate aucun raccourcissement. Cependant, lorsque le coude est écarté du tronc, la malade dit ressentir à un travers de doigt au-dessous de l'acromion une douleur profonde et peu vive. Si, au contraire, le membre, abandonné à lui-même, retombe de son propre poids, la douleur devient tellement intense qu'elle en arrache des cris.

Le 23, à sa visite, M. Sédillot croit entendre une crépitation obscure et constate un raccourcissement de 0,015, malgré le gonflement qui existe du côté malade. Ce professeur prescrit de simples fomentations résolutives, et fait préparer un bandage amidonné, qu'il se propose d'appliquer à la clinique du lendemain 24 pour contenir la fracture du col chirurgical qu'il diagnostique.

Le 24, M. Sédillot, arrivé au lit de la malade, raconte à plusieurs de ses confrères qui étaient présents et aux élèves de la clinique les circonstances intéressantes dont nous venons de faire mention. Il insiste sur l'importance que l'on doit apporter à bien pratiquer la mensuration; et, voulant joindre l'exemple au précepte, il prend un ruban métrique pour mieux faire apprécier le raccourcissement; mais, à sa grande surprise, le raccourcissement a disparu, et de quelque manière que la mensuration soit faite, la longueur du bras reste normale. Tous les mouvements sont libres lorsqu'on les imprime au membre et l'on ne découvre aucune dif-

formité. Le gonflement a déjà diminué, et l'on ne remarque pas d'ecchymose deltoïdienne ni préaxillaire.

En cet état de choses, M. Sédillot renonce à appliquer un appareil contentif; il examine dans sa leçon clinique les diverses explications possibles de ce fait curieux. La première mensuration avait-elle été pratiquée trop légèrement? s'est-on trompé ou la fracture existait-elle, et s'est-elle réduite accidentellement? M. Sédillot penche vers cette dernière supposition : et quelques jours d'expectation, dit ce professeur, montreront la vérité en reproduisant le raccourcissement, si la fracture est réelle, puisque le membre n'est pas contenu.

Le 25, dans la soirée du même jour, la fracture est redevenue évidente; il y a raccourcissement et crépitation.

A la clinique du 26, le raccourcissement persiste, et l'on reconnaît de la crépitation. La palpation fait sentir le chevauchement des fragments dans l'aisselle et au-dessous des tubérosités de la tête de l'humérus. Le diagnostic d'une fracture du col chirurgical se trouve ainsi parfaitement confirmé.

Le bras est placé dans un appareil amidonné; des compresses et des jets de bande entourent le bras, et la main, posée à plat sur le sein du côté opposé, est maintenue au moyen de circulaires, le tout recouvert de papier gris enduit de colle d'amidon; la malade dit ne pas être gênée.

Le 27, la malade ne se plaint pas de son bras, mais est incommodée par une toux qui l'empêche de dormir. On lui donne une potion avec gomme arabique, kermès et sirop diacode.

Le 1er mars, la toux a diminué; la malade supporte parfaitement l'appareil.

Le 15 mars, la malade éprouve un sentiment de gêne vers le coude; l'appareil est maintenu.

Le 20, la malade se trouve mieux; la toux a beaucoup diminué.

Le 25, levée de l'appareil; le gonflement a complétement disparu. Il y a quelques ecchymoses au coude et à l'avant-bras; mais il n'y en a aucune trace autour du moignon de l'épaule. Tous les mouvements actifs et passifs sont possibles; il n'y a ni saillie ni déformation.

La mensuration donne les mêmes chiffres des deux côtés, mais du côté fracturé on sent en avant et en dehors du col chirurgical une petite augmentation de volume.

Le 8 avril, la malade a presque tous ses mouvements aussi libres qu'avant la fracture, commence à retrouver ses forces et quitte l'hôpital.

Obs. IV. — J. V..., âgé de cinq ans, bien constitué, tempérament lymphatique, étant assis, est poussé par un autre enfant et tombe avec sa chaise le bras pris entre le dossier du meuble et le sol. Il éprouve une grande douleur vers l'épaule. On croit à une simple contusion et l'on fait des fomentations d'eau blanche continuées pendant trois semaines. Cependant les parents, inquiets de voir une tumeur persister au-devant de l'épaule, amènent au bout de cinq semaines cet enfant à la clinique.

M. Sédillot constate une saillie osseuse en avant de l'épaule droite, un raccourcissement du bras de ce même côté de 0,015, un peu de crépitation et possibilité des mouvements passifs, qui néanmoins sont douloureux.

L'enfant est chloroformé, la fracture est réduite et le membre est placé dans un appareil amidonné, où il reste un mois.

Levée de l'appareil le 4 avril : on trouve en avant de l'épaule, à l'endroit où était précédemment la tumeur osseuse, un petit abcès, que l'on ouvre avec le bistouri et d'où il s'écoule une certaine quantité de pus; les mouvements du bras sont libres et la consolidation paraît régulière.

Réflexions. — Les quatre observations que nous venons de rapporter ont donné lieu à des erreurs de diagnostic dont il importe de se garantir.

Les deux premiers cas avaient été considérés comme des exemples de luxation. Quelques personnes supposèrent, à la clinique, qu'il s'agissait de fractures du col anatomique de l'humérus. Les deux derniers cas furent méconnus plus ou moins longtemps, et pris pour de simples contusions. Il ne sera donc pas sans intérêt d'examiner avec soin les moyens de diagnostic propres à éclairer le chirurgien.

Diagnostic différentiel de la fracture et d'une luxation. — La fréquence des luxations de l'épaule et le danger de les méconnaître ou d'en négliger la réduction en temps opportun entraînent facilement à en supposer l'existence, à la suite d'une chute avec gonflement et douleur de l'épaule et impossibilité des mouvements du bras. Un peu d'attention permet cependant, ainsi que nous l'a démontré M. Sédillot, d'éviter une pareille méprise.

Dans les fractures :

1° La tête de l'humérus n'a pas quitté la cavité glénoïde, et l'on parvient ordinairement à en constater la présence au-dessous de l'acromion.

2° Les mouvements volontaires ou actifs sont paralysés par la douleur; mais les mouvements imprimés par le chirurgien, ou passifs, ne sont nullement abolis, et l'on porte assez facilement la main du malade sur sa tête, ce qui éloigne toute idée de luxation.

3° Toutes les fois que l'extrémité supérieure du fragment inférieur fait saillie d'une manière appréciable au-dessous des téguments, et peut devenir le point de départ de la mensuration, le raccourcissement que l'on constate est incompatible avec l'existence d'une luxation. La saillie du fragment représente, en effet, la tête humérale; et, comme dans la luxation, l'os du bras est intact, il conserve nécessairement la même longueur que celui du côté opposé. Lors donc que le fragment inférieur a traversé les fibres du deltoïde et est venu soulever directement la peau, comme on le voyait chez les deux premiers malades, la diminution de longueur du membre de 30 et 35 millimètres ne pouvait laisser de doute, et démontrait clairement la nature de l'accident.

Quelquefois, il est vrai, les luxations sont accompagnées d'un raccourcissement de 3 centimètres; mais ce raccourcissement se trouve compris entre l'acromion et l'extrémité inférieure du bras, et nullement entre les deux extrémités (inférieure et supérieure) de l'humérus : la méprise est donc impossible.

4° Dans les luxations en avant on trouve, comparativement à l'autre membre, mesuré dans des situations semblables, des différences de longueur très sensibles, selon que le coude est porté en avant, en haut et en dedans, ou est dirigé en dehors, en haut et un peu en arrière.

Dans le premier cas, le membre offre plus de longueur ou un moindre raccourcissement, ce qui revient au même. La raison en est facile à comprendre. Comme on fait partir la mensuration d'un point quelconque de l'acromion, l'humérus devrait théoriquement offrir un excès de longueur égal à l'intervalle compris entre sa tête et l'axe de la cavité glénoïde lorsque le coude est porté en haut et en dedans; et, d'autre part, le raccourcissement devrait aussi être égal à toute la portion de l'os laissée en dedans de la cavité articulaire si le coude était dirigé en haut, en dehors et en arrière. Les adhérences et la fixité des parties entre elles (omoplate et humérus) ne permettent pas de constater rigoureusement le changement de longueur indiqué par la théorie, mais la différence est toujours fort appréciable.

Dans les deux premières observations, le bras, mesuré comparativement dans les deux directions, présentait le même degré de raccourcissement : on n'avait donc pas affaire à une luxation.

5° Ajoutons encore que la tête humérale luxée a un diamètre étendu, qu'elle est arrondie, et que le fragment anguleux, irrégulier et assez étroit d'une fracture ne saurait être confondu avec elle. Caractère négatif d'une luxation lorsqu'il est donné de s'en assurer soit avant, soit après le gonflement des parties molles.

Les moyens de diagnostic différentiel étaient faciles et l'erreur ne reposait pas sur l'insuffisance de l'art, mais accusait l'inattention du chirurgien.

Fracture du col anatomique. — Quoique les fractures du col anatomique de l'humérus soient extrêmement rares et souvent accompagnées d'accidents mortels, on pouvait néanmoins en supposer l'existence chez les deux premiers malades. L'élévation de la chute, la violence du coup, la saillie et l'irrégularité des contours de l'extrémité supérieure du fragment inférieur en dedans et en avant de l'apophyse coracoïde semblaient, au premier abord, rendre cette opinion vraisemblable; mais un examen plus sérieux ne tardait pas à la faire abandonner.

Le point le plus élevé de la tête humérale dépasse à peine de quelques millimètres le bord supérieur de la grosse tubérosité, et, dans tous les cas où le raccourcissement est de 30 ou 35 millimètres, il faut que la fracture ait son siége au-dessous de cette tubérosité, et nullement entre elle et la partie articulaire de l'humérus, c'est-à-dire dans le sillon du col anatomique de l'os.

Ce n'était donc pas une fracture du col anatomique. Nous dirons, en outre, qu'il serait assez facile de constater la persistance des muscles sus et sous-épineux et petit-rond tendus au-dessus du fragment; mais si ces muscles et les fibres deltoïdiennes avaient été rompus et l'os porté sous les téguments, la mensuration deviendrait le seul signe différentiel et trancherait encore très nettement la question.

Contusion. — La crépitation, le changement de forme et le raccourcissement du bras font distinguer une fracture d'une contusion; mais il faut avouer que, dans le cas où les fragments resteraient régulièrement réduits, comme on en possède des exemples auxquels nous joignons notre troisième observation, le diagnostic différentiel peut être véritablement impossible.

Un chirurgien prudent s'abstiendra, en effet, d'efforts violents pour produire un déplacement caractéristique; et si le malade, obéissant à la douleur, maintient son membre dans l'immobilité, la consolidation se fera dans le temps nécessaire à la disparition des traces d'une violente contusion. M. Malgaigne a insisté sur la présence des ecchymoses deltoïdiennes et sous-pectorales, qui occupent souvent un espace fort large et mettent plus de temps à disparaître que la fracture à se réunir; mais ces ecchymoses ne sont pas constantes, et elles n'apparurent pas chez la malade de notre troisième observation. Dans la grande majorité des cas, néanmoins, les fragments abandonnés à eux-mêmes se déplaceront, comme nous en avons eu un exemple si remarquable, et les signes de fracture deviendront évidents. Ce doit être pour l'homme de l'art un motif de ne pas se fier à un premier diagnostic, et de revenir plusieurs fois à la mensuration pour apprécier l'état des parties. Le traitement, au reste, serait le même. La persistance de la douleur, du gonflement et la difficulté des mouvements commanderait l'immobilité, et le malade n'en souffrirait pas.

Fracture du col chirurgical. — Cette fracture, sous le rapport de la fréquence, est comparée par M. Malgaigne à celles du col du fémur; cependant la clinique de Strasbourg n'en a offert depuis dix ans qu'un très petit nombre d'exemples à M. Sédillot, et c'est par un hasard tout à fait extraordinaire que l'on en a observé quatre cas presque simultanément.

On pourrait croire au premier abord, et en raison du siége de la lésion entre les tubérosités humérales et les insertions des muscles grand pectoral, grand rond et grand dorsal, que le déplacement doit toujours être très grand. Il n'en n'est cependant pas ainsi, et l'expérience apprend que la persistance du rapport des fragments est une circonstance assez commune (*voy.* obs. III). Si la violence du traumatisme a été considérable, le fragment inférieur traverse le deltoïde et quelquefois les téguments.

Dupuytren, Paletta, Duvet, A. Cooper, MM. Gely et Debrou en ont rapporté des observations plus ou moins semblables aux nôtres (*voyez* obs. I et obs. II). Il ne semble pas que les fractures du col chirurgical appartiennent généralement à des vieillards, comme le croit M. Malgaigne, en se fondant sur ce fait, que le moins âgé de ses malades avait cinquante-trois ans. A. Cooper en a rencontré chez les enfants, et il signale même la saillie du fragment inférieur sous la peau et en dedans de l'apophyse coracoïde comme un symptôme constant; ce que ne confirmait pas notre quatrième observation.

Le rétablissement des mouvements a été considéré comme assez rare dans le cas des perforations deltoïdiennes, et cependant nos deux premiers malades guérirent très heureusement sans appareil. Par suite d'une disposition fort remarquable, le fragment supérieur, tiré en haut et en dehors par les muscles sous et sus-épineux, était venu arc-bouter contre le fragment inférieur, s'y était joint et consolidé, et la saillie de l'extrémité supérieure du fragment inférieur au-dessus de l'acromion n'empêchait pas les mouvements d'élévation du membre, parce que les deux fragments laissaient entre eux une sorte d'angle ouvert pour la réception du bord de cette apophyse.

Nous avons été surpris de voir chez notre plus jeune blessé (obs. IV) la fracture rester mobile et sans consolidation pendant cinq semaines, et le cal se former très vite sur les blessés des observations I et II. Ce résultat a eu probablement pour cause la disposition différente des fragments. Chez les deux premiers malades, le fragment inférieur passé au travers des fibres deltoïdiennes dut rester fixe, tandis que chez notre jeune enfant les mouvements des deux fragments avaient persisté et avaient mis obstacle à la formation du cal.

L'appréciation symptomatique que nous avons faite de chacun de ces cas curieux ne saurait laisser de doute sur la nature de la lésion, et l'on doit en conclure que le diagnostic des fractures du col chirurgical de l'humérus est plus facile, et que le pronostic en est moins grave qu'on ne le suppose généralement

Georges Herr (de Grenelle),
interne à l'hôpital civil de Strasbourg.

PSEUDARTHROSE GUÉRIE PAR LE FROTTEMENT DES FRAGMENTS et l'immobilité prolongée;

Par M. Limange.

Par la simplicité des moyens employés, mis en regard de la promptitude de la guérison, cette observation semble prouver une fois de plus que, dans le cas de pseudarthrose, une sage persistance dans la contention et l'immobilisation du membre est la première condition de la cure.

Delen, âgé de quarante-huit ans, gendarme, fut traité pendant quatre mois, par le bandage de Scultet, d'une fracture de cuisse qu'il s'était faite en décembre 1848. La consolidation n'ayant pas été obtenue, il entra à l'hôpital militaire de Bruxelles le 7 juin 1849.

C'est un homme de bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladies syphilitiques. MM. Limanges et Seutin constatent l'existence d'une fausse articulation située à la partie moyenne de la cuisse. Les fragments sont très mobiles, comme flottants, à tel point que l'on peut fléchir presque à angle droit la partie inférieure du membre sur la partie supérieure. Il y a un raccourcissement d'environ 2 pouces.

On commence par imprimer aux deux fragments des mouvements très étendus en les frottant et les pressant fortement l'un contre l'autre; au bout de cinq ou six minutes de ces manœuvres, on perçoit comme des rugosités, ce qui fait penser que les tissus qui unissaient les fragments sont déchirés.

On appliqua ensuite au malade un bandage amidonné. Il le garda trois mois. Au bout de ce temps la consolidation n'était pas encore opérée, mais l'extrême mobilité n'existait plus et le malade pouvait déjà s'appuyer sur son membre. On fit alors faire un appareil mécanique qui emboîtait celui-ci, en maintenant immobiles la pseudarthrose et l'articulation du genou : ce qui permit de marcher avec l'aide d'un bâton. Dans cet état, il fut envoyé en congé.

Au bout de cinq mois, Delen revint pour faire faire des réparations à son appareil. La consolidation est complète; le membre se meut tout d'une pièce. Il marche en s'appuyant sur le membre affecté, et sans aucun appareil; même pendant quinze jours, il s'en passe complétement; cependant il tient à le remettre encore, car le souvenir des difficultés de sa guérison lui a donné une extrême appréhension.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 avril 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le procès-verbal de la séance publique (décembre 1851) et le rapport sur les travaux de l'année de la Société de médecine de Marseille, par le docteur Sicard;

2° Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe* (année 1851);

3° L'*Annuaire de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale* (année 1852);

4° Une lettre de M. Mathieu relativement à une erreur qui s'est glissée dans un des derniers procès-verbaux. En effet, lorsque M. Chassaignac a présenté dernièrement un serre-nœud métallique, il avait signalé les perfectionnements apportés à cet instrument comme étant dus à M. Mathieu.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier annonce à la Société que, depuis trois jours, il est entré dans son service une femme présentant un nouveau cas de grossesse extra-utérine arrivée au septième mois. On entend d'une manière très manifeste les battements du cœur du fœtus, et l'on sent les mouvements à travers les parois abdominales; on sent également, par le cul-de-sac postérieur du vagin, en arrière et à droite du col, un des membres de l'enfant.

M. Huguier, qui doit revenir sur ce fait, le communique aujourd'hui à la Société pour que ses collègues puissent l'examiner.

Effets des injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Robert fait la communication suivante sur les effets des injections iodées dans les abcès par congestion.

Tous les chirurgiens savent que les abcès par congestion dépen-

dant d'une lésion de la colonne vertébrale se terminent presque toujours par la mort, soit qu'ils aient été abandonnés à eux-mêmes, soit qu'ils aient été soumis à l'une des nombreuses méthodes de traitement connues jusqu'à ce jour. Souvent même, les efforts tentés pour les guérir n'ont d'autre effet que de précipiter la mort des malades.

Découragé de ces tristes résultatats, « je me bornais, depuis plusieurs années, à l'emploi des ponctions sous-cutanées », presque toujours exemptes de danger, mais malheureusement aussi presque toujours palliatives. Aussi avais-je entendu avec une vive satisfaction M. Boinet faire connaître à la Société de chirurgie les effets salutaires des injections iodées sur les abcès de cette espèce ; j'y voyais la solution d'un des problèmes les plus importants, les plus difficiles de la chirurgie pratique.

Pendant quelque temps, je dois le dire, je reculai devant l'emploi de ce moyen : je n'étais pas, en effet, sans craintes sur les suites de la suppuration de ces vastes abcès. Cependant, une occasion favorable s'étant récemment offerte dans mon service à l'hôpital Beaujon, j'ai cru devoir en profiter; et, pour éviter toute cause d'erreur, j'ai désiré que M. Boinet fît lui-même, sous mes yeux, l'application de sa méthode.

Le résultat de ce traitement n'a pas été celui que j'attendais. Il y a plus : deux autres faits malheureux que j'ai observés depuis ont singulièrement ébranlé ma confiance, et me font craindre que M. Boinet ne se soit fait illusion.

Je suis loin, toutefois, de regarder les injections iodées comme étant sans effet sur les abcès par congestion; leur action est, au contraire, incontestable, évidente et très remarquable. Sous leur influence, en effet, on ne voit pas survenir tous les phénomènes graves qui suivent de si près et si constamment l'ouverture de ces abcès; à savoir : d'abord l'inflammation de la membrane pyogénique, la tension, la sensibilité des parois de l'abcès, la réaction fébrile ; puis l'altération du pus, qui devient fétide et dans lequel se forment des gaz hydro-sulfureux plus ou moins abondants, la résorption de ce pus vicié, et les symptômes généraux d'intoxication putride ; enfin le dévoiement colliquatif et le marasme par suite de l'abondance et de la durée illimitée de la suppuration.

Lorsqu'on soumet les abcès symptomatiques à l'emploi des injections iodées, le foyer s'enflamme peu ; le pus est à peine fétide ; les malades n'ont d'abord pas ou presque pas de fièvre ; ils semblent échapper à l'intoxication putride et à ses redoutables effets ; leur état donne de l'espoir ; mais la maladie ne se termine pas pour cela. La suppuration persiste plus ou moins abondante ; les forces et l'appétit diminuent ; il survient de l'amaigrissement, de petits accès fébriles le soir, ou un état fébrile continu et léger, du dévoiement, en un mot, ce qu'on connaît sous le nom de fièvre hectique. Arrivé à cette période, et avant de se trouver dans un état d'épuisement extrême, l'organisme est livré sans défense à l'influence des agents extérieurs. Le moindre accident amène des conséquences graves : un léger refroidissement produit une pleurésie suivie de suppuration, ou une pleuropneumonie mortelle, etc..... Ainsi, on le voit, les malades n'en succombent pas moins par les injections iodées qu'après les autres modes de traitement ; seulement ils arrivent au terme fatal par une voie plus longue et moins orageuse. Voilà, je le crains, toute la différence qu'il soit permis de signaler.

Il me reste maintenant à mettre sous les yeux de la Société les faits que j'ai pu observer ; ils sont au nombre de trois. Deux me sont propres ; le troisième appartient à M. Huguier, mon collègue, qui sans doute voudra bien en communiquer lui-même tous les détails.

Obs. I (recueillie par M. Duclos, interne de service). — Le nommé Pian (Pierre), âgé de vingt-sept ans, cocher, est entré le 20 novembre 1851 à l'hôpital Beaujon, où il fut couché au n° 282 du deuxième pavillon.

C'est un homme de petite taille (quatre pieds sept pouces environ), d'une bonne constitution, au visage pâle, aux téguments blancs et décolorés, sans embonpoint, ayant les joues un peu creuses, s'étant toujours très bien porté jusqu'à l'accident dont nous allons parler. Jamais il n'avait eu de toux, jamais d'hémoptysie, jamais de palpitations. Son père est bien portant et vit encore ; sa mère est morte d'une gastrite à l'âge de trente-huit ans. Quant à lui, il n'a jamais été malade. Il avoue avoir fait quelques excès de femmes. Relativement à la cause de sa maladie, il nous apprend qu'il a toujours été bien nourri, qu'il buvait du vin chaque jour avec modération, que souvent il a couché dans un endroit humide.

En 1849, il y a quatre ans, il est tombé d'une échelle d'environ quinze pieds de hauteur ; voyant qu'elle chavirait, il a sauté, est tombé sur les talons. Immédiatement il ressentit une petite commotion (textuel) dans le milieu de la région des reins ; mais il ne s'en préoccupa pas d'abord, car le même jour il put reprendre ses travaux. Cependant un mois après cette chute il fut pris de douleurs de reins qui allèrent chaque jour en augmentant ; il eut la région lombaire toute courbée en avant (textuel), à tel point qu'au bout de très peu de jours il fut obligé de cesser tout travail. Enfin au mois d'avril 1849, six semaines environ après l'accident, il fut obligé d'entrer à l'hôpital.

Il fut reçut à la Pitié dans le service de M. Gendrin. Il ne présentait à cette époque pas d'autres symptômes que ceux déjà indiqués, c'est-à-dire de grandes douleurs de reins et une courbure en avant de la région lombaire assez prononcée, puisqu'il dit qu'il était ployé en avant, et qu'il ne pouvait redresser son corps, ni le ployer davantage en avant. Il fut traité par les bains sulfureux fréquemment répétés, par des applications de vésicatoires volants aux lombes, et enfin on lui mit en deux fois douze cautères aux reins, six de chaque côté. Sous l'influence de ce traitement, le malade dit qu'il ressentit quelque soulagement, mais qu'il ne fut pas guéri. Les douleurs lombaires, qui n'avaient jamais été continuelles, mais qui revenaient par paroxysmes, revenaient encore par moment comme avant ce traitement ; seulement, elles étaient moins intenses. En outre, son corps s'était un peu redressé, et il était moins courbé en avant. Heureux de ce soulagement dans son état, il quitta la Pitié au bout de quatre mois, c'est-à-dire au mois d'août 1849, pour essayer de reprendre ses travaux.

Les douleurs de reins revinrent comme par le passé, non pas continuelles, mais par moments ; elles étaient très intenses. Il lui sembla alors que la douleur traversait transversalement les reins pour venir aboutir en se terminant à la hanche droite. En même temps il ne pouvait plus ployer son corps en avant. Il s'efforça de continuer cependant son travail, et le mal alla toujours en augmentant. Cependant son état général se soutint assez bon pendant dix-huit mois.

Enfin au mois d'août 1851, il vit apparaître dans l'aine droite la tumeur qu'il présentait quand il est entré à l'hôpital Beaujon, tumeur d'abord grosse comme un petit pois, puis comme une aveline ; elle a augmenté peu à peu et très lentement de volume, sans jamais être douloureuse, et toujours recouverte par les téguments ayant leur aspect normal. C'est à cette époque que vinrent les douleurs de reins, augmentant et persistant toujours. En même temps que la tumeur se développait progressivement, comme d'ailleurs il ne pouvait plus du tout travailler, il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon le 20 novembre 1851.

Etat actuel (*le* 29 *janvier* 1852). — La première fois qu'il nous a été donné d'observer ce malade, voici ce que nous avons constaté : tumeur dans l'aine droite, au-dessus du pli de la cuisse, ovoïde, du volume d'un œuf de poule, dirigée transversalement, s'arrêtant à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure par son extrémité externe, et à 6 centimètres en dehors de la symphyse pubienne par son extrémité interne, sans changement de couleur, de température, ni d'aspect à la peau, élastique, mate à la percussion, fluctuante. Au bout de quelques jours M. Robert fit une ponction sous-cutanée dans cette tumeur, et la vida d'un pus homogène bien lié (environ 150 grammes). Les douleurs de reins persistèrent malgré cette ponction, et la pression sur la colonne vertébrale, à la partie supérieure des lombes, restait douloureuse.

A cette date, M. Robert ayant prié M. Boinet de traiter le malade s'il jugeait le cas favorable aux injections iodées, M. Boinet fit sa première ponction et sa première injection iodée. Il retira deux verres de pus séreux non fétide.

Il n'en résulta pas d'autres accidents qu'un peu de céphalalgie et un coryza, qu'on dut attribuer à ce que le malade était resté longtemps découvert le matin.

Le malade allait bien ; il sortit le 8 février suivant pour ses affaires, et rentra deux jours après très fatigué.

Le 14 février, on fit une deuxième ponction et une deuxième injection iodée. Le pus était verdâtre et un peu fétide. Cette fois, pas d'accidents ; seulement la peau est un peu chaude, le pouls fréquent tous les soirs.

Le 19, troisième ponction et troisième injection iodée. On retire un verre de pus jaunâtre un peu fétide. Pas d'accidents.

Le pus est devenu blanc-crémeux, n'est plus fétide depuis la dernière opération. L'état général est assez bon. Le malade se lève et mange une portion. Cependant l'appétit se perd de jour en jour. La peau est chaude, le pouls un peu fréquent le soir, à 100 pulsations.

Le 9 mars, quatrième ponction et quatrième injection iodée, avec 50 grammes de teinture d'iode pure cette fois. Le malade, qui chaque fois pendant l'injection a accusé un goût d'iode dans la bouche, le ressent cette fois au bout d'une minute à peine après le commencement de l'injection. Pas d'accidents le premier jour. Mais le lendemain, 10 mars, malaise, envies de vomir, visage congestionné, peau brûlante, pouls fréquent, à 96 pulsations. Ce malaise dure huit jours.

Enfin, le 19 mars, le malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, avec dyspnée intense. Matité à la base du poumon droit, et râles sous-crépitants à grosses bulles, sans souffle, dans les 2/3 inférieurs du poumon droit en arrière de la poitrine ; langue sèche ; pouls à 110 ; soif vive. — G. S. J. sirop ipéca 109 ; sirop tolu 109. Vésicatoire. Diète.

La pleurésie purulente marcha en dépit de tout traitement. Il survint de la diarrhée, un amaigrissement très rapide ; il se forma une eschare au sacrum et une au dos, dans la place qu'occupait le vésicatoire ; et le 14 avril le malade mourait à sept heures du soir.

A l'autopsie nous avons trouvé :

A. *Dans la cavité crânienne*, un verre de sérosité sanguine sous l'arachnoïde et dans les ventricules ;

B. *Dans la poitrine*, une pleurésie purulente à droite ; un demi-litre environ de sérosité purulente, comprimant le poumon, qui était très petit et ratatiné. Des fausses membranes de date récente tapissent les deux feuillets de la plèvre.

Le feuillet pariétal, dans les points où il recouvrait les articulations des six dernières côtes avec la colonne vertébrale (où nous verrons qu'existait une lésion osseuse assez compliquée), avait un demi-pouce environ d'épaisseur.

Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons ; tous deux étaient gorgés de mucosités bronchiques, écumeuses. Le droit, dans tout son lobe inférieur, offrait les caractères d'une pneumonie au degré d'hépatisation rouge.

C. *Dans l'abdomen*, il n'y avait pas de sérosité dans le péritoine.

L'abcès de l'aine, du volume d'une petite noix, avait pour parois, en avant, *fascia superficialis* et peau ; en arrière, aponévrose du grand oblique. Il communiquait : 1° en avant, avec l'air extérieur par deux ouvertures fistuleuses de la grosseur d'une tête d'épingle ; 2° en arrière, avec un long trajet se prolongeant dans la gaîne du muscle psoas, dans lequel trajet on pouvait introduire une sonde de femme. Ce trajet allait aboutir à la partie latérale droite et inférieure du corps de la onzième vertèbre dorsale, au niveau du trou de conjugaison. Là, on sentait la partie postérieure du corps de cette vertèbre à nu. Les membranes rachidiennes étaient décollées dans l'étendue d'un pouce verticalement. L'ouverture supérieure de ce trajet était si petite qu'on ne pouvait la trouver qu'avec un stylet-aiguille de trousse. Sur la partie latérale droite de la onzième vertèbre, il y avait un petit foyer du volume d'une aveline, rempli de pus, dont les parois étaient constituées par un tissu cellulaire assez dense adhérant aux côtes, aux corps des vertèbres voisines, et en avant au feuillet pariétal de la plèvre épaissie. Ce petit foyer, en forme de diverticulum latéral, communiquait par le trou de conjugaison avec l'ouverture supérieure du long trajet situé dans la gaîne du psoas, comme on s'en assurait en courbant à angle droit le stylet enfoncé dans la gaîne du psoas ; car il s'engageait alors dans ce petit diverticulum latéral. Dans la gaîne du psoas, le trajet purulent était noir-verdâtre. Les nerfs étaient disséqués et paraissaient aplatis. L'ouverture inférieure du trajet purulent de la gaîne du psoas était une fente transversale de 4 lignes d'étendue, située immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, en dehors des vaisseaux fémoraux. Le corps de la onzième vertèbre dorsale présente sur toute sa partie droite des crêtes rugueuses en forme de stalactites osseuses. Il est rougeâtre, rosé, ainsi que ceux des dixième, neuvième, huitième vertèbres dorsales (traces évidentes d'ostéite). Entre la onzième et la douzième dorsale, le disque intervertébral a complétement disparu. Il en est de même entre les huitième et neuvième dorsales. La tête de la douzième côte est nécrosée. La moelle était dans une intégrité complète. Il n'y avait de pus que sur la partie latérale droite et inférieure de la onzième dorsale. Dans le canal rachidien, au point correspondant à cette partie, et où nous avons dit que les membranes d'enveloppe de la moelle étaient détachées des os, nous n'avons pas trouvé le moindre épanchement purulent.

Les articulations costo-vertébrales des cinq dernières côtes de chaque côté, sauf la douzième du côté droit, étaient le siége d'arthrites purulentes. Nous avons pu couper très facilement quelques-unes des têtes de ces côtes en tranches très minces, très vascularisées. La colonne vertébrale, dans toute la portion dorsale, paraît avoir subi un tassement. Sa courbure en cette région forme un arc dont la corde n'a que 13 centimètres.

De plus, les corps de la neuvième et de la dixième dorsale sont soudés. Nous n'avons pu voir aucune communication entre le foyer purulent qui, situé sous la plèvre, entourait toutes les lésions osseuses précédentes et la cavité pleurale elle-même.

Remarques. — 1° M. Robert appela notre attention sur la petitesse de l'ouverture supérieure du trajet purulent situé dans la gaîne du psoas, nous faisant remarquer combien il aurait été difficile ici de faire pénétrer l'injection iodée jusqu'à la lésion osseuse. 2° Il nous fit observer aussi que ce fait porte avec lui l'enseignement suivant : la maladie des vertèbres, l'ostéite, survenue chez ce sujet à la suite d'une chute sur les talons, et probablement à cause du tassement qui avait été la conséquence de cette chute, a amené un abcès par congestion, dont la cure radicale par les injections iodées semblait devoir être d'autant plus assurée, que l'abcès ne semblait pas lié à une maladie tuberculeuse des vertèbres. L'insuccès des injections iodées dans le cas actuel mérite, pour cette raison, d'être enregistré.

Obs. II. — Un jeune homme a été traité par M. Boinet à l'hôpital Saint-Louis au mois de décembre dernier. Il était paraplégique et portait dans la région lombaire gauche un vaste abcès par congestion. Trois injections iodées ont été faites par M. Boinet. Il n'y a pas eu d'abord d'accidents graves ; mais plus tard les téguments de l'abcès se sont gangrenés, la suppuration est devenue excessive.

Aujourd'hui le malade, admis depuis peu de jours à l'hôpital Beaujon, est dans un état de marasme et de fièvre hectique qui fait craindre une issue prochainement funeste.

M. Boinet ne croit pas avoir dit qu'au moyen de cette méthode on pouvait tout guérir ; il y a des réserves à faire suivant les cas. Si M. Robert a cité deux cas malheureux, à son tour il pourra en citer d'autres dans lesquels il y a eu guérison.

Suivant lui, on ne peut pas ranger un des faits de M. Robert parmi les faits ordinaires ; il y avait eu une fracture : c'était une complication. Dans quel état a-t-il pris le malade ? Dans un état déplorable, et cependant à la première ponction M. Robert lui-même avait trouvé de l'amélioration.

Que s'est-il passé ensuite ? Le malade descend au jardin par un temps froid ; il gagne une pleurésie ; dès lors il a dû cesser le traitement, et c'est à cette interruption qu'il faut attribuer les symptômes fâcheux.

Chez l'autre malade de M. Huguier les chances étaient-elles meilleures ? Non ; malgré cela, il a accepté le malade ; il a pratiqué une ponction, et à la sortie du pus il y a eu un bien-être marqué. Il faut noter ici que les injections n'ont amené aucun accident.

Le point essentiel dans ce traitement, ajoute M. Boinet, c'est de ne pas l'interrompre et de ne pas le cesser trop tôt. Pour peu qu'il reste de la carie, les accidents reparaissent.

Quant à dire que cette méthode est mauvaise, les cas de guérison qui ont été observés par MM. Chassaignac, Menière, Demarquay et Houel sont là pour prouver le contraire.

Dans ce moment encore, il y a dans le service de M. Guersant un malade traité par cette méthode et qui a obtenu de l'amélioration ; malheureusement un nouvel abcès s'est manifesté de l'autre côté.

M. Robert dit que cette méthode n'est pas la seule qui guérisse, témoin les observations d'Abernethy, de Boyer, de Lisfranc, etc. Il y a plus, la nature seule guérit quelquefois.

La question est de savoir si cette nouvelle méthode guérit plus souvent et même aussi souvent que les autres. Si M. Boinet trouvait les malades qui lui ont été présentés dans de trop mauvaises conditions, il ne devait pas les accepter. M. Robert affirme que le malade opéré par M. Boinet dans son service n'était point en mauvais état avant les injections iodées ; il avait subi deux ponctions sous-cutanées qui n'avaient amené aucune perturbation dans sa santé générale.

Dans toute méthode, du reste, avant de proclamer les guérisons, il faut observer les malades et les suivre encore un certain temps ; car il peut arriver qu'on pense qu'ils sont guéris, tandis que la guérison n'est qu'apparente.

Tant que les fistules ne sont pas fermées depuis longtemps, la maladie n'est pas terminée, et il suffit de l'existence d'une fistule très petite pour que le malade soit encore exposé à de graves accidents.

Si les injections iodées agissent directement sur les os, comment faire lorsqu'il est matériellement impossible, sans s'exposer à des ruptures, de faire parvenir le liquide jusque sur le point malade ?

M. Robert termine en insistant sur la nécessité d'examiner avec beaucoup de soin quelle est la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique introduite dans la chirurgie. Il sent à cet égard sa confiance singulièrement ébranlée. Le but de sa communication est donc de faire appel à l'expérience de ses collègues, afin d'étudier de nouveau la question du traitement des abcès par congestion et de la résoudre s'il est possible.

M. Boinet prétend que l'effet des injections iodées est d'améliorer l'état général dans les cas les plus désespérés ; la fièvre hectique cesse et le pus est modifié avantageusement. Des cas analogues à ceux que M. Robert vient de citer se représenteraient, il n'hésiterait pas à agir comme il a fait.

Quant à l'impossibilité de faire pénétrer le liquide par des trajets qu'un stylet ne peut traverser, elle cesse si l'opérateur a le soin de placer le malade convenablement, de manière à avoir un courant ; non-seulement le liquide arrive par son poids, mais il y a même imbibition au contact. Pour ce qui est de l'intoxication par l'iode, il n'y a rien à craindre.

M. Robert. En supposant même que l'injection pénétrât dans toutes les anfractuosités du foyer, que pourrait-elle faire sur des masses tuberculeuses, sur des portions nécrosées ? On conçoit que le pus soit modifié, que l'ostéite suppurante soit également modifiée ; mais il faut s'arrêter là.

La modification que subit la membrane pyogénique n'empêche pas le pus d'être sécrété en aussi grande abondance, et cette persévérance de la suppuration épuise le malade.

Dans un des cas qui nous occupent, M. Boinet a pensé que, la pleurésie étant survenue, il fallait suspendre les injections ; pour M. Robert, c'est une question. Du reste, elles n'ont pas été continuées ; mais uniquement parce que l'état de faiblesse extrême du malade s'y opposait.

M. Robert n'a pas seulement étudié l'effet des injections iodées dans les abcès symptomatiques, il a essayé ce moyen dans deux kystes de l'ovaire, et dans ces deux circonstances il n'y a eu qu'une guérison apparente.

Dans l'un de ces faits, qui a été donné par M. Thomas, dans sa thèse inaugurale, comme un cas de guérison, bien qu'il restât un petit trajet fistuleux, la mort est survenue au bout de six mois ; il n'y a pas eu, à la vérité, d'accidents foudroyants, mais les résultats n'en ont pas moins été fâcheux.

M. Huguier, ne voulant pas, dans une question aussi intéressante, s'en fier à sa mémoire, annonce qu'il communiquera dans une des

prochaines séances l'observation d'un des malades chez lequel des injections ont été faites pour un abcès par congestion.

M. Deguise fils a eu aussi l'occasion d'employer les injections iodées pour un abcès par congestion, et voici dans quelles circonstances :

La maladie était ancienne ; elle remontait à deux ans ; les préparations iodées avaient été administrées à l'intérieur pendant dix-huit mois. Le malade avait deux trajets fistuleux au-dessus de l'aine : l'un à droite, l'autre à gauche. M. Deguise, ayant essayé en vain, à plusieurs reprises, de faire pénétrer l'injection, eut l'idée de fermer complétement les orifices fistuleux pendant trois jours. Au bout de ce temps, ayant levé l'appareil, une grande quantité de pus s'écoula, et l'injection pénétra avec la plus grande facilité. M. Deguise a pensé que l'injection avait pénétré jusqu'aux surfaces malades ; car en la poussant d'un côté, on la voyait revenir par l'autre. Les injections furent continuées pendant six mois. Dans les premiers temps, elles ne furent d'abord pratiquées que tous les quinze jours, puis tous les huit jours ; et enfin, dans les derniers temps, elles étaient faites tous les trois jours. Malgré ce rapprochement des injections, il n'y eut pas la moindre modification heureuse, soit dans l'état général lui-même, soit dans la sécrétion purulente. Le malade succomba, comme tous ceux qui sont atteints du mal de Pott, épuisé par la fièvre hectique, la diarrhée, etc.

M. Guersant a eu plusieurs fois l'occasion d'employer la méthode des injections, et voici quels ont été les résultats : dans trois abcès articulaires le succès a été complet ; mais dans deux autres cas il n'a pas été aussi heureux.

Dans le premier, il s'agissait d'une coxalgie compliquée d'un vaste foyer occupant la moitié de la cuisse. Dès le premier jour il survint des accidents très graves qui nécessitèrent un débridement le lendemain. L'alcoolature d'aconit fut employée sans succès, et la mort survint le septième jour. A l'ouverture, on trouva une carie de la cavité cotyloïde.

Chez un autre malade, la gravité des accidents survenus dès la première injection a dû l'empêcher d'y recourir de nouveau.

M. Guersant termine en disant qu'il n'a jamais employé cette méthode de traitement pour la carie vertébrale.

Suivant M. Gerdy, la méthode des injections iodées ne serait pas aussi nouvelle qu'on semble le croire. En effet, il y a longtemps que M. Lugol avait donné l'exemple, dans son service, de faire dans les maladies scrofuleuses des injections avec des préparations d'iode, et les résultats qu'il obtenait étaient généralement assez avantageux ; mais, outre cette méthode purement locale, M. Lugol soumettait ses malades à une hygiène convenable, et c'était là aussi une des parties prédominantes du traitement.

Dans la plupart des maladies des articulations ou de la colonne vertébrale, il ne faut pas oublier qu'il y a presque toujours un état complexe.

M. Gerdy, dans les affections de ce genre, n'a jamais employé d'autre méthode que les moxas, et il a obtenu d'assez beaux résultats pour ne pas changer son traitement. Il cite l'exemple d'une marchande de bois qui, au milieu d'une contre-danse, sentit tout d'un coup un craquement dans la colonne vertébrale ; une gibbosité s'était produite. A la suite de l'application continuée des moxas, cette malade a retrouvé la santé, est redevenue mère, et n'a succombé que longtemps après à une affection de la vessie.

M. Boinet a étudié avec soin tout ce que M. Lugol a publié sur l'emploi de l'iode ; jamais, dans ses écrits, il n'est fait mention de l'emploi des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. M. Lugol cherchait à saturer l'économie d'iode, et, pour cela, il l'employait sous forme de lotions, de cataplasmes ; il ne se servait pas des trajets fistuleux pour faire pénétrer cette substance. Du reste, il ne veut pas non plus qu'on s'en tienne à un traitement purement local ; il faut aussi un traitement général.

M. Larrey annonce qu'il communiquera dans une des prochaines séances l'observation d'un malade qu'il avait présenté à la Société, et chez lequel l'emploi des injections iodées n'a pas empêché la maladie de se terminer d'une manière fâcheuse ; à cette occasion, il insiste sur l'importance de compléter toutes les communications qui sont faites à la Société.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente à la Société le jeune homme chez lequel il a pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur pour un polype siégeant dans l'arrière-bouche et dans les fosses nasales. Ce malade, qui avait été dans ces derniers temps l'objet d'une discussion sur l'opportunité du procédé opératoire, est aujourd'hui dans un état satisfaisant. Grâce à un obturateur en gutta-percha fait par M. le docteur Devillemur, la phonation et la mastication s'exécutent sans peine. Dans les premiers temps de l'application de l'appareil, il s'est produit un phénomène assez curieux : comme le rebord de l'obturateur appuyait sur la joue, près du canal de Sténon, la salive coulait le long de l'obturateur avec une assez grande rapidité ; M. Maisonneuve y a remédié en pratiquant quelques petits trous le long de l'obturateur. Ce sont les propres dents du malade qui ont été employées pour la confection de l'appareil.

M. Maisonneuve ajoute que l'examen de la tumeur a démontré que le centre était formé par du tissu fibreux, et l'extérieur par du tissu fibro-plastique. Un avantage de l'incision de la joue, telle qu'elle a été pratiquée, c'est que la direction entre les deux branches cervico-faciales du nerf facial est un moyen d'éviter la paralysie. Chez ce malade, en effet, la paralysie est presque nulle.

L'ablation d'une portion assez considérable du nerf buccal avait pu faire craindre d'autres accidents graves de paralysie ; eh bien, il n'en a rien été ; il y a seulement un peu de paralysie de la sensibilité de la muqueuse.

M. Giraldès demande si le gutta-percha a été employé pur dans la confection de l'instrument ; car si on l'a employé pur, l'instrument peut se déformer par la chaleur ; peut-être vaudrait-il mieux mélanger le gutta-percha au caoutchouc.

M. Maisonneuve répond qu'il est pur, et qu'il a seulement subi une préparation analogue à la volcanisation du caoutchouc. Le squelette de l'obturateur est en or et argent.

M. Gerdy dit que le malade présente un phénomène physiologique fort remarquable. Dans l'opération, tout le maxillaire supérieur avait été enlevé et avec lui le nerf sous-orbitaire, et cependant il n'y a plus d'insensibilité de la face.

Lui aussi a eu occasion d'enlever le nerf sous-orbitaire pour extirper une tumeur située dans cette région ; il y a eu pendant quelque temps paralysie de la sensibilité, mais actuellement cette paralysie n'existe plus. Le retour de la sensibilité dans ces cas lui paraît un fait des plus curieux.

M. Gerdy ajoute qu'il est bien important que la chirurgie apporte son contingent d'expériences dans cette partie de la physiologie, car il lui semble que bien souvent les recherches pathologiques sont en désaccord avec les idées physiologiques.

M. Robert demande à M. Gerdy si les nombreuses anastomoses nerveuses ne peuvent pas contribuer au rétablissement des fonctions momentanément suspendues.

Revenant ensuite sur l'idée du procédé opératoire, il demande si Dieffenbach et Michaud (de Louvain) n'avaient déjà pas recommandé de pratiquer l'incision de la joue dans la direction que M. Maisonneuve a suivie.

M. Maisonneuve croit que c'est M. Flaubert (de Rouen) qui a pratiqué le premier l'opération de cette manière.

A propos des remarques de M. Gerdy, il répond que quelquefois, très peu de temps après l'opération, quand la cicatrice se fait, on voit se former autour de la solution de continuité un cercle ferme qui pourrait faire croire que tout l'os n'est pas enlevé. Il se reconstitue quelque chose de solide dans la joue et dans la face, et une sorte de nouvelle arcade dentaire.

M. Denonvilliers. Parmi les paralysies du sentiment ou du mouvement qui succèdent aux lésions des nerfs, il en est qui persistent, d'autres qui cessent au bout de quelque temps. Ces différences correspondent à des différences dans la nature ou l'étendue des lésions. S'il y a simple section du nerf, si même il n'y a qu'une légère perte de substance, il est assez ordinaire de voir la paralysie ou l'insensibilité cesser au bout d'un certain temps. C'est là une circonstance qui a été remarquée par tous ceux qui ont pratiqué des sections de nerfs pour remédier aux paralysies faciales, et qui avait déterminé A. Bérard à substituer, dans ces cas, à la simple section, l'excision d'un bout assez considérable du tronc nerveux. Si, en effet, le nerf a subi une perte de substance, la paralysie persiste ordinairement. Ainsi s'expliquent, dans certains cas au moins, ces différences dans les résultats qui ont frappé notre collègue M. Gerdy. Dans le cas actuellement soumis à notre observation, le nerf sous-orbitaire ayant été enlevé en entier avec l'os maxillaire supérieur, il semble impossible qu'il n'y ait pas paralysie complète du sentiment. C'est effectivement ce qui a lieu, et cette paralysie porte sur toute la joue et sur la narine du côté correspondant à l'opération.

M. Giraldès, revenant sur le procédé opératoire, croit qu'il a été également mis en usage à Londres trois ou quatre fois par Fergusson.

M. Demarquay pense que la persistance de la sensibilité est due à la conservation de la branche temporo-faciale.

M. Gerdy objecte que dans le cas qui lui était particulier la tumeur était cancéreuse ; elle occupait une partie du sinus et de la cavité orbitaire. Le sinus maxillaire ne fut ouvert que par sa partie supérieure. Dans les premiers temps il y eut bien des signes de paralysie, mais aujourd'hui ils ont entièrement disparu.

Il ajoute que la pathologie présente de si fréquentes contradictions avec certaines lois physiologiques, qu'il y a de quoi ébranler les convictions les plus fermes. A ce sujet, il rappelle le fameux cas de ramollissement de la moelle de Bulner. La moelle était diffluente. M. Magendie, qui était présent à l'autopsie, dit alors : les membranes de la moelle transmettent donc. Pour lui, il avoue que malgré tous les progrès de la science, il est des faits que la physiologie et la pathologie ne peuvent expliquer.

M. Denonvilliers dit qu'il croit à l'existence bien distincte des nerfs du sentiment et du mouvement.

M. Gerdy termine en disant qu'il est bien loin de repousser tout ce qui a été fait, mais que les vivisections ont encore beaucoup à faire pour tout démontrer.

CORRESPONDANCE.

Gangrène et diabètes.

Corbigny, le 28 avril 1852.

Monsieur le rédacteur,

Pour répondre au désir de M. Marchal (de Calvi), je viens vous donner communication d'une observation de glucosurie compliquée de gangrène spontanée. Il est probable que maintenant une observation plus attentive fera admettre comme cause de la gangrène spontanée, et peut-être d'autres affections, comme l'observation suivante tendrait à le faire croire, une altération dans la nature de la sécrétion urinaire.

M. R..., aubergiste, âgé de cinquante-deux ans, se plaint de douleurs dans les reins, qui, quelquefois, ont été assez intenses pour le forcer à marcher avec des béquilles, et même pour nécessiter le séjour au lit pendant deux ou trois jours. Contre ces douleurs, il a employé pour toute médication de grands bains, qui amenaient un peu de soulagement. Depuis dix ans, une sciatique s'est manifestée dans le membre gauche ; elle coïncidait avec l'acuité des douleurs de reins.

En 1850, le malade alla aux eaux de Bourbon-l'Archambault dans le but d'obtenir la guérison de la sciatique, qui à ce moment déterminait des douleurs intolérables, lesquelles résistèrent à tout l'arsenal thérapeutique dirigé contre elles ; l'usage de ces eaux pendant quinze jours ne produisit aucune amélioration, mais un mois seulement après son retour les douleurs disparurent pendant dix mois. Après cette époque, vers le mois de mai 1851, les douleurs de reins reparurent et, au dire du malade, descendirent dans la cuisse, où elles se firent simultanément sentir. Elles persistèrent ainsi toute l'année 1851 et les deux premiers mois de 52 ; depuis, la douleur est moins vive, mais le moindre travail la rappelle.

En février 1851, je vis le malade pour une inflammation de nature phlegmoneuse ayant son siége sur toute la région métatarsienne du pied gauche, et qui intéressait plus vivement la surface dorsale du troisième orteil. Un point noir, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, se forma à la jonction de la première avec la deuxième phalange ; la suppuration s'établit dans ce lieu, et ne fut tarie qu'après quinze jours de pansements.

Le 16 avril 1852, je fus mandé près du malade, aubergiste de profession et, comme tel, obligé de boire souvent avec plusieurs individus, sans cependant jamais s'enivrer. Il est atteint depuis quinze jours d'une rougeur intense sur la région métacarpienne interne du pied droit. L'épiderme du petit orteil est entièrement soulevé à sa partie dorsale et externe par de la sérosité ; cet épiderme enlevé laisse voir les tissus entièrement sphacélés. La sensibilité est entièrement éteinte dans cet orteil ; j'ai pu enlever la première phalange sans déterminer la moindre douleur. Depuis, un nouveau sphacèle s'est formé sous la plante du pied, au niveau du second métacarpien. Il s'écoule de ces deux plaies une sanie rougeâtre, sans odeur bien appréciable.

Chez ce malade, la langue est large, humide ; jamais de céphalalgie. Rien du côté des organes respiratoires. Les mouvements du cœur sont mous ; le pouls à 65 ; point de sensibilité abdominale ; la faiblesse musculaire considérable. Il y a chez lui une soif vive, qui, à son dire, existe depuis au moins dix ans : il boit chaque jour quatre à cinq litres d'eau fraîche. L'appétit est bon, les digestions faciles ; le teint est blanc, les pommettes [illegible]es, l'embonpoint suffisant. Il y a plus de dix ans que les fonctions génésiques sont éteintes complétement ; la vue s'est affaiblie graduellement depuis la même époque. Avant d'être retenu au lit par l'état du pied, le malade avait souvent le désir de travailler, mais chaque fois ses forces trahissaient son courage. L'urine est copieuse : quatre litres chaque nuit, de couleur citrine ; elle est légèrement sucrée ; portée à l'ébullition, elle ne change point et ne donne aucun précipité ; l'addition d'une solution cuivreuse y détermine un dépôt abondant ; l'acide nitrique est sans action sur elle.

A défaut d'instrument polarisateur, je crois que l'action des sels de cuivre est un moyen suffisant pour démontrer la présence du sucre dans les urines.

En résumé, il y a eu chez ce malade au début de l'affection des douleurs dans les reins, puis ensuite sciatique ; on peut faire remonter la présence du sucre dans les urines à l'époque de la perte des facultés génésiques, et enfin gangrène spontanée. Ce n'est que l'observation publiée par M. Marchal (de Calvi) qui me fit porter mon attention sur la composition des urines et me mit sur la voie du traitement, qui probablement sera peu efficace. Il faudrait donc, remontant des effets aux causes, chercher à s'assurer si dans bien des cas les douleurs lombaires aussi bien que la sciatique ne seraient point chez certains individus les signes de la présence du sucre dans la sécrétion urinaire.

A propos de ces faits, un de mes confrères me citait un malade qui fut goutteux pendant vingt ans, diabétique pendant trois ans et qui mourut phthisique à l'âge de soixante-dix ans. Quel lien existe-t-il entre ces trois affections ? Le fils de cet individu, âgé de trente-deux ans, pharmacien à Bormes, est goutteux depuis cinq ans.

Veuillez agréer, etc. Billiard, d.-m.

Classement des médecins militaires.

M. le ministre de la guerre a soumis, le 9 avril dernier, à l'approbation du prince président de la République, qui l'a approuvé, le travail de classement des officiers de santé dans l'ordre qu'assignent à chacun d'eux son rang d'ancienneté et sa position dans l'une des deux professions de médecine et de chirurgie, désormais fondues en une seule.

Ce classement comprend :

7 inspecteurs ;
16 médecins principaux de 1re classe ;
19 — — de 2e classe ;
100 médecins majors de 1re classe ;
202 — — de 2e classe ;
162 médecins aides-majors de 1re classe ;
256 — — de 2e classe ;

Ce classement est précédé du rapport suivant :

Paris, le 9 avril 1852.

Monseigneur,

Conformément à la teneur de l'article 41 du décret du 23 mars dernier portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, je me suis immédiatement occupé de constituer par la fusion des anciennes professions de médecine et de chirurgie le nouveau corps des médecins militaires.

Plusieurs systèmes se présentent pour opérer cette fusion.

On pouvait, comme l'indiquaient les projets de loi présentés à la législature par les généraux d'Hautpoul et Randon, former l'effectif de chaque grade en y appelant alternativement un médecin, un chirurgien, un médecin, et ainsi de suite ; mais ce mode de fusion avantageait évidemment les médecins, beaucoup moins nombreux que les chirurgiens.

On pouvait aussi, comme la proposition en avait été faite à la sous-commission des lois organiques, classer les médecins et les chirurgiens dans l'ordre de leurs promotions individuelles ; mais, à leur tour, les médecins nommés par voie de concours et riches en services de guerre se trouvaient moins bien traités que les chirurgiens.

J'ai pensé, quant à moi, qu'il fallait de toute nécessité adopter, pour la formation du corps nouveau, une donnée rigoureusement mathématique qui assurât à chaque officier de santé, dans la fusion des deux sections de médecine et de chirurgie, un rang relativement le même que celui qu'il occupait dans sa hiérarchie professionnelle.

Ce but est atteint si les médecins et les chirurgiens sont successivement inscrits dans les nouveaux cadres par séries proportionnelles à leurs effectifs respectifs, en commençant toujours par le plus ancien ; car, pour en citer un exemple, dans la fusion de 44 médecins ordinaires de 2e classe avec 158 chirurgiens-majors de 2e classe, le 11e, le 22e, le 33e des médecins se retrouvent, comme ils l'étaient précédemment, classés au quart, à la moitié, aux trois quarts de l'effectif de leur grade, et de même pour les chirurgiens.

Cette solution étant la seule qui puisse permettre aux médecins et aux chirurgiens de conserver, pour leur promotion à l'ancienneté, des droits en tous points égaux à ceux qu'ils avaient précédemment, j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation le rang assigné, conformément à ce qui vient d'être exposé, aux médecins et aux chirurgiens appelés à former le nouveau corps des médecins militaires.

Le ministre de la guerre,
A. de Saint-Arnaud.

M. le docteur Phillips commencera la deuxième partie de son cours des maladies des voies urinaires le mardi 4 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

Cette partie comprend les maladies de la prostate et du col de la vessie.

Bulletin bibliographique.

Médecine légale, théorique et pratique ; par M. Alph. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. ; avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par M. Dehaussy de Robécourt, conseiller à la cour de cassation. 3e édition entièrement refondue. 3 vol. in-8 de 2,458 pages. Prix : 23 fr. — Le tome 3e forme 856 pages et renferme un traité complet de *toxicologie.*

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1852. Résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1851 ; par M. le docteur Wahu, médecin de l'hôpital militaire du Roule à Paris, etc. 7e année, 1 vol. in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 54. — JEUDI 6 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 54. — JEUDI 6 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an....	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Luxation scapulo-humérale survenue pendant le cours d'une arthrite aiguë. — Académie de médecine, séance du 4 mai. — Académie des sciences, séance du 3 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 5 MAI 1852.

Séances des Académies.

Il paraît s'être formé dans le département d'Eure-et-Loir une de ces associations médicales qu'il serait si désirable de voir se former dans tous nos départements, et qui ne se propose pas seulement pour but la surveillance des intérêts matériels de la profession, ou même de simples causeries sur des matières scientifiques, mais qui se propose surtout l'étude sérieuse des maladies locales, notamment dans ce qu'elles pourraient avoir de spécial sous les rapports pathologique et thérapeutique. C'est au nom de cette société qu'un vétérinaire de Chartres, M. Boutet, est venu lire hier à l'Académie de médecine un mémoire non moins remarquable par la précision des faits et la clarté de l'exposition que par la justesse des inductions. C'est la première fois, à notre connaissance, que l'Académie reçoit une communication au nom d'une association : aussi la savante Compagnie a-t-elle cru devoir nommer, pour l'examen du mémoire communiqué par M. Boutet, une commission deux fois plus nombreuse que les commissions ordinaires. Nous avons seulement regretté que l'association d'Eure-et-Loir ait oublié de rappeler dans son travail que la plupart des faits qu'elle a constatés avaient déjà été observés par des hommes bien connus, et qu'elle ne faisait, en conséquence, en grande partie, que confirmer ce qui était déjà acquis à la science.

En 1844, M. Claude Bernard communiquait à l'Académie des sciences l'ingénieuse expérience que voici : Il introduisit dans l'estomac de deux chiens, chez l'un desquels il avait préalablement coupé les deux pneumo-gastriques, une même dose d'*émulsine*; une demi-heure après, il leur administra une même dose d'*amygdaline* (1). Le chien auquel on avait pratiqué la section des nerfs pneumo-gastriques fut empoisonné; l'autre n'éprouva aucun accident. M. Bernard en conclut que celui-ci avait digéré l'émulsine, tandis qu'il n'en était pas de même de l'autre; ce qui tenait sans doute à l'absence d'influx nerveux causée par la section des nerfs vagues. Cette interprétation paraissait satisfaisante. Cependant, après l'avoir rappelée sans la combattre, M. le professeur Bérard, dans son excellent *Traité de physiologie*, qui serait bien meilleur si la fin s'en faisait moins longtemps attendre, M. Bérard propose une seconde, que voici :

« Si l'on suppose que l'interruption des nerfs vagues ne paralyse dans l'estomac que la contraction musculaire, l'émulsine, chassée de l'estomac du chien, dont les nerfs seront demeurés intacts, sera au contraire restée dans la cavité gastrique de l'animal dont les nerfs ont été coupés, ou peut être dans son œsophage. »

Cet aperçu ingénieux, dû à une sagacité d'esprit et à une rectitude de jugement dont l'éminent professeur de physiologie ne fait pas un usage aussi fréquent qu'on pourrait le désirer, cet aperçu est aujourd'hui une vérité démontrée, grâce aux expériences extrêmement curieuses et non moins concluantes que M. H. Bouley est venu communiquer hier à l'Académie de médecine.

Si l'on répète sur deux chevaux l'expérience faite par M. Bernard sur deux chiens, mais en administrant de la strychnine au lieu d'émulsine et d'amygdaline, celui des deux animaux à qui l'on a coupé les nerfs n'éprouve pas d'accident; l'autre succombe aux symptômes ordinaires de l'empoisonnement. Il paraîtrait naturel de conclure, d'après cette expérience, que la section des pneumo-gastriques empêche l'absorpt[illegible] stomacale. Mais l'expérience suivante n'est pas susceptible de la même interprétation.

Si on lie l'orifice pilorique d'un cheval, et qu'on répète sur cet animal l'expérience indiquée ci-dessus, l'absorption du poison ne se fait pas plus que chez celui qui a eu les nerfs vagues coupés. A cette expérience il n'y a que l'interprétation de M. Bérard qui convienne, et une troisième expérience prouve que cette interprétation est réellement la bonne.

Si l'on injecte dans le duodénum du cheval dont le pylore a été lié, comme dans celui dont les nerfs vagues ont été coupés, une dose de strychnine semblable à celle qu'on a introduite dans leurs estomacs, les symptômes d'empoisonnement se manifestent comme chez l'animal sur lequel aucune opération n'a été pratiquée. Il résulte seulement de ces faits que la muqueuse du cheval n'absorbe pas ou n'absorbe que très peu, et que la section des nerfs vagues, en paralysant la membrane musculeuse, empêche l'expulsion des matières stomacales dans l'intestin où s'accomplit l'absorption.

M. Bouley a étendu et varié ces expériences; il les a entourées d'observations et de considérations anatomiques d'un grand intérêt, et nul doute que son travail ne donne lieu à un rapport d'autant plus intéressant, que c'est M. Bérard qui a voulu s'en charger.

— L'Académie des sciences a reçu de son correspondant de Strasbourg, M. Sédillot, un mémoire étendu sur l'emploi de l'eau hémostatique de M. Pagliari. Dans cette communication, qu'il avait déjà faite à l'Académie de médecine, le savant professeur ne se borne pas à constater les effets hémostatiques de l'eau en question; il dit avoir observé en outre l'influence heureuse de ce liquide sur la cicatrisation des plaies. On connaît nos remarques sur la première communication de M. Sédillot. N'ayant pu prendre une connaissance suffisante de son travail à une première lecture, nous nous abstiendrons de nouvelles réflexions jusqu'à ce que la publication en soit faite, et que nous puissions l'étudier avec toute l'attention qu'il mérite.

Dans cette séance, M. Colin a fait part à l'Académie de nouvelles recherches sur la sécrétion des glandes salivaires. Ces communications fractionnées, quoique pleines d'intérêt, ont, ce nous semble, l'inconvénient de jeter beaucoup de confusion sur le sujet que l'on étudie. Nous croyons qu'il serait préférable d'attendre quelques résultats généraux avant d'entretenir l'Académie des recherches que l'on entreprend, et de la faire ainsi juge de ses travaux, au lieu de la forcer en quelque sorte à vous suivre dans votre cabinet et à se faire votre aide de laboratoire. La méthode que nous blâmons est d'ailleurs très à la mode à l'Institut; peut-être dépend-il de MM. les secrétaires perpétuels de la rendre moins générale. C'est une question que nous leur soumettons. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Première leçon.)

Le sujet que nous allons aborder a été dans ces derniers temps l'occasion de nombreuses et longues controverses; nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance qu'il présente, trois circonstances la feront clairement ressortir.

Les déviations utérines sont des maladies très fréquentes : si on vient à parcourir dans les hôpitaux les services où l'on s'occupe particulièrement des affections de la matrice, on sera frappé du grand nombre de déviations utérines de toute espèce que l'on y rencontrera.

Les symptômes auxquels donnent lieu ces diverses déviations, comme nous le montrerons plus loin, sont très nombreux, très variés, très rebelles et souvent très graves.

Enfin, la difficulté de guérir ces sortes d'affections est telle qu'il y a peu d'années encore on les regardait comme incurables; on n'avait pas fait les recherches dont elles ont été récemment l'objet; on avait surtout négligé l'étude attentive des moyens palliatifs et curatifs qu'on leur oppose aujourd'hui. Non-seulement elles n'ont aucune tendance à la guérison, mais encore elles se font remarquer par une disposition fâcheuse à augmenter avec une grande rapidité; les faits que nous aurons à rapporter dans le cours de ces conférences, les malades que nous pourrons mettre sous les yeux de nos auditeurs nous permettront plus d'une fois de prouver la vérité de cette assertion.

Les déviations utérines doivent être divisées en deux grandes catégories, suivant qu'elles se produisent pendant la grossesse ou dans l'état de vacuité de la matrice.

La connaissance des premières est une conquête de la science moderne; elles nous occuperont pour ainsi dire exclusivement; l'étude des secondes remonte à une époque éloignée; l'extrême intensité des symptômes auxquels elles donnent naissance, la nécessité de remédier à ces symptômes dans un bref délai avaient dû forcément attirer l'attention des médecins, surtout de ceux qui se consacraient spécialement à l'art des accouchements : c'est ce qui était arrivé en effet, comme le témoignent les écrits des anciens auteurs.

Les déviations utérines qui surviennent dans l'état de vacuité s'annoncent d'une manière lente et insidieuse; leurs symptômes, qui n'égalent jamais en violence ceux des déviations utérines pendant la grossesse, ne se manifestent sous une forme inquiétante qu'au bout d'un certain temps et n'entraînent jamais des désordres aussi graves. Avant ces vingt dernières années, on conservait des doutes très sérieux sur l'utilité des moyens de traitement par lesquels on pouvait les combattre. Toutes ces circonstances contribuèrent puissamment à faire tomber dans l'oubli des maladies qui auraient dû occuper de tout temps une large place dans la pathologie.

Lorsque M. Récamier introduisit dans la médecine l'usage habituel du spéculum, on commença à accorder aux maladies de l'utérus une attention qu'elles n'avaient pas obtenue jusqu'alors. Le col de l'utérus, à la faveur du nouveau mode d'exploration, était devenu un organe apparent; on ne tint compte que des affections apparentes, de celles qui ont leur siége sur le col de l'utérus.

Le spéculum, dans la recherche des déviations de la matrice, peut être d'un secours réel; c'est à tort que de nos jours certains médecins lui contestent à cet égard toute espèce d'utilité. Toutes les fois qu'on applique l'instrument d'une manière méthodique, de façon à atteindre le col de l'utérus dans le lieu où il se trouve à l'état normal, si on ne rencontre pas le museau de tanche ou si on met à découvert une partie de l'organe qui devrait échapper à la vue, il convient de penser à l'existence possible d'une déviation et de se livrer ultérieurement à un examen qui lève tous les doutes. Dans les premiers temps de l'emploi du spéculum, on disait qu'il était quelquefois difficile de saisir le col de l'utérus; qu'il était nécessaire de le chercher alors tantôt derrière le pubis ou dans la profondeur du sacrum, tantôt vers l'une ou l'autre des parties latérales du vagin : ces difficultés d'exploration ont une signification pathologique qui aurait dû mettre les observateurs sur la voie; lorsque, en effet, le col de la matrice a sa direction naturelle; en d'autres termes, lorsqu'il n'existe pas de déviation, il est aisé de le saisir en suivant l'axe du vagin.

Une autre circonstance a retardé les progrès de la science, nous voulons parler des idées préconçues qui régnaient à cette époque : on pensait que les déviations utérines n'avaient par elles-mêmes aucun inconvénient et que les symptômes auxquels elles donnent naissance devaient être rattachés à un certain degré d'engorgement dont elles s'accompagnent toujours ou presque toujours; M. Cruveilhier a écrit que les déviations n'étaient rien, que l'engorgement était tout. Plusieurs pathologistes, MM. Dubois et Bennet entre autres, ont admis cette opinion; ils se sont fondés sur ce que l'on rencontre quelquefois des déviations congénitales sans engorgement concomitant et sans douleurs.

Le fait est vrai, la conclusion qu'on en a tirée n'est pas légitime; l'expérience a surabondamment prouvé par un grand nombre d'exemples que, dans des cas de déviation avec engorgement, le retour de l'utérus à sa position primitive a produit un soulagement si marqué et quelquefois une guérison si complète qu'on ne peut raisonnablement attribuer les symptômes observés à la seconde de ces deux lésions. Récemment encore nous avons été témoin d'un fait qui confirme hautement l'exactitude de nos assertions. Une dame portait depuis neuf ans une rétroflexion complète de la matrice avec engorgement; elle avait été traitée et cautérisée par plusieurs médecins sans obtenir aucun soulagement. Elle vint nous trouver, nous fîmes usage de la sonde utérine; aussitôt que l'organe avait été ramené à sa position normale, les symptômes disparaissaient; la malade, qui était venue en voiture et très lentement, retournait à pied; lorsque, au bout d'un certain temps, le déplacement se reproduisait, les symptômes habituels se montraient de nouveau. Notre traitement fut interrompu par la mort d'une fille unique; néanmoins l'application du redresseur utérin à quatre reprises différentes suffit pour amener une réduction complète.

Ce fait est trop récent sans doute pour que nous voulions le présenter comme un exemple de guérison définitive; mais il atteste clairement que, dans les déviations utérines compliquées d'engorgement, il est possible de faire cesser les symptômes éprouvés par les malades en rendant à l'utérus sa direction naturelle.

Dans ces sortes de conditions, lorsque, après l'emploi du redresseur utérin, la matrice a repris la position qu'elle doit avoir, il reste un engorgement plus ou moins considérable, qui, de même que la plupart des engorgements inflammatoires, ne s'efface qu'avec lenteur; les symptômes cependant ont entièrement ou presque entièrement disparu; les troubles fonctionnels qui subsistent sont dus aux modifications que l'utérus dévié a apportées dans l'état des organes voisins, notamment dans l'état du rectum et de la vessie.

Nous avons montré les raisons pour lesquelles on a refusé à l'étude des déviations utérines l'importance qu'elle mérite. Il ne faudrait pas croire que la maladie qui nous occupe ait passé inaperçue à toutes les époques; en effet, on a vu que la matrice pouvait se déplacer. M. le docteur Ameline, qui a fait sur l'antéversion une thèse pleine d'intérêt, nous a transmis sur ce sujet des documents historiques assez complets. On est obligé de remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver quelques indications relatives aux déviations de l'utérus. Les citations que nous allons faire montreront combien sont vagues les renseignements que nous a laissés le père de la médecine.

(1) L'émulsine et l'amygdaline sont parfaitement innocentes, prises isolément; mais prises ensemble, elles donnent lieu, par leur mélange, à la formation d'acide cyanhydrique, et constituent par conséquent un violent poison.

On lit dans le livre *De morbis mulierum* un passage ainsi conçu : « *Posquàm igitur mulieri quæ nunquàm peperit menses delitescunt neque foràs exitum evenire possunt, hic morbus oritur. Id autem contingit, si uterorum os conclusum aut obtortum fuerit, aut pudendi pars aliqua inversa, horum enim alterum si adfuerit, neque mulier viri consuetudine fruatur...* »

Quelques auteurs ont vu dans les lignes qui précèdent la preuve que les déviations de l'utérus étaient connues du temps d'Hippocrate. Deux expressions seulement, celles de *Os conclusum aut obtortum* et de *Pudendi pars aliqua inversa*; semblent justifier leur interprétation.

Le livre *De natura mulierum* renferme des données plus explicites : « *Si uteri ad medium lumborum processerint, dolor imum ventrem habet, et crura contrahuntur; et cùm alvum exonerat dolores acutiores fiunt, et stercus cum vi prodit, et urina distillat et animo linquitur. Quùm sic habuerit...* »

Il serait difficile de dire exactement quelle a été la pensée d'Hippocrate. Il parle de douleurs vives lorsque la malade fait des efforts pour uriner ou pour aller à la garde-robe. Ces seuls mots autorisent à supposer qu'il est question d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes; mais l'incertitude naît dans l'esprit du traducteur dès l'instant où il envisage l'état actuel de la science. Ne sait-on pas, en effet, que, chez les femmes, les vives douleurs causées par l'excrétion des urines ou des matières fécales se lient très souvent à une inflammation qui occupe la partie antérieure ou la partie postérieure de la matrice, en même temps que le tissu cellulaire par lequel est entouré cet organe?

Nous sommes porté à croire que, si Hippocrate a connu les déviations utérines, il a connu principalement celles qui surviennent chez les femmes enceintes : à ces dernières se rattache plus particulièrement l'ensemble des symptômes qu'il a exposés. C'est de la sorte qu'il a été conduit à proposer certains moyens de traitement, parmi lesquels nous nous bornerons à citer l'élévation des membres inférieurs, l'introduction dans l'intérieur du vagin d'éponges destinées à être placées en avant ou en arrière du col de l'utérus, suivant la nécessité, et enfin les fumigations, qui n'ont pas ici une grande importance.

Il faut arriver à Ætius pour trouver des descriptions complètes. Les déviations ont été nettement signalées dans la tétralogie. On y voit que lorsque l'utérus est incliné en arrière et en bas, il y a engourdissement et difficulté des mouvements dans les membres inférieurs; il se produit une constipation opiniâtre, les injections cessent de pénétrer librement dans le rectum. Dans quelques circonstances l'hypogastre est gonflé et douloureux, les urines s'accumulent dans la vessie et la distendent. Ætius recommande d'introduire le doigt dans le rectum, de relever la matrice et de la maintenir relevée à l'aide d'un corps qu'il désigne par le mot de *glandem*. Il s'agit ici d'un tampon et non d'une bougie, comme l'ont dit les traducteurs.

Quelque précise que soit l'énouciation des symptômes et des moyens de traitement, on arrive, après une lecture attentive, à se demander si l'auteur entend parler des déviations qui surviennent pendant la grossesse, ou de celles qui se montrent dans l'état de vacuité de l'utérus. A en juger par le degré d'intensité des symptômes, il serait plutôt question des premières que des secondes. Cette opinion emprunte une grande vraisemblance au moyen de réduction conseillé par Ætius. Si dans le cours d'une grossesse il est facile de relever l'utérus avec le doigt introduit dans le rectum, il n'en est plus de même dans l'état de vacuité, l'organe n'offrant pas alors une assez large prise. Remarquons qu'il n'est fait ici mention exacte que de la rétroversion; l'inclinaison de l'utérus vers le pubis est indiquée sans détails dans un autre passage.

A. Paré, qui, lui aussi, parle des affections de l'utérus, non-seulement ne dit rien de plus que ses devanciers, mais encore rentre dans le vague, dont Ætius avait commencé à sortir. Dans un passage qui a trait aux changements de position de l'utérus, il signale des déplacements, ou plutôt des pérégrinations que la matrice accomplit dans différentes directions.

Nous touchons à une limite où les recherches scientifiques vont acquérir plus de précision. Morgagni, dans une de ses lettres (Lettre XLVI, § 16), donne la description d'un cas de déviation de l'utérus en arrière. En 1785, paraît dans les Mémoires de l'Académie le travail de Desgranges. Quelques années auparavant (1773), Levret avait fait connaître le résultat de ses études. Il indique, bien qu'il s'occupe en particulier des déviations survenant dans le cours de la grossesse, les déviations dans l'état de vacuité de l'utérus. Le premier il parle de celles qui se montrent chez les femmes vierges. Avec Levret commence une discussion qui se continue presque jusqu'à nos jours, sur la question de savoir si les déviations de l'utérus peuvent se produire en dehors du temps de la grossesse. Fr. John soutient, d'abord avec quelque apparence de raison, que la matrice ne saurait éprouver de déviations que chez les femmes enceintes; mais bientôt arrivent des observateurs qui réfutent cette opinion d'une manière définitive.

En 1820, nous trouvons un mémoire de G. Schmit, portant pour titre : *Remarques et expériences sur la rétroversion de l'utérus chez les femmes qui ne sont pas enceintes*. Les observations renfermées dans ce mémoire ont été reproduits par plusieurs auteurs, notamment par M. le docteur Lacroix, auquel nous devons une thèse sur l'antéversion et la rétroversion.

La thèse de M. d'Estrées remonte à 1823; peu de temps après parurent la thèse de M. Finas et de nombreux articles dans différents traités d'accouchement.

Nous avons atteint une époque à laquelle les déviations de l'utérus sont devenues de la part des observateurs l'objet d'une attention spéciale. La thèse que M. Ameline soutint en 1827 sur l'antéversion ouvrit en quelque sorte une nouvelle période. On trouve, dans ce travail, une description complète surtout en ce qui touche la symptomatologie. L'auteur admet deux degrés dans la maladie : tantôt l'utérus est placé transversalement; tantôt il est dirigé obliquement, de manière que le niveau du corps soit inférieur à celui du col. La dernière des deux formes de l'antéversion est au moins extrêmement rare. Nous avons vu le corps de l'organe situé à la même hauteur que le col, position qui constitue le terme du premier degré; il ne nous a pas été donné de rencontrer un déplacement plus prononcé. La division de M. Ameline est fondée sur la rétention des règles dans certains cas d'antéversion, phénomène que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer.

M. Ameline signale le premier l'existence de l'antéflexion, et donne à cette maladie le nom qu'elle a conservé; il propose le nom de rétroflexion pour la déviation partielle se faisant en sens inverse.

M. Lacroix, en composant la thèse de concours qu'il a soutenue sur l'antéversion et la rétroversion, s'est livré à des recherches dont il a consigné les résultats dans les *Annales de la médecine française*; il a complété les indications historiques tracées par M. Ameline, et a réuni des observations puisées à des sources diverses. Il s'est principalement occupé de la rétroversion.

Dugès et Mme Boivin ont publié des observations nouvelles; M. Hervez de Chégoin a proposé un mode de traitement particulier.

Tel était l'état de la science, lorsqu'en 1843 M. Simpson, d'Edimbourg, fit paraître un premier mémoire sur les déviations de l'utérus. Dans ce travail, dont l'objet est plus général que le titre, le médecin anglais s'attache à discuter la valeur des différents moyens de diagnostic et à démontrer les avantages par lesquels, suivant lui, la sonde utérine l'emporte sur tous les autres. Des propositions générales sur les maladies de l'utérus composent la première partie du mémoire; elles tendent principalement à établir l'utilité de l'examen physique. Les développements dans lesquels entre l'auteur ne surprendront personne; on connaît les préjugés qui règnent de l'autre côté de la Manche : quelques médecins de Londres sont allés jusqu'à proposer de proscrire toute espèce d'exploration de l'utérus comme un acte entaché d'immoralité.

M. Simpson s'efforce de montrer tout le parti qu'on peut tirer de la sonde utérine pour le diagnostic des affections de la matrice; il fait remarquer qu'elle donne des notions plus étendues que le toucher vaginal : le doigt, en effet, ne peut ordinairement arriver que peu au-dessus du col, et ne fournit aucune donnée sur les dimensions de la cavité utérine.

La seconde partie du mémoire contient la description de la sonde utérine. Cet instrument consistait primitivement en une tige métallique très fortement recourbée à l'une de ses extrémités; des divisions, les unes en creux, les autres en relief, occupaient la convexité de la courbure : la première était placée à deux pouces et demi anglais de l'extrémité supérieure de la tige; les autres étaient séparées par des intervalles d'un demi-pouce. M. Simpson dit qu'il a pu, à l'aide de la sonde, diagnostiquer des affections qui avaient été un sujet de doute pour des personnes très versées d'ailleurs dans la pratique et dans la connaissance des maladies de la matrice; il ajoute qu'il a pu également redresser l'utérus : toutefois, il ne propose pas son instrument comme moyen de traitement.

En 1848 parut, dans le *Dublin quarterly journal*, un nouveau mémoire de M. Simpson. Dans ce travail, qui est relatif à la fréquence de la rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité, l'auteur n'établit pas de distinction entre la rétroflexion et la rétroversion, et affirme qu'on peut appliquer à l'antéversion ce qui est vrai de la rétroversion. Nous combattrons plus loin les vues que nous nous contenterons d'énoncer ici. Il est regrettable que M. Simpson ait omis d'indiquer l'époque à laquelle il s'est servi pour la première fois de l'instrument redresseur, qu'il présente comme pouvant procurer la curation radicale des déviations utérines; on peut lui reprocher aussi de n'avoir pas rapporté des observations à l'appui des propositions générales qu'il avance.

L'idée d'introduire dans l'intérieur de l'utérus une tige destinée à rétablir l'axe naturel de l'organe appartient-elle à M. Sympson? Il y a là une question de priorité que l'absence de date, dont nous parlions tout à l'heure, ne permet pas de trancher facilement. M. Velpeau, dans un discours prononcé à l'Académie de médecine, nous apprend qu'il a imaginé, en vue de redresser la matrice déviée, un demi-disque surmonté d'une tige qu'il conduit dans le vagin, et auquel il donne un point d'appui en arrière ou en avant, suivant le genre de déviation qu'il s'agit de combattre.

M. Simpson, pour maintenir dans sa position normale l'utérus dévié, a d'abord fait usage d'un pessaire composé d'un disque entier surmonté d'une tige mobile dans le point de son insertion; plus tard il a supprimé le disque, et a créé un instrument dont l'invention ne saurait lui être contestée.

Après les mémoires de M. Simpson ont paru, en Angleterre et en Amérique, plusieurs travaux dont nous ferons connaître les auteurs.

En 1849 s'éleva, à l'Académie de médecine, au sujet d'un mémoire sur les engorgements et les déviations de l'utérus, une longue et importante discussion à laquelle prirent part MM. Velpeau, P. Dubois, Amussat, Malgaigne, Roux, Moreau.

Dans ces derniers temps, trois thèses ont été soutenues à l'Ecole de Paris sur les déviations de la matrice : l'une, de M. Dufresne, a pour titre : *De la rétroflexion*; elle renferme des observations recueillies dans le service de M. Huguier et des indications sur le mode de traitement qui y est suivi; les deux autres, qui appartiennent à MM. ..... et Piachaud, ont pour objet l'antéversion et les moyens mécaniques par lesquels on peut y remédier.

A.-H. Margerie.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les nos des 14, 26 février; 6, 16, 27 mars et 10, 27 avril.)

Huitième leçon. — *Des opérations dans le traitement du cancer.*

Nous avons dit que le traitement chirurgical était indiqué dans toutes les affections cancéreuses externes, parce que lui seul, dans l'état actuel de la science, pouvait en amener la guérison radicale; que souvent il donnait une guérison temporaire, pendant laquelle le malade pouvait jouir encore de quelques années d'existence exempt d'inquiétude et de préoccupations sinistres; que, plus qu'aucun autre, il avait de puissance pour combattre les hémorrhagies et les suintements ichoreux qui hâtent l'invasion de la cachexie pour détruire le foyer des douleurs, enfin pour soutenir le moral des malades et leur rendre l'espérance. Mais le traitement est lui-même complexe, et demande dans l'application de ses divers modes une grande sagacité. Nous examinerons successivement la compression, l'opération par instrument tranchant, celle par la ligature, et enfin l'application des caustiques.

1° *De la compression dans le cancer.*

A l'époque où l'on ne savait point encore distinguer le cancer véritable des affections cancroïdes, fibro-plastiques ou autres, on attachait à la compression une importance majeure. La compression, en effet, ainsi que l'ont établi les beaux travaux de M. Récamier, donnait dans certaines de ces affections de merveilleux résultats. Un grand nombre de ces tumeurs ont disparu complétement sous l'influence de ce seul moyen.

D'autres, d'adhérentes et diffuses qu'elles étaient, sont devenues mobiles et enkystées. Des ulcères fongueux et de mauvaise nature ont par la compression été modifiés avantageusement, et sont même arrivés à cicatrisation. Enfin, ce moyen a souvent amené la disparition d'engorgements ganglionaires suspects; c'est principalement dans les tumeurs du sein qu'il a donné d'admirables résultats. Mais l'examen scrupuleux des faits prouve que celles de ces affections qui ont cédé à l'action compressive appartenaient, soit aux mammites chroniques simples, soit aux hypertrophies partielles.

Nous croyons néanmoins que, si la compression est impuissante à déterminer la résolution du cancer, elle peut en retarder la marche. Nous pensons aussi, avec M. Récamier, qu'après la destruction des tumeurs [illegible] touri, la ligature ou les caustiques, [illegible] moyen précieux pour retarder la récidi[illegible] trice.

Pour obtenir de ce moyen tout ce qu'[illegible] dre, il est des précautions qu'il ne fa[illegible] substances employées pour son exécution [illegible] et fermes tout à la fois. Les corps durs sont essentiellement nuisibles; ceux qui jouissent d'une certaine élasticité sont de beaucoup préférables. C'est à l'agaric de chêne, avec M. Récamier, que nous accordons la préférence. La compression doit être faite d'une manière permanente; et ne doit même pas être suspendue pendant la nuit. Elle doit comprendre toute la surface de l'engorgement et le dépasser même dans tous les sens.

2° *Opération par l'instrument tranchant.*

Toutes les fois que le cancer se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite et mobile, quand il occupe une région dans laquelle se trouvent des organes importants, l'opération par le bistouri mérite la préférence. Outre l'avantage d'une grande rapidité d'exécution; qui, grâce à la découverte du chloroforme, permet d'épargner au malade de vives douleurs, elle donne la possibilité d'enlever la totalité du mal, tout en ménageant les organes placés dans le voisinage. La plaie qui en résulte peut quelquefois être réunie par première intention, et dans tous les cas elle se trouve dans des conditions favorables à une prompte cicatrisation : lors donc qu'on a le choix entre les divers moyens chirurgicaux, le bistouri mérite en général la préférence. C'est en effet le mode opératoire le plus généralement adopté. Lui seul permet de poursuivre les engorgements ganglionaires; d'épargner les gros vaisseaux ainsi que les autres organes qui, placés dans le voisinage de la tumeur, n'ont cependant pas subi la dégénérescence cancéreuse.

Mieux qu'aucun autre, ce mode opératoire se combine avec certaines opérations autoplastiques dont l'application est surtout importante dans le traitement des cancers de la face.

3° *Opération par la ligature.*

Dans le traitement des cancers, la ligature est d'une application beaucoup moins générale que l'instrument tranchant. Malgré les perfectionnements que lui ont fait subir MM. Récamier et Blandin, elle est d'une exécution difficile ou dangereuse quand les tumeurs présentent un certain volume. Beaucoup plus lente dans son action que le bistouri, elle se prête moins à l'emploi des anesthésiques; elle offre moins de sécurité vis-à-vis des gros vaisseaux, des gros nerfs ou des organes splanchniques voisins de la tumeur. Il est des cas néanmoins où, par l'avantage spécial qu'elle présente de mettre à l'abri de l'hémorrhagie, elle trouve une application utile. C'est ainsi que, pour certains cancers de la langue, du rectum, de la vulve, elle est d'une utilité incontestable. Nous l'avons souvent employée dans ces circonstances, et nous avons eu sujet de nous en applaudir.

Sans vouloir exposer ici les principes généraux qui doivent diriger le chirurgien dans l'exécution de ce procédé opératoire, nous dirons qu'il importe de surveiller avec un soin extrême l'élimination des parties sphacélées par l'étranglement. C'est ainsi, par exemple, qu'après la ligature de tumeurs cancéreuses de la langue ou du rectum, nous avons vu quelquefois survenir des accidents redoutables dus à la décomposition putride des parties étranglées, dont les produits septiques, en contact avec les parties vivantes, étaient absorbés et déterminaient un véritable empoisonnement.

On préviendra le plus souvent ces accidents funestes en excisant de bonne heure les parties mortifiées, en pratiquant de fréquentes injections détersives, ou bien même des irrigations continues.

4° *Des opérations par les caustiques.*

Il est peu de questions chirurgicales qui aient été plus controversées que celle des caustiques dans les affections cancéreuses.

Vantés outre mesure par quelques praticiens qui leur attribuaient des propriétés spécifiques et qui, bien plus peut-être dans un intérêt de spéculation que par le fait de conviction réelle, les employaient exclusivement contre toutes les formes et toutes les variétés du cancer, les caustiques ont été dénigrés plus que de raison par une foule de chirurgiens qui ne les avaient point suffisamment expérimentés pour en apprécier toute la valeur.

Nul doute que dans le traitement des tumeurs cancéreuses circonscrites et mobiles, que dans celles qui envahissent l'épaisseur des os, qui, enveloppées d'une sorte de membrane celluleuse, semblent enkystées au milieu de régions délicates

dans lesquelles rampent des nerfs, des vaisseaux volumineux ou d'autres organes importants, l'opération par le bistouri ne leur soit préférable ; mais dans les cancers ulcérés, alors que des fongosités saignantes s'élèvent à leur surface, qu'un ichor fétide s'en écoule incessamment, que leur base dure et adhérente paraît inattaquable au bistouri ou à la ligature, que le mal enfin semble réfractaire aux ressources de l'art, les caustiques trouvent encore une application utile ; ils permettent de détruire les productions fongueuses, de maîtriser les hémorrhagies, de faire cesser les sécrétions abondantes d'ichor fétide, de poursuivre profondément les indurations, d'attaquer par leur centre les tumeurs en voie de ramollissement et dont l'évolution rapide s'accompagne de violentes douleurs. Comme moyens palliatifs propres à combattre les accidents extérieurs des cancers, les caustiques sont donc des agents précieux que le praticien doit s'habituer à manier habilement ; alors même que le cancer a déjà profondément envahi l'organisme et que la guérison radicale est impossible, les caustiques permettent de prolonger la vie en diminuant les souffrances, en neutralisant une partie des accidents [illegible] l'épuisement du malade. [illegible] astes ulcères cancéreux se [illegible] l'influence de cautérisa- [illegible] ces cas, la guérison ne [illegible] elle n'en est pas moins pour [illegible]-ce rien, en effet, que de [illegible] plusieurs années ? N'est-ce [illegible] surtout que de donner à un malheureux dont la vie est près de s'éteindre quelques mois de calme et de santé apparente ? C'est ce que nous obtenons par les caustiques. Plusieurs des personnes qui suivent notre clinique se rappelleront une malade affectée d'un énorme cancer ulcéré du sein droit, opérée deux fois par le bistouri ; cette femme était en proie à une deuxième récidive. Après un séjour de six mois environ dans plusieurs hôpitaux, où le mal déclaré incurable était abandonné à la nature, elle vint réclamer nos soins. La moitié de la région antérieure du thorax était envahie par un énorme ulcère, d'où s'élevaient des fongosités volumineuses ; celles-ci fournissaient un suintement tellement fétide que, pendant les premiers jours, la salle en était infectée. Cette femme, en proie au désespoir, empoisonnée par la résorption et la respiration d'effluves putrides, épuisée par la douleur et des sécrétions abondantes, était pâle et amaigrie ; ses fonctions digestives étaient profondément altérées ; ses nuits sans sommeil ; elle semblait n'avoir pas trois mois à vivre. Toute opération par le bistouri ou la ligature étant impossible, je la soumis aux applications caustiques de toute nature, pâte de Cancoin, poudre arsenicale, acide nitrique monohydraté, etc.

En moins de quinze jours, l'ulcère avait complétement changé de face ; ses fongosités avaient disparu ; sa sécrétion ichoreuse était tarie ; les douleurs, devenues supportables, n'entravaient plus le sommeil ; la malade n'exhalait plus cette odeur fétide qui la rendait, pour toutes ses compagnes, un objet de dégoût et d'horreur.

Après trois mois de traitement, une cicatrice d'assez bonne nature occupait les neuf dixièmes de la surface précédemment occupée par l'ulcère cancéreux ; la malade avait repris de l'embonpoint ; ses digestions s'opéraient régulièrement ; elle avait recouvré l'espérance, et l'on pouvait dire qu'elle était revenue à la vie.

Deux ans se passèrent ainsi, pendant lesquels des applications caustiques furent encore, à diverses reprises, employées pour combattre des récidives partielles. Et, bien qu'atteinte par l'épidémie du choléra de 1849, la malade put continuer à vivre dans des conditions de santé supportables. Ce n'est qu'au bout de deux ans qu'elle fut atteinte d'une maladie aiguë (pleuro-pneumonie) à laquelle elle succomba. L'affection cancéreuse n'était certes pas guérie ; je ne dirai même point que, comme cause d'affaiblissement général de l'organisme, elle n'ait eu quelque influence sur le développement de la maladie aiguë ; mais très certainement cette malade n'est point morte de son cancer ; elle n'était point arrivée encore à la période de cachexie, et sans cet accident fortuit, elle aurait pu vivre encore peut-être quelques années.

Ces faits ne sont point rares. Nous en possédons plusieurs qui ont, avec celui-ci, beaucoup de ressemblance ; aussi ne saurions-nous trop insister sur l'utilité que peut avoir, entre les mains d'un praticien patient et tenace, l'emploi des applications caustiques dans les cancers ulcérés. Mais là ne se bornent point les avantages des caustiques ; il est des cas où les malades ont de l'instrument tranchant une terreur tellement profonde, qu'ils aiment mieux s'abstenir de tout traitement que de se soumettre à l'opération. Beaucoup de ces malades pusillanimes éprouvent moins de répugnance pour les applications caustiques, de sorte que, dans le cas même où le bistouri serait peut-être mieux indiqué, les caustiques trouvent parfois encore leur application. C'est ainsi que, forcé par le désir des malades, il nous est arrivé souvent d'enlever, sans le secours de l'instrument tranchant, des tumeurs mobiles et facilement énucléables.

Dr Alexis Favrot.

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE

survenue pendant le cours d'une arthrite aiguë.

Par M. Hannon.

Ce fait, constaté avec le plus grand soin, et par un observateur des plus compétents, rapproche, jusqu'à un certain point, les luxations spontanées de l'épaule de celles qui, sous le même nom, ont été depuis si longtemps décrites à l'articulation coxo-fémorale.

M. B..., d'un tempérament sanguin, âgé de quarante-cinq ans, n'avait eu précédemment qu'un rhumatisme aigu de la hanche et du genou, lorsque, en mai 1851, il fut pris d'un gonflement très douloureux de l'articulation scapulo-humérale gauche. La partie était chaude, rosée. Douleur très vive, s'exaspérant à la pression et aux mouvements. Pouls à 110, bruits cardiaques rudes, courbature, anorexie, langue blanche.

L'arthrite aiguë était évidente ; elle fut combattue par les antiphlogistiques.

Le troisième jour, les symptômes s'étaient encore aggravés.

Dans la nuit du cinquième au sixième jour, M. B... ressentit une douleur brusque, subite, et si aiguë, qu'elle domina tout ce qu'il avait éprouvé jusque-là.

Le lendemain, M. Hannon trouva le coude écarté du tronc, une dépression angulaire du bras, au niveau de l'insertion deltoïdienne. L'avant-bras était fléchi sur le bras, le malade le soutenait de l'autre main. Tronc incliné du côté gauche, et abaissement de l'épaule malade.

En plongeant lentement et avec force les doigts sous l'acromion, on sentait à travers les parties gonflées un vide à l'endroit où l'on aurait dû rencontrer la tête de l'humérus. Du côté de l'aisselle, on sentait une tumeur lisse, arrondie, formée par la tête de l'humérus.

L'épaule présentait une forme différente de celle de la veille. Gonflée et arrondie uniformément hier, elle offrait aujourd'hui sous l'acromion un aplatissement assez prononcé, surtout postérieurement.

Une luxation sous-coracoïdienne était donc évidente. La luxation fut réduite, et on obtint ainsi un soulagement considérable ; le bras fut maintenu dans l'immobilité.

Le lendemain, le gonflement était encore notable et les mouvements impossibles. En examinant l'articulation, M. Hannon s'aperçut que l'humérus avait subi un nouveau déplacement ; seulement, comme le bras était maintenu, il n'y avait eu qu'une luxation incomplète ; la tête s'était arrêtée sur le bord de la cavité glénoïde. — Cette semi-luxation fut encore réduite ; on fit une dernière application de sangsues ; le bras fut maintenu dans l'immobilité, et, cette fois, la guérison s'opéra sans entraves.

M. Hannon attribue le déplacement à l'abondance de l'épanchement synovial qui s'était fait dans la cavité articulaire. D'autre part, les dimensions restreintes de la cavité glénoïde de l'omoplate comparées à celles de la tête de l'humérus, et le peu de profondeur de cette cavité, aident à se rendre compte de la lésion. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le préfet de police adresse la statistique de la mortalité dans la ville de Paris pendant les mois de janvier, février et mars 1851.

M. le ministre de l'intérieur adresse un mémoire de M. le docteur E. Lambron sur la *thermalité* et la *sulfuration* comparatives de 178 sources sulfureuses de la chaîne des Pyrénées.

Le même ministre adresse plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Névralgie intercostale.

M. Lecadre, du Havre, envoie un mémoire étendu sur la névralgie intercostale. (Commissaires : MM. Jolly, Longet et Piorry.)

Choléra.

M. Madin, médecin des épidémies de Verdun, adresse la relation de l'épidémie de choléra qui a régné en 1849 dans l'arrondissement de Verdun. (Commission du choléra.)

Anneaux métalliques.

M. Burq adresse une boîte d'anneaux métalliques et un nouveau dynamomètre.

LECTURES.

Maladies charbonneuses.

M. Boutet, vétérinaire à Chartres, lit au nom de l'association médicale d'Eure-et-Loir, un mémoire sur la contagion des maladies charbonneuses. L'auteur résume ce mémoire par les conclusions suivantes :

1° Le *sang de rate* (maladie) du mouton, la *fièvre charbonneuse* du cheval, la *maladie du sang* de la vache, la *pustule maligne* de l'homme sont des affections de nature septique qui se communiquent par inoculation ;

2° La communication a lieu, pour le *sang de rate*, non-seulement du mouton au mouton, mais encore du mouton au cheval, à la vache et au lapin ;

3° La *maladie charbonneuse* du cheval se communique également du cheval au cheval et du cheval au mouton, mais non à la vache (il n'y a pas eu pour cette affection d'inoculation faite au lapin) ;

4° La *maladie du sang* de la vache se communique aussi de la même manière au mouton, au cheval et au lapin : elle ne se communique pas à la vache elle-même ;

5° La *pustule maligne* de l'homme se transmet également par inoculation au mouton : l'expérience est toujours restée sans effet quand elle a été pratiquée sur un cheval, une vache ou un lapin ;

6° Les hommes affectés de pustule maligne sont impunément inoculés dans leurs parties saines avec le liquide séreux provenant du pourtour de cette pustule ;

7° Avec ce liquide, on ne produit pas plus d'effet quand, au lieu d'un homme, on inocule un mouton, un cheval, une vache ou un lapin ;

8° On détermine cependant la mort quand, au lieu d'inoculer ce liquide, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané un ou plusieurs lambeaux de la pustule elle-même ;

9° La pustule maligne ainsi inoculée au mouton, seul animal chez lequel elle a produit de l'effet, se transmet aussi bien du vivant qu'après la mort de l'individu qui a fourni la matière virulente ;

10° La même expérience, faite une fois seulement pour la *maladie du sang* de la vache et deux fois pour la *fièvre charbonneuse* du cheval, n'a pas été suivie du moindre effet sur les trois individus inoculés ;

11° Les chiens ne sont aptes à contracter par inoculation ni l'une ni l'autre des affections qui précèdent ;

12° Les poulets, les canards, les pigeons ne contractent pas non plus le *sang de rate* du mouton, ni la *fièvre charbonneuse* du cheval : la *maladie de sang* de la vache et la *pustule maligne* de l'homme ne leur ont pas été inoculées ;

13° Pour les quatre affections qui précèdent, la mort a lieu chez toutes les espèces animales expérimentées de 16 à 134 heures ;

14° Toutes les parties du corps, telles que le foie, la rate, les reins, le tissu cellulaire au pourtour des piqûres d'inoculation, le sang du cœur, des veines, des artères, possèdent également la propriété de tuer par inoculation ;

15° Le virus charbonneux ne nous a pas paru perdre de ses propriétés en s'éloignant de la source qui l'a produit, pas plus qu'en vieillissant ; il tue tout aussi bien et tout aussi vite au quatrième degré d'inoculation qu'au premier, six jours après la mort que le jour même où a succombé l'animal qui l'a fourni ;

16° Les quatre affections qui nous occupent paraissent être des maladies identiques sous le double rapport des lésions anatomiques et des effets d'inoculation qu'elles produisent ;

17° Ces effets permettent de les classer, quant à leur activité et la rapidité avec laquelle ils se produisent, dans l'ordre que nous indiquons ci-dessous : 1° *sang de rate* du mouton ; 2° *maladie de sang* de la vache ; 3° *pustule maligne* de l'homme ; 4° enfin, *maladie charbonneuse* du cheval ;

18° L'animal qui contracte le plus facilement ces affections est le mouton, vient ensuite le lapin, puis le cheval, et enfin la vache, qui n'a succombé qu'une seule fois aux inoculations nombreuses que nous avons pratiquées sur elle ;

19° Une seule expérience de transfusion de sang charbonneux faite sur un cheval a été suivie de mort ;

20° Sur cinq expériences de cohabitation d'animaux bien portants avec des bêtes mortes ou atteintes de charbon, une seulement a occasionné la mort d'un mouton ;

21° Trois expériences de contact ont eu lieu : deux ont été suivies de mort ;

22° L'alimentation de l'homme et des animaux avec des débris cadavériques provenant de bêtes charbonneuses ne produit jamais le moindre effet malfaisant.

Influence du pneumo-gastrique sur l'absorption stomacale du cheval et du chien.

M. H. Bouley, professeur à l'école d'Alfort, lit sur ce sujet le compte-rendu d'expériences desquelles il ressort que l'absorption stomacale n'est pas sous la dépendance du pneumo-gastrique. Chez les chevaux, où l'absorption stomacale est nulle ou très faible, la section du pneumo-gastrique empêche l'absorption des substances toxiques introduites dans l'estomac, parce que cette section entraîne la paralysie de la membrane musculeuse de cet organe, et, par suite, empêche le passage du poison dans l'intestin où l'absorption doit s'effectuer ; mais lorsqu'on expérimente sur le chien ou sur un carnivore dont la muqueuse stomacale absorbe beaucoup normalement, la section du pneumo-gastrique n'empêche pas du tout l'absorption des substances toxiques introduites dans l'estomac.

Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée.

M. le docteur Lunier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort (Deux-Sèvres), lit sous ce titre un travail dont voici les principales conclusions :

Première partie. — 1° L'huile de foie de morue agit à la fois par sa substance grasse et par l'iodure et le bromure de potassium qui entrent dans sa composition ;

2° L'iodure et le bromure de potassium favorisent la digestion de la substance grasse en activant la sécrétion du suc pancréatique ;

3° Cette substance grasse, aliment essentiellement combustible, joue un rôle important dans l'acte de la respiration et dans le développement de la chaleur animale ;

4° L'iode et le brome réunis agissent avec beaucoup plus d'énergie qu'administrés isolément ;

5° On peut remplacer l'huile de foie de morue par la médication bromo-iodurée associée à des substances hydro-carbonées, au chocolat, par exemple ;

6° La médication bromo-iodurée augmente la sécrétion des sucs digestifs, active les fonctions organiques et surtout favorise le développement du système adipeux ;

7° Cette médication détermine quelquefois du côté de la peau et des membranes muqueuses une inflammation légère, qui n'a d'ailleurs nulle tendance à la suppuration ;

8° Elle provoque aussi, mais beaucoup plus rarement, des accidents cérébraux qui affectent la forme de la fièvre nerveuse et plus encore de la paralysie générale progressive ;

9° Les matières grasses arrivent toutes formées dans le canal digestif ou proviennent de la transformation des principes immédiats non azotés ;

10° Parvenues dans le sang, elles y sont brûlées immédiatement ou se déposent provisoirement dans les organes pour servir de réserve à la respiration ;

11° Le dépôt de la graisse dans les tissus a lieu quand l'oxygène introduit dans l'économie est insuffisant pour les brûler.

Seconde partie. — 1° La maigreur qui n'a pour cause aucune lésion organique grave est combattue avec succès par l'huile de foie de morue ou la médication bromo-iodurée associée à des substances grasses ;

2° L'opium, plus que tout autre médicament, neutralise les effets de la médication bromo-iodée ; employé avec précaution, il peut avoir quelque utilité dans le traitement de l'obésité ;

3° La médication bromo-iodurée doit modifier avantageusement certaines maladies chroniques du pancréas ;

4° Dans la phthisie, l'huile de foie de morue agit surtout en fournissant un aliment à la combustion pulmonaire ;

5° Elle est par conséquent contre-indiquée dans la période aiguë de la maladie, alors qu'il est urgent de laisser en repos l'organe malade ;

6° Les eaux sulfureuses agissent surtout dans le traitement de la phthisie pulmonaire par l'iode et le brome qui entrent dans leur composition ;

7° Dans certains cas de chlorose invétérée, l'on se trouvera bien d'associer la médication bromo-iodurée aux préparations ferrugineuses ;

8° Dans le rachitis, l'huile de foie de morue paraît agir plus spécialement par sa substance grasse ;

9° Dans le coryza chronique et dans l'ozène ulcéreux, la médication bromo-iodurée modifie en général assez rapidement l'état de la muqueuse des fosses nasales.

10° Cette médication, par son action directe sur l'utérus et par l'activité qu'elle imprime à la circulation capillaire, sera employée avec succès pour rétablir ou provoquer la menstruation,

11° La médication bromo-iodurée seule ou associée aux préparations ferrugineuses, produit d'excellents résultats dans le traitement de la paralysie générale progressive;

12° Par son influence sur les sécrétions et sur les fonctions digestives, elle détermine dans la folie certains phénomènes critiques que la nature seule est souvent impuissante à provoquer;

13° Elle est surtout indiquée dans la folie chronique, et plus spécialement dans la lypémanie et l'hypochondrie.

Eaux alcalines et iodurées.

M. Dubouloz, de Montmélian, lit des considérations sur les eaux alcalines ammoniacales et iodurées de Coise en Savoie. Suivant l'auteur, ces eaux jouissent non-seulement des propriétés ordinaires des eaux alcalines, mais elles ont, en outre, une action spéciale sur la peau, se traduisant par une éruption constante; elles sont antistrumeuses, et guérissent le goître endémique avec une grande rapidité.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 mai 1852. — Présidence de M. Piobert.

Emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. Girbal, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, adresse un recueil d'observations sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes, recueillies dans le service de M. Fuster.

L'auteur résume ces observations dans les conclusions suivantes:

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle;

2° Il réussit dans les fièvres tierces plus que dans les quartes et les quotidiennes;

3° Il n'exerce pas d'action appréciable sur l'engorgement splénique ni sur l'état général;

4° La tolérance de l'acide arsénieux, administré depuis la dose de 4 milligrammes jusqu'à 9 et même 12 centigrammes par jour, a été complète chez la moitié des malades;

5° Les accidents qu'il a déterminés ont été le plus souvent sans gravité;

6° La tolérance peut avoir lieu sans le secours d'un régime copieux et de fortes rations de vin;

7° L'emploi des éméto-cathartiques a le triple avantage de faciliter la tolérance, de faire cesser les accidents arsenicaux et de contribuer à la guérison de la fièvre;

8° Il est prudent de suspendre l'acide arsénieux dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées ou de la diarrhée;

9° L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions ou au déclin des paroxysmes;

10° Le mode de préparation le plus simple et le plus sûr consiste dans une solution d'acide arsénieux bien pulvérisé dans 60 gram. de véhicule;

11° On peut débuter par 2 centigr. d'acide arsénieux en deux fois dans le vingt-quatre heures, et en élever au besoin progressivement la dose jusqu'à 9 centigr. en trois ou quatre fois dans la journée;

12° Quand les accès sont arrêtés, il convient de réduire suivant la même progression la dose de l'acide arsénieux;

13° Les préparations de quinquina administrées après l'acide arsénieux semblent agir avec plus de promptitude et plus de sûreté que si on les employait seules;

14° La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique;

15° Les récidives ne paraissent ni moins promptes, ni moins fréquentes après la médication arsenicale qu'après la médication quinique;

16° La médication arsenicale doit être bannie dans le traitement des accès pernicieux.

Recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive.

M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'école d'Alfort, communique des recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive chez les ruminants.

L'auteur résume ce mémoire par les propositions suivantes:

1° La sécrétion salivaire présente, chez les ruminants, des caractères particuliers qui la rendent tout à fait différente de celle des herbivores solipèdes, bien qu'elle conserve avec cette dernière beaucoup de traits de ressemblance.

2° Les diverses glandes, considérées isolément, ont chacune une activité spéciale bien déterminée, qui leur permet de fonctionner jusqu'à un certain point indépendamment les unes des autres.

3° Les parotides sécrètent continuellement d'une manière inégale, en alternant l'une avec l'autre, soit pendant la première et la seconde mastication, soit pendant l'abstinence. Elles restent généralement insensibles à l'influence des substances sapides mises en contact avec la muqueuse buccale.

4° Les maxillaires sécrètent seulement lors de la première mastication et sous l'influence des excitants. Elles fournissent toutes les deux à peu près la même quantité de salive, quel que soit le sens de la mastication. Bien qu'elles soient, par leur poids, chez le bœuf, égales et quelquefois supérieures aux parotides, elles ne donnent pas même la moitié du produit de ces dernières.

5° Les sublinguales agissent comme les glandes maxillaires, ainsi qu'on peut le démontrer directement par une fistule établie au petit canal inférieur qu'elles possèdent dans les grands ruminants.

6° L'action générale du système salivaire varie notablement, suivant les circonstances dans lesquelles se trouvent les animaux.

7° Pendant le repas, toutes les glandes sécrètent avec une grande activité; les parotides versent dans la bouche une quantité de salive qui peut s'élever, dans un quart d'heure, jusqu'à 14 à 1,500 grammes; celle du côté sur lequel s'opère la mastication donnant le double, le triple de celle du côté opposé. Les maxillaires fonctionnent aussi, mais sans alterner l'une avec l'autre. Enfin les sublinguales sécrètent d'une manière incessante.

8° Lors de la rumination, les parotides ne sécrètent guère moins que pendant la première mastication, bien que les aliments soient déjà imprégnés de salive. Mais, tandis qu'elles sont si actives, les maxillaires se reposent, ou du moins ne fournissent que des quantités très minimes de liquide. Il semble alors que le système salivaire postérieur de M. Duvernoy agisse de concert avec les dents molaires, et que l'antérieur partage l'inaction des incisives.

9° Pendant l'abstinence, les parotides continuent à fonctionner, en alternant, comme dans les autres circonstances. Leur produit oscille alors, en général, de 200 à 600 grammes par quart d'heure. Mêlé au liquide que sécrètent en même temps les autres glandes, il constitue un courant de salive sans cesse dirigé vers l'estomac, où il paraît jouer un rôle important relativement à la rumination, puisque, quand il est suspendu, cette fonction devient bientôt impossible.

10° Enfin, lorsque des substances stimulantes sont mises en contact avec la muqueuse buccale, elles mettent en jeu non-seulement la sécrétion des maxillaires, mais encore celle des sublinguales et des autres glandules sans influencer sensiblement celle des parotides.

11° Quant aux diverses salives, elles n'ont rien de particulier chez les ruminants, du moins sous le rapport de leurs propriétés physiques. Celle des parotides est constamment aqueuse et sans viscosité, tandis que celle des maxillaires, des sublinguales et de la plupart des glandules est épaisse et filante.

Expériences sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces domestiques.

M. Rayer présente, au nom de M. Boutet, médecin vétérinaire à Chartres, un mémoire sur ce sujet.

Eaux hémostatiques.

M. Sédillot adresse un mémoire sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome, qu'il termine par les conclusions suivantes:

1° Il existe des liquides qui jouissent de la propriété de coaguler instantanément le sang et de le convertir en un caillot épais, homogène et consistant.

2° L'eau Pagliari jouit de cette remarquable propriété; et, loin d'exercer aucune action fâcheuse sur les tissus en contact, paraît susceptible de hâter la cicatrisation des plaies.

3° La théorie, l'expérience et les observations cliniques concourent également à démontrer l'efficacité de cette liqueur.

4° Le rôle de la compression dans l'application des liquides hémostatiques est de permettre la coagulation du sang et les adhérences du caillot à l'embouchure des vaisseaux blessés.

5° Dans tous les cas où l'on ne peut recourir sans de grands inconvénients à la ligature, et dans ceux où l'altération du sang en empêche la coagulation et rend dangereuses les hémorrhagies, l'eau hémostatique pourra être employée avec beaucoup d'avantage.

Nouvelle espèce de calculs vésicaux formés de carbonate de chaux.

M. Guillon adresse à M. le président la lettre suivante:

J'ai l'honneur de vous adresser du détritus d'une espèce de calcul vésical qui, je crois, n'avait point encore été trouvée chez l'homme. Le malade, M. de P..., de Lisbonne, avait deux pierres: une du volume d'un œuf de poule (7 centimètres de diamètre), et l'autre du volume d'une noix. Je l'en ai débarrassé, en trois séances de quelques minutes, à l'aide de mon brise-pierre pulvérisateur, pour l'invention duquel l'Académie des sciences a bien voulu me décerner des encouragements en 1847 et en 1850; et deux de ces séances ont été faites en présence de M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital de Vichy (1).

Jusqu'à ce jour on n'est point d'accord sur le régime prophylactique des calculeux; et comme je désirerais, par un traitement convenable, prévenir la formation de nouveaux calculs chez M. de P..., je viens, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, vous prier de provoquer la formation d'une commission qui voudrait bien s'occuper de la prophylaxie de la pierre.

Le détritus lithique joint à cette lettre pourrait être remis à MM. les commissaires pour en faire l'analyse, et j'aurais l'honneur de leur présenter mon opéré portugais avant qu'il quitte Paris.

Ce détritus renferme une très grande quantité de carbonate de chaux.

Explorateur de la vessie.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse de nouveaux instruments explorateurs de la vessie, qu'il appelle *cystitrochelomètres*.

Ces instruments sont destinés à mesurer l'épaisseur du col de la vessie, afin d'apprécier le développement des bourrelets, valvules et tumeurs qui mettent obstacle à la libre sortie de l'urine. L'un de ces instruments ne diffère du lithomètre et du brise-pierre ordinaire que par la brièveté des mors de la branche mâle ou mobile, qui, ramenée en arrière et rentrant dans l'urètre, saisit le bourrelet entre elle et la branche femelle restée dans la vessie et tournée le bec en bas.

Dans l'autre instrument, le coude de la branche mobile est articulé, et, par le mouvement de quart de cercle qu'il exécute, il se place longitudinalement dans la gouttière ou transversalement à sa direction. Il a l'avantage de franchir le col sans le violenter et de pouvoir être dégagé plus facilement.

Articulation des instruments à branches.

M. Mathieu, fabricant d'instruments, adresse une réclamation relative au système d'articulation présenté dans la dernière séance par M. Charrière. Suivant M. Mathieu, ce système est appliqué depuis longtemps, et il se trouve même figuré dans les ouvrages de Blasius et de Bourgery et dans l'*Art du dentiste* (tirtoir de Lafargue, etc.).

Les successeurs de sir Henry adressent une réclamation analogue et annoncent que leur prédécesseur a fabriqué, il y a plus de trente ans, des instruments articulés à l'aide d'un tenon à pivot.

La température a depuis quelque temps une inconstance capricieuse qui la fait passer presque sans transition de la chaleur au froid; ces changements exercent une influence désastreuse sur la santé, et l'on n'a depuis longtemps compté autant d'affections nerveuses, de courbatures et de rhumes aussi persistants que dans ces derniers jours; la même cause détermine aussi des maladies plus graves; ce sont les fluxions de poitrine, les pleurésies, les gastrites, les gastro-entérites, etc.

La plupart de ces maladies inflammatoires étant sous la dépendance plus ou moins immédiate du cœur, beaucoup de médecins ont conseillé comme adjuvant le sirop préparé selon la formule du docteur Broussais, par M. Johnson, pharmacien à Paris. Ce sirop a toujours eu pour effet de tempérer et de calmer l'ardeur des inflammations. C'est surtout lorsque ces affections ont été négligées, et qu'il y a étouffements, asthmes, rhumes, toux chroniques, que ce sirop calme la toux, facilite l'expectoration, dissipe les douleurs nerveuses de la poitrine et la gêne de la respiration.

Nous avons souvent remarqué que, pour les personnes dont le système nerveux est très impressionnable, chez lesquelles le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions, les fatigues et les vicissitudes ont développé un état d'excitation, ce sirop, employé souvent par le professeur Broussais, les a guéries en certains cas définitivement; dans d'autres pour un temps assez long; il est même des circonstances dans lesquelles ce médicament a paru atteindre les causes de la maladie. Ses propriétés permettent son emploi, sans que l'on ait jamais à redouter la constipation, la céphalalgie, la somnolence; elles ont été reconnues par un grand nombre d'observations publiées dans la plupart des journaux de médecine.

(1) M. de P... était venu réclamer mes soins pour des rétrécissements urètraux durs, anciens, que plusieurs confrères n'avaient pu franchir. Lorsque l'urètre a été rendu complètement libre par l'emploi de ma méthode pour la guérison radicale de cette espèce de coarctation, j'ai pulvérisé les calculs dont il s'agit, et ils ont été entraînés au dehors par l'urine.

Chronique et nouvelles.

Société d'encouragement des sciences, lettres et arts de Milan. — *Programme d'un prix proposé par la section médicale pour l'année* 1852. — La Société a proposé pour sujet de prix la question suivante:

« Quelles sont les applications vraiment utiles pour la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, qu'on peut attendre des études entreprises sur les phénomènes désignés sous la dénomination de magnétisme animal ? »

Les mémoires devront parvenir (*franco*) à la Société, hôtel Durini, à Milan, dans le courant du mois de février 1853, avec une épigraphe qui sera répétée dans un pli cacheté contenant le nom, prénom et demeure du candidat. Ils pourront être écrits en italien, en latin ou en français.

Le prix, qui sera accordé en 1853, est de 600 livres autrichiennes (500 fr.).

L'auteur du mémoire en conservera la propriété, sauf le droit que se réserve la Société d'en faire imprimer un extrait dans ses actes lorsque l'auteur aura publié son travail, et de le faire imprimer en entier dans le cas où l'auteur ne l'aurait pas publié dans l'espace d'une année à partir de l'époque où le prix aura été décerné.

Le conservateur, G. Sacchi. *Le secrétaire de la section médicale*, Dr A. Tarchini Bonfanti.

Milan, 26 février 1852.

— *Prix de* 600 *fr. institué par le docteur Strada.* — Ce prix sera donné à l'auteur du meilleur traité populaire d'hygiène publique et privée spécialement destiné à l'amélioration des populations agricoles.

Les travaux devront être adressés, dans la forme usitée et dans le courant de juillet 1852, au docteur P. Feola, président de la consulte centrale de l'Association médicale à Alexandrie de Piémont. Un jury de trois membres de l'Académie médico-chirurgicale de Turin fera sur les travaux envoyés un rapport au président du congrès central qui se tiendra à Gênes en septembre 1852.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Bulletin bibliographique.

De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis; par le docteur Constantin James, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales*. Chez Victor Masson, éditeur du *Guide*, place de l'Ecole-de-Médecine, 17. — Une brochure in-8°. Prix: 1 fr. 25 c.

Un mot sur les bains de guano purifié employés avec succès dans les dartres, les teignes, les engorgements lymphatiques, les plaies scrofuleuses et spécialement contre toutes les maladies de la peau; par J.-J. Demars, pharmacien. — *Sommaire*: Ressources offertes par le guano dans des cas de maladies souvent réputées incurables. — Compte-rendu de M. le professeur Récamier. — Communication du journal la *Santé universelle*. — Manière d'employer le guano comme médicament. — Preuves de son efficacité: faits à l'appui. — Paris, chez l'auteur, rue Notre-Dame-des-Champs, n° 4, faubourg Saint-Germain.

Des eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie pulique, la médecine et la législation; par le docteur Alibert (Constant), médecin inspecteur des eaux thermales d'Ax (Ariége). Brochure in-8. Paris, 1852. Prix: 2 fr. 50. — Chez Victor Masson, édit., place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume: 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1852, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1851, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur le *traitement de la phthisie et du rachitisme* par l'huile de foie de morue; par M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. — 12e année, 1 vol. in-32 de 320 pages. Prix: 1 fr. 25 c.

Eléments de pathologie médicale; par M. Requin, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. Tome III, terminant la 2e section du plan nosographique de M. Requin. 1 vol. in-8 de 512 pages. Prix: 6 fr. — Prix des trois volumes: 22 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 55. — SAMEDI 8 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 55. — SAMEDI 8 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBOOMAOAIRE. De quelques indications dans les polypes de la matrice. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'opium. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). A quelle période de la maladie convient-il d'opérer la tumeur lacrymale ? — Des pessaires en général. Du pessaire à réservoir d'air en particulier. — Pharmacopée spéciale. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Fagon.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques indications dans les polypes de la matrice.

A propos de deux malades couchées l'une au n° 11, l'autre au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, M. Velpeau a posé sur la conduite à tenir à la suite des opérations que nécessitent ces affections des indications qu'on lira avec beaucoup d'intérêt.

Chez la malade du n° 11, il s'agissait d'un polype muqueux, pyriforme, pendant dans le vagin et fixé par un pédicule étroit. L'opération fut des plus simples et des plus faciles. L'extirpation du polype ne donna lieu qu'à un écoulement de sang peu abondant.

Quant à la malade du n° 12, c'est plus sérieux. Elle porte un polype plus volumineux, enfermé dans la cavité utérine, faisant à peine saillie dans le vagin. On le sent avec le doigt au niveau du col, où il fait bouchon. Si on cherche à le contourner, à pénétrer plus avant, à remonter à son origine, on s'aperçoit de suite que le col lui forme comme un collier un peu rigide, et que le doigt entre comme par un anneau dans une cavité plus large, la cavité utérine, où se trouve l'implantation de la tumeur.

Ce que l'on trouve alors, c'est d'abord une masse globuleuse; plus haut cette masse est un peu rétrécie. On en constate assez pour être sûr que la tumeur a un pédicule, mais un pédicule large. Elle est élastique, dure, régulière, ayant tous les caractères du corps fibreux qui se serait développé primitivement dans la paroi de l'utérus.

L'opération n'est pas aussi simple que la première.

Dans des cas semblables, Dupuytren conseillait de débrider le col; Lisfranc voulait qu'on l'attirât à la vulve. Cette seconde opération est difficile et sérieuse; difficile, car ce n'est pas chose simple d'amener le col à l'extérieur; sérieuse, car ce n'est pas sans danger que l'on opère ces tractions, que l'on ébranle tous les tissus qui unissent la matrice aux autres parties de la cavité abdominale.

Le débridement n'est pas toujours nécessaire, mais il est souvent utile. Je pense que je devrai y avoir recours chez notre malade pour les raisons que j'ai dites plus haut.

L'opération fut pratiquée et le polype extrait après avoir opéré le débridement du col. Point de tamponnement, point de pansement quelconque ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie non plus chez la malade du n° 11, et par suite point de pansement. Chez cette dernière, il n'y avait pas à redouter une grande perte de sang, le pédicule étant très étroit. Chez l'autre, on ne pouvait pas avoir la même assurance, et cependant je n'ai point d'abord pratiqué de tamponnement.

C'est que je regarde ce genre de pansement, non pas comme efficace pour prévenir l'hémorrhagie, mais comme plutôt propre à la provoquer.

Cette proposition paraît singulière; je vais la développer.

Des corps étrangers introduits dans le vagin, l'utérus, le rectum causent de la gêne, provoquent souvent de la douleur et, par suite, excitent l'afflux du sang vers ces parties. D'un autre côté, rien ne soulage les malades comme d'enlever un pansement que l'on aurait porté dans ces régions. Il en résulte une sorte de détente ; la malade se sent mieux ; il se fait une véritable déplétion.

C'est pour éviter cette gêne, cette douleur, cet afflux de sang et, par suite, cette provocation à l'hémorrhagie que je prescris, dans les cas d'extirpation de polypes, le tamponnement comme pansement ordinaire. Je le regarde comme utile quand l'hémorrhagie a commencé ; et encore recommandé-je de porter le pansement aussi loin que possible, sur le point même où se fait l'hémorrhagie, si cela se peut, et de laisser à demeure le moins de charpie possible. Moins gros sera le corps étranger, moins grandes seront la gêne, la douleur ; moins le sang sera appelé à se porter vers ces parties.

En résumé, voici les principes que je pose :

Après l'extirpation des polypes de la matrice,

Ne pas tamponner d'abord ;

Ne tamponner que si l'hémorrhagie se produit ;

Porter le tampon le plus loin possible, sur l'endroit même où se fait l'hémorrhagie ;

Laisser à demeure un tampon peu épais, peu gros ;

Laisser le tampon le moins de temps possible.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'opium.

Malgré toutes les nouvelles tentatives qui ont été faites récemment dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu, M. Requin est resté fidèle à la médication opiacée, qu'il avait déjà adoptée dans son *Histoire clinique du rhumatisme.* Ce n'est pas que M. Requin se fasse de grandes illusions sur la puissance de l'opium relativement à la durée de la maladie; mais il reconnaît à ce mode de traitement le grand avantage de calmer les douleurs et de donner ainsi à la maladie le temps de suivre son cours et d'arriver à sa fin sans que le patient ait trop à souffrir. Le fait suivant, qui vient d'être observé dans le service du savant professeur, ne serait pas un des beaux exemples qu'on pourrait rapporter en faveur de la méthode opiacée si l'on n'avait égard qu'à la durée du rhumatisme, qui a été de cinquante jours au moins. Il ne serait pas impossible même que certains praticiens attribuassent à la méthode employée cette durée assez exceptionnelle. Mais on remarquera qu'ici l'opium n'a été employé qu'après les émissions sanguines et le quinquina à haute dose; deux méthodes qui, suivant leurs partisans, réussissent à peu près constamment et dans très peu de jours. Or, il est à remarquer que ces deux méthodes ont échoué dans ce cas, non-seulement relativement à la marche de la maladie, mais encore relativement aux douleurs, qui n'ont pas notablement diminué. L'opium a donc eu dans ce cas le seul résultat avantageux qu'on en espérait et qu'on en doit attendre, celui de rendre plus tolérable la position du malade en attendant l'issue naturelle de la maladie.

Lambert (Virginie), couturière, âgée de trente ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 11, service de M. le professeur Requin, le 16 décembre 1851 ; constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin. Elle habite un appartement sec, bien aéré, au second étage; elle n'a jamais eu antérieurement que des indispositions légères. La maladie dont elle est atteinte actuellement a débuté le 8 décembre. Elle commença par éprouver dans le pied droit des douleurs qui bientôt s'étendirent au pied gauche; ces parties se tuméfièrent et devinrent rouges; quatre jours plus tard, elle éprouva du frisson, de la fièvre et de la courbature; en même temps que cette fièvre se déclarait, toutes les articulations devinrent douloureuses sans se tuméfier sensiblement (épaules, coudes, poignets, doigts, hanches, genoux, cou). Le sixième jour de la maladie, on apporta la malade à l'Hôtel-Dieu. Placée dans une salle de chirurgie, elle y resta cinq jours sans traitement; puis elle fut transportée dans le service de M. Piedagnel, qui lui fit appliquer 16 ventouses sur les régions lombaires. Elle éprouva un peu de soulagement. M. Horteloup, qui prit ensuite le service, fit placer des ventouses sur le bras droit et sur l'épaule gauche, et administra quatre bains de vapeur à deux jours d'intervalle l'un de l'autre. La malade n'éprouva aucune amélioration de ce traitement non plus que de l'administration du sulfate de quinine prescrit par M. Hérard à la dose de 1 gramme 50 pendant cinq ou six jours. Les douleurs étaient assez violentes pour plonger la malade dans une insomnie complète.

Le 12 janvier, M. Requin commence le traitement par les opiacés, en commençant par deux pilules de 0,05 chaque ; le jour suivant, on prescrivit trois pilules, et la malade resta à cette dose deux ou trois jours ; on augmenta progressivement, et le 17 janvier on était arrivé à six pilules. En même temps, des cataplasmes laudanisés étaient appliqués sur les articulations douloureuses. Les douleurs furent sensiblement calmées à partir du moment où l'on commença ce traitement; la malade put dormir la nuit ; ce ne fut que lorsqu'on arriva à la dose de cinq pilules qu'elle éprouva un peu plus d'assoupissement, un peu de rêvasserie, mais il n'y eut pas d'autres symptômes de narcotisme.

Les règles ont paru le 15 janvier à leur époque habituelle; elles ont duré deux jours, comme aux autres époques, et n'ont été ni plus ni moins abondantes.

Le 17 et le 18, la malade prit six pilules; elle urine faci-

FEUILLETON.

FAGON.

Certains hommes qui, par eux-mêmes, n'ont aucun titre pour transmettre leur nom à la postérité, obtiennent cependant l'immortalité par une gloire qu'ils empruntent aux génies dans l'intimité desquels ils vécurent, semblables à ces mondes répandus dans l'espace, et qui, pendant les nuits, reflètent la lumière qui leur vient du soleil. Tel fut le médecin Fagon; pareil à tant d'autres, il se serait éteint dans l'oubli après avoir jeté quelque éclat parmi ses contemporains ; mais cet homme fut le médecin de la Dauphine. Bien plus, la santé, la vie du grand roi lui furent confiées : il tenait donc dans ses mains les destinées du monde ; aussi son nom est impérissable, et l'histoire l'unira à celui de Louis XIV, comme elle joindra ceux de Napoléon et d'Antomarchi.

D'Aquin était premier médecin du roi lorsque Mme de Maintenon s'empara du cœur de son maître et supplanta Mme de Montespan. Mme de Maintenon ne pouvait le souffrir, à cause de la faveur dont il jouissait auprès de sa rivale, et parce que, insatiable d'honneurs et d'argent, il fatiguait le roi de ses sollicitations ; il y mit le comble en demandant pour son fils, qui n'était que simple abbé, le titre d'archevêque de Tours. Le roi, indigné de tant d'audace, et poussé par la veuve de Scarron, le congédia et nomma Fagon à sa place. D'Aquin, rempli de tristesse à la suite de sa disgrâce, se retira à Vichy, où il mourut peu de temps après.

Fagon (Gui-Crescent) naquit à Paris, au Jardin-des-Plantes, le 11 mai 1638, de Henri Fagon, commissaire ordinaire des guerres, mort sous les murs de Barcelone en 1649, et de Louise de Labrosse, nièce de Gui de Labrosse, médecin de Louis XIII, et fondateur du Jardin-des-Plantes.

Né au milieu de toutes les splendeurs du règne végétal, les premiers mots qu'il apprit à prononcer furent des noms de plantes ; les premiers objets qui frappèrent ses regards furent ces richesses végétales accumulées sur un petit espace, et tirées à grands frais de toutes les parties du monde. S'il est vrai que les premières impressions influent souvent sur la vocation des hommes, on conviendra que Fagon se trouvait placé dans les conditions les plus favorables pour aimer la botanique ; il l'aima, en effet, avec passion, et y consacra ses études. Et comme les différentes branches de l'histoire naturelle se touchent et s'enchaînent étroitement, l'étude des fleurs et des plantes le conduisit, par une pente inévitable, à celle des minéraux, de la physique, de la chimie, et enfin de la médecine, qui les met toutes à contribution, en empruntant à leurs richesses les moyens de prévenir et de combattre les maladies de l'homme.

Placé au collége de Sainte-Barbe, il y fit d'excellentes études, et, ayant pris ses degrés, reçut le bonnet de docteur en 1664, à l'âge de vingt-six ans, et fut nommé professeur de botanique et de chimie au jardin où il avait vu le jour et passé son enfance. A cette époque, la découverte de Harvey était l'objet de toutes les conversations, mais très peu de bons esprits croyaient à la réalité de la la circulation du sang. Imbus des idées de Galien, presque tous les médecins la repoussaient comme absurde. Fagon eut le mérite, au milieu des hostilités dirigées contre elle, de traiter cette question et de la résoudre affirmativement. On le complimenta sur le talent qu'il avait déployé dans son argumentation, tout en le plaignant de s'être fait le champion d'une aussi mauvaise cause.

Pour enrichir son jardin de prédilection, rien ne lui coûta : ni argent ni fatigues ; car il fit à ses frais des excursions botaniques en Auvergne, dans le Languedoc, la Provence, les Alpes, les Pyrénées, les Cévennes et sur les bords de la mer, d'où il rapporta un herbier considérable.

Doué d'une vaste mémoire, il avait beaucoup lu, beaucoup vu et par conséquent beaucoup retenu.

Pendant qu'il professait au Jardin-des-Plantes, le pharmacien préparateur de son cours, pour lui jouer pièce, au lieu de lui donner la thériaque dont il devait traiter ce jour-là, lui présenta une autre substance dans laquelle il entrait un nombre presque aussi considérable d'ingrédients. Fagon, mécontent d'abord, en prit son parti, et parla longtemps sur la substance que le pharmacien avait substituée à la thériaque. Les applaudissements de l'auditoire lui prouvèrent combien on appréciait cette mémoire qui suffisait à tout et permettait au professeur de parler avec abondance sur un sujet qu'il n'avait pas préparé.

Considéré comme un bel esprit dans ce temps où il y en avait un si grand nombre, il possédait une foule de connaissances, parmi lesquelles il faut ranger les mathématiques. Médecin désintéressé, ami fidèle, il aimait l'honneur, la science et l'étude; mais pardonnait rarement une injure et détestait cordialement ces médicastres sans diplôme qui traitent des corps qu'ils ne connaissent pas avec des remèdes qu'ils connaissent encore moins. Il ne cessa toute sa vie de leur faire une guerre à outrance et les secouait rudement quand les circonstances le mettaient en rapport avec eux. Du reste, délié courtisan, connaissant son Louis XIV et le défaut de sa cuirasse, initié aux mille détours de ce labyrinthe qu'on nomme la cour, bienfaisant et généreux, sa fortune lui permit de faire preuve de désintéressement dans maintes circonstances en exerçant gratuitement son art.

Sans goût pour les plaisirs et les pompes de cette cour brillante, il ne recherchait ni les spectacles, ni les divertissements, et consacrait à l'étude le temps qu'il ne donnait point à ses nombreuses consultations. Il ne voyait que fort peu de malades en ville, et, s'il se décidait à visiter quelque haut personnage de la cour, il faisait une visite très courte. La cause probable de l'isolement dans lequel il vivait et de sa répugnance pour les lieux où s'assemblait un public nombreux était sans doute l'asthme dont il était affecté et les attaques d'épilepsie auxquelles il était sujet ; « un jour, dit le duc de Saint-Simon, il fut pris d'une attaque de haut mal chez le roi; je le vis tout débraillé, assis, la bouche ouverte dans l'état d'un homme qui se meurt. »

Cet accident mit toute la cour en émoi; Louis XIV surtout fut le plus effrayé; il tremblait de perdre l'homme en qui il avait mis toute sa confiance; il semblait qu'il craignît, ainsi que Louis XI, de mourir huit jours après son médecin. Le roi et la cour en furent quittes pour la peur.

Il faut que M. Fagon soit bien savant, se disait-on de toutes parts, pour se maintenir en vie : car asthmatique, bossu, épileptique, décharné et délicat comme il est, il y a longtemps qu'il devrait être mort. Le fait est qu'une grande sobriété, un régime sévère et l'exécution rigoureuse des lois de l'hygiène étaient seuls capables de maintenir le jeu d'une organisation si frêle et si débile. S'il n'a-

lement, a des sueurs abondantes pendant la nuit; bouche un peu sèche, pâteuse; léger assoupissement; un peu de rêvasserie la nuit, pas de resserrement des pupilles.

Le 19, les douleurs persistent dans l'épaule droite, le poignet droit, les articulations métacarpo-phalangiennes du même côté et dans les deux genoux. Ces douleurs se déplacent souvent pour passer dans d'autres jointures. La malade peut se retourner dans son lit, ce qu'elle ne faisait pas avant d'être soumise au traitement par l'opium. — Sept pilules, deux bouillons.

Le 20, pas de douleurs; la malade remue parfaitement tous ses membres, peut se tourner dans son lit, étendre ses jambes, qui jusqu'alors étaient toujours restées à demi fléchies. Aucun symptôme de narcotisme, pouls à 76, pas de bruits anormaux au cœur. — Sept pilules, lavement, purgation.

Le 21, un peu de rêvasserie la nuit; pas de narcotisme. La malade se tourne dans son lit, s'asseoit sans souffrir; elle éprouve un bien-être qu'elle n'avait pas encore senti. Pas de garde-robes, malgré l'administration du lavement. Encore quelques douleurs dans le genou droit. On peut imprimer des mouvements brusques et étendus aux articulations des membres supérieurs. La malade demande des aliments. — Six pilules, bouillons et potages.

Le 22, même état. — Cinq pilules, une portion.

Le 23, la malade a pu marcher un peu dans la salle; elle a éprouvé vers deux heures du matin des douleurs dans les poignets; l'articulation radio-carpienne et les articulations carpiennes du côté droit sont assez douloureuses pour qu'elle ne puisse exécuter de mouvements; elle remue mieux le poignet gauche, bien qu'elle y ressente aussi quelques douleurs. Pas de fièvre. — Quatre pilules, une portion.

Le 25, quelques douleurs dans le genou droit. Pas de douleurs dans les autres articulations. — Trois pilules, une portion.

Le 26, pas de douleurs; toutes les articulations sont parfaitement libres; la malade a marché un peu hier, mais elle a eu une syncope. Sommeil calme, pas de fièvre. — Deux pilules, une portion.

Le 27, pas de douleurs, moins de faiblesse; les garde-robes reparaissent; l'appétit ne revient que très lentement. — Une pilule, une portion.

Le 28, même état.

Le 29, pas de douleurs, pas d'appétit; faiblesse très grande; la malade a eu une syncope la veille après être restée levée une demi-heure; sommeil tranquille. — Une portion. On cesse l'administration de l'opium.

Le 30, moins de faiblesse; la malade a pu rester deux heures levée sans éprouver de syncope; elle a mangé sa portion avec plus de satisfaction. Pas de douleurs; sommeil très bon. — Une portion.

Le 31, la malade est restée levée une grande partie du jour sans éprouver de faiblesse; les règles ont paru aujourd'hui, plus abondantes qu'à l'ordinaire. — Une portion d'aliments.

Le 2 février, elle sort guérie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Deuxième leçon.)

Ce fut en 1849 que se répandit en France le travail de M. Simpson; instruit par son mémoire des moyens de traitement qu'il mettait en usage, nous commençâmes dès cette époque à les employer; l'expérience nous a conduit progressivement à apporter un certain nombre de modifications dans l'appareil imaginé par lui.

Nous possédons aujourd'hui sur les déviations utérines soixante-huit observations, dont quelques-unes seulement sont encore incomplètes; elles nous serviront à tracer l'histoire des diverses variétés de déplacements que nous avons à décrire.

Avant d'entrer dans le fond même du sujet, il est indispensable de présenter quelques considérations générales sur l'anatomie de la matrice dans l'état normal; à cette seule condition, en effet, nous pourrons faire ressortir les changements pathologiques même les plus légers; nous insisterons en peu de mots sur les particularités qui se rapportent à la direction, au volume et aux cavités de l'organe.

L'utérus est en quelque sorte suspendu dans le petit bassin entre la vessie et le rectum; il est situé au-dessous du vagin, dans lequel il fait une saillie plus ou moins considérable au-dessous des circonvolutions intestinales, dont la disposition relative communique au doigt explorateur une sensation spéciale qui manque dans les cas de déviation. L'axe du détroit supérieur du bassin, comme on le sait, est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière; l'axe du détroit inférieur de haut en bas et d'arrière en avant; la direction générale de la matrice se confond sensiblement avec l'axe du détroit supérieur, celle du vagin avec l'axe du détroit inférieur; il résulte de là que ces deux organes, de même que les deux axes auxquels ils correspondent, forment un angle obtus dont le sinus est ouvert en avant. D'après Muller, les dimensions de l'utérus seraient, chez les vierges, de 8 centimètres de longueur et de 3 ou 4 centimètres de largeur environ. Nous avons fait des recherches sur ce point; elles ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous puissions mettre en regard des chiffres posés par le physiologiste allemand des chiffres nouveaux.

La matrice présente dans son intérieur deux cavités, dont l'une appartient au corps, l'autre au col de l'utérus. La première est triangulaire : elle a 10 millimètres de largeur dans sa plus grande étendue; la seconde est ovalaire; elle offre à ses parties supérieure et inférieure une double coarctation par laquelle sont constitués les orifices de l'utérus; l'orifice interne est habituellement plus étroit que l'externe, non-seulement chez les femmes qui ont eu des enfants, mais encore chez les femmes vierges. Cette disposition est utile à connaître : toutes les fois, en effet, que l'ouverture du museau de tanche admettra difficilement la sonde, on devra s'attendre à un obstacle plus ou moins grand lorsqu'il s'agira de franchir l'orifice interne : c'est ce qui nous est toujours arrivé. On peut se faire une idée des deux cavités de l'utérus par la figure qu'en a donnée M. Bennet dans son ouvrage; la longueur de la cavité du col nous paraît avoir été exagérée.

Il est impossible de déterminer la situation précise de l'orifice supérieur : il a toujours une certaine étendue.

La cavité du col présente sur ses parois antérieure et postérieure deux saillies longitudinales qui indiquent la ligne médiane et de chaque côté desquels partent des saillies transversales; ces dernières sont quelquefois assez prononcées pour imprimer à la sonde utérine un temps d'arrêt et faire craindre au médecin un obstacle ou une déchirure de tissus. Dans l'état ordinaire, le col de l'utérus est complètement insensible; dans l'état de maladie, l'introduction des instruments développe souvent des sensations douloureuses.

Au moment où la sonde utérine traverse l'orifice interne, les malades éprouvent une impression désagréable, qui disparaît pour être bientôt remplacée par les phénomènes auxquels donne naissance la sensibilité toute spéciale dont est pourvue la cavité du corps de l'utérus.

On dit qu'il y a déviation utérine toutes les fois que l'axe de la matrice ne coïncide plus, en tout ou en partie, avec l'axe du détroit supérieur du bassin. Lorsque la déviation est partielle, c'est ordinairement le corps qui se déplace; s'il se porte en avant, il y a antéflexion; rétroflexion s'il se porte en arrière. La déviation générale de l'utérus, suivant que le corps est incliné en avant ou en arrière, prend les noms d'antéversion ou de rétroversion.

Quel degré doivent atteindre ces divers déplacements pour qu'il y ait maladie? Il serait difficile de donner à cette question une réponse catégorique. Plusieurs médecins ont affirmé que la santé est parfaitement compatible avec des déviations même considérables; le fait est vrai, mais se rencontre beaucoup plus rarement qu'on n'est, en général, disposé à le penser. Dans les cas d'inclinaison peu marquée, si l'utérus conserve son poids ordinaire, il pourra se faire que la malade n'ait nullement conscience du changement survenu dans la position de la matrice. Il n'en sera pas de même dans les conditions opposées. En interrogeant les malades avec soin, on ne tarde pas à se convaincre alors que le petit nombre de celles qui disent se bien porter éprouvent, dans certaines circonstances, des troubles fonctionnels très évidents; les unes ne souffrent pas dans la marche, mais sont obligées de ralentir leur pas quand elles montent un escalier; les autres font sans peine des courses assez longues, mais, lorsqu'il leur arrive d'aller plus loin que de coutume, ressentent une fatigue très pénible. Quelquefois les symptômes qui se rattachent à l'utérus et à ses annexes sont très légers, mais il se déclare des troubles nerveux et des perturbations dans les opérations digestives, sous l'influence desquelles les malades dépérissent de jour en jour.

L'existence des déviations utérines se révèle souvent par des manifestations symptomatiques entièrement insolites; c'est une vérité qu'il importe, dans la pratique, de ne jamais perdre de vue. Nous avons été récemment témoin d'un fait qui offre à la fois la plus haute utilité et le plus grand intérêt.

Une dame âgée de trente-six ans, d'une bonne santé et d'une constitution robuste, commença à éprouver, quatre ans après une couche qui n'avait été accompagnée ni suivie d'aucun accident, des étourdissements avec gonflement du côté de l'estomac, vomissements, diarrhée passagère et prostration générale. Ces symptômes, qui se montraient à des intervalles éloignés, sous forme d'accès, augmentèrent peu à peu de fréquence et d'intensité; il s'y ajouta un certain degré d'engourdissement qui occupait particulièrement le côté gauche de la tête. Lorsque la malade tournait le cou dans cette direction, elle était prise d'envies de vomir et de bourdonnements d'oreilles. Il n'y avait pas de signes de paralysie.

L'espace de temps compris entre les accès fut d'abord marqué par un état de santé parfaite; plus tard, il survint des deux côtés de la poitrine et des lombes des points névralgiques qui devenaient plus douloureux au moment des accès; ces derniers ne furent bientôt séparés que par un intervalle de quinze jours; la malade avait de temps en temps un sentiment de resserrement qui se passait au milieu de la poitrine sans remonter jusqu'à la gorge.

Le 3 décembre dernier, les accès revenaient tous les dix jours. Appelé auprès de la malade, nous prescrivîmes les préparations narcotiques et antispasmodiques, des douches froides et des vésicatoires pansés avec la morphine. Il y eut un soulagement très marqué.

Le 13, nous dirigeâmes notre attention sur l'état de l'utérus. La marche était facile; il n'existait dans le bassin ni sentiment de pesanteur, ni sensation d'un corps tendant à s'échapper au dehors. Les envies d'uriner n'étaient pas fréquentes; cependant elles obligeaient la malade à se lever deux fois pendant la nuit; rarement il y avait difficulté d'aller à la selle.

Nous pensâmes devoir pousser nos recherches plus loin : le doigt, introduit dans la direction de l'axe du vagin, nous fit rencontrer le corps de l'utérus, qui formait au-dessus de la masse intestinale une sorte de plancher transversal; le col de la matrice regardait en arrière; sa situation dans un point très élevé de la concavité du sacrum permettait difficilement d'atteindre l'orifice du museau de tanche. L'utérus, soulevé par le doigt, retombait à la manière d'un corps pesant. Le cathétérisme fut pratiqué sans provoquer ni douleur, ni écoulement de sang.

La malade nous apprit qu'après avoir uriné dans la nuit, elle sentait un corps qui paraissait se déplacer de haut en bas, et se trouvait immédiatement en proie à des envies de vomir et à des étourdissements; cette sensation avait évidemment pour cause le retour plus ou moins rapide à sa situation anormale de l'utérus momentanément soulevé par la vessie distendue.

Le cathétérisme fut de nouveau pratiqué à plusieurs reprises. Une bronchite très intense interrompit notre traitement jusqu'au 28 janvier, époque à laquelle nous pûmes appliquer avec succès l'instrument redresseur. Du moment où la déviation utérine a cessé, les accès ont perdu de leur fréquence et de leur intensité, la malade a pu dernièrement, pendant un voyage qui a duré un mois, se livrer à toute espèce d'exercices; elle nous a fait remarquer elle-même que le besoin d'uriner ne se fait maintenant sentir qu'une fois pendant la nuit, et ne provoque ni étourdissements, ni envies de vomir.

Lorsqu'on cherche à pénétrer la nature de la maladie dont nous venons d'exposer les symptômes, ou distingue tout d'abord des phénomènes hystériques, dont la réalité ne saurait être douteuse; l'engourdissement et les étourdissements disparaissant dans l'intervalle des accès éloignent l'idée d'une affection cérébrale. Dans quelques maladies du cerveau, les tubercules, par exemple, les accidents se montrent à la vérité sous forme intermittente; mais ils constituent des recrudescences dont le caractère épileptiforme est assez nettement tranché, et que ne sépare jamais un état de santé parfaite.

Nous n'hésitons pas à rattacher les diverses perturbations fonctionnelles observées par nous à l'antéversion de l'utérus. On sait combien sont sujettes à l'hystérie les personnes atteintes de maladies de la matrice; au dire de certains auteurs, l'hystérie ne serait autre chose qu'une maladie de la matrice se traduisant à l'extérieur par des phénomènes variables; ajoutez à cette double considération que les accidents ont disparu en même temps que la déviation.

---

vait pu refaire à neuf cette machine mal construite et mettre en pratique le précepte : *Medice, cura teipsum*, du moins par des soins assidus et un entretien de chaque jour il lui permettait de fonctionner tant bien que mal.

A tant d'infirmités vint se joindre une affection calculeuse de la vessie; Fagon se fit opérer par Maréchal, qui lui ôta une pierre très volumineuse. Il se rétablit parfaitement, et offrit deux mille écus à Maréchal pour honoraires; ce dernier les refusa, pensant que les loups ne doivent pas se manger entre eux. Ces honoraires qu'il avait refusés d'un confrère, il finit par les accepter de la main du roi, qui, en outre, fit présent à Fagon de cent mille livres pour le consoler des angoisses de l'opération.

En possession d'une réputation européenne, il fut consulté par plusieurs souverains et, entre autres, par Charles II, roi d'Espagne, qui était affecté d'une fièvre intermittente rebelle. Il ne s'enorgueillit point de la haute position à laquelle il était arrivé, et, loin de ressembler à tant de parvenus, il fut toujours plein d'une respectueuse déférence pour le monarque et les hommes illustres au milieu desquels il vécut.

En 1687, il accompagna le roi en Luxembourg; pendant ce voyage, Louis XIV fut atteint de la fistule à l'anus. Il fut opéré par Félix, qui reçut 150,000 livres; quant à Fagon, il eut 80,000 livres pour sa présence à l'opération, ce qui faisait une somme double de celle d'aujourd'hui.

L'opération que Maréchal avait pratiquée sur Fagon inspira à ce dernier de la reconnaissance pour l'habile chirurgien qui l'avait délivré d'un ennemi aussi dangereux; aussi, par ses efforts, contribua-t-il à le faire nommer premier chirurgien du roi. Par la suite, il se refroidit à son égard; car Fagon émettait ses opinions médicales avec un emportement tyrannique qui ne souffrait pas la contradiction, et qui le mettait en hostilité ouverte avec quiconque ne partageait pas sa manière de voir. Cette imperfection de sa nature se montra pendant la maladie de la Dauphine et à sa mort. Cette princesse succomba au palais de Versailles; sa maladie n'avait pu être caractérisée ni par Fagon, ni par les autres médecins consultants. L'autopsie, qui fut pratiquée dans les appartements de la défunte, offrit des particularités remarquables. Les organes essentiels à la vie étaient réduits en une sorte de bouillie. Le duc d'Aumont, présent à l'ouverture du cadavre, ayant pris le cœur pour le mettre dans un vase, cet organe, disent les historiens, offrit si peu de consistance « qu'il se fondit, et sa substance coula » jusqu'à terre. »

Cet aspect insolite du cœur et des autres principaux organes, la fluidité du sang et l'odeur insupportable exhalée par le cadavre peu de temps après la mort, tout concourut à faire dire à Fagon que la mort était le résultat d'un empoisonnement. Cette opinion était partagée par un grand nombre de courtisans. Maréchal seul soutint que l'idée d'un empoisonnement était inadmissible; il prétendit avoir pratiqué beaucoup d'autopsies dans lesquelles les organes avaient offert le même aspect. Fagon tint bon, Maréchal aussi, et ils s'échauffèrent tous deux au point de se fâcher sérieusement. Cependant, par la lecture des documents de cette époque, il paraît que Maréchal n'était pas éloigné d'admettre une intoxication; mais qu'il combattit l'opinion de son confrère pour ne pas affliger le roi, qui aurait pu, en outre, concevoir quelque crainte pour sa propre personne si le fait d'un empoisonnement lui avait été démontré.

Fagon se hâtait lentement dans ses apprêts quand il s'agissait d'aller voir des malades; la nuit surtout il n'en finissait pas. Sujet à des sueurs nocturnes abondantes, il craignait les transitions brusques de température et ne s'écartait pas de cette sage lenteur, quels que fussent les titres et le rang de ses clients. Ainsi M. le duc du Maine ayant été gravement malade à deux heures du matin, Fagon ne se rendit près de lui que quatre heures après avoir été appelé; pendant ce temps, le prince avait été saigné et accablé de remèdes dont Fagon blâma énergiquement l'emploi. Ce fut là un tort très grave; car lors même qu'il eût désapprouvé intérieurement le traitement mis en usage par ses confrères, il devait cacher ce blâme pour sauvegarder leur amour-propre et leur réputation, et pour se ménager la réciprocité; car dans notre art, tel qui blâme aujourd'hui peut être blâmé demain, l'esprit le plus droit et le plus éclairé étant sujet à l'erreur quand il s'agit de résoudre un problème dont l'*x* est difficile à trouver.

Dans sa pratique, Fagon ne reculait pas devant les moyens héroïques, témoin Mme de Pontchartrain, qui se trouvait aux eaux de Forges pour se rétablir d'une perte de sang continuelle qui avait résisté à tous les moyens mis en usage pour la combattre, et que Fagon soumit à un traitement qui étonna ses contemporains; ce fut de la faire baigner dans l'eau de la fontaine la plus saturée, qui, du cardinal de Richelieu, reçut le nom d'*eau cardinale*, parce que ce ministre en avait fait usage. Ces bains ne produisirent aucun effet avantageux.

L'amour-propre de Fagon, lequel était poussé aux dernières limites dans les choses médicales, fut mis à une rude épreuve dans la circonstance que voici :

M. de Beauvilliers était atteint d'un dévoiement avec fièvre, qui durait depuis longtemps. Fagon, qui avait épuisé toutes les ressources de sa thérapeutique, l'avait condamné comme incurable. Cependant un certain Helvétius, médecin sans diplôme, comme il y en avait un si grand nombre de son temps et du nôtre, ce qui l'avait fait prendre en grippe par Fagon, entreprit la guérison de ce haut personnage. Fagon fut enchanté de le voir entre les mains de ce guérisseur non patenté, d'abord parce que, ne sachant plus à quel remède se vouer, il était bien aise de se débarrasser de ce malade, qui le fatiguait de ses plaintes et de ses récriminations sur l'impuissance de son art; et ensuite parce que l'échec qu'Helvétius allait éprouver mettrait en relief son ignorance et la folie du vulgaire, assez crédule pour se confier aux soins d'hommes sans études spéciales. Mais point; M. de Boinvilliers guérit de son entérite en huit jours. Ce résultat eut-il lieu à cause des remèdes ou malgré les remèdes; en d'autres termes, est-ce le *quoique* ou le *parce que* qui reçut ici son application? On serait porté à croire que la guérison dépendit du remède, qui était de l'ipécacuanha. Helvétius fit sans le savoir de la médication homœopatique et substitutive. C'est en effet ce même Helvétius qui fit connaître l'usage et les diverses préparations de l'ipécacuanha pour combattre certaines formes de l'entérite.

« Il excellait particulièrement aux dévoiements invétérés et aux » dysenteries; il était excellent encore pour les petites véroles et » autres maladies de venin; pour le reste, médiocre médecin. »

Dr MOREAU DE SAINT-LUDGÈRE.

Il reste un engorgement assez marqué. Les symptômes de la maladie, lors même que l'utérus sera entièrement revenu à son état normal, pourront se reproduire pendant un temps plus ou moins long : c'est ce qui arrive toutes les fois que l'économie a en quelque sorte contracté l'habitude de certains troubles fonctionnels. Disparaîtront-ils entièrement et pour toujours? Nous sommes disposé à le penser ; dans la supposition contraire, ils subiront au moins une atténuation profonde.

Nous pourrions multiplier les exemples et prouver par des faits nouveaux que des déviations utérines en apparence innocentes donnent naissance à des symptômes très variés et souvent très graves.

Les déviations utérines ont été désignées sous des dénominations diverses. Levret les indiquait sous le nom de renversement transversal ; il disait que le renversement avait lieu en avant ou en arrière. Desgranges proposa les mots d'antéversion et de rétroversion.

Avant Muller, qui en 1803 employa les expressions de *reclinatio* et de *pronatio*, on se servait du mot *delapsus*, auquel on doit reprocher une acception trop générale. M. Ameline le premier fit usage des mots antéflexion et rétroflexion. Aux dénominations précédentes on peut joindre celles de latéro-fléxion et de latéro-version.

Il règne de grandes dissidences parmi les auteurs au sujet de la fréquence des déviations utérines en général et de la fréquence relative des variétés qu'elles embrassent. Les uns prétendent, par exemple, que l'antéversion est plus commune que la rétroversion ; les autres, que la rétroversion est plus commune que l'antéversion; les uns affirment que les flexions sont très rares, les autres qu'elles sont très fréquentes.

Dans les 68 cas que nous avons réunis, il y a eu 11 cas de rétroflexion simple, 21 de rétroversion avec ou sans flexion, 25 d'antéversion, et enfin 11 cas d'antéflexion. Ces chiffres font voir, au moins dans la limite des faits dont nous avons été témoin, que les différences de nombre pour chaque variété ne sont pas très étendues, et que d'un autre côté, en ajoutant les antéversions aux antéflexions et les rétroversions aux rétroflexions, on obtient deux sommes à peu près égales.

Il est bien entendu que nous ne publions pas les chiffres précédents autrement qu'à titre de document statistique.

Nous admettons, en premier lieu, une antéversion et une antéflexion simples ; puis des variétés qui consistent dans une antéversion avec flexion plus ou moins prononcée. Dans la désignation des déviations, on a égard au déplacement que subit le corps de l'utérus. Se porte-t-il en avant, il y a antéversion ; en arrière, il y a rétroversion. Mais il arrive souvent qu'une portion de l'utérus conserve sa direction normale ; c'est ce qui a lieu, par exemple, lorsque le corps de la matrice seulement s'incline en avant. Ce nouveau genre de déviation a reçu le nom d'antéflexion ; il comprend plusieurs variétés. Ainsi, on voit quelquefois le col se déplacer de manière à correspondre à l'axe du détroit inférieur ; l'antéflexion est alors plus marquée que dans les conditions contraires. On rencontre également des cas dans lesquels le col est fortement décié en avant, tandis que le corps l'est à peine.

Les diverses espèces de déviations que nous venons d'énumérer ont été observées par nous ; deux fois l'autopsie nous a fait voir la variété d'antéflexion que nous avons décrite en dernier lieu.

Les variétés que peut offrir l'antéversion dépendent uniquement du degré plus ou moins grand de renversement de l'utérus ; entre la direction horizontale et la direction naturelle sont comprises des nuances de position qu'on pourrait en quelque sorte multiplier à l'infini. La déviation aura d'autant moins d'importance que l'axe de l'utérus se rapprochera davantage de l'axe du détroit supérieur.

La rétroversion a ordinairement pour limite une ligne plus ou moins obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant.

La rétroflexion se fait à différentes hauteurs ; tantôt le col conserve sa position normale, tantôt il se dévie : dans le premier cas la déviation est simple, elle est double dans le second ; entre ces deux degrés extrêmes, on rencontre une foule de déplacements intermédiaires.

Si aux changements de position que nous venons d'indiquer on joint les flexions et les versions qui ont lieu latéralement, soit à droite, soit à gauche, on possédera le tableau complet de toutes les déviations utérines.

Embrasserons-nous ces déviations dans une description collective? S'il est vrai qu'elles présentent un grand nombre de symptômes communs et qu'elles réclament un mode de traitement identique, il est incontestable que chacune d'elles se caractérise par des signes particuliers et exige des modifications spéciales dans le mode d'application des moyens thérapeutiques; il résulte de là des différences assez importantes pour motiver la description de chaque variété considérée en particulier. Nous ferons ressortir, dans un résumé général, les analogies qui rapprochent entre elles les diverses espèces.

L'ignorance des règles qui doivent présider à l'exploration de l'appareil utérin conduit fréquemment à de graves erreurs dans le diagnostic et à de grandes difficultés dans le traitement ; il est donc essentiel d'entrer dans quelques explications à cet égard.

Le toucher est un moyen beaucoup plus utile qu'on ne le pensait il y a quelques années. Le doigt doit être introduit lentement et avec beaucoup de précaution, suivant l'axe du vagin ; lorsqu'il n'atteint pas le col, on peut pénétrer plus profondément en se servant à la fois du doigt médius et du doigt indicateur, soit en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche. Il est rare qu'il y ait nécessité d'avoir recours à cette dernière ressource. Nous avons coutume, pour pratiquer le toucher vaginal, de faire placer les malades dans la station verticale : dans cette situation, en effet, on juge plus exactement du degré de la déviation ; dans cette situation aussi, les malades ressentent plus vivement les symptômes de leur affection ; on peut ainsi apprécier le rapport qui existe entre le déplacement et les phénomènes auxquels il donne naissance.

Lorsqu'on fait suivre au doigt l'axe du vagin, la portion de l'utérus qui se présente la première à la pulpe de l'indicateur permet de reconnaître immédiatement s'il existe une déviation ; dans l'état normal, on atteint directement la lèvre antérieure, en arrière de laquelle se trouve situé l'orifice du museau de tanche. Le doigt promené sur le museau de tanche peut sentir une certaine étendue des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; l'exploration du cul-de-sac vaginal en avant et en arrière fait percevoir la présence de circonvolutions intestinales.

Il est facile d'acquérir des notions sur le degré de consistance, le volume, la température, l'état de la surface et de l'ouverture du col de l'utérus ; après s'être livré à cette recherche, il convient de soulever la matrice en vue de savoir si elle est légère ou pesante, mobile ou adhérente.

Toutes les fois qu'il y a antéversion, le doigt, au lieu de rencontrer la lèvre antérieure du col de l'utérus, atteint directement la face antérieure ; il devient nécessaire de porter le doigt très fortement en arrière et en haut pour arriver jusqu'à l'orifice du museau de tanche. L'exploration de la paroi postérieure du col est très difficile.

En faisant coucher la malade dans la position horizontale, on peut, au moyen d'un nouvel examen, apprécier les modifications survenues dans la déviation sous l'influence du changement de situation, et prévoir à l'avance le degré de résistance que la maladie opposera à l'action du traitement.

Les remarques que nous venons d'exposer suffiront pour guider dans la recherche de la rétroversion. L'antéflexion et la rétroflexion se reconnaîtront à la présence d'un angle plus ou moins obtus ouvert en avant ou en arrière.

A.-H. Margerie.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

A quelle période de la maladie convient-il d'opérer la tumeur lacrymale?

Le praticien auquel il est donné de traiter une tumeur lacrymale dès son début et jusqu'à sa dernière période, c'est-à-dire jusqu'à sa transformation en fistule lacrymale, doit naturellement se demander à quelle époque précise il devient rationnel de substituer aux moyens ordinaires, devenus insuffisants, l'opération chirurgicale.

Cette question, ainsi formulée d'une manière très précise, a été traitée dans nos leçons cliniques avec tous les détails nécessaires et à propos des différents cas particuliers qui se sont présentés à notre observation. Ce sont ces réflexions pratiques que nous allons résumer ici.

La tumeur lacrymale, à sa première période, est caractérisée exclusivement par un léger larmoiement qui varie lui-même d'une manière très sensible, selon les lieux, le temps, les saisons, de manière à être plus prononcée pendant l'hiver que pendant l'été, par un temps humide que par un temps sec, sous l'action de courants d'air plus ou moins vifs que dans une atmosphère calme.

La narine correspondant à la maladie est ordinairement plus sèche, plus aride que celle du côté opposé. Ce dernier symptôme, que la plupart des malades accusent d'eux-mêmes, et sans qu'il soit nécessaire de fixer leur attention à cet égard, réfute de lui-même deux points erronés dans l'histoire de la tumeur lacrymale des auteurs.

Le premier a trait à la manière d'expliquer l'inflammation catarrhale des voies lacrymales en admettant la propagation de l'inflammation de bas en haut, du nez vers le canal nasal ; car, s'il en était réellement ainsi, le symptôme initial de la tumeur lacrymale, au lieu d'être une sécheresse, serait bien plutôt une humidité plus grande de la narine, ainsi que cela a lieu dans le coryza.

Je ferai d'ailleurs, à cet égard, une remarque que beaucoup ont pu faire comme moi, c'est que les personnes souvent affectées d'un coryza, soit aigu, soit chronique, et qui sont presque toujours enchifrenées, comme elles le disent, ne sont pas plus exposées que les autres à la production d'une tumeur lacrymale.

Le second, sur lequel paraît reposer, bien plus que sur des faits authentiques, un mode de traitement de la tumeur lacrymale, l'occlusion des voies lacrymales, imaginée par Nonanni, consiste à regarder le sac lacrymal et le canal nasal comme à peu près inutiles dans l'économie, c'est-à-dire comme un objet de luxe. Dans les cas les plus ordinaires, les larmes seraient en partie absorbées par la muqueuse oculo-palpébrale, en partie évaporées au contact de l'air, de telle sorte qu'il n'en resterait plus pour traverser les voies lacrymales. Eh bien, la vérité est, quelle que soit l'action des causes sus-indiquées, et que nous ne nions point, d'ailleurs, dans ce qu'elles peuvent avoir de vrai, qu'une bonne partie des larmes traverse, à l'état normal, les voies lacrymales, et, mêlée au mucus sécrété, concourt à lubréfier l'intérieur des fosses nasales. La preuve n'est-elle point ici nettement formulée dans cette sécheresse accidentelle de la narine dès qu'il survient un obstacle au passage régulier des larmes?

Quoi qu'il en soit, la tumeur lacrymale, à ce premier degré d'évolution, n'est encore caractérisée que par un obstacle passager, une obstruction fortuite, en quelque sorte. Les voies lacrymales ont perdu très peu de leur calibre normal; leur capacité est encore à peu près à l'état physiologique : c'est l'appareil folliculaire de la muqueuse, devenue le siége d'une hypersécrétion morbide, qui fournit ce liquide blanchâtre, épais, filant, dont l'accumulation dans le sac lacrymal et dans le canal nasal barre le chemin aux larmes.

De temps en temps ce mucus albuminiforme, délayé par les larmes, est expulsé par la partie inférieure des voies lacrymales, spécialement pendant les secousses provoquées par l'éternument ou par l'action de se moucher. Alors les premiers symptômes de la tumeur lacrymale, tels que le larmoiement et la sécheresse de la narine, cessent pour quelque temps; mais une accumulation nouvelle du produit anormal de sécrétion ne tarde guère à leur donner naissance de nouveau.

Les choses se succèdent ainsi pendant un temps variable, et qui dure ordinairement plusieurs mois. L'expulsion du mucus albuminiforme par l'orifice inférieur des voies lacrymales devient de plus en plus rare, soit parce que ce produit est sécrété en plus grande quantité, soit parce qu'il a acquis une consistance plus grande; les larmes restent plus longtemps emprisonnées dans la partie supérieure des voies lacrymales, elles commencent à distendre la paroi antérieure du sac qui proémine vers le grand angle de l'œil. La tumeur lacrymale proprement dite est dès lors formée. En pressant avec la pulpe du doigt sur cette tumeur, on fait refluer par les points lacrymaux une certaine quantité de larmes, facilement reconnaissables aux caractères physiques du liquide expulsé et en même temps, bien qu'en dernier lieu le plus ordinairement, des tractus blanchâtres transparents, albuminiformes.

Quelquefois, au lieu des larmes et du mucus restés distincts, il sort par les points lacrymaux un liquide très légèrement lactescent. Cette pression, qui vide momentanément le sac des fluides qui le distendent, ne rétablit pas toujours, même pour quelques instants, la perméabilité des voies lacrymales ; car pour avoir vidé le sac, on n'a pas, par ce fait même, désobstrué le canal nasal. Aussi les larmes ne tardent-elles pas à remplir de nouveau la cavité que l'on vient pour ainsi dire de leur préparer.

Dans plusieurs cas la pression exercée sur la partie antérieure du sac lacrymal fait refluer le liquide, partie par les points lacrymaux, partie par l'orifice inférieur du canal nasal.

Enfin quelquefois les fluides accumulés dans les voies lacrymales refluent exclusivement par le canal nasal ; ce qui tient à ce qu'il existe, sinon une oblitération des conduits lacrymaux, cas assez rares, du moins un défaut de rapports entre l'étroitesse des conduits lacrymaux et la viscosité, la consistance du mucus accumulé.

Cette absence de reflux par les points lacrymaux du fluide sécrété peut se rencontrer à ce premier degré de la maladie ; nous l'avons plusieurs fois fait remarquer sur des malades de notre consultation publique. Il peut d'ailleurs cesser d'un jour à l'autre.

Ainsi, voilà suffisamment défini ce premier degré de la tumeur lacrymale. Elle est caractérisée positivement par une hypersécrétion de mucus qui s'accumule dans les voies lacrymales, et, négativement, par l'absence de sécrétion purulente.

Cependant, avant de passer franchement du premier au second degré, de l'hypersécrétion muqueuse à la sécrétion purulente, la tumeur lacrymale subit des oscillations assez fréquentes qu'il nous reste à signaler.

La tumeur lacrymale à peine douloureuse et s'accompagnant d'une très faible injection des paupières s'enflamme tout à coup sous telle ou telle influence accidentelle ; mais dans tous les cas, par le fait même de l'obstruction des voies lacrymales, cette inflammation ou dacryocystite, pour peu qu'elle soit aiguë, a pour résultat de remplacer la sécrétion muqueuse par la sécrétion purulente. La maladie n'est cependant au deuxième degré que d'une manière momentanée ; car, l'inflammation disparue, l'hypersécrétion de mucus se rétablit jusqu'à ce qu'une nouvelle dacryocystite vienne l'arrêter de nouveau. Ce n'est, en un mot, qu'après plusieurs inflammations aiguës des voies lacrymales que la maladie passe du premier au deuxième degré, du moins dans le plus grand nombre des cas.

Nous n'insistons autant sur les caractères propres à cette première période de la tumeur lacrymale que par ce motif qu'il ne faut jamais traiter par une opération chirurgicale la tumeur lacrymale au premier degré.

Notre pratique à cet égard se fonde sur des raisons tellement plausibles, qu'il suffit de les signaler pour montrer leur justesse.

En effet, un bon nombre de tumeurs lacrymales au premier degré restent stationnaires pendant un certain nombre d'années, à la condition, facile à remplir par le malade, de vider plusieurs fois dans la journée le sac lacrymal à l'aide de la pression, dont nous avons déjà parlé. Plus on renouvelle souvent cette pression, plus le liquide expulsé est clair, transparent ; mais, en d'autres termes, les larmes sont mêlées de mucus ou de muco-pus. On prévient de la sorte la dilatation du sac, son inflammation, et surtout son ulcération.

De plus, cette tumeur lacrymale, encore peu avancée, offre des chances réelles de guérison par des moyens plus simples que ceux de l'opération ordinaire. Aujourd'hui que la méthode très expéditive de Dupuytren par la canule est, à juste titre, abandonnée par la plupart des chirurgiens, on ne saurait objecter la longue durée du traitement qu'il nous reste à indiquer ; car le traitement qui consiste à pratiquer la dilatation progessive, soit simple, soit combinée avec la cautérisation, demande lui-même un temps fort long, si l'on veut mettre les malades à l'abri d'une récidive.

Nous n'opérons donc pas les malades atteints de tumeur lacrymale au premier degré, nous les traitons de la manière suivante, dont le succès, disons-le bien haut, dépend surtout de la docilité du sujet.

D'abord, nous administrons un traitement général si le malade est faible, lymphatique ou scrofuleux ; nous prescrivons un traitement antiphlogistique local s'il existe quelques traces de dacryocystite. Par exemple, des frictions faites matin et soir sur la tumeur avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel double. . .	15 grammes.
Camphre.	2 —

Des purgatifs, quelques pédiluves sont également prescrits. Je conseille assez souvent aussi l'emploi d'un collyre astringent, mais plutôt dans le but de faire disparaître l'inflammation concomitante des paupières, qui est si fréquente, que d'agir directement sur les voies lacrymales.

En effet, malgré la pression préalable que l'on a soin d'exercer sur le sac pour le vider et le disposer à recevoir quelque faible portion du collyre instillé dans l'œil, nous croyons peu au passage du liquide astringent par les conduits lacrymaux, qui deviennent bien plutôt momentanément imperméables par l'action même du liquide irritant.

Ce collyre peut néanmoins être utile d'une autre façon, en faisant disparaître l'inflammation des paupières, qui est une cause d'hypersécrétion des larmes, lesquelles augmentent elles-mêmes outre mesure la distension du sac, point de départ de tous les autres accidents.

Pour combattre cette blépharite, nous donnons ordinairement la préférence au collyre suivant :

Eau camphrée.	60 grammes.
Sulfate de cadmium.	1,50

A instiller matin et soir entre les paupières.

Mais c'est surtout à l'aide d'injections par les conduits lacrymaux qu'il faut traiter la tumeur lacrymale au premier

degré. Les injections détersives faites avec un liquide ordinaire, de l'eau, par exemple, sont le plus souvent insuffisantes, nous l'avons dit ailleurs (Tavignot, *Traité clinique des maladies des yeux*, 1847, p. 603); on peut néanmoins les pratiquer comme moyen de désobstruction, et avant de faire l'injection médicatrice proprement dite.

L'injection médicatrice peut être composée de l'une ou de l'autre des substances qui entrent dans les collyres astringents les plus généralement usités. Nous croyons cependant qu'il n'est point indifférent de faire un choix parmi eux, et nous avons eu recours assez fréquemment aux solutions de borax, de tannin, de sulfate de cadmium, etc.; mais nous donnons maintenant la préférence à une solution étendue de teinture d'iode, d'après la formule suivante:

Eau distillée.	125 grammes.
Teinture d'iode.	5 —
Iodure de potassium.	5 —

On augmente ensuite graduellement, et selon les résultats obtenus, l'activité de ce liquide.

Les injections par les points lacrymaux et à l'aide de la seringue d'Anel doivent être faites tous les jours, ou au moins de deux jours l'un; il importe, en outre, qu'elles soient continuées pendant deux mois et demi ou trois mois, si l'on veut pouvoir compter sur leur efficacité.

Quoi qu'il en soit, il est une période de la maladie à laquelle nous n'employons plus les injections iodées; c'est celle qui est caractérisée par la sécrétion de matière purulente à l'intérieur du sac. Lorsque la formation du pus n'est pas seulement accidentelle et momentanée, comme quand elle résulte d'une dacryocystite intercurrente, c'est à l'opération qu'il convient d'avoir recours; toute autre médication, bien qu'indiquée pour combattre tel ou tel symptôme, n'aura pas pour effet de guérir la maladie d'une manière définitive.

En retardant alors trop longtemps l'époque de l'opération, on laisse la tumeur lacrymale progresser de plus en plus, la peau qui recouvre le sac s'amincir davantage, l'obstacle au cours des larmes augmenter, de telle sorte qu'il faut ensuite une médication plus énergique et surtout plus longtemps continuée si l'on veut obtenir une guérison radicale et exempte de récidive.

L'opération de la tumeur lacrymale telle que nous la pratiquons est une combinaison de deux méthodes: la *cautérisation* et la *dilatation*. Dans cette manière de faire, que nous avons déjà exposée plusieurs fois, on s'attaque successivement aux deux éléments de la maladie: à *l'état catarrhal de la muqueuse* par la cautérisation, et au rétrécissement du canal par la dilatation progressive.

DES PESSAIRES EN GÉNÉRAL.

Du pessaire à réservoir d'air en particulier,

Par M. le Dr Gariel.

Les pessaires en ivoire, en buis et en gutta-percha; ceux en étoupe, recouverts de plusieurs couches d'huile de lin siccative (improprement appelés pessaires en gomme élastique), présentent de nombreux inconvénients.

Composés de substances solides, ils ont une inflexibilité qui rend leur application douloureuse à plus d'un titre, et le plus souvent dangereuse au lieu d'être salutaire.

Il convient d'examiner quels sont ces dangers:

1° Au moment de l'introduction du pessaire;

2° Pendant le séjour de cet appareil dans la cavité vaginale;

3° Au moment du retrait de ce même appareil.

1° *Introduction du pessaire.*

Cette introduction est toujours accompagnée de vives douleurs, même lorsque l'appareil a un petit diamètre. Cette circonstance s'explique par la dilatation forcée qu'éprouve l'anneau vulvaire. En effet, l'on comprend que, si la dilatabilité normale de cet anneau n'était pas dépassée, le pessaire serait sujet à tomber à chaque instant. Je dois même ajouter que dans un grand nombre de cas, un pessaire introduit avec la plus grande difficulté, à cause de son volume disproportionné avec le diamètre de l'anneau vulvaire, ne maintient cependant que très imparfaitement le col de l'utérus. Il est facile de se rendre compte de cette circonstance par la disposition anatomique du vagin. Il arrive, en effet, que, la partie supérieure de cet organe étant beaucoup plus large que la partie inférieure, les pessaires les plus volumineux que puisse admettre l'anneau vulvaire ballottent, pour ainsi dire, lorsqu'ils ont franchi cet anneau. Une autre cause favorise encore le déplacement des pessaires; je veux parler de la forme affectée jusqu'ici à ces appareils, forme telle, que le plus grand diamètre du vagin (diamètre vertical) doit se trouver en rapport avec le petit diamètre du pessaire, et le grand diamètre du vagin (diamètre horizontal), avec le petit diamètre de l'appareil. Il résulte de cette disposition qu'un mouvement de bascule est inévitable, et que non-seulement les pessaires ne restent pas dans la partie supérieure du vagin, mais qu'ils se déplacent toujours dans le sens de leur grand diamètre. Le col utérin se trouve reposer sur une des parois latérales du pessaire, soit verticalement, soit obliquement, mais il ne reste jamais engagé dans l'ouverture pratiquée au centre de cet appareil pour donner passage aux écoulements naturels et accidentels, et dont je propose la suppression, sauf dans quelques cas particuliers.

2° *Séjour du pessaire dans la cavité vaginale.*

Le séjour des pessaires dans la cavité vaginale est toujours accompagné d'accidents, dont quelques-uns ne manquent pas d'une certaine gravité. Je citerai particulièrement:

A. L'inflammation des parties contiguës au pessaire;

B. Les réactions sympathiques de l'utérus, de la vessie et du rectum.

A. L'inflammation qui se produit toujours et nécessairement à la suite de l'application d'un pessaire reconnaît pour cause principale le contact plus ou moins longtemps prolongé d'un corps dur et résistant qui finirait par éroder les parties contiguës quand même il conserverait son poli, et il me sera facile de prouver que toujours ce poli s'altère au bout d'un temps très court.

Une autre cause non moins importante se joint à cette première cause d'inflammation: c'est la stagnation des mucosités utérines et vaginales, stagnation que les soins les plus minutieux, les injections les plus méthodiquement faites ne peuvent empêcher. Comment une injection pourrait-elle atteindre le col utérin dont elle est séparée par l'interposition d'un corps opaque plus ou moins volumineux?

La stagnation de ces mucosités amène leur décomposition qui détermine nécessairement l'érosion, l'ulcération du col utérin et des parois vaginales: c'est alors que survient une hypersécrétion muco-purulente qui ne fait qu'ajouter aux désordres déjà produits.

Cette stagnation des mucosités produit un résultat non moins fâcheux, l'altération du poli du pessaire.

Cette altération a lieu de différentes manières, suivant la composition du pessaire.

Lorsque le pessaire est en bois, en ivoire, etc., il résiste ordinairement plus ou moins à la macération; mais les mucosités vaginales ne tardent pas à s'attacher à sa surface, à l'encroûter irrégulièrement, de telle sorte que, dans quelques cas, il ne présente plus qu'imparfaitement sa configuration primitive.

Lorsque le pessaire est en composition, son tissu, baignant dans un liquide muco-purulent, s'altère promptement. Ses couches épidermiques, fendillées d'une manière irrégulière, présentent des saillies plus ou moins rugueuses, plus ou moins acérées, et, entre ces saillies, des sillons par où les mucosités vaginales pénètrent dans le tissu spongieux du pessaire et le réduisent en putrilage. Arrivé à ce degré de décomposition, le pessaire répand une odeur dont on ne peut se faire une idée lorsqu'on ne l'a pas sentie.

B. Les réactions sympathiques de l'utérus, de la vessie et du rectum sont souvent plus graves que la maladie elle-même à laquelle on a opposé le pessaire.

Ces réactions sympathiques sont de nature inflammatoire ou névralgique; ce n'est pas ici le lieu de les décrire avec détail. Qu'il me suffise d'appeler l'attention sur la fréquence des métrites et des cystites consécutives, et surtout des accidents hystériformes de toute nature, accidents qui ne cèdent à aucun traitement tant que le pessaire reste en place.

Ces accidents hystériformes sont surtout à craindre au moment de l'époque menstruelle par la surexcitation qu'éprouve alors tout l'organisme.

3° *Retrait du pessaire.*

Le retrait du pessaire est plus douloureux encore que son introduction.

Lors de l'introduction, la douleur n'est excitée que par le volume du pessaire, dont la surface est lisse et polie. Lors du retrait il y a production de nouveaux accidents dépendant des causes signalées plus haut (altérations du pessaire, etc.). Il n'est pas rare alors d'être obligé de pratiquer un véritable accouchement. Dans quelques cas même le pessaire ne peut être retiré que par morceaux; ce sont les cas dans lesquels les parois vaginales ont pris racine pour ainsi dire dans le tissu du pessaire altéré, fendillé. Alors surviennent des accidents formidables, des hémorrhagies, des déchirures des parois vaginales plus ou moins vastes, plus ou moins profondes, par lesquelles se peuvent faire des infiltrations purulentes dans le petit bassin, et qui peuvent donner lieu secondairement à des fistules urinaires, stercorales, etc., etc.

Il est une espèce de pessaires (pessaires à bilboquet) dont je ne dirai que quelques mots, parce qu'ils sont à peu près abandonnés. Ces pessaires ne produisent pas des désordres aussi graves que les pessaires en gimblette, parce qu'ils ont un volume moins considérable, et que, leur introduction se faisant tous les jours, ils sont lavés et ne peuvent arriver à l'état de décomposition signalé plus haut; mais ils donnent lieu à une série d'accidents qui leur sont propres, et qui ont une grande importance.

Ils déterminent sur le col utérin une pression plus forte que les pessaires à gimblette, puisqu'il s'agit non-seulement de soutenir l'utérus, mais de le ramener dans sa position verticale. Il y a, pour obtenir ce résultat, une force de levier dont on doit tenir compte.

La présence de leur prolongement dans le vagin jusqu'en dehors des parties génitales détermine une pression très douloureuse dans le point où agit le bras du levier.

La femme qui porte un pessaire à bilboquet doit toujours avoir soin, lorsqu'elle s'assied, d'en baisser la tige au-devant du siége. Sans cette précaution la tige heurte le siége, remonte dans le vagin, et, refoulant brusquement l'utérus, y produit un retentissement douloureux.

Tous ces inconvénients, quoique très pénibles, pourraient être supportés si le pessaire à bilboquet remplissait le but, s'il opérait le redressement du corps de l'utérus dans les cas de déplacement; mais ce résultat n'est jamais obtenu, et la contention est illusoire.

Un grand nombre de praticiens, reconnaissant tous les inconvénients que je viens de signaler, ont renoncé à l'usage des pessaires, qu'ils remplacent dans tous les cas par des éponges de volume variable.

Je n'hésite pas à reconnaître que l'emploi des éponges est en même temps plus utile et moins dangereux que celui des pessaires composés de substances solides. Néanmoins cet emploi n'est pas exempt d'inconvénients.

Quoique compressible, l'éponge est introduite avec quelque difficulté; ce qui dépend non-seulement de son volume, mais de la nature spongieuse de son tissu, qui absorbe l'eau des injections et sèche les parois vaginales. La difficulté de l'introduction augmente encore lorsque l'éponge arrive au niveau où se trouve descendu le col de l'utérus, parce qu'à la sécheresse du vagin se joint la pesanteur du corps de l'utérus, en général hypertrophié.

Le retrait de l'éponge n'est facile que lorsqu'on a eu le soin de passer dans son tissu un fil communiquant avec l'extérieur. Lorsque ce fil casse ou lorsqu'il coupe la portion de l'éponge qui se trouve comprise dans son anse, la sortie de l'éponge ne peut plus, en général, être faite que par une main habile.

Les pessaires dont je propose l'adoption n'ont aucun des inconvénients inhérents aux appareils que je viens de décrire; ils remplissent toujours le but que je me propose, le soulèvement ou le redressement de l'utérus.

Le problème à résoudre était celui-ci: construire un pessaire qui soit de petite dimension au moment de l'introduction, qui prenne un développement plus ou moins considérable lorsqu'il est arrivé au niveau du col utérin, et qui revienne à son premier état au moment du retrait.

Dans ces conditions, l'introduction du pessaire ne devait pas être douloureuse; le col utérin devait être maintenu aussi haut et aussi régulièrement que possible; la sortie du pessaire devait être aussi facile que son introduction.

Tel est, en effet, le résultat que j'ai obtenu en affectant le caoutchouc volcanisé à la fabrication des pessaires; résultat confirmé par un grand nombre d'observations.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ACIDE ARSÉNIEUX.

Acide arsénieux liquide.

Dans les hôpitaux allemands, on emploie sous ce nom un soluté de 0,05 d'acide arsénieux dans 250 grammes d'eau distillée.

Une et progressivement six cuillerées le matin à jeun (Foy).

Formule du docteur Gibert.

Acide arsénieux.	0,05
Eau distillée.	500

Faites dissoudre à chaud; divisez en cinq fioles, chacune pour un ou deux jours, à prendre le matin.

Cette formule est généralement préférée par M. Gibert dans le traitement des maladies de la peau et notamment du psoriasis.

Pilules asiatiques.

Acide arsénieux.	0,05
Poivre noir.	0,60
Gomme arabique.	0,01
Eau.	q. s.

Triturez pour faire douze pilules; une par jour.

Cette préparation est fort active. C'est généralement celle que je préfère, en variant la dose de une à deux, et le plus souvent en la diminuant, d'après la formule suivante:

Masse de pilules asiatiques. . . .	0,50
Extrait de taraxacum.	1,50

M. pour faire vingt pilules.
De une à deux par jour.

ARSÉNITE.

Un seul arsénite est employé en médecine; c'est l'arsénite de potasse, qui fait la base de la liqueur de Fowler.

Liqueur arsenicale de Fowler.

Acide arsénieux.	5,0
Carbonate de potasse.	5,0
Eau distillée.	500
Alcoolat de mélisse.	15

Faites bouillir l'acide, le carbonate et l'eau jusqu'à dissolution; ajoutez l'alcoolat après le refroidissement; filtrez et ajoutez Q. S. d'eau pour avoir 500,0 d'une liqueur, qui contiendra ainsi un centième de son poids d'acide arsénieux.

D'après la formule de la Pharmacopée de Londres, la liqueur de Fowler contient 1/120 d'acide.

C'est un médicament très énergique, qui demande à être employé avec prudence.

Suivant le conseil donné par Biett, qui l'employait souvent, on commence par 2 ou 3 gouttes et l'on ne dépasse pas 12 gouttes, encore prises en deux doses par jour.

ARSÉNIATES.

Liqueur ou solution arsenicale de Pearson.

Arséniate de soude.	0,05
Eau distillée.	30

Dissolvez et filtrez (Codex).

Dose: de 1 à 2 et même 4 grammes progressivement.

Cette préparation est plus douce, plus facile à manier que celle de Fowler. Je l'emploie de préférence chez les femmes, les enfants, contre les formes récentes.

Liqueur arsenicale de Biett.

Arséniate d'ammoniaque. . . .	0,20
Eau distillée.	125

Même usage et même dose que la précédente.

(*Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*)

A la suite du concours dont il a déjà plusieurs fois été question dans ce journal et qui paraît avoir été un des plus remarquables par la force des épreuves, MM. Demarquay et Adolphe Richard, anciens prosecteurs de la Faculté de médecine, ont été nommés chirurgiens du Bureau central des hôpitaux.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 56. — MARDI 11 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 56. — MARDI 11 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an.....	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an.........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Statistique des opérations césariennes. — HOPITAUX. SAINT-ANTOINE (M. Chassaignac). De l'extraction des corps étrangers implantés dans la cornée. — SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau. — Note sur la préparation de l'acide benzoïque par sublimation. — Société de chirurgie, séance du 28 avril. — Correspondance. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Fagon.

PARIS, LE 12 MAI 1852.

Statistique des opérations césariennes.

L'*Observateur médical de Courtrai*, qui publiait dans son avant-dernier numéro un article remarquable de son rédacteur en chef, M. le docteur Frédericq, relatif à l'avortement provoqué, a aussi fait un appel à ses abonnés, afin d'obtenir d'eux la communication de tous les cas d'opération césarienne dont ils auraient connaissance. Un habile praticien de Courtrai, M. Decoene, a répondu à cet appel, et a adressé à M. Frédericq la relation sommaire de six de ces opérations. Ainsi que le font remarquer l'auteur et l'éditeur de ces observations, elles laissent à désirer sous le rapport des détails; mais au point de vue du résultat, elles sont suffisamment explicites pour pouvoir servir à une statistique. Nous aurions désiré un seul renseignement de plus : nous aurions voulu que M. Decoene déclarât explicitement, ce qui paraît très probable, d'après la forme de sa communication, que les six opérations qu'il relate sont bien les seules qu'il ait eu occasion de pratiquer.

En attendant ce renseignement, qu'un scrupule d'exactitude nous oblige seul à demander, nous croyons devoir noter dès aujourd'hui les beaux résultats obtenus par M. Decoene. En effet, ces six opérations ont eu cinq fois un résultat heureux pour la mère, et quatre fois pour l'enfant. Encore est-il à remarquer que les deux enfants qui ont succombé, et dont un même était mort avant l'opération, ont été tués par les manœuvres pratiquées pour les extraire par les voies naturelles. Nous attendrons de nouvelles communications avant de grouper les faits qu'on va lire avec ceux que nous avons déjà publiés, et par conséquent avant de tirer quelques inductions de ces faits. Mais il nous paraît extrêmement probable déjà que la statistique que nous avons provoquée conduira à des résultats bien différents de ceux qui ont été annoncés à tout hasard dans la dernière discussion de l'Académie.

M. Frédericq rappelle, à la suite des faits qu'on va lire, une observation fort curieuse d'opération césarienne, que nous ne croyons pas devoir publier ici, parce que nous ne sommes pas certain que l'auteur de n'ait pas pratiqué d'autres opérations. Mais nous la mettrons plus tard sous les yeux de nos lecteurs à titre de fait très curieux, et qui n'est pas sans importance au point de vue pratique. — H. de Castelnau.

I. La femme Losvelde, née à Vandenbroucke, âgée de trente-trois ans, était en travail de son troisième accouchement le 15 août 1841; les deux couches précédentes avaient été heureuses; les enfants vivaient et étaient en bonne santé. Cette femme, d'une bonne constitution, avant son mariage n'avait jamais été malade, habitait un endroit salubre à Courtrai, dehors hameau la Couronne. Depuis son second accouchement, elle disait avoir beaucoup souffert de rhumatisme. Par le toucher on constatait un rétrécissement très prononcé au détroit supérieur, diamètre antéro-postérieur; ce rétrécissement n'a pas été mesuré, mais il était facile de s'assurer que la tête d'un enfant n'aurait jamais passé; aussi, le collègue Lagae, qui fut appelé en consultation, partagea-t-il la même conviction. Le travail alors avait duré depuis huit heures et n'était pas très intense; la poche des eaux n'était pas rompue, et les mouvements du fœtus constataient qu'il était vivant. Après avoir vidé la vessie et le rectum, la femme Vandenbroucke fut immédiatement soumise à la section césarienne. Une incision fut faite sur la ligne blanche, s'étendant d'un pouce au-dessous de l'ombilic à un pouce au-dessus du bord du pubis; la peau, l'aponévrose abdominale et le péritoine étant convenablement incisés, une masse d'intestin fit saillie; elle gêna quelque peu l'incision de l'utérus, qui fut à peu près instituée sur la ligne médiane de cet organe; celle-ci amena au dehors, par le siége, un enfant du sexe masculin fort et bien portant; l'arrière-faix et les membranes furent extraits par la plaie; aucune hémorrhagie n'eut lieu, et l'utérus revint immédiatement sur lui-même; les cris de la mère favorisaient la sortie d'anses intestinales que l'on eut de la peine à réduire. On réunit la plaie de l'abdomen au moyen de quelques points de suture entrecoupés et de bandelettes de diachylon; un bandage de corps fut immédiatement appliqué autour du ventre, afin d'empêcher des anses d'intestin de se placer entre l'utérus et les parois de l'abdomen, et de s'engager ainsi entre les lèvres de la plaie faite à la matrice.

L'opération terminée, la malade fut mise au lit et maintenue dans le plus parfait repos. La guérison ne fut entravée par aucun accident; après dix jours on enleva les points de suture, et trois semaines après l'opération la femme Vandenbroucke, avec son enfant, étaient à l'église.

II. La nommée Barbe Vandesompele, épouse de François Samyn, âgée de cinquante-deux ans, était mère de dix enfants; les couches précédentes avaient toutes été sans accidents. Enceinte pour la onzième fois, elle entra en travail d'accouchement le 10 décembre 1843. L'enfant présentait le bras droit, qui déjà était engagé dans le vagin; le médecin D'huyvetter, étant appelé, constata un rétrécissement considérable au détroit supérieur; il y avait précisément la place suffisante pour laisser passer le bras de l'enfant; l'éminence sacro-vertébrale n'était plus au milieu du détroit supérieur, mais se trouvait de côté. M. Stas, médecin à Harlebeke, fut appelé en consultation, ainsi que M. Decoene, de Courtrai. L'enfant alors ne donnait plus signe de vie; le pouls, dans le bras droit, avait cessé de battre.

L'épouse Samyn, fermière, habitait la campagne (village de Harlebeke), avait toujours été bien portante jusqu'en 1841; alors elle fut atteinte d'une tumeur blanche au genou droit. A dater de cette époque sa santé se détériora, elle fut obligée de rester chez elle durant deux ans dans une position assise ou couchée; son mal cependant, au moment de son accouchement, était en voie de guérison; sa santé aussi était meilleure; la tumeur blanche n'avait jamais suppuré. Les renseignements sur le traitement qu'elle a subi durant ces deux années manquent complétement.

Conformément à l'avis unanime des médecins traitants, l'opération césarienne fut faite par M. Decoene. Le travail alors durait depuis quinze heures. Les détails du manuel opératoire ne présentent rien de particulier. L'enfant, du sexe masculin, était mort. M. Decoene fit le même pansement que chez la femme Vandenbroucke, sujet de la première opération; la guérison ne fut entravée par aucun accident, et quatre semaines après l'opération l'épouse Samyn était rétablie.

III. L'épouse de Pierre Vandemoortele, âgée de trente-trois ans, appartenant à la classe ouvrière, habitait Courtrai, dehors hameau le Hooge; sa santé était bonne: elle était mariée depuis quatre ans. En 1843, elle fut enceinte pour la première fois; l'accoucheur, alors appelé pour la délivrer, eut recours à la crâniotomie. En 1845 (mois de novembre), enceinte pour la seconde fois, elle fit appeler MM. Decoene et Samels; elle était alors en travail d'accouchement depuis sept heures. Par le toucher vaginal, on constata un rétrécissement très prononcé au détroit supérieur, diamètre antéro-postérieur; la colonne vertébrale aussi présentait des incurvations, les membres inférieurs étaient contrefaits: cette femme, dans son enfance, avait été atteinte de rachitisme.

Les mouvements de l'enfant étaient sensibles pour l'accoucheur et pour la mère. D'après l'avis de MM. Decoene et Samels, l'accouchement par les voies naturelles était impossible, à moins d'avoir recours à la crâniotomie. L'enfant présentait la tête, et la poche des eaux ne s'était pas encore rompue; le col de la matrice était peu ouvert.

L'épouse Vandemoortele engagea les accoucheurs à tenter tout ce qui était possible pour avoir un enfant en vie; l'opération césarienne fut donc décidée. Au moyen d'un bistouri convexe, une incision fut faite sur la ligne blanche, qui s'étendait d'un pouce au-dessous de l'ombilic à un pouce au-dessus des pubis; les parois du ventre et de la matrice furent successivement incisées avec toutes les précautions voulues; l'enfant fut saisi par le siége et amené dehors avec un peu de résistance du côté de la tête, parce que, la matrice revenant instantanément sur elle-même, l'ouverture faite à cet organe était diminuée: l'arrière-faix fut facilement extrait.

L'enfant, du sexe féminin, était vivant et bien portant et très volumineux. Le pansement fut le même que dans les deux cas précédents. La femme, entourée de tous les soins possibles, fut mise au lit et maintenue dans le plus grand repos. Une métro-péritonite ne tarda pas à se déclarer, et la femme Vandemoortele succomba deux jours après l'opération.

IV. Virginie Demunck, âgée de trente-trois ans, épouse de Bernard Duprez, appartient à la classe ouvrière et habite une petite maison assez bien aérée dans la commune de Bissegbem, non loin de l'église. Sa santé est bonne; elle ne se rappelle pas avoir été malade, cependant porte toutes les traces d'une affection rachitique dont probablement elle a été atteinte dans son enfance. La colonne vertébrale offre deux courbures; le détroit supérieur, dans son diamètre antéro-postérieur, est rétréci considérablement; les membres inférieurs sont difformes.

FEUILLETON.

FAGON.

(Fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Fagon n'aimait pas le père Letellier, confesseur du roi. La première fois qu'il le vit, ce fut dans les appartements du roi; le premier médecin était assis là, dans un coin, toussant, crachant, amaigri et voûté, et appuyé sur sa canne à pomme d'or. Il recula à l'aspect du père Letellier, qui était d'une laideur repoussante. Louis XIV ayant demandé à ce dernier s'il était parent de MM. Letellier, il répondit: « Moi, sire! je ne suis qu'un pauvre paysan de la Basse-Normandie, où mon père était fermier. » A ces paroles, dites d'un air d'humilité où perçait l'hypocrisie, Fagon s'écria tout bas : « Quel sacré .....! » Le nom de bl......r, récemment introduit dans le vocabulaire des néologismes, n'était pas encore inventé.

Il était brutal, comme on voit, dans l'expression de sa pensée, et la présence de ce monarque qui faisait trembler l'Europe n'ôtait rien à l'énergie de sa parole.

Cet homme, si entier dans ses opinions, [illegible] exaltait quand il s'agissait des prérogatives de sa professio[illegible] voir d'un mauvais œil la chambre dite royale, sorte de [illegible]ion dans l'enseignement de la médecine, et qui, rivale [illegible]lté de Paris, délivrait le diplôme de médecin après des [illegible] moins nombreuses et moins difficiles que celles exigées p[illegible]dernière. Une violente hostilité éclata entre elles. Il y eut deu[illegible] Fagon, bien entendu, se rangea du côté de la Faculté, et appuya avec tant de force la requête adressée par cette dernière au roi, qu'elle sortit triomphante de la lutte. Le résultat de cette requête, en effet, fut que, par déclaration du roi (1694), la chambre royale des universités provinciales fut supprimée. Deux ans après, autre déclaration portant que nul ne pourrait pratiquer l'art de guérir dans Paris ni dans ses faubourgs, quoique ayant obtenu des degrés dans les autres universités du royaume, à moins qu'il ne se fût présenté devant la Faculté de Paris pour y prendre de nouveaux degrés et subir de nouveaux examens, qui prirent le nom de jubilé.

La Faculté, pour reconnaître le service que Fagon lui avait rendu, fit faire son portrait, qu'elle plaça dans le lieu ordinaire de ses séances. Il était de grandeur naturelle, et était représenté assis.

Tournefort, que Fagon avait fait venir d'Aix à Paris, et auquel il avait fait obtenir la chaire de botanique au Jardin-des-Plantes, avait précédemment subi ses épreuves devant la chambre royale. Il fut admis au jubilé devant la Faculté; ce fut à Fagon qu'il dédia sa thèse. Celle-ci était placée dans un cadre magnifique orné de dorures et de sculptures, et était recouverte d'un globe en verre de Bohême. Au frontispice, on voyait le portrait de Fagon, et au bas se trouvaient des vers latins du poëte Santeuil, dont voici la traduction par l'abbé Bosquillon :

Louis cachait encore son choix,
Que le public tout d'une voix,
Pour premier médecin te nommait par avance !
Quel destin est commis à ta vaste science !
C'est à toi d'assurer le salut de la France
En conservant les jours du plus puissant des rois.

Fagon, dans une courte improvisation, remercia la Faculté des honneurs qu'elle lui décernait, et invita ses membres à un banquet qui eut lieu au Jardin-des-Plantes.

Plusieurs poëtes, entre autres Santeuil, rimèrent en l'honneur du premier médecin du roi; et Vernage, doyen en 1703, fit frapper pour jeton de son décanat le buste de Fagon, avec cet inscription :

Scholæ tutela præsens.

Le crédit dont il jouissait près de son illustre client lui servit à l'avancement de la science; car ce fut sur sa demande que Plumier, Surian et Lignon furent envoyés en Amérique, Feuillet au Pérou, Sarrazin dans la Nouvelle-France, Lippi en Egypte, et Tournefort en Asie.

L'Académie des sciences, jalouse de s'attacher un nom aussi répandu, l'admit comme membre honoraire en 1699.

Un grand événement se préparait. L'homme qui devait donner son nom à son siècle, qui avait imprimé un sublime élan aux arts, aux sciences et aux lettres; auquel le génie de la guerre avait prodigué tant de faveurs, et qui, au milieu des plus belles actions, commit tant de fautes, cet homme devait subir le sort réservé aux autres mortels; il devait souffrir et mourir comme le plus humble de ses sujets.

.... *Mors æquo pulsat pede pauperum tabernas,*
Regumque turres. (HORAT.)

Depuis un an, Maréchal et tous ceux qui vivaient dans l'intimité du roi s'apercevaient que sa santé déclinait; Fagon, à cette époque, était avancé en âge, ses facultés avaient baissé; il ne remarqua pas, ou feignit de ne pas remarquer ce changement. Maréchal s'en

En 1844 (mois de septembre), la femme Duprez, enceinte pour la première fois, fut délivrée au moyen de la crâniotomie.

En 1845, la femme Duprez fut encore enceinte, et le travail de l'accouchement eut lieu en octobre, même année. L'enfant présenta les pieds. Les deux accoucheurs présents firent des tentatives pour faire l'extraction; ils parvinrent à faire sortir le tronc, mais il leur était impossible d'amener la tête: les efforts qu'ils firent pour y parvenir produisirent la détroncation. Celle-ci une fois opérée, la tête n'en échappa que mieux à toutes leurs tentatives d'extraction ou de broiement; pour en venir à bout, ils firent l'opération césarienne. Et, qui le croirait! cette malheureuse mère a fini par se rétablir.

En 1849, la femme Duprez était enceinte pour la troisième fois; le travail se déclara le 11 juin; les couches précédentes lui avaient inspiré un sentiment de frayeur pour les accoucheurs qui l'avaient délivrée antérieurement; elle pria MM. Decoene et Wambres de vouloir l'assister dans le pénible passage qu'elle allait faire; le travail alors durait depuis sept heures; la poche des eaux n'était pas rompue; l'opération césarienne fut décidée.

Cette opération n'a rien offert de remarquable; elle a donné le jour à un enfant bien portant du sexe féminin; M. Decoene a suivi le procédé opératoire décrit précédemment; les pansements aussi ont été faits de la même manière.

Le traitement consécutif a été laissé au soin de M. Wambres; les détails ultérieurs manquent sur la marche du mal; mais toujours est-il que la femme Duprez s'est rétablie, et que quelques mois après l'opération elle jouissait des attributs d'une bonne santé, ainsi que son enfant.

V. Thérèse Vannieuwenhuize, épouse de Jérémie Velghe, cultivateur à Deerlyk, primipare, âgée de trente-trois ans, ressentit les douleurs de l'enfantement le 19 septembre 1843; elle fit appeler le médecin de l'endroit, M. Nottebaert Vital, qui constata une présentation de la tête, une rigidité du col de la matrice et un rétrécissement considérable du détroit supérieur, diamètre antéro-postérieur. Dans la prévision d'un accouchement des plus graves, le médecin de Deerlyk fit appeler son collègue M. Decoene, de Courtrai.

M. Decoene, étant absent, ne put s'y rendre qu'alors que le travail avait déjà duré plus de vingt-quatre heures; la femme était épuisée de fatigue, la poche des eaux écoulée depuis douze heures et le col de la matrice effacé; le fœtus ne donnait aucun signe de vie; le rétrécissement du détroit supérieur était si considérable que les accoucheurs n'osèrent entreprendre aucune tentative de crâniotomie. Cette malheureuse mère offrait plusieurs difformités à la colonne vertébrale et aux extrémités inférieures.

L'opération césarienne fut considérée comme la seule ancre de salut pour la mère; elle fut immédiatement faite par M. Decoene, qui retira du ventre de la mère un fœtus mort du sexe féminin.

M. Vital Nottebaert fut chargé des soins consécutifs à rendre à la femme Velghe, qui a fini par se rétablir.

VI. Virginie Opsomers, âgée de trente-sept ans, primipare, ressentit les douleurs du travail le 7 mai 1851, à onze heures du matin; la sage-femme qu'elle avait fait appeler fit avertir M. Decoene à cause de l'étroitesse extrême du bassin; en effet, par une exploration même assez superficielle, il était facile de s'assurer que la femme Opsomers n'aurait jamais été délivrée par les seuls effets de la nature. M. Decoene croyait à la nécessité de la section césarienne; il fit appeler son collègue Fréderic q, de Courtrai.

La femme Opsomers, qui appartient à la classe la plus infime de la société, habite dans la basse ville, à Courtrai, une maison située dans une petite cour très insalubre. Cette femme présente un ensemble de difformités très difficile à décrire; sa taille est de 1 mètre 15 centimètres; la colonne vertébrale est courbée en deux sens, elle est fortement arquée dans le sens antéro-postérieur, puis présente une seule incurvation latérale très prononcée, dont la convexité est à gauche; l'épaule gauche est beaucoup plus élevée que la droite; la réunion du sacrum avec la colonne vertébrale forme encore un angle prononcé, dont la convexité est postérieure; cet angle est très bas; le sacrum est raccourci et très convexe; la pointe du coccyx et les deux tubérosités de l'ischion sont rapprochées, au point que l'on a toute la peine du monde à introduire le doigt dans le vagin qui ne parvenait pas à atteindre le col de la matrice. Nous étions à nous demander comment cette femme était devenue enceinte. Au niveau de l'ombilic la femme Opsomers présentait une hernie considérable, sa plus grande circonférence mesurait 52 centimètres. Cette malheureuse personne était encore d'une constitution éminemment lymphatique, son teint était blême, les chairs flasques, la peau sèche, sale, gercée, sans action, et les muqueuses pâles; le pouls était misérable, les battements du cœur de l'enfant étaient sensibles. Après dix heures de travail la vessie étant vidée, M. Decoene procéda à l'opération césarienne; celle-ci ne présenta rien de particulier; seulement la poche des eaux n'étant pas rompue, au moment d'inciser l'utérus il s'en écoula une grande quantité dans la cavité du péritoine; l'enfant, du sexe masculin, était en vie et bien portant.

Les points de suture appliqués et le pansement terminé de la même manière que dans les cas précédents, la hernie ombilicale descendit jusqu'au niveau de la vulve, de manière à masquer l'incision.

La femme Opsomers fut mise au lit, et passa une assez bonne nuit; le lendemain son état était satisfaisant, et on lui permit quelques cuillerées de bouillon de veau.

Le 9 mai, la face est grippée, le pouls imperceptible; une once d'onguent mercuriel double fut prescrite pour faire trois frictions.

Le 10, la malade est un peu mieux. On continue les frictions d'onguent mercuriel, une demi-once dans les vingt-quatre heures.

Les 11 et 12, l'état s'améliore; elle prend du bouillon de veau.

Les 13 et 14, la femme est assise dans son lit. On lui permet une soupe au bouillon; elle a eu une selle.

Le 23, M. Decoene enlève les points de suture.

Il est à remarquer que la sécrétion laiteuse ne s'est point établie; l'écoulement des lochies a aussi été peu abondant.

Un mois après l'opération, la femme Opsomers était totalement rétablie.

Nous devons faire observer que dans les opérations qui viennent d'être relatées l'on n'a pas fait usage d'anesthésiques.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

De l'extraction des corps étrangers implantés dans la cornée.

L'implantation des corps étrangers dans la cornée constitue un accident que l'on est à même d'observer très souvent dans les quartiers où résident spécialement les grandes industries. Sous ce rapport, l'hôpital Saint-Antoine est peut-être un de ceux où l'on trouve le plus d'occasions de se livrer à l'étude de ce genre de faits.

De ces corps étrangers, ceux que l'on rencontre le plus habituellement sont les paillettes ou éclats métalliques. L'opération chirurgicale qui consiste à les extraire est très simple, puisqu'il suffit souvent de toucher légèrement avec la pointe d'une aiguille à cataracte le lieu d'implantation du corps étranger pour en obtenir l'extraction. Mais, de ce que, dans certains cas, cette opération est très simple, on aurait grand tort de conclure:

1° Qu'elle est toujours exempte de difficultés;

2° Que son manuel opératoire peut se dispenser de règles précises et arrêtées.

Nous croyons, nous, qu'il y a utilité réelle à en faire une opération réglée, au lieu de l'abandonner aux inspirations du moment. Nous devons donc faire, à ce sujet, l'historique des circonstances par suite desquelles nous avons été amené à formuler une règle de conduite invariable, et qui peut rendre aussi décisives qu'exemptes de tâtonnements les manœuvres du chirurgien dans les cas de ce genre.

Pendant longtemps nous avons eu recours, ainsi que le font très probablement la plupart des chirurgiens, à l'usage pur et simple de l'aiguille à cataracte. Les paupières étant maintenues écartées, nous cherchions, en profitant des courts moments d'immobilité du globe oculaire, à saisir, en quelque sorte au vol, le corps étranger.

Cette manière de faire, qui réussit chez certains sujets, est défectueuse pour les cas difficiles. Il y a plus, elle est dangereuse lorsqu'il y a incrustation un peu profonde du corps étranger dans l'épaisseur de la cornée.

Les imperfections de ce mode opératoire, ses difficultés, ses dangers même, tout cela tient en grande partie à une seule cause, la mobilité volontaire ou involontaire de l'œil du malade.

Il en est une autre cependant qui n'a peut-être pas été suffisamment signalée, et voici en quoi elle consiste. Quelques explications sont nécessaires à ce sujet.

La plupart du temps les corps étrangers dont nous nous occupons sont des paillettes métalliques lancées avec force contre la cornée. Ces paillettes sont quelquefois déjà oxydées avant leur implantation; mais quel que soit, sous ce rapport, l'état antérieur des parcelles métalliques, leur oxydation fait, à partir du moment de l'accident, des progrès rapides sous l'influence des chlorures alcalins des humeurs lacrymales. Elles prennent donc très promptement, dans leur nouveau séjour, cette couleur fauve et bistrée qui appartient à la rouille.

Or, si cette coloration se détache sur un fond bleu, comme quand l'iris a cette couleur, ou bien sur un fond clair ou même un peu verdâtre, la coloration propre du corps étranger est tellement saisissable, que le chirurgien sait tout de suite non-seulement à quoi il a affaire, mais encore le point précis où doit porter son instrument. Les choses sont loin de se passer toujours ainsi. Il faut savoir que chez la plupart des sujets qui ont ce qu'on appelle les *yeux noirs*, la couleur de l'iris offre précisément la couleur brun-fauve propre à la rouille très foncée. Il devient très difficile, chez ces sujets, de bien discerner le corps étranger, et surtout de le discerner avec la netteté suffisante pour faire tomber l'extrémité de l'aiguille bien exactement sur le point qu'elle doit atteindre. Le besoin d'accroître momentanément la puissance visuelle de l'observateur se fait alors vivement sentir.

Enfin, il est des cas où, par le seul fait de son exiguïté, le corps étranger, quoique suffisant pour donner lieu à une kératite, se dérobe à la vue du chirurgien.

Il est évident que ces difficultés s'accroissent de t… que la mobilité incessante de l'œil, en pareil cas, a… perplexité au rôle de l'observateur.

Si maintenant nous examinons les suites auxquel… veut donner lieu les difficultés qu'on vient d'énumér… voyons d'abord:

1° La chance d'un insuccès radical de la tentative d… tion, et la persistance du corps étranger dans l'espèce de nid qu'il s'est creusé au sein du tissu cornéal. De là des conséquences qui peuvent aller jusqu'à une perforation ulcérative de la cornée;

2° Des piqûres plus ou moins profondes, des lacérations plus ou moins étendues de cette membrane, une fatigue très grande pour l'œil qui est le siége de tentatives répétées et impuissantes; enfin un échec toujours pénible pour le chirurgien qui vient de manquer son but.

Pour parer à ces inconvénients, nous avions d'abord tenté d'obtenir ce que nous appelons l'*immobilité par tolérance*, au moyen de la manœuvre suivante déjà connue des chirurgiens, et qui consiste dans des attouchements plusieurs fois répétés de la surface cornéale avec le dos de l'aiguille, dans le but de créer une accoutumance qui rende l'œil moins sensible à l'action efficace et directe de la pointe de l'instrument. Mais il est des sujets chez lesquels cette sorte d'éducation de l'œil se fait trop difficilement ou trop lentement.

Dans un cas très embarrassant par suite de l'indocilité du malade, nous avons eu recours, avec un plein succès, à l'emploi du chloroforme. On opère alors comme on le ferait sur l'œil d'un cadavre.

Ce moyen doit être conservé; mais il constitue une préparation peut-être disproportionnée avec le peu de gravité de l'opération dont il s'agit, et d'ailleurs certains malades refusent de s'y prêter.

Nous avons donc adopté, pour méthode générale dans les cas de ce genre, le procédé que nous allons décrire.

Mais auparavant résumons les indications ou plutôt les *desiderata* du manuel opératoire. Les voici:

1° Opérer sur l'œil complétement immobilisé;

2° Déterminer, quand cela est nécessaire, l'accroissement d'évidence des objets, au moyen des instruments grossissants.

---

ouvrit à Fagon, qui ne l'écouta pas. Alors Maréchal alla voir Mme de Maintenon, et l'assura que Fagon s'abusait sur l'état de Louis XIV. Il ajouta qu'il y avait encore de la ressource, mais qu'en temporisant le mal deviendrait incurable. La veuve de Scarron, dont la conduite, dans cette circonstance et dans plusieurs autres, ne peut être justifiée, répondit avec colère que M. Fagon était bon juge dans la question, qu'elle s'en fiait à sa science; et elle ajouta qu'il n'y avait qu'un ennemi personnel de Fagon qui pût tenir un pareil langage.

Pour combattre les longues et douloureuses attaques de goutte dont le roi souffrait depuis longtemps, Fagon le faisait entourer tous les soirs d'un grand nombre d'oreillers remplis de duvet, qui provoquaient des sueurs si abondantes, que chaque matin il fallait l'essuyer et le frotter avant de lui passer ses vêtements. Au lieu de vin de Champagne qu'il buvait d'habitude, Fagon l'avait mis au vin vieux de Bourgogne trempé de moitié d'eau. Il n'eut pas besoin de défendre l'usage du thé, du café, ni du chocolat, que le roi n'avait jamais pris. A son lever, on substitua au pain, au vin et à l'eau, son déjeuner ordinaire, deux tasses d'une infusion de sauge et de véronique.

Souvent en se mettant au lit, et entre ses repas, il prenait quelques verres d'eau sucrée aromatisée d'un peu d'eau de fleurs d'oranger, ou bien il croquait quelques pastilles à la canelle; été comme hiver il buvait à la glace. Dans les dernières années de sa vie il était sujet à une constipation opiniâtre, que Fagon cherchait à combattre par l'usage de mûres, de melons et de figues très avancés en maturité. Au dessert il mangeait encore d'autres fruits et beaucoup de sucreries. Au souper, il dévorait une énorme quantité de salade, de potage et d'aliments très épicés. Cet abus de la salade, des épices et des friandises sucrées était blâmé par Fagon, qui, pendant que le roi mangeait, donnait des signes d'improbation très comiques; il n'osait rien dire, mais il s'en plaignait à Livry, premier maître d'hôtel, lequel lui répondait avec un grand sérieux: Monsieur Fagon, si c'est à vous à purger le roi, c'est à moi à le nourrir.

Le roi n'aimait ni la venaison, ni les oiseaux aquatiques, mais il était fort gourmand des autres viandes, dont cependant il s'abstenait pendant la plus grande partie du carême. Quoiqu'il fût grand mangeur, il n'avait jamais faim en se mettant à table; mais à peine avait-il goûté quelques cuillerées de potage, que l'appétit se dessinait avec une telle énergie, que ceux qui l'entouraient étaient surpris qu'un estomac humain put contenir une si prodigieuse quantité d'aliments. On comprend qu'avec un pareil régime, à soixante-dix-sept ans, la santé ne pouvait manquer d'être compromise: c'est en effet ce qui arriva.

Le 14 août 1715, le roi se sentit indisposé et se coucha; la nuit fut agitée, la soif vive. Dans la journée du lendemain il dîna dans son lit, et se leva pour se rendre dans les appartements de Mme de Maintenon.

Le 16, mauvaise nuit; soif.

Le 17, même état.

Le roi, qui n'avait jamais voulu permettre à Fagon de coucher dans sa chambre, y consentit pour la première fois.

Le 18, même état.

Fagon, ayant tâté le pouls, le trouva bon.

Le 21, quatre médecins sont appelés en consultation; ils approuvent Fagon dans tout ce qu'il avait dit et fait, et d'un commun accord prescrivent un purgatif avec la casse. Depuis quelques jours le roi s'abstenait de pain et de viande, qu'il ne pouvait plus mâcher, étant privé de ses dents; il se bornait à des potages, des œufs, et de la viande mise en menus morceaux.

Le 22, la maladie est plus grave. Nouvelle consultation de quatre autres médecins, qui donnent une complète approbation à la conduite de Fagon, et qui ordonnent la décoction de quinquina et le lait d'ânesse.

Le 24, le malade ne peut avaler que des liquides. On le met au lit; et comme il se plaint de souffrir des douleurs très vives dans une jambe, on examine celle-ci, et on y remarque des traces gangréneuses. Fagon et ses confrères sont aux abois; ils suppriment le quinquina et le lait d'ânesse, et ne savent plus que faire. Fagon déclare « qu'il le croit affecté d'une fièvre lente depuis la Pentecôte, et s'excuse de ne lui avoir rien fait, sur ce qu'il ne voulait point de remèdes, et qu'il ne se croyait pas si malade. »

Le 25 août et les jours suivants le mal augmente, les nuits sont agitées; à chaque instant le malade dit ses prières en joignant les mains, et se frappe la poitrine avec force au *Confiteor*.

Un empirique nommé Lebrun, paysan provençal, tandis qu'il cheminait de Marseille à Paris, apprit la position du roi. Il se rendit à Versailles, disant qu'il avait un remède souverain pour guérir la gangrène. Le roi se trouvait dans un état si désespéré, que les médecins consentirent à lui laisser tenter un essai, à l'exception de Fagon, qui s'y opposa énergiquement. A ce refus, le paysan provençal traita Fagon si rudement, que celui-ci en fut tout abasourdi. Cependant l'empirique l'emporta, et administra au malade dix gouttes de son élixir dans du vin d'Alicante. Peu de temps après, sous l'influence de l'alcool, le pouls se releva; mais étant devenu de nouveau très mauvais, on lui fit prendre une nouvelle dose de ce breuvage quelques heures après.

PREMIÈRE INDICATION. — *Agir sur l'œil complétement immobile.*

La condition d'immobilité, sans être absolue, n'est pas de celles dont on puisse se passer impunément pour la bonne exécution du manuel opératoire. On peut ajouter que toutes les fois qu'elle existe, l'exécution du procédé opératoire s'en trouve singulièrement favorisée. Il ne faut donc pas attendre l'immobilité comme un hasard heureux, mais l'imposer comme régle de l'opération dans tous les cas.

Les ophthalmostats ont été déjà proposés et employés dans ce but. Mais il y a un choix à faire; et, sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, nous rangerons les ophthalmostats en trois classes :

1° Ceux qui dilatent et immobilisent les paupières ;

2° Ceux qui immobilisent le globe de l'œil ;

3° Ceux qui remplissent ce double but en même temps, et qui sont à la fois dilatateurs des paupières et fixateurs de l'œil.

C'est dans cette dernière classe que doit être choisi l'instrument. L'ophthalmostat de Lusardi s'y trouve; c'est celui que nous avons adopté pour le cas dont il s'agit.

Nous l'appliquons donc de la même manière que quand on s'en sert dans l'opération de la cataracte par abaissement, et nous pouvons assurer, pour en avoir vu faire usage il y a longtemps, que cet instrument rend de véritables services et qu'on a peut-être tort de le négliger dans la pratique de l'abaissement.

SECONDE INDICATION. — *Accroître artificiellemeut le degré d'évidence du corps étranger.*

L'emploi d'une bonne loupe suffit à ce but, et nous a toujours parfaitement réussi. Quoique la main gauche puisse subvenir à la fois à la tenue du *speculum oculi* et à celle de la loupe, nous avons coutume, une fois le spéculum mis en plac[illegible] d'en confier le manche à un aide, pendant que de la [illegible]uche, devenue libre, nous adaptons les distances de [illegible]ment aux besoins visuels de l'opérateur.

[illegible]uille doit être choisie à tige très fine et très élastique, [illegible]u'elle est alors mieux disposée pour accomplir l'es[illegible] mouvement de bascule ou de cure-dent, par lequel on [illegible]nne le corps étranger. Le fer de lance de l'aiguille est [illegible] droit, tantôt recourbé, suivant l'exigence des cas.

En résumé, voici le procédé que nous employons ;

Le malade étant à genou, puis assis sur ses talons, le spéculum est appliqué de manière à obtenir l'immobilité des paupières et leur ouverture suffisante, ainsi que l'immobilité du globe de l'œil. Le manche de l'instrument ainsi placé est confié à un aide. De la main gauche nous adaptons une bonne loupe à la distance reconnue nécessaire, et nous extrayons alors le corps étranger avec la pointe de l'aiguille sans trouver de difficulté sérieuse, quelque solidement et profondément que soit implanté le corps à extraire.

Nous avons agi de cette manière avec un succès constant, mais notamment le 7 novembre 1851, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, chez un serrurier qui présentait une paille de fer tellement implantée dans la cornée gauche, qu'elle ne faisait plus relief à la surface de cette membrane. La réussite a été complète. C'est de la même manière et avec le même résultat que nous avons agi dans le cas suivant.

Admant (Charles), âgé de dix-sept ans, rue de la Roquette, 167, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine le 26 janvier 1852. Ce jeune homme était occupé à tailler du marbre, lorsqu'un petit fragment du burin, venant à se détacher, alla lui frapper l'œil et s'implanta dans la cornée. Le lendemain matin, il se présente à la consultation avec une vascularisation considérable de l'œil, de la photophobie et du larmoiement. Nous reconnaissons au premier aspect l'existence de la parcelle métallique, qui correspond à la hauteur de segment inférieur de la pupille.

Après avoir fixé l'œil au moyen de l'ophthalmostat de Lusardi, le manche de cet instrument est confié à un aide, et pendant que l'immobilité du globe est maintenue, tenant la loupe de la main gauche, l'aiguille à cataracte de l'autre main, la pointe d'acier est complétement retirée.

Le lendemain, 27 janvier, le malade revient à la consultation; l'œil conserve un peu de rougeur; mais la douleur est complétement abattue. Les jours suivants nous avons revu ce malade, dont la guérison a été complète.

Tous ceux qui ont observé le phénomène de l'implantation des parcelles métalliques dans la cornée auront été frappés de deux choses très dignes d'être notées.

C'est 1° l'intensité des phénomènes phlegmasiques qui accompagnent la présence de parcelles aussi petites que celles qu'on observe dans certains cas, et la persistance avec aggravation des accidents tant que le corps étranger reste sur place ;

2° Leur apaisement subit et l'étonnante béniguité de ces phelgmasies, du moment même que leur cause provocatrice est écartée.

Si nous avions besoin que quelque chose vint nous révéler l'existence nécessaire d'un état organique spécial, soit des tissus de l'œil, soit de la totalité de l'organisme, pour que les altérations de la cornée prennent le caractère sérieux et la durabilité que nous leur voyons dans certains cas, l'étude des kératites par la présence d'un corps étranger suffirait à nous en instruire. En effet, voilà un œil vascularisé, hypérémié à un degré que ne nous offrent pas les phlegmasies les plus violentes. Le corps étranger qui suscite tout ce trouble est mis de côté, et à l'instant même s'évanouit tout ce molimen inflammatoire et congestif. Là au contraire où la cause locale de phlegmasie n'a pas ce degré de topicité propre à l'existence d'un corps étranger, l'inflammation s'opiniâtre en dépit des moyens de traitement les plus énergiques, et dans tous les cas l'art n'obtient jamais cette instantanéité de cessation qui succède à l'enlèvement mécanique de l'agent excitateur. Grand enseignement pour le clinicien et le thérapeutiste, et qui se traduit par ceci : Les causes prédisposantes jouent le grand rôle dans les phlegmasies oculaires, les causes locales et directes le plus petit. Rendez-vous maître des premières, vous aurez bon marché des secondes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau ;

Recueillies par MM. CH. MAHIEUX et L. GILLES DE LA TOURETTE, élèves du service.

(Suite. — *Voir* le numéro du 24 avril.)

ECZÉMA.

Vous avez déjà pu juger, en parcourant les salles de Saint-Louis, de la fréquence relative de l'eczéma ; puisque, pour mon compte, j'en ai reçu jusqu'à 267 pendant une seule année dans mon service et que généralement les eczémateux constituent environ le quart de mes malades.

Mais ce n'est pas seulement à cause de sa fréquence que l'eczéma doit exciter votre intérêt: les formes innombrables et insidieuses sous lesquelles il se présente et la difficulté de le modifier avantageusement par une bonne thérapeutique obligent le praticien à en faire l'objet de l'étude la plus attentive.

Le diagnostic, je me suis efforcé de le rendre à la fois précis et facile; et, quant à la thérapeutique, vous verrez qu'elle dérive tout naturellement de nos idées sur la nature des maladies de la peau. J'espère vous faire voir que l'inflammation eczémateuse suit avant tout la marche des inflammations en général et que son traitement doit toujours être approprié aux diverses périodes qu'elle parcourt. Vous verrez en même temps combien nos doctrines thérapeutiques s'harmonisent avec les faits d'observation.

Qu'est-ce que l'eczéma? Ouvrez vos auteurs, et vous y verrez que ce n'est autre chose qu'une éruption vésiculeuse de la peau avec rougeur et sécrétion à sa surface. Or à quelle affection vésiculeuse, je vous le demande, cette définition ne s'applique-t-elle pas? Et puis avec une pareille définition, si vous n'êtes pas très familiers avec les affections de la peau, vous allez commencer par vous mettre à la recherche des vésicules : eh bien! je vous le déclare, vous ne trouverez pas de vésicules dans un cas sur cent.

Nous préférons donc définir l'eczéma : une maladie reconnaissable à quatre caractères bien tranchés :

1° La sécrétion séreuse;

2° La rougeur de la peau sans épaississement et sans élévation de la partie malade au-dessus du niveau des parties saines;

3° La démangeaison;

4° L'aspect pointillé de la peau, provenant d'une multitude de petits points rouges qui correspondent aux pertuis par lesquels s'échappe la sérosité.

Dans cette définition, je néglige, comme vous le voyez, l'état vésiculeux, qui est le phénomène élémentaire et primitif de la maladie : c'est que, il faut bien que vous le sachiez, la vésicule dans l'eczéma est un fait qu'il faut signaler dans la description de la maladie, parce qu'il en est après tout l'élément morbide, mais qui n'offre jamais à l'observateur un caractère appréciable. Ce que vous retrouverez constamment au contraire, et cela dans l'eczéma seulement, c'est la rougeur et la démangeaison unies à une sécrétion limpide et roussâtre qui empèse le linge et le tache en gris sale. Quant à l'état piqueté de la peau, vous ne le trouverez, il est vrai, que dans la période aiguë de la maladie; mais, même en l'absence de ce signe, les trois premiers suffiront pour porter un diagnostic assuré.

Je me hâte d'ajouter que la maladie ne vous apparaîtra pas toujours dans un état de parfaite simplicité, et que le plus souvent même elle vous offrira une foule d'éléments divers qui mettront votre jugement aux plus rudes épreuves. Je dois donc distinguer tout d'abord, sous le rapport de la forme morbide, l'eczéma simple et l'eczéma composé.

J'ajouterai même une troisième variété, que je distingue des deux précédentes à cause de sa physionomie toute spéciale et que j'appelle eczéma fendillé.

Cet eczéma fendillé, bien qu'il ne puisse pas être assimilé à l'eczéma simple, ne peut rentrer non plus dans les formes composées, puisqu'il ne renferme aucun autre élément morbide que la vésicule. Ce qui le distingue, ce sont une foule de cassures de la peau s'entre-croisant en zigzag et laissant suinter la sérosité caractéristique. Ces cassures sont tellement disposées qu'elles donnent lieu à des courbes figurant plus ou moins bien un S, mais ne forment jamais des cercles complets. Il apparaît soudainement du jour au lendemain, et va ensuite en décroissant jusqu'à une apparente guérison; mais, au moment où l'on croyait s'en être rendu maître, il reparait par poussées d'une extrême acuité, de sorte que jamais on ne peut être assuré de la guérison.

Je ne puis mieux le comparer qu'à ce qu'on appelle la *poussée des eaux* dans la plupart des établissements d'eaux minérales. Cette poussée des eaux n'est, il est vrai, qu'un simple érythème, mais son aspect et sa marche peuvent donner une bonne idée de ce qu'est cette forme rebelle d'eczéma.

Quant à l'eczéma simple, il se distingue non-seulement en ce qu'il n'offre que l'élément vésiculeux et la sérosité limpide, mais encore en ce qu'il attaque une surface plus ou moins étendue sans jamais circonscrire des espaces ou ilots de peau saine.

L'eczéma composé se résume, pour presque tous les dermatologistes, dans ce qu'ils appellent l'*eczéma impétiginodes*. Alibert avait signalé aussi la forme lichénoïde. Je suis forcé d'y joindre deux espèces bien caractérisées et que vous devez connaître si vous voulez arriver à une thérapeutique efficace. Nous aurons ainsi quatre espèces d'eczéma composé :

Impétigineux,
Lichénoïde,
Herpétiforme,
Psoriasiforme.

En effet, vous ne rencontrerez pas seulement sur des surfaces eczémateuses des pustules et des croûtes d'impétigo et des papules de lichen, mais vous rencontrerez fréquemment des plaques d'eczéma parfaitement limitées par le bourrelet élevé qui caractérise l'herpès, de même que vous trouverez des plaques squameuses de psoriasis qui laisseront écouler la sérosité de l'eczéma.

N'allez pas croire que les éléments nouveaux qui viennent dans ces cas se joindre à l'eczéma ne sont que de simples complications et nos distinctions de pures subtilités. Chacune de ces formes complexes constitue une véritable espèce morbide affectant une prédilection constante pour certains tempéraments, et suivant uue marche qui lui est propre. A chacune également convient un ensemble de moyens thérapeutiques dont vous ne dérogerez jamais sans préjudice pour vos malades.

Le 29, la tête est embarrassée. On lui redonne de l'élixir vers quatre heures du soir. On visite la jambe; la gangrène a envahi le pied et le genou; la cuisse est très enflée. Le malade s'évanouit pendant cet examen.

Le 30, assoupissement. Fagon fait donner de temps en temps un peu de gelée dans de l'eau. Le malade refuse l'élixir.

Le 31, courts instants de lucidité. La gangrène a envahi la cuisse; on lui donne le remède de l'abbé Aignan, et Fagon laisse faire, parce qu'il voit que tout est perdu. Le pansement tire le roi de son assoupissement. Toute la nuit le malade fut sans connaissance, l'agonie commença, et le roi finit par succomber.

L'autopsie fut pratiquée le 1er septembre 1715 par Maréchal. Tous les organes parurent sains; on remarqua seulement que l'estomac et les intestins avaient une capacité double de l'état normal.

Les contemporains ont blâmé Fagon de s'être trompé sur la position du roi et de n'avoir opposé des remèdes au mal que quand il n'y avait plus de ressource. Pour le justifier de cette accusation (la mort donne toujours tort au médecin), il suffit de se rappeler quel était l'état de la médecine à cette époque où la physiologie n'éclairait pas suffisamment la marche de la médecine, où l'entité régnait, où l'effet n'était point encore rattaché à cause, où, en un mot, on n'avait pas encore appris à chercher la maladie dans l'organe lésé; et, d'ailleurs, Fagon eût-il su toutes les choses que nous savons, que pouvait-il faire à un vieillard usé par les plaisirs et par l'âge, qui s'obstinait dans son intempérance et qui à soixante-dix-sept ans devint affecté d'une gangrène qui envahit tout un membre? Convenons que de nos jours, avec toutes nos lumières, l'homme de l'art serait impuissant à combattre un mal semblable, dans des conditions aussi fâcheuses; mais telle est l'injustice du vulgaire, qu'il nous rend responsables de la mort, sans tenir compte de notre impuissance là où la nature a fixé le terme de la carrière humaine.

A la mort du roi, Fagon se retira dans un magnifique appartement au Jardin-des-Plantes, dont il eut l'administration; il y vécut dans la solitude, ne voyant que quelques amis intimes, et n'éprouvant d'autre jouissance que l'étude des sciences et des belles-lettres. Malgré la liaison qui avait existé entre lui et Mme de Maintenon, qui l'avait fait nommer premier médecin du roi, il ne la revit jamais depuis la mort de ce dernier. La froideur et l'insensibilité dont cette femme avait donné des preuves réitérées pendant la maladie et à la mort de son bienfaiteur contribuèrent sans doute à l'éloigner de la femme de Louis XIV; cette âme juste et droite dut être révoltée de tant d'ingratitude et d'indifférence : dès lors il ne vit plus en elle qu'une ambitieuse pleine d'astuce et d'habileté qui, de veuve d'un cul-de-jatte, poëte cynique, avait réussi à devenir la femme du grand roi.

Fagon mourut le 11 mars 1718, et fut inhumé au cimetière de Saint-Médard.

Il avait épousé Marie Rozereau, dont il eut deux fils : l'aîné, Antoine, fut curé de Saint-André-des-Arts et devint évêque de Lombez; le second, Louis, conseiller d'Etat et intendant des finances, fut, comme son père, atteint d'une affection calculeuse, et mourut à la suite de l'opération de la taille.

Fagon a écrit quelques opuscules, qui sont :

1° Une thèse où il traite de la génération spontanée des animaux et des végétaux ;

2° Un écrit où il préconise la diète lactée pour combattre la goutte et le rhumatisme ;

3° Une thèse (1665) intitulée: *An a sanguine impulsum cor salit?* Les battements du cœur proviennent-ils du mouvement du sang? Question résolue affirmativement;

4° De petits écrits sur l'efficacité de l'eau panée, sur l'utilité du café pour les gens de lettres;

5° Un mémoire présenté à l'Académie des sciences, et intitulé : *Sur le blé cornu ou ergot, dont l'usage trop fréquent fait tomber le membres en gangrène ;*

6° Un écrit intitulé : *Les admirables qualités du quinquina confirmées par plusieurs expériences, avec la manière de s'en servir dans toutes les fièvres, pour toutes sortes d'âges.* Paris, 1704;

7° Quelques pages sur les bons et les mauvais effets du tabac;

8° Un petit poëme de 210 vers, en latin, très élégant, où il célèbre la gloire du roi et les richesses de la végétation.

Ces divers écrits sont peut-être perdus, car ils n'existent point dans les bibliothèques de Paris, à l'exception des deux derniers. Ses remarques sur le tabac se trouvent, en effet, à la Bibliothèque royale dans un manuscrit portant ce titre : *Recueil de mémoires, dissertations, lettres*, etc., pour servir de supplément aux mémoires de l'Académie royale des sciences et de celle des inscriptions et belles-lettres, t. 308: sans date. Cet opuscule, de 20 pages environ, porte ce titre : *Les bons et les mauvais effets du tabac*, tirés d'une thèse de M. Fagon, premier médecin du roi; traduit du latin par M. Andry.

Quant au petit poëme latin, il se trouve en tête du *Hortus regius*, à la bibliothèque du Muséum; c'est un catalogue in-folio daté de 1665, de plus de 4,000 plantes. Cet ouvrage est précédé d'une dédicace au roi par Vallot, fondateur du Jardin; à la suite de cette dédicace se trouve ce petit poëme qu'il a dédié à Vallot.

Dr MOREAU DE SAINT-LUDGÈRE.

Vous voyez dans nos salles, par exemple, un bon nombre d'eczéma impétigineux : tous atteignent des jeunes gens d'un tempérament lymphatique ; aussi nous voyez-vous insister surtout, dans ces cas, sur les modificateurs généraux de l'économie. Nos eczéma lichénoïdes sont, au contraire, le partage des tempéraments nerveux ou bilieux ; ce sont les alcalins que nous leur adressons. Dans nos eczéma herpétiformes, nous aurions beau prescrire le traitement le plus convenable à l'eczéma, nous serions ordinairement vaincus par l'opiniâtreté du bourrelet, toujours envahissant, qui semble entourer la maladie d'un rempart inexpugnable. Il faut alors attaquer directement ce bourrelet au moyen de modificateurs puissants ; car, tant qu'il ne sera pas arrêté localement dans sa marche, il s'étendra toujours vers les parties saines. Enfin, bien que l'arsenic soit plutôt nuisible qu'utile dans la plupart des eczéma, c'est pourtant lui qui réussira le mieux dans l'eczéma proriasiforme ; car il semble que cet agent soit le spécifique des affections squameuses.

Une autre division introduite dans la nomenclature des eczéma donne lieu à des considérations non moins importantes ; elle établit deux catégories bien tranchées, suivant que la surface malade est amorphe ou configurée.

En effet, les plaques eczémateuses sont irrégulières, ou bien elles sont régulièrement arrondies et donnent lieu à ce que j'appelle l'eczéma *nummulaire*, bien que les plaques malades dépassent souvent la grandeur d'une pièce de monnaie.

Dès le début de mes observations dermatologiques ; je fus frappé de l'opiniâtreté avec laquelle ces eczéma régulièrement circonscrits résistaient au traitement méthodique qui réussissait à tous les autres. Cette remarque m'avait frappé, et, depuis, j'eus l'occasion non-seulement de la renouveler pour tous les eczéma nummulaires qui se présentèrent à moi, mais encore de la généraliser, de façon à l'étendre à toutes les maladies de la peau. Quelque restreinte que soit l'étendue de quelqu'une de ces affections régulièrement dessinées en cercles ou en plaques arrondies, ne craignez pas d'annoncer une longue durée ; et ne la traitez jamais légèrement, car elle cache sous une fausse apparence une ténacité réelle.

J'en dirai autant de la division qui a été établie entre l'eczéma diffus et l'eczéma localisé.

Tant que la maladie est répandue au hasard sur une région plus ou moins étendue, vous pouvez espérer de vous en rendre aisément les maîtres ; mais une de ces plaques étroites et qui mériteraient à peine en apparence de fixer l'attention, telle que l'eczéma du mamelon, de l'ombilic, etc., vous résistera infiniment plus que ces larges éruptions qui envahissent tout un membre. Je ne crains même pas de vous prédire qu'il vous arrivera plus d'une fois d'essayer en vain toutes les médications contre ces formes rebelles. Je dois vous signaler les six variétés suivantes d'eczéma localisé : ce sont ceux des oreilles, de la racine du nez, du mamelon, de l'ombilic, des bourses, des jambes.

De même que toutes les inflammations, l'eczéma se présente sous la forme aiguë ou chronique. Et, s'il arrive fréquemment de voir cette maladie, lorsqu'elle a parcouru la période d'acuité, se perpétuer avec une marche chronique, il ne faudrait pas croire cependant que la période chronique est nécessairement précédée d'une période aiguë. Il n'est pas rare de voir l'éruption eczémateuse apparaître, à son début, sous une forme insidieuse, c'est-à-dire avec peu de rougeur à la peau, peu de démangeaison et une sécrétion à peine sensible ; cet état demeure longtemps stationnaire et se prolonge indéfiniment.

Vous avez dû remarquer que les auteurs emploient presque indistinctement les désignations suivantes :

Eczema simplex,
Eczema rubrum.

Je ne saurais entendre par *eczema rubrum* ce que les auteurs désignent ainsi, c'est-à-dire un eczéma ordinaire dans sa période de plus grande acuité. L'*eczema rubrum*, outre son état très aigu, surgit à la peau d'une manière toute spéciale, c'est-à-dire par une succession de plaques arrondies, de la grandeur d'une pièce de monnaie et légèrement soulevées ; ces plaques bombées et saillantes se couvrent, dès leur apparition, de quelques centaines de vésicules microscopiques dont la rupture ne se fait pas attendre, et bientôt elles donnent lieu à des taches d'une rougeur extrêmement vive et à des bosselures que le toucher perçoit aisément. Les poussées successives, l'extrême acuité de cette forme de la maladie, ainsi que la démangeaison excessive qui en est le caractère, suffisent, avec cet aspect bosselé, pour constituer une variété à part ; car, dans l'*eczema simplex* le plus aigu, la peau est uniformément enflammée, à surface lisse et de niveau avec la peau saine. C'est donc à cette variété seulement qu'il faut réserver le nom d'*eczema rubrum*, qui me paraît avoir été appliqué à tort à tous les eczéma très aigus. Il conserve d'ailleurs cet état aigu pendant fort longtemps, et on n'en enraye les progrès qu'avec beaucoup de peine ; car, au moment où on le croit sur le point de céder, de nouvelles bosselures se montrent à sa surface avec une marche successive.

Enfin, sous le rapport de la durée, il a plu à quelques auteurs de distinguer l'eczéma en fugace et persistant. Pour mon compte, je vous dirai que je n'ai jamais vu d'eczéma fugace : ces deux termes jurent de se trouver réunis. Rien de plus tenace et de plus persistant que l'eczéma de sa nature. L'éruption se fait promptement, il est vrai ; mais quand elle s'est produite, on ne saurait prédire l'époque de sa disparition. Je sais bien qu'on a fixé à un mois ou six semaines la durée moyenne d'un eczéma simple et sagement traité ; mais je n'ai pas encore rencontré de ces cas heureux qu'on semble donner comme la règle. Je suis très satisfait quand j'ai pu rendre à la peau son intégrité après deux ou trois mois de traitement.

Il me reste, à présent, à vous décrire l'évolution de la maladie, que je partage en trois périodes bien distinctes, afin que vous puissiez, en voyant un eczéma, apprécier au juste quelle médication vous devez lui adresser ; car, je vous le dis d'avance, de même que vous observerez trois périodes dans la maladie, de même vous aurez trois médications bien distinctes à mettre en usage. Et ce n'est que de la connaissance exacte de la marche et des périodes que je vais vous tracer que vous pourrez déduire une médication en même temps rationnelle et efficace.

NOTE SUR LA PRÉPARATION
de l'acide benzoïque par sublimation.

Par M. J. Delagarde.

Les fleurs de benjoin, préparées par simple sublimation, ne tardent point à jaunir, même quand on les obtient par le procédé de Mohr, ce qui est dû sans doute à la quantité assez forte d'huile essentielle qu'elles renferment.

Ayant eu l'occasion d'en préparer pendant mon internat à l'hôpital maritime de Rochefort, je pensai qu'en ajoutant une certaine quantité de charbon animal au benjoin, ce charbon retiendrait au moins une partie de cette huile volatile, en même temps qu'il donnerait plus de blancheur à l'acide benzoïque obtenu.

C'est en effet ce qui arriva, et, depuis deux ans, le produit ainsi préparé a conservé toute sa blancheur.

Le manuel opératoire est, au reste, fort simple.

On pulvérise grossièrement le benjoin, on le répand uniformément sur le fond d'un vase en tôle ; on le recouvre ensuite d'une couche de charbon animal lavé à l'acide chlorhydrique, d'un demi-centimètre de hauteur.

On colle sur ce vase, comme le fait M. Mohr, une feuille de papier à filtrer ; on place au-dessus un chapeau en papier épais, s'adaptant exactement sur le bord du vase.

On porte ce petit appareil sur un bain de sable, et l'on chauffe médiocrement.

L'acide benzoïque que l'on obtient ainsi n'est pas chimiquement pur, mais il l'est assez pour l'usage ordinaire, et il est très blanc. (*Journal de Chimie méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 avril 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Un travail manuscrit de M. le docteur Alquié sur diverses observations recueillies dans son service ;

(MM. Denonvilliers, Robert, Giraldès sont chargés de rendre compte de ce travail.)

La thèse inaugurale de M. le docteur Hattier sur l'arthrocace sénile ;

La thèse inaugurale de M. le docteur Beylard, de Philadelphie, intitulée : *Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie ;*

Le dernier bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris.

Symblépharon survenu à la suite d'une brûlure.

M. Chassaignac présente une femme de vingt-cinq ans qu'il a depuis peu opérée pour un symblépharon survenu dans les circonstances suivantes.

La malade reçut dans l'œil droit une étincelle au moment où elle était occupée à souffler du feu. Brûlure de la cornée, inflammation très violente pour laquelle M. Rapatel, de Montreuil, employa une médication très énergique. Au huitième jour de l'accident, il envoie la malade à l'hôpital Saint-Antoine. On constate une adhérence très forte de la paupière supérieure à la cornée. Mais celle-ci est tellement boursouflée et ramollie qu'il est impossible de rien tenter pour décoller la paupière. La moindre traction sur cette cornée gélatiniforme et comme pultacée semblait devoir en amener la rupture et par conséquent causer la sortie des humeurs de l'œil. Applications continues de glace renfermée dans des sacs d'intestin de mouton ; douches oculaires de deux à trois litres d'eau ; collyre à 1 décigramme de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau.

Lorsqu'au bout d'une quinzaine de jours on eut obtenu le raffermissement de la cornée, on recourut à l'opération que voici :

La paupière supérieure étant saisie à son bord libre au moyen de deux pinces à griffes, le couteau à cataracte fut promené suivant la courbe cornéale de manière à exécuter autant que possible la section des adhérences et la séparation de la muqueuse palpébrale d'avec la cornée. On épongeait avec soin après chaque trait de l'incision. L'adhérence fut ainsi successivement détruite dans toute la hauteur de la moitié supérieure de la cornée, qui est restée opaque d'abord dans toute son étendue et à la surface de laquelle s'élevaient quelques houppes cellulo-vasculaires restes du tissu cicatriciel de la brûlure.

Aujourd'hui toute adhérence anormale a cessé d'une manière qui paraît définitive et sans aucune tendance au retour du symblépharon. La cornée reprend sa transparence dans tout l'hémisphère inférieur ; mais supérieurement il reste un croissant opaque, à la concavité duquel correspond la pupille, qui est très visible et permet à la malade de distinguer les objets.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier demande que la Société veuille bien nommer une commission pour examiner le cas de grossesse extra-utérine qui est dans son service. Peut-être alors les opinions seront-elles moins partagées sur la marche à suivre dans cette circonstance difficile.

M. le président désigne MM. Robert, Danyau, Maisonneuve et Lenoir pour examiner la malade.

Présentation d'un testicule cancéreux.

M. Maisonneuve présente un testicule cancéreux qu'il a enlevé sur un enfant de neuf mois ; bien que le cancer se rencontre assez fréquemment dans l'enfance, il est fort rare de le voir se développer d'aussi bonne heure, surtout dans les organes génitaux.

M. Guersant dit qu'il y a quelques années il a présenté une pièce analogue à l'Académie de médecine ; l'enfant était âgé de deux ans ; il succomba trois jours après l'opération à la suite de convulsions.

Il regarde, du reste, l'affection cancéreuse des organes génitaux comme très rare dans la première enfance. Depuis qu'il est à l'hôpital des Enfants, il n'en a observé que trois cas. Il avait eu aussi occasion de voir Dupuytren pratiquer la même opération chez des enfants de deux ans.

M. Roux demande si ces tumeurs n'étaient pas des tubercules.

M. Lebert insiste sur la rareté du cancer des organes génitaux à un âge aussi peu avancé. Il profite de cette circonstance pour dire qu'il est possible d'établir une statistique du développement du cancer suivant les âges et les organes.

M. Robert ayant demandé quels avaient été les résultats des trois opérations pratiquées par M. Guersant, celui-ci lui répond que l'un des trois malades est mort très peu de jours après, qu'un autre a été revu bien portant trois ans après l'opération, et que pour le troisième il n'en a pas eu de nouvelles.

Du reste, ses observations à l'hôpital des Enfants lui ont aussi prouvé, ce qui du reste était bien connu des chirurgiens, qu'il est certains organes dans l'enfance où l'on voit plus particulièrement se développer le cancer encéphaloïde.

M. Robert regarde le fait de M. Guersant, d'un cancer encéphaloïde opéré chez un enfant et étant resté trois ans sans récidiver, comme un fait des plus curieux ; il engage notre collègue à ne pas perdre de vue ce malade. Il termine en disant que le développement du tissu encéphaloïde a été observé même chez le fœtus.

M. Giraldès dit que le développement du cancer encéphaloïde depuis la naissance jusqu'à l'âge de quinze ans est loin d'être rare ; seulement il ne se développe pas également dans tous les organes. On peut se convaincre de ce fait en parcourant l'ouvrage de M. Walsk sur le cancer et l'*Encyclopédie* de M. Cottello.

CORRESPONDANCE.

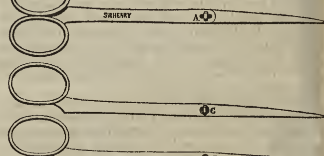
A Monsieur le rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Le rédacteur de l'*Union Médicale* ayant refusé l'insertion de la lettre suivante, nous pensons, monsieur, que votre impartialité ne nous fera pas défaut, et que vous voudrez bien nous aider à faire connaître au public médical notre juste réclamation.

La voici :

Nous avons présenté aux Académies des sciences et de médecine, ainsi qu'à la Société de chirurgie, une réclamation en raison de la note insérée dans votre numéro du 24 avril dernier, intitulée : *Note sur un système d'articulation libre pour les instruments à branches, tels que ciseaux, cisailles, sécateurs, etc., permettant de démonter l'instrument et l'empêchant de se desserrer*, présentée à l'Académie des sciences par MM. Charrière père et fils.

Ce mode d'articulation libre appliqué aux ciseaux (*voir* la figure ci-dessous), et dont la description suit : un tenon C en forme de



T, ou clou carré monté dans la première branche, où il se trouve fixé par un écrou ; à l'autre branche des ciseaux est une fraisure en cône B et une perforation elliptique B destinée au passage du tenon. Ces ciseaux, fabriqués depuis plus de vingt ans par feu Sirbenry, auquel nous avons succédé, ont été continués par nous et nos confrères. Si MM. Charrière se fussent contentés d'exploiter comme nous la fabrication de ces instruments tombés depuis longtemps dans le domaine public, nous n'eussions fait aucune réclamation ; mais s'étant constitués propriétaires exclusifs par brevet d'invention, nous croyons devoir en appeler à l'opinion publique.

Recevez, monsieur, etc.,

Les membres de l'association ouvrière des fabricants d'instruments de chirurgie. Le gérant, Hamm,
Place de l'Ecole-de-Médecine, 6.

Chronique et nouvelles.

Le *Moniteur* d'avant-hier renfermait une circulaire relative au personnel médical des eaux minérales. Nous la ferons connaître à nos lecteurs en publiant les divers décrets auxquels nous avons fait allusion dans un de nos derniers numéros.

— Par décret du prince président de la République du 16 avril 1852 ont été nommés à deux emplois de pharmacien principal de 2e classe :

Choix : M. Poggiale, pharmacien-major de 1re classe et professeur à l'Ecole d'application de la médecine militaire à Paris.

Choix : M. Dieu, pharmacien-major de 1re classe à la division d'Alger.

— Par décret du prince président de la République du 16 avril 1852 ont été nommés aux emplois de médecin aide-major de 2e classe vacants par organisation :

Concours de 1843. — M. Baëlen, chirurgien aide-major commissionné au 4e de cuirassiers.

1er *concours de* 1851. — M. Massiani, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles.

M. Meurs, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Dunkerque.

M. Barret, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Bordeaux.

M. Hannard, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Lille.

M. Mauduit, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.

M. Puech, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Alger.

— M. le professeur Piorry reprendra, le vendredi 14 mai, ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité. — La visite des malades aura lieu tous les matins à huit heures. Les leçons se feront à neuf heures, à l'amphithéâtre, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 57. — JEUDI 13 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 57. — JEUDI 13 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Anévrisme de l'aorte. — Cas remarquable d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, après une tentative infructueuse de céphalotomie. — Interdiction de l'affichage des remèdes secrets à Lyon. — Emploi du papier arsenical pour allumer les cigares ou la pipe. — Académie de médecine, séance du 11 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 12 MAI 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie des sciences a chômé avant-hier. Peu s'en est fallu qne l'Académie de médecine ne chômât hier à son tour. De sept ou huit noms inscrits à l'ordre du jour pour des lectures, un seul a répondu à l'appel. Heureusement pour les auditeurs zélés qui se trouvaient à la séance, ce nom était celui d'un observateur exact et sagace autant que modeste, de M. Reynal, chef du service de clinique à l'Ecole d'Alfort, et bien connu déjà par son intelligente et active collaboration au *Recueil de Médecine vétérinaire*. Les faits et les aperçus consignés par M. Reynal dans son travail intéressent tous à un haut degré la pratique de l'art vétérinaire et l'économie domestique. Quelques-uns intéressent d'une manière spéciale la physiologie, et notamment cette grande question de l'hérédité que les vétérinaires sont à même d'éclairer bien mieux encore que les médecins. M. Reynal a observé, entre autres faits, qu'une brebis qui, à une première portée, donnait naissance à un produit affecté, plus ou moins longtemps après sa naissance, de tournis, mettait le plus souvent au jour par la suite des agneaux affectés de la même maladie, quoiqu'elle ne fût pas elle-même malade, non plus que le bélier par lequel elle a été saillie. Evidemment il y a dans ce fait une influence d'hérédité, c'est-à-dire une influence qui a son origine dans le sein maternel; mais une influence qui n'est pas celle que nous désignons habituellement en médecine sous le nom d'hérédité, puisqu'elle consiste à transmettre une prédisposition que les parents ne possèdent pas eux-mêmes. Cette prédisposition est d'autant plus remarquable ici, qu'il s'agit d'une maladie produite évidemment par le développement dans l'organisme d'êtres parasites, et que ce développement constitue lui-même un fait qui a tant exercé, et en pure perte, la sagacité des physiologistes et des philosophes. Nous avons remarqué que ce fait avait excité un mouvement marqué de satisfaction dans M. Bérard. Peut-être cet éminent professeur nous réserve-t-il, pour l'époque où sera lu le rapport sur le remarquable travail de M. Reynal, quelques-unes de ces réflexions que l'Académie accueille toujours avec tant de faveur. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Troisième leçon.)

Le toucher rectal est loin de fournir des données aussi positives que le toucher vaginal, excepté pourtant dans les cas où les déviations utérines se font en arrière. Le doigt, introduit dans le rectum, permet alors de pénétrer à une plus grande profondeur, de sentir plus facilement la tumeur globuleuse que le corps de l'utérus porté en rétroversion ou en rétroflexion, et de reconnaître que cette tumeur n'est pas le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique du tissu cellulaire qui environne la matrice.

Ces quelques remarques suffisent pour déterminer nettement les circonstances dans lesquelles le médecin est autorisé à pratiquer une exploration au sujet de laquelle il doit montrer la plus grande réserve.

L'nsage du spéculum est d'un grand secours dans le diagnostic des déviations utérines. On fera choix d'un spéculum plein ou d'un spéculum à développement représentant un spéculum plein après l'écartement de ses quatre valves; on pourra juger ainsi de la manière dont le col de l'utérus s'offrira dans le champ de l'instrument. Le spéculum bivalve doit être rejeté.

Lorsque le spéculum plein est introduit suivant l'axe du vagin, l'espèce de lacune que circonscrit la membrane muqueuse refoulée correspond au centre de l'orifice circulaire limité par l'extrémité de l'instrument, en maintenant constamment les rapports qui existent entre la lacune centrale et l'ouverture du spéculum; à mesure que l'on avance plus loin dans le conduit vulvo-utérin, on atteint le col de la matrice après avoir rempli les conditions à l'aide desquelles on sera en état de porter un jugemcnt exact sur la position de l'organe.

Supposons que le col de l'utérus soit dévié en avant, déplacement qui, selon toute apparence, se rattache à une rétroversion, le spéculum, introduit d'après les règles que nous venons d'exposer, mettra à découvert sa face postérieure dans une plus ou moins grande étendue, suivant le degré ds la déviation. Toutes les fois, en effet, que l'utérus aura conservé sa situation normale, l'axe de l'instrument répondra à la lèvre antérieure du museau de tanche; il y aura déviation en avant du moment où l'axe du vagin correspondra à l'orifice externe de la matrice; un mouvement de bascule imprimé au spécnlum pourra, dans cette circonstance, faire pénétrer le col de l'utérus dans l'ouverture du spéculum.

Admettons maintenant l'existence d'une déviation du col en arrière; on découvrira non plus la face postérieure, mais la face antérieure du col utérin; souvent on sera dans l'impossibilité d'apercevoir l'orifice du museau de tanche. Les observateurs qui, en préscuce d'anomalies de ce genre, n'avaient pas soupçonné qu'elles étaient liées à des déviations utérines, avaient tracé un certain nombre de règles au moyen desquelles on pouvait éluder des difficultés d'exploration dont on a compris aujourd'hui la signification pathologique.

Est-il besoin d'ajouter que l'examen avec le spéculum permettra de juger, en même temps que de la direction, du volume du col, de l'état de sa surface et de la disposition de son orifice! S'il y a utilité à explorer l'intérieur de la cavité du col, on écartera, à l'exemple de M. Bennet, les deux lèvres de l'ouverture du museau de tanche, au moyen d'un spéculum bivalve, le regard pénétrera ainsi à une profondeur plus ou moins grande; une semblable recherche doit être réservée aux cas dans lesquels l'orifice inférieur de la matrice est devenu dilatable par l'effet d'influences morbides ou physiologiques.

Nous arrivons à un moyen d'exploration beaucoup plus important que ceux dont nous nous sommes occupé jusqu'ici; nous voulons parler de la sonde utérine. M. Simpson est le premier qui ait fait un usage méthodique de cet instrument. Il avait adapté à la tige recourbée dans laquelle il consiste un manche aplati présentant du côté correspondant à la concavité uue plaque métallique; du côté opposé, une plaque d'ébène; il pouvait ainsi déterminer d'une manière exacte la position de la sonde après son introduction dans l'intérieur de l'utérus.

M. Huguier emploie un instrument auquel il a donné le nom d'hystéromètre : une tige métallique sur la concavité de laquelle sont marquées des divisions en forme la partie principale; un curseur, qui se meut à l'aide d'une tige extérieure, permet d'apprécier la profondeur à laquelle l'hystéromètre a pénétré.

Nous nous servons de la sonde utérine de M. Simpson légèrement modifiée : nous l'avons fait graduer en centimètres et nous avons diminué le degré de courbure.

Un point essentiel dans le cathétérisme de l'utérus est de posséder la certitude que l'on a franchi l'orifice interne du col; si, en effet, on ne pénètre pas au delà de cet orifice, l'exploration sera incomplète; on pourra croire d'ailleurs avoir atteint le fond de l'utérus, alors qu'on aura été simplement arrêté par une déviation. C'est seulement dans les cas où la tige de l'instrument aura dépassé la profondeur de 6 centimètres que la résistance éprouvée par le bec de la sonde indiquera sûrement qu'on a parcouru toute la longueur de la cavité cervico-utérine.

M. Simpson, qui faisait principalement usage de la sonde utérine pour la recherche des rétroversions et des rétroflexions, variétés de déviation dans lesquelles la cavité de la matrice est plus ou moins fortement infléchie en arrière, avait pensé qu'une courbure très prononcée rendrait l'exploration plus facile. L'expérience nous a montré que cette opinion est illusoire; l'utérus, en effet, à la différence d'un corps rigide, peut être pour ainsi dire déplissé. Supposons l'existence d'une rétroflexion : si on introduit la sonde dans la direction que devrait avoir l'utérus, on se trouve arrêté par la paroi antérieure de cet organe; en retournant l'instrument, on pénètre plus profondément, et, lorsqu'on arrive aux limites de la cavité du corps, la rétroflexion est convertie en rétroversion.

On pourrait, d'après les idées de M. Simpson, construire une sonde avec un métal flexible et imprimer à la tige de l'instrument divers degrés de courbure suivant le besoin des circonstances.

De quelle manière doit-on procéder à l'introduction de la sonde utérine? Quelques médecins font intervenir le spéculum; hors les cas où il est très difficile de franchir l'orifice externe, l'habitude suppléera aisément au parti que l'on peut tirer de cet instrument; dans les circonstances contraires, on aura soin, en retirant le spéculum, de mainteuir solidement la tige métallique dans l'intérieur de la cavité du col.

Il est beaucoup plus simple d'agir de la manière suivante : l doigt indicateur étant porté sur le vagin, on s'assure d'abord de situation exacte de l'orifice du museau de tanche; lorsque le col présente de la mollesse et que cet orifice est très étroit, comme il arrive chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, la dépression légère qui indique sa présence passe souvent inaperçue au premier abord; quoi qu'il en soit, aussitôt que l'on a nettement senti cette dépression, on fait glisser sur le doigt, comme sur un conducteur, la sonde utérine, à laquelle on donne la direction qu'elle devrait avoir si l'organe était dans son état normal; on franchit l'orifice inférieur, puis on abaisse légèrement le manche de l'instrument de façon à relever son extrémité supérieure; on continue alors de le faire pénétrer peu à peu dans l'intérieur de la cavité cervico-utérine.

Il se présente quelquefois, même lorsque l'utérus est à l'état normal, des difficultés qu'il est important de connaître.

On peut en premier lieu rencontrer à l'orifice externe un rétrécissement plus ou moins considérable : c'est ce qui nous est arrivé trois fois dans le cours de notre pratique; l'une des malades, femme âgée de cinquante-quatre ans, avait eu plusieurs enfants; l'autre avait été soumise à un grand nombre de cautérisations; la troisième n'avait subi l'action d'aucune des causes auxquelles se rattachait le rétrécissement chez les deux autres.

En pareille occurrence, on met à découvert le col de l'utérus au moyen du spéculum; puis à l'aide de légères scarifications, qui n'ont aucun inconvénient, on débride l'ouverture rétrécie.

Les saillies de l'arbre de vie impriment souvent à la sonde, lorsqu'elle a pénétré dans l'intérieur de la cavité du sol, un temps d'arrêt qui se répète deux ou trois fois; c'est ce qu'on voit principalement dans les cas où une inflexion très prononcée de l'utérus a exagéré le relief naturel de ces sortes de replis. Il faut bien se garder alors de forcer la résistance que l'on rencontre; en faisant exécuter à l'instrument de légers mouvements sur son axe, on franchit sans peine et sans effort chaque obstacle valvulaire; la main de l'explorateur éprouve une sensation de crépitation, à laquelle il reconnaît que la difficulté a été surmontée.

L'orifice interne, nous l'avons dit, est toujours ou presque toujours plus étroit que l'externe. Aussi, lorsque la sonde atteint cet orifice, rencontre-t-elle une résistance dont le degré se mesure au degré d'étranglement de la cavité de l'utérus en ce point. A ce premier phénomène, qui indique au médecin la profondeur à laquelle il a pénétré, s'en ajoute un autre dont la signification n'est pas moins tranchée: nous voulons parler de la sensibilité spéciale qu'éveille le contact de la sonde. Tant que l'instrnment ne dépasse pas les limites de la cavité du col, les malades n'éprouvent aucune sensation; mais aussitôt qu'il arrive au niveau de l'orifice interne et surtout au moment où il vient à le franchir, elles ressentent des phénomènes de sensibilité dont elles rendent compte de diverses manières. Les unes se plaignent d'une douleur particulière qui, disent-elles, leur va au cœur; les autres de coliques légères qu'elles comparent à celles dont s'accompagne l'accouchement.

Ccs diverses sensations, d'abord très marquées, diminuent un instant, pour se reproduire avec une intensité nouvelle au moment où le bec de la sonde rencontre les parois de la cavité du corps.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, il y a assez souvent absence simultanée de sensibilité et de résistance. Néanmoins, même dans ces sortes de circonstances, lorsque la sonde a pénétré à 4 centimètres ou 4 centimètres et demi de profondeur, on fait naître d'iucontestables indices de sensibilité, les mouvements imprimés à la sonde excitent alors des douleurs que n'a pas provoquées le cathétérisme.

Il ne faut pas perdre de vue que, dans certaines conditions pathologiques, la cavité du col devient le siége d'une sensibilité morbide.

Lorsque l'instrument est arrivé au niveau de l'orifice supéricur, il convient, en même temps qu'on le pousse avec beaucoup de lenteur dans la direction de la cavité utérine, de lui faire exécuter de légers mouvements de rotation sur lui-même, jusqu'au moment où l'on perçoit la sensation d'une résistance vaincue.

La conduite à tenir dans le cas de déviations utérines est maintenant facile à comprendre.

De quelle manière reconnaîtra-t-on ces déviations? Prenons d'abord pour exemple une antéversion : Lorsque le doigt aura atteint l'orifice du museau de tanche, on introduira la sonde utérine dans le vagin; puis, à l'aide du bec de l'instrument qu'on aura fait pénétrer d'une certaine quantité dans la cavité du col, on ramènera lentement le col utérin lui-même dans une direction plus ou moins rapprochée de celle qu'il affecte à l'état normal. Ce premier résultat obtenu, on arrivera sans peine jusqu'au fond de la cavité cervico-utérine, à la seule condition d'exagérer le mouvement d'abaissement qu'il est nécessaire d'imprimer au manche de la sonde dans le cathétérisme de l'utérus à l'état normal.

Si l'on a affaire à une antéflexion, on agira de la même manière; seulement, on sera contraint de porter plus loin le mouvement d'abaissement dont nous venons de parler.

Considérons maintenant une déviation en arrière. La lèvre antérieure étant ramenée vers l'axe du vagin, on tournera la concavité de la sonde en arrière, en faisant exécuter à l'instrument, non un mouvement de circumduction, mais un simple mouvement de rotation sur son axe. Après cette précaution préalable, on pénétrera dans la cavité utérine en substituant un mouvement d'élévation au mouvement d'abaissement.

Toutes ces explorations doivent être pratiquées avec les plus grands ménagements; c'est là un point essentiel sur lequel il serait superflu d'insister. La sensibilité des malades varie dans des limites très étendues; si elle est presque nulle chez les unes, chez les autres elle est assez vive pour causer des lipothymies. Nous ne possédons, jusqu'à présent, aucun ensemble de signes à l'aide desquels nous puissions prévoir jusqu'à quel point, chez une malade donnée, elle s'éloignera ou se rapprochera des deux termes extrêmes que

nous venons d'indiquer. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que le traitement doit avoir une longue durée, et que la plupart des malades refuseraient de se soumettre à une médication dans laquelle elles entreverraient des souffrances pénibles et souvent renouvelées.

La sonde utérine fait connaître non-seulement les déviations de la matrice, mais encore la profondeur de ses cavités et l'épaisseur de ses parois.

Lorsqu'on a acquis la certitude que l'extrémité de l'instrument a pénétré jusqu'au fond de l'utérus, il suffit de le retirer, après avoir fixé le doigt sur le point de la tige qui correspond à l'ouverture externe du col, pour obtenir la mesure exacte de l'étendue en longueur de la cavité cervico-utérine. On pourra, de la même manière, obtenir la mesure de la cavité du col; on aura soin, dans cette dernière recherche, de tenir compte du point précis où se produiront les phénomènes de sensibilité spéciale que nous avons décrits.

La mesure de la cavité cervico-utérine, celle de la cavité du col étant connues, la longueur de la cavité du corps sera facile à déduire.

Au point de vue du traitement, il est indispensable de posséder des notions exactes sur la profondeur de l'utérus; à cette condition seulement, on évitera de placer dans les cavités utérines des tiges d'une longueur demesurée, dont le moindre inconvénient serait d'exciter des douleurs plus ou moins vives. Dans les premiers temps où l'instrument redresseur a été appliqué, nous avons été témoin d'accidents qui avaient évidemment pour cause la longueur trop grande des tiges utérines.

Lorsque la sonde pénètre dans l'utérus, on doit s'attacher à noter avec beaucoup de soin les diverses directions qu'elle prend latéralement; souvent il est nécessaire, pour avancer plus profondément, de l'incliner à droite ou à gauche: dans ces sortes de circonstances, les déviations éprouvées par l'instrument ont manifestement pour cause un obstacle situé dans la paroi même de l'utérus. Lorsque cet obstacle paraît devoir opposer une résistance très grande, il est de précepte de suspendre le cathétérisme et de se livrer, s'il y a lieu, trois ou quatre fois à de nouveaux essais. On pourrait, à la vérité, surmonter la résistance dès la première tentative; mais ce serait au prix de souffrances qui décourageraient les malades, et d'accidents consécutifs qui compromettraient leur santé et peut-être leur existence.

L'introduction de la sonde, combinée avec le toucher, fournit les données les plus positives et les renseignements les plus précieux.

Il est d'une grande utilité, suivant nous, de suivre avec le doigt indicateur la marche de la sonde au moment où elle pénètre dans l'intérieur de l'utérus; à l'aide de cette précaution, il sera facile de la diriger de façon à faire suivre au bec de l'instrument les inflexions et les sinuosités qu'on rencontre quelquefois.

M. Simpson a dit qu'une condition essentielle, pour arriver au diagnostic dans les cas de déviation en arrière, était de sentir l'extrémité de la sonde introduite dans la cavité utérine. Nous ne partageons pas cette opinion. S'agit-il d'un cas de rétroflexion, par exemple, si on ne trouve plus, au moyen du toucher, la tumeur qu'on avait constatée d'abord, à partir du moment où l'on a imprimé à l'instrument un mouvement propre à faire disparaître la déviation, on ne pourra douter un seul instant que cette tumeur appartienne à la matrice.

Combinée avec le toucher, l'introduction de la sonde apprendra encore s'il existe des tumeurs, et si ces tumeurs ont déplacé l'utérus; si les tissus qui avoisinent la matrice sont sains ou malades, s'ils présentent leur laxité naturelle ou une rigidité anormale; elle permettra de circonscrire exactement le col de l'utérus et d'apprécier avec plus de précision l'épaisseur de ses parois. Au moyen de mouvements méthodiques communiqués à la sonde de façon à ramener l'utérus dans sa direction ordinaire, on jugera du degré de résistance qu'opposeront à la guérison les adhérences possibles de l'organe dévié avec les parties voisines, ainsi que les changements pathologiques survenus dans l'état des annexes et du tissu cellulaire périphérique.

A.-H. MARGERIE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Anévrisme de l'aorte.

Laissant de côté le sujet dont j'avais commencé à vous entretenir dans notre première leçon, la rachisophymie, sujet dont nous continuerons l'étude dans les leçons suivantes, nous allons, aujourd'hui, vous parler d'une malade fort intéressante que vous avez pu voir.

Au n° 17 de la salle Sainte-Anne, est couchée un femme qui va être, pour nous, le sujet d'une leçon que je regarde comme fort importante, et qui, je l'espère, vous sera de quelque fruit.

Cette femme déclare qu'il y a un an environ elle fut prise de douleurs dans le dos et de fortes palpitations de cœur; elle ne respirait plus qu'avec peine. Entrée dans le service de notre honorable confrère le docteur Bouillaud, elle fut traitée pour cette affection, et en sortit guérie il y a un mois.

Quelques jours avant sa sortie, elle remarqua à la partie antérieure du sternum une petite tumeur qui lui faisait mal quand elle toussait.

Depuis sa sortie de l'hôpital, cette femme dit qu'elle a beaucoup souffert, qu'elle a été obligée de garder le lit, et que cette tumeur, augmentant tous les jours, la faisait beaucoup souffrir quand elle remuait ou toussait. La position sur le côté droit est intolérable; elle crache un peu de sang depuis une quinzaine de jours.

Ce qui d'abord frappe, en examinant cette femme, c'est une tumeur dont la saillie, par rapport aux côtes, est située au-dessous de l'espace inter-claviculaire (environ 10 ou 12 centimètres au-dessous). Cette tumeur est soulevée d'une manière assez égale. Si l'on y porte la main, on y trouve des battements égaux sans bruissement. Il y a là seulement expansion et soulèvement.

Si l'on percute, on trouve le foie à sa place et tout à fait normal, et qu'il n'apporte pas de gêne à la circulation.

Quant au cœur, il est dans ses limites naturelles, et présente une matité normale. Il y a peut-être un développement un peu plus grand (14 centimètres); mais enfin, le foie et le cœur peuvent être considérés comme normaux.

Nous avons percuté avec le plus grand soin la partie antérieure du sternum; et ici je ne puis m'empêcher de vous faire observer combien le praticien peut se trouver quelquefois embarrassé s'il n'a pas l'habitude du plessimètre pour la percussion. La percussion par le doigt dans des cas semblables ne lui dirait rien et pourrait être dangereuse, aussi dangereuse que de se servir du plessimètre si l'on n'y était habitué; une mort immédiate pourrait être ici la conséquence d'une mauvaise percussion.

Que trouvons-nous à la partie antérieure du sternum? A droite, sonorité pulmonaire naturelle; sur la tumeur, à son bord extérieur, matité avec un certain degré de persistance au doigt, puis matité profonde qui vous indique que la tumeur est ici en rapport avec les côtes; puis de nouveau, en allant à gauche, une matité persistante au doigt, sur le bord antérieur; enfin, transition de matité entre la tumeur et le cœur.

Nous entendons au cœur, au premier temps, un léger bruit de souffle à la pointe. Pas de bruit de râpe.

La rate est normale.

En arrière, la colonne vertébrale se trouve tout à fait portée à droite; la tumeur doit donc se trouver sur ce point; le poumon de ce côté présente moins de sonorité; la respiration est faible.

L'auscultation y découvre le bruit de souffle très manifestement à travers une lame de poumon qui y existe.

Il n'y a pas d'œdème des extrémités. La malade crache du sang.

Cette femme porte évidemment un développement de l'aorte (elle a douze centimètres d'un côté à l'autre dans les deux sens).

Cette tumeur touche au cœur; elle est recouverte d'un côté par une lame de poumon; elle touche à la trachée-artère; en arrière, aux grosses bronches, ce qui fait suinter le sang à travers la tumeur. Il y a dans cette tumeur des couches plastiques; une cavité qui livre passage au sang, qui y circule facilement; les parois sont minces, les artères battent audessous.

Voilà ce que nous démontre l'état organopathique de cette malade; et ici, avant de nous occuper du traitement, maintenant que nous avons vu la diagnose, il est, je crois, nécessaire que je vous parle plus longuement des anévrismes de l'aorte (aortectasie de la nomenclature).

Certes, le mot anévrisme donné aux dilatations de l'aorte est à coup sûr applicable à l'état anatomique dont il est ici question, car anévrisme signifie dilatation. Malheureusement et vous le savez, on a ajouté à cette expression des épithètes fort peu significatives et qui ne peuvent être comprises qu'à l'aide de définitions plus ou moins longues; les mots dont il s'agit sont arbitraires; chacun leur donne la signification qu'il croit la meilleure, et de là un effroyable chaos dont il est souvent impossible de sortir.

On a admis d'abord un véritable anévrisme, la dilatation simple, c'est-à-dire consistant en une augmentation générale de toute la cavité du vaisseau avec conservation de la structure de ses parois: c'est pour nous l'aortectasie ou aortasie.

Puis on a admis un anévrisme faux (qui est pour nous la périaortectasie); nous en parlerons tout à l'heure; puis encore les anévrismes primitif et consécutif, un anévrisme mixte, un anévrisme disséquant, un anévrisme variqueux. Je n'entrerai pas dans le détail de ces différents anévrismes: je vous renverrai à mes livres à ce sujet.

La plupart de ces distinctions ne reposent que sur des théories, et les discussions qui ont eu lieu à ce sujet sont plutôt des débats où l'amour-propre des auteurs a été mis en jeu que des discussions pratiques.

Parlons donc de l'aortectasie en général et ne nous occupons pas des espèces.

L'aortectasie est une disposition organique malheureusement assez fréquente, et qui, ayant souvent lieu dans une étendue assez considérable de la longueur du vaisseau, ne mérite d'être considérée comme état maladif que si elle est portée à un haut degré.

Dans certains cas, l'aorte dilatée ne présente pas à sa surface intérieure d'altérations organiques, telles que rougeurs, ramollissements, ulcérations, dégénérescences, productions d'apparence stéomateuse, incrustations cartilagineuses, osseuses ou calcaires. Dans plusieurs cas où la crosse aortique offrait une dimension de près du double de ce qu'elle devrait être, le vaisseau nous a paru exempt de toute lésion; toutefois, l'aortasie est atteinte d'un certain degré de ramollissement ou d'épaississement.

L'aorte qui peut être dilatée du double ou même du triple de son état normal, et qui peut acquérir un diamètre de 6 à 8 centimètres et même davantage, présente cette ectasie le plus ordinairement vers sa crosse. Cette dilatation peut se présenter aussi dans le tronc brachio-céphalique, dans les carotides, le tronc cœliaque et plus rarement dans les sous-clavières. L'aorte, particulièrement à sa crosse, peut être dilatée dans tous les sens; tantôt aussi c'est sur un seul de ses côtés, celui qui ne repose pas sur les os, que le développement s'opère.

On voit dans certains cas, comme nous l'avons vu aujourd'hui à l'extérieur de l'aorte, des saillies en forme de poches, où les parois artérielles sont plus ou moins amincies. Mais dans ces différentes aortectasies le sang conserve sa fluidité, et la circulation est médiocrement altérée dans l'intérieur du vaisseau.

Occupons-nous maintenant de l'aortectasie et de la périaortectasie.

L'aortectasie (anévrisme vrai) consiste dans une dilatation de toutes les membranes de l'artère qui forment une sorte de kyste. Communiquant avec l'intérieur du vaisseau par une ouverture plus ou moins spacieuse, mais généralement plus étroite que le reste du sac, ces aortectasies kystoïdes sont le résultat d'une simple dilatation des tuniques artérielles.

L'aortectasie kystoïde a surtout été observée dans les parties ascendantes et dans la crosse de l'aorte; c'est en général à la partie antérieure que se forme la tumeur, qui peut acquérir le volume de la tête d'un fœtus à terme. La surface intérieure du vaisseau offre souvent sur le point dilaté des elcosies, des lithies, des ostéies, d'apparences variées.

Les trois membranes artérielles se retrouvent dans les parois de la tumeur qui s'amincissent plus ou moins, et qui fréquemment finissent par se rompre en déterminant des hémorrhagies mortelles.

Du reste, l'aortectasie kystoïde est beaucoup plus rare que l'anévrisme faux.

Dans la périaortectasie, c'est la membrane cellulaire qui est dans l'aorte, ou le tissu cellulaire qui environne celle-ci, ou bien encore les organes circonvoisins de l'aorte qui forment la cavité de la tumeur.

L'ouverture de communication est très variable en étendue, à ce point qu'elle offre parfois un collet assez rétréci, et d'autres fois une très large cavité qui embrasse dans la largeur plus de 5 ou 6 centimètres de l'un des côtés de l'aorte.

Il est même des cas assez nombreux où l'ouverture des communications est si large, que ce vaisseau ne constitue plus qu'un des côtés de la tumeur.

On retrouve dans les parois de cette tumeur toutes les altérations que nous avous cru pouvoir exister dans l'endocarde, telles que des elcosies, des lithies, des ostéies, etc. Quant à la disposition de la cavité de l'anévrisme par rapport à la circulation générale et au développement ultérieur de la tumeur, elle varie infiniment suivant un grand nombre de circonstances. Tantôt l'aorte dilatée ferme seulement un des côtés de l'anévrisme, et c'est celui vers lequel le sang coule; tantôt c'est une ouverture latérale qui établit une communication entre la tumeur et le vaisseau, et la propension de la périaortectasie à s'étendre doit être d'autant plus grande que cette ouverture est plus large. Parfois le diamètre de l'aorte est conservé, et il n'y a point d'obstacle réel sur ce point au passage du sang. Ailleurs l'aorte est véritablement rétrécie, soit sur le point qui communique avec la tumeur, soit sur les parties voisines comprimées par la périaortectasie elle-même.

Ce fait doit avoir beaucoup de gravité dans les cas où la compression exercée par l'anévrisme a lieu par delà l'ouverture de leur communication avec l'aorte. On conçoit en effet que dans un semblable cas les progrès du mal doivent être plus rapides que dans des circonstances contraires.

Voilà quelques mots qui, je l'espère, nous aideront à comprendre parfaitement les dilatations de l'aorte, et à distinguer les aortectasies et les périaortectasies. Je ne veux pas cependant passer encore au traitement de l'intéressante malade qui fait le sujet de notre leçon, sans vous prouver par un exemple combien les praticiens peuvent souvent être embarrassés pour porter un diagnostic sérieux.

Voici ce qui m'est arrivé tout dernièrement:

Un monsieur, âgé de quarante ans, m'est adressé par un de mes confrères. Ce monsieur avait consulté un autre médecin, qui avait trouvé une maladie de cœur avec rhumatisme articulaire.

A l'inspection du malade, je trouve une légère saillie des côtes; le malade se plaint d'un fort bruit de souffle dans les oreilles. Je trouve, par la percussion, le foie d'une dimension considérable, sans cependant dépasser le rebord costal; la poitrine n'est pas large; une dépression à gauche. Il y a de la matité au-dessus du foie avec résistance. Le poumon est en dehors, et je trouve, en percutant attentivement, une tumeur, presque du volume du cœur, au-dessus du foie. Le cœur se trouve à sa place; l'aorte est un peu large. L'auscultation me fait entendre un bruit métallique et du souffle au premier et au deuxième temps; ce bruit s'entend dans tout le trajet de l'aorte. J'entends des battements dans la tumeur; ces battements sont moins superficiels que dans le cœur. Pas de peine à respirer, pas de crachats. Le malade vaque fort bien à ses affaires, et ne se plaint que du bruit de souffle des oreilles.

Quelle est cette tumeur située au-dessus du foie? Est-ce un anévrisme de l'aorte? Certes ce n'est ni à la crosse ascendante, ni à l'oreillette droite. Ce ne serait qu'à l'aorte descendante; mais cette artère est située plutôt à gauche, et cette tumeur est à droite. J'examine la colonne vertébrale; en arrière, elle est d'une grande rectitude. Par l'auscultation, on entend les battements de l'aorte éloignés. Je ne crois donc pas que ce soit un anévrisme aortique; ce ne peut être qu'un kyste hydatique ou une tumeur carcinomateuse.

Je crois que c'est une tumeur développée sur la face convexe du foie. Vous voyez combien un diagnostic est quelquefois difficile et quelle attention il faut y porter.

Nous avons diagnostiqué sur cette malheureuse femme une dilatation de l'aorte. Quel sera le traitement que nous devons employer?

Qu'en penser d'abord? Il y a beaucoup à craindre que la mort ne soit prochaine, et cela pour plusieurs raisons: elle expectore du sang qui s'échappe de la trachée; il y a compression de la bronche. Faut-il tenter la guérison? Certes, oui; nous serions coupables de ne pas le faire. Que ferons-nous donc? Il y a un traitement proposé par Valsalva et Albertini, le traitement par exténuation. On fait de fréquentes saignées, on met à la diète jusqu'à ce qu'on arrive à ne plus donner qu'un peu d'eau fraîche, et peu de malades arrivent à la fin du traitement; ils meurent de faim. Repoussons ce traitement; il est cruel.

Emploierons-nous la galvanoplastie? C'est trop douteux. Chercherons-nous, par l'acupuncture, à trouer l'anévrisme et à déterminer la coagulation du sang? C'est trop dangereux. Que faire? Il faut chercher à former des couches plastiques dans l'intérieur de la tumeur; pour cela, il faut donner de la fibrine et le moins de sérum possible au sang. Donnons donc des aliments très nourrissants (viandes noires); peu de pain. Peut-être avec quelques végétaux verts, tels que le cresson, arriverait-on aussi à former de la fibrine. Il est nécessaire aussi de modérer le cours du sang dans la tumeur; il faut ici employer le repos, de petites saignées et diète de boissons.

Quant aux moyens locaux à employer; le premier serait la compression; mais elle est impossible, à cause des pou-

mons qui ne peuvent être comprimés. Il faut employer la glace pour augmenter la disposition du sang à se coaguler ; et il faut l'employer constamment. Ainsi donc, nourriture substantielle, saignées, pas de boissons ; repos et glace constamment sur la tumeur, voilà le traitement que nous croyons le plus logique. Peut-être arriverons-nous à déterminer une coagulation du sang ; mais que de doutes !

CAS REMARQUABLE D'OPÉRATION CÉSARIENNE

pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, après une tentative infructueuse de céphalotomie.

Par M. le docteur Lagae (de Courtrai).

Voici le fait remarquable reproduit par M. Fredericq dans l'article dont il a été question dans notre dernier numéro. Les détails de ce fait sont trop significatifs pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Nous rappellerons seulement que nous ne publions cette observation qu'à titre de fait isolé, et qu'elle ne devra entrer dans notre statistique que s'il nous est démontré que cette opération césarienne est la seule qu'ait pratiquée M. Lagae.

Au mois de juillet de l'année 1839, je fus appelé à Bissegem pour coopérer à l'accouchement de la nommée Catherine Duprez, épouse Verbrugge : elle était à son second accouchement et âgée de trente-quatre ans ; dans ses premières couches, qui dataient de deux ans, elle avait été délivrée, non sans grand'peine, par le forceps, d'un enfant mort-né.

A mon arrivée, le travail était commencé depuis plus de deux fois vingt-quatre heures ; la femme, d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une stature au-dessous de la moyenne, était très fatiguée ; elle se trouvait peu affaiblie cependant et se disait résignée à toutes les mesures que nous crûmes devoir prendre. Déjà mes collègues avaient fait des efforts inutiles avec le forceps et en désespoir de cause ils avaient eu recours au perce-crâne de Smellie ; puis, au moyen d'un crochet mousse introduit dans l'ouverture du crâne de l'enfant, des tentatives vaines furent faites pour extraire la tête. Au moyen du toucher, je pus me convaincre que la tête se trouvait encore au détroit supérieur, dont le diamètre antéro-postérieur était très rétréci ; quoique je n'aie pu mesurer avec précision l'étendue du rétrécissement ; toujours est-il qu'il me paraissait être trop considérable pour insister davantage sur l'application du forceps. Pour ce qui était de la craniotomie, elle me semblait entourée de trop de dangers pour la mère ; l'obliquité du détroit supérieur, l'élévation de la tête du fœtus et le degré du rétrécissement la rendaient, à mon avis, plus dangereuse que l'opération césarienne même. Mon expérience m'avait donné des enseignements très utiles à cet égard : j'avais vu pratiquer l'embryotomie dans des conditions analogues ; la difficulté de l'opération, les lésions produites sur la femme et le résultat funeste des tentatives qui furent faites étaient autant de circonstances qui avaient laissé dans mon esprit une impression des plus défavorables. Dans ce moment, ma prévention contre cette opération était donc très forte, un peu trop forte peut-être ; mais je venais de pratiquer deux opérations césariennes avec succès pour la mère, et certes cette réussite était de nature à m'enhardir. Aussi j'insistai auprès de mes collègues pour faire immédiatement l'hystérotomie ; mon avis prévalut, et la femme fut soumise aux chances de l'instrument tranchant.

L'opération ne présenta rien de remarquable pour la mère, qui s'est rétablie au bout de quelques semaines. Elle a vécu encore huit ans, et vient de succomber au typhus à Gulleghem. L'opération mit au jour un enfant très faible, du sexe masculin, poussant à peine quelques gémissements. Il offrait au crâne une plaie très étendue, située à côté de la suture sagittale, un peu à droite, et quelques lignes au-devant de la fontanelle postérieure ; le cerveau était à nu et semblait y être réduit à un état de bouillie sanguinolente ; une petite quantité de substance cérébrale était même sortie par la plaie. Quelques jours après, la suppuration entraîna encore de la substance cérébrale à l'état de détritus. — Nous nous contentâmes de faire appliquer sur la solution de continuité des compresses trempées dans l'eau froide ; ce traitement, continué durant quelque temps, ainsi que les soins maternels amenèrent la guérison du petit malade.

Je n'insisterai pas sur l'étendue de la plaie au moment même de la naissance de l'enfant, car ma mémoire pourrait bien me tromper ; mais, pour s'en faire une idée, on n'a qu'à examiner, à l'heure qu'il est, le même enfant que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société : la perte de substance que le crâne a subie a l'étendue au moins d'une pièce de deux francs ; or, nous savons que les pertes de substance des os du crâne, chez les jeunes sujets, tendent à se réparer ; nous devons donc admettre, et je puis l'assurer, que la perte de substance est beaucoup moindre au moment actuel (l'enfant a neuf ans) qu'à la naissance.

Une circonstance sur laquelle je désire appeler particulièrement l'attention, c'est qu'au niveau de la lésion de continuité des os du crâne, les parties molles, qui seules recouvrent la substance cérébrale, présentent quelquefois un enfoncement, qu'alors on voit le cerveau qui est soulevé par les battements artériels comme dans une espèce de godet. Lorsque ces phénomènes se manifestent, l'expérience a appris que l'enfant est malade ; s'il est bien portant, au contraire, le godet n'existe pas, les parties molles qui recouvrent la perte osseuse sont de niveau avec les os du crâne, et les battements s'observent notablement moins, ou même pas du tout.

Je dois encore faire observer que, sous le rapport de l'intelligence, l'enfant n'est pas moins avancé que les autres enfants de son âge.

Cette observation peut, ce me semble, soulever plusieurs questions intéressantes de physiologie et de pathologie cérébrale. Je regrette que je ne puisse pas m'occuper ici de leur examen. (*Ann. de la Soc. d'ém. de la Flandre occidentale.*)

INTERDICTION

de l'affichage des remèdes secrets à Lyon.

(Circulaire du maire de Lyon.)

« Monsieur, les abus réels et sérieux provenant de l'indication dans les annonces de mise en vente de remèdes faites par MM. les pharmaciens, ou par les auteurs ou dépositaires desdits remèdes, des propriétés qui leur sont attribuées pour le traitement de certaines maladies, et les plaintes nombreuses qui nous ont été adressées à ce sujet, ont déterminé l'administration à faire exécuter d'une manière rigoureuse les arrêtés en vigueur, qui lui ont paru susceptibles d'assurer l'amélioration complète de ce service.

» J'ai, en conséquence, l'honneur de vous prévenir que l'article 3 de l'arrêté de police de mon prédécesseur, en date du 19 juillet 183., approuvé par M. le préfet, sera appliqué à partir de ce jour aux affiches que vous pourrez avoir à faire poser, comme à toutes celles du même genre qui seront soumises au visa de mes bureaux. L'article dont il s'agit est ainsi conçu :

« Aucune annonce de remèdes ne pourra être affichée ni » placardée si lesdits remèdes ne sont extraits du Code phar» maceutique, ou si le débit n'en est légalement autorisé ; » enfin, si ladite annonce contient l'indication des propriétés » desdits remèdes, attendu les abus qui peuvent résulter des » indications de cette nature.

» Lyon, le 21 septembre 1851.

» Le maire de Lyon, *signé* Réveil. »

Affiches. — Placards. — Appositions.

« Nous, maire de la ville de Lyon,

» Vu l'article 3, titre XI, de la loi des 16-24 août 1790, qui confie à la vigilance et à l'autorité des maires la police de la voie publique ; et, par conséquent, des affiches qui y sont apposées ;

» Vu la loi du 10 décembre 1830, article 1er, qui, modifiant sous ce rapport la susdite loi de 1790, défend d'afficher ou placarder dans les rues, places ou autres lieux publics, aucun écrit relatif à la politique ;

» Vu l'article 46, titre I, de la loi de 19-22 juillet 1791, et le § 15, article 471, du Code pénal,

» Avons ordonné :

» Article 1er. Aucun écrit, soit à la main, soit imprimé, gravé ou lithographié, ne pourra être affiché ou placardé dans la ville de Lyon, sans qu'un exemplaire d'icelui ait été revêtu de notre visa, et les autres timbres du cachet de la mairie.

» Art. 2. Aucune annonce de remèdes ne pourra être affichée, ou placardée, si les remèdes ne sont extraits du Code pharmaceutique, ou si le débit n'en est légalement autorisé ; enfin, si ladite annonce contient l'indication des propriétés desdits remèdes, attendu les abus qui peuvent résulter des indications de cette nature.

» Art. 3. Toutes autres ordonnances de police relatives aux placards et aux affiches, ainsi qu'aux afficheurs, continueront d'être observées et exécutées selon leur forme et teneur, dans celles de leurs dispositions auxquelles il n'est point dérogé par les articles ci-dessus.

» Art. 4. MM. les commissaires de police sont chargés du constat des contraventions et délits résultant des infractions aux dispositions de la présente, qui sera préalablement soumise à l'approbation de M. le préfet du Rhône.

» Lyon, 18 juillet 1841.

» Le maire de la ville de Lyon,

» *Signé* Vachon-Imbert, *adjoint.* »

La mesure prescrite par le maire de Lyon a été suivie immédiatement d'exécution.

EMPLOI DU PAPIER ARSENICAL

pour allumer les cigares ou la pipe.

La lettre suivante a été écrite au rédacteur en chef du *Journal de chimie médicale* :

Monsieur,

Passant hier rue de la B..., j'entrai dans le bureau de tabac qui se trouve dans cette rue, et ne fus pas peu surpris de voir débiter le tabac dans des cornets de papier de différentes couleurs, et entre autres en papier arsenical vert glacé ; j'aperçus même de ce papier dans la petite boîte qui sert aux fumeurs pour allumer soit leurs cigares, soit leurs pipes. Ne serait-il pas urgent, monsieur, d'interdire aux débitants de tabac l'usage d'un semblable papier, dont ils ne connaissent probablement pas les dangers ? Ce papier, qui est coloré avec de l'arsénite de cuivre, pourrait causer de graves accidents aux consommateurs, d'autant plus que presque tous ceux qui fument ont l'habitude, pour l'allumer, de prendre souvent un morceau du cornet lui-même.

Agréez, etc. Dulignon-Desgranges.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose :

1° Rapport et instructions destinés aux médecins des établissements thermaux ;

2° Un état de vaccinations de Saint-Denis (île de la Réunion) ;

3° Rapport sur une épidémie de fièvre thyphoïde qui a régné à Saint-Étienne (Loire), en janvier, février et mars 1852, par M. le docteur Vial ;

4° Une note de M. Doin, officier de santé, sur les maladies occasionnées par certains vents ;

5° M. le directeur des Beaux-Arts annonce que M. le ministre de l'intérieur vient de commander à M. Gayrard un buste de Pariset, en marbre, destiné à l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hygiène des enfants trouvés nouveau-nés.

M. le docteur Simyaux, chirurgien de l'hôpital de Cluny (Saône-et-Loire), adresse une note sur l'*influence* du déplacement des enfants trouvés nouveau-nés sur la santé de ces enfants. Il conclut que cette influence est des plus funestes, et que l'allaitement artificiel est plus funeste encore. (Commissaires : MM. Villeneuve et Mélier.)

Méningite cérébro-spinale.

M. le docteur Mayer (de Belfort) adresse un mémoire sur la méningite cérébro-spinale. L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° La méningite cérébro-spinale épidémique doit être rangée parmi les petites épidémies. Elle coïncide toujours avec une constitution catarrhale ;

2° Elle se déclare dans la saison où dominent le froid et l'humidité, et disparaît dès les premières chaleurs ;

3° Elle consiste en une phlegmasie de nature *rhumatismale* des enveloppes du cerveau et de la moelle ;

4° L'observation et le raisonnement s'accordent à prouver qu'elle n'est point contagieuse ;

5° Elle choisit de prédilection ses victimes dans les recrues ;

6° Elle ne sévit à l'état épidémique que sur les garnisons ;

7° Les causes sont essentiellement inhérentes à la condition de jeune soldat, et peuvent se diviser en *physiques* et *morales* ;

8° Les causes physiques sont celles qui impriment à la méningite sa nature rhumatismale ;

9° Les causes morales président à la détermination vers les centres nerveux ;

10° Les moyens préventifs de la méningite consistent à soustraire le jeune soldat à de trop grandes fatigues, à l'action des intempéries atmosphériques et à l'influence des passions tristes ;

11° La thérapeutique basée sur la doctrine des éléments morbides peut être scientifiquement instituée du point de vue de la doctrine étiologique qui fait le sujet principal de ce mémoire. (Commissaires : MM. Roche, Michel Lévy.)

Dyssenterie.

M. Dutrouleau, médecin à la Martinique, adresse un volumineux mémoire intitulé : *De l'endémie dyssentérique à l'hôpital Saint-Pierre* (Martinique).

Instrument de chirurgie.

M. Charrière adresse une réponse aux réclamations faites à l'occasion du système d'articulation libre qu'il a communiqué dans l'avant-dernière séance.

Voici le résumé de sa note :

1° L'instrument qu'on dit avoir été fabriqué il y a vingt ans, d'après un mode d'articulation semblable à celui que nous avons proposé récemment, n'est connu d'aucun chirurgien et n'est décrit dans aucun de nos ouvrages classiques ; il ne peut donc être un obstacle à notre droit de priorité.

2° Les autres instruments mentionnés sous le nom de tirtoirs, daviers, pinces à extraction de corps étrangers, sont des instruments construits d'après un système d'articulation tout différent de celui que nous proposons, et ne sauraient prouver davantage contre nos droits.

Candidature.

M. Bouley (Henri) se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets, tous terminés par des conclusions défavorables. Ces conclusions sont adoptées sans observations.

Affection vermineuse des moutons.

M. Huzard lit un rapport sur un travail de M. Laroche, médecin à Goudrin (Gers), relatif à une épizootie qui a régné sur les moutons en 1836, 1837 et 1838.

« Il résulte, dit M. le rapporteur, des essais directs de substances diverses mises en contact avec trois genres de vers intestinaux, tænias, douves et filaires, extraits vivants du corps des moutons, il résulte, dis-je, que l'acide sulfurique, plus ou moins étendu d'eau, s'est montré la substance la plus nuisible à ces êtres ;

» Que ce même acide, sous forme de limonade sulfurique, paraît s'être montré le plus efficace agent contre la vie de ces mêmes êtres dans une méthode thérapeutique employée dans l'espèce ovine ;

» Que cette même limonade sulfurique a produit l'évacuation de l'ascaride lombricoïde chez des enfants ; et chez d'autres enfants paraît avoir produit la disparition de tous les symptômes qui indiquent la présence de ces vers. »

Toutefois, M. le rapporteur fait observer, en terminant, que les expériences de l'auteur sont insuffisantes pour autoriser ces conclusions. Il demande qu'on vote des remercîments à l'auteur et qu'on l'engage à continuer ses recherches.

LECTURES.

Médecine vétérinaire. — Tournis.

M. Reynal lit un mémoire dont voici le résumé :

Messieurs, j'ose espérer que votre bienveillante attention ne fera point défaut à une courte lecture sur une maladie très commune des bêtes ovines, celle connue sous le nom de *tournis*.

Cette étude comparée vous présentera un plus grand intérêt si vous vous rappelez quelques-unes des observations que M. Belhomme vous a communiquées sur le tournoiement de l'homme, et qui ont été l'occasion d'un savant rapport lu par M. le professeur Bouillaud dans une séance de janvier 1839.

De toutes les affections qui attaquent les animaux domestiques, il n'en est pas qui soit plus intéressante à étudier, sous le triple rapport de la médecine générale, de l'histoire naturelle des helminthes et de la physiologie pathologique.

En effet, comme caractère essentiel, le tournis offre à considérer :

1° Un ver vésiculaire qui naît et grandit dans un organe indispensable à la vie, le cerveau ;

2° Une maladie des plus curieuses du système nerveux ;

3° Un ensemble de phénomènes physiologiques variables dans leur mode de manifestation, suivant le siége de l'hydatide et suivant l'état de désorganisation de la région du cerveau qui lui sert de support.

Pour abréger, je m'attacherai, dans cette communication, à mettre en relief cette partie de mon travail qui s'occupe des symptômes et des causes du tournis.

On connaît, en médecine vétérinaire, sous la dénomination de *tournis*, de *tournoiement*, de *lourderie*, etc., etc., une maladie des bêtes ovines occasionnée par le développement à la surface ou dans la profondeur du cerveau d'un ver connu sous le nom générique de *cœnure*. Elle est principalement caractérisée par une altération des fonctions du cerveau, par une irrégularité des mouvements, et par la tendance que manifestent les animaux à se mouvoir circulairement. La marche du tournis est lente, et ses terminaisons d'autant plus graves, qu'il ne se manifeste le plus souvent au dehors qu'après avoir produit dans l'économie des désordres irrémédiables.

Le cœnure étant le point de départ des lésions qu'on observe dans la substance et dans les fonctions de l'axe cérébro-spinal, il importe, avant de passer à l'étude des symptômes qui le dénoncent à l'extérieur et des causes qui concourent à lui donner naissance, de tracer en peu de mots les caractères principaux qui distinguent ce parasite.

C'est un ver parenchymateux de la famille des cystoïdes (Rudolphi). Il appartient au genre cœnure et la plupart des auteurs le connaissent sous la désignation spécifique de cœnure cérébral (*Cœnurus cerebralis* de Rudolphi ; *Tænia cerebralis* de Linné ; *Polycephalus ovium* de Zéder ; etc.).

Comme toutes les espèces du même genre, le cœnure cérébral consiste principalement en un réservoir cystiforme, ovoïde, pelliculaire, contenant un liquide transparent. Très-petit, presque microscopique dans le début, il peut acquérir le volume d'une orange. On remarque à sa surface une foule de corpuscules opaques, irrégulièrement groupés, pris à tort par les naturalistes pour des têtes de tœnia.

Ces corpuscules sont formés par une petite poche qui est en continuité de tissu avec la membrane hydatigène ; elle est appendue à sa face interne et sert de support au tænia, qui est fixé sur une de ses parties latérales, renversé sur lui-même, la tête tournée vers le fond. Cette disposition est très facile à saisir sur les planches jointes à ce mémoire, et qui ont été exécutées sur des préparations que je dois à l'obligeance d'un micrographe bien connu par son habileté, M. Charles Robin.

Le cœnure, parvenu à un certain degré de développement, cesse de vivre ; il se transforme en un véritable kyste, chez lequel on cherche vainement les caractères de l'animalité.

Sa mort m'a paru coïncider avec le dépôt de sels calcaires à la surface et dans l'épaisseur des parois de la vésicule commune et de celle de la poche qui loge le ver.

Symptomatologie. — Si le mouton adulte présente à une période avancée de la maladie des signes bien tranchés, il n'en est pas de même de l'agneau. Chez ce dernier, en effet, les hydatides à peine écloses ne provoquent pas cet ensemble de symptômes que l'œil même le moins exercé saisit parfaitement. La première chose qui frappe à cet âge, c'est la perte de la gaieté et de l'appétit. La mastication est lente, la marche pénible. Le jeune animal devient traînard, la voix du berger, les aboiements des chiens, les morsures même de cet animal le trouvent insensible.

Si l'on examine de plus près l'agneau dans le cerveau duquel des cœnures viennent de naître, on constate que sa vue est troublée, si toutefois elle n'est point abolie. A la bergerie, il s'isole dans un coin et reste indifférent à tout ce qui l'entoure ; l'appétit diminue sensiblement, l'amaigrissement augmente, la peau perd sa souplesse et la laine son brillant et sa résistance.

Sans parler ici des particularités nombreuses et variées que présentent les agneaux à cette période du tournis, je dirai d'une manière générale que le mal amène la mort au bout de deux mois environ.

Cette forme de tournis aigu, si je puis m'exprimer ainsi, est d'autant plus importante à étudier qu'elle est occasionnée par des hydatides de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. A l'autopsie, il n'est pas rare qu'elles échappent à l'œil de l'observateur en raison de l'exiguïté de leur volume.

Le tournis n'a pas toujours une marche aussi rapide que celle dont je viens de parler, et cela s'observe sur les animaux de l'âge de six à dix-huit mois ; soit qu'à cette époque de la vie l'organisation de la substance cérébrale offre une résistance plus grande à l'action destructive de l'hydatide, soit que cette dernière repose sur un point de cet organe moins important que d'autres à l'intégrité de ses fonctions, toujours est-il que le tournis arrive plus lentement à sa terminaison dernière.

Au début, on remarque les mêmes signes précurseurs, mais ils sont moins intenses. Il y a diminution d'appétit, indécision, nonchalance dans les attitudes ; la marche est traînante ; le mouton est toujours à la queue du troupeau, la tête basse, l'air hébété, l'œil hagard ; il suit dans la progression une ligne assez droite tout d'abord, mais bientôt il dévie à droite ou à gauche, ou bien porte la tête levée. Dans la manifestation de ces symptômes, des intermittences surviennent, pendant lesquelles l'animal paraît avoir recouvré entièrement la santé. A des périodes variables de nouveaux phénomènes indiquent à l'œil observateur la marche obscure mais continue de la maladie. Souvent même dans cet état, si la brebis est livrée à la reproduction, la gestation apporte une entrave à l'action désorganisatrice qu'exerce le cœnure sur la substance du cerveau.

Après une période de quatre, six, huit et même dix mois, à ces signes peu tranchés en succèdent d'autres moins équivoques, mais différents suivant le siége de l'hydatide, qui est simple, double ou multiple. L'un des grands ventricules du cerveau et parfois l'une et l'autre de ces cavités la recèlent habituellement. Les couches olfactives, la masse cérébelleuse, voire même la moelle épinière lui servent aussi de soutien.

Le cœnure occupe-t-il l'un des ventricules latéraux, l'animal ne tarde pas à se mouvoir tantôt du côté correspondant, tantôt du côté opposé, suivant un rayon d'un diamètre assez étendu d'abord, puis de plus en plus court ; le plus souvent il tourne du côté où se trouve le cœnure. Bientôt ces mouvements circulaires se répètent à des intervalles très rapprochés, le tournoiement s'accélère avec les progrès du mal, et le mouton, pivotant sur lui-même, finit par décrire des orbes tellement rapides que la paille, le foin, les brins d'herbe s'enroulent autour de ses membres et déterminent sa chute. Les deux cavités ventriculaires contiennent-elles un ou plusieurs cœnures, le mouvement est nul, ou indifféremment dirigé à droite ou à gauche. Si, d'autre part, ce sont les couches ethmoïdales qui le supportent, la tête se rapproche du poitrail, et l'animal exécute presque sur place, sans entamer le terrain, des mouvements rapides, multipliés : le mouton est alors appelé *trotteur* par le berger. Si, au contraire, le parasite a son siége dans le cervelet, la tête est portée haut ; la marche ne connaît plus d'obstacles : de là des heurts, des chutes, des mouvements convulsifs.

Le cœnure cependant s'accroît tous les jours, la compression augmente dans le même rapport, et le mal progresse d'une manière incessante pendant trois, quatre, cinq mois. Les tournoiements sont plus fréquents et suivis d'accès épileptiformes. Le jeu des mâchoires est comme gêné, difficile ; la rumination cesse, le ventre se ballonne, la peau se colle sur les os, la laine tombe et se casse à la moindre traction ; la faiblesse est extrême, le décubitus se prolonge ; la respiration devient râlante, et le mouton, frappé souvent de cécité et de paralysie, s'éteint dans un état de marasme.

En suivant son évolution normale, l'hydatide acquiert des dimensions considérables. Appuyée sur la pulpe nerveuse sous-jacente qui s'atrophie, elle provoque le même phénomène dans la partie du cerveau et de la boîte crânienne correspondant à sa face supérieure ; la substance cérébrale disparaît, l'os s'amincit, et un boursouflement du crâne à cette même place signale bientôt ce travail intérieur, qui ne finit qu'avec la vie.

Telle est la marche la plus ordinaire du tournis.

Les lésions morbides ne sont pas moins curieuses à observer que les symptômes.

Chez un animal, on trouve le kyste hydagène qui occupe presque entièrement l'intérieur du cerveau ; chez un autre, on remarque l'atrophie des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon, du cervelet, du bulbe du prolongement rachidien.

Pour remédier à cet état morbide général que détermine la présence du cœnure dans le sein de la substance cérébrale, on a eu recours à divers procédés opératoires, tels que la ponction, la cautérisation frontale, la trépanation, l'extraction de l'hydatide.

Mais il n'entre pas dans mon sujet d'examiner ici la valeur de ces divers moyens opératoires. Pour ne pas abuser des moments d'attention que vous voulez bien m'accorder, j'arrive à vous parler des causes du tournis.

Cette étude n'est pas seulement intéressante au point de vue médical, elle l'est encore davantage considérée sous le rapport de l'éducation et de l'amélioration des bêtes à laine ; car j'ai vu le tournis sévir sur de nombreux troupeaux, les détruire en partie, interrompre des essais de croisement et de perfectionnement et occasionner des pertes considérables aux propriétaires.

Causes. — On a beaucoup écrit sur les causes du tournis. Parmi les auteurs qui les ont étudiées, les uns les ont trouvées dans l'alimentation, le régime, le refroidissement après la tonte, le séjour trop prolongé des animaux dans les bergeries ; les autres les ont attribuées aux mauvais soins, aux souffrances des brebis et des agneaux dans la période de l'allaitement, à l'alimentation avec des plantes vertes, à une température humide, à une trop grande abondance d'aliments nutritifs, à l'insolation, à des accidents divers.

Sans vouloir entrer dans l'appréciation de ces différentes causes, je dirai d'une manière générale que, dans le nombre, il en est quelques-unes qui peuvent influer sur le développement du tournis, entre autres, celles qui concourent à débiliter l'organisation de la mère et de l'agneau.

C'est, en effet, dans les premiers temps de la vie, lorsque les animaux ont souffert, qu'ils ont été mal nourris, mal soignés, qu'on voit apparaître les maladies vermineuses : celle qu'on désigne sous le nom de tournis a pu donc rationnellement sévir au milieu de pareilles conditions hygiéniques.

Mais au point de vue où je me suis placé, ce qu'il importe le plus de mettre en évidence, c'est moins les circonstances au milieu desquelles apparaissent les maladies vermineuses en général que les causes les plus directes du tournis.

Parmi ces dernières, celle qui m'a paru exercer la plus grande influence sur sa propagation réside dans l'*hérédité*.

Dans mon mémoire, je relate l'histoire d'un grand nombre de faits qui témoignent en faveur de cette assertion. Je me borne ici à indiquer les deux suivantes :

En 1849, un propriétaire éleveur achète un bélier âgé de quinze à dix-huit mois.

Un mois environ après la lutte, il vend ce bélier parce qu'il avait présenté quelques symptômes de tournis.

Dans le courant de juillet de l'année suivante, le tournis se déclare sur les agneaux ; en peu de temps la perte s'éleva à plus de 30 par 100. Comme la maladie continuait tous les jours ses ravages, le propriétaire, suivant les conseils d'un vétérinaire éclairé, vendit tous ses antenais, afin de préserver son troupeau du *tournis héréditaire*.

Un autre propriétaire achète, à la même époque, un bélier d'un an ; il le laisse dans le troupeau de bêtes à laine qu'il possède, pour faire la lutte conjointement avec deux autres béliers plus âgés. Sur la fin de la période de la saillie, le propriétaire remarque quelques symptômes de tournis sur le bélier nouvellement acheté.

L'année suivante, il perdit 50 agneaux sur 110, du tournis.

Les troupeaux de ces deux propriétaires étaient dans d'excellentes conditions d'hygiène ; celui du dernier n'avait jamais été atteint du tournis.

En faveur de l'hérédité, je pourrais encore ajouter de nouvelles preuves fournies par l'observation de ce fait, à savoir : qu'on trouve des cœnures dans le cerveau des nouveau-nés.

Tout ce qui peut conduire à jeter quelques lumières sur les causes premières du tournis me paraît d'une importance extrême ; aussi je n'hésite pas à relater une particularité remarquable dont j'ai été témoin.

J'ai vu trois fois des brebis donner naissance à des animaux qui ont péri par le tournis, bien qu'elles n'en fussent pas affectées elles-mêmes.

Ces brebis, saillies de nouveau par des béliers qui n'étaient pas atteints par la maladie, ont néanmoins donné des produits qui en ont été affectés.

Ainsi, la première fécondation d'une brebis saine par un bélier sain donne un agneau qui meurt du tournis à l'âge de cinq mois ; cet accident, qui semble échapper à une explication rigoureuse de la science, est suivi d'accidents analogues dont l'éleveur doit tenir compte ; en effet, les mêmes brebis saines, fécondées de nouveau par des mâles également sains, donnent ensuite des produits atteints du tournis.

Je vous signale, messieurs, cette particularité, parce qu'elle est de nature à éclairer la grave question de l'influence d'une première fécondation sur les procréations subséquentes des femelles.

Après l'hérédité, la cause la plus fréquente du tournis me paraît dépendre de l'emploi de béliers trop jeunes. Dans quelques contrées de la France, c'est à l'âge de six à huit mois qu'on les livre à la lutte. Souvent encore les propriétaires, se basant sur une vigueur plus apparente que réelle, leur donnent un nombre beaucoup trop considérable de femelles. C'est dans de semblables conditions que j'ai souvent vu naître le tournis sans que rien dans la nourriture, dans l'intempérie de la saison et dans le gouvernement des animaux pût en expliquer le développement. Je pourrais citer tels propriétaires qui jamais n'avaient observé cette maladie dans leurs troupeaux et qui ont éprouvé des pertes de 50 pour 100 après avoir, contre leurs habitudes, fait saillir des brebis par des béliers de six à huit mois.

Je ne m'étendrai pas davantage en ce moment sur cette dernière cause que j'assigne au tournis.

Les animaux livrés trop jeunes à la reproduction exercent une influence beaucoup plus grande qu'on ne le pense sur la santé des produits.

Ce n'est pas seulement le tournis dont je m'occupe en ce moment qui est la conséquence de cet état de choses ; les accouplements précoces engendrent encore d'autres états pathologiques que j'aurai peut-être plus tard l'occasion de faire connaître à l'Académie.

En résumé, les causes de la propagation du tournis, outre l'influence du régime, de l'humidité, sont :

1° L'hérédité ;

2° L'emploi pour la reproduction d'animaux trop jeunes.

Moyens préservatifs rationnels. — Prenant pour point de départ les idées que je viens de développer, en m'appuyant sur des observations qui me sont personnelles et sur celles de vétérinaires distingués, je conseille

1° D'éloigner de la reproduction les mâles et les femelles qui présentent le plus léger signe de la maladie.

A l'avantage d'en préserver les générations futures dans les troupeaux, on joindra celui d'éviter des pertes immédiates en sacrifiant pour la boucherie, dès le principe, les animaux malades. La viande, si on excepte le cerveau, n'a perdu aucune de ses qualités. Plus tard il n'en est pas de même, le mouton maigrit ; la chair est moins tendre et moins savoureuse. En outre, la laine se dépouille de la matière grasse, du suint ; elle devient cassante et cotonneuse.

2° De n'accoupler que des femelles et des mâles arrivés à leur complet développement.

Les brebis ne devraient pas être livrées à la reproduction avant l'âge de trente mois, et les béliers avant l'âge de quinze à dix-huit mois.

Cette pratique qu'on suit à Alfort, et que suivent les propriétaires qui sont connus pour gouverner le mieux un troupeau, donnerait, j'en suis sûr, d'excellents résultats.

RÉSUMÉ.

1° Le tournis est une maladie du système nerveux occasionnée par un ver du genre cœnure.

2° Elle apparaît le plus ordinairement sur les jeunes agneaux de deux, quatre à douze mois ; plus rarement de quinze à dix-huit mois, et exceptionnellement au delà de cet âge.

3° La marche de cette affection est lente, elle progresse d'une manière incessante et détermine l'atrophie du cerveau ou de la moelle épinière.

4° Elle occasionne d'abord l'amaigrissement des animaux et plus tard la mort.

5° Au nombre des causes principales de propagation du tournis, je place :

A. L'hérédité : *Les brebis et le bélier atteints du tournis le transmettent à leurs descendants.*

B. L'accouplement d'animaux trop jeunes, surtout du bélier employé à la lutte à l'âge de six à huit mois comme cela se pratique dans quelques contrées.

6° Le moyen de prévenir le tournis, consiste :

A. A éloigner de la reproduction les femelles et les mâles qui en sont atteints ;

B. A ne faire reproduire que des brebis de trente mois et des béliers de quinze à dix-huit mois.

7° Si une conclusion rigoureuse pouvait être tirée des observations ayant trait à l'influence d'une première fécondation sur les fécondations subséquentes, il faudrait éloigner de la reproduction les femelles qui, bien que saines elles-mêmes, ont une fois donné des produits affectés du mal.

Je ne terminerai pas ce résumé de mon travail sans adresser mes sincères remercîments à M. Gurreau, vétérinaire distingué à Châteauneuf, qui a bien voulu me communiquer plusieurs observations sur le tournis.

Chronique et nouvelles.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Officiers : MM. Faure, médecin principal de 1re classe ; Troy, médecin-major de 1re classe au 10e d'artillerie.

Chevaliers : MM. Bernet, médecin-major de 2e classe au 36e de ligne ; Mottet, médecin-major de 2e classe aux ambulances de la division de Constantine ; Cabrol, médecin-major de 2e classe à l'hôpital du Val-de-Grâce ; Bouffard, médecin-major de 2e classe aux ambulances de la division de Constantine ; Barthélemy, médecin aide-major de 2e classe aux îles Porquerolles ; Arvers, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan ; Saint-Blancat, infirmier-major sergent aux ambulances de la division d'Oran.

— Par décret du prince président de la République du 16 avril 1852 ont été nommés à deux emplois de pharmacien principal de 2e classe :

M. Rozan, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.

M. Renard, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Thionville.

M. Aspol, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Metz.

M. Couture, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Cambrai.

— *Erratum.* — En rendant compte de la dernière séance de l'Académie des sciences, nous avons formulé ainsi les conclusions du travail de M. Girbal sur l'acide arsénieux :

« Le mode de préparation le plus simple et le plus sûr consiste dans une solution d'acide arsénieux bien pulvérisé, dans 60 grammes de véhicule. »

Au lieu de cette formule, lisez la suivante :

« Le mode de préparation le plus simple et le plus sûr consiste » en un mélange d'acide arsénieux bien pulvérisé avec du sucre » de lait également pulvérisé, dans la proportion d'un sur vingt, » à prendre dans 60 grammes de véhicule. »

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 58. — SAMEDI 15 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 58. — SAMEDI 15 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Cas rare de calculs salivaires. — Rhumatisme articulaire. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (M. Baillarger). Rapports de la paralysie générale et de la folie. — De l'emploi de la ligature dans les plaies avec hémorrhagie de la partie inférieure du membre thoracique. — Société de médecine pratique, séance du 5 février. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cas rare de calculs salivaires.

Dans l'article du *Dictionnaire en XXX volumes* consacré aux maladies des glandes salivaires et rédigé par Ollivier (d'Angers), on lit ce qui suit : « Cet obstacle (au cours de la salive) peut consister en un petit calcul développé dans ce conduit, accident rare, et qui a été observé particulièrement dans celui de la glande sous-maxillaire. » Suivent deux citations, l'une de Sabatier, l'autre de Moore, et desquelles il résulte que ces deux chirurgiens firent disparaître une tumeur salivaire en enlevant un petit calcul renfermé dans le canal de Warthon.

C'est à ces quelques mots que se borne à peu près tout ce qu'on trouve dans nos classiques sur les calculs salivaires. M. Vidal ne leur consacre que cinq à six lignes dans son traité, d'ailleurs si complet, de pathologie.

Quelle est la marche de ces calculs ? Quels accidents peuvent-ils déterminer ? A quelle cause les attribuer ? Voilà autant de questions auxquelles les auteurs oublient de répondre. On peut seulement comprendre, d'après le peu qu'ils disent, qu'un calcul salivaire une fois enlevé tout est fini ; le malade n'a plus rien à redouter. Les quelques détails que nous allons donner sur un malade couché au n° 39 de la salle Saint-Côme, dans l'important service de M. Jobert, vont prouver que rien n'est moins fondé qu'une telle opinion.

Ce malade est un homme de trente-trois ans, exerçant la profession de charretier, entré à l'Hôtel-Dieu le 4 avril dernier. Il avait, au moment de son entrée, une tuméfaction extrêmement douloureuse de la région sous-maxillaire qui l'empêchait d'ouvrir la bouche et de prendre toute espèce d'aliments, même liquides. Ces accidents ne dataient que de deux jours avec cette intensité ; mais, depuis plusieurs mois déjà, le malade avait la région de la glande sous-maxillaire gonflée ; il était sujet à des douleurs dans cette région, qui rendaient la mastication difficile, et de temps à autre il éprouvait des phénomènes analogues à ceux qu'il subissait au moment de son entrée, quoique moins intenses.

Au mois de mars 1850, cet homme était déjà entré dans le service de M. Jobert pour des accidents semblables à ceux qu'il présente cette année. L'habile chirurgien lui a enlevé en deux fois, à un mois de distance, deux calculs siégeant dans le conduit de Warthon. Après la seconde de ces opérations, le malade s'était trouvé complétement guéri. Il sortit, et la guérison persista pendant plus d'un an. Dans le courant de l'année dernière, il commença à ressentir des symptômes semblables à ceux qu'il avait déjà éprouvés et qui arrivèrent peu à peu au degré d'intensité que nous avons mentionné plus haut.

L'examen attentif auquel se livra M. Jobert ne tarda pas à lui apprendre que ces symptômes tenaient, comme les premiers, à la présence de calculs dans l'appareil salivaire ; mais il s'assura en même temps que ces calculs, au lieu d'être bornés comme la première fois au conduit de Warthon, envahissaient la glande sous-maxillaire elle-même, dans la profondeur de laquelle il était facile d'en constater plusieurs.

Les accidents inflammatoires étaient intenses ; le malade ne pouvait qu'à grand'peine ingérer un peu de boisson, tant la tuméfaction de la langue et des tissus environnants était considérable ; M. Jobert dut se résondre à enlever la glande sous-maxillaire tout entière, que l'on trouva criblée de petits calculs.

L'opération fut suivie de la diminution presque immédiate des accidents, et aujourd'hui ceux-ci ont à peu près complétement disparu. Il reste cependant encore dans une courte portion du conduit de Warthon qui a été conservée un petit calcul, que M. Jobert se propose d'enlever prochainement, ainsi que la muqueuse qui l'enveloppe.

Ce fait n'est pas seulement un des plus remarquables, sinon le plus remarquable de ceux que renferment les annales de l'art. Il est intéressant surtout parce qu'il prouve que, un premier calcul salivaire étant enlevé tout est bien loin d'être fini pour les malades, du moins dans tous les cas, ce que l'on aurait pu croire d'après le peu d'importance donnée par les auteurs à l'affection qui nous occupe. Ce fait est curieux encore parce qu'il démontre que les calculs salivaires, cette affection si bornée, si locale et si légère à la fois et par conséquent si accidentelle en apparence, n'en est pas moins une affection due à une disposition idiosynchrasique, à une disposition qui tend à reproduire les mêmes désordres locaux quand une fois l'art les a fait disparaître. Il y a donc à chercher dans l'étude des calculs salivaires autre chose que des procédés pour en débarrasser les malades par des moyens chirurgicaux ; il y a à chercher une médication pour en prévenir la formation, de même que dans la gravelle, dans les calculs biliaires, etc.

Enfin, en rapprochant le fait qui précède de deux autres faits que nous avons publiés il y a deux ans (voyez *Gazette des Hôpitaux*, p. 69 et 93, année 1850) et que nous devons l'un à M. Jobert, l'autre à l'obligeance de notre distingué confrère M. Leclerc, de Caen, on verra combien des affections semblables peuvent offrir de diversité dans leur expression symptomatique, et combien il reste à faire encore pour tracer une histoire complète des calculs salivaires, histoire qui n'est même pas encore ébauchée dans nos meilleurs ouvrages classiques.

Rhumatisme articulaire.

Pendant que nous rédigions les quelques réflexions que nous avons présentées dans notre dernière *Revue* sur le cas de rhumatisme articulaire observé dans le service de M. le professeur Requin, nous observions, dans celui de M. Cruveilhier, un fait qui ne nous offre de l'intérêt que parce qu'il prouve une vérité que personne, qu'aucun praticien du moins n'ignore, et qu'il est cependant utile de rappeler de loin en loin, tant on est disposé à l'oublier dès que l'on étudie une méthode thérapeutique. Cette vérité est celle qu'a exposée avec tant de talent M. Grisolle dans la dernière discussion de l'Académie sur les fièvres intermittentes : c'est de ne jamais conclure, en thérapeutique, sans avoir des faits nombreux et rigoureusement constatés.

M. Cruveilhier n'est pas de ceux qui croient à la jugulation du rhumatisme articulaire aigu ; aussi n'a-t-il pas attribué une influence plus grande qu'il ne convient au traitement employé chez le malade suivant, affecté de cette maladie. Mais, il faut l'avouer, quand un fait de cette nature se présente à un partisan déclaré d'une méthode, on conçoit qu'il fasse une impression vive, et qu'il fasse oublier tous les insuccès qui viennent le contre-balancer ; aussi donnons-nous comme un excellent exemple à suivre la réserve gardée par M. Cruveilhier en présence de ce succès.

Soubinous, marchand d'habits, âgé de vingt-sept ans, entre le 4 mai à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 5, atteint de douleurs articulaires dans les épaules, les genoux et les coudes, qui se sont fait sentir pour la première fois le jeudi 29 avril, dans la journée. Dès le lendemain, le malade était obligé de garder le lit ; il ne pouvait remuer le cou, ni les reins. Dans les journées des jeudi 29, vendredi 30 avril et samedi 1er mai, on lui appliqua des ventouses sur la nuque et sur le dos, et on l'électrisa plusieurs fois à l'aide d'un appareil galvanique.

Le malade se sentit notablement soulagé à la suite de l'emploi de ces moyens ; mais, ne pouvant pas se faire soigner plus longtemps chez lui, il entra à l'hôpital le mardi suivant, 4 mai. Dès le lendemain on lui pratiqua une saignée, et le surlendemain on lui appliqua six ventouses scarifiées autour de l'épaule droite, où la douleur persistait avec le plus d'intensité. Il n'y avait point d'ailleurs de mouvement fébrile marqué, et il ne semblait pas qu'il y en eût jamais eu beaucoup.

Le jeudi 6, les douleurs avaient considérablement diminué ; elles avaient disparu d'une manière complète le vendredi, et n'ont pas reparu depuis. Le malade est sorti le 11, n'ayant pas éprouvé traces de récidive.

Voilà donc un cas de rhumatisme peu fébrile, il est vrai, mais très aigu, très intense quant aux douleurs, et qui s'est terminé en huit jours sans avoir été suivi de récidive ; chose importante à noter, car beaucoup de rhumatismes qu'on dit avoir été guéris dans l'espace de trois ou quatre jours ne sont autres que des rhumatismes qui ont duré vingt-cinq, trente et même quarante jours, en présentant seulement quelques intermittences plus ou moins prolongées. Or dans ce fait le traitement n'a pas été assez énergique pour qu'on puisse lui attribuer une action jugulante. Deux applications de ventouses et une saignée en six jours ne sauraient être considérées comme une médication bien énergique chez un jeune homme de vingt-sept ans bien constitué. Il faut donc mettre sur le compte de la nature la majeure partie de l'heureux résultat constaté dans ce cas, et ne point se bercer d'illusions dont le moindre inconvénient est de ralentir l'activité des observateurs, et par suite de nuire aux progrès de la science en général et en particulier de la thérapeutique.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Compendium de chirurgie pratique, ou *Traité complet des maladies chirurgicales* ; par MM. DENONVILLIERS et GOSSELIN. — Tome II. — 10e livraison.

Lorsque la perte à jamais regrettable d'A. Bérard vint porter le deuil parmi ses nombreux élèves et ses lecteurs, M. Denonvilliers, plus directement frappé par la mort de son collaborateur, ne tarda pas cependant à montrer quel prix il attachait à l'achèvement complet du *Compendium de chirurgie*, combien il sentait la grandeur de l'obligation contractée envers le public médical. L'œuvre commencée avait été accueillie avec grande faveur : noblesse obligeait. M. Denonvilliers s'associa M. Gosselin.

Le deuxième volume est achevé en entier. Sans vouloir reproduire ici des détails déjà connus de nos lecteurs, rappelons que ce volume contient l'histoire complète des affections chirurgicales des divers tissus et systèmes organiques.

C'est là, certes, une section bien intéressante du domaine chirurgical ; aussi les auteurs ont-ils pris à tâche de n'y laisser aucune lacune. Tous les lecteurs remarqueront le chapitre consacré aux maladies des bourses séreuses, celui qui a trait aux affections des artères, aux anévrismes en particulier. Ils trouveront une description plus complète que nulle part ailleurs des lésions des muscles et des tendons ; enfin des généralités d'une grande valeur sur les maladies des os et des jointures. Viennent ensuite les maladies des régions et des organes. Nous avons déjà eu occasion de faire remarquer avec quelle netteté était exposé ce qui est relatif aux lésions traumatiques du crâne.

La neuvième livraison se termine par l'étude des fractures et des luxations du rachis. Les fractures de la colonne vertébrale sont assez rares pour que quelques points de leur histoire restent encore encore entourés d'une certaine obscurité, et si l'on s'est appliqué à en décrire les variétés anatomiques et les symptômes, leur mécanisme est loin d'être établi sur des bases bien positives. A l'opinion de Boyer, qui veut que la plupart des fractures du rachis soient dues à des causes directes, il y a à opposer celle de M. Malgaigne, qui admet plus volontiers les causes indirectes et les expériences de M. Bonnet (de Lyon), qui montrent qu'à la suite d'une flexion forcée de la colonne vertébrale des fractures peuvent se produire, mais par un mécanisme différent, en arrière et en avant, en arrière par divulsion ou arrachement, en avant par écrasement.

Pour ce qui est du traitement, les auteurs du *Compendium* n'hésitent pas à réprouver toutes les tentatives de réduction dans les cas de fractures de la région cervicale ; mais dans les autres régions, comme les paraplégies traumatiques sont le plus souvent incurables, et qu'une lésion plus profonde de la moelle ne saurait produire des accidents beaucoup plus graves, les tentatives de réduction paraissent indiquées, en se conformant aux préceptes de MM. Tuson et Malgaigne (*Traité des fractures*, p. 423.)

La disposition des surfaces articulaires dans les diverses vertèbres, le nombre et la force des ligaments impliquent des détails particuliers à chaque espèce de luxation au point de vue de la fréquence et du mécanisme. Le travail est ici tout de critique ; la science est loin d'être fixée au sujet des luxations traumatiques des trois premières vertèbres cervicales. Les faits de luxation occipito-atloïdienne, rapportés par Lassus, Paletta, Stanley, sont loin d'entraîner la conviction, et l'opinion de Boyer, qui nie la possibilité de ces déplacements, reste tout entière. La luxation atloïdo-axoïdienne peut se faire avec ou sans fracture de l'apophyse odontoïde ; et ici encore les faits ne permettent guère de donner une description complète. L'opinion de J.-L. Petit, de Louis, relative à la fréquence de ce déplacement chez des pendus, ne s'appuie sur aucune observation anatomo-pathologique, et est d'ailleurs controuvée par les dissections de Rialdo-Columbo (1546), celles de Mackensie, de Monro, les expériences de M. Orfila (1840) ; tandis que, d'autre part, les faits de Bonet (*Sepulcretum*), de Ch. Bell, d'A. Cooper, de M. Duméril, manquent des détails nécessaires dans une question controversée. Il ne reste, pour établir la description de ces luxations, que le fait très probant de M. Hirigoyen, comme exemple de luxation sans fracture de l'apophyse odontoïde, ni déchirure du ligament transverse, puis celui recueilli par M. Dubreuil dans le service de M. Malgaigne, et consigné dans la thèse de M. Richet (1851), comme exemple de luxation avec fracture de l'odontoïde ; enfin, celui de M. Philips, comme établissant la possibilité de la fracture de l'odontoïde sans luxation immédiate, contrairement aux idées de Louis, de Ribes, de M. Bardinet, dans leurs théories de la mort chez les pendus.

Il serait donc impossible de faire l'histoire complète de ces lésions sans courir le risque, comme les auteurs précédents, d'édifier des théories plus ou moins ingénieuses, que l'on verrait peut-être renversées par les faits que la science pourra avoir à enregistrer plus tard. Quant aux luxations des cinq dernières vertèbres cervicales, les observations en sont assez nombreuses depuis que Dupuytren et Sanson attirèrent l'attention sur ce point de chirurgie. Ces luxations peuvent exister sans fractures, et le déplacement portera sur les deux apophyses articulaires et le corps de la vertèbre, ou sur l'une seulement des apophyses articulaires, d'où la distinction établie par les auteurs modernes en luxations *bilatérales* et *unilatérales*. Les premières se font en avant, ce qui est ordinaire, ou en arrière, comme dans le cas encore unique de St-Stanley (*Gaz. méd.*, 1839). Les secondes portent sur le côté droit ou sur le côté gauche seulement. M. Bréchet a remplacé ces décominations par celles de luxations en avant et en arrière, de luxations articulaires. Nous ne voyons guère l'avantage de cette petite innovation. Enfin, les dégâts

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Rapports de la paralysie générale et de la folie.

A une autre époque, nous avons publié dans ce journal l'histoire de la paralysie générale telle que l'exposait M. Baillarger dans les leçons si intéressantes et si fréquentées qu'il fait chaque année à l'hospice de la Salpêtrière. (Voir la *Gazette de Hôpitaux*, ann. 1846.) A cette époque, M. Baillarger glissait légèrement sur un des points les plus importants de l'histoire de la paralysie générale, les rapports de cette affection avec l'aliénation mentale. Cette lacune, que l'absence de documents suffisants l'empêchait de remplir, M. Baillarger l'a comblée cette année, en présence de plus de deux cents auditeurs, avec un talent d'exposition et une vigueur de logique qui expliquent si bien le beau succès de son enseignement. M. Baillarger a insisté aussi d'une manière toute particulière sur le diagnostic différentiel de la paralysie générale dans la leçon que nous allons publier, en sorte que ceux de nos lecteurs qui n'auraient pas lu les premières leçons, publiées en 1846 dans ce journal, trouveront dans celle-ci, rappelés en résumé, tous les faits importants de l'histoire de cette maladie.

1° *Rapports de la paralysie générale et de la folie.*

Ces rapports, dit M. Baillarger, ont été très diversement envisagés par les auteurs, et l'on compte à cet égard plusieurs opinions que nous allons vous exposer.

L'une, que professent Esquirol et M. Calmeil et qui est la plus généralement adoptée, consiste à regarder la paralysie générale comme une complication de l'aliénation mentale. Si vous lisez l'article sur la *folie* écrit en 1816 par Esquirol dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, vous verrez qu'il ne fait mention de la paralysie comme complication de la folie qu'après le scorbut.

Il n'existe pas le moindre doute non plus sur la manière dont l'envisage M. Calmeil, qui la range, par rapport à l'aliénation mentale, sur la même ligne que les autres paralysies. Vous remarquerez, en effet, que son excellente monographie sur ce sujet n'a pas pour titre : *De la paralysie générale considérée chez les aliénés*, mais tout simplement : *De la paralysie considérée chez les aliénés.* C'est là une remarque peu importante en apparence, mais qui n'est pas sans valeur en réalité.

M. Calmeil établit, en effet, dans son introduction comme première proposition que les paralysies (*en général*) sont très fréquentes chez les aliénés; il énumère ensuite successivement les lésions de la paralysie générale, les hémorrhagies cérébrales, les ramollissements. Il ne voit donc là rien de spécial. C'est une complication ordinaire, mais plus fréquente que les autres.

Une deuxième opinion est celle de M. Bayle. Pour lui, la paralysie générale est une espèce particulière de folie; il la désigne sous le nom d'*aliénation ambitieuse avec paralysie incomplète.* De telle sorte que, si vous cherchez dans cet auteur sa classification de la folie, vous y trouvez la paralysie générale indiquée sous le titre précédent et formant une classe à part après la mélancolie, la démence, l'idiotisme. Pour M. Bayle, la paralysie générale n'est autre chose, je le répète, qu'une espèce particulière de folie. Il y a d'ailleurs entre l'opinion de cet auteur et celle d'Esquirol une différence capitale que vous saisissez sur-le-champ; pour M. Bayle, la maladie dont nous parlons est toujours une affection primitive; pour Esquirol, c'est une complication et par conséquent une affection le plus souvent consécutive.

Une troisième opinion, qui participe des deux premières, est celle de M. Parchappe. Pour ce médecin, il y a deux espèces de paralysie générale : une *chronique*, qui est une sorte de complication ou de terminaison des maladies mentales, et ceci rentre dans l'opinion d'Esquirol; une autre *aiguë*, qui débute avec le délire maniaque ambitieux ou général. Cette seconde forme, qui constitue une espèce distincte, reçoit de lui le nom de *folie aiguë paralytique.* De cette façon, M. Parchappe fait rentrer dans une de ses variétés les faits d'Esquirol et dans l'autre ceux de M. Bayle et de ses partisans.

Une conséquence commune aux deux opinions bien tranchées que nous vous avons exposées, c'est que la maladie principale c'est l'aliénation mentale; les malades sont avant tout aliénés; seulement il y a chez eux, pour me servir d'une expression de M. Parchappe, un élément surajouté, la paralysie générale.

Si vous examinez les statistiques dressées par le gouvernement, les documents officiels, vous verrez que l'on range tous les malades reçus dans les asiles dans trois classes : les aliénés, les idiots, les épileptiques. Des sujets paralytiques, il n'en est pas question; ce sont des aliénés qui offrent une complication. A mes yeux cette classification n'est pas seulement incomplète, elle a en outre d'autres inconvénients, comme j'essaierai de le démontrer. Aussi ai-je fait des paralytiques une quatrième classe parfaitement distincte des trois précédentes. Je vais par une discussion rapide essayer de légitimer devant vous cette distinction, que je crois de plus en plus fondée.

La paralysie générale est-elle une complication de la folie? Le premier point à étudier est celui de l'époque à laquelle survient cette prétendue complication.

Les auteurs ont admis ici trois ordres de faits :

1° Ou la paralysie débute en même temps que paraissent les premiers symptômes de folie;

2° Ou elle débute dans les premiers mois qui suivent l'apparition de la folie;

3° Ou, enfin, ce n'est que plusieurs années après le début de l'aliénation mentale que la paralysie générale vient la compliquer.

Nous devons examiner avant tout quelle est la proportion de ces divers ordres de faits. Nous commencerons par le travail de M. Parchappe, parce qu'il a procédé au moyen de chiffres et que la discussion sera plus facile et plus claire.

M. Parchappe a 36 observations. Or, remarquez bien ceci, sur ces 36 faits il admet que dans 25, c'est-à-dire dans un peu plus des deux tiers des cas, les deux ordres de phénomènes (ceux de l'aliénation mentale et ceux de la paralysie) ont débuté simultanément. J'insiste sur ce point; c'est la base principale de mon argumentation. Chez les malades du dernier tiers (11 sur 36), la paralysie est survenue comme complication après plusieurs mois ou plusieurs années.

M. Calmeil n'a pas donné de chiffres, mais la manière dont il expose les faits est encore plus favorable à notre opinion que celle de M. Parchappe. Dans sa monographie, M. Calmeil a publié 60 faits, et, dans un chapitre formant résumé à la fin de son livre, il examine les rapports qui existent entre les deux ordres de phénomènes en question au point de vue de l'époque de leur apparition. Or, il se trouve que dans ce résumé l'auteur ne renvoie qu'à une seule observation (page 336) où la paralysie puisse être considérée comme une véritable complication : c'est celle d'un homme chez lequel il survint, après treize années de folie, un état convulsif spécial. Le malade fut pris de tremblements très violents, de convulsions qui durèrent jusqu'à la mort; ce n'est évidemment pas là une paralysie générale ordinaire. Mais il y a plus. L'autopsie de cet homme a été faite, et qu'a-t-on trouvé? « L'aspect des membranes, dit M. Calmeil, différait totalement de l'aspect des méninges chez les paralytiques; elles étaient minces, transparentes, non adhérentes. » Ceci, joint à la description des phénomènes observés pendant la vie, suffit presque pour dissiper tous les doutes. M. Calmeil ajoute encore un peu plus loin : « Il peut se faire que les cas analogues ne soient pas rares; cependant j'en ai peu rencontré jusqu'ici.... » Et quelques lignes plus bas : « A Charenton, la paralysie s'est presque toujours manifestée peu de temps après l'aliénation mentale. »

Il y a, en outre, cinq ou six autres faits dans lesquels la paralysie générale aurait éclaté, six mois, un an, et même dix-huit mois après l'aliénation mentale; mais les malades étaient entrés à Charenton avec la monomanie ambitieuse compliquée de démence, et sans nul doute tous ces faits rentreraient aujourd'hui dès le début dans la paralysie générale.

Voici donc un fait sur soixante, et encore n'est-il pas du tout prouvé que l'on ait eu affaire ici à une paralysie générale. J'ai donc raison de dire que le travail de M. Calmeil est au moins aussi favorable à mon opinion que celui de M. Parchappe.

Ce qu'il nous reste à examiner, c'est la question de savoir s'il y a en réalité deux ordres de faits; si l'on peut établir que dans les 2/3 des cas la paralysie débute en même temps que la folie, que dans 1/3 elle ne se développe que postérieurement, plus ou moins longtemps après. Ce dernier tiers existe-t-il?

Je ne balance pas à répondre qu'il n'y a pas deux ordres d'observations; et ici je m'empresse de faire une réserve nécessaire; je ne suis pas absolu, et je fais la part de quelques faits exceptionnels rares.

Quelques-uns de ces faits sont d'ailleurs très faciles à expliquer. Une altération organique locale se développe dans le cerveau d'un aliéné malade depuis plusieurs années, et l'on voit peu à peu éclater les signes d'une paralysie qui se généralise. Rien assurément de plus simple, et ceci ne prouve pas que la paralysie générale soit une complication de la folie. L'observation XLVIII[e] de M. Calmeil est dans ce cas, et plusieurs autres se trouvent dans l'ouvrage de M. Parchappe. Il en serait de même si un aliéné se livrait à des excès de boisson, qui, à la longue, pourraient amener une complication de paralysie.

Je le répète, il n'y a qu'un seul ordre de faits, celui dans lequel les deux sortes de phénomènes, ceux de la folie et ceux de la paralysie, débutent en même temps. C'est ce que je vais essayer de prouver. Vous voyez, d'ailleurs, que je ne combats que pour 1/3 des observations, les deux autres tiers étant conformes à l'opinion que je défends.

Pour savoir, à n'en pas douter, si la paralysie a été précédée de folie, il faudrait que la scène se passât sous les yeux d'un médecin. En est-il ainsi? Est-ce à l'hospice, dans l'asile que cette succession de phénomènes a lieu? Nullement. A ce propos, il y a dans Esquirol un fait très curieux, et dont nous pouvons tirer parti dans notre argumentation.

Un médecin anglais, le docteur Burrow, qui ne rencontrait que peu de paralytiques aliénés dans son pays, avait écrit que le grand nombre de paralysies générales observées à Bicêtre, à la Salpêtrière et à Charenton devait être attribué aux mauvaises localités, aux mauvaises dispositions des asiles, etc.

Je me hâte de dire que maintenant la paralysie générale, très fréquente en Angleterre, y est beaucoup mieux connue qu'à l'époque où écrivait Burrow, et où l'on savait à peine la diagnostiquer. Or voici, au reproche de Burrow, la singulière réponse que fait Esquirol : « La preuve, dit-il, que la paralysie ne tient pas aux dispositions de nos établissements, c'est que tous les paralytiques que j'ai observés à Charenton, à Bicêtre, à la Salpêtrière, étaient atteints de cette maladie avant d'entrer dans nos asiles. »

Cette réponse établit un fait d'une haute importance, et qui a d'autant plus de valeur, qu'il vient d'un homme comme Esquirol. C'est donc sur les renseignements fournis par les parents qu'on s'appuie pour trancher la question; or il est bien facile de prouver que ces renseignements n'ont véritablement ici aucune valeur. M. Calmeil a pris soin en plusieurs endroits de démontrer lui-même combien peu d'attention il faut leur accorder.

Voilà une maladie, la paralysie générale, qui, lorsqu'elle est peu prononcée, échappe à des médecins instruits, souvent même à des aliénistes; et vous vous en rapporteriez aux parents! Je vous fais passer sous les yeux, dans la dernière séance, une femme qui était précisément dans ce cas. Les personnes qui entourent un malade dans cette position sont-elles en état d'apprécier un bégaiement léger qui ne se reproduit que tous les vingt ou trente mots, par exemple? Evidemment, non. Si vous ajoutiez foi aux dires des parents des malades, vous seriez forcés d'admettre que dans plus des

---

concomitants, outre ceux portant sur la continuité des os, peuvent être plus ou moins considérables du côté des ligaments qui seront rompus en totalité ou en partie, d'où la division établie par M. Houel en luxations complètes et incomplètes.

Les auteurs du *Compendium* ont insisté sur la difficulté du diagnostic, sur le mécanisme, qui se résume toujours en un mouvement de flexion ou d'inclinaison latérale accompagné d'une certaine torsion ou rotation d'une partie de la colonne cervicale. Malgré les tentatives de réduction opérées avec succès dans les cas de Rust, de Desault, Newmann, Harrisson, Ellis, Scuch, Mignonneau, le chirurgien n'en devra pas moins se montrer fort circonspect dans ces tentatives, en pensant au danger immédiat qu'il y aurait dans les cas de déplacement avec lésion profonde très probable de la moelle.

Qui ne sait, en effet, que, si les fractures et les luxations du rachis peuvent offrir un pronostic grave, ce n'est pas tant par elles-mêmes que par les lésions de la moelle qu'elles entraînent? Ces blessures de la moelle épinière sont l'objet d'un chapitre intéressant où l'on trouve unis aux idées de la physiologie moderne, dont les applications sont flagrantes ici, les préceptes de saine pathologie dont les auteurs du *Compendium* ne se départissent jamais. Notons, dans ce chapitre, la distinction féconde en applications pratiques établies par M. le professeur Laugier entre la myélite circonscrite et la myélite diffuse (*Thèse*, 1848).

Nous arrivons ainsi à l'article important relatif aux lésions vitales et organiques du crâne. Si l'étude des diverses sortes d'anévrismes de la région crânienne n'offre rien de bien particulier, il n'en est pas de même des varices artérielles qui ne sont nulle part plus fréquentes, et dont le diagnostic sera souvent difficile à établir. L'histoire de cette affection, restée fort incomplète, a dans ces derniers temps fixé l'attention de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine à propos du mémoire de M. Robert. Cette discussion, en même temps qu'elle apportait des faits nouveaux, permettant de mieux formuler le traitement, suscitait à M. Malgaigne l'idée d'une thérapeutique nouvelle. La distinction de ces tumeurs et des tumeurs érectiles est d'autant plus importante que, tandis que celles-ci doivent être attaquées de bonne heure, on ne doit s'occuper des premières qu'autant qu'elles donnent lieu à des accidents sérieux.

Le céphalœmatome est l'une des affections du crâne qui a le plus divisé les pathologistes; et depuis que Baudelocque en a signalé l'existence, il n'a pas fallu moins que les travaux de Michaelis, Nægele, de MM. P. Dubois, Velpeau et Valleix pour jeter quelque jour sur l'anatomie pathologique de cette affection.

Maintenant que l'on est convenu de ne comprendre sous le nom de céphalœmatome que les tumeurs sanguines sous-périostiques qui se rencontrent sur la tête des nouveau-nés, l'existence d'une poche pseudo-membraneuse et la présence d'un bourrelet osseux autour de la tumeur ont été démontrées; et malgré la diversité des explications données dans le but de rendre compte de leur production, rien ne semble plus légitime que de les attribuer à l'inflammation du périoste. Il suffit, en effet, que la membrane fibreuse des os soit décollée dans une certaine étendue pour que l'inflammation s'y développe, et que bientôt l'on voie se déposer des couches osseuses entre elle et l'os sous-jacent.

Après quelques pages sur l'exostose, l'atrophie, la carie et la nécrose des os du crâne, nous rencontrons le chapitre des tumeurs fongueuses de la dure-mère. MM. Denonvilliers et Gosselin, évitant les errements de Louis, des frères Wenz et de Watter sur le siége de ces tumeurs, ont adopté la distinction établie par Sandifort, Siébold, Lassus, Chélius et confirmée par MM. Velpeau, Cruveilhier, etc..... entre les tumeurs venant des os et celles venant des enveloppes du cerveau ou du cerveau lui-même. Il n'en est pas moins certain cependant que cette distinction si légitime en anatomie pathologique reste le plus souvent illusoire en clinique, lorsque surtout l'observation a lieu à une époque un peu avancée de la maladie. Quoi qu'il en soit, les recherches de M. Lebert, en montrant la présence fréquente de l'élément fibro-plastique dans les fongus de la dure-mère, ont fait faire un progrès immense à l'histoire de cette affection. Nous voyions encore récemment ce même observateur montrer à la Société anatomique un exemple de la variété de fongus à coloration verdâtre, déjà décrite par MM. Durand-Fardel et Balfour. L'article *Diagnostic* a été traité avec d'autant plus de soin que les auteurs pensent justement que le chirurgien ne doit agir qu'autant qu'il a des notions précises sur le siége, le volume, l'étendue de la tumeur; et l'heureuse témérité de Klein ne leur paraît pas devoir être imitée.

Parmi les lésions vitales et organiques du rachis, il n'en est aucune qui soit plus fréquente que le groupe d'altérations vertébrales désigné à tort sous le nom de mal de Pott, affection à laquelle se lie si intimement la connaissance des abcès par congestion. Ce n'est qu'après avoir décrit rapidement l'ostéite, la carie, la nécrose et la tuberculisation des vertèbres, que MM. Denonvilliers et Gosselin consacrent un chapitre important à l'étude du mal de Pott proprement dit et des abcès par congestion, résultats des altérations précédentes. Grâce aux intelligents efforts de M. Boinet, le traitement de ces abcès, auxquels les chirurgiens ne touchaient qu'avec timidité, paraît devoir s'établir sur des bases nouvelles. Il semble, en effet, acquis que l'injection iodée dans les abcès par congestion, si elle ne guérit pas toujours, les modifie au moins d'une façon heureuse et ne donne, en tout cas, lieu à aucun accident sérieux.

L'important volume de chirurgie dont nous venons de présenter une esquisse trop rapide peut-être se termine par un chapitre sur les déviations du rachis, question fort incomplètement traitée dans nos grands ouvrages de chirurgie générale, et que les auteurs du *Compendium* ont voulu tenir à la hauteur des progrès que la science doit sous ce rapport aux travaux modernes, à ceux de MM. Bouvier, J. Guérin, Duval en particulier.

E. FOUCHER.

4/5 des cas les sujets étaient aliénés depuis longtemps avant l'apparition des premiers symptômes de la paralysie. N'attachez donc presque aucune attention à des renseignements aussi peu précis. Tout au plus admettrai-je que dans un excessivement petit nombre de cas la paralysie s'est développée dans l'asile même. Mais là encore je vous répéterai : Soyez très sobres dans vos conclusions. Un malade entre à l'hospice dans un état d'agitation maniaque, qui persiste un, deux ou trois mois. L'agitation calmée, on s'aperçoit de la paralysie. Mais si le médecin n'a pas l'attention fixée sur la paralysie dès le moment de l'entrée du sujet, il arrivera souvent qu'en pareille circonstance les symptômes lui en auront échappé. J'ai des faits nombreux de cette espèce, d'après lesquels je me crois presque en droit de suspecter tous les faits de ce dernier tiers, dont je discute la valeur. Dans les uns, les renseignements fournis sur l'état antérieur à l'entrée ne sont pas dignes de confiance. Dans les autres, les phénomènes ont échappé au médecin lui-même.

Pour me mettre constamment en garde contre cette seconde chance d'erreur provenant de l'observation, voici le parti que j'ai pris depuis quatre ou cinq ans. J'ai fait établir deux registres ; l'un pour les paralytiques, l'autre pour les aliénés. Obligé que je suis, au moment de l'entrée d'un sujet, de le faire inscrire sur l'un de ces deux registres, je dois nécessairement l'examiner avec le plus grand soin. Cette méthode, qui m'est particulière, explique comment il se fait que je ne voie la paralysie se développer sous mes yeux que dans des cas exceptionnels.

Dans tous les ouvrages classiques, vous trouverez indiquée cette proposition, que la paralysie complique la folie ancienne, que c'en est une terminaison. Dans un excellent travail publié tout récemment par M. Beau, sous ce titre : *Paralysie générale aiguë* (Archives de médecine), l'auteur a répété la même erreur, parce qu'elle est généralement admise.

Une bien grave objection pourrait d'ailleurs être faite aux auteurs dont je combats les doctrines. Ils admettent que dans les 2/3 des cas les deux affections débutent ensemble. Ne pourrais-je pas leur demander sur quoi ils se fondent pour soutenir plutôt la complication de la folie par la paralysie que la complication de la paralysie par la folie? Essayons de décider la question?

Quels sont les phénomènes qui paraissent les premiers, de ceux de la paralysie, ou de ceux de la folie?

Je me suis livré, pour cette question, à un examen scrupuleux et détaillé des faits. Eh bien, je reste persuadé que, dans l'immense majorité des faits, les symptômes de la paralysie précèdent ceux de la folie. La maladie commence par la perte de la mémoire, la diminution de l'intelligence ; ce n'est pas là de la folie.

J'ai vu hier à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Rostan, un malade chez lequel j'ai constaté une diminution considérable de la mémoire, une difficulté extrême dans l'exercice des facultés intellectuelles ; il n'a pu me dire, par exemple, quel est le mois qui précède le mois d'août. La conception est des plus lentes ; et cependant cet homme n'est pas fou. Il est arrivé presque au troisième degré de la paralysie générale ; il n'a pas de conceptions délirantes ; il n'est pas maniaque, il ne trouble nullement le repos des autres malades ; il a l'intelligence affaiblie, il n'est pas fou. Ce fait et beaucoup d'autres que vous rencontrerez vous prouveront que la paralysie précède la folie, et qu'elle peut exister sans elle.

A l'appui de ma manière de voir, je puise des arguments dans les descriptions mêmes de mes adversaires. Je lis dans M. Bayle que le premier symptôme est ordinairement l'embarras de la parole, vérité que confirme ma propre observation. Si vous explorez les sujets avec plus d'attention qu'on ne le fait généralement, vous verrez avec moi qu'il existe des tremblements dont on n'a pas tenu compte ; que les facultés génitales, desquelles on ne s'occupait point, sont très souvent diminuées ; vous constaterez l'état des pupilles ; vous reconnaîtrez que les malades sont sujets à des congestions cérébrales fréquentes ; que la sensibilité est altérée, etc.

En un mot, l'étude attentive des faits vous convaincra que les phénomènes de paralysie précèdent ceux de la folie, ou tout au moins apparaissent en même temps qu'eux. D'où cette conclusion, que la paralysie ne peut être ni une complication, ni une terminaison de la folie.

Nous avons dit que, suivant une deuxième opinion, la paralysie générale serait un genre spécial d'aliénation mentale, une manie ambitieuse avec paralysie incomplète (Bayle). Ici nous nous trouvons en présence de deux groupes de symptômes : lésions de la motilité, lésions de l'intelligence. Lequel de ces deux groupes est le plus important ; auquel faut-il accorder la prééminence?

Tout d'abord se présente un argument d'une très grande force. La folie n'est pas constante dans la paralysie générale. Esquirol lui-même le reconnaît. Le fait de M. Rostan que nous venons de vous signaler et beaucoup d'autres le démontrent. Mais, en outre, il y a très fréquemment de l'intermittence dans les phénomènes du délire, intermittence qui ne se rencontre pas dans la paralysie générale, laquelle affecte une marche continue. Qu'est-ce qui entraîne la mort? Ce n'est pas le délire, c'est la paralysie. C'est encore à la paralysie, et non à la folie, que vous rattachez les lésions souvent très graves qu'on trouve à l'autopsie.

En résumé, on voit que la paralysie peut exister avec la démence seule et sans aliénation mentale ; que, chez le paralytique, la folie est l'élément le moins important, quand elle existe ; qu'enfin le délire n'est point continu. La conclusion définitive, sur laquelle je ne saurais trop insister, c'est qu'il n'y a pas là une espèce particulière de folie qui se complique de paralysie, mais bien plutôt une espèce particulière de paralysie qui se complique fréquemment d'aliénation mentale.

Un second argument est celui-ci : Si l'on admet que la paralysie générale est une espèce de folie, il faudra bien convenir qu'il existe des différences radicales entre cette folie et les autres. La congestion cérébrale, qu'on trouve au premier rang parmi les causes de la paralysie, ne se rencontre que dans des cas exceptionnels pour la folie.

La folie est à peu près également fréquente dans les deux sexes ; la paralysie générale, au contraire, s'observe incomparablement plus souvent chez les hommes.

La folie est assez souvent complétement intermittente ; la paralysie générale ne l'est jamais. La folie n'entraîne pas la mort, tandis que la paralysie la cause toujours ; les altérations anatomiques, contestées dans la folie simple, sont admises par tout le monde dans la paralysie. Si c'était un genre de folie, il différerait donc complétement des autres.

A toutes ces opinions, il faut donc, à notre avis, en substituer une autre, qui consiste à envisager la paralysie générale comme une maladie spéciale qui se complique souvent de délire, et d'un délire offrant ordinairement un cachet spécial, le délire ambitieux.

Les conséquences de ce changement d'opinion sont importantes. C'est d'abord une classification nouvelle. Ainsi, au lieu de ne faire dans les asiles que trois classes, aliénés, épileptiques, idiots, on sera forcé d'en admettre une quatrième, celle des paralytiques ; en second lieu, on enlève par là, aux partisans de l'anatomie pathologique dans la folie, un de leurs meilleurs arguments.

Il faudra complétement changer les résultats obtenus sur la mortalité chez les aliénés, soit qu'on examine la question d'une manière générale ou dans chaque sexe en particulier.

Ainsi, par exemple, d'après MM. Aubanel et Thore, en 1839 il est mort à Bicêtre, dans le service de M. Ferrus, 148 aliénés, et, sur ces 148 malades, 125 étaient paralytiques. Voyez, dès lors, à quelle conséquence entraîne la séparation des aliénés et des paralytiques! Il en sera de même si on compare la mortalité dans les deux sexes. La fréquence beaucoup plus grande de la paralysie générale chez les hommes explique pourquoi la mortalité est plus forte chez eux, pourquoi aussi les guérisons sont moins nombreuses, etc. Ainsi se trouvent viciés, par la confusion de deux maladies qu'il faudrait distinguer, la plupart des résultats statistiques.

Une conséquence moins importante, mais encore intéressante, c'est celle qui est tirée du point de vue de la physiologie pathologique. Quand le cerveau est frappé comme organe incitateur des mouvements, il ne tarde pas, dans beaucoup de cas, à être atteint comme organe des facultés intellectuelles. A la suite d'une hémiplégie, on tombe souvent en démence. La chorée se termine souvent par la démence chez les adultes, et nous avons encore aujourd'hui dans le service deux cas de chorée avec abolition presque complète de l'intelligence ; l'épilepsie entraîne également la démence avec la plus grande facilité.

Mais on a voulu faire passer la proposition opposée, et dire : Quand le cerveau est primitivement pris comme organe chargé des manifestations intellectuelles, c'est-à-dire quand il y a délire, il finit souvent par être atteint et lésé comme organe incitateur des mouvements.

Cette seconde proposition serait, en effet, très exacte si la paralysie était une complication fréquente, une terminaison de l'aliénation ; mais il n'en est pas ainsi, et en réalité on répète une erreur.

Cette différence entre les conséquences qu'entraînent les lésions des mouvements et celles de l'intelligence n'est pas, je le répète, un fait sans intérêt, car il semble indiquer que ces dernières appartiennent à un ordre différent.

Un dernier fait très singulier et qui ressort de la discussion précédente, c'est que la paralysie générale dite des aliénés est en réalité très rare chez ces malades. Dr A. F.

DE L'EMPLOI DE LA LIGATURE

dans les plaies avec hémorrhagie de la partie inférieure du membre thoracique.

LETTRE ADRESSÉE A M. LE PROFESSEUR NÉLATON

Par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Monsieur et honoré confrère,

La *Gazette des Hôpitaux* du 30 avril contient le compte-rendu d'une de vos cliniques, relative à la thérapeutique des blessures artérielles en général, et à celle du poignet et de la main en particulier. Vous m'avez fait l'honneur de me citer à cette occasion ; mais je crois néanmoins devoir relever quelques inexactitudes qui se sont glissées dans votre leçon, et qui me prêtent des opinions presque diamétralement opposées à celles que je professe depuis bien longtemps.

J'arrive au fait. Dans les plaies de l'avant-bras et de la main qui s'accompagnent d'hémorrhagie, vous conseillez de porter la ligature sur les deux bouts des vaisseaux intéressés dans la plaie même, et quelle que soit l'époque à laquelle l'hémorrhagie s'est produite. Si le moyen n'est pas applicable, vous employez la cautérisation au fer rouge, la compression médiate et immédiate ; enfin, en dernière ressource, la ligature par la méthode d'Anel, que vous considérez comme une opération le plus souvent infidèle.

Il semblerait en outre résulter de votre exposition que, pour ma part, j'ai conseillé une pratique tout autre, et que j'érige en principe qu'il faut, comme règle, lier l'humérale et se rapprocher le plus possible du tronc pour arrêter les hémorrhagies menaçantes qui suivent les blessures des vaisseaux de la partie inférieure du membre thoracique. Ces conclusions sont loin de ma pensée, et il est facile de s'en convaincre en lisant une leçon clinique que j'ai faite à l'hôpital Beaujon il y a déjà cinq ans. Cette leçon est insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 septembre 1847.

Convaincu depuis bien longtemps des mauvais résultats de la méthode d'Anel dans les cas de ce genre, et persuadé que Dupuytren s'était trompé en admettant la friabilité des artères au voisinage des plaies en suppuration, je m'exprimais ainsi dans les deux paragraphes suivants :

« L'observation nous a démontré que ces inconvénients (la friabilité des artères enflammées) ont été exagérés par Dupuytren ; que, si les tuniques artérielles sont couvertes de bourgeons là où elles sont divisées, le travail inflammatoire ne s'étend qu'à une très petite distance, et permet ainsi de lier le vaisseau à 4 ou 5 millimètres du point où il a été lésé. J'ai pu, ajoutais-je, lier les deux bouts des artères radiale et cubitale dans une plaie non récente, à dix, quinze, vingt, vingt-cinq jours de l'accident.

» Une seconde objection fut faite à cette méthode par Dupuytren. On ne peut pas, disait-il, isoler l'artère pour la lier ; car les tissus voisins sont indurés par l'inflammation. C'est encore une erreur ; il existe entre l'artère et sa gaîne un tissu cellulaire filamenteux très fin, qui se déchire avec une grande facilité à toutes les époques, et permet d'isoler le vaisseau et de le lier sans inconvénient. »

Le raisonnement, l'observation et les faits cliniques m'avaient donc conduit à adopter la pratique suivante, que je reconnais aussi dans l'article cité :

1° Lorsque l'on a affaire à une plaie récente ou dans laquelle les bourgeons charnus ne se sont pas encore développés, il faut agrandir la plaie si elle est étroite, la débarrasser des caillots qui l'obstruent, suivre autant que possible l'indice fourni par le jet du sang ou le canal creusé au milieu des caillots, saisir les deux bouts de l'artère divisée et les lier. En agissant ainsi je ne faisais, du reste, que suivre l'exemple de la plupart des chirurgiens ; et malgré la difficulté qui accompagne quelquefois la découverte de l'artère, on doit toujours tenter cette conduite.

2° Le cas est plus complexe quand il s'agit des hémorrhagies consécutives, et ici je veux m'arrêter un instant. La plaie est couverte de bourgeons charnus ; quelquefois elle est presque complétement cicatrisée ; dans ce cas on voit le sang sourdre ou s'échapper avec plus ou moins de force de la surface bourgeonnante ; mais il m'a toujours paru impossible de reconnaître, et surtout de saisir le bout artériel divisé au milieu des bourgeons charnus ; si j'avais pu même y parvenir, j'aurais craint, en portant une ligature en ce point, de ne pas comprendre dans le fil le tube artériel lui-même.

Vous avez été plus heureux que moi ; c'est-à-dire que vous avez pu trouver, saisir et lier avec succès l'artère à la surface des plaies anciennes en pleine suppuration. Je ne conteste en aucune façon la valeur de cette pratique ; mais je persiste à croire qu'on doit très fréquemment rencontrer des difficultés très grandes à agir ainsi.

J'ai donc pour habitude d'agrandir la plaie dans la direction du vaisseau et de lier les deux bouts de celui-ci à très peu de distance du point où il a été lésé.

Mais il se rencontre des cas où la recherche des bouts du vaisseau blessé est rendue presque impossible par l'infiltration sanguine très considérable du membre, par la direction de la plaie ou la grande profondeur de l'artère ; il faudrait au moins multiplier les incisions, sacrifier des muscles ; en un mot, faire dans le membre des dégâts considérables : force est donc de recourir à la méthode dite d'Anel. Dans de telles circonstances, le raisonnement m'a conduit non pas à me rapprocher le plus possible du tronc, comme vous semblez le croire, mais bien à admettre pour la ligature de l'humérale un lieu d'élection.

L'anatomie m'y conduisait naturellement, et voici comment : les anastomoses si larges établies entre les vaisseaux de l'avant-bras et ceux du bras ne laissent presque aucune chance de réussite à la ligature des artères cubitale et radiale au-dessus de la plaie. Reste donc le tronc de l'humérale étendu du pli du coude au bord inférieur du tendon du grand pectoral. Or, plusieurs branches en naissent ; les principales, celles surtout qui contribuent à rétablir le cours du sang dans la partie inférieure du membre, sont : la collatérale interne, qui naît environ à 4 ou 5 centimètres de l'épitrochlée, et l'humérale profonde ou collatérale externe, qui naît le plus souvent vers le quart supérieur de l'artère. Si on porte une ligature sur la brachiale, soit au pli du coude, soit à sa partie moyenne, comme on le fait le plus communément, le rétablissement du cours du sang par les branches que je viens d'indiquer sera tellement prompt que l'hémorrhagie se renouvellera trop souvent et presque à coup sûr.

Le quart supérieur de l'humérale, au contraire, ne donne le plus souvent que des branches insignifiantes. L'axillaire elle-même fournit ses rameaux les plus importants (scapulaire inférieur, thoracique longue, circonflexe postérieure) au-dessus du tendon du grand dorsal. Il existe donc en ce point un espace de près de 5 à 6 centimètres, dans lequel le tronc artériel du membre supérieur ne fournit pas de branches importantes. Ajoutons encore que les artères fournies par la terminaison de l'axillaire ont une direction en général récurrente qui facilite leurs anastomoses autour du moignon de l'épaule avec les branches de la sous-clavière, mais qui rend leurs communications moins nombreuses avec les rameaux vasculaires de l'humérale ; rameaux dont la direction est le plus souvent transversale ou descendante. Le lieu qui répond à la gouttière bicipitale n'est donc pas très riche en vaisseaux sanguins.

La réunion de ces circonstances m'indiquait de lier l'humérale à sa réunion avec l'axillaire, c'est-à-dire au-dessous du tendon du grand pectoral, et me faisait espérer de pouvoir éviter et les accidents propres à la ligature, et surtout le rétablissement trop prompt de la circulation.

Il est bien entendu que je raisonnais aussi sur l'anatomie normale, car devant l'anomalie toute prévision est sujette à s'évanouir.

Mon plan de conduite était donc tout tracé quand vint s'offrir l'occasion de l'appliquer, comme on le verra dans le cas suivant, dont j'ai déjà donné un court récit à la Société de chirurgie, le 29 mai 1848.

Lange, âgé de cinquante-deux ans, commissionnaire à la barrière de l'Etoile, avait fait, en 1832, une chute sur une cuvette qui s'était brisée; un fragment pénétra à la partie antérieure, inférieure et externe de l'avant-bras gauche; l'artère radiale fut ouverte; il en résulta une hémorrhagie pour laquelle Blandin lia les deux bouts de l'artère divisée dans la plaie: la guérison eut lieu sans accident.

Le 15 décembre 1847, notre malade courait sur un trottoir un verre à la main; il tomba, le verre se brisa, et un fragment aigu lui fit une plaie profonde et irrégulière à la partie antérieure, inférieure et interne du même avant-bras gauche: il y eut une hémorrhagie considérable, que le docteur Devaux, des Thernes, arrêta par la compression directe sur la plaie.

Le lendemain 16, Lange entra à Beaujon; l'appareil ne fut point levé.

Hémorrhagie dans la nuit du 17 au 18. A la visite du matin, j'enlevai le pansement et je liai seulement le bout inférieur de la cubitale, qui fournissait du sang. Je ne pus découvrir le bout supérieur.

Le lendemain, hémorrhagie nouvelle par ce bout, qu'alors je pus reconnaître et lier.

Le 23, l'écoulement sanguin ayant reparu, j'explorai de nouveau la plaie: je constatai qu'elle était plus profonde que je ne l'avais pensé d'abord, que sa direction était oblique et qu'elle arrivait jusqu'au ligament interosseux. Un morceau de verre que je rencontrai fut enlevé, et je pus alors reconnaître par le toucher que l'artère interosseuse antérieure, qui avait acquis un volume considérable, fait bien facile à comprendre, battait avec force sous mon doigt. Je reconnus également la présence, sur le trajet de l'artère blessée, d'un anévrisme faux du volume d'une noisette, animé de battements énergiques et de mouvements d'expansion bien marqués.

Le diagnostic devint facile: l'interosseuse, dilatée, avait été divisée au fond d'une plaie profonde en même temps que la cubitale. Mais le système musculaire était très développé; et je reculai devant les dégâts qu'il me faudrait faire pour arriver aussi profondément sur le vaisseau blessé.

Le 24 décembre, au dixième jour de l'accident, je liai donc l'humérale sous le tendon du grand pectoral; l'opération ne présenta pas de difficultés, les suites en furent très simples. La cicatrisation des plaies fut un peu lente, et le malade sortit guéri le 5 mars.

Agréez, etc. ROBERT.

Paris, 11 mai 1852.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 février 1852. — Présidence de M. P. DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. MAGNE fait hommage à la Société de son ouvrage intitulé: *Des lunettes, conserves, lorgnons*, etc., conseils aux personnes qui ont recours à l'art de l'opticien.

M. LE PRÉSIDENT adresse à M. Magne des remercîments au nom de la Société.

— M. CARRON a été témoin dans ces temps derniers d'un empoisonnement assez extraordinaire. Une dame, après avoir mangé une huître, éprouva presque aussitôt un sentiment de strangulation qui fut suivi de vomissements. Quand M. Carron vit la malade, le pouls était petit et fréquent, les yeux injectés, les lèvres gonflées; le corps était couvert d'urticaire et d'une sorte d'érythème érysipélateux. Ces accidents cédèrent à un traitement composé de lavements d'assa-fétida, de tisanes diaphorétiques, de cataplasmes sur le ventre et de sinapismes. M. Carron se demande si les phénomènes dont il a été témoin sont dus à une maladie particulière de l'huître, ou bien s'ils proviennent de ce que cette huître, ayant été attachée à la coque en cuivre d'un navire, a pu déterminer les accidents de la colique de cuivre.

M. FOUCART cite à ce sujet un ouvrier qui fabrique pour les imprimeurs des *filets* de cuivre et qui est sujet à de violentes coliques, qui cessent par l'emploi des purgatifs. Quand cet ouvrier travaille à l'antimoine et au plomb, les accidents ne se produisent pas.

— M. COURSSERANT. Il y a trois ou quatre mois, je donnais des soins à un enfant atteint d'ophthalmie purulente qui avait amené des désordres graves. Je prescrivis 12 grammes de feuilles de belladone en trois paquets. Je recommandai de faire infuser un de ces paquets dans un litre d'eau et de maintenir sur les yeux une compresse imbibée de cette eau. Quelque temps après, le père vint me chercher disant que sa femme était fort malade; bien que j'eusse écrit que la décoction de belladone devait servir à l'usage externe, bien que j'eusse pris la précaution de le répéter de vive voix, la mère avait bu le liquide pour agir sur son enfant qui tetait. Je trouvai une prostration extrême; la malade était étendue sur son lit; le pouls était filiforme, la langue sèche et allongée; il existait du délire et du refroidissement. Comme la belladone avait été ingérée quelques moments après un repas, je ne crus pas devoir recourir aux vomitifs; je prescrivis du café, des frictions alcooliques et fis promener sous les narines un flacon d'ammoniaque. Je défendis de donner le sein à l'enfant; je fis venir un petit chien, qui après deux minutes de succion fut pris de convulsions; aussi la maîtresse s'opposa-t-elle à ce qu'il recommençât. Une pipe suffit pour dégorger les seins. Ignorant l'époque à laquelle je pouvais en toute sûreté rendre le lait à l'enfant, je préférai la timidité à la hardiesse, et ce n'est qu'à la fin du quatrième jour que l'enfant recommença à teter.

M. GUERSANT pense qu'après quarante-huit heures toute crainte devait disparaître.

M. MAGNE, qui emploie souvent la belladone dans les maladies des yeux, considère que les effets de cette substance ne sont guère apparents au bout de vingt-quatre heures.

M. P. DUBOIS. Il est probable que le lait peut se charger d'une substance toxique ingérée; mais la question n'a pas été encore assez étudiée pour être résolue. On se sert assez souvent de cette voie pour faire passer des médicaments à l'enfant. Mais, je le répète, dans les cas dont il s'agit, il serait difficile, des expériences nombreuses n'ayant pas été faites, de décider si le lait eût été nuisible à l'enfant.

J'ai fait ingérer par des nourrices de l'opium: les nourrissons n'en ont point souffert.

Dernièrement une nourrice, ayant un enfant de six mois, fut prise d'accidents cholériques; j'ordonnai un lavement opiacé et deux grains d'extrait gommeux d'opium à prendre par fractions dans la journée; l'enfant teta, et la substance narcotique n'avait pas assez passé dans le lait pour incommoder cet enfant.

Je me rappelle avoir appliqué sur l'orifice d'un utérus en travail, afin de le dilater, gros comme un pois environ d'extrait de belladone; il survint de la stupeur, du narcotisme, de la divagation, des rêves singuliers durant une partie de la journée; l'accouchement eu lieu, et l'enfant sommeilla comme les autres un peu après la naissance et ne se ressentit nullement des phénomènes qui s'étaient manifestés chez la mère.

Néanmoins, dans le doute, je crois que notre confrère à agi sagement.

M. GUERSANT. Il est à noter que le chien a éprouvé des accidents. J'ai eu à soigner un enfant qui dépérissait avec la lactation de la mère; je conseillai une nourrice. La mère alors se fit teter par un petit chien, qui, comme l'enfant, eut de la diarrhée, et mourut en quelques jours. Je pense que, lorsqu'il s'agit de médication, on ne saurait être trop prudent.

M. DUBOIS. Si M. Courssérant a vu lui-même le chien teter, s'il a été témoin des convulsions, le fait aurait de l'importance; si au contraire la constatation a eu lieu par les personnes de l'entourage, c'est autre chose; elles sont prévenues pour la plupart du temps, et ont pu prendre pour des convulsions le tremblement habituel aux petits chiens.

M. MAGNE partage d'autant plus l'avis de M. Dubois, que les convulsions auraient eu lieu presque immédiatement après l'ingestion du lait.

M. COURSSERANT dit n'avoir pas été présent, et n'avoir pas vu les convulsions dont on lui a parlé.

— M. GUERSANT. Depuis que je suis à l'hôpital des Enfants, j'ai eu souvent occasion de traiter des entropions résultant d'ophthalmies réitérées. On a conseillé, en pareil cas, l'excision d'une partie de la paupière. J'ai remarqué que ce procédé redressait momentanément; qu'on n'obtenait pas toujours une réunion par première intention, qu'il y avait quelquefois érysipèle, et qu'enfin le redressement n'était pas aussi satisfaisant qu'il paraissait tout d'abord.

J'ai remplacé l'excision par la cautérisation à l'aide du fer rougi à blanc; j'ai la précaution de chloroformiser les petits malades. Des lotions adoucissantes sont faites sur la partie cautérisée, et les cils se redressent toujours sans qu'il se manifeste d'érysipèle.

M. COURSSERANT. Au point de vue du procédé opératoire, l'entropion guérit bien par l'excision d'un lambeau de peau. Chez les enfants, je ne place pas de suture, et je n'ai jamais constaté l'érysipèle que quand il y avait eu quelques points de suture.

M. MAGNE. N'ayant jamais employé la cautérisation dont parle M. Guersant, je n'ai point d'avis à donner sur ce mode d'opération; mais j'ai souvent pratiqué l'excision pour guérir l'entropion, et jamais cette opération n'a été suivie d'érysipèle. Je ne veux pas dire qu'elle réussisse toujours; mais toutes les fois que le redressement du cartilage tarse n'a pas été complet, c'est que les tissus de la paupière n'avaient pas été suffisamment entamés, tant en surface qu'en profondeur. Très souvent, je le répète, j'ai été appelé à opérer l'entropion; tantôt j'abandonne la plaie à elle-même, tantôt je pose deux ou trois points de suture, et je n'ai, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, constaté l'érysipèle. Je crois que, quand cet accident survient, il est dû à l'emploi des bandelettes agglutinatives.

— M. CARRON. Je reviens sur la question d'éclampsie dont nous nous sommes entretenus dans les dernières séances. J'ai accouché lundi dernier une éclamptique, et hier mercredi seulement l'éclampsie a cédé. Je n'ai pu examiner les urines. Je dois ajouter que la malade avait été droguée et touchée outre mesure par une sage-femme.

Quant à la malade dont je vous ai plusieurs fois parlé, il est survenu des vomissements, de l'insomnie, des douleurs des membres et du ventre qu'elle attribuait aux soubresauts de l'enfant. Une saignée a produit huit jours d'amélioration. Depuis quarante-huit heures il existe des contractions spasmodiques aux lombes et aux cuisses. Le sommeil a disparu; les jambes, et parfois les mains, sont œdématiées. Je n'ai pas encore trouvé d'albumine dans les urines.

M. DUBOIS engage M. Carron à répéter les examens de l'urine et à être tranquille sur le résultat si l'albumine n'a pas paru.

Le secrétaire, AL. MAGNE.

Chronique et nouvelles.

L'empereur du Brésil vient de conférer l'ordre de la Rose à M. le docteur Cunier, en témoignage de satisfaction pour les services qu'il a rendus depuis plusieurs années aux sujets brésiliens venus en Belgique pour y faire ou y terminer leurs études médicales.

— M. le docteur Ricord commencera ses leçons de clinique spéciale, à l'hôpital du Midi, le mardi 18 mai, à huit heures du matin, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— Cours public de clinique sur les aliénations mentales (avec applications à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés), par M. Falret, médecin de la première section des aliénées. Ce cours commencera le jeudi 20 mai, à onze heures, et se continuera tous les dimanches et tous les jeudis à une heure.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur LUBANSKI, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à St-Germain-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

La température a depuis quelque temps une inconstance capricieuse qui la fait passer presque sans transition de la chaleur au froid; ces changements exercent une influence désastreuse sur la santé, et l'on n'a depuis longtemps compté autant d'affections nerveuses, de courbatures et de rhumes aussi persistants que dans ces derniers jours; la même cause détermine aussi des maladies plus graves; ce sont les fluxions de poitrine, les pleurésies, les gastrites, les gastro-entérites, etc.

La plupart de ces maladies inflammatoires étant sous la dépendance plus ou moins immédiate du cœur, beaucoup de médecins ont conseillé comme adjuvant le sirop préparé selon la formule du docteur Broussais, par M. Johnson, pharmacien à Paris. Ce sirop a toujours eu pour effet de tempérer et de calmer l'ardeur des inflammations. C'est surtout lorsque ces affections ont été négligées, et qu'il y a étouffements, asthmes, rhumes, toux chroniques, que ce sirop calme la toux, facilite l'expectoration, dissipe les douleurs nerveuses de la poitrine et la gêne de la respiration.

Nous avons souvent remarqué que, pour les personnes dont le système nerveux est très impressionnable, chez lesquelles le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions, les fatigues et les vicissitudes ont développé un état d'excitation, ce sirop, employé souvent par le professeur Broussais, a guéries en certains cas définitivement; dans d'autres pour un temps assez long; il est même des circonstances dans lesquelles ce médicament a paru atteindre les causes de la maladie. Ses propriétés permettent son emploi, sans que l'on ait jamais à redouter la constipation, la céphalalgie, la somnolence; elles ont été reconnues par un grand nombre d'observations publiées dans la plupart des journaux de médecine.

Les bains de Bagnoles, en Normandie, peu éloignés de Paris et d'autres grandes villes, ouvrent fin de mai. Les vertus curatives de ces eaux minérales chaudes, la beauté du site, l'air pur qu'on y respire et les charmes qu'on y trouve en font l'asile le plus propice aux santés délicates.

La plus ancienne maison *spéciale* d'insertions aux journaux de médecine et l'administration du journal l'*Indicateur médical* sont rue du Caire, 30, à Paris.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 59. — MARDI 18 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 59. — MARDI 18 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33	ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

La GAZETTE DES HÔPITAUX ne paraîtra pas jeudi, jour de l'Ascension.

SOMMAIRE. — PARIS. Quelques mots sur l'hydrothérapie à propos du traité publié par M. le docteur Fleury. — HÔPITAL DES ENFANTS MALADES (M. Trousseau). De l'anasarque scarlatineuse. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Observation sur un cas de grossesse extra-utérine. — Traitement du lombago par les applications de tartre stibié et de térébenthine. — Note sur les kystes du foie formés par la dilatation des conduits biliaires ou des cryptes de ces conduits. — Société de chirurgie, séance du 5 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 17 MAI 1852.

Quelques mots sur l'hydrothérapie

A PROPOS DU TRAITÉ PUBLIÉ PAR M. LE DOCTEUR FLEURY (1).

La méthode hydrothérapique, dont il était difficile *à priori* de ne pas admettre la puissance, dont l'efficacité est aujourd'hui démontrée par des faits aussi nombreux que remarquables, aussi incontestables qu'importants, cette méthode n'a pu marquer encore sa place dans la thérapeutique, et elle est en quelque sorte restée à l'état de suspicion dans l'esprit d'un grand nombre de praticiens. A quelle cause attribuer ce fait singulier, quand on considère surtout la fortune rapide de tant de méthodes d'une valeur bien plus incertaine, celle qui consiste à traiter le rhumatisme par le sulfate de quinine, par exemple? On n'en saurait guère douter, la répulsion qu'a inspirée l'hydrothérapie tient en grande partie à l'ignorance et à l'industrialisme de son inventeur et de plusieurs de ceux qui l'ont appliquée après lui. Les faits publiés par les hydropathes n'avaient ni le caractère scientifique, ni même toujours le caractère incontestable de bonne foi, nécessaires l'un et l'autre pour entraîner la conviction de médecins éclairés et consciencieux. Ces motifs, quelques puissants qu'ils fussent, n'étaient cependant point suffisants, du moins à notre avis, pour expliquer le sort de l'hydrothérapie. Après les publications de MM. Scouttetten et Schedel, après les articles critiques de M. Valleix, les praticiens devaient se trouver autorisés à expérimenter, sinon à adopter d'emblée une méthode dont l'utilité ne pouvait plus paraître douteuse. Un autre obstacle existait donc, et cet obstacle résidait dans l'impossibilité où était chaque médecin d'expérimenter la méthode lui-même, dans la nécessité où il se trouvait de livrer ses malades à des mains qui ne lui présentaient pas toujours, à beaucoup près, des garanties suffisantes de savoir et de bonne foi.

C'est de cette triste situation que M. Fleury a voulu faire sortir une méthode puissante, en mettant sous les yeux des médecins un exposé complet des divers procédés de cette méthode, une relation scientifique des cas nombreux et divers auxquels elle a été appliquée; enfin une discussion approfondie de ses indications et de ses contre-indications.

Nous ne partageons pas toutes les idées que M. Fleury a émises dans son livre; mais nous nous trouvons en quelque sorte heureux des quelques dissidences qui nous séparent de lui; car ces dissidences nous permettent de déclarer avec une entière liberté que jamais livre n'a atteint d'une manière plus complète que le *Traité d'hydrothérapie* le but auquel il est destiné. Sans cesser un instant d'être sérieux et profondément scientifique, ce livre a le mérite, si rare dans notre science, d'être d'une lecture constamment attachante, qu'on ne suspend qu'à regret. Il n'y a pas jusqu'aux nombreuses observations répandues dans l'ouvrage qu'on ne lise avec plaisir, comme on lit un intéressant épisode dans un long et important récit.

Notre prétention n'est pas de donner ici une analyse de ce livre; car nous sommes de ceux qui pensent que les livres bien remplis ne s'analysent pas, ou ne s'analysent que par un compte-rendu presque aussi long que le livre lui-même.

Il nous serait possible, sans doute, de dire :

1° Que l'ouvrage de M. Fleury est consacré à l'étude de l'eau froide employée à l'extérieur et à l'intérieur, et du calorique, considéré comme agent sudorifique;

(1) TRAITÉ PRATIQUE ET RAISONNÉ D'HYDROTHÉRAPIE; par M. L. Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 568 pages, avec 4 planches lithographiées. — Paris, chez Labé.

2° Qu'il est divisé en deux parties : l'une historique et critique, l'autre dogmatique et pratique.

Nous pourrions dire encore que la première de ces parties est consacrée, d'une part, à l'histoire des applications de l'eau froide faites avant Priessnitz (*hydrothérapie empirique*); d'autre part, à l'exposition du système de ce célèbre et singulier inventeur; que la seconde traite de l'*hydrothérapie rationnelle et scientifique*, et fait connaître les recherches personnelles de l'auteur.

Enfin, lorsque nous aurions ajouté que, dans la première de ces parties, M. Fleury fait preuve d'un talent d'exposition, d'un sens critique des plus remarquables; que dans la seconde se trouvent des témoignages aussi nombreux qu'importants d'une observation exacte et d'une expérimentation aussi rigoureuse qu'ingénieuse, nous n'aurions encore donné qu'une idée très imparfaite du *Traité d'hydrothérapie;* car nous n'aurions fait que retracer un plan, or les plans n'ont réellement de mérite que par la manière dont ils sont exécutés, et l'exécution gît tout entière dans les détails. C'est donc à ces détails que nous renvoyons nos lecteurs, et nous sommes certain d'avance qu'ils nous en sauront gré.

Nous nous bornerons ici à apprécier en quelques mots l'esprit général qui a présidé à la composition de l'ouvrage, et nous rentrerons ainsi dans notre rôle de critique, qu'il ne nous est pas permis d'oublier même vis-à-vis d'un excellent collaborateur, d'un bienveillant ami, à qui nous serons heureux de témoigner en toute autre occasion nos sentiments d'affection et de reconnaissance, mais envers lequel nous devons conserver toute notre impartialité.

Deux idées, ou plutôt deux méthodes ont présidé à la composition de l'ouvrage de M. Fleury : l'une sûre et féconde, mais longue et pénible, c'est celle que nous appellerons la *méthode clinique;* l'autre plus rapide, plus facile, plus séduisante, quelquefois utile, mais souvent trompeuse, c'est la méthode qu'on ne désigne pas encore, mais qu'on désignerait, si l'on était logique, par le nom de *méthode physiologique.* Entrons dans quelques détails à ce sujet, mais hâtons-nous d'ajouter auparavant que ces deux méthodes tiennent fort heureusement une place inégale dans l'ouvrage de M. Fleury, et que si la physiologie et l'*expérimentation* ont quelquefois inspiré l'auteur, la clinique et l'*expérience* seules lui ont presque constamment servi de guide.

Depuis assez longtemps, mais surtout depuis la publication d'un certain traité de thérapeutique qui n'est pas sans mérite, mais qui est bien loin de justifier son succès, beaucoup de médecins, de l'Ecole de Paris spécialement, s'imaginent qu'il est d'une grande importance de connaître les effets dits physiologiques d'un agent thérapeutique pour en faire l'application, pour en apprécier en quelque sorte d'avance les effets curatifs. M. Fleury n'a pas su se soustraire assez à cette idée régnante et en général très fausse.

D'abord les effets ou phénomènes dits physiologiques ne sont rien moins que physiologiques, car il n'y a de tels que ceux qui font partie du jeu régulier des fonctions; qu'on appelle physiologiques les fourmillements, les soubresauts, les démangeaisons de la peau, les tintements, les éblouissements, l'excitation nerveuse qui suivent l'administration de la strychnine, c'est simplement un abus de mots; car ces phénomènes ne sont que le premier degré de l'empoisonnement, et il serait tout aussi raisonnable d'appeler physiologiques les premiers symptômes qui suivent la contagion syphilitique ou toute autre série de phénomènes morbides.

Mais conclure de la nature de ces phénomènes déterminés par un agent thérapeutique sur un individu sain à la nature des effets thérapeutiques dans telle ou telle maladie, ce serait s'exposer à de cruelles désillusions, et quelquefois à des tentatives hasardeuses. M. Fleury, heureusement, n'est pas tombé dans ce dernier écart. Il a expérimenté l'action de l'eau froide sur des individus sains; il a décrit avec soin les résultats, fort intéressants d'ailleurs, de ses expériences; il a montré, par ces résultats, que les éruptions qui se manifestent sur la peau à la suite des douches n'étaient en aucune façon des éruptions *critiques*, mais bien des effets *constants* des applications d'eau faites d'une certaine façon; il a montré ainsi que l'argument à l'aide duquel tous les hydropathes, depuis Priessnitz, avaient cru démontrer l'action éliminatrice de l'hydrothérapie était un argument complétement faux; il s'est servi de ces effets dits physiologiques pour classer en deux grandes médications, comprenant plusieurs subdivisions chacune (1), les divers modes d'action de l'eau employée de diverses façons, ce qui est une base contestable de classification thérapeutique; mais fort heureusement il a eu soin d'attendre l'observation clinique avant de conclure des prétendus effets physiologiques aux effets curatifs. Nous devons même ajouter, pour être complétement juste, que la classification physiologique offrait moins d'inconvénients en hydrothérapie qu'en thérapeutique proprement dite, parce qu'en effet l'action curative de l'eau est beaucoup plus analogue, en général, que celle des agents médicamenteux, à l'action dite physiologique.

Mais c'est assez insister sur une partie du livre qui est d'une importance secondaire. Peu importe sous quelle médication se trouve rangé le traitement hydrothérapique de telle ou telle maladie, pourvu que l'étude clinique de ce traitement ait été faite d'une manière approfondie, rigoureuse, scientifique enfin. Or, c'est surtout par le côté clinique que le *Traité d'hydrothérapie* se recommande à toute l'attention des praticiens. Ceux-ci ne s'inquiéteront que médiocrement de savoir si c'est par une action révulsive, excitante ou tonique que les douches guérissent la fièvre intermittente et détruisent même complétement l'intoxication miasmatique, mais ils liront avec le plus vif intérêt les observations décisives, rigoureusement recueillies, à l'aide desquelles M. Fleury démontre cette action, aussi précieuse qu'inattendue de l'hydrothérapie. Il n'importe que médiocrement aux praticiens de connaître si c'est par une action tonique révulsive ou constitutive, ou antipériodique, que l'on guérit les paralysies, les névralgies, les déplacements et les engorgements de l'utérus, l'asthme, ces vomissements incoercibles dont nous avons rapporté un si étonnant exemple dans ce journal; ce qui leur importe, c'est de savoir si les faits à l'aide desquels l'auteur croit pouvoir démontrer ces beaux succès du traitement hydrothérapique sont des faits suffisamment bien observés, suffisamment concluants pour convaincre des médecins instruits et expérimentés. Sous ce rapport, les observations consignées dans le *Traité d'hydrothérapie* ne laissent rien à désirer; et ceux de nos lecteurs qui ont lu naguère l'observation de vomissements à laquelle nous venons de faire allusion peuvent juger de la valeur de toutes les autres. Nous regrettons que les limites dans lesquelles nous sommes obligé de nous restreindre ne nous permettent pas d'en reproduire textuellement quelques-unes.

M. Fleury, obéissant à un sentiment de réserve qu'on ne saurait trop louer, et malgré la classification qu'il a adoptée, se garde de conclure par analogie, et il s'abstient de parler longuement du traitement hydrothérapique dans les maladies où il ne l'a pas appliqué lui-même. Aussi, pour des raisons que tout le monde conçoit, son livre ne traite guère que des maladies chroniques; mais en revanche celles-ci y figurent à peu près au complet. Cependant le traitement de quelques maladies aiguës par l'hydrothérapie a été abordé et discuté avec toute la prudence que commande la gravité du sujet, avec une prudence qui doit servir de modèle à tous les novateurs en thérapeutique. M. Fleury a été moins sévère en discutant le traitement de la fièvre typhoïde par les affusions froides, auxquelles il a évidemment fait beaucoup trop d'honneur, d'après des observations très défectueuses de Currie et de M. Jacques. M. Fleury a eu tort de s'être écarté cette seule fois de la règle qu'il s'était imposée de ne tenir compte que des faits observés par lui-même, en hydrothérapie, bien entendu. Mais

(1) Voici cette division :

PREMIÈRE CATÉGORIE (action réfrigérante de l'eau froide). — Médication antiphlogistique, médication hémostatique, médication sédative et hyposthénisante.

DEUXIÈME CATÉGORIE (action excitante de l'eau froide). — Médication reconstitutive et tonique, médication excitatrice, médication révulsive, médication résolutive, médication sudorifique, altérante, dépurative, médication antipériodique, médication prophylactique ou hygiénique.

Enfin, en combinant deux ou plusieurs de ces médications, l'auteur arrive à constituer des médications complexes.

c'est là une légère tache dans un ouvrage où l'observation clinique tient une si large place.

M. Fleury a bien soin de dire en terminant qu'il n'a point prétendu faire une œuvre complète, et en effet son traité, quelque bien rempli qu'il soit, soulève plus de questions encore qu'il n'en résout. Mais les lecteurs qui le liront ne s'en plaindront pas; car, outre le plaisir qu'ils trouveront à cette lecture, ils y puiseront des inspirations et des enseignements aussi satisfaisants pour la science et pour la conscience du médecin qu'utiles pour l'humanité.

Les praticiens sauront gré à M. Fleury d'avoir fait sortir des ténèbres du doute, et d'avoir fait rentrer dans le domaine de la science une méthode thérapeutique qui en est restée éloignée beaucoup trop longtemps.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Trousseau.

De l'anasarque scarlatineuse.

L'anasarque est, comme on sait, une hydropisie générale; c'est une affection qui se présente sous des formes bien diverses, mais qui toujours cependant offre un grand intérêt. Un de nos petits malades présentant un exemple de l'anasarque qui succède à la scarlatine, nous saisissons avec empressement cette occasion d'en faire une histoire abrégée.

Notre jeune malade a eu, il y a quinze jours, une scarlatine d'une durée et d'une bénignité ordinaires. Il était à peu près guéri de son affection éruptive lorsqu'il a été pris d'une anasarque générale. Il est entré dans nos salles il y a cinq jours, avec la face bouffie, les membres œdématiés, et présentant un épanchement considérable dans l'abdomen; sans fièvre d'ailleurs, mais avec des urines sanglantes et albumineuses, et même, nous insistons sur ce point, très albumineuses. Voici donc une des formes de l'albuminurie; mais celle-ci peut être, pour ainsi dire, appelée aiguë; tandis que dans la même salle nous trouvons, chez un jeune enfant qui a subi la paracentèse pour un épanchement purulent de la poitrine, un exemple d'albuminurie chronique; et celle-ci est ordinairement mortelle; la première, au contraire, connue sous le nom de maladie de Bright, est le plus souvent curable.

L'anasarque scarlatineuse est peu grave par elle-même; mais les complications qu'elle présente quelquefois peuvent amener la mort; et dans certains cas, très rapidement. Il y a une vingtaine d'années, pendant que nous dirigions un service à l'Hôtel-Dieu, nous avons observé un jeune garçon qui, après une scarlatine peu grave, fut pris d'une anasarque survenue très rapidement. Le corps de ce malade était très bouffi. La soudaineté de cette anasarque nous parut être une mauvaise condition, et cependant l'intelligence restait intacte. Les urines ne furent pas examinées, et le malade mourut après avoir présenté à son déclin des convulsions épileptiformes d'abord assez éloignées, mais se rapprochant plus tard, de telle sorte que le coma de la première attaque persistait encore lorsque la seconde arrivait. Outre un œdème général, nous trouvâmes, à l'autopsie, un épanchement ventriculaire qui avait été la cause probable de la mort. Depuis cette époque, on a constaté bien souvent que l'éclampsie est une des complications ordinaires de l'anasarque scarlatineuse. De plus, la longue expérience de M. le professeur Paul Dubois lui a appris que les femmes enceintes qui présentent de l'anasarque avec albuminurie sont prises de convulsions soit au moment du travail, soit pendant la grossesse; il est même arrivé à formuler cette règle, qui est d'ailleurs conforme à l'opinion d'un grand nombre d'accoucheurs, que, toutes les fois qu'une femme enceinte présente des urines albumineuses, il y a chance de mort pour elle par éclampsie, soit vers le septième mois, soit au moment de l'accouchement.

Puisque l'anasarque générale avec urines albumineuses invite aux convulsions, il y a lieu de penser qu'il existe entre ces deux phénomènes une certaine relation. Ce fait doit être regardé comme si important, que, lorsque chez un enfant qui a eu une scarlatine même bénigne, il survient de l'œdème, on doit être très réservé pour le pronostic; et on sait combien les familles ajoutent de prix au pronostic, dans quelque sens d'ailleurs qu'on le porte.

La connaissance de la relation qui existe entre l'anasarque et les convulsions a surtout ce résultat immédiat, que, lorsque ces dernières apparaissent, le médecin peut et doit, s'il est appelé tout de suite, prévenir cette médecine que nous appellerons tumultueuse, et dont le but est, comme on sait, de chercher à rappeler la vie qui semble prête à s'éteindre chez un enfant qui est pris de convulsions. Les sangsues, la glace, le calomel sont successivement ou concurremment administrés, et la médication employée tue, alors que la maladie eût sans doute quelquefois suffi pour le faire, mais, dans quelques cas aussi, eût pu laisser la vie sauve. Il faut donc se tenir en garde contre cet accident, afin que, si on ne peut pas faire de bien, on évite au moins d'aggraver la maladie.

Mais l'anasarque scarlatineuse, même sans complication d'éclampsie, n'est pas toujours bénigne, car à cette anasarque avec albuminurie aiguë peut succéder l'albuminurie chronique, inévitablement mortelle. Quand l'anasarque scarlatineuse a duré plus de trois semaines à un mois, il n'y a plus de convulsions à craindre; mais la maladie de Bright est la terminaison ordinaire.

L'anasarque scarlatineuse frappe tout le corps et se comporte comme la maladie de Bright, ce qui prouve que dans cette affection il y a plus que la simple infection du sang; il y a quelque chose de plus actif qui nous échappe. Dans quelques cas, l'anasarque devient interne, et alors les cavités séreuses sécrètent en plus grande abondance le liquide qui les lubréfie, et on trouve des épanchements dans la plèvre, le péricarde et jusque dans le péritoine. On observe dans quelques cas une dilatation énorme des pupilles avec épanchement des cavités ventriculaires; enfin, il n'est pas rare de rencontrer ce qu'on a appelé l'œdème de la glotte, et qui n'est autre chose que l'hydropisie des ligaments arythéno-épiglottiques.

Nous fûmes mandé en 1833 par M. le docteur Henry pour voir un enfant qui, vingt jours auparavant, avait eu la scarlatine, et qui depuis la veille seulement prenait de l'œdème. Il était survenu chez lui subitement une gêne excessive de la respiration, avec tuméfaction énorme dans la gorge; les ligaments arythéno-épiglottiques étaient œdématiés. Il y avait là ce qu'on appelle l'œdème de la glotte. Cet enfant, après avoir suffoqué pendant quelque temps, fut gêné pour respirer pendant dix-huit à vingt-quatre heures; puis les accidents disparurent, et une guérison rapide se confirma.

La fréquence de l'inflammation de la gorge dans la scarlatine donne la raison de l'œdème de la glotte qui l'accompagne si souvent. L'appel fluxionnaire, déterminé dans ces circonstances, produit là un engorgement œdémateux différent de celui de l'adulte qui est plus étendu, et se caractérise par une phlegmasie de la muqueuse, des ligaments arythéno-épiglottiques, et du tissu cellulaire sous-muqueux. C'est là une véritable inflammation; au contraire, l'œdème qu'on observe dans certaines circonstances au prépuce ou aux paupières est lié bien plutôt à la struture lâche des tissus qui les constituent, qu'à l'inflammation, cause qui produit une fluxion avec prédominance de l'élément séreux.

Nous n'emploierons pour notre petit malade rien autre chose qu'un régime expectant et adoucissant: le laitage, l'orgeat, le calomel, pour déterminer une légère fluxion intestinale, enfin de légères proportions de digitale, et nous avons tout lieu d'espérer une guérison assez rapide.

Il se présente ici une autre question que nous devons examiner. De toutes les maladies éruptives, la scarlatine est-elle la seule qui soit accompagnée d'anasarque? On l'a dit, et nous l'avons dit nous-même à une autre époque; mais nous sommes loin aujourd'hui de résoudre la question affirmativement; et pour ne citer qu'un fait, nous rappellerons que nous avons observé cinq fois l'anasarque consécutive à la rougeole dans l'année dernière seule. Mais cette anasarque a-t-elle les caractères et la gravité de celle qui succède à la scarlatine? Il est important de se souvenir que non. Chez aucun des cinq malades dont nous parlions tout à l'heure, nous n'avons constaté d'albuminurie; aucun n'a été pris de convulsions; chez aucun, enfin, la forme chronique n'a succédé à la forme aiguë. L'anasarque, à la suite de rougeole, est aussi sans pissement de sang, et doit d'après tous ces faits négatifs être regardée comme sans danger.

Lors donc qu'on observe un œdème chez un enfant qui a eu une maladie éruptive que l'on n'a pas caractérisée, la première pensée doit être pour une scarlatine; mais, s'il n'y a pas albuminurie, une sage réserve est ordonnée au médecin, il devra même pencher un peu pour autre chose que la scarlatine.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Observation sur un cas de grossesse extra-utérine. — Fœtus obtenu vivant au moyen d'une incision pratiquée au vagin. — Rétablissement de la mère après la délivrance sans aucun symptôme alarmant.

Par M. le docteur John King, de la Caroline du sud.

Traduit du journal américain intitulé: *The médical repository of original essays and intelligence relative to physic, surgery, chemistry, etc., etc.*, par M. P.-J. Cabaret, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Les expériences de physiologistes célèbres ont établi sur les principes les plus incontestables la théorie de la conception. Il est avéré aujourd'hui que la fécondation est le résultat de l'application du principe fécondant de la semence du mâle sur l'œuf de la femelle dans l'union sexuelle. Cette proposition néanmoins a été combattue dans d'anciens recueils d'observations, et l'on a prétendu que l'absorption prolifique a eu lieu à la suite d'un coït imparfait et d'effusions séminales dans un bain tiède.

Les aveux de quelques individus nous ont appris qu'un vagin resserré a empêché absolument la copulation voluptueuse et que cependant la fécondation a été opérée.

Nous n'avons pas le projet de nous étendre physiologiquement sur ce sujet, mais seulement de confirmer les expériences exactes et les investigations des docteurs Hunter, Monro, Haigbton et autres.

L'orgasme vénérien excitant le système utérin tout entier, la matrice s'entr'ouvre, aspire le sperme et le dirige jusqu'à l'ovaire au moyen des trompes dont l'extrémité frangée embrasse étroitement cet organe. Le contact du sperme détermine la rupture d'une des vésicules, et le fluide qui en sort, ou la vésicule elle-même, passe dans l'utérus pour y subir le cours plastique de la gestation.

Quelquefois, cependant, la régularité des fonctions des organes génitaux de la femme est troublée. Les morceaux frangés peuvent perdre leur contractilité, les trompes de Fallope leur élasticité; l'obstruction par l'inflammation, par du mucus concret, etc., peut empêcher le passage de la vésicule à travers la trompe. De quelque manière d'ailleurs que cela puisse arriver, il est certain que l'œuf est accidentellement déposé dans l'abdomen par sa chute de l'ovaire et qu'il n'est pas saisi par l'extrémité frangée de la trompe. Alors l'œuf s'attache aux côtés de la face externe de l'utérus, aux intestins, au mésentère, même aux débris de l'ovaire lui-même, et la grossesse ventrale s'établit. Quelquefois aussi la vésicule ne s'avance pas au delà de la trompe elle-même, et la gestation s'y achève. Le terme de l'accroissement de son produit arrivé, des douleurs de distension lui succèdent, et un véritable travail s'établit. Enfin, les efforts réitérés de la nature excitent l'inflammation, la suppuration et la mortification. Le fœtus périt toujours, et la mère maigrit, tombe dans le marasme (1).

Omni miseriâ cumulata mater.

Après la narration d'aussi déplorables circonstances, il ne peut rester aucun doute, ce me semble, dans l'esprit du lecteur sur l'existence de la grossesse extra-utérine, si surtout il vent consulter les auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Je n'ai pas l'intention de décrire ici tous les accidents, les douleurs, l'angoisse morale et corporelle qui menacent la malheureuse mère d'un fœtus engendré hors de la matrice, car on peut facilement les concevoir. J'arrive à l'historique du fait soumis à mon observation: La femme était depuis quatre jours en travail. Les douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement naturel, et la malade, fatiguée à l'excès par de vains efforts, demanda du secours. A mon arrivée, je touchai par le vagin, et je constatai que l'orifice de la matrice ne pouvait être senti nulle part.

Ma pratique ne m'ayant offert jusqu'à ce jour aucun cas de cette espèce, je réfléchis sérieusement au choix de la méthode la plus convenable pour délivrer cette infortunée et sauver en même temps la vie de la mère et de l'enfant. L'opération à laquelle je me décidai fut simple, et consista à inciser le vagin dans une grande étendue.

La tête du fœtus, qui proéminait au côté droit de l'utérus, avait changé la situation normale de cet organe. Introduisant un petit bistouri dont la pointe fut recouverte de mon doigt autant que possible, je pénétrai à travers le vagin en enfonçant l'instrument en bas et en arrière, et dans une étendue, en longueur, de 5 à 6 pouces, de manière à assurer le facile dégagement de la tête de l'enfant. Aussitôt que la section du vagin fut achevée, les eaux, dont les membranes avaient été ouvertes pendant l'opération, s'écoulèrent en abondance. Plongeant alors la main dans le vagin, je trouvai l'enfant très haut placé, immobile et sans aucune disposition à descendre dans le bassin.

N'ayant, en pareil cas, aucun secours à espérer du concours de la matrice, et tous les efforts de la mère dépendant exclusivement de la contraction des muscles abdominaux, j'invitai les assistants à exercer une pression douce et continuelle sur le ventre.

La mère, excitée par l'espérance d'une délivrance prochaine, redoubla énergiquement ses efforts; et, mettant en usage le levier, je m'aperçus que la tête avançait lentement vers le bassin. Toutefois, après deux ou trois heures de tentatives non interrompues, l'extraction de l'enfant fut terminée par l'application du forceps.

Ici, la contraction des muscles abdominaux ne concourut d'aucune manière à l'expulsion du fœtus. Je prévoyais son inefficacité, et il faut attribuer uniquement sa progression à la coopération externe des assistants et à l'application du levier sur la tête de l'enfant.

J'aurais eu recours à la version, si les manœuvres pratiquées n'avaient pas réussi.

L'enfant, qui était d'un volume ordinaire et bien conformé, sembla mort en naissant; mais, n'en étant pas bien certain, j'insufflai de l'air dans les poumons, et j'eus la satisfaction, après quelque temps, de le voir respirer avec facilité.

L'hémorrhagie, résultat de la large incision du vagin, loin d'être abondante et d'inspirer de l'inquiétude, fut, au contraire, utile pour modérer l'inflammation adhésive. Le placenta avait de très petites dimensions, et le cordon ombilical était si grêle qu'il s'était rompu pendant la sortie de l'enfant; il ne s'ensuivit pas d'hémorrhagie.

Le lendemain de l'accouchement, je pratiquai une forte saignée du bras, et je prescrivis une mixture anodine. La malade, qui souffrait peu, fut couchée en pente sur le dos, avec la tête très basse.

Il me fut impossible de visiter de nouveau cette femme avant la fin du troisième jour. Son état était moins bon; il existait une vive douleur au-dessus du pubis. En touchant par le vagin, je découvris que l'intestin s'avançait vers la plaie, quoique celle-ci fût déjà très rétrécie.

On la coucha sur le côté gauche, avec les hanches très élevées, pour favoriser la rétraction et empêcher les intestins d'agir, par leur poids, sur la plaie. Cette position pénible favorisa nos vues et répondit à nos espérances. Je fis appliquer un vésicatoire au dessus du pubis et administrer une mixture saline et anodine, répétée trois ou quatre fois par jour.

Cette prescription avait pour but de déterminer de la constipation pendant dix jours, jusqu'à ce que le danger d'une hernie par le vagin fût dissipé.

Au bout de deux semaines, cette femme, sans prendre mon avis, quitta le lit et commença à marcher un peu. Alors les intestins ne pouvaient plus descendre au delà de la plaie. Deux semaines plus tard il devint impossible de découvrir l'endroit du vagin où l'incision avait été faite. L'utérus reprit sa place naturelle; j'acquis même la certitude que le corps de l'organe avait diminué de volume durant cette grossesse extra-utérine.

Le succès que j'ai obtenu est une preuve certaine, à mon avis, que tout enfant, en semblable circonstance, peut courir de grandes chances d'être extrait vivant, et que, toutes choses égales d'ailleurs, l'opération n'amène pas de fâcheux accidents chez la mère.

J'avais lu, dans différents ouvrages consacrés à l'obstétrique, les relations nombreuses de grossesses extra-utérines terminées d'une manière funeste; mais j'ignorais qu'un en-

(1) Lallemand, dans un cas, attribue l'accident à une frayeur, au moment de la conception, qui arriva au mois d'octobre. La malade mourut au mois de mars. On trouva un fœtus dans l'abdomen, et le chorion adhérait à tout le bassin. (*Nouveau Journal de Médecine*, tome II, page 320.)

fant eût été sauvé dans de pareilles conditions; c'est pourquoi j'ai cru qu'il était convenable de communiquer ce fait au monde médical. Si sa connaissance peut être profitable à mes confrères ou servir la cause de l'humanité, j'aurai recueilli, pour la publication de ce faible travail, la plus douce des récompenses.

TRAITEMENT DU LOMBAGO

par les applications de tartre stibié et de térébenthine.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser trois observations de lombago ou de sciatique guéris en quelques instants par l'application d'un liniment dont voici la formule :

Essence de térébenthine. . . . 30 grammes.
Tartre stibié. . . . . . . 4 —

Pour un liniment s. l. à étendre sur la région malade en quatre frictions à une heure d'intervalle.

Comme le lombago et les sciatiques graves résistent très souvent aux moyens thérapeutiques ordinaires, j'ai cru rendre un service à mes confrères et à l'humanité par la publication d'un remède qui réussit parfaitement à les guérir.

Obs. I. — Jean Fournier, patron de bateaux, habitant la commune de Douelle, se plaignait depuis longtemps d'une douleur sourde et incommode vers la région inférieure du dos, qui augmentait ordinairement d'intensité au passage d'une saison à l'autre, sans l'obliger pourtant à suspendre ses travaux habituels. Cependant, le 18 janvier dernier ses souffrances s'exaspèrent dans la nuit d'une manière si violente qu'il faisait retentir le quartier de ses cris et qu'il m'envoya aussitôt un émissaire pour me prier de me rendre immédiatement auprès de lui; bien que la nuit fût froide et très mauvaise, j'obéis à son invitation, et je trouvai ce malheureux en proie aux douleurs les plus atroces. Le lombago chronique dont il était atteint depuis longtemps était passé à l'état aigu, et les souffrances s'étaient exaspérées avec une incroyable vivacité; comme le village ne possède pas de pharmacien et que les plus voisins sont à une distance considérable, je fus obligé d'avoir provisoirement recours aux moyens usuels que j'avais sous la main en attendant que mon liniment fût arrivé. Aussitôt qu'il fut en ma possession, je me hâtai d'envelopper ma main d'une vessie mouillée, ramollie, et d'étendre ainsi le topique sur toute la région que la douleur avait envahie; au bout de cinq minutes, la peau commença de rougir et la douleur de se calmer; le malade ne pouvait trop se féliciter d'un succès si rapide et si inespéré; et, bien qu'il éprouvât aux lombes une vive sensation de chaleur, il m'engageait lui-même à continuer l'embrocation, assurant que ses souffrances diminuaient de plus en plus sous l'influence de cette médication. Au bout d'un quart d'heure, il s'écria content et radieux qu'il était complétement guéri, et en effet à compter de ce moment il n'en ressent plus la moindre atteinte.

Obs. II. — Le sieur Bessaix, tonnelier et cultivateur, âgé d'environ cinquante ans, fut pris subitement, dans la nuit, d'une vive douleur à la région supérieure et latérale de la cuisse, vers le milieu du mois de janvier dernier; il m'envoya aussitôt son gendre pour me prier de venir immédiatement à son secours : avant deux heures j'étais auprès de lui.

Ce malade, qui est d'un caractère calme et résigné, ne pouvait néanmoins s'empêcher de jeter de hauts cris, en disant qu'on lui déchirait la cuisse. Il éprouvait dans la région sciatique une douleur si vive et si poignante, qu'on le voyait mordre ses draps comme un enragé, se roidir, se cramponner au dossier du lit et invoquer la mort comme son seul remède. Cette affreuse position fut un peu améliorée par une forte saignée locale suivie d'un bain de vapeur; mais quelques heures plus tard la douleur se réveilla dans toute son intensité, et mon liniment, employé comme dans le cas précédent, en fit immédiatement justice.

Obs. III. — Le nommé Pons, charpentier, âgé de quarante-cinq ans, éprouva subitement, le 15 mars dernier, une forte douleur dans la région sciatique en portant une pièce de bois sur l'épaule. Cette douleur prit en quelques instants un caractère si violent qu'il fut forcé de poser son fardeau et se traîna péniblement chez lui à l'aide du bras d'un autre ouvrier, bien que sa demeure ne fût qu'à une centaine de pas. Son mal, supportable à son début, devint en quelques instants intolérable. Pons m'envoya chercher aussitôt, et je me rendis à son domicile. A mon arrivée, le malade suait abondamment, et je crus devoir me borner à favoriser d'abord la crise sudorale, qui parut un moment le soulager; mais bientôt les douleurs s'exaspérèrent de nouveau, et l'infortuné Pons fut en proie aux souffrances les plus horribles. Après avoir mis en usage sans aucun succès les moyens qui étaient à ma disposition, je me hâtai de prescrire mon liniment; mais pendant que le porteur de mon ordonnance se rendait chez le pharmacien, les douleurs devinrent si horribles, que le frère de cet individu vint m'éveiller pendant la nuit pour me dire qu'on n'osait se servir de ce médicament, à cause de la violence du mal, et qu'on me priait de revoir le malade avant d'en essayer l'application. La position de cet individu était en effet si mauvaise, que j'hésitai moi-même à tenter ce moyen; mais comme tous les médicaments en usage dans ces maladies avaient préalablement échoué et que le malade demandait un peu de soulagement à tout prix, je me déterminai à le soumettre immédiatement à son action, et le succès le plus heureux couronna bientôt ma tentative.

Je n'ai encore que ces trois observations à invoquer en faveur de ce liniment, qui m'a si parfaitement réussi dans ces trois graves occasions; mais son succès a été si rapide et si complet, qu'elles suffisent pour me convaincre de son efficacité. Je ne saurais dire, néanmoins, si les propriétés de mon liniment sont dues à son action énergiquement rubéfiante ou à une sorte de spécialité qui modifie la susceptibilité des tissus; mais, quelle que puisse être sa manière d'agir, une guérison sûre et rapide en est évidemment le résultat.

Agréez, etc. DELFRAYSSÉ, D.-M.-P.

NOTE SUR DES KYSTES SÉREUX DU FOIE

formés par la dilatation des conduits biliaires ou des cryptes de ces conduits,

Par M. le docteur DAVAINE.

M. Charcot ayant eu l'obligeance de me remettre une portion d'un foie qui offrait çà et là des kystes d'une nature indéterminée, voici le résultat de l'examen que j'en ai fait.

Ce foie, dont la substance paraissait normale, présentait, à sa surface et dans son intérieur, un grand nombre de kystes variant du volume d'un grain de chenevis à celui d'une noisette. Un petit nombre de ces kystes était isolé; la plupart étaient réunis en séries moniliformes ou en grappes, comme on peut le voir sur les dessins qui sont sous les yeux de la Société. Les kystes de la surface, enchâssés dans la substance du foie, ne faisaient point de saillie, à l'exception de ceux qui occupaient le bord tranchant de cet organe.

En isolant ces kystes par la dissection, on pouvait constater qu'ils s'étaient développés exclusivement sur le trajet des vaisseaux biliaires contenus dans la capsule de Glisson. Les ramifications de l'artère hépatique, de la veine porte et des conduits biliaires se perdaient plus ou moins dans le trajet de ces séries de kystes qui étaient croisées par les veines sus-hépatiques.

Ces kystes arrondis ou polygonaux, suivant qu'ils étaient libres ou pressés les uns contre les autres, adhéraient le plus souvent entre eux et ne pouvaient être séparés que par le scalpel. A l'intérieur, ils offraient une membrane blanche, lisse et polie comme une membrane séreuse; leur cavité était, dans la plupart, parfaitement close. Mais quelques-uns communiquaient entre eux; de sorte que, en insufflant l'une de ces poches, on en faisait gonfler plusieurs autres.

L'un de ces kystes, du volume d'une noisette, ouvert avec précaution, communiquait manifestement par un petit pertuis avec un conduit capillaire, dans lequel j'ai pu introduire une soie de sanglier. Ce conduit aboutissait, après un trajet de 8 à 10 millimètres, à un conduit biliaire. L'insufflation par ce conduit et l'introduction d'une soie de sanglier ne laissaient aucun doute à cet égard; la disposition du pertuis et du conduit capillaire qui rampait sous la membrane interne du kyste, comme l'uretère par rapport à la vessie, rendait parfaitement compte de la rétention du liquide qui remplissait cette poche.

Enfin, on remarquait encore au voisinage de ces kystes un certain nombre de ramuscules des conduits biliaires épaissis et variqueux, ce que l'on constatait facilement par l'introduction d'une soie de sanglier dans leur intérieur.

Les kystes isolés étaient fusiformes à l'extérieur, ou bien ils donnaient naissance à deux ou trois cordons imperméables ayant l'apparence des branches d'un vaisseau qui offrirait une dilatation très circonscrite.

Tous ces kystes contenaient une sérosité incolore rendue plus ou moins trouble par une matière qui, examinée au microscope, paraissait formée d'un détritus amorphe avec des noyaux et des cellules épithéliales encore reconnaissables.

Il me paraît résulter de l'examen auquel je me suis livré que ces kystes se sont développés aux dépens des conduits biliaires, soit par la dilatation de ces conduits eux-mêmes, soit par celle de leurs cryptes. En effet, je me suis assuré que la communication de l'un des kystes avait lieu avec l'un des conduits de la bile et non avec un vaisseau; car les canaux biliaires, à l'intérieur, offrent deux séries linéaires et opposées de pertuis qui correspondent aux orifices d'autant de vaisseaux capillaires ou de cryptes dont j'ai constaté l'existence dans les parois de ces conduits, et qui offrent un moyen facile et sûr de ne pas confondre les canaux biliaires avec les rameaux de la veine porte.

D'un autre côté, la communication de quelques-uns de ces kystes entre eux, leur disposition dans la capsule de Glisson, l'épaississement et l'état variqueux de quelques ramifications capillaires des conduits biliaires, le contenu de ces poches m'autorisent à penser que ces kystes se sont développés soit par des oblitérations avec dilatation partielle des conduits biliaires, soit par la dilatation des cryptes qui existent dans ces conduits, et dont, je le répète, j'ai constaté l'existence dans ceux même d'un très petit calibre.

(*Compte-rendu de la Soc. de biologie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mai 1852. — Présidence de M. LARREY.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Une lettre des successeurs de M. sir Henry accompagnée d'un davier et d'une paire de ciseaux à articulation mobile.

Dans cette lettre, ils rappellent que les instruments qu'ils présentent ont été fabriqués depuis vingt ans par sir Henry et que leur mode d'articulation est le même que celui de M. Charrière.

Amputations de l'avant-bras.

M. LARREY présente deux ex-artilleurs amputés l'un et l'autre d'un avant-bras et porteurs d'une main artificielle.

C'est dans l'exercice à feu qu'ils ont eu ces deux membres mutilés par un boulet. L'un de ces hommes, amputé de l'avant-bras droit, a eu en plus une fracture de l'humérus du même côté et une contusion violente de la face; l'autre, amputé de l'avant-bras gauche, a perdu l'œil droit avec fracture comminutive de l'orbite. L'amputation, faite immédiatement à chacun d'eux, n'a rien offert de notable, sauf les complications dues aux autres lésions; et, malgré leur gravité, la guérison s'est heureusement effectuée.

Deux circonstances sont à noter ici : la première, c'est la mutilation elle-même produite par le projectile, accident assez fréquent chez les artilleurs et survenant d'ordinaire dans le temps de la manœuvre du canon, qui expose le boulet à partir en emportant l'extrémité des membres qui tiennent l'écouvillon. De là peut-être, comme le présume du moins M. Larrey, la nécessité, si faire se pouvait, de modifier la partie mécanique de cette manœuvre.

La seconde circonstance à apprécier, c'est le moyen prothétique à l'aide duquel une main artificielle peut être substituée à la main naturelle. Celles des deux artilleurs, fabriquées par M. Charrière, sont basées sur ce principe que la pression continue des doigts sur un objet placé entre eux est d'un grand avantage pour l'y maintenir assez solidement. La main, faite en bois, articulée aux phalanges, renferme dans son intérieur des ressorts qui en permettent l'écartement ou le rapprochement à volonté, en même temps que l'on peut imprimer à la main tout entière certains mouvements de rotation susceptibles de devenir fixes. Il est facile, enfin, de substituer à la main elle-même un ustensile quelconque, soit une fourchette, soit un crochet, comme celui dont se servent très adroitement quelques invalides.

M. Larrey ajoute à cette occasion qu'il a vu un matelot américain qui, ayant eu les deux avant-bras emportés par un boulet, parvint à se servir assez bien de deux bras artificiels fabriqués par M. Van Peetarssen, et composés de diverses parties articulées que faisaient mouvoir des cordes à boyau retenues par un corset.

Mais, malgré ces faits et d'autres que l'on pourrait citer ici, l'art mécanique est encore loin de la perfection dans la prothèse des membres supérieurs.

Grossesse extra-utérine.

M. HUGUIER communique l'observation de grossesse anormale qui a déjà été signalée à la Société.

Le 15 avril 1852, la nommée Rose B..., âgée de trente ans, entra à l'hôpital Beaujon et fut placée dans son service, salle Sainte-Clotilde, n° 387.

Cette malade a été réglée à treize ans sans aucune difficulté, et depuis elle n'a jamais eu les moindres dérangements dans ses époques; vers l'âge de quinze ans, elle a commencé à avoir des rapports sexuels, mais elle n'a jamais eu d'enfants.

Il y a environ sept mois, les règles furent suspendues, les seins se tuméfièrent et en même temps devinrent douloureux; continuellement la malade avait envie de dormir; elle remarqua en même temps qu'elle était constipée, qu'elle éprouvait des envies fréquentes d'uriner et que le ventre prenait un développement assez notable. Il y avait un mois que ces divers symptômes se manifestaient lorsque Rose B... consulta un médecin; un purgatif fut administré, et depuis elle ne suivit aucun traitement.

Comme les règles ne reparaissaient pas et que le volume du ventre augmentait toujours, soupçonnant d'ailleurs qu'elle pouvait être enceinte, elle voulut en avoir la certitude, et consulta un médecin de Montmartre, qui, trompé par le siége de la tumeur et les réponses de la malade, pensa qu'il s'agissait d'une affection du foie ou d'un kyste de l'ovaire.

On comprendra d'autant plus facilement cette erreur que dans ce moment il y avait du gonflement et de la sensibilité dans la région épigastrique. Comme il existait cependant toujours des doutes dans son esprit sur la nature réelle de l'affection, il manda un confrère, qui, après un nouvel examen, partagea également son avis; ils conseillèrent en dernier lieu à la malade d'entrer à l'hôpital.

Rose B., entra trois jours après à l'hôpital munie d'une lettre de M. le docteur Passering. La lettre était ainsi conçue :

« Mon cher confrère,

» Je vous prie de recevoir cette malade, qui porte une affection dont je n'ai pu préciser le diagnostic et qui a pour siége l'utérus. Vous trouverez un corps mobile qu'on ne peut pas définir, car il n'est pas l'effet de la conception; les deux signes les plus certains, qui sont la pulsation du fœtus et le ballottement, manquent. »

Le jour même de l'entrée de la malade, M. Huguier procéda à un examen très minutieux. Après avoir examiné l'abdomen, il demanda à la malade si déjà elle avait eu des enfants. Sa réponse fut non-seulement négative, mais elle affirma qu'elle était vierge.

En examinant le ventre, on trouve que la peau n'est nullement altérée; l'abdomen est distendu par une tumeur dont le plus grand diamètre est transversal. Cette tumeur est séparée du pubis par une dépression profonde qui permet à la main d'atteindre l'angle sacro-vertébral; la tumeur dépasse de 14 centimètres l'ombilic et s'étend à 10 centimètres au-dessous, de telle sorte que son diamètre vertical est de 24 centimètres; quant à son diamètre transversal, il est de 27 centimètres.

Sa direction est oblique de bas en haut et de gauche à droite; elle est inégale, anguleuse. En bas et à gauche de la masse principale, on sent une petite tumeur du volume d'une orange; elle est plus résistante et plus lisse que la précédente, dont elle est séparée par une dépression.

Cette tumeur est mobile sous la pression et fait quelquefois devant le doigt explorateur. On se demande alors si c'est le corps même de l'utérus accolé à un kyste qui renferme un enfant, si ce n'est pas la tête de celui-ci ou bien si c'est une tumeur renfermée dans les annexes de l'utérus. La tumeur principale donne la sensation du ballottement, c'est-à-dire qu'on sent au milieu de la fluctuation qu'elle présente un corps dur qui se déplace sous la pression.

En explorant les organes génitaux, on trouve l'orifice vulvaire très dilaté, ayant un aspect violacé et bleuâtre. M. Huguier insista sur l'importance de cette coloration comme moyen de diagnostic; en effet, elle a presque toujours été pour lui un indice de grossesse soit intra, soit extra-utérine; tandis que les tumeurs qui se développent dans l'utérus ou dans ses annexes, quelle que soit leur nature, ne sont jamais accompagnées de cette teinte des organes génitaux.

Le toucher vaginal pratiqué par M. Huguier lui fit découvrir successivement de bas en haut et d'arrière en avant :

1° A travers la paroi postérieure du vagin, une masse molle assez souple sur laquelle le doigt explorateur laisse des empreintes; cette masse est formée par des matières fécales contenues dans le rectum;

2° Une partie dure, ferme, inégale et anguleuse, comme serait un membre. M. Huguier est porté à croire que cette partie résistante est un pied; on la sent dans le cul-de-sac vagino-utérin postérieur à droite du col; elle est séparée du doigt explorateur par une très petite épaisseur de tissus.

3° Le col de l'utérus est placé en avant et à gauche de la partie anguleuse. Il est arrondi et d'une consistance moins ferme qu'à l'état physiologique; les portions sus et sous-vaginales semblent avoir moins d'étendue, son orifice est beaucoup moins large qu'il

ne l'est habituellement au septième mois de la grossesse. La membrane muqueuse qui le recouvre est plus souple qu'à l'état normal. L'application du spéculum permet de voir qu'elle est bleuâtre comme l'entrée de la vulve.

Le toucher par le rectum fait reconnaître également la petite partie anguleuse qui a été indiquée précédemment; mais on ne peut rien préciser de plus que par le toucher vaginal.

M. Huguier, en plaçant la main sur l'abdomen, ayant cru sentir les mouvements actifs du fœtus, se mit à rechercher les bruits du cœur; il les trouva à 5 centimètres au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic, et à 17 centimètres de l'épine iliaque, en suivant la direction d'une ligne oblique en haut et en dedans.

Le lendemain, 18 avril, la position des bruits du cœur était changée; on les entendait plus bas, vers la fosse iliaque, à 6 centimètres de l'arcade crurale. On chercha en vain le souffle placentaire, on ne le rencontra dans aucun point. Ce fut après cet examen, répété à plusieurs reprises, que M. Huguier n'eut plus aucun doute sur l'existence d'une grossesse.

La malade avait d'abord soutenu qu'il était impossible qu'elle fût enceinte. Cependant, pressée de questions, elle avoua que depuis huit ans elle n'avait eu aucuns rapports sexuels, mais que le 28 septembre 1851, un homme ivre avait pénétré chez elle et l'avait forcée de céder à ses désirs. Des renseignements pris auprès du maire et de l'adjoint de la commune sont venus confirmer le dire de la malade. C'est depuis ce moment que les règles ont cessé de paraître, que le ventre et les seins se sont développés.

M. Huguier prie MM. Danyau, Robert, Lenoir, Maisonneuve et Marjolin de venir examiner la malade. MM. Depaul et Laborie la virent également, et plusieurs pensèrent qu'il y avait une grossesse qui pouvait être extra-utérine.

Le 2 mai, M. Larrey, étant venu pour examiner Rose B..., ne put rencontrer, non plus que M. Huguier ce jour-là, les bruits du cœur dans aucun point.

Le lendemain, M. Giraldès l'examine à son tour, et ce jour-là les bruits du cœur sont des plus manifestes à la partie antérieure et au centre de la tumeur.

M. Huguier croit que d'après ces faits il est difficile de ne pas admettre l'existence d'une grossesse extra-utérine. Il fonde son diagnostic :

1° Sur l'élévation de la tumeur, qui, bien que la malade ne fût enceinte que de six mois et demi lors de son entrée à l'hôpital, remontait jusqu'à l'épigastre, à 14 centimètres au-dessus de l'ombilic;

2° Sur la dépression sus-pubienne et transversale de l'hypogastre, dépression qui permet d'arriver jusqu'à l'angle sacro-vertébral sans obstacle, sans sentir le corps de l'utérus rempli par le produit de la conception;

3° Sur l'extrême facilité avec laquelle on sent la fluctuation du liquide amniotique, les mouvements actifs de l'enfant, et le ballottement à travers les parois abdominales sans recourir au toucher vaginal;

4° Sur l'irrégularité et la situation de la tumeur;

5° Sur l'absence du souffle placentaire, qui manque dans la grossesse utérine;

6° Sur le peu de volume de saillie et d'ouverture du col utérin;

7° Sur sa situation, qui est en avant et à gauche;

8° Et c'est là le signe le plus important, sur la tumeur dure et inégale que forment les membres de l'enfant dans le cul-de-sac postérieur du vagin au-dessous et en arrière du col de l'utérus;

9° Enfin les conditions dans lesquelles la conception a eu lieu viennent encore à l'appui de l'opinion d'une grossesse extra-utérine.

Si aucun de ces signes pris isolément n'a de valeur absolue, il faut convenir que leur ensemble est d'un grand poids.

M. Huguier termine en disant que M. Paul Dubois a aussi examiné la malade, et qu'il a des doutes sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Il aurait bien désiré pour éclaircir ce cas difficile qu'on fît le cathétérisme utérin; mais lorsque M. Huguier lui a proposé de le faire, il aurait préféré attendre. Ce qui a surtout fait naître des doutes dans l'esprit de M. Dubois, ce serait l'impossibilité de sentir l'utérus.

M. Danyau convient qu'après de mûres réflexions et une exploration nouvelle, il ne saurait être aussi explicite qu'après son premier examen. L'impossibilité de retrouver le corps de l'utérus jette nécessairement quelque obscurité sur le cas dont M. Huguier vient d'entretenir la Société. Plus il y a songé, et plus cette circonstance lui a paru propre à faire naître des doutes. Il est assurément des cas où on ne peut sentir le corps de l'utérus; c'est lorsque l'enfant, comme dans le cas qui nous a été communiqué naguère par M. Després, est placé en avant de l'organe et le refoule en arrière. Chez la femme de l'hôpital Beaujon il n'en est point ainsi. L'enfant est fortement incliné à droite; le col de l'utérus se sent nettement à gauche et en avant. Quant au corps, il ne peut être senti nulle part.

M. Danyau n'attache pas à la facilité du ballottement abdominal, à l'évidence de la fluctuation, autant de valeur diagnostique que M. Huguier. Combien de fois ces signes n'existent-ils pas avec le dernier degré d'évidence dans des grossesses parfaitement normales!

Il n'a pas été non plus frappé de la situation très superficielle des parties fœtales, et il est quelques grossesses utérines où, en raison de l'amincissement des parois de la matrice, on peut bien plus facilement encore saisir et reconnaître quelques-unes des parties de l'enfant.

Mes doutes, ajoute M. Danyau, ont été corroborés par les observations de M. Paul Dubois, qui a examiné ce matin même la malade, et qui vient de me communiquer ses réflexions.

L'impossibilité de retrouver le corps de l'utérus le frappe aussi par-dessus tout. A cette considération il en ajoute quelques autres. Si la partie qu'on sent dans le cul-de-sac rétro-utérin était un membre de l'enfant, pourquoi, dit-il, ce membre, pied ou main, serait-il toujours immobile? Pourquoi, sous l'action du doigt qui le touche à travers une très petite épaisseur de parties, ne fuirait-il pas ou ne chercherait-il pas à fuir, comme on l'observe à la suite d'un contact, même très léger, à travers les membranes?

Il serait bien difficile d'ailleurs, suivant M. P. Dubois, d'assigner une forme déterminée à la partie qu'on sent au fond du vagin dans le cul-de-sac postérieur, et plus difficile encore de reconnaître le siége ou une portion du siége de l'enfant dans celle qu'on touche par le rectum.

En admettant toutefois que les parties placées ainsi en arrière sont bien des parties fœtales, cette situation anormale derrière le col ne pourrait-elle pas s'expliquer par une anomalie dans le développement du segment inférieur de l'utérus? La portion de ce segment située en avant du col est ordinairement de beaucoup la plus développée. C'est sur elle que la tête, si c'est elle qui se présente, vient s'appuyer; c'est d'elle qu'elle s'enveloppe et se coiffe en quelque sorte en descendant dans l'excavation du bassin. Exceptionnellement, très exceptionnellement sans doute, c'est le contraire qu'on observe. Cette exception n'existerait-elle pas ici? Alors tout ne serait-il pas explicable sans admettre une grossesse extra-utérine?

Mais, dit encore M. Dubois en revenant à sa première idée, à savoir, que les parties inégales senties en arrière n'appartiennent point à un fœtus, si cette masse irrégulière logée dans le cul-de-sac péritonéal postérieur n'est autre chose qu'une tumeur, la présence d'une masse volumineuse en ce lieu ne suffirait-elle pas pour rendre raison des apparences insolites constatées chez la femme dont la situation préoccupe à si juste titre M. Huguier?

Tous ces motifs, reprend ensuite M. Danyau, ne suffisent ni aux yeux de M. Dubois, ni aux siens, pour rejeter l'existence d'une grossesse extra-utérine; il a voulu établir seulement que la démonstration n'était pas complète. Or, dans le doute, le meilleur parti est d'attendre. Ce serait encore, suivant lui, la meilleure conduite à suivre, la grossesse extra-utérine fût-elle bien certaine.

Au début du travail, s'il ne survient d'ici là rien qui force à agir, il sera temps de se décider, et les chances, parce qu'on aura attendu, ne seront pas changées. Elles ne sont pas d'ailleurs toujours aussi fâcheuses qu'on pourrait croire. Ainsi, J. King (*Rust's Magazin*, Bd. III, 414) a sauvé la mère et l'enfant par l'élytrotomie pratiquée quatre jours après le début du travail. L'enfant seul fut sauvé par une opération semblable pratiquée par le docteur Caignou (*Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XXI, p. 286), qui eût peut-être obtenu un double succès si, cédant aux objections des consultants, il n'eût pas attendu trop longtemps. Enfin, Zwank (*Neue Zeits.*, f. geb. VII, 483) n'a pas été moins heureux à Hambourg par la gastrotomie faite après plusieurs jours de travail, que King ne l'avait été, en Amérique, par l'élytrotomie. Ces succès doivent encourager M. Huguier.

En résumé, M. Danyau se prononce pour l'expectation absolue. Il n'est pas même d'avis de pratiquer le cathétérisme utérin, auquel M. Huguier veut recourir dans 15 ou 20 jours. Si quelque recherche de ce genre devait être faite à cette époque, peut-être vaudrait-il mieux, et ici il ne fait que reproduire l'avis de M. P. Dubois, introduire un morceau d'éponge préparée qui exercerait un commencement de dilatation, et fournirait ainsi le moyen d'établir un diagnostic plus précis, et dont on ne renouvellerait pas l'usage si la grossesse était reconnue utérine.

M. Roux, n'ayant pas examiné la malade, dit qu'il ne peut avoir aucune opinion sur le cas dont il s'agit; mais ce que M. Danyau vient de dire, que, quelquefois, contrairement à la règle, la partie postérieure de l'utérus peut prendre un développement extraordinaire, le fait souvenir d'un fait bien curieux pour lequel il fut consulté il y a quelques années.

Il s'agissait d'une dame qui portait une tumeur assez volumineuse derrière le col de l'utérus. Cette dame redoutait une grossesse; elle avouait bien s'être exposée à être enceinte, mais on pouvait avoir des doutes sur la nature de la tumeur située derrière le col. MM. P. Dubois et Moreau, qui virent séparément cette personne, avouèrent qu'il était impossible de déclarer si c'était une grossesse; ils s'arrêtèrent à l'idée d'une tumeur anormale située en arrière.

La personne était, du reste, malade depuis quelque temps. M. Roux apprit par la suite qu'il y avait eu une fausse couche.

M. Robert dit qu'après ce qu'il vient d'entendre il n'émet qu'avec la plus grande réserve son opinion sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Il a été surtout étonné de la forme de la tumeur, qui est comme une calebasse, ce qui se voit dans les grossesses extra-utérines et non dans les grossesses normales; il y a en outre un amincissement très prononcé des parois utérines. Un signe qu'il fait valoir en faveur de la grossesse extra-utérine, c'est le peu de développement du col pour une grossesse arrivée au septième mois.

Quant à la teinte violacée des parties génitales, il ne croit pas qu'il faille attacher autant d'importance à ce signe que Parent-Duchatelet avait indiqué. Il l'a toujours trouvé au delà de quatre mois; mais deux fois il a vu cette coloration exister sans grossesse. Enfin, la difficulté, ou mieux l'impossibilité de pouvoir retrouver l'utérus doit être regardée comme un signe d'une grande valeur.

Arrivant ensuite aux indications, M. Robert se demande si l'expectation n'est pas dangereuse pour la mère. Il craint l'emploi de l'éponge préparée pour dilater le col; ce moyen, suivant lui, paraît être une des causes de la métro-péritonite quand on s'en sert pour opérer des tumeurs fibreuses.

Il redoute également le cathéter métallique, et lui préférerait une bougie souple en gomme élastique, comme étant le moyen d'investigation le moins dangereux.

Si maintenant, ajoute M. Robert, on laisse la grossesse marcher, la poche sera bien plus volumineuse, et il y aura bien plus de danger pour la mère.

Il termine en disant que, sans affirmer, il incline cependant pour l'idée d'une grossesse extra-utérine; il croit qu'on peut expliquer l'immobilité des membres inférieurs par une sorte d'emprisonnement.

M. Huguier convient également qu'on ne rencontre pas chez cette femme la forme habituelle de l'utérus; mais il y a un tel ensemble de signes, qu'il ne peut pas abandonner l'idée d'une grossesse extra-utérine. Comme tout le monde, il a pensé aussi à la possibilité de l'existence d'une tumeur; mais cette femme s'était toujours bien portée, jamais elle n'avait eu la moindre douleur du côté du sacrum ou du rectum, jamais les ganglions lymphatiques du bassin n'ont présenté le moindre engorgement; il n'y a également aucun signe qui puisse faire croire à une affection des ovaires, à l'existence d'un kyste, d'une tumeur fibreuse ou osseuse.

Quant à l'avis de M. Robert sur l'importance qu'il faut attacher à la coloration de la vulve comme signe de grossesse, il ne le partage pas; elle peut exister chez des femmes ayant des varices, mais jamais elle ne coïncide avec l'existence de tumeurs intra-pelviennes: elle appartient à la grossesse. Il termine en disant que l'emploi de l'éponge préparée ne lui semble pas sans inconvénients; il lui préfère le cathétérisme avec un instrument métallique, la sonde en gomme élastique ne pouvant donner de bons résultats.

Le cathétérisme lui suffira pour lever tous les doutes. Si c'est une grossesse intra-utérine, il sentira l'utérus derrière la paroi abdominale.

On m'objectera que le cathétérisme peut avoir des inconvénients; il ne peut en avoir que lorsque les malades chez lesquelles on l'emploie ont intérêt à tromper le médecin.

M. Cullerier croit devoir insister sur la valeur de la coloration de la vulve comme signe de la grossesse; sans voir le ventre, on peut, à deux ou trois mois, diagnostiquer une grossesse: cette teinte n'est pas, du reste, celle des varices. Il ajoute que l'observation de ce signe n'est pas due à Parent-Duchâtelet, mais à M. Jacquemier.

M. Danyau, malgré les observations de M. Robert, persiste à penser qu'en l'absence d'accidents quelconques il vaut mieux ne pas se hâter d'opérer. Qui sait ce qui peut advenir d'ici au terme de la grossesse? L'enfant ne peut-il pas cesser de vivre, et, une fois mort, ne peut-il pas subir quelqu'une de ces transformations qui n'en font plus pour la mère qu'une masse incommode mais non dangereuse, et dont l'extraction, en cas d'accidents ultérieurs, offrirait encore, la statistique l'atteste, d'assez grandes chances de succès?

Comme M. Robert, M. Danyau pense que, dans le cas de grossesse extra-utérine, il faut plus se préoccuper du salut de la mère que de celui de l'enfant. Dans celui-ci en particulier, il s'était demandé s'il n'y aurait pas avantage pour la mère à provoquer la mort du fœtus avant qu'il eût pris un plus grand volume. C'était l'idée de Dezeimeris, et le moyen auquel il songeait était l'électricité. M. Duchenne, de Boulogne, fut donc prié d'assister à l'examen fait vendredi dernier par votre commissaire. L'idée lui fut soumise; mais l'impossibilité de ne pas comprendre dans le courant les parois abdominales la fit abandonner aussitôt: on recula devant la chance fort redoutable d'une rupture du kyste fœtal par les vives et brusques contractions musculaires que l'agent mis en usage pourrait provoquer.

M. Roux est un peu épouvanté de l'introduction fréquente de l'hystéromètre dans la pratique chirurgicale; il demande donc quels sont les cas dans lesquels ce moyen d'investigation est nécessaire. Il croit que, dans quelques cas, il peut y avoir de la coarctation du col de l'utérus, ce qui peut amener de la gêne dans la menstruation et mettre des obstacles à la conception; dans ces cas, il lui est arrivé une ou deux fois d'introduire avec précaution une sonde, et la conception a pu avoir lieu. Mais pour sonder continuellement, même dans les cas de tumeurs, il est loin d'être de cet avis; il craint qu'on ne s'expose à provoquer des avortements: il serait donc peiné de voir cette doctrine se propager.

M. Huguier répond que, loin d'avoir les inconvénients que redoute M. Roux, le cathétérisme utérin est une des plus belles conquêtes de la chirurgie; il croit que c'est un des meilleurs moyens pour reconnaître quelques affections. Quel est, du reste, le moyen qui n'a pas d'inconvénient? Il ajoute que, dans quelque temps, il lira à la Société un travail sur le cathétérisme utérin.

M. Maisonneuve partage l'avis de M. Danyau quant à l'époque de l'opération; comme la grossesse semble être dans le cul-de-sac rétro-utérin, c'est là où elle peut marcher le plus longtemps sans causer d'accidents, et si l'enfant vient à succomber, là, plus que partout ailleurs, l'élimination sera possible.

Chronique et nouvelles.

Nous avons la douleur d'annoncer à nos confrères la mort cruelle de M. le docteur Pradier, chirurgien-major au 71e régiment de ligne, décédé à Lyon le 9 mai dernier, à l'âge de 44 ans.

Atteint depuis quelques années d'une entérite de nature douteuse, il a succombé rapidement à une péritonite avec épanchement purulent et fausses membranes, affection consécutive à un rétrécissement considérable de l'iléon.

Intelligence distinguée, esprit profondément observateur, lauréat dans deux concours, la science déplore la perte du savant modeste et laborieux; son régiment regrette un bon et dévoué camarade: ses nombreux amis savent seuls combien il était digne de leur affection.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Langlois, pharmacien principal de 2e classe à l'hôpital de Metz, est désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Warnier, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Longwy, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Bergeron, médecin aide-major de 2e classe au 3e léger, est désigné pour le 5e chasseurs.

Officiers de santé détachés aux établissements thermaux. — A l'hôpital de Barèges: MM. Viscara, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce; Bouteilloux, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce; Constantin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulouse.

A l'hôpital de Vichy: MM. Bosc, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Bordeaux; Métadier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux; Deschamps, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux.

A l'hôpital de Guagno: MM. Haspel, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital de Toulon; Giuliani, médecin aide-major de 1re classe temporairement à l'hôpital de Bastia; Panzani, chirurgien sous-aide à la division de Constantine.

— *Hôpitaux des grandes villes de l'Europe.* — Un journal publie la statistique suivante, qui est au moins inexacte en ce qui concerne la ville de Londres, qui, à notre connaissance, possède un nombre de lits d'hôpitaux bien plus considérable que Paris.

La ville de Paris, avec une population d'un million d'habitants, compte plus de 10,000 lits dans ses hôpitaux. Saint-Pétersbourg, avec une population de 476,000 habitants et une mortalité annuelle de 10 à 11,000, a 6,000 lits dans ses hôpitaux. A Vienne, avec une population de 400,000 âmes et une mortalité annuelle de 16 à 17,000, 3,700 lits. A Berlin, dont la population est de 365,000 âmes et la mortalité annuelle de 8 à 9,000 âmes, 3,000 lits. A Varsovie, avec une population de 150,000 âmes, 14,000 lits. Londres occupe le bas de l'échelle: cette ville, qui ne compte pas moins de deux millions d'habitants et dont la mortalité annuelle est de 45,000 âmes, ne possède cependant que 5,000 lits, c'est-à-dire la moitié de ce qu'a Paris et pour une population double. Dans les villes de moindre importance, en Angleterre, il en est de même qu'à Londres: les lits d'hôpitaux sont en fort petit nombre. A Manchester, par exemple, ville exclusivement industrielle de 360,000 habitants, dont la population ouvrière est si serrée et si malheureuse, il n'y a que 193 lits dans les hôpitaux. Il est vrai qu'en Angleterre les *work-houses*, ou maisons de travail, remplacent les hôpitaux à beaucoup d'égards, au moins pour les pauvres assistés par les paroisses.

— Cours public de clinique sur les aliénations mentales (avec applications à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés), par M. Falret, médecin de la première section des aliénés. Ce cours commencera le jeudi 20 mai, à onze heures, et se continuera tous les dimanches et tous les jeudis à une heure.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 60. — JEUDI. — SAMEDI 22 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 60. — JEUDI. — SAMEDI 22 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.	
	Six mois. . . .	16	»
	Un an.	30	»
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.	
	Six mois.	17	
	Un an.	33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.	
	Six mois.	20	
	Un an.	38	

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Des amputations partielles du pied. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE (M. Lalaux). Saignée du bras. Phlébite suppurative et diffuse. Infection purulente, etc. Guérison. — Académie de médecine, séance du 18 mai. — Académie des sciences, séance du 17 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 21 MAI 1852.

Séances des Académies.

Deux sujets de nature bien différente ont occupé la dernière séance de l'Académie de médecine : l'un concernait l'anatomie et la physiologie artistiques, philosophiques, transcendantes, comme on voudra ; l'autre avait rapport à la réglementation d'une affaire pharmaceutique. Il est inutile, sans doute, d'ajouter que le premier de ces sujets a bien moins passionné l'Académie que le second.

M. Bouvier a voulu pénétrer plus avant dans l'étude d'un fait singulier signalé déjà par plusieurs observateurs, l'inégalité des deux parties symétriques du corps ; il a concentré en particulier son attention sur les inégalités des deux parties latérales de la face, et s'est efforcé de remonter à l'origine de ces inégalités afin d'arriver à instituer la thérapeutique de celles qui seraient les plus prononcées. Nous ne savons jusqu'à quel point l'honorable et laborieux académicien aura réussi sous ce dernier rapport ; mais nous devons dire que son succès a généralement paru douteux. N'est-ce pas beaucoup déjà d'avoir intéressé l'Académie sur un pareil sujet, et de s'être fait écouter avec attention?

M. Gaultier est venu lire pour la seconde fois un rapport sur les pilules de Blaud que leur auteur désire voir inscrites dans le Bulletin de l'Académie, afin qu'elles puissent être vendues publiquement sans risquer d'être saisies comme remèdes secrets.

Les pilules de Blaud constituent un médicament depuis longtemps éprouvé par l'expérience, et que tous les médecins ont employé plusieurs fois dans leur pratique. Rien n'était donc plus naturel que de remplir en faveur de M. Blaud la simple formalité de l'inscription au Bulletin de l'Académie. C'est ce qu'a pensé la commission dont M. Gaultier était l'organe, et ce n'est pas sans étonnement, nous l'avouons, que nous avons vu plusieurs pharmaciens, parmi lesquels nous avons remarqué M. Chevallier, ordinairement l'appui le plus ferme du progrès et du travail, s'opposer aux conclusions de la commission. Les arguments opposés à ces conclusions par les honorables sont toujours les mêmes, ils les mettent en avant toutes les fois qu'ils ne sont pas rapporteurs. M. Guibourt a approuvé, *comme rapporteur*, les huiles iodées; M. Soubeiran, la limonade Rogé; mais ils trouvent compromettant pour l'Académie d'approuver les pilules de Blaud. Quand donc l'Académie saura-t-elle prendre enfin une position franche dans toutes les affaires de la nature de celle qu'elle a soulevée dans la dernière séance? Est-ce que par hasard l'Académie des sciences, chez laquelle celle de la rue des Sts-Pères se plaît à prendre des exemples, et à laquelle, nous sommes heureux de le dire, elle pourrait en donner quelquefois, est-ce que l'Académie des sciences voit son autorité compromise parce qu'un industriel annonce dans les journaux une machine, un procédé, un système adopté par cette Académie? Pourquoi donc l'Académie de médecine aurait-elle une autorité, une dignité plus fragile que celle de sa sœur? Que l'Académie n'ait point de ces craintes; qu'elle n'approuve que des choses dignes de son approbation, et personne ne lui en fera reproche, et les médecins en particulier lui sauront gré de leur servir de guide pour le choix de cette foule de médicaments nouveaux annoncés dans les journaux, et qui tous arrivent avec les recommandations de quelques praticiens plus ou moins éclairés, et surtout plus ou moins désintéressés. Le silence de l'Académie ne peut que favoriser les mauvais médicaments au détriment des bons; son devoir est donc de favoriser ceux-ci, d'encourager les travailleurs sérieux qui les trouvent, au lieu de les ranger par des refus systématiques dans la classe des charlatans qui exploitent éhontément le public.

Telle est la seule voie que l'Académie ait à suivre pour conserver son autorité, pour servir l'humanité, la science, pour favoriser le travail sérieux, et plus que tout cela, pour exécuter le décret du 10 mai, qui ne nous paraît pas le moins du monde sujet à équivoque, comme semble le croire le conseil d'administration. Ce décret est parfaitement clair, et, dans tous les cas, s'il ne l'était pas, ce ne serait pas l'administration qui l'éclaircirait, attendu que les pouvoirs exécutif et législatif font des décrets, mais ne les interprètent pas.

— M. Niépce a fait à l'Académie des sciences une communication relative à l'influence des bains de lait sur la circulation. Nous aurons sans doute occasion d'y revenir. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Des amputations partielles du pied.

Leçon recueillie par MM. TRIQUET et TRÉLAT.

Un enfant de seize ans est entré le 9 mars pour une affection des os du pied.

Ce petit malade nous est envoyé de Troyes, sa ville natale, où l'on rencontre, comme vous le savez, beaucoup de familles scrofuleuses.

Chez lui, la diathèse scrofuleuse a couvert de cicatrices presque toute la surface de son corps.

Elles sont placées en grand nombre au cou, à l'aisselle, à l'aine, sur les côtes, au jarret, sur la face dorsale du corps; en un mot, c'est pour ainsi dire un type des stigmates indélébiles que peut laisser à sa suite l'affection strumeuse.

Aussi la constitution de cet enfant est-elle restée faible et chétive.

Les nombreux abcès dont nous voyons seulement aujourd'hui les traces (cicatrices multiples) se sont développés successivement depuis son enfance. Ils suppuraient longtemps ; puis on les voyait se fermer lentement, quand d'autres apparaissaient dans des points plus ou moins rapprochés.

Un seul restait fistuleux au niveau de la surface externe du calcanéum du pied gauche, lorsqu'il y a deux mois un changement notable s'est opéré.

A cette époque, un gonflement considérable avec empâtement douloureux envahit et le trajet fistuleux au niveau du calcanéum et en même temps la plus grande partie du dos du pied.

En même temps, de nouveaux abcès se formèrent sur ces différents points, et nous pouvons aujourd'hui constater les altérations suivantes :

Tuméfaction uniforme depuis le dos du pied, le talon, jusqu'au cinquième métatarsien. On reconnaît qu'il y a là une déformation profonde.

Pour le côté interne, les téguments sont sains, sans rougeur ni œdème.

L'articulation tibio-tarsienne nous paraît aussi en bon état. Mais sur le tarse et le métatarse nous trouvons plusieurs trajets fistuleux; la peau est amincie, bleuâtre.

Au niveau de la sortie externe du calcanéum le stylet, en pénétrant au fond du trajet fistuleux, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Ce sont des lamelles osseuses nécrosées qui se brisent à la moindre pression.

Nous avons donc ici sous les yeux une nécrose du calcanéum.

Plusieurs questions se présentent :

Est-il convenable, chez un sujet scrofuleux au plus haut degré, de songer à une opération ?

On peut craindre, en effet, que les organes intérieurs ne permettent point de la pratiquer.

Nous avons donc dû procéder à un examen scrupuleux de la poitrine, et nous n'avons trouvé ni toux, ni rhumes habituels, ni hémoptysie, tous signes négatifs.

Je n'ai pas osé aborder les antécédents de famille, car on fait naître ainsi des craintes fâcheuses chez les malades intelligents.

Ici la respiration est parfaite ; le murmure vésiculaire, normal, puéril. Même durée de l'inspiration et de l'expiration : aucune rudesse pathologique dans le timbre ou l'intensité indiquant un commencement de tuberculisation pulmonaire.

Sachez bien, messieurs, que la diathèse scrofuleuse finit par s'épuiser de quinze à vingt ans.

De cet examen, nous pouvons conclure que l'état des poumons ne met point obstacle au traitement qui seul nous semble applicable ici, et ce traitement réside dans la médecine opératoire.

Maintenant, messieurs, nous devons discuter l'opération qui sera la plus convenable, car elle doit dépendre des altérations que le pied nous a présentées.

Le calcanéum me paraît frappé de nécrose : cette portion nécrosée nous semble placée au centre spongieux de l'os, et on ne peut l'atteindre qu'à travers un pertuis des parties molles et de la lame osseuse compacte qui la recouvre.

Dans quelle étendue le calcanéum est-il malade? Quelles sont les limites de la nécrose?

Deux questions que nous ne pouvons résoudre.

Nous avons une opération à pratiquer?

Quelle est cette opération ?

On pourrait :

1° Agir directement sur le calcanéum, le réséquer, le ruginer ;

2° Pratiquer l'amputation sus-malléolaire ;

3° L'amputation tibio-tarsienne;

4° L'amputation sous-astragalienne.

1° La térébration du calcanéum est certainement praticable; mais quelle est sa valeur et quels résultats peut-elle nous donner ?

Dans cette opération, une incision cruciale met à nu la partie d'os malade, et nous ne savons pas son étendue, ses limites; peut-être le séquestre occupe-t-il une grande partie du calcanéum; il se rapproche peut-être de l'articulation calcanéo-astragalienne, que l'on pourrait ouvrir.

En creusant ainsi le calcanéum, on agit au fond d'une plaie profonde, anfractueuse, saignante : le sang, qu'on ne peut enlever qu'imparfaitement, gêne toujours beaucoup ; on ne voit pas bien ce que l'on fait; quelques séquestres seulement sont enlevés, les autres restent, et des fistules persistent indéfiniment.

J'ai toujours présente à la mémoire une jeune fille à qui j'ai pratiqué plusieurs fois cette opération pour une maladie analogue, et malheureusement avec le résultat dont je vous parlais à l'instant.

Des trajets fistuleux ont persisté pendant des années ; la malade, ennuyée, a fini par quitter l'hôpital, et nous l'avons perdue de vue, malgré le vif intérêt qu'elle nous présentait.

Pour ces raisons, j'éloigne donc tout d'abord la térébration du calcanéum.

2° L'amputation sus-malléolaire est bien praticable dans ce cas; mais pour marcher, il faut un appareil coûteux, sujet à se déranger. En outre, le moignon ne présente qu'un mauvais point d'appui, et il faut en chercher un plus solide, mais plus incommode, sur l'ischion et la partie supérieure de la jambe.

3° J'arrive à l'amputation tibio-tarsienne, préconisée par Brasdor et presque aussitôt oubliée.

Il faut arriver jusqu'en 1825, époque à laquelle M. Syme, de Dublin, la remit en honneur. Le procédé qu'il décrivit modifia le manuel opératoire. Voici en quoi il consistait :

1° Faire en même temps la résection des malléoles ;

2° Conserver la peau épaisse du talon pour l'appliquer sur les surfaces saignantes et en former le moignon.

Cette modification était bien certainement à la fois ingénieuse et utile ; mais en réséquant ainsi les malléoles, on fait perdre au membre plusieurs centimètres de longueur ; et de plus, la section de la scie offre à nu, au milieu de cette plaie qui va s'enflammer, les surfaces spongieuses du tibia et du péroné, nouvelle source d'accidents qui peuvent survenir ; car vous savez que les surfaces osseuses mises à nu sont une cause fréquente d'infection purulente. Aussi, un chirurgien de nos jours, M. de Lignerolles, a-t-il pensé à laisser l'astragale dans la mortaise tibio-tarsienne.

L'application des parties molles se fait bien mieux sur l'astragale resté en place, et des accidents de plusieurs sortes peuvent ainsi être évités.

Cette opération, qui a déjà été pratiquée un certain nombre de fois (vingt-quatre fois, Syme, Velpeau, J. Roux (de Toulon), Robert), semble promettre de bons résultats pour l'avenir. Jusqu'ici, on compte un succès sur huit opérations.

4° Reste, en dernier lieu, l'amputation sous-astragalienne, déjà pratiquée trois fois (M. Robert deux fois, M. Maisonneuve une fois) ; en tout, trois succès. C'est donc une bonne opération.

Examinons le manuel opératoire :

Il faut ménager des lambeaux suffisants; or, c'est le talon qui doit nous les fournir. Nous avons à choisir entre quatre procédés, qui ne sont autres que ceux de l'amputation tibio-tarsienne. Un mot seulement sur chacun d'eux.

1° Procédé de M. Baudens. Un seul lambeau dorsal figuré en forme de guêtre. On désarticule et on résèque les malléoles.

2° M. Syme fait deux lambeaux; un plantaire, plus grand; un dorsal, plus petit ; puis les deux lambeaux sont disséqués jusque vis-à-vis l'articulation.

On dissèque avec soin le lambeau postérieur pour ne pas trop l'amincir; on prend garde de diviser l'artère tibiale pos-

térieure; car la blessure de ce vaisseau amènerait la gangrène du lambeau.

Cette dissection est longue, difficile; l'articulation est mise à nu en avant sur les côtés; on l'ouvre et on termine en coupant le tendon d'Achille.

3° M. Sédillot fait deux lambeaux latéraux qui partent de la partie moyenne antérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Ce sont deux sortes de valves partant des malléoles. Mais la cicatrice est plantaire et se trouve exposée aux déchirures dans la marche, etc.

4° M. Jules Roux (de Toulon) pratique ainsi cette opération :

La première incision commence à la partie la plus reculée de la face externe du calcanéum, passe sous la malléole externe, décrit une courbe à convexité antérieure sur le dos du pied, et se termine à quelques millimètres au-devant de la malléole interne.

La deuxième incision part de ce point, gagne le bord interne du pied, puis la face plantaire, et vient se terminer au point de départ.

Le procédé que je suivrai sera peu différent de ce dernier:

1° Une incision partie du milieu de l'espace qui sépare la malléole externe du tendon d'Achille passera en avant du cinquième métatarsien, coupera transversalement la plante du pied pour se relever en avant du scaphoïde; de là elle remonte sur le dos du pied en formant un petit lambeau à concavité antérieure, passe, en décrivant une courbe, sous la malléole externe et rejoint son point de départ.

2° La dissection du calcanéum est le temps difficile de l'opération.

3° Il faut éviter, dans la dissection des parties profondes, l'artère tibiale postérieure, qui doit alimenter le lambeau.

Cette opération, difficile sur le cadavre, est plus difficile encore sur le vivant. En effet, une ostéite plastique peut avoir développé des plaques osseuses, des stalactites qui gênent la marche du couteau. Les os déformés par l'inflammation, les sécrétions périostales sont encore des obstacles qui peuvent se rencontrer ici.

Il s'agit d'une inflammation ancienne qui date de onze ans. Peut-être trouverons-nous une ankylose entre l'astragale et le calcanéum.

Si elle est fibreuse, nous la couperons avec le bistouri. Si elle est osseuse, un trait de scie devra séparer les deux os.

Le 16 mars 1852, l'amputation fut pratiquée par le procédé indiqué tout à l'heure, et un bistouri un peu fort put commencer et achever l'opération. Des bandelettes de diachylon assurèrent la réunion du lambeau; un peu de charpie, des compresses et une bande complètent l'appareil. Le malade est reporté à son lit.

Anatomie pathologique. — Ce que M. le professeur Nélaton avait prévu se trouve démontré par la dissection. Le calcanéum présente :

1° Une portion nécrosée à son centre, de la grosseur d'une amande.

2° Ce séquestre est noirâtre, spongieux; il est entouré d'une membrane, ou kyste enveloppant.

Une couronne de trépan n'aurait pu enlever complétement le mal; car la lésion se trouve immédiatement derrière la gaîne des péroniers latéraux.

Or, pour s'éloigner de cette gaîne, il aurait fallu trépaner dans un point qui n'aurait touché la fistule que par un de ses bords, et l'on ne serait pas tombé au centre du séquestre adhérent. Toutes les parties mortifiées n'auraient donc point été enlevées; de là une suppuration interminable. Mieux valait donc enlever le calcanéum.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses.

La réunion immédiate du lambeau a eu lieu dans presque toute son étendue; le petit malade a eu à peine de la fièvre, et aujourd'hui, vingt-septième jour de l'opération, il ne reste plus que deux petits points fistuleux, et nous pouvons le considérer comme guéri.

Le résultat définitif est réellement très favorable. On a le coussinet graisseux du talon pour soutenir le poids du corps; une bottine légère avec un talon un peu élevé suffira pour marcher. C'est là un bénéfice incontestable.

Le malade de M. Maisonneuve courait, sautait; le nôtre marchera également bien. Cette opération n'est donc pas plus dangereuse que l'amputation sus-malléolaire; elle est beaucoup plus favorable pour la marche; car les malades n'ont pas besoin d'un appareil compliqué : un simple soulier peut suffire. Quant à la guérison, elle n'est pas plus longue que dans une autre opération.

En ce qui concerne quelques accidents propres aux amputations partielles du pied; par exemple :

1° La gangrène du lambeau;

2° La stagnation du pus;

3° Les fusées purulentes dans la gaîne des tendons; nous ne les avions point observées ici, comme on a pu le voir, non plus que dans plusieurs autres opérations analogues que j'ai eu occasion de pratiquer. On trouvera dans les deux observations qui suivent la démonstration des propositions précédentes et une preuve de plus en faveur de la supériorité des amputations partielles du pied sur la désarticulation tibio-tarsienne, l'amputation sus-malléolaire.

Ces deux observations ont été recueillies par l'un de nous, en 1845, dans le service de M. Nélaton.

Carie partielle du pied gauche. — Amputation de Chopart. — Guérison sans tendance du talon à se renverser en arrière.

Le 30 juillet 1845 est entré à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu le nommé Sannois (Jean-Baptiste), charpentier, âgé de vingt-cinq ans.

Il offre un trajet fistuleux à la partie postérieure interne du premier métatarsien gauche.

Aucune affection semblable n'existe dans sa famille : son père, déjà fort avancé en âge, est mort victime d'un accident; sa mère jouit encore d'une parfaite santé, et ses quatre frères aînés sont doués d'une vigueur peu commune.

Sannois est loin d'offrir une aussi brillante constitution : d'une taille moyenne, ses membres sont grêle; la peau qui les recouvre, fine et blanche, offre une certaine mollesse au toucher.

Des yeux noirs, des cils fort longs, une physionomie morose annoncent quelques-uns des attributs de la cachexie scrofuleuse.

Cependant, il affirme n'avoir jamais eu de maladie grave jusqu'à cette époque. Moins fort que ses frères, il s'est toujours aussi bien porté qu'eux. Il ne tousse point, et l'examen de la poitrine ne fait reconnaître aucune trace de tubercules.

Le 13 juillet dernier, à la suite d'un travail pénible continué pendant deux jours sans repos aucun, Sannois éprouva une légère douleur le long du bord interne du pied gauche; il n'y fit pas attention, pensant qu'elle était due à l'étroitesse de sa chaussure.

Le mal augmenta : un gonflement assez rapide survint à la partie postérieure et interne du premier métatarsien et envahit bientôt la région dorsale du pied.

Sannois raconte lui-même que cette partie était douloureuse, enflammée, et que par intervalles il y sentait des battements; un abcès s'était formé.

Obligé de suspendre ses travaux, le malade entra à la clinique chirurgicale de la Charité.

Une amélioration assez prompte, mais de courte durée, suivit l'ouverture de l'abcès. La tuméfaction persista toujours, et un trajet fistuleux fournissant à peine quelques gouttes de pus s'établit sur le point culminant de la plaie.

Croyant se rétablir plus vite chez lui, le malade se hâta de quitter la Charité et sortit le 27 juillet.

Mais à peine eut-il essayé quelques pas que des douleurs plus violentes se font sentir. Un nouveau gonflement survient et se répand sur toute la face dorsale du pied.

Les cataplasmes appliqués pendant trois jours n'amenèrent point la guérison, et le 30 juillet, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le pied présentait l'état suivant :

1° Tuméfaction générale occupant toute la région dorsale;

2° A la partie interne et postérieure du premier métatarsien, trajet fistuleux étroit et fournissant à peine quelques gouttes d'un pus séreux;

3° Les mouvements imprimés au premier métatarsien sont douloureux et font percevoir une crépitation fine;

4° Le stylet, introduit sur la fistule jusqu'aux os, donne la sensation de plusieurs lamelles osseuses qui se brisent.

A ces signes, il était facile de reconnaître une carie de l'extrémité postérieure du premier métatarsien et de son cunéiforme. On continue les cataplasmes, et trois jours après un nouvel abcès apparaît entre les deux premiers métatarsiens.

Une ponction avec le bistouri donne issue à une petite quantité d'un pus mal lié, floconneux.

Traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes; cataplasmes, des plumasseaux enduits de cérat, tels furent les moyens mis en usage depuis le 2 août jusqu'au 25 septembre sans obtenir aucune amélioration.

A cette époque, la suppuration devint plus abondante; la tuméfaction et les douleurs revêtirent une forme plus aiguë. A la région dorsale, au niveau du cunéiforme, la peau devenait plus mince et prenait une teinte rougeâtre très manifeste.

Encore quelques semaines, et de nouveaux abcès allaient peut-être compromettre la partie du pied jusqu'alors restée saine. Le malade, après quelques jours d'hésitation, accepta l'opération qu'on lui proposait.

Le 25 octobre, M. Nélaton désarticula le pied par la méthode de Chopart.

L'opération est exécutée avec rapidité et précision; quelques bandelettes amènent la réunion immédiate du lambeau plantaire; un plumasseau, des compresses et une bande complètèrent l'appareil. Le malade est reporté à son lit et la jambe placée dans la demi-flexion sur le côté externe.

Caractères anatomiques. — L'examen du pied montra, au lieu des deux premiers métatarsiens gauches et des cunéiformes correspondants, l'extrémité postérieure. Pas de ramollissement sensible dans les os adjacents.

Chaque jour les pansements furent renouvelés avec soin. La réunion se fit en grande partie par première intention, et le malade eut à peine de la fièvre pendant les cinq premiers jours.

Le dix-huitième jour, il restait à peine quelques points non cicatrisés sur les bords, lorsqu'en pressant la face plantaire du lambeau un peu de pus sortit en jet.

Une légère compression fut exercée, et depuis il ne s'est manifesté rien de semblable.

La portion du pied restante offre sa rectitude naturelle et ne paraît avoir aucune tendance au renversement en arrière.

Aujourd'hui, vingt-huitième jour, deux petits points seulement, larges comme une tête d'épingle, ne sont pas encore cicatrisés : l'un se trouve sur le bord interne, l'autre sur le bord externe du lambeau. Du reste, ils ne fournissent pas de pus.

L'état général du malade est fort bon, et pendant son séjour à l'hôpital il a encore recouvré un certain degré d'embonpoint.

Carie partielle du pied gauche. Amputation de Lisfranc. — Guérison.

Le 24 août 1845, est entré à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu Leblond (Charles), jardinier, âgé de dix-neuf ans.

Ce jeune homme présente un trajet fistuleux au niveau de la première phalange du gros orteil gauche.

Cette maladie remonte à deux ans. Jusqu'à présent il s'était toujours bien porté. Il n'a pas eu de glandes au cou dans sa jeunesse, et on ne découvre aucune trace de scrofule.

Son père (d'après ce qu'il raconte) paraît avoir succombé à une maladie aiguë; sa mère jouit encore d'une excellente santé. Ses frères et ses sœurs n'ont jamais été souffrants.

Leblond reçut en 1843 un coup de fourche sur le dos du pied, au niveau de l'articulation de la première phalange du gros orteil avec le métatarsien correspondant; l'extrémité de l'index aurait pu mesurer la largeur de la plaie. Un gonflement assez considérable survint.

Incapable de continuer ses travaux, le malade s'alita, et appliqua des cataplasmes sur la partie douloureuse. Le quatrième jour, la plaie est presque complétement fermée. Toutefois, la tuméfaction n'avait point disparu; elle augmenta même peu à peu, et un abcès s'étant formé autour de la plaie non cicatrisée, Leblond n'en continua pas moins ses occupations habituelles, suspendues pendant quelques jours seulement.

Quatre mois de souffrances le décidèrent enfin à entrer à l'hôpital de Versailles, lieu de sa résidence.

Des bains, des cataplasmes, le repos au lit, des pilules dont il ignore la composition, tels furent les moyens de traitement mis en usage.

La suppuration devint un peu moins abondante, et quelques parcelles d'os de la grosseur d'une tête d'épingle se détachaient de temps en temps.

Ennuyé de son séjour à l'hôpital, qui se prolongeait depuis quinze mois sans aucune amélioration, le malade sortit et vint à Saint-Antoine.

L'amputation qu'on lui proposa fut refusée. Il s'en alla à Beaujon, à Saint-Louis, puis à Versailles. Et enfin le 24 août 1845, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il présentait l'état suivant :

1° Tuméfaction assez considérable des parties molles, depuis le 1er et le 2e orteil jusqu'aux 2e et 3e métatarsiens.

2° Au niveau de l'articulation de la première phalange du pouce avec le métatarsien correspondant, un trajet fistuleux à bords minces et décollés.

3° Un second trajet fistuleux au niveau de la tête des deux métatarsiens.

4° Les mouvements imprimés à la première et deuxième phalanges provoquent une vive douleur et laissent percevoir une crépitation bien manifeste.

5° Le stylet, en pénétrant, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Diagnostic. — Il était évident qu'on avait affaire à une carie des extrémités articulaires de la première phalange et de son métatarsien, de la deuxième phalange également.

Pronostic. — La durée de la maladie ne permettant plus d'espérer une terminaison heureuse, l'amputation tarso-métatarsienne fut pratiquée le 19 septembre par M. Nélaton, remplaçant M. Roux, par interim. L'opération fut simple. La portion saillante du premier cunéiforme fut retranchée par le simple bistouri avec une étonnante facilité. Quelques bandelettes de diachylon assurent la réunion immédiate du lambeau plantaire. Un peu de charpie, quelques compresses, une bande complètent l'appareil.

L'examen anatomique du pied vint confirmer le diagnostic. L'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil et le métatarsien correspondant étaient cariés, les cartilages articulaires complétement détruits. La première phalange du second orteil offrait déjà un commencement d'altération analogue; de plus, les os voisins présentaient un degré assez avancé de ramollissement.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses; le malade eut à peine de la fièvre. Le lendemain de l'opération, à la levée de l'appareil, le lambeau, tout humide de lymphe plastique, s'agglutinait déjà; les jours suivants, la réunion fut de plus en plus manifeste. Il y eut seulement un peu de suppuration sur les bords postérieurs de la plaie; mais un liséré blanc amena bientôt la cicatrice, et le 12 octobre, vingt-troisième jour de l'opération, le malade est entièrement guéri.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Saignée du bras. — Phlébite suppurative et diffuse. — Infection purulente. — Suppuration du genou. — Ouverture de l'épanchement dans la gaîne du triceps fémoral. — Introduction de l'air dans le foyer purulent. — Altération du pus. — Efficacité d'un moyen assez simple contre cette altération. — Onze mois de maladie. — Guérison,

Par le docteur Alf. Lalaux, de La Fère.

La phlébite diffuse et suppurative suivie d'infection purulente est-elle susceptible de guérir? Parmi les faits qui répondent affirmativement à cette question, je citerai une observation due à M. Vidal (*Archives génér. de méd.*, octobre 1845). L'observation suivante vient se ranger dans la catégorie de ces faits assez rares et utiles à connaître au point de vue du pronostic.

Il est évident qu'une semblable terminaison ne peut avoir lieu si des abcès métastatiques se forment dans les viscères. On ne peut espérer la guérison que dans les cas où le pus qui vicie le sang s'élimine par la diarrhée, les sueurs, l'expectoration, la sécrétion des reins et généralement par les émonctoires naturels, ou encore par des abcès dans les jointures et dans les chairs.

Le sieur N..., du village de Travecy, près La Fère, fut pris, huit jours après une saignée au bras droit pratiquée par la sage-femme du lieu, des symptômes suivants, à la date de la fin de décembre 1850 :

La piqûre faite sur la médiane céphalique est béante; elle laisse échapper un pus sanieux qui vient évidemment de l'intérieur même de la veine. Cette ouverture répond au centre d'un gonflement chaud, rouge, douloureux, du volume d'une grosse noix. L'inflammation s'est irradiée à la céphalique et à la basilique jusque vers le milieu du bras. Les veines se révèlent sous la forme de cordons durs, douloureux et noueux. Une chose digne de remarque, c'est que la propagation du processus inflammatoire a eu lieu, non-seulement selon le cours du sang veineux et conséquemment de la piqûre vers le cœur, mais aussi au rebours du cours du sang, le long de la veine radiale, ainsi que l'a prouvé un abcès du volume d'une amande formé un peu plus tard dans cette veine près du poignet.

Le membre, demi-fléchi avec le tendon du biceps rétracté, est le siége, en outre, d'un érysipèle œdémateux envahissant tout l'avant-bras et le bras jusque près de l'épaule; c'est bien de l'érysipèle, car la rougeur présente une circonférence comme déchiquetée, bien tranchée, non fondue. Point de gonflement aux ganglions axillaires. Donc, point d'angioleucite.

Le pouls est égal, régulier, remarquablement mou, à 104-108 par minute. Des frissons, violents *au point de faire trembler le lit*, ont eu lieu durant la nuit qui a précédé ma première visite. Soif, inappétence, céphalalgie, brisement général. Pendant la même nuit, le genou droit est devenu très douloureux, tuméfié, chaud, fluctuant.

Le malade, âgé de vingt-huit ans, est d'une constitution athlétique, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sujet à être saigné plus d'une fois l'an.

Diagnostic. — Phlébite diffuse compliquée d'érysipèle, suivie probablement d'infection purulente et d'épanchement également purulent dans le genou.

Pronostic. — Très grave.

Traitement. — Je diviserai le traitement en celui du bras, celui du genou et celui de l'état général.

Traitement du bras. — Ce membre fut traité par l'onguent napolitain en frictions et en onctions, et recouvert de fomentations ainsi que de cataplasmes émollients anodins. Les onctions mercurielles, dont MM. Ricord et Serre (d'Uzès) se sont disputé la priorité dans la thérapeutique des érysipèles, possèdent une action antiphlogistique *sui generis* contre les maladies érysipélateuses, bien qu'on doive admettre avec M. le professeur Velpeau que cette action diminue à mesure que l'affection est plus profondément située. Ainsi, dans l'espèce dont il s'agit, la douleur, la brûlure et la tension de la peau érysipélateuse perdirent de leur intensité sous l'influence du mercure le jour même de l'usage de ce topique; les frissons violents au point de faire trembler le lit ne sont pas revenus, du moment que le topique mercuriel a été mis en usage. Je ne puis donc admettre, avec Lisfranc et Blandin, que l'action antiphlogistique locale et générale de la pommade napolitaine soit due à l'axonge et non au mercure.

Peu à peu, sous l'influence du mercure, des émollients et anodins, l'érysipèle, l'œdème, les cordons douloureux formés par les veines enflammées ont disparu pour faire place à quatre abcès de la grosseur d'une amande, remplis de pus louable, siégeant, l'un sur la céphalique, l'autre sur la basilique, un troisième sur la médiane, le dernier développé dans la veine radiale près du poignet, et qui furent ouverts à l'aide du bistouri aussitôt que la fluctuation fut devenue perceptible. Au bout de trois semaines, le bras était totalement guéri, nonobstant une roideur de l'avant-bras, provenant d'une rétraction du biceps et de son tendon, laquelle fut vaincue par des efforts d'extension communiqués tous les deux à trois jours, et qui a prolongé le traitement plus d'un septenaire.

Traitement de l'état général. — Séjour au lit, diète absolue, limonades, purgatifs salins. Ici je ferai observer que le mercure appliqué en topique, une fois absorbé, exerce une action antiphlogistique générale dans le cas d'érysipèle. Du moment qu'il m'a paru provoquer l'inflammation des gencives et le dévoiement, je l'ai suspendu, puis repris plus tard après la disparition des symptômes de mercurialisation. Je m'en tins à l'usage de ces moyens durant les premiers septenaires.

Plustard, le retour de l'appétit et le besoin de récupérer des forces; la constipation, résultant du séjour au lit; la diarrhée, qui fut la conséquence, tantôt de la mercurialisation, tantôt de l'infection purulente; la débilité et l'émaciation, que devaient produire la diète, le séjour au lit, la fièvre, une vaste suppuration au membre inférieur, les sueurs et la diarrhée: tous ces états de l'économie, donnant lieu à des indications particulières, furent traités à l'aide de moyens appropriés.

Traitement du genou. — Si je me suis abstenu d'ouvrir la veine au bras sain, à cause de la mollesse du pouls et à cause du danger d'une seconde phlébite à la suite d'une seconde piqûre veineuse, je n'ai pu me dispenser d'appliquer au genou malade huit à douze sangsues, répétées un grand nombre de fois, sur les points les plus douloureux de l'articulation, conjointement avec des cataplasmes laudanisés et avec des frictions mercurielles un peu plus tard. Ces moyens aidant, la sensibilité et la douleur du genou se sont amendées. Le liquide épanché dans la cavité articulaire a diminué; mais cette diminution a coïncidé avec le développement d'une tuméfaction fluctuante, profonde, due à une accumulation de pus qui, après avoir éraillé la capsule fibro-séreuse du genou, s'était fait jour, sous le muscle droit, dans la gaîne des muscles vastes interne et externe, au-devant du tiers inférieur du fémur. Alors une incision oblique pratiquée à la partie externe de cette tumeur donna issue à une assez grande quantité de pus.

Cette ouverture s'étant fermée et le pus s'étant reproduit en quantité aussi considérable, j'eus recours aux moyens suivants: le membre placé sur un plan incliné de manière à élever le genou, je passai transversalement deux sétons à travers le foyer, l'un un peu au-dessus de la capsule articulaire, l'autre à quatre travers de doigt plus haut, correspondant au fond du foyer.

Durant plusieurs jours, le pus qui s'écoulait par les ouvertures des sétons fut louable. Puis il s'altéra sous le rapport de la couleur, de la consistance et de l'odeur. Du gargouillement, dû au mélange de l'air avec le pus dans le foyer, survint: ce gaz évidemment s'était introduit par les ouvertures des sétons. Que faire en présence d'un pareil état de choses?

La pensée me vint de faire dans la cavité du foyer de l'abcès par congestion communiquant avec l'intérieur du genou une injection avec la teinture d'iode convenablement mitigée, en vue de prévenir les conséquences funestes de l'altération du pus, conséquences trop habituelles en pareil cas. Mais je fus arrêté par deux considérations: la première, c'était le travail inflammatoire encore aigu qui avait lieu dans le genou et qu'une injection irritante allait pousser jusqu'au degré le plus dangereux; la seconde, c'est que l'organisme placé sous l'influence d'une infection purulente avait choisi le genou comme voie d'élimination, voie qu'il eût été téméraire de supprimer.

Comme j'avais de la pommade napolitaine sous la main, je m'en servis pour enduire mes bandelettes de linge passées dans les trajets des sétons. Chose aussi heureuse que singulière, j'ai réussi à combattre ainsi l'altération et la fétidité du pus, qui cessèrent complétement en trois jours: c'était là un fait nouveau important et un peu bizarre.

J'étais parti de cette idée, que le mercure pourrait modifier heureusement la surface suppurante, comme il modifie si avantageusement la peau couverte d'érysipèles.

Je reconnais que cette première idée, qui m'a conduit à un précieux résultat, n'est cependant pas la plus vraisemblable. En effet, comment l'air introduit dans un foyer purulent un peu vaste, comme le sont les abcès par congestion, agit-il sur le pus pour le corrompre? Est-ce en vertu d'une action irritante et délétère sur la surface qui suppure, semblable à celle que l'on redoute dans le pansement des grandes plaies? Est-ce au contraire par la putréfaction que subirait le pus, susceptible, ce semble, d'éprouver la fermentation putride au contact de l'air, comme toute matière organique?

Les deux théories sur le mode d'influence corruptrice de l'air atmosphérique introduit dans les grands abcès, surtout par congestion, sont en présence. J'incline, quant à moi, à adopter la dernière des deux doctrines.

Dans l'hypothèse de la première, le mercure sera considéré comme modifiant la surface suppurante elle-même. Dans la seconde hypothèse, le mercure sera regardé comme agissant sur le pus, de manière à le rendre moins putrescible à la manière de beaucoup d'agents chimiques, tels que le sublimé corrosif, que l'on emploie pour la conservation des pièces anatomiques. Je fais, d'ailleurs, assez médiocrement cas de la théorie, eu égard au fait lui-même, qui est précieux et que j'ai constaté un grand nombre de fois dans le cours de cette longue suppuration, faisant la contre-épreuve par la substitution, tantôt du cérat, tantôt du cérat camphré, tantôt de cérat additionné de camphre et d'extrait de quinquina. Avec ces topiques étendus sur les bandelettes à séton, le pus ne tardait pas à s'altérer et à devenir fétide, tandis qu'il reprenait bien vite ses qualités louables avec la pommade mercurielle.

Grâce à la position élevée du genou, il est arrivé que cette jointure s'est peu à peu vidée du pus qu'elle contenait et qu'elle a cessé d'être douloureuse. Mais en revanche le pus, malgré les ouvertures des sétons, a fusé dans l'épaisseur des muscles vastes vers les trochanters. Une tumeur fluctuante s'est montrée en arrière du grand trochanter. Je l'ouvris, et j'introduisis dans le foyer une canule de gomme élastique enduite d'onguent napolitain, pour assurer l'écoulement continuel du pus. Je substituai alors aux bandelettes à séton autant de canules de gomme élastique, lesquelles fournissaient de l'humeur s'écoulant goutte à goutte à la façon d'autant de petites fontaines.

J'eus la pensée d'ouvrir une issue au pus par des incisions larges, profondes et nombreuses. Mais le malade s'est formellement refusé à la pratique de ces opérations. Quant aux canules de gomme élastique, au lieu des bandelettes à séton, c'est là un moyen excellent d'assurer l'écoulement libre, facile et permanent de la suppuration.

Ces canules doivent être percées de trous de distance en distance, et enduites d'onguent napolitain pour prévenir et combattre la corruption du pus. L'idée de l'emploi de ces canules dans les suppurations abondantes et profondes appartient à M. le professeur J. Cloquet, que j'ai vu s'en servir très avantageusement dans les phlegmons profonds de la mamelle. Après ce que j'ai vu de leur efficacité, dans le cas qui fait le sujet de la présente observation, je suis porté à les croire préférables aux sétons que l'on passe habituellement dans l'épaisseur des chairs profondes en suppuration aux membres inférieurs. J'ai constaté en effet que, malgré les sétons, le pus s'écoulait difficilement, et il en résultait les accidents locaux et généraux connus de tous les praticiens: accélération du pouls, frissons, céphalalgie, délire, sueurs, diarrhée, toux sèche, inappétence, soif, altération du visage, endolorissement et gonflement du membre, au point que la vie court du danger, outré que les épanchements métastatiques dans les viscères tendent à s'opérer. C'est ainsi que, avant l'ouverture de l'abcès derrière le grand trochanter, le malade fut si mal que la famille me conseillait de ne pas le faire souffrir plus longtemps par des opérations et des pansements désormais inutiles.

Cet abcès une fois ouvert, la crainte de voir le pus fuser jusque dans la jointure de la banche m'engagea à replacer le membre dans la position horizontale. Mais alors le genou se réenflamma et les extrémités osseuses articulaires se gonflèrent, si bien que j'en revins à l'élévation du genou malade.

Les chaleurs des mois de mai, juin et juillet, rendaient la corruption du pus plus active, plus prompte. Le mercure suspendu dans le pus ne pénétrant pas dans toutes les anfractuosités remplies de pus mêlé d'air, parfois la suppuration exhalait une odeur un peu fétide. Mais cette odeur devenait insupportable si je cessais d'induire mes canules de pommade mercurielle.

Enfin, en septembre, le pus a commencé à diminuer d'abondance. Un nouveau foyer formé sous le jarret fut ouvert. En décembre, le tarissement de la suppuration est devenu complet, et les plaies se sont cicatrisées. La cuisse et le genou présentaient encore une tuméfaction due aux parties molles et aux os gonflés. La jointure du genou a conservé un certain degré d'ankylose. La peau qui avait exhalé souvent l'odeur du pus, et qui s'était couverte d'un enduit sale, gras, terreux, s'est débarrassée de cette couche insolite par une sorte de desquamation. L'embonpoint primitif et les forces sont revenus. Le malade a recouvré une santé parfaite, à part un certain degré d'ankylose du genou.

Telle est l'histoire de ce fait, qui prouve la curabilité de la phlébite diffuse et suppurative à la suite d'une saignée, à la condition que le pus porté dans le torrent de la circulation s'élimine par les émonctoires naturels et par des abcès dans les articulations ou dans les chairs, mais sans donner lieu à des abcès métastatiques dans les viscères.

Cette observation se recommande à l'attention du praticien appelé à traiter un abcès par congestion, et qui éprouve le besoin de combattre l'altération et la fétidité du pus, résultant de l'introduction de l'air. Avant la méthode des injections iodées, on avait proposé de combattre cet accident par des injections émollientes ou aromatiques, ou additionnées d'eau de saturne. En cas d'empêchement à l'emploi des injections iodées, je propose d'introduire à demeure une canule de gomme élastique percée de trous de distance en distance et enduite d'onguent napolitain. L'ouverture de la canule, que l'on assujettit convenablement, est maintenue béante ou fermée au gré du chirurgien; elle laisse écouler le pus dans un vase placé à demeure, s'il y a lieu.

L'onguent napolitain exerce ici une action antiputride sur le pus, ainsi que nous l'avons exposé plus haut. Il sert donc à prévenir et à combattre avec efficacité l'altération et la fétidité du pus, lesquelles ont habituellement une suite funeste. C'est là un fait aussi heureux que singulier, mais bien des fois constaté dans le cours d'une longue suppuration.

Une autre circonstance qui donne encore quelque intérêt à cette observation, c'est la substitution si avantageuse des canules aux sétons dans le cas de suppuration abondante dans les chairs profondes du membre abdominal. C'est là un procédé dont l'idée a été empruntée à la pratique d'un de nos excellents maîtres, M. le professeur J. Cloquet.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose des pièces suivantes:

1° Rapports par des médecins inspecteurs d'eaux minérales; savoir:

M. Barrié, sur les eaux de Bagnères-de-Luchon;
M. Subervic, sur les eaux de Bagnères-de-Bigorre;
M. Chapelain, sur les eaux de Luxeuil;
M. de Crozant, sur les eaux de Pougues;
M. Bailly, sur les eaux de Bains;
M. Doux, sur les eaux de Gréoulx;
M. Pigtowski, sur les eaux du Vernet;
M. Calvet, sur les eaux de Sylvanès et Camarès;
M. Privat, sur les eaux de La Malou et Villecelle;

2° Une demande d'autorisation pour l'exploitation d'une nouvelle source sulfureuse découverte à Belleville, près Paris;

3° Deux rapports sur les épidémies, l'un de M. Tuelfert, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbelliard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Bethancourt pendant les quatre derniers mois de l'année 1851: l'autre de M. Huard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Metz, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné à Plesnois pendant les mois de février, mars et avril de cette année;

4° Tableau des vaccinations pratiquées par M. Hullin (de Mortagne) en 1851.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Affection calculeuse.

M. Carron du Villars adresse des recherches statistiques sur la fréquence des calculs vésicaux dans l'île de Cuba. (Commissaires: MM. Malgaigne et Velpeau.)

Chloroforme.

M. Plouviez adresse un mémoire, intitulé: *De l'art d'employer le chloroforme pour déterminer l'insensibilité.* (Commission du chloroforme.)

Vaccine.

M. Adde Margras (de Nancy) adresse un mémoire sur la vaccine et la revaccination. (Commission de la vaccine.)

Vapeurs de térébenthine.

M. Chevandier, de Die (Drôme), envoie un mémoire sur l'application des bains de vapeurs de térébenthine au traitement du rhumatisme chronique, de la goutte, des ankyloses, de l'aménorrhée, de la gonorrhée invétérée, etc., etc. (Commissaires: MM. Boulay, Bouvier et Gibert.)

Aphonie.

M. Delioux, médecin de la marine à Rochefort, envoie un mémoire sur le traitement de l'aphonie par l'éther.

Délire.

M. Liégey adresse une observation de délire ayant revêtu successivement diverses formes. (Renvoyé à l'examen de M. Baillarger.)

Fébrifuge.

M. Giusti, de Tripoli (Syrie), croit avoir trouvé un nouveau fébrifuge composé de nitre et de crème de tartre. (Commission des succédanés du quinquina.)

Instruments articulés.

L'association des fabricants d'instruments de chirurgie adresse une note qui renferme ce qui suit:

« Dans une réponse à notre réclamation, MM. Charrière disent que nos ciseaux n'ont pas été décrits dans les ouvrages classiques et qu'ils ne sont pas un obstacle à leur priorité; ils semblent par là annoncer que nous manquons de preuves: nous croyons devoir donner les suivantes:

» Les ciseaux à articulation libre que nous possédons, M. Samson, fabricant d'instruments de chirurgie, nous a affirmé les avoir fabriqués en 1812, lorsque Percy les fit faire dans la maison sir Henry pour être mis spécialement dans un carquois qui contenait très peu d'instruments et que les chirurgiens de l'armée d'Espagne portaient derrière le dos. Percy voulut que ses ciseaux fussent quatre instruments réunis en un seul, tels que ciseaux, bistouri droit, bistouri boutonné et lithotome du frère Côme.

» En 1843, l'articulation libre a été appliquée au sécateur par M. Bernard, fabricant d'instruments; en 1844, il fit la même application aux ciseaux, sachant bien qu'il n'avait pas la priorité. »

LECTURES.

Configuration asymétrique de la face.

M. Bouvier lit un *Mémoire sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face.*

De ce travail on peut déduire, d'après l'auteur, les propositions suivantes:

1° La dualité symétrique d'un grand nombre d'êtres, ou de parties des êtres organisés, les expose à un genre d'anomalies résultant de l'inégal développement de leurs deux moitiés latérales.

2° Des conditions physiologiques du développement symétrique dérivent les conditions accidentelles du défaut de symétrie latérale.

3° Chez les animaux, le système musculaire fournit un élément important, mais non général, dans l'étiologie de cette malformation.

4° La fréquence de cette anomalie à la face est telle, qu'elle semble la règle, et la symétrie parfaite l'exception.

5° Les causes des asymétries faciales congénitales ou acquises se rapportent généralement à l'arrêt du développement d'une demi-face, produit par une disposition originelle, une maladie ou une influence mécanique, rarement à un excès de développement de la demi-face opposée.

6° Elles agissent en déterminant une inégalité dans le développement du système sanguin à droite et à gauche, et dans la proportion des fluides qu'il charrie; d'où la semi-atrophie relative d'une des moitiés latérales.

7° Les caractères extérieurs des asymétries organiques, de celles de la face en particulier, se déduisent de la réduction en tous sens de la moitié affectée, bien que les formes qui en résultent présentent des variétés produites par des circonstances secondaires.

8° L'état de la région cervicale fournit les moyens de distinguer les inégalités des deux moitiés de la face déterminées par des causes diverses.

9° Cette distinction conduit à fixer le choix des moyens thérapeutiques.

10° La myotomie, pratiquée de bonne heure, est le plus sûr remède à opposer aux progrès de la déformation de la face dans le torticolis par rétraction musculaire.

11° Cette opération n'est presque jamais applicable aux autres espèces étiologiques d'asymétrie faciale, et notamment à celle qu'on peut appeler primitive ou essentielle.

12° Celle-ci est à peu près incurable. Néanmoins, l'art intervient utilement dans cette circonstance pour prévenir la déformation de la région cervicale.

M. Roux présente quelques courtes réflexions sur cette lecture. Suivant lui, M. Bouvier aurait attaché trop d'importance aux causes accidentelles, et n'aurait pas assez tenu compte d'une loi primordiale d'où découleraient tous les faits qu'il a considérés comme des anomalies. Cette loi, c'est l'inégalité native, naturelle des deux côtés symétriques du corps, inégalité qui existe non-seulement dans les formes, mais encore dans les forces, dans la puissance vitale. Je ne sais, dit M. Roux, s'il en est ainsi chez les animaux, mais chez l'homme, le côté gauche est généralement et primitivement plus faible que le côté droit. Cette inégalité naturelle peut expliquer un grand nombre d'anomalies, telles que la faiblesse relative de la vue du côté gauche. Certaines maladies siégent beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite, par exemple les hernies, les varices, le bec-de-lièvre, etc. Ainsi, ce n'est pas seulement une différence de conformation, mais une différence dans le degré des forces elles-mêmes, qui explique cette inégalité congénitale des deux moitiés de la face. M. Bouvier n'a peut-être pas assez approfondi sous ce rapport le phénomène de la dualité.

M. Bouvier convient qu'il a commis une omission, mais cette omission a été volontaire. S'il n'a pas cherché à déterminer quel est le côté de la face qui est le plus souvent réduit, c'est qu'il a pensé que les éléments statistiques manquaient pour la solution de cette question. Il y a, d'ailleurs, des causes qui peuvent changer l'expression de la loi. Un fait, par exemple, dont n'a pas parlé M. Roux, la déviation latérale de la taille, est loin de pouvoir s'expliquer par la prédominance du côté droit sur le côté gauche. Il pense qu'il faut attribuer une grande part de la production de cette difformité à la situation de l'aorte et à son influence sur le développement des vertèbres.

M. Duméril rappelle qu'il existe dans un certain nombre d'animaux vertébrés des exemples très remarquables de ces prédominances de l'un des deux côtés du corps, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche.

RAPPORTS.

Pilules de Blaud.

M. H. Gaultier de Claubry donne lecture d'un rapport sur les pilules de Blaud, qui avait été renvoyé à la commission, il y a plusieurs mois, parce que l'Académie n'était pas édifiée sur la conservation de ces pilules. Cette conservation étant aujourd'hui un fait démontré, la commission propose d'inscrire la formule des pilules de Blaud au Bulletin de l'Académie, afin que ces pilules puissent jouir des bénéfices du décret de mai 1850.

Après un débat assez animé entre MM. Guibourt, Souheiran et Chevallier, qui combattent les conclusions, et MM. Gaultier et Gibert, qui les défendent, l'Académie décide que l'on renverra le vote sur le rapport de M. Gaultier jusqu'au moment où l'Académie sera fixée sur l'interprétation à donner au décret du 10 mai 1850, question dont s'occupe en ce moment le conseil d'administration.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 mai 1852. — Présidence de M. Piobert.

Recherches sur la régénération des nerfs.

M. Waller (de Bonn) continue à communiquer ses élucubrations sur la régénération des fibres nerveuses.

Composition de l'air des piscines, des salles de douches et des étuves de Bagnères-de-Luchon.

M. E. Filhol adresse une note sur la composition de l'air des piscines, des salles de douches et des étuves de Bagnères-de-Luchon.

Les chimistes qui se sont occupés de l'étude des eaux thermales sulfureuses n'ont pas suffisamment dirigé leur attention sur la composition de l'atmosphère dans laquelle respirent les malades qui prennent des bains de piscines, des douches, ou qui séjournent dans les étuves, soit sèches, soit humides.

L'action des émanations sulfureuses n'a pourtant pas été méconnue par tous les médecins. M. Lallemand l'a surtout signalée à l'attention de ses confrères comme un moyen thérapeutique dont on pourrait tirer un parti avantageux dans l'établissement du Vernet. Malgré cela, aucun chimiste n'avait cherché à se rendre compte de l'altération qu'éprouve l'air confiné dans ces salles, et à fixer les médecins par des expériences précises sur l'activité probable de cette atmosphère, sur les bons effets qu'il peut en attendre dans certains cas et sur les dangers qu'elle peut faire courir aux malades dans d'autres. Tel est l'objet des expériences que M. Filhol soumet à l'Académie, et dont il rend compte en ces termes :

« L'air des piscines, des salles de douches et d'étuves est altéré :

» 1° Par l'acide sulfhydrique qui se dégage de l'eau minérale;

» 2° Par le contact de l'eau sulfureuse elle-même, dont l'un des éléments (le sulfure de sodium) absorbe continuellement l'oxygène.

» Le malade qui est placé dans une piscine respire dans une atmosphère très chaude (de 26 à 30 degrés). Cet air dilaté lui fournit à chaque inspiration moins d'oxygène que l'air extérieur.

» L'air des piscines et des douches est, en outre, sensiblement saturé de vapeur d'eau, ce qui doit considérablement amoindrir la transpiration cutanée, et même la transpiration pulmonaire.

» Cet air est plus pauvre en oxygène que l'air du dehors; enfin il contient un peu d'acide sulfhydrique.

» L'acide sulfhydrique qui est versé dans l'air contribue lui-même à l'appauvrir en oxygène; il produit de l'eau et un dépôt de soufre. Ce soufre, très divisé, disséminé dans cette atmosphère humide, pénètre à chaque inspiration dans les organes respiratoires en même temps que l'acide sulfhydrique non décomposé.

» Toutes ces causes concourent à amoindrir l'hématose; elles privent momentanément la peau et les poumons d'une partie de leurs droits, et l'on conçoit sans peine l'état de malaise qu'éprouvent les malades qui y sont soumis. On voit aussi pourquoi ces malades, sortant très réchauffés de cette atmosphère riche en azote, souillée par des vapeurs sulfureuses et saturée d'humidité, sentent se développer en eux une réaction salutaire qui peut, en rétablissant la transpiration dans toute son intégrité, amener la guérison des affections rhumatismales et de plusieurs autres maladies. »

Recherches sur le venin contenu dans les pustules des batraciens.

MM. Gratiolet et Cloëz annoncent avoir constaté par leurs expériences que le principe actif du venin du crapaud est à un faible degré soluble dans l'éther, et très soluble dans l'alcool. Ce n'est donc point, disent-ils, une matière albuminoïde, comme on aurait pu le présumer, d'après l'opinion la plus généralement reçue sur la nature des poisons animaux. Ce poison desséché conserve très longtemps, sinon toujours, ses propriétés vénéneuses.

Dans les inoculations que MM. Gratiolet et Cloëz ont faites, ils ont constaté ce fait intéressant pour les physiologistes, que dans les oiseaux soumis aux expériences, et qui sont morts après des convulsions en sens divers, les canaux demi-circulaires de l'oreille ont toujours été trouvés simultanément remplis de sang.

Iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires des Alpes et des Cévennes.

M. Niepce adresse un mémoire ayant pour titre : *Recherches de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires des Alpes de France et des Cévennes.* L'auteur dit avoir constaté par de nombreux exemples que, si l'absence plus ou moins complète de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires est une cause active de crétinisme et de goître, on ne serait pas fondé à conclure qu'elle en est la cause unique. Il est, en effet, beaucoup de localités où ces deux affections, autrefois si nombreuses, ont disparu presque entièrement depuis que l'aisance y a pénétré, sans que la composition de l'air ou des eaux ait été changée.

Action physiologique et thérapeutique des bains de petit-lait.

Le même auteur adresse un mémoire sur l'action des bains de petit-lait. Après avoir annoncé que ces bains avaient produit d'excellents résultats dans un grand nombre d'affections nerveuses, il dit avoir constaté, depuis, qu'ils sont également efficaces contre diverses maladies du cœur, et en particulier dans les palpitations nerveuses.

Ayant remarqué, dit-il, que chez la plupart des malades, alors qu'ils étaient plongés dans le bain de petit-lait, le pouls s'abaissait d'une manière très notable, au point de ne donner quelquefois que 34 pulsations, j'ai observé avec soin l'état de la circulation chez tous les malades.

Les observations recueillies sur 217 malades qui ont fait usage des bains de petit-lait pendant les années 1849, 1850 et 1851, m'ont donné les résultats suivants :

Chez 69 malades, le nombre des pulsations s'est abaissé à 34; chez 93, à 38; chez 31, à 42; chez 24, à 45.

Il attribue en partie cet effet sédatif sur la circulation à l'acide lactique.

Chronique et nouvelles.

Service de santé de la marine. — Le *Moniteur* du 17 de ce mois renferme le décret suivant :

Art. 1er. — Les jeunes gens qui désirent être admis à étudier dans les écoles de médecine navale, ou à prendre part au concours pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de 3e classe de la marine, devront justifier jusqu'au 1er octobre 1855 soit du titre de bachelier ès lettres, soit de celui de bachelier ès sciences.

A dater du 1er octobre 1855, nul ne sera admis à étudier dans les écoles de médecine de la marine, ou à concourir pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de 3e classe, s'il n'est pourvu du diplôme de bachelier ès sciences.

Art. 2. — Le ministre secrétaire d'Etat de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 15 mai 1852.

— L'auteur de l'article sur la *préparation de l'acide [illegible] par sublimation* inséré dans notre numéro du 11 de ce mois est M. J. Delagrave, interne en pharmacie à l'hôpital Sainte-Marguerite, et non M. Delagarde.

— M. Flourens ouvrira mardi prochain, 25 mai, à midi précis, au Muséum d'histoire naturelle, son cours de physiologie comparée, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

— Nous avons reçu de notre savant collaborateur M. le docteur Fleury une lettre qu'il nous est impossible de publier aujourd'hui.

Bulletin bibliographique.

De l'emploi des eaux minérales de Pougues dans le traitement de quelques affections chroniques de l'estomac et des organes génito-urinaires, par le docteur L. de Crozant, médecin inspecteur des eaux de Pougues, membre de la Société de médecine du département de la Seine, lauréat de l'Académie de médecine. — Paris, Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité de l'amaurose, ou de la goutte sereine, ouvrage contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie, dans des cas de cécité complète, par le docteur Ch. Deval, membre de l'Académie royale de médecine de Madrid, des Sociétés médicales de Marseille, de Poitiers, etc. Un vol. in-8. Prix : 6 fr. 50 c. — Paris, Victor Masson, libraire-éditeur, 17, place de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à St-Germain-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — Paris. De l'expérience en thérapeutique. — Hôpital Cochin (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Clinique départementale. Hernie crurale. Etranglement très considérable. Lésion du mésentère. Réduction suivie de guérison. — Inégalité des deux côtés du corps. — Des pessaires en général. Du pessaire à réservoir d'air en particulier. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 24 MAI 1852.

De l'expérience en thérapeutique.

C'est sous ce titre que nous croyons devoir publier la lettre que nous a adressée M. Fleury et la réponse que nous jugeons convenable d'y faire. Nos lecteurs nous pardonneront sans doute la longueur de cette réponse, en songeant à l'importance de la question qui en fait le sujet; question vieille comme la médecine, mais toujours jeune d'intérêt, parce qu'il est impossible de faire un pas dans la pratique de tous les jours sans se heurter contre les nombreux écueils dont elle est environnée.

Voici d'abord la lettre de M. Fleury :

A monsieur de Castelnau.

Mon cher Aristarque,

Merci, d'abord, pour tout ce que votre article contient d'amical et de bienveillant; merci, ensuite, pour les reproches que vous m'adressez; car je comprends comme vous le rôle de la presse et de la critique.

Mais, « en appréciant l'esprit général qui a présidé à la composition de mon livre,» vous avez soulevé une importante question de philosophie médicale, et en m'accusant « de n'avoir pas su me soustraire assez à une idée régnante très fausse » vous me mettez en demeure de vous adresser quelques lignes qui seront, en même temps, une profession de foi et une rectification.

Je n'admets, en médecine, qu'une seule *méthode* : la *méthode expérimentale.*

Cette *méthode,* quant à la thérapeutique, peut être appliquée au moyen de deux *procédés* différents : le *procédé empirique* et le *procédé dogmatique.* Tous deux reçoivent leur sanction définitive de la *clinique.*

Le *procédé empirique* ne tient compte que du *fait brut,* abstraction faite de toute explication doctrinale, de toute relation avec aucun autre fait physiologique ou pathologique; lorsque l'observation, la *clinique,* a démontré l'efficacité du *médicament empirique,* le praticien est tenu de lui accorder droit de domicile dans la thérapeutique, et souvent il s'estime fort heureux de recourir à ce *traitement empirique*, tout en regrettant de ne pouvoir se rendre compte de son *mode d'action.*

Le *procédé dogmatique* administre le médicament en se fondant, *à priori,* sur des faits antérieurement acquis et sur des rapports logiquement établis entre l'action de la substance administrée et certains phénomènes de physiologie et de pathogénie. La *clinique* intervient alors; si elle donne tort à la doctrine, tout est dit; le médicament doit être rejeté; si elle lui donne raison, la thérapeutique s'enrichit d'un nouveau *traitement scientifique.*

Je n'ai pas besoin d'ajouter que des découvertes ultérieures transforment parfois le *traitement empirique* en *traitement scientifique.*

Au point de vue de l'*art* cette division n'a aucune importance, car l'art ne s'occupe que d'une seule chose : *la guérison,* sans s'inquiéter ni du *pourquoi,* ni du *comment.* Il n'en est pas de même au point de vue de la *science.*

Maintenant, nierez-vous qu'il soit à désirer que la *science* se substitue le plus possible à l'*art,* en médecine (1)? Préférez-vous la thérapeutique empirique à la thérapeutique scientifique (2)? Pensez-vous que le traitement empirique de la fièvre intermittente ait perdu quelque chose à la mise en lumière des effets exercés par le sulfate de quinine sur la rate (3)?

Au nombre des causes qui ont maintenu jusqu'à présent l'hydrothérapie « en état de suspicion dans l'esprit d'un grand nombre de praticiens», vous rangez, avec raison, l'ignorance, l'industrialisme de son inventeur et de plusieurs de ceux qui l'ont appliquée après lui, l'absence de faits nombreux offrant toutes les garanties désirables de science et de bonne foi; mais pensez-vous que la partie dogmatique n'a exercé aucune influence sur les esprits (4)? Les hommes les plus recommandables n'ont-ils pas été, *à priori,* découragés, repoussés par les opinions émises quant à la pathogénie, aux crises, à l'action exhorétique, élim[illegible]e, etc. (5)? Le principal reproche adressé à l'hydroth[illegible]e empirique par M. Roche, à l'Académie, n'était-il [illegible] « *reposer sur* [illegible]ue; mais *une doctrine chimérique en désaccord avec toutes nos connaissances physiologiques et pathologiques* (6)? »

Vous reconnaissez vous-même que c'est en *expérimentant sur l'homme sain* qu'il m'a été possible d'élucider la question des éruptions prétendues critiques; croyez-vous que ces recherches soient sans importance pour la thérapeutique, alors même que celle-ci serait aussi empirique que vous pouvez le désirer (7)? Aurais-je pu par toute autre voie établir les *lois* suivant lesquelles le froid agit sur l'organisme vivant, et la connaissance de ces lois est-elle sans utilité pour la thérapeutique (8)? Les faits que j'ai produits, et que vous voulez bien admettre comme décisifs, perdent-ils de leur valeur parce que je les ai rapprochés des notions les plus positives de la physiologie et expliqués par elle (9)? Niez-vous la révulsion par modification de la circulation (10)? Admettez-vous que la résolution est un phénomène d'absorption interstitielle, que le système circulatoire est le principal agent de l'absorption (11) et que l'hydrothérapie exerce une action puissante sur ce système (12)?

Un dernier mot pour terminer.

Je n'ai jamais appelé *effets physiologiques* les fourmillements, les soubresauts, etc., produits par la strychnine chez l'homme sain ou malade.

Vous dites : « Il n'y a d'effets physiologiques que ceux qui font partie du jeu régulier des fonctions. » Ici permettez-moi de vous montrer que nos opinions se rapprochent beaucoup plus que vous ne le pensez, car voici comment je m'exprime à la page 112 de mon livre :

« Les beaux travaux qui dans ces dernières années ont jeté une si vive lumière sur la *physiologie hygique* ont fait naître une science corrélative, la *physiologie pathologique*, et celle-ci à son tour doit conduire nécessairement à la *physiologie curative,* c'est-à-dire à des méthodes thérapeutiques qui, pour maintenir ou rétablir l'état organique et fonctionnel qui constitue la santé, s'adresseront à des *agents dont l'action est plus puissante, plus certaine et mieux déterminée que celle de la plupart des agents médicamenteux,* c'est-à-dire aux *fonctions elles-mêmes de l'organisme.* »

Agréez, etc. L. Fleury.

Réponse.

Mon cher auteur,

A votre exemple, je dois vous remercier avant tout d'avoir su comprendre les véritables devoirs de la presse, d'avoir senti que les premiers amis du critique sont ses lecteurs, et qu'il leur doit l'expression sincère de ses sentiments en échange de la confiance dont ils veulent bien l'honorer. J'ai besoin d'espérer que vous ne perdrez pas ces principes de vue en me lisant, pour répondre, dans toute la sincérité de mes convictions, à la lettre que vous m'avez adressée.

Vous n'admettez, dites-vous, qu'une seule méthode en médecine, la méthode expérimentale. Mon opinion est tellement conforme à la vôtre touchant cette proposition capitale, que toute réponse de ma part aurait été inutile si votre lettre s'était bornée à une pareille profession de foi. C'est donc sur les commentaires dont vous la faites suivre que porteront uniquement mes observations. Ces commentaires ont d'ailleurs une importance réelle, puisqu'ils sont relatifs à l'application de la méthode que vous préférez.

Par exemple, vous pensez qu'en thérapeutique la méthode expérimentale peut être appliquée suivant deux procédés, l'un *empirique,* l'autre *dogmatique;* là commencent nos dissidences.

Permettez-moi de vous dire d'abord que je ne puis admettre un *procédé dogmatique;* il y a une méthode dogmatique, méthode qui consiste, vous le savez mieux que moi, à partir d'un principe reconnu pour arriver, de conséquences en conséquences, à toutes les applications particulières. Cette méthode est précisément l'opposé de la méthode expérimentale, et ne peut, par conséquent, lui servir de procédé. Je vois bien par les développements, par l'espèce de définition que vous donnez du procédé dogmatique, que ce n'est, à proprement parler, qu'un procédé *analogique;* mais je ne crois pas qu'il soit indifférent de lui restituer sa véritable qualification; c'est son véritable caractère, qui est d'être fondé sur des *analogies*, et, comme vous le dites fort bien, sur des *rapports* qui, bien que *logiquement établis*, ne sauraient jamais conduire à une certitude; car ce n'est certainement pas moi qui vous apprendrai que la logique des analogies, surtout en médecine, n'est pas infaillible. Vous le savez si bien que vous voulez la contrôler par la clinique. Vous devinez facilement que j'approuve fort ce contrôle; mais ce que j'approuve moins, c'est ce que vous ajoutez : « Si la clinique donne tort à la doctrine tout est dit; si elle lui donne raison..., etc. »

Il résulterait de ce système qu'un traitement serait *scientifique* parce qu'on aurait été conduit à l'employer par des considérations plus ou moins logiques, fondées sur une analogie plus ou moins intime. A ce compte, le traitement de Priessnitz était parfaitement scientifique, au moins dans les cas où il réussissait; car il était fondé sur une idée théorique très acceptable, et la clinique lui donnait raison.

N'approuvant pas les prémisses, je ne saurais approuver les conséquences. Je n'admets donc pas comme fondée la distinction que vous faites entre le traitement empirique et le traitement scientifique. Je crois, avec le plus grand observateur de notre époque, que l'empirisme est la seule doctrine (si ce nom peut lui convenir) possible en thérapeutique; mais je ne pense pas que l'empirisme exclue la science; car, après tout, l'empirisme c'est l'expérience; l'expérience, c'est l'observation, et vous savez si l'observation exige de la science et du talent.

J'admets qu'il y a un empirisme grossier qui ne sait pas distinguer les faits les uns des autres, et qui, faute de les distinguer, applique aveuglément à tous les cas ce qui ne conviendrait qu'à quelques-uns. J'admets qu'il y a un empirisme plus éclairé que l'illustre auteur auquel j'ai fait allusion a sans doute voulu désigner par le nom d'*empirisme rationnel;* mais entre l'un et l'autre de ces empirismes, il n'y a pas différence de nature, il n'y a que différence de progrès. Cela est si vrai, que, malgré le progrès considérable que vous avez imprimé au traitement hydrothérapique, vous êtes vous-même convaincu, et vous le dites, qu'on portera ce progrès plus loin encore; ce qui veut dire sans doute qu'on appliquera l'hydrothérapie à des cas différents de ceux où on l'a appliquée jusqu'à ce jour, ou bien qu'on s'en abstiendra, ou qu'on l'appliquera différemment dans ceux où on l'a appliquée sans succès; ce qui veut dire, en un mot, que l'empirisme rationnel que vous faites peut devenir plus rationnel encore.

Ce qui précède doit vous faire pressentir ce que je pense de la distinction que vous établissez entre la science et l'art, et je crois me rappeler d'ailleurs qu'il en a été quelquefois question entre nous. Il peut y avoir de l'art en médecine opératoire. Je n'admets pas qu'il y en ait en thérapeutique médicale. Administrer un médicament d'après des règles tracées par l'observation, c'est faire de la science, que ce médicament soit de l'eau ou du sulfate de quinine. Administrer ce médicament au hasard ou en se fondant sur des analogies plus ou moins réelles, c'est faire de l'expérimentation, c'est-à-dire de la science encore si l'expérimentateur est un homme intelligent, et du gâchis s'il manque d'intelligence.

Ces préliminaires, mon cher auteur, me paraissent répondre à la plupart des interrogations que vous me faites, et que je me suis permis de numéroter pour rendre mes réponses plus claires et moins longues. Je n'aurai donc pas à insister longuement sur chacune de ces interrogations.

(3) Je ne crois pas que le traitement empirique de la fièvre intermittente ait perdu quelque chose à la connaissance des effets du sulfate de quinine; mais je dois vous le dire bien franchement, je ne pense pas qu'il y ait gagné grand chose non plus. Je ne pense pas surtout que le traitement soit devenu moins empirique depuis que nous connaissons ces effets, et que l'action du puissant fébrifuge soit beaucoup mieux connue. Je me flatte même que, parmi ceux qui me lisent, il s'en trouvera beaucoup de mon avis.

(5 et 6) Je crois que la partie dogmatique, ainsi que vous l'appelez, du système de Priessnitz et de ses successeurs n'a contribué qu'excessivement peu à retarder les progrès de l'hydrothérapie. Je le crois d'autant mieux, que l'idée capitale de ce système, celle qui est relative à l'action éliminatrice, si elle est chimérique, ce qui reste à prouver, n'a du moins rien qui soit en

désaccord avec nos connaissances physiologiques et pathologiques. J'ai beaucoup d'estime pour la personne de M. Roche, mais je ne puis vous dissimuler que son autorité comme pathologiste et surtout comme thérapeutiste ne saurait avoir beaucoup d'influence sur mon opinion, et que c'est même avec regret que je vous ai vu l'invoquer.

(7 et 8) J'ai reconnu, comme je me plais à reconnaître toute vérité, que vous aviez démontré, en expérimentant sur l'homme sain, la véritable cause des éruptions prétendues critiques; mais ce que je ne reconnais pas moins, c'est que vous seriez arrivé à la même démonstration en n'expérimentant que sur l'homme malade; c'est que vous y étiez arrivé réellement, comme y seraient arrivés tous vos prédécesseurs s'ils avaient eu une faible partie de l'instruction et de la sagacité que tout le monde vous connaît, et que l'on appréciera plus encore quand on aura lu votre nouvel ouvrage. Toutefois, je n'ai point admis implicitement, comme vous semblez le croire, que vous aviez démontré par vos expériences la fausseté de la doctrine éliminatrice. C'est une question que je me suis gardé d'aborder, parce qu'elle me paraît insoluble et que j'aime peu les discussions sans solution possible. Vous avez détruit un des arguments donnés en faveur de cette doctrine; c'est là tout ce que je devais reconnaître, et tout ce que j'ai reconnu en effet.

(9) Je répondrai à votre neuvième interrogation ce que j'ai répondu à propos de l'action du sulfate de quinine sur la rate : vos observations ne perdent rien à être rapprochées des notions de la physiologie, mais elles ne me paraissent pas y gagner grand'chose non plus, et la thérapeutique y perdrait certainement si on devait la baser sur ces rapprochements, au lieu de se laisser guider par les observations prises directement sur l'homme malade.

(10, 11, 12) Dans vos trois dernières questions, vous agitez pour ainsi dire la médecine et la physiologie tout entières. En posant ces questions, vous étiez certain que je n'y pourrais répondre dans un simple article de journal. Mais je ne puis supposer que vous vous soyez promis un grand avantage pour votre cause de mon silence forcé.

Quand même je vous accorderais la révulsion par modification de la circulation, la résolution par absorption interstitielle et l'action de l'hydrothérapie sur le système circulatoire, il n'en résulterait pas le moins du monde que les douches doivent guérir l'ankylose ou la fièvre intermittente; il n'en résulterait pas davantage qu'on doit baser sur des données ou des analogies plus ou moins physiologiques une classification thérapeutique. Si vous n'aviez apporté, pour réhabiliter l'hydrothérapie, que des considérations de cet ordre, je doute fort que le public médical eût fait un si chaud accueil à votre livre; et je ne crains pas d'ajouter que l'accueil n'aurait pas été moins favorable lors même qu'il n'aurait renfermé que les préceptes et les observations exclusivement thérapeutiques qui s'y trouvent.

Telle est, mon cher auteur, la plus courte réponse que j'aie pu faire, avec le peu de temps qu'il m'a été donné d'y consacrer, à votre réclamation. Puisse-t-elle laisser dans votre esprit, sinon la conviction de l'excellence de mes opinions en fait de méthode thérapeutique, du moins la certitude que les devoirs de la critique sont les seuls auxquels je sacrifie les droits de l'amitié !

M. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — Voir les nos des 14, 26 février; 6, 16, 27 mars; 10, 27 avril et 6 mai.)

Neuvième leçon. — *Du choix et du mode d'application des caustiques dans le cancer.*

Parmi les substances caustiques préconisées à diverses époques contre le cancer, les unes ont été considérées comme douées d'une sorte d'action spécifique sur l'élément cancéreux; d'autres n'ont été recommandées que pour leur puissance désorganisatrice ou pour leur manutention facile; nous allons les passer rapidement en revue, en signalant ce que l'expérience nous a appris sur leur valeur réelle.

1° *Préparations arsenicales.* — La plus célèbre, et celle qui résume toutes les autres, est la poudre de frère Côme. Elle est composée :

Acide arsénieux.	1 partie.
Poudre de cuir brûlé.	1 —
Sang-dragon.	2 —
Cinabre.	4 —

Avec cette poudre, on forme, au moyen d'un peu de salive ou d'eau tiède, une pâte molle que l'on applique sur la partie malade et que l'on maintient en la recouvrant de toile d'araignée ou simplement d'un morceau d'amadou. Ce caustique a un mode d'action tout spécial; il tue les tissus vivants sans les désorganiser; il agit sur les parties recouvertes de l'épiderme aussi bien que sur les surfaces dénudées; il produit une eschare profonde parfaitement circonscrite, dans laquelle les tissus conservent leur texture et leur consistance.

Quelques chirurgiens ont attribué à ce topique une sorte d'action élective contre le cancer; ils le représentent comme susceptible de détruire la production cancéreuse au milieu des tissus sains, et même jusque dans les ganglions lymphatiques. Tout n'est pas absolument faux dans cette idée.

Les productions cancéreuses, en effet, moins vivantes que les tissus normaux, se laissent aussi mortifier plus facilement au contact des agents toxiques proprement dits, c'est-à-dire de ceux qui tuent les tissus organiques sans détruire leur texture; et, d'une autre part, comme il est certain que l'arsenic est absorbé, il ne répugne pas de croire que son action se prolonge jusque sur les molécules cancéreuses contenues encore dans les vaisseaux ou les ganglions lymphatiques.

Cette propriété qu'a l'arsenic d'être absorbé constitue l'inconvénient capital des préparations dont il fait la base. On a signalé de nombreux exemples d'empoisonnements consécutifs à leur emploi.

Vous avez pu voir dans notre service plusieurs cas où, malgré les précautions extrêmes que nous avions prises lors de leur application, ces topiques ont déterminé des accidents sérieux et ont exigé l'emploi de contre-poisons énergiques. Telle est cette femme couchée au n° 3 de la salle St-Jacques, et chez laquelle la poudre de frère Côme, appliquée sur une étendue peu considérable d'un ulcère cancéreux du sein, a déterminé des vomissements, une anxiété précordiale intense et divers autres accidents que nous n'avons pu maîtriser qu'en nous hâtant de neutraliser le poison au moyen du sesqui-oxyde de fer hydraté employé en topique.

Chez cette femme, nous avons constaté que les urines soumises à l'appareil de Marsh fournissaient de nombreuses et larges taches arsenicales. Là ne se bornent pas les inconvénients des préparations arsenicales; elles déterminent encore une inflammation violente dans les parties voisines; celles-ci deviennent rouges, turgescentes et douloureuses à une distance quelquefois considérable du point de l'application du topique; elles semblent parfois être affectées d'un véritable érysipèle. C'est ainsi que chez la malade couchée au n° 19 de la salle Saint-Jacques, et chez laquelle nous avions appliqué la poudre de frère Côme sur un ulcère cancéreux du col utérin, vous avez vu survenir une gonflement considérable de la vulve, qui nous a fait craindre un instant le développement d'un véritable phlegmon. Vous avez pu remarquer un effet analogue chez cette malade couchée au n° 4 de la même salle, et qui, consécutivement à une cautérisation très circonscrite d'un ulcère cancéreux du nez, a présenté un gonflement inflammatoire considérable des joues, des paupières et des lèvres. Il n'est donc pas étonnant que, malgré l'incontestable puissance de ces préparations, beaucoup de praticiens répugnent à en faire usage.

2° *Caustiques alcalins.* — L'ammoniaque et la potasse ne sont plus d'aucun usage dans le traitement des cancers; on leur a substitué le caustique de Vienne, dont la puissance est beaucoup plus considérable, en même temps qu'il est infiniment plus facile à manier.

Ce caustique est composé de potasse à l'alcool, 5 parties; chaux vive, 6 parties. On l'emploie sous deux formes principales : en poudre et en cylindre solide. La poudre de Vienne transformée en pâte au moyen d'un peu d'alcool est d'une application facile. Elle agit avec une rapidité extrême sur les tissus dénudés ou non; l'eschare qu'elle produit excède peu les dimensions du topique. Elle est noire, molle, un peu diffluente même au moment de sa formation; mais elle se dessèche promptement et devient dure. Sa chute se fait en général attendre longtemps.

Le caustique de Vienne en cylindre agit presque aussi rapidement que la poudre; il est surtout utile pour circonscrire une tumeur, pour cautériser au fond d'une cavité.

Sous l'une et l'autre forme, ce caustique est, entre des mains habiles, un agent précieux de destruction. Son action est prompte, énergique, facile à limiter; seulement il s'oppose moins efficacement que certains autres aux hémorrhagies, et l'eschare qu'il détermine se détache avec un peu trop de lenteur.

3° *Chlorures métalliques.* — Parmi les chlorures métalliques, le beurre d'antimoine et le chlorure de zinc sont ceux qui présentent le plus d'intérêt. L'un et l'autre sont extrêmement déliquescents, et désorganisent avec rapidité les tissus animaux avec lesquels ils sont en contact. On les emploie rarement purs, à cause de la difficulté qu'à cet état le chirurgien éprouve à les manier et à limiter leur action. Le plus souvent, on les mélange avec certaines substances qui leur servent de véhicule. Les préparations les plus utiles sont :

1. Les pâtes de Canquoin, dans lesquelles le chlorure de zinc et le chlorure d'antimoine sont en diverses proportions mélangés à la farine de froment;
2. Le caustique à la jujube, composé de chlorure d'antimoine mélangé avec la substance gommeuse des fruits de jujube;
3. Enfin, la pâte de chlorure d'antimoine et d'amianthe.

1° *Pâtes de Canquoin.* — Il y en a deux espèces: la première est composée de chlorure de zinc, 1 partie, et de farine de froment, 1, 2 ou 3 parties, suivant le degré de causticité qu'on veut obtenir; la seconde se compose de chlorure de zinc et chlorure d'antimoine, de chaque, 2 parties, et farine, 3 parties. Ces pâtes sont disposées pour l'usage en lames de 1 à 5 millimètres d'épaisseur. Elles ont l'avantage d'être d'une application facile, de produire peu de réaction, de scarifier profondément les tissus sans fuser sur les parties voisines, de neutraliser puissamment l'odeur fétide des ulcères, de ne point exposer aux hémorrhagies; mais elles ont l'inconvénient de n'agir que sur les parties dénudées, de former des eschares trop durés pour être enlevées facilement et dont on est par conséquent obligé d'attendre la chute pour procéder à une nouvelle application. C'est néanmoins un caustique précieux, surtout dans les vastes ulcères cancéreux accompagnés de fongosités saignantes et de sécrétion ichoreuse fétide, dans les cancers du col utérin, etc. Vous nous en avez vu faire un fréquent usage, et plus d'une fois, sous leur influence, vous avez pu voir des ulcères cancéreux en apparence incurables arriver à cicatrisation. Un des cas les plus remarquables de ce genre est celui d'une femme couchée au n° 27 de l'ancienne salle Saint-Jacques, chez laquelle un énorme cancer du sein droit a été détruit et est resté cicatrisé pendant près de deux ans.

2° *Pâte caustique à la jujube.* — Cette pâte, composée de chlorure de beurre d'antimoine, 3 parties; gomme arabique en poudre, 1 partie; jujube, 2 parties, présente toutes les propriétés de la pâte de Canquoin, et s'emploie dans les mêmes circonstances; elle a même sur cette dernière l'avantage d'être plus malléable, de pouvoir en conséquence se prêter plus facilement aux diverses exigences des ulcérations cancéreuses; l'eschare qui en résulte est plus profonde et mieux circonscrite, sa formation est plus rapide, elle se détache avec plus de promptitude. Vous nous l'avez vu employer avec succès dans les ulcères cancéreux de la face, et surtout dans le cancer de l'utérus.

3° *Pâte d'amianthe et de chlorure d'antimoine.* — La farine, la gomme, la jujube, employées comme véhicule du beurre d'antimoine, neutralisent une partie de l'action caustique du chlorure d'antimoine; il en résulte que ces différentes pâtes sont insuffisantes pour détruire les parties recouvertes d'épiderme; en mélangeant le caustique avec l'amianthe en poudre, on obtient un topique d'une puissance plus considérable et d'une application facile.

Comme la poudre de Vienne, on peut l'appliquer sur toute espèce de tissus. L'eschare qui en résulte est prompte à se former : elle est profonde, parfaitement circonscrite et se détache avec promptitude. Sous l'influence de ce caustique, le sang se coagule dans les vaisseaux, et les hémorrhagies sont beaucoup moins à craindre que dans l'emploi des caustiques alcalins. Vous nous avez vu faire usage de cette pâte dans plusieurs circonstances, et notamment dans un cas de morsure de chien enragé. Nous avons toujours eu lieu de nous féliciter de son emploi.

4° *Des acides minéraux.* — Malgré leur énorme puissance destructive, les acides minéraux étaient jusque dans ces derniers temps restés exclus du traitement du cancer; les essais nombreux qu'on avait tentés pour en faciliter l'application étaient restés infructueux par la difficulté qu'on éprouvait de circonscrire leur action. Aujourd'hui ces obstacles n'existent plus. Au moyen de mélanges habilement combinés avec des substances inertes, on est parvenu à maîtriser leur action et à la circonscrire.

M. Velpeau a tiré de grands avantages d'une pâte caustique composée d'acide sulfurique uni au safran.

M. Rivaillié a obtenu d'heureux résultats de ce qu'il appelle l'acide *nitrique solidifié* et qui n'est autre chose qu'une pâte formée d'acide nitrique monohydraté et de charpie.

Ces différentes préparations ne répondent toutefois que d'une manière incomplète aux exigences de la pratique. Si leur action est puissante, il n'est pas toujours facile de la limiter exactement, et vous avez pu voir que, malgré les plus grandes précautions, ces agents énergiques ont quelquefois dépassé d'une manière nuisible les limites dans lesquelles nous avons essayé de les circonscrire : tel est le cas de la malade couchée au n° 22 de la salle Saint-Jacques, chez laquelle nous avons opéré une tumeur squirrheuse du sein droit au moyen de l'acide nitrique préparé d'après la formule de M. Rivaillié. Toutes nos précautions n'ont point empêché le caustique de s'étendre au loin sur les parties saines et de former une escbare plus étendue qu'il n'était nécessaire. Pour obvier à ces inconvénients, nous avons eu l'idée de former une pâte caustique en mélangeant les acides minéraux avec l'amianthe réduit en poudre.

Il est résulté de ce mélange une pâte molle, d'une application facile, dont l'action caustique ne s'étend jamais au delà du lieu précis de son application, et qui de plus possède une puissance énorme, et l'amianthe, en sa qualité de véhicule inerte ne neutralise aucune partie de l'agent destructeur, et laisse celui-ci produire son action tout entière sur les tissus.

Parmi les acides minéraux, il n'en est que trois dont nous fassions un usage fréquent. Ce sont : l'acide nitrique monohydraté et l'acide sulfurique concentré.

Ce n'est que dans les circonstances exceptionnelles que nous employons l'acide chlorhydrique, lors, par exemple, que l'ulcère cancéreux, déjà détruit profondément par des cautérisations énergiques ou par l'instrument tranchant, ne présente plus que quelques points superficiels affectés de la maladie première. Vous avez eu sous les yeux un bel exemple de cette cautérisation chez cette femme dont la cavité utérine était le siége de végétations cancroïdes considérables. Après avoir détruit les fongosités par la rugination, nous avons employé l'acide chlorydrique pour badigeonner les surfaces malades, et détruire ainsi ces productions jusque dans leurs racines.

1° *Acide nitrique monohydraté.* — Cet acide, en se combinant avec les tissus organiques, les détruit rapidement et les transforme en une pulpe molle que l'on peut enlever avec la spatule. Cela permet de réitérer chaque jour les applications, et de détruire ainsi rapidement les tumeurs les plus volumineuses par l'action de cet acide; le sang se coagule dans les vaisseaux, les os eux-mêmes deviennent mous et friables. Le seul inconvénient qu'il présente est de répandre des vapeurs nitreuses désagréables; mais cet inconvénient est amplement compensé par ses nombreux avantages. Nous l'employons souvent pour détruire les tumeurs encéphaloïdes d'un volume considérable. Seulement, ainsi que nous l'avons déjà dit, nous avons soin, pour l'appliquer sans crainte d'accident, de la mélanger avec l'amianthe. Il résulte de ce mélange une pâte molle, facile à manier, qui conserve toute l'activité de l'acide pur, et produit une escbare jaune profonde, friable et parfai[illegible]ent circonscrite.

2° *Acide su[illegible]rique concentré.* — Ce caustique a peut-être une action [illegible]ante encore que le précédent. Il ne

répand point de vapeurs; mélangé à l'amianthe, il est d'un maniement facile. L'eschare qu'il produit est grisâtre, profonde, parfaitement circonscrite, et s'enlève assez facilement avec la spatule, à la condition qu'il ne soit pas encore complétement desséché.

C'est notre caustique de prédilection, celui dont nous nous servons le plus volontiers pour détruire les tumeurs dures et volumineuses. Il possède tous les avantages de l'acide nitrique monohydraté, sans en avoir les légers inconvénients.

D[r] Alexis FAVROT.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hernie crurale. — Etranglement très considérable; lésion du mésentère. — Réduction suivie de guérison.

M[me] C..., âgée de quarante-deux ans, demeurant à Darnétal, près Rouen, s'aperçut il y a huit ou dix ans qu'elle était atteinte d'une hernie du côté droit (c'était une hernie crurale). Depuis quatre ans, se sentant plus incommodée, elle s'était décidée à porter un bandage. Le plus souvent la tumeur rentrait complétement; quelquefois le contraire avait lieu, mais alors le bandage gênait la malade, et elle se hâtait d'achever la réduction; en un mot, on avait affaire à une hernie inguinale réductible.

M[me] C... passa auprès d'un malade la nuit du 5 au 6 mai. Quoique mal disposée, elle déjeuna; puis, à deux heures de l'après-midi, elle mangea à son dîner des aliments d'une digestion difficile. Bientôt après elle fut prise de coliques, s'administra du thé en grande quantité, et vomit. Après le repas, qui la rendit malade, M[me] C... avait retiré son bandage, la hernie sortit pendant les efforts du vomissement; cependant il y eut, après cette sortie de l'intestin, deux selles sollicitées par des lavements, et M[me] C... pense que sa hernie ne s'est étranglée que dans la nuit du 6 au 7. N'est-il pas plus probable que l'étranglement eut lieu le 6 vers les quatre heures, et que les vomissements, au lieu d'être une cause, ont été un effet?

Quoi qu'il en soit, M. Lodieu, médecin du pays, constata dans la nuit l'étranglement et tout le cortége des symptômes habituels. Tous les moyens ordinaires furent employés. M. le docteur Saint-Evron (de Rouen) vit la malade le vendredi 7 au matin. Il constata une hernie crurale étranglée du volume d'une très grosse noix, avec vomissements opiniâtres, coliques, affaiblissement des forces, etc., etc. On convint de tenter l'application de la glace, et d'attendre jusque dans l'après-midi.

A ce moment, M. Saint-Evron s'adjoignit son confrère M. Bouteiller fils. Les trois consultants furent d'avis de ne pas attendre plus longtemps, quoiqu'il y eût au plus vingt-quatre heures d'étranglement, et l'opération fut faite sur-le-champ.

Voilà ce qu'elle offrit de particulier.

Après une dissection attentive, on arriva à l'intestin hernié: il était lisse, rouge, mais cette couleur était peu foncée. Il n'était point épaissi, toutes circonstances favorables que l'on devait à l'époque choisie pour opérer. Un instant, on crut ne pas être arrivé encore à l'intestin, parce qu'un signe précieux manqua complétement, c'est-à-dire qu'il ne sortit pas une goutte de liquide quand le sac fut ouvert. Cependant, il en contenait au moins plus d'une cuillerée à café, qui ne sortit qu'après la complète réduction de l'intestin. Le sac n'était ouvert qu'à sa partie antérieure; le liquide avait pu être retenu profondément dans le sac par l'organe hernié faisant bouchon, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Une seconde particularité est la suivante: l'étranglement était énorme; il fut impossible à l'opérateur d'introduire le bout de son petit doigt; il dut donc introduire une sonde cannelée mousse avec arrêt, encore le fit-il avec peine; alors, pendant qu'il la maintenait, son confrère glissa dans la cannelure un bistouri boutonné très étroit et très fin, ce qui permit un commencement de débridement, qui, pour le dire de suite, fut fait directement en haut. Alors, M. Saint-Evron introduisit à deux reprises le petit doigt et acheva en deux fois le débridement vers le haut également, mais chaque fois à côté de ce qui avait déjà été fait, de sorte qu'il y eut débridement multiple, comme le veut le chirurgien du Midi, M. Vidal (de Cassis), surtout pour la hernie crurale.

Mais, malgré toutes les précautions lors de l'introduction de la sonde cannelée, le mésentère avait été lésé, tant l'étranglement était serré. Il offrait une petite plaie donnant un peu de sang coulant en nappe. Ses bords irréguliers démontrèrent que cette petite plaie avait été faite par contusion et non par section, c'est-à-dire par la sonde et non par le bistouri.

Devait-on se laisser effrayer par cette circonstance, ne pas réduire et perdre ainsi le bénéfice d'une opération faite dans un temps si opportun et heureuse sous tous les autres rapports? Non, sans doute; et quoique l'écoulement de sang n'eût pas cessé complétement, la réduction fut faite. Le lieu qu'occupait la plaie; la petite quantité de sang que l'on constata en observant l'écoulement pendant cinq à six minutes; enfin la pensée que ce suintement diminuerait encore pour cesser bientôt tout à fait quand l'organe, rentré dans l'abdomen, jouirait d'une circulation plus libre et exempte de l'influence mauvaise exercée par la compression actuelle: telles furent les principales raisons qui firent agir l'opérateur comme il le fit.

A partir de la réduction, tout se passa de la manière la plus favorable. Cependant, ce ne fut que quatre jours après l'opération que la malade rendit des matières fécales; jusque-là il n'y eut qu'une émission de gaz presque continuelle. Des lavements légèrement purgatifs triomphèrent de cet arrêt de matières fécales endurcies, et aujourd'hui, 21 mai, la malade se lève et mange; on peut la considérer comme guérie.

Cette observation mérite de fixer l'attention surtout à cause de l'innocuité de la plaie mésentérique; mais, sans cette circonstance, elle eût encore été utile à connaître, parce qu'elle offre un exemple de plus de l'intérêt qu'il y a à ne pas attendre trop tard pour faire l'opération, et, d'autre part, parce que c'est un exemple de l'utilité du débridement multiple. Ajoutons, en terminant, que l'auteur de la méthode du débridement multiple, M. Vidal, a pris soin de signaler l'indication spéciale rencontrée par MM. Saint-Evron et Bouteiller fils. On lit dans le *Traité de pathologie externe*, page 502: « dans la hernie crurale, l'étranglement est toujours serré »; là il était extraordinairement serré. « Le débridement est difficile. Le débridement multiple pratiqué avec le bistouri mousse sur une spatule cannelée se présente ici avec tous ses avantages. » Dans le cas ci-dessus, il a fallu une sonde cannelée, la spatule eût encore produit plus de désordres que ne l'a fait la sonde.

Inégalité des deux côtés du corps.

Quoique M. Bouvier ait eu soin de déclarer, en terminant sa lecture à la dernière séance de l'Académie de médecine, qu'il n'avait pas la prétention de présenter comme nouvelles toutes les propositions renfermées dans son mémoire, nous ne croyons pas devoir refuser l'insertion de l'article suivant, publié dans le numéro du 1[er] mars 1835 du *Journal de Santé*.

A la première vue, les deux moitiés du corps humain paraissent absolument identiques; mais c'est là une de ces erreurs que le scalpel a constatées, puis détruites. Sans préambule, allons au fait: un rapide dénombrement des organes démontrera quelle dissemblance existe entre l'homme droit et l'homme gauche.

Côté droit du corps. — Au côté droit du corps on trouve le foie, d'où provient la bile; le pylore ou *portier de l'estomac*, la vésicule du fiel, la veine cave et le tronc de la veine porte (*porta malorum*), de même que le colon ascendant, siége fréquent de *coliques*. Le poumon droit est plus gros que le gauche, outre qu'il est divisé en trois lobes, tandis que le gauche n'en a que deux; le sang artériel destiné au bras droit ainsi qu'au côté droit de la face et du crâne naît de l'aorte (ou grosse artère) par un vaisseau unique, tandis que les deux artères analogues du côté gauche y sont isolées dès leur origine: or il résulte de cette disposition, d'après les lois de l'hydrodynamique, que le cours du sang artériel a plus de vélocité au côté droit. A droite également, la veine jugulaire est plus grosse; les sinus veineux du cerveau sont plus évidents, et les rainures osseuses logeant ces sinus plus profondes. Le côté droit est aussi, comme chacun sait, le plus fort et le plus agile: cette inégalité originaire s'étend même quelquefois à la puissance de l'ouïe et de la vue, à la largeur des prunelles ou pupilles, etc.

Côté gauche du corps. — Quoique le cœur soit à gauche, le côté gauche n'est pas celui qui en reçoit le plus de sang. Le cœur, en effet, envoie le sang artériel dans un canal unique, qui ensuite, par mille canaux secondaires, le répartit sans préférence dans chaque organe, et c'est dans ce fluide vital que les organes puisent leur nourriture, leur chaleur, les éléments de leurs travaux, la réparation de leurs pertes comme de leurs fatigues. Toutefois, le cœur et son enveloppe membraneuse (le péricarde) sont à gauche; l'estomac et le bas de l'œsophage sont à gauche, de même que l'étroite ouverture de l'estomac (le cardia), bouche sensible, où les aliments trop chauds ou trop peu divisés font éprouver de vives souffrances. La rate aussi est à gauche; à gauche est l'aorte, ainsi que la veine *azygos*, ce merveilleux moyen de communication de la veine cave supérieure avec l'inférieure, dans le cas où l'une de ces veines sera oblitérée ou entravée. A gauche se trouve également le *canal thoracique* ou réservoir de la lymphe, à laquelle se trouve mêlé le chyle résultant de la digestion: ce canal verse ensuite ce chyle et cette lymphe dans la veine qui revient du bras gauche, puis cette veine le porte dans le côté droit du cœur, qui le jette à son tour dans les poumons, et les poumons en font du sang nouveau en le mariant mystérieusement à l'un des éléments de l'air, cet air qui ne cesse de les abreuver et de les distendre. Il n'y a pas jusqu'aux nerfs *récurrents*, destinés au larynx, qui ne diffèrent des deux côtés: celui du côté gauche entourant la crosse de l'aorte, d'où résulte de vives douleurs au cou lorsque cette artère se trouve dilatée dans le cas d'anévrisme, tandis que le nerf récurrent droit embrasse l'artère destinée au bras droit, ce qui semble enchaîner l'un à l'autre les gestes et la voix.

Prépondérance du côté droit et quelle en peut être la cause. — La prépondérance du côté droit sur le gauche n'est pas douteuse. Les muscles situés à droite du corps sont plus gros, plus forts, plus agissants; les os eux-mêmes sont un peu plus gros, et les inégalités servant à l'insertion des fibres musculeuses en sont plus prononcées. Les nerfs aussi ont un peu plus de volume, de même que les veines et les artères: le pouls, en conséquence, a plus de force à droite, au bras, au cou, à la cuisse. En plaçant le *pulsomètre* sur les artères des deux bras, on peut vérifier que l'instrument marque ordinairement un ou plusieurs degrés de plus à droite. Si l'on fait marcher une personne après lui avoir bandé les yeux, on s'aperçoit bientôt qu'elle suit une ligne qui dévie sensiblement à gauche tant le côté droit prédomine sur l'autre. Mais d'où cela provient-il? Serait-ce le résultat de l'organisation primitive, disposition transmise des pères aux enfants par hérédité? ou bien le surcroît de volume et d'énergie des organes du côté droit serait-il l'effet de l'habitude où nous sommes presque tous d'exercer plus fréquemment ces organes?

Quant à cette influence de l'exercice réitéré ou de l'habitude, nous la regardons comme bien réelle. Toutefois, elle n'est pas la seule, puisque nos deux jambes qui agissent autant l'une que l'autre sont pourtant presque aussi inégales que nos deux bras. Les habitudes sociales et l'éducation première n'ont guère d'empire que sur les parties supérieures du corps, les seules qui se laissent aller à l'ascendant de la politesse et de l'imitation. Comme c'est toujours du bras droit que l'enfant apprend d'abord à faire usage, il en résulte qu'on réduit presque à l'inertie les muscles de son bras gauche; vous l'obligez de la sorte à n'agir que d'une main, et vos exemples unis à vos leçons paralysent pour ainsi dire l'un de ses petits membres. C'est ainsi que la plupart des enfants deviennent *droitiers* à l'exemple de ceux qui les instruisent. Voilà donc déjà une des causes probables de la prépondérance du côté droit; à présent cherchons-en de plus puissantes dans les commencements de l'organisation, de même que dans les habitudes de la vie.

Le squelette de l'homme, comme celui des animaux des classes supérieures, est primitivement formé de deux parties séparée, l'une droite et l'autre gauche, et ce n'est que par degrés insensibles que ces deux moitiés d'homme se réunissent l'une à l'autre pour ne former qu'un corps unique. Des traces de cette dichotomie originaire subsistent encore après la naissance: c'est ainsi que les os du crâne ne sont alors qu'imparfaitement réunis, comme le prouvent les fontanelles; les pubis sont encore mous, les lèvres quelquefois fendues; le palais parfois est divisé, et les organes génitaux mâles, pour n'être pas entièrement suturés, paraissent quelquefois équivoques. Lorsque la nature oublie d'accomplir cette réunion mitoyenne ou médiane, cela donne lieu à des difformités dont la liste serait innombrable. Il peut aussi arriver que l'une des moitiés du corps se développe beaucoup plus que l'autre et au détriment de celle-ci: nouvelle source d'inégalité entre les deux moitiés droite et gauche du corps.

Après cela, si nous nous représentons quelle est la position du fœtus dans le sein maternel, peut-être trouverons-nous en cela fertile matière à conjectures.

Presque toujours le fœtus, de même que le berceau charnu qui le nourrit, qui le renferme et le protége, repose sur le côté droit; il a de plus la tête en bas, les pieds en haut et la face tournée en arrière. Or dans cette situation, qui est favorisée par celle que la mère prend durant le sommeil, on conçoit que le sang, comme tous les fluides qui émanent du sang, a de la propension à se diriger plutôt à droite qu'à gauche. Aussi les organes du jeune être sont-ils plus injectés et colorés du côté droit, et je ne mets pas en doute que cette circonstance n'influe assez puissamment sur le surcroît de volume des organes du côté droit. Un autre résultat du même fait, c'est l'engorgement du cerveau du fœtus vers le côté droit principalement: injection sanguine qui a pour conséquence la débilité des muscles du côté gauche.

Ainsi donc, la situation du fœtus dans le sein de sa mère, la circonstance d'être né de deux êtres ayant eux-mêmes le côté droit prépondérant, l'influence de la première éducation et de l'exemple, l'ascendant de l'instinct d'imitation, la différence déjà indiquée des artères se distribuant aux deux côtés du corps, enfin l'énergie acquise par un plus fréquent exercice, telles sont les principales causes de la prédominance du côté droit.

Il nous resterait à iudiquer l'influence de l'habitude où sont presque tous les adultes de s'endormir inclinés sur le côté droit: nous traiterons ce dernier point dans un autre article.

Maladies ou défauts qui affectent plus fréquemment l'un des côtés du corps. — Le côté droit est plus souvent atteint d'inflammations, d'hémorrhagies, de coup de sang, d'apoplexie, de fluxion de poitrine, de bourdonnements d'oreilles, de sarcocèle, d'opthalmie; le nez est fréquemment incliné à droite, et l'épaule droite est presque toujours la plus grosse, etc.

A gauche, au contraire, on observe plus souvent de l'engourdissement, la paralysie, des maux de nerfs, des sciatiques, des ulcères, des varices, des claudications, des tubercules; le poumon gauche est le plus souvent caverneux, le plus exposé à la phthisie.

Quelques remarques sur les animaux. — Le canard mâle a une excavation osseuse au côté gauche de la trachée-artère, ce qui rend sa voix si criarde, tandis que la partie droite du crustacé nommé l'*ermite* est beaucoup plus grosse que la gauche. Le côté droit des oiseaux et des poissons est ordinairement le plus succulent, le plus savoureux; les plumes de l'aile droite sont les plus fortes, les plus résistantes; il en est de même des bois de cerf et d'élan. Quant aux poissons, il en est, comme les soles, les carrelets, les limandes, etc., qui nagent sur un seul côté du corps, les uns sur le droit, d'autres sur le gauche: le côté opposé est le seul coloré; et c'est lui qui porte les yeux. Quelques vers et beaucoup de mollusques ont les organes génitaux situés du côté droit, tandis que les oiseaux n'ont d'ovaire que du côté gauche.

Isid. BOURDON.

DES PESSAIRES EN GÉNÉRAL.

Du pessaire à réservoir d'air en particulier,

Par M. le D[r] GARIEL.

Deuxième article. (*Voir* le n° du 8 mai.)

J'ai tâché de prouver que les pessaires composés de substances rigides, les seules employées jusqu'ici, présentaient de nombreux inconvénients. J'ai cité particulièrement les douleurs vives qui accompagnent leur introduction et leur retrait, les accidents qui résultent de leur séjour prolongé dans la cavité vaginale, etc. J'espère démontrer que le pessaire dont je propose l'adoption, formé d'une substance molle, élastique, et présentant à volonté un volume considérable ou un diamètre très restreint, ne peut donner lieu à aucun des accidents que je viens de signaler, et qu'il est doué en outre de propriétés spéciales et d'une incontestable importance.

Il se compose de deux pelotes en caoutchouc vulcanisé, creuses à l'intérieur, et donnant chacune naissance dans un point de leur surface à un tube d'une longueur de 15 à 20 centimètres. Un robinet relie les deux pelotes ensemble.

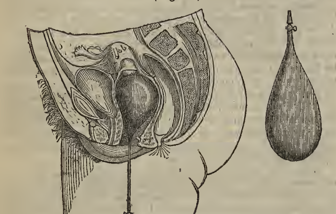
(Fig. 1.)

Lorsque ce robinet est ouvert, l'air, préalablement introduit dans l'appareil, se répartit d'une manière égale dans les deux pelotes; mais la pression de la main sur l'une des pelotes fait passer tout l'air que contient cette pelote dans l'autre pelote; l'on ferme le robinet, et la communication se trouve interceptée. L'instrument, si je puis ainsi dire, est alors chargé. Pour s'en servir, on roule sur elle-même la pelote vide d'air (pelote-pessaire), qui, dans cet état, a un volume insignifiant; on l'introduit dans la cavité vaginale, et l'on ouvre le robinet; l'air chassé de la pelote restée à l'extérieur (pelote-insufflateur) par la pression de la main passe dans la pelote-pessaire, qu'il dilate et à laquelle il donne un volume plus que nécessaire pour maintenir exactement les déplacements de l'utérus les plus considérables; l'on ferme le robinet, et l'appareil se trouve solidement fixé. Son retrait s'opère en ouvrant le robinet; l'air chassé de la pelote-pessaire par l'action combinée des intestins et des parois vaginales reprend sa place dans la pelote-insufflateur, où il est tenu en réservoir pour une nouvelle application. Cette manœuvre, dont la description est longue et peut-être difficile à comprendre, est exécutée avec la plus grande facilité, et dès la première séance par les malades les moins intelligentes.

Le pessaire à réservoir, à deux pelotes réunies par un robinet commun, contient une quantité d'air invariable. La pelote-insufflateur ne peut être séparée de l'appareil, et doit

être fixée sous les vêtements. (Le moyen le plus simple consiste à la passer dans un des cordons de la ceinture.) Elle est, comme je l'ai déjà dit, vide d'air, réduite au volume de ses parois, et ne produit jamais de gêne. Néanmoins, et pour prévenir toute objection, j'ai rendu les pelotes indépendantes l'une de l'autre par l'addition d'un second robinet, dont le canon vient s'adopter exactement sur le canon du robinet déjà employé. (Fig. 2.)

(Fig. 3.)



L'appareil en place ne se compose plus alors que de la pelote-pessaire.

(Fig. 4.)



J'obtiens le même résultat en fermant la pelote-pessaire au moyen d'une des ingénieuses serre-fines de M. Vidal (de Cassis), construites *ad hoc*.

L'on comprend dès à présent et la dénomination de pessaire à réservoir d'air que j'ai donnée à mon appareil, et les avantages qui résultent de son emploi.

Ces avantages doivent être étudiés, de même que les inconvénients que j'ai signalés dans les anciens pessaires,

1° Au moment de l'introduction de l'appareil;
2° Pendant son séjour dans la cavité vaginale;
3° Lors de son retrait.

1° *Introduction du pessaire à réservoir d'air.*

Au moment de l'introduction, la pelote-pessaire doit être réduite à son plus petit diamètre possible par la manœuvre que j'ai indiquée plus haut (ce diamètre n'excède jamais 1 à 2 centimètres); on la trempe dans une décoction mucilagineuse, ou simplement dans l'eau, et on la présente à l'anneau vulvaire, qu'elle traverse toujours sans donner lieu à la plus légère douleur; c'est alors qu'on la dilate par l'insufflation. Cette dilatation, dans le plus grand nombre des cas, peut être obtenue complétement de prime-abord; cependant j'ai rencontré quelques malades dont la sensibilité était exaltée par de longues souffrances, qui ne supportaient l'entière dilatation de la pelote-pessaire qu'au bout de plusieurs séances, et chez lesquelles il fallait habituer le vagin, par des degrés successifs de dilatation, au contact d'un corps étranger volumineux. Je dois dire, du reste, et pour expliquer cette exception, qu'une pelote-pessaire entièrement dilatée présente un volume qu'aucun pessaire jusqu'ici n'a pu atteindre.

Dans le plus grand nombre des cas, je le répète, non-seulement la dilatation complète de la pelote-pessaire est obtenue de prime abord sans donner lieu au moindre retentissement; mais toujours les malades éprouvent un soulagement instantané, et très souvent la cessation immédiate, comme par enchantement, des douleurs hypogastriques, lombaires, etc., qui accompagnent inévitablement tout déplacement de l'utérus.

2° *Séjour dans la cavité vaginale.*

La pelote-pessaire convenablement dilatée :

a. Remédie efficacement aux déplacements de l'utérus et du vagin;
b. N'est jamais douloureuse;
c. Ne détermine aucune réaction sympathique sur les organes voisins.

a. Les pessaires en gimblette (pessaires rigides, aplatis sur deux de leurs faces et présentant une ouverture médiane) ne peuvent soulever et maintenir le col de l'utérus en place pour les raisons que j'ai indiquées plus haut, et sur lesquelles je crois devoir revenir ici. Leur diamètre, si l'on veut éviter une douleur des plus aiguës, et souvent des déchirures, etc., doit toujours être proportionné à la dilatabilité de l'anneau vulvaire. Or, il arrive que ce diamètre, toujours trop considérable au moment de l'introduction, est toujours insuffisant à remplir la cavité vaginale. Cependant, je veux bien admettre qu'un de ces pessaires soit assez volumineux pour arc-bouter contre les parois du vagin et pour soutenir exactement le col de l'utérus pendant que le chirurgien le place; eh bien, dans ce cas encore, je dis que la contention est illusoire. En effet, il n'est pas un praticien qui ne sache qu'au premier mouvement que fait la malade le pessaire le plus méthodiquement placé subit un mouvement de bascule, et que le col de l'utérus se trouve reposer, non plus sur l'ouverture médiane de l'appareil, mais sur une de ses parois latérales. Dans cette position, le col utérin repose sur une surface dure, dont le peu de largeur l'expose à glisser, soit en avant, soit en arrière.

Le pessaire à réservoir d'air, au contraire, introduit sous un petit volume, peut prendre, par l'insufflation, un développement assez considérable pour refouler l'utérus au delà même de sa position normale. Il ne peut basculer dans la cavité vaginale, à cause de son volume même, et aussi à cause de la forme que je lui donne. Je dirai plus loin quelles modifications je fais subir à cette forme générique dans quelques cas particuliers.

L'exactitude de soutien produite par la présence de la pelote en caoutchouc vulcanisé est suivie du retour à l'état normal du volume de l'utérus hypertrophié; or, comme l'hypertrophie, l'engorgement est non pas l'effet, comme on l'a dit dans ces derniers temps, mais la cause la plus générale des déplacements de cet organe, il arrive que l'utérus, dont le volume se retrouve en rapport avec la force de résistance de ses ligaments, n'a plus de tendance à s'abaisser ou à se déplacer lorsque la pelote-pessaire a été régulièrement appliquée pendant quelques semaines; j'ai même vu plusieurs fois des malades cesser sans mon autorisation l'emploi de leur pelote après quelques jours seulement d'application, et se trouver en état de marcher sans souffrances, de se livrer à des travaux pénibles sans que la maladie se reproduise.

Je suis loin de dire qu'une terminaison aussi heureuse soit fréquente et que toutes les malades dont l'engorgement utérin a disparu puissent s'affranchir de l'application régulière de leur appareil; car, chez un grand nombre, le décubitus prolongé et les souffrances ont agi sur la santé générale, et les ligaments de l'utérus restent distendus par défaut de ressort, quoiqu'ils n'aient plus à supporter que le poids normal de l'organe : dans tous les cas, je crois qu'une malade qui a été affectée de prolapsus de l'utérus doit porter une pelote pendant un laps de temps assez considérable, et qu'en agissant différemment elle s'expose imprudemment à une rechute.

J'ai déjà dit que les douleurs hypogastriques, lombaires, etc., qu'entraîne à sa suite tout déplacement de l'utérus cessaient immédiatement après l'introduction de la pelote-pessaire : ce résultat a une portée immense sur la santé générale. Jusqu'à présent l'on a prescrit le repos dans la position horizontale aux malades atteintes de déplacement de l'utérus; cette pratique, favorable pour déterminer la cessation momentanée des douleurs, produit des accidents dont on n'a pas assez tenu compte : la malade condamnée au repos n'a plus d'appétit; elle digère mal; une alimentation insuffisante amène l'amaigrissement, la débilité, sans avantage pour l'affection locale; les intestins participent à la faiblesse générale, ne se contractent plus qu'imparfaitement, et il s'ensuit une constipation opiniâtre que la malade ne parvient à vaincre, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, qu'en faisant des efforts prolongés qui déterminent la pression énergique du diaphragme sur les intestins et tendent par conséquent à augmenter le déplacement de l'utérus.

L'emploi du pessaire à réservoir d'air me permet de conseiller un traitement entièrement opposé : les malades dont l'utérus est méthodiquement soutenu ne souffrent pas dans la position verticale; je leur recommande de marcher; l'exercice produit l'appétit; une digestion active amène une assimilation réparatrice; la santé générale s'améliore, la constipation ne tarde pas à céder plus ou moins complétement.

b. Le pessaire en gimblette produit une pression douloureuse dans les points avec lesquels il est en contact; il détermine sur les parois vaginales, sur le col de l'utérus une inflammation suivie de supersécrétion muqueuse ou purulente, quelquefois même d'ulcérations, etc.

La pelote en caoutchouc vulcanisé, dont les parois sont molles et élastiques, s'adapte exactement aux parties qu'elle est chargée de maintenir; elle remplit l'office d'un coussin élastique sur lequel le col de l'utérus repose mollement; elle ne produit jamais ni inflammation ni supersécrétion d'aucune sorte : au contraire, dans le plus grand nombre des cas, les flueurs blanches disparaissent ou au moins diminuent notablement au bout de quelques jours d'application de l'appareil, pourvu toutefois que leur présence ne soit pas entretenue par une lésion organique. Cette circonstance favorable de la disparition des flueurs blanches peut s'expliquer par la contention régulière du corps de l'utérus.

c. L'innocuité de la présence du pessaire à réservoir d'air sur les organes voisins reconnaît deux causes principales :

1° L'élasticité, la mollesse de ses parois, qui lui permettent de se mouler sur les parties environnantes;

2° Son retrait quotidien, retrait que j'établis en précepte formel et dont je signalerai l'importance dans le paragraphe suivant.

3° *Retrait du pessaire à réservoir d'air.*

Les circonstances signalées lors de l'introduction du pessaire à réservoir d'air se représentent au moment de son retrait; l'ouverture du robinet donne issue à l'air contenu dans la pelote-pessaire, que la plus légère traction suffit pour amener au dehors.

Cette facilité du retrait du pessaire permet qu'il soit retiré tous les jours par la malade elle-même.

Ainsi, toutes les malades auxquelles je conseille l'application du pessaire à réservoir d'air :

1° Le placent le matin au moment du lever (il est préférable que cette application soit faite dans le lit même; en effet, dans la position horizontale, l'introduction se fait plus facilement; d'ailleurs, la malade, en évitant toutes les occasions de déterminer le déplacement même momentané de l'utérus, augmente dans une proportion considérable ses chances de guérison complète);

2° Le gardent toute la journée, pendant tout le temps, en un mot, qu'elles tiennent la position verticale;

3° Le retirent le soir au moment du coucher.

C'est à cette pratique que j'attribue en grande partie les avantages du pessaire à réservoir d'air.

a. La pelote-pessaire, enlevée chaque jour et lavée à grande eau matin et soir, ne peut déterminer aucune inflammation dans les organes avec lesquels elle se trouve en contact, comme cela arrivait nécessairement avec les pessaires qu'on laissait à demeure plusieurs jours, plusieurs mois et même plusieurs années, et qui ne tardaient pas à se couvrir d'un muco-pus d'une fétidité repoussante.

b. Aucun corps étranger ne se trouvant interposé, pendant que la malade fait ses injections, entre le col utérin et les liquides injectés, l'ablution est parfaite, le séjour des mucosités vaginales impossible.

c. Le col de l'utérus reste douze heures sur vingt-quatre éloigné de tout contact : cette circonstance prévient le développement de la fluxion sanguine que pourrait à la rigueur déterminer le contact continuel du corps le plus doux.

d. La facilité de donner au pessaire à réservoir d'air un grand développement après son introduction rend cet appareil complétement efficace dans les cas de prolapsus les plus considérables, même lorsque le col utérin a dépassé l'orifice vulvaire de plusieurs centimètres. La déchirure, la destruction de la cloison recto-vaginale sont les seuls cas dans lesquels son action soit douteuse; l'addition d'une ceinture périnéale (je décrirai plus loin cet appareil) remédie toujours avec succès à cette infirmité.

Dans un troisième et dernier article, j'examinerai quelle forme générique je propose de donner à la pelote-pessaire, les modifications que cette forme peut éprouver suivant les différents cas; enfin, je passerai en revue les différentes affections auxquelles le pessaire à réservoir d'air est applicable.

Chronique et nouvelles.

L'obligation du serment, imposée à tous les corps enseignants, avait fait craindre que la Faculté de Paris ne perdît plusieurs de ses honorables membres. Une seule démission a justifié ces craintes, c'est celle de M. Chomet. Cette perte, quoique unique, sera néanmoins très sensible pour la Faculté, dont M. Chomel était certainement l'un des professeurs les plus éminents.

Déjà cette vacance donne lieu à divers bruits. On parle de mutations, et en particulier de celle de M. Andrat. Nous n'avons jamais été partisan des mutations; mais si ta démission de M. Chomet devait en être l'occasion, il est certain que ta Faculté et M. le ministre ne pourraient confier une chaire de clinique à de meilleures mains qu'à celtes de M. Andral, que la nature de ses travaux, non moins que sa vaste expérience, semblent également appeter à l'enseignement clinique.

— Le concours pour quatre places de médecins du bureau central des hôpitaux s'est terminé avant-hier par la nomination de MM. Sée, Delpech, Saint-Laurent et Hitlairet.

— *Nominations et promotions.* — Par décret du 21 avrit 1852, ont été nommés à quarante emplois de *médecin principal de 2e classe*, dans le corps des officiers de santé militaires, les médecins-majors de 1re classe ci-après dénommés, savoir :

En remplacement des officiers de santé promus médecins principaux de 1re classe :

MM.	Antoine, au 11e d'artilterie.
Brian, à l'hôtel nat. des Invalides.	Ferrus, à la division d'Oran.
Leclerc, au 3e du génie.	Warmé, à l'hôp. mil. du Roule.
Gassaud, à l'hôpitat militaire de Perpignan.	Auberge, au dépôt de recrutement de la Seine.
Aulagnier, à l'infirmerie de l'Ecole polytechnique.	Campmas, à l'hôp. militaire de Barèges.
Chaumas, au 13e d'artillerie.	Thomas, à l'hôp. mil. de Lyon.
Vanheddeghem, à la garde répub.	Fenin, à l'hôp. mil. de Cambrai.
Vital, à la divis. de Constantine.	Lustreman, professeur à l'Ecole d'application de la méd. mil.
Majesté, à l'Ecote de cavalerie de Saumur.	Wahu, à l'hôp. mit. du Roule.
Beuret, aux batteries d'artiltcrie stationnées dans la div. d'Alger.	Mounier, professeur à l'Ecole d'application de la méd. mil.

Emplois vacants par organisation :

MM.	Cambay, à l'hôpital mititaire de Versailtes.
Finot, à t'hôp. mit. de Metz.	Méry, au 34e de ligne.
Villaret, à l'hôp. mil. de Toulon.	Bertherand, à l'hôp. militaire de Strasbourg.
Pétronetli, à la division d'occupation en Itatie.	Bonneau, à la division de Constantine.
Soucelyer, à l'hôp. mil. de Lyon.	Godelier, à la division de Constantine.
Goffres, à l'hôp. mitit. du Gros-Caitlou, à Paris.	Salleron, à la division d'Alger.
Bonnafont, à l'hôp. mil. du Gros-Caittou, à Paris.	Secourgeon, au 19e de tigne.
Champouilton, prof. à l'Ecole d'application de la méd. milit.	Riboulet, à la division de Constantine.
Malaper, au 1er du génie.	Marchat (de Calvi), à t'hôpital militaire du Vat-de-Grâce.
Scrive, à l'hôpital mititaire de Vatenciennes.	Mayer, à la division d'occupation en Italie.
Isnard, à l'hôp. mil. de Metz.	
Lacger, à la division d'Alger.	

— La démolition de l'Hôtel-Dieu de Paris, tant de fois agitée, paraît enfin sur le point d'être résolue, au moins en ce qui touche l'ancien bâtiment situé sur la place du Parvis. D'après le nouveau projet, l'hôpital serait transporté tout entier sur la rive gauche où se trouvent déjà des bâtiments importants. Ce projet est évidemment plus acceptabte que cetui qui consistait à transférer l'Hôtel-Dieu dans un point excentrique de la cité.

— M. Blandet, directeur de t'Hôtel-Dieu, ancien directeur de la Charité et de l'hôpital Saint-Antoine, non moins recommandable par l'aménité des formes et ta loyauté de son caractère que par son attachement à ses devoirs, vient de succomber à une longue et douloureuse matadie.

Bulletin bibliographique.

Traité de l'amaurose, ou de la goutte sereine, ouvrage contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie, dans des cas de cécité comptète, par le docteur Ch. Deval, membre de l'Académie royale de médecine de Madrid, des Sociétés médicales de Marseille, de Poitiers, etc. Un vol. in-8. Prix : 6 fr. 50 c. — Paris, Victor Masson, libraire-éditeur, 17, place de t'Ecote-de-Médecine.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à St-Germain-Lavat, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Beillière et chez tous les principaux tibraires.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois..... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois..... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — Paris. De la méthode expérimentale en thérapeutique. — Hôpital de la Pitié (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — De l'entorse du pied et de son traitement curatif. — Remarques sur la préparation de la limonade au citrate de magnésie. — Académie de médecine, séance du 25 mai. — Académie des sciences, séance du 24 mai. — Correspondance. Lettres de MM. Baudens et J. Béral.

PARIS, LE 26 MAI 1852.

De la méthode expérimentale en thérapeutique.

Nous avons reçu de notre savant collaborateur M. L. Fleury une nouvelle lettre que nous nous empressons de publier.

Mon cher confrère,

Votre philosophie médicale m'est connue depuis longtemps, et je sais qu'en beaucoup de points elle diffère notablement de celle que je professe. N'ayant pas la prétention de vous convertir à mes opinions, je me contenterai, pour clore cette discussion déjà beaucoup trop longue, de reproduire, sous forme d'*affirmations* cette fois-ci, quelques-unes des *questions* que je vous ai adressées dans ma lettre précédente, et que votre argumentation me paraît avoir laissées debout.

Je maintiens donc :

1° Que la partie dogmatique du système de Priessnitz et de ses successeurs a énormément contribué à retarder les progrès de l'hydrothérapie, et que l'accueil bienveillant que le public médical fait à mon livre est dû en grande partie à ce que les praticiens peuvent enfin se rendre un compte satisfaisant, raisonnable, *scientifique*, des guérisons opérées par cette médication;

2° Que ce n'est qu'en expérimentant sur l'homme *sain* qu'il m'a été possible d'établir les *lois* suivant lesquelles le froid agit sur l'organisme vivant et d'élucider la question des *crises*, car tout phénomène survenu chez un homme *malade* eût pu être et a été considéré comme une détermination critique;

3° Que ce n'est qu'en étudiant l'action des modificateurs hydrothérapiques sur les *fonctions de l'organisme* qu'il m'a été possible de tracer les *préceptes thérapeutiques* auxquels vous voulez bien donner votre approbation, et d'établir les médications distinctes que le praticien peut maintenant appliquer, avec connaissance de cause et *à priori*, à tous les faits pathologiques qui rentrent dans le domaine de chacune d'elles.

Permettez-moi d'ajouter qu'en substituant votre *procédé analogique* à mon *procédé dogmatique*, et à mon *traitement empirique ou scientifique* votre *empirisme grossier ou rationnel*, vous m'accordez tout ce que je demande.

Quant à ceux de vos arguments qui consistent :

A défendre la doctrine éliminatrice de l'hydrothérapie *grossièrement empirique*, après avoir reconnu que j'avais réduit à néant les prétendues preuves mises en avant par cette doctrine ;

A combattre la distinction que j'établis entre le traitement empirique et le traitement rationnel, par cette raison « que l'empirisme c'est l'expérience, que l'expérience c'est l'observation, et que l'observation *exige de la science et du talent;* »

A me reprocher d'avoir invoqué l'autorité de M. Roche,

Je laisse à la sagacité de vos lecteurs le soin d'en apprécier la valeur.

Agréez, etc. L. Fleury.

Lorsque dans une discussion on en est arrivé à produire des affirmations contraires, ce qu'on a de mieux à faire de part et d'autre, c'est évidemment de s'en rapporter à l'appréciation des lecteurs. Nous suivrons donc sous ce rapport l'exemple de notre cher correspondant, en faisant observer seulement que nous n'avons produit aucun argument ni pour, ni contre la doctrine éliminatrice, et cela pour des raisons que nous avons même eu soin de dire. Nous nous sommes borné à constater que M. Fleury avait mis à néant, non les arguments qu'on pouvait donner en faveur de la doctrine éliminatrice, mais bien ceux qu'avaient produits les hydropathes; ce qui est bien différent. — H. de Castelnau.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro notre appréciation sur les séances des Académies.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Valleix.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Quatrième leçon.)

De l'antéversion.

Nous pourrions décrire sous un même titre l'antéversion simple, l'antéversion avec antéflexion et l'antéflexion, en ayant soin de mentionner les différences qu'elles présentent; ces différences ont une certaine importance; aussi préférons-nous donner de l'antéversion une description qui nous serve de type en quelque sorte, et signaler ensuite les particularités qui se rapportent à l'antéversion avec antéflexion et à l'antéflexion.

L'antéversion simple est une affection dans laquelle l'utérus est dévié de manière que le corps se trouve incliné en avant et le col dirigé en arrière et en haut sans que l'organe soit le siége d'aucune flexion. Il résulte de cette définition que l'axe de l'utérus dévié doit couper sous un certain angle l'axe de l'utérus à l'état normal; l'intersection mutuelle des deux axes est ici la condition fondamentale de la déviation: si elle n'existait pas, il y aurait simplement antéflexion, c'est-à-dire déplacement d'une partie de l'axe normal avec déviation de l'autre.

L'antéversion se montre à des degrés divers. Elle a été désignée sous le nom de *pronatio uteri*.

Nous avons rencontré dans le cours de notre pratique un grand nombre de cas d'antéversion; nous ferons intervenir ici ceux que nous avons pu suffisamment étudier : ils sont au nombre de 21.

L'obligation que nous avons prise de n'admettre pour base de notre description que des données complètes et précises, en nous imposant la nécessité de rejeter une partie des faits observés par nous, nous conduit à n'accorder qu'une importance secondaire à ceux qui ont été rapportés dans la thèse de M. Ameline. L'auteur, en effet, loin de les avoir tous observés lui-même, les a empruntés en grand nombre à différents auteurs, à Levret, à Mme Legrand, à M. Rayer, etc. Il est ainsi parvenu à réunir 1 cas d'antéflexion et 18 cas d'antéversion. Nous ne manquerons pas d'insister sur les considérations auxquelles ces différents faits peuvent donner lieu.

L'étiologie de l'antéversion comprend, dans un premier ordre de causes, les conditions anatomiques et physiologiques dans lesquelles est placée la matrice; la mobilité de cet organe, qui se trouve pour ainsi dire suspendu au milieu du petit bassin, est évidemment une circonstance en l'absence de laquelle les déviations seraient beaucoup moins fréquentes. On a fait remarquer que l'utérus a sa grosse extrémité tournée en haut, et qu'en raison même de cette disposition le centre de gravité de l'organe doit se déplacer avec une extrême facilité, surtout lorsqu'il survient une augmentation de volume.

L'utérus est soumis à des congestions périodiques qui, à la vérité, le rendent plus volumineux dans toutes ses parties à la fois, mais en même temps lui donnent une longueur plus grande et par suite une tendance plus marquée à se renverser. On a signalé les conséquences qu'entraîne la grossesse, et les inflammations ou les engorgements dont est suivi l'accouchement.

On a dit que l'état de vacuité et de réplétion alternatives des organes environnants, notamment de la vessie et du rectum, réagissaient sur la matrice de manière à lui imprimer des déviations.

L'existence des diverses causes que nous venons de signaler repose, nous n'avons pas besoin d'en faire la remarque, sur des vues théoriques et non sur des faits vérifiés par l'observation.

Dans un autre ordre de causes, nous avons à examiner en premier lieu l'influence de l'âge : si l'on en croit M. Ameline, l'antéversion ne se montrerait pas avant la puberté; à ne considérer la maladie qu'au point de vue des symptômes, on peut affirmer, en effet, qu'elle n'existe pas avant cette époque; le renversement de l'utérus ne se révèle alors le plus ordinairement par aucun trouble fonctionnel. Quoi qu'il en soit, M. Huguier a vu des exemples de déviation utérine congénitale; nous-même nous avons constaté une antéversion chez une jeune fille de dix-huit ans, qui nous avait été envoyée à l'hôpital Beaujon par M. le docteur Gillet. Cette jeune fille succomba rapidement à la fièvre typhoïde pour laquelle elle était venue nous trouver; jamais avant sa maladie elle ne s'était plainte de souffrances qui indiquassent une affection du côté de l'utérus et fussent de nature à motiver une exploration par le toucher ou par le spéculum. A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvâmes l'utérus couché horizontalement sur la vessie : il avait son volume ordinaire.

On voit par ce qui précède que l'utérus peut être à l'état de déviation dès la naissance sans donner lieu à aucun symptôme; cet état de déviation n'en est pas moins une circonstance qui prédispose les malades aux perturbations fonctionnelles qu'entraînent l'antéversion et la rétroversion.

L'âge des malades chez lesquelles l'antéversion s'est accompagnée de symptômes, pris au moment où elles se sont présentées à nous, a donné sur 21 cas une moyenne de trente ans; dans l'étude étiologique à laquelle nous nous livrons, il importe de rechercher l'âge moyen des malades, non à l'époque où elles ont réclamé les secours de l'art, mais à celle où elles ont ressenti les premières atteintes de leur maladie; en nous plaçant à ce point de vue, nous avons obtenu pour moyenne 25 ans, plus une légère fraction; les termes extrêmes entre lesquels a varié le début de l'antéversion ont été de 19 et de 33 ans. Ces faits indiquent à l'avance qu'en général la maladie est de longue durée et que les malades ne s'adressent au médecin qu'au bout d'un certain temps.

Parmi celles que nous avons pu observer, dix étaient d'une constitution primitivement robuste, neuf d'une constitution médiocre, deux d'une constitution faible; nous disons primitivement; car, à peu d'exceptions près, la constitution se détériore avec plus ou moins de rapidité sous l'influence de la maladie.

Parlerons-nous ici du tempérament? Il conviendrait d'abord de fixer clairement la signification précise attachée à ce mot, et de faire cesser les causes par lesquelles, dans l'appréciation du tempérament d'un individu donné, des juges différents arrivent à des résultats plus ou moins opposés. Lorsqu'on tient compte de tous les éléments de la question, de la couleur des cheveux et de celle de l'iris, de l'aspect de la peau, du degré de résistance ou de flaccidité des chairs, de la force ou de l'excitabilité des individus, etc., il devient d'une extrême difficulté de déterminer ce qu'on doit entendre par tel ou tel tempérament. En prenant le mot dans son acception la plus généralement admise, nous dirons que six de nos malades nous ont paru d'un tempérament lymphatique, six autres d'un tempérament lymphatico-sanguin; cinq d'un tempérament nerveux; quatre d'un tempérament sanguin; une d'un tempérament bilieux.

On a cité la leucorrhée comme pouvant donner lieu à l'antéversion. Trois d'entre nos malades nous ont dit avoir eu des flueurs blanches antérieurement à leur affection; encore faut-il noter que l'une d'elles avait fait une chute; quatre nous ont affirmé n'avoir jamais été incommodées par aucun écoulement. Nous n'avons pas pu obtenir de renseignements qui méritent confiance de la part des autres malades. Les femmes consentent rarement à avouer qu'elles ont eu des flueurs blanches; et lorsque l'aveu leur échappe, elles ne manquent jamais ordinairement de rattacher ce symptôme à leur maladie actuelle.

On a dit que la difficulté avec laquelle s'établit quelquefois leur menstruation pouvait être une cause d'antéversion. Nous avons examiné les faits sous ce rapport. Sur vingt et une malades, une seule avait été atteinte de chlorose pendant environ une année; trois autres avaient été irrégulièrement réglées pendant un an ou dix-huit mois. Chez toutes les autres malades, l'écoulement menstruel s'était librement et facilement établi, après des oscillations légères que nous n'avons pas à prendre en considération; oscillations qui se montrent souvent avant que la fonction s'accomplisse d'une manière définitive avec sa périodicité normale.

Quatre malades ont, à une époque plus ou moins éloignée, éprouvé de la dysménorrhée.

Les auteurs qui ont allégué la suppression des règles comme cause d'antéversion n'auraient-ils pas pris l'effet pour la cause? Plusieurs raisons nous autorisent à le penser. Une seule d'entre nos malades a eu une suppression de règles assez prolongée.

L'âge critique est encore une cause que l'on a assignée à l'antéversion d'après des vues théoriques. Aucune de nos malades n'avait atteint l'époque de la ménopause.

L'accouchement offre, sans contredit, plus d'importance et plus d'intérêt que les circonstances que nous venons d'examiner. Occupons-nous d'abord de l'accouchement à terme.

Dix-neuf de nos malades ont eu des enfants à terme. Nous manquons, sur l'une d'elles, de renseignements suffisants; nous ne devons donc tenir compte que des dix-huit autres. Sur ces dix-huit, douze n'ont donné le jour qu'à un seul enfant, puis ont passé trois, quatre et même six ans sans nouvel accouchement. Parmi les autres, il y a eu des accouchements à des intervalles rapprochés; ils ont été au nombre de deux pour une, de trois pour deux, de cinq pour deux autres, de six pour la dernière. Parmi les femmes qui n'ont mis au monde qu'un enfant, une seule a eu, plus tard, deux avortements.

L'accouchement a été laborieux chez deux malades; chez une seulement, il a été suivi d'hémorrhagie une première fois, d'hémorrhagie et d'inflammation après les autres. Si l'on fait abstraction de ces trois malades, l'accouchement, dans les faits dont nous avons été témoin, n'a donc rien présenté de particulier sous le rapport de la durée du travail ou des accidents qu'il aurait pu entraîner.

On pense généralement qu'un grand nombre de déviations utérines tiennent à ce que les femmes marchent trop tôt après leurs couches. Nous avons pris, à ce sujet, les informations les plus précises, et nous avons vu que parmi nos dix-huit malades une seule s'était levée au bout de quatre jours, que toutes les autres avaient gardé le lit pendant plus de neuf jours. Ces faits sont en opposition formelle avec l'opinion qui règne actuellement; nous ne prétendons pas les donner comme l'expression rigoureuse de ce qui doit être, mais de ce que nous avons rencontré dans les limites de notre observation personnelle; nous les présentons comme des documents qui doivent, sinon fixer l'état de la science, au moins l'éclairer en donnant lieu à des considérations intéressantes.

Chez deux malades, il y a eu un avortement; mais l'avortement, dans un cas, a précédé deux couches successives. Les symptômes de la déviation ne se sont montrés qu'à partir de ces dernières.

Nous avons déjà parlé d'une malade qui a eu deux avortements après une première couche. On pourrait croire ici qu'une antéversion survenue après l'accouchement a été le point de départ des avortements qui ont eu lieu; c'est ce que nous allons examiner.

Nous rapporterons aussi brièvement que possible l'observation de la malade; elle mérite à plus d'un titre d'être l'objet d'une sérieuse attention.

Une femme d'une complexion médiocre, âgée de trente ans, entre à l'hôpital Beaujon le 27 septembre 1851; elle donne sur l'état antérieur de sa santé les renseignements suivants :

Depuis l'âge de douze ans jusqu'à l'âge de seize ans, elle a présenté des symptômes de chlorose qui ont disparu après la venue des règles à la dernière de ces deux époques; l'écoulement menstruel a toujours été chez elle difficile, peu abondant, accompagné de douleurs, mais régulier.

A dix-sept ans, elle a eu un enfant; le travail de l'accouchement a duré vingt-quatre heures, sans du reste présenter aucun

accident, ni exiger l'intervention d'aucune manœuvre particulière. Elle a pu garder le repos pendant plusieurs semaines ; la menstruation s'est rétablie au bout de deux mois. A partir de ce moment jusqu'à l'âge de vingt-six ans, c'est-à-dire pendant un intervalle de neuf années, elle a joui d'une honne santé ; elle s'est livrée à dcs distractions et à des plaisirs de toute sorte, sans jamais ressentir aucune souffrance.

A vingt-six ans, elle est devenue enceinte et a fait une fausse couche au deuxième mois de sa grossesse ; il s'est produit une hémorrhagie assez considérable pour amener des symptômes d'anémie. Elle s'est rétablie dans l'espace de quelques mois sous l'influence d'un traitement ferrugineux.

Deux ans après est survenue une nouvelle grossesse, terminée an troisième mois par un avortement qui, comme le premier, a été suivi d'une hémorrhagie. Le seigle ergoté a été administré.

La malade est restée six mois au lit ; elle se sentait très fatiguée et très faible ; il lui était impossible de faire aucun travail. Au bout de cet espace de temps, elle a commencé à éprouver un sentiment de pesanteur vers le rectum et des tiraillements dans les régions inguinale et lombaire. Les selles étaient faciles ; il n'y avait pas de fréquentes envies d'uriner. En même temps que les douleurs dont nous parlons, il s'est manifesté une leucorrhée, qui depuis ne l'a pas quittée. L'appétit est devenu irrégulier et capricieux.

Le 27 septembre, nous l'avons trouvée dans l'état suivant :

Elle présentait, indépendamment des symptômes dont mention vient d'être faite, un amaigrissement et une pâleur extrêmes ; elle en était arrivée, par suite des douleurs qu'elle ressentait constamment dans les diverses parties du hassin et des souffrances excessives que lui causait la marche, à ne pouvoir quitter la chambre ; elle était obligée même, pour faire quelques pas, de se tenir courbée sur elle-même et de réclamer l'appui d'un bras étranger.

Le spéculum, introduit suivant l'axe du vagin, mit à découvert la face antérieure du col de l'utérus ; un mouvement de bascule imprimé à l'instrument nous permit de saisir cet organe. Son orifice était entr'ouvert ; un certain nombre de granulations de couleur bleuâtre occupaient la lèvre postérieure.

Un de nos accoucheurs les plus distingués, M. Danyau, pratiqua le toucher en même temps que nous ; la malade était placée debout. Comme nous, il trouva l'utérus couché horizontalement ; il existait à la face antérieure de cet organe une courbure qui n'était pas assez prononcée pour qu'on dût la considérer comme une véritable flexion. L'utérus se dirigeait un peu vers le côté gauche ; en le soulevant avec le doigt, on sentait qu'il était lourd et douloureux ; on atteignait difficilement l'ouverture, et plus difficilement encore la face postérieure du col, qui occupait la profondeur de la concavité du sacrum.

Cet organe ayant été préalablement ramené en avant, le cathétérisme utérin fut pratiqué ; la sonde pénétra librement à l'aide d'un mouvement d'abaissement très prononcé imprimé au manche de l'instrument. La même opération fut renouvelée tous les jours jusqu'au 30 septembre ; elle s'accompagnait de douleurs très faibles, et donnait lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Le 30 septembre, nous introduisîmes le redresseur à flexion fixe ; cet appareil se compose de deux pièces : la première, celle qui est destinée à agir sur l'utérus, présente une tige creuse et cylindrique de manière à recevoir tour à tour la tige à manche, au moyen de laquelle on place le redresseur, et la seconde pièce de l'appareil, au moyen de laquelle on le maintient fixé. Cette seconde pièce prend son point d'appui sur l'abdomen, contre lequel elle est maintenue par des liens circulaires que l'on noue en arrière.

La difficulté d'atteindre le col, celle d'exécuter des mouvements considérables à l'étendue desquels les surfaces osseuses apportaient une limite firent de l'introduction du redresseur une opération aesez longue et assez pénible. La malade, dès le soir, fut en proie à des douleurs semblables à celles qui précédaient les règles. Le lendemain, à dix heures du matin, l'écoulement menstruel apparut, douze jours avant le terme ordinaire ; jusqu'alors il s'était montré à des intervalles réguliers : il fut plus abondant que de coutume.

L'instrument avait été retiré au bout de vingt-quatre heures.

Onze jours après l'introduction de l'appareil redresseur, nous examinâmes la malade en présence de M. Danyau ; le col de l'utérus était encore en arrière ; on atteignait son orifice avec plus de facilité ; le corps avait son obliquité normale. Ainsi un traitement de courte durée avait procuré une amélioration considérable.

A la suite de ce traitement si incomplet en apparence, la malade cessa de ressentir de la pesanteur au périnée et des tiraillements dans les aines ; ses forces revinrent ; il restait quelques signes d'anémie ; la leucorrhée et la constipation persistaient. Nous prescrivîmes l'usage à l'intérieur du sous-carbonate de fer et l'application de douches rectales.

La malade était sortie de l'hôpital dans un état très satisfaisant. Le 16 décembre, elle fut prise d'une entérite assez intense ; elle se crut atteinte de nouveau de sa maladie, et nous fit appeler. Tous les symptômes cédèrent dans l'espace de quelques jours à l'action d'un traitement ordinaire.

Il y avait de la constipation. Nous crûmes devoir procéder à un redressement complet de l'utérus.

Le 26 décembre l'instrument fut appliqué de nouveau ; la malade le supporta sans peine. Nous l'enlevâmes au bout de treize jours ; les règles étaient alors reparues ; elles durèrent douze jours et occasionnèrent de la faiblesse et de l'anémie ; celles qui les suivirent furent très abondantes. Dès cette époque, l'état général ne laissait rien désirer. A part quelques granulations, qui disparurent sous l'influence de trois cautérisations faites avec le nitrate d'argent, l'utérus ne présentait aucune anomalie.

Nous avons vu la malade le 16 janvier ; elle était dans un étut de santé florissant.

Jusqu'à ces derniers temps la guérison ne s'est pas démentie.

Le diagnostic de la maladie à laquelle nous avons eu affaire ne saurait être l'objet d'aucun doute. La première question que nous ayons à nous poser est donc celle de savoir quelle a été la cause de l'antéversion. Remarquons d'abord qu'après son second avortement la malade a eu une hémorrhagie très abondante, et a été forcée de garder le lit pendant six mois. Remarquons encore qu'à partir de cette époque seulement elle a commencé à éprouver les premiers symptômes de l'antéversion, de la constipation, des douleurs très vives dans les aines et dans les reins, une débilité excessive pendant la marche ; il n'est donc pas douteux que le début de la maladie ne doive être rapporté au dernier avortement. L'invasion n'a pas été brusque ; ce n'est qu'au moment où elle a voulu marcher que la malade s'est aperçue de ses souffrances. Il serait difficile de dire si le début a eu lieu peu de jours après l'avortement, ou bien au bout d'un certain temps. Du reste, dès que la maladie a été caractérisée, elle a eu une marche graduellement ascendante, les troubles digestifs et l'amaigrissement qui en a été la conséquence ne se sont montrés que lorsqu'elle a eu atteint un certain degré d'intensité.

Chose bien digne de remarque, il n'y a pas eu de fréquentes envies d'uriner. L'absence de ce symptôme, qu'on a du reste observée dans d'autres circonstances analogues, tient sans doute à une grande mobilité de l'utérus, mobilité qui permet à la vessie de le refouler et de se dilater librement.

On a vu que l'introduction du redresseur à flexion fixe a été difficile. Nous en avons indiqué la cause ; la difficulté d'introduction s'est reproduite plusieurs fois pour nous chez des malades placées dans des conditions semblables ; elle nous a conduit à faire usage d'un instrument que nous décrirons plus loin.

De toutes les particularités, la plus remarquable est, sans contestation, l'amélioration produite par l'application de l'appareil redresseur dans l'espace de vingt-quatre heures, bien que cette amélioration, pour devenir complète, ait exigé un temps beaucoup plus long. A cette occasion, nous nous sommes demandé si en pareille occurrence il était indispensablement nécessaire de continuer un traitement qui, bien que dirigé avec méthode, peut entraîner des accidents particuliers, des métrorrhagies, par exemple, analogues à celle qui a rendu notre malade anémique ; nous nous sommes demandé si le col de l'utérus, abandonné à lui-même, ne pourrait pas revenir spontanément à son état normal. Quoi qu'il en soit, nous serions dès ce moment disposé à attendre plus longtemps que nous ne l'avons fait dans le cas dont nous nous occupons.

Nous avons vu des femmes chez lesquelles le col de l'utérus a repris sa direction primitive après la disparition d'un engorgement coïncidant avec la déviation.

Les hémorrhagies chez notre malade n'ont pas eu de suites fâcheuses, et n'ont pas revêtu un caractère inquiétant ; il a été facile d'en combattre les effets.

Il ressort de ce fait une conclusion évidente. L'antéversion ne paraît pas, plus que toute autre circonstance, donner lieu à l'avortement ; l'antéversion dans le cas spécial dont il s'agit a eu pour cause un avortement.

Quelle est l'influence des accouchements à un âge prématuré ? Deux de nos malades seulement sont devenues enceintes à un âge relativement peu avancé. Chez l'une d'elles, la déviation s'est produite presque immédiatement après l'accouchement et n'a pas eu d'autre cause ; chez l'autre, l'antéversion a été le résultat manifeste d'un avortement. Il est à remarquer que, chez les femmes qui ont mis au jour plusieurs enfants, c'est toujours après le dernier accouchement que sont apparus les symptômes de l'antéversion. Une seule malade a fait exception à cette loi, la maladie survenue après une première couche a augmenté d'intensité à la suite d'une seconde.

A.-H. MARGERIE.

De l'entorse du pied et de son traitement curatif;

Par M. BAUDENS,

Inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

(Lu à l'Académie des sciences.)

Si je puis avancer, avec certitude de ne pas me tromper, que les amputations de la jambe proviennent, trois fois sur quatre, d'entorses dégénérées ; si, d'une autre part, je parviens à démontrer que ces terribles mutilations peuvent être conjurées par un traitement simple, facile, infaillible à mon sens, mais non encore généralisé, on comprendra pourquoi je me suis décidé à porter devant l'Académie des sciences une question qui aurait pour résultat de réduire de quatre à une les amputations de jambe.

Que chaque praticien publie le relevé des amputations par lui faites à la suite d'entorses, et force sera de reconnaître l'imperfection des traitements basés sur les sangsues et sur les cataplasmes.

Des 78 ampulations de jambe ou de pied en totalité, composant ma propre statistique, non compris celles que j'ai praliquées dans les ambulances pour blessures de guerre, 60 avaient pour origine une entorse ; 18 seulement étaient étrangères à cette cause ; et, tandis que des faits si intéressants passaient pour ainsi dire inaperçus dans la science, ils attiraient fortement l'attention du conseil d'Etat, chargé de l'examen des pensions de retraite des militaires amputés.

Dès 1848, le conseil d'Etat adressait, à ce sujet, au ministre de la guerre, un rapport spécial. Après avoir rappelé qu'un grand nombre d'entorses peu graves à leur début conduisent néanmoins fatalement à l'amputation, il terminait en disant : « Ces fâcheux résultats ont le double et regrettable effet d'affaiblir l'armée et de grever le trésor de l'Etat de pensions auxquelles l'impossibilité où sont les militaires de pourvoir à leur subsistance leur ouvre des droits. »

Saisi à son tour par le ministre de la guerre de l'examen de cette importante question, le conseil de santé des armées s'empressa de rappeler aux chirurgiens militaires les moyeus de traitement consacrés par l'expérience ; et, disons-le, sans que ses sages conseils aient produit tous les bons effets qu'on pouvait en attendre.

Appelé, en effet, chaque jour à examiner tous les dossiers concernant les militaires proposés pour des relraites, j'ai acquis la certitude que les ampulations de jambe continuent à provenir presque toutes d'entorses du pied. Il en sera malheureusement ainsi tant que les sangsues et les cataplasmes, qui devraient être à tout jamais proscrits du traitement de l'entorse, n'auront pas fait place à la médication basée sur le froid prolongé pendant plusieurs jours, jusqu'à l'anéantissement tolal de l'inflammation, et sur l'immobilité absolue des surfaces articulaires.

Lors de mon inspection médicale toute récente du nord et de l'est de la France, j'ai acquis la conviction que mes doctrines sont loin d'être suivies par tout le monde ; que, si certains praticiens essaient d'employer l'eau froide, ils manquent le plus souvent de méthode, et leurs tâlonnements sont alors plus nuisibles qu'utiles.

C'est sur moi-même, à la suite d'une entorse, à Alger, en 1830, que j'ai expérimenté pour la première fois l'eau froide continuée pendant plusieurs jours. Jusque-là les auteurs les plus hardis n'en conseillaient la durée que pendant une ou deux heures, encore avec beaucoup de restrictions. J'en ai éprouvé un bien extrême, et depuis lors je l'ai employée par centaines de fois, et avec tant de succès, que pas une seule des entorses ainsi traitées n'a abouti à l'amputation.

La méthode curative de l'entorse, je n'ai cessé de la propager par mes écrits et par mon enseignement clinique ; en la livrant de nouveau à la publicité, je cède à la conviction de faire une chose bonne et utile.

Ceci posé, j'écarte toutes les considérations accessoires pour ne donner de mon traitement sur l'entorse qu'unc courte analyse.

Ce traitement repose sur deux indications fondamentales :

1° Prévenir ou combattre l'inflammation ;

2° Obtenir l'immobilité des surfaces articulaires ;

Pour prévenir ou combattre l'inflammation, nous avons recours uniquement au froid : eau froide ou glace avec ou sans addition de sel marin, selon les complications de l'entorse. Sans doute, l'usage de l'eau froide n'est pas chose nouvelle ; mais ce qui fait l'originalité de notre méthode, c'est qu'à elle seule elle constitue le fond du traitement, c'est la durée de son emploi, c'est la manière de s'en servir, c'est d'avoir écarté les dangers dont les auteurs la prétendent entourée, répercussions, gangrène, etc.

Comme la glace, que nous employons depuis tant d'années avec succès pour combattre les graves lésions traumatiques, l'eau froide a été mal appréciée dans ses effets thérapeutiques. Malgré tout ce que nous avons écrit, on semble ignorer encore que le froid agit en soutirant de la partie lésée un excès de chaleur que nous appelons calorique morbide par opposition au calorique normal ; que l'intensité du froid doit être en rapport d'équilibre avec la somme du calorique morbide produit ; que le froid n'expose à aucun danger tant qu'il ne soutire que du calorique morbide à l'exclusion du calorique normal.

Or, si malgré la glace la partie phlogosée conserve un excès de calorique, si le membre soumis aux réfrigérants demeure plus chaud qu'à l'état normal, comme cela a lieu en effet, que deviennent les craintes concernant les répercussions, la gangrène, etc. ? Le membre soumis au froid conserve un degré de chaleur exagéré, car le malade déclare qu'il le sent plus chaud que l'autre, et cela persiste lant que dure l'inflammation. Il y a un inslant où le froid cesse d'être bienfaisant, c'est quand l'iuflammation tombe, parce qu'alors c'est du calorique normal qui est soutiré et non plus du calorique morbide. Le moment est alors venu de le supprimer. Le malade plonge dans un baquet d'eau froide le pied atteint d'entorse ; il l'y laisse nuit et jour plus ou moins de temps, selon la gravité de l'entorse ; quelquefois une semaine, quelquefois plus encore, en un mot tant qu'il s'y trouvc bien. Lui seul est juge de la durée de l'immersion. Ses sensations sont ses seuls guides, et ces guides-là sont infaillibles. Quand l'inflammation a cessé, quand la réaction n'est plus à redouter, on supprime l'eau froide. Si l'épanchement de sang et de synovie, qui est quelquefois considérable, n'a pas été entièrement résorbé, on peut, à l'exemple de M. J. Guérin, recourir utilement à une ponction sons-cutanée évacuatrice, après quoi commence la deuxième indication du traitement. Nous obtenons l'immobilité des surfaces articulaires à l'aide de notre bandage à entorse, qui n'est autre que le bandage de l'étrier perfectionné, portant sur tous les points d'une manière uniforme, et parfaitement disposé par échelons, depuis la racine des orteils jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des malléoles. Ce bandage, nous le solidifions, pour n'en faire qu'une seule pièce, à l'aide d'une solution aqueuse de gomme très concentrée. Il reste en place, dix, vingt, ou trente jours et plus, selon le degré de l'entorse.

Rappelons, en terminant cet exposé, que depuis vingl-deux ans nous avons traité dans nos hôpitaux des centaines d'entorses par notre méthode, et que, malgré des complications parfois fort graves, aucune n'a enlraîné à sa suite l'amputation. Dès lors, ne sommes-nous pas fondé à penser que ce traitement peut êlre considéré comme infaillible, ou au moins comme devant écarter tout danger sérieux. De là, il est permis de conclure que les amputations de jambe pourraient être réduites des 3/4, puisque, nous l'avons dit, le coutingent des entorses est dans le rapport de trois à quatre dans le chiffre de ces dernières. Les prcuves à l'appui de notre opinion sont exposées de manière à ne laisser subsister aucun doute dans le mémoire dont nous ne reproduisons ici qu'une analyse succincte.

REMARQUES

sur la préparation de la limonade au citrate de magnésie.

Par M. E. ROBIQUET.

Ls citrate de magnésie agit comme purgatif à peu près avec la même énergie que le sulfate ; mais il a l'inconvénient de ne pouvoir se conserver facilement en dissolution et de communiquer aux limonades préparées depuis quelques jours une viscosité telle que leur emploi en devient impossible. Ayant remarqué que les solutions de citrate de magnésie, abandonnées à elles-mêmes pendant un certain temps, se remplissaient de moisissures et laissaient déposer une poudre blanche amorphe, ressemblant pour l'apparence physique au lactate de chaux, j'avais pensé que l'acide citrique employé contenait quelques traces de matières organiques azotées qui, jouant le rôle de ferment, en opéraient la destruction. Il n'en est cependant pas ainsi, car, dans cette réaction, une très petite quantité d'acide citrique est détruite, et l'on retrouve à très peu près, soit dans la liqueur, soit dans le dépôt blanc,

tout celui dont on s'est servi. De plus, ce dépôt blanc n'est autre chose que du citrate de magnésie devenu amorphe et insoluble, mais contenant sensiblement les mêmes proportions d'acide et de base que le citrate cristallisé. Il y a donc ici changement moléculaire, et il n'est aucun praticien qui n'en ait été témoin ; car il arrive souvent qu'en saturant avec de la magnésie calcinée ou carbonatée une solution un peu concentrée d'acide citrique, la liqueur se prenne en masse subitement et laisse dégager une quantité de cbaleur très sensible au thermomètre. Le citrate de magnésie qui se produit dans une semblable circonstance est presque complétement insoluble, et sa saveur n'est rien moins qu'agréable. Il arrive aussi quelquefois que, quand la liqueur est plus étendue, le citrate se précipite, après un temps plus ou moins long, sous forme d'une gelée dont la consistance dépend nécessairement de la quantité d'eau employée. C'est une transformation du même genre qui rend filantes les limonades purgatives préparées depuis plusieurs jours. Cette curieuse métamorpbose moléculaire n'est pas sans exemple en chimie, et j'ai eu pour ma part l'occasion de l'observer plusieurs fois.

J'ai fait dans ce but une infinité de mélanges et d'essais pour trouver un procédé au moyen duquel ce purgatif se décomposât beaucoup plus lentement qu'à l'ordinaire ; je donnerai seulement la formule qui m'a le mieux réussi :

Acide citrique parfaitement blanc. .	400 gram.
Carbonate de magnésie.	200 —
Eau de fontaine.	5 kilogr.
Sucre blanc n° 1.	600 gram.
Teint. de zeste d'orange ou de citron. .	5 —

Faites dissoudre à froid l'acide citrique dans l'eau, saturez par le carbonate de magnésie, et quand la combinaison sera effectuée (ce qui demande cinq à six beures), faites dissoudre le sucre également à froid. Ajoutez la teinture de zeste, filtrez au papier et prenez de cette solution, qui est au dixième : 500 grammes pour cbaque limonade à 50 grammes, 450 grammes pour chaque limonade à 45 grammes, etc.

Ajoutez à chaque bouteille : bicarbonate de soude, 5 grammes ; bonchez, ficelez et capsulez rapidement.

Voici maintenant les motifs qui m'ont engagé à suivre cette méthode. D'abord, je fais toutes mes solutions à froid, parce que le citrate de magnésie reste d'autant plus longtemps soluble et inaltérable qu'il a été préparé à une plus basse température. De plus, j'évite l'emploi du sirop simple ordinaire; car, étant clarifié au blanc d'œufs, il retient toujours un peu d'albumine, qui, par sa viscosité naturelle, favorise la disposition que possède le sel de magnésie à devenir gélatineux. Enfin, pour rendre les limonades gazeuses, je me sers de bicarbonate de soude, parce que le citrate de soude cristallise plus nettement que le citrate de magnésie, et n'ayant pas, comme ce dernier sel, l'inconvénient d'éprouver des changements moléculaires, l'empêcbe par sa présence de se métamorphoser.

Je terminerai par une dernière remarque : quelques praticiens sucrent leur limonade avec le sirop de gomme dans le but d'adoucir et de masquer l'excès d'acide; mais cette modification est plutôt nuisible qu'utile, car la gomme arabique agit sur le sel magnésien dans le même sens que l'albumine et hâte le moment de sa décomposition.

En suivant la méthode que je viens d'indiquer, on peut conserver sans altération de dix à quinze jours les limonades à 45 et 50 grammes, et pendant un mois environ celles qui contiennent de 20 à 40 grammes de citrate de magnésie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi par le ministre de l'intérieur :

1° D'une recette et d'un mémoire de M. le docteur Désidério, de Venise, relatifs au traitement du choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Demande d'un rapport sur une source minérale de Cauterets.

3° Rapport, par M. Chevallier, sur le service médical de l'établissement thermal de Bagnols (Lozère) pendant l'année 1850.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine.

M. Guillo, de Prades, envoie un état de vaccinations.

M. Peucbinat, de Port-Vendres, adresse un état de même nature.

M. Betti, de Florence, réclame la priorité de la propagation de la vaccine en faveur de Vacca Bellinghieri.

RAPPORTS.

M. Poiseuille lit, sur un fauteuil mécanique et sur une pommade secrète contre les *pediculi*, deux rapports dont les conclusions défavorables sont adoptées.

RAPPORTS.

De la suppuration du rhumatisme musculaire.

M. Michel Lévy lit sur cc sujet le rapport suivant :

L'Académie a reçu successivement de M. le docteur Chrestien (de Montpellier) deux observations puisées, l'une dans la pratique privée de ce médecin, l'autre dans la clinique de la Faculté, et destinées à démontrer que le rhumatisme est susceptible de se terminer par suppuration. Ces deux communications datent, la première, du 4 juillet 1850, et la seconde, du 13 février 1851, et vous m'avez chargé, avec M. Martin-Solon, de vous faire un rapport. Personne, je l'espère, ne me reprocbera le retard que j'ai mis à le présenter. M. Cbrestien a pu, dans cet intervalle, joindre une seconde observation à celle qu'il vous avait d'abord adressée isolément, et fortifier au moins dans sa pensée les conclusions qu'il avait formulées dans sa première lettre. Engagé d'ailleurs dans un concours qui vient à peine de se terminer, sa position nous commandait une réserve qui nous aurait gêné dans l'examen des faits qu'il a soumis au jugement de l'Académie. D'un autre côté, les questions vraiment scientifiques ont toujours leur opportunité tant qu'elles attendent une solution; il est utile de les replacer dans vos discussions. Quiconque promet la lumière d'une découverte ou seulement d'un fait bien observé est assuré d'obtenir en tout temps votre attention.

Les deux observations que nous devons à M. Chrestien se rapportent au rhumatisme musculaire. On a dit que l'étude du rbumatisme se complique et s'obscurcit par degrés des muscles aux articulations, de celles-ci aux viscères. A nos yeux, c'est le rhumatisme articulaire qui présente encore le moins d'incertitudes et de difficultés ; si, comme le rhumatisme musculaire et viscéral, il nous échappe dans son essence, il se caractérise clairement par l'ensemble et l'évolution de ses phénomènes : état fébrile, symptômes locaux appréciables, marche presque toujours régulière, terminaison prévue dans l'immense majorité des cas, complications ou coïncidences qui affectent certains organes. Le rhumatisme musculaire embarrasse par sa simplicité même ; presque toujours apyrétique, sans rougeur ni tuméfaction, rarement avec élévation de température, sa forme symptomatologique se réduit à la douleur, douleur mobile, erratique, plus ou moins vive et toujours augmentée par les efforts de contraction musculaire, mais distribuée de manière à se dérober aux localisations névralgiques. Voilà tout; c'est-à-dire une maladie qui ne se dénonce pas aux sens explorateurs du médecin, qui n'existe que dans les sensations du malade, ou, pour user du langage scolastique, à symptômes purement subjectifs. Dire qu'à la suite de cette maladie, qui se résume dans le symptôme *douleur*, le pus se forme avec abondance, se dépose entre les faisceaux musculaires et jusque dans leur épaisseur, infiltre leur tissu, et donne lieu à des foyers multiples, comme dans les observations publiées par Latour et Pinel, ou produit des abcès sous-aponévrotiques dans la région temporale et temporo-pariétale, comme dans les deux faits de M. Cbrestien, c'est s'obliger à administrer jusque dans leur plus minutieux détail les preuves de cette terminaison de rbumatisme musculaire, parce qu'elle est généralement contestée, parce que les rares exemples qu'on en a rapportés ont excité un doute légitime ; et plus un fait médical s'écarte de l'observation vulgaire, plus il importe de l'entourer de tous les éléments d'une rigoureuse démonstration. Il y a longtemps qu'on a fait ressortir ce qu'il y a d'erroné dans les observations de suppuration rhumatismale publiées par Latour et Pinel. Examinons celles de M. le docteur Chrestien.

Dans la première, que l'auteur a recueillie en 1846, il s'agit d'un postillon âgé de quarante-sept ans et d'une forte constitution, qui, à peine débarrassé d'une douleur au sein gauche par le repos, la diète et les sueurs, est pris d'une vive douleur dans la région temporo-pariétale droite.

Le 2 janvier, M. Cbrestien l'examine pour la première fois, et prescrit 10 sangsues à l'anus, et pour le lendemain matin 1 gram. 20 centigr. d'ipécacuanha à cause de l'enduit jaunâtre de la langue. Persistance de la douleur, et le 4 janvier, d'après l'état de la langue, on donne une potion purgative ainsi composée :

Manne.	72 grammes.
Pulpe de tamarin. . . .	16 —
Follicules de séné.	8 —
Fleurs de pêcher.	1 pincée.

Ecorce d'orange amère pour aromatiser.

Le 8, la douleur n'avait pas cédé malgré la purgation; 15 sangsues derrière l'apophyse mastoïde droite; ensuite pédiluve alcalin très chaud.

Le 12, 15 autres sangsues au même lieu; les téguments de la région temporo-pariétale s'étaient tuméfiés, et, ajoute l'auteur, « l'articulation temporo-maxillaire droite dut participer à cette hypertrophie des divers tissus, car l'ouverture de la bouche devint difficile. » Je continue de citer le texte de l'observation : « Le 12, voyant l'insuccès des antiphlogistiques, je tournai mes regards vers les dérivatifs cutanés, et je prescrivis des frictions sur toute la branche ascendante droite du maxillaire inférieur avec une pommade composée de 20 centigr. de vératrine sur 4 gram. d'axonge rancie. »

Le 13, saignée couenneuse de 250 grammes pratiquée sur les instances du malade et continuation des frictions. La douleur ne se fait plus sentir que dans le conduit auditif.

Le 17, enduit jaunâtre et visqueux de la langue. — 32 grammes de sulfate de soude.

Le 18, dit M. Cbrestien, le postillon crut pouvoir reprendre les rênes de ses cbevaux.

Mais le 25, frisson.

Le 26, retour de la douleur dans la région temporo-pariétale droite; saignée du bras et pilules sudorifiques du professeur Golfin, dont voici la formule.

Antimoine diaphorétique bien lavé.	8 grammes.
Résine de gaïac.	6 —
Extrait de ciguë	4 —
— d'aconit.	2 —
Poudre de digitale.	2 —

Pour 60 pilules.

Cependant, la douleur devenant de plus en plus vive, on appliqua un vésicatoire à cbaque bras. Les téguments de la région temporo-pariétale droite se tuméfient de nouveau.

Le 8 février, fluctuation ; une ponction est faite avec un bistouri à lame étroite, qui ne donne issue qu'à quelques goutles de pus.

Le 11, nouvelle ponction suivie, dit l'auteur, « d'une véritable évacuation de pus ensanglanté par quelque rameau de l'artère temporale. »

Le 12, la tuméfaction a reparu ; troisième ponction : « J'ouvris, dit l'auteur, une véritable collection purulente. La suppuration devint même si abondante que, le 15, je me crus obligé d'inciser largement les tissus épicrâniens de la région temporale droite..... La douleur fut victorieusement combattue à dater de ce jour-là, aussi le malade consentit-il à de nouvelles incisions, qui furent nécessaires ensuite pour éviter le décollement des parties molles et la mortification du tissu osseux. »

Le 3 mars, il se manifeste une douleur des plus vives au genou gauche, sans gonflement ni rougeur, et qui ne cède qu'à l'application d'un large vésicatoire.

Le 10, cicatrisation des incisions faites dans la région temporo-pariétale droite, convalescence ; à la fin du mois, la guérison est complète.

Et en terminant cette observation, dont je n'ai omis aucun détail important, l'auteur exprime l'opinion que la douleur ressentie par son malade à la région temporo-pariétale droite était de nature rhumatismale ; il pense que ce caractère étiologique est prouvé :

1° Par la profession du sujet, qui était exposé à l'intempérie de la saison quand il est tombé malade;

2° Par l'absence de toute cause productrice de l'inflammation ;

3° Par la récidive qui a été notée le 25 février;

4° Par l'apparition d'une douleur semblable au genou droit et sa guérison à l'aide d'un vaste vésicatoire ;

5° Par l'exemple d'un fils de ce postillon, qui, atteint de rhumatisme articulaire le 2 octobre 1846, a succombé le 18 mars 1847.

Ce dernier fait n'étant que mentionné par M. Cbrestien et comme en passant, il nous est impossible de l'apprécier, et force nous est de l'écarter de la discussion. La nature rhumatismale de la douleur survenue le 3 mars au genou gauche n'est pas démontrée, même par l'efficacité du vésicatoire, car il n'est pas à notre connaissance que ce moyen ait la valeur d'un spécifique dans le traitement du rbumatisme articulaire et suffise à la vérification du diagnostic, en l'absence de tout autre symptôme qu'une douleur fixe et persistante. En admettant d'ailleurs que telle fût la nature de la douleur ressentie le 3 mars au genou gauche, on n'en peut induire rien de positif quant à celle des accidents qui se sont manifestés dans la région temporo-pariétale droite deux mois auparavant, et qui ont suivi une marche très différente ; *post hoc, ergo propter hoc*, c'est là une erreur qui se glisse journellement dans les explications étiologiques. Un pblegmon sous-aponévrotique peut se développer chez un individu habituellement rhumatisant, et tel serait tout au plus le cas du postillon traité par M. Chrestien, et tel était aussi le cas du malade dont Pinel a rapporté l'observation dans sa *Nosographie philosophique* comme un exemple de suppuration rhumatismale, observation si judicieusement analysée par M. Requin. La prétendue récidive que M. Cbrestien fait valoir comme une preuve de rbumatisme n'est autre chose que l'expression symptomatique de la formation du pus ; le frisson qui l'a signalée le 25 janvier, la douleur aiguë qui s'est renouvelée le lendemain dans la région temporo-pariétale, la tuméfaction rapide de cette partie, la fluctuation manifeste enfin le 8 février ne laissent aucun doute à cet égard ; et l'abondance de la suppuration confirme cette interprétation des phénomènes que M. Chrestien considère comme une récidive de rhumatisme. Est-il nécessaire de réfuter les arguments fondés sur l'état de l'atmosphère ? Les intempéries de la saison et surtout les froids de l'biver sont tout aussi bien une cause occasionnelle d'affections phlegmasiques que de maladies rhumatismales. Suivant nous, M. Chrestien a commis, dans l'appréciation du fait dont il s'agit, l'erreur où sont tombés Latour et Pinel ; c'est se tromper en bonne compagnie, quoiqu'à long intervalle; et, à une époque où l'exploration clinique est arrivée à un plus grand degré de précision et de netteté, il a pris pour un rbumatisme un phlegmon sous-aponévrotique de la région temporo-maxillaire droite; ce qui a peut-être contribué à l'entraîner dans cette manière de voir, c'est l'extension pblegmasique à l'articulation temporo-maxillaire, et c'est encore là une particularité souvent observée dans les inflammations phlegmoneuses qui siégent au voisinage d'une articulation. Il n'est point jusqu'aux suites de la première ponction qui ne rentrent dans les données classiques de l'art sur les abcès sous-aponévrotiques; on a souvent remarqué qu'il peut se passer plusieurs jours après l'incision exploratrice comprenant l'aponévrose d'enveloppe avant que le pus, d'ailleurs bien formé et rassemblé en collection, ne se porte vers l'ouverture pratiquée à l'aponévrose (*Compendium de chirurgie pratique*, par Bérard et Denonvilliers, t. 1er, p. 193), et c'est ce qui est arrivé à M. Cbrestien. Nous laissons aux chirurgiens le soin de juger la marcbe qu'il a suivie dans le traitement de cette affection et de prononcer si, au lieu de ponctions répétées, il n'eût pas été préférable d'inciser largement les parties enflammées ; leur texture serrée, les aponévroses très fortes de la région temporo-pariétale, qui expliquent l'intensité des douleurs ressenties par le malade, nous semblent justifier ce dernier précepte. Quoi qu'il en soit, notre rôle est simplement ici de constater, en guise de conclusion, que le premier des deux faits communiqués par M. le docteur Chrestien n'a point la signification qu'il lui attribue, et qu'il ne constitue pas un exemqle de suppuration rhumatismale.

Le deuxième fait n'a pas été observé directement par M. Chrestien; il s'est rencontré parmi les observations recueillies à la clinique de la Faculté de Montpellier, par un élève qui subissait devant lui le cinquième examen. « L'observation que j'ai l'honneur de vous signaler, dit M. Cbrestien dans sa lettre du 22 janvier 1851, et de vous adresser pour que vous jugiez vous-même de la ressemblance qu'elle offre avec celle du postillon de diligence, n'a pas été rédigée dans le but de prouver le cacbet rhumatismal, mais bien la valeur de l'anestbésie locale; aussi le mot de rbumatisme n'y figure-t-il pas du tout; mais en la lisant avec attention on voit que, comme Panaxieu (sujet de la première observation), Brulon a été pris d'abord de fièvre catarrhale qui s'est localisée dans les tissus musculaire et aponévrotique de la région temporale, et que l'état rhumatismal a succédé à l'état catarrhal, dont il n'est, le plus souvent, qu'une modification ou dégénérescence. » Nous demandons la permission de laisser à l'écart les questions de doctrine et de pathogénie qui sont indiquées et même tranchées dans ce passage, pour entrer immédiatement dans l'examen du fait que l'on nous présente comme un deuxième exemple de terminaison suppurative du rhumatisme musculaire. Toutefois, nous éprouvons un scrupule de convenance que vous apprécierez : le fait dont il s'agit appartient à la clinique de M. Alquié, et ce n'est point le savant professeur qui le livre à notre jugement ; ce n'est point lui qui s'est avisé de le relier aux affections rhumatismales; ou plutôt nous ignorons à quel point de vue il l'a envisagé. Nous n'avons donc pas à discuter le diagnostic de l'habile professeur de Montpellier, et moins encore le traitement qu'il a mis en usage. Nous n'avons même pas à controverser le fait clinique en lui-même, mais tout simplement l'interprétation étiologique que M. le docteur Chrestien y attacbe, la ressemblance qu'il y reconnaît avec les conditions de son propre malade. Sous le bénéfice de cette réserve, interrogeons la feuille clinique que l'on nous adresse sans rédaction préalable, comme pour nous livrer le rhumatisme en flagrant délit de suppuration.

Un sous-officier du 38e de ligne, âgé de vingt-huit ans, robuste et d'une santé intacte, subit un refroidissement intense et prolongé sur le lit de camp du corps de garde. Le lendemain, tuméfaction considérable et douloureuse de la joue gauche ; œdème de la paupière ; céphalalgie; douleurs lancinantes dans l'oreille. Au bout de huit jours, suintement purulent par l'oreille, qui diminue par l'application d'un vésicatoire. En même temps la joue est désenflée et le malade se croit guéri. Quinze jours après, douleurs vives à la région temporale, qui s'est tuméfiée, ainsi que la joue et l'intérieur de la bouche; mastication et déglutition difficiles.

Le 22 novembre 1850, le malade entre à l'bôpital. Le moindre mouvement de la mâchoire inférieure détermine une douleur vive à son angle et vers l'articulation, où il existe une tumeur assez considérable. Au-dessous du point tuméfié, on croit sentir de la fluctuation. On soupçonne un abcès sous l'aponévrose temporale, et pour l'empêcher de fuser dans la région zygomatique on pratique, de haut en bas, une incision d'un centimètre qui intéresse la branche antérieure de l'artère temporale, et ne donne issue qu'à du sang.

Le 23, la tuméfaction est moins prononcée.

Le 24, céphalalgie, otorrhée plus abondante ; la tuméfaction et la fluctuation persistent.

Le 26, nouvelle incision, précédée de l'application locale d'un nouveau liquide anesthésique, application dont nous passons sous

silence les détails. L'incision, faite dans le même sens que la première, n'amène pas de pus; on y introduit une mèche que l'on recouvre d'un cataplasme.

Le 27, le pus se présente au pansement; mais, dit la feuille que nous analysons, l'abcès n'est pas encore ouvert.

Le 28, écoulement très abondant par l'oreille; fluctuation très considérable vers l'abcès. M. Alquié introduit des pinces à dissection au-dessous de l'aponévrose temporale un peu relâchée, et en les retirant en sens inverse sur leurs branches, il donne issue à une quantité considérable de pus crémeux et strié de sang.

Le 29, moins d'écoulement par l'oreille; l'incision fournit un pus assez abondant.

Le 30, l'otorrhée est tarie complétement; l'abcès temporal s'est affaissé; et jusqu'au 8 mars, jour de la sortie, tout marche vers une prompte guérison.

Voilà, messieurs, un deuxième cas de phlegmon sous-aponévrotique. La feuille clinique où il est relaté est signée par M. Alquié, et les réflexions intercalées par l'élève, écho des explications données au lit du malade, n'autorisent pas à croire que le professeur l'ait envisagé autrement. C'est donc à M. le docteur Chrestien que revient l'interprétation énoncée plus haut; c'est lui qui a vu, dans ce cas, une fièvre catarrhale qui s'est localisée dans les tissus de la région temporale, et un état rhumatismal consécutif à l'état catarrhal. Il me paraît inutile de discuter cette opinion, qui relève d'une doctrine pathogénique très générale. Le point de clinique et d'anatomie pathologique que M. Chrestieu s'était proposé d'éclairer ne peut être décidé que par des résultats d'observation, non par une simple induction et comme par un artifice d'interprétation étiologique.

Les faits bien observés ont une signification qui leur est propre, et manquent d'élasticité pour les théories. Il serait oiseux d'insister sur les caractères si tranchés de celui qui a été emprunté à la clinique de M. le professeur Alquié, et personne ici ne l'admettra comme une preuve de la terminaison du rhumatisme musculaire par suppuration.

En réduisant à leur valeur les deux observations qui précèdent, nous n'avons pas la prétention de nous inscrire ni contre celles qui existeraient à notre insu dans les annales de la science portant en soi cette démonstration, ni contre celles qui surgiront ultérieurement pour la solution affirmative du même problème. En médecine, il ne peut y avoir de convictions irrévocables ni de parti pris contre les faits; mais le devoir est d'y regarder de près. Ceux qui ont été successivement produits pour établir la réalité de la suppuration rhumatismale, extrêmement rares par rapport au nombre immense de rhumatismes qu'on observe, laissent à désirer pour l'exactitude et le complément de la preuve. Je n'excepterai pas entièrement de cette remarque le cas, d'ailleurs si intéressant, que M. Andral a communiqué en 1850 à l'Académie (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1850, t. XV, p. 1019); sans doute, le pus s'est montré dans deux articulations; la synovie a paru trouble dans une troisième articulation; les membranes synoviales étaient merveilleusement injectées, etc. Mais les altérations les plus saillantes de l'inflammation manquent-elles aux suppurations articulaires qui signalent la fièvre puerpérale, la méningite céphalo-rachidienne? La malade traitée par M. Andral est une femme âgée de soixante-sept ans, pâle et faible, épuisée par une pneumonie antécédente; trois articulations sont frappées dès le début et demeurent engagées jusqu'à la fin : où est la mobilité si caractéristique du rhumatisme? La marche et l'issue de la maladie se décident avec une rapidité fatale contre la loi ordinaire du rhumatisme, dit M. Andral lui-même; et, malgré l'absence de toute autre lésion cadavérique, je ne puis me défendre de soupçonner ici une condition générale de l'organisme exprimée par l'adynamie d'emblée, condition que la nature des localisations articulaires me dispose à rattacher à la pyohémie.

Malgré les remarquables travaux de nos contemporains, il reste beaucoup à nous apprendre sur le mécanisme de la pyogénie, sur les conditions qui la favorisent, sur ses rapports avec l'inflammation; et, quand il serait démontré que le rhumatisme articulaire et musculaire peut être suivi de suppuration, la nature de cette affection serait-elle dévoilée? L'inflammation, même suppurative, est-elle l'élément initial, régulateur de l'évolution morbide que l'on appelle rhumatisme? La solution complète du problème n'est pas au bout de cette recherche, c'est-à-dire au bout du scalpel; mais il ne faut pas moins encourager ces investigations qui sont l'une des voies du progrès scientifique; et, plein d'estime pour tous les efforts qui tendent vers ce but, nous avons l'honneur de vous proposer de remercier M. le docteur Chrestien de sa communication et de déposer aux archives les documents dont nous avons rendu compte.

M. Piorry. Avant de discuter la question de savoir si le rhumatisme peut se terminer par suppuration, je pense qu'il faudrait se demander d'abord s'il y a quelque chose de spécial qui doive porter le nom de rhumatisme. Depuis trente ans que j'interroge les médecins sur ce point, aucune réponse satisfaisante ne m'a été faite.

Ici, ainsi que l'a dit M. Lévy, il y avait phlegmon sous-cutané; ailleurs, on confond sous le nom de rhumatisme des douleurs dépendant d'une lésion des reins (lombago), de l'utérus et des névralgies testiculaires, etc. Quant au rhumatisme articulaire, on a donné ce nom aux phlegmasies des articulations qui ne suppurent pas. En général, on a désigné sous le nom de rhumatisme une foule de souffrances diverses produites par l'action du froid et surtout du froid humide. En un mot, on a inventé ce mot à une époque où l'observation médicale ne se pratiquait pas avec la même rigueur qu'aujourd'hui.

J'ai dans mes salles quatre ou cinq de ces rhumatismes traités pour tels et qui ne sont autre chose que des lésions, des tuméfactions de la colonne vertébrale.

Quant à la question qui fait l'objet du rapport, il est parfaitement démontré que le rhumatisme peut se terminer par suppuration, quoique cette terminaison soit rare.

Après ces quelques observations, les conclusions sont adoptées.

Discussion sur les pilules de Bland.

Après une nouvelle discussion très confuse et très animée, et qui ne dure pas moins de cinq quarts d'heure, l'Académie décide à la majorité de 12 voix contre 10 que le rapport de M. Gaultier sera renvoyé à la commission, à laquelle on adjoindra de nouveaux membres.

— La séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mai 1852. — Présidence de M. Piobert.

Organe du tact.

M. Flourens présente l'extrait suivant des recherches de M. Wagner sur l'organe du tact. Ce qu'on a appelé jusqu'ici les papilles du toucher présente deux ordres de papilles distinctes, savoir :

1° Les papilles vasculaires ;
2° Les papilles nerveuses.

1° *Papilles vasculaires.* — Elles sont beaucoup plus nombreuses que les papilles nerveuses. Elles sont formées d'une anse vasculaire et d'une enveloppe. Le vaisseau qui forme l'anse a environ 1/200e de ligne ; il est juste assez large pour laisser passer un filet simple de globules de sang.

2° *Papilles nerveuses.* — Ces papilles, entourées de papilles vasculaires, ne reçoivent pas elles-mêmes de vaisseaux. Elles contiennent un petit corps formé de membranes horizontalement superposées et ayant entre ces couches membraneuses de nombraux grains oblongs et d'un contour foncé. Les couches membraneuses, aussi bien que les grains, rappellent les formations analogues des corpuscules de Pacini.

Le corpuscule du tact est recouvert d'une enveloppe striée d'une finesse excessive.

Voici les rapports de ce corpuscule avec le système nerveux: Chaque fibre nerveuse primitive se divise en branches plus fines, lesquelles se subdivisent encore. Les plus fines, au nombre de une, deux et même trois, se dressent perpendiculairement vers la surface de la peau pour entrer dans les papilles et les corpuscules, soit par leurs bases, soit par leurs côtés.

Ces corpuscules doivent être l'appareil du toucher, puisque seuls ils reçoivent des nerfs. Ils méritent le nom de corpuscules du tact, *corpuscula tactus.*

Entorse.

M. Baudens lit une note sur ce sujet. (*Voir* ci-dessus.)

CORRESPONDANCE.

Amputations partielles du pied.

Paris, 23 mai 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

Le numéro de samedi, 22 mai, de votre estimable journal contient, dans l'article intitulé: *Amputations partielles du pied*, quelques erreurs que je vous demande la permission de rectifier.

MM. Triquet et Trélat out publié, d'une leçon de l'habile professeur M. Nélaton, les passages suivants :

« Il faut arriver jusqu'en 1825, époque à laquelle M. Syme, de » Dublin, remit en honneur l'amputation tibio-tarsienne. Voici en » quoi consistait le manuel opératoire:

» 1° Faire en même temps la résection des malléoles ;

» 2° Conserver la peau épaisse du talon pour l'appliquer sur les » surfaces saignantes et en former un moignon.

» Cette opération, qui a déjà été pratiquée un certain nombre » de fois (24 fois: M. Syme, Velpeau, J. Roux, Robert), semble pro» mettre de bons résultats pour l'avenir. »

Dans un mémoire étendu, par moi publié en 1842 à l'occasion d'une amputation tibio-tarsienne que j'avais faite avec succès en 1839, j'ai passé en revue, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, tout ce qui avait été écrit de plus important sur ce sujet; et j'ai prouvé, sans que nul m'ait encore démenti, que le seul fait bien avéré, bien sérieux de l'amputation du pied en totalité est celui qui m'appartient.

Le 15 mai 1847, mon aide de clinique, M. Verjus, publiait dans la *Gazette des Hôpitaux* un article qui commençait ainsi :

« Le 24 avril dernier, M. Baudens a répété pour la quatrième fois l'amputation tibio-tarsienne d'après son procédé opératoire. La cicatrice est complète... Dans un mémoire remarquable publié en 1842, il a démontré que les auteurs n'ont parlé de cette amputation que pour en faire la critique, et que, s'ils ont indiqué des procédés opératoires, aucun fait sérieux ne peut être cependant invoqué pour prouver que cette amputation ait été faite sur le vivaut avant 1839.

» En 1842, trois ans après M. Baudens, M. Syme, professeur à Edimbourg, encouragé, comme il le donne à entendre, par les beaux résultats obtenus par le chirurgien français, tenta avec un plein succès l'amputation tibio-tarsienne. »

Dans le même numéro de votre journal, M. le rédacteur de la *Revue clinique hebdomadaire* s'exprime ainsi :

« Nous avons dit que l'amputation tibio-tarsienne avait, suivant nous, le grand inconvénient de laisser subsister les deux malléoles.... Nous avons ajouté que M. Syme avait proposé de réséquer les malléoles. C'est sur ce point que porte une rectification que nous faisons aujourd'hui: ce n'est pas à M. Syme, mais à M. Baudens, qui l'a décrite dans un mémoire spécial, qu'appartient cette modification de la désarticulation du pied, qui, avant lui, n'avait jamais été érigée en méthode, faute d'un procédé opératoire convenable. Ce fait, nous devons le dire, est tellement hors de doute, que M. Syme l'a lui-même reconnu dans ses écrits, et avoue n'avoir entrepris l'amputation tibio-tarsienne qu'après qu'elle a été réhabilitée par M. Baudens.

» Disons, pour être juste envers tout le monde, que le procédé de M. Syme diffère de celui de M. Baudens en ce que le premier taille son lambeau dans la peau du talon, tandis que M. Baudens le taille dans la région dorsale du pied..... Cette utilisation de la peau du talon par M. Syme appartient à M. Malgaigne. »

Le 22 février 1848, M. Didiot, mon aide de clinique, publiait dans la *Gazette des Hôpitaux* les réflexions suivantes :

« Pratiquée pour la première fois en 1839 par M. Baudens, l'amputation tibio-tarsienne, malgré les beaux résultats obtenus par son auteur, n'a pas encore reçu en France l'accueil auquel elle a droit. En revanche, l'Angleterre et l'Allemagne l'ont envisagée comme une véritable conquête chirurgicale; elle compte, en Angleterre, dans les mains de M. Syme, 24 succès, et 70 en Allemagne.....

» M. Baudens vient de répéter pour la sixième fois, avec succès, l'amputation tibio-tarsienne; et cette fois encore d'après son deuxième procédé opératoire.....

» Tandis que dans son premier procédé, M. Baudens découpe un lambeau en forme de guêtre sur la région dorsale du pied, dans son deuxième procédé, il prend, à la face plantaire et latérale interne ou externe du pied, selon l'altération des téguments, un lambeau de la forme d'un très large sous-pied, étendu de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien jusqu'à la pointe du talon. Ce lambeau comprend toutes les parties molles, y compris la masse musculaire jusqu'au squelette de la voûte plantaire.

» ... M. Baudens tend à croire que par le lambeau dorsal on évitera plus sûrement la gangrène partielle des téguments; mais en revanche il teud à penser que le lambeau plantaire sera plus favorable à la sustentation et à la marche. »

Le 2 février 1850, M. le docteur Molard s'exprimait ainsi dans la *Gazette des Hôpitaux :*

« L'amputation tibio-tarsienne, dit M. Baudens, a été pratiquée par nous la première fois en 1839.

» Cette opération avait-elle été faite antérieurement? Oui, s'il faut en croire les chirurgiens qui ont écrit des traités de médecine opératoire; non, s'il faut ajouter foi à nos travaux. Jusqu'à ce jour, nos recherches ont été infructueuses à découvrir que l'amputation tibio-tarsienne ait jamais été érigée en principe. Loin de là, les chirurgiens ont été jusqu'en ces derniers temps unanimes pour la repousser d'une manière absolue, à l'exception toutefois du sage et prudent Sabatier, qui s'abstient de la blâmer; à l'exception encore du savant chirurgien de la Charité M. Velpeau. On lit, en effet, dans sa *Médecine opératoire* que les inconvénients de cette opération ont été exagérés, et que, si des circonstances favorables se présentaient, il serait permis de faire encore quelques tentatives à ce sujet. M. Velpeau a tenu parole; tout récemment il a enlevé un pied en totalité avec un plein succès, et ses prévisions ont ainsi été confirmées par lui-même. Ce qui a trompé les auteurs, c'est la reproduction sans examen d'une citation erronée faite par Sabatier, tome III, page 335, et empruntée à Fabrice de Hilden. J'ai démontré, texte en main, dans un mémoire que j'ai publié en 1842 sur l'amputation tibio-tarsienne, que par ces mots : « *Idque sæpissime expertus sum*, » Fabrice de Hilden n'entendait nullement parler de l'amputation tibio-tarsienne.

» Les seuls faits relatifs à la perte totale du pied que nous ayons pu trouver se bornent aux trois qui suivent :

» Ambroise Paré raconte que le capitaine Leclerc, étant sur un navire, eut le pied enlevé par un boulet un peu au-dessus de la cheville; il guérit; mais plus tard, *voyant que sa jambe lui nuisait, il la fit couper à cinq travers de doigt au-dessous du genou.*

» D'après Brasdor, Sédiller aurait extirpé avec succès à un enfant de dix ans l'un de ses pieds atteint de gangrène; et au dire de Lisfranc, un militaire ayant eu à Esling le pied emporté par un boulet, le chirurgien se borna à extraire les esquilles, et, entre autres, la malléole externe : le blessé marchait à l'aide d'une machine au fond de laquelle le pied était libre.

» Vous le voyez, deux fois c'est le boulet qui a fait l'amputation; la troisième fois, c'est la gangrène. Eh bien! est-ce sérieusement qu'on pourrait exhumer de l'oubli ces faits pour nous disputer une priorité bien acquise et payée chèrement par les déboires de toute sorte qu'on nous a suscités, au point que la haute administration elle-même a pris fait et cause contre nous, et qu'il n'a pas fallu moins que des succès constants et la conviction scientifique la plus robuste pour nous faire triompher? Est-il besoin d'ajouter, si ce n'est au point de vue historique et pour épuiser notre sujet, que Rossi, chirurgien dont les écrits inspirent d'ailleurs peu de confiance, prétend avoir fait l'amputation tibio-tarsienne? Devinez par quel procédé : en traversant l'articulation avec des ligatures et en coupant avec elles les parties molles. Evidemment il n'y a là rien de sérieux, pas même matière à examen.

» Si d'autres faits existent, qu'on les produise; jusque-là, nous persisterons à dire que l'amputation tibio-tarsienne n'a jamais été faite avant nous.

» Nous avons pour l'amputation tibio-tarsienne deux procédés opératoires. »

M. Robert, dans sa remarquable thèse pour le concours de 1850, s'exprime ainsi :

« C'est dans ces dernières années surtout qu'elle a été réhabilitée (l'amputation tibio-tarsienne).

» En 1839, M. Baudens l'exécuta, et son exemple fut imité par le chirurgien anglais, et surtout par M. Syme, en 1842. En Allemagne, MM. Keyfelder, Textor fils, Chélius et plusieurs autres y eurent recours. Pendant ces dernières années, elle a été faite de nouveau, en France, par MM. Sédillot, Blandin, Jobert, J. Roux, Josse fils, par nous-même heureusement, et tout récemment par M. Velpeau, avec un succès semblable. »

De ces citations, il résulte :

1° Que M. Syme n'a pas fait l'amputation tibio-tarsienne en 1825, mais bien en 1842, trois ans après moi, et encouragé, comme il le dit, par mes succès;

2° Que ce n'est pas ce célèbre chirurgien qui a fait le premier la section des malléoles pour rendre facile la marche sur le pilon représenté par le moignon, puisque je l'avais pratiquée en 1839.

Quant à la crainte exprimée par l'habile chirurgien de l'hôpital des cliniques, que la résection des malléoles laisse à nu, au milieu de la plaie qui va s'enflammer, les surfaces spongieuses du tibia et du péroné, nouvelle source d'accidents dus à l'infection purulente, cette crainte repose sur la théorie, et ne m'a jamais arrêté. J'ai fait un grand nombre d'amputations partielles du pied en sciant les cinq os du métatarse, ou le premier cunéiforme, ou le cuboïde, ou même l'astragale; d'une autre part, j'ai souvent amputé la jambe ou la cuisse dans l'épaisseur des condyles avec des succès presque constants, et sans avoir pu, dans aucun cas, attribuer les revers à cette cause. Pour ce qui concerne l'amputatiou tibio-tarsienne, on sait que toujours ou presque toujours on scie les malléoles, ce qui n'empêche pas cette opération de donner des résultats si remarquables qu'il est très rare qu'elle soit fatale.

Je tiens à honneur d'avoir donné à cette importante opération ses lettres de naturalisation, et je vous remercie, monsieur et cher confrère, de m'avoir prêté pour cela la publicité de votre journal.

Baudens.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre numéro du 25 mai, à l'article intitulé : *Du choix et du mode d'application des caustiques dans le cancer*, un passage dans lequel M. Favrot, à propos de l'acide nitrique solidifié appliqué aux affections cancéreuses, dont la découverte est due à feu le docteur Rivallié, déclare que la préparation de cet acide combiné avec la charpie, tel que M. Rivallié l'a toujours employé et tel que je l'emploie moi-même, ne répond que d'une manière incomplète aux exigences de la pratique, et que si son action est puissante, il n'est pas toujours facile de la limiter exactement.

Je répondrai à M. le docteur Favrot que, pour opérer avec succès par le procédé de M. Rivallié, il faut s'y être exercé depuis longtemps, et alors, comme dans toutes les opérations chirurgicales, l'habitude et l'adresse qu'elle donne amènent des résultats positifs.

Quant à l'inconvénient de ne pouvoir circonscrire les limites de cet agent, il est très facile d'y obvier en composant une pâte homogène d'un volume convenable en largeur et en épaisseur, pour ne pas dépasser les limites de la tumeur; et quant à l'amiante, je doute qu'elle présente des avantages sur la charpie, que j'ai toujours employée moi-même d'après M. Rivallié.

Agréez, etc.

J. Béral,
neveu et successeur du Dr Rivallié.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à St-Germain-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 63. — SAMEDI 29 MAI 1852. (25e ANNÉE.) N° 63. — SAMEDI 29 MAI 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Tumeur veineuse antérotulienne. — Traitement des hémorrhagies de la paume de la main. — Préparation des limonades au citrate de magnésie. — Société de chirurgie, séance du 12 mai. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 28 MAI 1852.

Séances des Académies.

Nous ne sommes pas suspect de malveillance envers l'Académie ; c'est donc la force de la vérité seule qui nous oblige à déclarer qu'il ne faudrait pas beaucoup de séances comme la dernière pour éloigner du foyer académique tous ceux qui le fréquentent dans l'intention de s'éclairer à ses lumières. Il s'est encore agi, cinq quarts d'heure durant, de la question de savoir si l'on insérerait ou non au Bulletin les pilules de Blaud. Cette discussion, toutefois, prouvait que l'Académie, ou du moins son conseil d'administration, avait fait un progrès. L'interprétation du décret du 3 mai 1850 n'était plus mise en question ; bien au contraire, le conseil a proposé à l'Académie de décider, en principe, que, toutes les fois qu'il serait fait un rapport sur un remède nouveau, la commission indiquerait, dans ses conclusions, s'il y a lieu ou non de faire à ce remède l'application de ce décret. On ne peut qu'applaudir à cette décision ; elle indique, de la part de l'Académie, l'intention bien arrêtée de faire l'usage le plus fréquent possible du décret du 3 mai, et cette intention nous semble être parfaitement conforme à son esprit, qui, ainsi que l'a très judicieusement dit M. Orfila, n'a d'autre but que de mettre entre les mains de l'Académie la continuation, le perfectionnement progressif du *Codex* ; et Dieu sait s'il en a besoin ! N'est-il pas, en effet, dérisoire que la loi oblige aujourd'hui tous les pharmaciens à prendre pour code régulateur de leur officine un livre dans lequel non-seulement se trouvent une foule de recettes très défectueuses, quelquefois même inexécutables, mais encore dans lequel manquent la *moitié*, et peut-être plus, des médicaments officinaux employés aujourd'hui par les médecins, et que la loi, pour cette raison, devrait saisir comme remèdes secrets, si elle était appliquée avec une inintelligente rigueur ? L'Académie a donc sagement fait en acceptant, dans ce qu'elle a de plus large la mission qui lui est conférée par le décret du 3 mai. Mais après avoir pris une décision aussi sage, il ne faudrait pas que l'Académie en paralysât les effets en méconnaissant la justice des principes émis par M. Orfila et en suivant la voie dans laquelle elle s'est déjà trop engagée par son vote de la dernière séance. Or il y a deux manières d'arriver au fâcheux résultat que nous voulons prévenir.

Le premier, c'est d'interpréter dans la lettre et non dans l'esprit le mot *nouveaux* appliqué par le décret aux remèdes que l'Académie doit approuver. M. Chevallier, qui a soulevé cette difficulté, est le seul qui ait opposé aux conclusions de M. le rapporteur un argument qui a au moins quelques apparences de raison ; mais, disons-le bien vite, il n'en a que les apparences, et surtout démontrons-le.

Est-il nécessaire, en effet, pour qu'un remède soit réputé nouveau et inscrit au Bulletin, que ce remède n'ait jamais été employé, que sa formule n'ait jamais été publiée en France ni ailleurs ? Nous croyons que ce serait bien mal saisir l'esprit du décret que de l'interpréter ainsi. Comme l'a fait observer M. Orfila, le décret a eu pour but de donner à l'Académie la mission de continuer le *Codex*, c'est-à-dire de permettre au commerce de la pharmacie la vente de tous les remèdes reconnus utiles et qui ne sont point insérés dans la pharmacopée officielle. Un remède nouveau, dans l'esprit du décret, est donc un remède qui n'est point inscrit au *Codex*. Ainsi, pour en revenir à l'application de ces principes aux pilules de Blaud, si M. Chevallier démontre que la formule de ces pilules n'offre rien de nouveau, s'il démontre que la formule de Griffith vaut mieux que celle de Blaud, qui n'en serait qu'une modification, M. Chevallier aura par cela même démontré que ce n'est point à M. Blaud que revient le mérite de l'invention du médicament nouveau ; mais il n'aura pas prouvé le moins du monde que ce médicament ne doit pas faire partie du nouveau *Codex* et provisoirement être inscrit dans le Bulletin de l'Académie. Tel est le véritable sens du décret du 3 mai.

Il y aurait encore un moyen d'éluder l'esprit de ce décret, moyen indirect il est vrai, mais qui atteindrait d'autant mieux le but que se proposent les académiciens opposés à toute approbation académique qu'il semblerait dicté par des scrupules honorables et basé sur les considérations scientifiques les plus dignes d'approbation, généralement parlant : ce moyen consisterait à attendre que l'expérience eût démontré d'une manière rigoureuse toutes les propriétés thérapeutiques d'un médicament avant de faire un rapport à l'Académie. Certes, nos lecteurs savent si nous sommes plus facile, plus crédule que d'autres en fait d'expérimentation thérapeutique ; néanmoins nous n'hésitons pas à dire que vouloir attendre que l'expérience ait appris tout ce qu'on peut attendre d'un médicament avant de l'adopter, c'est tout simplement rendre impossible l'application du décret du 3 mai. Si cette exigeance s'était manifestée quand on a rédigé le *Codex*, nous ne craignons pas d'affirmer qu'on n'aurait pas inscrit dix substances dans ce formulaire. Il faut qu'ici encore l'Académie se place dans un moyen terme, et qu'elle sache comprendre que ce décret du 3 mai, conçu dans un remarquable esprit de justice, sollicité pour ainsi dire par l'Académie, qui s'en est montrée on ne peut plus satisfaite quand il a paru et qui en réalité augmente beaucoup l'importance de la docte Compagnie, que ce décret n'a pas été rendu pour rester une lettre morte et en quelque sorte un acte dérisoire, puisqu'il ne recevrait jamais d'application. Sans doute, l'Académie devra se garder d'approuver sans expérimentation un médicament qui sera soumis à son appréciation ; elle devra exiger que des expériences aient démontré son utilité, au moins dans quelques cas ; mais exiger davantage, ce serait vouloir annuler d'avance les bons effets que doit produire le décret du 3 mai, ce serait par conséquent s'exposer à se voir enlever la prérogative que ce décret confère à l'Académie et qui, nous le répétons, ne peut qu'accroître son importance.

Nous sommes convaincu que les considérations précédentes sont dans l'esprit de la grande majorité de l'Académie, qui comprend parfaitement et les intérêts généraux et ses propres intérêts. Mais ce n'est pas tout que de comprendre la vérité, il faut encore concourir activement à la faire triompher ; et si l'Académie déserte les bancs avant la fin des discussions, comme elle l'a fait dans la dernière séance, elle s'exposera à voir une douzaine de membres tenaces faire passer des propositions également contraires à la manière de voir de l'Académie tout entière, à ses véritables intérêts, et surtout à ceux du public et des travailleurs intelligents et honnêtes.

— Malgré la longueur du tohu-bohu dont les pilules de Blaud ont été l'occasion, l'Académie a pu entendre un bon rapport de M. Lévy, que nos lecteurs ont pu lire textuellement dans notre dernier numéro. L'habile académicien a su rectifier, avec toute l'urbanité que permettait l'accomplissement de sa mission, un diagnostic erroné, sous le couvert duquel on avait voulu produire une nouveauté pathologique. L'Académie et le public ont partagé l'opinion de M. Lévy et ont applaudi à la forme de son travail, en regrettant que M. Lévy ne leur fournît pas plus souvent l'occasion de lui témoigner leur satisfaction.

M. Piorry a seul demandé la parole sur ce rapport pour combattre la doctrine qui admet l'existence d'une maladie particulière qu'on appellerait *rhumatisme*. Les objections de M. Piorry sont des observations générales qui s'appliquent à toute une doctrine médicale. Quand une discussion s'élèvera sur ce sujet dans le sein de l'Académie, nous essaierons de démontrer au savant professeur que son opinion n'est pas d'accord avec les faits rigoureusement observés et interprétés. Jusque-là nous suivrons l'exemple de M. Lévy, qui n'a pas cru devoir porter incidemment la discussion sur un terrain qui mérite bien d'être préparé à l'avance.

— A l'Académie des sciences, M. Flourens a communiqué, au nom de M. Wagner, des recherches intéressantes sur la structure des papilles du toucher. La délicatesse et la nature toute spéciale des recherches de M. Wagner ne nous permettent pas de nous prononcer

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire des altérations et des falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales ; par M. CHEVALLIER, professeur à l'Ecole de pharmacie.

(Deuxième volume.)

Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie ; par le docteur J. BEYLARD, de Philadelphie.

Il y a quelques mois, nous avons rendu compte du premier volume de cet ouvrage. Dans l'analyse rapide que nous en avons donnée, nous signalions le but que s'est proposé l'auteur, c'est-à-dire de mettre les pharmaciens à même de repousser de leurs officines les substances altérées soit par le temps, soit par des manœuvres coupables, les médicaments sophistiqués qui leur sont livrés trop souvent par le commerce de la droguerie en gros ; de donner leur avis dans les cas nombreux où ils sont consultés par l'administration et par les tribunaux sur la valeur et les qualités soit des substances alimentaires, soit des substances commerciales ; de faire connaître aux négociants et même aux simples consommateurs les moyens de se rendre compte de ces sophistications et de se soustraire à ces fraudes.

La position toute spéciale qu'occupe M. Chevallier comme professeur à l'Ecole de pharmacie, comme membre du conseil de salubrité, comme expert assermenté appelé chaque jour devant la justice pour examiner les produits douteux, une longue expérience pratique, une habileté depuis longtemps reconnue par tous, le rendaient mieux propre que tout autre à entreprendre une tâche de cette nature. Le deuxième volume, qui termine l'ouvrage, a tenu tout ce qu'avait promis le premier ; c'est celui dont nous allons en quelques lignes essayer de rendre compte aujourd'hui.

Nous avons dit que dans les ouvrages publiés jusqu'à ce jour on ne s'était guère occupé que des altérations des médicaments et des substances employées en médecine et en pharmacie. M. Chevallier a voulu agrandir son cadre, embrasser un plus vaste sujet et étendre la sphère des services qu'il espérait rendre. Aussi a-t-il étudié avec le plus grand soin les fraudes auxquelles sont sujettes les matières alimentaires de première nécessité, comme les farines, les fécules, les huiles et graisses ; et celles de luxe, comme le thé, le café, le sucre, le chocolat, et de plus les matières employées pour certaines industries, le charbon, la chaux, les cires, les engrais, les métaux, etc.

L'un des articles les plus importants du volume est celui qui est consacré à l'étude du *lait* ; l'auteur prouve par les nombreuses citations qu'il y fait qu'il a lu avec fruit les travaux si remarquables de MM. Quevenne, Braconnot, Appert, Poggiale, lesquels ont examiné tout spécialement ce fluide organique. Les falsifications que subit le lait sont nombreuses : d'abord, on enlève la crème, puis on y ajoute de l'eau, et, pour déguiser cette addition d'eau et le peu de densité du lait, on mélange avec lui du sucre, de la farine ou de l'amidon, de la dextrine, de l'infusion de son, du blanc d'œuf, de la gélatine, du jus de réglisse, des carottes.

M. Chevallier a eu connaissance, il y a vingt ans, d'un nourrisseur des environs de Paris qui possédait quatorze vaches et qui ajoutait à chaque traite seize litres d'eau, 500 grammes de cassonnade et plusieurs blancs d'œufs battus pour imiter la crème. Les falsifications avec la gomme sont trop coûteuses pour que l'on y ait recours avec avantage ; celles par l'amidon se reconnaissent au moyen de l'iode. Le microscope ferait facilement reconnaître la présence de la matière cérébrale émulsionnée avec laquelle on a prétendu, sans que M. Chevallier en ait eu la preuve, que l'on falsifiait quelquefois le lait.

Pour M. Chevallier, toutes ces falsifications sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le pense ; la véritable et la plus commune altération du lait, c'est l'addition d'eau et la soustraction d'une partie de la crème, ce que l'on reconnaît avec les lactomètres et les lacto-densimètres.

On lira avec intérêt au moment actuel un article sur les marques de fabrique, sujet qui rentrait dans le cadre de M. Chevallier et qu'il s'est gardé de passer sous silence. Comme tous les hommes honnêtes, l'auteur est du parti de ceux qui pensent que l'autorité devrait, de chaque produit, exiger le certificat ou la marque d'origine, seul moyen de relever notre commerce trop compromis sur les marchés étrangers et d'agrandir nos relations. Un article sur les monnaies et sur les falsifications que l'on peut leur faire subir n'attirera pas moins l'attention des personnes qui, sans s'occuper de science d'une manière continuelle et comme profession industrielle, seront curieuses de se tenir au courant des découvertes nouvelles que l'on fait chaque jour.

Un paragraphe qui fait le pendant et qui est en même temps le complément de l'article *Farine de blé* du premier volume, c'est celui qui, dans le second, contient l'histoire chimique du pain et des so-

sur l'exactitude de ces recherches, que nous savons seulement être très consciencieuses et faites par un homme fort habile. H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Tumeur veineuse antérotulienne.

Si les tumeurs antérotuliennes, les hygromas sont maladies fréquentes, les tumeurs semblables à celle que nous avons rencontrée dans le service de M. le professeur Velpeau sont excessivement rares, si rares que, malgré les recherches que j'ai faites, je n'ai pas rencontré un seul cas, dans la science, d'affection qui se rapproche de celle qui va nous occuper.

Voici d'abord l'observation telle qu'elle a été recueillie au lit du malade. Nous la ferons suivre de quelques réflexions.

Il s'agit d'une tumeur placée au-devant de la rotule. Le malade qui la porte est âgé de vingt et un ans; il est ébéniste, et n'avait nullement l'habitude de travailler appuyé sur les genoux. Il est d'une bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique.

La tumeur qui existe au-devant de la rotule date au moins de huit ans; elle est du volume d'une noix, un peu aplatie. Elle a débuté sans cause appréciable, sans symptômes inflammatoires, et presque à l'insu du malade, qui ne l'a guère remarquée que quand elle avait déjà presque son volume actuel. Elle vient d'être pour lui la cause d'exemption du service militaire. Il l'a fait voir à plusieurs chirurgiens distingués, qui lui ont donné le conseil de ne jamais se faire opérer.

Cependant cette tumeur grossit de jour en jour, surtout depuis quelque temps. Elle augmente surtout de volume et durcit quand le malade s'est tenu longtemps debout, ou quand il a beaucoup marché. Dans le repos, surtout le matin, elle reprend le volume et la consistance que nous lui voyons. Mais comme la profession de ce jeune homme exige qu'il soit souvent dans une station verticale, il désire être débarrassé de sa tumeur, et il entre à l'hôpital.

Le 28 février, la tumeur est mollasse, élastique, sans fluctuation. Elle paraît plutôt concrète que liquide, comme fongueuse; on la dirait formée de plusieurs lobules. Elle est indolente, même à la pression, sans signe d'inflammation. Elle a le volume d'une noix; elle est mobile, roulante. La peau qui la recouvre est d'un gris noirâtre, parsemée de plusieurs petits points noirs (dont trois plus saillants et d'une teinte plus foncée, bleuâtre). La tumeur glisse librement sur les parties profondes, mais la peau glisse difficilement sur la tumeur. Son siége est curieux: elle est en dedans et en haut de la rotule. (Je reviendrai plus loin sur ce détail.) — L'on ne sent pas de crépitation, ni de grumeaux, ni de dureté, ni de tissu épaissi.

Le malade n'a point de varices aux jambes, ni ailleurs; la tumeur n'offre au doigt aucun mouvement d'expansion ou de soulèvement. Pas de bruit à l'auscultation.

Le 2 mars, l'opération est pratiquée: la tumeur est enlevée avec l'instrument tranchant. Une incision longitudinale de la peau met à nu un tissu rouge, adhérant intimement aux parties voisines, ou plutôt aux téguments; de sorte qu'au lieu d'une simple énucléation de la tumeur, une dissection minutieuse a été nécessaire. Des vaisseaux nombreux, surtout des veines, ont été divisés, et ont fourni une quantité de sang assez considérable pendant l'opération. La tumeur n'avait point d'adhérences avec la rotule.

L'examen de la tumeur a été fait avec le plus grand soin; c'était un véritable lacis veineux, un peloton de veines. Nous en reparlerons tout à l'heure.

On éponge la plaie avec le plus grand soin; les bords en sont rapprochés et maintenus dans cette position à l'aide de serre-fines.

Dans le courant de la journée, une tumeur formée par du sang se montre, les serre-fines sont enlevées, et il s'établit un suintement sanguinolent abondant. Des boulettes de charpie sont alors entassées dans la plaie.

Le 3, les bords de la plaie sont écartés, le suintement sanguin persiste; de nouvelles boulettes de charpie sont portées dans la plaie. — Applications froides; bandelettes agglutinatives pour opérer une légère compression.

Le suintement sanguinolent est arrêté.

Le 4, le malade est pris de fièvre; il y a de l'insomnie, un peu d'agitation, de la chaleur, de la soif; pas d'appétit. Le genou est douloureux, surtout à la moindre pression.

Les 5 et 6, il y a toujours de la fièvre, mais moins intense que le premier jour. La soif est moins vive. Il y a eu un peu de repos.

Le 7, les symptômes généraux se sont encore amendés; mais le malade souffre beaucoup du genou. Il s'est formé une collection purulente au dedans de la rotule, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, collection sous-cutanée, avec fluctuation assez manifeste. La peau paraît décollée; elle est rouge, enflammée. — Cataplasmes.

L'inflammation diminue; le foyer communique avec la plaie, car une pression légère exercée tous les matins avec les doigts fait refluer par la plaie une quantité assez considérable d'un pus un peu sanieux.

Le 19, la plaie a un aspect satisfaisant. Elle se couvre de bourgeons charnus; mais il reste toujours au dedans un trajet fistuleux communiquant avec un foyer assez vaste, mais bien limité, et sous-cutané.

Le 21, une incision est pratiquée à la partie la plus déclive du foyer, et il sort en grande quantité du pus mêlé de filets de sang.

A partir de ce jour, le malade va mieux. La suppuration se tarit, la plaie se déterge. Il n'y a plus de fièvre, et le malade, un peu affaibli, reprend sa bonne mine. Les bourgeons charnus comblent la plaie, la cicatrisation marche promptement, les parois du foyer se recollent.

Le 28 mars, l'on cautérise avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus qui s'élèvent un peu trop. Des ganglions étaient devenus douloureux dans le pli de l'aine; leur engorgement a cessé.

Le 2 avril, le malade se lève, et quelques jours après il sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Je ne reprendrai pas toute cette observation. Il serait inutile de suivre pas à pas la cicatrisation de la plaie. Je ferai seulement remarquer que l'articulation du genou n'a point participé aux accidents inflammatoires qui se sont déclarés.

Cela dit en passant, je reviendrai sur trois points essentiels: le diagnostic, l'anatomie pathologique et le traitement de cette tumeur.

Tout d'abord, en apercevant cette tumeur, la première idée qui devait s'offrir à l'esprit était sans nul doute celle d'une tumeur dans la bourse muqueuse antérotulienne. Mais ces dernières sont placées au milieu et en bas de la rotule; elles sont en général bien arrondies; celle-là était située en haut et en dedans de la rotule et présentait quelques points plus saillants et bleuâtres. Ce qui montre une fois de plus combien dans l'étude des tumeurs il faut faire attention à leur siége précis.

Puis, si l'on touchait la tumeur, on la sentait flasque, fongueuse, mollasse et non fluctuante. De plus, cette tumeur augmentait de volume dans la marche et dans la station verticale, caractères qui n'appartiennent point à l'hygroma.

Pour les tumeurs de la bourse muqueuse prorotulienne, il y a de la fluctuation; elles sont tendues, liquides; elles ont des parois concrètes, dures, si elles sont anciennes; elles présentent quelquefois au toucher quelques grumeaux, de véritables corps étrangers roulant et une certaine sensation de crépitation. Rien de semblable pour la tumeur qui nous occupe.

Si donc l'idée d'hygroma se présentait tout d'abord, elle était vite écartée en présence des considérations que je viens d'énumérer.

D'un autre côté, il n'y avait point à songer à un kyste, à un squirrhe, à un encéphaloïde. Il serait superflu d'insister sur ces points; chacun a deviné déjà qu'il n'y avait point à s'arrêter à l'idée de ces diverses affections. Il n'y avait à hésiter qu'entre un lipome, un méliceris ou une tumeur hématique.

Mais les méliceris s'accompagnent presque généralement; j'ai presque dit toujours, d'une certaine fluctuation; de plus, ils ne sont pas lobulés, et n'offrent point cette teinte noirâtre et bleuâtre de la peau.

Est-ce un lipome? Est-ce une tumeur hématique?

Comme les lipomes, la tumeur est lobulée, mollasse, comme fongueuse; mais les lipomes sont si rares en cet endroit! Y a-t-il beaucoup d'observations de lipomes placés au-devant de la rotule? Les lipomes n'augmentent pas de volume par la marche et la station verticale; les lipomes ne donnent pas à la peau une teinte noirâtre ou bleuâtre; la peau glisse assez facilement sur eux.

Mais, d'un autre côté, il n'y a aucune varicosité autour de la tumeur; et si c'est une tumeur hématique formée par quelques pelotons veineux devenus variqueux, M. Velpeau n'en a jamais observé de semblable.

Après avoir bien pesé et discuté toutes ces considérations, M. Velpeau croit à l'existence d'une tumeur hématique formée par un peloton veineux devenu variqueux. Il se fonde sur la consistance de la tumeur; sa mobilité, son adhérence à la peau, sa coloration, son aspect lobulé, et surtout sur le fait que la tumeur augmente à la suite de fatigues, pour diminuer pendant le repos.

Du reste, le traitement n'offre aucune hésitation. La tumeur gêne le malade; il désire en être débarrassé; elle est sous-cutanée; elle n'est point adhérente aux parties profondes.

M. Velpeau en fait l'extirpation le 2 mars. On sait le reste.

L'on aurait pu employer les astringents, les résolutifs, chercher à obtenir l'oblitération des veines, etc.; mais ces opérations n'offrent pas moins de dangers que l'extirpation. Elles sont plus longues, et ne sont pas constamment suivies de guérison.

Quant à la tumeur elle-même, on a pu s'assurer que le diagnostic de M. Velpeau était juste, parfaitement exact. Elle était formée par un peloton, une agglomération de veinules dilatées, et formant un lacis remarquable. Les points bleuâtres correspondaient à des endroits où la peau était amincie.

Cette tumeur pourrait être rangée parmi les tumeurs érectiles veineuses; mais c'est plutôt une tumeur veineuse qu'une tumeur érectile. Je crois donc que c'est avec raison que j'ai mis: *Tumeur veineuse antérotulienne.* L. B.

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES DE LA PAUME DE LA MAIN.

A M. le docteur Robert.

Monsieur et honoré confrère,

Je viens de lire dans une lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser (*Gazette des Hôpitaux*, 15 mai 1852), à l'occasion d'une leçon que j'ai faite *sur les hémorrhagies qui résultent de la blessure des artères de la main*, le passage suivant: « Vous m'avez fait l'honneur de me citer à » cette occasion; mais je crois néanmoins devoir relever » quelques inexactitudes qui se sont glissées dans votre » leçon, et qui me prêtent des opinions *presque diamétralement opposées* à celles que je professe depuis bien » longtemps. »

C'est, à mes yeux, un devoir très sérieux pour un professeur de reproduire avec une scrupuleuse exactitude les opinions des auteurs qu'il cite. Aussi ai-je pensé que je me devais à moi-même, que je devais aux personnes qui veulent bien accorder quelque confiance aux documents qu'elle puisent dans mon enseignement, de rechercher si en effet j'avais mérité le reproche qui m'était adressé par mon savant confrère, je dis plus, par mon premier maître.

J'ai donc relu le compte-rendu de ma leçon; je l'ai comparé aux divers articles dans lesquels se trouvent exposées les opinions que j'aurais mal rendues sur la thérapeutique des hémorrhagies artérielles de la main, et je ne m'explique pas comment M. Robert a pu découvrir entre sa doctrine et celle que je lui attribue, je ne dirai pas une différence notable, mais même une différence quelconque. Dans ma leçon, je passe en revue les divers moyens qui doivent être mis en usage lorsqu'une artère de la main est divisée. Je dis, avec tous les chirurgiens, que la ligature des deux bouts de l'artère est le moyen le plus sûr, celui par conséquent qu'il faut mettre en usage si la chose est possible. Si cette ligature est impossible, il faut comprimer; si l'hémorrhagie se reproduit malgré la compression et à une époque où la suppuration est déjà établie, il faut encore, contrairement à la doctrine de Dupuytren, chercher à lier les deux bouts en faisant des incisions convenables. Cette tentative vient-elle à échouer, on applique le cautère actuel sur le point d'où l'on voit sortir le sang; enfin dans le cas où aucun des moyens précé-

---

phistications que peuvent lui faire subir les fabricants, d'autant plus coupables que la fraude porte ici sur un objet de première nécessité et qui forme la base de la nourriture des peuples civilisés. Ce n'est pas sans danger que les boulangers introduisent dans le pain différents sels métalliques sous prétexte de le rendre plus léger et de plus facile digestion, les sulfates de zinc et de cuivre, les carbonates d'ammoniaque, de potasse, de chaux, le borax, l'alun, etc.

Les potasses, le quinquina, les savons, les vinaigres, les vins sont le sujet d'articles où l'auteur ne fait pas preuve de moins de sagacité et de connaissances moins étendues.

On conçoit que l'analyse d'un dictionnaire, et surtout d'un dictionnaire de ce genre, ne soit guère possible. Contentons-nous, après avoir signalé les plus importants des articles qui le composent, de dire en terminant que M. Chevallier, par cette publication, a rendu un éminent service aux arts et à l'industrie, et qu'il serait à désirer que l'on rencontrât plus souvent des ouvrages marqués au coin d'une utilité aussi incontestable.

Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie; par le docteur J. Beylard, de Philadelphie.

(Un vol. in-4°. Chez J.-B. Baillière.)

Le rachitis est une des singulières affections qui ont presque de tout temps excité au plus haut degré l'attention et la curiosité. C'est après en avoir observé dans le service du professeur Trousseau de nombreux exemples que M. le docteur Beylard s'est décidé à en faire l'objet d'un travail spécial, d'une étude approfondie, et de cette étude est résulté le volumineux traité que nous avons sous les yeux.

Commençons par dire que, pour M. Beylard, le rachitis et l'ostéomalacie ne sont qu'une seule et même maladie; qu'il regarde comme illusoires les distinctions que l'on a voulu établir entre ces deux états morbides, dont la nature est parfaitement semblable et entre lesquels tous les artifices de diagnostic des modernes n'ont pu réussir à tracer une ligne de démarcation bien nette et bien tranchée. Son cadre a donc dû s'agrandir, et il a dû y comprendre les faits signalés pour appartenir à deux maladies distinctes.

L'auteur s'est conformé dans son travail à l'ordre adopté généralement dans tous les traités de pathologie. Il passe successivement en revue l'étiologie, les symptômes, l'anatomie pathologique, la nature, le diagnostic, le pronostic et le traitement du rachitis et de l'ostéomalacie, et la conclusion de chacun de ces paragraphes est l'identité parfaite des deux affections. C'est ainsi, par exemple, qu'après avoir rapporté un nombre considérable de faits de l'une et de l'autre, il établit qu'il n'y a pas un seul des symptômes appartenant à l'une des deux maladies qui ne se retrouve dans l'autre, à un degré différent peut-être; mais, ajoute-t-il, et non sans raison, les différences physiologiques des âges sont si grandes qu'elles ont nécessairement un retentissement sur les phénomènes pathologiques.

Et plus loin, à l'occasion de la fragilité des os, laquelle n'est à ses yeux qu'une des phases du ramollissement des os, il pose cette conclusion générale: que les trois états morbides connus sous les noms de rachitis, fragilité des os et ostéomalacie sont identiques dans leur nature et constituent tout au plus trois formes d'une seule et même espèce nosologique; que si l'on a séparé ces trois formes d'une même maladie pour en faire autant d'affections distinctes, c'est qu'on a confondu l'ostéomalacie proprement dite avec d'autres altérations du squelette qui en sont essentiellement différentes et qui n'ont d'autre rapport avec elle que les déformations qu'elles produisent; ou bien l'on s'est arrêté à des considérations d'un ordre tout à fait secondaire, telles que la prédominance de la friabilité ou de la mollesse, oubliant ainsi qu'on ne saurait en bonne logique créer des maladies distinctes d'après les degrés variables d'un seul de leurs symptômes.

Au point de vue du diagnostic, dont M. Beylard constate les particularités dépendant des âges (nous avons dit que le ramollissement des os n'est pas le même chez l'enfant et chez l'adulte), au point de vue également du pronostic, les mêmes raisons militent en faveur de l'identité de toutes ces affections.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi des moyens hygiéniques, aération, exercice, bonne alimentation; dans celui de quelques moyens thérapeutiques, principalement de l'huile de foie de morue, qui semble être un véritable spécifique.

Nous avons dit que beaucoup de faits avaient été cités par M. Beylard à l'appui de son travail, et qu'il n'était presque pas un point qui ne fût élucidé, commenté par une ou plusieurs observations. Huit planches dessinées avec soin, et contenant des dessins curieux, dont plusieurs sont empruntés à la collection de M. Trousseau, complètent le Traité de M. Beylard, qui restera dans la science, et témoignera, même aux yeux de ceux qui ne partagent pas ses opinions sur l'identité du rachitisme et de l'ostéomalacie, de la sagacité de l'auteur, de son ardent amour de la vérité et de connaissances aussi étendues que variées. Dr A. Foucart.

dents n'est applicable à cause de la situation du vaisseau blessé ou des diverses complications que peut présenter la blessure, il ne reste d'autre ressource que la méthode d'Anel. Bérard a lié l'artère radiale et cubitale pour une plaie de la paume de la main; moi-même j'ai pratiqué cette opération, et l'hémorrhagie s'est reproduite; enfin, ai-je dit, « on en est venu à lier l'artère humérale et même axillaire, ainsi que l'a fait M. Robert pour une blessure semblable à celle qui nous occupe. »

Or, je le demande, n'est-ce pas là très exactement l'opinion de M. Robert? Au lieu de lier l'artère brachiale au lieu d'élection, ne préfère-t-il pas la ligature de l'axillaire lorsque tous les autres moyens ont échoué ou sont inapplicables? Il suffit, pour savoir à quoi s'en tenir sur ce point, de consulter ce qu'a écrit M. Robert dans une leçon faite à l'hôpital Beaujon en 1847, et qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*. La valeur de la ligature de l'artère brachiale appliquée aux hémorrhagies palmaires se trouve formulée d'une manière très nette; il y est dit: « L'artère brachiale étant liée, *même très haut*, le cours du sang est à peine interompu pendant quelques instants dans le membre.. »

Plus tard, dans la séance de la Société de chirurgie du 29 mars 1848 (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 11 avril), M. Robert fait la proposition formelle de préférer la ligature de l'axillaire à celle de l'artère brachiale, ainsi que cela résulte du procès-verbal de cette séance, où l'on trouve ce passage: « ... Aussi M. Robert propose-t-il de substituer à celle-ci (la ligature de l'artère brachiale) la ligature de l'artère axillaire, basant ce précepte sur cette considération, qu'après qu'on a lié la brachiale, le sang revient rapidement aux parties inférieures par la collatérale externe... M. Robert a eu occasion de mettre cette idée à exécution... Le membre était infiltré, et il se présentait de très grandes difficultés à la ligature des deux bouts; il lia donc l'axillaire... »

Après avoir relu ces citations, je me suis demandé comment M. Robert a pu écrire que je lui prêtais des opinions presque *diamétralement opposées* à celles qu'il professe. L'explication en est très simple: ce n'est plus l'axillaire que lie M. Robert, c'est l'artère humérale; et pour la ligature de cette artère il a été conduit, par le *raisonnement, à admettre un lieu d'élection*. Or, quel est ce lieu d'élection? M. Robert opère, à la manière de Lisfranc, au niveau du col de l'humérus, sur cette portion d'artère cachée derrière le grand pectoral, longue de 5 à 6 centimètres, dans laquelle le tronc artériel du membre supérieur ne fournit point de branches, portion très bien choisie, j'en conviens, mais qui, suivant tous les anatomistes, appartient à l'axillaire.

Voilà toute la différence qu'il y a entre l'opinion de M. Robert et celle que je lui ai prêtée.

Quoi qu'il en soit de ces détails d'une importance secondaire, je suis heureux, mon cher confrère, de vous avoir fourni l'occasion de propager une idée que nous cherchons l'un et l'autre à répandre depuis plusieurs années, je veux parler de la ligature dans les plaies suppurantes. J'ai le ferme espoir que nous parviendrons à vaincre les obstacles que cette doctrine rencontre encore journellement, et que nous aurons ainsi rendu un véritable service à la pratique chirurgicale.

Veuillez agréer, etc.

A. Nélaton.

PRÉPARATION DES LIMONADES AU CITRATE DE MAGNÉSIE,

Par F. Cadet de Gassicourt.

Nous pensons qu'il paraîtra opportun de faire connaître la formule suivie depuis environ deux ans dans notre officine pour la préparation dont il s'agit. La voici:

On fait à l'avance une *solution de citrate de magnésie titré au sixième*, et de la manière suivante.

On pèse:

Acide citrique pur.	128	grammes.
Eau filtrée.	1000	—
Carbonate de magnésie. . . .	72	—

On fait fondre à froid l'acide citrique dans l'eau.

On sature le soluté acide par le carbonate de magnésie.

On filtre.

Pour obtenir exactement 1200 grammes de colature, on complète ce poids avec de l'eau (50 grammes au plus) dont on se sert pour laver le filtre.

Ces 1200 grammes de soluté, équivalant à 40 portions de 30 grammes dont chacune contient 5 grammes de citrate, servent à préparer les limonades selon le besoin du courant et conformément à la dose de ses purgatifs voulue par la prescription médicale.

Chaque limonade purgative se composera:

1° Du *soluté de citrate de magnésie titré au sixième*, autant de fois 30 grammes que le chiffre de l'ordonnance indiquera de fois 5 grammes de citrate de magnésie;

2° De sirop de sucre aromatisé avec la teinture alcoolique de zeste de citron, 120 grammes pour une bouteille;

3° De l'eau, ce qu'il en faut pour achever d'emplir convenablement la bouteille. (Nous nous servons, en général, pour cet objet, de bouteilles dites de forme anglaise.)

Enfin, pour la production du gaz acide carbonique, on ajoute:

Acide citrique peu concassé. . .	3	grammes.
Bicarbonate de soude.	4	—

On bouche et capsule rapidement.

Dans ce procédé nous trouvons, outre l'avantage d'une solution faite à froid, que notre estimable confrère a justement apprécié les avantages d'une prompte exécution, d'une facilité parfaite à se conformer de suite à la variété des doses prescrites de citrate magnésien, et de la latitude entièrement laissée au client pour la conservation de son médicament.

(*Répertoire de pharmacie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mai 1852. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier dit que MM. Moreau père et fils ont visité sa malade, et qu'ils ont admis une grossesse extra-utérine.

Correspondance.

M. Dufraisne-Chassaigne adresse un mémoire sur les polypes du rectum. Une commission composée de MM. Huguier, Maisonneuve et Forget est chargée d'examiner ce travail.

Nouveaux glossocomes et nouveaux principes pour le traitement des fractures.

M. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque, donne lecture d'un mémoire relatif au traitement des fractures, et présente l'appareil contentif qu'il a imaginé à ce sujet. (Commission: MM. Denonvilliers, Larrey et Boinet.)

Voici un extrait de ce travail:

Le traitement des fractures se réduit à deux méthodes et à quatre genres de moyens.

De ces méthodes, l'une veut les traiter par un appareil définitif; l'autre veut pouvoir toujours examiner le membre pour remédier à tous les accidents qui peuvent survenir.

Nous repoussons la première par deux motifs: le premier, c'est qu'elle ne peut tenir la principale promesse qu'elle prétend offrir, de préserver la fracture de tout mouvement; le second, c'est qu'elle emploie des moyens qui sont particulièrement dangereux par leur dureté et la résistance de leur contexture.

Nous adoptons, au contraire, la seconde méthode, parce qu'elle permet de visiter souvent le membre et d'opposer divers moyens aux différentes complications qui se présentent; de telle sorte que, malgré les difficultés, on peut presque toujours, avec beaucoup de soins, arriver à un heureux résultat.

Mais c'est ainsi qu'on est arrivé à confondre la bonté du moyen avec la vigilance et l'habilité du chirurgien, tandis que la véritable question consiste à trouver des moyens qui puissent réussir entre les mains les moins habiles.

Au reste, ces moyens se réduisent à quatre espèces:

1° Les appareils solidifiables, qui, à eux seuls, représentent la méthode inamovible que nous condamnons;

2° Les appareils à constriction, qui représentent les appareils hippocratiques, ou ceux que l'on emploie le plus ordinairement;

3° Les appareils à extension, que l'on a préconisés dans les cas les plus graves des fractures;

4° Les appareils qui modifient la situation du membre et qui réunissent l'hyponarthécie et les plans inclinés.

Tous ces moyens comptent des succès à la condition des plus grands soins; mais ils comptent aussi des revers tenant à une seule cause, qui fait toute la difficulté du traitement des fractures. Cette cause, c'est que chacun de ces moyens n'a isolément qu'une force contentive qu'on est obligé de pousser trop loin pour la sensibilité des organes; d'où il résulte cette triste conséquence, qu'afin d'être suffisants pour la contention ils deviennent dangereux par les obstacles qu'ils apportent anx diverses fonctions du membre.

Pour éviter ces inconvénients, nous avons réuni dans un seul et même mécanisme toutes les conditions statiques et dynamiques que possèdent les quatre genres de moyens précités, et nous avons eu, de cette manière, des appareils qui nous ont présenté non-seulement l'ensemble de ces divers moyens, mais encore nous ont préservé de leurs inconvénients, puisque nous avons l'avantage de pouvoir contenir les fractures sans exagérer aucune de ces forces contentives.

En effet, la multiplicité ou la docilité des forces de nos appareils nous donne la faculté de répartir les effets contentifs sur la plus grande surface possible, et même celle, si l'on fatiguait ainsi les organes, de varier l'emploi de ces mêmes forces.

Avec ces principes, nous avons construit trois appareils pour le traitement des fractures; l'un sert aux fractures de l'humérus et de la clavicule, l'autre à celle de l'avant-bras, et le troisième à toutes celles des membres pelviens; et nous sommes parvenu ainsi à rendre aussi assurés que facile les plus longs et les plus pénibles traitements, en remplissant les indications importantes:

1° De garantir l'immobilité des fractures aussi solidement que possible, puisqu'elles sont toujours contenues, soit par l'extension, soit par la compression;

2° De rendre l'examen du membre et les pansements aussi prompts et faciles que si le membre était à découvert, puisqu'il suffit de déboucler une courroie pour mettre le membre à nu;

3° De rendre les traitements les plus longs aussi supportables que faire se peut, puisque nous varions la position du membre par divers degrés de flexions, et qu'au moyen de la suspension nous avons pu faire descendre des fracturés de la cuisse de leurs lits, de même que nous pouvons laisser le bras libre pour les fractures de la clavicule.

Les appareils qui remplissent et simplifient ces indications sont cependant des machines assez compliquées, mais qui se résument dans des plans hyponartéciques à coulisses pour les accommoder à toutes les longueurs.

Ces plans sont articulés par des charnières dirigées par des compas de graduations allongées par des vis. A ces plans se joignent des attelles qui, pour l'appareil des fractures des membres inférieurs, sont aussi à coulisse.

Hydarthrose du genou.

M. Verneuil lit une observation d'hydarthrose du genou avec lésions anatomiques multiples. Une commission composée de MM. Houel, Demarquay et Gosselin est chargée d'examiner le travail de M. Verneuil.

Grossesse extra-utérine.

M. le docteur Laborie, ancien chef de clinique de la Faculté, donne lecture d'un travail intitulé: *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois, avec persistance de la vie de l'enfant.*

Dans ce mémoire, l'auteur a eu en vue les deux faits de grossesse abdominale récemment soumis à l'examen de la Société de chirurgie, et, s'attachant spécialement à la partie pratique du sujet, il s'efforce de démontrer que, dans ces cas, la nature reste tout à fait insuffisante pour amener une terminaison heureuse quelconque sans l'intervention de l'art.

Tous les faits consignés dans les annales de la science confirment cette donnée et permettent d'établir en principe la nécessité absolue, si l'on veut conserver les jours de la malade, d'agir chirurgicalement.

M. Laborie, après avoir fait l'examen des conditions physiologiques nouvelles qui permettent à un œuf ainsi disposé dans la cavité péritonéale de s'y développer jusqu'au terme régulier de l'évolution fœtale, démontre que le chirurgien ne doit pas attendre pour intervenir les dernièrss périodes de la grossesse; car la vie de la femme se trouve menacée par la rupture de l'œuf, par l'hémorrhagie et par l'épuisement, qui est la conséquence du développement de l'œuf.

L'auteur, pour répondre à l'opinion des chirurgiens qui proposent l'expcctation, recherche quelles sont les chances heureuses qui peuvent naître de cette expectation? Ces chances lui paraissent nulles. Aussi conclut-il en proposant d'opérer après le septième mois révolu.

Quant au choix de l'opération, M. Laborie, se basant sur l'étude anatomo-pathologique des faits connus et spécialement du fait présenté par M. Desprez, repousse, quand l'œuf est aussi volumineux, l'élitrotomie, et propose d'une manière absolue la gastrotomie. Il termine enfin son travail par les conclusions suivantes:

1° La grossesse extra-utérine abdominale paraît être la seule qui permette au produit d'atteindre son développement complet.

2° Si des terminaisons heureuses et spontanées ont été observées dans les cas de grossesse extra-utérine, on ne peut en rapporter aucun cas ayant trait à la grossesse abdominale ayant dépassé le septième mois avec conservation de la vie de l'enfant.

3° A cette époque de la gestation, la vie de la malade est menacée par l'imminence d'une hémorrhagie, d'une rupture de l'œuf et, par suite, d'une péritonite, et enfin par le dépérissement.

4° L'intervention de l'art reste la seule chance de salut pour la mère.

5° On ne peut espérer, pendant l'expectation, voir diminuer la somme des dangers, la nature ne pouvant offrir aucune des ressources que l'on rencontre dans les autres espèces de grossesses extra-utérines.

Il faut donc que l'intervention soit prompte, car les dangers consécutifs à l'opération seront d'autant plus considérables que le produit présentera un plus fort volume.

6° Le seul procédé qui puisse permettre d'extraire avec certitude l'œuf entier consiste à pratiquer la gastrotomie.

Cette opération pourra être faite avec avantage par la destruction successive de la paroi abdominale à l'aide d'un caustique.

Des injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Robert. Il y a trois semaines, j'ai présenté des pièces anatomiques prises sur un malade mort dans mon service des suites d'un abcès par congestion, traité par M. Boinet à l'aide des injections iodées; aujourd'hui je viens de nouveau attirer l'attention de la Société sur le même sujet. Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune homme qui est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, pour se faire traiter d'une paraplégie que l'on crut pouvoir rattacher à des accidents syphilitiques contractés deux ans auparavant. Sous l'influence de l'iodure de potassium, les accidents cédèrent; mais bientôt on vit apparaître une légère incurvation de la région lombaire et un vaste abcès par congestion dans cette même région. M. Boinet, qui fut chargé de traiter le malade, fit plusieurs injections iodées, trois ou quatre. A la suite de la dernière injection, de graves accidents survinrent; la gangrène s'empara des parois du foyer. Le malade quitta l'hôpital Saint-Louis, et entra ensuite à Beaujon, service de M. Barth, et de là il passa dans celui de M. Robert, où il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on constate une large poche, suite de l'abcès, communiquant par un trajet large avec le foyer du mal correspondant aux dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales et première lombaire, profondément altérées par des tubercules; les membranes de la moelle sont épaissies dans ce point. Je ne doute point, ajoute M. Robert, que les accidents de paraplégie qui sont survenus chez ce malade, et qui ont cédé avec l'apparition d'un abcès, étaient dus à la compression de la moelle par un tubercule qui, en se ramollissant, a cessé de comprimer la moelle épinière. Chez ce sujet, il y avait un large foyer de communication entre l'abcès et la colonne vertébrale; par conséquent les injections iodées ont pu pénétrer facilement jusqu'à l'altération des os, et cependant le malade a succombé. En présence de ce fait fort intéressant, je me demande si, dans le cas d'abcès par congestion, les injections iodées n'avancent pas plutôt le terme fatal des malades, bien loin de les guérir, comme le veut notre collègue M. Boinet.

M. Boinet. Je n'ai point la prétention de guérir tous les abcès par congestion; il est des altérations qui sont au-dessus des ressources de l'art. D'ailleurs, ici les injections iodées n'ont point été faites convenablement; trois seulement ont été pratiquées, à la suite desquelles le malade a éprouvé un mieux notable, et je l'ai perdu de vue. Quant à la gangrène qui est survenue chez ce malade, elle ne peut être attribuée à l'injection iodée, car c'est longtemps après qu'elle est apparue. En résumé, ce fait incomplet ne prouve rien contre ma méthode.

M. Robert. M. Boinet dit: Ce fait ne prouve rien contre ma méthode, soit; mais il ne prouve pas pour. En trois semaines je présente deux revers; et par qui sont-ils obtenus? Par M. Boinet lui-même, qui trouve que sa méthode a été mal appliquée. Si j'étais hostile à ce genre de traitement, je ne me conduirais pas autrement que M. Boinet le fait. Il déclare qu'il faut faire un grand nombre d'injections, et il abandonne les malades qui lui sont confiés à la troisième ou à la quatrième injection. Faut-il, comme le veut notre collègue, ne pas attribuer aux injections iodées les accidents de gangrène qui sont survenus? Je ne le pense pas. Le malade m'a assuré trop de fois que ces accidents avaient été consécutifs à la dernière injection. Pour qu'il y ait le moindre doute, d'ailleurs, la position même de la partie gangrenée éloigne toute idée de pression, comme cause déterminante de l'accident que nous venons de signaler.

M. Boinet, tout en convenant que les injections iodées ne guérissent pas tous les abcès par congestion, déclare néanmoins que dans les cas désespérés elle est encore utile en prévenant la fétidité du pus et en rendant aux malades leurs derniers moments plus faciles.

M. Larrey croit remarquer, d'après ce que vient de dire M. Boinet, une modification assez notable de ses idées premières sur l'emploi des injections iodées. M. Boinet semble leur accorder une efficacité moins absolue, moins exclusive aujourd'hui qu'autrefois, en reconnaissant que cette médication n'a souvent qu'un effet palliatif et non curatif. Quelle est la cause de cette différence? Elle s'expliquait déjà par les deux observations d'insuccès que M. Robert a communiquées. Elle tient peut-être aussi à l'expérience propre de M. Boinet, qui ne saurait prétendre avoir toujours guéri les abcès par congestion à l'aide de cette méthode. L'observation que M. Larrey s'est réservé de faire connaître à la Société sera un fait de plus ajouté aux insuccès des injections iodées, et il répète que l'on ne saurait, dans tous les cas, préciser avec trop d'attention la nature de la maladie, afin d'apprécier avec exactitude les résultats du traitement.

M. Boinet. Je n'ai rien à retrancher de mes premières convictions; elles sont toujours les mêmes. Je puis fournir des faits nom-

breux à l'appui de l'avantage des injections iodées dans les abcès par congestion. Je puis même citer à M. Robert un fait qu'il ne mettra pas en doute; il s'agit de la femme d'un confrère affectée d'abcès par congestion, et guéri par moi à l'aide d'injections iodées.

M. Robert. J'ai souvenir du fait cité par M. Boinet. Il s'agissait d'un abcès déterminé par la carie d'une apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale peu grave, dont le trajet fistuleux était fort court. Quand j'ai perdu de vue la malade, il n'y avait plus qu'un petit trajet fistuleux résultant d'une ponction sous-cutanée.

M. le professeur Roux dit, en terminant, qu'il a eu récemment occasion d'employer les injections iodées pour guérir trois malades affectées d'abcès par congestion. Ces malades ne sont pas guéris, mais ils se sont bien trouvés des injections iodées qui leur ont été faites. Au sujet d'abcès par congestion, M. Roux fait remarquer les difficultés sérieuses que rencontre le chirurgien dans le diagnostic des abcès froids d'avec certains abcès par congestion.

M. Maisonneuve propose de nommer une commission chargée d'étudier tous les faits relatifs à cette question des injections iodées dans les abcès par congestion.

Une commission, composée de MM. Maisonneuve, Robert et Guersant, est nommée pour examiner les malades soumis à ce mode de traitement.

Membres artificiels.

A l'occasion de la présentation qui a été faite par M. Larrey dans la dernière séance de deux artilleurs amputés de l'avant-bras et porteurs de mains artificielles imaginées et fabriquées par M. Charrière, M. Ferdinand Martin dit d'abord que ces appareils ne présentent rien de nouveaux, et que Percy et Laurent en donnent une description aussi complète que possible à l'article main du grand *Dictionnaire des sciences médicales*. Il ajoute qu'ils ne sont qu'une reproduction incomplète de l'appareil de M. Van Petersen. M. Martin croit devoir à cette occasion mettre sous les yeux de la Société de chirurgie les modèles de bras artificiels dont il est l'inventeur, et qu'il a fait exécuter plusieurs fois pour des cas d'amputation ou d'arrêt de développement de l'avant-bras.

Les appareils de M. Martin sont composés d'une gaîne en cuir qui embrasse le bras, et qui est articulée avec une autre gaîne qui représente l'avant-bras et se termine par une main artificielle dont toutes les articulations sont mobiles.

Par le moyen d'un mécanisme intérieur, la portion d'avant-bras qui reste communique directement le mouvement aux doigts. Ainsi la flexion du moignon détermine celle des doigts, et son extension les fait ouvrir. Ce mouvement se produit sans le secours de l'autre main.

A l'aide de cet appareil le malade peut donc, par le seul fait de sa volonté, étendre ou fléchir son avant-bras, ouvrir ou fermer sa main artificielle, saisir ou lâcher spontanément des corps d'un certain volume. Ajoutons que la main peut être portée dans la flexion, dans l'extension, dans l'adduction ou dans l'abduction, et qu'enfin elle peut être placée dans un tel degré de pronation ou de suppination qu'on peut désirer, tout en conservant les mouvements de flexion et d'extension des doigts.

M. Martin rapporte que plusieurs dames affectées d'arrêt de développement de l'avant-bras gauche, et faisant usage de ses mains articielles, peuvent coudre, broder, tricoter, jouer aux cartes, au whist et au piquet, par exemple, etc. L'une d'elles, entre autres, est arrivée à se servir de son appareil avec une telle perfection, qu'elle reconnaît si les objets qu'elle a saisis sont tenus solidement, ou si elle peut craindre de les laisser échapper; qu'elle distingue parfaitement un corps métallique d'un objet moins résistant; qu'elle reconnaît si une étoffe est de laine ou de toile, etc.

M. Martin entre dans quelques détails au sujet de ce phénomène de la palpation transmise par un appareil prothétique. Il dit, et il est facile de le concevoir, que les nerfs qui devaient venir se terminer à la main et servir au toucher sont arrêtés à la surface du moignon. Pour le malade, le sens du toucher réside donc évidemment et absolument dans ce point. Or, tous les chirurgiens savent que, lorsqu'ils saisissent un corps quelconque à l'aide d'une pince, ils ont parfaitement la conscience de la dureté ou de l'élasticité du corps qu'ils ont saisi, et rien n'empêche d'assimiler jusqu'à un certain point la main artificielle à la pince du chirurgien.

M. Martin ajoute que, dans le cas d'amputation, le malade peut bien arriver à se servir avec avantage de son appareil prothétique, mais que jamais il n'arrive au degré de perfection du toucher que nous venons de signaler, parce que les nerfs spéciaux du toucher sont emportés.

M. Martin cite cependant l'exemple d'un domestique amputé de l'avant-bras droit qui pouvait écrire, habiller son maître, servir à table, ôter et mettre son chapeau, etc., etc., le tout à l'aide de sa main artificielle.

M. Martin dit avoir présenté cet appareil à l'Institut en 1844.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

M. Dumas, obligé d'opter entre deux chaires de professeur, la chaire de chimie à la Faculté des sciences, et celle de chimie organique et pharmacie à la Faculté de médecine, vient de donner sa démission de ces dernières fonctions.

— Les bruits qui ont circulé touchant les demandes de permutation qui devaient se produire à propos de la démission de M. Chomel ne se confirment point. Ni M. Andral, ni M. Cruveilhier, les seuls qui eussent des titres sérieux pour obtenir cette permutation, ne sont disposés à la demander. Un autre professeur cependant sonde le terrain pour s'assurer si une demande de sa part serait accueillie avec faveur. Nous croyons qu'il ne lui faudra pas longtemps pour s'édifier à cet égard. Si la Faculté commettait la faute d'appuyer une telle demande, il est peu probable que M. le ministre eût la faiblesse d'y acquiescer. L'Ecole qui a déjà fait une fausse démarche de cette nature ne voudra pas sans doute s'exposer à une nouvelle leçon.

—Un grand nombre de médecins désiraient depuis longtemps la création d'un laboratoire de chimie exclusivement consacré aux analyses médicales. L'importance que prend aujourd'hui l'étude chimique et microscopique des solides et des liquides animaux dans l'état de santé et de maladie rendait indispensable un tel établissement. Nous avons appris avec satisfaction qu'il venait d'être fondé rue du Dragon, n° 29, par deux anciens élèves bien connus des hôpitaux, MM. Baudrimont et Bellat. Ces jeunes chimistes paraissent avoir tout disposé pour que tous les médecins puissent facilement faire toutes les analyses qui leur sembleront utiles au point de vue de la thérapeutique, ou intéressantes sous le rapport scientifique.

— Par décret du 17 mai, sont nommés dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de premier médecin en chef, M. Levicaire (François);

Au grade de second médecin en chef, M. Magagnos (Joseph-André).

— Par décret du 16 avril ont été nommés aux emploi médecin aide-major de 2e classe vacants par organisation :

M. D'Expers Faudoas, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.

M. Poppleton, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Metz.

M. Bedié, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Cambrai.

M. Gueury, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Belfort.

M. Hervé, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Longwy.

M. Rollet, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.

M. Rol, chirurgien sous-aide à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides.

— M. Nepveu, médecin à Châteauneuf (Maine-et-Loire), vient de mourir dans un âge peu avancé, après une courte et douloureuse maladie. Entré au service en 1811, âgé de vingt-deux ans, comme chirurgien militaire, il prit une part active à toutes nos guerres dans l'est de l'Europe; et à une époque où nos soldats déployèrent tant de courage et d'énergie, il se montra leur digne et vaillant camarade en leur donnant, en toute occasion, les soins les plus dévoués. En 1812, il reçut une balle dans la jambe en pansant un blessé sous le feu de l'ennemi.

M. Vidal, l'un des chirurgiens principaux du corps d'armée qui occupait la Saxe, le père d'une de nos célébrités médicales actuelles, apprécia le sang-froid et la résolution de M. Nepveu, et se lia avec lui d'une étroite amitié. Ce sang-froid du chirurgien opérant sur le champ de bataille s'alliait, chez M. Nepveu, au courage militaire. Nous n'en citerons pour exemple qu'un trait bien remarquable :

Un détachement, dont il faisait partie en Silésie, avait été chargé de pousser une reconnaissance de l'autre côté de l'Oder. Cette faible troupe, obligée de battre en retraite devant des forces supérieures, repasse le fleuve, laissant sur la rive opposée un peloton de tirailleurs qui, emportés trop loin par leur courage, n'ont pu arriver à temps pour franchir le pont que l'ennemi occupe aussitôt après le passage des Français. Ces braves, se défendant toujours, remontent le fleuve jusqu'à une masure, où ils se retranchent, pendant que leurs camarades, sur l'autre rive, préparent à la hâte une espèce de radeau. On demande un homme résolu pour porter de l'autre côté du fleuve le lien qui doit amener à nos vaillants soldats le radeau sauveur. M. Nepveu se présente; s'attacher la corde autour du corps, braver à la nage les flots dangereux de la rivière, le danger plus imminent encore des balles ennemies, dont il est le point de mire, est pour lui l'affaire d'un instant; le succès couronne ses efforts, et bientôt un long cri de joie apprend à l'ennemi qu'une proie qu'il croyait certaine lui a échappé. M. Nepveu fut porté, pour cette belle action, à l'ordre du jour de l'armée et proposé pour la décoration; mais, fait prisonnier quelques jours après, il fut oublié et ne rentra en France qu'à la paix.

Dr Debrais.

La température a depuis quelque temps une inconstance capricieuse qui la fait passer presque sans transition de la chaleur au froid; ces changements exercent une influence désastreuse sur la santé, et l'on n'a depuis longtemps compté autant d'affections nerveuses, de courbatures et de rhumes aussi persistants que dans ces derniers jours; la même cause détermine aussi des maladies plus graves; ce sont les fluxions de poitrine, les pleurésies, les gastrites, les gastro-entérites, etc.

La plupart de ces maladies inflammatoires étant sous la dépendance plus ou moins immédiate du cœur, beaucoup de médecins ont conseillé comme adjuvant le sirop préparé selon la formule du docteur Broussais, par M. Johnson, pharmacien à Paris. Ce sirop a toujours eu pour effet de tempérer et de calmer l'ardeur des inflammations. C'est surtout lorsque ces affections ont été négligées, et qu'il y a étouffements, asthmes, rhumes, toux chroniques, que ce sirop calme la toux, facilite l'expectoration, dissipe les douleurs nerveuses de la poitrine et la gêne de la respiration.

Nous avons souvent remarqué que, pour les personnes dont le système nerveux est très impressionnable, chez lesquelles le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions, les fatigues et les vicissitudes ont développé un état d'excitation, ce sirop, employé souvent par le professeur Broussais, les a guéries en certains cas définitivement; dans d'autres pour un temps assez long; il est même des circonstances dans lesquelles ce médicament a paru atteindre les causes de la maladie. Ses propriétés permettent son emploi, sans que l'on ait jamais à redouter la constipation, la céphalalgie, la somnolence; elles ont été reconnues par un grand nombre d'observations publiées dans la plupart des journaux de médecine.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 64 — MARDI 1er JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 64. — MARDI 1er JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. — Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. — Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. — Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

SOMMAIRE. — PARIS. Hygiène publique. De la suppression des fabriques de céruse. — Un mot sur les chaires vacantes et sur quelques-unes des chaires non vacantes de la Faculté de médecine de Paris. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau. — Splénomégalie contractée pendant la vie intra-utérine. — Société de chirurgie, séance du 20 mai. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Berton. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Hygiène publique. Salubrité.

PARIS, LE 31 MAI 1852.

Hygiène publique.

DE LA SUPPRESSION DES FABRIQUES DE CÉRUSE.

La fabrication du blanc de céruse a toujours été et reste encore aujourd'hui une des industries les plus insalubres qui existent, malgré les sages mesures prises depuis quelques années par l'administration et par plusieurs fabricants pour en diminuer les dangers. Cette fabrication envoie encore chaque année dans les hôpitaux de Paris environ 300 malades, parmi lesquels 12 à 15 succombent. Tant que le blanc de plomb a été considéré comme indispensable dans les arts, l'administration ne pouvait que déplorer des malheurs qu'elle s'efforçait d'ailleurs d'atténuer le plus possible. Les travaux dont le blanc de zinc a été l'objet dans ces dernières années, le rapport de M. Chevallier à la Société d'encouragement, le remarquable mémoire lu par M. Bouchut à l'Académie de médecine, outre qu'ils ont mis hors de doute l'innocuité à peu près complète de la fabrication de ce produit, semblent avoir démontré aussi que les arts peuvent, sans inconvénients et même à quelques égards avec avantage, remplacer le blanc de plomb par le blanc de zinc. L'administration, éclairée par ces divers travaux, songerait, dit-on, à interdire en France la fabrication de la céruse. Nous nous bornons aujourd'hui à reproduire ce bruit, nous réservant d'indiquer dans un prochain article les graves considérations d'hygiène publique qui pourraient justifier une telle mesure.

H. de Castelnau.

UN MOT SUR LES CHAIRES VACANTES

et sur quelques-unes des chaires non vacantes de la Faculté de médecine de Paris.

La démission de M. Dumas rend vacante la chaire de chimie organique, et cette vacance soulève de nouveau une question qui se sont posée bien souvent tous ceux qui ont réfléchi à l'organisation d'une Faculté de médecine : Une chaire de chimie organique est-elle réellement utile dans une Faculté de médecine? Certes, si nous ne considérions que les services rendus par l'éminent titulaire qui vient de la quitter, si nous considérions même ceux que pourra y rendre le jeune titulaire, moins célèbre mais fort distingué cependant, que la fortune semble avoir déjà désigné, notre réponse à cette question ne saurait être douteuse. Mais ce n'est pas au point de vue des individualités que nous avons l'habitude de traiter les questions; nous croyons que c'est dans des considérations d'un ordre plus élevé qu'il faut chercher des solutions véritablement utiles à l'intérêt général.

Avant d'aborder la question ainsi envisagée, nous sentons le besoin de dire que personne plus que nous n'a le respect des positions et des droits acquis; quand nous concevons des réformes, nous ne voudrions jamais les voir réalisées au détriment de ces droits.

Sous le bénéfice de cette déclaration, nous n'hésitons pas à répondre que non-seulement la chaire de chimie organique et de pharmacologie, mais encore la chaire de chimie, de physique et d'histoire naturelle sont du luxe dans une Faculté de médecine, surtout quand cette Faculté possède à ses côtés une Faculté des sciences et qu'elle exige de ses élèves le diplôme de bachelier ès sciences.

En effet :

Ou bien ces chaires sont des chaires de science pure, et alors elles sont des doublures de celles qui leur correspondent à la Sorbonne, au Jardin-des-Plantes, etc. ;

Ou bien elles sont des chaires de science appliquée, et dans ce cas elles ne peuvent enseigner qu'incomplétement et prématurément ce que les élèves doivent apprendre aux cours d'hygiène, de médecine légale et de matière médicale, sans parler des chaires de pathologie générale, d'anatomie pathologique et même des chaires de clinique médicale et chirurgicale, où les notions de physique et de chimie trouvent leurs applications spéciales.

Dans l'une ou l'autre de ces alternatives, les chaires en question sont également inutiles, à moins qu'on ne veuille admettre l'inutilité des chaires d'hygiène, de médecine légale et de matière médicale.

Ce n'est cependant point, nous assure-t-on, à la suppression de la chaire de chimie organique qu'on aurait songé. Ce serait sur la chaire de clinique médicale que des réformateurs intéressés auraient porté leurs vues, non pour la supprimer, mais pour la remplacer par une chaire de clinique *spéciale*.

La spécialité dont il s'agit a déjà tenté une fois sans succès de s'introduire dans l'Ecole; nous avons tout lieu de penser qu'elle ne sera pas plus heureuse cette fois. S'il y a à la Faculté des superfluités autres que celles que nous avons signalées, nous ne croyons pas qu'elles existent dans les chaires de clinique; la clinique, nous l'avons déjà dit ailleurs, c'est la médecine tout entière; et, loin de diminuer cet enseignement, il faudrait sinon augmenter les chaires, du moins astreindre les professeurs à faire leur cours pendant toute l'année; du reste, cette mesure serait bonne à appliquer d'une manière générale; mais c'est là une question que nous ne voulons pas traiter incidemment; elle mérite d'être examinée isolément. M. le ministre de l'instruction publique a une trop haute intelligence de nos besoins et comprend trop bien les principes de l'équité pour se laisser circonvenir par des intérêts purement individuels; nous ne sommes donc en aucune façon inquiet sur le sort de la chaire de clinique médicale vacante par la démission de M. Chomel.

Quant aux spécialités, tout en les excluant des chaires des Facultés, nous sommes loin de les proscrire de l'enseignement officiel. Nous croyons au contraire qu'une foule de maladies ne sauraient être convenablement étudiées dans les cliniques encyclopédiques ou *polycliniques*, comme disent les Allemands; nous pensons donc qu'on devrait créer non pas des chaires de cliniques spéciales ou *monocliniques*, mais bien *monocliniques auxiliaires*, dont les professeurs seraient nommés et rétribués par la Faculté, et auraient rang d'agrégés, par exemple. Si dans tous les cas on devait élever une monoclinique à la hauteur de chaire professorale, il n'y aurait guère que la clinique des maladies mentales qui pût être digne de cet honneur, autant par l'élévation et les difficultés que présente l'objet de ses études que parce qu'elle est la seule dont les professeurs de clinique générale ne peuvent s'occuper, puisqu'ils n'ont jamais d'aliénés dans leurs services.

En supprimant les chaires dont nous avons parlé plus haut, la Faculté pourrait rétribuer toutes les monocliniques qui rehausseraient bien autrement l'enseignement de Paris que les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, lesquelles, quel que soit leur éclat (et l'on ne peut pas espérer qu'il soit jamais plus grand qu'il n'est en ce moment et surtout qu'il n'était avant le départ de M. Dumas), n'atteindront jamais à la réputation des chaires correspondantes de la Sorbonne et du Muséum.

Ce sujet pourrait être traité beaucoup plus longuement; il est possible que nous trouvions l'occasion d'y revenir. Mais, avant de terminer, nous devons dire que les améliorations que nous proposons sont conçues dans la supposition où l'organisation actuelle de l'enseignement médical serait conservée, et où l'enseignement libre, si généralement désiré, ne serait point institué. C'est encore là une question de la plus haute importance et que personne n'a encore sérieusement abordée.

H. de Castelnau.

FEUILLETON.

Hygiène publique et privée. — Salubrité.

« Depuis qu'il existe des hôpitaux, tant civils que militaires, ce » qui a le plus embarrassé a toujours été l'emplacement des latri» nes. Si rien n'empêche dans le voisinage, on doit pratiquer, à » l'extrémité et en dehors de chaque salle, une galerie couverte, » destinée à cet usage. Il faut choisir pour cela la partie du bâti» ment qui est abritée des vents dominants, parce que ces vents » font remonter la mauvaise odeur dans les salles, quelque soin » qu'on prenne de fermer les portes. J'estime l'usage des conduits » des matières fécales plutôt nuisible qu'utile, et je préfère que la » lunette aboutisse immédiatement à l'air libre. Il est extrêmement » avantageux, si on le peut, d'avoir une eau courante en bas des » commodités; sinon, l'on doit avoir soin de faire enlever les im» mondices matin et soir. Je ne connais que ce moyen pour parer » aux inconvénients des latrines dans un hôpital. S'il n'est pas pra» ticable, l'inconvénient subsistera toujours, quelque soin que l'on » prenne de s'en préserver. Des commodités à l'anglaise sont ce » qui convient le mieux entre chaque lit pour les malades qui ne » peuvent aller aux latrines. »

Depuis que Fodéré écrivait ces lignes, la question de salubrité relative aux fosses d'aisances n'a point encore été résolue d'une manière complète. Ces résultats négatifs tiennent essentiellement au mode vicieux dont jusqu'à présent ont été établies les latrines, et surtout au système que l'on s'efforçait en vain de perfectionner. En 1832, MM. A. Petit, Trébuchet et Rohault firent, au nom du Conseil de salubrité de la Seine, un rapport sur la salubrité des habitations, dans lequel on lit les instructions suivantes :

« Il faut placer sur la voûte de la fosse un tuyau d'évent tout à fait distinct de celui de la chute, et d'un diamètre au moins égal, bien vertical et montant jusqu'au-dessus du toit. Il est essentiel d'établir ce tuyau d'évent sur la partie la plus élevée de la voûte, et de faire descendre en outre le tuyau de chute au-dessous du premier, afin que les gaz légers qui se forment dans la fosse, se réunissant dans la partie supérieure, soient forcés, par la pression de l'air intérieur agissant sur le tuyau de chute, de monter dans le tuyau d'évent. Celui-ci doit être exposé au midi, dans la partie au-dessus du toit, et mis à l'abri du vent du nord. Mais, sans contredit, le meilleur moyen est de faire passer ces tuyaux d'évent près des cheminées, et surtout des cheminées de cuisine, toutes les fois que cela est possible. »

Les instructions du Conseil de salubrité ont pour but d'éviter l'accumulation des gaz qui se développent dans les fosses d'aisances. Ces gaz, résultant de la fermentation des matières animales et végétales en détritus, tenus en suspens dans les liquides chargés d'ammoniaque et autres substances, sont ou délétères, comme l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque, ou simplement impropres à la respiration, comme l'azote.

Ce n'est pas ici le lieu de parler des affections qui atteignent les ouvriers travaillant sans précautions dans les fosses d'aisances. Tout le monde connaît les accidents désignés sous les noms de *mitte* et de *plomb*. Les gaz qui les déterminent montent souvent par les tuyaux de chute et viennent corrompre l'air des appartements et des salles. On comprend donc la gravité que présente la question des fosses d'aisances dans les établissements remplis de malades, et dont l'air a constamment besoin d'être purifié.

Suivant les préceptes de Fodéré, les hôpitaux ont établi leurs latrines loin des salles, et dans les conditions les plus propres à empêcher les gaz de se répandre dans leur intérieur. Mais, quelles que soient les précautions prises, on n'a pu entièrement se garantir de toute mauvaise odeur, de toute exhalaison vicieuse. Soit que l'on adopte le système des fosses à demeure, soit que l'on donne la préférence aux fosses mobiles, on ne parvient pas à empêcher la formation des gaz, et il est assez difficile de les contenir exactement dans les fosses d'aisances. — Les cuvettes à l'anglaise se proposent ce dernier résultat, qu'elles atteignent quelquefois; mais reste toujours le méphitisme dans la fosse elle-même.

On a proposé plusieurs moyens pour désinfecter les fosses d'aisances : les ventilateurs, le chlorure de chaux, la chaux, le charbon, le sulfate de fer dissous dans l'eau, etc., ont tour à tour été préconisés. Ce dernier moyen, le sulfate de fer dissous dans l'eau et employé en arrosage, fait la base des procédés employés à Lyon, ainsi que l'apprend une lettre de M. Gaultier de Claubry : « Le système suivi par les diverses sociétés repose toujours sur la désinfection préalable par l'emploi d'une solution de sulfate de fer; l'extraction des matières par une pompe en communication hermétique avec un tonneau fixé à son véhicule équivalant, par son poids, à la charge de deux chevaux; et enfin, la décomposition des gaz qui s'échappent de l'appareil par un tube fixé à la partie supérieure du tonneau, et communiquant à un diaphragme contenant une quantité différente de chlorure de chaux. » (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1850, page 80.)

Tous ces systèmes, il faut bien l'avouer, n'étaient que des palliatifs dont tout le monde sentait l'insuffisance. Dans ces derniers temps surtout on a fait de louables efforts pour sortir de la voie étroite et stérile où on était engagé, et au lieu de simples palliatifs, on s'est mis à rêver un remède; on a pensé, et avec juste raison, que le meilleur remède était d'empêcher le mal de se produire; en d'autres termes, on a cherché à prévenir la formation des gaz qui se développent dans les fosses d'aisances.

La cause la plus favorable à la formation de ces gaz est sans contredit le mélange et le séjour trop longtemps prolongé des matières solides et liquides. Séparer ces matières et en rendre l'enlèvement facile et peu dispendieux était donc un progrès immense à

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Devergie.

Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau,

Recueillies par MM. Ch. Mahieux et L. Gilles de la Tourette, élèves du service.

(Suite. — *Voir* les numéros du 24 avril et 11 mai.)

Eczéma. (Suite.)

Je vous ai annoncé trois périodes bien distinctes dans le développement de l'eczéma, quels que soient son siége et sa forme. Je vais tracer les caractères de chacune d'elles ; car la thérapeutique doit être appropriée à ces formes diverses en raison de l'état aigu, stationnaire ou décroissant.

Sous l'influence d'une cause qu'il n'est pas toujours donné d'apprécier, on voit surgir à la peau une rougeur vive, accompagnée de chaleur et de démangeaison. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures tout au plus, cette surface rouge se couvre d'une myriade de petites vésicules qui ne s'aperçoivent qu'avec peine, et sous le reflet d'une lumière intense. Ces vésicules, à peine perceptibles à l'œil nu, sont confluentes, et recouvrent exactement toute l'étendue de la peau enflammée. Quelques heures seulement après leur apparition, une moitié environ de ces vésicules se crèvent et laissent écouler une sérosité aussi limpide que de l'eau. Bien qu'elles semblent toutes s'unir et se confondre, chacune se rompt isolément, et à son centre on aperçoit le pertuis par lequel s'échappe le liquide. Le produit de la sécrétion de plusieurs de ces vésicules ainsi rompues se réunit à la surface de la peau sous forme de gouttelettes volumineuses qu'on aperçoit aisément. Une autre moitié des vésicules ne s'est pas crevée ; le liquide a été résorbé et l'épiderme soulevé s'est affaissé. Bientôt d'autres vésicules apparaissent et se comportent de la même manière.

La sérosité sécrétée dans l'eczéma est un liquide transparent, mais légèrement jaunâtre et de nature alcaline, comme vous pourrez vous en convaincre en appliquant dessus un papier de tournesol légèrement rougi par un acide. Le linge qui a été mouillé par ce liquide s'empèse en se desséchant, et conserve une couleur grise un peu plus foncée que celle de la tache spermatique.

Au centre de chacune des vésicules qui se sont rompues, vous apercevez un point rouge et enflammé analogue à une piqûre d'aiguille. Ce point n'est autre chose que l'orifice du canal qui fournit la sérosité sécrétée par la surface malade. Or, c'est précisément la réunion de ces innombrables points rouges qui donne à la peau l'aspect pointillé sur lequel j'ai précédemment insisté. Ils constituent un caractère qui est propre à l'eczéma dans sa première période, ou *période d'acuité*. Joignez à cela un sentiment de brûlure et de prurit intense, et vous aurez une idée de ce qu'est la maladie dans cette première période.

La même inflammation persiste avec la même sécrétion et la même démangeaison pendant un, deux ou trois septenaires. A mesure que les vésicules s'affaissent ou se rompent, il s'en produit d'autres qui les remplacent. La seconde période commence lorsque ces poussées de vésicules deviennent moins abondantes et que la sécrétion diminue.

A cette période d'acuité en succède une autre beaucoup plus longue en général, mais indéterminée dans sa durée ; c'est la *période stationnaire*. Ici vous trouverez, avec une sécrétion moindre, une modération notable de la rougeur, de la chaleur et de la démangeaison. La quantité de liquide exhalé est diminuée des trois quarts et les linges ne sont qu'à peine mouillés, et encore n'est-ce qu'accidentellement. Bientôt on n'aperçoit plus aucune vésicule : le peu de sérosité que sécrète la peau se dessèche à sa surface et se transforme en petites lamelles furfuracées dont le caractère constant est de demeurer *intimement adhérentes*. Ces pellicules farineuses s'élargissent de plus en plus à mesure que l'inflammation diminue.

La troisième période est celle *de déclin*. Un caractère bien facile à apprécier vous la fera toujours reconnaître : c'est la présence de larges lamelles adhérant à la peau par leur partie centrale, et dont les bords desséchés et écailleux se soulèvent à la circonférence. Ces lamelles, succédant aux écailles furfuracées de la période précédente, ne s'en distinguent d'abord que par un peu plus d'étendue ; plus tard elles sont plus larges, et grandissent en raison de la résolution qui s'opère à la peau. La rougeur est de moins en moins vive, la démangeaison diminue, et s'il revient quelques traces de sécrétion, ce n'est qu'à la suite d'un écart de régime ou d'un excès quelconque.

Cette description, vous le prévoyez, ne convient de tous points qu'à l'eczéma aigu simple. Ainsi, dans l'eczéma chronique, vous trouverez constamment les apparences de la terminaison de la période stationnaire ou même celles de la dernière période. Dans l'eczéma fendillé, la période décroissante n'est caractérisée que par la cessation des cassures de la peau. Dans l'*eczema rubrum* la période aiguë est toujours fort longue, et dure en général plusieurs mois. Dans les formes composées, vous n'aurez souvent d'autre indice de la présence des vésicules eczémateuses que la sérosité et les écailles adhérentes et la démangeaison. Dans une forme singulière d'eczéma qui a été signalée par M. Lévin et que je n'ai eu occasion d'observer qu'une fois, parce qu'elle est fort rare, une petite plaque circonscrite se couvre de vésicules ; ces vésicules sont bientôt remplacées par une écaille qui, lorsqu'elle se détache, laisse la peau parfaitement saine ; mais plus tard une pareille éruption se produit, une pareille lamelle la remplace, et le même phénomène se reproduit indéfiniment avec une extrême opiniâtreté. C'est sur le bout du nez que j'ai pu observer cet eczéma, que M. Lévin propose, avec raison, d'appeler *eczema unisquamorum*.

Vous avez dû remarquer combien il est rare que nos malades puissent nous indiquer la cause qui a déterminé leur affection ; et, en effet, il est ordinairement impossible de la saisir. Il n'en est pas de même des nombreuses circonstances qui en favorisent le développement ; autant il est rare de remonter à la cause occasionnelle ou efficiente, autant il est fréquent de constater la manifeste influence de quelqu'une des nombreuses prédispositions que je vais vous faire connaître.

Aux saisons chaudes appartient l'eczéma aigu, et aux saisons froides l'eczéma chronique. L'influence des saisons est sur ce point si évidente, je dirais presque si absolue, que j'ai vu bien des fois des élèves arrivés dans mon service à la fin de l'été se plaindre, au bout de quatre ou cinq mois, de n'avoir pu observer un seul eczéma aigu, tandis qu'ils avaient constamment sous les yeux la forme chronique et stationnaire. Ce n'est pas tout : il est digne de remarque que l'eczéma aigu né sous l'influence du printemps disparaît généralement pour toujours, tandis qu'il est fréquent de voir l'eczéma chronique né en automne se guérir avec difficulté pendant l'hiver, puis reparaître l'automne suivant, et cela pendant de longues années.

Chaque âge a son cortége propre de formes eczémateuses. Ainsi l'eczéma impétigineux, qui n'est autre chose que l'*achores mucifluus*, la dartre humide, la dartre muqueuse d'Alibert, ou ce que vous entendez désigner vulgairement sous le nom de gourme, appartient essentiellement à l'enfance. Il ne dépasse guère l'âge de douze ou quinze ans. Il semble que la vésicule d'eczéma dans cet âge, où le système dermoïde est très impressionnable et très vasculaire, a une tendance à la suppuration, et qu'elle s'accompagne presque nécessairement de pustules d'impétigo. L'eczéma du nombril est encore l'apanage de l'enfance, et, si on le rencontre au delà de quinze ans, c'est qu'il s'est perpétué sous la forme chronique.

Il n'est pas jusqu'aux sexes qui ne soient l'objet de la prédilection de certaines formes spéciales d'eczéma. Celui des oreilles et celui du mamelon semblent fuir le sexe masculin et s'attaquer de préférence à la femme. L'homme est à son tour plus spécialement condamné à l'eczéma des bourses, tandis que l'eczéma des parties génitales est assez rare chez la femme ; le prurigo et l'intertrigo de la vulve semblant tenir lieu chez elle de l'éruption eczémateuse qui appartient en propre à l'autre sexe.

Certaines professions sont plus particulièrement sujettes à l'eczéma lichénoïde. Cette variété composée a même reçu le nom de *gale des épiciers*, de ce qu'elle atteint plus particulièrement les personnes qui manient le sucre et les épices. Il faudrait bien vous garder de croire que les épices soient seules capables de produire cet effet ; l'eau de vaisselle, le plâtre, le mortier, et une foule de liquides agissent de la même manière sur les mains des cuisinières, des maçons des teinturiers, des limonadiers, des garçons marchands de vin, etc. La profession a une si puissante influence dans ce cas sur la production de la maladie, que rien ne pourrait en prévenir le retour si le malade reprend les mêmes occupations après sa guérison.

Je dois appeler votre attention sur un des antécédents qui prédisposent le plus puissamment à l'eczéma ; je veux parler de la gale. Il résulte de la statistique, dont je me suis occupé depuis plusieurs années, qu'une moitié de mes eczémateux avaient été précédemment atteints de la gale à des époques diverses. Je sais bien que vous pourrez me dire : Mais vos malades de Saint-Louis étant tous de la classe ouvrière, où la gale est si commune, il n'y a rien d'étonnant que la plupart aient contracté la gale à une certaine époque. Je vous répondrai que cette proportion est énorme, et que d'ailleurs, même dans le monde, il n'y a rien de plus fréquent que de voir des malades venir consulter pour une gale mal guérie ; c'est ainsi qu'ils s'expriment, et qu'ils présentent simplement un eczéma. Je dois profiter de cette occasion pour soulever ce doute dans vos esprits. Est-ce que les procédés expéditifs employés depuis quelques années pour la curation de la gale, est-ce que les frictions énergiques opérées sur la peau avec une substance irritante ne sont pas une cause prédisposante d'eczéma ou de lupus? Les observations que nous ferons ensemble et l'étude spéciale de la gale, dont nous nous occuperons bientôt, pourront bien donner à cette présomption une certaine importance, et changer ce doute en une triste certitude.

Enfin il est une autre prédisposition qui a fixé l'attention des observateurs : c'est l'existence des varices. Cette influence porte surtout son action sur l'eczéma des jambes. Nous verrons bientôt que cette remarque, aussi bien que les précédentes, offre des déductions pratiques de la plus haute importance.

Malgré la description minutieuse que je vous ai tracée des phénomènes qui caractérisent l'eczéma, je ne disconviendrai pas des difficultés qui environnent fréquemment le diagnostic de cette maladie. Ainsi, bien que la sécrétion séreuse soit un des principaux caractères qui le font reconnaître, vous savez que le pemphigus, l'herpès phlycténoïde et le *pityriasis rubra* aigu donnent également lieu à une production abondante de sérosité. Vous devrez donc vous rappeler que l'herpès phlycténoïde, par ses vésicules de la grosseur d'une lentille, et le pemphigus, par ses phlyctènes volumineuses, offrent chacun leur caractère pathognomonique. Si ces vésicules ou ces bulles manquaient au moment de votre examen, le récit du malade ou un second examen suffiraient pour assurer votre diagnostic. Quant au *pityriasis rubra*, il offre tous les caractères de l'eczéma, à l'exception des vésicules et de l'aspect piqueté. Mais les vésicules, elles ne sont guère appréciables, même dans l'eczéma, et l'aspect ponctué manque à partir de la période aiguë. Il faut donc chercher ailleurs des traits caractéristiques. Le plus important est tiré de l'aspect de la tache déposée sur le linge par la sécrétion de l'une et l'autre de ces affections. Dans les deux cas, le linge est mouillé et empesé par la sécrétion ; mais dans l'eczéma il est teint en gris-roussâtre, tandis que dans le pityriasis il ne reçoit aucune coloration. De plus, l'eczéma est généralement peu étendu et borné à une région assez limitée, pendant qu'il n'est pas rare de voir le *pityriasis rubra* aigu envahir une bonne portion du corps ou même toute la surface de la peau. Vous le voyez, les signes distinctifs de ces deux maladies ne sont pas très tranchés ; et, quand on a affaire à un pityriasis limité, si l'on n'a pour guider son jugement que l'aspect de la tache fournie par une sérosité ordinairement peu abondante, il est bien difficile de se prononcer avec certitude. Mais je dois vous rassurer en vous disant que le *pityriasis rubra* est infiniment plus rare que l'eczéma ; que la confusion

---

accomplir dans cette partie de l'hygiène des habitations et de la salubrité des hôpitaux.

Le point le plus difficile du problème était sans contredit la séparation, avant tout mélange, des solides et des liquides. Quelques essais, si je ne me trompe, avaient été tentés dans ce sens, mais sans résultats bien satisfaisants. Le directeur de la compagnie *la Salubrité* me semble avoir parfaitement réalisé le but qu'il s'agit d'atteindre, et son appareil, fonctionnant actuellement à l'hôpital de la Charité, où je l'ai vu, fait enfin espérer une solution heureuse au grand et grave problème soulevé par les fosses d'aisances.

L'appareil de la compagnie *la Salubrité* a la forme d'un alambic sans fond, dont le collet s'adapte à un tuyau coudé, lequel se continue avec le tuyau ordinaire des latrines.

Cet appareil est de la plus grande simplicité, et il réalise les principes qui lui ont donné naissance.

Ces principes reposent tout à la fois sur les lois de la pesanteur et sur la tendance qu'ont les liquides à suivre les parois des vases dans lesquels ils sont versés. Ainsi, les matières liquides et solides tombent par un tuyau ordinaire de latrines, arrivent au coude formé par l'ajoutage du collet de l'appareil ; leur marche est en quelque sorte brisée. Tandis que par la partie mi-horizontale du coude les solides sont lancés dans l'intérieur de l'alambic, les liquides, s'attachant aux parois, les suivent dans tous les sens, et se réunissent, en définitive, dans le tuyau de conduite, qui les jette dans une tonne disposée *ad hoc*. Les solides, de leur côté, tombent dans un bassin spécial placé non loin de l'appareil.

A l'hôpital de la Charité, l'ancienne fosse a fourni l'emplacement à deux tonnes pour les solides, à un bassin pour les liquides et à un passage entre les deux pour les besoins du service.

Evidemment, les matières solides ne sont pas absolument dépourvues d'humidité, surtout dans les hôpitaux, où, sans parler des maladies du tube digestif, on fait un usage si fréquent de purgatifs ; mais on parvient à leur dessiccation au moyen d'une poudre désinfectante d'un prix très peu élevé.

L'enlèvement des liquides, préalablement désinfectés, se fait au moyen d'une pompe aspirante qui les verse sur la voie publique pour aller se perdre ensuite dans les égouts.

On évite ainsi l'opération de la vidange, qui n'est pas toujours sans danger pour les ouvriers, et dont l'incommodité est depuis longtemps signalée par tout le monde.

Le système de la compagnie *la Salubrité* me semble donc avoir résolu le problème du méphitisme des fosses d'aisances, et l'expérience, aujourd'hui faite à la Charité, doit engager l'administration des hôpitaux à fournir de semblables appareils tous ses établissements.

Les dépenses premières occasionnées par ces changements seraient bientôt compensées par les économies que l'on ferait sur les vidanges, dont les opérations, pour tous les hôpitaux de Paris, s'élèvent, si je ne me trompe, à la somme de 20,000 fr. D'ailleurs, la question financière est ici secondaire ; et l'on doit surtout examiner le système de la compagnie *la Salubrité* au point de vue de l'hygiène. Sous ce rapport, j'estime que le nouveau système constitue une amélioration notable et prévient la viciation de l'air, dont la pureté est une condition indispensable dans des salles d'hôpitaux.

La compagnie *la Salubrité* (1) possède un autre appareil mobile destiné aux appartements, d'une simplicité sans égale, et opérant de même la séparation des liquides et des solides. Cet appareil est l'ancienne chaise percée, avec une cuvette découpée suivant la disposition du corps humain, qui est lui-même un appareil diviseur. Dans ce siége *garde-robe* toute l'invention consiste dans la cuvette, qui est divisée en deux compartiments séparés par une cloison.

(1) Le principal établissement de cette compagnie est à Paris, rue Basse-du-Rempart, 18.

Chacun de ces compartiments aboutit à un récipient différent, et la division des matières se fait tout naturellement. Rien de plus simple que ce siége. Il se démontre de lui-même et ne peut pas se déranger. Cet appareil peut heureusement trouver sa place dans les hôpitaux, en servant aux malades que leur état ne permet pas d'aller aux latrines, et en ne laissant échapper aucune de ces odeurs nauséabondes que dégageaient après eux les appareils employés jusqu'à ce jour.

V. Delahaye.

Nous avons annoncé il y a quelques jours la perte si regrettable que la science médicale a faite du docteur Rivallié. Fort d'une expérience de vingt-cinq années, il s'était fait connaître depuis longtemps par ses belles recherches sur les caustiques, et principalement sur l'acide nitrique monohydraté pour le traitement du cancer et des affections scrofuleuses. L'emploi intelligent de ce caustique lui permettait d'éviter les opérations, toujours si redoutées par les malades.

Le docteur Rivallié laisse un important ouvrage sur le traitement du cancer et des affections scrofuleuses, qui a été honoré d'une lecture à l'Académie des sciences. Ce traité a éclairé plusieurs habiles chirurgiens qui ont employé avec succès sa découverte. Le rappeler à nos lecteurs est le motif principal de cette note. Un pareil hommage rendu à la mémoire d'un homme aussi modeste que distingué est un titre d'honneur pour ses amis, sa famille, et pour M. J. Béral, son neveu et collègue, qui a également hérité de son expérience dans le traitement si difficile et si délicat du cancer.

n'est possible qu'à une certaine période de l'une et l'autre de ces maladies, et que conséquemment ces difficultés de diagnostic ne se présenteront à vous que dans des cas assez restreints.

L'eczéma ne constitue jamais un danger sérieux pour l'existence, à moins qu'il ne soit répercuté sur quelque organe intérieur, auquel cas il rentre dans la condition de la plupart des affections de la peau. Mais si cette maladie n'a pas un pronostic fâcheux au point de vue du danger qu'il entraîne pour la vie des malheureux qui en sont atteints, il en a un des plus graves au point de vue de son opiniâtre ténacité. Dans aucun cas, il n'est possible d'en prévoir la durée; et, quand il disparaît, rien n'assure qu'il ne reviendra pas bientôt recommencer la série de ses éternelles périodes. Toutefois, ce fâcheux pronostic s'adresse surtout à la série de malades que vous avez sous les yeux, c'est-à-dire à ceux qui ne peuvent consacrer un temps suffisant au rétablissement complet de l'état normal de la peau et aux soins préventifs qui peuvent éviter le retour de cette affection. Loin d'offrir d'ailleurs, en général, une ténacité proportionnée à son étendue, il semble au contraire que plus il est circonscrit et restreint et plus il résiste à nos médications. Méfiez-vous surtout de celui qui se limite au mamelon, aux bourses, aux oreilles, etc.

Il ne me reste plus maintenant qu'à vous indiquer les bases de notre thérapeutique : ma tâche sera facile, car la plupart des règles qui la dirigent vous avez pu les deviner si vous avez bien suivi la description que je vous ai faite des symptômes, de la marche et des causes de la maladie.

SPLÉNOMÉGALIE CONTRACTÉE PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE;

Par M. L. Hamon, docteur à Ecomoy (Sarthe).

Je crois qu'on ne lira pas sans intérêt le fait suivant :

Il s'agit d'une petite fille qui a présenté en naissant une splénomégalie à la suite d'inhalations miasmatiques auxquelles sa mère a été exposée, sans que cette dernière en ait été nullement affectée.

Mme E... (d'Ecomoy), durant sa grossesse, dut séjourner pendant un certain laps de temps dans un endroit marécageux; elle ne fut nullement incommodée de cette habitation, mais elle mit au monde une enfant bien conformée, remarquable seulement par un abdomen plus proéminent que n'en offrent d'ordinaire même les enfants naissants. Mme E... remarquait cependant avec inquiétude que sa petite fille était dans un état continuel de souffrances, signalées par des cris à peine interrompus; ce ne fut qu'au bout de cinq mois environ qu'elle crut s'apercevoir d'un état fébrile accompagné de frissons et de sueurs.

Il est bon de signaler, en passant, que la localité habitée par Mme E... est située sur un lieu élevé, où les fièvres paludéennes sont excessivement rares, à moins d'y être importées. Cette dame, après cette remarque, s'empressa de porter son enfant chez un médecin, qui fit cesser cet état fébrile *par le moyen du sulfate de quinine. Il paraît toutefois que ce praticien ne fit nullement attention à l'organe splénique*, se contentant de se rendre maître des manifestations fébriles. Tant est-il que la fièvre vient de se reproduire avec plus d'intensité que jamais, il y a de cela un mois, époque à laquelle Mme E... vint m'apporter sa fille.

J'ai trouvé alors une rate qui, plongeant jusque dans l'hypogastre, atteignait aussi la ligne blanche. J'ai vu une fois, dans le service de M. le professeur Piorry, cet organe atteindre des dimensions aussi surprenantes; mais l'homme qui présentait cette anomalie splénique venait d'Afrique, et était atteint d'une fièvre intermittente depuis quatre à cinq ans.

Ici, comme on le voit, le cas est bien différent : c'est une enfant de vingt mois, et qui, de plus, n'a contracté la fièvre paludéenne que par l'intermédiaire du sang maternel. Je me contenterai de rapporter le fait sans autre commentaire : cette observation semble toutefois donner un exemple de la purification du sang de la mère par le moyen du fœtus.

J'ai fait prendre successivement à cette enfant des pilules de sulfate de quinine, de l'alcoolé de quinine étendu de sirop de séné, puis enfin du sel marin, à la dose de 6 grammes par jour de deux en deux jours dans les aliments, et à quatre reprises différentes.

La rate est revenue à son état normal au bout d'un mois de traitement. (*Gaz. médic.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 mai 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

M. Camille Bernard adresse un mémoire sur la chéiloplastie.

Une commission, composée de MM. Robert, Forget et Lenoir, est chargée d'examiner le travail de M. Bernard et de faire un rapport.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de celui-ci, M. Boinet, revenant sur le malade mort d'abcès par congestion et dont M. Robert a présenté les pièces dans la dernière séance, cherche à établir d'une manière positive que les accidents de gangrène qui sont survenus dans le foyer de l'abcès ne peuvent être rapportés aux injections iodées, car ils sont survenus près de cinq mois après la dernière injection. L'observation de M. Boinet est renvoyée à la commission chargée de recueillir tous les faits relatifs à la question des injections iodées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeurs des bourses.

M. Vidal (de Cassis) présente un malade qui porte sur la peau du scrotum de nombreuses tumeurs, variant de volume depuis un grain de maïs jusqu'à une grosse noisette. Ces tumeurs, dures, légèrement élastiques, n'ont en aucune façon altéré la peau; elles paraissent appartenir aux tumeurs sébacées. M. Vidal en a enlevé une; il suffit d'une incision pour l'énucléer avec facilité; elle était formée d'un tissu comme plâtreux; elle a immédiatement durci au contact de l'air.

M. Lebert est prié d'examiner au microscope le produit de ces petites tumeurs.

M. Huguier. Le fait de M. Vidal est surtout intéressant par la multiplicité des tumeurs qui recouvrent le scrotum. Il serait heureux que la Société pût conserver un dessin de ce fait.

Luxation du cristallin.

M. Lebert communique quatre faits de luxation du cristallin que M. le docteur Recordon, chirurgien fort distingué à Lausanne, lui a fait connaître dans une lettre. Comme c'est la lecture d'un cas du même genre observé par notre honorable président M. Larrey qui a engagé M. Recordon à réunir ces faits, c'est naturellement à M. Larrey, qui s'occupe d'un travail sur ce sujet intéressant, que M. Lebert a cru devoir adresser ces observations, dont voici le résumé :

1° Un homme, âgé de vingt-deux ans, s'aperçoit un jour qu'il a perdu la vue de l'œil gauche. En examinant le fond de l'œil, M. Recordon aperçoit un corps flottant dans la chambre postérieure, qu'il fut facile de reconnaître, après la dilatation de la pupille, pour le cristallin luxé dans sa partie supérieure et retenu par sa partie inférieure; il a conservé, du reste, sa transparence normale. Lorsque ce malade se couche sur le dos, la vue revient momentanément. Depuis quatre ans, cette luxation incomplète, qui s'est produite spontanément, persiste sans changement.

2° Une femme, âgée de trente-deux ans, se plaint d'avoir perdu depuis quelques mois la vue de l'œil droit. En examinant l'œil, M. Recordon fut frappé de voir à travers la cornée transparente le cristallin couché dans la chambre antérieure et appuyant contre l'iris, qu'il repousse en arrière; parfaitement transparent, il ressemble à une grosse goutte d'eau. L'iris n'est pas enflammée. Tout mouvement de la tête en arrière faisait disparaître le cristallin dans la chambre postérieure, pour reparaître de nouveau dès que la malade penchait la tête en avant. L'extraction dut être faite, mais elle fut très laborieuse, le cristallin ayant été très difficile à saisir. Il était du reste d'une transparence parfaite, et la vue s'est rétablie complètement. Cette même femme, opérée en 1847, s'est présentée de nouveau à la consultation de l'hôpital, en mars 1852, offrant à l'œil gauche les mêmes symptômes, qui nécessitèrent la même opération qu'à l'autre œil et qui fut suivie d'une guérison complète.

3° Les deux malades précédents offraient trois cas de luxation de cristallins transparents. Dans le quatrième cas de M. Recordon, il s'agit d'un cristallin cataracté chez un homme de soixante-dix ans, qui, ayant les deux cristallins pris, devait être opéré prochainement, lorsqu'un jour, retenu au lit pour des douleurs de rhumatisme, il fut étonné de voir tout à coup la partie supérieure de la fenêtre; mais, dès qu'il s'assit dans son lit, il rentra dans l'obscurité. Les jours suivants, le cristallin se détacha davantage, et environ huit jours après il avait complètement disparu dans le corps vitré fixé probablement dans quelque endroit en dehors de la pupille, mais non résorbé. La vue s'est maintenue sur cet œil jusqu'à présent.

M. Larrey insiste sur la rareté beaucoup plus grande du déplacement des cristallins transparents que de celui des cataractes; il demande si M. Recordon a précisé la durée de ce déplacement dans ces différents cas, point qui a une certaine importance par rapport à l'intégrité ou les modifications du cristallin.

M. Lebert répond à M. Larrey que les faits communiqués par M. Recordon se groupent en deux catégories : d'un côté, il y a les trois faits de cristallins transparents, dont l'un luxé incomplètement, les deux autres d'une manière entière. Le second cas offre encore cela de curieux que la même malade présente successivement la maladie aux deux yeux et est guérie par la double extraction. Dans le second fait, le cristallin transparent s'était déjà déplacé depuis plusieurs mois; toutefois, je suis sûr que M. Recordon se fera un grand plaisir de donner à M. Larrey des renseignements sur la durée du déplacement, ainsi que sur tout autre point de ces observations qui serait précisé par notre honorable président.

J'aurais peut-être passé sous silence le quatrième cas d'un cristallin cataracté déplacé, comme se rapportant à des faits bien moins rares, si nous n'assistions pas dans ce fait à une issue très heureuse et inespérée d'un déplacement d'une cataracte qui faisait cesser la cécité sans opération et d'une manière jusqu'à présent durable.

M. Roux. Je n'ai point encore eu occasion de voir un cristallin non cataracté se luxer et tomber dans la chambre antérieure de l'œil; mais j'ai vu souvent le déplacement du cristallin opaque tantôt avec complications d'accidents graves, d'autres fois sans complication. Un des faits les plus remarquables qu'il m'a été donné d'observer est celui du fils de don Carlos, retenu prisonnier à Bourges. Ce jeune prince était affecté d'une cataracte congénitale avec paralysie de la rétine. Un jour le cristallin passa dans la chambre antérieure. Appelé à Bourges pour examiner l'œil du jeune prince et pour pratiquer une opération s'il y avait lieu, je trouvai le cristallin ayant repris sa position normale; au bout de quinze jours, le cristallin repassa dans la chambre antérieure. Il fut alors extrait sans difficulté. Aucun accident ne survint, mais la vue resta éteinte du côté gauche.

Tumeur de la région thyro-hyoïdienne.

M. Chamart, de Tulle, présente une jeune fille de sept à huit ans qui porte dans la région thyro-hyoïdienne une tumeur arrondie, mobile, du volume d'une cerise, élastique. Notre confrère demande ce qu'il convient de faire en pareil cas. Faut-il laisser marcher cette tumeur ou doit-on opérer et dans ce cas à quel procédé opératoire faut-il recourir?

M. Guersant. J'ai eu occasion de voir un certain nombre de ces tumeurs : celle qu'il nous est donné d'examiner naît de l'espace compris entre l'hyoïde et le thyroïde; elle a un pédicule étroit; si on enlève cette tumeur, il restera un pédicule étroit qu'il sera difficile de guérir et qu'il faudra oblitérer par une cautérisation ou une injection irritante. On pourrait encore, après avoir découvert la tumeur, jeter un fil sur le pédicule pour prévenir la formation d'une fistule souvent si difficile à détruire.

M. Maisonneuve. J'ai souvent des résultats fort avantageux par l'injection de la teinture d'iode dans la grenouillette et dans les petits kystes de la région du col. Je propose donc de faire une ponction exploratrice pour déterminer nettement la nature de la tumeur, et de faire ensuite une petite injection iodée. Une incision, dans ce cas, ou une tentative d'ablation, aurait pour résultat de convertir cette petite tumeur en une fistule difficile à guérir.

M. Boinet. En m'appuyant sur certains faits qui me sont personnels, je proposerais, pour le cas actuel, une injection iodée. J'ai réussi, il y a dix années, à guérir une dame qui portait une tumeur enkystée développée dans la même région. Lisfranc avait donné des soins à cette malade, et il n'avait rien obtenu en enlevant une partie de la tumeur. Trois injections iodées m'ont permis de guérir une maladie qui avait résisté aux soins les mieux entendus et les plus éclairés.

M. Giraldès. Je suis très partisan, dans ce cas, d'une ponction exploratrice; elle donnera des détails précis sur la nature du kyste et sur la résistance de ses parois. Une injection iodée ne peut réussir que lorsque les parois sont minces, délicates; mais celles-ci sont dures, résistantes. Une injection iodée transformera les parois des membranes; elle les rendra fongueuses; alors le traitement local deviendra insuffisant; il faut y joindre un traitement général.

M. Robert. Il est un certain nombre de ces kystes très difficiles à guérir. Sabatier et Boyer, qui connaissaient cette maladie, avaient aussi constaté cette difficulté. Il y a la condition anatomique qui rend compte de cette difficulté, c'est la longueur du pédicule de ces tumeurs enkystées, qui va jusque derrière l'os hyoïde. J'ai eu deux fois l'occasion de traiter ces petits kystes; la première fois, il y a quelques années, ce fut sur un jeune homme du midi de la France, auquel un vieux praticien avait déclaré son mal incurable. J'ai mis tout en œuvre pour le guérir, et mes efforts furent inutiles. Je n'ai point été plus heureux l'année dernière à l'hôpital Beaujon.

Je serais d'avis de ne rien faire pour le moment; et, si le mal augmente, recourir aux injections iodées. Je suis étonné des succès obtenus par M. Guersant dans ce genre d'affection à l'aide des moyens qu'il nous a indiqués.

M. Guersant. Mes succès ne sont pas nombreux. Je reconnais qu'il est un certain nombre de ces petites tumeurs qui, lorsqu'elles sont ouvertes, se convertissent en fistules et sont tout à fait audessus des ressources de l'art. Ce sont celles qui ont été signalées par Dupuytren, et dont le pédicule va jusqu'à la membrane muqueuse laryngée. Les succès que j'ai obtenus m'ont été donnés par le fer rougi à blanc et par la teinture d'iode.

M. Maisonneuve. Il importe, au point de vue du traitement, de ne pas confondre les tumeurs enkystées de la région thyro-hyoïdienne avec les fistules, qu'il est difficile de guérir par les injections iodées, tandis que les petits kystes dont nous nous occupons cèdent assez facilement à ce moyen de traitement.

M. Robert. M. Guersant a confondu les fistules qui succèdent aux kystes dont nous nous occupons avec les fistules congénitales, dont le point de départ est dans la persistance d'une fente branchiale située à la partie inférieure de la langue. Ces tumeurs sont placées sur les parties latérales du cou. M. Danyau a présenté ici un fait de ce genre.

M. Danyau. Indépendamment du fait dont vient de parler M. Robert, j'ai eu occasion de traiter, avec Blandin, un enfant qui portait au cou une fistule congéniale dont le point de départ était du côté du larynx. Blandin mit en usage plusieurs moyens; mais le seul qui fût efficace, ç'a été la teinture d'iode.

M. Forget a donné comme une contre-indication à l'opération l'incurabilité de la plaie résultant de celle-ci. Or, aucun fait n'est venu établir cette incurabilité. Quant au prolongement de la tumeur, qui, d'après M. Robert, s'étendrait jusqu'à l'épiglotte, et qui serait encore une contre-indication à l'opération, je ferai observer qu'il est loin d'être démontré. Le fût-il d'ailleurs, que j'y verrais un motif de plus d'opérer immédiatement. En effet, pourquoi voulez-vous attendre? La tumeur fait des progrès; elle en fera chaque jour de nouveaux; elle s'étendra davantage vers les parties profondes, et votre temporisation n'aura d'autre résultat que de reculer la difficulté, et même de l'aggraver.

Pour ma part, je ne crois pas à ce prolongement de la tumeur. Petite, très mobile à son origine, elle s'est développée dans le lieu même qu'elle occupe. Aujourd'hui elle est facile à déplacer; on peut la circonscrire entre les doigts dans presque toute sa circonférence. En la faisant glisser sous la peau, on s'aperçoit bien qu'elle est retenue par une sorte de pédicule lâche sur lequel on peut exercer des tractions sans produire de douleur. Ce pédicule me paraît formé d'un tissu fibro-celluleux qui adhère à la membrane thyro-hyoïdienne. Cette connexion explique pourquoi la tumeur suit les mouvements du larynx dans l'effort de déglutition, mais ne prouve nullement qu'elle se prolonge au delà de cette membrane.

Si d'ailleurs il existait un diverticulum, une sorte d'arrière-cavité, en saisissant le kyste et en le comprimant, on déplacerait le liquide qu'il contient, ou le ferait refluer en partie dans ce diverticulum, et la tumeur s'affaisserait. Or rien de semblable n'a lieu; le kyste conserve toujours son même volume et une consistance uniforme.

Par ces motifs, ajoute M. Forget, je crois qu'il s'agit d'un kyste superficiel dont la guérison pourra être obtenue sans trop de peine.

A cette occasion, M. Forget rappelle qu'il y a une dizaine d'années il vit un habitant de Chartres qui portait précisément dans la région thyro-hyoïdienne et à son centre un semblable kyste beaucoup plus volumineux, il était gros comme une petite pomme de reinette; ce kyste fut opéré par incision cruciale : il contenait un liquide albumineux : sa cavité, parfaitement circonscrite, était d'un blanc nacré; on voyait son fond se plisser dans les mouvements de déglutition, par suite des adhérences que ce kyste avait avec la membrane thyro-hyoïdienne. On le cautérisa, et par inflammation et suppuration on obtint la guérison la plus solide au bout de six semaines.

Hypertrophie fibro-gélatineuse de la glande mammaire.

M. Larrey présente une tumeur volumineuse du sein dont il a pratiqué l'ablation, et dont les caractères anatomo-pathologiques ont été jugés dignes d'intérêt par M. Lebert.

Voici d'abord l'observation sommaire de la maladie.

Mme V..., femme d'un officier, âgée de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, toujours bien réglée et mère de plusieurs enfants, s'aperçoit, dès l'année 1841, de l'existence d'une grosseur développée dans le sein droit, sans aucune cause appréciable, ni violence mécanique, ni influence héréditaire ou autre. Cette grosseur n'offre, du reste, alors qu'un petit volume comparable à celui d'une noisette, et formant une glande au-dessous du mamelon. Il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni chaleur, point d'inflammation, en un mot. Quelques sangsues cependant sont appliquées dès l'apparition de la tumeur, et sans résultat. Elle augmente d'une manière lente, insensible, mais continue, progressive, et acquiert, au bout d'une dizaine d'années, le volume d'une assez grosse orange. La malade nous dit que, durant son séjour dans les pays chauds (en Afrique, par exemple, où elle accompagnait son mari), le développement de la tumeur a été plus lent que dans les pays froids.

Vers le mois de novembre 1851, sans cause connue, sans coïncidence de quelque dérangement fonctionnel, soit de la menstruation ou autre, la tumeur acquiert une augmentation notable, et fait ensuite des progrès incessants; mais elle ne détermine jamais de

douleur, si ce n'est quelques rares et vagues élancements à l'époque des règles qui, ne cessant point de reparaître à époques fixes, deviennent un peu moins abondantes.

La malade vient me consulter à cette époque, en me priant de l'opérer si tout autre traitement ne lui offre pas de chances assez certaines de guérison, quoiqu'elle n'ait à peu près rien fait jusqu'ici pour y parvenir.

La totalité de la mamelle droite se trouve alors transformée en une tumeur hémisphérique d'un volume considérable, pendante et retombant par son poids sur la région inférieure de la poitrine, offrant quelques inégalités ou bosselures à sa surface, sans autre altération de la peau qu'un amincissement par distension et une dilatation des veines superficielles.

Cette tumeur, assez mobile dans sa totalité, l'est davantage à sa partie inférieure et interne; elle est molle, dépressible dans plusieurs points, où elle donne au toucher la sensation d'une fausse fluctuation; elle présente partout ailleurs une consistance ferme, résistante et quelques bosselures. Elle fournit enfin, à la mensuration : selon sa demi-circonférence transverse, 33 centimètres, et selon la base de sa circonférence totale, 57 centimètres.

Il n'existe point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle correspondante, ni au voisinage de la clavicule.

On remarque seulement à la région latérale droite du cou, sur le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien et vers le niveau du lobule de l'oreille, une tumeur isolée du volume d'une noix, de consistance mollasse, ayant toute l'apparence d'un kyste graisseux, et développée pour ainsi dire à l'insu de la malade, sans aucun rapport avec la tumeur de la mamelle.

D'après l'appréciation de ses caractères, et eu égard aux bonnes conditions de santé de Mme V..., il me semble qu'elle est affectée seulement d'une hypertrophie du sein ou d'une mammite chronique avec ramollissement partiel, mais non dégénérescence de la glande mammaire.

C'est pourquoi aucune médication ne semble spécialement indiquée, si ce n'est l'ensemble des soins hygiéniques favorables à l'ablation de la tumeur.

Le 15 mai enfin, avec l'aide de MM. les docteurs Edme et Muller, du Val-de-Grâce, je procède à l'opération, ajournée jusque-là à cause de la mauvaise saison, et instamment réclamée par la malade. Une double incision semi-elliptique circonscrit la tumeur dans une direction transversale; l'énucléation partielle n'empêchant pas la dissection de pénétrer profondément, l'aponévrose du grand pectoral et quelques fibres de ce muscle sont enlevées avec la tumeur. Les deux branches de la thoracique longue et un rameau de la thoracique courte sont liés, et les lèvres de la plaie, rapprochées dans une direction oblique en bas et en dehors, sont réunies dans la moitié supérieure par trois points de suture entortillée. Un pansement simple garni de ouate et maintenu par une bande complète l'appareil.

La position fléchie du bras, le repos et les soins convenables préviennent tout accident primitif, et dès les premiers jours la malade se trouve dans les conditions les plus satisfaisantes.

La tumeur, examinée aussitôt après l'opération, pèse 1 kilo 730 grammes; elle est essentiellement formée de plusieurs masses de tissu fibro-colloïde, paraissant enkystées, et susceptibles de s'isoler les unes des autres par la dissection. Quelques-uns de ces kystes contiennent seulement de la matière gélatiniforme, et l'un d'eux, ouvert au moment de l'opération, a laissé échapper une certaine quantité de cette matière à l'état liquide : de là, sans doute, la sensation de fluctuation perçue auparavant.

Quant à l'examen anatomo-microscopique de cette tumeur, il ne pouvait être mieux fait, ajoute M. Larrey, que par notre honorable collègue M. Lebert, et je le prie de vouloir bien en rendre compte à la Société.

M. Lebert. La tumeur a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme; la peau qui la recouvre est intacte, mais considérablement bombée par la saillie et les bosselures de la tumeur sous-jacente. Le mamelon est dans son état normal, non fixé par des adhérences.

Il est facile de disséquer la tumeur de tous les côtés, et même les connexions ordinaires qui existent entre les conduits galactophores et le mamelon sont réduites à quelques filaments celluleux. La couche de tissu cellulo-adipeux qui entoure à l'état normal la glande en est plus facilement et plus complétement séparée par la dissection qu'à l'état normal. A la circonférence antérieure, la couche de tissu cellulaire sous cutané est très épaisse, dépassant 1 centimètre.

La tumeur, complétement énucléée, est entourée d'une membrane cellulo-vasculaire, lisse, luisante, d'un gris-jaunâtre, rosé par places, n'offrant nulle part, du reste, une vascularité très riche. Déjà, à travers cette enveloppe encore intacte, on peut saisir le caractère incomplétement transparent du tissu de la tumeur. Sa consistance est ferme et élastique, sa surface est largement bosselée et lobulée, et bien que de dimensions inégales, cette configuration rappelle les grandes divisions de la glande mammaire; quelques-unes sont séparées de celles qui les avoisinent par des scissures assez profondes remplies de tissu cellulaire lâche.

Lorsqu'on fend la tumeur dans son plus grand diamètre, on voit que les divisions, en apparence peu nombreuses à la surface, sont bien plus multipliées dans l'intérieur; en sorte qu'elles rappellent non-seulement les lobes, mais aussi les petites lobules de la glande. Quelques-uns de ces divisions dépassent à peine le volume d'une noix aveline ou d'un petit haricot, même d'un petit pois.

On rencontre dans quelques divisions une vascularité plus dense et même par-ci par-là de petits épanchements sanguins. On trouve également disséminées dans toute la substance de petites collections de liquides, qui, au premier abord, paraissent être des kystes clos; mais qui, examinés de plus près, ne sont que des kystes lacuneux situés dans l'interstice et sous la membrane d'enveloppe des lobules, et constitués par un liquide transparent et gluant. Le tissu de la tumeur offre partout une teinte d'un gris jaunâtre ou d'un jaune pâle d'un aspect luisant, d'une demi-transparence gélatiniforme. Par la pression on en fait sortir une quantité assez considérable d'un suc abondant et gluant tout à fait transparent, ayant le caractère de celui que l'on trouve dans les kystes lacuneux.

En examinant le tissu de la tumeur pris dans un grand nombre de points, avec le microscope, on ne trouve point de culs-de-sac glandulaires; cependant on voit un certain nombre de cellules pâles, à petits noyaux, que l'on pourrait prendre au premier abord pour des épithéliums; mais lorsqu'on tient compte de ce que l'on trouve tous les passages entre ces cellules des corps fusiformes et des fibres, on peut se convaincre bientôt qu'il s'agit d'éléments fibro-plastiques. En effet, la plus grande masse de la tumeur est composée d'éléments fibreux, pâles, fins, pas très étroitement juxtaposés, séparés par une substance intermédiaire demi-transparente et finement grenue. Les éléments fibro-plastiques existent proportionnellement en petite quantité. Absence complète d'éléments cancéreux, absence enfin de tout élément gras.

En résumé, nous avons donc affaire à une hypertrophie fibro-gélatineuse de toute la glande mammaire, et non à une tumeur fibreuse ou fibro-plastique de nouvelle formation; car, dans ce dernier cas, nous aurions retrouvé la glande mammaire comprimée et atrophiée à la surface de la tumeur.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

De la poudre de noix de Cédron.

Mon très cher confrère,

Les innovations en moyens thérapeutiques sont actuellement fort difficiles et fort rares, et le deviennent chaque jour davantage.

Il est question dans le numéro du 18 mai de l'*Abeille médicale*, d'essais et de succès récents obtenus par la pâte de semences de citrouille, et il s'y trouve même une citation de bons effets analogues publiés il y aurait plus de trente ans dans un journal médical. Sans connaître cette ancienne insertion, j'avais déjà, mais il n'y a guère que huit au dix ans, publié dans la *Gazette des Hôpitaux* une courte notice sur l'emploi d'une pâte composée d'amandes de semences de *giraumon* et de sucre pulvérisés, sorte d'antidote contre le ver solitaire que l'on m'avait assuré être fort en usage aux Etats-Unis d'Amérique.

Je vous indique aujourd'hui un nouveau vermifuge dans ce genre, consistant dans de la poudre de noix de Cédron, amande très vantée dans les Antilles et l'Amérique du Sud contre les morsures de serpents venimeux et contre les fièvres intermittentes. Plusieurs personnes de ces contrées m'ont fourni sur ces derniers points les documents les plus intéressants, et comme d'ailleurs je viens moi-même de faire un heureux essai de la vertu fébrifuge de ce produit, je m'occupe dans ce moment d'un mémoire sur ce sujet, que j'aurai l'honneur de vous communiquer, sachant fort bien d'ailleurs, en m'occupant de ce travail, que quelques-unes de nos académies ont été entretenues de faits analogues et de plus merveilleux encore concernant ces mêmes noix de Cédron, qui guériraient non-seulement de la morsure des serpents à sonnette, mais de la rage, etc., etc.

Paris, 23 mai 1852.

Dr A. Berton,
Médecin-major à l'Ecole d'état-major et à la 1re division militaire.

Chronique et nouvelles.

Dans la séance du 28 mai, le conseil municipal de Paris a fait, pour la première fois, l'application de l'article 10 de la loi du 22 avril 1850 sur les logements insalubres. Cet article dispose :

« Qu'au cas où un logement n'est pas susceptible d'assainissement, et que les causes d'insalubrité sont dépendantes de l'habitation elle-même, l'autorité municipale pourra, dans le délai qu'elle fixera, en interdire provisoirement la location à titre d'habitation. »

Sur les conclusions d'une commission des logements insalubres, le conseil a décidé que la loge du concierge d'une maison sise rue des Petites-Ecuries, n° 39, était inhabitable, et qu'en conséquence elle devait être provisoirement fermée.

Dans la même séance, le conseil, faisant application de l'article 5 de ladite loi, lequel lui permet de déterminer les travaux à exécuter dans les localités que la commission des logements insalubres a déclarées dangereuses à habiter, a aussi ordonné l'exécution d'améliorations importantes dans cinq maisons :

L'une sise au Thernes, impasse Dany;
La seconde, rue Réaumur, 10;
La troisième, faubourg Saint-Antoine, 170;
La quatrième, faubourg Poissonnière, 2;
La cinquième, rue Guérin-Boisseau, 28.

Il est à espérer que l'application de ces articles engagera les propriétaires à prendre eux-mêmes l'initiative de travaux d'assainissement qu'ils négligent trop souvent, quoique l'insalubrité des lieux à réparer frappe tous les yeux. On ne peut dans tous les cas qu'applaudir à la salutaire sévérité du conseil municipal.

— Les circonstances viennent confirmer d'une manière aussi frappante que déplorable la sagesse des mesures ordonnées naguère par M. le préfet de Saône-et-Loire pour prévenir les dangers terribles que font courir les chiens enragés.

Un de ces animaux, atteint d'hydrophobie, appartenant à un habitant de Mâcon, a mordu dernièrement sa maîtresse, un de ses domestiques et une blanchisseuse demeurant sur la route de Paris. Ce chien a été abattu.

On nous écrit de Digoin que toute la population est, à cette heure, plongée dans la consternation par suite des cas nombreux d'hydrophobie qui se sont déclarés dans cette ville.

En présence de si tristes événements, on ne peut qu'inviter les agents de l'autorité à faire exécuter avec la plus extrême rigueur l'arrêté rendu par M. le préfet, dans un intérêt trop général et trop majeur pour que chacun ne se fasse pas un devoir d'humanité d'y applaudir et d'en favoriser l'application.

— Le directeur du commerce et de l'agriculture vient d'envoyer à plusieurs de nos académies province des secours destinés à fonder des prix pour les personnes qui trouveront un spécifique contre la rage.

— Par décret du 4 mai 1852, ont été nommés à quarante emplois de *médecin-major de première classe*, en remplacement d'un pareil nombre d'officiers de santé nommés médecins principaux de deuxième classe :

M. Poggi, médecin-major de 2e classe au 14e de ligne.
M. Jourdain, médecin-major de 2e classe au 14e de ligne.
M. Pelletier, médecin-major de 2e classe au 47e de ligne.
M. Calmel, médecin-major de 2e classe au 5e cuirassiers.
M. Hottegindre, médecin-major de 2e classe au 13e de ligne.
M. Siesz, médecin-major de 2e classe au 53e de ligne.
M. Magail, médecin-major de 2e classe à l'hôpital de Lyon.
M. Bonnet-Masimbert, médecin-major de 2e classe à l'hospice civil de Grenoble.
M. Gambet, médecin-major de 2e classe au 43e de ligne.
M. Teinturier, médecin-major de 2e classe au 17e léger.
M. Marbotin, médecin-major de 2e classe au 10e de cuirassiers.
M. Reitschel, médecin-major de 2e classe à la division d'Aiger.
M. Falières, médecin-major de 2e classe au 18e léger.
M. Mayaud, médecin-major de 2e classe au 3e de hussards.
M. Agnès, médecin-major de 2e classe au 22e de ligne.
M. Mialhes, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne.
M. Simon, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne.
M. Cazalas, médecin-major de 2e classe à la division d'Oran.
M. Miramond, médecin-major de 2e classe au 40e de ligne.
M. Artigues, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Rouen.
M. Lomel, médecin-major de 2e classe au 28e de ligne.
M. Goutt, médecin-major de 2e classe au 11e léger.
M. Bartharès, médecin-major de 2e classe à la division d'Italie.
M. Leuret, médecin-major de 2e classe à la division d'Alger.
M. Goze, médecin-major de 2e classe à la division d'Alger.
M. Durand, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.
M. Bauvieux, médecin-major de 2e classe au 9e léger.
M. Villette, médecin-major de 2e classe au 19e léger.
M. Régard, médecin-major de 2e classe au 70e de ligne.
M. Jean-Lagrave, médecin-major de 2e classe à la division de Constantine.
M. Aubert, médecin-major de 2e classe au 74e de ligne.
M. Catteloup, médecin-major de 2e classe à la division d'Oran.
M. Ayraud, médecin-major de 2e classe au 1er de carabiniers.
M. Barby, médecin-major de 2e classe à la division d'Alger.
M. Pastureau, médecin-major de 2e classe à la division d'Alger.
M. Volage, médecin-major de 2e classe au 3e léger.
M. Labarthe, médecin-major de 2e classe au 4e de cuirassiers.
M. Delmas, médecin-major de 2e classe au 69e de ligne.
M. Brest, médecin-major de 2e classe à la division d'Oran.
M. Haspel, médecin-major de 2e classe à l'hôpital de Toulon.

— *Ossabandus, nequeis, nequer, potarinum, quipsa milus.* Voilà justement ce qui fait que votre fille est muette!

On sait comment s'opère la guérison de la belle Lucinde.

Or, Molière, Sganarelle et Léandre ne seraient que des Géronte, s'il faut en croire la *Presse*, dans laquelle on lit la mirobolante réclame suivante :

« Une cure extraordinaire vient d'être opérée au moyen du traitement hydrothérapique. Mlle M..., de Perpignan, avait depuis deux ans complétement perdu la parole, et elle avait essayé de tous les remèdes pour la recouvrer, mais inutilement, lorsque le docteur Trousseau, professeur à la Faculté de Paris, lui indiqua le traitement hydrothérapique. Mlle M... se soumit à ce traitement dans la maison de santé du docteur Puzin, à Chaillot, rue des Batailles. Au bout de quatre jours, Mlle M... avait complétement recouvré l'usage de la parole. C'est une cure trop merveilleuse pour n'être pas soumise à l'attention de la science. »

Afin d'édifier complétement *la science* sur le mérite de cette cure *merveilleuse*, nous ajouterons aux détails qu'on vient de lire quelques renseignements dont nous garantissons l'authenticité.

Mlle M... s'est présentée, en effet, à la consultation de M. Trousseau, qui, après avoir reconnu une affection hystérique et établi dans une note écrite fort remarquable que le mutisme ne pouvait être que *simulé*, adressa la malade à M. le docteur Fleury, en priant son confrère d'examiner Mlle M... et de décider s'il ne serait pas utile de lui faire suivre, à Bellevue, un traitement hydrothérapique.

Mlle M... vint prendre l'avis de M. Fleury, accompagnée de trois personnes, qui, après avoir exposé l'histoire de la maladie, ajoutèrent qu'il existait un moyen de rétablir la parole pendant cinq minutes, et que ce moyen consistait *à administrer à la malade une douzaine de vigoureux coups de poing dans le dos!* M. Fleury manifesta le désir de vérifier le fait, et l'expérience eut un plein succès, grâce à l'énergique intervention de l'une des compagnes de Mlle M...

L'habile hystérique trouva-t-elle que M. Fleury n'était pas un observateur assez crédule? Nous ne savons; mais, au lieu de prendre le chemin de Bellevue, elle se dirigea rue des *Batailles*, et c'est là que l'hydrothérapie a si merveilleusement guéri en quatre jours un mutisme de deux années!

En vérité, si l'hydrothérapie ne pouvait invoquer que des cures de cette espèce, on aurait eu raison de l'assimiler à l'homœopathie et au magnétisme, qui fournissent chaque jour tant d'éléments à la curieuse histoire des maladies simulées.

Et voilà justement ce qui fait que votre fille est muette!

— M. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, commencera un cours de médecine clinique demain, mercredi 2 juin, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. Les visites commenceront à sept heures et demie du matin, et les leçons à huit heures et demie.

— Errata. — Plusieurs fautes de typographie se sont glissées dans le dernier compte-rendu des leçons de M. le professeur Nélaton.

1° Première colonne de l'article, 35e ligne, *au lieu de* : sortie du calcanéum, *lisez* : partie.

2° Deuxième colonne, 62e ligne, entre les mots *infection purulente* et *aussi*, il faut intercaler tout entier le paragraphe commençant à la 68e ligne par ces mots : *Cette opération* qui a été déplacée...

3° Troisième colonne de l'article, 21e ligne, *au lieu de* : passera en avant, *lisez* : passera en arrière.

Enfin, c'est par erreur qu'on a fait remonter à 1825 au lieu de 1842, l'opération pratiquée par M. Syme.

Bulletin bibliographique.

Traité d'anatomie descriptive; par J. Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, officier de la Légion-d'Honneur, président perpétuel de la Société anatomique, membre de l'Académie de médecine, etc. — 3e édit., revue, corrigée et augmentée. Le tome IV et dernier, de 852 pages, vient de paraître. Prix : 7 fr. L'ouvrage complet, 4 forts volumes in-8° (1851-1852) : 28 fr.

Cours de physiologie, fait à la Faculé de médecine de Paris par M. le professeur Bérard. La 24e livraison, contenant la suite de la *Respiration*, vient de paraître. La 25e livraison paraîtra le 10 juin. — Prix de chaque livraison : 1 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an..... 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. Trois mois..... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. Trois mois..... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

SOMMAIRE. — Paris. Sur les séances des Académies. — Hôpital de la Pitié (M. Gendrin). Sur les corps fibreux de la matrice. — Clinique civile (M. A. Favrot). De la compression latérale de l'utérus dans les cas d'hémorrhagie par le réducteur à air, etc. — Coup d'œil sur les rapports présentés annuellement au ministre sur les vaccinations pratiquées en France. — Académie de médecine, séance du 1er juin. — Académie des sciences, séance du 31 mai. — Nécrologie.

PARIS, LE 2 JUIN 1852.

Séances des Académies.

Puisqu'il a existé des philosophes qui ont nié le mouvement, il n'y a rien d'étonnant qu'il se soit trouvé des médecins qui aient nié la spécificité de la syphilis, voire même de la variole, de la rage, etc. Il est même à remarquer que ces médecins, de même que les philosophes en question, ont souvent été assez heureux pour faire des prosélytes et pour obtenir quelquefois passagèrement de brillants succès; témoin Broussais, de fraîche mémoire. Mais, il faut bien se le persuader, le rôle de sophiste réussit rarement quand il n'est pas soutenu par un grand talent d'orateur ou d'écrivain, ou tout au moins par une grande vivacité d'esprit ou une passion ardente.

L'honorable M. Huzard, pour lequel nous professons la plus profonde estime, et dont nous nous plaisons à reconnaître le mérite, n'a cependant aucune des conditions que nous venons d'énumérer : aussi, en venant soutenir à la tribune de l'Académie le paradoxe que la morve n'est qu'une terminaison de maladies très diverses, et non une affection spéciale, cet honorable a-t-il provoqué une grêle d'arguments auxquels il n'a pu résister un seul instant. MM. Velpeau, Renaud, Bérard, Laugier, etc., ont pris en main la défense de la vérité, et n'ont pas eu beaucoup de peine à la faire triompher de la molle attaque de M. Huzard. Ils ont accumulé les arguments contre le paradoxe de leur collègue, quand, à la rigueur, un seul aurait pu suffire pour démolir à tout jamais sa doctrine. M. Huzard veut que les phénomènes désignés sous le nom de *morve aiguë* soient la terminaison d'affections diverses; il admet néanmoins, et il y est bien obligé, puisque cette expérience a été maintenant répétée des centaines de fois, qu'une molécule de pus morveux introduite sous l'épiderme d'un animal *sain* détermine une maladie promptement mortelle, présentant des symptômes et des lésions tout à fait semblables à ceux observés sur l'animal qui a fourni la matière inoculée. De quelle maladie, dans ce cas, la morve serait-elle donc la terminaison?

Quand on ne s'arrête pas à des difficultés de cette nature, on comprend très bien qu'on ne soit pas effrayé d'une foule d'autres; mais on comprend aussi à merveille que celui qui ferme les yeux de la raison à de tels arguments n'obtienne pas un grand succès dans une assemblée d'hommes sensés, et c'est ce qui est arrivé à M. Huzard. Son observation, si elle était entourée de plus de détails, si elle était par conséquent plus authentique, n'en aurait pas moins un grand intérêt, puisque elle prouverait que la morve peut se développer spontanément chez l'homme. C'est là un fait que M. Huzard croit être très favorable à sa doctrine, et qui évidemment ne prouverait absolument rien, quand même il serait établi de la manière la plus rigoureuse; ce qui n'est pas. Personne ne doute que la variole ne puisse se développer spontanément chez l'homme. Est-ce que quelqu'un s'aviserait d'aller chercher dans cette circonstance un argument contre la spécificité de la variole?...

— Si les hommes en général, si M. Gaudichaud en particulier, étaient susceptibles d'être corrigés et ramenés dans la voie de l'observation exacte et de la vérité par tout ce que la logique et la science ont de plus net, de plus incisif, nous dirions presque de plus éloquent, la conversion de M. Gaudichaud aurait certainement été opérée hier au sortir de la séance de l'Académie des sciences, et c'est à M. Richard qu'il se serait empressé d'aller rendre grâces de son illumination subite. L'étude que nous avons faite de Gall, et bien plus encore notre statistique sur le peu d'efficacité des modificateurs moraux nous permettent de prédire qu'il n'en sera point ainsi, et que M. Gaudichand ne sera pas moins ferme dans ses convictions après qu'avant la très remarquable improvisation de M. Richard. Nous regrettons de ne pouvoir que mentionner ici cette savante et piquante discussion, qui a tenu pendant vingt minutes toute l'assistance comme suspendue aux lèvres de l'éminent professeur de botanique de la Faculté, et qui a laissé une longue émotion dans l'enceinte académique.

Les nouvelles recherches hématologiques de MM. Becquerel et Rodier, quoique moins faites pour émouvoir la docte assemblée, doivent néanmoins nous arrêter plus longtemps. Dans ces recherches, MM. Becquerel et Rodier n'ont pas seulement confirmé les résultats connus et constaté quelques résultats nouveaux, ils ont en outre formulé des préceptes thérapeutiques qui nous paraissent mériter quelques réflexions.

Suivant ces estimables expérimentateurs, les recherches hématologiques auraient d'importantes conséquences thérapeutiques : « Chaque élément du sang, disent-ils, est modifié par une méthode thérapeutique spéciale, la diminution des globules par le quinquina, » etc.

Dire que la connaissance de l'action d'un médicament, ou même de ce qu'on appelle une méthode thérapeutique sur la proportion de la fibrine, de l'albumine et des globules du sang, soit tout à fait inutile et sans application possible en thérapeutique, ce serait aller bien au delà de notre pensée, et probablement tomber dans une erreur fâcheuse; mais croire que, sur une telle connaissance, fondée elle-même sur des expérimentations plus ou moins concluantes, puisse être édifiée la thérapeutique d'une ou de plusieurs maladies, serait une erreur bien autrement certaine, bien autrement grave. Pour prendre un exemple, il est dit que le quinquina rétablit la proportion d'albumine diminuée; mais est-ce en vertu de cette action que le quinquina prévient un accès de fièvre pernicieuse? La cachexie syphilitique entraîne la diminution des globules du sang et même parfois de l'albumine; est-ce parce que le mercure a la propriété d'augmenter les proportions des globules que le mercure guérit la cachexie syphilitique? Ces questions suffiraient déjà pour juger la valeur d'une méthode thérapeutique basée sur la propriété plus ou moins directe qu'auraient les médicaments de modifier de telle ou telle façon les trois éléments modifiables du sang. On pourrait invoquer contre une telle doctrine beaucoup d'autres raisons, et entre autres celle-ci : les éléments modifiables étant au nombre de trois, c'est à trois qu'il faudrait réduire tous les modes d'action des médicaments, dans toutes les maladies chroniques où le sang est toujours plus ou moins altéré. Nous pensons qu'il n'en faut pas davantage pour convaincre tous les praticiens que le guide le plus sûr qu'ils aient pour traiter les diverses maladies soumises à leur observation, c'est encore l'expérience. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Sur les corps fibreux de la matrice.

Nous avons depuis quelques jours dans nos salles une malade qui nous fournit aujourd'hui l'occasion de parler d'une des affections les plus curieuses et les plus opiniâtres dont l'utérus puisse être le siége.

Cette malade est âgée de quarante-six ans; elle présente la pâleur extrême et la teinte jaunâtre de la peau qu'on rencontre chez les personnes qui ont subi des hémorrhagies abondantes et fréquemment répétées. Elle a été prise, il y a deux ans, d'une perte de sang considérable qu'elle prétend s'être manifestée d'une manière brusque et subite; des douleurs se sont en même temps développées dans le ventre.

Les maladies caractérisées par la présence d'un corps fibreux dans le tissu de l'utérus s'accompagnent d'accidents du côté de la matrice et de ses annexes. Il y a donc eu, comme nous venons de le dire, douleurs dans la région de l'abdomen et hémorrhagie utérine; l'une et l'autre ont été très marquées. Après l'apparition de ces premiers symptômes les souffrances ont tout à fait cessé; mais la malade est restée sujette à des hémorrhagies qui, revenant à peu près de quinze jours en quinze jours, représentaient, pour elle, l'écoulement menstruel. Dans l'intervalle des quinze jours elle perdait du sang. Jamais cette hémorrhagie intercalaire n'avait une longue durée.

L'influence fâcheuse exercée sur l'organisme par des pertes de sang aussi souvent réitérées a peu à peu amené un état d'affaiblissement très grave et très inquiétant. La malade a dû entrer à l'hôpital.

Nous avons trouvé chez elle la décoloration de la peau et l'état semi-œdémateux du tissu cellulaire qui se rattachent à la vacuité des vaisseaux capillaires et à l'inactivité de leur circulation, phénomènes qui, l'un et l'autre, sont la conséquence prochaine des hémorrhagies portées à un certain degré. Les parois abdominales n'étaient pas douloureuses à la pression; le palper hypogastrique nous a fait sentir confusément une tumeur appartenant à l'utérus. Nous avons pratiqué le toucher vaginal; le col de l'utérus était légèrement incliné en arrière, un peu plus court que dans l'état normal et assez manifestement entr'ouvert. Les lèvres du museau de tanche n'offraient aucune lésion insolite, elles étaient parfaitement saines; mais à la base du col et derrière la lèvre antérieure, le doigt atteignait immédiatement la paroi antérieure de la matrice, qui se présentait en quelque sorte perpendiculairement sous l'excavation sacrée. Dans ce point de l'organe existait une bosselure semblable à celle qu'aurait pu déterminer une sphère du volume d'un œuf de poule développée en avant dans la paroi même de l'utérus. L'agrandissement localisé, sous forme de segment, que nous venons de signaler portait une inégalité dont on peut se faire l'idée par un segment sphéroïde de moindre étendue surajouté au premier; il existait donc deux tumeurs; dures, résistantes et indolentes au toucher, elles avaient l'une et l'autre les mêmes caractères.

Telle est la lésion par laquelle nous avons à nous rendre compte des accidents qui surviennent dans des conditions analogues à celles où se trouve placée notre malade.

C'est un fait qu'il importe d'établir tout d'abord : l'expérience a montré que chez les femmes atteintes d'hémorrhagies semblables à celles que nous avons décrites tout à l'heure, et particulièrement d'hémorrhagies qui paraissent être l'exagération de l'écoulement menstruel, on découvre fréquemment des tumeurs identiques à celles dont nous venons d'indiquer les apparences. Dans des circonstances de ce genre, les investigations nécroscopiques ont constaté l'existence de corps arrondis et durs formés par des lames fibreuses solidement enchevêtrées les unes avec les autres; ces corps arrondis, que n'enveloppe pas un kyste distinct, sont plus ou moins isolés par du tissu cellulaire condensé, des parois utérines dans l'épaisseur desquelles ils sont implantés; le pédicule dont ils sont ordinairement pourvus, les quelques fibres celluleuses qui pénètrent de leur trame dans celle de la matrice n'apportent pas d'obstacles notables à leur extraction par voie d'énucléation.

Tels sont les caractères auxquels se reconnaissent les productions pathologiques que l'on désigne sous le nom de corps fibreux de l'utérus.

Il est d'observation que les corps fibreux de l'utérus entraînent à leur suite des hémorrhagies et que ces hémorrhagies sont quelquefois portées au point de compromettre la vie des malades par suite de leur abondance et de leur fréquence excessives. Ce fait général primitivement connu nous autorise à admettre, dans le cas particulier qui nous occupe, l'existence d'une tumeur fibreuse annexée à la matrice; la tuméfaction de cet organe, en effet, n'aurait pas, dans l'hypothèse d'une augmentation de volume de l'utérus, la forme nettement circonscrite du segment sphéroïde dont nous avons senti les limites; elle ne s'accompagnerait pas de l'absence de douleur à la pression et du défaut de chaleur insolite qui ont attiré notre attention. Les résultats de l'examen auquel nous nous sommes livré nous permet d'affirmer qu'il ne s'accomplit dans l'utérus aucun travail organique aux dépens de son tissu.

Plusieurs circonstances dignes d'être notées confirment le diagnostic auquel nous nous sommes arrêté : la malade ne présente nullement l'état cachectique propre aux maladies organiques; l'hémorrhagie a conservé sa forme primitive de manière à constituer, comme par le passé, une exagération de l'éruption menstruelle; enfin, l'absence de douleurs a été constante et complète.

L'absence de douleurs, bien qu'elle soit un fait purement négatif, n'en a pas moins une grande importance; elle éloigne toute idée de phlogose ou de production carcinomateuse.

L'évolution des corps fibreux de l'utérus est un point intéressant à considérer.

Chez un certain nombre de femmes, ils restent dans les parois de la matrice; à une époque donnée, les hémorrhagies cessent de se produire; peut-être ont-ils alors subi un certain degré d'atrophie; ce qu'il y a de certain, c'est que dans des circonstances de ce genre on trouve le tissu de l'utérus atrophié et réduit à la consistance d'une lame fibreuse enveloppant la tumeur, qu'on peut facilement énucléer.

Chez d'autres malades, les hémorrhagies continuent, des douleurs sourdes et gravatives se déclarent dans l'utérus et du côté des lombes, le col de la matrice s'efface peu à peu; le doigt, introduit dans le vagin, reconnaît qu'il est aminci et entr'ouvert, et rencontre en même temps une tumeur qui tend à faire saillie au dehors. Cette tumeur proémine peu à peu dans le vagin et se convertit en polype fibreux.

Tantôt le pédicule du polype s'allonge et revient sur lui-même, à ce point qu'au bout d'un certain temps le corps fibreux se détache spontanément; tantôt, au contraire, à raison de son volume, il descend dans le conduit vulvo-utérin et, en cheminant avec lenteur du col de l'utérus vers la vulve, détermine des pertes de sang qui pourraient donner à la maladie une issue funeste: aussi le chirurgien doit-il intervenir d'une manière active, sans attendre le moment plus ou moins éloigné auquel la tumeur paraît destinée à tomber d'elle-même.

La marche spontanée des corps fibreux de la matrice affecte donc, comme on le voit, deux formes qu'il est utile de distinguer: l'une est pleine de dangers, l'autre est exempte d'accidents sérieux. Dans la première, il y a continuation des déperditions sanguines; la tumeur s'allonge, abandonne l'intérieur des parois de l'utérus et se change en un polype fibreux dont l'élimination s'accomplit avec plus ou moins de rapidité. Pendant la succession de ces divers phénomènes, les hémorrhagies peuvent causer la mort ou amener un état de langueur qui favorise l'invasion d'affections redoutables. Dans la seconde forme, la tumeur subsiste en même temps que l'utérus s'atrophie.

Les différences que nous venons de signaler sont faciles à comprendre; elles trouvent leur explication dans les conditions anatomiques et physiologiques que présente la matrice.

Cet organe est pourvu d'un appareil vasculaire très riche destiné à fournir, toutes les fois que l'utérus s'agrandit, une quantité de sang proportionnelle à son accroissement; appareil dans lequel le produit de conception puise des éléments de vie, dans lequel enfin les hémorrhagies utérines ont leur source. Lorsqu'un corps fibreux écarte les fibres du tissu utérin, celles-ci s'hypertrophient jusqu'au point de passer à la condition de fibres musculaires; l'appareil vasculaire s'hypertrophie lui-même; chaque mois part de l'ovaire une impulsion qui retentit sur l'utérus; l'écoulement menstruel s'établit et rencontre, dans les modifications anatomiques qui se sont opérées, les éléments d'une déperdition sanguine abondante. Le degré de développement et la puissance de circulation du système vasculaire utérin sont subordonnés au volume du corps fibreux; aussi comprend-on sans peine que l'hémorrhagie offre des variations très étendues.

Nous l'avons dit, la tumeur, en écartant les lamelles de l'utérus, détermine leur transformation en lamelles cellulo-musculaires; il se dessine, de même que pendant la grossesse, des plans musculaires dont la rétractilité, mise en jeu, pousse le corps fibreux vers l'intérieur de la cavité utérine; les hémorrhagies continuent cependant, le corps et le col de l'utérus se dilatant tour à tour jusqu'au moment où s'opère une élimination complète et définitive.

Examinons maintenant ce qui doit se passer chez une femme arrivée à l'âge critique: l'ovaire a cessé ses fonctions; il ne produit plus ni ovules, ni cellules ovariennes; l'impulsion physiologique qui chaque mois amenait l'éruption menstruelle cesse d'être communiquée à l'utérus, rendu inerte. De même que les ovaires, la matrice s'atrophie, et, sous la double influence de cette atrophie et du défaut d'action des ovaires, les hémorrhagies s'arrêtent, malgré la persistance du corps fibreux.

Les fibres musculaires qui s'étaient développées s'effacent. La tumeur, dès ce moment, ne chemine plus vers la cavité utérine, devenue inerte; elle participe quelquefois à l'atrophie de l'utérus lui-même.

Bien que l'idée de corps fibreux exclue la pensée d'une curation immédiate, le médecin, en présence d'une production de cette nature, n'en a pas moins d'importantes indications à remplir. Il doit agir de manière à conserver l'existence de la malade jusqu'au moment où s'opérera l'élimination spontanée de la tumeur; il soutiendra les forces par une hygiène et une médication convenables; il s'attachera surtout à tarir les pertes sanguines et à les prévenir. C'est dans cette dernière vue qu'il conseillera le décubitus sur un plan horizontal comme position habituelle, le repos, qui, en diminuant l'activité de la circulation, éloigne l'opportunité des fluxions hémorrhagiques, et enfin, avec quelques auteurs, l'usage d'aliments froids et les applications réfrigérantes dans la région de la matrice.

Les moyens que nous venons d'énumérer constituent, à proprement parler, une médication latérale. Nous avons coutume, pour notre part, de faire prendre à l'intérieur un agent qui, suivant nous, exerce une influence spéciale sur le système vasculaire de l'utérus. A l'encontre de la plupart des pathologistes qui attribuent à la sabine des propriétés excitantes et rattachent à ces propriétés les effets d'avortement auxquels elle donne lieu, nous pensons que ce médicament a la puissance de diminuer l'activité de la circulation utérine.

Nous avons vu très souvent et depuis longtemps les métrorrhagies, même actives, diminuer sous l'influence de son administration.

Nous ne contestons pas les effets excitants que peut produire la sabine sur l'estomac; nous affirmons seulement qu'ils ne se font pas sentir sur la matrice; l'avortement résulte de l'atrophie qu'éprouve le placenta, surtout dans la partie adhérente à l'organe de la gestation, par suite d'une modification imprimée au cours de la circulation utérine.

Est-il besoin d'ajouter maintenant que, lorsque nous prescrivons la poudre de sabine à des malades qui portent des corps fibreux de l'utérus, nous avons en vue, non de guérir leur affection, comme on a eu le tort de nous le faire dire, mais d'en restreindre les inconvénients en rendant les hémorrhagies plus difficiles?

Si on associe à ce moyen ceux que nous avons énumérés, le repos absolu, l'éloignement des travaux manuels, les applications froides, etc., on peut jusqu'à un certain point annuler les dangers attachés à la présence des productions fibreuses, et atteindre ainsi le moment de leur expulsion ou l'époque de la ménopause. C'est ce qui nous est arrivé le plus ordinairement toutes les fois que nous avons eu à diriger des malades auxquelles leur position de fortune permettait de suivre nos conseils. Il n'en a pas été de même pour les femmes qui ont reçu nos soins dans les hôpitaux. Nous devons à leur sujet signaler une différence de mortalité, dont il est superflu d'indiquer les causes. A.-H. Margerie.

CLINIQUE CIVILE. — M. A. Favrot.

De la compression latérale de l'utérus dans les cas d'hémorrhagie par le réducteur à air. De l'application de cet appareil dans les cas de rétroflexion de l'utérus, accompagnée d'accidents graves.

Le 10 mars 1852, je fus appelé auprès de Mme X..., marchande de farine à la Halle, qui depuis trois semaines environ éprouvait du côté du bas-ventre des accidents graves. Cette dame, à laquelle j'avais donné des soins l'année précédente pour un engorgement de l'utérus accompagné d'excoriations du col dont elle avait été parfaitement guérie, me raconta que depuis deux mois ses règles étaient moins abondantes que de coutume. Le 15 février, après une fatigue considérable résultant d'efforts multipliés qu'elle avait faits pour remuer des sacs de graine, elle éprouva dans le bas-ventre une sensation inaccoutumée. Attribuant cet état de souffrance à une simple courbature, elle se contenta de se mettre au lit, et de se soigner elle-même au moyen de cataplasmes appliqués sur le bas-ventre et de bains. Mais loin de diminuer, ses souffrances acquirent une intensité considérable dans la région lombaire et s'irradiaient dans la cuisse gauche. La malade les comparait à des éclairs qui lui auraient traversé le bassin et la cuisse. La marche était devenue tout à fait impossible, et dans son lit elle était même obligée de tenir les cuisses dans un état de flexion continu. En même temps se manifesta par la vulve un écoulement sanieux et fétide d'un aspect sanguinolent. Après trois semaines de cet état, qui s'aggravait incessamment, Mme X... se décida à réclamer mes soins. Je la trouvai au lit pelotonnée sur elle-même, dans un état de souffrance extrême, épuisée par des douleurs continuelles et une insomnie opiniâtre. Son visage exprimait l'anxiété; la face, d'une teinte blafarde, rappelait assez bien l'aspect des affections cancéreuses. En examinant l'utérus, je constatai que le col, à peu près dans l'état normal, était légèrement porté en avant vers le pubis; qu'immédiatement derrière lui existait une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, dépressible, un peu bosselée, et comme enclavée dans le petit bassin.

La pression exercée sur cette tumeur déterminait une douleur vive, et faisait suinter par l'orifice utérin une quantité notable de sang décomposé et d'une odeur repoussante. La touchant par le rectum, je reconnus que la tumeur exerçait sur cet intestin une pression considérable et gênait la défécation. La malade, en effet, me dit que depuis quinze jours environ les lavements ne pénétraient pas, et qu'elle éprouvait beaucoup de peine à aller à la garde-robe.

Incertain sur le point de savoir si cette tumeur était formée par l'utérus recourbé, ou bien par quelque production morbide développée dans son voisinage, je pratiquai le cathétérisme utérin. Après quelques efforts et en portant le pavillon de la sonde fort en avant, je parvins à pénétrer dans la cavité de l'organe, et j'acquis la certitude de l'existence d'une rétroflexion accompagnée d'un engorgement considérable du corps et d'adhérences aux parois pelviennes. Je fis néanmoins des tentatives pour réduire l'utérus dans la position normale; j'employai d'abord deux doigts introduits dans le vagin, puis le manche d'une cuiller dans le rectum, et enfin j'appliquai le réducteur à air. Ces tentatives ayant produit peu de résultats, j'eus quelques craintes sur l'existence d'une affection organique plus grave, et réclamai l'assistance de M. Maisonneuve. De concert avec lui, je procédai à un nouvel examen; il confirma mon premier diagnostic, et ayant fait lui-même quelques tentatives de réduction qui soulevèrent en partie le corps de l'utérus, il m'engagea à persévérer dans mes efforts, en employant surtout la pression lente et continue du réducteur à air introduit par le rectum. Encouragé par l'opinion d'un chirurgien aussi expérimenté, je soumis Mme X... à l'application permanente de mon instrument, en laissant à ma malade la faculté d'augmenter ou de diminuer elle-même le degré d'insufflation. Sous l'influence de ce traitement, l'utérus diminua de volume dès le deuxième jour, et à la fin du quatrième les adhérences s'étaient suffisamment allongées pour permettre à la matrice de reprendre sa position normale. Pendant toute la durée de l'application de l'instrument, une quantité de sang d'abord noirâtre et fétide, puis de plus en plus naturel, s'écoula par le col utérin; il cessa complétement lorsque l'utérus fut entièrement redressé.

L'instrument devenant inutile, je le retirai, et la malade se trouva comme par enchantement débarrassée de ses douleurs et des craintes qu'elle avait conçues d'une maladie plus grave. Elle put reprendre ses occupations; et lorsque, le 15 avril, je priai M. Maisonneuve de constater de nouveau l'état de cette dame, il reconnut que tout était rentré dans l'ordre.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter nous offre un nouvel exemple de la puissance du réducteur à air pour opérer le redressement de l'utérus. Nous voyons en effet que, malgré les adhérences qui maintenaient le corps utérin dans la position vicieuse, cet organe a pu sans douleur violente et sans déchirement dangereux reprendre graduellement sa position normale. Nous ne sachions pas qu'un semblable résultat ait été encore obtenu par les moyens ordinaires. Jusqu'à présent les réductions de l'utérus renversé n'avaient été exécutées que par les doigts du chirurgien ou bien par quelque instrument introduit dans la cavité utérine. Or à l'aide de ces moyens, dont l'application ne peut durer que quelques instants, il n'est réellement possible de redresser l'utérus que dans les cas où cet organe est libre d'adhérences: au moyen de notre réducteur à air, dont l'action lente et graduée peut être longtemps soutenue, nous avons pu distendre peu à peu les brides celluleuses de nouvelle formation et en déterminer l'allongement ou peut-être même la disparition complète. Mais là ne se bornent point les avantages que nous avons retirés de l'instrument par la compression exercée sur le corps utérin. Le sang qui stagnait dans la cavité de cet organe et pouvait par sa présence occasionner divers accidents a été expulsé. D'une autre part, les parois même de l'utérus affectées d'engorgement ont pu, sous l'influence d'une compression douce et continue, reprendre leur volume ordinaire, et nous avons ainsi réalisé un problème important de thérapeutique chirurgicale en permettant aux praticiens d'appliquer à l'utérus la compression, dont chaque jour on obtient des résultats si merveilleux dans le traitement des affections chroniques.

Nous ne pouvons pas en ce moment indiquer toutes les applications qu'en sa qualité d'agent de compression notre réducteur à air pourra recevoir; nous en signalerons cependant une des plus importantes: c'est le cas de métrorrhagie grave. Nous avons eu récemment l'occasion d'en faire l'application dans une affection de ce genre et le résultat a dépassé nos espérances.

Une jeune femme chlorotique fut prise immédiatement après sa couche d'une perte des plus abondantes. Nous fîmes d'abord le tamponnement vaginal; mais, la compression ne s'exerçant que sur l'orifice utérin, le sang s'accumulait dans la cavité de l'organe: de là des accidents graves d'hémorrhagie interne. C'est alors que nous eûmes l'idée d'exercer sur les parois mêmes de l'utérus une compression énergique dans le double but d'empêcher l'afflux du sang dans les parois internes et son accumulation dans la cavité de cet organe.

Pour cela, nous introduisîmes dans le rectum notre réducteur à air, et à peine l'insufflation eut-elle été portée au degré convenable que nous vîmes sortir en caillots tout le sang accumulé dans la matrice et que les accidents hémorrhagiques s'arrêtèrent comme par enchantement. Nous nous bornons pour le moment à la simple indication de ce fait, nous proposant d'y revenir plus tard quand nous aurons réuni un plus grand nombre d'observations analogues.

COUP D'ŒIL

sur les rapports présentés annuellement au ministre sur les vaccinations pratiquées en France.

La vaccine a déplacé la variole.

Le rapport annuel de l'Académie de médecine sur les vaccinations se divise en deux parties très distinctes: une de statistique, l'autre de théorie.

La première, qu'on peut appeler officielle, comprend le nombre des naissances, des vaccinations, des sujets atteints et morts de la petite vérole; plus, les dépenses départementales et communales.

Le chiffre des dépenses votées par les conseils généraux et les conseils communaux semble faiblir depuis quelques années. En 1843, il s'élevait à 227,000 fr.; en 1848, il n'est que de 206,000 fr. Vingt départements refusent toute dépense; parmi eux il faut compter l'Aveyron. Il n'est pas plus question, chez lui, de vaccine que de vaccinateur. Par routine, il souffre la petite vérole qui attaque ses enfants, très peu ses adultes; il ne s'en plaint pas, et ne se trouve pas mal de n'avoir point tenté une lutte téméraire contre les grands vœux de la nature; car sa population augmente rapidement, tandis que la Côte-d'Or, où la vaccine a trouvé le *meilleur accueil* (Bousquet, Rapport de 1851, p. 17), voit graduellement la sienne diminuer, ainsi que l'a prouvé M. Carnot.

Du reste, ce département, plein de zèle autrefois, refuse depuis plusieurs années tout secours aux vaccinophiles. C'est un peu tard; mais l'expérience n'est pas perdue.

Le Maine-et-Loire est aussi rebelle que l'Aveyron.

J'ai dit, il y a quelque temps, que les paysans belges, ne voulant plus de la drogue anglaise, inoculaient eux-mêmes leurs enfants. Il en est de même dans le centre de la Vendée, particulièrement dans l'arrondissement de Beaupreau, où les mères, comme en Afrique, ont conservé la tradition de l'inoculation. Je porte avec plaisir ce fait à la connaissance du rapporteur; M. Bousquet m'en saura gré, je n'en doute pas.

Parmi les départements où la vaccine fleurit, « il est juste de citer la Haute-Marne, la Dordogne, etc. » (Rapp. 1851, Bousquet.) Voici la récompense de ce grand zèle:

La Haute-Marne, dont je puis parler avec connaissance de cause, voit depuis près de dix-huit mois ses villes et ses communes rurales successivement frappées par la petite vérole. Il va sans dire qu'à cause du grand zèle l'épidémie ne frappe que des vaccinés, et toujours, à cause de ce zèle, elle les frappe dans l'âge adulte et avec plus de vigueur que s'ils ne portaient pas le timbre de Jenner; parce que, dit Stoll (j'aime beaucoup à citer cet ancien auteur): « Plus la peau est souple, molle, plus le sujet est jeune, moins la variole est grave. » (Aphorisme.) L'exactitude de ces assertions a été constatée en particulier par M. Van der Kècre, qui a soigné, dans quelques communes de la Haute-Marne, une épidémie de petite vérole. (Rapport communiqué à l'Académie le 13 février 1852.)

Quant à la Dordogne, on va voir, avec moi, que son zèle et son argent pour la propagation de la découverte jennérienne sont fort mal employés. On lit ce qui suit dans les journaux de médecine du 14 février 1852:

« Les progrès de la petite vérole ne se ralentissent pas dans le département de la Dordogne. Après avoir, pendant huit mois, fait des ravages dans l'arrondissement de Périgueux, cette épidémie s'est pour ainsi dire implantée dans l'arrondissement de Nontron, où elle frappe des personnes de *tous les âges* et de toutes les conditions. Les communes voisines sont aussi visitées par le fléau; et, ce qu'il y a de plus déplorable, c'est qu'il n'épargne par les personnes vaccinées. »

Les médecins de la Haute-Garenne, de Vaucluse, de l'Oise, etc., constatent déjà « les *faiblesses* de la vaccine et les *illusions* qu'elle a fait naître. » (Rapp., 1851, p. 12.)

Je passe à d'autres détails de statistique. Le nombre des sujets morts de la petite vérole, pour la France entière, s'élève à 3,648, d'après le rapport officiel. Ce chiffre ne doit inspirer, je dis le mot, aucune confiance; les raisons sont les suivantes: vingt-quatre départements ne fournissent point de résultats, parmi eux se trouve celui de la Seine. Cet oubli est regrettable. Je vais y suppléer avec facilité; la besogne est faite. En effet, chaque année, dans l'*Annuaire du Bureau des longitudes*, on trouve un tableau des décès qui ont eu lieu par suite de la petite vérole. Je vais, à cette occasion, me livrer à quelques petits calculs.

La moyenne annuelle des décès varioleux, depuis environ dix ans, s'élève, pour la ville de Paris, à 400 ou environ. Paris, cependant, dépense chaque année 38,000 fr. pour la vaccine, non compris les sommes plus considérables allouées par l'Etat, qui, à cette occasion, entretient un bureau permanent de vaccination rue des Saints-Pères.

400 décès à Paris supposent, dans la même ville, au moins 2,000 personnes atteintes de la petite vérole. Voici donc, pour une population d'un peu moins de 1,000,000 d'habitants, 2,000 sujets frappés chaque année par l'épidémie, parmi lesquels un cinquième succombe. A l'aide d'une petite proportion entre la population de la capitale et la population générale, on trouve que la mortalité, pour la France, est de 15,000 au lieu de 3,648.

Ce premier calcul va me donner les éléments d'un second.

« On comptait au dix-huitième siècle, dit M. Carnot dans son dernier mémoire, sur la généralité de la France, à peu près autant de varioles internes (fièvres typhoïdes) que d'externes; un peu moins dans le premier âge, un peu plus dans la jeunesse. Les varioles internes étaient beaucoup plus fréquentes dans les grandes villes, et les externes dans les campagnes. Toutefois, entre les décès causés par les unes et par les autres, il y avait *compensation numérique* réciproque. Les décès varioleux de toute espèce comptaient pour *vingt-quatre centièmes* des décès généraux.

» Cette proportion *est encore la même aujourd'hui*. Le vaccin ne détruit que pour un temps, dont l'âge de puberté est la limite supérieure, la faculté d'absorption des tissus organiques. Après cette époque, le germe varioleux se développe, malgré les *revaccinations*. Néanmoins, *dans ce dernier cas*, la variole est plus souvent interne, par suite bien plus dangereuse.

Cette compensation numérique, je le demande avec bonne foi, existe-t-elle? Il est facile de se convaincre du contraire.

D'après l'*Annuaire*, les décès généraux de la France s'élèvent à 982,000, sur lesquels, suivant les calculs du statisticien, la variole, interne ou externe, doit en prélever pour sa part 235,000; soit en 117,000 pour la variole externe. Au lieu de ce dernier nombre, j'ai trouvé 15,000, et on a pu voir que j'ai fait une concession cinq fois plus généreuse à cette variole que M. Bousquet. Je pars donc de ce chiffre de 15,000; je le compare à 117,000; je le trouve huit fois environ plus petit, et par la soustraction il me reste 102,000 sujets, qui, en 1849, n'étant pas atteints par la variole externe, vont accroître d'autant les varioles internes.

La conclusion bien naturelle de ces petits calculs est la suivante: La vaccine a déplacé la variole dans l'organe et dans l'âge; elle a reporté sur la jeunesse la dette de l'enfance.

Quittons ces détails de statistique assez arides, quoique fort instructifs, et passons à un autre ordre de considérations.

Première question. — La variole naît-elle *toujours de la contagion*, ou bien naît-elle *spontanément*?...

Certes, la solution de cette question n'est pas sans importance. Consultons donc les grands livres.

« L'observation constante, depuis un grand nombre d'années, a fait voir à des médecins qui habitent les uns l'ouest de la France, les autres le nord-est et le sud, et cela mérite d'être remarqué, que ce sont les lieux où les habitations sont très rapprochées, petites, insalubres, qui offrent toujours les premiers exemples de variole au début d'une épidémie. Ils croient dès lors pouvoir avancer que, sous de pareilles influences, la petite vérole paraît se développer *spontanément*. L'un d'eux ajoute qu'elle succède toujours à d'autres maladies épidémiques, et qu'elle est remplacée à son tour par quelqu'une de ces *mêmes* maladies, rougeole, scarlatine ou typhus. » (*Rapport sur les Vaccinations*, 1845, p. 38.)

Ces paroles fort sensées appartiennent à M. le docteur Desportes. Sa signature, comme rapporteur, est précédée de celle de tous les autres membres de la commission de vaccine pour l'année 1845.

Un an après, c'est de cette époque surtout que date l'orthodoxie varioleuse, les choses avaient bien changé. La petite vérole naît *toujours de contagion*. En effet, si elle se produisait sous l'influence de causes communes, qui ne voit qu'elle serait contemporaine de l'espèce humaine? Au lieu de cela, l'histoire nous apprend qu'elle ne court le monde que depuis le sixième siècle, et que l'Europe la reçut dans le huitième après l'invasion des Sarrasins. » (*Rapport*, p. 11 et 12; 1846.) Ont signé, Bousquet, rapporteur, et avec lui les membres de la commission de vaccine, *qui sont les mêmes que ceux de l'année précédente*. D'où il faut conclure que ces honorables commissaires, médecins éminents, sachant parfaitement que blanc n'est pas noir, sachant distinguer leur main droite de la gauche, ont signé sans lire, sans écouter les rapports de MM. Desportes et Bousquet. C'est ce que j'ai dit plus haut, et qu'il m'a été facile de démontrer. Quant au ministre de l'agriculture, qui paye la commission vaccinale, le rapport et le rapporteur, il doit être profondément émerveillé des ressources de notre art, que les médisants traiteraient de contradictions, capables de couvrir de ridicule un corps savant.

La variole naît *spontanément*, ne vous en déplaise, M. Bousquet. C'est l'opinion des médecins qui l'ont le plus observée. « Si ce n'était en effet qu'une maladie *accidentelle et contagieuse*, dit M. le docteur Andrieux excluant toute disposition innée, moyennant de l'attention et des précautions, on parviendrait à s'en garantir entièrement. »

Pour ce qui est de vos affirmations sur son antiquité et son origine, ce sont des assertions sans preuves.

Depuis Hippocrate, les médecins sont habitués à dire qu'il existe des affections particulières aux âges, que l'apoplexie frappe la vieillesse, que les organes thoraciques éprouvent une crise dans l'âge de puberté, que les maladies exanthématiques déciment l'enfance, et que dans ces dernières il faut ranger en première classe la petite vérole.

Depuis peu les choses ne se passent plus de la sorte; car, suivant M. Bousquet, « la petite vérole est aussi commune dans la jeunesse que dans l'enfance. » (*Rapport sur les Vaccinations*, 1851.) J'ai dit *depuis peu*. En effet M. Bousquet, qui a fait en 1833 un livre sur la vaccine, a écrit: « La variole est commune de six mois à un, deux, trois, quatre et cinq ans, *âge critique* de cette maladie, ainsi que le prouve *une longue et universelle expérience*. »

Mon embarras est grand, non pas entre Hippocrate et M. le rapporteur, mais entre M. Bousquet de 1833 et M. Bousquet de 1851. Tâchons cependant d'en sortir. Ecoutez ceci, savant académicien: La vaccine retarde, mais ne détruit pas le germe inconnu de la variole; ce contage, pendant un certain temps marqué, éclate plus tard dans la puberté et l'adolescence; en conséquence, la vaccine a déplacé la variole dans l'âge. Ceci est clair et nullement contradictoire.

Stoll, dans ses Aphorismes, qui sont également très lucides, a dit: « La fièvre varioleuse n'est pas proportionnée au nombre des pustules. »

Voici le contraire: « Longtemps avant Jenner, la médecine avait formé le dessein d'ôter à la petite vérole ce qu'elle a de dangereux en lui ôtant l'éruption. » (*Rapport*, 1847, p. 1.)

Voilà, certes, ou je me trompe fort, une énormité de premier choix proclamée par une commission, publiée aux frais du gouvernement. Comment! ce qu'a de dangereux la petite vérole c'est l'éruption, suivant vous! Mais l'éruption n'existe-t-elle pas dans la petite vérole inoculée, s'il vous plaît? Cependant vous convenez qu'elle n'est pas dangereuse, qu'à peine elle tue deux individus sur mille inoculés! Sydenham a dit, à la vérité, avec raison que l'éruption *confluente* annonçait une petite vérole de mauvais caractère, mais il n'a pas dit l'*éruption*. L'éruption *confluente* est dangereuse, je le sais aussi bien que tout autre; mais avec un gros bon sens que l'étude de vos livres et de vos contradictions n'a pas faussé, je dis: Puisque l'éruption simple est sans danger et que l'éruption confluente est dangereuse, c'est que dans l'éruption confluente il y a une cause morbide qui n'existe pas dans l'éruption simple.

L'honorable et bien regrettable M. Rochoux, avec qui je causais dans le mois d'août dernier, entendant ces choses, me répondit (on pardonnera des expressions échappées dans l'intimité): « On s'est trop pressé dans cette question de la vaccine: on a dit bien des bêt....! »

Il avait raison, ce qui va suivre le prouve encore.

J'ai eu le malheur de démontrer que la Côte-d'Or, qui a accueilli la vaccine avec enthousiasme dès son origine, perdait plus de monde par la petite vérole que l'Aveyron, qui s'est constamment montré rebelle à cette pratique; je l'ai démontré par les rapports sur les vaccinations. M. Carnot, antécédemment, avait pris ces deux départements pour termes de comparaison. « Dans le dernier, avait-il dit, la population s'accroît; dans l'autre, elle reste stationnaire; celui-là compte une jeunesse vigoureuse, celui-ci s'épuise par la perte de ses jeunes hommes et de ses femmes fécondes. » Ces choses ont été dites avec preuves au bout, c'est-à-dire appuyées sur des documents authentiques et avec toutes les ressources d'une analyse sévère inconnue avant lui. « Assertions sans preuves, répond M. Bousquet (1851, p. 18), contredites par les faits et le raisonnement. » Le lecteur, après ces paroles, s'attend à des faits, à des raisonnements; il les attendra inutilement, car ce qui suit est l'aveu le plus positif d'une témérité malheureuse outrecuidante: « Et quand il serait vrai, continue le rapporteur, que les jeunes gens meurent là plus qu'ailleurs, pourquoi s'en prendre à la vaccine? M. le docteur Durantière remarque judicieusement qu'il y a dans ce département des mines de fer, quarante hauts-fourneaux, soixante-deux forges où travaillent des jeunes gens dans la force de l'âge. » — Depuis quelle époque la combustion du charbon de bois, de la houille, la fabrication du fer sont-elles rangées parmi les arts insalubres? La population occupée dans quarante hauts-fourneaux et soixante-deux forges compte pour peu dans celle d'un grand département, et, sous ce dernier rapport, l'Aveyron se trouve plus mal placé que le Châtillonnais, car c'est un département métallurgique par excellence. N'est-ce pas là, en vérité, l'occasion d'appliquer à M. le rapporteur sa propre phrase et de lui dire: « Assertions sans preuves, contredites par les faits et les raisonnements! »

Je passe bon nombre d'erreurs comme celles-ci: « La vaccine est l'équivalent de la petite vérole. » — « En inoculant du virus varioleux et du vaccin, le résultat est souvent le même. » — « La variole a ses diminutifs. » — « Un père ne *doit pas faire plus d'enfants qu'il n'en peut nourrir*, etc. » Ces aphorismes ne se trouvent ni dans Stoll, Bégin et autres, ni dans le *Manuel des accouchements*.

Voici quelques contradictions qui méritent qu'on s'y arrête un instant:

« Il est des médecins *assez téméraires* qui, cédant à une sorte de dépit contre une pratique dont ils avaient trop présumé, ont *osé proposer* de revenir à l'inoculation. » (1846, p. 13.)

Ces reproches sentent la correction; mais à côté du mal se trouve souvent le remède; ici, il ne s'est pas fait attendre.

« L'inoculation est une pratique *douce*, *bénigne* et appréciée comme elle mérite de l'être. » (1847.)

Je répondrai aux personnes un peu surprises de ces variantes par ces paroles:

« Il n'y a que les esprits immobiles par nature ou par système qui ne changent pas. » (Rapp. 1849.)

C'est très bien, M. Bousquet; cependant ne serait-il pas possible d'arriver au contradictoire par degrés? Le vulgaire, voyez-vous, ne comprend pas comment il se fait que ce qui ne valait rien en 1846 soit bon en 1847. Je vous engage donc à y mettre des ménagements, à employer des transitions. Du reste, ce conseil a été quelquefois écouté.

En 1848, la *Gazette des Hôpitaux* avait publié cette proposition:

« La vaccine ne détruit pas le virus varioleux; elle le masque sans le modifier.

Première réponse (Rapp. 1849). — *Forme tranchante*.

« Tous les vaccinés triomphent des coups de la variole. »

— Vous parlez, ai-je répondu humblement à M. Bousquet, comme un homme sûr de son fait; mais la petite vérole, sans respect pour le cachet jennerien, frappe mortellement les vaccinés; si vous en doutez, consultez M. Serres, étudiez ensuite les épidémies varioleuses.

Deuxième réponse (Rapp. 1850). — *Forme adoucie*.

« La vaccine a ses faiblesses. »

... C'est assez joli, les faiblesses de la vaccine, mais ce n'est pas aussi rassurant; car le jour où vos vaccinés et les miens seront atteints de variole, si la vaccine a ses faiblesses dans ce moment, ils verront le typhus, la plus commune des endémies, d'après Ozanam et Fodéré, brocher sur la variole, donner cette fièvre secondaire, ce produit binaire nommé variole confluente, variole maligne, puis ils mourront comme les non-vaccinés.

Troisième réponse. (Rapp. 1851). — *Forme concordante*.

« Les pétéchies annoncent un danger certain, et ce danger, la vaccine est impuissante à le conjurer. »

Voici maintenant entre nous une concordance parfaite, car qui dit pétéchies dit le symptôme le plus grave, le plus caractéristique de la fièvre typhoïde; par conséquent vous allez répéter avec moi ma proposition deuxième; elle n'est pas trop mal rendue, seulement elle ne vaut pas vos pétéchies:

« La malignité de la variole résulte de la combinaison de l'agent varioleux avec les causes morbides intercurrentes, particulièrement avec le typhus. » (*Gazette des Hôpitaux*, février 1849.)

Maintenant ma conscience est tranquille, nous avons dûment averti nos vaccinés de ne pas avoir la variole avec les pétéchies. Prochainement, vous leur indiquerez de quelle manière on empêche ce mélange. Quant à moi, je leur conseille de se faire inoculer. Dans votre quatrième réponse, l'an prochain, vous le conseillerez aussi, j'en ai la certitude.

Ce n'est pas ma faute si, jusqu'à présent, je n'ai eu qu'à signaler des erreurs, des assertions sans preuves avancées un jour, retirées le lendemain, des convictions partout chancelantes ou nulles; je ne pouvais m'adresser qu'à ces rapports demandés et payés par le gouvernement. Je vais, néanmoins, voir si en dehors je ne trouverai pas quelque chose de plus favorable à la vaccine. Voici quelques extraits:

Premier extrait.

Ab Jove principium! Je lis dans les journaux: « Lorsqu'une période de *douze années* eut mis hors de toute contestation la *réalit* de la découverte de Jenner qui préserve à *jamais*, suivant la tradition très rassurante, disait la belle duchesse de Cléveland, de l'éruption meurtrière appelée petite vérole, Hallé en fit connaître *les exceptions et les anomalies*; il rattacha ainsi définitivement à cette grande et belle cause tous les hommes *doués d'un sens droit et exempts de préjugés*; car, depuis cette époque, pas une objection n'a été faite dans le corps médical. » (*Eloge de Hallé*, Dubois, 16 décembre 1851.)

Avant M. Dubois, le comité central avait dit, l'an VIII: « La multiplicité des observations supplée, en médecine, au temps qui doit nous instruire. » M. le secrétaire perpétuel n'a fait que répéter cette assertion trauchante et nullement logique. Il devait savoir que, dans ce même comité, composé des douze célébrités médicales de l'époque, quelques hommes éclairés, craignant l'avenir, demandèrent que l'adoption de la vaccine fût précédée par quarante ans d'expérience. Ils avaient raison; ce n'était pas, en effet, après deux ans, après douze ans même d'une pratique qui ne se répandit d'abord que difficilement, avec lenteur; ce n'était pas après une moyenne au plus de cinq ans pour l'âge des vaccinés au temps où écrivait Hallé qu'il fallait conclure, mais bien après quarante et cinquante ans de la plus amère des déceptions. Je demande à l'Académie entière de médecine, instruite aujourd'hui par les travaux du savant statisticien, s'il s'agissait actuellement, et pour la première fois, d'introduire la vaccine en France, le ferait-elle? M. Dubois (d'Amiens) commet donc une erreur capitale, un anachronisme de cinquante ans. Lorsqu'il ajoute que « Hallé rattacha définitivement à la vaccine *les esprits d'un sens droit et exempts de préjugés, et qu'aucune objection depuis n'a été faite dans le corps médical* », il prononce des paroles arrivées à leur adresse. Ce sont là des aménités auxquelles je suis habitué. Cependant, je lui ferai observer que, dans le corps médical, il s'est trouvé une voix bien puissante, fort connue, qui a parlé haut au sein même de l'Académie; c'est celle de M. Castel. Esprit élevé, écrivain sérieux, le 25 septembre 1849, cet académicien, ancien membre, ancien rapporteur de la commission de vaccine, fit entendre de cruelles choses. Ce jour-là les vaccinophiles se firent bien petits, nul ne releva le gant!...

Que signifient ces choses: *la réalité d'une découverte qui a ses anomalies et ses exceptions!...* « Bavardage boursouflé, disait Stoll, qui, sous un grand volume de mots, ne contient rien de solide, » qui n'est là que pour cacher une contradiction, pour dire que la vaccine ne préserve *guère*, après avoir dit plus haut qu'elle préserve *à jamais!*

De tout ce qui précède, je conclus: La vaccine a déplacé la variole.

H. Bayard.

6 mai 1852.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juin 1852. — Présidence de M. Mêlier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Rapports sur les services d'eaux minérales de La Chaldette (Lozère), par M. Roussel; d'Uriage (Isère), par M. Bernard; Allevard (Isère), par M. Niepce.

2° Deux échantillons de remèdes secrets.

Correspondance manuscrite.

Combustion humaine.

M. le docteur Madin, de Verdun, communique l'observation d'un aliéné qui a allumé un bûcher sous lui pour se brûler. La gangrène des membres inférieurs étant arrivée jusqu'à l'artère crurale, une hémorrhagie mortelle termina la vie du malade.

Hémorrhagie puerpérale.

M. Ch. Gérard, correspondant de l'Académie à Gray (Haute-Saône), adresse une observation d'hémorrhagie grave survenue pendant un accouchement.

Chloroforme.

M. Liéger adresse une note dans laquelle il exprime l'opinion que, dans les pays de névroses, il est bon de ne faire usage du chloroforme qu'avec réserve.

Variole.

M. le docteur Farradesche-Chaubasse, d'Allanches (Cantal), annonce qu'une épidémie grave de variole règne dans la contrée qu'il habite, où la vaccination rencontre des obstacles considérables.

Eruption cutanée.

M. le docteur Potton, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, adresse des recherches sur le mal de vers, ou mal de Bassine, éruption vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileuses de cocons. (Commissaires: MM. Robinet, Villermé et Patissier.)

Vaccine.

L'Académie reçoit les états de vaccination des départements de l'Ardèche, de la Mayenne et de la Vendée pour l'année 1851.

Candidature.

M. Lacauchie se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Chevallier, au nom de M. Henry, lit un rapport favorable sur une demande d'autorisation pour exploiter une source d'eau minérale acidule gazeuse sise à Renaison (Loire). (Adopté.)

LECTURES.

Morve.

M. Huzard lit l'observation d'un homme qui serait mort à la Charité avec un érysipèle gangréneux, avec toutes les lésions cadavériques qui caractérisent la morve, et qui cependant n'avait pas eu, depuis neuf ans au moins, de communication avec les chevaux.

Ce fait, suivant M. Huzard, vient à l'appui de l'opinion que le groupe de symptômes désignés sous le nom de *morve*, ne constitue pas une affection spéciale, mais sont la terminaison de maladies diverses.

Après une discussion dans laquelle MM. Velpeau, Renaud, Bérard et Laugier s'élèvent contre l'opinion de M. Huzard, l'Académie passe à un autre sujet.

Application des métaux dans la chlorose.

M. Burq lit un mémoire dont voici le résumé :

La chlorose, ainsi que la dyspepsie qui la précède, n'est jamais que le symptôme d'un état ou d'une maladie nerveuse; elle arrive consécutivement et presque nécessairement sous l'influence des phénomènes asthéniques (anesthésie, amyorthénie, aménorrhée, etc.) qui caractérisent la plupart des affections nerveuses, et se guérit de même par n'importe quel moyen ou quel agent qui ramène la sensibilité, la motilité, la menstruation, etc., à des conditions normales. En cela, le fer à l'intérieur n'agit pas autrement qu'une armature de ce même métal, par exemple. Une fois l'innervation bien rétablie dans tous les organes, la dyspepsie cesse, le tube digestif reprend toutes ses fonctions, et bientôt le sang retrouve, dans les aliments eux-mêmes, et *pas ailleurs*, tous les éléments nécessaires à sa reconstitution.

Il existe dans les métaux une propriété particulière qui, soit par l'électricité ou le magnétisme minéral, dont elle serait une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend capables d'exercer une action spéciale, directe sur la force nerveuse, de l'attirer quand on les applique à la surface du corps, et de la mettre en mouvement lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur sous une forme convenable. Cette propriété, variable pour les différents métaux et leurs alliages, attractive ou répulsive, d'après les individus auxquels elle s'adresse, semble constituer presque autant d'aptitudes métalliques différentes qu'il existe de métaux. De là il résulte que, dans les mêmes conditions, tel malade éprouve de bons effets d'un métal à l'intérieur ou à l'extérieur, tandis qu'un second malade qui se serait très bien trouvé, au contraire, de l'usage d'un autre métal, n'éprouvera rien avec le premier, si même il ne lui arrive des accidents de son administration intérieure.

L'ignorance de ces aptitudes, et d'ailleurs la presque impossibilité de les constater avant que les métaux fussent entrés dans la voie nouvelle que nous leur avons ouverte furent souvent funestes à la science et aux malades, et il importerait qu'à l'avenir on pût éviter, dans l'administration des substances, des sels et des oxydes métalliques, les tâtonnements et l'empirisme. Si nous ne faisons pas erreur, les applications extérieures de métaux, déjà si utiles par elles-mêmes, sont très propres pour cela, et désormais ces nouveaux agents, devenus en outre comme autant de pierres de touche (à de nouvelles choses il faut de nouveaux mots, ou tout au moins étendre la signification de ceux qui existent), par l'heureuse rivalité qui semble exister entre leur action intérieure et leur action à l'extérieur, seraient souvent d'un grand secours non-seulement pour nous éclairer dans le choix des anciennes formules, mais aussi quelquefois pour nous aider sûrement à en créer de nouvelles.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mai 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Hématologie.

MM. A. Becquerel et A. Rodier communiquent de nouvelles recherches, dans lesquelles il est constaté que :

Dans la plupart des maladies chroniques ou bien à la suite de modificateurs hygiéniques de diverse nature, les trois principaux éléments du sang, *globules, fibrine et albumine*, peuvent augmenter ou diminuer *isolément, deux à deux, ou tous trois simultanément.* Ces associations dépendent de la nature des maladies, ou de l'espèce de modificateurs auxquels les individus ont été soumis.

Les *globules* diminuent dans le cours de la plupart des maladies chroniques dont la durée se prolonge, et en particulier les maladies organiques du cœur, la maladie de Bright chronique, la chlorose, la cachexie paludéenne, les hémorrhagies, les flux, la dernière période de la tuberculisation, la diathèse cancéreuse. Les globules diminuent également toutes les fois que des individus ont été soumis à une alimentation, à une aération insuffisantes, à l'humidité, à l'obscurité, etc., etc.

L'albumine diminue dans la maladie de Bright, la cachexie paludéenne, les maladies du cœur au troisième degré, les anémies symptomatiques considérables, la diathèse cancéreuse; elle diminue encore à la suite d'une alimentation insuffisante.

La *fibrine* est conservée à l'état normal et quelquefois augmentée dans le scorbut aigu. Elle diminue dans le scorbut chronique et dans l'état scorbutique symptomatique d'un certain nombre de maladies chroniques. C'est dans les maladies organiques du cœur que cet état scorbutique est le plus fréquent et le mieux caractérisé.

La diminution de proportion des globules se traduit par les phénomènes propres à l'anémie, y compris le souffle continu dans les jugulaires.

La diminution de l'albumine, alors même qu'elle n'est pas très considérable lorsqu'elle a lieu d'une manière aiguë, détermine rapidement la production d'une hydropisie.

Lorsque cette diminution a lieu d'une manière chronique, elle détermine également la production d'une hydropisie; mais il faut qu'elle soit bien plus considérable que quand elle est aiguë.

La diminution de proportion de la fibrine se manifeste par la production d'hémorrhagies cutanées ou muqueuses.

Dans l'anémie symptomatique d'hémorrhagies considérables, de l'alimentation insuffisante, de flux abondants, l'altération du sang est caractérisée par la diminution de sa densité, l'augmentation de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal, ou quelquefois une légère diminution de l'albumine, la conservation du chiffre normal de la fibrine.

Dans la chlorose, qui est une affection tout à fait distincte de l'anémie, les altérations du sang peuvent manquer complètement. Quand elles ont lieu, elles consistent dans l'augmentation de proportion de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal ou l'augmentation de l'albumine, la conservation ou l'augmentation de la fibrine.

Dans la maladie de Bright aiguë, les altérations du sang consistent dans la diminution de l'albumine seule. Dans la maladie de Bright chronique, il y a diminution du chiffre des globules, diminution de l'albumine et conservation du chiffre de la fibrine, ou même augmentation.

La plupart des hydropisies, regardées comme essentielles, sont dues à la diminution de proportion de l'albumine du sang. Elles sont aiguës ou chroniques, et reconnaissent, la plupart du temps, pour origine une cause matérielle, qui consiste dans une déperdition quelconque des parties solides ou liquides de l'organisme.

Dans les maladies du cœur, le sang s'altère de plus en plus, et l'altération consiste dans la diminution simultanée des globules, de l'albumine et de la fibrine.

Dans le scorbut aigu, le sang ne subit aucune modification appréciable de ses principes. Dans le scorbut chronique, la fibrine est notablement diminuée de quantité, et parfois les globules considérablement augmentés. Dans l'une et l'autre forme, l'augmentation de proportion de la soude du sang explique tous les faits, mais elle n'est point encore démontrée.

Toutes les modifications précédemment étudiées exercent une grande influence sur la thérapeutique de ces divers états morbides. Chaque élément du sang est modifié par une méthode thérapeutique spéciale : la diminution de proportion de l'albumine par le quinquina et l'alimentation tonique et fortifiante ; la diminution de la fibrine et l'augmentation de la soude du sang par l'alimentation tonique, les acides végétaux et une hygiène convenable. La diminution de proportion des globules est combattue par les ferrugineux et un traitement hygiénique approprié.

Moyen de composer des anesthésiques.

M. Ed. Robin, après avoir rappelé les principes à l'aide desquels on peut, suivant lui, composer des anesthésiques, annonce qu'il est parvenu à faire de l'éther chlorhydrique, excellent anesthésique découvert par M. Flourens, mais dont la trop grande volatilité ne permettait pas l'emploi dans nos pays.

D'après ses expériences, cet éther a produit une anesthésie qui ne semble précédée d'aucune excitation : c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil ; le réveil, facile, n'est suivi d'aucun malaise apparent; M. Robin lui a communiqué une volatilité moindre en le dissolvant dans la liqueur des Hollandais, dans le chloroforme, dans la benzine, etc. Dissous dans un tiers environ de liqueur des Hollandais, il lui a paru constituer un très bon anesthésique par inspiration : les expériences sur les oiseaux ont donné les meilleurs résultats; l'action, comme celle de l'éther chlorhydrique, n'a été précédée d'aucune excitation.

Les praticiens pourraient donc, d'après l'auteur, remplacer le chloroforme, agent sous plus d'un rapport défectueux, ou par l'éther bromhydrique, dont le point d'ébullition (40°,7), la saveur et les autres propriétés sont très convenables; ou par l'éther chlorhydrique fixé par un autre anesthésique bien choisi, par la liqueur des Hollandais, par exemple.

Nouveau procédé de conservation des pièces anatomiques.

M. P. Roux présente à l'Académie diverses pièces anatomiques conservées par un procédé particulier. Ces pièces sont une main infiltrée préparée en décembre 1851, un cœur de veau préparé en avril de la même année, un fœtus datant du mois de mars 1849, etc., etc.

Extraction d'un lipome par la cautérisation linéaire.

M. A. Legrand met sous les yeux de l'Académie un lipome pesant 118 grammes qu'il a enlevé de la région deltoïdienne du bras d'une femme de la campagne à l'aide de la cautérisation linéaire avec la potasse caustique remplaçant l'action du histouri. Sept cautérisations ont suffi pour obtenir ce résultat.

NÉCROLOGIE.

La médecine militaire vient de faire une perte qui lui a été sensible à bien juste titre. M. Charles Gama, neveu du célèbre chirurgien de ce nom, a succombé il y a trois jours au Val-de-Grâce à l'âge de quarante-quatre ans. Ses obsèques ont eu lieu hier au milieu d'un concours nombreux de chirurgiens militaires et d'officiers du 37ᵉ de ligne, dont M. Gama était chirurgien-major. Notre très honoré confrère M. Larrey a prononcé sur la tombe du malheureux défunt quelques dignes et touchantes paroles que nous croyons devoir reproduire.

Messieurs,

Celui que nous accompagnons à sa dernière demeure avait commencé au Val-de-Grâce et sous les plus dignes auspices la carrière qu'il a si bien parcourue et qu'il devait finir, contre toute attente, si vite, si fatalement dans le lieu même d'où il était parti.

Le Val-de-Grâce ne pouvait rester indifférent ou silencieux à la mort de l'un de ses anciens élèves, et c'est au nom de l'École où il s'était formé, au nom de l'hôpital où il a succombé, au nom du corps auquel il appartenait que j'ai l'honneur, messieurs, d'adresser ces paroles d'adieu à notre camarade, à notre collègue, à notre ami.

Charles-Henri Gama, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chirurgien-major de 1ʳᵉ classe au 37ᵉ de ligne, chevalier de la Légion-d'Honneur, est né à Nantes, le 15 octobre 1807, d'une honorable famille de Bretagne.

Entré en 1830, à sa sortie du collége, dans la carrière de la chirurgie militaire, il y fut encouragé par les conseils de son oncle M. Gama alors chirurgien en chef du Val-de-Grâce; il y fut encouragé aussi par l'exemple de son frère Ohsian Gama, dont la mort prématurée, comme la sienne, a laissé de justes regrets parmi nous; il y fut encouragé, enfin, par une double vocation qui l'appelait à l'étude de la médecine pour en consacrer la pratique à la santé du soldat.

Après avoir appris comme élève les éléments de la science, après avoir passé avec distinction ses premiers examens pour le doctorat, le jeune Gama est nommé en 1831 sous-aide à l'armée du Nord, et il révèle aussitôt les qualités qui doivent le faire remarquer plus tard comme chirurgien militaire pénétré du sentiment de ses devoirs. Il est attaché successivement aux hôpitaux de Versailles, de Toulouse et du Val-de-Grâce.

C'est à cette École, sous la direction paternelle de son oncle, qu'il prend part avec quelques-uns d'entre nous aux conférences scientifiques instituées au Val-de-Grâce par M. Gama lui-même et maintenues après lui par son habile et savant successeur, M. le professeur Bégin, comme l'une des plus utiles traditions de notre École. H. Gama montrait dans ces exercices des connaissances exactes, précises, procédant toujours d'un travail sérieux et réfléchi.

En 1834, il soutient sa thèse inaugurale devant la Faculté de Paris, sous la présidence de l'illustre Broussais, son compatriote et le collègue de son oncle, auquel cette thèse est dédiée; elle a pour titre: *Essai sur la gangrène par causes internes et par congélation.* Je regrette, messieurs, de ne pouvoir analyser ici, même succinctement, l'intéressante dissertation de notre confrère.

En 1836, M. H. Gama obtient le grade d'aide-major, et est attaché au 57ᵉ de ligne d'abord, puis à l'hôpital de Lille et ensuite à celui du Gros-Caillou.

En 1841, il est nommé chirurgien-major aux ambulances de l'Algérie, et, chargé de la direction d'un service actif dans la province d'Oran, il prend part à plusieurs expéditions mémorables. C'est alors surtout qu'il fait preuve de ce courage actif et dévoué qui lui mérite l'insigne honneur d'être mis trois fois à l'ordre du jour de l'armée. Le général de Lamoricière signale encore ses services d'une manière spéciale en le proposant pour la croix de la Légion-d'Honneur. M. Gama obtient en 1843 la récompense qu'il méritait si bien, et il continue sans relâche la vie active à laquelle il s'est voué, tantôt dans les ambulances, tantôt dans les hôpitaux d'Oran, de Mascara et de Mostaganem, et jusqu'au milieu des tribus arabes qui avaient appris à le respecter en lui accordant leur confiance.

Mais cette vie incessante de fatigues, dans les conditions souvent les plus mauvaises, finit par altérer la santé de notre brave camarade; H. Gama tombe malade en 1847, et il obtient un congé de convalescence pour rentrer en France, après sept années consécutives de service actif à l'armée d'Afrique.

La même année lui réservait une grande joie et une grande douleur. Il s'allie, à Metz, à une famille de ses amis, et à peine se sent-il heureux d'être époux et de devenir père, que sa femme meurt en couches et lui laisse une enfant à élever. Le violent chagrin qu'il ressent de ce malheur s'adoucit par la pensée que sa petite fille retrouve dans sa belle-sœur une seconde mère.

La même année encore change sa position militaire; et, vers la fin de son congé, il est désigné pour le 37ᵉ de ligne, dont il suit les mouvements jusqu'au terme imprévu de sa vie. C'est à ce dernier poste que notre honorable camarade sait montrer encore tout son dévouement, toute sa sollicitude pour le service : il prodigue ses soins aux soldats malades à l'infirmerie; il visite ceux de l'hôpital et leur témoigne chaque jour, par sa présence, combien il s'occupe d'eux. Nous le voyons encore pendant et après les journées de décembre, visitant dans nos salles chacun des blessés de son régiment, et montrant pour tous les autres tant d'intérêt, qu'il s'adjoint à nous pour leur donner des soins avec la modestie et la réserve d'un aide qui n'aurait pas eu son savoir et son expérience.

Tant d'activité, tant de zèle dans l'accomplissement de ses devoirs, mais aussi bien des peines morales devaient porter à la santé de notre camarade une atteinte plus grave que la précédente. M. H. Gama s'était vu successivement séparé par la mort de son père, de sa mère, de son frère, de sa femme, et il était séparé par une autre destinée de quelques-uns de ses plus chers amis, dignes appréciateurs de ses services. Mais ne cherchons pas à pénétrer plus avant dans les peines de son esprit, enclin d'ailleurs, nous devons le dire, à une sorte de malaise ou de mécontentement habituels, comme il arrive aux cœurs honnêtes blessés dans leurs instincts les plus généreux. Disons seulement que toutes ces causes semblent avoir contribué au mal qui devait se manifester d'une façon si funeste.

M. H. Gama s'était déjà plaint de douleurs de tête assez fréquentes; il les ressent de nouveau dans ces derniers temps sans vouloir interrompre son service pour prendre le repos qui lui est nécessaire. Il se décide enfin à entrer au Val-de-Grâce le premier jour de mai. M. le professeur Champouillon, aux soins éclairés duquel il est confié, reconnaît bientôt et constate avec M. l'inspecteur Alquié un ramollissement du cerveau, c'est-à-dire l'une des plus graves maladies du siége de l'intelligence et dont la terminaison est presque inévitablement mortelle, de l'aveu des médecins qui l'ont la mieux observée.

En effet, hélas! les symptômes de cette redoutable affection se prononcent de plus en plus avec une telle rapidité que bientôt notre cher malade reconnaît à peine les personnes qui l'entourent; il donne une dernière expression de souvenir à son vieil oncle, venu tout exprès de la campagne pour le voir; à son colonel, M. Loppin de Gémeaux, qui n'a cessé de lui témoigner le plus affectueux intérêt; à nous, enfin, et il expire le 29 mai dans un état de prostration complète.

A cette vie si courte, mais si remplie de dévouement, il faudrait, messieurs, un long discours pour l'apprécier mieux; mais c'était aussi une vie modeste à laquelle suffisait une simple narration. L'assistance qui entoure cette fosse encore ouverte prouve d'ailleurs bien mieux que des paroles le regret laissé dans nos cœurs.

M. Gama, que son grand âge et sa douleur éloignent de cette triste cérémonie, a bien voulu me confier le soin et l'honneur de l'y représenter. Je vous prie, messieurs, de recevoir en son nom l'expression de sa gratitude profonde pour l'hommage rendu à la mémoire de son cher neveu par le corps des officiers de santé militaires et par MM. les officiers du 37ᵉ de ligne.

Après cela, messieurs, nous n'avons plus qu'à adresser un dernier adieu à notre camarade, à notre ami. Il a bien mérité de l'armée, il a bien mérité de la médecine militaire.

M. le docteur Duchesne-Duparc reprend aujourd'hui, 3 juin, ses conférences cliniques sur les *maladies de la peau*, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8 (ancienne du Paon-Saint-André), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants.

A onze heures précises du matin, consultations et examen des malades. — Tout est public.

LE GÉRANT.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 66. — SAMEDI 5 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 66. — SAMEDI 5 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — PARIS. Hygiène publique. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes. Aconit dans les fièvres puerpérales.—Sur un cas de nécrose du fémur. Emploi d'une nouvelle pince pour l'extraction de séquestres et l'ablation de portions osseuses. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Sur un cas de nécrose du calcanéum. — Granules de digitaline sans digitaline. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 4 mars. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Chapel. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

PARIS, LE 4 JUIN 1852.

Hygiène publique.

DU DANGER DE PORTER CERTAINS BRACELETS VENDUS PAR LE COMMERCE DE PARIS SOUS LE NOM DE BRACELETS ODORIFÉRANTS DE GRAINES D'AMÉRIQUE.

Dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, un médecin avait signalé le danger qu'il pouvait y avoir de faire usage de papiers teints en vert; papiers défendus, en effet, parce qu'ils sont préparés à l'aide de l'arsénite de cuivre.

Nous venons signaler à notre tour le danger d'un nouveau genre de *bracelets odoriférants composés de graines d'Amérique*, mis récemment en vente par le commerce parisien. Il n'est pas besoin de dire que ces prétendues graines d'Amérique sont fabriquées à Paris avec une pâte parfumée par une certaine quantité de poudre d'iris; et il serait inutile de signaler cette fraude si nous n'avions eu à constater, à deux reprises différentes, le danger qu'il y a à faire usage de ces sortes de bracelets, notamment de ceux qui sont composés avec une pâte verte, ayant la prétention d'imiter la malachite.

Ces bracelets ont, en effet, déterminé sur le bras où ils étaient appliqués une éruption vésiculo-pustuleuse assez grave pour produire un gonflement œdémateux considérable du bras, et pour réclamer un traitement antiphlogistique assez énergique.

Le doute n'a pas été permis sur la cause de ces éruptions : chez l'une des malades, le bracelet, après avoir produit ces accidents, a été repoussé un peu plus haut sur l'avant-bras, et il a déterminé sous chaque point pressé par les graines une éruption de même nature et absolument identique à celle qui avait été constatée plus près de la main.

L'analyse chimique de ces graines verdâtres a démontré qu'elles étaient composées d'une pâte dans laquelle entre une certaine quantité de poudre d'iris et colorée par une quantité relativement considérable d'*arsénite de cuivre*. Non-seulement on a pu constater le danger qu'il y avait à porter de semblables bracelets, mais on est effrayé de penser aux accidents qui pourraient arriver si, par mégarde, on portait à la bouche ces graines qui contiennent un des sels arsenicaux les plus dangereux. Nous croyons utile d'appeler sur cette nouvelle industrie l'attention de nos lecteurs et celle de l'administration.

Dr CH. FREMY,
médecin du bureau central des hôpitaux.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Aconit dans les fièvres puerpérales.

Il est assez singulier que certains observateurs pleins de sagacité, qui décrivent de temps en temps des constitutions médicales, des maladies régnantes passées inaperçues pour le commun des praticiens, n'aient pas songé à mentionner les affections gastro-intestinales et les inflammations pulmonaires, dont la prédominance, depuis quelques semaines, n'a échappé à aucun médecin.

La forme diarrhéique a été la plus fréquente dans cette sorte de petite épidémie; les vomissements n'ont pas été rares, soit seuls, soit, ce qui a été le cas le plus fréquent, associés à la diarrhée. A l'Hôtel-Dieu, plusieurs opérés ont succombé à des accidents de cette nature, qui ont quelquefois coïncidé avec des érysipèles dont quelques-uns ont revêtu la forme gangréneuse.

Quant aux affections pulmonaires, c'est surtout chez les vieillards qu'elles se sont développées avec une fréquence et une gravité inusitées. Le douzième arrondissement, sur lequel nous avons eu spécialement des renseignements précis, a vu la mortalité considérablement augmentée par cette cause depuis trois semaines.

Mais ce n'est point sur ces affections que nous voulons insister. Nous ne les metionnons que pour établir leur coïncidence avec une autre influence qui se fait sentir sur les nouvelles accouchées.

Depuis quelque temps, le service d'accouchement de l'hôpital des cliniques, sans être précisément sous l'influence d'une de ces épidémies qui font plus que décimer les nouvelles accouchées, offre cependant un nombre anormal de fièvres puerpérales avec leur gravité accoutumée. Déjà plusieurs ont succombé. Devant l'impuissance bien constatée des médications habituellement employées, M. P. Dubois s'est décidé à tenter l'usage d'un médicament vanté par certains praticiens depuis quelques années, auquel d'autres n'ont reconnu aucune efficacité, et qui nous semble réclamer de nouvelles expériences pour être apprécié d'une manière définitive. Nous voulons parler de l'aconit.

M. P. Dubois a administré mercredi dernier un gramme de teinture de cette plante à une nouvelle accouchée, placée au n° 34, du service d'accouchements, et qui présentait déjà les symptômes non équivoques de la fièvre puerpérale. La dose a été un peu augmentée hier et aujourd'hui. L'effet de la médication a d'abord paru favorable; la malade a éprouvé une amélioration sensible dans la journée de mercredi et de jeudi. Aujourd'hui vendredi, l'amélioration a diminué, quoique l'état de la malade semble encore meilleur qu'il n'était au moment de l'administration de la première dose de médicament. Nous aurons soin d'informer nos lecteurs des résultats définitifs qu'aura eus cette médication.

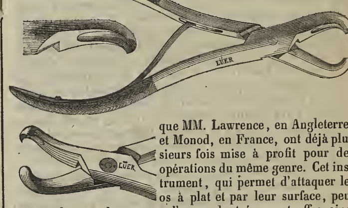
Sur un cas de nécrose du fémur. — Emploi d'une nouvelle pince pour l'extraction de séquestres et l'ablation de portions osseuses.

Un jeune malade de dix-huit ans, atteint depuis trois ans d'une nécrose de l'extrémité inférieure du fémur droit, est entré il y a quelques jours dans le service de M. le professeur Nélaton. Malgré des soins prolongés, la maladie n'a cessé de faire des progrès depuis l'époque de son invasion. Le membre inférieur droit offre cette triple déformation caractéristique des vieilles affections du genou : flexion de la jambe sur la cuisse, abduction et rotation en dehors de la jambe, la pointe du pied étant tournée de ce côté. La partie inférieure de la cuisse est déformée, et présente une tumeur saillante, surtout en avant. Quatre fistules situées, l'une à 6 centimètres au-dessus de la rotule, l'autre en dehors, juste en avant du tendon du biceps, les deux autres en dedans, répondent à la région malade. Le stylet introduit par la fistule externe arrive directement sur des portions d'os dénudées. La fistule antérieure laisse sortir un fragment osseux, auquel on peut avec l'ongle imprimer de légers mouvements. Enfin le fémur malade n'a que 32 centimètres et demi de longueur, celui du côté sain en ayant 40 : 7 centimètres et demi de moins; ce qui constitue une différence énorme.

Ce raccourcissement considérable s'explique aisément par l'arrêt de développement de la diaphyse, la maladie ayant commencé à un âge (quinze ans) où les os sont en pleine croissance.

Au milieu de ce désordre, l'articulation du genou est restée parfaitement saine. La déformation, la tumeur, les fistules, la douleur qu'impriment les mouvements siégent au-dessus de cette partie. Un examen attentif fait reconnaître que la position vicieuse du membre dépend, non d'un changement de rapport dans les surfaces articulaires, mais d'une direction anormale de l'os.

M. Nélaton a pensé que ce membre pouvait être conservé. Il s'est déterminé à extraire les séquestres. Voici comment il a pratiqué l'opération : il a fait sur le tendon du triceps, ou point culminant de la tumeur, une incision profonde allant jusqu'à l'os; le tendon a été débridé avec ménagement et le séquestre mis à nu par son extrémité. Le chirurgien a tenté de l'extraire en le saisissant fortement avec un davier; mais ce séquestre, invaginé dans l'os de nouvelle formation, s'est brisé sous l'influence des tractions. Il a donc fallu lui ouvrir une plus large issue. Des pinces de Liston, droites ou courbées angulairement sur leur manche, des tenailles incisives, ont été employées à cette partie de l'opération; mais M. Nélaton s'est surtout servi avec grand avantage d'une pince incisive d'une forme nouvelle, qu'a imaginée et que lui a remise M. Luër. Nous donnons ici le dessin de cette pince,



que MM. Lawrence, en Angleterre, et Monod, en France, ont déjà plusieurs fois mise à profit pour des opérations du même genre. Cet instrument, qui permet d'attaquer les os à plat et par leur surface, peut éviter, dans quelques cas, l'usage du trépan, et offre ainsi des avantages réels et incontestables. Son caractère distinctif est de présenter des mors demi-cylindriques, en forme de double gouche recourbée sur elle-même dans le sens de sa concavité, de sorte que ces mors entament avec facilité la sur-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer; par le docteur LEBERT. — Un volume in-8°. Chez J.-B. Baillière.

Le cancer, cette terrible maladie qui depuis si longtemps décime les populations, devait attirer l'attention des médecins depuis la fondation scientifique de l'art de guérir. Aussi les plus anciens ouvrages témoignent-ils de ce fait : que les affections cancéreuses étaient connues dès les temps les plus reculés, et que l'on en avait dès lors compris toute la gravité. Et cependant on voit avec étonnement combien peu ce sujet a suscité de recherches exactes et fondées sur une observation rigoureuse.

C'est là le motif qui, même après les nombreux travaux entrepris sur le cancer, a déterminé M. Lebert a tenter une nouvelle monographie sur ce sujet, monographie basée sur le développement qu'ont pris les connaissances modernes, et les nouveaux moyens d'investigation fournis principalement par la chimie et la physique, dans laquelle nous comprenons la micrographie, science toute récente, et qui probablement est appelée à rendre de grands services, plus grands encore que ceux qu'elle a déjà rendus.

Quatre grandes périodes séparent, suivant M. Lebert, les phases d'évolution des opinions et des doctrines sur le cancer.

La première est celle de l'antiquité, celle des remarques pratiques, de l'expérience clinique primordiale, sans observations rigoureuses.

La deuxième est celle du dix-huitième siècle, de l'ancienne Académie de chirurgie, dans laquelle la science et la pratique étaient cultivées avec un zèle égal, mais avec des ressources par trop incomplètes encore.

La troisième est celle de l'Ecole anatomique du commencement de ce siècle, dans laquelle la localisation des maladies et l'étude des altérations morbides des organes ont pris un développement aussi grand qu'elles pouvaient l'acquérir sans le concours des sciences physiques, et avec le concours imparfait de la physiologie.

Enfin la quatrième période, que nous pourrions appeler la période actuelle, a été fondée par Müller, le célèbre professeur de physiologie de Berlin. Mais ce savant, appliquant une nouvelle méthode à l'étude des produits morbides, a laissé à ses successeurs la tâche d'étendre cette application sur une plus vaste échelle, et d'en confronter les résultats avec ceux de l'observation clinique.

Nous en avons assez dit sur chacune de ces phases pour pouvoir nous dispenser de suivre l'auteur dans les développements où il entre à propos de ces quatre périodes. Tout en faisant la juste part qui revient à chacun des auteurs qui ont essayé de défricher ce vaste champ, M. Lebert a pensé cependant que tout n'était pas terminé, et qu'une cinquième période devait commencer aujourd'hui, qu'une nouvelle phase devait s'ouvrir pour faire avancer plus encore l'étude des affections cancéreuses.

Deux idées fondamentales ont dirigé l'auteur dans ses nouvelles recherches. La première est la nécessité, comme dans toutes les sciences d'observation, de constater rigoureusement chaque phénomène, d'en apprécier la valeur d'après ses rapports avec d'autres phénomènes, d'arriver à des généralités par la comparaison bien plutôt que par les vues de l'esprit, et de les établir par l'analysc et la coordination de tous les caractères plutôt que par des principes trop absolus et trop théoriques : ce qui arrive quand on nc prend qu'un seul caractère comme point de départ d'une classification. La seconde idée fondamentale est l'obligation imposée à tout vrai médecin dc chercher autant que possible l'application utile et pratique dans ses investigations scientifiques. Les problèmes qu'a le médecin à résoudre n'ont pas seulement pour objet de satisfaire une vaine curiosité. En face d'une maladie implacable et cruelle, ses efforts doivent toujours tendre à arracher le plus possible de victimes à la souffrance et à la mort.

Sous ce rapport, nous ne saurions trop approuver le but que s'est proposé M. Lebert. Nous ne comprenons pas plus les études anatomiques, microscopiques, etc., sans but pratique, que nous ne comprenons l'étude des mathématiques, par exemple, de la chimie, de l'astronomie, en dehors de leurs applications pratiques à la mécanique, aux diverses industries, à la navigation, etc.

Le résultat final qu'a voulu surtout atteindre M. Lebert, ç'a été d'apprécier dans l'étude du cancer tous les caractères qui s'offrent à l'observation, de tâcher d'en séparer toutes les maladies curables confondues jusqu'ici avec lui, et de chercher les moyens de les guérir. Et pour cela, il a dû se créer un systèmc d'études tout nouveau, pousser lcs dissections beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait avant lui, suivre, dans l'étude des changements morbides, les rapports de toutes les parties qui entrent à l'état normal dans la composition de l'organe, apporter dans les recherches microscopiques une plus grande précision à l'aide d'instruments plus puissants, et enfin, pour couronner l'œuvre, recueillir pendant un cer-

face plane d'un os, ce qui est impossible pour les mors d'une pince ordinaire, soit pince-cisaille, soit pince en forme de tenaille. On peut d'ailleurs diversifier la forme de la nouvelle pince suivant la situation de la partie à enlever, ainsi qu'on le voit dans les deux modèles ci-dessus.

A l'aide de ces moyens, l'opération a pu être heureusement terminée.

La cavité médullaire constituée par l'os de nouvelle formation étant ainsi largement ouverte, on a pu extraire six séquestres de forme et de grandeur diverses, dont l'un, plus volumineux que les autres, est long de 7 centimètres sur 2 de large. Le doigt, introduit dans cette cavité médullaire, a permis de retirer un petit séquestre très éloigné de l'orifice.

Une petite quantité de sang s'est écoulée pendant l'opération. La plaie, laissée ouverte, a été tamponnée de charpie mollette; et aujourd'hui, quatrième jour de l'opération, le malade est dans un état très satisfaisant, qui permet d'espérer le plus heureux résultat.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Sur un cas de nécrose du calcanéum.

A M. le professeur Nélaton, mon ancien condisciple.

La lecture de votre article publié dans le numéro 60 de la *Gazette des Hôpitaux* sur les *amputations partielles du pied* m'a rappelé la promesse que je vous ai faite, il y a deux ou trois ans, de publier une observation de nécrose du calcanéum qui me paraît devoir intéresser les praticiens sous différents rapports.

En 1846, je fus consulté par Mme L..., née Fr..., de la commune de Câtillon, alors âgée de trente-six ans. Cette dame, d'un tempérament lymphatique et nerveux, avait dès l'âge de trente ans commencé à éprouver de la gêne dans les mouvements du pied; plus tard survint de la douleur, puis de la tuméfaction, principalement autour et au-dessous de la malléole externe. Des émissions sanguines locales calmèrent la douleur, mais l'engorgement ne se dissipait jamais entièrement. Dans une période de trois années, ces accidents se sont renouvelés huit ou neuf fois avec la même teneur.

Cependant un travail morbide plus actif finit par s'établir; le gonflement et la douleur augmentèrent, et bientôt se déclara une fistule qui dura trois ans, pendant lesquels Mme L... eut à supporter de cruelles souffrances. Le pus avait fusé en arrière, engorgé les tissus jusqu'à l'attache du tendon d'Achille et même un peu au-dessus; les douleurs, à moitié supportables pendant le jour, devenaient intolérables la nuit; enfin, le matin, un peu de calme survenait, et il y avait un instant de sommeil. L'iodure de potassium, employé pendant quelque temps, avait été utile en ce sens qu'il avait paru combattre l'extrême maigreur qui se reproduisait après sa suppression.

Au prix de n'importe quel sacrifice, Mme L... demandait à être débarrassée de son mal; elle était bien décidée à ne reculer devant aucune nécessité, aussi dure qu'elle dût être.

Y avait-il nécrose ou carie? Telle était la question. Je dois dire que l'exploration à l'aide du stylet ne pouvait rien m'apprendre, la fistule étant, en effet, tellement sinueuse que plusieurs tentatives patiemment menées n'aboutirent à rien. Malgré cela, je penchai pour la nécrose, et je ferai remarquer que c'était aussi la manière de voir de M. Leblond, officier de santé de l'endroit, qui alors donnait des soins à Mme L.... Ce qui me portait à établir ce diagnostic c'était. 1° ces atroces douleurs de la nuit; 2° la connaissance que j'avais acquise que quelques années auparavant cette dame avait eu au poignet une tumeur qui ne s'était guérie qu'après la sortie d'une esquille provenant du radius. Je me disais: Puisque autrefois il y a eu nécrose, pourquoi y aurait-il carie aujourd'hui? Et d'ailleurs celle-ci s'accompagne si rarement de pareilles douleurs!

Les documents étiologiques, interprétés de toute manière, ne m'apprirent du reste pas grand' chose; les violentes douleurs nocturnes ne m'ont pas non plus semblé avoir la signification qu'on leur accorde généralement.

Avant de tenter une opération, je désirais m'adjoindre un troisième confrère; M. Guyot, de Solesmes, fut choisi. Je lui fis part de mon diagnostic, du projet que j'avais formé de débarrasser cette malade; dans ce but: 1° je faisais une incision verticale d'environ 3 centimètres, comprenant la fistule; 2° deux incisions parallèles passant au-dessus et au-dessous de la première, et constituant ainsi un T renversé. J'avais de la sorte deux lambeaux à disséquer. Le postérieur, plus petit, pouvait rendre de grands services, puisqu'il permettrait plus tard de panser à fond et faciliterait l'écoulement du pus; par la dissection du lambeau antérieur, je dénudais largement la partie externe du calcanéum. 3° Après ce temps exécuté, le diagnostic se complétait par la possibilité d'introduire un stylet, si tant était qu'une alvéole existât, ou bien nous portions le cautère actuel dans le cas où nous avions affaire à une carie. 4° Enfin trépan, gouge, maillet et leviers se trouvaient disposés pour parer à toute évantualité.

Ce plan étant partagé par mes confrères Guyot et Leblond, j'y procédai immédiatement. Dès que la surface externe du calcanénum fut mise à jour, je m'emparai d'un stylet, à l'aide duquel je ne tardai pas à pénétrer dans une cavité profonde, au milieu de laquelle vacillait un séquestre. Bien que l'entrée de cette alvéole ne me parût pas proportionnée au volume de la partie gangrénée, l'idée me vint de tenter son extraction avec le secours d'un levier d'acier, dont l'extrémité était légèrement courbe, plate et étroite. Si je réussissais, j'épargnais le délabrement qu'occasionnent nécessairement soit la gouge et le maillet, préférés par M. le professeur Roux, soit le trépan, instrument de prédilection de Dupuytren pour ces cas-là. L'introduction de ce levier si heureusement approprié à la circonstance se fit assez facilement; mais au moment d'exécuter des mouvements d'abaissement, je produisis des douleurs si violentes, que je craignis un instant d'échouer (et depuis j'ai bien regretté que nous ne connussions pas alors les propriétés anesthésiques de l'éther). Toutefois, je voyais le séquestre tellement s'engager, que je crus ne devoir pas désemparer. Par suite d'un dernier effort, je finis par l'obtenir comme par une véritable énucléation. Son volume équivalait à une forte aveline. Aussitôt j'introduisis le doigt, et reconnus la cavité tapissée par une membrane granuleuse, assez douce au toucher. Cet antre présentait, ainsi que vous l'avez si bien observé, une certaine régularité en désaccord avec les aspérités qu'on remarquait autour du séquestre. Mes confrères vérifièrent le fait, et ne trouvèrent pas plus que moi de parties osseuses dénudées. Aussi nous empressâmes-nous de pronostiquer à notre opérée une guérison sûre et assez prompte.

Dès la première nuit qui suivit l'opération, le sommeil se rétablit d'emblée, et les douleurs disparurent pour toujours. Pendant un mois la suppuration fut assez abondante, puis bientôt elle commença à tarir, pour ne plus donner qu'un suintement insignifiant qui pourtant dura environ un an.

Nous avons cru devoir pendant plusieurs mois administrer des modificateurs actifs, tels que l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, etc. Il y a eu six ans en avril que l'opération a été pratiquée, et nous pouvons assurer que Mme L... jouit de la meilleure santé possible depuis ce temps-là.

Avant de rédiger cette observation j'ai vu notre opérée, qui ne boite pas du tout, bien que j'aie constaté un affaissement de 1 centimètre en mesurant de la pointe de la malléole externe au niveau de la plante du pied; ce qui prouve qu'ici il n'y a pas eu reproduction de la portion perdue.

A l'époque où cette opération a été pratiquée, les annales de la science possédaient bien peu de ces cas, dont l'inventaire n'est pas encore bien long aujourd'hui. Les ouvrages didactiques n'en parlaient presque pas. Je n'ai trouvé alors que quelques renseignements empruntés à M. Rognetta, et consignés dans le *Dictionnaire des Dictionnaires* de M. le docteur Fabre.

Le diagnostic n'en était pas non plus très avancé; car le travail d'ailleurs si remarquable de M. Malespine, inséré dans la *Revue médicale de* 1843, ne comprend guère, si je ne me trompe, que l'histoire de la nécrose qui survient chez les enfants scrofuleux et dans laquelle le pied a été comparé à celui de l'éléphant. Ici la déformation du pied ne présentait rien de semblable.

De votre côté, mon cher condisciple, vous nous avez appris à ne plus considérer la nécrose des os spongieux comme une lésion rare, opinion que professait déjà M. Jules Cloquet; vous en avez étudié le mécanisme avec cette précision qui distingue vos travaux. Mais, malgré tout ce qui a été dit de l'étiologie de la gangrène des os, vous conviendrez avec moi que cette partie de son histoire est encore très obscure. C'est déjà beaucoup que son diagnostic s'avance, et je crois que bientôt les mutilations nécessitées jusque-là par cette lésion disparaîtront pour faire place à une chirurgie éminemment conservatrice. Puisse cette observation contribuer à un résultat si désirable!

J'ai, depuis trois ans, un bel exemple de tumeur sanguine du petit bassin avec des circonstances remarquables qui en font une variété curieuse; je l'ajouterai, aussitôt que je le pourrai, à ceux que vous avez rassemblés et publiés dernièrement. J'ai demandé pour cela des renseignements à M. Watebled, officier de santé à Busigny, avec lequel j'ai observé ce fait si intéressant.

Une autre fois, je vous exposerai quelques considérations à propos des hémorrhagies du poignet et principalement de la paume de la main, et j'espère que vous ne les trouverez pas dépourvues d'utilité.

Daignez agréer, monsieur et ancien condisciple, le pieux souvenir que n'ont pas effacé quatre lustres révolus.

PETEL.

Le Cateau, 28 mai 1852.

Granules de digitaline sans digitaline,

Par MM. HOMOLLE et QUEVENNE.

Certains des granules de digitaline du commerce ayant, par des raisons qu'il est inutile de rapporter ici, attiré notre attention, nous voulûmes en apprécier la qualité. Nous ne fûmes pas peu surpris de constater, dès le premier abord, qu'ils étaient complétement dénués d'amertume et que par conséquent ils ne devaient point renfermer de digitaline.

En effet, celle-ci est tellement amère, que, par le seul fait d'avoir goûté ces granules et d'y avoir constaté l'absence d'amertume, le doute ne nous était pas possible.

Mais une question dut se présenter tout naturellement à notre esprit: Avait-on confectionné ces granules en supprimant par avance la digitaline; ou bien, tout en faisant entrer celle-ci dans leur composition, ne l'aurait-on pas détruite par des manipulations intempestives pendant leur préparation? La digitaline, comme nous l'avons dit ailleurs, est si facile à détruire ou à altérer lorsqu'on la place dans de certaines conditions, que nous pouvions très bien; que nous devions même nous poser la question dont il s'agit.

Sans doute le malade qui a mis son espoir dans la vertu d'un médicament et qui se voit déçu dans son attente s'inquiétera peu que l'inefficacité de ce médicament tienne à l'absence du principe actif ou à son altération, à sa destruction ultérieure; mais, à un autre point de vue, on comprend toute l'importance de reconnaître si c'est volontairement ou sans le savoir que le préparateur livre au public un médicament inerte, un remède sans vertu.

Il nous était facile, dans la circonstance dont il s'agit, de distinguer auquel des deux cas nous avions affaire, attendu que la digitaline, lorsqu'elle s'est altérée et a perdu la saveur amère qui constitue un de ses caractères, conserve encore la propriété de verdir par l'acide chlorhydrique.

En conséquence, nous avons pris vingt des granules suspects; nous les avons réduits en poudre et mis en contact pendant vingt-quatre heures dans un petit ballon avec 15 grammes d'alcool à 96 c.; puis le liquide a été filtré et évaporé.

Pour point de comparaison, une pareille expérience a été faite avec vingt granules de digitaline, dont la bonne préparation et la qualité nous étaient assurées.

Voici les résultats comparatifs obtenus avec les deux produits enlevés par l'alcool.

N° 1. *Granules suspects.*	N° 2. *Granules de qualité connue.*
Couche mince, transparente, d'un blond-paille, légèrement déliquescente. Pèse 0,06.	Couche mince, transparente, plus pâle que la première, n'attirant que faiblement l'humidité de l'air, pesant 0,07 (1).

(1) La faible déliquescence ici constatée doit être attribuée à une petite quantité de sucre métamorphosé qui se trouve toujours dans le sucre ordinaire.

tain nombre d'années l'histoire détaillée de beaucoup de malades, n'aborder l'analyse qu'après de longues études cliniques, en un mot rester l'interprète exact et fidèle de la nature.

Maintenant que nous avons exposé, d'après M. Lebert lui-même, les méthodes qu'il a dû mettre en usage, la marche qu'il a suivie, les lois qu'il s'est imposées, examinons rapidement les détails du plan général de l'ouvrage.

Le livre de M. Lebert est divisé en deux parties, l'une qui comprend l'histoire générale du cancer, l'autre, l'histoire de la maladie dans chacun des divers organes ou appareils de l'organisme.

La première partie se compose de quatre chapitres. L'auteur, après avoir donné du cancer une définiton fort exacte, mais qui nous a paru avoir le défaut d'être trop longue, d'être plutôt une description qu'une définition, aborde l'exposé des caractères physiques, chimiques et microscopiques du carcinome. Il cherche à démontrer que, dans nombre de cas, on peut, à l'œil nu, distinguer le tissu cancéreux de tout autre tissu pathologique; et, sans prétendre que ce tissu a des caractères tels qu'on ne pourrait les rencontrer dans la nature nulle part ailleurs que dans le cancer, il affirme néanmoins qu'un produit morbide étant donné, le clinicien suffisamment versé dans les études microscopiques peut, dans presque tous les cas, déterminer avec le microscope s'il s'agit d'un cancer ou non.

Pour M. Lebert, le cancer est *un* squirrhe encéphaloïde, cancer hématode, mélânique, etc. C'est toujours une seule et même maladie, dont les formes extérieures varient, mais dont la nature ne varie jamais. Il n'est pas la suite d'une affection d'une autre nature; il est primitivement lui, d'emblée idiopathique et conserve ce caractère pendant toute sa durée. Ainsi, cette prétendue dégénérescence ne serait jamais la conséquence d'une maladie primitivement non cancéreuse.

L'étude du développement du cancer n'a pas fourni à M. Lebert le sujet de considérations moins importantes, de recherches moins détaillées, dans lesquelles il examine les modifications qu'entraînent les divers états de la circulation. On remarquera, dans ce qui a trait à l'extension du cancer, la distinction qu'établit l'auteur entre la propagation locale et la généralisation, le cancer primitif propagé, le cancer successif, secondaire. Frappé de la fréquence avec laquelle survient la mort dans des cas où l'étendue de la lésion locale ne rend pas compte de la gravité des phénomènes généraux, M. Lebert a, dans ses autopsies, soumis toutes les lésions non cancéreuses à l'examen le plus attentif, et il a constaté jusqu'à quel point peut s'étendre la détérioration de la nutrition, laquelle trouble la circulation, provoque des états phlegmasiques divers et entraîne même la coagulation du sang dans les gros vaisseaux. Pour ne citer, en passant, qu'un des résultats des recherches de M. Lebert sous ce point de vue, il est arrivé à ce fait curieux, que les cancéreux peuvent parfaitement devenir tuberculeux, mais que jamais on n'a vu le tubercule donner naissance, pendant le cours de ses progrès, à une maladie cancéreuse.

Dans ce chapitre, l'auteur, en terminant, traite du cancroïde, jusqu'ici confondu avec le cancer, à tort, suivant lui, puisque le cancroïde est une maladie locale, tandis que le cancer est toujours d'emblée une affection générale dont l'économie entière se trouve infectée. Le cancer substitue aux éléments normaux des éléments nouveaux; tandis que le cancroïde n'est constitué, au contraire, que par l'exagération, l'hypertrophie, l'inflammation d'éléments physiologiques hypersécrétés ou hypertrophiés. Toutefois, en distinguant ces deux maladies, M. Lebert n'a pas voulu méconnaître leurs rapports d'analogie. La marche envahissante, la diffusion, la tendance aux récidives sur place ne permettent pas de regarder le cancroïde comme une affection bénigne, bien que locale.

Vient ensuite la pathologie générale du cancer; l'auteur le suit depuis son début, sa première apparition, pendant son accroissement et jusqu'à son ulcération; puis il passe aux symptômes physiologiques, à l'altération des grandes fonctions, digestion, circulation, innervation. Le cancer a toujours un retentissement plus ou moins profond sur la santé générale, et exerce un trouble constitutionnel profond, comme le prouve la mort dans le dernier degré du marasme chez ceux même qui n'ont pas de symptômes de localisation cancéreuse secondaire.

L'analyse des causes prétendues du cancer démontre, tout le monde le sait et M. Lebert ne fait que le répéter, l'insuffisance des notions qu'offre l'état actuel de la science sur ce sujet. Pour les causes extérieures, physiques et morales, pour l'hérédité, causes dont on a toujours été porté à exagérer l'influence, l'auteur cherche à réduire leur rôle à sa juste valeur, et ici, une courte, mais fort instructive digression sur le cancer observé chez les animaux est un exemple des nombreux enseignements que peut-être la pathologie comparée est appelée à rendre à la pathologie humaine.

Le titre du livre, *Traité du cancer et des affections curables confondues avec le cancer*, indiquait déjà combien M. Lebert avait dessein d'insister sur le diagnostic différentiel; mais dans cette partie de son livre consacrée aux généralités, il n'a dû et n'a pu présenter que des considérations sommaires fort abrégées, ce point de l'histoire du cancer faisant, dans chacun des articles où sont étudiées les maladies cancéreuses des organes ou des appareils, le su-

Un fragment, traité par deux gouttes d'alcool à 65° c., s'y dissout facilement, et la solution n'offre point de saveur marquée, à part celle de l'alcool.	Un fragment, traité de même par deux gouttes d'alcool à 65° c., s'y dissout promptement, et la solution est d'une *amertume intense*.

Un autre fragment de chaque résidu est mis dans un très petit tube, avec suffisante quantité pour le baigner, d'acide chlorhydrique concentré et incolore ; on bouche et l'on agite de temps à autre.

Trois heures après les deux liquides offrent l'aspect suivant :

Matière imparfaitement dissoute; liquide surnageant, jaune-caramel limpide.	Matière imparfaitement dissoute; liquide surnageant, trouble, *vert-ciguë intense*.

Le reste de la journée et le lendemain chacun de ces deux liquides a conservé respectivement le même aspect.

Ainsi, le défaut de saveur amère dans les granules n° 1 et l'absence de couleur verte par l'acide chlorhydrique dans le produit retiré de ces granules par l'alcool nous font conclure *qu'ils ne contenaient pas trace de digitaline.*

En outre, la deuxième circonstance (absence de couleur verte) nous autorise à dire que le défaut de saveur amère dans les granules en question ne provenait pas d'une altération accidentelle de la digitaline, mais bien de l'absence complète de celle-ci.

Assurément, si le préparateur de ces granules est un homme consciencieux, il aura fait le raisonnement suivant :

Le premier devoir du pharmacien, comme du médecin, est de ne pas nuire au malade.

La digitaline est un médicament très actif et pouvant, en conséquence, devenir dangereux dans des mains inhabiles ou inexpérimentées : donc le plus sûr moyen de ne courir les chances d'aucun accident est de supprimer la digitaline dans les granules de ce nom.

Peut-être se sera-t-il affermi dans sa manière de voir, par cette considération que, dans l'action de tout médicament, il faut faire une certaine part à l'influence morale, à tel point qu'on a pu voir des malades purgés avec des pilules de mie de pain, uniquement sur la foi d'avoir avalé un purgatif.

Or le mot *granules de digitaline* étant imprimé en grandes capitales sur les étiquettes du produit dont nous parlons, et de manière à frapper vivement l'esprit, l'auteur aura cru que cela suffirait pour agir sur la circulation du malade.

Parlons plus sérieusement :

Quels que soient les motifs qui aient dirigé le préparateur de ces granules, par le fait, c'est un nom de plus à inscrire sur la liste des fraudes qui ont envahi jusqu'au domaine des substances médicinales : liste qui commence au sirop de gomme sans gomme et s'élève audacieusement jusqu'au quinquina sans quinine, à l'opium sans morphine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 mars 1852. — Présidence de M. Foucart, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance comprend :

1° Les *Annales des maladies de la peau*, numéro de février ;

2° Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe*, année 1851.

M. Chalut fait part à la Société des résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la pneumonie par la méthode mixte des émissions sanguines, de l'émétique et des vésicatoires.

Cet hiver, dit l'honorable membre, dans l'espace de deux mois, j'ai eu occasion de soigner une douzaine de pneumonies environ. J'ai pratiqué d'abord une ou deux saignées; puis, sans attendre que les sujets fussent trop affaiblis, j'ai administré le tartre stibié, en commençant par 20 centigrammes, et augmentant progressivement la dose jusqu'à 30 centigrammes. Il s'est manifesté de la diarrhée dans presque tous les cas, et je dois dire qu'en cette circonstance ce phénomène m'a fait bien augurer des bons effets du médicament.

M. Duhamel. Quand on veut expliquer le mode d'action de l'émétique dans la pneumonie et autres inflammations, deux opinions se présentent, soutenues chacune par des praticiens recommandables. Selon les uns, disciples de l'école italienne, le tartre stibié agit d'une manière toute spéciale sur le tissu pulmonaire enflammé, dont il déprime le stimulus morbide. Il agit, disent-ils, comme contro-stimulant. Selon d'autres, au nombre desquels se trouve un professeur éminent de l'école de Paris, l'action de ce médicament ne doit être considérée que comme dérivative. Je l'avoue, les faits cliniques rapportés par M. Chalut sont de ceux qui militent en faveur de la révulsion plutôt qu'en celle du contro-stimulisme, puisque, dans tous les cas, il y a eu diarrhée, et diarrhée que notre confrère considère comme salutaire.

Cependant, j'adopte de préférence la théorie rasorienne. Pour mon compte, j'admets que généralement la tolérance de l'émétique à haute dose, surtout lorsqu'on ajoute à la potion un peu de sirop diacode ou autre préparation opiacée, s'établit assez vite dans les inflammations aiguës du poumon et des grandes articulations. Ainsi, j'ai vu des malades affectés de rhumatisme articulaire aigu qui, après avoir été saignés une ou plusieurs fois, sont arrivés à prendre jusqu'à 2 grammes de tartre stibié; et dans ces cas la guérison a été obtenue dans l'espace de huit à dix jours.

M. Laffont. L'école rasorienne est absolue; elle rejette l'emploi du sirop diacode comme moyen de favoriser la tolérance. Tommasini et Rasori soutiennent même que les opiacés contrarient les bons effets de l'émétique; ils n'admettent pas non plus que la diarrhée soit favorable à son action.

M. Masson. On est en désaccord sur la question de savoir si le tartre stibié agit dans la pneumonie comme contro-stimulant ou comme dérivatif ou révulsif. Peut-être, lorsqu'il est toléré, ce médicament a-t-il une action qui ne se rapporte ni à l'une ni à l'autre explication.

J'ai pris 3 grains d'émétique; et, fixant mon attention du côté de la circulation, j'ai trouvé mon pouls ralenti, à 55 pulsations. J'ai conclu naturellement que cette substance agissait sur le système circulatoire. Or, l'action contro-stimulante ne consisterait-elle pas tout simplement dans une diminution de l'énergie du cœur, dans une dépression de l'innervation du système circulatoire, et conséquemment dans l'afflux d'une moins grande quantité de sang aux poumons, ce qui équivaudrait, en définitive, à la soustraction d'une certaine quantité de ce liquide par la saignée ?

M. Belhomme fait observer que les médicaments produisent des effets variables suivant les idiosyncrasies; que les explications de leur mode d'action sont presque toujours fautives, et que cette sentence empirique, *qu'un médicament réussit parce qu'il réussit*, est la seule acceptable la plupart du temps. M. Masson, s'il renouvelait son expérience, obtiendrait peut-être un résultat opposé, précisément parce que son économie ne se trouverait pas dans des conditions semblables. Néanmoins, dit M. Belhomme, l'emploi du tartre stibié à haute dose, pourvu qu'on y arrive progressivement, est une bonne chose dans le traitement des pneumonies.

M. Léger. Dans la question qui s'agite, il y a beaucoup d'opinions qui se croisent et se heurtent. Pour revenir aux observations de notre honorable confrère M. Chalut, il me semble difficile de faire la juste part des émissions sanguines et de l'émétique dans les succès obtenus, et il me paraît impossible de tirer des conclusions logiques. Les cas où j'ai eu à me louer de la méthode rasorienne sont peu nombreux, et je pense que les émissions sanguines et les vésicatoires doivent occuper le premier rang. J'ai suivi pendant bien longtemps la clinique de Laënnec; eh bien! j'oserai le dire, ce célèbre praticien, ardent dans ses investigations, explorateur infatigable des sentiers nouveaux, trop désireux peut-être d'arriver à des résultats, nous montrait des succès dus, selon lui, à la méthode combinée des contro-stimulants et de la saignée, qui me paraissaient plutôt obtenus malgré l'émétique. Pour moi donc, cet agent ne nous donne qu'une médiocre garantie : les uns voient en lui le contro-stimulisme, les autres la dérivation, d'autres enfin la dépression de l'innervation circulatoire; mais, au fond, c'est l'incertitude pour tous. Tout bien considéré, il faut s'en tenir à la méthode ancienne, et ne recourir au tartre stibié que dans les cas menaçants ou désespérés. J'ai parlé avantageusement des vésicatoires; je suis fâché de me trouver en désaccord sur ce point avec d'éminents praticiens, qui, bien qu'ils nient leur action thérapeutique, les acceptent cependant et les emploient dans leur pratique.

M. Foucart. Il me semble qu'il ne s'agit pas ici d'établir la supériorité de la méthode antiphlogistique pure ou de la méthode contro-stimulante sur l'autre. Chacune d'elles, employée exclusivement, produit des résultats souvent favorables, mais est bornée dans son action, et peut-être est-il des cas où, combinées, elles viendraient à bout d'affections dont n'aurait pu faire justice ni l'une ni l'autre séparément mise en usage. N'est-il pas vrai qu'il est certains malades, des enfants, par exemple, chez lesquels les émissions sanguines dans la pneumonie sont plus nuisibles qu'utiles? que, chez certains vieillards de constitution détériorée, on ne peut pousser bien loin les pertes de sang et que l'on est heureux de leur trouver un puissant auxiliaire dans le tartre stibié? C'est aux deux périodes extrêmes de la vie, dans l'enfance et dans la vieillesse, que les effets du tartre stibié, employé presque exclusivement, sont les plus manifestes, ce qui ne nous empêche pas de convenir que les saignées sont supportées souvent par les vieillards beaucoup mieux qu'on ne serait tenté de le supposer.

C'est donc à la méthode mixte qu'il faut donner la préférence; une, deux ou trois saignées générales ou locales, suivies de l'administration du tartre stibié à haute dose et de l'application simultanée des révulsifs. Cette manière de procéder évite aux malades des pertes sanguines, dont la suite nécessaire est une anémie prolongée dont ils sont souvent fort longtemps à se remettre. Notre honorable confrère M. Léger nous a dit du tartre stibié qu'il n'en avait jamais bien clairement constaté l'efficacité. C'est que peut-être l'a-t-il employé trop tard, et l'on serait tenté de le croire lorsqu'il nous a dit que c'était une de ces médications que l'on pouvait employer en désespoir de cause et lorsque, qu'on nous passe l'expression, on ne savait plus *à quel saint se vouer*. Recourir à l'émétique à ce moment, c'est lui demander plus qu'il ne peut donner. Toute autre médication serait aussi impuissante en pareille circonstance. Ceci nous rappelle certain professeur qui proclame le tartre stibié un médicament inutile et ne l'administre jamais que comme *extrême onction*, ce sont ses expressions, lorsqu'il voit le malade perdu! Que dirait-on d'un adversaire de la médication antiphlogistique qui prétendrait la juger après l'avoir uniquement essayée sur des malades à l'agonie? Nous nous permettrons de répondre à notre ami et confrère M. Léger que, s'il ne croit pas aux effets du tartre stibié, c'est qu'il l'a probablement essayé trop tard. Il nous objectera qu'en faisant usage de la méthode mixte on ne peut savoir auquel, des saignées ou de l'émétique, on doit rapporter le succès. Qu'importe! pourvu que l'on guérisse? Ce que ni l'une ni l'autre des médications isolées ne peut faire, les deux combinées le produisent. Le but est atteint, la guérison. Nous concluons sur ce point en disant qu'on ne se repentira jamais d'avoir employé le tartre stibié dans la pneumonie et qu'on pourra quelquefois regretter de ne pas l'avoir essayé.

On vient de discuter la question de savoir quel est le mode d'action du tartre stibié, révulsif ou contro-stimulant. Est-il possible d'apprécier ce mode d'action? Lorsqu'il provoque des évacuations, le tartre stibié guérit souvent. Lorsqu'il est toléré, il n'a pas de moins bons résultats, et ceci explique comment il se fait que deux de nos savants maîtres, chacun de son côté, désirent, quand ils administrent ce médicament, voir l'un se produire la tolérance, l'autre survenir des évacuations par haut et par bas. Au point de vue pratique, nous dirons encore : Pourvu qu'il guérisse, qu'importe comment agit le tartre stibié dans la pneumonie? L'ignorance où l'on est encore de son véritable mode d'action doit-elle empêcher d'en faire usage?

A l'occasion de ce qu'a dit M. Masson du ralentissement de la circulation et de la dépression du système nerveux, je possède un fait curieux que je veux raconter en deux mots. J'ai donné des soins, il y a six ou sept ans, à une jeune dame affectée de pneumonie, chez laquelle j'avais assez longtemps prolongé l'emploi de la potion stibiée. Nous étions au huitième ou neuvième jour de la maladie, la respiration était libre et pure partout, les phénomènes locaux ne rendaient plus compte de l'état général, et cependant la malade avait été depuis quelques jours en s'affaiblissant; le pouls était misérable, l'affaissement, la prostration tels que l'on aurait pu craindre une terminaison funeste. Eh bien! cet affaissement, cette dépression du système nerveux avaient été simplement le résultat de l'administration trop prolongée du tartre stibié. Deux ou trois jours, pendant lesquels on fit prendre à la patiente un peu de vin de quinquina suffirent pour mettre fin à cette scène singulière, qui m'a d'autant plus frappé que c'est la première fois que je l'observais poussée aussi loin.

Je viens de dire il n'y a qu'un instant que, si la tolérance n'est pas nécessaire au succès, elle n'empêche pas non plus de l'obtenir. Souvent la tolérance ne s'établit que le deuxième ou le troisième jour. D'autres fois, elle s'établit tout d'abord, quelle que soit la dose du médicament.

J'aurai l'honneur de lire à la Société l'observation d'un jeune homme que j'ai soigné, il y a un an, pour une hydarthrose contre laquelle on avait vainement employé tous les résolutifs et les révulsifs connus, et qui datait de six mois. J'employai sur lui la méthode de M. Gimelle par le tartre stibié à haute dose; je commençai par 0,60 gr. d'émétique et j'augmentai de 0,10 tous les jours jusqu'à 0,90, dose à laquelle je m'arrêtai. Le malade prit pendant quatorze jours dans un julep simple cette dose énorme d'émétique sans qu'elle produisît la moindre évacuation insolite par haut ou par bas. La tolérance s'était établie du premier coup. Pendant les premiers jours, le jeune homme, condamné au repos sur un fauteuil, put s'occuper de ses travaux de droit. Vers le sixième ou septième jour, il fut pris de faiblesse, d'anéantissement général, devint incapable d'un travail suivi, et sentit diminuer son appétit sans éprouver ni nausées ni douleurs aucunes localisées. Je persistai néanmoins, en surveillant de très près l'action du médicament, qui provoqua enfin un vomissement le quinzième jour. Mais à ce moment l'hydarthrose était guérie, et je suspendis le tartre stibié. Aujourd'hui la guérison est depuis longtemps si complète que le genou malade est devenu un peu plus petit que le genou resté sain.

Evidemment, dans cette circonstance, la tolérance a été un bénéfice de nature et un grand avantage pour nous; car, si les vomissements se fussent déclarés au commencement du traitement, le malade ni ses parents n'eussent consenti à la continuation de l'emploi de la méthode.

Ce fait présente encore un exemple frappant de la dépression du système nerveux. Il prouve encore que l'élévation de la dose du tartre stibié n'influe pas, chez certains sujets, sur la tolérance ou la non-tolérance du médicament, chose à laquelle je n'attache aucune importance. Cependant, les secousses du vomissement fatiguant d'ordinaire beaucoup les malades, je préfère, le plus souvent, qu'elle s'établisse promptement, surtout quand je présume avoir besoin d'employer longtemps l'émétique. Du reste, quand la tolérance ne s'établit pas, je suis dans l'habitude, suivant en cela l'exemple du savant professeur du Val-de-Grâce M. Michel Lévy, de recommander à ceux qui surveillent le malade de suspendre la potion stibiée lorsqu'ont eu lieu quatre ou cinq vomissements dans les vingt-quatre heures, sauf à la reprendre le lendemain.

M. Duhamel. Sans vouloir blâmer notre honorable confrère M. Léger d'accorder la préférence aux émissions sanguines, qui la méritent en règle générale, je lui ferai observer qu'elles doivent être subordonnées à certaines conditions d'âge et d'idiosyncrasie. Il m'est arrivé de saigner trois fois de suite des octogénaires dans la fluxion de poitrine, et de ne pouvoir agir aussi énergiquement chez des sujets beaucoup moins âgés. Il faut aussi interroger la constitution du sang; car lorsque ce liquide est pauvre, comme on dit, peu riche en globules, l'emploi du tartre stibié devient plus nécessaire.

M. Moret fait observer que, dans certaines années, la maladie, se développant sous des influences épidémiques, ne peut être traitée par les méthodes ordinaires. En 1814, il a vu un nombre considérables de pneumonies; les malades qui étaient saignés tombaient dans une sorte de prostration et mouraient; ceux, au contraire, qu'on faisait vomir guérissaient généralement.

M. Courserant. La direction de mes études m'a rarement fourni l'occasion de traiter des inflammations pulmonaires. J'ai été témoin d'un cas, cependant, où le tartre stibié m'a paru produire

---

jet d'un paragraphe aussi étendu qu'intéressant et nouveau. Le pronostic du cancer est toujours fâcheux et ne varie que par rapport au temps plus ou moins long au bout duquel arrive la terminaison fatale. La lecture du traité dont nous rendons compte démontre péremptoirement qu'il est loin d'en être ainsi pour les nombreuses affections confondues jusqu'à ce jour avec lui.

D'après tout ce que nous venons de dire, il est évident que, pour le cancer lui-même, le traitement se réduit à peu de chose. L'incurabilité des affections notoirement cancéreuses est un fait hors de toute contestation. Nous sommes de ceux qui croient que ceux-là se font une singulière et bien triste illusion qui prétendent guérir le cancer par des moyens chirurgicaux ou médicaux. Pour le cancer, comme pour les tubercules, nous sommes fataliste, sans cesser pourtant de continuer à soigner assidûment les malades, et tout en conservant l'espoir que, dans un temps plus ou moins éloigné, la science trouvera le spécifique anticancéreux, l'antituberculeux, comme elle a trouvé déjà le spécifique de la syphilis, celui des fièvres périodiques.

Jusqu'à présent le traitement du cancer se réduit presque à une question d'hygiène. Une des raisons de la malignité du cancer gît dans les troubles qu'il apporte à la nutrition. Le but incessant du médecin doit être de maintenir celle-ci le plus longtemps possible en bon état, et l'hygiène seule est capable de soutenir cette lutte et de réparer les désordres que fait cet ennemi sans cesse envahissant. M. Lebert, comme nous venons de le dire, repousse les prétendus spécifiques, démontre leur néant, et n'admet qu'un traitement palliatif, médical ou chirurgical. C'est assez dire que l'auteur ne rejette pas complétement l'opération; si elle est incapable de guérir, elle est du moins indiquée toutes les fois qu'à l'aide de l'instrument tranchant on peut enlever le cancer localisé et ôter ainsi à la diathèse générale, à la cause incessante du mal son principal auxiliaire pour la propagation générale de l'agent cancéreux. Nous avons vu avec plaisir M. Lebert, admettant l'extirpation comme méthode générale, proscrire les caustiques, sauf dans quelques cas tout exceptionnels, les caustiques si douloureux dans leur application, si infidèles dans leur action.

La seconde partie du livre dont nous parlons est consacrée à l'étude du cancer dans les différents organes, et surtout, ce que nous apprécions encore à un bien plus haut degré, à l'étude et au diagnostic différentiel des maladies curables que l'on a eu trop longtemps le tort de confondre avec lui. Cancer des organes génitaux de l'homme et de la femme, de la glande mammaire, des organes de la digestion, langue, estomac et intestins; des centres nerveux, cancer et cancroïde de la peau, cancer des os, des organes urinaires, tout y est passé en revue avec l'attention la plus scrupuleuse, l'histoire de chaque altération s'appuyant sur des faits nombreux et d'une rare exactitude. On remarquera parmi les cancers des organes des sens le cancer de l'œil et l'histoire si intéressante de la mélanose de cet organe.

Le livre de M. Lebert est une des preuves, pour ceux qui en douteraient encore, des services que pourra et que peut déjà rendre à la médecine la micrographie, cette science nouvelle presque encore dans l'enfance. Peut-être ceux qui ne sont pas suffisamment au courant des travaux modernes trouveront-ils la lecture de cet ouvrage un peu fatigante. Mais, en raison de l'utilité pratique, cette impression disparaîtra bientôt, et nous pouvons assurer à M. Lebert un beau et légitime succès de plus.

Dr A. Foucart.

une sorte de résurrection. Il s'agissait d'un acteur atteint d'une double pneumonie, dont trois saignées, des vésicatoires et une purgation n'avaient nullement entravé la marche. L'amélioration ne se manifesta qu'à dater du moment où j'employai l'émétique à la dose de 30 à 35 centigr. dans une potion, et je constatai que le pouls descendit à 45 pulsations.

J'ai fait quelques expériences dans les cas où il faut détourner le sang de la tête. J'ai employé, dans ce but, l'émétique chez des individus affectés d'amauroses congestives ou ayant débuté par des congestions sanguines; chez ces individus, bien portants d'ailleurs, je n'ai pu obtenir le ralentissement de la circulation, qui est si remarquable dans la pneumonie traitée par les contro-stimulants.

M. Foucart. A mon avis, la raison de ce fait est bien simple. Chez un sujet malade, la circulation se ralentit sous l'influence du tartre stibié, parce que le médicament guérit l'inflammation qui est le point de départ, la cause de l'état fébrile; chez l'individu sain, il n'en est plus de même: ce n'est pas à la circulation elle-même que s'adresse le tartre stibié, mais à la phlegmasie pulmonaire. Il en est du tartre stibié dans la pneumonie comme du mercure dans la vérole: tant que les accidents syphilitiques secondaires existent, le mercure manifeste son action en guérissant ces accidents; ceux-ci une fois guéris, le mercure n'agit plus, ou, s'il agit, c'est pathogéniquement.

— M. Caron. La Société apprendra peut-être avec quelque intérêt que la femme enceinte dont j'ai eu l'honneur de l'entretenir il y a trois mois est accouchée sans avoir offert d'accidents éclamptiques ni avant, ni pendant le travail. La Société se rappelle que, il y a trois ans, dans une première grossesse, cette femme fut prise d'une violente attaque d'éclampsie, et qu'elle accoucha à son insu; que, dans sa nouvelle grossesse, elle a été en proie à une grande anxiété, à de la céphalalgie intense et à une surexcitation nerveuse qui me donnait les plus grandes inquiétudes. Notre honorable président, M. P. Dubois, nous dit, à cette occasion, que, si cette malade offrait de l'œdème aux extrémités inférieures, aux mains et surtout à la face; si ses urines se montraient albumineuses; si elle éprouvait en même temps de la céphalalgie et du trouble de la vue, je devais craindre une attaque d'éclampsie prochaine; mais que, dans le cas où ces symptômes, l'albuminurie surtout, manqueraient, les chances d'attaques convulsives seraient infiniment moindres. J'ai surveillé la malade, et examiné plusieurs fois ses urines; je n'y ai point découvert d'albumine, et sa grossesse n'a présenté d'autres accidents que ceux que j'ai indiqués. Elle est accouchée heureusement.

Le vice-secrétaire, A. Bossu.

CORRESPONDANCE.

Statistique des opérations césariennes.

Monsieur le Rédacteur,

Puisque vous vous occupez d'une statistique sur les opérations césariennes et qu'il est importaut qu'elle soit faite sur une grande échelle, permettez-moi de vous faire connaître l'observation d'une opération césarienne pratiquée, il y a vingt et un ans, par un honorable chirurgien qui a bien voulu me communiquer les notes nécessaires à sa rédaction.

Certes, s'il fallait faire reposer le succès d'une opération sur la supériorité d'un procédé opératoire et le talent du chirurgien, on s'exposerait à de bien grands mécomptes. Non pas que je veuille nier les avantages d'une bonne méthode ou de l'habileté manuelle; mais je suis disposé à penser que quelques chirurgiens sont beaucoup trop portés à s'illusionner sur leurs propres succès qu'ils croient facilement tenir à des conditions qui peuvent plutôt flatter l'amour-propre que la logique.

L'honorable chirurgien qui pratiqua cette grave opération en prit seul la responsabilité, malgré lui, parce qu'on n'avait pas trouvé plusieurs médecins qu'il avait envoyé chercher et auxquels il eût volontiers cédé le périlleux honneur de tenir le bistouri. Ainsi, quoique la patiente n'eût pas affaire à un chirurgien de premier ordre et à un opérateur des plus exercés, les suites n'en marchèrent pas moins rapidement vers une issue heureuse, beaucoup mieux peut-être que si cette femme se fût confiée, dans un établissement public, à une haute position.

Il faut donc avoir confiance dans les ressources immenses de la nature et croire qu'il ne suffit pas toujours, pour compter un succès, d'avoir fait une belle opération ou d'avoir mis en usage un procédé nouveau sur lequel on fait reposer les avantages d'une statistique qui peut ne pas offrir toutes les garanties possibles. L'observation suivante est une nouvelle preuve des succès que la médecine opératoire peut obtenir, même quand elle n'est pas confiée à des mains très exercées, alors que le malade est placé dans des conditions favorables, loin de ces foyers d'infection qui causent une si grande mortalité dans nos grands hôpitaux.

Obs. — Le 10 juin 1831, une sage-femme fit appeler M. Villeneuve, officier de santé, pour examiner la femme Buan, âgée de trente et un ans, demeurant dans l'arrondissement de Montfort, dont l'accouchement, commencé depuis plus de deux jours, ne se terminait pas. Il apprit que la poche des eaux était rompue depuis longtemps et que la femme, à bout de forces, demandait qu'on la débarrassât le plus promptement possible. M. Villeneuve avait déjà vu cette femme avec son confrère M. Brasseur, avec lequel il avait fait une application de forceps. Une seconde fois, le 6 février 1828, une nouvelle application de forceps faite avec la plus grande difficulté amena encore un enfant mort.

Il existait un rétrécissement antéro-postérieur, dont le diamètre n'est pas indiqué, assez prononcé pour s'opposer à la délivrance naturelle. Le col étant suffisamment dilaté, M. Villeneuve introduisit la main dans la matrice, et, après avoir reconnu une présentation du tronc, il fit de nombreuses et inutiles tentatives pour opérer la version. C'est alors seulement que je me décidai, dit-il, à pratiquer l'opération césarienne.

La malade étant couchée convenablement sur son lit et maintenue par des aides, l'opérateur fit sur la ligne blanche une incision qui, partant un peu au-dessus de l'ombilic, venait se terminer à trois centimètres environ au-dessus du pubis. Le péritoine ayant été ouvert avec la plus grande précaution, la matrice fut aussitôt incisée sur le doigt dans une étendue de 12 centimètres au moins. Un enfant mort fut extrait par les pieds, et M. Villeneuve procéda immédiatement à la délivrance, qui ne présenta aucune difficulté. La matrice, s'étant contractée, revint promptement sur elle-même, en sorte que l'hémorrhagie ne fut pas évaluée à plus de 70 à 80 gram. de sang.

Les bords de la plaie furent rapprochés avec deux points de suture seulement, dans l'intention, dit l'opérateur, de laisser aux matières sécrétées un libre écoulement. Le pansement se termina par l'application d'une compresse fenêtrée enduite de cérat, de la charpie, et deux coussins de balle d'avoine furent placés sur les côtés du ventre: le tout maintenu à l'aide d'une serviette médiocrement serrée. M. Villeneuve était encore auprès de son opérée quand celle-ci fut prise de vomissements une heure après l'opération, qui engagèrent le chirurgien à lever l'appareil. Une anse d'intestin faisait hernie, elle fut réduite avec quelque difficulté; l'appareil fut légèrement modifié et comprimé davantage.

Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

Les points de suture furent coupés le huitième jour.

La cicatrice était presque complète le quinzième jour, et la malade se trouvait bien, lorsqu'elle eut l'imprudence d'aller au jardin. M. Villeneuve fit confectionner un bandage de corps, et, le vingt-deuxième jour après l'opération, ne pouvant réussir à maintenir au lit son opérée, il cessa de la visiter. Vers la cinquième semaine, la malade sortait pour aller voir son médecin et le remercier de la guérison qu'il avait obtenue.

Vingt-huit mois après l'opération, cette femme succomba aux suites d'une chute qu'elle fit sur la grande route: elle était grosse de quatre mois.

C'est la seule opération césarienne que M. Villeneuve ait eu l'occasion de pratiquer.

Agréez, etc. J. Chapel,
Chirurgien en chef des hospices de Saint-Malo.

Chronique et nouvelles.

Nous avons reçu de M. le docteur Baldou, mais trop tard pour pouvoir l'insérer textuellement, une note dans laquelle il déclare être complétement étranger à la publication dans la *Presse* de l'article que nous avons reproduit dans notre chronique de mardi dernier. M. Baldou joint à sa note l'observation de la personne dont il s'agit dans cet article, observation que nous n'avons pu lire encore et que nous publierons si elle nous paraît de nature à pouvoir intéresser nos lecteurs.

— Des améliorations très importantes viennent d'être introduites à l'hospice de l'Antiquaille à Lyon dans le service des femmes aliénées. L'administration a fait établir deux nouveaux préaux et deux nouveaux dortoirs, qui permettent d'éviter l'encombrement et de diviser d'une manière plus convenable les diverses catégories d'alinées.

— MM. les docteurs de Polinière, Gensoul et Rougier, membres du Conseil supérieur de santé de la Société de secours mutuels pour les ouvriers en soie de la ville de Lyon, ont donné leur démission. Cette retraite regrettable est due à la suppression de deux sections médicales effectuée sans l'avis préalable de ces honorables confrères, dont la compétence en pareil cas ne pouvait être méconnue sans éveiller leur juste susceptibilité.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

Bulletin bibliographique.

Maladies de l'Algérie. Des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques de la province d'Oran; par M. le docteur Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, ex-médecin en chef de plusieurs hôpitaux de l'Algérie, membre de l'Académie nationale de médecine de Marseille, etc. — Paris, 1852. Tome II; in-8°. Prix, 6 fr.—Les deux volumes, Paris, 1850 et 1852. Prix, 12 fr. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume: 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Des eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie pulique, la médecine et la législation; par le docteur Alibert (Constant), médecin inspecteur des eaux thermales d'Ax (Ariége). Brochure in-8. Paris, 1852. Prix: 2 fr. 50. — Chez Victor Masson, édit., place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 67. — MARDI 8 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 67. — MARDI 8 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. / Six mois. . . . 16 » / Un an. . . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . . 9 fr. / Six mois. . . . . . . 17 / Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. / Six mois. . . . . . 20 / Un an. 38	

SOMMAIRE. — PARIS. Hygiène publique. De la suppression des fabriques de céruse. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — CLINIQUE RURALE. Mauvaise conformation et rétrécissement du bassin. Perforation du crâne du fœtus. Céphalotripsie. Guérison. — Des nævus et des tumeurs érectiles. — Société de chirurgie, séance du 26 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 JUIN 1852.

Hygiène publique.

DE LA SUPPRESSION DES FABRIQUES DE CÉRUSE.

Dans son remarquable mémoire sur l'industrie de la peinture au blanc de zinc, M. le Dr Bouchut conseillait à l'administration, dans l'intérêt de la santé des ouvriers, d'exclure la peinture à la céruse de tous les travaux publics, afin d'arriver par un bon exemple et une protection éclairée à remplacer une industrie des plus insalubres par une industrie à peu près complétement exempte d'inconvénients. L'empressement que mit l'Académie de médecine à s'associer à ce vœu, dans sa séance du 4 novembre 1851, montra suffisamment que, si cette savante compagnie ne conseillait pas un moyen plus radical et plus prompt, c'est que l'appréciation de ce moyen l'aurait engagée dans des considérations économiques qui doivent rester étrangères à ses travaux. C'est à un motif semblable qu'il faut attribuer la circonspection de la commission de l'Institut, qui, en 1849, décerna à M. Leclaire la belle récompense destinée à ceux qui trouvent les moyens de rendre une profession moins insalubre.

Les quelques détails qui précèdent expliqueront facilement la faveur avec laquelle a été accueilli par tous les médecins, et en général par tous les hommes qui travaillent à l'amélioration de la santé du peuple, le bruit de la prochaine suppression des fabriques de céruse. Ce bruit ayant pris depuis quelques jours plus de consistance, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler en peu de mots les motifs qui feraient accepter comme un bienfait la mesure projetée par l'administration.

A la demande de la préfecture de police, l'administration des hôpitaux fait dresser chaque année l'état des malades traités dans chacun de ses établissements pour des affections produites par les émanations de plomb. Ces états constatent qu'il est entré dans les hôpitaux de Paris, pendant les dix années 1838 à 1847, 3,142 individus atteints de maladies dites *saturnines*, parmi lesquels 112 ont succombé. Ce serait donc une moyenne annuelle de 314 malades et de 11 morts. Mais cette moyenne est évidemment inférieure à la moyenne réelle. Ceux de nos lecteurs qui, comme nous, ont passé par l'internat des hôpitaux savent jusqu'à quel point ces tableaux sont infidèles, infidèles d'abord, parce que tous les cas de maladie saturnine *évidente* sont loin d'y être mentionnés (1), et ensuite parce que le diagnostic de plusieurs affections qui reconnaissent la même origine reste incertain faute de renseignements de la part des malades, ou pour d'autres raisons qui ne concernent que le médecin. On peut donc, en prenant une évaluation très modérée, porter à 400 le nombre des malades traités dans les hôpitaux de Paris pour des maladies saturnines, et à 15 le nombre des morts.

Les trois cinquièmes (1,898 sur 3,142) des malades inscrits sur les états de l'administration sont des ouvriers occupés dans les fabriques de céruse et de minium, les deux autres cinquièmes sont des ouvriers qui emploient ces produits (peintres, broyeurs, fabricants de cartes dites porcelaines, etc.); mais presque tous les malades non inscrits appartiennent à cette dernière catégorie, et il est bien facile d'en comprendre la raison. Lorsqu'un ouvrier sort d'une fabrique pour entrer à l'hôpital, il en est fait mention sur les registres d'entrée de l'hôpital; de plus, l'éveil est donné d'avance sur la nature de sa maladie; double raison pour qu'il se trouve inscrit sur les tableaux des *maladies saturnines*.

(1) M. Chevallier, dans son rapport à la Société d'encouragement, a cité à l'appui de cette assertion le fait suivant, qui n'est qu'une des nombreuses preuves qu'on pourrait invoquer. Un nommé B..., ouvrier peintre qui était entré *trois fois* à l'hôpital Beaujon pendant le cours de l'année 1848, pour des *coliques saturnines*, et qui avait en sa possession un certificat de l'hôpital constatant la nature de sa maladie, n'était pas porté sur le tableau *une seule fois!*

Ce ne sont pas là des détails oiseux ou d'un simple intérêt scientifique; ils ont, au contraire, une importance capitale, en ce qu'ils prouvent qu'alors même qu'on parviendrait à détruire presque complétement les dangers de la fabrication de la céruse, comme paraissent y être parvenus les fabricants de la grande et belle usine de Lille, on ne remédierait par là qu'aux moindres malheurs causés par les préparations de plomb. En effet, si dans les hôpitaux de Paris la moitié des malades atteints d'affections saturnines sont des ouvriers cérusiers, la totalité de ceux qu'on traite à domicile sont des peintres, des broyeurs de couleurs, etc. Il en est de même des malades qui existent dans toute l'étendue de la France, moins ceux de quelques localités où existent les fabriques de céruse. A quel chiffre s'élèvent ces malades? C'est ce que nous ne saurions dire; et il est singulier, en même temps que très regrettable, qu'aucun des auteurs qui ont traité des maladies saturnines n'ait songé à faire des recherches pour arriver au moins à une approximation fondée. En l'absence de tout document, voici l'évaluation qui nous paraît la plus probable :

En portant à 200 le nombre des malades traités à domicile pour des affections saturnines (c'est-à-dire à un nombre égal à celui des malades qu'on traite dans les hôpitaux, abstraction faite des ouvriers cérusiers), nous croyons être au-dessous du chiffre réel. Sur ces 200 malades, il y aura 7 décès; ce qui donne, en résumé, un total de 400 malades et de 14 morts pour les ouvriers qui emploient les préparations de plomb. Si les professions auxquelles appartiennent ces malades (et celle de peintre est presque la seule) étaient dans la même proportion dans les départements qu'à Paris, on arriverait aux chiffres de 14,400 malades et de 511 décès pour le reste de la France. Mais cette proportion est évidemment beaucoup trop élevée. Peut-être se rapprocherait-on beaucoup de la vérité en la réduisant des neuf dixièmes; il resterait alors 1,440 malades et 51 décès. Ces chiffres, ajoutés à ceux que fournit la statistique de Paris, et à ceux que fournirait la statistique des fabriques de province, conduisent, en définitive, à un total de plus de 2,000 malades et d'environ 80 décès.

Au point de vue de l'humanité, tel est donc le triste état de choses que ferait disparaître la suppression des fabriques de céruse. Mais, sans mettre en comparaison avec ce premier bienfait les avantages économiques qui résulteraient de cette salutaire mesure, nous pensons néanmoins qu'ils sont assez importants pour être pris en considération.

Dans les hôpitaux de Paris, la moyenne du séjour des malades atteints d'affections saturnines est d'un peu plus de 16 jours; mais il s'en faut bien que ce chiffre représente le nombre de journées de travail perdues pour les malheureux qui sont obligés de venir réclamer les secours de l'art. Tous suspendent leurs travaux un ou plusieurs jours avant d'entrer à l'hôpital, et ne peuvent les reprendre que quelques jours après leur sortie. Un certain nombre ne sortent que soulagés; ils restent pendant des mois, des années, et même toute leur vie sujets à des accidents ou à des infirmités qui empêchent tout travail, soit momentanément, soit d'une manière permanente. Beaucoup parmi les peintres, et tous les cérusiers sans exception, sont obligés de renoncer à une profession qui leur a demandé de longues années d'apprentissage. Voilà donc, outre le nombre de journées de travail perdues, une perturbation considérable apportée dans la carrière d'un grand nombre d'ouvriers, et personne n'ignore combien une telle perturbation entraîne de misère à sa suite, combien elle diminue la quantité et la qualité de la production industrielle.

Enfin, pour ne faire que mentionner une considération qui doit être la dernière, il est évident que, si la fabrication de la céruse pouvait être supprimée, l'absence des maux qu'elle produit allégerait d'autant les charges de la charité publique et privée; les hôpitaux de Paris, en particulier, économiseraient annuellement 16 à 17,000 journées de malades, et les hospices seraient dégrevés d'un certain nombre de ces malheureux incurables pour lesquels, on le sait, nos établissements hospitaliers sont si loin d'être suffisants.

Nul doute ne peut donc être élevé sur les immenses avantages qu'il y aurait, au point de vue de l'hygiène publique, à supprimer la fabrication de la céruse. Mais ce motif, quelque puissant qu'il soit, ne pouvait décider l'administration à prendre une mesure aussi grave; en présence des nécessités créées par les arts et la civilisation, il était nécessaire de trouver un autre produit qui, non-seulement fût sans influence fâcheuse sur la santé des ouvriers, mais qui en outre répondît aussi bien que la céruse aux besoins des arts et de l'industrie. Le blanc de zinc remplit-il ces deux conditions? C'est ce que nous examinerons dans notre prochain numéro. — H. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — Voir les nos des 14, 26 février; 6, 16, 27 mars; 10, 27 avril; 6 et 25 mai.)

DIXIÈME LEÇON. — *Des différentes formes du cancer en particulier.*

En parlant du cancer en général, nous avons dit que le tissu cancéreux pouvait présenter dans sa forme, sa texture et son évolution, des différences importantes dues à la prédominance de certains éléments accessoires. Ces différences sont telles, que tous les praticiens ont senti la nécessité d'établir, dans le cancer, de grandes divisions, dans lesquelles se groupent d'une manière naturelle les variétés infinies de cette production morbide.

Sous le nom d'encéphaloïde, on comprend tous les cancers dans lesquels l'élément ou la cellule spécifique forme une matière molle contenue par un tissu cellulo-vasculaire très fin, ce qui lui donne l'aspect de la matière cérébrale.

Comme variété secondaire, cette division principale comprend le fongus hématode, dans lequel l'élément vasculaire prédomine d'une manière remarquable, et le cancer mélanique, ou mélanose, dont les cellules spécifiques sont infiltrées d'une matière colorante noire, analogue à la sépia.

Sous le nom de squirrhe, se rangent tous les cancers dans lesquels l'élément caractéristique est mélangé dans des proportions minimes avec un tissu fibreux, dense et serré, qui donne à la tumeur une dureté considérable analogue à celle du cartilage. Enfin, quand, au lieu d'une trame cellulo-vasculaire ou fibreuse, l'élément cancéreux a pour support une matière demi-transparente et molle comme de la gelée de viande, le cancer est dit colloïde.

Si chacune de ces formes du cancer n'avait d'intérêt que sous le point de vue histologique, nous les aurions volontiers passées sous silence; mais elles empruntent aux éléments accessoires qui leur donnent leur physionomie des différences majeures dans leur marche, leur évolution, leur pronostic et leur traitement; et, sous ce rapport, il est d'un haut intérêt pratique de les étudier en détail.

§ Ier. *De l'encéphaloïde, ou cancer vasculaire.*

Ce nom lui a été donné par Laënnec à cause de sa ressemblance avec la matière cérébrale. En effet, cette ressemblance est telle, que tous les auteurs l'ont signalée alors même qu'ils donnaient à cette forme du cancer un nom différent.

Anatomie pathologique. — Avant de revêtir son aspect caractéristique, le cancer encéphaloïde présente une période transitoire ordinairement très courte, et dans laquelle il est dit encéphaloïde à l'état de crudité : c'est le cancer solanoïde de quelques auteurs. Il est alors d'un blanc opale ou bleuâtre; quelquefois gris de perle ou jaune. Mais lorsque l'élément vasculaire s'y est développé, il perd peu à peu de sa consistance, et forme bientôt une pulpe homogène d'un blanc laiteux parsemée souvent de points rosés ou bien même uniformément colorée en rouge pâle. Dans ces conditions, le tissu encéphaloïde est mou, et se laisse écraser facilement sous le doigt.

Examiné dans sa texture, il laisse apercevoir :

1° Une substance propre, ou matière encéphaloïde;
2° Une trame celluleuse particulière;
3° Des vaisseaux sanguins.

1° *Matière encéphaloïde.* — 2° *Trame celluleuse.*

Elle se présente sous l'aspect d'une substance semi-liquide, blanche, pulpeuse, que l'on extrait facilement par le grattage. C'est elle qui constitue la plus grande portion de la tumeur, et qui en est l'élément essentiel. Le microscope démontre qu'elle est essentiellement formée de l'élément can-

céreux proprement dit, c'est-à-dire de cellules spécifiques et de noyaux. Elle est composée d'un tissu cellulaire très fin, peu abondant, qui soutient dans ses aréoles délicates la matière pulpeuse dont nous venons de parler. Cette trame celluleuse, que Laënnec comparait à la pie-mère, se continue souvent avec une enveloppe extérieure de même nature, et supporte le lacis vasculaire qui pénètre la tumeur. C'est à la disposition de cette trame que les tumeurs encéphaloïdes doivent le plus souvent les variétés d'aspect qu'elles présentent, et surtout leur forme plus ou moins lobulée.

3° *Vaisseaux sanguins.*

Un des caractères les plus remarquables du cancer encéphaloïde consiste dans la grande vascularité de son tissu, laquelle résulte surtout du développement extrêmement considérable du réseau artériel.

M. le professeur Bérard, auquel on doit à ce sujet des recherches intéressantes, avait, sur la foi de quelques expériences insuffisantes, pensé que, par une exception singulière, le tissu encéphaloïde ne contenait que des artères, et qu'il était entièrement dépourvu de veines et de vaisseaux lymphatiques.

Ayant injecté des artères et des veines sur un homme qui portait de chaque côté du cou des tumeurs encéphaloïdes, il observa, dit-il, une turgescence notable de ces tumeurs pendant que l'on poussait l'injection artérielle. La capsule cellulo-fibreuse qui les entourait était couverte d'un réseau vasculaire formé par des artères nombreuses et fréquemment anastomosées. Après avoir divisé ces tumeurs, dont quelques-unes étaient formées d'encéphaloïde à l'état cru, tandis que d'autres étaient en voie de ramollissement, il remarqua ce fait, que l'abondance du réseau vasculaire était en raison directe du degré de ramollissement du cancer.

Dans les points où l'encéphaloïde était encore à l'état cru, on apercevait à peine quelques vaisseaux très fins, et les surfaces divisées ne présentaient qu'une teinte rose à peine sensible. Dans les parties en voie de ramollissement, les vaisseaux artériels, au contraire, y formaient un réseau des plus riches qui semblait contenir entre ses mailles la matière cérébriforme. Enfin, dans les parties où le ramollissement était complet, la matière de l'injection formait de véritables épanchements analogues à ceux de l'apoplexie.

L'injection veineuse, ajoute l'auteur, donna des résultats bien différents. A l'extérieur, les vaisseaux constituaient un plexus assez considérable; mais, dans l'intérieur, les masses encéphaloïdes ne présentaient pas un seul vestige de cette injection, bien que les capillaires veineux des parties voisines fussent parfaitement remplis.

Il résulterait de ces recherches que, par une exception bizarre, le cancer encéphaloïde serait doué d'une circulation toute spéciale; mais, pour admettre un semblable fait, il fallait plus qu'une autorité, quelque imposante qu'elle puisse être: aussi de nombreux observateurs ont-ils examiné de nouveau la question, et leurs recherches ont donné des résultats complétement opposés à ceux de l'illustre professeur. M. Lebert possède dans sa collection de très beaux dessins qui ne permettent aucun doute; et, pour ma part, dit M. Maisonneuve, j'ai constaté nombre de fois l'existence d'un réseau veineux des plus riches dans les productions des encéphaloïdes.

Quoi qu'il en soit, la vascularité du tissu encéphaloïde est un des points les plus curieux de son histoire; c'est par là qu'il se distingue essentiellement du squirrhe et du cancer colloïde. A cette disposition se rattachent les diverses nuances de coloration qu'il présente, les grands épanchements apoplectiformes, les masses fibrineuses qu'on trouve dans son intérieur lorsqu'il est ramolli, ainsi que les hémorrhagies qu'il fournit après son ulcération.

L'on n'a pas découvert dans les tumeurs encéphaloïdes de nerfs qui leur soient propres, ceux qu'on y aperçoit appartiennent aux organes envahis par la production morbide; cette absence de nerfs est vraiment remarquable dans un tissu qui souvent est le siége des plus vives douleurs.

Dans ses manifestations, le cancer encéphaloïde ne respecte aucun tissu, aucun organe; on le voit se développer partout, aussi bien dans les os ou la substance cérébrale que dans le tissu cellulaire et les glandes. Son mode de propagation dans le lieu où il se développe diffère peu de celui du cancer en général; cependant nous signalerons une particularité anatomo-pathologique qui n'appartient qu'à lui. Toutes les variétés du cancer peuvent ulcérer ou détruire les vaisseaux sanguins les plus volumineux; mais c'est le cancer encéphaloïde seul que l'on voit détruire les parois des veines et des lymphatiques, pour pénétrer ensuite dans l'intérieur de ces vaisseaux, dont elles oblitèrent le calibre à des distances quelquefois considérables.

Le cancer encéphaloïde peut se présenter sous trois formes principales: à l'état d'infiltration, de tumeurs enkystées ou bien de masses irrégulièrement circonscrites.

1° A l'État d'infiltration, la matière encéphaloïde se trouve mélangée à la trame même des organes, pénètre leurs interstices et semble se substituer, molécule à molécule, à leur tissu propre, de sorte que, malgré l'envahissement de la matière cancéreuse, les parties conservent longtemps encore leur disposition anatomique normale; c'est à cette variété que l'on a donné le nom de dégénérescence cancéreuse; elle est beaucoup plus rare dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe. Nous en avons toutefois observé plusieurs exemples remarquables à la lèvre inférieure, à la langue et au col de l'utérus. Il n'est pas rare non plus de la rencontrer dans le tissu osseux.

2° A l'état de tumeur enkystée, c'est une forme fréquente dans la variété de cancers qui nous occupent; la matière cérébriforme constitue des agglomérations circonscrites qui, refoulant les parties voisines, forment aux dépens de leur tissu cellulaire un véritable kyste; peut-être cette enveloppe celluleuse n'est-elle pas simplement le résultat d'une circonstance fortuite et son évolution est-elle essentiellement liée à celle du cancer lui-même. Toujours est-il que ces kystes sont, en général, toujours transparents, d'aspect parfois cartilagineux, que leur face interne est doublée d'un feuillet vasculaire dont les prolongements nombreux pénètrent dans la tumeur en suivant les divisions de la trame celluleuse proprement dite. Ces kystes ne tiennent, en général, aux parties voisines que par un tissu lamelleux très lâche et facile à déchirer; aussi les tumeurs de ce genre sont-elles en général d'une mobilité remarquable et d'une énucléation facile.

3° A l'état de masses irrégulièrement circonscrites, le cancer encéphaloïde a la forme extérieure des tumeurs enkystées; mais, au lieu d'être isolé des parties voisines par une enveloppe cellulo-fibreuse, on le voit se confondre avec elles et pénétrer leur tissu à une profondeur variée. C'est de toutes les formes du cancer encéphaloïde celle que l'on observe le plus fréquemment: de là le sage précepte donné par les praticiens expérimentés de dépasser toujours largement les limites apparentes de ces sortes de tumeurs quand on en pratique l'extirpation ou qu'on les détruit avec le caustique.

Causes. — De toutes les variétés du cancer, l'encéphaloïde est sans contredit la plus commune; c'est elle que l'on rencontre presque exclusivement dans l'enfance et dans la jeunesse, ainsi que vous pouvez vous en convaincre par les faits que vous avez encore actuellement sous vos yeux. Dans l'âge adulte, elle est encore la plus fréquente; chez le vieillard même, elle ne le cède que bien peu au squirrhe; enfin, et ce fait remarquable a depuis longtemps été signalé par M. Récamier, l'encéphaloïde est presque l'unique forme sous laquelle se présente le cancer à l'état de récidive, quelle qu'ait été du reste sa manifestation première.

Signes. Diagnostic. — Nous ne reviendrons pas ici sur les symptômes communs à toutes les variétés du cancer. Nous rappellerons seulement qu'en cette qualité l'encéphaloïde survient sans causes extérieures appréciables; qu'il se développe d'une manière insidieuse, avec lenteur d'abord et sans déterminer de troubles dans les fonctions générales, mais aussi sans jamais rétrograder; qu'il est le siége de douleurs spécifiques, qu'il envahit progressivement les tissus au milieu desquels il se développe, qu'il les détruit et donne lieu à des ulcérations profondes et sanieuses; qu'il produit l'engorgement des ganglions, infecte l'organisme en déterminant la cachexie; qu'enfin il repullule avec une opiniâtreté désespérante; mais, à côté de ces symptômes communs, il en est plusieurs qui lui sont propres.

Les tumeurs qu'ils forment sont toujours élastiques à leur début; jamais elles ne présentent la dureté du squirrhe, ou des tumeurs fibreuses; souvent elles sont molles et comme fluctuantes, ce qui permet de les confondre avec des abcès froids et autres tumeurs liquides. Quand leur système vasculaire est largement développé, elles sont souvent le siége de pulsations appréciables au toucher et à la vue, et simulent des tumeurs érectiles, ou des tumeurs anévrismales. Aucune variété de cancer ne présente une marche aussi rapide. On le voit parcourir ses différentes périodes, déterminer la cachexie générale avec une rapidité quelquefois terrible. Arrivé à l'état d'ulcération, il donne lieu à des hémorrhagies abondantes et fréquemment répétées. Les fongosités qui naissent des surfaces ulcérées sont molles, volumineuses, et saignent au moindre contact. Malgré la rapidité de son développement, l'encéphaloïde est généralement moins douloureux que le squirrhe; il présente même des variétés presque indolentes.

A l'état de tumeur, l'encéphaloïde a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic. Sa forme, son volume, sa consistance, son évolution lente et chronique sont des caractères qui se retrouvent dans plusieurs autres affections; les douleurs lancinantes mêmes, bien que constituant un des signes les plus positifs des affections cancéreuses, ne sont pas toujours tellement tranchées qu'elles puissent suffire à lever tous les doutes. A l'état d'ulcération, l'encéphaloïde est généralement plus facile à diagnostiquer, et l'on peut toujours sans inconvénient pour le malade donner au diagnostic une précision rigoureuse, en soumettant à l'examen microscopique quelques portions des fongosités qui s'élèvent à sa surface. Nous insistons sur ce moyen de contrôle, parce qu'il n'est pas encore aussi généralement employé qu'il mérite de l'être, et qu'en réalité lui seul, dans l'état actuel de la science, peut donner une indication certaine.

Pronostic. — Nous avons vu que le cancer était l'une des maladies les plus réfractaires aux ressources de l'art; mais dans les différentes variétés de cette affection, il existe des nuances. Beaucoup de praticiens, considérant la rapidité ordinaire d'évolution de l'encéphaloïde, l'ont regardé comme la pire de toutes les espèces de cancer. Cette opinion ne doit pas être admise d'une manière absolue. Certainement le cancer encéphaloïde, abandonné à lui-même, est, en général, plus promptement funeste que le squirrhe ou le cancer colloïde; mais l'expérience prouve que c'est dans cette variété du cancer que l'on a le plus souvent obtenu par l'opération des guérisons durables.

Je connais une dame qui, deux fois opérée d'un encéphaloïde ulcéré du sein, reste guérie depuis vingt-six ans. La plupart des malades qui après l'opération ont pu jouir encore d'un certain nombre d'années d'existence exemptes de récidive portaient des affections cancéreuses de la variété encéphaloïde. Nous devons dire cependant qu'aucune autre espèce de cancer ne présente une marche aussi rapide que l'encéphaloïde dans certaines circonstances. Nous avons vu des malades mourir en moins de six mois, à partir de la première apparitition du mal.

Traitement. — De ces considérations il résulte que, de tous les cancers, l'encéphaloïde est celui que la chirurgie doit attaquer avec le plus de vigueur. Abandonné à lui-même, il est rapidement mortel. Le traitement chirurgical retarde souvent sa marche, et pallie surtout fréquemment les accidents auxquels donne lieu son évolution.

A l'état de tumeur enkystée ou circonscrite, il réclame ordinairement l'opération par le bistouri ou la ligature; mais quand il est ulcéré ou diffus, la cautérisation doit être préférée. La mollesse de son tissu se prête admirablement à l'action destructive des caustiques, et ceux-ci ont le grand avantage de s'opposer efficacement aux hémorrhagies, qui sont l'un des accidents les plus redoutables de cette variété de cancer.

Docteur Alexis FAVROT.

CLINIQUE RURALE.

Mauvaise conformation et rétrécissement du bassin. — Perforation du crâne du fœtus. — Céphalotripsie. — Guérison.

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de vingt-cinq ans, primipare et à terme. Elle fut accouchée le 13 mai 1851, par M. le docteur Pillore (de Rouen), en présence de M. Vivefoy, médecin ordinaire de la malade; de MM. Helot, Melays, Duclos et Bouteiller fils, et enfin de Mlle Lepicard, sage-femme de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Voici quelles étaient les circonstances:

1° *Du côté de l'enfant.* — Il était mort depuis vingt-quatre heures, du méconium s'écoulait; on n'entendait plus aucun bruit en auscultant l'utérus; enfin on ne sentait plus les battements du cordon, comme cela avait été possible la veille à travers les membranes.

2° *Du côté de la mère.* — Le bassin offrait, par la mensuration avec le doigt, un diamètre antéro-postérieur qui n'avait pas plus de 7 centimètres à 7 centimètres et 1/2. En outre, il y avait chez cette femme, qui est petite, plus de 3 centimètres (un pouce et demi) de différence entre la hauteur des deux épines iliaques antérieures et supérieures; celle de gauche est plus basse. L'épaule droite est plus élevée que la gauche.

Enfin l'angle formé par les axes des deux détroits est plus aigu que dans l'état normal.

Il y avait trois jours, à partir du 10, que cette malheureuse femme avait commencé à souffrir. Les douleurs cessèrent le 11.

A midi, le 12, les membranes se rompirent. Quelque temps après on constata que l'enfant était mort, et que la dilatation du col était complète. Les eaux en s'écoulant avaient entraîné le cordon, qui fut dès lors en état de procidence.

Le 13, il sembla que le col était un peu revenu sur lui-même, et qu'il était moins ouvert que le 12.

La mort de l'enfant et les dimensions du bassin, qui permettaient le passage de la tête si elle était diminuée de volume, firent écarter toute idée d'opération césarienne en faveur de la crâniotomie.

Avant l'opération, la malade éprouve de temps en temps quelques douleurs, mais seulement dans les reins. Le pouls est à 120, normal pour la force.

L'opérateur voulut d'abord percer le crâne avec des ciseaux de Smellie, il échoua, la tête remuant, au-dessus du détroit supérieur. Il n'y parvint qu'après avoir fixé la tête avec le céphalotribe. Le cerveau s'écoula alors en partie, la tête se réduisit, le céphalotribe fut serré; on tira légèrement, mais l'instrument glissa, après avoir fait progresser un peu le fœtus. Extraction de quelques esquilles. Une deuxième application n'eut pas plus de succès, non plus qu'une troisième. Cependant une quatrième application fut faite; la tête progressa un peu, mais ce ne fut qu'à force de tractions avec la main sur le cuir chevelu que l'on parvint à pratiquer le toucher assez haut pour faire du doigt un crochet que l'on plaça dans l'orbite (un crochet mousse avait été introduit après la quatrième application du céphalotribe, mais sans succès).

La délivrance fut très facile au bout de dix minutes, en allant toutefois chercher le placenta avec la main.

L'opération dura trois quarts d'heure à une heure.

Il y eut après la délivrance une légère hémorrhagie. 1 gramme d'ergot de seigle fut donné. Quelques instants après le pouls redevint comme il était avant l'opération, et l'utérus se durcit bien.

Mais une demi-heure s'était à peine écoulée qu'une seconde hémorrhagie, plus grave de beaucoup que la première, amena une extrême faiblesse du pouls, de la lividité de la face, etc. L'air frais, une potion astringente, quelques titillations du col triomphèrent cependant des accidents.

Le soir, facies pâle, altéré; pouls à 120-130, mais un peu relevé. Les intestins sont pleins de gaz et se dessinent à travers la peau. L'utérus est flasque, incomplétement revenu sur lui-même. De temps en temps quelques légères coliques.

Le 16, commença la fièvre de lait; elle n'offrit rien de bien particulier.

Cette malade était guérie à la fin du mois de mai.

Les difficultés de l'opération et les accidents qui la suivirent donneraient à ce fait un assez haut degré d'intérêt, si déjà il n'était pas utile de le consigner comme un cas de guérison après la céphalotripsie.

Des nævus et des tumeurs érectiles (1).

On donne le nom de *nævus* à certaines taches ou marques cutanées que les enfants apportent en naissant et qui persistent toujours. C'est ce qu'on appelle des envies, ou des taches de naissance.

Les nævus présentent plusieurs formes importantes à sé-

(1) Cet article fera partie de la 2e édition du *Traité des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, par M. le docteur BOUCHUT.

parer, et qu'il est d'ailleurs facile de reconnaître. Les uns sont superficiels, peu vasculaires, et non susceptibles de dégénérescence, et les autres intéressent plus profondément la peau; ils sont très vasculaires, le deviennent chaque jour davantage, et constituent rapidement autant de tumeurs érectiles. Je donne aux premiers le nom de *nævus superficiels pigmentaires*, et aux autres le nom de *nævus érectiles*.

On rapporte généralement dans le monde la production de ces nævus aux écarts d'imagination, aux impressions et aux caprices non satisfaits de la mère. La forme quelquefois singulière de cette altération cutanée, dans laquelle les uns voient l'apparence de cerises, de fraises, de mûres, de framboises, de la tête d'un animal ou de quelque autre objet que ce soit, semble justifier cette étiologie plus que douteuse. Mais rien de tout cela n'est démontré, et tout ce qu'on a dit à cet égard n'est que fantaisie et pure crédulité. Sans nier en aucune façon l'influence toute-puissante de la mère sur les dispositions physiques du fœtus, ce qui n'a plus besoin d'être démontré, il faut attendre des motifs suffisants de créance pour admettre la réalité de cette intervention. Dans l'état actuel de la science, on ignore entièrement la cause du développement des nævus.

Le nævus superficiel pigmentaire existe sur tout le corps, mais plus souvent au visage, sur les paupières et sur les lèvres; il est ordinairement bien circonscrit sous forme de taches étroites ou très étendues; il ne s'élève pas très sensiblement au-dessus de la peau; sa couleur uniforme varie du bistre au brun-foncé, du rouge-sombre au violet-noirâtre; il change peu dans les mouvements d'expiration au moment des cris. Sa surface est assez égale, ordinairement glabre, quelquefois couverte de poils soyeux et fins. Ordinairement ces taches ne font pas de progrès, elles restent dans un état stationnaire quant à la structure et au volume; elles s'étendent proportionnellement aux parties qui les supportent. Elles ne sont pas susceptibles de dégénérescence si on ne les irrite pas, et elles persistent ainsi pendant toute la durée de la vie.

Elles sont formées par une altération superficielle de la peau qui ne pénètre pas dans son épaisseur. Riches de vaisseaux et de pigment, ainsi que l'ont établi MM. de Blainville et Rayer, qui les appelle *taches pigmentaires*, elles paraissent occuper le tissu muqueux de Malpighi.

Comme le nævus superficiel ne détermine pas de douleur et n'a d'autre inconvénient que celui de la difformité, il faut le laisser en repos et ne pas céder aux conseils de ceux qui veulent qu'on les fasse disparaître à l'aide de la suppuration d'un vésicatoire ou d'une escharification superficielle par l'emplâtre de Plenck, composé de parties égales de chaux vive et de savon de Venise; cet emplâtre, qu'on laissait douze heures en place pour produire une eschare suffisante, a le grave inconvénient de produire une vive inflammation et de laisser souvent une cicatrice plus difforme que la tache à détruire.

Il n'est guère qu'un seul moyen convenable à employer pour faire disparaître une de ces taches, c'est le tatouage; mais ce n'est utile que dans un très petit nombre de cas, lorsque la tache est très superficielle et n'est pas trop étendue en surface. On pique assez profondément la peau à des distances rapprochées, et on introduit dans chaque piqûre de l'oxyde de zinc ou de la magnésie calcinée mélangé à un peu de minium; on s'y prend à plusieurs reprises, et on arrive ainsi à colorer la peau par du rose et du blanc, de manière à polir notablement et à dissimuler la nuance morbide rouge-foncé des téguments.

Le *nævus érectile*, que M. Rayer comprend dans la catégorie des taches vasculaires, est une altération cutanée plus dangereuse, et peut être quelquefois l'origine d'accidents graves.

On peut en trouver plusieurs sur le même individu; mais généralement le *nævus érectile* est unique. Il se développe sur toutes les parties du corps, et de préférence sur le visage, la tête et le cou. Il existe déjà très développé au moment de la naissance, ou seulement sous forme d'une tache imperceptible, comparable à celle d'une morsure de puce, et il s'accroît dans les jours qui suivent. Sa forme est celle d'une tache ou d'un grain rouge-brun, noirâtre; ailleurs, au contraire, d'une plaque rougeâtre, livide, violacée, quelquefois granulée, mollasse. Il se présente enfin sous forme de tumeur plus ou moins bien formée, du volume d'une noisette ou d'une noix, quelquefois très saillante et presque pédiculée, ailleurs occupant la totalité du derme et s'étendant au-dessous de lui. C'est ce qui caractérise la véritable tumeur érectile. J'ai dessiné pour A. Bérard un de ces nævus congénitaux chez une femme de trente-deux ans, que je rencontre encore journellement près de ma demeure; ce nævus veineux avait envahi tout le côté droit de la face, devenu tuberculeux, comme un éléphantiasis, et il avait engendré sur la lèvre supérieure un appendice érectile, gros comme le poing, suspendu par un pédicule gros comme le doigt. A. Bérard voulut opérer cette femme, qui s'y refusa, avec raison, s'il faut en juger par l'événement. En effet, dix années sont écoulées, et elle existe encore bien portante. Ce nævus a peu augmenté; tandis qu'une opération l'eût peut-être fait mourir, et certainement, selon moi, n'aurait pu lui enlever tout son mal.

Cette forme de nævus est éminemment vasculaire. De nombreux vaisseaux extrêmement fins, anastomosés les uns avec les autres, sinueux et dilatés en formant des ampoules, composent son tissu que J.-L. Petit désignait sous le nom de tissu variqueux, que d'autres ont appelé fongueux et anévrismatique. Il est évident, d'après l'inspection qui en a été faite, que ces nævus sont constitués par une agglomération de capillaires énormément dilatés et déformés en aréoles dans lesquelles le sang circule aussi facilement que l'eau dans une éponge, et où il peut entrer et sortir sans plus d'embarras; c'est un véritable tissu spongieux que la pression affaisse et qui reprend son volume dès que rien ne lui fait obstacle. A. Bérard a injecté par les artères et par les veines une de ces tumeurs érectiles veineuses de la lèvre. L'injection par la carotide ne pénétra point du tout, et l'injection veineuse ne réussit que très incomplétement. Quelques grosses veines s'emplirent; la masse de la tumeur restait semblable à un tissu aréolaire. Elle fournissait sous la pression ambulante un instrument de la bouillie ensanglantée, semblable au détritus de la rate. Elle était formée de filaments lamelleux dont les cavités canaliformes communiquaient librement les unes avec les autres.

M. le professeur Nélaton a aussi étudié la disposition anatomique des vaisseaux dans un nævus de la lèvre inférieure devenu par degré une tumeur érectile. La masse était formée par des conduits d'apparence veineuse, du diamètre d'un quart de ligne au plus. Il était impossible de suivre un tronc et des ramifications analogues à celles que forment les veines à l'état normal. Chaque conduit, dépourvu de valvules, présentait des ouvertures latérales qui s'ouvraient dans d'autres conduits; les parois en étaient lisses, extrêmement résistantes, comme fibreuses. Enfin, une injection poussée par un point quelconque de la tumeur refluait par toute la surface de la section.

Les nævus sont donc constitués par des capillaires veineux ou artériels anastomosés et déformés, ou par des capillaires artériels et veineux réunis à la fois; mais, à en juger par la couleur et par l'absence des pulsations, ce sont les capillaires veineux qui prédominent: aussi a-t-on décrit ces nævus sous le nom de tumeurs érectiles veineuses. Quand les vaisseaux artériels sont les plus nombreux, la tumeur est le siége de battements isochrones à ceux des artères; mais c'est là une forme très rare. Je ne sache pas qu'on l'ait observée chez l'enfant comme altération congéniale; je ne l'ai rencontrée que chez l'adulte, où elle se développe accidentellement.

Si le diagnostic du *nævus érectile* présente quelquefois des difficultés chez l'adulte, il n'en est pas de même chez l'enfant nouveau-né. La coloration rouge ou violette de la peau malade, sa tuméfaction inégale, sa mollesse, sa vascularité disparaissant sous la pression du doigt et devenant plus prononcée dans le cri et dans les mouvements de l'effort suffisent pour indiquer la nature du mal et de la tumeur érectile, si celle-ci est déjà constituée. Il n'y a pas de confusion possible, à cet âge du moins, et l'on ne confondra jamais le nævus érectile avec les abcès, les anévrismes et les tumeurs fongueuses encéphaloïdes, si communes à un âge plus avancé.

Le nævus érectile dans ses divers états, depuis son origine par un petit grain vasculaire jusqu'à la tumeur spongieuse sanguine, peut rester stationnaire après la naissance; mais ordinairement il s'agrandit, il se dilate par degrés sous l'influence de l'effort et par les cris des enfants; il tend à s'ulcérer et donne lieu, quand il s'ouvre, à une suppuration prolongée ou à des hémorrhagies quelquefois mortelles.

Il faut donc, dès que l'âge et la santé des enfants le permettent, employer les moyens convenables pour arrêter les progrès de ces nævus, ou pour les détruire en totalité si l'on redoute quelque chose de leur évolution.

Quand le nævus érectile reste stationnaire, on peut attendre et temporiser sans crainte; on temporisera peut-être toujours; s'il paraît s'accroître lentement, il faut observer ses progrès et tâcher d'atteindre l'âge de trois ou quatre ans avant de prendre le parti d'une opération; si, au contraire, le développement est rapide, si la suppuration commence, si l'hémorrhagie est imminente ou accomplie, il faut opérer, et cela le plus tôt possible.

Quelques exemples de temporisation intelligente suivie de succès montrent cependant au médecin tout ce que peut la nature livrée à elle-même et combien il serait important de connaître la marche naturelle de toutes les maladies.

Je vois journellement dans mes relations un monsieur de quarante-cinq ans qui vint au monde avec un nævus gros comme une noisette situé à la partie latérale du cou; cette tumeur avait un peu grossi, et il allait être opéré vers l'âge de dix ans lorsque sa mère s'y opposa résolument. Aujourd'hui la tumeur est affaissée et forme une tache noire sans épaisseur à la surface de la peau. MM. Allier, Monod et Watson ont rapporté des faits de ce genre; d'autres ont été observés par M. Moreau, qui les a communiqués à M. Vidal. Ils méritent la plus sérieuse attention.

Un enfant est né avec une marque rouge à la joue, sur la pommette même. Cette marque ressemblait d'abord à la piqûre d'une puce; pendant les premiers mois de l'existence, point de progrès sensibles; mais, à la fin de la première année, on s'aperçut que le point où était la tache dépassait le niveau de la peau. Cette tumeur se gonflait quand l'enfant poussait des cris et se colorait davantage: du rose vif, elle passait alors au rouge écarlate. De la première à la quatrième année, elle s'agrandit encore et prit la forme et le volume d'une belle cerise. M. Moreau fut d'avis de ne pas toucher à la tumeur, plusieurs faits lui ayant appris qu'elle pouvait disparaître spontanément. Dupuytren, consulté ensuite, jugea la tumeur fort grave et conseilla une prompte extirpation. Boyer, qui fut aussi consulté, signala les dangers de l'extirpation et conseilla de comprimer la tumeur. Dubois se rangea du côté de M. Moreau et la temporisation fut adoptée.

L'enfant se développa; la tumeur resta d'abord stationnaire, puis commença à pâlir, à se flétrir vers l'âge de sept ou huit ans. Peu à peu la rougeur et la consistance de la tumeur disparurent; il resta une poche qui ressemblait au péricarpe d'un fruit très flétri; à douze ans, il ne restait aucune trace de ce nævus.

Une autre enfant portait au moment de la naissance, sur le milieu et le haut du front, à l'origine des cheveux, un nævus ayant l'apparence d'une cerise. A huit mois, quand M. Moreau la vit pour la première fois, cette tumeur avait le volume, la forme de la première phalange du doigt médius d'un adulte. Gall, qui avait été consulté, adressa la malade à Dupuytren, qui proposa l'extirpation. M. Moreau, craignant les dangers d'une opération pratiquée sur la tête d'une si jeune enfant et dans le voisinage d'une fontanelle, émit l'opinion d'un ajournement:

1° Parce que l'opération serait plus tard moins dangereuse;

2° Parce qu'en temporisant on pourrait bien voir ce nævus disparaître.

L'enfant suivit en voyage ses parents qui allaient en Suède, où elle resta jusqu'à l'âge de dix-sept ans. On avait adopté la temporisation. M. Moreau a revu cette demoiselle à son retour à Paris, et il n'a trouvé aucune trace de la tumeur du front.

Une autre enfant, la fille d'un agent de change, naquit avec un nævus érectile de même espèce dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, d'où elle s'étendait dans le vagin. M. Moreau proposa encore la temporisation, et il fut approuvé par Dubois. Dupuytren avait proposé l'excision; les parents suivirent le premier conseil, et la nature fit disparaître cette tumeur qu'on n'aurait pu enlever sans le plus grand péril.

Mais les choses ne marchent pas toujours aussi heureusement. Chez un grand nombre d'enfants, la tumeur se développe assez vite et menace d'une rupture prochaine; alors il faut se hâter de la faire disparaître. L'opération ne présente pas de difficultés quand l'altération existe circonscrite sur une large surface de peau saine et loin de parties importantes. C'est, au contraire, une opération très épineuse quand le nævus a pour siége la lèvre ou les paupières, où une perte de substance peut être fort désagréable. Aux paupières principalement, le voisinage de l'œil gêne considérablement les manœuvres opératoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mai 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

M. Dauvergne adresse les travaux suivants:

1° *Du traitement de la dartre squameuse humide*;

2° *Dogmatisme pratique au sujet des maladies dartreuses en particulier*;

3° *Synthèse pathologico-thérapeutique*.

Ces mémoires sont renvoyés à la commission chargée d'examiner le travail de M. Dauvergne.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis.

M. Huguier, en présentant le malade dont l'observation suit, rappelle que M. Demarquay, dans son mémoire sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, a parlé de cette maladie.

Tamisier, âgé de trente-neuf ans, demeurant à Neuilly, place de la Mairie, est atteint d'une hernie inguinale droite, pour laquelle il porte un bandage depuis deux ans. Il a depuis dix-huit ans un varicocèle. On trouve à la verge, au niveau de la base du gland, une couronne de vaisseaux transparents, durs, tortueux, de 3 ou 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux paraissent naître vers le frein du prépuce, contournent le gland, gagnent, en grossissant, sa face dorsale, d'où on en voit partir trois ou quatre un peu plus petits, mais aussi durs et aussi tortueux, et se dirigeant vers la racine de la verge; ils paraissent s'enfoncer dans les tissus fibreux de l'enveloppe de cet organe. On remarque que la muqueuse, ainsi que les vaisseaux veineux, glissent avec facilité sur les conduits déjà décrits, qui semblent être formés par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

La certitude du fait est donnée par M. Huguier, qui fait, avec une lancette, une ponction aux vaisseaux lymphatiques dilatés; ces derniers s'affaissent en laissant écouler un liquide terne à peu près incolore.

M. Huguier demande quel traitement il convient d'appliquer à cette petite maladie.

M. Demarquay rappelle que, dans un cas analogue, M. Beau a obtenu la guérison en passant un petit séton au centre du lymphatique dilaté. Ce séton, laissé en place seulement quelques instants, a suffi pour amener une inflammation oblitérante. Je ferai une observation quant à la coloration du liquide qui s'est écoulé par la ponction. Je l'ai trouvé moins lactescent que celui que j'ai si souvent recueilli par la rupture des varices lymphatiques que j'ai observées.

Atrophie et paralysie musculaire à la suite d'une plaie par arme à feu.

M. Boinet présente un malade qui, dans les journées de décembre 1851, reçut une balle dans la région gauche du cou. Les plaies faites par le coup de feu sont guéries; mais il est résulté de cette blessure un amaigrissement de l'épaule gauche, dû probablement à la lésion des nerfs qui servent à la formation du plexus brachial, et d'où émane le nerf circonflexe. Par suite de la paralysie du deltoïde et des autres muscles de l'épaule, qui sont également atrophiés, la saillie de la tête de l'humérus est très prononcée, et pourrait laisser croire, à la simple vue et en examinant légèrement le malade, qu'il a un déplacement de la tête humérale; ce qui, en effet, a été admis par quelques médecins qui ont examiné ce malade. Il est bien évident que ce déplacement n'est qu'apparent, et que la saillie de la tête humérale ne paraît si prononcée que parce que les parties molles sont considérablement diminuées de volume, atrophiées. M. Boinet pense que, dans ce cas, l'électricité pourrait avoir quelque avantage, et consulte la Société pour savoir quels moyens thérapeutiques il devra employer dans ce cas.

M. Debout rappelle que le malade observé par M. Gosselin, dont l'histoire a été donnée par M. Empis dans sa thèse et qui était affecté d'une paralysie avec atrophie musculaire d'un bras à la suite d'une luxation de l'épaule, est actuellement en voie de guérison. Sous l'influence de la galvanisation, M. Duchenne a en quelque sorte refait les muscles atrophiés, et c'est après cette reconstitution que les muscles reprirent leur action.

Deux exemples d'arrachement d'un orteil et d'un doigt avec entraînement des tendons et d'une partie des fibres charnues de leurs muscles.

M. Debrou, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, présente sous ce titre les deux observations suivantes:

Obs. I. — Le premier exemple a pour sujet un homme qui, descendant de cheval à une porte où il devait s'arrêter, mit d'abord un pied à terre pendant qu'il dégageait le pied gauche de l'étrier; le cheval appuya son sabot sur le bout du gros orteil du pied droit,

qui était déjà posé sur le sol. Le premier mouvement de l'homme, une fois que son pied gauche fut dégagé, fut de retirer fortement le pied droit qui était comprimé par le cheval, au lieu de chercher à faire changer celui-ci de place. Pendant le mouvement brusque et très fort ainsi opéré, le cheval ne lâcha point prise, et il résulta de cette double circonstance : d'une part, une extension énergique faite par la jambe de l'homme, et, d'autre part, une contre-extension faite par la pression du sabot du cheval. L'orteil se rompit sous ces deux efforts dirigés en sens inverse, et la séparation eut lieu au niveau de l'articulation des deux phalanges. Au premier instant, l'homme, heureux d'avoir retiré son pied, se crut quitte pour peu de chose; mais, en voulant marcher, il se sentit blessé, vit du sang sortir, et, regardant alors au pied du cheval, il trouva un bout de son orteil avec des chairs pendantes. Le hasard fit qu'il était à la porte d'un médecin, qu'il venait chercher, M. Malartic, d'Olivet (près Orléans). Ce médecin, dit M. Debrou, recueillit la partie mutilée, qu'il a eu la bonté de m'offrir et que je mets sous vos yeux.

En examinant la partie séparée, on voit qu'elle consiste :

1° En la dernière phalange recouverte de tout ce qui l'entoure, ongle et chairs, celles-ci étant coupées par une section nette au niveau de l'articulation des deux phalanges entre elles;

2° En un long tendon, celui du grand fléchisseur propre du gros orteil, qui seul entre les parties molles a échappé à la section, tient encore à la base de la première phalange et a entraîné avec lui une partie des fibres charnues du muscle.

La longueur totale ainsi arrachée avec la phalange est de 0,34, dont 0,21 pour la partie tendineuse et 0,13 pour la partie charnue. Pour faire comprendre cette disposition, qui semble au premier abord contraire à la disposition naturelle du muscle, puisque celui-ci, à l'inspection sur le cadavre, n'offre un tendon libre que dans l'éteudue de quelques centimètres, je rappellerai qu'une partie du tendon est cachée par les fibres charnues et remonte assez haut à la jambe, et qu'elle a été arrachée ici avec l'épanouissement aponévrotique qui lui sert d'origine.

La plaie de l'orteil donna peu de sang et fut pansée à plat, parce qu'il n'y avait pas de lambeaux de chairs capables de recouvrir sa surface. Elle fut trois semaines à se cicatriser. Il n'y eut point d'abcès, ni d'autre accident notable. Le malade conserva assez longtemps une douleur en arrière de la jambe, dans sa moitié inférieure et le long de son bord interne. Cette douleur gêna d'abord la marche, qui finit cependant par s'établir d'une manière complète. Je n'ai point vu moi-même le blessé et n'ai pas pu constater l'état des parties; mais je tiens de M. Malartic qu'au bout de deux mois il marchait très librement.

Obs. II. — Chez mon second blessé, ce fut le doigt indicateur de la main droite qui fut arraché avec ses tendons, et l'accident arriva de la manière suivante :

L'homme (Isidore Pointereau, fort et vigoureux, âgé de quarante-deux ans) s'arrêtait dans une auberge d'Orléans avec son cheval et sa voiture, lorsque celui-ci eut peur et se mit à ruer. Pour le maintenir, Pointereau voulut prendre la bride de la main droite. Le cheval alors saisit entre ses dents trois doigts de cette main et s'enlève en tenant le malheureux homme comme suspendu en l'air. Celui-ci fit des efforts pour dégager ses doigts, parvint à retirer le médius et l'annulaire de la bouche du cheval, mais l'indicateur resta engagé et se rompit un peu au-dessous de l'extrémité métacarpienne de la première phalange. Dans le premier instant, le blessé ne s'aperçut point de sa mutilation, et, exaspéré par la colère, il se mit à corriger le cheval, sur lequel il cassa le bâton de son fouet en le tenant de la main mutilée elle-même. Ce ne fut qu'un peu après qu'il eut le sentiment de sa blessure. Le doigt fut ramassé, et le malade vint à notre hôpital, où il nous le présenta le lendemain. Je le mets sous vos yeux, comme je l'ai fait pour l'orteil du premier malade.

On voit, en l'examinant, que le doigt entier a été arraché près de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange est brisée et éclatée en plusieurs esquilles. Toutes les parties molles sont circulairement et nettement coupées, à l'exception de denx tendons, celui de l'extenseur propre et celui du fléchisseur commun et profond. Tous les denx sont arrachés dans une longueur à peu près égale de 0,28, et sont accompagnés d'une portion charnue, le second surtout, sur lequel on reconnaît même l'insertion déchirée du lombrical correspondant.

Il n'y eut point d'hémorrhagie. La plaie fut recouverte de bandelettes agglutinatives, après que l'on eut retranché quelques esquilles faites par la brisure de l'os. L'extrémité supérieure de celui-ci (qui était la première phalange) fut d'ailleurs laissée dans son articulation avec le métacarpien.

Il survint quelques accidents : d'abord une bronchite intense qui fut accompagnée de fièvre. Puis le poignet, du côté de l'éminence thénar, l'avant-bras et un peu le bras se tuméfièrent. Des sangsues furent appliquées. Néanmoins il se forma deux abcès qui furent ouverts l'un dans la paume de la main, en dedans du pouce, l'autre au bas et sur le côté interne de l'avant-bras. Des bains et des cataplasmes achevèrent le traitement. Entré à l'hôpital le 24 novembre 1851, le malade en sortit le 8 janvier 1852, conservant encore un peu de gonflement dans la paume de la main, mais ayant sa plaie cicatrisée.

— Des faits semblables à ceux que je viens de rapporter sont assez rares pour qu'il m'ait paru utile de vous les présenter; mais je me hâte de dire qu'ils ne sont pas uniques. Le tome II des *Mémoires des l'Académie de chirurgie* en renferme à lui seul huit exemples, dont sept ont été rassemblés par Morand. Dans tous les cas, il s'agissait de doigts de la main, principalement le pouce ou l'index, qui avaient été arrachés avec leurs tendons dans une grande longueur.

Morand remarque, d'après les faits eux-mêmes, que le danger de ces sortes de plaies n'est pas en général très grand. Il expose avec habileté le mécanisme de l'arrachement des tendons, donne plusieurs figures concernant les pièces anatomiques qu'il a vues, et semble même indiquer qu'il aurait fait des expériences sur le cadavre pour reproduire artificiellement la lèsion qu'il décrit. Après lui, il n'y a donc pas grand'chose ou rien à faire, et si je n'ai pas voulu laisser perdre les deux observations que j'ai l'honneur de vous présenter, c'est qu'il m'a paru que les recueils de nos jours, qui enregistreut cependant tant de choses, sont très peu riches en faits de ce genre.

Je me bornerai à rapporter très brièvement les tentatives que j'ai faites moi-même pour opérer l'arrachement des tendons sur le cadavre. Le résultat est assez facile à obtenir, pourvu que l'on se place dans les conditions où se sont trouvés les blessés, c'est-à-dire si l'on coupe soigneusement toutes les parties qui enveloppent une phalange, à l'exception des tendons. Au moyen d'une traction forte opérée sur le doigt à l'aide d'une corde, on arrache ainsi assez facilement les tendons extenseurs et fléchisseurs dans une grande étendue et avec des fibres charnnes. Ce qui est le plus important à constaster, c'est l'état de la partie d'où les tendons ont été arrachés. Pour en donner une idée exacte, je rapporterai comme il suit ce que j'ai observé au pied et à la jambe, après un arrachement du gros orteil accompagné de son tendon grand fléchisseur.

A la région plantaire on ne voyait aucun désordre. Le tendon manquait seulement dans la coulisse étendue qui lui donne passage et qui était vide sans être dechirée. Au-dessus du calcanéum existait un renflement charnu long de 4 à 5 centimètres, et assez fort, sorte de bourrelet ou de peloton situé sur le bord interne du tendon d'Achille, et qui était formé par un tassement et une agglomération des fibres charnues, lesquelles, entraînées en bas avec le tendon, n'avaient pas pu s'engager avec lui dans la coulisse. Cette disposition est due à ce que le muscle grand fléchisseur du gros orteil a un ventre de fibres assez considérable immédiatement au-dessus de la coulisse calcanienne. Si au milieu des fibres charnues ainsi agglomérées on cherchait le tendon qu'elles recouvrent et cachent à l'état ordinaire, on le trouverait absent, et à sa place était une gouttière capable d'admettre aisément un gros tuyau de plume. Cette gouttière se prolongeait de bas en haut, en diminuant de calibre jusque vers le milieu de la jambe, et se continuait par une gaîne plus étroite presque jusqu'à l'attache supérieure du muscle au péronée. Cette gouttière et cette gaîne marquaient la place laissée vide par le tendon arraché ou par l'aponévrose qui sert d'origine au tendon, laquelle aponévrose avait été entraînée avec lui. Tout le long de la coulisse ainsi formée, les fibres charnues étaient déchirées régulièrement et s'inclinaient en bas, où les plus inférieures donnaient lieu au bourrelet dont j'ai parlé ci-dessus.

Je constatai en outre une déchirure au tendon du long fléchisseur commun des orteils et un arrachement des deux faisceaux tendineux qu'envoie ce muscle aux deuxième et troisième orteils. Cette circonstance résulte d'une disposition anatomique que je n'ai pas besoin de rappeler ici, et en vertu de laquelle le tendon fléchisseur propre envoie au tendon fléchisseur commun un gros faisceau qui se fond avec lui, et va fournir ensuite aux deuxième et troisième orteils. Et il en suit cette conséquence, que l'arrachement opéré sur le gros orteil endommage aussi le second et le troisième.

Cette description me dispense de rapporter ce qui arrive à la main et à l'avant-bras dans l'arrachement d'un doigt. La différence principale consiste en ce qu'il n'y a point de bourrelet charnu au niveau du poignet. Les tendons et leur épanouissement aponévrotique glissent facilement dans les coulisses de cette région avec une partie des fibres charnues, parce que les muscles ici sont régulièrement fusiformes.

M. Robert. Aux deux faits signalés par M. Debrou d'arrachement de doigts avec leurs tendons et aux sept de Morand, il faut encore ajouter les deux qui me sont propres et celui qui a été observé par M. Cloquet à l'hôpital Saint-Louis. Il résulte de mes observations et de celles qui ont été faites avant moi que ces arrachements de doigts avec leurs tendons ne sont pas bien graves. Les deux malades que j'ai vus ont parfaitement guéri; ceux de Morand, de MM. Cloquet et Debrou ont été aussi heureux. Un de mes malades a éprouvé un peu de trismus, mais sans suites graves.

M. Marjolin. J'ai donné des soins à un malade qui avait éprouvé le même accident. Cet homme, qui exerce la profession de tourneur sur métaux, a eu un doigt indicateur arraché sans que l'on puisse bien se rendre compte du mécanisme de l'accident. Dans ce cas, les choses ne se passèrent point comme chez les malades observés par mes prédécesseurs; il survint en effet des abcès, des hémorrhagies, et le malade ne guérit qu'après avoir couru les plus graves dangers.

M. Giraldès a vu, l'année dernière, à Saint-Louis, un malade dont le pouce avait été arraché par un enroulement dans une mécanique; il y eut une section au niveau de la première phalange et du métacarpien.

M. Maisonneuve. Le premier fait rapporté per M. Debrou est bien curieux, car il démontre que l'arrachement a été le résultat des contractions musculaires faites par le malade lui-même pour soustraire son pied à la pression du cheval. Dans ce cas, il y a donc eu rupture d'un muscle en contraction.

M. Gerdy constate, comme M. Robert, le peu de gravité de ces arrachements de doigts; mais cette remarque peut s'appliquer également aux autres lésions du même genre.

M. Huguier a eu occasion d'observer deux malades qui avaient éprouvé des arrachements de doigts. L'un avait eu l'indicateur arraché par un cheval, l'autre le médius et l'annulaire arrachés par une mécanique; dans ce dernier cas, il survint des accidents assez sérieux.

M. Denonvilliers demande à M. Debrou de déposer au musée Dupuytren les deux doigts qu'il vient de présenter, afin qu'ils soient observés par ceux qui voudraient faire l'histoire de ces arrachements. Il ne doute pas que le pouce du premier malade de M. Debrou n'ait été arraché par le fait de la contraction musculaire; quant au second, il est difficile de dire quelle a été la part de la contraction musculaire.

M. Larrey ajoute aux observations qui viennent d'être produites un fait indiqué par quelques chirurgiens militaires et signalé spécialement par son père (*Clinique chirurgicale*, t. Ier) chez les cavaliers. Ceux-ci, en conduisant, par exemple, leurs chevaux à l'abreuvoir, ont l'habitude d'enrouler la bride autour d'un ou de plusieurs doigts, et se trouvent ainsi exposés à une traction violente de la main par un mouvement brusque de la tête du cheval ou par un écart; il en résulte que cet effort imprévu exerce sur les doigts une puissance d'autant plus grande que l'action musculaire, surprise pour ainsi dire, reste nulle ou sans résistance. Le doigt cède donc à la force qui l'entraîne, soit par une traction directe, soit par un mouvement de torsion simultanée; il est rompu, arraché, tantôt près d'une articulation, tantôt et plus souvent dans une articulation même. Un ou plusieurs tendons peuvent se rompre ainsi, soit vers le niveau de la plaie, soit à distance et assez loin jusque dans la portion charnue du muscle ou au niveau de la jonction tendineuse. C'est ce que démontrent quelques-uns des cas cités.

M. Larrey termine la discussion en annonçant qu'il présentera, dans la prochaine séance, une pièce pathologique du même genre qu'il a donnée au musée du Val-de-Grâce.

M. Gosselin fait observer que l'un des tendons fléchisseurs du doigt (le profond) a été rompu à une grande distance de la plaie, l'autre (celui du fléchisseur sublime) l'a été au niveau même de la blessure. Cette disposition s'explique sans doute par cette circonstance, que le tendon du sublime saisi au niveau même de la boutonnière qu'il fournit au profond, et divisé en ce point en deux languettes, a dû offrir moins de résistance que le tendon du profond formant un cordon volumineux, non divisé.

M. Gosselin demande si, dans les cas d'arrachements de doigt, on a vu ainsi l'un des tendons fléchisseurs déchiré à une plus grande hauteur que l'autre, et pense qu'il serait curieux de rechercher lequel s'est le plus souvent rompu à une grande distance de la plaie.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Responsabilité médicale. — Accusation contre un médecin d'avoir délivré un faux certificat. — Une affaire qui intéresse tous les médecins a été jugée, il y a quelques jours, à la cour d'appel de Rouen, chambre correctionnelle. Un médecin était accusé d'avoir délivré un faux certificat à un témoin.

Cour d'appel de Rouen (chambre correctionnelle). — Audience du 27 mai.

L'intérêt mérité que beaucoup de confrères portent au jeune accusé avait attiré à l'audience un assez grand nombre de docteurs en médecine, curieux de suivre les débats de l'affaire dont nous croyons qu'on lira avec intérêt les détails dans l'ordre chronologique.

Au mois de février dernier, une dame C... fut citée comme témoin devant la cour d'assises de Rouen dans l'affaire du nommé Coquet, accusé d'attentat à la pudeur sur l'enfant de cette dame âgée seulement de quatre ans. Elle était arrivée au terme de sa grossesse, et M. Goupil, de Doudeville, son médecin, constata qu'il lui était impossible de se rendre à Rouen. L'affaire fut renvoyée à une autre session.

Mme C... accoucha, en effet, le 29 février.

Le 22 mars suivant, l'affaire Coquet se présenta de nouveau à la cour d'assises. Mme C..., citée comme témoin, ne répondit pas encore à l'appel de son nom. En effet, il eût fallu qu'elle partît de chez elle le 21 mars : or c'était le vingt-deuxième jour après son accouchement; elle avait été souffrante pendant ses couches; elle nourrissait son enfant atteint alors, par parenthèse, du muguet; enfin, un des seins était engorgé; ajoutez à cela que l'on était en hiver et que l'on avait à redouter l'émotion inévitable dans une circonstance de cette nature. M. Goupil lui délivra donc un nouveau certificat pour attester qu'elle ne pouvait se rendre à la cour d'assises.

Le ministère public pensa que Mme C... avait résolu de ne point déposer devant la justice et que son médecin lui avait délivré un certificat de complaisance. Il y avait, il faut le dire, un concours malheureux de circonstances : Mme C... n'avait pas porté plainte lors du viol de son enfant et plus tard elle avait refusé de renseigner le brigadier de gendarmerie.

Quoi qu'il en soit, un médecin d'Yvetot fut chargé par l'autorité d'aller visiter la malade : M. Lefèvre certifia qu'il avait reconnu que Mme C... était bien portante et qu'elle aurait pu faire le voyage de Rouen, quoiqu'elle fût accouchée vingt jours auparavant, quoiqu'elle fût nourrice, quoique son enfant fût malade, enfin quoique l'on fût en hiver. Quant à l'engorgement du sein, M. Lefèvre n'en trouva pas le 25 mars, *sept jours après la rédaction du certificat suspecté.*

En conséquence, M. Goupil fut traduit en police correctionnelle comme prévenu d'avoir certifié *faussement* une maladie propre à dispenser d'un service public.

Devant le tribunal d'Yvetot, M. Morisse, médecin, déposa dans le même sens que l'accusé; il affirma qu'il avait visité aussi madame C... et qu'elle présentait encore les signes les plus certains de faiblesse maladive, et qu'il lui avait été impossible le 22 mars d'aller à Rouen à cause de son état, de celui de son enfant, à cause de la saison et enfin à cause de la nature du service public que l'on réclamait d'elle.

Le tribunal d'Yvetot acquitta M. Goupil.

Mais le ministère public forma appel de la décision. La cour, après avoir entendu M. Cocaigne, substitut de M. le procureur général, en son réquisitoire, et Me Pouyer comme défenseur du prévenu, adoptant les motifs des premiers juges, a confirmé purement et simplement le jugement de première instance.

Nous nous abstenons de toute réflexion sur cette affaire; nos lecteurs en apprécieront facilement la portée, ainsi que le rôle joué dans cette circonstance par les différentes personnes qui ont comparu devant la justice.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire dans laquelle il leur recommande de faire une enquête suivie et minutieuse sur tous les cas d'hydrophobie qui se présenteront. Le résultat devra faire connaître :

1° Le sexe de la personne exposée à la contagion ou atteinte;

2° Son âge;

3° Sa résidence;

4° L'espèce de l'animal qui a fait la morsure;

5° Le mode d'inoculation, ou la nature et le siége des blessures virulentes;

6° Les signes propres à établir l'existence de la maladie chez l'animal supposé enragé, les causes probables à lui assigner, la marche qu'elle a suivie en se transmettant d'un premier individu aux autres, et les différences d'énergie que peut présenter le principe contagieux après plusieurs transmissions;

7° La date du jour où a eu lieu la transmission du mal;

8° Le nombre des individus simultanément mordus, et la proportion de ceux qui ont été atteints de la rage;

9° La date du jour où se sont manifestés les premiers symptômes et la durée de l'incubation;

10° La durée de la maladie;

11° Le mode de terminaison;

12° Les moyens préventifs qui auront été employés pour combattre la contagion;

13° L'époque exacte où auront été appliqués ces moyens et le temps qui s'est écoulé entre leur emploi et l'inoculation;

14° Les moyens de traitement et les remèdes divers mis en usage;

15° Les observations particulières que chaque cas d'hydrophobie pourrait suggérer.

— Un concours pour l'admission au grade de médecin aide-major de 2e classe vient de se terminer au Val-de-Grâce sous la présidence de M. l'inspecteur Alquié. Le jury était composé de MM. Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides; Faure, médecin principal id.; Lacarterie, pharmacien en chef du Val-de-Grâce; Champouillon, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce; Mounier id.; Lustreman, médecin major, professeur id.; Goffrel, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou; Perrier, médecin major au Val-de-Grâce.

Cinquante-cinq candidats ont été reconnus aptes au grade d'aide-major; ce sont les sous-aides chirurgiens dont les noms suivent :

MM. Levié, Paillon, Raoult, Thierry de Maugras, Guipon, Allaire, Barbier, Houneau, Bezins, Douillot, Perrin, Mouillac, Desjardins, Balansal, Wintrebert, Lécart, Noguès, Muller, Miche, Bougel, Campardon, Gillin, Hamel, Lapeyre, Tassard, Robelin, Glaize, Didelot, Viscaro, Bally, Beurdy, Desotteux, Duboscq, Linquette, Obier, Puculle, Nuzillat, Bagnol, Millot, Girard, Marlier, Herbecq, Gronnier, Marquès, Fleury, Vallois, Baraban, Roustans, Ely, Gaillard, Courbet, Lefebvre, Lèques, Lambert, Hanse.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 68. — JEUDI 10 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 68. — JEUDI 10 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an..........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois........	20
	Un an.........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Quelques mots sur la trachéotomie préconisée par M. Marshal Hall comme traitement curatif et prophylactique de l'épilepsie et de l'apoplexie. — Du laryngisme et de ses différentes espèces. De son traitement par la trachéotomie et de la manière de faire cette opération. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — Des nævus et des tumeurs érectiles. — Académie de médecine, séance du 8 juin. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 9 JUIN 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le zèle infatigable de M. Chevallier a conduit hier encore ce savant académicien à la tribune, où il a lu un rapport étendu et intéressant sur un travail de M. Baudrimont, relatif aux eaux thermales de Vichy. Les résultats nouveaux auxquels l'auteur a été conduit prouvent, a dit avec raison M. Chevallier, toute l'utilité qu'il y aurait à refaire avec soin l'analyse de toutes les eaux thermales de France, et à poursuivre ainsi les travaux de la commission instituée par M. Dumas, qu'une question de budget est venue interrompre. Nous avons tant de fois exprimé les mêmes vœux, que nous devons applaudir de grand cœur à ses paroles. Nous avons même la satisfaction d'ajouter que la commission instituée par M. Dumas, et dont fait partie M. Chevallier, est loin d'être morte, et nous sommes assuré que son fondateur attache une telle importance à ce qu'elle remplisse sa mission, qu'il usera de toute son influence pour lui en procurer les moyens.

M. Bousquet a commencé la lecture du rapport annuel sur les vaccinations. Cette première partie, fort intéressante, mais peu susceptible d'analyse, ne peut être appréciée isolément. Nous attendrons, en conséquence, que le travail soit complet.

Ces deux lectures ont occupé toute la séance, un peu courte, de l'Académie, moins cependant que le temps pris par M. Guibourt pour faire connaître sa découverte relativement aux pilules de Blaud. Nous n'étions point, nous l'avouons, de ceux qui pensaient que toute idée d'exploitation fût étrangère soit à M. Blaud, soit à quelqu'un de ses parents ou voisins. Mais était-ce une crainte d'exploitation qui devait empêcher l'Académie d'adopter les pilules de Blaud, si elles sont réellement utiles? Une telle opinion a été appréciée à sa juste valeur, et quand on la voit combattue victorieusement d'un seul mot par M. Orfila, qui de sa vie n'a délivré même l'attestation la plus innocente qu'on pourrait imaginer, il est pour le moins étrange de voir cette opinion soutenue par M. Guibourt, qui doit cependant comprendre mieux que personne que la pharmacie est un négoce, et qu'il n'y a rien de déshonorant à tirer profit d'une invention, d'une modification, en un mot, d'un travail utile. M. Guibourt a néanmoins eu raison de relever les inexactitudes qui se trouvent dans les prospectus et les certificats, si ces inexactitudes sont réelles. L'Académie sera toujours bien venue à empêcher qu'on abuse de son nom et qu'on dénature la signification de ses décisions; mais c'est une raison de plus pour elle de donner à ses décisions un caractère de logique et d'équité qui leur ferait complétement défaut, si elle s'engageait dans la voie où voudraient la conduire quelques orateurs, trop tenaces pour être complétement impartiaux, qui ont pris la parole dans la dernière discussion sur les pilules de Blaud. — H. de Castelnau.

QUELQUES MOTS SUR LA TRACHÉOTOMIE

Préconisé par M. Marshall Hall comme traitement curatif et prophylactique de l'épilepsie et de l'apoplexie.

Un philosophe, ou prétendu tel, a dit qu'un livre n'est jamais si mauvais qu'on n'y puisse trouver quelque chose de bon. Cette maxime a sans doute été inventée pour les bibliophiles qui passent leur vie à chercher des perles dans le fumier; mais elle me semble devoir être très médiocrement appréciée par les hommes qui attachent quelque prix à leur temps, et qui trouveront plus simple de prendre les bonnes choses dans les bons livres que de les chercher laborieusement dans les mauvais.

Quoi qu'il en soit, la maxime dudit philosophe, si elle n'est pas merveilleuse, n'en est pas moins vraie; nous en avons sous les yeux une nouvelle preuve; elle se trouve dans un de ces opuscules qu'un auteur, moins médecin que malade, met de temps en temps au jour sous le titre de : *Etat déplorable des aliénés.* Dans la dernière de ces élucubrations, nous lisons ce qui suit dans le chapitre intitulé : *Quatorzième torture* :

« La trachéotomie (comme traitement de l'épilepsie) » est aussi absurde, aussi atroce que la brûlure, l'exci- » sion des nerfs et l'amputation des membres. »

Cette formule est un peu dure, et ce n'est certes pas celle que nous aurions adoptée pour caractériser une innovation proposée par un homme d'une réputation aussi recommandable que celle de M. Marshall Hall. Toutefois, quand cet honorable savant fit part à l'Institut de sa prétendue découverte, nous ne pûmes dissimuler notre surprise de voir une si étrange communication émaner d'une telle source. Nous étions loin, toutefois, de nous attendre à ce qui est arrivé depuis. Non-seulement M. Marshall Hall n'a pas eu la sagesse de repousser une idée à laquelle un égarement momentané semblait seul permettre de s'arrêter, mais encore il lui a donné une publicité et des développements également dépourvus de fond et de forme scientifiques.

Sous le rapport de la forme, qui ne s'étonnera de voir M. Marshall Hall citer lui-même son propre éloge, et quel éloge! fait par *le plus grand médecin de tous les âges et de tous les pays*, et borner sa modestie à taire le nom de cette grande illustration.

Quant au fond, il est impossible d'avancer des assertions plus dénuées de toute probabilité, quand ce n'est pas de toute raison; d'invoquer des faits plus dépourvus de toute valeur, quelquefois même de toute apparence sérieuse; de faire preuve, en un mot, d'une plus grande ignorance médicale. Ici, c'est un malade qui ressemble à « *un enfant qui aurait aspiré de l'eau bouillante par le tuyau d'une théière* ; » là, c'est « la masse entière du sang qui *passe* à l'état veineux; » ailleurs, ce sont « les acidités de l'estomac qui produisent souvent les crampes des jambes, et qui peuvent bien produire celles du larynx » ; ailleurs encore, ce sont « les convulsions qui produisent les lésions cérébrales. » Enfin, partout c'est un langage que n'a jamais parlé un médecin qui a quelques notions sérieuses sur l'état actuel de la science et sur les principes de l'observation médicale.

Nous n'aurions pas songé à relever la fabuleuse publication de M. Marshall Hall si elle n'avait reçu les honneurs d'une traduction en Belgique et d'une reproduction dans un journal français, sans que, d'un côté ni de l'autre, on ait songé à la faire suivre de quelques remarques critiques. Mais, puisqu'on n'a pas cru convenable de laisser cette publication dans l'oubli dont elle était si digne, nous avons pensé, à notre tour, qu'il ne nous était pas permis de laisser prendre en quelque sorte droit de domicile dans la science, sous l'autorité d'un nom jusqu'ici estimé, à une œuvre dépourvue de toute valeur scientifique et à une méthode thérapeutique justement caractérisée par le malade que nous avons précédemment cité.

Pour nous conformer à nos habitudes, nous avons dû mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs les documents sur lesquels nous venons de porter un jugement. Si ces documents n'offrent pas un très grand intérêt pratique, ils auront du moins le mérite d'être une pièce curieuse pour l'histoire des aberrations de l'esprit humain.

DU LARYNGISME ET DE SES DIFFÉRENTES ESPÈCES.

De son traitement par la trachéotomie et de la manière de faire cette opération.

Par M. le docteur MARSHALL HALL.

Traduit de l'anglais par M. le docteur FALLOT, vice-président de l'Académie royale de médecine de Bruxelles.

Le mot de laryngisme a été réservé jusqu'ici exclusivement pour la forme pathologique connue sous le nom de *laryngismus stridulus*, comme on la rencontre dans l'enfance. Mais cependant, dans ces cas mêmes, le laryngisme n'est pas une *maladie*, c'est un simple symptôme d'une affection plus générale, et, en tant que symptôme, il n'est aucunement borné à une seule forme, à une seule maladie, aux seuls enfants : au contraire, il se présente sous des formes très variées, dans plusieurs maladies et chez les adultes aussi bien que chez les jeunes sujets.

Quels que soient, au reste, les cas où les phénomènes laryngiques se rencontrent, l'affection, bien que simple symptôme, doit être appelée *laryngisme*, sous la réserve toutefois d'en rechercher les diverses formes et les diverses espèces. Inutile de faire observer que, lorsque ces phénomènes sont dus à une inflammation du larynx, on l'appelle *laryngite*.

Ainsi compris, le laryngisme se présente dans plusieurs circonstances :

1° Dans l'apoplexie, à la suite de convulsions, après l'ingestion de poisons narcotiques, dans l'ivresse alcoolique, pendant un profond sommeil, on le rencontre sons forme de *sterteur laryngienne*; dans ces divers cas, il peut être considéré comme *apoplectique;*

2° Dans l'épilepsie, dans les convulsions puerpérales, dans les affections convulsives de l'enfance, après l'ingestion de la strychnine, dans la suffocation, il se présente sous la forme d'une occlusion plus ou moins resserrée de la glotte et doit être considéré alors comme *spasmodique;*

3° Le docteur Hugh Ley a attribué récemment quelques cas de *laryngismus stridulus* à la compression exercée par des glandes du cou engorgées sur le nerf laryngé inférieur ou récurrent. Si ces faits se présentent en effet, ce qui peut être, mais pas aussi fréquemment toutefois que cet auteur le suppose, on peut les considérer comme la forme *paralytique* de l'affection.

Il suffit d'avoir été témoin d'une attaque de laryngisme pour comprendre qu'en cas de gravité ou de prolongation la mort en est l'inévitable conséquence.

C'est ce qui a suggéré à quelques chirurgiens éminents l'idée de recourir à la trachéotomie pour conjurer le danger. Voici l'observation d'un cas où l'habileté de M. Sampson sauva de la maladie un pauvre homme plongé dans un profond état d'ivresse.

Abraham H..., âgé de trente et un ans, fut porté chez moi, dit-il, le 31 mars dernier dans un état de parfaite insensibilité par suite d'ivresse; les pupilles étaient largement dilatées, la respiration stertoreuse, et depuis quatre heures toute espèce de mouvements volontaires était abolie.

J'eus recours immédiatement à la pompe stomacale, etc., et insistai sur la nécessité de recourir immédiatement à la trachéotomie.

A peine la trachée fut-elle ouverte que la distension des veines du cou et de la tête s'évanouit, les efforts violents des muscles expirateurs externes cessèrent, et au bout d'une demi-heure une respiration égale et facile se faisait par la plaie; en même temps les pupilles redevinrent sensibles à l'impression de la lumière et le pouls radial reparut.

Il passa la nuit dans un état de parfaite tranquillité, mais ne reprit connaissance que le lendemain matin.

A cette observation, il faut joindre celle de M. Martin Coates, de Salisbury, relatée dans la lettre suivante :

Salisbury, 26 avril 1851.

Mon cher monsieur,

J'ai eu un cas fort intéressant de laryngisme puerpéral. Je fus appelé chez une femme d'une grande corpulence, d'une constitution molle, qui avait déjà accouché plusieurs fois sans accidents. J'arrivai juste à temps pour soutenir le périnée pendant le passage de la tête. A ce moment, elle se plaignit de gêne de la respiration accompagnée d'une toux sèche, et, avant que j'eusse seulement le temps de lier le cordon, la dyspnée devint extrême; la malade était comme un enfant qui aurait aspiré de l'eau bouillante par le tuyau d'une théière; bientôt les lèvres et la face bleuirent, le regard devint fixe, les yeux saillants; il y eut perte de connaissance. Je lui tâtai le pouls et le trouvai plein et redondant. Je priai les assistants de la placer sur son séant, et lui ouvris la veine aux deux bras, ayant eu soin au préalable d'enlever tout ce qui pouvait comprimer la gorge. A peine vingt onces de sang eurent-elles coulé que la conscience se réveilla, la respiration redevint libre, et, après un quart d'heure de temps, elle était complétement remise de son attaque.

Ce cas avait une telle analogie avec celui rapporté plus haut, d'occlusion accidentelle de la glotte, que, si ma malade n'avait pas été incontinent soulagée, j'aurais saisi mon bistouri et lui aurais ouvert la trachée.

Ici se trouvaient réunis :

1° Spasme et fermeture presque complète de la glotte;

2° Etat voisin de l'apoplexie ou des convulsions.

J'ai l'honneur, etc. W. MARTIN COATES.

A M. le docteur Marshall Hall.

C'étaient là des cas de laryngisme *apoplectique*; mais le laryngisme *spasmodique* constitue évidemment un des plus dangereux accidents de l'hydrophobie et du tétanos. Feu le docteur Physick (de Philadelphie) fut le premier qui proposa la trachéotomie pour les angines; plus tard le docteur Herbert Mayot émit la même opinion. Jusqu'ici c'est à l'observation des phénomènes qu'étaient dues ces vues de traitement; en effet, dans des cas de cette nature-là le danger est imminent, l'opportunité de la médication, tentée pour *sauver la vie*, ne saurait faire l'objet d'un doute.

Mais j'ai une autre proposition à faire, puisée *non plus dans l'empirisme*, mais dans la *théorie* ou *physiologie*. La voici :

Entre la cause excitante des convulsions et les convulsions elles-mêmes se place, comme anneau essentiel de la chaîne qui unit cette cause à ses effets, tant immédiats qu'éloignés, le laryngisme spasmodique, avec occlusion plus ou moins complète du larynx et efforts violents d'expiration. Or, dans quelques cas, les effets de ces convulsions sont une apoplexie mortelle, dans d'autres une para-

lysie, dans ceux-ci une manie, dans ceux-là, enfin, surtout lorsque les accès se répètent, abolition des fonctions.

Or ma proposition consiste à *pratiquer la trachéotomie comme mesure préventive.*

Cette question de l'application de la trachéotomie à la prophylaxie des convulsions épileptiques comprend de grands principes de physiologie.

Avant de m'occuper spécialement de son examen, je demande à relater le cas suivant qui m'a été communiqué par M. W.-H. Cane, d'Uxbridge; cas dont je puis dire, comme je l'ait dit plus baut de celui de M. Sampson, que c'est un des plus beaux faits de la chirurgie moderne.

Uxbridge, 17 mars 1851.

Mon cher Monsieur,

Je fus appelé inopinément, le 1er février 1851, près de Ant..., âgé de vingt-quatre ans. On me rapporta qu'il avait été trouvé comme mort la veille dans un canot. En arrivant près de lui, je le trouvai en proie à des convulsions, la face gonflée, avec extravasation de sang dans les conjonctives, qui étaient livides, extrémités froides, pouls radial imperceptible, quoique le cœur battît encore faiblement. L'extrême gêne de la respiration me fit croire *que la masse entière du sang passait à l'état veineux*, et perdait les qualités nécessaires à l'entretien de la vie. Le platysme mioïde et le sterno-mastoïdien se contractaient vivement, surtout à droite, entraînant jusque sur l'épaule gaucbe le menton, agité lui-même de mouvements convulsifs continuels. L'inspiration s'exécutait par des secousses saccadées et rares. Les veines du cou et de la tête étaient très apparentes et énormément distendues. J'appris des assistants que depuis dix-neuf heures il était dans le même état, avec quelques intermittences, à la vérité, mais sans aucun retour de la sensibilité. Je considérai ce cas comme dû au spasme du larynx et de la généralité des muscles du cou. L'insensibilité était due d'abord à un obstacle au retour du sang du cerveau par suite de cet état de spasme, et entretenue ensuite, et portée jusqu'au degré du coma par le spasme des muscles aryténoïdiens, empêchant la libre pénétration de l'air dans les poumons et une artérialisation du sang suffisante pour l'entretien de la vie. Je ne pus obtenir aucun renseignement sur la cause excitante de cet état spasmodique; mais si *les acidités de l'estomac ou dyspepsie peuvent* (comme cela se remarque souvent) *produire la crampe des jambes*, n'est-il pas facile de comprendre que la même cause en produise dans les muscles du pharynx, surtout quand on se rappelle l'origine et la distribution des branches gastriques et récurrentes du pneumo-gastrique?

Convaincu que le malade était menacé de mourir et que la racine du mal se trouvait dans l'occlusion du larynx, je me décidai incontinent à ouvrir la trachée; tâche difficile, à cause de la distension du cou, de l'engorgement de ses vaisseaux et des mouvements continuels de ses muscles. Cependant je sentis la nécessité de le faire, et je fis sur-le-champ une incision sur la ligne médiane, s'étendant du bord supérieur du sternum jusqu'à deux pouces environ au-dessus. Après la séparation du bord des muscles sterno-mastoïdiens, je tombai sur une grosse veine considérablement distendue (la moyenne thyroïdienne) qui me gênait considérablement à cause de son volume; c'est pourquoi, après l'avoir entourée d'une ligature à chacune des extrémités de l'incision, j'enlevai la portion intermédiaire. Je reconnus alors de suite et divisai les anneaux de la trachée, les bords de cette division furent saisis par le tenaculum et une faible partie en fut enlevée.

Le premier effet de l'entrée de l'air dans la poitrine fut de relâcher le spasme. Il me fut possible de redresser la tête du malade, et en très peu de temps la turgescence de cette partie diminua; la face prit d'abord un aspect tacbeté, devint rouge ensuite, mais pâlit après quelques minutes. Pendant que s'opéraient ces changements la radiale était redevenue sensible; on recourut alors aux moyens propres à ranimer la circulation dans les extrémités.

Je ployai en double crochet le stylet d'une canule de femme que j'introduisis dans la plaie et l'attachai derrière le cou, à l'effet de tenir la trachée ouverte.

C'était à peine achevé que déjà mon malade était revenu suffisamment à lui-même pour essayer de parler. Une heure après je le quittai, et y retournai bientôt avec une canule, que je plaçai dans la trachée, ajustant les lèvres de la plaie et les téguments de manière à les appliquer exactement au pourtour de l'instrument. On ramena les ligatures vers le haut et le bas de la plaie.

Le jour suivant, le pouls battait environ quatre-vingt-dix fois par minute, le malade se trouvait bien sous tous les rapports. Ayant appliqué le doigt sur l'ouverture de la canule, j'appris de lui que, depuis sept ou huit ans, il était sujet à l'épilepsie, et que récemment les accès avaient été plus répétés et plus violents, au point que les deux derniers années il ne pensait pas avoir passé deux jours de suite sans en éprouver un.

A dater de ce moment, il alla bien; la chute des ligatures eut lieu le quatrième et le cinquième jour, et la plaie s'unit par première intention autour de la canule.

Il a continué jusqu'ici (15 octobre 1851) à se bien porter et n'a eu aucun ressentiment de son épilepsie, même sous la forme la plus modérée.

S'il est une circonstance où l'opportunité de la trachéotomie ne puisse être révoquée en doute, c'est celle où, comme dans le cas rapporté par M. Cane, la vie est en jeu. Il est cependant encore un motif de son emploi, dont l'observation relatée autorise admission; c'est l'espoir de mettre désormais les épileptiques à l'abri d'une nouvelle atteinte.

En effet, et alors même que la vie n'est pas menacée, la perspective de préserver les malades de la perte de leur esprit ou du libre usage de leurs membres ne la légitimerait-elle pas suffisamment? Je crois pouvoir abandonner sans crainte la solution de cette question à ceux qui ont eu l'occasion de voir les formes variées des convulsions épileptiques, puerpérales, etc., avec leurs formidables conséquences. Cela sera donc une question de *degré* et de *temps;* il nous faudra l'examiner mûrement chaque fois que nous serons en face d'un malade en proie au coma et à la sterteur, ou à des convulsions, puisque nous savons que la trachéotomie enlève ceux-ci et prévient le retour de celles-ci, ainsi que leurs suites. L'apoplexie, l'épilepsie se présentent sous toutes les formes, dans tous les degrés, non-seulement en elles-mêmes, mais encore dans leurs effets. Elles se présentent et reviennent en se succédant avec rapidité et de manière à menacer la vie ou affaiblir les facultés mentales; elles existent quelquefois sous des formes et dans des degrés à peine appréciables, d'autres fois sous les formes les plus graves, et enfin à tous les degrés et dans toutes les formes intermédiaires. Quel degré doivent avoir atteint ces maladies pour exiger et justifier cette médication? De longues années d'expériences et des essais consciencieux et approfondis sont encore indispensables pour résoudre pleinement cette question.

Peu de médecins, je ne crains pas de le répéter, hésiteront dans l'emploi de la trachéotomie comme remède urgent, lorsque le laryngisme apoplectique menace la vie. Mais la question n'est pas là. Sommes-nous autorisés, en cas d'épilepsie ou d'autres convulsions, à y avoir recours en vue de prévenir le retour et les progrès du mal? Le danger que courent dans un avenir peu éloigné l'intelligence, les mouvements, la vie du malade et l'espoir de le préserver du retour de nouvelles attaques sont-ils un *dignus vindice nodus*, un motif suffisant pour recourir à l'application du moyen dans un mode plus continu, en lui faisant porter un tube dans la trachée? Ayant été témoin, plus souvent qu'aucun autre médecin peut-être, de ces cruelles maladies, surtout de l'épilepsie, je réponds sans hésitation, oui.

Les cas d'épilepsie peuvent être plus ou moins violents ou terribles. Je n'ai pas la prétention de déterminer avec précision ceux où la trachéotomie est indiquée; c'est une affaire de calcul *moral* pur et de choix, dans lequel devra entrer d'une part la crainte de la maladie, de l'autre celle du remède. L'épilepsie peut se présenter dans la forme la plus légère: celle d'une perte simple et passagère de mémoire, ou s'offrir sous la forme la plus grave, telle que convulsions soudaines et violentes, précipitant le malade par terre, sur le feu, dans l'eau, et suivies du coma ou d'apoplexie, de délire, de manie, de paralysie, de démence.

On peut appeler la première forme épilepsie légère (*epilepsia mitior*); elle comprend tout ce qui reste en deçà du laryngisme, comme perturbations des sens, mouches devant les yeux, tintouin, odeur de musc, aura, vertiges, perte de mémoire, trouble ou abolition de l'intelligence, tremblement de tête; plusieurs affections spasmodiques de la face, des yeux, des extrémités.

Alors vient le laryngisme, la dyspnée laryngienne peut-être, l'occlusion complète de la glotte avec efforts violents d'expiration. Ceci constitue, avec les autres anneaux de la même formidable chaîne, l'épilepsie grave (*epilepsia gravior*). Il n'y aura pas lieu de recourir à la trachéotomie pour combattre l'appareil phénoménal qui se trouve de ce côté du laryngisme; mais celui qui est au delà sera efficacement combattu, j'en ai l'espoir et la conviction, par son application opportune. Elle convertit l'épilepsie grave, ou *haut mal*, en épilepsie légère, ou *petit mal.* Si mon espoir se réalise, je considérerai le résultat comme une grande victoire remportée par la physiologie, et surtout par la théorie des mouvements réfléchis dont il est une application, sur l'observation pure. Et ici, qu'il me soit permis de citer quelques mots d'un homme que je considère depuis longtemps comme le plus grand médecin de tous les âges et de tous les pays.

« Encore qu'il ne soit pas agréable de porter un tube dans la trachée-artère pour se préserver de l'épilepsie, cette maladie est néanmoins si affreuse, que vous aurez rendu un bien grand service à l'humanité, si le temps confirme vos vues, si l'expérience s'ajoute à l'heureuse expérience que vous avez faite une fois. Aussi ne saurais-je trop vous engager, mon cher ami, à expérimenter de nouveau, à recueillir des faits nombreux, avec les détails suffisants, avant d'annoncer votre découverte comme parfaitement positive au public. S'il y a plus que coïncidence (et je le crois) dans le fait que vous avez fait connaître, vous pouvez attendre sans trop d'impatience, car le monde savant est averti, et vous avez pris date. Courage donc, mon cher ami, continuez à interroger l'expérience avec la sagacité que vous apportez en toute chose; et si vous êtes dans le vrai, vous ne serez pas plus beureux que moi de votre invention — grande et magnifique invention! — qu'on pourrait placer à côté du problème résolu par M. Leverrier. »

Avant de passer à un autre point de mon sujet, je dois faire, en passant, une remarque à l'endroit de l'apoplexie, et spécialement de cette espèce qu'Abercrombie désigne par apoplexie simple, et pour laquelle je me hasarde à proposer le nom d'apoplexie paroxysmale (*paroxysmal apoplexy*). On peut distinguer cette affection, comme l'épilepsie, en légère et en grave; et le laryngisme est, comme dans l'épilepsie, une chaîne d'union entre les deux, pas aussi distinctement peut-être que dans l'épilepsie, mais cependant encore d'une manière évidente. Les faits relatés par MM. Sampson et Cane en fournissent des exemples. La trachéotomie parvint, chaque fois, à changer la forme grave en forme légère.

Suivent ici quelques conseils sur le manuel opératoire, que nous croyons devoir supprimer.

Si la trachéotomie était faite et qu'un tube fût habituellement porté dans la trachée, on préviendrait les convulsions épileptiques, les puerpérales, celles des enfants, ainsi que leurs funestes effets.

Je généralise cependant mon idée, et l'appliquant à l'apoplexie paroxysmale aussi bien qu'aux convulsions, je me réjouis dans la pensée que la trachéotomie sera un moyen préventif ou curatif dans l'apoplexie grave, aussi bien que dans l'épilepsie grave.

Il est remarquable que, dans l'apoplexie et l'épilepsie, le laryngisme est un chaînon intermédiaire entre la forme grave et la forme légère des deux maladies, simple effet dans celle-là et cause dans celle-ci. Une juste appréciation de ces faits conduit à un principe important de traitement dans l'une de ces affections et de prophylaxie dans l'autre.

Les conclusions auxquelles je suis arrivé sont les suivantes:

1° Que, dans les cas d'apoplexie sans maladie organique, il n'est plus permis de laisser mourir un malade sans que la trachéotomie ait été appliquée;

2° Que, dans les cas d'épilepsie, il ne faut plus laisser marcher le laryngisme avec convulsions et danger de mort, de perte d'esprit ou de celle du libre usage d'un membre, sans faire connaître au malade les ressources qu'il peut trouver dans la trachéotomie.

Je le répète encore une fois: par la trachéotomie, le *haut mal* est converti en *petit mal;* dès que tout obstacle à la libre entrée de l'air, toute cause d'efforts expirateurs violents sont enlevés, cette cruelle maladie est arrêtée dans sa marche; et ce *petit mal* même, dans l'absence de tout ce qui peut porter atteinte au système nerveux, peut rétrocéder et disparaître.

(*The Lancet*, 6 déc. 1851, et *Journ. de méd. de Bruxelles.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Valleix.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Cinquième leçon.)

Pour juger avec exactitude des rapports de cause à effet qui existent entre les accouchements et les déviations utérines, il importe de rechercher l'intervalle de temps par lequel les secondes ont été séparées des premiers.

Chez deux de nos malades, il est incertain de savoir si les symptômes de l'antéversion se sont manifestés à une époque éloignée ou rapprochée de l'accouchement.

Chez trois autres, l'affection n'a commencé qu'après un temps assez long; deux d'entre elles ont subi l'action de causes très évidentes; l'une a éprouvé les effets d'une chute sur le siége, l'autre les effets d'une chute et d'un effort considérable.

Dans l'un des deux cas, les accidents de la déviation ont succédé avec tant de rapidité à la cause qui lui avait donné naissance, le retour de cette cause pendant la durée du traitement a si manifestement compromis la guérison, que nous croyons devoir rapporter le fait qui contient cette double particularité, comme l'un des plus intéressants que nous ayons à faire connaître.

Ce fait a été observé par nous, à l'hôpital Beaujon, sur une femme âgée de trente-sept ans, d'une taille élevée et d'une constitution robuste.

La malade nous apprit, au moment de son entrée, qu'elle avait été réglée à l'âge de treize ans. Deux mois après l'établissement de la menstruation, il s'était déclaré, à la suite d'une émotion morale, une suppression qui avait duré l'espace d'une année; des symptômes de chlorose étaient survenus; un traitement ferrugineux, joint à un séjour à la campagne, les avait entièrement effacés.

A l'âge de seize ans la malade fit une première chute; elle eut, à la suite, des flueurs blanches qui disparurent après un nouveau séjour à la campagne.

Il y a cinq ans, c'est-à-dire à l'âge de trente-deux ans, elle devint enceinte; la grossesse ne présenta rien de particulier; le travail de l'accouchement dura seize heures environ. Remarquons, en passant, que la malade reprit ses occupations au bout de trois mois seulement. Quelques troubles s'étaient sans doute manifestés déjà dans l'état de sa santé.

Une année plus tard, en voulant soulever un lit, elle éprouva dans le côté gauche une sensation de craquement qui se propagea rapidement dans l'aine; à partir de ce moment elle éprouva des douleurs pendant la marche et pendant la défécation.

Nous la vîmes pour la première fois à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le mois de mars 1850. Nous trouvâmes une antéversion. En même temps que le traitement par le redresseur utérin, nous employâmes un instrument imaginé par le docteur Mayer, de Berlin; instrument qui se compose d'une tige de baleine munie d'une éponge à l'une de ses deux extrémités, aplatie à l'autre et percée de deux orifices par lesquels passent des liens destinés à embrasser circulairement le tronc et à fixer l'appareil.

L'utérus fut en partie ramené à sa position normale; il y eut un soulagement notable.

Au commencement de l'année 1851 la malade tomba sur le siége; les douleurs, qui n'avaient pas entièrement disparu, augmentèrent, et la leucorrhée revint.

L'entrée à l'hôpital Beaujon remonte au 16 avril 1851. Nous constatâmes à cette époque une déviation de l'utérus en avant; elle était très prononcée; la situation profonde de l'organe, l'embonpoint extrême de la malade rendirent difficile l'exploration à l'aide du spéculum; il fut impossible de mettre l'orifice interne du col à découvert; le doigt, introduit dans le vagin, atteignit avec peine la lèvre antérieure; elle avait la consistance et la température ordinaires.

Comme on pouvait le prévoir, le cathétérisme utérin ne s'accomplit pas sans obstacle et sans douleur. Il fut renouvelé du 18 au 21 avril.

Le 21, nous introduisîmes le redresseur à flexion fixe; les difficultés furent moindres à la faveur du léger redressement qui s'était déjà opéré dans l'utérus.

Le 25 avril, un écoulement de sang annonça la venue des règles; elles durèrent plus longtemps que de coutume.

Le 3 mai, il ne s'était pas produit d'amélioration sensible; l'instrument redresseur fut introduit de nouveau; la malade le garda pendant neuf jours, et dans cet intervalle de temps se trouva constamment dans un état de bien-être très marqué. Il y eut un écoulement blanc-verdâtre très peu abondant.

Le 16, l'instrument fut replacé pour la troisième fois; il fut enlevé au bout de quatre jours; il était survenu des coliques utérines; il y eut un écoulement menstruel très abondant.

Le 24, l'utérus avait à peu près entièrement repris sa position normale. Au moment où la malade quitta l'hôpital il restait quelques traces d'anémie et des douleurs dans la région périnéale.

Nous la vîmes le 6 juillet, un mois environ après sa sortie; les garde-robes étaient devenues faciles, la leucorrbée avait disparu, l'utérus était complétement redressé, le col avait diminué de volume.

Le 3 octobre, la malade fit dans un escalier une chute qui porta violemment sur le siége; il s'ensuivit des douleurs assez vives dans le ventre et dans le périnée; l'utérus était un peu incliné en avant; nous avons pu craindre le retour de la déviation; il n'a pas eu lieu. M. Leclerc, qui a vu la malade dans le mois de février, l'a trouvée dans un état de santé très satisfaisant.

Une guérison aussi solide est un fait sur lequel nous ne saurions appeler l'attention avec trop d'insistance.

Chez toutes nos malades, si l'on excepte les cinq premières dont nous avons parlé, nous avons vu l'antéversion se produire très peu de temps après l'accouchement; la relation de cause à effet a été incontestable.

Des considérations étiologiques dans lesquelles nous sommes entré, il ressort que l'accouchement, entre toutes les causes de déviation, est la plus puissante; la facilité plus ou moins grande avec laquelle il s'accomplit paraît ne pas exercer une notable influence.

Un certain nombre de nos malades avaient les attributs du tempérament lymphatique; il serait utile de rechercher si cette circonstance n'est pas de nature à préparer et à favoriser les déplacements qui nous occupent en s'opposant à ce que l'utérus, après l'expulsion du placenta, revienne à ses conditions normales.

Nous n'avons trouvé ni tumeurs ni adhérences.

La constipation a été signalée, dans la thèse de M. Ameline, comme une cause d'antéversion; suivant l'auteur, l'instestin distendu par l'accumulation des fèces pèserait sur la paroi postérieure de l'utérus et le refoulerait en avant; il est à remarquer que chez plusieurs malades la constipation n'a existé qu'après le déplacement; elle ne doit donc pas être rangée parmi les causes qui agissent dans le plus grand nombre des cas.

On a dit que l'augmentation de volume du foie et de la rate, et en général des viscères abdominaux, pouvait, en déterminant une pression énergique sur les intestins et médiatement sur la face postérieure de l'utérus, produire la déviation de cet organe en avant. Nous n'avons trouvé dans les annales de la science qu'un seul fait qui puisse justifier cette manière de voir; il est rapporté par Morgagni dans sa lettre quarante-sixième: le foie et la rate étaient volumineux, mais il y avait en même temps une laxité très grande des parois du vagin; il avait été nécessaire, pour soutenir la matrice, d'introduire un anneau. Lorsqu'on lit l'observation dans tous ses détails, on est naturellement conduit à penser qu'il y avait eu prolapsus de la matrice pendant la vie; l'anneau, qui avec le temps s'était chargé d'incrustations, avait été sans doute, avec les manœuvres opérées en vue de relever l'utérus, la cause réelle de la déviation.

Parmi les faits qui se sont présentés à nous dans le cours de

notre pratique, nous n'avons eu à noter aucun engorgement du foie ou de la rate coïncidant avec un déplacement de l'utérus en avant.

A la suite d'observations qu'il a empruntées à Levret, à Desgranges, à M. Rayer et à Mme Boivin, M. Ameline a indiqué en termes très explicites l'influence de l'accouchement ; dans le reste des faits qu'il raconte, il ne tient pas compte de cette circonstance.

Dans l'une des observations dues à M. Rayer, on voit une péritonite précéder la maladie : s'était-il formé des adhérences auxquelles on pût rapporter la déviation ? On ne possédait pas à cette époque des moyens d'exploration qui permissent de trancher cette question.

Levret nous a transmis un fait dans lequel il a trouvé la paroi antérieure de l'utérus engorgée; il n'est pas entré dans de détails à l'aide desquels on puisse juger si l'engorgement s'est montré avant ou après la déviation; le mécanisme de l'antéversion serait facile à comprendre dans la supposition d'un engorgement primitif.

Le *Dictionnaire des sciences médicales* contient un fait où la déviation paraît le résultat d'un carcinome utérin; ici encore l'on doit rester dans l'incertitude et se demander si la matrice avait sa position normale au début de l'affection cancéreuse.

Une femme exerce un effort brusque : elle ressent aussitôt les symptômes de l'antéversion; l'effet suit immédiatement la cause; il ne saurait exister aucun doute relativement à son origine véritable. Un fait de ce genre a été cité par M. Ameline.

Dans une observation due à Mme Boivin, des adhérences sont signalées; comme preuve de leur existence, on invoque des douleurs vives se faisant sentir à l'anneau inguinal droit toutes les fois qu'on cherche à replacer l'utérus dans sa position naturelle. L'argument qu'on avance est au moins fort contestable ; à l'appui de notre manière de voir, nous nous contenterons de citer l'exemple d'une femme atteinte de rétroflexion : chaque fois qu'on cherchait à réduire la déviation, opération qui s'accomplissait sans résistance, il se produisait dans le côté droit des douleurs qui auraient dû avoir leur siége vers le sacrum ; des adhérences, si elles avaient réellement existé dans le cas qui nous occupe, auraient en effet été limitées à la portion postérieure de la matrice. Du reste, nous avons vu fréquemment des douleurs vives se manifester au niveau de chaque anneau inguinal dans des tentatives faites en vue de réduire des déviations qui n'étaient nullement compliquées de brides fibreuses. Il y a là un point obscur qui reste à élucider.

Dans un cas rapporté par Mme Boivin, des adhérences existaient entre le col et la paroi postérieure du vagin ; elles étaient faciles à sentir avec le doigt. Il ne saurait ici subsister aucun doute sur la cause de la déviation.

Nous compléterons ces considérations par une dernière remarque. Nos observations relativement à l'étiologie de l'antéversion sont confirmées par un certain nombre de faits consignés dans différents auteurs ; les exemples qu'on a donnés à l'appui des causes dont l'influence nous a paru contestable ne présentent pas les conditions propres à entraîner une entière conviction.

Pour étudier avec méthode les symptômes de l'antéversion, il est indispensable de considérer la maladie dans son début et dans les manifestations phénoméniques qui ont apparu antérieurement à toute exploration et à tout traitement ; si, en effet, on l'embrasse dès l'abord dans l'ensemble de son évolution, on s'expose à faire entrer dans la description, confondus les uns avec les autres, les effets de la maladie et ceux qu'entraînent à un plus ou moins haut degré le cathétérisme et la présence des instruments redresseurs.

Le premier commencement de l'affection n'est pas toujours facile à fixer. Parmi les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, nous en trouvons un seul dans lequel la maladie ait éclaté brusquement. Une femme, en voulant soulever un lit, éprouva une sensation particulière qui se propagea de l'intérieur du bassin à la région inguinale, et fut immédiatement suivie des symptômes de l'antéversion. Nous avons été témoin d'un début très rapide chez une femme qui tomba malade après avoir fait une chute et s'être livrée à des efforts considérables longtemps et plusieurs fois répétés.

Dans tous les autres cas que nous connaissons, il est impossible de préciser d'une manière exacte le moment auquel remonte la maladie, dont au reste l'apparition a toujours été lente et graduelle. Nous avons rapporté l'histoire d'une dame chez laquelle il n'existait pas de symptômes proprement dits, à part des douleurs spéciales qui survenaient à l'occasion de la miction, principalement pendant la nuit; on se rappelle que nous avons eu soin de mentionner l'extrême incertitude qui régnait sur l'époque initiale de la déviation.

Les symptômes commencent ordinairement par des douleurs dans les aines et dans les cuisses ; bientôt apparaissent une difficulté plus ou moins grande dans la marche et des envies d'uriner plus ou moins fréquentes ; plus tard se montrent des écoulements leucorrhéiques et, en dernier lieu, des troubles du côté des voies digestives.

Tel est l'ordre de succession des phénomènes morbides ; examinons chacun d'eux en particulier pendant le cours de l'affection.

Les douleurs spontanées se sont manifestées dix-neuf fois. Sur vingt malades, nous n'en avons rencontré qu'une seule chez laquelle nous n'avons pu en constater l'existence, même pendant la marche ; encore faut-il remarquer que l'abaissement plus marqué de l'utérus, dont la miction était suivie dans ce cas, donnait naissance à des sensations douloureuses spéciales et engendrait des symptômes que nous avons décrits plus haut.

Les douleurs ont eu leur siége une seule fois dans l'hypogastre, il y avait métrite; une seule fois elles ont été bornées à l'une des deux aines, dix-sept fois elles ont occupé les deux aines en même temps.

Dans un certain nombre de cas elles n'ont pas été égales des deux côtés, la différence nous a paru tenir à des déviations latérales compliquant l'antéversion ; les douleurs avaient plus d'intensité du côté vers lequel l'utérus était incliné.

Cinq de nos malades se sont plaints d'éprouver des douleurs dans l'un des côtés de la poitrine : dans un cas, il s'agissait d'une douleur rhumatismale ; dans un autre, d'une névralgie ; dans les trois autres, nous n'avons découvert rien d'analogue. Les douleurs d'un seul côté de la poitrine ont, du reste, été indiquées par M. Simpson et par d'autres auteurs ; suivant le professeur d'Edimbourg, elles constituent un des caractères principaux de la rétroversion et de la rétroflexion.

Trois fois seulement chez les malades atteintes d'antéversion qui nous les ont présentées, il nous a été permis de les attribuer à la déviation ; deux fois, comme on vient de le voir, elles se rattachaient à des affections nettement caractérisées,

Quatre malades ont souffert des douleurs dans les reins ; deux seulement ont ressenti des douleurs dans le siége; l'une de ces dernières avait des hémorrhoïdes, l'autre se plaignait d'une vive sensibilité à la pression dans la région du périnée.

Au milieu de ces diverses manifestations douloureuses, les douleurs des aines et des cuisses dominent d'une manière évidente par leur intensité et leur fréquence; elles sont pour ainsi dire caractéristiques.

Nous avons trouvé trois fois des douleurs provoquées; dans un cas, la pression les développait sur la partie moyenne de l'hypogastre; dans les autres, sur les parois de la poitrine, elles étaient sous la dépendance l'une d'une métrite, les autres d'un rhumatisme musculaire et d'une névralgie intercostale, dont nous avons eu déjà l'occasion de faire mention.

Cinq malades seulement ont été incommodées par un sentiment de pesanteur vers le périnée; nous avons recherché si chez elles le col de l'utérus n'était pas volumineux. L'événement a confirmé les prévisions qu'il était naturel de former en pareille circonstance. Si d'un autre côté nous avons rencontré des femmes qui n'offraient pas le même symptôme, bien qu'il existât un engorgement du col, nous devons ajouter que toutes les fois que l'engorgement a manqué la sensation de pesanteur a manqué également.

Relativement aux troubles survenus dans la miction, il est à remarquer que, lorsque l'utérus était léger et mobile, les malades conservaient facilement leurs urines; que, dans les conditions opposées, elles avaient de fréquentes envies d'uriner, envies qui allaient jusqu'à causer des douleurs. Le fait suivant, dont nous avons été récemment témoin, démontrera clairement l'influence que peut alors exercer le déplacement de la matrice en avant.

Une femme avait une rétroflexion simple qu'il était facile de réduire, mais qui se reproduisait avec une extrême facilité ; la tendance marquée de la déviation à persister nous engagea à porter le corps de l'utérus en antéversion et à le maintenir dans cette position. Au bout de quelque temps la malade éprouva des envies d'uriner qui se renouvelaient cinq ou six fois par heure, les efforts dont elles étaient suivies donnaient issue à quelques gouttes d'urine. Nous pûmes nous assurer que la déviation artificielle produite par nous n'avait nullement diminué et était la source des symptômes nouveaux dont se plaignait la malade.

Onze de nos malades ont de la difficulté à aller à la garde-robe. Nous avons reconnu, après un examen attentif, qu'il n'existait aucune relation entre ce trouble physiologique et la sensation de pesanteur dans la région périnéale; la défécation nous a paru se faire avec plus de peine chez les femmes, qui, en l'absence de toute sensation de pesanteur, disaient ressentir une sorte de douleur vague du côté du sacrum.

Dans la plupart des cas la menstruation a été régulière ; chez deux malades elle a présenté une abondance insolite; chez une autre un état inverse ; chez une quatrième, le retour de l'écoulement a eu lieu tous les quinze jours.

Parmi ces anomalies de l'écoulement menstruel, il en est une qui s'est produite sous la forme d'une véritable métrorrhagie compliquée de métrite.

L'introduction de la sonde augmentait ou provoquait l'hémorrhagie, et le séjour de l'instrument exaspérait la métrite. Mais il est à remarquer qu'après les premiers jours du traitement, la présence de l'appareil redresseur a entraîné des inconvénients de moins en moins marqués, au point que la malade est arrivée à le garder pendant quinze jours consécutifs sans ressentir aucun des symptômes de la métrite ou de la métrorrhagie.

Nous nous sommes, en cette circonstance, trouvé dans une situation délicate et pleine de difficultés. Si nous n'avions pas retiré l'instrument à temps, l'inflammation aurait pu revêtir un caractère de gravité qu'elle n'avait pas d'abord; si d'un autre côté nous nous étions laissé décourager par les pertes de sang et l'inflammation qui se sont produites, nous n'aurions pas obtenu la guérison radicale d'une affection qui avait jeté la malade dans un état de fâcheuse infirmité et menacé jusqu'à son existence.

A.-H. Margerie.

Des nævus et des tumeurs érectiles.

(Fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Traitement. — Différents moyens ont été employés dans le but de détruire les nævus érectiles par la destruction sur place ou par la transformation en un tissu cicatriciel non susceptible de dégénérescence vasculaire.

La vaccination et l'inoculation du tartre stibié, l'acupuncture et les injections caustiques, la ligature et la compression réussissent quelquefois à transformer le nævus érectile en tissu fibro-celluleux ; l'extirpation et la cautérisation détruisent le mal dans sa profondeur et l'enlèvent en totalité.

La vaccination est une excellente méthode à employer dans le traitement des nævus érectiles qui ne sont ni trop étendus, ni trop volumineux. Elle ne jouit pas de toute la faveur qu'elle m'inspire et qu'elle mérite. Du même coup, elle remédie aux éventualités de la variole et aux conséquences d'une lésion cutanée fort redoutable.

La vaccination doit être pratiquée de bras à bras par de nombreuses piqûres distantes d'un centimètre, disposées tout autour du nævus, et quelques-unes à la surface. Lorsque cette inoculation réussit, les pustules paraissent et se développent comme de coutume. Au septième ou huitième jour, une inflammation très vive, quelquefois alarmante, se manifeste, s'étend en profondeur dans la masse vasculaire du nævus, qui se gonfle et devient très douloureux. Puis, lorsque l'éruption vaccinale sèche, l'inflammation qui environne les pustules diminue, et le nævus, profondément modifié, à demi détruit, s'affaisse lentement et disparaît au bout de quelques mois sous les cicatrices du vaccin. Beaucoup de médecins ont déjà réussi par ce procédé, que j'ai employé deux fois avec un plein succès. M. Boyer l'a mis en usage pour un nævus assez volumineux de la joue et de la lèvre, et il a vu les parties transformées reprendre à peu près leur disposition naturelle. M. Marjolin y a eu recours dans un cas qui ne semblait pas favorable, à cause de l'étendue des lésions, et cependant il a réussi. C'était chez un enfant de six semaines. Le nævus érectile occupait la moitié du crâne et de la face, existant non-seulement sur la peau, mais envahissant la muqueuse du même côté, se montrant dans l'œil, à la surface interne des joues et jusque sur la voûte palatine.

Chacun regardait cette lésion comme étant au-dessus des ressources de l'art.

L'enfant n'était pas vacciné. M. Marjolin eut l'heureuse idée de profiter de cette circonstance, et résolut d'essayer la vaccination comme moyen thérapeutique du nævus. Il fit une douzaine de piqûre seulement sur les limites de la tumeur. Quelques-unes donnèrent lieu à une hémorrhagie que l'on eut peine à faire cesser; une inflammation assez vive se développa, et, quand elle fut tombée, la tumeur commença à diminuer de volume. Au bout de quatre ans, la guérison parut complète ; il restait un peu de tuméfaction au-dessous de la paupière supérieure, à la commissure labiale et à la voûte palatine. Sur le front, dans la tête et sur les joues se voyaient des traces blanchâtres tout à fait semblables à du tissu inodulaire. La cicatrisation fut assez parfaite pour résister à une chute de l'enfant, dans laquelle il se fit au front une plaie contuse non suivie d'hémorrhagie.

La vaccination peut donc avoir de sérieux avantages dans le traitement des nævus ; les faits que je viens de rapporter plus haut, dont je pourrais grossir le nombre en puisant aux archives des vaccinations de l'Académie de médecine, en sont la meilleure preuve. C'est par ce moyen qu'on devrait toujours commencer le traitement des nævus, réservant en seconde ligne, et dans le cas d'échec, les autres procédés que possède la science et dont je vais parler succinctement.

A défaut d'inoculation vaccinale, on a employé les inoculations de tartre stibié, qui produisent des pustules volumineuses, analogues aux pustules de vaccin, du moins quant à la forme.

C'est là une idée fort ingénieuse à laquelle je ne puis qu'applaudir ; mais il m'est difficile de la juger définitivement, car elle n'a encore été que très rarement mise en pratique.

La compression peut être fort utile quand le nævus érectile se trouve placé au front, à la tempe, aux lèvres, etc., ou sur toute autre partie facile à comprimer contre un os. Alors un bandage ingénieusement préparé, d'après l'initiative du médecin, pour chaque cas spécial, appliqué le jour, enlevé la nuit et maintenu pendant deux ou trois ans, suffit pour amener l'oblitération complète des capillaires dilatés. Tout le monde connaît ce fait remarquable rapporté par Boyer, dans lequel ce chirurgien, craignant d'enlever une tumeur érectile de la lèvre supérieure étendue à la sous-cloison nasale, conseilla l'emploi de la compression. La mère de l'enfant se mit à l'œuvre et comprima la tumeur sept heures par jour, en tenant le doigt transversalement appuyé sur la lèvre et en le mouillant avec une solution d'alun. Elle obtint une guérison entière.

Fabrice de Hilden, J.-L. Petit conseillent l'ablation de la tumeur par l'instrument tranchant ; mais il faut enlever un peu au delà du tissu altéré, d'une part, pour ne pas s'exposer à la récidive, et, de l'autre, pour éviter une hémorrhagie. M. Roux, dans un cas de nævus du front qu'il venait d'enlever, a vu survenir une syncope qui pendant quatre heures lui fit craindre pour la vie de l'enfant. Vardrop a vu périr entre ses mains un enfant de dix jours auquel il venait d'enlever une de ces tumeurs grosse comme la moitié d'une orange, et située à la partie postérieure du cou. Dans quelques cas, la tumeur se trouvant aux lèvres buccales, ou au prépuce, ou aux grandes lèvres, on enlève la partie subjacente pour guérir la maladie, on fait aux lèvres une perte de substance comme pour un bec-de-lièvre, on enlève le prépuce, etc.

Vardrop a conseillé de lier l'artère principale qui fournit à la tumeur, afin de faciliter son extirpation. Ce moyen lui a plusieurs fois réussi.

Lawrance a proposé de faire la ligature des nævus. A l'aide d'une aiguille garnie de soie double, il traverse dans son milieu la base de la tumeur, et il a aussi un double fil qui, étant rabattu et serré sur chacune de ses moitiés hémisphériques, les flétrit et les fait disparaître. Il a rapporté plusieurs exemples de guérison par ce procédé.

D'autres chirurgiens emploient les caustiques, et les vantent comme le meilleur moyen de destruction des nævus : ce n'est pas sans quelque raison. On s'est servi du fer rouge ; M. Tarral a proposé la potasse caustique, et cela, quels que soient le siége et le volume de la tumeur. A. Bérard recommandait avec instance l'usage de la pâte de Vienne, dont il s'était parfaitement trouvé ; je m'en suis servi d'après son conseil, et j'ai parfaitement réussi.

Un enfant de onze mois, vacciné, dont le père avait un petit nævus stationnaire sur les épaules, était né avec une tache rosée sur la tempe droite. Cette tache, de la dimension d'une lentille, s'était accrue, avait pris du relief et formait une tumeur présentant le volume d'une noisette. Elle était molle, facile à déprimer par la pression; rouge-noirâtre, elle devenait presque noire au moment des cris de l'enfant. Une seule application de pâte de Vienne pendant dix minutes, au moyen d'un cylindre limitant l'action du caustique, suffit pour faire une eschare profonde intéressant l'épaisseur du tissu altéré. En effet, au bout de quelques jours, sous l'influence du diachylon, l'eschare se sépara des parties saines ; elle était tombée au quinzième jour, et la plaie donna lieu à une cicatrice de bonne nature qui se maintint définitivement.

L'application du caustique n'est pas très douloureuse ; cependant les enfants crient beaucoup. Il survient autour de la tumeur une coloration rouge plus ou moins vive accompagnée d'un léger gonflement. Un peu de sang s'écoule quelquefois du nævus mortifié, mais cet écoulement n'est jamais très abondant et au bout de quelques heures tout a cessé.

Quand le nævus est peu considérable, une seule application de la pâte de Vienne suffit pour le détruire en totalité; dans le cas contraire, la base du mal n'est pas comprise dans l'eschare, et l'on reconnaît au-dessous de la couche de bourgeons vasculaires en suppuration la présence du tissu érectile à la couleur plus foncée de quelques bourgeons charnus. Si la couche de tissu morbide semble peu épaisse, on peut l'abandonner à elle-même. A mesure que la cicatrisation s'opère, on voit peu à peu les bourgeons s'affaisser, prendre une couleur naturelle comme dans les plaies simples qui suppurent, et la simple application du nitrate d'argent suffit pour les réduire.

Mais, pour peu que les restes de la tumeur semblent dis-

posés à persister ou à prendre un nouvel accroissement, on doit faire une nouvelle application de la pâte de Vienne. Cette seconde cautérisation peut être faite dès que l'eschare est détachée et pendant que la plaie suppure, ou bien lorsque celle-ci est entièrement cicatrisée. Il vaut mieux attendre la guérison entière de la plaie, ce qui a lieu dans l'espace de quinze jours à trois semaines, pour faire une nouvelle cautérisation, à moins que ce qui reste de la tumeur ne fasse de suite de rapides progrès dans sa reproduction.

La cautérisation du nævus par la pâte de Vienne, quand elle est possible, a cela d'avantageux qu'elle n'expose les enfants à aucun accident primitif ou consécutif semblable à ceux de l'extirpation, de la ligature et des sétons.

Après la cicatrisation, il reste à la place du nævus une surface blanche, unie et qui reste de niveau avec les tissus voisins.

Voici un bel exemple de guérison obtenue par A. Bérard au moyen de trois applications successives de pâte de Vienne.

Une petite fille de six mois était affectée d'un nævus érectile au-devant du cou. Peu de temps après la naissance, on avait remarqué à cette place une petite tache rouge qui avait été prise pour une morsure de puce. Cette tache s'était progressivement accrue en largeur et en hauteur. Son sommet s'était ulcéré à deux ou trois reprises; il en était résulté de la suppuration sans hémorrhagie et ensuite un peu d'affaissement dans le point ulcéré. Quant au reste, il faisait des progrès extrêmement rapides, et la tumeur avait acquis deux à trois centimètres de diamètre. Elle n'était le siége d'aucun battement.

Le caustique de Vienne fut appliqué et resta environ six minutes en place. L'eschare parut assez profonde. La tumeur cessa de faire des progrès; les portions que le caustique n'a point immédiatement désorganisées sont plus dures qu'avant l'opération et ne se gonflent plus par les cris de l'enfant. La suppuration s'établit autour de l'eschare et à travers plusieurs points de son épaisseur. Sans attendre qu'elle fût entièrement détachée, M. Bérard fit une seconde application du caustique six jours après la première; la tumeur fut recouverte en totalité par la pâte, qui séjourna environ sept minutes. L'eschare offrit une couleur noire et une grande dureté. La santé générale ne fut pas altérée; la réaction locale inflammatoire est faible, et le nævus s'affaisse de plus en plus.

A la chute de l'eschare, quelques points offrant encore une apparence suspecte, une troisième application de caustique fut faite. Cette fois, la pâte ne resta pas plus de cinq minutes en place. Les conséquences locales et générales de son application furent les mêmes qu'après les deux premières cautérisations : quant à la tumeur, elle est entièrement affaissée; des bourgeons charnus d'un bon aspect succèdent à la chute de l'eschare; la plaie ne tarde pas à se recouvrir d'une cicatrice blanche et unie. Plusieurs mois après la complète guérison, rien n'annonçait la reproduction de la maladie.

D'après M. Lallemand, le moyen le plus sûr de provoquer l'inflammation des parties malades et l'oblitération des vaisseaux serait l'emploi de l'acupuncture pratiquée comme il suit :

On introduit dans la tumeur un certain nombre d'épingles à insectes ou d'aiguilles d'acupuncture, qu'on laisse en place plusieurs jours jusqu'à ce qu'elles aient déterminé une inflammation suffisante. Alors on les retire, et la cicatrisation flétrit une partie du nævus. On recommence, et plusieurs applications successives amènent ordinairement une entière guérison. Ce procédé a été modifié par quelques chirurgiens, qui emploient des aiguilles rougies au feu, et par MM. Macilwain, Monod et Curling, qui à la sortie des aiguilles mettent dans leurs trous des brins de fil en guise de séton, qu'on fait suppurer plusieurs mois.

Ainsi M. Monod a opéré à neuf mois une petite fille qui a aujourd'hui quatorze ans, et qui présentait un nævus érectile placé à la face, au niveau du maxillaire inférieure gauche, et ne faisant aucune saillie dans la bouche. Il avait mis des aiguilles nombreuses, maintenues par des fils comme pour une suture entortillée. Au bout de dix jours, le trajet des aiguilles était en pleine suppuration; on les retira; des petits sétons furent introduits et entretenus un an; ils amenèrent la guérison. La cicatrice est à peine visible, souple et peu résistante.

Un autre enfant de sept ans avait la tumeur érectile veineuse dans la paume de la main au niveau de l'articulation de la première phalange de l'index et du métacarpien correspondant. La tumeur avait un rapport intime avec les tendons fléchisseurs. M. Monod l'a traitée par les sétons.

D'abord des aiguilles furent placées et mises à demeure pendant quinze jours. Elles furent remplacées par des sétons renouvelés tous les trente ou quarante jours pendant cinq à six mois.

L'enfant a guéri, et les mouvements des doigts sont restés libres.

M. Lloyd et A. Bérard ont aussi ajouté quelque chose à l'ingénieux procédé de M. Lallemand, ce sont les injections d'acide nitrique et de nitrate acide de mercure dans les conduits ouverts par les épingles ou par les aiguilles. J'ai vu plusieurs fois Bérard recourir avec succès à l'emploi de ce moyen, pour lequel je lui ai quelquefois servi d'aide. Il employait une seringue de verre, garni d'une petite canule en platine proportionnée au diamètre des trous d'épingles.

Une fille de deux ans et demi portait, dans l'épaisseur de la joue droite et la moitié droite de la lèvre supérieure, une tumeur d'une nature veineuse. Neuf mois avant on avait passé à travers la partie superficielle de la tumeur quatorze petits sétons qui produisirent de la suppuration et l'ulcération des parties comprises entre eux et la peau. Après la cicatrisation des plaies, la tumeur s'affaissa un peu dans ce point et continua à grossir dans tous les autres.

Une maladie de l'enfant fit ajourner l'application de nouveaux sétons.

M. A. Bérard enfonça dans la joue six épingles de gros calibre. Après trois jours elles sont retirées et le nitrate acide de mercure injecté dans les trous. La joue devient de suite rouge et dure; des vomissements opiniâtres et abondants surviennent dans les deux jours suivants, accompagnés de rétention d'urine, de faiblesse extrême, de la petitesse et de la fréquence du pouls. Joue tendue, rouge, très douloureuse; la suppuration s'établit dans toute la tumeur. Une eschare de 12 à 15 millimètres de diamètre s'est formée près de l'ancienne cicatrice. Les accidents généraux cessent peu à peu; néanmoins la faiblesse persiste pendant plusieurs semaines, et de temps à autre il revient quelques vomissements.

Les modifications dont la tumeur fut ultérieurement le siége eurent pour résultat la diminution et la transformation d'une partie de son tissu en une substance cellulo-fibreuse; néanmoins il fallut encore à quelques mois d'intervalle recourir aux épingles suivies d'injection de nitrate acide de mercure. A chaque fois l'injection détermina le retour de quelques vomissements et provoqua des phénomènes locaux d'inflammation très prononcés quoique moins violents qu'ils n'avaient été à la première.

Six mois après le commencement du traitement, l'on n'aperçoit plus de traces de tissu érectile ni sur les joues, ni sur la lèvre, tant du côté de la peau que de la membrane muqueuse de la bouche; seulement ces parties semblaient être hypertrophiées.

M. Bérard voulut attendre avant d'en venir à une nouvelle opération, et en effet, les parties ont peu à peu diminué pendant les trois années qui suivirent la cessation du traitement. Cette diminution aurait peut-être continué spontanément; mais les parents empressés voulurent qu'on fit l'excision de ce qui était exubérant, et une excision assez épaisse sur la face interne de la lèvre et de la joue ramenèrent à peu près les parties à leur disposition normale.

Dans les cas où la cautérisation par la pâte de Vienne n'est pas applicable, l'acupuncture combinée à l'injection des acides peut donc être employée; seulement, au lieu de nitrate acide de mercure, qui détermine presque toujours des accidents toxiques, il vaut mieux se servir d'acide nitrique, qui n'a point les mêmes inconvénients.

C'est encore une modification de ce procédé que nous devons à Brodie et à Curling. Ces chirurgiens ont ponctué la peau à quelques millimètres de la partie malade avec un bistouri très mince, et cela de manière à le faire pénétrer jusqu'au milieu du nævus pour lui imprimer un mouvement d'arc de cercle dans le but de lacérer les parties. Ensuite ils ont remplacé le bistouri par un stylet trempé dans une forte solution de nitrate d'argent. Cette cautérisation leur a suffi pour arrêter l'hémorrhagie et pour produire une inflammation qui tend à l'oblitération du nævus.

Divers accidents peuvent compliquer l'opération et le traitement, mais ils varient suivant le procédé opératoire mis en usage. Ainsi l'hémorrhagie est assez souvent la conséquence de l'excision des nævus érectiles pour qu'on ait renoncé à ce moyen; l'inflammation et l'érysipèle résultent des ligatures, des sétons, des injections caustiques dans les trous faits par l'acupunture. Ces accidents sont quelquefois très graves et de nature à occasionner la mort, mais cependant ils ne sont pas sans remède. Il en est un peu connu, c'est la formation d'abcès multiples dans le tissu cellulaire comme s'il y avait eu résorption purulente. Deux fois M. Mavel a vu survenir cet accident à la suite de l'emploi de l'étranglement fractionné des nævus. Ces faits ont été publiés il y a quelques mois dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Aphorismes.

1° Il y a deux espèces de nævus, les nævus pigmentaires et les nævus érectiles. Ce sont des altérations produites par l'accumulation du pigment et l'augmentation plus ou moins considérable du nombre et du volume des capillaires de la peau, transformés en une masse spongieuse érectile.

2° Les nævus pigmentaires ne disparaissent jamais, les nævus érectiles persistent presque toujours.

3° Si le nævus érectile s'agrandit trop vite et menace de rupture, il faut le détruire sur place, ou le transformer en tissu non susceptible de dégénérescence vasculaire.

4° Les nævus se transforment en tissu fibro-celluleux sous l'influence de la vaccination, de l'inoculation stibiée et de l'acupuncture, suivie d'injections caustiques. Ils disparaissent pour toujours quand ils sont bien attaqués par un caustique tel que la pâte de Vienne.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juin 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle comprend les pièces suivantes :

1° Relation d'une épidémie de *gale*, par M. Mathieu, médecin des épidémies de l'arrondissement de Cosne;

2° Relation d'une épidémie d'angine gangréneuse, par le même;

3° Relation d'une épidémie de fièvre scarlatine, par M. Bucquoy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne;

4° Tableau des vaccinations du département des Ardennes;

5° Deux échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

M. François, ingénieur des mines, adresse une note descriptive d'une cuvette construite à Labassère pour conserver l'eau minérale de cette localité.

— A propos de la correspondance, M. Guibourt présente à l'Académie deux flacons de pilules de Blaud, prouvant non-seulement que le neveu de ce médecin se propose d'exploiter ces pilules, mais que ce médecin se prête lui-même à cette exploitation, puisque sur ces flacons se trouve une étiquette contenant un certificat de M. le docteur Blaud. M. Guibourt ajoute que, dans ce certificat et dans le prospectus, on avance deux assertions également fausses, en prêtant à Double des paroles qu'il n'a pas prononcées et en déclarant que l'Académie de médecine a reconnu l'inaltérabilité des pilules de Blaud. — Ces renseignements seront transmis à la commission nommée.

— M. Velpeau présente un mémoire au nom de M. le docteur Cabaret, de Saint-Malo, bien connu de l'Académie.

RAPPORTS.

Eaux de Vichy.

M. Chevallier lit un rapport étendu sur un travail de M. Baudrimont, relatif aux eaux minérales thermales de Vichy. Les observations de M. Baudrimont sur les propriétés physiques et chimiques des différentes sources de Vichy, qui ont conduit l'auteur à plusieurs résultats nouveaux, prouvent, dit M. Chevallier, la nécessité de faire de nouvelles analyses des sources minérales en général. (Remercîments à l'auteur. — Adopté.)

Vaccine.

M. Bousquet lit la première partie du rapport annuel sur les vaccinations.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Chronique et nouvelles.

Une commission mixte, composée de membres désignés par les ministres de la guerre, de la marine, des finances et de l'instruction publique, est chargée de reviser les programmes d'admission aux écoles spéciales du gouvernement (Ecole polytechnique, Ecole militaire, Ecole navale, Ecole forestière), ainsi que les programmes de l'enseignement scientifique des lycées, et d'indiquer les modifications qu'il y aurait lieu d'opérer dans ces différents programmes pour les mettre en harmonie les uns avec les autres.

De cette commission font partie MM. Bérard et Dumas.

— On lit dans le journal de Bagnères-de-Bigorre :

« Nous apprenons avec satisfaction que le propriétaire des *Bains de Versailles*, dont la source semblait depuis quelques années éprouver certaines modifications dans sa température et dans son volume, vient de faire exécuter, sous l'habile direction de MM. Lias et Pujo, des travaux de captage qui ont eu le résultat le plus favorable. Il a suffi de remplacer l'argile dont on se servait anciennement par du béton pour ramener à son état primitif la précieuse *Source de Versailles.* »

— L'hospice des Vieillards de Bordeaux vient d'être le théâtre d'un violent incendie, dont les ravages, qui sont considérables, ne peuvent encore être exactement appréciés. Quoique le sinistre ait éclaté pendant la nuit, on a eu la consolation de sauver de la mort tous les malheureux qui habitaient l'établissement.

— Un opuscule sans importance, qui vient de paraître avec un titre analogue à celui de l'ouvrage que prépare depuis longues, à notre connaissance, notre confrère M. Réveillé-Parise, nous engage à donner ici le titre complet de cet ouvrage, qui ne tardera pas d'ailleurs à paraître à la librairie de M. J.-Baillière : *Traité de la Vieillesse, médical, hygiénique et philosophique*, ou recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence.

Ce traité formera un volume in-8° de 450 à 500 pages. Il a pour épigraphe le piquant aphorisme de Larochefoucault : « Peu de gens savent être vieux. »

Erratum. — Dans la lettre de M. Petel, p. 262, 2e colonne, 16e ligne, au lieu de : constituant ainsi un T renversé, lisez un H renversé.

Bulletin bibliographique.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne; par A. Grisolle, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine. — Cinquième édition, considérablement augmentée. Juin 1852. Deux forts volumes grand in-8°, ensemble de 1,664 pages. Prix, 18 francs.

Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes; par L. Figuier, docteur ès sciences. 3 volumes. Prix : 10 fr. 50. — Le tome 1er comprend : Photographie, Télégraphie aérienne et électrique, Ethérisation, Galvanoplastie et Dorure chimique. — Le tome II comprend : Aérostats, Eclairage au gaz, Planète Leverrier, Poudre de guerre et Poudre coton. — Le tome III comprend : Machines à vapeur, Bateaux à vapeur, Chemins de fer.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Masson, édit., place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen. In-8°. Chez Noblet, rue St-Dominique, 56, à Paris.

Traité du goitre et du crétinisme, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins dans le bassin de l'Isère, des Hautes et des Basses-Alpes, par le Dr P. Niepce, inspecteur des eaux minérales sulfureuses d'Allevard. Paris, 1851-1852. 2 vol. in-8°. Prix : 9 fr. 50 c. Le tome II seul, 3 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 69. — SAMEDI 12 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 69. — SAMEDI 12 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an.......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBOOMADAIRE. Quelques mots sur la rupture du tendon d'Achille. — Cautère électrique. Application de ce nouveau mode de cautérisation au traitement des tumeurs érectiles sous-cutanées. — Traitement de la fièvre puerpérale par l'aconit. — Plaie de l'artère radiale. Ligature de l'humérale. — HOPITAUX. — BEAUJON (M. Grisolle): De l'éthérisme contre la contracture idiopathique. — SAINT-LOUIS (M. Cazenave): Quelques considérations sur une forme de maladie cutanée peu décrite, l'ecthyma aigu. — OU VAL-DE-GRACE (M. Champouillon). Fièvre intermittente par cause traumatique. — HÔTEL-DIEU OE LYON (M. Devay). Observation de rétention prolongée du placenta — Spasme de l'œsophage guéri par la strychnine.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Quelques mots sur la rupture du tendon d'Achille. — Existence d'un symptôme assez rare dans cette maladie.

M. Velpeau, à propos d'un malade couché au n° 9 de la salle Sainte-Vierge, à la Charité, et atteint d'une rupture du tendon d'Achille, présentait dernièrement sur cette affection quelques considérations historiques et pratiques qu'on ne lira pas sans intérêt.

Il n'y a pas longtemps encore que, depuis l'histoire lamentable de Monro, qui s'était rompu le tendon d'Achille et qui resta infirme toute sa vie, tous les chirurgiens regardaient cette affection comme très dangereuse et comme incurable. A. Paré, J.-L. Petit, Desault Boyer, ont émis cette opinion, d'accord d'ailleurs avec ce qu'avaient dit les auteurs les plus anciens. Il régnait alors dans la science une doctrine essentiellement fausse; on croyait que les tendons, en général, ne se cicatrisaient pas, ou du moins qu'ils ne pouvaient pas se resouder. Aussi avait-on imaginé une foule de machines, d'appareils compliqués, gênants et plus nuisibles qu'utiles. Monro avait, pour lui-même, inventé une machine qui nous est restée; mais cette machine n'empêcha pas qu'il restât infirme pour le reste de ses jours.

Un malade s'était-il rompu le tendon d'Achille, on lui appliquait au plus tôt un appareil; on plaçait le membre dans une telle position, et pendant si longtems, que quand on enlevait l'appareil ce membre était détérioré et le malade infirme. On avait aussi songé à la suture; mais, comme on le pense bien, les chirurgiens la considéraient comme très dangereuse.

La ténotomie vint changer le cours des idées jusqu'alors reçues. M. Velpeau a enseigné dans ses leçons et en 1831 il a publié que les tendons rompus pouvaient se resouder, se cicatriser et reprendre leurs fonctions. Il a apporté des observations précises à l'appui de cette assertion, et maintenant tous les chirurgiens savent qu'une rupture de tendons n'est pas aussi dangereuse qu'on avait pu l'écrire.

Le malade à propos duquel ces réflexions étaient faites était entré dans le service de M. Velpeau, le 14 avril, pour une rupture du tendon d'Achille, qui lui était survenue dans un effort violent. Tous les symptômes de cet accident ont pu être observés chez ce malade. Mais on pouvait remarquer, en outre, quelque chose qui n'est pas commun dans ce genre d'affection : il existait une collection abondante, un épanchement assez considérable entre les deux bouts de la rupture.

On n'appliqua aucun appareil mécanique particulier : le membre fut simplement placé sur un coussin; des compresses résolutives furent mises en usage dans les premiers jours, puis un bandage roulé et quelques compresses graduées sur chaque côté du tendon furent appliqués.

Le 3 mai, la continuité du tendon paraissait bien rétablie; la tuméfaction due à l'épanchement s'était affaissée. Néanmoins le malade dut encore garder le repos pendant quelques semaines, et il sortit bientôt exécutant parfaitement tous les mouvements, mais en emportant la recommandation expresse de tenir un bandage roulé pendant quelque temps, et il pourra bientôt se servir de son membre.

Lorsque le tendon d'Achille est ainsi rompu, sa gaîne, qui est extensible, ne se rompt pas; les deux bouts du tendon s'écartent; la gaîne se vascularise; il se fait dans l'écartement des deux bouts de la rupture un épanchement de substance organisable; la gaîne se vascularise de plus en plus, s'épaissit, et enfin, au bout d'un certain temps, il se forme une substance qui constitue une véritable pièce sur-ajoutée.

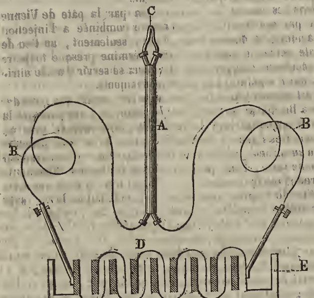
Certainement, dans ces cas, le membre a besoin d'un certain temps pour reprendre sa vigueur première; mais il arrive un moment où la longueur et la portion de tendon nouvellement formée est diminuée de longueur et assez régulière à sa surface pour que le tendon tout entier glisse avec autant de facilité qu'avant l'accident. Le malade est alors tout à fait guéri.

En résumé, la rupture du tendon d'Achille n'est pas une affection dangereuse, *quand on n'emploie aucun appareil.*

Cautère électrique. — Application de ce nouveau mode de cautérisation au traitement des tumeurs érectiles sous-cutanées.

Nous avons dit, il y a quelques mois, à propos d'une nouvelle venue d'Allemagne et annonçant l'application, faite dans ce pays, de l'électricité à la cautérisation des parties vivantes, que nous avions vu depuis longtemps M. Nélaton mettre en pratique ce mode de cautérisation, et que nous attendions les résultats d'une plus longue expérience pour en entretenir nos lecteurs. Ces résultats sont maintenant suffisants pour que l'utilité et la facilité d'application du nouveau caustique ne puissent faire l'objet du moindre doute. Nous allons rapporter sommairement aujourd'hui un des faits dans lesquels la cautérisation électrique a été mise en usage, ainsi que les observations pratiques qu'a faites M. Nélaton à propos de ce fait.

Voici d'abord quelques détails descriptifs sur l'appareil employé, et qui est une pile de Muncke. Nous devons ces détails, ainsi que le dessin qui les accompagne, à l'obligeance de M. Rabot, interne en pharmacie distingué des hôpitaux.



A. Manche isolant en bois.
B, B. Fils conducteurs.
C. Tige en platine, figurant un petit cautère conique.
D. Pile de Muncke, plongeant dans l'auge.
E. Auge pleine d'eau un peu fortement acidulée.

La pile employée se compose de quarante éléments, dont chaque plaque a 10 centimètres de côté. La figure en représente la coupe horizontale, ou le plan. Le courant électrique qu'elle développe est suffisant pour rendre incandescent un fil de platine ayant 1 millimètre de diamètre. Ce fil de platine ferme le circuit électrique en réunissant les deux pôles à l'extrémité du manche isolant A, traversé par les conducteurs. Si l'on prenait un cautère de dimensions moindres avec la même pile, il serait immédiatement fondu; si, au contraire, on lui donnait une plus grande surface, l'action de la pile serait trop faible pour l'amener à la température nécessaire. Ces dimensions, auxquelles on a été conduit par une expérience répétée, sont donc les plus convenables. Une seconde suffit pour amener le cautère au rouge-blanc.

Comme le point de réunion du circuit électrique est le seul où s'opère le dégagement de chaleur, il en résulte que tout le reste de l'appareil se maintient à la température ordinaire, et qu'on peut ainsi plonger le cautère dans une cavité profonde sans qu'aucune des parties environnantes, à l'exception de celle qui est directement en contact avec l'extrémité des conducteurs, ressente l'action du calorique.

Dans l'application que nous avons vu faire de ce caustique sur une tumeur érectile, on plongea le petit cautère, aussitôt qu'il eut rougi, dans un point de la circonférence de la tumeur et on le fit mouvoir dans différentes directions, de façon à bien cautériser la face adhérente, la base ou pédicule de la tumeur.

Cette manœuvre avait pour but de détruire les vaisseaux artériels, et surtout veineux, qui sont en bien plus grand nombre, et qui viennent l'alimenter, ou mieux encore la former presque tout entière.

Comme la pile peut fonctionner avec une égale force pendant les quelques minutes nécessaires à l'opération, le cautère terminal en platine conserve toujours sa température initiale (rouge-blanc), et la cautérisation est aussi rapide que certaine.

Pour ma part, disait M. Nélaton à propos de cette opération, je crois que ce moyen d'attaquer les tumeurs souscutanées est le meilleur que nous possédions; car le cautère ordinaire devrait avoir de petites dimensions, et il se refroidirait trop vite; l'opération serait longue, douloureuse, incomplète.

Le caustique de Vienne, qui nous donne de si bons résultats pour les tumeurs érectiles cutanées ou artérielles, présente des inconvénients si l'on veut étendre son action aux tumeurs érectiles sous-cutanées ou veineuses. Une fois la couche superficielle attaquée, les veines nombreuses qui composent la tumeur donnent du sang en abondance. Ce sang s'écoule en emportant avec lui une grande partie du caustique, et le but du chirurgien est bien incomplétement rempli. Il faut plusieurs séances, et encore souvent on ne peut être certain de réussir complétement, c'est-à-dire d'avoir cautérisé toute la plaque veineuse érectile.

Tels sont les inconvénients qui font préférer, avec raison selon nous, à M. Nélaton, la cautérisation avec le cautère électrique, inconvénients qui disparaissent avec elle, et sont remplacés par les avantages suivants :

1° Le fil de platine qui forme le cautère est petit; la perte de substance de la peau sera donc petite, et la cicatrice définitive presque nulle.

Or, c'est là une considération importante; car presque toutes ces tumeurs ont pour lieu d'élection un point de la face, des téguments du crâne, de la poitrine, toutes régions où le chirurgien doit ménager avec grand soin l'étendue des cicatrices, indélébiles comme le sont toutes celles produites par les caustiques.

2° Avec le cautère électrique, on détruit sûrement et rapidement en un instant tous les vaisseaux qui alimentent la tumeur.

3° Quant aux accidents qui pourraient se développer à la suite de l'emploi de ce moyen, ils ne sauraient être beaucoup plus graves que ceux déterminés (bien rarement) par les cautérisations ordinaires. Dans les cas déjà assez nombreux où M. Nélaton a fait usage du nouveau cautère, ces accidents ont d'ailleurs été complétement nuls.

La remarquable propriété de ce nouveau cautère de ne s'échauffer que dans le point précis qu'on désire faire agir laisse apercevoir sur-le-champ les nombreuses et utiles applications que permettent d'espérer les premiers et fructueux essais que nous venons de mentionner. En effet, quatre cas de tumeurs érectiles ont été, à notre connaissance, traités avec un succès complet.

Traitement de la fièvre puerpérale par l'aconit.

La malade dont il a été question dans notre dernière *Revue*, et à laquelle M. P. Dubois a prescrit la teinture d'aconit, a éprouvé depuis huit jours des phénomènes qui méritent de nous arrêter un instant.

Il faut remarquer d'abord que cette malade est la seule, aussi gravement atteinte, qui ait autant résisté à une affection qui, on le sait, entraîne si promptement et presque si fatalement les malades au tombeau. Au seul point de vue de la durée inaccoutumée de la fièvre puerpérale, ce fait offrirait donc un véritable intérêt; mais là ne se borne point cet intérêt. Non-seulement la malade a continué à vivre, mais encore elle a éprouvé une véritable amélioration, qui, sans être décisive, est néanmoins assez grande pour qu'on puisse espérer légitimement une guérison. Ce qui permet de l'espérer encore, c'est qu'avec l'amélioration coïncide l'apparition d'abcès multiples extérieurs, abcès qui se sont manifestés dans les cas rares où l'on a pu croire à la guérison d'une infection purulente, et la fièvre puerpérale à forme grave est surtout une infection purulente. Ces abcès ont d'ailleurs le caractère des abcès produits par une infection ou par une diathèse, c'est-à-dire qu'ils se forment rapidement, presque sans être précédés de douleurs et des autres phénomènes de l'inflammation locale.

La dose de la teinture d'aconit a été progressivement augmentée depuis les premiers jours. De 2 grammes et demi, dose qui avait été prescrite il y a huit jours, M. P. Dubois l'a progressivement portée, par augmentation d'un demi-gramme par vingt-quatre heures, jusqu'à la dose de 4 grammes et demi. Cette dernière dose est administrée depuis deux jours. Aucun phénomène de nature toxique ne s'est manifesté, et le médicament a été parfaitement supporté.

Nous nous abstiendrons certainement de rien conclure d'un fait qui n'est pas lui-même encore complet; mais il est évident que la marche inaccoutumée qu'a suivie la fièvre puerpérale dans ce cas autorise, et même doit encourager les praticiens à tenter une expérimentation d'autant plus licite, qu'elle se fait dans une affection à peu près constamment mortelle.

Près de la malade dont il vient d'être question, s'en trouvait une autre atteinte de la même maladie, mais d'une forme en apparence beaucoup moins grave. Chez cette malade, traitée par les moyens habituels, la maladie s'est aggravée, et la marche qu'elle affectait semblait devoir inspirer des craintes sérieuses lorsque la malade voulut se faire transporter dans son domicile.

Plaie de l'artère radiale. — Ligature de l'humérale.

On a dit qu'il y avait chaque année à Paris un exemple de plaie artérielle produite en pratiquant une saignée. Nous ne savons si cette statistique est bien exacte; mais ce qu'il y a de certain, c'est que depuis quinze ans nous avons vu dans les hôpitaux de Paris une dizaine de cas de ce genre, et nous ne croyons pas les avoir vus tous. Le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis, en renferme en ce moment un qui semble devoir se terminer de la manière la plus fatale.

Cette fois, ce n'est pas un élève encore inexpérimenté qui a blessé l'artère, mais une sœur de charité à qui un vieil abus, qui ne semble pas, tant s'en faut, sur le point de disparaître, laisse, sinon le droit réel, au moins le droit effectif de pratiquer la petite chirurgie et même de la diriger. La plaie, dans le cas actuel, était assez inquiétante pour que M. Denonvilliers ait dû pratiquer immédiatement la ligature de l'artère humérale. A la suite de cette ligature, des symptômes de gangrène se sont manifestés, ont fait des progrès assez rapides, et hier tout faisait déjà craindre une mort prochaine. Il serait bien à désirer que des exemples aussi déplorables engageassent l'autorité à interdire au moins la pratique de la saignée à des personnes complétement étrangères aux connaissances médicales et qui, avec les meilleures intentions du monde, peuvent occasionner d'irréparables malheurs.

HOPITAL BEAUJON. — M. Grisolle.

De l'éthérisme contre la contracture idiopathique.

Voici deux nouveaux cas de contracture idiopathique des extrémités guérie par l'emploi du chloroforme en inhalations. Ce sont deux observations à rapprocher de celle publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 avril dernier.

Obs. I. — Au n° 23 de la salle Laënnec est couché le nommé Anomé (Joseph), âgé de seize ans, fumiste. Entré le 8 avril 1852, ce jeune homme raconte qu'il n'a jamais été sérieusement malade. Il y a un mois, il était venu dans nos salles pour une fièvre éphémère; il prétend avoir eu déjà à cette époque, pendant quelques heures seulement, un peu de roideur dans les doigts et dans les poignets; mais nous n'avons nous-même rien constaté chez lui qui ressemblât à de la contracture.

C'est le mercredi 7 avril que l'affection a débuté; le mardi, il a travaillé comme d'habitude sans rien ressentir d'anormal. Dans la matinée du mercredi, il est pris d'une céphalalgie intense; il ne peut se tenir debout; en même temps, il éprouve des fourmillements dans les bras et dans les mains; il ne sent pas distinctement les objets qu'il touche et il est forcé de quitter son ouvrage. Il n'a alors que quelques fourmillements dans les jambes et les pieds. L'anorexie est complète. La respiration se fait facilement. La nuit se passe sans sommeil; les fourmillements continuent, surtout dans les bras et aux mains.

Le lendemain, quand il veut se lever, les mouvements d'extension et de flexion de la jambe et des bras étant douloureux, il se fait porter à l'hôpital, et nous constatons l'état suivant :

Le 9, le décubitus est dorsal. Le malade accuse un peu de céphalalgie et un sentiment de gêne dans la respiration, qui pourtant n'est pas plus fréquente. Il n'existe point de toux ni aucun bruit morbide dans le thorax. Les mouvements de déglutition sont un peu douloureux sans qu'aucune rougeur de l'isthme du gosier l'explique. Le pouls donne 100 pulsations faibles. La chaleur à la peau n'est pas élevée. La langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Il y a de l'anorexie. Les selles sont régulières. Les deux mains présentent les phénomènes suivants, avec plus d'intensité pourtant à droite qu'à gauche : le pouce est déjeté en dedans et vient se placer sous l'indicateur et le médius. Les autres doigts sont écartés les uns des autres et fléchis vers la paume de la main, qu'ils ne touchent cependant pas. Il faut déployer une certaine force pour relever les doigts. L'extension est douloureuse, surtout à la main droite. On ne peut parvenir à relever entièrement le pouce, et le malade souffre beaucoup pendant les efforts qu'on tente à cet effet; les doigts, abandonnés, reviennent assez brusquement à leur position vicieuse. Le malade accuse, en outre, une douleur vive au bras dans le biceps, à l'avant-bras le long des fléchisseurs. Cette douleur est augmentée par la pression et par le palper. Les deux avant-bras sont fléchis sur le bras, et la main l'est sur l'avant-bras. Le biceps est dur et saillant sous la peau; les fléchisseurs sont également durs et tendus comme des cordes. La même disposition existe pour les muscles du mollet, qui sont, en outre, le siége de fourmillements; l'extension du pied sur la jambe est douloureuse; les orteils sont roides, droits; ils exécutent péniblement et non sans douleurs des mouvements d'extension et de flexion.

Le malade ne peut non plus remuer le cou sans ressentir une légère souffrance; cependant, les sterno-mastoïdiens sont médiocrement tendus. Nulle contracture vers les masséters. Le ventre est souple.

M. Grisolle fait respirer le chloroforme au malade en ayant soin de pousser jusqu'à la résolution complète. Le sommeil se déclare après quelques inspirations et persiste pendant quelques minutes. Le premier effet qu'on constate est une augmentation très notable de la contracture; mais au bout d'un quart d'heure, et alors que le malade est pleinement réveillé, la détente musculaire arrive graduellement et bientôt toute contracture cesse : les muscles du bras, ceux de l'avant-bras, ceux des jambes reprennent leur souplesse, et les doigts peuvent exécuter aussitôt leurs mouvements habituels.

Le soir, la contracture ayant reparu, mais moins forte pourtant que le matin, on fait respirer de nouveau le chloroforme, et la même série de phénomènes se reproduit.

Le 10, à la visite du matin, la contracture, très diminuée, persiste cependant encore un peu; elle a presque entièrement disparu aux extrémités inférieures, mais les doigts sont encore roides et un peu fléchis. Les muscles de l'avant-bras et du bras sont légèrement tendus. M. Grisolle procède aussitôt à la chloroformisation, suivie comme précédemment d'une augmentation de la contracture, mais à laquelle succède bientôt une détente complète.

Le soir, le malade est bien; les doigts ne sont qu'un peu engourdis et très peu contracturés; les mouvements s'exécutent assez facilement : on laisse le malade tranquille.

Le 11 au matin, le même état persiste; on fait respirer le chloroforme pour la dernière fois : la contracture n'augmente pas comme les jours précédents, et vingt minutes après les membres ont repris leur souplesse; ils sont seulement le siége d'un léger sentiment d'engourdissement.

Le soir, le malade est très bien; les mouvements des doigts s'exécutent facilement; nulle roideur, point de tension des muscles; rien aux jambes : le malade s'est levé et s'est habillé lui-même.

Le 12, état de santé parfaite, qui ne s'est pas démenti pendant les quelques jours que ce jeune homme est encore resté à l'hôpital.

Obs. II. — Au n° 21 de la même salle est entré, le 13 mai, le nommé Mily, âgé de seize ans, ouvrier en porcelaine, sorti depuis quelques jours seulement de nos salles convalescent d'une légère pneumonie. Il revient à l'hôpital ayant du malaise et toussant encore un peu; quand, dans la nuit qui suit son entrée, il est pris de roideur dans les doigts des deux mains qui se fléchissent involontairement, de fourmillements dans les deux bras et les deux mains, de roideur dans les pieds et d'une légère céphalalgie.

Le lendemain, 14 mai, à la visite, nous constatons tous les signes de la contracture idiopathique des extrémités, mais portée à un faible degré. Les doigts sont à moitié fléchis vers la paume de la main, et on les redresse assez facilement sans grande douleur; mais ils reprennent de suite leur position vicieuse. Le pouce est plus contracturé que les autres doigts; il est déjeté en dedans et résiste aux efforts de réduction. A l'avant-bras, les tendons des fléchisseurs forment une corde assez saillante, résistante sous le doigt et douloureuse à la pression. Le biceps brachial est affecté de la même manière. Les phénomènes que nous décrivons existent également dans les deux membres supérieurs; ceux-ci, mais les mains surtout, sont le siége de fourmillements extrêmement pénibles; la sensibilité des doigts est obtuse. Il n'existe que peu de contracture aux extrémités inférieures. Les muscles du mollet sont médiocrement tendus; les orteils sont roides et ne peuvent exécuter de mouvements ni de flexion, ni d'extension.

On fait respirer aussitôt au malade le chloroforme jusqu'à résolution complète, comme pour le cas précédent. Nous constatons tout d'abord une augmentation notable de la contracture : les doigts, devenus roides, très fléchis, ne peuvent plus alors être étendus; mais au bout d'une minute seulement la détente arrive; le malade se réveille, il a la liberté de ses mouvements, et il ne lui reste plus qu'un léger engourdissement dans les parties qui étaient contracturées. Cette amélioration persiste toute la journée; mais, dans la soirée, il existe une très faible contracture des muscles du bras et de l'avant-bras. Les doigts, quoique un peu roides, exécutent néanmoins des mouvements d'extension et de flexion assez étendus; ceux de la main gauche sont un peu plus gênés que ceux de la droite; des deux côtés, le pouce, déjeté en dedans, est fixe dans sa position vicieuse. Les orteils exécutent facilement tous leurs mouvements. Les fourmillements persistent dans les deux membres supérieurs, mais à un faible degré.

On soumet de nouveau le malade au chloroforme, et la même série de phénomènes se reproduit, c'est-à-dire augmentation de la contracture tout d'abord, puis détente complète et liberté des mouvements.

Le 15 au matin, le malade va bien; il n'accuse qu'un peu d'engourdissement dans les doigts des deux mains, qui ont un peu de tendance à se fléchir. Faible contracture des muscles du bras et de l'avant-bras; quelques fourmillements dans les doigts. On procède à une dernière chloroformisation.

Le soir, le malade est tout à fait bien; les doigts sont complètement libres, et toute trace de contracture a disparu.

Le malade est resté dans nos salles pour un rhumatisme articulaire aigu qui s'est déclaré presque aussitôt. Il est encore à l'hôpital en ce moment; mais la contracture n'a pas reparu depuis.

Les deux faits qui précèdent et un de ceux que nous avons publiés dans le numéro du 6 avril dernier prouvent l'utilité qu'on peut retirer des inhalations de chloroforme dans le traitement d'une affection douloureuse et souvent rebelle. L'influence avantageuse de l'agent anesthésique a été évidente, et elle s'est révélée presque aussitôt. Il importe, pourtant de rappeler que, même en ayant soin de porter l'éthérisme jusqu'à l'insensibilité la plus complète, on ne parvient que rarement à amener la résolution immédiate des muscles contracturés; la roideur, au contraire, persiste, elle augmente même pendant le sommeil qu'on provoque et dans les premiers instants où le malade a repris connaissance; mais, au bout de quelques minutes, les effets avantageux du chloroforme se révèlent déjà par la diminution des douleurs et par la difficulté moindre des mouvements. Comme l'amélioration qu'on produit d'abord n'a communément qu'une courte durée, il faut, d'après le conseil qu'en donne M. Grisolle, recourir à l'éthérisation plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Chez nos malades, deux inhalations ont suffi; mais on pourrait avantageusement les répéter plus souvent si la maladie était plus intense, ou si les instants de répit étaient plus courts.

Géry,
Interne du service.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Quelques considérations sur une forme de maladie cutanée peu décrite, l'ecthyma aigu.

M. Cazenave commence cette leçon intéressante en appelant l'attention sur un malade placé dans son service, et dont voici l'histoire.

Au n° 51 de la salle Napoléon est couché le nommé Landrin, âgé de dix-huit ans, célibataire, exerçant la profession de vigneron, entré à l'hôpital Saint-Louis le 11 février dernier pour se faire traiter d'une maladie de la peau datant déjà de deux mois environ.

Ce jeune homme est d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique; il est né de parents habituellement bien portants; il n'a jamais eu d'autre maladie que celle pour laquelle il entre aujourd'hui à l'hôpital. Dans son enfance il a eu des achores qui ont disparu au bout de quelques mois. Il a toujours habité le département de l'Yonne, son pays; c'est là que sa maladie a pris naissance. Depuis deux ou trois ans il est employé à fabriquer de l'eau-de-vie; ce travail est assez fatiguant, et l'oblige à veiller tous les jours jusqu'à deux heures du matin. Du reste, il a toujours eu une nourriture bonne et abondante, et il logeait dans une habitation très salubre.

Vers la fin de décembre 1851, le malade, sans avoir éprouvé de symptômes généraux, s'aperçut de quelques boutons rouges accompagnés quelquefois d'un peu de prurit.

Deux jours après environ, les boutons se transformèrent en *pustules;* ils se montrèrent successivement sur toutes les parties du corps, en commençant par les parties supérieures. Le malade les perçait avec une épingle, et il en sortait du pus. L'appétit était conservé; mais l'énergie musculaire était considérablement diminuée; il y avait des lassitudes spontanées. Quant à l'éruption, on voyait bientôt une croûte succéder à la pustule; puis, au bout de huit à dix jours, la croûte tombait et laissait voir une cicatrice.

Ces symptômes augmentèrent tous les jours, jusqu'au moment où le malade se décida à venir à Paris et à entrer à l'hôpital.

Le 11 février, lors de son entrée, le malade a l'apparence d'un individu affaibli par une maladie longue; le visage est pâle, tout le corps est amaigri, couvert de papules rouges, de quelques pustules d'ecthyma, et enfin de croûtes ayant un assez petit diamètre. Le pouls est à 92; il y a de la soif, de l'anorexie; la langue est blanche; il y a de la céphalalgie, de la courbature.

Le 12, on prescrit un pot de limonade citrique édulcorée et une portion.

La nuit a été assez calme. Dans les points qui la veille étaient occupés par des papules, il y a aujourd'hui des pustules bien évidentes; l'état général est meilleur; il y a moins de malaise, la langue est moins blanche, peu de céphalalgie; pouls à 90.

Le 15, il y a presque partout des croûtes jaunes; les plus étendues ont le diamètre d'une pièce d'un franc. L'appétit reparaît. — Deux portions.

Le 18, sous les croûtes les plus récentes il s'est amassé un peu de sérosité roussâtre, assez épaisse, ayant presque la consistance du pus; lorsqu'on appuie même légèrement sur ces croûtes, on sent qu'elles n'offrent pas une grande résistance et qu'elles ne reposent pas sur une surface solide; on voit suinter sous les bords de cette croûte une goutte de la matière ichoreuse dont nous venons de parler; l'état général n'est cependant pas plus mauvais.

Le 18 mars, le malade, qui n'avait pas éprouvé de nouveaux accidents aigus depuis son entrée, est pris de malaise, de céphalalgie, de courbature, de perte d'appétit; de soif. Il a eu la veille un frisson qui a duré un quart d'heure environ; ce matin le pouls est accéléré, la peau chaude; il y a sur le visage et sur les membres quelques papules très petites, ressemblant assez à celles qu'on voit au début d'une variole. — Limonade; diète.

Le 19, quelques-unes des papules, celles des membres inférieurs surtout, se sont transformées en pustules; celles du visage se sont éteintes pour la plupart; le pouls est moins vif.

Le 23, les pustules se sont crevées ou desséchées; elles sont remplacées par des croûtes. La fièvre a tout à fait cessé. — Tisane amère; deux portions.

Le 7 avril, nouvelle poussée, en tout semblable à la précédente. Tous les symptômes d'acuité disparaissent le 11 avril. Il y a seulement encore de la diarrhée. — Riz gommé; un quart de lavement d'amidon laudanisé.

Le 20, la diarrhée a cessé; le malade reprend son régime habituel. Les forces ne reviennent pas; le malade reste couché presque toute la journée; il se fatigue très facilement.

Le 4 mai, les membres inférieurs sont encore couverts de croûtes, au-dessous desquelles la pression fait suinter une sanie ichoreuse.

Chez ce malade il existe une éruption caractérisée par des boutons contenant du pus; il a une maladie de peau pustuleuse. Mais à quelle espèce des formes pustuleuses se rapporte ici la lésion élémentaire? La pustule est assez volumineuse; elle repose sur une base enflammée; elle semble pénétrer assez profondément dans la peau; elle suppure incomplétement; elle donne lieu enfin à des croûtes grisâtres, sèches, dures, adhérentes.

Si c'était un *impetigo,* la pustule serait superficielle, petite; elle suppurerait complétement, et le liquide qu'elle contiendrait formerait des croûtes molles, jaunâtres, comme déposées sur la peau.

Si c'était un *sycosis,* la pustule, bien que présentant quelques caractères analogues à ceux que l'on observe ici, la base indurée, la suppuration incomplète, offrirait des caractères particuliers que M. Cazenave aura occasion de faire connaître, la douleur, la marche lente, les nodosités tuber-

culeuses, et surtout le siége, caractères qui ne permettent ni l'erreur, ni l'hésitation.

C'est donc à un ecthyma que l'on a affaire dans l'espèce.

Si l'on se demande maintenant ce que c'est que l'ecthyma, l'histoire de cette maladie n'est pas assez élucidée peut-être pour qu'il soit possible de répondre complétement sur tous les points que soulève cette question.

L'ecthyma est tout d'abord une affection pustuleuse pouvant exister à l'état aigu ou à l'état chronique, et présentant des symptômes ayant une valeur bien différente, selon qu'elle existe à l'un ou à l'autre de ces états.

Dans l'ecthyma aigu, la pustule débute par un petit point rouge, enflammé, circonscrit, douloureux, qui s'élève peu à peu et acquiert un volume plus ou moins considérable, mais toujours moindre que celui des pustules de la forme chronique. Ce point reste en apparence papuleux pendant vingt-quatre ou trente-six beures : après ce temps on voit se former au centre une collection purulense qui repose alors sur une base rouge, assez large, quelquefois même indurée. Au bout de trois ou quatre jours la dessiccation a lieu, et il en résulte une croûte plus ou moins épaisse, brune, noirâtre, assez adhérente qui tombe, laissant à sa place une empreinte d'un brun foncé, quelquefois une cicatricule. Dans quelques cas, la pustule peut se terminer par résolution, et alors il se forme à la surface quelques squames légères qui tombent successivement ; elle peut aussi donner lieu à une exulcération très superficielle qui passe rapidement.

Les pustules de l'ecthyma aigu sont ordinairement éparses sur le dos, sur les membres ; elles sont distinctes, isolées ; peu nombreuses. Dans quelques cas cependant elles sont presque confluentes ; comme dans l'observation ci-dessus, et alors l'éruption peut être annoncée et accompagnée par des troubles généraux. Le plus souvent ils consistent dans un peu de malaise, d'anorexie, d'abattement. Quelquefois, surtout quand l'éruption se fait spontanément et sur tous les points à la fois, les symptômes précurseurs procèdent à la manière de ceux des formes éruptives. M. Cazenave appelle l'attention sur cette circonstance, dont le malade actuel offre un exemple au moins très curieux.

Dans l'ecthyma chronique, la pustule est plus large, du diamètre d'une pièce de vingt centimes à celui d'une pièce de un franc et même au-dessus ; elle passe plus rapidement à l'état purulent ; elle suppure plus largement, à un tel point parfois, que l'élévation tout entière forme une collection de pus qui pourrait en imposer pour une bulle. Elle passe plus rapidement aussi à la période de dessiccation ; la croûte, large, épaisse, inégale, persiste plus longtemps que celle de la forme aiguë ; elle repose sur une aréole enflammée ; elle devient de plus en plus brune, et, en tombant, laisse à découvert une ulcération blafarde, sanieuse, sanguinolente, quelquefois très douloureuse, qui se termine par une cicatrice et par une empreinte brune très persistante, donnant aux points occupés par la maladie un cachet particulier.

Les pustules de l'ecthyma chronique sont ordinairement très peu nombreuses ; elles se développent toujours successivement ; elles occupent le plus souvent les membres inférieurs.

Si la division de l'ecthyma aigu et chronique peut donner d'heureux résultats au point de vue descriptif, elle laisse irrésolus tous les problèmes que soulèvent l'étiologie et la nature de cette maladie. Mais, d'un autre côté, l'expérience et l'observation peuvent nous conduire sur ces deux points si importants à des données, sinon complètes, au moins plus rationnelles.

Biett, dont l'esprit sagace pressentit tant de choses aujourd'hui vérifiées, avait cru devoir dire que le siége de l'ecthyma, en général, était dans les follicules sébacés. L'observation a démontré que cette assertion n'était qu'à moitié vraie ; mais, par cela même, elle nous a donné le moyen de mieux apprécier l'ecthyma sous le rapport et des causes et de la nature.

En effet, dans quelques cas, l'ecthyma se développe sous l'action de causes externes locales ; ainsi, il apparaît sous l'influence de certaines professions qui exigent le maniement de substances pulvérulentes, après certaines frictions, pendant le cours de la gale, etc. Dans ces cas, l'ecthyma est le plus souvent aigu ; la pustule est discrète, petite, papuleuse au début ; plus tard, elle suppure incomplètement, peut reposer sur une base indurée, offre enfin de l'analogie avec celle des maladies folliculeuses, de l'acné, du sycosis.

Dans ce cas, l'ecthyma se rapporte à la forme décrite par Biett ; il aurait son siége dans le follicule.

Dans d'autres cisconstances, l'ecthyma se développe exclusivement sous l'influence de causes générales, de tout ce qui peut affaiblir ou détériorer l'économie, de la misère, des maladies graves, comme la variole, la fièvre typhoïde, etc. Alors il se rapporte plutôt au type chronique ; la pustule est plus large, plus suppurante, si l'on peut dire ainsi ; elle est le véritable *phlysacia* des anciens.

Dans ces cas aussi, on ne saurait plus voir dans l'ecthyma une simple affection du follicule ; évidemment la maladie intéresse plus profondément, plus complétement la peau ; elle s'y manifeste comme l'expression d'une sorte de fluxion purulente ; il revêt alors les caractères de ces clous furonculeux qui tiennent de l'ecthyma et du furoncle.

Ainsi, après avoir divisé l'ecthyma en aigu et chronique, il faudrait le diviser, au point de vue de la nature et de la cause, en ecthyma de cause externe ou locale siégeant toujours dans les follicules et en ecthyma de cause interne ou générale ayant alors pour siége la peau tout entière.

Dans le premier cas, l'ecthyma serait une inflammation folliculeuse existant le plus souvent à l'état aigu.

Dans le second, il traduirait un état morbide complexe : ce serait à la peau l'expression d'un travail fluxionnaire, d'un effort purulent général ; il existerait plus souvent à l'état chronique.

Cette division a une grande importance en ce que l'ecthyma, considéré à l'état aigu ou à l'état chronique, constituerait deux formes qui, bien qu'appartenant au même type, n'auraient de commun que la forme pustuleuse, la pustule phlysacée. D'un autre côté, ces considérations peuvent être très utiles sous le rapport du pronostic et du traitement.

L'ecthyma n'est jamais par lui-même une maladie grave ; l'ecthyma de cause externe surtout ne saurait comporter de caractère tant soit peu sérieux. Mais l'ecthyma de cause générale, l'ecthyma *totius substantiæ*, si l'on peut dire ainsi, peut avoir une gravité relative, selon l'état pathologique ou physiologique dont il dépend.

Le traitement de l'ecthyma aigu et de cause externe se compose de boissons délayantes, de bains simples, d'un régime doux.

Quand l'ecthyma est de cause interne et chronique, il faut surtout veiller à ce que le malade soit placé dans de bonnes conditions hygiéniques, soumis à un régime sévère. On lui administre des laxatifs légers ; on le met à l'usage des bains simples ou alcalins ; on a enfin recours aux toniques, aux préparations de fer, au quinquina.

Bien que l'emploi des topiques doive être nul dans le traitement de l'ecthyma, on aura recours, pour hâter la cicatrisation des ulcères, ou à des lotions aromatiques et stimulantes, ou à des cautérisations légères soit avec le nitrate d'argent, soit avec l'acide hydrochlorique étendu d'eau.

M. Chausit.

(*Ann. des mal. de la peau et de la syphilis.*)

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Fièvre intermittente par cause traumatique.

Dans un mémoire qu'il a publié en 1833, M. Piorry, reprenant l'opinion déjà émise par M. Audouard sur le siége et la cause de la fièvre intermittente, attribue l'accès périodique à l'hypertrophie, à la congestion de la rate. D'autres médecins ont assimilé cet organe à un petit marécage portatif dont les émanations, rayonnant au dedans de l'économie, renouvellent l'empoisonnement à heure fixe. Ces diverses théories ont été réfutées depuis longtemps, et il n'en reste plus aujourd'hui que la formule plus ou moins ingénieuse.

C'est à tort qu'en ne tenant compte que de la forme, on confond habituellement, sous la dénomination générique de fièvre intermittente, certaines manifestations morbides tout à fait distinctes quant au fond. Ainsi, parmi les pyrexies intermittentes, il en est qui doivent être considérées comme idiopathiques : telle est la fièvre des marais ; d'autres sont purement symptomatiques d'une cause étrangère à l'intoxication palustrique. C'est à cette dernière classe que se rapportent les accès périodiques déterminés par la blennorrhagie ou l'orchite aiguës, par la présence des vers dans l'intestin, par les fouilles pratiquées dans le canal de l'urètre, etc. Voici un fait qui tend à prouver que certaines lésions de la rate peuvent donner lieu à des accidents semblables.

Haguenot, âgé de vingt-six ans, est un véritable type de la constitution musculaire et pléthorique. Cet homme, originaire d'un pays très sain, ne se souvient pas d'avoir été malade une seule fois depuis son enfance.

Le 14 janvier 1852, Haguenot, se trouvant au gymnase, où il se livrait à l'exercice de la *perche*, tomba de deux mètres de haut sur le ventre. Dans cette chute, le flanc gauche ayant porté sur l'extrémité d'un gros madrier, une douleur assez vive se fit sentir à la région splénique, et le lendemain un premier accès de fièvre se déclara vers huit heures du soir.

Le 16, nouvel accès à la même heure ; il se prolonge jusqu'à quatre beures du matin ; persistance de la douleur.

Les 17, 18 et 19, les accès se reproduisent de la même façon, mais en perdant de leur force et de leur durée.

Le 20, après un grand bain, la fièvre et la douleur disparurent complétement.

Il ne restait plus depuis longtemps aucune trace de ces accidents, lorsque, le 19 du mois de mai dernier, Haguenot, se promenant avec un de ses amis, fut violemment frappé sur l'hypochondre gauche par le brancard d'une charrette qu'un fiacre avait fait virer brusquement en l'accrochant par derrière. Trois heures après, cet homme ressentit, dans la direction de la colonne vertébrale, quelques frissons qui furent bientôt suivis de chaleur et de sueur. En examinant le malade, M. Champouillon constata une légère ecchymose et une douleur vive sur le point qui avait été contus : la rate, tuméfiée et devenue sensible à la pression, débordait un peu le niveau des fausses côtes par un relief conforme. Du reste, aucun symptôme de phlegmasie aiguë ou chronique n'existait du côté du péritoine, de la plèvre ou du poumon. Une saignée de 400 grammes, quelques sangsues et des cataplasmes émollients appliqués le lendemain matin n'empêchèrent point la fièvre de reparaître dans l'après-midi.

Le 21, retour de l'accès à cinq heures et demie du soir. Durant la première intermission, le pouls était descendu à 68, la soif médiocre, l'appétit satisfaisant et la douleur amoindrie. — Boissons nitrées ; cataplasmes émollients.

Le 22, nouvel accès. La rate est beaucoup moins volumineuse.

Le 23, l'accès se borne à des frissons et à une céphalalgie de quelques minutes.

Le 24, même état. La rate redevient douloureuse, comme les jours précédents, mais pendant la période algide seulement.

Le 25, même état, c'est-à-dire accès réduit ; mais absence de douleur à la région splénique.

Le 26, 5 décigrammes de sulfate de quinine pris en une seule dose à neuf heures du matin ; pas d'accès le soir. A partir de ce jour, la fièvre n'a plus reparu.

Le 30, la main appliquée sur l'hypochondre gauche s'y enfonce librement, et M. Champouillon s'assure que la rate est revenue à son volume normal.

Cinq jours plus tard, le malade demande et obtient de reprendre ses occupations habituelles.

Assurément, voilà un remarquable exemple de l'influence des blessures de la rate sur la production de la fièvre intermittente, ou plutôt d'une pyrexie qui n'en est que l'image. Nous voyons les accidents périodiques s'affaiblir et disparaître, à mesure que la splénite se résout, de la même manière qu'ils s'évanouissent dès que le chirurgien cesse de surexciter le canal de l'urètre par l'introduction de bougies dans les cas de rétrécissement inflammatoire.

De ce que des désordres fébriles, à forme intermittente, résultent d'une lésion traumatique de la rate, faut-il en conclure, comme on l'a fait, que ces désordres ne peuvent se produire, dans d'autres circonstances, qu'à la condition préalable d'une congestion ou d'une hypertrophie morbide de ce viscère? Nous ne saurions l'admettre. Les résultats si positifs de l'observation, et particulièrement la clinique de l'armée, si riche de documents sur cette matière, donnent à cette opinion le plus formel démenti.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Devay.

Observation de rétention prolongée du placenta.

Par M. Berne, interne de la salle.

Lorsque le placenta ne se trouve pas expulsé complétement de la cavité utérine, soit après un avortement avancé, soit après un accouchement à terme, il peut se présenter alors les divers cas suivants :

1° L'arrière-faix, se putréfiant plus ou moins rapidement dans la cavité qui le renferme, détermine alors des *métro-péritonites* dangereuses qui, suivies le plus souvent de résorption purulente, entraînent sous peu la mort du sujet.

2° Soumises à l'absorption utérine, toutes les portions du délivre finissent par disparaître complétement, sans entraîner pour la malade des accidents d'une gravité compromettante. La disparition du placenta par absorption est définitivement aujourd'hui un fait acquis à la science obstétricale. Nægele, Stolz, Salomon en ont rapporté des observations assez nombreuses, assez véridiques pour être crues, quoique en infirme la propre expérience de Mme Boivin.

3° Il peut se faire, en troisième lieu, que, retenu seulement pendant un temps plus long sans déterminer des accidents mortels, l'arrière-faix ne soit expulsé qu'au bout de plusieurs mois seulement. C'est, du reste, le plus souvent lorsqu'il est constitué par un œuf abortif du troisième ou quatrième mois que le placenta risque le plus de rester renfermé dans la cavité utérine. Alors, en effet, il a pu contracter déjà des adhérences nombreuses et intimes, et les contractions de la matrice, suffisantes dès cette époque pour briser seulement l'œuf et l'expulser au dehors, n'ont pu venir à bout des liens qui l'unissaient si fortement au tissu utérin.

Qu'il me soit permis d'en présenter ici une observation heureuse.

Le 14 avril 1852, Marie Rostang est entrée, dans le service de M. Devay, aux 4mes *Femmes*, n° 161. Elle est âgée de vingt-trois ans, née à Chasse (Isère) ; elle habite actuellement Vienne (Isère). La constitution de la malade est encore vigoureuse, son tempérament éminemment sanguin nerveux. A dix-sept ans elle a été réglée, les menstrues ont toujours été régulières et abondantes (six-sept jours). Mariée à dix-neuf ans, dans l'espace de trois ans quatre fausses couches ont eu lieu dans la moitié de la grossesse ; aucun phénomène spécial n'a pu, du reste, faire soupçonner à la malade la cause de ses avortements.

Il y a environ six mois, ses règles ayant manqué, Marie Rostang se crut de nouveau enceinte. Au bout du deuxième mois, perte, contractions utérines, crises éclamptiformes, traitement antispasmodique, légères émissions sanguines ; les accidents cessèrent. Au troisième mois, accidents analogues, traitement semblable ; même succès. Au quatrième mois la perte utérine devient plus forte, des contractions énergiques avertissent la malade qu'elle est sur le point d'avorter ; une accoucheuse est appelée et assiste à la fausse couche. L'accoucheuse prétend et affirme avoir extrait du col de l'utérus une portion seulement des membranes et une très faible partie du placenta ; d'enfant, on n'en a point vu. Des médecins furent consultés de suite ; un peu de seigle ergoté pour réveiller les contractions utérines, des applications belladonisées pour dilater de nouveau l'orifice, tels furent les seuls moyens employés. Insuccès complet.

Depuis lors, les seins ont donné du lait ; les lochies s'écoulèrent fétides, beaucoup plus fétides que d'habitude, fait remarquer la malade. Une fois cette première série de symptômes passée, Marie Rostang a ressenti de suite une douleur localisée surtout au niveau de la fosse iliaque droite ; elle croit percevoir dans cette partie une tumeur du volume du poing environ, qu'elle sent se développer lentement ; elle y perçoit de temps à autre des contractions douloureuses.

Quoique opéré avec beaucoup de précautions, le palper abdominal est difficilement supporté ; des douleurs violentes sont réveillées de suite ; la malade est prise alors de hoquets convulsifs ; envies de vomir, frissonnement général dans toutes les parties du corps. On n'a du reste aucune sensation positive de tumeur ; le ventre, dans la partie droite et inférieure, présente seulement une légère tuméfaction diffuse, un peu de résistance, de la matité à la percussion. Le toucher vaginal n'apprend rien. Le col est ferme, dur ; un peu de douleur, plus forte du côté droit du museau de tanche. Marie Rostang ne présente du reste aucune teinte cachectique ; les souffrances cependant qu'elle endure depuis deux mois, les craintes d'une guérison impossible ont diminué l'appétit, enlevé le sommeil et abattu les forces.

Le problème pathologique était ici difficile à résoudre : Etait-ce une hydropisie enkystée de l'ovaire ?

Une métrite chronique?
Un abcès de la fosse iliaque droite?
Une névrose de l'utérus et de ses annexes?

L'enfant n'avait point été vu; était-ce une grossesse extra-utérine? Envisagé par d'autres praticiens, le diagnostic n'avait été nullement porté. Examinant les antécédents de la maladie, la nature des lochies, qui tout d'abord s'étaient écoulées bien plus fétides que d'habitude, la nature de cette tumeur à contractions douloureuses bien perceptibles par la malade, M. Devay crut de suite à une rétention prolongée du placenta. Un traitement antispasmodique convenable fut institué tout d'abord. Combattre cet éréthisme nerveux général, telle parut en effet la première indication thérapeutique à saisir.

Grands bains;
Grands bains de gélatine;
Julep antispasmodique;
Quelques pilules d'extrait de belladone;
On insista surtout sur les bains gélatineux.

Le 19, cinq jours après l'entrée de la malade, la menstruation survint; la perte était plus considérable que d'habitude, et dès le premier jour quelques caillots très fétides furent expulsés. Le diagnostic commençait à se vérifier.

Le 22, après des tranchées douloureuses, un morceau de placenta est rendu; il présente le volume d'un poing d'adulte; son odeur est excessivement fétide; le tissu en est mou, pultacé; il présente bien visiblement la structure vasculaire et cotylédonaire de l'arrière-faix. La malade se sent de suite soulagée; la tension abdominale a diminué, la pression est bien moins douloureuse.

Le 23, on pratique le toucher pour reconnaître si quelques débris doivent encore être expulsés. L'orifice du col est complétement fermé. La menstruation dure encore trois jours.

Le 27, pour remédier aux effets débilitants de la perte assez considérable que la malade a subie, M. Devay institue un traitement réparateur et analeptique. Régime substantiel. Pilules de Vallet.

Le 3 avril, Marie Rostang demande et obtient son *exeat*. Elle est complétement rassurée sur son état. La pression sur l'abdomen ne détermine presque plus aucune douleur. La tuméfaction, la rénitence ont complétement disparu. La malade était-elle cependant complétement guérie? L'état de bien-être dans lequel elle sort le fait croire certainement; si néanmoins il nous eût été donné de connaître positivement le petit volume du placenta préalablement extrait par l'accoucheuse, le pronostic eût pu être jugé complétement.

La rétention prolongée du délivre n'est certes pas un fait nouveau dans la science obstétricale. Morlanne a rapporté l'observation d'un arrière-faix rendu au bout de trois mois seulement. (*Revue médicale*, 1829.) « Dans un cas où la fécondation s'est effectuée malgré sa présence dans l'utérus, » il ne fut rendu que plusieurs mois après l'expulsion du » dernier délivre. » (Ruysh.) Les accoucheurs ont du reste envisagé ce fait sous deux points de vue bien différents; les uns, tels que Leroux (de Dijon), par exemple, persuadés de tous les dangers immenses qu'une rétention du placenta faisait subir à la femme, conseillent toujours et ont souvent pratiqué les manœuvres les plus hardies pour remédier à ces inconvénients et forcer pour ainsi dire le prisonnier à sortir. Puzos, au contraire, n'attache qu'une importance minime à une rétention prolongée, pag. 146: « Je ne pense pas, dit-il, qu'il » soit aussi dangereux qu'on l'a cru d'abandonner aux res» sources de la nature et à celles du temps le placenta qu'il » n'a pas été possible de tirer. » Et plus loin, page 154: « Il ne faut pas croire qu'un *si petit malheur* mérite les in» quiétudes que l'on prend à ce sujet. La nature fond tou» jours ces restes par suppuration ou bien elle les expulse » avec le temps aussi facilement qu'elle fait les petits pla» centas en entier qui n'ont pu suivre les fœtus de deux ou » trois mois. S'il survient du danger et que la mort suive de » près, il faut plutôt l'imputer à l'inflammation et au tour» ment qu'on a fait à la matrice qu'aux portions du placenta » restées. »

Notre malade, heureusement pour elle, semble venir à l'appui des idées de Puzos. Que serait-il advenu si des tentatives d'extraction forcée eussent été tout d'abord opérées?

OCCASIO PRÆCEPS, JUDICIUM DIFFICILE.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

SPASME DE L'ŒSOPHAGE
guéri par la strychnine.

Par le docteur J.-L. MATHIEU.

Le spasme de l'œsophage ou œsophagisme est une affection assez rare qui peut dépendre de causes diverses. Les plus communes sont l'hystérie et l'hypochondrie. Le traitement varie selon la cause, mais il est souvent inefficace et incertain, et le spasme de l'œsophage, quand il est porté à un haut degré, constitue toujours un état assez grave et assez rebelle. Les moyens qui jouissent de la plus grande faveur sont les stupéfiants appliqués localement, surtout la belladone et la sonde.

Celui qui m'a réussi, après l'insuccès des premiers, est la strychnine à l'intérieur, portée progressivement à la dose de 2 centigrammes et demi. Il est vrai qu'à cette dose j'ai eu des accidents et que j'ai été obligé de revenir à 2 centigrammes. C'était chez une fille de trente ans, hystérique au plus haut degré et présentant depuis six mois un spasme de l'œsophage tel qu'elle ne pouvait avaler que les liquides, et avec beaucoup de peine et après les plus grands efforts. Quant aux aliments solides, dès qu'elle essayait d'exécuter sur eux les mouvements de déglutition, elle entrait comme en convulsion; la langue, les muscles du pharynx, et même ceux de la face et du cou se contractaient d'une manière désordonnée et si violente, que le bol alimentaire était rejeté avec force au dehors. Cette infortunée souffrait littéralement de la faim et maigrissait à vue d'œil. Cet état de souffrance, augmenté encore dans ses effets par l'action lente de l'hystérie, agissait sur son moral. Elle devenait triste, morose, elle craignait de mourir de faim, et pour éviter une mort aussi cruelle, il lui semblait quelquefois que le suicide était une ressource qu'il ne fallait pas dédaigner. Il est vrai que ce n'était là que le rêve de la douleur et du désespoir; rêve que sa raison, aidée de ses principes religieux, parvenait toujours à chasser, mais qui revenait sans cesse.

Cette malade avait reçu avant moi les soins d'un confrère, qui la traita comme hystérique. Il fit aussi, je crois, appliquer un vésicatoire au-devant du cou. Il avait pensé, sans doute, qu'il fallait combattre la maladie d'où dépendait l'affection nerveuse de l'œsophage, et que, *sublata causa*... Mais il n'enleva ni la cause, ni l'effet. Appelé assez longtemps après lui, je raisonnai et j'agis de même, et n'eus pas plus de succès; mais je m'obstinai et me roidis contre l'obstacle. En face de cette contraction spasmodique et de ces mouvements tétaniformes, je me dis: Combattons avec les armes de l'ennemi et excitons les mêmes phénomènes; en un mot, faisons de la *grosse homœopathie*, c'est-à-dire de la substitution. La strychnine était trouvée. Au bout de six semaines Mlle M... était guérie radicalement de son œsophagisme, mais non pas de l'hystérie. Il y a plus d'un an de cela, je la vois encore quelquefois à Lyon; je l'ai vue avant de prendre la plume, et je me suis assuré qu'il n'y avait eu depuis sa guérison ni rechute, ni récidive.

Ainsi Mlle M... mange et a repris des forces et de la gaîté; elle n'est vraiment pas reconnaissable. Si j'avais pu la débarrasser complétement de cet état hystérique qui la fatigue encore beaucoup, ce serait réellement un beau succès.

On le voit par cette observation, sans parler de beaucoup d'autres, il ne suffit pas toujours de bien connaître la cause principale du mal pour le guérir; il faut quelquefois s'adresser directement à l'effet. L'axiome cité plus haut n'est pas entièrement vrai en pathologie, où les faits sont si compliqués et les lois si incertaines. Aussi a-t-on dit avec raison que le médecin est non-seulement un savant, mais encore un artiste, et que le tact médical lui est peut-être plus nécessaire encore que la science. La science, en effet, lui fournit les matériaux et les éléments de son œuvre; mais c'est dans son inspiration et son génie qu'il en trouve le plan et l'ordonnance.

On n'aura pas été sans doute fort étonné que la strychnine ait produit un effet si sûr et si rapide dans l'affection dont il s'agit, lorsqu'on est habitué à lui voir produire des effets analogues dans une maladie qui présente avec celle-ci plus d'un rapport: je veux dire la danse de Saint-Guy. Mais on n'admirera pas moins la *vertu héroïque* de certaines substances, vertu propre à chaque corps, forces distinctives et spécifiques, que l'école de Broussais n'a niée que parce qu'elle les ignorait ou ne les voulait pas voir, et qui renferme pourtant en elle presque tout l'avenir de la thérapeutique.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et les fabricants.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur LUBANSKI, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — PARIS. Hygiène publique. De la suppression des fabriques de céruse. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — CLINIQUE CIVILE (M. S. Marcel). Eclampsie. Emploi des émissions sanguines. Accouchement spontané. — Observation de rétention du placenta dans l'utérus après un accouchement à sept mois de grossesse. — Société de chirurgie, séance du 2 juin. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Nélaton. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 14 JUIN 1852.

Hygiène publique.

DE LA SUPPRESSION DES FABRIQUES DE CÉRUSE.

Nous avons rappelé sommairement dans notre précédent article les graves dangers auxquels la fabrication et l'emploi de la céruse exposent les ouvriers. Une expérience, aujourd'hui très suffisante, prouve que les ouvriers qui fabriquent et qui emploient le blanc de zinc sont à l'abri de semblables dangers.

Au moment où M. Bouchut rédigeait son mémoire, c'est-à-dire au mois de juillet de l'année dernière, la société du blanc de zinc avait reçu dans la fabrique d'Asnières 151 ouvriers, qui avaient fait ensemble 31,585 journées de travail, et qui avaient fait à l'usine un séjour de 36,156 journées; c'est une moyenne de 209 jours de travail et de 344 jours de séjour.

Ce premier résultat prouve déjà l'innocuité du travail de fabrication; car lorsque le travail produit des effets fâcheux sur la santé, les ouvriers ne tardent pas à quitter l'usine, et jamais aucune fabrique de céruse n'a conservé les mêmes ouvriers pendant 344 jours. Or, si l'état dans lequel nous avons pris ces chiffres était dressé aujourd'hui, la moyenne des journées de travail et de séjour serait bien plus longue, attendu que la plupart des ouvriers qui figurent sur l'état de l'année dernière sont encore dans l'usine actuellement. Quelques-uns d'entre eux comptent plus de 1,000 journées de travail et près de 1,200 journées de séjour sans avoir éprouvé aucun accident sérieux. C'est qu'en effet ces accidents ne s'observent pas ou sont du moins si légers et si fugaces, qu'ils n'obligent jamais ceux qui les éprouvent à interrompre leurs travaux.

M. Bouchut, qui a étudié avec un soin extrême ce qu'on doit appeler les effets plutôt que les accidents du blanc de zinc, a signalé ceux qui suivent :

1° Des douleurs de la gorge et une toux légère se manifestent pendant les premiers jours du travail, jusqu'à ce que la muqueuse des voies aériennes soit habituée au contact de la poussière cadmique(1). Ces phénomènes disparaissent bientôt, et les ouvriers ne restent pas plus sujets à la toux ni aux angines que le commun des autres hommes.

2° « Un phénomène d'innervation très intéressant, dit M. Bouchut, caractérisé par l'agitation nocturne, fébrile ou apyrétique, se montre de temps à autre chez ces ouvriers. Il n'en est pas un qui ne l'ait éprouvé plusieurs fois dans le cours de son travail. Ils n'en sont pas plus malades le lendemain et ne sont pas pour cela forcés de prendre du repos. Quelques-uns éprouvent la nuit cette sorte de gaieté passagère que Delaroche et Barbier ont signalée comme l'un des effets de l'oxyde de zinc; les autres ont seulement de la fièvre nocturne, un peu d'exaltation de l'intelligence, des bluettes; mais ces accidents sont de courte durée, n'ont rien de dangereux, et cessent de se montrer quand le corps est habitué aux manipulations de l'usine. »

3° Enfin un troisième effet de l'oxyde de zinc, tout aussi innocent que les précédents, consiste dans des démangeaisons de la peau dues à de petits papules rougeâtres que des soins de propreté font disparaître facilement. Il en est de même de certaines démangeaisons qui se développent quelquefois sous les ongles, mais qu'on n'observe guère que chez les ouvriers les moins soigneux de leur personne.

Après avoir décrit ces effets, M. Bouchut rapporte l'histoire de trois malades qui auraient éprouvé de véritables accidents, quoique d'une nature peu grave. Mais l'examen attentif de ces trois faits démontre jusqu'à l'évidence que l'oxyde de zinc est parfaitement étranger à leur manifestation; c'est d'ailleurs l'opinion à laquelle une discussion éclairée a conduit M. Bouchut.

(1) De *cadmie*, synonyme d'*oxyde de zinc*.

En lisant la description très sommaire des effets attribués au blanc de zinc, il est sans doute une remarque qui n'aura pas échappé à nos lecteurs, c'est que ces effets, à l'exception de l'agitation nocturne, n'ont même rien de spécial à la poussière cadmique, et qu'ils s'observent, à peu près identiques, chez tous les individus qui s'exposent au contact des poussières, même les plus inertes, végétales ou minérales; il ne reste donc presque rien de ces légers phénomènes que l'on puisse rapporter spécialement au blanc de zinc. Voici une nouvelle et importante preuve à l'appui de cette proposition :

Les accidents que détermine la céruse sont sans doute plus fréquents et, en général, plus graves chez les ouvriers qui s'exposent au contact de la poussière plombique; mais il s'en faut bien, ainsi que nous l'avons démontré dans notre premier article, que ceux qui la manipulent à l'état humide soient à l'abri de tout danger. Nous avons vu, au contraire, qu'ils entraient pour une proportion considérable dans la statistique des maladies de plomb dressée par l'administration des hôpitaux de Paris. Or, rien de semblable n'a lieu pour le blanc de zinc. Les légers phénomènes décrits ci-dessus n'ont été observés que sur les ouvriers des fabriques; quant aux ouvriers *consommateurs* (peintres, etc.), ils n'ont éprouvé aucun effet que l'on puisse attribuer au produit qu'ils emploient.

Au reste, ce que l'expérience et une observation directe ont appris pendant ces dernières années, les faits déjà acquis depuis longtemps à la science pouvaient le faire prévoir.

De temps immémorial l'oxyde de zinc a été administré, comme médicament antispasmodique, à la dose de *cinq* et *six grammes* dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire à une dose beaucoup plus élevée que n'en peut absorber en plusieurs mois un ouvrier, sans que jamais on ait observé d'accidents, souvent même sans qu'on ait constaté d'effets appréciables.

M. Orfila, qu'il faut toujours citer en matière de toxicologie, a fait avaler à des chiens petits et faibles jusqu'à 20 grammes d'oxyde de zinc; il n'est parvenu qu'avec peine à déterminer des vomissements non douloureux, et qui n'ont été suivis d'aucun trouble notable dans la santé des animaux. On sait qu'il en est tout autrement lorsqu'on fait les mêmes expériences avec le carbonate de plomb ou céruse. Il était donc facile, à l'aide de ces observations et de ces expériences, de conclure, sinon à l'innocuité complète de la fabrication du blanc de zinc, du moins à l'extrême probabilité de cette innocuité, et l'on pourrait s'étonner qu'il ait fallu arriver jusqu'à ce jour pour que ce fait devienne enfin une vérité vulgaire.

Mais, nous l'avons déjà dit, en présence des besoins créés par notre état social, il ne suffisait pas, pour arrêter les ravages de la céruse, de trouver une substance sans action nuisible sur l'économie, il fallait encore que cette substance pût remplacer le blanc de plomb dans les arts et dans l'industrie. Le blanc de zinc remplit-il cette dernière condition comme il remplit la première? Sous le rapport de l'économie, cela n'est point douteux; le blanc de zinc coûte exactement le même prix que la céruse, et comme il est beaucoup plus léger, il en résulte qu'on a pour le même prix un volume plus considérable; mais c'est ce fait qui ne date que de quelques années, et qui explique en grande partie l'insuccès des savants qui avaient proposé le blanc de zinc avant M. Leclaire.

Sous les autres rapports, notre expérience ne nous permet pas d'émettre une opinion personnelle; mais les recherches de M. Bouchut et sa compétence exceptionnelle parmi les médecins l'ont conduit à des conclusions tout à fait favorables au blanc de zinc. Nous nous contenterons de reproduire son appréciation :

« Il (le blanc de zinc) ne peut être falsifié comme le blanc de céruse : c'est là un malheur; c'est même son principal inconvénient, et ce qui le fait repousser de beaucoup de peintres, lesquels préfèrent la céruse pour lui incorporer le sulfate de baryte ou le blanc de Vanves, et arriver ainsi à des gains illicites fort avantageux.

» Le blanc de zinc est d'un emploi tout aussi facile que le blanc de plomb. Il sèche peut-être un peu moins vite, mais la différence, à cet égard, n'est pas très sensible. On a dit qu'il couvrait mal les surfaces peintes; mais c'est une erreur; deux couches couvrent très bien le bois, presque tout autant que le blanc de plomb, qui a, il faut le dire, un léger avantage sous ce rapport. Enfin, le blanc de zinc est inaltérable à l'air, et il conserve son éclat et sa blancheur au milieu des vapeurs hydrosulfurées, ce que n'a point le blanc de plomb, qui perd à l'instant sa blancheur et pousse au noir sur toute sa surface.

» Ces avantages du blanc de zinc sur le blanc de plomb sont désormais incontestables, et dans la peinture en bâtiments, la première de ces couleurs l'emporte évidemment sur l'autre. Plus de deux mille expériences ont été faites par M. Leclaire et d'autres peintres chez des particuliers, dans plusieurs édifices publics, et on s'est toujours applaudi des résultats obtenus; nous les avons vérifiés en plusieurs endroits, et nous déclarons les avoir trouvés irréprochables. »

M. Bouchut s'exprime avec plus de réserve touchant l'application du blanc de zinc à l'art proprement dit de la peinture. On conçoit qu'en effet les artistes puissent seuls avoir une opinion à cet égard. D'ailleurs il n'entrera jamais dans l'esprit d'un homme sensé, à plus forte raison d'une administration, de circonscrire et de réglementer les instruments dont le génie seul peut déterminer l'utilité. Il est heureux qu'on puisse ajouter que la question de l'art proprement dit est à peu près indifférente pour l'hygiène, car ce n'est pas parmi les véritables artistes que la céruse exerce ses ravages.

Pour résumer en quelques mots les faits que nous avons exposés dans cet article et dans celui qui l'a précédé, nous croyons pouvoir établir les propositions suivantes :

1° En supprimant l'industrie de la céruse, l'administration soustraira annuellement à la mort au moins 80 ouvriers;

2° On en soustraira au moins 2,000 à des maladies toujours longues, et qui laissent assez souvent à leur suite des infirmités incurables;

3° En donnant à tous les ouvriers qui fabriquent ou qui consomment le blanc de peinture la possibilité de rester toujours dans la même carrière, l'administration fécondera leur travail et elle arrachera un nombre immense de familles à la misère;

Enfin, en allant au-devant des vœux qu'ont laissé deviner plutôt qu'explicitement formulés tous les hommes compétents et les corps savants, l'administration donnera aux gouvernements voisins un excellent exemple qui, on peut le prédire, ne tardera pas à porter des fruits précieux. — H. de Castelnau.

Le conseil municipal de Paris a autorisé l'administration de l'assistance publique à faire l'acquisition de voitures destinées à conduire en promenade ceux des jeunes enfants de l'hôpital des Enfants Malades à qui leur état de convalescence permet de donner cette salutaire distraction. On doit applaudir à cette heureuse innovation, qui ne peut manquer de concourir aux succès des traitements appliqués à diverses maladies de l'enfance. Cette nouvelle amélioration du service hospitalier nous donne l'espoir qu'on en réalisera bientôt une autre que nous réclamons depuis bien longtemps, c'est le transport en voitures closes des malades gravement atteints, et qu'on dirige du bureau central vers les hôpitaux excentriques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Sixième leçon.)

La menstruation, dans le plus grand nombre des cas, n'a rien présenté de remarquable; l'abondance de l'écoulement périodique a diminué chez une malade; elle a augmenté chez deux autres. Si l'on met de côté ces trois faits, on peut dire, qu'à part un peu de dysménorrhée dont il n'y a pas lieu de tenir compte, les règles se sont montrées après le début de l'affection avec leurs caractères habituels.

La leucorrhée s'est offerte comme l'un des symptômes les plus

constants; nous l'avons rencontrée dix-sept fois. Trois malades nous ont dit ne pas avoir de flueurs blanches.

Dans tous les cas, sans exception, nous avons vu le col de l'utérus augmenter de volume; il remplissait l'ouverture du spéculum nº 2. Trois fois seulement il a laissé un léger intervalle entre sa surface et celle des parois de l'instrument. Cette augmentation de volume mérite d'autant plus d'être notée, qu'après la guérison l'organe, ainsi tuméfié, a repris constamment ses dimensions normales; elle était en général d'autant plus prononcée que les femmes avaient eu plus d'enfants. Cette circonstance pouvait jusqu'à un certain point être prévue, d'après la connaissance de ce que l'on observe dans l'état normal, où l'on trouve des rapports analogues entre le volume du col, lorsque l'on considère comparativement des femmes qui ont ou qui n'ont pas eu d'enfants.

Trois malades ont porté des granulations au pourtour du museau de tanche, granulations qui occupaient une étendue médiocre; une seule a été affectée d'une exulcération granuleuse très vaste. Nous ne saurions avec trop de soin insister sur ce point. Il est digne de remarque, en effet, que les malades dont le col n'offrait aucune trace des lésions que nous venons d'indiquer étaient atteintes depuis longtemps non-seulement de déviation, mais encore de leucorrhée.

Le toucher vaginal nous a fourni des renseignements très exacts. Toujours nous avons trouvé le col de l'utérus situé en haut du côté de l'angle sacro-vertébral; quelquefois il nous a été très difficile de l'atteindre. On se rappelle les obstacles que nous avons eu à vaincre chez une malade qui, à une direction entièrement horizontale de la matrice, joignait une obésité considérable. Il n'est pas nécessaire de faire ressortir combien la réunion de ces deux circonstances est défavorable à l'exploration directe de l'utérus.

De même que le col; le corps nous a paru dans tous les cas augmenté de volume; sa forme était plus globuleuse que dans l'état normal; il était aussi plus pesant, et reprenait rapidement sa position première lorsque le doigt venait à le soulever. On pouvait sentir toute l'étendue de sa face antérieure.

Les auteurs conseillent en général de pratiquer le toucher rectal dans l'antéversion. Nous n'avons retiré de ce précepte, dans le petit nombre de cas où nous l'avons suivi, qu'une médiocre utilité. Le doigt, introduit dans le rectum, éprouve la sensation d'un corps dur et globuleux de peu d'étendue, qu'il est quelquefois possible de contourner et de circonscrire complétement; au-dessus de ce corps il n'en rencontre aucun autre; mais en lui imprimant quelques mouvements il reconnaît sa continuité avec la portion supérieure de la matrice, qui se déplace alors par un véritable mouvement de bascule. Le toucher vaginal permet de constater directement que l'impulsion communiquée à la partie saillante dans le rectum est transmise au corps de l'utérus.

Nous avons insisté déjà sur la manière dont le col se présente dans le champ du spéculum. Il est des circonstances dans lesquelles il devient très difficile de mettre à découvert son extrémité inférieure.

L'introduction de la sonde utérine, nous l'avons dit implicitement, est le moyen de diagnostic le plus important. Elle suffirait à elle seule, en l'absence de tout autre mode d'exploration pour faire éviter toute espèce d'erreur. L'instrument doit être porté très loin vers l'angle sacro-vertébral sur le doigt qui va en présenter son extrémité à l'orifice utérin. Treize fois nous avons pu l'introduire sans obstacle; les malades ont à peine ressenti de légères douleurs; toutes avaient eu des enfants. Sept fois nous avons été arrêté par des difficultés de nature diverse.

Dans l'une de ces diverses circonstances, nous sommes arrivé avec peine à l'orifice externe. En pareille occurrence on ne peut agir sûrement et avec précision qu'à la condition de ramener préalablement le col de l'utérus en avant à l'aide du bec de la sonde. Il est important de s'assurer exactement de la position de l'orifice du museau de tanche et d'éviter que l'extrémité de l'instrument vienne glisser dans le cul-de-sac du vagin.

Dans une autre circonstance, la difficulté que nous avons rencontrée a tenu à ce que l'orifice interne avait un diamètre plus étroit que dans l'état normal et au défaut de proportion qui existait entre ce diamètre et celui de la sonde. Un semblable défaut de proportion a plus tard rendu impossible l'introduction de la tige utérine. L'application de l'instrument redresseur exige, comme on le voit, la connaissance exacte non-seulement de la cavité cervico-utérine, mais encore de ses orifices.

Dans un troisième cas, nous avons rencontré, à un centimètre au-dessus de l'ouverture du col, une coarctation qui n'a pu être franchie qu'après une seconde tentative d'introduction. Nous avions à traiter une malade chez laquelle de profondes cautérisations avec la pâte de Vienne avaient amené la destruction d'une partie de la lèvre postérieure et le rétrécissement de la cavité cervicale.

Dans toutes les autres circonstances, la marche de l'instrument a été entravée par des irrégularités et des saillies exagérées de l'arbre de vie.

Les souffrances éprouvées par les malades ont été généralement en rapport avec le degré de difficulté de l'introduction de la sonde, surtout lorsque les obstacles ont eu leur siége à l'orifice interne. Elles ne se sont pas fait sentir dans l'intérieur même du col, mais dans la profondeur du ventre, tant que l'instrument n'a pas eu dépassé l'orifice supérieur, elles ont eu manifestement pour cause les tiraillements résultant de l'impulsion communiquée à la sonde dans le but de surmonter les résistances qui s'opposaient à ce qu'elle pénétrât plus profondément. Lorsque les résistances étaient vaincues, lorsque la sonde arrivait au niveau de l'orifice interne ou dans l'intérieur de la cavité du corps, les sensations suscitées par sa présence changeaient de caractère.

Remarquons, en passant, que dans tous les cas, sans exception, il nous a fallu abaisser fortement le manche de l'instrument, de façon que la partie inférieure de la tige vînt déprimer la région périnéale. Toutefois, les mouvements qu'il a été nécessaire de lui imprimer ont eu beaucoup moins d'étendue qu'on ne serait tenté de le penser au premier abord; c'est qu'en effet il s'opère dans cette sorte de manœuvre et à la faveur de la mobilité de l'utérus, un mouvement de redressement en vertu duquel la pénétration de la sonde à une profondeur plus grande est rendue plus facile.

A conditions égales, dans l'antéflexion où le corps et le col de l'utérus ont un axe différent, le mouvement d'abaissement doit être beaucoup plus prononcé.

Nous l'avons dit déjà, l'utérus est toujours plus ou moins mobile. Dans tous les cas d'antéversion par nous observés, nous n'en avons pas trouvé un seul dans lequel il ne fût très facile de ramener la matrice à sa direction naturelle, ou de la lui faire dépasser dans un sens inverse de la déviation, même lorsqu'elle reprenait sa situation vicieuse immédiatement après le cathétérisme.

Un complément de l'exploration à l'aide de la sonde utérine, par lequel on évitera toute erreur, consiste, aussitôt que le déplacement a été réduit, à rechercher, en introduisant le doigt dans le vagin, la saillie globuleuse qui représente le corps de l'utérus dans l'état d'antéversion. On contourne d'abord le col de l'utérus; on atteint le cul-de-sac vaginal antérieur. S'il existe en réalité une antéversion, on doit trouver entre l'utérus et la vessie un vide parfait au lieu d'une saillie plus ou moins arrondie. Si on vient alors à porter l'utérus en avant, on a de nouveau la sensation que fournit le corps de la matrice déviée. On échappe ainsi aux méprises regrettables que peut entraîner un examen insuffisant. On ne confond pas, comme on l'a fait plus d'une fois avant ces vingt dernières années, des antéflexions avec des tumeurs comparables à celles qui se développent au sein du tissu cellulaire péri-utérin dans la concavité du sacrum, ou des antéversions avec des calculs urinaires.

Dans 19 cas sur 20, la marche a été difficile à des degrés variables; aucune de nos malades ne pouvait faire une longue course sans éprouver un sentiment de fatigue très rapide et très marqué; plusieurs d'entre elles étaient contraintes de s'arrêter après avoir parcouru un espace de cent cinquante pas.

Le seul cas où la difficulté dans la marche ait manqué est celui de la malade qui, pendant la nuit, était forcée de se lever pour uriner, et ressentait à la suite de la miction une impression particulière sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention; c'est aussi le seul où les forces n'aient pas subi de diminution notable. Dans tous les autres nous avons observé un affaiblissement plus ou moins considérable, quelquefois complet, qui s'est principalement fait sentir dans les membres inférieurs.

Trois de nos malades ont eu des douleurs ailleurs que dans le bassin.

Chez l'une, ces douleurs, qui étaient assez vives, occupaient dans le côté droit la région de l'hypochondre, elles s'exaspéraient sous l'influence des mouvements du bras et du tronc en avant: elles avaient pour cause une pleurodynie. Des douleurs dans les masses musculaires s'étaient manifestées antérieurement au début de la maladie. Une application de sangsues eut un succès complet.

Chez une autre malade il existait une névralgie intercostale dont les points douloureux étaient nettement circonscrits; les souffrances névralgiques étaient survenues dans les premiers jours d'invasion d'une bronchite intense; elles disparurent avec elle, malgré la persistance de la déviation utérine.

Dans les deux faits que nous venons de citer, les douleurs n'ont eu évidemment aucun rapport avec le déplacement de la matrice; en est-il de même dans celui qui se rapporte à la dernière de nos trois malades? Des points névralgiques étaient situés au pourtour de l'abdomen. On s'accorde assez généralement aujourd'hui à attribuer les névralgies lumbo-abdominales à une affection quelconque de l'utérus. Si on considère l'antéversion, on ne tarde pas à se convaincre qu'elle s'accompagne assez rarement de ces sortes de névralgies; nous n'avons donc rien qui nous autorise à rattacher les souffrances dont il s'agit à l'antéversion plutôt qu'à toute autre influence.

Deux de nos malades ont eu des fausses couches; nous revenons sur ce point, parce que tous les auteurs ont signalé les déplacements de l'utérus comme un obstacle puissant à l'évolution régulière de la grossesse. Ici, les faits ne sauraient nous fournir de renseignements concluants; il y a lieu de penser que, chez l'une de nos deux malades, l'antéversion est survenue après la dernière fausse couche.

Les déviations utérines sont-elles une cause de stérilité? L'examen des cas d'antéversion par nous observés offre, pour la solution de cette question intéressante, les données les plus claires et les plus positives. 12 femmes sur 17, après avoir mis au monde un premier enfant, sont restées inféçondes pendant cinq, six et même sept années; 2 autres n'ont jamais eu d'enfants.

N'est-ce pas une particularité remarquable et d'une signification bien évidente, que des femmes jeunes encore, mariées ou vivant maritalement, privées d'un premier enfant et désirant en avoir un second, ou bien n'ayant au moins aucun intérêt à ne pas devenir enceintes, soient demeurées stériles après avoir témoigné de leur aptitude génératrice par une première parturition? L'une de ces femmes, qui avait mis au jour cinq filles dans cinq accouchements successifs, souhaitait néanmoins avoir un garçon; elle tomba malade à la suite de sa dernière couche. Cinq années se passèrent sans grossesse nouvelle, au bout de ce temps elle vint réclamer nos soins, elle était atteinte d'une antéversion dont nous triomphâmes très-rapidement. Aussitôt que l'utérus fut redressé, elle devint enceinte et donna le jour à un enfant bien portant.

Ce dernier fait vient à l'appui des premiers; nous pourrions ici invoquer le témoignage d'un grand nombre d'auteurs, qu'il nous suffise de dire que M. Velpeau a vu, chez des personnes qui n'avaient jamais eu d'enfants la conception s'opérer à la faveur d'un redressement momentané de l'utérus. Dans les déviations utérines, on a en effet conseillé, avec succès, pour remédier à la stérilité, d'introduire en avant ou en arrière du col de la matrice des éponges ou des corps étrangers convenablement disposés, dans le but de ramener cet organe à sa direction naturelle pendant l'acte de la copulation.

Quel a été l'état des fonctions digestives?

L'appétit a subi des changements qui, en général, ne se sont manifestés qu'au bout d'un temps assez long: sept fois il a été irrégulier et capricieux, neuf fois il a éprouvé une diminution notable: chez le plus petit nombre des malades il est resté sensiblement le même, les digestions ont continué de se faire avec assez de régularité. Quinze fois sur vingt l'embonpoint a disparu, les chairs sont devenues flasques. La pâleur de la face, dans les douze cas où nous l'avons rencontrée, n'a pas reconnu pour cause une anémie parfaitement tranchée; chez quatre malades seulement, cette dernière affection s'est présentée avec tous ses caractères; l'une d'elles avait eu des hémorrhagies fréquentes du côté de la matrice, une autre avait été soumise à des saignées abondantes et répétées dans un espace de temps très limité.

Une fois seulement nous avons trouvé la couleur jaunâtre du teint, qui est le propre des cachexies.

Nous venons de décrire les divers symptômes de l'antéversion, il nous reste à les rapprocher de ceux qui ont été signalés par les auteurs. Nous nous servirons, pour établir ce rapprochement, de l'exposé que nous en a transmis M. Ameline. Les douleurs dans les régions lombaire et inguinale, les douleurs vers les cuisses, ont été constatées par lui ainsi que par nous-même; il a fait remarquer que quelques malades étaient obligées, pour marcher, de se courber et de tenir leurs mains fixées sur le ventre, attitude que nous avons eu l'occasion d'observer deux fois. Il a mentionné la pesanteur dans le bassin; comme on a pu le voir, elle est assez rare; il a également parlé de celle qui se fait sentir vers le pubis et le rectum, cette dernière, suivant lui, serait augmentée par l'administration des lavements; il y a dans cette opinion l'énonciation d'une vue spéculative, qui ne suffit pas à justifier le fait unique sur lequel elle est fondée. Comme lui, nous pensons que le repos au lit soulage les malades, surtout quand elles sont couchées sur le dos, résultat qu'il est facile d'expliquer; mais nous n'admettons pas que jamais il ne se produise d'accumulation des matières fécales; les observations qu'il rapporte, non moins que les considérations théoriques, sont contraires à la manière de voir qu'il adopte à cet égard. L'expérience, d'ailleurs, ne montre-t-elle pas tous les jours que l'antéversion s'accompagne de constipation? La difficulté d'uriner ne lui a pas échappé. Dans un cas qu'il a emprunté à Levret, il est dit que la malade, lorsqu'elle se plaçait dans le décubitus dorsal, sentait la matrice se mouvoir et se porter d'avant en arrière.

La description donnée par nous, comme on peut le voir par la comparaison qu'il est maintenant facile de faire, est plus complète que celle de M. Ameline; elle précise en outre et rectifie les faits sur lesquels on ne possédait, jusqu'à ce jour, que des notions insuffisantes.

L'antéversion, dans tous les cas que nous avons eus sous les yeux, a constamment suivi une marche croissante; il a bien pu se manifester des améliorations passagères toutes les fois que les malades ont été exposées à moins de fatigue, qu'elles ont gardé le lit et se sont soumises à un meilleur régime; jamais l'affection n'est restée stationnaire.

Sa durée a toujours été indéterminée.

Les remarques que nous venons de faire sont applicables aux autres variétés de déviation utérine.

Il nous a été possible dix-sept fois de fixer exactement le début de l'antéversion au moment où les malades se sont adressées à nous; chez l'une d'elle l'affection remontait à deux mois seulement, chez deux autres elle datait d'une année, chez une quatrième de huit ans. Chez toutes les autres ses premiers commencements variaient entre deux et six ans; elle avait eu, si l'on met de côté les deux termes extrêmes, une durée moyenne de quatre ans. Jamais elle n'avait montré de tendance à cesser; les souffrances, après des alternatives variables, étaient devenues de plus en plus vives.

Nous n'avons pas trouvé dans les auteurs et nous n'avons pas observé nous-même de cas dans lesquels la maladie se soit terminée par la mort.

Ici se présente naturellement la question de savoir si l'antéversion disparaît à l'âge critique; il est permis de le penser. A l'époque de la ménopause, l'utérus s'atrophie; de là une diminution de poids qui peut avoir pour effet de ramener l'organe à sa direction naturelle, ou d'annuler les symptômes de la déviation. Nous devons ajouter que nulle part, dans les faits connus, on ne trouve de données propres à démontrer que les choses se passent de l'une ou l'autre manière. En ce qui concerne les autres variétés de déviation, on possède quelques observations dans lesquelles la maladie a dépassé l'âge critique de cinq ou six ans; l'analogie autorise à supposer que l'antéversion, dans des conditions semblables, est régie par les mêmes lois que les autres déplacements, et qu'elle peut cesser comme eux après l'âge critique; mais jamais d'une manière constante.

Une question qui n'offre pas moins d'intérêt que la précédente est relative à la transformation des déviations les unes dans les autres; nous avons été témoin de changements qui ne nous laissent aucun doute à cet égard.

Une dame qui avait été examinée par plusieurs médecins vint nous trouver; elle nous dit qu'elle était atteinte d'une antéversion, mais que cette antéversion, au lieu d'être permanente, disparaissait souvent et était remplacée par une rétroversion.

Nous eûmes des doutes sur l'exactitude de ses assertions.

Au bout de quelques jours, elle vint nous trouver de nouveau; elle nous raconta que la veille, étant assise et immobile, elle avait senti la matrice se déplacer et se renverser en arrière.

Nous nous livrâmes à une exploration attentive et minutieuse; nous eûmes recours au toucher vaginal, à l'application du spéculum, à l'introduction de la sonde utérine, et nous pûmes nous convaincre de l'existence d'une rétroversion.

Il y a deux mois environ, M. Demarquay nous demanda notre avis à l'occasion d'un fait du même genre: il avait constaté une antéversion chez une jeune dame et quelque temps après une rétroversion des mieux caractérisées.

Nous avons appris récemment que MM. Amussat et Hervez de Chégoin ont observé de semblables anomalies.

Nous avons vu une femme chez laquelle l'utérus, après avoir passé de l'état d'antéversion à celui de rétroversion, a conservé cette dernière position jusqu'au moment de la mort. L'autopsie, après le toucher vaginal et le cathétérisme utérin, nous a démontré la persistance du changement qui s'était opéré pendant la vie.

La transformation de l'antéversion en rétroversion, chez la première des malades dont nous avons parlé, n'était que momentanée.

De quelle manière s'accomplissent ces changements successifs de l'antéversion en rétroversion et de la rétroversion en antéversion? Il est facile de supposer qu'ils se produisent sous l'influence de la distension progressive de la vessie et du rectum; l'axe de l'utérus soulevé peu à peu par la vessie prend une direction verticale qu'il ne tarde pas à dépasser; dès ce moment, il y a rétroversion. Le rectum, par suite de l'accumulation des matières fécales, peut, en agissant de la même manière, ramener la déviation à son type primitif.

Cette double explication manque de la sanction des faits; nous regrettons d'avoir omis de demander à notre malade si les changements qu'elle sentait s'opérer étaient précédés de constipation ou de rétention volontaire et prolongée des urines.

Le diagnostic a été facile dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer; nous ne reviendrons pas sur les signes qui caractérisent l'antéversion; nous nous contenterons de mentionner les méprises dont cette variété de déviation, d'après le témoignage des auteurs, a été ou pourrait devenir l'origine.

Levret a rapporté un fait dans lequel l'existence d'une antéversion fit croire à la présence d'un calcul urinaire dans la vessie; l'erreur motiva l'opération de la taille.

M. Amussat pense que dans des cas qui, comme celui auquel nous faisons allusion, seraient de nature à entraîner une regrettable confusion, le cathétérisme de la vessie, combiné avec le toucher vaginal, suffirait à dissiper toute incertitude. C'est dans des circonstances semblables que M. Malgaigne conseille de pratiquer simultanément le cathétérisme vésical et le toucher par le rectum; si, entre le doigt et la sonde, on trouve l'épaisseur normale de la matrice, il n'y a pas déviation; si on sent l'interposition d'un corps dur, il y a lieu de penser qu'il existe réellement un calcul; ce calcul peut être saisi entre la sonde et le doigt, auquel on fait contourner l'un des côtés du col utérin. Si un intervalle considérable sépare la sonde du corps qui fait saillie dans le rectum, cet intervalle mesure l'axe longitudinal de l'utérus et annonce un renversement de la matrice.

Lisfranc recommande de joindre l'auscultation au cathétérisme; ce moyen est insuffisant si l'on a sujet de supposer la présence d'une pierre enchatonnée; le contact de la sonde avec le corps étranger, se faisant par l'intermédiaire d'une membrane plus ou moins épaisse, ne donnera lieu à aucun bruit caractéristique.

M. Velpeau propose avec plus de raison d'avoir recours en même temps au toucher vaginal et au palper hypogastrique.

La cystite peut-elle devenir, comme on l'a affirmé, la source d'une erreur de diagnostic par les douleurs qu'elle provoque et les

difficultés qu'elle apporte à l'exercice de la miction? Nous ne le pensons pas. Ajoutez qu'il sera toujours facile de reconnaître les cas dans lesquels l'antéversion se compliquera d'inflammation de la vessie. Lorsqu'en effet on aura ramené l'utérus à sa direction normale, on verra les douleurs persister à s'exaspérer sous l'influence de pressions exercées au niveau du col de la vessie. Les urines contiendront du pus ou du muco-pus qui se déposeront au fond du vase.

Nous avons insisté sur le peu d'utilité du toucher par le rectum comme moyen de diagnostic. Est-il nécessaire de rappeler, à cette occasion, qu'on a pris pour une tumeur du rectum lui-même la portion du col utérin qui, dans l'antéversion, prédomine vers l'intérieur de cet organe? Une pareille confusion dénote un défaut complet d'habitude et de sagacité. Des mouvements imprimés à la tumeur suffisent, en effet, à montrer qu'elle appartient à l'utérus lui-même.

Au rapport de M. Cazeaux, une présentation du sommet a été considérée comme un cas d'antéversion.

On conçoit facilement l'existence d'une tumeur à la partie antérieure de l'utérus; toutefois, nous n'avons pas rencontré de faits de ce genre dans l'antéversion.

Les adhérences se reconnaissent à la difficulté de replacer l'utérus dans sa position naturelle, ainsi qu'aux douleurs et aux tiraillements éprouvés par la malade pendant les tentatives de réduction.

L'état d'engorgement de la matrice s'apprécie sans peine, par les moyens d'exploration que nous avons décrits, dans le col aussi bien que dans le corps de l'organe. Est-il besoin de rappeler que le toucher vaginal, joint aux cathétérisme utérin, permet de déterminer d'une manière presque mathématique le degré d'épaisseur des parois du col?

Le spéculum donne des notions exactes sur les lésions accessoires, telles que granulations et excoriations du col.

L'inflammation se révèle par la sensibilité exagérée de la matrice, le toucher vaginal, l'introduction de la sonde provoquant de vives douleurs.

A.-H. MARGERIE.

CLINIQUE CIVILE. — M. S. MARCEL.

Éclampsie; emploi des émissions sanguines, accouchement spontanée.

Les convulsions qui éclatent pendant la grossesse ont une influence doublement fâcheuse: elles déterminent, dans l'immense majorité des cas, la mort du fœtus, et sont fatales à la mère dans une proportion qui, pour n'être pas encore aujourd'hui déterminée d'une manière précise, n'en est pas moins considérable. Tous les praticiens reconnaissent la haute gravité de ces accidents; mais ils diffèrent dans l'emploi des moyens propres à les combattre. C'est qu'ici, comme dans beaucoup de questions de thérapeutique, souvent on se décide pour tel ou tel mode de traitement, moins d'après l'observation des faits que d'après des vues théoriques plus ou moins spécieuses. A vrai dire, nous ne possédons pas encore un travail qui, fondé sur une analyse de faits bien observés, établisse la supériorité d'une méthode thérapeutique dans les cas d'éclampsie. Avant donc que la science s'enrichisse d'un si précieux travail, il me semble important d'en préparer les matériaux, en enregistrant dans ses annales les faits qui s'y rapportent. Aussi est-ce dans ce but que je livre aujourd'hui à la publicité l'histoire d'un cas dont je viens d'être témoin. Je l'ai recueilli avec tous les détails qu'il m'a été possible d'obtenir dans la position où je me trouvais placé. Tel qu'il est, il pourra encore, je pense, être de quelque valeur pour la solution de quelques-unes des nombreuses questions que soulève le traitement des convulsions puerpérales.

Le 3 avril 1852, je fus appelé, vers neuf heures du matin, près de Mme L..., âgée de 30 ans, enceinte de huit mois et demi environ. Cette dame, qui habite la campagne près Paris, avait eu, il y a cinq ans, une première grossesse exempte de tout accident et suivie d'un accouchement heureux. Sa santé est généralement bonne, sa constitution forte; elle est de sa nature très impressionnable, sensible à la moindre contrariété; jamais elle n'a eu de convulsions. Quand j'arrivai près de Mme L..., je la trouvai en proie à de violentes douleurs occupant l'épigastre et arrachant des plaintes continuelles. Ces douleurs étaient continues, avec exacerbation; elles consistaient en un sentiment de constriction pénible entourant la base de la poitrine. Elles avaient éclaté vers deux heures du matin avec quelque violence et avaient provoqué des vomissements de substances alimentaires, peu de bile. A mon arrivée, ces vomissements avaient déjà cessé depuis deux heures environ. Une garde-robe avait eu lieu pendant la nuit. Depuis deux jours, Mme L... s'était plainte de malaise général, de douleurs vagues à l'estomac, de légères diminutions d'appétit, sans vomissements ni autres symptômes appréciables. En pressant l'épigastre, j'y déterminai peu de douleur; sur tout le reste de l'abdomen, la pression n'en éveillait aucune. Toute absorbée par ses douleurs, Mme L... ne put me dire si elle sentait encore les mouvements de son enfant: mon oreille, appliquée sur le ventre en différents points, n'entendit que des bruits dus à des déplacements de gaz dans les intestins. Par le toucher vaginal, je trouvai que le corps de l'utérus était encore élevé; le col était dirigé en arrière, assez difficile à atteindre: le doigt y pénétrait avec beaucoup de peine et les lèvres n'en étaient pas complétement effacées. L'introduction du doigt dans le col arracha un cri douloureux à Mme L... Le pouls était fréquent et médiocrement développé; la soif peu vive, l'anxiété considérable; Mme L... changeait souvent de position et revenait le plus souvent au décubitus dorsal. Je me contentai de prescrire la potion suivante:

Eau de tilleul.	125	grammes.
Sirop diacode.	30	—
Ether.	20	gouttes.

Les douleurs s'apaisèrent rapidement; Mme L... s'endormit. Elle se réveilla à deux heures après midi, en proie à de violentes convulsions. Agitation, renversement du tronc en arrière, strabisme, distorsion de la bouche, langue mordue, face violacée, puis pâle, etc., etc. Ces convulsions se succédèrent sans interruption jusqu'à quatre heures. Mme L... recouvra la connaissance pendant une minute à peine, puis l'état convulsif revint avec la même intensité. Je prescrivis une saignée; lavement avec pavot; compresses froides sur le front; sinapismes sur les membres inférieurs.

La sage-femme qui gardait Mme L... s'était chargée de faire la saignée; elle attendit en vain plus de calme pour la pratiquer. A neuf heures du soir rien n'était changé. En présence d'un état si grave, je voulus m'éclairer des lumières et de l'autorité d'un confrère versé dans la science obstétricale; je m'adjoignis le docteur Depaul, membre de l'Académie de médecine. Nous trouvâmes Mme L... en proie à des convulsions continuelles; le pouls fort et résistant, médiocrement fréquent; aucun signe de travail commencé du côté de l'utérus; même état du col qu'au moment du début des accidents; la pression sur l'abdomen et le toucher par le vagin semblent augmenter les convulsions générales. Il n'y a pas d'œdème aux jambes. Nous fûmes d'avis de recourir aux émissions sanguines largement pratiquées, tout en regrettant que la première saignée n'eût pas été faite, et de nous abstenir de toute pratique pour déterminer le travail et délivrer la malade. Je fis immédiatement une large saignée du bras, en même temps qu'on appliqua seize sangsues derrière les oreilles. On continua à promener les révulsifs sur les membres inférieurs. A minuit on rouvrit la saignée, qui donna une quantité de sang égale à la première. Les convulsions continuèrent pendant tout ce temps. Vers trois heures du matin elles parurent diminuer; elles cessèrent complétement et définitivement à quatre heures du matin, quatorze heures après leur invasion. L'extrême prostration qui leur succédait fit croire aux assistants à une mort imminente. Je vins en hâte près de Mme L..., que je trouvai dans une résolution complète; la peau était froide, la face extrêmement pâle, les lèvres violacées, les yeux à demi fermés, le pouls à peine perceptible, la respiration libre, mais haute et assez fréquente. L'utérus était dans le même état.

Le 4 avril, la prostration est aussi profonde, le pouls difficile à sentir; la chaleur générale est médiocre. Mme L... est étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle, et ne comprend aucune des questions qu'on lui adresse. (Lavement de musc et assa fœtida, eau sucrée avec fleur d'orange, sinapismes.) Vers midi, la physionomie prend un peu d'expression, les yeux s'ouvrent; Mme L... peut boire, mais n'a nulle conscience de sa position. Même état du pouls et de l'utérus. Dans la soirée, le pouls s'est un peu relevé, et la chaleur générale est plus sensible. — Bouillon.

Le 5 avril, l'abaissement diminue de plus en plus; la parole est revenue, et le pouls, quoique mou, est assez développé. Mme L... présente un air d'hébétude marquée; elle reconnaît à peine les personnes qui l'entourent; elle se croit accouchée. Nul commencement de travail. Même état du col de l'utérus. Mme L... change facilement de position, et peut rester quelques minutes sur son séant. — Vin, bouillons.

Le 6, un peu de dévoiement dans la nuit. Le matin, quelques coliques et douleurs de reins. A huit heures, Mme L... accouche spontanément d'un gros enfant mort, du sexe féminin, expulsé en présentation du sommet. La délivrance est opérée immédiatement. Les suites de couches n'ont rien présenté de remarquable. Mme L... est restée encore quelques jours sans pouvoir se rendre compte de sa position. Vers le 17 avril, elle a éprouvé des douleurs névralgiques qui l'ont fait beaucoup souffrir; elles avaient leur siége dans la tête et les parois de la poitrine. Elles n'ont été suivies d'aucun accident.

Le 20 avril, Mme L... était complétement rétablie, gardant encore le lit pour les brûlures qu'y avaient déterminées aux membres inférieurs les sinapismes qu'au fort de sa maladie on lui avait appliqués avec trop peu de précaution. Quant aux facultés intellectuelles, Mme L... en a recouvré aujourd'hui le libre et entier exercice; seulement elle ignore complétement tout ce qui s'est passé depuis le début de ses violentes douleurs épigastriques jusqu'au moment où elle a recouvré, avec la connaissance, assez de force pour s'asseoir sur son lit, ce qui fait une lacune d'environ quatre à cinq jours.

Je me garderai bien de tirer d'un seul fait isolé des conclusions générales; je me contenterai de signaler, dans celui que je viens de raconter, les points qui me paraissent dignes d'intérêt.

Dans le cas présent, les convulsions ont été remarquables par leur durée et leur intensité; elles se sont succédé sans interruption pendant quatorze heures. Durant toute cette période et pendant les cinquante heures qui l'ont suivie, aucun signe de travail ne s'est manifesté: nulle dilatation du col, nulle contraction utérine, nul engagement de la tête au détroit supérieur. Il est bon peut-être de se rappeler, d'ailleurs, que la malade n'était pas arrivée au terme complet de sa grossesse; elle avait encore, affirma-t-elle, quinze jours à compter. L'utérus ne s'est débarrassé du produit de la conception que quand les forces se sont relevées, deux jours et demi environ après le début des convulsions.

A ne considérer que l'issue définitive, l'influence des émissions sanguines paraît avoir été favorable; seulement, pour en apprécier le degré, il ne faut pas oublier qu'elles n'ont été pratiquées que sept heures après l'invasion des convulsions. Celles-ci ont disparu complétement sept heures après la première saignée, et n'avaient commencé à diminuer d'intensité qu'une heure environ avant leur cessation définitive. Je laisse ces faits à l'appréciation du lecteur.

Enfin j'appellerai l'attention sur le point obstétrical de l'observation. On s'est abstenu de toute manœuvre tendant à dilater le col de la matrice, à exciter des contractions utérines, en un mot, à provoquer l'expulsion du fœtus. L'accouchement s'est fait spontanément, et les suites en ont été heureuses.

Telle n'est pas la conduite qu'on a toujours tenue dans des cas analogues. On préconise encore l'accouchement provoqué. Il faut avouer que le succès n'a pas toujours couronné une semblable pratique; aussi un fait comme celui-ci, où les choses se sont passées heureusement, en l'absence de cette grave intervention de l'art, me paraît acquérir un véritable intérêt et méritait d'être signalé. (*Gaz. méd.*)

OBSERVATION DE RÉTENTION DU PLACENTA

dans l'utérus après un accouchement à sept mois de grossesse,

Par le docteur KEISSER.

Mme Brun, cours Charlemagne, n° 101, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, était enceinte de sept mois, lorsque, le 18 décembre 1851, elle fut prise des douleurs d'enfantement. Elle avait eu trois accouchements antérieurs arrivés à terme et exempts d'accidents. A la fin du troisième mois de la grossesse, il était survenu une perte subite qui se renouvela deux jours de suite. La quantité de sang perdu fut évaluée par la malade à deux verrées. Depuis cette époque, une douleur continue s'est manifestée dans le flanc droit et a persisté jusqu'à l'époque de l'accouchement. Vers la fin de novembre, la malade fit une chute sur son parquet, à la suite de laquelle elle fut prise de douleurs abdominales et lombaires; le ventre était sensible à la pression; il survint de la fièvre. Ces symptômes persistèrent une quinzaine de jours. *Traitement:* Potions calmantes, boissons laxatives, cataplasmes, lavements, repos, régime doux.

Le 18 décembre au soir, les douleurs d'accouchement commencèrent faibles et éloignées. Au toucher, la dilatation du col n'avait pas commencé; on ne pouvait reconnaître la position. Pendant toute la nuit, les douleurs furent faibles. A cinq heures du matin, je fus appelé pour revoir la malade, qui venait de perdre subitement les eaux après une forte douleur. En pratiquant le toucher pour reconnaître où en était le travail, je sentis dans le vagin une tumeur molle assez volumineuse. Je cherchais à reconnaître ce qu'était cette tumeur, lorsque les contractions, qui devenaient très intenses, la poussèrent jusqu'à la vulve. Je reconnus alors les intestins du fœtus. En attendant, j'allai à la recherche des pieds, que j'amenai facilement, ainsi que le reste du corps; mais lorsque la tête se présenta, j'éprouvai de grandes difficultés pour l'extraire. Ce ne fut qu'après des efforts prolongés que je terminai l'accouchement. Un hydrocéphale qui avait déterminé un développement considérable de la tête avait été cause de la difficulté de sa sortie. En examinant le fœtus, qui me paraissait mort depuis plusieurs jours, je trouvai une absence complète des parois de l'abdomen; les intestins étaient flottants, la tête avait le double de volume de celle d'un enfant à terme; il existait un bec-de-lièvre complet.

Après l'accouchement, il survint une hémorrhagie grave. J'essayai de délivrer la femme en faisant des tractions modérées sur le cordon; mais il céda et se rompit. Je n'hésitai pas alors, vu la gravité de l'hémorrhagie, à introduire la main dans l'utérus pour extraire le placenta. Malheureusement je rencontrai des adhérences tellement intimes que je ne pus en extraire que de très petites parcelles et principalement des portions de membranes; comme l'hémorrhagie continuait et devenait inquiétante, car la malade pâlissait, les syncopes se succédaient, le pouls devenait filiforme, je tamponnai et fis appliquer des compresses d'eau froide sur le ventre. Pendant ce temps, le docteur Pillet arriva; il fut d'avis de faire une nouvelle tentative pour extraire le placenta: il enleva le tampon et pénétra avec la main dans l'utérus; mais il ne fut pas plus heureux et ne put parvenir à détruire les adhérences. Nous renonçâmes à pousser plus loin nos tentatives, malgré l'avis de beaucoup de praticiens qui prétendent qu'il faut à quelque prix que ce soit opérer l'extraction du délivre dût-on l'arracher par morceaux. Le tampon fut replacé, les applications d'eau froide continuées; potion avec 2 grammes d'ergotine, limonade froide, moutarde aux bras. L'hémorrhagie céda. Dans la soirée, la malade, qui avait eu beaucoup de coliques, était abattue; la face était pâle, le pouls petit, fréquent; elle ne pouvait plus supporter le tampon, je l'enlevai. Besoin extrême d'uriner. Après la sortie du tampon quelques caillots de sang, que j'examinai avec soin, s'échappèrent: il n'y avait aucune portion de placenta. Urines abondantes.

Le 20, pas de sommeil la nuit, agitation, coliques continues, ventre sensible; pouls fréquent, peu développé; au toucher, je trouvai l'ouverture du col béante; quelques caillots qui s'y présentaient furent extraits. Sur notre recommandation expresse de conserver tous les linges, on les mit de côté; M. Pillet et moi nous les examinâmes avec soin; nous trouvâmes la perte peu abondante; aucune portion de placenta n'était sortie. Traitement: injections, cataplasmes, boissons délayantes, potion opiacée.

Le 21, coliques, ventre douloureux à la pression; examen attentif de tous les linges; perte peu abondante, donnant de l'odeur. Même traitement.

Le 22, nuit agitée, prostration, sueurs, fièvre, expulsion d'un morceau d'arrière-faix gros comme une noisette. Traitement: potion avec l'extrait de quina, lavement, injections, cataplasmes.

Le 23, je fus appelé à trois heures du matin. La malade venait d'avoir un long frisson avec tremblement suivi de syncopes réitérées. Le pouls était petit, filiforme; les syncopes se renouvelaient à chaque instant; la face était altérée, la prostration extrême. La malade, frappée de la crainte de la mort, était persuadée qu'elle ne verrait pas le jour. Traitement: moutarde à tous les membres, frictions sèches et chaudes, éther, vin de Bordeaux à l'intérieur; peu à peu les syncopes cessent, la chaleur se ranime, le pouls se relève. Je laisse la malade mieux.

A neuf heures, nous la revîmes avec le docteur Pillet; nous la trouvâmes abattue; la face était altérée, le pouls à 120, toujours faible; sueurs abondantes, ventre ballonné.

Au toucher, je trouvai le col entr'ouvert; pas de caillots à l'ouverture; lochies fétides; les draps, qui ont été examinés tous les jours avec attention, étaient tachés par un écoulement de matières sanieuses, fétides. Aucun fragment de placenta n'a été rendu. Traitement : injections chlorurées, lavement de quina, potion avec l'extrait de quina, fomentations.

Le 24, nuit agitée, sans sommeil; coliques, ventre douloureux, ballonné; pouls à 112, petit, faible. Au toucher, on sent que l'ouverture du col se resserre. Lochies fétides, sanieuses; le soir redoublement de fièvre. Lavement huileux suivi d'une selle abondante. Traitement comme la veille.

Le 25, la malade a été moins agitée la nuit; il y a eu peu de sommeil. Pouls à 108, un peu plus fort, plus résistant; soif, ventre toujours ballonné; selle abondante après le lavement de quina; lochies toujours fétides; expulsion d'un fragment de placenta gros comme une noisette; l'ouverture du col se resserre de plus en plus.

Le 26, la malade se sent mieux; elle a dormi trois heures. Pouls à 104, diarrhée abondante, ventre moins sensible et moins ballonné, lochies moins fétides. Traitement. injections, suppression des préparations au quinquina.

Le 27, suppression des lochies pendant toute la journée; le soir, écoulement abondant de matières sanieuses et fétides; pouls à 92, selles diarrhéiques.

Le 28 et jours suivants le mieux augmente de jour en jour; cependant l'amaigrissement est extrême.

Le 2 janvier, expulsion d'un morceau gros comme une petite noix de placenta; il était dur, comme privé de sucs ou desséché : c'est le dernier fragment de placenta qui ait été rendu. Nous avons toujours recommandé de mettre de côté tout ce que la malade perdait, et tout a été examiné chaque jour avec soin. Mieux jusqu'au 11 janvier, qui fut mauvais, car ce jour il survint un malaise général accompagné de fièvre; cet accès se manifesta par un frisson, de la céphalalgie, des courbatures, de la transpiration; les seins, qui jusqu'à ce jour avaient été mous et sans sécrétion laiteuse, se gonflèrent légèrement. Les jours suivants, la malade alla de mieux en mieux. Les règles apparurent au commencement de mars.

Aujourd'hui, 23 avril, la malade est parfaitement remise; elle vaque à ses occupations sans la moindre fatigue.

En se rappelant ce que la malade a éprouvé pendant sa grossesse, ne pourrait-on pas avancer qu'il y a eu chez elle une inflammation du placenta, et que cette inflammation a été la cause des adhérences si intimes qui ont empêché de l'extraire? La malade a éprouvé une douleur fixe dans le côté; puis, à la suite d'une chute, douleurs abdominale et lombaire, sensibilité du ventre, fièvre, etc. Tous ces symptômes ne sont-ils pas les signes d'une inflammation du placenta, dont le résultat a été des adhérences morbides? Quelques auteurs pensent que les vices de conformation du fœtus reconnaissent pour cause des adhérences du placenta. Ce fait viendrait à l'appui de leur opinion.

D'après cette observation, on peut conclure que, dans certains cas, on peut et on doit même renoncer à l'extraction du placenta, contrairement à l'opinion de quelques praticiens qui prétendent qu'on doit faire, à quelque prix que ce soit, l'extraction du délivre, dût-on l'arracher par morceaux, en un mot, le *décortiquer*, dans la crainte que le placenta, devenu corps étranger et irritant l'utérus, n'y détermine une inflammation, ou que, se putréfiant, la sanie putride qui en découlera ne soit absorbée et ne produise une fièvre putride. Il faut certainement, toutes les fois que l'on a reconnu la nature impuissante pour expulser le placenta, tenter d'en faire l'extraction; mais ces tentatives doivent être faites avec ménagement. Il vaut mieux, je crois, abandonner la femme au hasard incertain des maladies qui peuvent être la suite de la rétention du placenta, que de la livrer au péril bien plus certain qui résulterait des violences exercées sur l'utérus. Chez cette malade, il n'a été possible d'extraire le placenta ni au moment de l'accouchement, ni plus tard avec les pinces de Levret; cependant elle est parfaitement guérie. Qu'est devenu l'arrière-faix? Il est probable qu'une partie s'est écoulée en putréfaction sous forme de matières sanieuses, et qu'une autre partie a été absorbée. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juin 1852. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

1° M. le président a reçu pour la Société et par l'intermédiaire de M. Birkett, membre du Collége des chirurgiens de Londres, la collection de *Guy's hospital reports* en 24 volumes.

M. Birkett a joint à cet envoi un ouvrage de lui sur les maladies du sein : *The diseases of the Breart, and their treatment.*

Une lettre de remercîments sera adressée à M. Birkett, et M. Giraldès fera un rapport verbal sur cet envoi.

2° M. Ferdinand Martin, à propos de la communication de M. Debrou, adresse une note dans laquelle il consigne une observation d'arrachement de la main. Il s'agit d'un capitaine de navire qui, voyant sa main prise dans un engrenage, fit un effort sublime et s'arracha la main. Il ne survint point d'hémorrhagie sérieuse; le blessé put faire un assez long trajet sans éprouver d'accidents notables.

Tumeur de l'os maxillaire supérieur.

M. le professeur Roux met sous les yeux de la Société un maxillaire gauche qu'il a enlevé depuis peu de jours sur une femme de la province, qui est venue à Paris, dans son service, pour se faire opérer. En présentant cette pièce, M. Roux rappelle qu'il y a quelques mois il a pratiqué plusieurs opérations du même genre, et cherche à différencier le cancer du maxillaire supérieur du fongus développé au centre de l'os aux dépens de la membrane muqueuse du sinus. Cette tumeur avait donné un volume considérable au maxillaire, aminci l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'os malaire; aussi ces os se laissèrent-ils couper avec grande facilité par la pince de Liston. M. Lebert a examiné ce fongus et n'a trouvé aucun élément cancéreux. La tumeur était donc réellement formée aux dépens des éléments de la membrane qui tapisse le sinus.

M. Gosselin. Le praticien est souvent embarrassé de déterminer le moment où il va faire une ablation du maxillaire supérieur, s'il a affaire à un ostéosarcome ou à un fongus. Je crois cependant qu'il est un signe d'une certaine valeur et qu'il importe de mentionner : je veux parler de l'ébranlement des dents; celles-ci sont toujours ébranlées promptement dans le cancer, tandis que cet ébranlement est rare et tardif dans les tumeurs fongueuses du sinus maxillaire.

M. Lenoir. Il y a un grand danger à généraliser un fait comme celui de M. Gosselin, car on observe assez souvent l'intégrité des dents et du voile du palais avec un cancer du maxillaire supérieur. Cela dépend surtout du siége. Ainsi que le cancer se développe dans la partie supérieure de l'os, et l'ébranlement des dents sera tardif. Le phénomène inverse aura lieu si le cancer débute dans le bord alvéolaire. J'ai eu récemment l'occasion d'opérer un malade d'un cancer du maxillaire supérieur sans ébranlement des dents. Deux récidives ont amené la mort du malade.

M. Gosselin. Je n'ai point voulu dire que tout cancer amène un ébranlement des dents : ma pensée est qu'une tumeur développée au centre du maxillaire supérieur, qui envoie des ramifications dans diverses directions et qui n'ébranle pas les dents, est probablement une tumeur fongueuse. J'ai vu ce matin M. Michon enlever une tumeur présentant tous les caractères que j'indique, et cette tumeur était un enchondrome.

M. Marjolin trouve l'opinion de M. Gosselin trop absolue : les dents peuvent être ébranlées par des tumeurs de diverses natures développées au centre du maxillaire supérieur. Une tumeur strumeuse de cet os, qu'il a eu occasion d'observer, avait amené l'ébranlement des dents. Il suffit d'une inflammation communiquée à l'alvéole pour donner ce résultat.

Nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale.

Les fistules vésico-vaginales décrites jusqu'à ce jour, dit M. Huguier, se rapportent à trois catégories : les vésico-utérines, les vésico-vaginales et les urétro-vaginales. J'ai actuellement dans mon service une femme qui présente une nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale. Cette femme, à la suite d'un accouchement par le siége, a éprouvé l'accident que nous venons de signaler. La vessie a été complétement détachée de la symphyse pubienne, de telle sorte que le doigt introduit dans le vagin sent la symphyse dans toute son étendue et trouve une portion du col vésical portée en haut et en arrière. La vessie est atrophiée et revenue sur elle-même; je me demande quel traitement, autre que l'oblitération vaginale, peut être applicable à ce fait.

M. le professeur Lallemand, récemment nommé membre honoraire, prend la parole et dit qu'il est bien difficile de formuler un traitement à propos d'une maladie que l'on n'a pas vue. Il doute néanmoins que l'oblitération puisse réussir.

M. Vidal. La possibilité d'oblitérer le vagin est un fait actuellement acquis à la science. L'observation que j'ai fait connaître dans le temps, tout incomplète qu'elle est, démontre que la chose est possible. M. Maisonneuve nous a de plus montré ici un vagin oblitéré. Quant au danger de péritonite par le passage de l'utérus dans le péritoine, je n'ai rien vu de semblable. La femme que j'ai observée pouvait rendre ses urines et ses règles. Par conséquent la crainte de voir se former des calculs dans le cul-de-sac vaginal est aussi chimérique que la première.

Paralysies traumatiques localisées.

M. Debout lit un mémoire sur les paralysies traumatiques localisées et sur leur traitement par l'emploi de l'électricité.

Dans l'évolution du phénomène morbide qui constitue la paralysie, il est deux périodes, dit M. Debout, qui, au point de vue des indications curatives, doivent être nettement distinguées.

Dans la première période, la perte du mouvement volontaire est le symptôme d'une lésion des centres et des cordons nerveux; mais dans les cas où la paralysie survit à la cicatrisation de la lésion anatomique du système nerveux qui l'a provoquée, elle devient alors une maladie distincte, essentielle.

La paralysie, localisée alors dans la perte des propriétés vitales des muscles, reclame pour son traitement l'intervention de moyens curatifs spéciaux, en tête desquels doit figurer l'électricité.

L'existence de la paralysie comme maladie essentielle suppose toujours la guérison de la lésion qui l'a déterminée, c'est-à-dire le retour de l'organe lésé à des conditions anatomiques telles qu'il puisse remplir les fonctions qui lui sont dévolues. C'est pour mieux différencier cette seconde période de l'évolution morbide que M. Debout propose de la désigner sous le nom de *paralysie localisée*.

Les paralysies traumatiques reconnaissent trois sources principales :

1° La lésion des centres nerveux;
2° Celle des nerfs;
3° Enfin celle du tissu musculaire.

M. Debout examine successivement les effets des violences extérieures sur chacun de ces systèmes, et indique celles des propriétés vitales lésées dans chacun de ces cas.

La contractilité volontaire n'est pas, en effet, toujours la seule atteinte; l'irritabilité hallérienne et la contractilité tonique des muscles ou la tonicité du tissu de Bichat peuvent être affectées aussi. Les modifications que subissent ces propriétés pouvant fournir des données précieuses pour l'étude et le traitement de ces paralysies, M. Debout jette un coup d'œil sur les lésions de chacune d'entre elles dans les diverses paralysies traumatiques. Ainsi, il montre, par des faits observés dans les services de plusieurs des membres de la Société, que la contractilité est seule atteinte dans les cas où le tissu cérébral est intéressé; tandis que, dans ceux où la violence extérieure altère la texture anatomique des cordons nerveux, l'irritabilité musculaire disparaît toujours, puis quelquefois la contractilité tonique. Enfin, sous l'influence de l'altération profonde du tissu des nerfs, la vie végétative des muscles est atteinte à son tour; les membres se refroidissent alors; souvent ils s'infiltrent, et toujours maigrissent et s'atrophient.

M. Debout apprécie ensuite les résultats que ces données pathologiques fournissent pour le diagnostic et le pronostic des paralysies traumatiques.

Diagnostic. — Dans les paralysies dues à une lésion cérébrale, les muscles conservent leur contractilité électrique intacte, tandis que, si la lésion d'un nerf mixte a été assez profonde pour atteindre toutes ses fibres, les muscles qui reçoivent des filets de ce nerf perdent toute leur contractilité et ne se contractent plus sous l'influence du courant électrique. M. Debout, à l'appui de cette proposition, cite l'observation de deux malades chez lesquels la paralysie du membre supérieur s'était manifestée subitement et pendant le sommeil. On pouvait rapporter la perte du mouvement, chez ces deux hommes, à une cause semblable : l'hémorrhagie cérébrale. Mais l'exploration de l'état de la contractilité des muscles paralysés présentait, dans ces deux cas, une différence tranchée. Tandis que l'un des malades avait perdu une plus ou moins grande partie de l'irritabilité des muscles paralysés, l'autre avait conservé intacte cette propriété musculaire. Ce dernier, traité dans le service de M. Bouillaud, était, pour la seconde fois, frappé par une attaque d'apoplexie; tandis que le premier, placé dans le service de M. Nélaton, était atteint d'une diathèse syphilitique ayant provoqué la formation d'une exostose qui comprimait à leur origine les nerfs qui forment les plexus cervical et brachial.

Pronostic. — Pour le traitement des paralysies de cause traumatique, le pronostic ne peut être porté sans la connaissance exacte de l'état électro-musculaire de chacun des muscles paralysés. Pour montrer la valeur de ce diagnostic local, M. Debout cite trois cas de paralysie observés dans le service de M. le professeur Roux, dans lesquels la paralysie du bras était aussi grave en apparence, et qui cependant différaient considérablement entre eux, et par l'importance fonctionnelle des muscles atteints, et par la durée du traitement nécessaire à leur guérison.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a résumé dans la proposition suivante le pronostic de ces sortes de paralysies :

« La gravité d'une paralysie d'un nerf mixte est en raison directe » de l'affaiblissement de la contractilité électrique des muscles aux- » quels ce nerf conduit l'excitant nerveux. »

Outre les données fournies par le diagnostic local, la marche des phénomènes qui apparaissent pendant le traitement des paralysés n'est pas moins importante. Ainsi, des faits nombreux ont prouvé que le retour de la nutrition des muscles affectés dans leur irritabilité, et même l'exaltation de la sensibilité de la fibre musculaire pendant l'excitation électrique étaient les premières manifestations de la guérison.

La certitude de ces signes est d'autant plus précieuse que leur apparition successive vient soutenir l'espérance du malade et la confiance du praticien dans l'emploi des moyens thérapeutiques.

L'heure avancée force M. Debout à remettre la lecture de la fin de son travail à la prochaine séance.

Arrachement du doigt indicateur.

M. Larrey présente la pièce anatomique dont il a parlé dans la dernière séance, au sujet de l'arrachement des doigts chez les cavaliers. Ce fait date déjà d'une époque éloignée. Ici, c'est la phalangette de l'index de la main droite qui a été arrachée dans son articulation avec la phalangine. Cet appendice digital, plongé dans le liquide, offre au premier aspect l'apparence du pouce; mais examiné hors du vase, il est reconnu pour appartenir à l'extrémité de l'indicateur. La séparation s'est faite si nettement que la peau semble presque sectionnée par une incision circulaire. Le tendon de l'extenseur, rompu au niveau de la surface articulaire, a brisé la crête dorsale, tandis que le tendon du fléchisseur profond, resté adhérent à son insertion digitale et entraîné avec le bout de ce doigt, s'est rompu à grande distance vers le point de jonction des fibres musculaires, qui sont encore appréciables.

L'arrachement avait été produit dans les conditions déjà indiquées par M. Larrey, et n'avait été suivi d'aucun accident notable, comme on l'a remarqué dans des cas du même genre.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

Cautère électrique.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la note que vous avez publiée samedi dernier sur le cautère électrique, il y a une omission que je tiens à réparer. Si j'ai eu l'idée d'appliquer à la cautérisation des tissus vivants le calorique dégagé par l'électricité, c'est à M. Régnault, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques, que revient le mérite d'avoir trouvé les moyens nécessaires pour rendre cette idée applicable à la pratique; c'est M. Régnault qui a conçu et construit l'appareil dont je me sers avec avantage depuis plusieurs mois.

Je profite de cette occasion pour vous faire remarquer que l'extrémité, c'est-à-dire la partie cautérisante, de l'appareil est représentée trop volumineuse dans le dessin que vous avez publié; en considérant les dimensions qu'on lui a données, les praticiens s'expliqueraient peut-être difficilement qu'on pût avec un tel appareil aller cautériser le fond de cavités étroites, comme il est très facile de le faire avec l'appareil de M. Régnault.

Veuillez agréer, etc. A. Nélaton.

Chronique et nouvelles.

La ville d'Argentan (Orne) vient de perdre un de nos confrères les plus distingués, M. Guillaumet, qui, malgré les exigences d'une pratique très répandue, trouvait le temps de cultiver avec succès la mécanique, et qui a envoyé plusieurs mémoires que l'Académie des sciences a jugés très favorablement.

— M. le marquis de Talaru, qui vient de succomber à une longue maladie, a fait, entre autres legs de bienfaisance, celui de 10,000 fr. à M. le directeur de l'assistance publique à Paris.

Bulletin bibliographique.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 71. — JEUDI 17 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 71. — JEUDI 17 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les Académies. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Sur les ulcérations du col de l'utérus. — NECKER (M. Civiale). Des douleurs pubiennes dans les névralgies du col vésical. De quelques difficultés dans l'exécution de la cystotomie. — Effets des solutions d'azotate d'argent et de sulfate de strychnine dans un cas de cystite chronique. — Ablation de l'astragale. — Enfant né dans ses enveloppes. Accouchement bigéminal sans perte de sang. — Pharmacopée spéciale, par M. Cazenave. — Académie de médecine, séance du 15 juin. — Académie des sciences, séance du 14 juin. — Société de médecine pratique, séance du 1er avril. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Passa.

PARIS, LE 16 JUIN 1852.

Séances des Académies.

Encore une séance consacrée presque tout entière à la discussion sur les pilules de Blaud ! fort heureusement ce sera la dernière. En considérant le temps que l'Académie a consacré à une affaire qui pouvait être terminée en quelques minutes, il est fâcheux qu'on ne puisse pas dire que la fin justifie les moyens. Les moyens n'ont pas toujours été très dignes, mais la fin vaut bien moins encore. Voyez plutôt :

Un décret rendu sur l'avis de tous les hommes ennemis du charlatanisme, mais non jaloux des succès légitimes, demandé pour ainsi dire par l'Académie ; un décret conçu dans un remarquable esprit de justice, de progrès, d'humanité; un décret porte que tous les médicaments reconnus utiles par l'Académie seront inscrits au Bulletin de cette Compagnie, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets et pourront être librement vendus comme tous les remèdes inscrits au Codex; l'Académie, après avoir approuvé une première fois un remède, après avoir reconnu une seconde fois (et cette fois avec tous les médecins de France et peut-être de l'univers) que ce remède est réellement utile, l'Académie décide que la formule n'en sera point inscrite au Bulletin, et tout cela dans la crainte que l'auteur ou l'importateur de ce remède n'exploite l'approbation de l'Académie et ne tire profit de son travail. Quelle logique ! quelle humanité ! quelle scrupuleuse pudeur ! Certes, si l'Académie a péché dans ce cas, c'est par excès de vertu; mais l'excès dans ce genre est bien permis à une assemblée qui compte ou qui a compté parmi ses membres une foule d'hommes qui se sont ruinés à chercher et à trouver des médicaments utiles dans le seul but de satisfaire un besoin dévorant de science et de philanthropie, et qui ont repoussé avec indignation toute idée de lucre qu'aurait pu faire naître leurs inventions : témoin M. Labarraque qui s'est ruiné à inventer le chlorure de sodium ; témoin MM. Pelletier et Caventou qui se sont ruinés à inventer le sulfate de quinine, invention fort belle d'ailleurs et que nous ne voulons point comparer à celle des pilules de Blaud ; témoin M. Guibourt (le général de l'armée qui a combattu les pilules de Blaud) qui s'est ruiné à ne pas inventer l'iode; témoin une foule d'autres qui se sont ruinés à ne rien inventer du tout. Il est bien naturel que tous les hommes qui ont marché avec tant de fermeté dans la voie du désintéressement le plus absolu exigent de leurs successeurs la même abnégation. Nous comprenons donc le vote dans lequel a été entraînée une faible majorité de l'Académie, et nous ne pouvons qu'applaudir de toutes nos forces à ce vote, considéré au point de vue du sentiment. Mais voyons un peu la logique.

A ce point de vue, la situation a été caractérisée en deux mots par M. Orfila, avec cette vigueur d'expression, cette netteté d'esprit, ce sens pratique qui caractérisent l'éminent professeur. « Messieurs, » a-t-il dit, vers la fin de la discussion, « jusqu'à présent nous nous sommes beaucoup occupés de chimie, de pharmacie, et de morale » (on voyait que l'orateur aurait ajouté : « et de boutique, » si l'expression avait été plus parlementaire) ; « mais nous ne nous sommes point encore occupés des malades; il faudrait pourtant bien y songer un peu. Les pilules de Blaud, plus ou moins modifiées, sont-elles un médicament? Tous les cliniciens répondent: Oui. Pourquoi donc refuserions-nous d'inscrire au Codex ou Bulletin, ce qui est maintenant la même chose, un médicament que tous les médecins déclarent être bon? Quel déshonneur peut-il y avoir pour l'Académie à ce qu'on publie qu'elle a approuvé une chose qui est bonne réellement ? »

Il paraissait difficile de répondre à ces questions. M. Bussy s'en est chargé néanmoins.

« A quoi bon inscrire les pilules de Blaud au Codex ? Est-ce que tous les pharmaciens ne peuvent pas les préparer sur ordonnance de médecin ? En quoi donc les malades pourraient-ils souffrir de ce que ces pilules ne puissent être préparées d'avance? D'ailleurs, il faut en finir une fois pour toutes avec toutes ces demandes d'approbation ; il faut désormais les repousser toutes. »

Voilà ce qui s'appelle des questions et une déclaration carrées.

M. Bégin s'est néanmoins hasardé à répondre avec timidité.

« Les remarques de M. Bussy me semblent parfaites, si parfaites même, que je regrette qu'il ne les ait pas étendues, et qu'il n'ait pas ajouté : « A quoi bon inscrire » au Codex une potion gommeuse, une potion gazeuse, » une potion fétide, etc., etc.? A quoi bon inscrire au » Codex une pommade d'Autenrieth, une pommade de » Cyrillo, une pommade de Rhazis, une pommade de » Tuthie, etc., etc., etc.? Est-ce que tous ces médica» ments ne peuvent pas être préparés sur ordonnance » de médecin? Je dis plus et mieux : Est-ce que tous » les médicaments ne peuvent pas être préparés ainsi? » A quoi donc le Codex est-il bon? A rien. Donc plus » de Codex! Tels doivent être notre devise et le cri de » ralliement de notre vote. »

Ainsi aurait dû parler M. Bussy pour être complet, suivant M. Bégin, et M. Bégin a raison, mais seulement à moitié. Pour avoir raison entièrement, M. Bégin aurait dû prier M. Bussy d'ajouter encore :

« Puisque nous devons *répudier* » (c'est le mot de M. Bussy) « toutes les demandes analogues qui nous seront faites, le décret du 3 mai n'a plus de raison d'être : nous allons donc le signifier à M. le ministre et le prévenir qu'il n'ait plus à consulter l'Académie touchant les remèdes nouveaux. »

Voilà vraiment ce que M. Bussy aurait dû ajouter pour compléter son idée. Nous ne répondons pas que M. le ministre aurait reçu cette déclaration avec toute la soumission désirable ; mais enfin, en cas d'accident, l'Académie aurait eu le mot de François Ier pour se consoler. Nous ne sommes même pas bien certain que ce mot ne lui soit pas utile dans la situation qu'elle s'est faite. Evidemment l'esprit du décret, sinon la lettre, est que la formule de tous les médicaments reconnus utiles *devront* être inscrits au Bulletin de l'Académie en attendant qu'ils le soient au Codex. Or, ainsi que l'ont d'ailleurs fait observer les adversaires des pilules de Blaud, l'Académie a déjà approuvé une fois ces pilules ; si le décret du 3 mai avait existé à cette époque, la formule en aurait donc été insérée au Bulletin. Par conséquent, M. le ministre peut parfaitement ordonner cette inscription d'office, et il est très possible qu'en s'adressant à lui M. Blaud obtienne ce qu'il demande. Ce serait une dure leçon pour l'Académie ; mais avouons qu'elle l'aurait bien méritée.

L'extension des considérations qui précèdent nous oblige à remettre au prochain numéro l'appréciation d'un consciencieux rapport de M. Jolly sur les eaux de Salins.

— Nous n'avons rien à dire des communications faites à l'Institut. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Sur les ulcérations du col de l'utérus.

Nous avons récemment pratiqué une cautérisation avec le fer rouge chez une femme couchée au n° 1 de la salle Saint-Philippe ; nous allons dire en peu de mots dans quelles circonstances.

La malade était incommodée depuis deux ans, à la suite d'une couche, d'un écoulement plus ou moins abondant par les organes génitaux ; elle était surtout tourmentée par des tiraillements dans les aines et par des douleurs gravatives dans la région lombaire, symptômes qui se rapportent, comme phénomènes généraux, à la plupart des maladies chroniques de la matrice, et qui avaient coutume de se montrer avec une intensité plus grande par l'effet de la marche ou de la station prolongées. Le toucher vaginal nous avait fait découvrir sur la lèvre antérieure du museau de tanche, à la partie interne, une ulcération de forme angulaire, par laquelle se trouvait détruite une petite portion de la membrane muqueuse. Il ne nous a pas été fourni de renseignements propres à nous faire penser que cette lésion fût de nature syphilitique. Le col de l'utérus était volumineux, le corps avait ses dimensions normales.

La cautérisation, jusqu'à ce jour, n'a produit d'autre résultat que d'augmenter l'abondance de l'écoulement muqueux.

Comme on peut le voir, il s'agit ici d'une maladie parfaitement simple, d'une érosion inflammatoire occupant une faible étendue de la membrane muqueuse qui pénètre dans la cavité du col utérin, érosion accompagnée d'un certain degré de vascularité et d'irritabilité insolites; seulement, cette maladie, survenue après une couche, persiste depuis deux années entières : c'est là l'indice certain d'un état de phlogose auquel se rattache l'écoulement muqueux.

Il n'entre pas dans notre sujet d'examiner les causes sous l'influence desquelles la membrane muqueuse du museau de tanche peut devenir le siége d'une phlogose. Les injures auxquelles elle est exposée, à raison de ses fonctions dans l'acte du coït, dans le cours de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que pendant la durée de la menstruation ; celles qui ont pour origine des tentatives d'avortement, des injections irritantes, l'introduction de pessaires ou le dépôt de corps étrangers dans le vagin ; enfin celles qui se lient à la présence dans l'économie de certains virus, tels que le virus syphilitique, expliquent suffisamment, en effet, comment des inflammations se développent sur cette membrane ; mais elles ne font pas voir pourquoi la phlogose passe à l'état chronique et dure un temps très long en affectant les formes les plus variées, depuis la lésion qui rend inégale la superficie du tissu jusqu'à celle qui en désorganise la profondeur, alors que des ulcérations situées à la peau ont une tendance manifeste à disparaître. Il n'y a lieu de faire exception que pour les érosions placées sous la dépendance d'un principe virulent qui établit dans l'économie un état pathologique permanent ; on comprend que la phlogose subsiste aussi longtemps que le principe virulent lui-même.

Il n'en est pas ainsi dans les cas semblables à celui qui nous occupe : une déchirure se produit dans le cours d'un accouchement ; il s'établit une phlogose qui ne s'efface pas, lors même que la femme est bien portante et que l'utérus rentre dans ses conditions ordinaires.

Quelle est la raison de cette anomalie apparente? Indépendamment des excitations qui peuvent entretenir la phlogose du col de la matrice, il existe des conditions anatomiques et physiologiques résultant de la disposition réciproque des organes propres à contribuer au même effet. Dans la station verticale, l'utérus supporte le poids des viscères abdominaux, auquel s'ajoutent les contractions du diaphragme et celles des muscles qui entrent dans la composition des parois du ventre ; tous les efforts musculaires, prolongés ou rapides, volontaires ou spasmodiques, retentissent physiquement sur cet organe. Comment se fait-il qu'une précipitation n'ait pas lieu ? C'est ce que nous n'avons pas à examiner; contentons-nous de faire remarquer que tout effort musculaire a pour effet définitif d'augmenter la pression exercée par le col de l'utérus sur les plis supérieurs du vagin.

Existe-t-il une érosion même superficielle, une phlogose légère et récente? La pression dont nous venons de parler engendre divers phénomènes.

En premier lieu, la malade éprouve une douleur gravative, douleur illusionnelle jusqu'à un certain point, puisqu'il y a perception d'une augmentation de poids et de volume qui n'existe pas en réalité. La sensation de pesanteur, dans cette circonstance comme dans beaucoup d'autres, est due au contact insolite qui se passe dans une partie dont la sensibilité est devenue plus grande ; on la retrouve dans les catarrhes vaginaux, l'irritabilité morbide d'où elle tire son origine pouvant aussi bien avoir son siége sur les parois du vagin qu'à la surface du col : elle ne diffère en rien de celle qui apparaît lorsque le poids et le volume de l'utérus ont subi une augmentation réelle.

Tant que durent le contact insolitement douloureux, la pression et le frottement du col de l'utérus érodé sur les plis supérieurs du vagin, la phlogose persiste : tel est le secret de la chronicité toute spéciale des ulcérations inflammatoires du museau de tanche.

Dans ces considérations se trouvent implicitement contenues les conditions thérapeutiques à remplir pour la curation de la maladie. Ce qui importe le plus, ce n'est pas de soumettre les femmes à l'action des moyens par lesquels on combat les affections inflammatoires : ici l'inflammation est circonscrite, elle n'exerce sur l'économie qu'une médiocre influence, la médication antiphlogistique n'aura par conséquent qu'une utilité secondaire ; ce qui importe le plus, c'est

de soustraire le col de l'utérus aux excitations dont il peut être l'objet, c'est de le dérober aux frottements et jusqu'au contact auquel est exposée sa surface ulcérée.

La plupart des auteurs ont, avec juste raison, conseillé le repos dans la situation horizontale et l'absence de mouvements; les avantages de ce mode de traitement ne sont pas complets; la circulation, il est vrai, se fait avec plus de facilité, et les malades échappent aux effets de la pesanteur et de certaines contractions musculaires; mais il reste des mouvements, ceux, par exemple, dont sont accompagnées la toux et l'expectoration, qui continuent de retentir sur le col de l'utérus. Pour préserver la surface ulcérée de tout contact et permettre ainsi la résolution de la phlogose et l'accomplissement de la cicatrisation, il est nécessaire d'établir par un procédé artificiel une couche intermédiaire entre cette surface et les rides supérieures du vagin. On y parvient au moyen de la cautérisation.

La cautérisation n'est donc pas utile seulement parce qu'elle transforme une inflammation chronique et rebelle en une phlogose aiguë et traumatique tendant spontanément à guérir, mais encore parce qu'elle éloigne le contact immédiat de l'ulcération avec les rugosités de la muqueuse vaginale.

Nous devons signaler une circonstance importante dont notre malade nous offre actuellement l'exemple.

Toute inflammation qui occupe la superficie d'un organe ne se soutient pas longtemps sans apporter des troubles plus ou moins profonds dans la nutrition; l'excès d'activité qu'elle imprime à la circulation capillaire s'étend plus ou moins loin en surface et en profondeur autour et au delà de la phlogose primitive; on s'explique ainsi les hypertrophies qui viennent peu à peu s'ajouter aux affections inflammatoires chroniques de la membrane muqueuse qui revêt le museau de tanche et le canal utérin.

Le médecin, dans beaucoup de cas, a donc à combattre en même temps une phlogose et une hypertrophie concomitante.

L'hypertrophie qui survient dans ces sortes de circonstances ne demeure pas toujours limitée au col de l'utérus; assez fréquemment elle envahit le corps de la matrice lui-même; il peut arriver encore qu'elle se trouve associée à de véritables phlogoses de cette partie de l'organe, phlogoses qui se montrent presque toujours sous forme circonscrite. Disons-le en passant, la matrice est peut-être de tous les organes celui qui a le plus d'aptitude à devenir le siége d'inflammations partielles; les diverses déviations de l'utérus résultent précisément de l'inégale distribution du poids de l'organe sur son axe. Nous n'admettons pas les déviations primitives et l'emploi des moyens mécaniques auquel elles conduisent.

Les hypertrophies de la matrice, les phlogoses locales, dans lesquelles nous faisons entrer les inflammations des ligaments larges et des ovaires, qui accompagnent les érosions superficielles du col utérin, affectent des variétés de forme très nombreuses, suivant que l'hypertrophie est bornée au col ou qu'elle s'étend aux parois du corps, qu'elle est générale ou partielle; suivant que la phlogose occupe la moitié antérieure, la moitié postérieure ou l'une des portions latérales du corps.

La médication à laquelle on soumet les malades en vue de guérir les érosions peut agir avec efficacité contre les coïncidences que nous venons d'énumérer; cependant, il est des cas dans lesquels les diverses affections dont elles se composent réclament un traitement analogue à celui qu'on dirige contre elles lorsqu'elles se produisent autrement qu'à titre de complication.

Supposons, par exemple, l'existence des accidents aigus de la phlogose : il sera indiqué de prescrire des applications réitérées de sangsues, surtout après la disparition des règles, en vue de faire disparaître jusqu'aux dernières traces de congestion sanguine.

La cautérisation concourt de deux manières à favoriser la résolution des inflammations secondaires soit du museau de tanche, soit du corps de la matrice lui-même : en faisant cesser, comme il a été dit, les causes d'irritation auxquelles sont incessamment soumises les surfaces ulcérées, en modifiant la vitalité des tissus hypertrophiés.

Le caustique le plus énergique est le fer rouge; la potasse caustique, que nous employons depuis un grand nombre d'années, offre à peu près les mêmes avantages; l'un et l'autre ont une action comparable à celle des cautères qu'on place sur les côtés d'une articulation dont les tissus ont été indurés et épaissis par l'effet d'une inflammation chronique.

La phlogose développée par la cautérisation entraîne quelquefois des inconvénients qu'il est bon de connaître; elle peut se propager à l'utérus et à ses annexes.

Il entre dans l'ordre de l'accomplissement des fonctions dévolues à la matrice et à ses dépendances que les stimulations exercées à la partie inférieure du vagin se fassent sentir sur le col de l'utérus, et les stimulations exercées sur le col de l'utérus jusque sur les ovaires. Cet enchaînement de phénomènes rend compte des phlogoses dont l'utérus et ses annexes deviennent le siége dans certaines conditions étiologiques, de celles, par exemple, qui ont pour point de départ des blennorrhagies circonscrites au canal de l'urètre et à la partie de la muqueuse qui l'avoisine, ou bien des habitudes d'onanisme et des tentatives d'avortement; il rend compte, enfin, des accidents inflammatoires qui peuvent se déclarer après des cautérisations faites méthodiquement soit avec le nitrate d'argent dont l'action est très légère, soit avec le nitrate acide de mercure dont l'action est un peu plus profonde, lors même que toutes les précautions indiquées en pareil cas ont été prises par les médecins et les malades.

De tous ces faits découlent des indications accessoires.

La cautérisation doit être immédiatement suivie d'un repos absolu; les médecins qui font venir leurs malades les exposent par ce seul déplacement à des métrites et à des métro-ovarites.

Au repos, il convient jusqu'à un certain degré de joindre la médication antiphlogistique, les cataplasmes, les bains, les émissions sanguines. On se règlera dans l'emploi de ces divers moyens sur le degré d'énergie de la circulation générale et sur l'étendue des complications locales.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Des douleurs pubiennes dans les névralgies du col vésical. — De quelques difficultés dans l'exécution de la cystotomie.

Messieurs, nous avons fait ensemble, aux lits des malades, quelques remarques que je vous demande la permission de vous rappeler ici.

L'homme du n° 1, pavillon d'en bas, s'est plaint à nous, et ce n'est pas la première fois, d'une douleur vague, sourde dont il nous indiquait le siége en promenant la main au-dessus de l'enceinte supérieure du bassin.

Dans ces cas, l'examen du médecin doit porter sur deux régions fort différentes; ou le malade souffre dans le trajet du cordon testiculaire, avec ou sans changement de volume de ce cordon lui-même et de l'épididyme, ou bien vous avez affaire à une douleur qui occupe précisément le pubis. C'est sur cette douleur du pubis que j'ai fixé votre attention au lit de cet homme.

Il n'est pas très rare, en effet, de la voir accompagner cet état morbide que nous appelons névralgie du col vésical, et qui cache souvent sous cette dénomination peu compromettante des lésions mal connues du chirurgien. Cette douleur pubienne, qui est profonde et qui paraît réellement provenir de l'os lui-même, est quelquefois bien localisée en un point précis de la symphyse ou de son voisinage; d'autres fois cela coïncide avec une autre douleur analogue vers le sacrum, ou bien même s'irradie comme en ceinture tout autour du bassin. Vous aurez certainement l'occasion de voir des malades qui en sont cruellement tourmentés. Eh bien, pour ce qui est du traitement, ce symptôme offre cette particularité, qu'il disparaît presque toujours avec la cause principale à laquelle il semble lié, c'est-à-dire l'état névralgique ou inflammatoire du col de la vessie.

Le n° 4 de la même salle nous a donné l'occasion de faire une observation plus importante et plus générale; c'est que si un individu, et c'est le cas ici, après avoir obtenu la guérison d'un catarrhe de la vessie, est surpris par l'inflammation d'une autre membrane muqueuse, des voies aériennes, par exemple, ou d'un point quelconque du tube digestif, la face interne de la vessie se reprend de nouveau, et l'urine, tout à l'heure claire, recommence à déposer du mucus ou du pus, sans que pour cela, heureusement, vous ayez à combattre un catarrhe aussi grave et aussi rebelle que la maladie primitive.

Au pavillon d'en haut, l'homme du n° 4 vous a offert un des exemples certainement les plus heureux de la guérison radicale d'un rétrécissement de la portion pénienne par l'urétrotomie. Il n'a été incisé qu'une seule fois, et, vous l'avez vu, son canal a repris, à l'endroit malade, tout son calibre, toute sa souplesse. Pour consolider la guérison, vous savez déjà, par tout ce que je vous en ai dit, que le traitement consécutif est de rigueur.

Vous avez, dans notre dernière réunion, assisté à l'opération de taille subie par le jeune sujet pour lequel je n'ai point dû songer à la lithotritie. Vous connaissez comme moi toute l'habileté du savant confrère à qui vous avez vu pratiquer cette opération. Malgré cela, vous avez remarqué les difficultés qui se sont offertes dans deux circonstances pour trouver la rainure du cathéter d'abord; en second lieu, pour extraire le calcul de la vessie. Vous serez frappés comme moi, qu'au milieu des procédés sans nombre par lesquels la taille a été faite aux diverses époques, les chirurgiens aient négligé de conserver ce qui était manifestement bon dans les méthodes qu'ils voulaient détrôner. Ainsi, dans la taille latérale latéralisée que notre confrère exécutait l'autre jour, et qui, à juste titre, passe pour une des meilleures cystotomies, j'ai proposé depuis longtemps, au lieu de faire la première incision oblique, de la pratiquer, au contraire, parallèlement au raphé, et en s'en rapprochant plus ou moins. Par là, en effet, vous trouverez de suite, et sans tâtonnements, la cannelure du cathéter, vous serez à l'abri d'une des principales causes d'hémorrhagie, l'urine s'écoulera facilement; et comme, en définitive, vous obtenez une ouverture ovalaire, quelle que soit la direction de l'incision, rien ne vous gênera pour débrider profondément la prostate dans le sens le plus convenable.

Extraire la pierre constitue certainement une difficulté plus grande. Dans la taille oblique, j'entends la latérale latéralisée, la taille de Franco et de frère Côme, votre incision profonde a environ 9 lignes de diamètre; avec la taille transversale ou bilatérale, celle qu'a popularisée Dupuytren, vous arrivez jusqu'à 12 lignes. Mais, pour l'extraction, il faut tenir compte de l'épaisseur des tenettes et de la saillie des pointes qui hérissent leur face interne; ce qui vous enlève environ deux lignes. C'est pourtant par une pareille ouverture que vous avez vu sortir des calculs de dimensions bien supérieures, presque du double plus gros. Les tissus cèdent-ils alors par leur élasticité, ou y a-t-il une vraie déchirure? Cela certainement doit varier dans les divers cas. Quoi qu'il en soit, il est un fait incontestable, c'est que, le calcul dépassant un certain volume, vous éprouverez des difficultés quelquefois insurmontables, et, de plus, vous vous exposerez aux plus graves dangers. Comment nous préserver des uns et des autres? C'est tout simplement par la mensuration préalable de la pierre, et je vous ai déjà montré quelles ressources précieuses cette importante partie du diagnostic a trouvées dans les instruments ordinaires de la lithotritie.

Jusqu'ici aucun accident n'a paru devoir entraver la marche régulière de la guérison chez le jeune opéré, et tout fait espérer un succès complet et prochain.

Dans le cas actuel d'un enfant très irritable qui ne pouvait souffrir le contact d'aucun instrument, la taille périnéale était tout à fait indiquée, et vous avez vu aussi tous les avantages du chloroforme dans cette circonstance. Mais, à l'exception des enfants, je n'ai jamais recours à la taille périnéale. Quelles sont en effet les deux grandes contre-indications de la lithotritie? Le volume de la pierre et les lésions du col vésical ou de son voisinage. Et nous avons heureusement un cystotome qui, entre autres grands avantages, permet l'extraction des plus gros calculs, et demeure éloignée de l'orifice interne de l'urètre. C'est pour cela que je veux vous parler prochainement de la taille hypogastrique.

La Société de médecine de Toulouse vient de publier le compte-rendu de ses travaux pour l'année 1851-1852, rédigé par M. le docteur Dassier. Cette publication témoigne, comme les précédentes, du zèle scientifique de la Société. Parmi les faits intéressants qu'elle renferme, nous croyons devoir citer les suivants.

EFFETS DES SOLUTIONS

d'azotate d'argent et de sulfate de strychnine dans un cas de cystite chronique.

Par M. le docteur Popis.

M. C..., âgé de soixante-dix ans, d'une constitution robuste, après une vie de plaisirs, mais qui n'avait pas été exempte d'orages et d'accidents, se trouvait pris d'un catarrhe de la vessie et de rétrécissements de l'urètre qui rendaient la miction difficile et douloureuse. M. C... était son propre chirurgien, et l'adresse avec laquelle il savait se sonder dans ses moments de crises lui faisait négliger des conseils que la prudence et l'âge auraient dû lui faire mettre en pratique. Ce nabab fut pris un jour, comme il aurait dû s'y attendre, d'une cystite aiguë qui le conduisit à deux doigts de sa perte. M. Popis, mandé auprès de lui, le trouva accroupi sur son lit, appuyé sur ses mains et ses genoux, poussant des cris et cherchant vainement une position qui lui permît un peu de repos. Ses traits sont tirés et sa figure amaigrie; il éprouve de vives douleurs dans la vessie et une ardeur brûlante dans le canal de l'urètre; l'évacuation de l'urine ne se fait plus que goutte à goutte; la sonde ne soulage plus le malade, elle l'irrite; une fièvre ardente, une soif inextinguible accompagnent ce cortége de symptômes menaçants; le temps du plaisir était passé! Le traitement le plus énergique et le mieux approprié fut mis immédiatement en usage, et au bout de quelques jours M. C.. échappait au danger, mais non pas pour devenir plus sage : il est des hommes qui ne le deviennent jamais! Il reprit une à une toutes ses habitudes, et le catarrhe de la vessie et les angusties du canal ne tardèrent pas à le faire souffrir de nouveau.

M. Popis fut appelé une seconde fois à son secours. Les urines étant troubles et chargées de mucosités; notre confrère crut devoir modifier la muqueuse vésicale en injectant dans la poche urinaire une solution de nitrate d'argent : 10 centigrammes de ce sel pour 100 grammes d'eau furent d'abord mal supportés; des douleurs vives se firent sentir, mais peu à peu l'organe s'y habitua, et bientôt les urines devinrent limpides; l'affection catarrhale avait cédé à l'impression du sel d'argent. Mais si la membrane muqueuse de la vessie était à peu près revenue à son état normal, une autre partie de l'organe était devenue malade; la tunique musculaire avait perdu sa contractilité. A cet accident, M. Popis opposa l'action du sulfate de strychnine. D'abord, mais sans résultat, il l'employa pendant quatre jours à la dose de 1 décigramme sur 30 grammes d'axonge en pommade appliquée matin et soir sur la région hypogastrique; puis, avec un plein succès, en deux ou trois injections par jour, à la dose de 15 centigrammes pour 200 grammes d'eau. Quelques jours suffirent pour restituer aux fibres musculaires la sensibilité qu'elles avaient perdue.

M. C..., toujours indocile, ou ne faisant les choses qu'à demi, oublia les prescriptions de son médecin; il fit une rechute et fut remis par les mêmes moyens. Une fois encore il revenait à ses dieux, la table et le vin, lorsqu'il fut foudroyé par une attaque d'apoplexie.

ABLATION DE L'ASTRAGALE,

Par M. Estevenet.

Il peut arriver que, dans une luxation du pied avec ouverture de l'articulation astragalo-calcanienne, l'astragale soit un obstacle à la réduction, et qu'il faille l'enlever pour qu'elle soit possible. Cette opération grave, que l'on devrait cependant toujours tenter avant d'en venir à l'amputation de la jambe, a été pratiquée avec le plus grand succès par notre habile collègue M. Estevenet. En voici les détails circonstanciés :

Louis Cazaré, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, étant occupé à creuser un fossé large et profond, fut surpris par un éboulement considérable; le pied droit se trouvant retenu par son bord interne, tout le corps fut violemment jeté à gauche par la masse de terre éboulée. On le retira avec peine du milieu des décombres et il fut porté immédiatement à l'Hôtel-Dieu. Il était dans l'état suivant : le pied droit était complétement renversé sur le côté externe de la jambe, le talon porté en arrière et fortement relevé. Sur le côté interne du pied, vers la région malléolaire, existait un plaie oblique de haut en bas et d'arrière en avant, d'une longueur d'environ 8 centimètres. Cette plaie intéressait toutes les parties molles; l'articulation était largement ouverte, et l'on voyait que le déboîtement s'était opéré entre l'astragale et le calcanéum; par

cette ouverture sortait la tête entière de l'astragale, qu'on voyait séparé du calcanéum, mais conservant encore ses rapports avec les deux os de la jambe. Vers la partie postérieure de la plaie, on voyait les tendons du jambier postérieur et du fléchisseur propre du gros orteil fortement distendus sur le côté interne de l'astragale; à côté des tendons, l'artère tibiale postérieure, complétement dénudée et isolée, formait une anse de 3 centimètres d'étendue; en la pressant entre les doigts on en sentait parfaitement les battements. Le tendon du fléchisseur commun des orteils formait également une anse de 7 centimètres d'étendue, située entièrement hors de la plaie. M. Estevenet fut d'abord surpris de voir ce tendon ainsi relâché, tandis que les autres étaient fortement tendus; mais sa surprise fut plus grande encore lorsque le tendon céda à quelques tractions légères et s'arracha complétement du fond de la plaie. Par suite de la violence qui avait produit la luxation, le muscle, au lieu de se rompre dans sa continuité, s'était arraché de ses fibres charnues; il fut retranché à l'aide des ciseaux.

La luxation du pied était telle, que la face supérieure du calcanéum était dirigée en bas et en dehors; que la face externe reposait contre la face externe de la malléole péronière, et le pied était si fortement serré dans cette position, qu'il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement dans le sens de la réduction. En examinant avec soin l'obstacle qui s'opposait à cette réduction, notre confrère vit que le pied luxé était fortement arc-bouté contre le bord de l'astragale. Après quelques tentatives inutiles de réduction, il devint évident qu'il fallait ou faire l'amputation de la jambe ou l'ablation de l'astragale. M. Estevenet se décida pour ce dernier parti. Il commença par dégager les tendons et les parties fibreuses de l'astragale; les liens qui le retenaient aux os de la jambe étant presque nuls, et ceux qui l'unissent au calcanéum et aux autres os du pied étant déjà rompus, l'ablation fut faite en quelques secondes. Le pied fut remis en place avec facilité, et la plaie fut réunie au moyen de trois points de suture; le membre fut placé dans un appareil légèrement contentif et soumis à l'irrigation continue.

Malgré la dextérité avec laquelle l'opération avait été faite, les suites en furent des plus graves; la vie du malade fut souvent en danger. Le traitement le mieux institué, les pansements les plus méthodiques n'empêchèrent point que la fièvre ne se déclarât avec violence et que la jambe tout entière ne fût envahie par une inflammation phlegmoneuse intense. De vastes et profonds foyers purulents ne tardèrent pas à se former dans le trajet que le muscle arraché avait laissé libre dans la masse charnue du mollet, autour et dans l'articulation tibio-calcanienne. Trois mois se passèrent dans de cruelles alternatives; au bout de ce temps, les symptômes locaux et généraux s'amendèrent. Les ouvertures fistuleuses se rétrécirent ou se fermèrent, la suppuration se tarit degré par degré, la fièvre cessa, le sommeil et l'appétit revinrent avec les forces. Deux autres mois s'étaient écoulés quand la dernière plaie se cicatrisa.

Cazaré resta six mois sans sortir de son lit. Huit mois après son accident, il commença à marcher à l'aide de béquilles: d'abord l'articulation était extrêmement roide, mais peu à peu les parties s'assouplirent; la nouvelle articulation entre le calcanéum et les deux os de la jambe s'organisa; la marche devint de jour en jour moins difficile. Le malade sortit de l'hôpital pour reprendre ses travaux agricoles. Sept ans se sont écoulés depuis cette époque, et ce jeune homme, qui n'a d'autre ressource que son travail, n'a pas été empêché un jour par son infirmité d'aller aux champs. Quelle serait sa position si l'on se fût empressé de retrancher son membre mutilé?

ENFANT NÉ DANS SES ENVELOPPES.

Accouchement bi-géminal sans perte de sang,

Par M. le Dr Duclos.

M. Duclos a eu l'occasion de recueillir dans sa vaste pratique obstétricale deux faits curieux qui ne sont peut-être pas sans analogues dans la science, mais qui méritent pourtant d'être conservés.

Dans le premier cas, il s'agit, dans un accouchement bi-géminal, d'un enfant de sept mois et demi environ de vie intra-utérine venu au monde renfermé dans sa poche amniotique. Voici en raccourci cette observation :

La femme B..., âgée de vingt-trois ans, primipare, d'un tempérament lymphatique, était arrivée sans accident dans son huitième mois de grossesse, lorsque, le 7 août 1850, et après quelques jours de lassitude et de malaise, elle fut prise des douleurs de l'enfantement; ces douleurs marchèrent assez franchement, car, après trois heures de souffrances, la femme de garde, placée auprès de la patiente, recevait dans son tablier un enfant complétement renfermé dans ses membranes. M. Duclos arrivait en ce moment pour constater, en quelque sorte, cette naissance quasi-phénoménale. « L'enfant, dit notre confrère, était dans la poche amniotique intacte, par conséquent plongé encore dans les eaux de l'amnios. Je déchirai les membranes en face de la bouche, l'enfant fit une première inspiration; je coupai et liai le cordon, je fis glisser les membranes sur le corps du fœtus, et le liquide amniotique, que j'évaluai à 200 grammes environ, resta au fond de la poche. L'enfant, du sexe féminin, pâle et faible, fut maintenu à la vie par des frictions et les autres moyens usités. »

Cependant il ne s'était fait aucun écoulement de sang par les voies sexuelles, quoique la naissance de l'enfant remontât à plus d'un quart d'heure. En s'occupant de la mère, M. Duclos reconnut bientôt la présence d'un second fœtus dans la matrice; il perça la poche des eaux, qui était saillante au détroit périnéal, alla chercher les pieds, et termina l'accouchement selon les règles de l'art : l'enfant était vivant et du sexe féminin.

La délivrance se fit sans aucune difficulté, et l'on conçoit l'empressement que mit M. Duclos à examiner les produits expulsés de la matrice.

Les enveloppes du premier fœtus étaient intactes, à part l'ouverture artificielle qu'avait opérée l'accoucheur; le cordon, assez volumineux, se perdait dans les membranes; la face externe de ces enveloppes présentait, sur une de ses parties, un tissu cellulaire fin assez abondant et facilement déchirable : c'était évidemment le point qui avait adhéré au placenta resté dans la matrice.

Le placenta, examiné à son tour, présentait intactes, sur une de ses moitiés, les enveloppes du second enfant, et, sur l'autre moitié, se voyait, en assez grande abondance, le tissu qui avait servi de lien à la poche fœtale du premier né. Du reste, aucune trace de vaisseaux ombilicaux sur cette surface placentaire.

Comment expliquer, se demande notre collègue, la sortie du premier enfant enfermé dans ses membranes et sans qu'il y ait eu perte de sang de la part de la mère?

L'examen anatomique du délivre semble indiquer l'explication : le tissu qui unissait le placenta à la matrice s'est montré plus résistant que celui qui unissait les membranes à ce même placenta; sous la pression des contractions utérines, la poche des eaux s'est avancée à travers la filière du bassin avec le fœtus, et la matrice s'est vidée sans hémorrhagie, parce que la désunion n'avait pas eu lieu entre le placenta et sa face interne. Cette circonstance, que les vaisseaux se perdaient aux membranes au lieu de pénétrer dans le gâteau placentaire, rend tout à fait plausible cette explication.

Nous sommes loin de connaître tous les procédés que la nature emploie dans ses opérations. Quelque versé qu'il soit dans la pratique des accouchements, M. Duclos n'a pu se rendre compte de ce qui a dû se passer dans l'accouchement bigéminal dont voici l'histoire :

Une dame de vingt et un ans, d'un tempérament sec et nerveux, enceinte de sept mois et demi et ayant eu une grossesse normale, est prise dans la nuit du 29 au 30 avril 1851 de tous les symptômes d'un accouchement prochain. La poche des eaux se rompt, et la sage-femme appelée près d'elle constate par le toucher la tête d'un enfant déjà engagée dans le petit bassin. Mais, au lieu d'aller croissant, le travail se ralentit, et la journée se passe dans d'inutiles tentatives pour le réveiller; l'ergot lui-même, employé à la dose de 2 grammes, reste impuissant. Cependant, sur le matin du 1er mai, la matrice se débarrasse d'un enfant mâle, vivant, mais maigre, petit et faible, et retombe aussitôt dans son inertie sans expulser l'arrière-faix et, chose à noter, sans laisser s'écouler une goutte de sang.

La sage-femme tente en vain de pratiquer la délivrance; deux médecins appelés en consultation ne sont pas plus heureux dans leurs tentatives; l'ergot reste de nouveau impuissant. Cependant la matrice est développée, la fièvre s'allume, les parties deviennent sèches, etc. M. Duclos est mandé auprès de la malade; quatorze heures s'étaient passées depuis l'accouchement et rien n'annonçait que l'utérus fût prêt à sortir de son inaction. Notre confrère reconnut immédiatement une double grossesse, et, comme le cas parut pressant, il se mit immédiatement en devoir de terminer l'accouchement. Quelques instants après, il amenait au jour un enfant mâle, vivant, mais faible, et qui ne tarda pas à s'éteindre.

Nous n'avons pas besoin de dire que cette opération se fit selon toutes les règles de l'art; mais nous devons constater que l'opérateur, en portant une main exploratrice dans la cavité utérine, trouva complétement *dégreffé* le placenta appartenant au premier enfant, et qu'après la naissance du second et l'expulsion de l'arrière-faix, il ne se fit *aucune hémorrhagie* par les parties de la femme.

Comment se fait-il, dit M. Duclos en terminant son observation, que pendant quatorze heures d'inertie de la matrice, et le placenta du premier enfant étant complétement dégreffé, il n'y ait eu ni hémorrhagie apparente ni cachée? Lorsque j'ai introduit la main dans la matrice, ajoute-t-il, l'organe était mou; le corps qu'il renfermait était mobile, ce qui me fit reconnaître facilement la double grossesse. Je tins en totalité dans ma main le placenta du premier enfant, donc il était libre, et cependant il n'y a eu aucune perte de sang ni avant, ni pendant, ni après ce singulier accouchement !

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. Alph. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Arsenic.

Pilules d'arséniate de soude.

Arséniate de soude.	5 centig.
Extrait de Taraxacum.	2 gr.

M. pour faire 30 pilules.
Doses, de une à deux. Mêmes usages.
Je me sers souvent avec avantage de cette formule.

Pilules d'arséniate de fer (Biett).

Arséniate de fer.	15 centig.
Extrait de houblon.	36 décig.
Poudre de guimauve.	18 décig.
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	Q. S,

Pour faire 48 pilules.

Biett employait ces pilules surtout contre les affections squameuses et le lupus. Dose une par jour.

Aunée.

Plante synanthérie, dont la racine a été employée avec avantage dans le traitement de quelques maladies de la peau à titre d'amer, de tonique, de diaphorétique. Indépendamment d'une résine âcre, elle contient environ 37 pour 100 d'extractif amer.

Tisane d'aunée.

Racine d'aunée.	30 gr.
Eau bouillante.	1 kilog.

Faites infuser, passez, ajoutez :

Sirop de capillaire.	30 gr.

L'infusion est très aromatique. Elle convient par l'usage intérieur dans les cas de scrofules, d'impétigo, d'eczéma chronique, chez des enfants lymphatiques, des jeunes filles mal réglées.

La décoction plus âcre est plus particulièrement applicable à l'usage externe. On l'emploie en lotions, en compresses dans les mêmes affections et surtout pour calmer le prurit.

(*Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*)



ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juin 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. Dufresse-Chassaigne sur une angine épidémique qui a régné, depuis le mois de septembre 1851 jusqu'au mois de mars dernier, dans les communes de Chadurie et de Charmant (Charente);

2° Rapport de M. Rousset, médecin cantonal à Sarreguemines, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Witring (Moselle), pendant le mois de décembre 1851;

3° Rapport de M. Gruisard sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Baume (Jura);

4° Rapport de M. Amiot, médecin adjoint des épidémies de l'arrondissement de Baume, sur l'épidémie d'affection typhoïde qui a régné au village de Lanans (Doubs);

5° Rapport de M. Foucault, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Epernay, sur une épidémie de variole qui a régné à Etoges (Marne), pendant le premier trimestre de l'année courante;

6° Rapport de M. Débée, médecin des épidémies de l'arrondissemedt de Saint-Pol, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Bryos, Sautty et Fontaine-les-Hermans (Pas-de-Calais);

7° Rapport de M. Tellier, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

8° Travail de M. Lambon, de Levroux (Indre), où sont exposés les résultats de ses observations sur les eaux minérales des Pyrénées;

9° Quatre lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets;

10° Une lettre du ministre de l'intérieur, demandant si la commission chargée d'apprécier les résultats de la méthode de M. le docteur Blanchet pour le traitement de la surdi-mutité continue toujours à s'occuper de cette méthode, et si l'on peut espérer qu'elle fera un rapport;

11° Etat des vaccinations pour les départements du Haut-Rhin, de la Corrèze, de la Haute-Garonne et d'Ille-et-Vilaine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Métro-péritonite.

M. Cabaret, médecin à Saint-Malo, communique une observation de métro-péritonite avec phlegmon des ligaments larges. (Commissaires : MM. P. Dubois, Grisolle et Depaul.)

Fongus du testicule.

M. Thomas Blizard-Curling, chirurgien et professeur à l'hôpital de Londres, membre de la Société royale de cette ville, adresse une notice sur le fongus bénin du testicule et le traitement de cette affection sans opération. Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans le fongus bénin du testicule, la masse qui fait saillie se compose principalement de substance glandulaire mêlée à plus ou moins d'exsudation fibrineuse, cette dernière se trouvant soit entre les tubules ou à leur surface, sous forme granuleuse.

2° Les indications du traitement sont d'obtenir l'absorption de l'exsudation fibrineuse, de refouler le testicule en dedans du scrotum, et de favoriser la cicatrisation en avant de la substance glanduleuse herniée.

3° L'ablation de la masse saillante, soit au moyen de l'instrument tranchant ou de la ligature, est fatale à l'organe et n'est pas nécessaire à la guérison de la maladie.

4° La matière tuberculeuse proprement dite se forme à l'intérieur des tubules; elle détruit la structure glandulaire, et ne donne naissance à aucune masse fongueuse. L'affection locale ne peut être déracinée que par la castration; car les tubercules affectent à la fois les appareils excréteur et sécréteur, celui-là étant même plus souvent attaqué que ce dernier. (Commissaires : MM. Velpeau, Ricord et Malgaigne.)

Autopsies dans les hôpitaux. — Administration des médicaments.

M. Brachet, de Lyon, soumet à l'Académie deux questions : la première est relative aux autopsies cadavériques dans les hôpitaux. L'auteur fait remarquer que, depuis quelque temps, les associations ont tellement diminué le nombre des autopsies, qu'à peine sur 20 décès deux nécropsies ont pu être faites pendant deux mois et demi dans le service de la clinique dont il est chargé. Il propose un moyen de concilier les intérêts de la science avec ceux de la piété, en exigeant que les malheureux qui succombent dans les hôpitaux soient réservés aux autopsies, avec la recommandation expresse de les mutiler le moins possible.

La seconde question est relative aux accidents qui arrivent journellement à cause de la facilité avec laquelle on peut confondre par distraction les vases renfermant les médicaments des malades. M. Brachet propose d'affecter à chacun des deux ordres de médicaments internes et externes une forme particulière de vases, et la même dans toutes les pharmacies. (Commissaires : MM. P. Dubois, Guibourt, Boullay, Orfila et Guéneau de Mussy.)

Les eaux et les boues minérales de Viterbe.

M. Poggiale, pharmacien en chef et professeur de chimie à l'école du Val-de-Grâce, présente un mémoire sur les eaux et les boues minérales de Viterbe, qu'il a analysées avec le plus grand soin. Les recherches analytiques auxquelles il s'est livré, et qu'il expose dans son travail, ont été prescrites par l'administration de la guerre, qui attache une haute importance à l'étude de ces eaux.

Quelques essais ont été exécutés à la source même par MM. Gillet, Dusseuil et Monsel, pharmaciens militaires, qui ont été chargés de cette opération par le conseil de santé des armées, sur la demande

de M. Poggiale. Ces pharmaciens, suivant un programme d'expériences rédigé par l'auteur de ce mémoire, ont particulièrement dosé l'acide sulfhydrique, l'acide carbonique et les gaz qui s'échappent de la source ; ils ont examiné l'odeur et la saveur de l'eau ; ils ont pris sa température, qui est de 58° centigrades ; ils ont noté les particularités les plus intéressantes, telles que la formation des dépôts, la quantité d'eau qui s'écoule, etc. Enfin, ils ont fait évaporer cinquante litres d'eau, et ils ont envoyé les résidus à M. Poggiale, qui les a soumis à une analyse rigoureuse. Il a pu ainsi constater d'une manière évidente la présence de l'iode, du brome et de l'arsenic, déterminer avec précision les proportions des autres principes minéralisateurs et contrôler l'analyse qu'il avait faite en 1850.

Voici la composition des eaux et des boues minérales de Viterbe.

Eaux minérales.

DÉNOMINATIONS.	EAU SULFUREUSE, IODUR. ET BROM. DE BULLICAME.	EAU FERRUGINEUSE IODURÉE ET BROMURÉE.
Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates.	0,4520	0,248
Acide sulfhydrique.	0,0097	0,004
Acide arsénique.	»	Traces sensibles
Carbonate de chaux..	0,7320	0,778
Carbonate de magnésie.	0,0140	0,009
Sulfate de chaux.	1,2440	1,178
Sulfate de magnésie..	0,1470	0,302
Chlorure de calcium.	0,0290	0,019
Chlorure de magnésium..	0,0070	0,008
Iodure de sodium.	0,0130	0,010
Bromure de sodium.	Traces.	Traces.
Alumine.	0,0150	0,018
Acide cilicique.	Traces.	0,089
Carbonate de peroxyde de fer. . .	0,0290	0,073
Fluorure de calcium.	Traces.	»
Matières organiques.	0,1980	0,021
	2,8897	2,757

Boues minérales.

DÉNOMINATIONS.	BOUES SULFUREUS.	BOUES FERRUGIN.
Soufre.	22,752	»
Sulfate de chaux.	0,119	3,274
Chlorures de calcium et de magn.	Traces.	0,403
Carbonate de chaux..	0,087	70,682
Carbonate de fer.	0,237	20,693
Alumine.	»	1,057
Acide cilicique et silicates.	55,768	2,720
Acide arsénique..	»	0,140
Matières organiques..	21,037	1,031
	100,000	100,000

Il existe à Viterbe deux autres sources : la première, qui est désignée sous le nom de *source magnésienne*, est employée comme laxative ; la seconde a une composition qui se rapproche de celle de l'eau de Spa. Elle contient, en effet, une proportion considérable de carbonate de fer et d'acide carbonique libre qui la rend très agréable au goût.

Titane et zircone dans les eaux minérales.

M. Mazade, pharmacien à Valence, annonce qu'il vient de découvrir dans les eaux minérales de Neyrac (Ardèche) la présence du titane et de la zircone. (Commission des eaux minérales.)

— M. Remy, de Châtillon-sur-Marne, communique quelques observations sur la vaccine et la variole. (Commission de vaccine.)

— M. Herpin, de Genève, sollicite le titre de membre correspondant.

RAPPORTS.

Pilules de Blaud.

M. Gaultier de Claubry lit pour la quatrième fois un rapport sur les pilules de Blaud, dans lequel il conclut à l'insertion de la formule au Bulletin.

Après une discussion qui, de même que toutes les discussions analogues, se termine par un tapage, des cris, des vociférations indescriptibles, l'Académie rejette les conclusions de la commission.

Eaux minérales.

M. Jolly donne lecture d'un rapport sur deux mémoires, l'un de M. Germain, l'autre de M. E. Carrière, sur l'application thérapeutique des eaux mères des salines de Salins. L'auteur conclut à des remerciments aux auteurs et au renvoi de leurs mémoires au comité de publication. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 juin 1852. — Présidence de M. Piobert.

Influence des eaux thermales d'Aix sur le développement de l'embryon du poulet.

M. Constant Despine, médecin inspecteur des eaux d'Aix (Savoie), annonce qu'il vient de soumettre à l'influence des eaux thermales d'Aix un certain nombre d'œufs de poule, dans le but de savoir si la chaleur naturelle de ces eaux était suffisante pour provoquer le développement de l'embryon.

Des expériences qu'il a entreprises sur ce sujet, l'auteur conclut :

1° Que la chaleur des eaux sulfureuses d'Aix est plus que suffisante pour provoquer le développement du poulet dans l'œuf;

2° Que la présence de l'acide sulfhydrique dans ces mêmes eaux est la cause directe de la mort de l'embryon par la transformation qu'il opère dans la coquille de l'œuf. Cette coquille se trouvant en effet beaucoup plus dure qu'à la suite de l'incubation naturelle, ce dont M. Despine a eu le soin de s'assurer.

Structure des glandes lymphatiques.

M. Oscar Heyfelder, d'Erlangen (Bavière), adresse un travail écrit en allemand et intitulé : *Sur la constitution des glandes lymphatiques.*

L'auteur s'est proposé de prouver dans ce travail : que les glandes lymphatiques sont formées par un amas de vaisseaux lymphatiques entrelacés et pelotonnés, présentant çà et là des dilatations remplies de corpuscules chylifères et n'ayant plus dans ces endroits dilatés qu'une seule membrane amorphe. Le tout est soutenu par des cloisons fibreuses contractiles et entouré d'une enveloppe commune de même nature.

Les glandes lymphatiques servent à perfectionner et à former définitivement les globules de la lymphe et du chyle. Leur structure favorise cette fonction en ralatissant la marche du liquide. Quant aux fibres musculaires lisses découvertes dans l'enveloppe de la glande et dans les cloisons qu'elle fournit, ces fibres favorisent la sortie de la lymphe des réservoirs qui la renfermaient.

L'auteur dit s'être assuré par des expériences faites à l'aide du galvanisme que l'enveloppe des glandes est réellement contractile. Il croit avoir montré l'analogie qui existe entre la rate et les glandes lymphatiques, et il croit même que les vésicules de Malpighi ne sont autre chose que des réservoirs lymphatiques qui communiquent avec les vaisseaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er avril 1852. — Présidence de M. Foucart, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend une lettre de M. le professeur Dubois, président de la Société, qui exprime le regret de ne pouvoir assister à la séance, à cause de ses occupations.

— M. Duperthuis communique le fait suivant :

Un homme d'une constitution moyenne est renversé par une voiture pesamment chargée, et la roue lui passe sur la cuisse. Le membre n'a pas été fracturé ; mais il existait une vaste ecchymose livide, noirâtre, et l'on percevait la sensation d'une fluctuation profonde et très étendue. J'ai enfoncé une lame de bistouri dans le point le plus convenable, et l'ouverture a donné issue à une cuvette de sang noir et coagulé. Il existe donc dans ce membre un vaste clapier ; j'en favorise la détersion et le recollement des parois au moyen d'un bandage roulé compressif et résolutif; mais je demande à mes confrères s'ils pensent qu'il y ait autre chose à faire.

M. Chalut exprime l'opinion que les injections iodées seraient très propres à modifier avantageusement les surfaces, à éviter l'inflammation suppurative, et il dit avoir eu à s'en louer dans des cas analogues.

M. Caron. Je me rappelle qu'étant dans le service de Blandin, je vis un homme chez lequel un projectile lancé par une arme à feu avait produit des désordres profonds dans un membre ; tous les tissus étaient convertis en une sorte de détritus. Le malade guérit cependant sous l'influence des injections simples d'eau miellée et de la compression au moyen du bandage de Scultet.

—M. Coursserant. Dans une des dernières séances, j'ai entretenu la Société des résultats funestes qu'amènent les granulations des paupières; aujourd'hui, je dirai quelques mots du mode de traitement qui me semble le plus rationnel et que je regarde comme le plus efficace dans certaines formes de cette maladie; mais, pour mieux restreindre la question dans le cercle dans lequel j'entends la poser et pour éviter toute confusion dans un sujet qui a été tant controversé, surtout dans la presse médicale belge, je vais exposer en quelques mots le caractère de l'affection sur laquelle je demande à arrêter un moment votre attention.

Mlle X..., âgée de seize ans, a été sujette depuis deux ans à des rougeurs fréquentes des yeux pour lesquelles son médecin a prescrit à diverses reprises quelques sangsues aux tempes, des cataplasmes sur les yeux, des lotions et des fomentations émollientes ; enfin, des collyres légers au nitrate d'argent ont été parfois employés au déclin de la maladie, laquelle ne présenta jamais assez d'intensité pour réclamer un traitement énergique. Cependant, Mlle X... avait la vue *tendre et sensible*, comme on le dit dans le monde ; dans les intervalles qui séparaient les diverses apparitions de l'ophthalmie, tout travail, même léger et peu soutenu, causait un sentiment de gêne, de cuisson et un larmoiement assez considérable qui le rendaient impossible.

Telle était l'affection, simple en apparence, pour laquelle les parents désirèrent avoir mon avis.

Les paupières ayant été renversées, je constate les particularités suivantes :

Toute la muqueuse palpébrale présente un épaississement considérable ; en outre, dans l'étendue des deux tiers postérieurs du tarse, elle est surmontée de granulations confluentes à base large, séparées par des sillons profonds.

Parmi les nombreuses granulations appendues à l'arête postérieure du tarse, et égalant la grosseur d'un grain de chènevis, quelques-unes, à tissu blanchâtre, offrent une dureté presque cartilagineuse. La conjonctive, qui se réfléchit de la paupière supérieure sur le globe oculaire, est transformée en un tissu mollasse dans lequel se trouvent enchâssées des granulations volumineuses, semi-transparentes et reproduisant assez bien l'aspect de vésicules remplies d'une matière gélatiniforme.

Trois modes de traitement, soit combinés entre eux, soit employés isolément chacun, sont préconisés contre une affection de cette nature :

1° La cautérisation avec le nitrate d'argent;

2° L'excision à l'aide de ciseaux;

3° L'acétate de plomb neutre réduit en poudre fine déposée sur les granulations.

Sans entrer dans de longs détails sur ce dernier mode de traitement, je le regarde comme étant bien au-dessous des éloges qu'on lui a décernés depuis quelques années.

Quant à l'excision, elle a le grave inconvénient, surtout lorsqu'elle porte sur des produits morbides reposant sur une large base; elle a le grave inconvénient, dis-je, d'être suivie d'une cicatrice à surface rude et irrégulière, qui ne tarde pas à altérer la transparence de la cornée.

Enfin la cautérisation, telle qu'on la pratique en général, offre les plus graves inconvénients. Légère, mais étendue sur toute la surface malade, elle provoque souvent une réaction inflammatoire à la suite de laquelle la cornée devient malade. Profonde, elle détruit, il est vrai, les granulations; mais elle détruit aussi la muqueuse dans toute son étendue, de telle sorte qu'à la place de cette dernière on ne trouve plus qu'un tissu inodulaire, dont le frottement incessant sur la cornée fait naître des lésions de la nature la plus grave. Cette cautérisation est même pratiquée d'une manière si intense par quelques praticiens, que sur un de nos confrères de Paris, une artériole, placée dans le voisinage du tarse, fut atteinte par le caustique, et produisit à la chute de l'eschare un écoulement de sang assez abondant pendant quarante-huit heures.

Pour moi, dans le cas de granulations confluentes des paupières, repoussant la cautérisation générale, tant superficielle que profonde, je me contente de pratiquer un attouchement léger avec le nitrate d'argent de cinq ou six points très circonscrits pour chaque paupière, de manière que les parties mises en contact avec le caustique se trouvent séparées entre elles par des tissus malades qu'on respecte à une première cautérisation, et que l'on attaque quelques jours plus tard. Cette cautérisation, qu'on pourrait appeler *étoilée*, a le triple avantage :

1° De provoquer la résorption assez prompte des granulations;

2° De mettre à l'abri des réactions inflammatoires, inévitables par les autres procédés;

3° D'éviter d'une manière sûre la formation de ce tissu cicatriciel à surface inégale, lequel, remplaçant la muqueuse à jamais détruite, irrite la cornée et entretient des ophthalmies de la nature la plus grave, dont on ne saurait calculer la durée.

Le vice-secrétaire, A. Bossu.

CORRESPONDANCE.

Amputation du pied.

Nous publions volontiers la lettre suivante d'un honorable correspondant, laquelle rappelle un fait historique qui n'est pas sans intérêt en chirurgie. Nous ferons seulement remarquer, afin d'éviter des réclamations, que M. Baudens n'avait aucune critique à faire du passage de Dionis, attendu qu'il n'y est question que de l'amputation *sus-malléolaire*, c'est-à-dire d'une amputation de jambe; tandis que la lettre de M. Baudens, ainsi que la leçon de M. le professeur Nélaton, sont relatives à l'amputation *tibio-tarsienne*, c'est-à-dire à la désarticulation du pied.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Le n° 62 de votre estimable journal, à la date du 27 mai 1852, contient une lettre de M. Baudens sur les amputations partielles du pied. Il est dit dans cette lettre que le seul fait *bien avéré*, *bien sérieux de l'amputation du pied en totalité* est celui qui appartient à l'habile opérateur du Val-de-Grâce; que, par suite, il ne paraît pas que jamais avant cette époque l'opération dont il s'agit eût été réellement pratiquée.

Dans le seul but de constater le fait si honorable de cette extension donnée à nos procédés opératoires, j'ai ouvert l'édition du *Cours de chirurgie* de Dionis donnée par Lafaye (1751) et j'y ai lu ce qui suit (page 741) :

« On convient de la manière de couper la cuisse et le bras, mais » on n'est pas d'accord sur celle de la jambe. Entre ceux qui s'é» crient contre la méthode des Français, qui coupent une jambe » proche le genou quand il n'y a que le pied de perdu, Selingen, » fameux praticien de Hollande, dit qu'il faut conserver toute la » jambe, couper seulement le pied au-dessus des malléoles et » ajouter ensuite un pied de son invention, qu'il fait tenir avec » deux petites attelles d'acier minces et polies, qu'il fait fermer sur » les côtés de la jambe avec des écrous : il dit que cette machine, bien » mise, a tant de fermeté qu'on peut marcher avec autant de faci» lité que si l'on avait son pied naturel. Pour moi (ajoute Dionis), » je suis du sentiment de ces derniers, et je conseille de couper une » jambe *tout le plus bas qu'il est possible*, pourvu qu'on puisse » conserver le mouvement du genou ; car, s'il devait être toujours » ployé, il faudrait la couper *à la jarretière*, pour ne laisser du » moignon qu'autant qu'il en faut pour appuyer sur la jambe de » bois ; mais en conservant le mouvement dans le genou, et ajon» tant seulement un pied artificiel, on évite la grande difformité de » la jambe de bois, et le malade peut marcher avec plus de sûreté » et plus commodément. »

J'ignore, monsieur le rédacteur, quelles sont les observations critiques qu'a pu faire sur ce passage d'un traité connu de tout le monde l'opérateur célèbre que nous citons plus haut ; mais il semble difficile d'admettre qu'à l'époque de Dionis et de Selingen l'amputation sus-malléolaire aujourd'hui préconisée n'ait pas été pratiquée, bien que les observations détaillées des faits puissent manquer. C'est cette réflexion qui m'a fait écrire ces mots, sans vouloir par là diminuer en rien tout l'honneur que j'attache à la reproduction et au perfectionnement réel d'un procédé ou d'une méthode depuis si longtemps abandonné.

Malgré les paroles si précises du traité de Dionis, ne semble-t-il pas évident que c'est au progrès de l'art dans la prothèse qu'il faut attribuer la tendance des esprits vers certaines opérations autrefois jugées mauvaises ?

Tout ce qui facilite la marche sur le moignon conservé est un bienfait. A ce titre, le lambeau pris sur le talon, comme celui qui est emprunté à la face dorsale du pied, sont également importants.

Félicitons donc les opérateurs de nos jours, et notamment MM. Baudens, Velpeau, Malgaigne, J. Roux, d'être entrés dans des voies nouvelles et heureuses; mais reconnaissons aussi que les anciens avaient longtemps suivi les routes vers lesquelles le progrès nous ramène encore.

C'est ainsi que se vérifie cette parole si souvent citée : *Multa renascuntur quæ jam cecidere*, et que se renoue dans un avenir lointain la chaîne des idées utiles.

Agréez, etc.

Passa,
médecin à Bayonne.

12 juin 1852.

Bulletin bibliographique.

Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales; par le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien du prince président de la République, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Avec dix figures intercalées dans le texte. Paris, 1852. In-8°. Prix : 7 fr. 50 c.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle; par E. Bouchut, médecin des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France. 2e édition. In-8°. Paris, 1852. Prix : 9 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 72. — SAMEDI 19 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 72. — SAMEDI 19 JUIN 1852.



Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la galvanopuncture appliquée aux traitements des varices et des anévrismes, suivant les indications de MM. Baumgarten et Wurtemberg. — Aconit dans les accidents puerpéraux. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Epidémie de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées observées à Verdun (Meuse) en 1850. — Traitement de l'épilepsie chez une chienne par le cyanure de fer. Guérison.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la galvanopuncture appliquée aux traitements des varices et des anévrismes, suivant les indications de MM. Baumgarten et Wurtemberg.

L'application de l'électropuncture au traitement des maladies des vaisseaux ne date que d'un petit nombre d'années. Des tentatives nombreuses ont été faites par les chirurgiens ; les anévrismes, les varices, les tumeurs érectiles ont tour à tour été attaqués par ce moyen thérapeutique, et il y a vraiment lieu de s'étonner des contradictions qui existent entre les résultats publiés par les divers auteurs. Pour les uns, en effet, la galvanopuncture est une opération douloureuse dans son application, douteuse dans ses effets, fâcheuse dans ses conséquences ; pour les autres, au contraire, elle s'accompagne à peine d'une légère douleur et procure, sans faire courir le moindre danger aux malades, une guérison presque instantanée. En France, en Italie, en Allemagne, cette question a été abordée et résolue d'une manière contradictoire, et, il y a peu de mois encore, il était bien difficile de se faire une opinion sur la valeur de la nouvelle méthode.

Les premières tentatives, comme on sait, ont été faites sur les anévrismes. Scudamore avait déjà remarqué que les courants galvaniques ont la propriété de coaguler rapidement le sang en dehors des vaisseaux. M. Guérard (1831), après lui M. Pravaz, M. Le Roy-d'Etiolles, entrevirent la possibilité de coaguler ainsi le sang des poches anévrismales ; mais l'honneur d'avoir développé cette idée et de l'avoir appliquée revient incontestablement à M. Pétrequin, de Lyon (1846). En théorie, le nouveau moyen thérapeutique paraissait excellent et bien supérieur à tous les autres. En faisant abstraction de la méthode ancienne, qui ouvrait le sac et faisait l'extraction des caillots, tous les procédés imaginés par les modernes pour la guérison des anévrismes ont eu pour but de remplir cette seule indication : la coagulation du sang de la poche anévrismale. La compression directe, la compression éloignée, la ligature de l'artère par la méthode d'Anel ou par la méthode de Brasdor n'agissent, en effet, qu'en empêchant l'entrée du sang dans le sac pendant un temps variable, et en permettant ainsi au liquide qui y est contenu de se coaguler par le repos. Au lieu de provoquer indirectement cette coagulation, n'était-il pas plus simple de la provoquer directement ? Ne pouvait-on pas l'obtenir instantanément, comme cela a lieu sur le sang sorti de la veine, et procurer ainsi une guérison rapide et certaine ? C'est là ce qu'on avait le droit d'attendre de l'ingénieuse méthode de M. Pétrequin. C'est là aussi ce qui eut lieu dans un petit nombre d'opérations ; mais, sans qu'il fût possible d'expliquer cette contradiction, à côté de ces cas où la guérison était pour ainsi dire immédiate, il s'en présentait un grand nombre où la galvanopuncture n'avait eu d'autre résultat que de soumettre le malade à des épreuves fatigantes, douloureuses et inutiles.

Il y avait à se demander pourquoi l'électricité, agent invariable, agissant sur le sang, dont les propriétés ne changent guère, donnait lieu cependant à des résultats aussi opposés, provoquant quelquefois une coagulation instantanée, et laissant d'autres fois le sang aussi liquide qu'avant l'opération.

Dans le traitement des varices et des tumeurs érectiles, la galvanopuncture donnait des résultats plus incertains encore. Les revers étaient bien plus nombreux que les succès. La guérison, lorsque guérison il y avait, était due toujours à la coagulation du sang ; mais cette coagulation elle-même se produisait de deux manières très différentes. Tantôt elle résultait directement de l'application de l'électricité ; c'était le cas le plus heureux, mais aussi le plus rare ; tantôt elle se produisait au bout de quelques jours, à la suite d'une phlébite provoquée par l'opération. Mais la phlébite est une arme à deux tranchants. A côté de la coagulation du sang qu'on espérait obtenir, il y avait à craindre une inflammation vive, une suppuration intra-veineuse, par suite l'infection purulente et ses conséquences terribles. De telle sorte que la galvanopuncture, rarement utile, souvent inefficace, était toujours accompagnée d'un certain danger.

Ici encore il y avait à se demander quelle était la cause de cette incertitude, de cette contradiction dans les résultats obtenus dans des circonstances identiques par un agent purement physique, dont les effets ne devraient pas varier.

C'est cette question, si importante au point de vue thérapeutique, qui vient d'être résolue heureusement par MM. Baumgarten et Wurtemberg.

Déjà, en 1851, le professeur Schuh, dans un intéressant article sur la galvanopuncture (*Vierteljahrschrift für die praktische heilkunde*, band I. Prag., 1851), avait remarqué qu'en introduisant les deux aiguilles de la pile dans une tumeur anévrismale, on obtenait autour de l'aiguille positive une coagulation beaucoup plus prompte qu'autour de l'aiguille négative. MM. Baumgarten et Wurtemberg, pendant leur séjour à Paris, ont repris et fécondé cette remarque de leur savant compatriote. De nombreuses expériences faites sur les animaux les ont conduits aux résultats suivants :

1° Lorsqu'on introduit dans un vaisseau l'aiguille négative seule, en se contentant d'appliquer l'aiguille positive sur les tissus environnants, on n'obtient pas la coagulation.

2° Lorsqu'on introduit dans le vaisseau les deux aiguilles à la fois, on obtient une lente coagulation, en général assez faible, rarement complète.

3° Lorsque enfin on introduit dans le vaisseau l'aiguille positive *seule*, en appliquant l'aiguille négative sur le tissu environnant, la coagulation est très prompte, complète et infaillible.

M. Malgaigne, à qui ces ingénieux expérimentateurs avaient fait part de leur expérience, a reconnu l'exactitude de leur dernière assertion. Après avoir exposé et approuvé, dans son cours de cet hiver, les idées de MM. Baumgarten et Wurtemberg, il leur a permis d'essayer, à l'hôpital Saint-Louis, sur un malade de son service, l'application de leur nouveau procédé, et jusqu'ici il y a lieu de se féliciter de cette initiative.

La malade dont il s'agit présentait l'une des affections les plus rares, et aussi les plus difficiles à guérir ; c'était une jeune fille atteinte depuis longtemps d'une énorme dilatation variqueuse de toutes les veines, grosses et petites, du membre supérieur. Le volume du membre était presque doublé ; le mal remontait jusqu'au niveau de l'acromion. Les varices des membres inférieurs n'arrivent presque jamais à un pareil volume, et nous ne savons pas si une semblable lésion portée à ce degré a jamais été observée sur le membre supérieur. Il fallait admettre comme cause d'une aussi fâcheuse maladie une débilité extrême des veines de ce membre ; et ce qu'il y avait de plus triste, c'est que le mal avait de la tendance à s'étendre vers la partie supérieure et à gagner le tronc. C'était là un des cas les plus embarrassants de la chirurgie. Attaquer successivement tant de veines malades par la cautérisation ou par la ligature, c'était à n'y pas penser ; et d'ailleurs, ne prévoit-on pas le danger d'une semblable opération ?

L'électropuncture, appliquée par MM. Baumgarten et Wurtemberg, a donné des résultats extrêmement remarquables. Trois séances, à deux ou trois jours d'intervalle, ont été consacrées à l'application de l'électricité. Dans chaque séance on commençait par introduire une dizaine d'aiguilles dans les principales veines variqueuses ; puis, plaçant le fil négatif de la pile dans la main de la malade, on faisait passer à la fois le fil positif sur toutes les aiguilles. Chacune de ces opérations a été accompagnée d'une douleur fort légère. Au bout de quelques minutes les aiguilles ont été retirées, et on a senti à la place des veines attaquées des cordons pleins et résistants, indices d'une coagulation complète du sang.

Il y a un mois environ que la dernière application a été faite. Les principales veines variqueuses sont oblitérées ; le volume du membre est considérablement réduit. Il est vrai que des veines jusque-là plus petites ont déjà commencé à subir une légère dilatation ; mais si ces veines deviennent variqueuses, elles pourront à leur tour être attaquées comme les précédentes.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat définitif de cette importante opération. En attendant, nous pouvons tirer de ce fait quelques conséquences.

Et d'abord, il est certain que l'application de l'aiguille positive a été suivie d'une coagulation immédiate et complète. A la place d'une dilatation variqueuse, supposez un sac anévrismal, et il est clair que le résultat eût été plus facile à obtenir encore. La coagulation a été la conséquence directe de l'action de l'électricité ; le cylindre veineux a été aussitôt comblé par des caillots solides ; et, lors même que l'excitation portée sur la paroi veineuse aurait eu pour résultat ultérieur le développement d'une phlébite suppurée, celle-ci n'aurait pu donner lieu à l'infection purulente, à cause des caillots résistants qui oblitéraient dès le premier jour la veine dans une grande longueur. L'instantanéité de la coagulation n'est donc pas seulement un élément propre à guérir les varices ; c'est, de plus, un élément propre à préserver les malades d'un accident qu'on avait à craindre jusqu'ici lorsqu'on opérait sur les veines, c'est-à-dire de la phlébite et des abcès multiples.

Il est hors de doute aujourd'hui que l'application du pôle positif seul dans l'intérieur des dilatations vasculaires est préférable à tout autre moyen pour obtenir la coagulation du sang ; en théorie, elle nous paraît devoir assurer la guérison des anévrismes, sans exposer les malades aux accidents inflammatoires et aux gangrènes qui accompagnent trop souvent la ligature des artères ; elle permet, en effet, de n'oblitérer que le sac anévrismal, sans intercepter le cours du sang dans le vaisseau qui supporte ce sac ; elle permet surtout d'agir sur certains anévrismes du cou et du bassin, qu'on n'a pu attaquer jusqu'ici que par des opérations effrayantes. Voilà ce que la théorie indique ; il faut maintenant attendre les faits pratiques. Nous espérons que les chirurgiens, avant de recourir à la ligature, croiront devoir essayer désormais une méthode thérapeutique beaucoup plus simple, presque exempte de dangers et paraissant certaine dans ses résultats, si l'on se conforme aux indications nouvelles de MM. Baumgarten et Wurtemberg.

Quant aux varices, le succès — en théorie toujours — paraît moins sûr. Dans l'anévrisme, lorsque le sang qui remplit le sac est complètement coagulé, la guérison semble assurée. Dans les varices, il n'en est plus de même ; des veines oblitérées à la suite de phlébite ont pu redevenir perméables. Le caillot produit par l'électricité sera-t-il plus persistant que celui qui résulte de la phlébite ? Il est permis d'en douter, et on doit s'attendre à des récidives.

De plus, on sait qu'après avoir détruit par la cautérisation les principales veines superficielles d'un membre atteint de varices, on a vu le mal se reproduire par la dilatation de veines nouvelles à la faveur de cette prédisposition fâcheuse qui est l'élément principal de la production des varices. Pareille chose peut sans doute se produire après l'électropuncture : déjà quelques dilatations de ce genre paraissent s'être manifestées sur l'intéressante malade de M. Malgaigne. Il sera donc important de suivre cette malade, de voir si les oblitérations déjà obtenues persisteront, si de nouvelles dilatations surviendront et si, somme toute, l'amélioration considérable obtenue jusqu'ici se maintiendra. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'un cas très grave à peu près inaccessible à la chirurgie classique, qu'un insuccès ne compromettrait en rien la méthode nouvelle et que le succès obtenu jusqu'ici établit d'une manière éclatante l'innocuité de cette méthode.

Aconit dans les accidents puerpéraux.

Le fait que nous avons observé dans le service de M. le professeur P. Dubois, et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans nos deux dernières *Revues*, donne un nouvel intérêt à celui que nous venons de voir dans le service de M. Grisolle. En voici en quelques lignes le résumé très succinct.

Une femme âgée de vingt-huit ans entre le 14 mai à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Geneviève, n° 49 ; elle était accouchée depuis quinze jours et elle éprouvait des douleurs vagues dans le bassin, un état général de malaise sans fièvre ; la pression hypogastrique était douloureuse ; il y avait une leucorrhée assez abondante ; le pouls était à peine plus fréquent qu'à l'état normal ; la chaleur de la peau n'était point augmentée ; il y avait, en un mot, l'ensemble de phénomènes vagues qu'on observe souvent sans plus de netteté dans ces inflammations sourdes des annexes de l'utérus dont on connaît la fréquence après l'accouchement.

Cet état dura pendant huit jours sans modification appréciable. A cette époque, il survint tout à coup, sans cause connue, un violent frisson immédiatement suivi d'un mouvement fébrile caractérisé par une accélération extrême et de la petitesse du pouls, mais par une réaction peu intense quant à l'élévation de la température. Le mouvement fébrile a continué depuis, mais en éprouvant des alternatives extrêmement fréquentes d'augmentation et de diminution ; le pouls surtout est remarquable par les nombreuses variations de fréquence qu'il éprouve ; seulement il est toujours petit. Le frisson ne s'est pas renouvelé. Le facies a subi, aussitôt après l'apparition du frisson, une altération remarquable, et un ictère médiocrement intense a bientôt suivi l'apparition de ces phénomènes. L'abdomen n'était pas d'ailleurs devenu plus douloureux.

Quoique cet ensemble de symptômes ne puisse suffire pour caractériser une infection purulente, on ne peut cependant méconnaître qu'ils ne fussent une forte présomption en faveur de ce diagnostic, surtout en présence de la constitution épidémique que nous avons signalée il y a quinze jours. Connaissant l'insuffisance des moyens employés contre cette terrible affection, M. Grisolle dut tenter une expérimentation bien légitime en pareil cas ; il administra la teinture d'aconit, mais à une dose plus élevée que celle que nous avons déjà indiquée. Il commença par en prescrire 2 gram., et il l'éleva successivement jusqu'à 8 gram., dose que la malade a prise jusqu'à ces jours derniers, et qui a été réduite à 6 gram. depuis.

Dès les premiers jours de l'administration de ce médica-

ment, l'altération du facies a diminué ; elle est à peu près nulle aujourd'hui. L'ictère a à peu près complétement disparu ; les conjonctives en portent seules des traces maintenant. Le pouls est, en général, moins fréquent, quoiqu'il y ait encore des moments où il a 130 pulsations ; il est toujours petit. Il s'est manifesté quelques jours après le frisson une tuméfaction très douloureuse à l'épaule droite, qui a beaucoup diminué aujourd'hui, et qui n'a été suivie d'aucune autre douleur ou tuméfaction analogue, soit dans une autre articulation, soit ailleurs. Nulle part il ne s'est formé d'abcès qu'on ait pu reconnaître ou même soupçonner. Malgré la fréquence du pouls et la prostration, tout permet aujourd'hui d'espérer une prochaine guérison.

La marche qu'a affectée cette maladie, surtout le développement de cette espèce d'arthrite si fréquente dans la fièvre puerpérale, est loin de détruire la probabilité d'une fièvre puerpérale. Pour peu même qu'on ne mît pas dans l'observation clinique toute la rigueur qu'y apporte M. Grisolle, on n'hésiterait pas à se prononcer positivement en faveur de ce diagnostic. A l'exemple de l'habile clinicien, nous n'irons point jusque-là. Mais, tout en gardant la réserve qu'imposent les difficultés de l'art, nous ne devons pas méconnaître toute l'importance ou du moins tout l'intérêt que nous présente ce fait ; si l'on n'a pas eu à traiter dans ce cas une véritable fièvre puerpérale, on ne peut nier que l'ensemble de symptômes observés ne fût extrêmement alarmant ; et il faut reconnaître aussi que l'amélioration a suivi l'administration des premières doses de ce médicament, et que cette amélioration, presque inespérée, a continué sans interruption. En rapprochant ce fait de celui de M. le professeur Dubois, tous les praticiens trouveront sans doute dans un tel rapprochement un précédent suffisant pour suivre l'exemple des deux observateurs éminents. Quant à la malade de M. P. Dubois, son état a continué à s'améliorer encore, et l'on peut la regarder aujourd'hui comme hors de danger. La dose de teinture a été réduite, depuis deux jours, de 3 grammes et demi à 3 grammes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Valleix.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Septième leçon.)

Nous sommes arrivé au pronostic de l'antéversion. M. Velpeau, aux jugements duquel les études qu'il a faites sur les accouchements et le rang éminent qu'il a pris parmi les chirurgiens modernes donnent une grande autorité dans toutes les matières qui se rapportent aux affections de la matrice, a dit, des déviations utérines en général, que, d'une part, elles ne guérissent pas, et que, de l'autre, elles n'amènent pas la mort. Et, en effet, si on considère l'issue ordinaire de ces sortes de maladies, on ne tarde pas à se convaincre qu'en l'absence de tout traitement, de même qu'après l'intervention des divers moyens thérapeutiques qu'on a proposés jusqu'à ce jour, elles persistent pendant un temps déterminé, mais n'entraînent jamais à leur suite une terminaison funeste.

Nous n'aurons pas de peine à faire ressortir, quand il sera question du traitement, les restrictions que nous sommes dès maintenant en droit d'imposer à l'opinion actuellement régnante.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'antéversion est plus difficile à guérir que les autres déviations utérines, sans en excepter l'antéflexion. Nous aurons plus loin l'occasion de rechercher les causes de cette particularité.

Les annales de la science renferment sur les lésions anatomiques propres aux déviations de la matrice des données aussi peu nombreuses qu'incomplètes. Cependant, quelques observateurs ont pu voir, après la mort, l'utérus couché sur la vessie. MM. Desormeaux et Paul Dubois ont signalé des engorgements de la matrice, et notamment des engorgements de la paroi antérieure de l'organe ; Morgagni et Levret ont trouvé les vaisseaux des ligaments larges tortueux et engorgés. Nous avons déjà fait mention d'adhérences existant entre l'utérus et le vagin d'un côté ; et de l'autre, entre l'utérus et la paroi antérieure de l'abdomen, et nous avons insisté sur les difficultés que ce genre d'obstacle opposait à la réduction. On a rencontré des traces d'inflammation dans la vessie et le rectum, survenues par l'effet d'une compression prolongée ; nous devons ajouter que ces deux complications se sont montrées le plus souvent dans des variétés de déviation autres que l'antéversion.

Dans l'exposé que nous avons à faire du traitement, nous nous attacherons principalement à signaler les résultats que nous avons obtenus à l'aide des moyens par nous employés ; nous nous abstiendrons d'établir entre ces moyens et ceux que l'on met ordinairement en usage une comparaison dont nous ne possédons pas tous les éléments, et qui, par conséquent, pourrait paraître prématurée.

La méthode de traitement que nous avons suivie, à part quelques légères modifications, a été la même dans tous les cas ; c'est ainsi qu'en premier lieu nous avons eu constamment recours à la sonde utérine, non pas seulement dans le but d'explorer la matrice, mais encore dans celui de la préparer à l'introduction et au séjour de l'instrument redresseur, et d'obtenir en même temps un certain degré de redressement. Toujours cette manière de faire, bien que dans des limites assez restreintes, nous a valu de bons effets ; le cathétérisme est devenu de plus en plus facile et de moins en moins douloureux. Chez une de nos malades, l'introduction de la sonde plusieurs fois répétée nous a procuré une guérison complète et définitive. Voici, en peu de mots, dans quelles circonstances (1).

Une femme de trente et un ans, qui avait été soumise pendant six mois à un traitement antiphlogistique très énergique, vint nous trouver dans un état d'anémie des plus prononcés. Nous l'examinâmes avec soin. L'utérus, dévié en avant, était dirigé horizontalement, volumineux mais peu sensible au toucher. Il se laissait facilement soulever pour reprendre immédiatement sa position première. Nous trouvâmes sur la lèvre antérieure du col une saillie rougeâtre, blanche vers sa partie moyenne, et présentant les apparences d'un abcès interstitiel.

Nous prescrivîmes un régime réparateur ; trois cautérisations furent successivement pratiquées ; elles n'eurent aucun résultat. Nous commençâmes alors à pratiquer le cathétérisme utérin ; la sonde fut introduite à six reprises différentes et à des intervalles de trois jours environ. L'utérus a été ainsi ramené à sa position normale et l'a conservée depuis.

Quelques cautérisations, faites après le redressement de l'organe, ont promptement détruit jusqu'aux dernières traces de l'inflammation circonscrite qui avait son siége sur la lèvre antérieure du museau de tanche.

Dans tous les autres cas d'antéversion, nous avons eu recours à l'instrument redresseur ; peut-être l'emploi persévérant de la sonde utérine nous aurait-il donné des succès semblables à celui dont nous venons de parler. Nous devons dire ici que dans les commencements de notre pratique nous pensions que la curation radicale des déviations utérines exigeait indispensablement l'intervention de l'appareil redresseur. L'expérience nous a démontré que dans quelques cas au moins l'introduction de la sonde pouvait suffire. Cette introduction, qui n'est que momentanée, présente plusieurs avantages sur l'introduction à demeure de l'instrument redresseur ; elle occasionne des douleurs moins vives et moins prolongées ; elle se fait avec plus de facilité ; enfin elle ne réclame pas la surveillance continuelle que nécessite la présence des divers appareils qui pénètrent dans l'intérieur de la cavité de la matrice. La durée plus longue du traitement est à nos yeux une considération de second ordre.

Une circonstance bien digne de remarque dans le fait que nous venons de rapporter est relative aux effets produits par la cautérisation. Avant le redressement de l'utérus, l'application du nitrate acide de mercure à trois reprises différentes ne fut suivie d'aucune amélioration sensible. Renouvelée le même nombre de fois après le retour de l'utérus à sa position normale, elle fit disparaître entièrement l'inflammation, qui occupait, comme nous l'avons dit, un point limité du museau de tanche.

On a proposé, comme l'un des meilleurs moyens de remédier aux violentes douleurs dont l'urètre est le siége dans quelques circonstances, de réitérer plusieurs fois par jour l'opération du cathétérisme. M. Civiale dit avoir obtenu des résultats satisfaisants à l'aide de cette méthode. Lorsque nous pratiquons le cathétérisme utérin, nous n'avons pas seulement pour objet d'émousser la sensibilité de la matrice et de diminuer les douleurs qu'entraîne la présence d'un corps étranger dans l'intérieur de sa cavité, mais encore de préparer l'organe à recevoir l'instrument redresseur. A défaut de cette précaution, il se déclare au bout de très peu de jours des accidents qui contraignent de suspendre le traitement. Nous pourrions à l'appui de cette assertion citer plusieurs faits empruntés aux premiers temps de la pratique de M. Simpson.

Il est impossible de déterminer à l'avance combien de fois l'introduction de la sonde utérine doit être renouvelée ; l'intensité des douleurs, leur degré de résistance, telles sont les données d'après lesquelles nous avons dirigé notre conduite. Chez une de nos malades nous avons pratiqué le cathétérisme une seule fois ; il nous a fallu le répéter trois fois chez trois malades, et chez toutes les autres jusqu'à quatorze, vingt, et même vingt-huit fois. En général, les douleurs qui ont succédé à cette opération n'ont pas été très vives ; elles se sont dissipées dans l'espace d'une demi-heure et quelquefois de deux heures. Elles ne se sont jamais montrées sous forme continue ; les malades les comparaient aux douleurs qui indiquent le début de l'accouchement, et que l'on connaît sous le nom de mouches.

Dans un cas seulement nous avons vu à la suite du cathétérisme survenir de la fatigue et les indices d'une légère excitation fébrile. Empressons-nous d'ajouter qu'à l'antéversion se joignait un certain degré d'inflammation chronique, et que la malade avait été examinée par plusieurs médecins à la fois. Du reste, au bout de vingt-quatre heures tous les symptômes qui pouvaient faire craindre une recrudescence inflammatoire de la matrice avaient entièrement disparu.

L'introduction de la sonde est souvent suivie de l'écoulement de quelques gouttes de sang ; il est utile, à cet égard, de prévenir les malades.

Il y a avantage, lorsqu'il n'en résulte pas une fatigue trop considérable, à renouveler tous les jours le cathétérisme ; dans les conditions opposées, l'opération doit être pratiquée à de plus longs intervalles.

Nous avons été conduit par l'expérience à apporter plusieurs modifications dans la disposition de l'appareil utérin ; nous allons les indiquer rapidement.

Nous avons d'abord fait usage du pessaire intra-utérin de M. Simpson ; il se compose, comme on sait, de deux pièces distinctes : la première comprend une tige qui doit pénétrer dans l'intérieur de la cavité utérine, un disque destiné à la soutenir, et une troisième tige qu'on pourrait appeler vaginale, cette dernière est creusé et cylindrique ; la seconde consiste en un plastron qui repose, l'instrument étant en place, sur la partie antérieure du pubis, et en une tige solide qui, introduite dans la cavité de la tige vaginale, réunit en un seul tout les deux parties de l'appareil.

La difficulté que nous avons trouvée à franchir l'orifice vulvaire et à faire manœuvrer l'instrument, surtout chez les femmes dont le vagin était étroit et peu dilatable, nous a engagé à réduire les dimensions du disque ; nous nous sommes contenté de lui donner un diamètre tel qu'il ne pût dépasser l'ouverture du museau de tanche.

Nous ne tardâmes pas à découvrir un autre inconvénient : chez quelques-unes de nos malades, les deux pièces de l'instrument se séparèrent ; afin de prévenir le retour d'un semblable accident et les lésions que pouvait déterminer dans le conduit vulvo-utérin la présence de la tige vaginale devenue libre et flottante, nous imaginâmes d'abord de fixer l'une à l'autre les deux parties de l'appareil à l'aide de fils solidement attachés, d'une part, au point d'insertion de la tige vaginale sur le disque, de l'autre, à des yeux ménagés à la partie inférieure du plastron.

Plus tard, nous avons substitué à la tige solide du plastron une tige creuse destinée à recevoir dans son intérieur la tige vaginale ; un pas de vis et un écrou permettaient d'adapter et de fixer les deux pièces de l'appareil.

Les instruments dont nous venons de donner une idée sont tous des instruments à flexion fixe. L'angle que forment entre elles la tige utérine et la tige vaginale apporte à leur introduction des difficultés qu'il était important d'éviter ; nous conçûmes la pensée d'un instrument à tige utérine mobile : nous fîmes adapter à la tige vaginale une branche métallique disposée de manière à permettre, à l'aide d'un mécanisme particulier, de faire disparaître et de reproduire tour à tour la configuration angulaire de la première pièce de l'appareil.

L'instrument, ainsi modifié, était devenu très pesant et formait une saillie à la partie antérieure du pubis ; il exposait les malades, à part la fatigue qu'il leur causait, à ressentir douloureusement l'action des chocs extérieurs les plus faibles. Nous avons dû renoncer à son emploi.

L'instrument dont nous faisons exclusivement usage aujourd'hui réunit à la simplicité de l'appareil à flexion fixe modifié la mobilité de la tige intra-utérine. Un manche recourbé, dont la tige pénètre dans l'intérieur de la tige vaginale, sert à son introduction. Lorsque la tige intra-utérine, qui se continue sensiblement en ligne droite avec la tige vaginale, a été conduite, par une manœuvre analogue à celle du cathétérisme, dans la cavité de la matrice, le doigt indicateur fait mouvoir un ressort placé à la base du disque, ressort dont l'action a pour effet de rétablir l'angle que doivent former entre elles la tige intra-utérine et la tige vaginale. A cette dernière est alors adaptée et fixée à l'aide de fils la tige qui se continue avec le plastron que l'on maintient au moyen de rubans, dont les uns embrassent le tronc et dont les autres passent sous les cuisses.

Nous nous sommes servi six fois de l'instrument à flexion fixe, six fois de l'instrument à flexion mobile tel que nous l'avons imaginé en premier lieu ; dans toutes les autres circonstances, nous avons fait usage du redresseur articulé dont nous venons de présenter la description.

Une condition essentielle à remplir dans le traitement des déviations utérines est de mesurer exactement, à l'aide de la sonde, les dimensions de la cavité de la matrice ; la connaissance de ces dimensions est, en effet, indispensable pour déterminer celles de la tige intra-utérine.

L'observation nous a appris que les inconvénients attachés à la présence de l'instrument étaient d'autant moindres que la tige était elle-même plus courte ; nous lui donnons, en général, une longueur qui varie entre 4 centimètres et demi et 5 centimètres et demi ; il est facile de s'assurer que l'instrument, lorsqu'il a pénétré à une profondeur de 5 centimètres et dépassé l'orifice supérieur, transmet à la matrice tout entière les mouvements qu'on lui imprime.

Lorsque la tige intra-utérine est trop longue, elle offense les parois de la cavité du corps, provoque de vives douleurs et cause des hémorrhagies qui contraignent fréquemment d'enlever l'appareil.

Dans les cas d'antéversion, lorsque l'instrument redresseur a été mis en place, on le maintient fixé en ayant soin de serrer très fortement les cordons destinés à embrasser le tronc ; on imprime ainsi à l'ensemble de l'appareil un mouvement de bascule en vertu duquel la tige intra-utérine se trouve entraînée en arrière et entraîne l'utérus avec elle.

Il est nécessaire de surveiller les malades avec beaucoup d'attention : toutes les fois que des douleurs persistantes s'établissent et sont suivies d'un léger écoulement de sang, il y a lieu de craindre l'apparition prochaine des règles, même lorsque ces phénomènes se produisent à une époque éloignée de la période menstruelle.

Dans cette éventualité, l'instrument doit-il être enlevé ou laissé à demeure, comme le fait M. Simpson ? Nous avons reconnu que sa présence avait pour effet d'amener un état de malaise très grand et de prolonger la durée des règles au point de faire naître des symptômes d'anémie. La conduite qu'il convient de tenir ne saurait donc être à nos yeux l'objet d'aucun doute.

La durée du séjour de l'instrument a été très variable ; chez une de nos malades, l'apparition de l'écoulement menstruel nous a forcé de le retirer au bout de vingt-quatre heures ; bien qu'il eût produit un redressement à peu près complet et que la malade ne se plaignît depuis ce moment d'aucun symptôme, nous crûmes devoir procéder à une nouvelle application ; l'appareil resta en place pendant vingt jours ; nous obtînmes ainsi une guérison pour laquelle aurait sans doute suffi la première introduction du redresseur.

En moyenne, nos malades ont porté l'instrument pendant dix-huit jours ; nous avons dû le placer d'une à six fois. Il n'a pas existé de rapport bien évident entre la durée du séjour et le nombre d'introductions successives.

On connaît les phénomènes qui accompagnent le cathétérisme utérin ; ceux qui résultent de la présence de l'appareil redresseur sont de même nature : des douleurs comparables à des coliques se déclarent du côté de l'utérus ; elles durent deux ou trois heures ; elles cessent souvent pendant la nuit pour se reproduire le jour suivant, mais avec moins d'intensité. Il s'écoule un laps de temps pendant lequel les malades ne ressentent rien de particulier ; au terme de cette période survient un sentiment de malaise, auquel succèdent bientôt des coliques plus fortes et plus fréquentes que les premières, coliques qui, le plus souvent, annoncent l'apparition prochaine de l'écoulement menstruel.

Deux fois nous avons vu se manifester une légère augmentation dans le volume, la température et la sensibilité de l'utérus, en même temps qu'une accélération notable du pouls ; la présence de l'instrument avait, à n'en pas douter, excité un commencement d'inflammation ; nous devons nous empresser d'ajouter que cette complication s'est montrée chez des femmes dont l'utérus était déjà atteint d'un certain degré de phlogose et qu'elle a disparu avec une remarquable facilité après l'application de huit ou dix sangsues. Au bout de quelques jours, l'instrument a pu de nouveau être introduit sans déterminer aucun accident.

Nous avons vu chez une de nos malades se développer une inflammation péri-utérine assez longtemps après le retour de la matrice à sa position normale, inflammation qui du reste n'a nullement compromis la guérison et s'est dissipée rapidement sous l'influence d'un traitement antiphlogistique.

Les règles ont, en général, présenté une durée et une abondance plus grandes après l'emploi du redresseur.

Quelques malades sont devenues anémiques à un léger degré.

Deux fois nous avons eu à combattre dans l'intervalle des règles des hémorrhagies sans importance.

Nous avons remarqué que l'instrument a été d'autant mieux supporté qu'il a été introduit à une époque moins voisine de la période menstruelle.

A.-H. Margerie.

(1) Les retranchements qui ont dû être opérés dans les deux dernières leçons, par suite du défaut d'espace, nous imposent la nécessité de ne donner qu'une courte analyse des observations que M. Valleix a présentées à ses auditeurs dans tous leurs détails. — A.-H. M.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Épidémie de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées observée à Verdun (Meuse) en 1850 ;

Par F. Neucourt, d.-m.-p., ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'épidémie dont il va être question offre ceci de remarquable, qu'elle a sévi dans un pays où le croup est une maladie inconnue jusqu'alors à l'état épidémique, et fort rare à l'état sporadique. En effet, pendant six années d'exercice médical, je n'en avais observé qu'un seul cas ; tous les confrères que j'ai consultés, et qui exercent depuis longtemps dans le pays, ne l'ont généralement observé que dans la même proportion ; et d'après le souvenir des plus anciens praticiens, jamais on n'avait vu le croup sous forme épidémique avant l'année 1850. J'ai appris d'ailleurs que dans

cette même année le croup a sévi avec une violence inaccoutumée sur une notable partie de la France.

Voici la marche que la maladie a suivie : le premier cas parut le 24 février 1850 ; en mars et avril plusieurs autres se montrèrent, tant dans ma clientèle que dans celles de mes confrères. En mai, on ne signala aucun fait nouveau, et la population commençait à se rassurer, lorsque, vers les derniers jours du mois, un enfant de quatre ans fut atteint et succomba. En juin et en septembre, quelques nouveaux cas parurent, ainsi qu'en octobre et novembre. A partir de ce dernier mois, on n'en entendit plus parler. (Je n'en ai observé depuis cette époque qu'un seul cas, qui s'est terminé par la guérison, en décembre 1851.)

Parmi les cas qui sont arrivés à ma connaissance, il y eut neuf enfants du sexe masculin et dix du sexe féminin. Ainsi, cette épidémie ne confirme pas la règle généralement admise d'après laquelle les garçons seraient atteints plus fréquemment que les filles. Et à cet égard, en m'appuyant sur les autorités, j'ai été mauvais prophète ; car lorsque, pour rassurer les parents qui avaient des filles, je leur disais qu'ils avaient peu à craindre, attendu que les garçons étaient plus généralement atteints, ils me répondaient en me citant des cas nombreux parmi les petites filles ; et en somme, l'événement a démenti mes assertions.

Pour l'âge, voilà comment il a été réparti :

18 mois.	1
2 ans.	1
3 ans.	2
4 ans et 4 ans 1/2. .	6
5 ans.	7
6 ans.	1
8 ans.	1
Total,	19

Ainsi, l'immense majorité a été de 4 à 5 ans, ce qui est en rapport avec ce qu'on observe d'habitude, puisqu'il est admis par tous les observateurs que le croup sévit habituellement sur les enfants de 2 à 7 ans.

Quant à la constitution, elle n'a eu aucune influence sur la production de la maladie ; car un tiers des enfants est noté avec une constitution forte, un autre tiers avec une constitution faible, et le dernier tiers avec une constitution ordinaire.

Une autre remarque que j'ai faite, et qui est curieuse parce qu'elle est en contradiction formelle avec les idées qui ont cours dans la science, c'est que la maladie a principalement sévi sur les enfants dont les parents étaient dans l'aisance, et a presque complétement épargné les indigents. Voici, sous ce rapport, comment se répartissent les dix-neuf cas cités plus haut :

Parents dans une grande aisance, ou commerçants et employés aisés, 15 cas ;

Parents indigents, 4 cas.

Quant à la terminaison, sur les 19 cas parvenus à ma connaissance, il y a eu trois guérisons, le reste succomba.

Je vais actuellement m'occuper des particularités fournies par la symptomatologie du croup lui-même,

On sait que pendant longtemps on a confondu dans une même description, sous le nom d'angine gangréueuse, les deux affections actuellement désignées sous les noms d'angine pseudo-membraneuse et de croup ; que plus tard ces deux affections furent décrites d'une manière tout à fait distincte ; qu'enfin dans ces derniers temps M. Bretonneau, reprenant une idée déjà émise avant lui, a démontré qu'elles étaient de même nature, et qu'elles différaient seulement par le siége : c'est-à-dire que la maladie devait être appelée angine pseudo-membraneuse lorsqu'elle occupait le pharynx seul, et croup lorsque les fausses membranes siégeaient au larynx.

Le croup, d'après ces idées, actuellement adoptées par la grande majorité des médecins, est caractérisé par une inflammation avec fausse membrane dans le larynx. Les symptômes principaux sont : coryza au début, toux sèche, croupale, avec inspiration sifflante, respiration bruyante entendue à distance, voix complétement éteinte ou très aiguë, cri nul ou aigu, amygdales rouges et volumineuses, habituellement recouvertes de plaques blanchâtres ; déglutition difficile ou impossible, fièvre vive, développement des ganglions sous-maxillaires et laryngiens ; accès de suffocation, pendant lesquels l'enfant se redresse sur son lit.

Revenons sur ces principaux signes, afin de noter ce qu'ils ont présenté de particulier dans l'épidémie que j'ai observée.

Le coryza initial a été noté dans presque tous les cas, mais sans caractère spécial qui ait fixé l'attention des parents, de sorte qu'il n'a en aucune façon fait prévoir le danger, et il existait généralement depuis plusieurs jours lorsque d'autres signes déterminaient les parents à appeler le médecin.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires a existé d'une manière à peu près constante ; mais je crois que ce signe n'a par lui-même qu'une bien faible importance ; car en examinant à cette époque avec attention tous les enfants affectés d'une inflammation quelconque de la gorge ou des bronches, j'ai trouvé très souvent ces ganglions engorgés, sans la moindre trace de croup. Le gonflement des ganglions situés sur les parties latérales du larynx a plus de valeur, parce qu'il n'a généralement lieu que dans les cas de croup ; mais, outre qu'il n'est pas constant, je ne l'ai habituellement constaté qu'à une période assez avancée de la maladie, lorsque des signes beaucoup plus précis et importants avaient déjà paru.

La modification des bruits laryngiens doit être étudiée : 1° pendant la respiration ; 2° pendant l'articulation des sons ; 3° pendant le cri ; 4° pendant la toux.

Presque constamment, lorsqu'on était appelé auprès des petits malades, il existait déjà des modifications dans le bruit respiratoire. Dans tous les cas, il existait dans l'inspiration et dans l'expiration un bruit rude, sonore, sec, donnant aux assistants la sensation pénible d'un crachat très adhérent au larynx, et sur lequel l'air vibre en passant. Ce bruit laryngé manquait parfois au début ; un peu plus tard, il était perceptible seulement lorsqu'on auscultait la poitrine en arrière, au niveau des grosses bronches, médiocrement fort, et ne masquant pas le bruit d'expansion vésiculaire dans le reste du poumon. A mesure que le mal faisait des progrès il augmentait d'intensité, de façon à masquer complètement l'expansion vésiculaire ; alors on l'entendait à distance et parfois de la chambre voisine. Il était remarquable par sa persistance, et devenait de plus en plus bruyant à mesure que les symptômes s'aggravaient et que la terminaison fatale était plus proche. S'il y avait de la rémission dans les symptômes, il diminuait d'intensité, et dans les cas où la terminaison a été favorable, il devenait moins intense, disparaissait parfois, puis reparaissait, mais prenait surtout un caractère de bruit humide qui était de bon augure. Sa persistance pendant le sommeil, sa constance avec des variations d'intensité, sa sécheresse, le distinguaient de toute autre espèce de ronchus.

Au début du croup, la voix n'a présenté souvent pendant quelques jours que des modifications de peu de valeur ; mais elle n'a pas tardé à subir une altération profonde, qui existait au moment où j'ai examiné le plus grand nombre des petits malades. La plupart ne pouvaient parler qu'à voix excessivement basse et par monosyllabes, attendu que l'articulation des mots, même de cette façon, était pour eux un effort très pénible et douloureux. Parfois, surtout dans les premiers jours, il y avait alternative de voix éteinte et de parole plus facile ; mais, dans ce dernier cas, le timbre était toujours profondément modifié : il était aigu, chevrotant, semblable à ce qu'on nomme voix de polichinelle, sans variation d'intonation. Ce caractère de la voix avait une importance extrême, car il existait, au bout de quelques jours, dans tous les cas de croup bien caractérisé, et on ne l'observait pas dans le faux croup, comme on le verra plus loin.

Quelquefois j'étais très contrarié, en arrivant auprès des enfants, de ne pouvoir m'assurer de l'état de la voix. On sait que souvent l'arrivée du médecin intimide ou contrarie les enfants, de sorte qu'on n'en peut tirer une parole et s'assurer de l'état de la voix. Rien n'égale parfois l'opiniâtreté de ce mutisme, et j'ai été plusieurs fois obligé de recourir à un autre moyen, celui de faire crier l'enfant. Cela n'offre ni difficulté, ni inconvénient ; car, comme il faut faire ouvrir la bouche et abaisser la langue avec une cuiller pour examiner le fond de la gorge, il est rare qu'on accomplisse cette manœuvre sans les faire crier, ce qui a le double avantage de permettre d'examiner plus attentivement le fond de la gorge et de s'assurer de la manière dont se fait le cri. Or, il présentait des modifications aussi importantes que la voix articulée.

Chez la plupart des sujets affectés de croup, le cri n'existait plus : c'est-à-dire que les enfants faisaient tous les efforts pour crier, sans pouvoir produire aucun son. D'autres fois, surtout dans les efforts violents, ils arrivaient à produire un son faible, mais toujours très aigu. Suivant la remarque déjà faite par Billard, c'était surtout dans l'inspiration, dans ce qu'il appelle la reprise, que le son était le plus aigu et le plus distinct.

La toux dite croupale, qui passe aux yeux des gens du monde et de beaucoup de médecins pour le signe caractéristique de cette cruelle maladie, paraissait un des moins sûrs et celui dont on devait, en réalité, le plus se méfier. Sans doute, ce caractère de la toux existait constamment dans le vrai croup ; mais, comme il en sera question plus loin, une toux analogue, rauque, aiguë, sifflante, imitant, comme on l'a dit, l'aboiement d'un petit chien, s'est présentée dans des inflammations autres que le croup. La toux du croup avait surtout de l'importance parce qu'elle était immédiatement précédée d'une longue inspiration, pendant laquelle l'air, passant dans le larynx rétréci, produisait un bruit aigre, métallique, sifflant, très pénible à entendre en raison de son caractère de sécheresse ; il semblait que l'air traversait avec peine un tuyau trop étroit.

D'après les symptômes très caractéristiques du croup confirmé, le diagnostic de cette fâcheuse maladie ne paraît pas devoir présenter de difficulté lorsqu'elle éclate d'une manière épidémique. Sans doute il en est ainsi dans le croup bien caractérisé et arrivé à une certaine période, lorsque la présence des fausses membranes dans le pharynx et dans les matières du vomissement, la toux croupale, la voix éteinte, la respiration laryngée, le cri excessivement aigu ou nul, la dyspnée et les accès de suffocation, la fièvre, etc., ne permettent plus l'hésitation ; mais, au début de la maladie, la plupart des symptômes manquaient ou n'étaient pas caractéristiques, de façon que plus d'une fois on était forcé de suspendre son jugement.

Les difficultés ne seraient pas aussi grandes si tous les cas de plegmasie laryngo-pharyngée observés pendant l'épidémie étaient des cas de croup ; mais il n'en était pas ainsi, comme cela s'observe, du reste, dans toutes les épidémies de même nature.

Si, en effet, on se reporte à l'historique de la maladie, on voit qu'elle était bien connue et parfaitement décrite sous le nom d'angine gangréneuse longtemps avant qu'on eût découvert la fausse membrane dans le larynx ; mais alors on comprenait dans la même description la maladie, soit qu'elle existât au larynx, soit qu'elle existât au pharynx. Lorsque l'on eut constaté l'existence de la fausse membrane du larynx, on crut avoir découvert une nouvelle maladie n'ayant aucun rapport avec l'ancienne angine gangréneuse. C'est sous cette inspiration qu'eut lieu le célèbre concours institué sur le croup du temps de l'empire. Depuis cette époque, M. Bretonneau est venu reprendre une opinion déjà formulée avant lui, notamment par Samuel Bard, d'après laquelle, tout en distinguant parfaitement les symptômes du croup, tout en faisant une espèce très distincte de cette maladie caractérisée par la présence d'une fausse membrane dans le larynx, il a fait voir que l'angine pseudo-membraneuse ne différait du croup ou laryngite pseudo-membraneuse que par le siége, la nature des deux affections étant la même.

On comprend combien sont importants ces points de la pathologie du croup ; car, si l'angine pseudo-membraneuse est de même nature que le croup, lorsqu'on aura à porter un pronostic et à traiter ces affections, tout en considérant l'angine diphthéritique comme généralement susceptible de guérison, si on admet que le croup n'est autre chose que cette même affection dont les fausses membranes se sont développées au larynx, on devra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de cette extension et être très réservé sur le pronostic.

Les faits que j'ai eu occasion d'observer pendant l'épidémie actuelle me paraissent confirmatifs de l'opinion soutenue par M. Bretonneau et appuyée par M. Guersant. Ainsi, en même temps que j'observais à Verdun l'épidémie de croup, je constatais l'existence de cas assez nombreux d'angine pseudo-membraneuse simple. Ces cas n'existaient pas avant l'épidémie ; ils ont disparu avec elle, et leur coïncidence avec les cas de croup, dans un pays remarquable par la rareté des phlegmasies pseudo-membraneuses, ne permet pas de conserver le moindre doute sur l'identité de nature de ces deux affections.

Voici quelques observations dans lesquelles on verra la fausse membrane bornée au pharynx.

Obs. I. — *Angine pseudo-membraneuse, sans signes de croup, terminée rapidement par la guérison.*

Le 9 juin 1851, je fus appelé pour soigner un enfant de cinq ans, cousin germain d'un autre enfant qui avait succombé au croup quelques jours auparavant et avec lequel il avait eu des rapports. Cet enfant, fort pour son âge, est dans l'état suivant : douleur à la gorge en avalant, douleur habituelle que l'enfant rapporte au larynx ; en examinant, je trouve le pharynx très rouge, les amygdales rouges et volumineuses ; deux plaques de fausses membranes très adhérentes sur chaque amygdale. On sent plusieurs ganglions sous-maxillaires volumineux ; mais j'accorde peu d'importance à ce signe, attendu que dans le même moment j'ai examiné par curiosité plusieurs enfants bien portants, et j'ai trouvé chez quelques-uns les ganglions sous-maxillaires aussi développés que chez certains enfants affectés de croup. Pouls à 120, peau chaude et moite ; toux rauque, mais grasse ; les parents disent qu'on entend une sorte de ronflement pendant le sommeil ; cependant, au moment de l'examen, il n'y a pas de respiration laryngée caractéristique ; la voix est enrouée, mais bien timbrée. Coryza intense avec sécrétion abondante. Langue jaunâtre, envies de vomir, constipation. L'enfant n'a rien mangé depuis hier. — Quatre sangsues à l'épigastre. Après la chute des sangsues, un vomitif avec 5 centigrammes de tartre stibié ; tisane pectorale, cataplasmes émollients au cou et aux pieds ; diète.

Le lendemain, il y a du mieux ; peu de fièvre, vomissements jaunâtres et abondants ; encore deux plaques diphthéritiques sur les amygdales. — Nouvel émétique.

Le troisième jour, l'enfant a bien dormi ; il demande à manger ; encore du coryza ; pharynx rouge, sans fausses membranes. — Alimentation légère.

Les jours suivants, la convalescence commence et marche rapidement.

Remarques. — Cette observation vient à l'appui de l'opinion qui admet l'identité du croup et de l'angine diphthéritique, puisque nous y voyons un enfant affecté de cette seconde forme de la maladie ; tandis qu'un enfant de son âge, se trouvant dans les mêmes conditions de séjour, d'influence épidémique, a été affecté au même moment de la première forme, à laquelle il a succombé. On peut facilement dans cette observation apprécier en quoi la maladie dont il a été atteint diffère du croup. Il y a eu, comme symptômes communs, la rougeur du pharynx, le gonflement des amygdales avec fausses membranes, la difficulté d'avaler, la douleur au larynx, la fièvre vive ; mais les signes caractéristiques ont manqué, c'est-à-dire que la voix était rauque, mais ni aiguë ni éteinte ; la respiration non bruyante ; la toux sourde, mais non aiguë. Ces signes font voir qu'il y avait sans doute inflammation du larynx, mais que la fausse membrane n'avait pas gagné cette région.

Obs. II. — *Angine pseudo-membraneuse avec laryngite simple chez un enfant de dix ans.*

L'enfant de M. L..., âgé de dix ans, d'une constitution délicate, était souffrant depuis quelque temps et toussait beaucoup sans qu'on y prêtât grande attention. Il se trouva plus mal, et on me fit appeler le 18 juin 1850. Je le trouvai dans l'état suivant : toux rauque, croupale ; voix assez bien timbrée, mais rauque et peu distincte ; pas de respiration bruyante, sauf dans les grandes inspirations ; pas d'oppression marquée ; ganglions sous-maxillaires et parotidiens douloureux et très développés ; amygdales rouges, volumineuses, presque entièrement recouvertes de pellicules blanches. Pouls à 120, peau brûlante ; langue blanche, douleur en avalant, perte d'appétit, constipation. — Quatre sangsues aux régions parotidiennes ; tisane d'orge et de mauves ; cataplasme émollient au cou ; lavement miellé ; diète.

Le 19, nuit meilleure ; respiration insensible, sauf qu'elle devient rauque, sonore, avec vibration, comme s'il y avait un corps flottant dans le larynx, lorsqu'on demande à l'enfant de respirer fortement ; toux rauque, à son grave ; voix voilée, mais bien timbrée ; langue jaune ; nausées ; pouls à 120, peau médiocrement chaude ; moins de fausses membranes sur les amygdales ; pas de crises d'oppression, pas de dyspnée apparente. — Tartre stibié, 5 centigrammes ; le reste *ut suprà*. Vomissements abondants à la suite.

Le soir, l'enfant est mieux ; il a pris un bouillon avec plaisir ; point de fausses membranes au pharynx ; voix mieux timbrée, toujours toux croupale ; pas de respiration bruyante ; pouls à 120. — Looch, tisane d'orge miellée, cataplasme au cou, lavement purgatif, potages.

Les jours suivants, même état.

Le 23, bonne nuit ; toujours accélération du pouls et peau brûlante. Deux plaques blanches sur l'amygdale gauche, qui est très volumineuse et rouge. Toujours voix enrouée, mais bien timbrée. La toux est rauque, éclatante, mais non étouffée ; un peu d'expectoration. Langue blanche, constipation. L'enfant réclame constamment à manger et veut rester levé. — Même prescription, potages.

Le mieux se prononce de jour en jour.

Remarques. — On observe ici, comme précédemment,

tous les signes de l'angine pseudo-membraneuse; de plus, les signes manifestes d'une inflammation simple du larynx. En effet, les signes caractéristiques de la fausse membrane du larynx ont manqué; ce qui est sans doute dû en partie à l'âge du malade, avec lequel coïncide rarement le croup. Tous les bruits laryngiens étaient modifiés, mais non jusqu'au degré qu'on observe dans le vrai croup; et bien qu'il y ait tout à penser qu'il n'existait pas de fausse membrane dans le larynx, ce cas est un de ceux qui semblent véritablement former la limite entre le vrai croup et les nombreuses variétés de phlegmasies pharyngo-laryngées qui s'en rapprochent.

Le cas suivant est encore un exemple d'amygdalite pseudo-membraneuse, mais à un degré très léger et limitée au pharynx, sans inflammation, même simple du larynx.

Obs. III. — L'enfant de M. Ay..., âgé de huit ans, très vif, mais pâle et délicat, sujet à des accès de fièvre éphémère, se trouve mal à l'aise depuis trois jours. Sa mère commençant à s'inquiéter à cause des cas de croups qui règnent dans la ville, je le vois le 28 mars 1850: yeux fatigués, teint jaunâtre, notamment autour du nez et des yeux; peau sèche et brûlante, pouls à 100, voix un peu moins forte que d'habitude, sans être altérée d'une manière notable, sauf qu'elle est nasonnée, comme dans les amygdalites. Pas de toux, mais douleur en avalant; amygdales rouges et volumineuses, surtout la gauche, qui touche la luette; plaque pseudo-membraneuse au sommet de cette dernière, de la largeur d'une lentille, très adhérente, et ne pouvant être détachée avec une cuiller. Ganglions développés sur les côtés du cou; langue blanche; pas d'appétit. — Tartre stibié, 5 centigrammes.

Les jours suivants, on voit plusieurs plaques blanches sur les amygdales, mais qui ne tardent pas à se détacher.

Au bout de quelques jours, pendant lesquels le malade a un peu de fièvre, tout rentre dans l'ordre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE CHEZ UNE CHIENNE

par le cyanure de fer. — Guérison;

Par J. JOURDIER, aide-vétérinaire de 1re classe au 4e d'artillerie.

Une chienne anglaise âgée de trois ans, appartenant à M. Léon, capitaine d'artillerie, jouait dans un jardin au milieu duquel se trouvait un bassin d'eau dans lequel elle tomba tout à coup. Au bout de quelques instants on vint la retirer, car elle n'avait pu gravir le talus. Huit jours après cet accident, cette chienne, qui couchait dans la chambre de son maître, fut prise, dans la nuit, d'un étourdissement (*sic*), et fit assez de bruit pour le réveiller. Il se leva aussitôt, mais tout était passé; seulement il reconnut que la gueule était salie par de la bave. Ne s'occupant plus de ce petit accident, le capitaine n'en parla à personne; mais à quelques jours de là il fut encore réveillé par le même bruit, et quatre jours plus tard la même chose se renouvela.

Inquiet de la fréquence et de la persistance de ces accès, le capitaine me fit part de tout ce tableau nocturne et me pria d'examiner sa chienne, à laquelle il tenait beaucoup. Ne pouvant étudier sa bête ailleurs que chez moi, je le priai de me la confier pendant quelque temps.

Symptômes. — Les premier, deuxième et troisième jours elle fut calme, elle ne paraissait pas malade; rien n'accusait les troubles qui m'avaient été signalés.

Le quatrième jour, après avoir mangé la soupe du matin, la chienne est prise d'un violent accès: elle s'éloigne de nous, recule et tombe; les membres sont pris de mouvements spasmodiques, tout le corps s'agite convulsivement; la bouche est écumeuse, la pupille très dilatée; l'œil pirouette dans l'orbite; des excréments sont rendus involontairement. Cet accès dure de 30 à 40 secondes. La bête se relève, fait deux ou trois fois le tour de la chambre, flaire la place où il y a eu de la bave, se roule, se secoue, explore tous les coins, puis revient nous caresser et accepte de nouveau à manger.

Pendant trente-sept jours les accès se sont montrés à trois et cinq jours d'intervalle et offrant les mêmes symptômes. Nous avons pu les constater dans deux conditions particulières: ou l'accès arrivait quelques minutes après l'introduction des aliments dans l'estomac, ou il se déclarait au milieu du repas et toujours le matin. Dans le premier cas, la chienne allait se coucher dans sa niche; au bout de quelques instants l'accès reparaissait, et quelquefois avec tant de force, que le corps paraissait comme soulevé et rejeté en dehors de son lit. Une fois à terre, la chienne se débattait et présentait les mêmes symptômes ou à peu près qu'à la première attaque; seulement, la durée des accès était d'autant moins longue qu'ils étaient plus rapprochés, et la bête était plus abattue.

Dans le deuxième cas, nous avons vu trois fois des accès troubler le repas, le couper en deux pour ainsi dire, et offrant toujours les mêmes symptômes.

Nous avons pu également constater deux accès pendant le sommeil: la tête s'étendait, l'œil tournait dans sa cavité, la sclérotique devenait parfaitement visible, c'est à peine si nous avons eu le temps de sortir la chienne de sa niche pour la mettre à terre. Après les premiers accès elle s'est rendormie, puis, au bout de quelques secondes, elle s'est réveillée avec l'air étonné, hagard; elle se plaignait, flairait et grattait la paille sur laquelle elle était couchée.

Traitement. — Dès le début on a donné la poudre de valériane à la dose de 0,2 grammes en pilules; elles furent données le matin à jeun et le soir une heure après le repas, et cela pendant dix-neuf jours.

Les accès étant toujours aussi forts et aussi fréquents, on cessa les pilules.

Craignant nn instant à la présence d'helmintes dans le canal intestinal, nous conseillâmes, sept jours après que la valériane eût été abandonnée, l'écorce fraîche de racine de grenadier en décoction concentrée. La première dose a été de 20 grammes, mais elle a occasionné un violent vomissement suivi d'un accès; nous avons réduit la deuxième dose à 8 grammes, qui a été donnée le lendemain, et suivie comme la veille d'une attaque épileptique tellement forte, que nous avons un instant considéré la chienne comme devant succomber de ses suites; aussi, durant la journée, la bête a été triste, refusant toute espèce d'aliments.

Pensant qu'il n'y aurait pas de guérison, nous avions cessé tout traitement ou plutôt tout essai; cependant, désirant faire disparaître la constipation, nous purgeâmes la chienne avec la manne grasse; il se déclara un accès très fort aussitôt après l'administration.

Il y avait soixante-six jours que nous traitions cette chienne sans aucun changement en bien, au contraire. Nous étions décidés à la sacrifier; nous en parlâmes à notre pharmacien, avec lequel il fut convenu qu'on emploierait le cyanure de fer; il composa des pilules dans lesquelles il entrait 3 grains de ce sel, et nous en donnâmes pendant quarante-cinq jours, et de deux jours l'un.

Les accès ont été les mêmes dans le commencement; mais au dix-septième jour ils ont apparu plus régulièrement, c'est-à-dire tous les sept à huit jours; puis, ils se sont encore éloignés davantage et ont fini par disparaître. La bête a repris ses habitudes; elle fonctionnait parfaitement bien; son propriétaire a pu la reprendre le cinquante-neuvième jour de ce nouveau traitement.

Depuis six mois, la chienne n'a présenté aucun trouble dans ses fonctions; nous la suivons attentivement, et, depuis un an passé que cette petite note est rédigée, elle continue à bien aller.

Quant à l'hérédité, elle doit être éloignée, pour ce fait au moins; car depuis quatre ans nous connaissons le père et la mère de Miss, qui n'ont jamais offert de symptômes épileptiformes.

Comme on le voit, ce traitement a été long et dispendieux, et c'est un grave inconvénient, en vétérinaire surtout; mais il y a des cas où le médecin n'a aucune considération de temps ni d'argent à envisager. Dans l'espèce, nous avions à traiter une bête d'une grande valeur et à laquelle on tenait beaucoup; nous avons donc dû entreprendre ce malade. D'un autre côté, comme on le voit encore, nous avons perdu beaucoup de temps par nos tâtonnements et par notre hésitation. Si ce fait, que nous sommes loin d'offrir comme une preuve de l'efficacité du cyanure de fer contre l'épilepsie, pouvait être appuyé d'autres cures de la même nature, on éprouverait dans l'application du médicament moins de tergiversations, et par conséquent la durée du traitement serait d'autant moins longue. Nous le répétons, d'un seul fait nous ne pouvons établir de règles; nous le livrons à la connaissance de nos confrères pour qu'ils préconisent, s'ils le jugent convenable, cet agent contre l'épilepsie canine très fréquente aujourd'hui.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Bulletin bibliographique.

Traité des névroses des voies digestives (gastralgie et entéralgie); par M. VIGNES, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des armées en retraite. Un vol. in-8°. Prix: 4 fr. 50 c. En vente, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume: 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. CATTELOUP, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen. In-8°. Chez Noblet, rue St-Dominique, 56, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 73. — MARDI 22 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 73. — MARDI 22 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c.	Six mois..... 16 »	Un an...... 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr.	Six mois....... 17	Un an........ 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr.	Six mois....... 20	Un an........ 38

SOMMAIRE. — PARIS. Hygiène publique. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE (M. Mavel). Présentation de l'épaule gauche. Evolution spontanée. — Sur un moyen simple de prévenir l'infiltration du tissu cellulaire du scrotum dans l'opération de l'hydrocèle par injection. — Préparation de la santonine sans emploi de l'alcool. — Cas de méningite syphilitique traitée avec succès par les mercuriaux. — Pharmacopée spéciale, par M. Cazenave. — Société de chirurgie, séance du 9 juin. — Du citrate de magnésie. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 21 JUIN 1852.

Hygiène publique.

EMPOISONNEMENTS CAUSÉS PAR DES CIDRES CLARIFIÉS AVEC L'ACÉTATE DE PLOMB ET LE CARBONATE DE POTASSE.

Nous avons, à plusieurs reprises, et notamment dans notre numéro du 5 février dernier, entretenu nos lecteurs des accidents qu'avaient déterminés, chez un grand nombre d'individus, des cidres tenant en dissolution un sel de plomb. Nous avons rapporté l'histoire de ceux d'entre ces individus qui ont été traités dans différents hôpitaux, et nous avons vu que les médecins de ces hôpitaux avaient constaté les symptômes non équivoques de la colique de plomb.

Le bruit de ces accidents se répandit bientôt et ne tarda pas à éveiller la sollicitude de l'autorité. Elle ordonna une enquête, par suite de laquelle eut lieu une longue et minutieuse instruction. Primitivement, l'inculpation comprenait vingt-huit brasseurs ou débitants de Paris et de la banlieue; mais l'ordonnance de la chambre du conseil du 5 mai 1852 n'a conservé que sept prévenus. Toute présomption d'assassinat ayant été écartée, ils ont été renvoyés devant le tribunal de police correctionnelle (6e chambre).

Ils sont prévenus :

Le sieur Hénon, comme auteur, et son commis, Dorvet, comme complice : 1° d'avoir débité des cidres falsifiés contenant des mixtions nuisibles à la santé; 2° d'avoir causé involontairement la mort du sieur François père, fruitier, rue des Deux-Ecus, arrivée le 22 janvier 1852; 3° d'avoir causé involontairement la mort de la veuve Laroche, rue Popincourt, arrivée le 19 mars 1852; 4° d'avoir causé involontairement des blessures ou des lésions intérieures à diverses personnes, au nombre de cinquante-six;

Les sieurs Richebé et Roullier, associés, d'avoir débité des cidres falsifiés et causé des lésions intérieures au sieur Mauzet;

Les sieurs Vandoré et Vendeling, associés, d'avoir débité des cidres falsifiés;

Le sieur Stenacker, d'avoir débité des cidres falsifiés et causé des lésions aux époux Chausse (1).

Sur la demande de Me Moulin, avocat des sieurs Richebé et Roullier, la cause de ces deux prévenus est disjointe, la maladie du sieur Richebé étant constatée par un certificat de médecin.

On fait l'appel des témoins, qui presque tous se portent parties civiles.

Le premier entendu est le sieur Pérard, fabricant d'huile; il dépose :

J'ai acheté du cidre à la brasserie de M. Hénon; quelques jours après en avoir bu, j'ai été malade; j'avais des coliques, j'éprouvais un tremblement presque continuel. J'appelai mon médecin, qui d'abord ne comprit rien à ma maladie; mais je lui parlai du cidre que je buvais, et, après l'avoir examiné, il me dit qu'il fallait le porter chez le commissaire de police pour le faire analyser. C'est ce que je fis, et quelques jours après j'appris que l'analyse avait constaté la présence de l'acétate de plomb dans le cidre qui m'avait été vendu.

M. le président : Quelle a été la durée de votre maladie?

Le témoin : Je ne suis pas encore guéri, et je ne sais pas si je guérirai jamais complétement. Je demande 6,000 fr. de dommages-intérêts.

La plupart des autres dépositions ont de l'analogie avec la précédente.

Ces dépositions sont toutes faites par des individus qui ont fait usage des cidres falsifiés, et qui se portent parties civiles. Les dommages-intérêts qu'ils réclament s'élèvent ensemble à la somme de 80,215 fr.

Les parties civiles entendues, M. Chevallier, expert chimiste, fait sa déposition dans les termes suivants :

Le 21 janvier, je reçus une lettre de M. le préfet de police, qui en contenait une autre émanée d'un médecin, M. Bonvalet. Ce praticien signalait divers accidents survenus à ses clients par suite de l'usage de cidre. M. le préfet de police m'engageait à vérifier ces faits. Je m'occupai de cette vérification. M. Dussart, commissaire de police, m'informait que plusieurs malades étaient entrés à l'hôpital Saint-Antoine, et que M. Guéneau de Mussy avait constaté que ces malades étaient atteints d'une affection saturnine qu'il attribuait à des cidres sortis de la fabrique de M. Hénon. Je me transportai chez ce fabricant; cet homme me dit qu'il ne pouvait comprendre que son cidre pût occasionner des maladies; qu'il ne faisait que du cidre naturel, et qu'il se servait d'une préparation achetée chez le pharmacien Dubail pour le clarifier.

J'allai visiter également les brasseries voisines de celles de M. Hénon; je n'y découvris rien; mais je sus qu'à une brasserie du Marché-aux-Chevaux, chez M. Duménil, je pourrais avoir des renseignements.

En effet, il m'en fut donné, et de tels, que je jugeai qu'il fallait se présenter dans toutes les brasseries de Paris. Ce que nous fîmes le lendemain; mais bientôt nous reconnûmes qu'il fallait visiter tous les débits de cidre, et comme il nous était impossible de suffire à cette tâche, mes confrères et moi, M. Trébuchet m'autorisa à convertir des dégustateurs jurés en experts pour le cas spécial qui se présentait. J'ai reconnu, pour ma part, la présence du plomb dans les cidres provenant des fabriques de tous les prévenus; j'ai dit comment et combien dans un rapport écrit.

J'ai été appelé aussi à donner mon avis sur l'état des organes du sieur François, décédé après avoir fait usage du cidre incriminé. J'ai reconnu dans ces organes la présence du plomb et aussi du cuivre. Mais les quantités de ces métaux étaient si minimes, qu'on ne pouvait établir si le plomb trouvé était du plomb d'intoxication ou du plomb physiologique (du plomb normal).

La question était d'autant plus difficile, que la maladie avait été longue et que François avait eu de nombreuses évacuations déterminées par des purgatifs drastiques;

Que, pour les organes de la veuve Laroche, il y avait d'autant plus d'impossibilité de conclure, que cette femme avait été malade pendant cinquante et un jours, et qu'on lui avait administré beaucoup de purgatifs drastiques.

Sur l'interpellation du président, M. Chevallier fait connaître : 1° Qu'il a trouvé de très minimes quantités de cuivre physiologique dans le cidre naturel et dans les cendres des pommes; 2° qu'il a reconnu la présence d'un sel de plomb dans le cidre vendu par Hénon, dans un cidre vendu par Steneker, dans du cidre vendu par Richebé; mais que dans ce dernier cas il lui avait été déclaré que le sel de plomb qui se trouvait dans le liquide était dû au contact du cidre avec un tuyau de plomb qui se trouvait dans la cidrerie.

Sur une interpellation de M. Dupré-Delasalle, M. Chevallier déclare que, dans son opinion, le sel de plomb n'a pas été introduit dans le liquide pour lui donner un goût sucré, mais pour le clarifier; que le cidre sur lequel on avait pratiqué cette mauvaise manœuvre était du cidre qui n'avait pas fermenté convenablement et qui était trop sucré; qu'il ne considère pas cette clarification comme une *falsification*, mais comme une *altération* produite par une pratique dangereuse. Que la falsification, selon lui consiste, dans la substitution d'un produit d'une moindre valeur à un produit d'une valeur plus élevée.

MM. Guéneau de Mussy, Bonvalet, Tardieu, Tanquerel-Desplanches, Legroux, Monneret, Recurt, etc., donnent des détails sur les symptômes qu'ils ont observés, et qu'ils ont cru pouvoir attribuer à des préparations de plomb; quelques détails sont également donnés sur les lésions sur les cadavres du sieur François et de la femme Laroche, lesquelles étaient, suivant l'expert, nombreuses et caractéristiques.

Déposition de M. Legroux. J'ai traité quelques personnes malades par l'usage du cidre; les caractères de ces maladies étaient ceux des coliques de plomb. Je me suis fait apporter du cidre, et le pharmacien de l'hôpital y a trouvé des traces de plomb.

M. Recurt, M. Monneret et d'autres médecins sont entendus; tous rapportent à l'usage du cidre les accidents saturnins qu'ils ont été appelés à combattre.

M. Dubail, qui avait fourni l'acétate de plomb et le carbonate de potasse au sieur Hénon pour clarifier le cidre, a déposé de la manière suivante : « Le 25 décembre, M. Hénon vint me prier d'analyser son cidre. Je n'y trouvai pas de trace de substances métalliques; je ne savais pas alors qu'il fût brasseur, je le croyais retiré des affaires. Il me demanda un procédé pour faire du bon cidre. Je lui dis de faire chauffer une chaudière de cidre et de le jeter dans un tonneau, ce qui hâte la fermentation. Ce procédé était bon pour un particulier, mais pour un fabricant il était trop long; il n'y avait pas à y songer. Il me parla, à son tour, d'un procédé pour clarifier les cidres, qui consistait en 250 grammes d'acétate de plomb et de sous-carbonate de soude. Il me dit que ce procédé lui avait été indiqué par un de ses commis qui l'avait employé pendant trois ans dans une autre brasserie. Je lui dis : « Prenez garde, ce procédé est dangereux; ne l'employez qu'avec une extrême réserve. Si vous voulez en essayer, je vais vous donner un réactif qui fait découvrir les moindres parcelles de plomb; agissez avec prudence! » et je lui en vendis. Quelque temps après il revint chez moi; il était désespéré; il me conta ce qui était arrivé de ces cidres. « Mais, lui dis-je, vous n'avez donc pas employé mon réactif? — Si, me dit-il; je ne comprends rien à ce qui m'arrive. »

Deux des prévenus, Vaudoré et Wendeling, déclarent qu'en 1851 ils ont demandé à un pharmacien du quartier qu'ils habitent un moyen pour éclaircir le cidre, et qu'il leur en a donné un qu'il leur a déclaré être innocent, et qu'alors ils l'ont employé.

Cette affaire, qui a commencé le 9 et qui a été continuée le 11, s'est terminée le 18 par une jugement qui, faisant application des articles 319 et 320 du *Code pénal*, a condamné :

Hénon, à dix-huit mois de prison et 600 fr. d'amende;

Dorvet, à six mois d'emprisonnement et à 50 fr. d'amende;

Steinaker, à huit mois d'emprisonnement et à 500 fr. d'amende;

Vaudoré et Wendeling, à trois mois de prison et à 100 fr. d'amende;

Hénon et Steinaker ont été condamnés en outre à payer en dommages-intérêts, le premier une somme de 24,050 fr., et le second une somme de 1,500 fr.

Par suite d'une indulgence sur laquelle il était permis de ne pas compter, M. le pharmacien Dubail a été mis hors de cause et n'a été appelé que comme témoin. Il ne faudrait cependant pas compter par trop sur un tel précédent, et les pharmaciens à qui l'on viendrait demander de l'acétate de plomb pour clarifier du cidre feraient bien de le refuser, lors même qu'ils ne seraient mus que par le soin de leurs propres intérêts.

Ce procès n'a, du reste, mis en lumière aucun fait scientifique ou hygiénique important, si ce n'est peut-être la constatation, par M. Chevallier, du cuivre dans le cidre naturel et dans les cendres de pommes; et nous n'en avons donné le compte-rendu succinct que pour informer les industriels de ce que peut leur coûter le mépris qu'ils font trop souvent de la santé de leurs semblables, et pour engager les pharmaciens à observer les lois et ordonnances qui leur interdisent la vente de substances toxiques sans ordonnance de médecin.

H. de Castelnau.

(1) Le journal le DROIT du 12 juin courant annonce que la femme Chausse est morte dans le mois d'avril et que le mari a succombé dans la journée d'hier. Le rédacteur dit cependant qu'il y a eu des complications indépendantes du plomb, et que ces deux malades ont succombé à un érysipèle. Nos renseignements ne nous permettent pas de confirmer ou d'infirmer ceux du DROIT; mais nous devons faire remarquer combien il serait étrange que le mari et la femme eussent succombé successivement à une maladie aussi rarement mortelle que l'érysipèle.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons théoriques et cliniques sur les maladies de la peau,

Recueillies par MM. CH. MAHIEUX et L. GILLES DE LA TOURETTE, élèves du service.

(Suite. — *Voir* les numéros des 24 avril, 11 mai et 1er juin.)

Eczéma. — Traitement.

Les anciens, en confondant sous le nom de *dartres* et en soumettant au même traitement dépuratif la plupart des maladies chroniques de la peau, tombaient évidemment dans une erreur bien funeste : eh bien! j'ose dire que votre conduite ne serait pas moins déplorable si vous prétendiez appliquer à tous les eczémas un traitement identique.

Ce n'est pas sans raison que j'ai indiqué dans la marche de cette affection une période aiguë, une période stationnaire et une période décroissante. Dans la première, vous n'avez affaire qu'à une inflammation aiguë de la peau; votre conduite est toute tracée : vous la combattez, comme les inflammations de tous les tissus, par de simples émollients. Plus tard, quand l'état phlegmasique de la peau, se calmant graduellement, est passé à l'état stationnaire, ce sont principalement les résolutifs qui sont appelés à le modifier. Dans la période décroissante, cette même médication résolutive devient de plus en plus énergique, de façon à agir encore malgré l'accoutumance.

Rien n'est plus rationnel en théorie assurément; mais ne croyez pas que ces moyens soient suffisants en général; il est loin d'en être ainsi; heureusement nous possédons, en outre, une médication empirique dont les effets, pour être inexplicables, n'en sont pas moins supérieurs à tous nos moyens rationnels. Inutile d'ajouter qu'en s'adressant à la cause de la maladie, quand on la connaît, on peut agir puissamment aussi; mais vous savez déjà que cette cause, le plus souvent, est inconnue, et, quand nous sommes assez heureux pour la saisir, il arrive ordinairement que le mal persiste encore après qu'elle a disparu elle-même. De telle sorte qu'en toute hypothèse c'est toujours la médication empirique

qui vous rendra les plus éminents services là où toutes les autres auront échoué.

Le traitement antiphlogistique applicable à la période aiguë de l'eczéma consiste, comme toujours, dans des soustractions plus ou moins modérées de sang, s'il en est besoin, dans des boissons rafraîchissantes, le repos, une alimentation légère et des topiques émollients.

Je n'insisterai que sur ce dernier moyen. Les applications topiques consistent dans des cataplasmes et des lotions émollientes, ou bien dans des poudres sèches, telles que la poudre d'amidon. Les uns et les autres de ces moyens sont également susceptibles de faire tomber rapidement l'inflammation; mais il vous arrivera certainement de rencontrer des cas où les cataplasmes de fécule les mieux préparés irriteront la peau et aggraveront l'inflammation. S'il vous prenait alors fantaisie de remplacer les cataplasmes de fécule par ceux de graine de lin, qui sont beaucoup plus émollients, vous verriez le mal s'accroître encore davantage. Si, au contraire, vous supprimez toutes ces applications humides et si vous saupoudrez seulement la surface malade avec de la poudre d'amidon, l'inflammation cède admirablement, et vous croiriez que les poudres sèches sont le seul moyen utile à l'eczéma aigu. Il n'en est rien : vous pourrez faire le lendemain, sur un autre malade, une expérience inverse qui vous démontrera clairement l'utilité des topiques humides à l'exclusion des poudres sèches. C'est là une observation que j'ai faite cent fois et qui me condamne constamment à tâter le terrain avant de m'en tenir à l'un de ces moyens plutôt qu'à l'autre. C'est là une bizarrerie dont le secret m'a toujours échappé : mais c'est un fait que je signale à votre attention.

Il ne suffit pas toujours de calmer l'inflammation de la peau : souvent les malades souffrent si cruellement de la démangeaison qu'ils réclament avec instance un soulagement au supplice qu'elle leur occasionne. Je vous signalerai, pour remplir cette indication spéciale, le moyen suivant, qui m'a constamment réussi sans jamais entraîner aucun inconvénient. Il vous suffira de maintenir sur la partie malade un linge imbibé d'une liqueur contenant simplement deux cuillerées de vinaigre pour un litre d'eau.

Enfin, vous rencontrerez des eczémas tellement aigus, que les moyens précédents ne suffiront pas pour en calmer l'inflammation : vous tirerez alors un immense avantage des irrigations d'eau froide. Ce moyen m'a toujours parfaitement servi; malheureusement il ne saurait être aveuglément appliqué dans toutes les saisons ni chez tous les sujets. Les saisons froides et les prédispositions aux affections bronchiques doivent le faire proscrire d'une façon presque absolue.

Quels que soient les moyens employés, l'acuité de la maladie ne persiste généralement pas bien longtemps. L'apparition d'écailles adhérentes et détachées à leur bord indique bientôt une période moins aiguë, mais plus longue. Dès lors les indications thérapeutiques sont toutes nouvelles : plus d'émollients, plus d'antiphlogistiques, mais un traitement général en rapport avec les causes, si elles sont connues; les topiques résolutifs sous toutes les formes, et par-dessus tout la médication empirique ou spécifique.

Quelle est donc cette médication spécifique? Elle comprend deux agents énergiques, dont le premier surtout jouit d'une juste faveur : ce sont l'iodure de soufre et l'arsenic. L'iodure de soufre, préconisé pour la première fois dans ces derniers temps par Escolar, médecin espagnol, se donne à la dose de 50 milligrammes par jour en deux pilules, qui se prennent en même temps qu'une tisane amère, soit de fumeterre, soit de chicorée sauvage.

Voici comment je formule ces pilules d'iodure de soufre, afin de les obtenir parfaitement inaltérables à l'air :

Iodure de soufre.	1 gram.
Soufre. . . . . . . }	
Huile d'amandes douces. }	q. s.
Gomme arabique. . . }	

Faites pilules n° 20.

Je recommande au pharmacien d'envelopper ces pilules d'argent. Aucune précaution n'est superflue pour conserver intacte une substance aussi facilement décomposable, et qu'il importe à un si haut point de préserver de toute altération.

Quant à l'arsenic, je fais prendre de 12 à 14 gouttes de solution de Fowler par jour, dans un verre de tisane amère ou bien dans un julep, en commençant par une goutte et augmentant d'une seule goutte par jour.

L'usage de l'un ou de l'autre de ces moyens ne m'empêche pas de suppléer, par des applications de sangsues, au flux menstruel ou hémorrhoïdal, si leur suppression est la cause de la maladie; de modifier le tempérament par les ferrugineux et l'huile de foie de morue, si une prédominance lymphatique entretient l'affection; de tonifier les voies digestives, si elles fonctionnent mal, et de combattre les vices diathésiques qui, dans des cas rares il est vrai, sont l'unique source du mal.

Quant aux topiques résolutifs, ils peuvent être associés, soit à des corps gras, soit à des poudres inertes, soit à des liquides; mais, à propos de ces deux genres différents de préparations, je puis vous répéter identiquement ce que je vous ai dit de l'action capricieuse des émollients humides et pulvérulents. Tantôt les pommades irritent, et ce sont les poudres résolutives qu'il faut employer; tantôt, au contraire, ce sont les pommades qui servent et les poudres qui nuisent.

Trois substances occupent un rang élevé parmi les résolutifs pour la confection des pommades : ce sont l'oxyde de zinc, le tannin et l'huile de cade. Bien que ces agents aient une énergie différente, et que l'huile de cade, en particulier, jouisse d'une activité toute spéciale, il ne suffit pas au médecin de les faire succéder l'un à l'autre; sa science consiste bien plutôt à les doser et à en faire varier les proportions suivant l'état et la susceptibilité de la peau.

Dans le plus grand nombre des cas, par exemple, si vous débutiez par la pommade au tannin qui est formulée dans les officines, vous produiriez les effets plus funestes. Voici les proportions que vous trouvez :

Axonge.	30 gram.
Tannin.	4 —
Camphre.	1 —

Eh bien! croyez-moi, ne débutez jamais par une dose aussi élevée de tannin; car vous ne manquerez pas d'occasionner une démangeaison et des éruptions qui retarderont la maladie en l'aggravant. Commencez par 1 gramme de tannin et 10 centigrammes de camphre pour 30 grammes d'axonge, et n'arrivez que graduellement à la dose de 4 grammes de tannin. N'oubliez pas cette règle générale qu'une pommade, pour être utile, ne doit pas se faire sentir, et que toute sensation stimulante occasionnée par elle est une preuve qu'elle ne convient pas.

J'en dirai tout autant de l'oxyde de zinc. Quant à l'huile de cade, elle agit bien plus puissamment, et convient surtout dans ces formes squameuses et chroniques dont l'indolence réclame des modificateurs plus énergiques. Commencez alors par une pommade au 50e d'huile, et augmentez graduellement jusqu'à la dose d'un 20e. Enfin quand il ne reste presque plus de rougeur et que de larges écailles recouvrent la peau, vous pourrez en venir à l'huile de cade pure; mais permettez-moi de vous faire part du résultat auquel m'ont conduit mes nombreuses tentatives sur les diverses manières dont on l'emploie. Des essais nombreux et des exemples malheureux m'ont conduit à ce résultat, que moins on laisse d'huile sur la surface malade, et mieux elle agit. Aussi me verrez-vous toujours essuyer avec soin les parties que j'en aurai préalablement enduites au moyen d'un simple pinceau de charpie. Une conduite différente et souvent aussi, il faut le dire, les falsifications qu'a subies le médicament dans le commerce sont la cause des effets funestes qu'il produit. J'ai pu me convaincre que l'huile de cade agit à la façon du goudron, mais qu'elle a sur lui l'incontestable avantage de moins irriter la peau; et c'est pour cela qu'elle lui est infiniment préférable dans l'eczéma chronique. Or comme c'est précisément avec le goudron que certains pharmaciens peu consciencieux fabriquent leur huile de cade pour éviter de la faire venir du Midi, il n'y a rien d'étonnant qu'elle nuise même dans les cas où elle était indiquée, et où elle a été convenablement employée.

Les onctions avec l'huile de cade ne se font d'abord que tous les deux ou trois jours; mais à la fin de la maladie on les renouvelle tous les jours. Elles rendent à la peau sa consistance, et achèvent de la ramener à cet état de santé complète qu'elle n'a pas encore lorsqu'elle cesse de se couvrir de squames.

Il ne suffit pas de combattre la maladie elle-même. Un de ses symptômes constants, la démangeaison, réclame presque toujours un soulagement, que l'eau vinaigrée serait alors impuissante à procurer. Ce sont le camphre et le chloroforme qui ont pour action spéciale de calmer cette démangeaison, peut-être un peu par le froid qu'occasionne leur évaporation, mais surtout en vertu d'une propriété toute spécifique.

C'est sans doute par cette action calmante du camphre que l'eau sédative de Raspail a amené la guérison de quelques cas d'eczémas placés fortuitement dans des circonstances favorables; mais comme cette eau contient une dose énorme de camphre, pour une guérison aveuglément obtenue, combien n'a-t-elle pas amené d'aggravations déplorables!

C'est donc dans le but de calmer la démangeaison que vous voyez le camphre associé à petite dose à toutes les pommades résolutives. Je dis à petite dose, car ce n'est pas en vain que vous le prodigueriez. Pour en avoir trop élevé la quantité, vous ne tarderiez pas à le voir transformé en un agent d'irritation, lorsque vous en attendiez un effet tout contraire.

Quant au chloroforme, c'est le calmant par excellence de la démangeaison. Je ne saurais assez préconiser la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Chloroforme.	2 —

Les pommades résolutives ne sont pas toujours supportées, avons-nous dit, et dans certains cas on est obligé de recourir à des poudres capables de leur être substituées. Ces médicaments pulvérulents consistent, ou bien dans un mélange d'une poudre inerte, soit avec l'oxyde de zinc, soit avec l'alun, ou bien dans une poudre qui de sa nature agit comme résolutif. Les premières se composent de 300 grammes de poudre d'amidon pour 1, 2, 3 grammes d'oxyde de zinc ou d'alun; mais elles ont l'inconvénient de se mêler toujours imparfaitement et de ne pas agir d'une manière uniforme. Les secondes sont la poudre de tan et la poudre de vieux bois. La poudre de tan est un astringent léger et d'une excellente action; quant à celle de bois vermoulu, on l'a laissée à tort dans l'oubli, car elle constitue en même temps un très bon siccatif et un résolutif doux et bienfaisant.

Aux pommades et aux poudres résolutives je dois ajouter les lotions astringentes, qui, graduées avec prudence, peuvent conduire la maladie jusqu'à une complète guérison. Ce sont la solution d'alun et celle de sublimé. La première commence par un gramme d'alun pour 300 d'eau, et la seconde par 1 gramme de sublimé pour 1500 d'eau. Vous pouvez élever la dose d'alun jusqu'à 3 ou 4 grammes; mais celle de sublimé ne doit jamais dépasser 1/1200e.

Enfin, vous rencontrerez de ces vieux eczémas auxquels la peau s'est pour ainsi dire accoutumée; ils n'occasionnent aucune sensation; aucune des préparations précédentes ne les modifie, et ils tendent à se perpétuer indéfiniment. C'est dans ces cas que vous en pourrez venir à des moyens perturbateurs qui, en changeant le mode de vitalité de la peau, y amènent une irritation nouvelle dont la guérison est susceptible d'entraîner avec elle celle de la maladie elle-même : je veux parler du nitrate d'argent et des vésicatoires.

La cautérisation se pratique tous les cinq ou six jours avec la solution suivante :

Eau distillé.	9 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. . . .	1 —

Quant aux vésicatoires, ils répugnent souvent aux malades; pour mon compte, dans les cas rares où je les trouve nécessaires, je me contente d'enduire la peau d'une légère couche d'onguent de cantharides, et, quand la peau est excoriée, je la fais panser comme un véritable vésicatoire.

Un médecin de Vienne avait dans ces derniers temps préconisé un moyen d'un genre analogue, mais dont l'effet n'a pas été, à Saint-Louis, aussi heureux que son auteur l'avait annoncé. Il consistait à frictionner rudement la peau avec une eau contenant 1/100e ou 1/60e de carbonate de potasse.

C'est aussi à d'énergiques moyens de ce genre que sont dus les quelques succès prônés par le charlatanisme. On conçoit aisément que plusieurs malades, à bout de remèdes, aient été guéris par les pommades au précipité rouge et par celle de Kunckel; mais, pour un cas où ces moyens, héroïques quand ils sont appliqués avec intelligence, ont été utiles, combien de milliers en ont été aggravés d'une façon lamentable!

Outre les pommades, les poudres, les lotions et les agents perturbateurs, l'art possède encore une série de moyens d'une éminente efficacité : ce sont les bains.

Les bains qui conviennent à l'eczéma aigu sont ceux d'amidon. Dans une période plus avancée, on y ajoute de 100 à 200 grammes d'alun, ou de 100 à 150 grammes de carbonate de soude. Plus tard encore, on peut en venir aux bains de sublimé contenant de 4 à 8 grammes de ce médicament.

Mais les bains de vapeur constituent un des puissants adjuvants de la thérapeutique des maladies de la peau, et notamment des eczémas partiels. Ces bains, en faisant fonctionner toute la peau, et les douches, en excitant vivement la surface malade, modifient surtout puissamment ces eczémas localisés qui font le désespoir du médecin, et notamment les eczéma du sein, des bourses, des oreilles, du nombril.

Il est aussi un moyen rationnel que j'emploie, et que je ne saurais trop préconiser dans les eczémas des jambes accompagnés de varices : ce sont les bandages dextrinés et le bandage anglais. Quand les agents résolutifs cessent d'avoir de l'action, je fais entourer la jambe d'une bande légèrement dextrinée que je renouvelle tous les quatre ou cinq jours. Je me sers simplement alors d'une dissolution de 125 grammes de dextrine pour 1000 grammes d'eau. Si à l'eczéma se joint une ulcération, je n'hésite pas à faire appliquer un bandage anglais en diachylum, et toujours le même moyen est utile à la fois aux denx maladies.

Enfin, il est inutile de dire que les complications de l'eczéma impriment une légère modification à son traitement; que dans l'eczéma impétigineux on ajoute les sulfureux, le goudron dans l'eczéma psoriasiforme, et la cautérisation du bourrelet dans l'eczéma herpétiforme.

Errata de l'article précédent. — Deuxième colonne, ligne 30, *au lieu de :* unisquamorum, *lisez :* unisquamosum.

Troisième colonne, ligne 31, *au lieu de :* ou de lupus, *lisez :* ou de lichen.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. — M. Mavel (d'Ambert).

Présentation de l'épaule gauche. Évolution spontanée.

Les observations d'évolution spontanée ne sont pas tellement communes qu'on ne soit pas autorisé à publier celles qui se présentent dans la pratique. A cette considération, permettez-moi de vous citer l'observation suivante et d'y ajouter quelques réflexions.

Le 6 avril 1845, je fus appelé auprès de la femme Bonnefoi. Quatre heures s'écoulèrent depuis le départ du mari, qui était venu me chercher, et mon arrivée près de la malade.

A mon arrivée, la femme est accouchée depuis une heure d'un enfant mort. Je demande à voir cet enfant. Une teinte bleue du nez et des jones me fait croire d'abord qu'il y a eu présentation de la face; mais l'absence de tuméfaction dans ces parties me fait abandonner cette idée. Alors j'aperçois tout le bras gauche, toute l'épaule fortement tuméfiés, d'une couleur bleu-noirâtre; l'épiderme est enlevé en grande partie; la région hypogastrique, sans être tuméfiée, sans changement de couleur, est privée d'épiderme; pas de traces de putréfaction. Cet enfant paraît avoir le poids et le volume ordinaires; la tête, de grosseur normale, ne présente aucune lésion.

A l'aspect d'un pareil cadavre, l'on doit absolument reconnaître qu'il y a eu présentation de l'épaule, et que tout le membre est resté un certain temps au dehors, comprimé par le col utérin.

La matrone qui a reçu l'enfant, et qui est complétement étrangère à l'art obstétrical, me proteste qu'elle est étrangère à ce désordre, qu'elle n'a point tiré sur le bras et qu'elle a reçu l'enfant tel qu'il est venu. Deux autres personnes qui ont assisté à la eouche me confirment ces faits.

Cet enfant ne pouvait venir que de deux manières : ou par la version, ou par une évolution spontanée. Par la version, la matrone en était incapable; de plus, il est attesté par les témoins que, sans que le bras bougeât de place, le ventre et les fesses sont sorties avant l'épaule et la tête, ce qui explique très bien les contusions du nez et des joues, et l'enlèvement de l'épiderme de l'hypogastre par le frottement de cette régiou sur la face.

De ce que, dans cette circonstance, l'accouchement a eu lieu naturellement, doit-on en conclure qu'il en sera toujours ainsi? Doit-on en conclure qu'il faut aider cette terminaison, surtout par l'administration du seigle ergoté? Ce conseil a été donné il y a quelques années, et ceux qui l'ont donné

n'ont pas remarqué que l'évolution spontanée n'est qu'une très rare exception, et que se fonder sur une telle exception pour formuler un précepte, c'est s'exposer à de terribles mécomptes.

Ceux à qui s'adressent ces conseils ne distinguent pas toujours que ce qui est possible dans un cas de fœtus petit, non à terme ou de fœtus mort depuis longtemps et putréfié, ne l'est plus lorsqu'il s'agit d'un fœtus vivant, à terme et bien conformé. C'est ce qui est arrivé dans l'observation suivante:

Présentation de l'épaule. — Tractions sur le bras. Arrachement de ce membre.

Le 11 décembre dernier, je fus appelé près d'une femme âgée de vingt-huit ans, grosse à terme de son troisième enfant et en travail depuis deux jours. Les eaux sont écoulées depuis vingt heures; une sage-femme, trouvant un bras dans le vagin, réclama l'assistance d'un médecin; celui-ci crut trouver la tête au-dessus du détroit supérieur : il essaya en vain l'application du forceps; changeant alors de tactique, il voulut faire la version, mais il ne fut pas plus heureux; alors il se mit à tirer si violemment sur le bras que l'arrachement du membre en fut la conséquence; il put alors chercher les pieds et les amener à la vulve; dès lors ses efforts furent impuissants; il ne put les faire avancer. C'est alors que je fus appelé; aucune manœuvre n'a été pratiquée depuis six heures; la malade est froide, sans pouls, les yeux sans expression, et je n'aurais certainement pas eu le courage d'accoucher une femme à l'agonie si je ne me rappelais que, six semaines auparavant, j'ai accouché avec succès une femme dont l'utérus déchiré a permis le passage de l'enfant dans la cavité péritonéale (1). Je refoule au-dessus du détroit supérieur le thorax du fœtus; il me suffit ensuite de peu d'efforts pour terminer l'accouchement; une demi-heure après la femme avait cessé de vivre.

Le médecin appelé, méconnaissant le mécauisme de l'évolution spontanée, a-t-il cru pouvoir amener à la vulve la tête et la poitrine en même temps? Il se sera rappelé le conseil, que je comprends sans l'approuver, d'administrer le seigle ergoté dans cette circonstance; mais il n'a pas compris que les contractions utérines et les tractions sur le bras ne pouvaient avoir le même résultat; en effet, l'on conçoit que les contractions utérines provoquées par l'ergot de seigle peuvent, en comprimant le fœtus, procurer la flexion successive de la colonne vertébrale depuis la tête jusqu'au bassin, et la sortie de la poitrine, puis du ventre et du bassin avant la sortie de l'épaule et de la tête; tandis que les tractions ne pourront que tenter une chose impossible sur un fœtus à terme et non putréfié, le passage simultané de la tête et de la poitrine à travers les détroits du bassin.

SUR UN MOYEN SIMPLE

de prévenir l'infiltration du tissu cellulaire du scrotum dans l'opération de l'hydrocèle par injection;

Par M. Dumas, de Dammartin.

Les exemples d'infiltration du liquide irritant dans le tissu cellulaire du scrotum ne sont pas très rares dans la pratique chirurgicale, voire même des hommes chez lesquels on ne peut mettre en doute l'habileté. Comment se fait-il donc que de semblables accidents se soient produits? Il nous paraît que dans ces cas malheureux l'on doit accuser soit d'intempestives préoccupations, soit un trouble momentané de l'intelligence; car l'intelligence, comme le corps, a ses indispositions, et celles-ci, à leur tour, dénotent le plus souvent le mauvais état du corps. Ceci généralement admis, s'il est un moyen, dans l'espèce et dans d'autres cas analogues, de prévenir de semblables maux toujours imminents, c'est, autant que cela sera possible, de substituer à l'action de l'intelligence, assez fautive, celle du sens, en soi plus sûre; en d'autres termes, c'est de fixer l'attention par des signes matériels, par la sensation pure et simple; et c'est pour faire une application de ces idées que nous venons proposer un nouveau temps au manuel opératoire de l'hydrocèle par injection. Voici en quoi cette addition consiste : ayant à opérer pour la première fois une hydrocèle par la méthode d'injection, et craignant avec raison l'infiltration du liquide irritant dans le tissu cellulaire du scrotum, je fis à la partie inférieure de la canule, à une distance de son extrémité inférieure égale au degré de profondeur que je voulais lui donner dans la tunique vaginale, observant d'ailleurs les règles tracées par les classiques, un trait à l'encre; je plongeai ensuite le trocart, le retirai et donnai issue à la sérosité. Alors, l'œil fixé sur le trait, il me suffit de maintenir constamment ce trait au niveau de la peau du scrotum pour avoir la certitude que je conservais toujours la même entrée de canule dans la tunique vaginale, soit dans le mouvement de retrait, soit dans le mouvement d'expansion de la tumeur, de sorte que je n'avais plus à craindre ni épanchement par injection proprement dite, ni épanchement par échappement de la canule.

Je ne doute pas que de semblables précautions ne fassent sourire les grands praticiens, bien que l'expérience ait appris qu'elles ne leur eussent pas toujours été inutiles; mais en revanche j'ai quelque raison de penser que les débutants dans la carrière, dont la réputation ne saurait souffrir impunément aucune atteinte, les prendront au sérieux, à raison des avantages qu'elles sont appelées à leur procurer.

PRÉPARATION DE LA SANTONINE

sans l'emploi de l'alcool;

Par J. Lecocq, pharmacien à Saint-Quentin.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a plusieurs fois attiré l'attention de ses lecteurs sur la valeur de la santonine comme vermifuge, en regrettant toutefois que le prix élevé de cette base s'opposât à ce que son emploi fût plus général. Nous croyons donc faire une chose utile en signalant un procédé peu dispendieux de préparation de cet agent thérapeutique.

Pour obtenir la santonine, on prend 1 partie de semen-contra d'Alep réduit en poudre grossière, on le fait bouillir dans 10 parties d'eau, et, après un quart d'heure d'ébullition, on y ajoute une quantité suffisante de chaux éteinte pour rendre la liqueur légèrement alcaline; on fait encore bouillir dix minutes, puis on passe à travers un linge, et on soumet le résidu à la presse. Si on ne le croit pas suffisamment épuisé, ce qui se reconnaît à ce qu'en le mâchant il ne doit point laisser dans la bouche la saveur chaude et piquante du semen-contra, on le fait bouillir de nouveau dans 5 nouvelles parties d'eau et un peu de chaux éteinte, on passe et on exprime de nouveau à la presse. Les liqueurs réunies sont évaporées jusqu'à ce qu'elles ne pèsent pas plus que le poids du semen-contra employé; on les met dans une terrine en grès, on laisse refroidir, et alors on traite par un excès d'acide chlorhydrique. A l'instant même une matière grasse et résineuse se sépare en flocons épais qui surnagent. Le liquide et la santonine se précipitent en une poudre impalpable. On passe à travers un linge peu serré, la santonine passe avec le liquide, et la matière résineuse reste sur le linge. Cette substance ne contient que fort peu de santonine, et est rejetée. On laisse en repos, et le lendemain on trouve la santonine impure déposée au fond du vase.

On la lave à l'eau distillée, et on la purifie en la combinant de nouveau avec la chaux. Pour cela, on la met dans une capsule de porcelaine avec une quantité d'eau distillée suffisante, 2 litres environ; on place sur le feu, et on porte à l'ébullition. On y ajoute alors une certaine quantité de chaux vive réduite en poudre, 50 à 60 grammes environ, et la combinaison s'opère en peu de temps (1). On filtre la liqueur et on la décolore par le charbon animal, puis on la traite par l'acide chlorhydrique. La santonine se précipite immédiatement. On la recueille sur un filtre, on la lave à l'eau distillée jusqu'à ce que l'eau de lavage ne rougisse plus le papier de tournesol, on la sèche à l'étuve et à l'abri de la lumière.

Ainsi obtenue, la santonine est en petites paillettes blanc-nacré, d'un brillant magnifique, se colorant promptement en jaune au contact de la lumière. Il faut donc, pour l'avoir toujours blanche, la conserver dans un flacon en verre noir. (*Bull. de Thérap.*)

CAS DE MÉNINGITE SYPHILITIQUE

traités avec succès par les mercuriaux.

Rien de plus difficile à distinguer, à reconnaître, rien de plus difficile à rapporter à leur véritable cause que les accidents de syphilis constitutionnelle qui ont une origine cérébrale. Rien de plus varié, d'ailleurs, que la forme sous laquelle ces accidents se présentent : épilepsie, hémiplégie, paraplégie, etc.; d'autres fois, mais plus rarement, ce sont des troubles des sens, de l'intelligence, ainsi que M. Th. Read vient d'en faire connaître quelques cas intéressants. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, si les désordres cérébraux se traduisent par des phénomènes un peu différents par leur aspect de ceux que l'on observe dans les maladies cérébrales ordinaires, si l'apparence cachectique des malades peut en faire soupçonner la nature, et si dans quelques cas on trouve pour appuyer son diagnostic certaines altérations sur divers points du corps qui sont susceptibles d'éclairer sur la véritable cause des accidents, dans l'immense majorité des cas une exacte investigation de l'histoire antérieure du malade est indispensable pour résoudre entièrement la question. C'est ainsi que chez le premier malade de M. Read, âgé de trente-deux ans, il existait une paraplégie avec hémiplégie, de la difficulté de la parole, de l'hébétude des facultés intellectuelles, perte de la mémoire et une amaurose qui allait continuellement faisant des progrès. Dans le second cas, c'était une hémiplégie du côté droit survenue chez un homme de vingt-six ans pendant qu'il voyageait la nuit dans une diligence; son intelligence était troublée, et il était incapable d'apprécier son état et de se soigner en conséquence. Dans le troisième cas, chez un homme de quarante ans, la maladie débuta par une névralgie crânienne intermittente suivie d'une attaque d'épilepsie, et plus tard de désordres intellectuels et de paralysie des sphincters de la vessie et du rectum. Il y avait peut-être bien dans la marche des accidents quelque chose de nature à faire soupçonner leur origine syphilitique; mais ce qui leva les doutes, ce qui acheva d'éclairer le diagnostic, c'est que le premier malade avait eu, cinq ans auparavant, un bubon à l'anus et plusieurs mois après des ulcères rongeants aux lèvres, à la face et à la tête, points sur lesquels on remarquait de larges cicatrices; le second avait eu une année auparavant une profonde ulcération syphilitique de la gorge et plusieurs mois après un iritis syphilitique double; le troisième, une éruption papuleuse qui avait été considérée comme syphilitique par le chirurgien et traitée comme telle par la salsepareille et l'iodure de potassium.

Mais le point vraiment intéressant sous le rapport thérapeutique, c'est celui qui a trait à l'emploi du mercure contre des accidents rangés par M. Ricord parmi les accidents tertiaires et comme tels combattus par lui avec l'iodure de potassium; les mercuriaux n'ayant, d'après ce savant médecin, aucune action sur les accidents de cette dernière phase de la syphilis. Or que voit-on dans le premier cas? Tous ces accidents que M. Read rattachait à la compression du cerveau par le développement des tumeurs syphilitiques de la dure-mère, se dissipant comme par enchantement sous l'influence de larges frictions mercurielles sur le cuir chevelu préalablement rasé.

De même, dans le second cas, le malade qui avait pris avec quelque apparence de succès pendant cinq semaines l'iodure de potassium guérit de ses accidents cérébraux avec le mercure; en cinq jours environ l'action du médicament est établie; la maladie disparaît rapidement, et les fonctions intellectuelles et corporelles se rétablissent d'une manière parfaite. Enfin, dans le troisième cas, dans lequel les souffrances avaient été plutôt augmentées que soulagées par l'iodure de potassium, des frictions mercurielles, faites à la partie interne des cuisses et portées jusqu'à salivation, triomphèrent rapidement des accidents cérébraux. Ajoutons que, dans ces deux derniers cas, M. Réad a fait suivre les mercuriaux de l'iodure de potassium pour achever la cure et faire disparaître quelques autres manifestations syphilitiques. Mais ce qu'il faut bien reconnaître avec lui, c'est que l'emploi du mercure dans cette dernière phase de la syphilis ne présente pas les conséquences formidables qui avertissent d'en cesser l'usage. « Sans doute, dit M. Read, ce médicament ne fut jamais donné beaucoup au delà de la quantité nécessaire pour faire disparaître les symptômes, et chaque fois qu'on le mit en usage, ce fut dans des cas d'extrême péril, de nécessité absolue, et alors que tous les autres moyens étaient restés sans effet. Mais l'apparente faiblesse des malades ne me détourna pas de son emploi lorsque j'avais discerné la nature de la maladie, ayant soin toutefois de l'administrer avec méthode et dans une mesure appropriée à chaque cas particulier. »

M. Read signale en outre un curieux contraste dans l'action du mercure sur la constitution des malades, suivant qu'ils sont atteints de syphilis primitive ou consécutive. « Lorsque le mercure a été donné pour un chancre primitif à un malade d'une santé et d'une vigueur exceptionnelles, il n'est pas douteux que son action ne soit toujours marquée par une réduction et une dépression physique : perte d'embonpoint et de poids, diminution de l'élasticité et de la force des muscles, pâleur du visage, peau transparente et disposée à devenir moite au plus léger exercice, intelligence incapable d'un effort soutenu. »

Tout ceci arrive, bien que le régime soit suffisamment abondant et nourrissant, et que l'on permette l'exercice au grand air; mais tous ces signes s'aggravent bien plus si le malade garde le repos dans la chambre, et vient jusqu'à un certain degré de dépression intellectuelle, quelquefois aussi de véritable prostration physique et morale. C'est que le mercure, dans tous ces cas, agit comme un poison à un degré plus ou moins prononcé... Mais tous ces phénomènes sont intervertis lorsque le corps a supporté longtemps les atteintes du virus syphilitique, et que les forces de l'organisme ont été prostrées. Plus le degré de la maladie est avancé, plus le mercure montre des propriétés toniques surprenantes et une action aussi prompte et décisive que réparatrice, « s'il est employé à propos, judicieusement et dans des conjonctures favorables. » Toutes les fonctions vitales sont rapidement relevées par un vigoureux effort; un sommeil rafraîchissant vient visiter le malade tourmenté par les douleurs et épuisé par les nuits sans sommeil; l'appétit et les digestious renaissent; le sang se régénère rapidement; les muscles recouvrent leur force; les yeux reprennent leur brillant et leur expression; le cœur se remplit d'espérance; l'embonpoint et le poids augmentent, bien qu'on n'ait pas administré d'autre médicament que le mercure. »

Nous tenions à faire connaître à nos lecteurs les idées de M. Read et les résultats dont il dit avoir été témoin dans la forme consécutive de la syphilis, et en particulier dans le cas d'accidents tertiaires. Cela n'ébranle en rien, nous le disons hautement, la confiance que nous avons en l'efficacité de l'iodure de potassium; mais ce que l'on peut se demander, c'est s'il n'y a pas lieu de s'affranchir, dans certains cas, de cette règle un peu absolue qui a à peu près rayé aujourd'hui les mercuriaux du traitement des accidents tertiaires de la syphilis. Tout n'est pas dit certainement sur l'histoire de la syphilis et sur le traitement qui lui convient. Malgré les recherches dont cette maladie a été l'objet dans ces dernières années, il reste encore beaucoup à faire, et avant de se priver d'un moyen aussi efficace que les mercuriaux, il faudrait peut-être que le jugement porté contre eux fût soumis à révision, en ayant soin, comme le dit M. Read, de les employer avec prudence.

Nous ajouterons que ce qui peut rendre compte des insuccès relatifs qu'a eus l'iodure de potassium entre les mains du médecin irlandais, c'est qu'en Angleterre et en Irlande, ainsi que cela nous a été dit par M. Acton et par tous ceux qui s'occupent d'une manière particulière du traitement de la syphilis, ce précieux agent n'est pas, à beaucoup près, aussi bien supporté et aussi efficace que parmi nous; de sorte que les médecins anglais sont souvent désappointés, lorsqu'après avoir vu employer ce médicament en France, ils cherchent à en obtenir les mêmes effets dans leur pays; de sorte enfin que nous ne sommes nullement étonné de voir M. Read dire qu'il ne peut partager la confiance enthousiaste de M. Ricord en la puissance certaine de ce médicament sur la syphilis tertiaire. C'est que c'est là une vérité relative, une de celles dont l'illustre Pascal a dit avec raison « Vérité en deçà des » Pyrénées, mensonge au delà. » (*Ibid.*)

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. Alph. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Bains.

Les bains constituent un des moyens les plus précieux

---

(1) Cette observation a été envoyée à la Société de chirurgie et M. Danyau a été désigné pour faire un rapport; mais les occupations de cet honorable confrère ne lui ont sans doute pas permis jusqu'à présent de rédiger ce rapport.

(1) Il importe, pour la réussite de l'opération, de ne point ajouter un excès de chaux en combinant la santonine impure à cette base, car le sel bibasique de santonine et de chaux est fort peu soluble dans l'eau; mieux vaut laisser un excès de santonine que l'on retrouve sur le filtre, et que l'on traite de nouveau par la chaux.

dans le traitement des maladies de la peau simples ou syphilitiques. Ils peuvent être employés tous ou presque tous à divers titres, depuis le bain liquide d'eau pure, ou chargée de substances médicamenteuses, jusqu'au bain de vapeur sèche ou humide.

Bain émollient.

Espèces émollientes.	2,000 gr.
Graine de lin.	250 —
Eau.	5,000 —

Faites bouillir, passez et exprimez.

Versez dans l'eau du bain (f. h. p.).

Ce bain convient dans tous les cas d'éruption aiguë, dans le traitement des exanthèmes, de l'eczéma, du lichen agrius, toutes les fois que dans le cours d'une éruption chronique il survient une recrudescence, etc.

La température est de 28° R., la durée d'une demi-heure à une heure. Quelquefois il est utile de la prolonger plusieurs heures.

Bain gélatineux.

Gélatine pour bain.	500 gr.
Eau chaude.	1,000 —

Faites dissoudre en remuant, et ajoutez à l'eau du bain.

Mêmes usages.

Bain de son.

Son.	2 kilog.
Eau.	5 —

Faites bouillir pendant un quart d'heure, passez et ajoutez à l'eau du bain.

Ou bien mettez le son dans un petit sac et plongez-le dans la baignoire.

Mêmes usages.

(*Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juin 1852. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

M. LARREY. J'ai reçu de M. Charrière une lettre relative aux mains artificielles fabriquées par lui pour les deux artilleurs que j'ai présentés à l'une des dernières séances. Je ne lui avais d'ailleurs nullement attribué l'invention de ce moyen prothétique; et c'est à tort que M. F. Martin a paru croire à quelque prétention de la part de M. Charrière à cet égard, en exposant ce qu'il avait fait lui-même sur la prothèse des membres supérieurs.

Cette courte explication suffira sans doute pour empêcher toute réclamation nouvelle sur ce sujet devant la Société de chirurgie.

— M. Duchenne, de Boulogne, adresse une brochure ayant pour titre : *Recherches électro-physiologiques sur les mouvements des muscles de la main.* (M. Debout. Rapport verbal.)

Présentation de malades.

M. GUERSANT présente un enfant de dix-huit jours qui est venu au monde avec un bec-de-lièvre compliqué de la division de la voûte palatine. Après avoir pratiqué l'avivement et avoir affronté les deux bords de la plaie à l'aide de la suture entortillée, M. Guersant, pour assurer la réunion et prévenir tout accident, rapprocha les ailes du nez à l'aide d'une serre-fine. Celle-ci fut extraite au bout de quarante-huit heures. Les épingles seulement après trois jours. La réunion du bec-de-lièvre fut complète, et le résultat est très satisfaisant.

Traitement de la paralysie par la galvanisation localisée.

M. DEBOUT continue la lecture de son travail. Dans cette seconde partie notre collègue traite des paralysies traumatiques par lésion du tissu musculaire. La contusion, la compression, la distension des muscles, peuvent amener leur paralysie; c'est un fait incontestable. Quelle est la part à faire dans la production des phénomènes morbides à la lésion traumatique des troncs nerveux, et celle qu'on peut rapporter à la violence subie par le tissu musculaire? C'est un point que M. Debout discute dans chacun des cas particuliers. Pour preuve que la fibre musculaire est l'élément organique le plus affecté dans ces cas, M. Debout cite la conservation de la contractilité électrique, propriété qui disparaît dès que le tissu du nerf est lésé. M. Debout cite plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir. Enfin, allant chercher une nouvelle preuve dans les faits de paralysie par distension des fibres musculaires, et prenant l'exemple de la paralysie de la vessie dans laquelle le phénomène morbide se montre dans son plus grand état de simplicité, M. Debout croit pouvoir déduire de ces faits que la contractilité volontaire peut être anéantie par la lésion traumatique du tissu musculaire.

M. LALLEMAND. Je dirai, à l'appui de l'opinion de M. Debout sur les avantages de la galvanisation dans les paralysies de la vessie, suite de distension extrême, que j'ai été assez heureux pour guérir un malade qui avait une paralysie de vessie consécutive à un rétrécissement de l'urètre. Ce rétrécissement ayant cédé à la dilatation, la paralysie vésicale persistait, et elle ne fut vaincue que par la galvanisation.

J'ajouterai, de plus, que tout récemment j'ai été témoin d'une expérience faite par M. Bérard, qui démontre nettement que dans certaines circonstances le tissu musculaire peut conserver sa contractilité, bien que l'action nerveuse ne soit plus mise en jeu par la galvanisation : sur une grenouille tuée par le curare, l'application de l'électricité sur les filets nerveux ne donnait plus lieu à aucune contraction, tandis qu'elle en provoquait appliquée directement sur les muscles.

M. ROBERT. M. Debout vante beaucoup l'emploi de l'électricité comme agent curatif des lésions du système nerveux. Il le cite comme ayant guéri des paralysies résultant d'épanchement cérébral. Je lui demanderai comment il comprend que l'électricité agit dans ces cas. On sait en effet que, par suite d'une hémorrhagie cérébrale, un certain nombre de fibres nerveuses sont détruites. La guérison ne peut avoir lieu qu'autant qu'une réunion se produira dans les fibres nerveuses divisées; mais lorsqu'un kyste succède à ces épanchements, comment l'électricité agit-elle, et quand faut-il l'employer?

M. DEBOUT. M. Robert n'a pas bien suivi la lecture de mon travail. Je ne me suis nullement occupé du côté clinique de la question pour discuter la paralysie comme phénomène pathologique. Répondre à notre collègue, ce serait dépasser les limites de la discussion. Nous y reviendrons prochainement en posant le traitement que réclament ces maladies.

M. LEBERT. Je crois que la paralysie succédant à une hémorrhagie cérébrale peut disparaître quoique l'altération matérielle persiste. Le mémoire publié récemment par M. Durand-Fardel ne laisse aucun doute à cet égard. D'ailleurs il y a dans la manière dont guérissent certaines paralysies musculaires bien des phénomènes inexpliqués, et on est forcé d'admettre que dans l'irritabilité musculaire l'action nerveuse est loin d'être l'agent indispensable. Le cœur n'est-il pas en plein mouvement avant qu'on puisse attribuer son action à l'influence nerveuse? Pour conclure de l'influence de la galvanisation sur la curabilité des paralysies qui succèdent aux épanchements cérébraux, il faudrait réunir un grand nombre de faits de même ordre diversement traités, car chacun sait que souvent ces paralysies guérissent d'elles-mêmes.

Sur la grossesse extra-utérine.

M. DANYAU lit un rapport sur le mémoire de M. Laborie, à l'appui de sa candidature comme membre titulaire de la Société de chirurgie. Ce mémoire a pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois avec persistance de la vie de l'enfant.*

Anatomie pathologique. — Tumeur du talon.

M. HUGUIER présente sur ce sujet la pièce intéressante qui suit :

Cette tumeur a une forme semi-lunaire qui embrasse dans sa concavité la face postérieure du calcanéum; elle est limitée supérieurement au niveau du point où le tendon d'Achille se détache de l'os, inférieurement au niveau de l'insertion de l'aponévrose plantaire; latéralement elle déborde en dedans et en dehors les faces interne et externe du calcanéum, mais elle laisse parfaitement intacts les tendons et les nerfs qui se rencontrent dans ces régions. Elle fait à la partie postérieure du pied un relief assez sensible, et dans ce point elle avait déterminé à la peau une ulcération large à travers laquelle elle fait saillie; la portion ainsi ulcérée est un peu mamelonnée, et a été pendant la vie le siége de plusieurs hémorrhagies. A la partie interne du talon, sur le côté de l'insertion du tendon d'Achille, se trouve une seconde saillie constituée par la tumeur qui a aminci la peau; mais, dans ce dernier point, il n'existe pas encore d'ulcération.

Après dissection, sans être enkystée, cette tumeur nous a paru avoir des limites bien précises. L'aspect tout particulier qu'elle présente permet d'établir d'une manière très nette la ligne de distinction du tissu sain et du tissu morbide.

M. HOUEL. Cette pièce peut être rapprochée d'une autre à peu près analogue déposée dans le musée Dupuytren et observée dans le service de M. Velpeau. Il y a cependant une différence importante : c'est que, dans le cas de M. Velpeau, le produit morbide naît du calcanéum lui-même, tandis qu'ici le produit enveloppe le calcanéum. Je crois, ajoute M. Houel, que cette tumeur est purement fibreuse. Un examen ultérieur a démontré à notre collègue que telle était la nature de ce produit morbide.

Arrachement de doigts.

M. NÉLATON présente deux pièces analogues à celles qui ont été présentées par M. Debrou. Ce sont deux pouces arrachés par des morsures de chevaux. Sur l'une de ces pièces, indépendamment du tendon qui a été arraché, on constate qu'un des nerfs collatéraux a subi le même sort. Ces deux pièces ont été adressées à M. Nélaton par des médecins de province. L'une a été recueillie par M. de Lignerolles. Les deux malades ont guéri sans accident.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Du citrate de magnésie.

Par M. ROGÉ.

C'est au commencement de l'année 1847 que M. Rogé présenta à l'Académie nationale de médecine un mémoire sur le citrate de magnésie qu'il proposait de faire servir à la préparation d'une limonade purgative destinée à remplacer l'eau de Sedlitz. Les essais qu'avait tentés M. Rogé, alors pharmacien en province, avaient été timides comme le sont toutes les expériences des inventeurs abandonnés à eux-mêmes. Cependant ils avaient été suffisamment remarquables pour que M. Walmé, pharmacien, membre du jury médical du département de l'Aisne, et dont M. Rogé avait été l'élève, lui adressât cet encouragement :

« J'ai goûté le citrate de magnésie; je l'ai essayé sur moi-même, et je puis vous assurer qu'il viendra un jour où ce sel sera le » purgatif le plus employé en médecine. »

Cette prophétie s'est vérifiée. La découverte de M. Rogé a tenu toutes ses promesses et a justifié les brillants éloges que l'Académie lui décerna en ces termes par la bouche de son savant rapporteur, M. Soubeiran :

« On voit, d'après ces expériences, que la généralité des faits » parle en faveur du citrate de magnésie; que ce médicament res» semble par sa saveur à une véritable limonade, comme nous » l'avons constaté par une dégustation attentive; qu'il purge aussi » bien que l'eau de Sedlitz ordinaire; que par son goût agréable il » devient un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand » nombre de malades pour les purgatifs; qu'il n'occasionne ni » soif, ni épreintes, ni coliques, si ce n'est très légères; que con» séquemment on peut dire de lui qu'il agit *tuto et jucundè.* »

Depuis le rapport de l'Académie, de nombreux travaux ont été publiés sur le citrate de magnésie. En rendant compte d'un de ces plus récents travaux, M. le professeur Bouchardat s'exprime de la manière suivante :

« ..... Cette seconde partie du mémoire de M. Larbaud » (effets physiologiques) se compose d'un tableau contenant cent » soixante observations relatives à l'emploi du citrate de magnésie » comme purgatif. Elles ont été prises dans un des services de mé» decine de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de M. le doc» teur Vernois, qui en est le chef. L'auteur a noté avec soin l'âge » et la constitution du malade, l'affection dont il est atteint, la dose » et le mode de préparation du sel administré, ses effets physiolo» giques les plus marqués et les circonstances qui s'y rattachaient. » Il résulte de ces observations, les plus complètes qui aient été » faites sur ce point, que le citrate de magnésie convenablement » préparé et à dose suffisamment élevée peut, dans presque tous » les cas, remplacer les autres purgatifs salins; que son action est » aussi prompte et aussi énergique que la leur.

» Il a sur eux l'avantage d'offrir une saveur agréable, pourvu » qu'il soit légèrement acide, ce qui n'est pas sans influence sur » ses effets.

» Il est mieux toléré par l'estomac; *nous avons vu*, dit M. Larbaud, *l'eau de Sedlitz être prise avec répugnance par un très grand nombre de malades et vomie par plusieurs, tandis que le citrate de magnésie est bu avec plaisir par presque tous; à peine a-t-il été rejeté par deux ou trois sur plus de cent soixante malades!*

» A dose peu élevée, c'est un laxatif doux qui n'occasionne au» cune douleur et dont l'effet se continue pendant plusieurs jours.

» A dose même très forte, il ne donne jamais lieu à des coliques » violentes; et d'après les renseignements que l'auteur a recueillis » des personnes qui ont pris de l'eau de Sedlitz et la limonade » purgative à des intervalles peu éloignés, il croit pouvoir affirmer » que l'action de cette dernière est moins irritante que celle de » l'autre.

» Il est vrai que le purgatif de Rogé, comme la plupart des sels » végétaux en solution, s'altère promptement et ne peut être fa» briqué à l'avance comme l'eau de Sedlitz; mais sa préparation, » qui est très simple, demande assez peu de temps pour que cela » ne puisse mettre un obstacle à son emploi. » (*Répertoire de pharmacie*, février 1849.)

Cette dernière réflexion de M. Bouchardat ramène naturellement l'attention sur le nouveau service rendu par M. Rogé à la thérapeutique en préparant et réunissant *sous le nom de poudre de Rogé* tous les éléments, *moins l'eau*, qui composent sa limonade purgative à 50 grammes de citrate de magnésie, de telle sorte qu'ils puissent être conservés et transportés à de grandes distances sans aucune altération.

La *poudre purgative de Rogé* sert à préparer la limonade au moment du besoin. Il ne faut, pour cela, que la faire dissoudre dans une bouteille d'eau; bien boucher, agiter le mélange, et trois quarts d'heure après on a un purgatif très agréable, très efficace; en un mot, parfaitement identique à la limonade préparée par l'inventeur.

M. Rogé prépare encore, avec le citrate de magnésie, *des pastilles laxatives* très précieuses pour remplir certaines indications assez fréquentes dans la pratique de la médecine. Ces pastilles, qui contiennent chacune un gramme et demi de citrate de magnésie, sont utiles pour entretenir un état laxatif continu. Elles sont prises avec plaisir par les personnes qui éprouvent de la répugnance pour les purgatifs liquides; elles sont surtout précieuses dans la médecine des enfants.

C'est avec plaisir que nous rappelons l'attention du lecteur sur ces conquêtes de la thérapeutique heureusement accomplies par M. Rogé. C'est une petite révolution qu'il a produite dans une partie de la pratique de la médecine, et cette révolution sera durable, parce qu'elle repose à la fois sur l'utilité et l'agrément.

Chronique et nouvelles.

Le cheval du médecin. — Nous avons reçu de notre honorable correspondant M. Dezautière quelques remarques aussi justes que spirituelles qui tendent à démontrer que le cheval du médecin, n'étant employé ni au commerce, ni à l'industrie, ni à l'agriculture, ni à la reproduction, doit donc être considéré comme un cheval de luxe et en conséquence être soumis à l'impôt. M. Duchesne, du Havre, outre quelques réflexions auxquelles nous répondrons d'une manière spéciale, se plaint de ce que le médecin des pauvres est frappé dans son droit d'aller à cheval ou en voiture. Toutes les considérations qu'on pourrait présenter contre l'impôt sur le cheval du médecin sont exposées dans le document suivant que nous transmet notre savant confrère et honoré correspondant M. J.-F. Payen. Nous ne pouvons donc mieux faire que de lui laisser la parole :

Le projet d'impôt sur les voitures et les chevaux de luxe m'a remis en mémoire une réclamation qui fut faite par les médecins de l'Hôtel-Dieu de Paris, lorsqu'au commencement de ce siècle on établit une taxe analogue.

J'ai sous les yeux un imprimé de quatre feuillets in-4° sortant des presses de Plassan et portant pour titre : *Les médecins du grand hospice d'humanité au ministre des finances*, en date du 24 pluviôse an VIII (13 février 1800). J'extrais de cette pièce, qui emprunte un certain intérêt à la circonstance, les passages qui me paraissent les plus remarquables.

« Il est une profession qui..... demande pour son exercice, avec » des forces morales heureusement disposées, des forces physiques » capables de soutenir les plus grandes fatigues et encore ces der» nières forces sont-elles toujours insuffisantes si elles n'emprun» tent pas des moyens étrangers tellement nécessaires qu'il est im» possible de s'en passer..... On sait que ceux qui exercent l'art de » guérir sont, par la nécessité la plus absolue, *condamnés* à faire » usage de chevaux et de voitures..... qui sous ce point de vue ne » sont pas plus objets de luxe que ne peut être le diamant dans la » main de ceux qui ne s'en servent que pour couper le verre et » exercer ainsi leur métier (1); on sait que l'hospice de Bicêtre, » autrement la Maison nationale des hommes, est éloigné de Paris » de deux kilomètres; le médecin de cet hospice, qui connaît ses » devoirs et sait les remplir....., fait deux fois par jour le chemin » de Bicêtre; serait-il possible de suffire à de pareilles courses sans » voiture et sans chevaux, surtout quand...., pour n'être pas soi» même privé de toutes ressources, il faut encore parcourir les » différents quartiers de Paris?.... Si vous ordonniez, citoyen mi» nistre, qu'on vous présentât les registres de la ci-devant Faculté » de médecine de Paris, vous y verriez que nombre de médecins, » qui avaient joui de considération dans leur état et qu'on avait vus » entourés de cet appareil qui semble annoncer l'aisance, comme » voiture et chevaux, sont morts *sans avoir laissé de quoi se faire » enterrer*; leurs obsèques ont été faites aux dépens de la Faculté. » Vous trouverez dans ces mêmes registres le chapitre des pensions » qu'on payait aux veuves de ces médecins, et, quoique chaque » pension fût modique, cet article de dépenses annuelles, supporté » par les membres de la Faculté, s'élevait à mille écus et quelque» fois davantage..... Dans une taxe somptuaire, qui ne peut et ne » doit frapper que les objets de luxe, pourrait-on comprendre les » voitures et les chevaux des officiers de santé? Il faudrait donc » aussi taxer les voitures et les chevaux destinés à porter de l'eau » dans les incendies..... Le gouvernement actuel est fait pour mon» trer qu'il compte pour quelque chose la vie des hommes et les » travaux de ceux qui s'occupent de la rendre moins malheureuse; » il empêchera que l'avidité fiscale ne vienne quelque façon *dé» sarçonner* la bienfaisance des officiers de santé épuisés par les » sacrifices qu'ils font tous les jours à la chose publique.... Citoyen » ministre, nous avons défendu la cause de l'intérêt général d'une » manière bien désintéressée; parmi les signataires de cette lettre, » un seul a conservé une voiture, qu'il aurait déjà supprimée s'il » n'eût consulté que ses intérêts particuliers.

» Salut et respect.

» *Les médecins du grand hospice d'humanité :*

» MAJAULT, DANIÉ, MALLET, DUHAUME, LEPREUX, BOSQUILLON, THAURAUX, DEFRASNE, MONTAIGU, ASSELIN, PETIT, BOURDIER, BORIE. »

(1) Si l'impôt sur les chiens eût existé alors, il est probable que nos anciens n'auraient pas manqué d'assimiler le cheval du médecin au chien de l'aveugle ou du berger.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 74. — JEUDI 24 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 74. — JEUDI 24 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. / Six mois.... 16 » / Un an...... 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr. / Six mois....... 17 / Un an........ 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. / Six mois...... 20 / Un an....... 38	

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Cazenave). Leçons cliniques sur la pellagre. Considérations générales. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE (M. Neucourt). Epidémie de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées observée à Verdun (Meuse) en 1850. — Des pessaires en général. Un pessaire à réservoir d'air en particulier. — Académie de médecine, séance du 22 juin.

PARIS, LE 23 JUIN 1852.

Séances des Académies.

Une lecture de M. Bérard est toujours une bonne fortune pour un auditoire. L'éminent professeur est venu confirmer aujourd'hui par un nouvel exemple cette proposition, formulée depuis longtemps par tous ceux qui ont eu l'occasion de l'entendre. Nous avons fait connaître, il y a quelques semaines, les faits nouveaux, imprévus, pleins d'intérêt, communiqués à l'Académie par M. Bouley, touchant l'influence des nerfs vagues sur l'absorption stomacale. C'est sur ce remarquable travail que M. Bérard est venu lire un rapport non moins remarquable. Le plus bel éloge que nous en puissions faire, c'est de le mettre tout entier sous les yeux de nos lecteurs; car pour être complète, la louange serait trop longue. Il est cependant un mérite que nous devons d'autant moins omettre de signaler dans le travail de M. Bérard, que ce n'est pas celui qui brille habituellement le plus parmi les nombreux mérites du savant professeur, c'est celui d'avoir semé dans son rapport quelques remarques critiques dont la sévérité a presque parfois égalé la justesse. En parlant d'un physiologiste trop connu, qui avait cru pouvoir déduire d'un petit nombre d'expériences incomplètes que l'estomac était le siége exclusif de l'absorption des boissons, M. Bérard dit, en relevant cette erreur : *un physiologiste très disposé à croire à son infaillibilité*, etc. Je sais bien que, lorsque l'on a, comme le physiologiste en question, découvert le système nerveux et fait condamner un marchand de sangsues pour tentative de corruption, on doit se croire dans une position scientifique inaccessible à toutes les critiques, d'où qu'elles partent; mais il n'en faut pas moins savoir un peu de gré à ceux qui ne craignent pas de décocher quelques traits à l'adresse de ces personnalités suffisantes et hargneuses qui non-seulement ont une grande foi dans leur infaillibilité, mais qui ne sont pas très éloignées de croire que, dans leurs chétives élucubrations se trouvent tout à la fois l'origine et la fin de toute science.

Pour donner, à l'exemple de M. Bérard (et quel exemple meilleur pourrions-nous suivre!), un gage de l'impartialité de notre louange, tâchons d'y mêler, s'il est possible, un soupçon de critique.

Nous avons entendu répéter dans l'enceinte académique qu'il était difficile d'entendre un plus *joli* rapport que celui de M. Bérard. L'éloge est juste; mais, à notre sens, cet éloge est un blâme. M. Bérard est habitué à sacrifier aux grâces avec tant de succès, qu'il cède quelquefois un peu trop à l'heureux penchant qui l'entraîne vers ces aimables déités, et qu'il fait volontiers pour elles des infidélités aux déesses plus sévères des sciences et de l'histoire. Obéissant à cette tendance, M. Bérard ne se hâte point d'atteindre le but vers lequel il se dirige; chaque fleur qui se rencontre sur son passage le dévie de sa route et reçoit de lui un hommage, et ce n'est qu'après plusieurs détours, très gracieux il est vrai, qu'il arrive enfin au terme de sa course. Un peu plus de nerf, de concision et d'austérité, nous semblent plus en harmonie avec le véritable caractère de la science. Mais nous ne croyons pas, comme le *physiologiste en question*, à notre infaillibilité, et nous n'en aurons pas moins de respectueuse affection pour M. Bérard et d'estime pour son talent, lors même qu'il ne prendrait nul souci de notre modeste opinion.

M. Lacauchie a eu le double malheur, d'abord de faire une lecture, et ensuite de lire après M. Bérard. L'expression d'intelligente activité qui caractérise la physionomie de M. Lacauchie, l'opiniâtreté et le désintéressement scientifique dont il fait preuve depuis dix années, disposent naturellement l'auditeur à l'écouter avec intérêt et attention. Pourquoi faut-il qu'il détruise dès les premiers mots les dispositions les plus favorables! Comment écouter pendant près de trois quarts d'heure un discours qui commence ainsi :

La communication que je vais avoir l'honneur de faire à l'Académie a deux buts, l'un est de lui donner connaissance au moins de l'esprit des plus importants des travaux sur lesquels puisse s'appuyer la candidature que j'ai osé solliciter; l'autre, plus considérable pour la science et pour moi-même, est de la prier de m'accorder son concours pour éclaircir la question de l'eau;

et qui se termine par ces mots :

Si je me suis trompé, il faudra beaucoup moins de temps pour me le démontrer et pour me déterminer à laisser en paix l'eau que je gaspille depuis si longtemps.

Qui pourrait se résoudre à aller chercher les bonnes choses qu'il peut y avoir entre un tel début et une telle fin? Du reste, le vent est au lyrisme, et le célèbre auteur de la très célèbre toile d'araignée semble vraiment faire des prosélytes.

M. Betti, de Florence, ancien membre du congrès sanitaire, ma foi, annonce à l'Académie qu'il a entendu l'éloge de Hallé, par M. Fr. Dubois, avec d'autant plus de plaisir :

..... Qu'il a connu le digne objet dans l'âge le plus chéri, celui des études universitaires, et que le sujet si dignement célébré réveilla la réminiscence du printemps de la vie où la gaîté du présent, embellie par l'espoir de l'avenir, cache à nos yeux les épines qui entravent le chemin sous une couche de fleurs que nous croyons aussi persistantes et durables que la vie même..., etc.

Voilà du lyrisme de la bonne école, ou je n'y connais rien. Mais il faut avouer que ce n'est encore rien en comparaison du style de M. Lagémard, de la Creuse; ceci est du vrai pindarisme. Nous regrettons de ne pouvoir en reproduire qu'un faible échantillon à notre compte-rendu.

— L'Académie des sciences ne nous a offert que deux communications sur le crétinisme, et qu'il nous suffit de signaler. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Leçons cliniques sur la pellagre.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Nous avons en ce moment dans nos salles un homme atteint de pellagre; il est âgé de cinquante et un ans, d'une bonne santé et d'une constitution assez robuste. Son père et sa mère ont toujours été bien portants.

Il y a une année environ, à la suite d'arrangements de famille et sans qu'aucune nécessité vînt l'y contraindre, il a quitté son métier de lampiste pour aller cultiver la terre dans le département du Nord. Au bout de très peu de temps, sans cause connue, il a commencé à éprouver de la faiblesse dans les membres inférieurs; plus tard, des douleurs vives et lancinantes dans les pieds, et des soubresauts dans les tendons. La tête et les organes dévolus à la digestion n'ont ressenti aucune atteinte.

Il est entré le 25 mai dernier à l'hôpital avec une éruption dont l'apparition première remonte à quatre mois. Cette éruption, qui aujourd'hui encore occupe le dos de la main et une portion de la face dorsale des doigts, est caractérisée spécialement par une teinte rouge-brunâtre de la peau; elle s'accompagne d'une desquamation dont les plaques assez nombreuses sont un peu plus épaisses que celles de l'érythème, et diffèrent entièrement de celles du psoriasis.

Il existe dans les jambes une faiblesse très manifeste; les fonctions intellectuelles paraissent avoir conservé leur intégrité.

Tels sont en quelques mots les antécédents de notre malade; ces antécédents, rapprochés des généralités dans lesquelles nous allons entrer sur la pellagre, feront ressortir les raisons qu'on peut invoquer en faveur du diagnostic que nous avons porté.

La pellagre, à l'occasion de laquelle ont été agitées dans ces dernières années des questions très importantes, est restée longtemps pour nous une maladie historique; à une époque peu éloignée encore elle n'avait pas été observée en France.

Elle paraît avoir été connue pour la première fois dans le Milanais vers le milieu du siècle dernier. La première description qui en ait été donnée est due à Frappoli; elle parut en 1771. Pendant de longues années la pellagre fut regardée comme une maladie endémique dans la haute Italie. L'opinion régnante ne commença à être ébranlée qu'au moment où MM. Marchand et Roussel publièrent des observations qu'ils avaient recueillies, le premier dans le département des Landes, le second dans les hôpitaux de Paris.

Aujourd'hui les annales de la science contiennent un assez grand nombre d'observations du même genre. Parmi les plus intéressantes, nous devons citer celles que M. Cazalas a publiées dans un mémoire qui a pour objet de prouver les propriétés curatives des eaux de Labassarre; elles sont dues à un praticien modeste, le docteur Verdon, dont le nom serait certainement demeuré dans l'oubli, si M. Cazalas n'avait pas cru devoir mettre à profit les fruits de la longue expérience de son confrère et de son devancier.

Les premières remarques du docteur Verdon datent de 1817; il a vu un grand nombre de malades atteints de pellagre. La description générale qu'il a donnée réunit tous les caractères de l'affection, à part la couleur brun-chocolat de la face dorsale de la main. L'omission est facile à comprendre de la part d'un médecin qui devait être naturellement porté à ne voir dans l'érythème avec desquamation, dont nous avons déjà parlé, qu'une sorte de psoriasis.

La première année de la maladie était marquée par la manifestation de l'affection cutanée et quelquefois par un peu de diarrhée. Cette affection s'effaçait pour reparaître dans le cours de la seconde année avec une gravité nouvelle; il s'y joignait un dérangement complet des fonctions digestives, de la perte d'appétit et des diarrhées abondantes. Après la saison d'été survenait une rémission, à laquelle devait bientôt succéder une aggravation nouvelle.

Dans la troisième ou la quatrième année se déclaraient des symptômes très graves du côté du système nerveux, des picotements et de la paralysie, des troubles cérébraux, et les signes de la folie pellagreuse. Plusieurs malades avaient de la tendance au suicide. Un homme auquel on avait empêché cinq fois de se donner la mort alla se noyer dans un petit ruisseau.

Il est curieux de voir combien la description dont nous venons d'esquisser les principaux traits se rapproche des descriptions que nous ont transmises les médecins italiens, et particulièrement de celle que nous devons au docteur Strambio.

Faisons remarquer, en passant, qu'on ne trouve pas parmi les observations de pellagre prises en France, observations que M. Villemain a rassemblées dans un mémoire, de faits aussi complets que ceux qui ont été recueillis en vue de montrer les effets thérapeutiques des eaux de Labasserre.

La pellagre, d'après ce qui vient d'être dit, est donc une maladie caractérisée par une éruption érythémateuse à laquelle succèdent tour à tour des désordres du côté des voies digestives et des centres nerveux. Que cette succession se produise d'une manière régulière, et marque en quelque sorte des phases fatales, qu'il y ait au contraire une marche irrégulière, rémittente ou continue, comme le veut Baldarini; il n'en reste pas moins acquis que la pellagre constitue une maladie chronique embrassant les trois ordres de symptômes dont nous avons parlé.

La pellagre a été envisagée comme une maladie spéciale. M. Shedel, dont les études ont eu pour théâtre les hôpitaux de Milan, a rejeté cette manière de voir.

Une opinion plus vraisemblable est celle qui considère la pellagre comme une cachexie endémique analogue au crétinisme. On l'a attribuée à des causes très diverses, aux influences atmosphériques, au mode d'alimentation, à l'usage du maïs. Les Italiens lui donnent le nom de mal de misère, et comme dans les parties pauvres de la haute Italie, le maïs forme la base de la nourriture des populations, on comprend aisément comment a pu se répandre et s'accréditer l'idée, d'ailleurs facile à réfuter, que la pellagre a pour cause spéciale l'usage du maïs.

Nous sommes disposé à penser qu'en réalité cette affection se développe sous l'influence de toutes les circonstances qui sont de nature à débiliter l'économie. Aussi ce n'est pas sans raison qu'on a signalé les chagrins profonds et les émotions morales vives qui n'agissent pas à d'autre titre.

Une cause à laquelle tous les auteurs ont attaché une importance énorme est l'insolation. Nous n'avons eu jusqu'à présent l'occasion d'observer que trois cas de pellagre *nostras*. Dans aucun de ces cas, de même que dans celui que nous avons actuellement sous les yeux, l'insolation n'a joué un rôle bien évident.

La pellagre n'est pas contagieuse, mais elle est transmissible par voie d'hérédité. La variété qu'on observe en France, au dire de la plupart des auteurs, se réduirait à une légère éruption sur le dos de la main et à quelques accidents diarrhéiques. Ces seuls caractères ne sauraient nous suffire; nous pensons, avec M. Shedel, que l'éruption doit avoir le caractère pathognomonique qui s'est jusqu'à présent montré dans les cas soumis à notre observation; nous voulons parler de la couleur brun-chocolat. Cette couleur est très appréciable chez notre malade, qui conserve encore en ce moment l'intégrité des fonctions digestives, mais qui offre en retour des troubles manifestes du côté du système nerveux.

Une conclusion générale découle des réflexions que nous venons d'exposer. S'il est difficile d'accepter indistinctement les observations qui dans ces derniers temps ont été données comme des cas de pellagre, il est également impossible de les récuser toutes sans exception. Il y a là un point litigieux qu'éclairciront sans doute de nouvelles recherches.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Épidémie de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées observée à Verdun (Meuse) en 1850;

Par F. Neucourt, d.-m.-p., ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Suite.* — Voir le numéro du 19 juin.)

J'ai dit plus haut que, dans les cas d'angine pseudo-membraneuse simple, on devait toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'extension au larynx de la fausse membrane d'abord bornée au pharynx. Toutefois, il faut convenir que la marche de cette fausse membrane par envahissement successif doit être une chose rare, car je n'ai pas observé un seul fait dans lequel elle ait eu lieu d'une manière tranchée. Il semble que la sécrétion pseudo-membraneuse se soit établie et ait persisté dans le lieu où l'orgasme inflammatoire s'était fixé primitivement. Ainsi, nous avons vu dans les cas précédents que la fausse membrane fixée dans le pharynx a suivi toutes ses phases sans se propager au larynx; d'autre part, dans les cas où les symptômes du croup ont apparu, ils n'ont pas été précédés par la fausse membrane pharyngée; car, lorsque les symptômes n'étaient pas encore très tranchés, on n'a vu dans aucun cas de fausse membrane au pharynx. Elle n'a été constatée que quand les symptômes du croup ne permettaient pas de douter de la nature de la maladie. Or, comme ces symptômes, respiration laryngée, voix éteinte, cri aigu ou nul, accès de suffocation, toux croupale, sont produits par la présence de la fausse membrane au larynx, il n'y a pas de doute qu'elle s'était développée aussitôt dans le larynx que dans le pharynx.

Il semble donc résulter de là que dans une épidémie, bien qu'on doive considérer comme identiques, quant à la nature, les cas de laryngite et les cas de pharyngite pseudo-membraneuse, et comme possible la propagation de la fausse membrane du pharynx au larynx, cependant, si les signes caractéristiques du croup manquent, en même temps qu'il existe une fausse membrane au pharynx, il y a beaucoup à espérer que le siége du mal ne changera pas, contrairement à l'opinion de M. Bretonneau, ce qui, comme on le voit, est très important pour le pronostic.

Une des formes morbides les plus intéressantes à étudier dans une épidémie de croup est celle que M. Guersant a décrite sous le nom de faux croup ou laryngite striduleuse.

Cet auteur, qui fait justement autorité dans la question, tout en admettant l'identité de nature entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse, ne veut pas qu'on confonde le croup et l'asthme aigu, et considère la fausse membrane comme établissant entre ces deux affections une démarcation tranchée.

La description qu'il a donnée du faux croup ou laryngite striduleuse, en partant de ce point de vue, est trop remarquable pour que j'hésite à la transcrire ici.

« Elle débute ordinairement pendant le sommeil. L'enfant est réveillé tout à coup vers le soir ou dans le milieu de la nuit, très rarement le matin, par une toux rauque, sonore et sifflante, simulant quelquefois l'aboiement d'un petit chien. Cette toux est toujours très éclatante et semble formée par la sortie de l'air poussé avec force; tandis que dans le croup la toux est, au contraire, sourde, métallique, étouffée, rentrant en dedans comme si elle était formée dans le moment de l'inspiration. Dans cette première quinte, l'enfant paraît près de suffoquer, comme s'il avait avalé un corps étranger qui aurait passé dans la trachée-artère. Si cette toux survient au moment où il est le plus profondément endormi, comme c'est le cas le plus ordinaire, la frayeur se joint à l'angoisse qu'il éprouve, et les cris qu'il cherche à pousser, et qui sont étouffés par les secousses de la toux, semblent encore ajouter à la suffocation et à l'essoufflement. Vers la fin de l'accès, la figure de l'enfant, qui était d'abord très rouge, devient très pâle, froide et couverte de sueur; ses lèvres sont violettes comme dans les quintes de toux qu'on observe dans le dernier degré du croup. Les accès de toux qui succèdent à cette première quinte sont ordinairement moins graves et moins effrayants pour les spectateurs: le calme renaît peu à peu, et les signes de la suffocation, qui paraissaient imminente, se dissipent, de sorte que la laryngite striduleuse commence comme le croup finit, mais en diffère d'autant plus qu'elle s'éloigne de son début. Dès que les premières quintes sont passées et permettent à l'enfant de parler, on reconnaît de suite qu'il n'est pas aphone comme dans le croup; sa voix est simplement un peu enrouée, mais très distincte; elle n'est pas basse, entrecoupée et accompagnée d'un léger sifflement de ventriloque comme dans le croup. Si on se hâte d'examiner le pharynx, ce qui est très important, on n'aperçoit ordinairement ni gonflement, ni fausse membrane et à peine un peu de rougeur. Les ganglions du cou sont à l'état normal. Après plusieurs quintes décroissantes, la voix reste toujours un peu enrouée, et la respiration s'accompagne ordinairement d'un léger sifflement laryngo-trachéal assez analogue à celui du croup et qui se continue entre les quintes. Les symptômes se dissipent ordinairement au bout d'une ou de plusieurs heures. Le malade ne tousse plus dans le jour que de loin en loin. Vers le soir ou la nuit suivante, l'enfant est repris ordinairement de la même manière; toutefois les accès sont moins forts. Pendant toute cette première période, l'enfant n'a que peu ou point de fièvre, comme au commencement d'un rhume; la chaleur de la peau n'est point augmentée, l'enfant n'est pas assoupi et conserve toutes ses habitudes.

» La seconde période de la laryngite striduleuse commence quelquefois dès le second jour ou au plus tard le troisième. Elle se distingue facilement aux caractères de la toux, qui n'est plus aussi sèche et qui s'humecte vers la fin des quintes. Celles-ci deviennent de plus en plus courtes; et le sifflement laryngo-trachéal qui leur succède prend peu à peu le caractère de râle muqueux. Enfin, cette maladie suit entièrement la marche d'un rhume simple. Si l'affection catarrhale est grave, elle s'accompagne de fièvre dans une partie de son cours, mais alors la toux dite faussement croupale s'affaiblit de jour en jour. »

J'ai eu la satisfaction d'observer pendant le cours de l'épidémie dont je rends compte ici plusieurs cas concordant, sauf de légères nuances, avec la description précédente, dont j'ai admiré l'exactitude.

Voici quelques-unes de ces observations.

Obs. IV. — *Toux croupale avec accès de suffocation. — Bronchite consécutive.* (Faux croup.)

Ma petite fille, âgée de trois ans et demi, délicate, revint de l'école se plaignant de froid aux pieds, ce qui ne lui est pas habituel. Deux jours après, dans la nuit du 15 au 16 avril, à une heure du matin, elle est prise tout à coup d'une quinte de toux rauque qui me réveille en sursaut. M'étant levé de suite, je la trouve assise sur son lit paraissant en proie à une grande anxiété par suite d'un accès de suffocation existant encore actuellement et accompagné de toux rauque, profonde, non humide, qu'on nomme toux croupale. Lorsque l'accès de toux et de suffocation fut passé, elle se mit à pleurer, se plaignant d'étouffer et accusant de la douleur à la région du larynx. La toux se présenta encore deux fois, mais moins intense. Du reste, la voix était bien timbrée, la fièvre à peu près nulle, les amygdales rouges, un peu plus volumineuses qu'en santé, sans pellicules. Deux ganglions mobiles et douloureux au niveau de la région parotidienne des deux côtés, mais aucun sous-maxillaire ni aux régions latérales du larynx. Respiration naturelle, non bruyante.

J'attendis un peu; mais la toux étant devenue encore une fois rauque avec accès de suffocation et l'enfant accusant toujours de la douleur au larynx, je me décidai à lui faire prendre un mélange d'ipéca et d'émétique. Trois vomissements alimentaires à la suite, puis sommeil calme.

Le 16, l'enfant fut bien, sauf un peu de toux. Dans la nuit, à la même heure, nouvelles quintes de toux, mais moins fortes. — Tisane pectorale, diète.

Le 17, l'enfant est bien et demande à manger. — Potages. Vers le soir, peau brûlante, pouls à 120, toux, malaise général, abattement. L'enfant est agitée et tousse toute la nuit, mais sans autres symptômes que ceux d'une bronchite intense. Moiteur vers quatre heures du matin, à la suite de quoi il y a un mieux général. — Tisane pectorale, looch, diète.

Le 18, malaise général avec toux; redoublement de fièvre le soir. Nuit plus tranquille, mais toujours de la toux avec quelques crachats muqueux.

Les symptômes de la bronchite vont en diminuant de jour en jour, et le 25 du mois l'enfant est revenue à son état normal.

Remarques. — Les symptômes observés concordent d'une manière frappante avec ceux signalés par M. Guersant, sauf quelques légères nuances; ainsi on n'a pas constaté de bruit laryngé dans l'intervalle des crises, et il y avait des ganglions développés à la région parotidienne. Si, comme je l'ai dit plus haut, on accordait une importance exagérée à la toux dite croupale, on serait disposé à regarder cette affection comme un croup au début, arrêté dans sa marche par un traitement actif. Si j'en crois même les relations que des parents m'ont faites plusieurs fois des maladies anciennement éprouvées par leurs enfants, je serais disposé à penser que cette erreur a été commise par des médecins, qui ont cru avoir fait ainsi avorter des croups au début. La distinction établie par M. Guersant est donc de la plus haute importance, et on aura souvent occasion de l'utiliser dans la pratique. On en verra encore un exemple dans l'observation suivante.

Obs. V. — *Toux croupale avec amygdalite aiguë, terminée par une bronchite.*

L'enfant de M. Bl..., garçon âgé de deux ans et demi, très gras, bien portant, fut pris, sans cause connue, de malaise dans l'après-midi du 8 mai 1850.

Le soir, l'enfant est brûlant, maussade; pouls difficile à compter, en raison de l'indocilité du petit malade; somnolence. Toux rauque, fréquente, ayant le caractère dit croupal; pas de douleur à la gorge; langue jaunâtre; les deux amygdales rouges, très volumineuses, au point de toucher la luette des deux côtés. La toux a effrayé les parents, qui m'ont fait appeler de suite. Il n'y a ni suffocation, ni altération de la voix, sauf un léger enrouement; ni respiration bruyante, ni ganglions engorgés, ni fausse membrane au pharynx.

Je rassure les parents en leur affirmant que l'enfant n'a pas le croup, et je prescris: cataplasmes émollients à la gorge et aux pieds; eau d'orge.

Le 9, la nuit s'est très bien passée; la toux est un peu humide; l'enfant joue, il est plus gai qu'hier; peau moite, pouls calme. — Même prescription.

Les jours suivants, la maladie se convertit en une simple bronchite.

Remarques. — Ici également existait la toux croupale, bien que la terminaison ait été favorable et la maladie très légère. Mais nous voyons que, comme dans l'observation précédente, bien qu'il y eût rougeur du pharynx avec gonflement des amygdales et douleur au larynx, les signes caractéristiques du croup manquaient, c'est-à-dire la respiration sifflante, la voix éteinte, le cri nul ou très aigu et faible, la présence des fausses membranes au pharynx et dans les crachats ou les vomissements. Remarquons encore que la présence des fausses membranes au pharynx ne suffit pas, même avec la toux croupale, pour établir le diagnostic du croup, lorsque les autres signes fournis par les bruits laryngés manquent. En effet, nous avons vu précédemment plusieurs observations d'amygdalites ou pharyngites pseudo-membraneuses et même avec toux dite croupale dans un cas, sans véritable croup; distinction importante au point de vue du traitement et surtout du pronostic, qui est bien différent dans ces divers cas.

L'observation suivante, quoique semblable à celles qui précèdent, offre de l'intérêt, en ce sens que la sœur du petit malade avait succombé au croup quelques jours auparavant.

Obs. VI. — Le petit garçon de M. J. B..., âgé de dix mois, sevré depuis que sa sœur est morte du croup, est affecté depuis plusieurs jours d'un coryza avec sécrétion abondante. Il tousse de temps en temps; la voix est rauque, retentissante, mais sèche; la respiration facile, la voix forte. Le pharynx est d'un rouge vif, sans augmentation notable des amygdales. L'enfant mange à peine depuis quelques jours, il pleure toujours et dort mal; peau chaude, pouls à 120. — Sirop d'ipéca; éviter le froid.

Le lendemain, vomissements abondants. Les jours suivants, les accidents se dissipent.

Remarques. — Je n'insiste pas sur les caractères différentiels entre la toux du vrai et du faux croup, ils sont cependant très importants à connaître; mais, outre ce que j'en ai dit en parlant des signes du vrai croup, cette distinction est si bien indiquée et établie par M. Guersant dans la description du faux croup citée plus haut, que je n'ai rien à y ajouter. Rappelons seulement que, dans les cas de faux croups que je viens de citer, cette toux était rauque, éclatante, réveillant en sursaut le petit malade et les parents; tandis que dans le vrai croup elle est sifflante, aiguë, ayant un caractère de sécheresse pénible à entendre, comme si elle se faisait dans un tube métallique étroit. Elle est, en général, beaucoup moins bruyante que la première, attire peu l'attention des parents, ce qui a fait dire avec raison que le vrai croup est un chien qui mord sans aboyer.

Tout en reconnaissant que les faits que j'ai observés concordent parfaitement avec la description de M. Guersant, je crois cependant devoir faire quelques réserves quant au pronostic. Si on se fiait complétement aux assertions de M. Guersant, on s'exposerait à de cruels mécomptes; car il dit que dans aucun cas de faux croup il n'a vu la mort survenir, et il cite l'observation d'un enfant qui fut atteint à plusieurs reprises de toux croupale, pour laquelle on suivit le traitement du vrai croup: à la troisième atteinte, M. Guersant reconnut un faux croup, et rassura la mère. Je crois que, même dans ce cas, il ne faut pas être trop rassurant, car j'ai vu des enfants atteints ainsi à plusieurs reprises, dans un cas même, à plusieurs mois de distance, de toux croupale se terminant par la guérison, et ces mêmes enfants finir par être atteints du vrai croup; et il m'est resté cette impression, que ceux qui sont sujets à être atteints de toux croupale simple ont une prédisposition à être pris du vrai croup, si les conditions favorables à son développement se présentent.

En outre, ce qui me paraît devoir rendre très réservé sur le pronostic du faux croup ou laryngite striduleuse, c'est que plusieurs des enfants qui ont eu le croup avaient été atteints, très peu de temps auparavant, de toux croupale avec symptômes très légers d'ailleurs et propres à entretenir la sécurité, comme dans le cas suivant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DES PESSAIRES EN GÉNÉRAL.

Du pessaire à réservoir d'air en particulier,

Par M. le Dr Gariel.

(Fin. — *Voir* les nos des 8 et 25 mai.)

J'ai signalé les inconvénients des pessaires rigides; j'ai énuméré les avantages qui résultaient de l'emploi du pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé; il me reste à faire connaître la forme la plus favorable à donner aux pessaires en général, et à déterminer:

1° Si cette forme doit être la même dans tous les cas;

2° S'il y a lieu, dans quelques circonstances, de lui faire subir une modification.

Dans mes premiers essais, j'ai reproduit en caoutchouc vulcanisé toutes les formes de pessaires connues, j'ai expérimenté successivement les pessaires à gimblette, ronds et ovales; les pessaires à cuvette, les pessaires surmontés d'une saillie dans un point de leur circonférence, appropriant chacun de ces appareils à la maladie à laquelle on avait coutume de l'opposer; et je n'ai pas tardé à reconnaître que ces variétés de forme avaient peu d'importance en elles-mêmes, et que les résultats heureux que j'obtenais dépendaient moins de la forme que du volume que je donnais à l'appareil par l'insufflation.

Ce point bien établi, il me restait à déterminer sous quelle forme le pessaire était susceptible de prendre le plus de développement après avoir offert le plus petit diamètre au moment de l'introduction.

Après avoir essayé successivement la forme conique régulière, la forme conique tronquée, etc., je me suis arrêté définitivement à la forme sphérique.

Le pessaire de forme sphérique vide d'air se roule complétement sur lui-même, et ne représente plus, dans cet état, que le volume d'un doigt de gant; il s'introduit et se retire donc plus facilement que toute autre espèce de pessaire; en même temps que, dépourvu d'ouverture centrale qui empêche son développement dans tous les sens, il prend, par l'insufflation, un volume que nul pessaire rigide n'a pu atteindre jusqu'ici. (J'ai déjà dit que l'ouverture centrale, d'une utilité très problématique dans les pessaires qu'on laissait à demeure, devient tout à fait inutile dans le pessaire à réservoir d'air, qui permet, par son retrait quotidien, l'entière ablution des parties avec lesquelles il est en rapport.)

Examinons maintenant si le pessaire de forme sphérique maintient exactement l'utérus dans toutes les variétés de déplacements de cet organe, ou s'il peut être utile, dans certains cas, de lui faire subir une modification, une addition.

Dans les cas de prolapsus direct, la pelote sphérique remédie toujours aux accidents, quel que soit d'ailleurs le degré du prolapsus. Lorsque l'on sait proportionner le volume de la pelote à la dilatabilité normale du vagin, l'on obtient toujours un résultat favorable, les prolapsus les plus considérables se soutenant avec la même facilité que les simples relâchements.

Ce résultat favorable ne se fait jamais attendre. Dans le plus grand nombre des cas, il a lieu au moment même de l'application de la pelote; cependant il est quelques malades chez lesquelles il faut arriver par des degrés successifs de dilatation à la tolérance d'une pelote de volume convenable. Jamais ces tentatives de dilatation successive n'ont dépassé huit jours, même chez les femmes dont la sensibilité était le plus exaltée; plus rarement encore ai-je dû recommander aux malades, pour éviter toute surexcitation nerveuse, de ne porter leur pelote, pendant les premiers jours, que deux, trois ou quatre heures.

Il est toutefois des malades affectées de prolapsus direct chez lesquelles je fais subir une modification à la pelote sphérique; ce sont celles dont la vessie ou le rectum souffrent sympathiquement de la présence d'un corps étranger volumineux. Le sphéroïde, appuyant également sur tous les points de sa circonférence, déprime la partie postérieure de la vessie et la partie antérieure du rectum, aussi bien que les parties latérales de l'excavation pelvienne. J'évite le sentiment de gêne produit par la pelote sphérique en lui donnant plus de développement latéral que de développement antéro-postérieur; de cette façon, elle arc-boute sur les parois latérales du bassin, où elle ne rencontre aucun organe important, sans s'appuyer sur la vessie et le rectum. Il ne faut pas, du reste, se laisser effrayer par les premières paroles de la malade; paroles qui trahissent autant d'inquiétude que de douleur réelle. J'ajouterai que dans les cas même où les malades accusaient une sensation pénible que j'ai dû croire véritable, cette douleur n'a pas tardé à cesser spontanément au bout d'un temps très court, soit parce que le vagin s'habitue sans peine au contact d'un corps aussi doux que l'est une pelote en caoutchouc vulcanisé, soit parce que, la sensibilité de la vessie et du rectum dépendant du déplacement de l'utérus, le soutien exact de cet organe fait cesser le retentissement douloureux dans les organes qui ne souffraient que sympathiquement et par contiguïté.

L'application de la pelote sphérique donne-t-elle les mêmes résultats dans le traitement des antéversions et des rétroversions de l'utérus? Je réponds catégoriquement: oui. J'ai modifié les pelotes sphériques de toute manière; j'ai placé sur leur partie supérieure un bourrelet à air plus ou moins saillant, et au centre duquel se trouvait une dépression plus ou moins considérable; j'ai donné à ces bourrelets plus de hauteur d'un côté que de l'autre; j'ai placé leur dépression dans un point plus ou moins éloigné du centre; j'ai imité, en un mot, toutes les formes de pessaires opposées jusqu'ici aux antéversions et aux rétroversions, et je déclare n'avoir jamais obtenu un résultat plus complet qu'avec la pelote sphérique simple. Les pessaires n'agissent, dans les antéversions et les rétroversions, que comme dans les prolapsus directs, en replaçant l'utérus à la hauteur normale, ou même en exagérant, dans quelques cas, ce mouvement ascensionnel, quelle que soit d'ailleurs la position relative du corps et du col de cet organe.

Dans une note toute pratique telle que l'est celle-ci, je ne puis qu'énoncer ce fait sans qu'il me soit possible d'entrer dans de longs développements; cependant, je ne crois pas inutile de dire que le raisonnement vient ici à l'appui de l'expérimentation.

D'où dépendent les douleurs lombaires, hypogastriques, etc., qui accompagnent toujours tout déplacement de l'utérus, que ce déplacement soit un prolapsus direct, une antéversion ou une rétroversion? Evidemment du tiraillement des ligaments de cet organe, les mêmes accidents résultant des mêmes causes : dans le prolapsus direct, il y a tiraillement direct de ces ligaments; dans l'antéversion et la rétroversion, il y a tiraillement réfléchi, si je puis ainsi dire; l'axe du corps de l'utérus peut rester au même niveau, mais la partie supérieure de cet organe a décrit un quart de cercle qui fait éprouver aux ligaments le même tiraillement que si l'utérus était abaissé. Dans un certain nombre de cas, les deux causes se trouvent réunies, et il y a en même temps prolapsus plus ou moins complet et déviation antéro-postérieure (antéversion ou rétroversion).

Dans le prolapsus direct, comme dans l'antéversion et la rétroversion, il y a le plus souvent concomitance d'accidents résultant de la compression de la vessie ou du rectum; ici encore il y a parité de causes dans la production des mêmes effets; dans le prolapsus direct, l'utérus s'engage directement entre la vessie et le rectum à la manière d'un coin et donne lieu aux accidents qu'on remarque dans ces cas (envies fréquentes d'uriner, dysurie, douleurs névralgiques de la vessie, constipation, contractions sympathiques du sphincter, etc.); dans l'antéversion et la rétroversion, l'utérus, placé par rapport à l'axe du corps dans une position oblique ou horizontale, vient appuyer de tout son poids tantôt sur la vessie (antéversion), tantôt sur le rectum (rétroversiou), et produit les mêmes accidents.

En écrivant que l'utérus pèse de tout son poids, j'ai voulu dire de tout son poids acquis et non de son poids normal, physiologique; car, pour qu'il y ait eu production d'un déplacement quelconque de cet organe, il faut qu'il y ait eu préalablement augmenlation de son poids et de son volume par une hypertrophie, un engorgement, etc. Les cas dans lesquels on n'a pas rencontré des déviations utérines sans engorgement actuel ne viennent pas infirmer cette proposition; divers modes de traitement, de simples soins hygiéniques, le repos sur une chaise longue peuvent influer sur le volume de l'utérus sans influer sur le prolapsus. Ce point de doctrine, en opposition avec ce qui est professé, me paraît établi par les faits de la manière la plus irréfragable; mais il demande, pour être mis convenablement en lumière, des développements qui feront l'objet d'une nouvelle communication.

En résumé, tous les accidents résultant d'un déplacement quelconque de l'utérus proviennent de la même cause, le tiraillement, l'excès de tension des ligaments de cet organe; lorsque l'on place l'utérus dans une position telle que ce tiraillement cesse, tous les accidents cessent aussi, quelle que soit d'ailleurs la position relative de son corps et de son col; en d'autres termes, le simple soulèvement, l'élévation de l'utérus, en rapprochant cet organe des points d'attache de ses ligaments, produit un résultat aussi favorable dans l'antéversion et la rétroversion que dans le prolapsus direct, sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun moyen auxiliaire pour redresser cet organe. Il me serait, du reste, facile de prouver par des faits que l'utérus, ramené à sa hauteur physiologique, ne tarde pas à perdre de son poids et de son volume, et que le résultat qu'on voulait obtenir de prime abord, le redressement de l'organe (résultat auquel on n'est pas arrivé), s'obtient seul au bout d'un temps très court.

Les prolapsus du vagin (cystocèles, rectocèles) sont réduits et maintenus avec la même facilité que les déplacements de l'utérus lui-même.

Je ne terminerai pas cette note sans mentionner le cas spécial où l'usage de la pelote sphérique exige l'addition d'un second appareil; c'est le cas où il y a déchirure de la cloison recto-vaginale, en même temps qu'abaissement d'un des organes contenus dans le petit bassin. Dans ce cas, la pelote ne trouvant plus de point d'appui naturel, il faut lui en créer un. Cette nécessité a donné lieu à l'intervention de la ceinture périnéale.

Cette ceinture est formée d'un plancher de caoutchouc vulcanisé *e*, remplaçant la cloison recto-vaginale détruite; au milieu de ce plancher passe le tube destiné à l'insufflation de la pelote-pessaire *c*: l'appareil s'attache en avant et en arrière à une ceinture abdominale, à un bandage de corps ou même au corset de la malade, au moyen de tubes en caoutchouc vulcanisé *bbbb*. Ces tubes forment sous-cuisses; ils ne se mettent jamais en corde comme les sous-cuisses ordinaires, et ne déterminent jamais d'excoriations.

Une vaste échancrure située au niveau du méat urinaire permet d'opérer la miction, sans dérangement de l'appareil.

La pelote-pessaire ne doit être insufflée que lorsque l'appareil est fixé.

Qu'une dernière observation me soit permise. J'ai signalé les causes de ma préférence pour la pelote sphérique; je crois que cette pelote, avec les modifications indiquées, est à présent le meilleur moyen de remédier aux accidents produits par les divers déplacements de l'utérus. Mais je ne prétends pas imposer cette forme; j'ai été le premier à reconnaître que toute pelote suffisamment développée par l'insufflation produisait de bons résultats, et il est telle circonstance où la forme de la pelote doit être laissée à l'appréciation du médecin. Je désire seulement établir que la pelote-pessaire en caoutchouc vulcanisé peut recevoir toutes les configurations possibles, sans cesser de constituer le pessaire à réservoir d'air, dont la supériorité absolue, indépendamment de la forme, ne saurait être contestée.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juin 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Rapports :

Sur le service des eaux minérales de Bagnoles (Orne), par M. Lebreton;

Sur les eaux chaudes, par M. Izarié;

Sur une épidémie de typhus, par M. Liégey, de Rambervilliers;

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Fuzellier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil;

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Lefèvre, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot;

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Jacquot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié.

— Plusieurs échantillons de remèdes secrets.

— Petit appareil de Mme Coquillard. — Le bureau a décidé qu'on ne nommerait point de commissaire.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine.

Etats de vaccination des départements des Hautes-Alpes, de l'Aube, du Doubs et de Tarn-et-Garonne.

Diagnostic du produit de la fécondation.

M. Le Moal, étudiant en médecine à Rennes, annonce avoir constaté plus de cent fois que l'œdème des parties externes des organes de la génération chez la vache et la jument, dans l'état de gestation, indique la présence d'un produit femelle, tandis que l'absence de cet œdème dénote la présence dans le sein de la mère d'un produit mâle.

Accouchements.

M. Maslieurat-Lagémard adresse un mémoire intitulé : *Dix ans d'accouchements dans le département de la Creuse.* Dans ce mémoire, l'auteur propose que le gouvernement envoie dans les campagnes salubres les femmes contrefaites qui seraient enceintes, afin qu'au lieu de les faire avorter elles puissent se soumettre à une opération *peu grave*, l'opération césarienne. L'auteur, parlant de la mesure qu'il propose, termine son mémoire ainsi qu'il suit :

« Il n'y aurait qu'une voix en France pour applaudir à une telle » œuvre : et les résultats obtenus *feraient vibrer plus de fibres gé- » néreuses et bienfaisantes, que les flots d'or qui coulent dans la » Seine entraînés par les fusées d'un feu d'artifice.* »

Influence des nerfs pneumo-gastriques sur l'absorption de l'estomac.

M. Bérard donne lecture du rapport suivant :

Les déclarations de vacances dans l'une quelconque de vos sections vous ont fait assister depuis quelques années à un spectacle qui a dû réjouir et les amis de l'Académie et les amis du progrès. Des hommes qui auraient pu se borner à signer un acte de candidature, des hommes qui, chacun, auraient pu nous dire : « Voici » mon nom; cherchez quels travaux il rappelle, quels services le » recommandent », ont voulu nous montrer qu'à un moment donné, que pour une circonstance déterminée, ils pourraient ajouter à leurs titres antérieurs quelque production originale.

Presque tous ont demandé, et tous ont obtenu le tour de faveur que votre courtoisie assure à de telles communications.

Cette sorte de concours, *moins le scandale*, cette lutte pacifique, et pourtant brillante, d'où les candidats ne peuvent sortir ni *diminués*, ni *meurtris*, est un public hommage rendu à la compagnie savante devant laquelle elle se passe et qui la juge. Elle tourne au profit de la science, pour laquelle elle crée tout au moins quelques aperçus nouveaux, lorsqu'elle ne l'enrichit pas de quelques découvertes réelles.

Le mémoire dont j'ai à rendre compte à l'Académie a été composé pour une de ces circonstances que nous appellerions *heureuses*, si la perte d'un collègue ne les faisait naître. Ce mémoire est de M. Bouley fils, professeur à l'Ecole d'Alfort. Il a pour objet un point intéressant de physiologie. Ce ne sera pas la première fois qu'une impulsion favorable aura été imprimée à cette science par un médecin vétérinaire. Notre reconnaissance a conservé les noms de plusieurs de ces praticiens habiles. C'est Flandrin, prouvant par de belles expériences que le canal thoracique n'est pas la seule voie qui soit offerte aux produits utiles de la digestion; c'est Chabert, travaillant à élucider le phénomène complexe de la rumination; c'est Gohier, démontrant quelle énorme quantité de liquide peuvent absorber en quelques instants les voies respiratoires d'un mammifère; c'est Dupuy, un peu prompt peut-être à conclure, mais expérimentateur infatigable; c'est Hering, de Stuttgard, mettant en évidence, et par un moyen saisissant, l'inconcevable vélocité du sang; ce sont d'autres vétérinaires encore que j'aurais pu me dispenser d'aller chercher si loin, que vous nommez tout bas et que je n'ose nommer tout haut, de peur d'alarmer leur modestie.

Recherches expérimentales sur l'influence que la section des pneumo-gastriques exerce sur l'absorption stomacale dans le cheval, le chien et le bœuf.

Tel est le titre du mémoire que vous avez renvoyé à l'examen de MM. Renault, Longet et Bérard.

Je vais essayer d'en donner une analyse fidèle, mais succincte; l'œuvre d'appréciation viendra plus tard.

Pour justifier le choix qu'il a fait de ce sujet, M. Bouley s'applique à démontrer d'abord que la science n'est pas faite à cet égard. Des dissidences sérieuses se sont élevées entre les physiologistes. M. Brachet, de Lyon, et M. Wapay affirment, dit l'auteur, que les poisons introduits dans l'estomac restent sans effet *faute d'y être absorbés*, chez les animaux dont on a interrompu les nerfs pneumo-gastriques. Muller prononce, au contraire, que cette mutilation n'introduit pas le plus petit changement dans le pouvoir absorbant de l'estomac; et M. Longet, ayant vu l'empoisonnement se produire dans les conditions indiquées, mais avec plus de lenteur, a laissé la question indécise. Il fallait donc procéder à de nouvelles recherches.

Après s'être assuré par des expériences préliminaires que 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique délayés dans 2 décilitres et demi d'eau, introduits dans l'estomac d'un cheval par une ouverture pratiquée à l'œsophage, déterminent, au bout d'un quart d'heure, les prodromes de l'empoisonnement, et au bout d'une heure et demie la mort de l'animal, M. Bouley, assisté de M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, fait prendre cette dose du même poison à un autre cheval auquel les deux nerfs pneumo-gastriques ont été divisés et réséqués. L'animal, après vingt-quatre heures, était debout et parfaitement tranquille; il n'avait donc pas absorbé le poison.

On répète l'expérience sur un troisième cheval qui était à jeun depuis quarante-huit heures, circonstance très favorable pour activer l'absorption; cependant aucun symptôme d'empoisonnement ne se manifeste. Après trente et une heures on tue l'animal, et on trouve dans son estomac un litre d'un liquide dans lequel on suppose que le poison est encore contenu.

Pour vérifier cette conjecture, on soumet à la même expérience un quatrième cheval, à jeun comme le précédent. Pas d'empoisonnement. L'animal est mis à mort après vingt-quatre heures. Le liquide pris dans son estomac est donné à petites doses à deux chiens. L'un meurt en vingt-cinq minutes, l'autre avant même d'avoir avalé complétement la quantité qui lui était destinée.

Ceux-là seuls qui sont capables de se passionner pour un point de doctrine pourront comprendre le désappointement, je dirais volontiers la douleur dont j'ai été saisi au moment où M. Bouley en arrivait à la lecture de cette partie de son mémoire. Convaincu et professant depuis vingt ans que l'intervention des nerfs n'était pas nécessaire pour que l'absorption s'effectuât, je voyais s'écrouler en un instant tout l'échafaudage d'arguments que j'avais dressé pour édifier cette doctrine.

Fort heureusement ces expériences pouvaient et devaient recevoir une autre interprétation. Celle-ci n'a point échappé à la sagacité de l'expérimentateur. Cette interprétation, cette explication, donnons-la de suite. « C'est que les liquides introduits dans l'estomac du cheval n'y sont pas absorbés ou ne le sont qu'à dose insignifiante. » Cette proposition imprévue et toute nouvelle dans la science, M. Bouley la démontre par une expérience parfaitement conçue. Le pylore est lié chez un cheval dont les nerfs pneumo-gastriques n'ont point été touchés. Les 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique sont ingérés dans l'estomac de l'animal. Dix-huit heures s'écoulent, pendant lesquelles le poison a séjourné dans l'estomac; et, cependant, il n'y a pas eu le moindre accident d'intoxication. Ce n'est donc pas le système nerveux qui a fait défaut, car il est resté intact. C'est que l'*absorption n'enlève pas les matières contenues dans l'estomac du cheval.*

Tout n'est pas clair encore; mais tout le sera bientôt. Vous vous posez cette question : Comment se fait-il, s'il n'y a pas d'absorption dans l'estomac du cheval, que 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique empoisonnent infailliblement ceux de ces animaux qui n'ont subi ni la division des nerfs vagues, ni la ligature du pylore?

Voici la réponse.

Les substances ingérées dans l'estomac d'un cheval n'y séjournent pas longtemps. Elles passent promptement de cette première poche, où l'absorption est nulle, dans l'intestin, où l'absorption est très active. Faut-il vous prouver que les choses se passent ainsi?

M. Bouley va délier le pylore de ce cinquième cheval qui, pendant dix-huit heures, a gardé sans en être affecté le poison dans son estomac, et il ne s'écoulera pas quinze minutes avant que l'animal expire au milieu des convulsions qui caractérisent l'empoisonnement par la noix vomique.

Encore une petite difficulté à lever, et tout se lie, tout s'enchaîne, tout s'explique, tout est satisfaisant, même pour l'esprit le plus sceptique. Nous avons vu que 32 grammes d'extrait de noix vomique empoisonnent infailliblement un cheval, et que d'une autre part le poison est sans action si on a divisé les nerfs pneumo-gastriques de cet animal. Nous savons, en outre, que l'interruption des nerfs n'intervient pas ici par un changement qui serait imprimé au pouvoir absorbant de l'estomac. Quelle est donc la nature de cette intervention si importante? La voici. Le nerf pneumo-gastrique anime la couche musculaire de l'estomac. C'est cette couche musculaire qui par ses contractions fait passer si promptement les liquides de l'estomac dans l'intestin du cheval. Si l'action nerveuse est interrompue, l'estomac perd tout à la fois et sa contractilité et sa tonicité. Les substances qu'on y ingère le distendent et y séjournent; et si ces substances renferment un poison, celui-ci ne sera pas transmis à l'intestin, où il serait absorbé.

Qu'il nous soit permis, puisque nous trouvons sur notre passage la question de l'absorption des boissons, de reprocher à un physiologiste, assez disposé à croire à son infaillibilité, d'avoir généralisé trop vite les résultats d'une expérience faite sur un seul groupe d'animaux. La ligature du pylore chez le chien n'empêche pas que les boissons ne disparaissent de son estomac. Fallait-il de ce fait tirer la proposition générale que l'estomac est le siége à peu près exclusif de l'absorption des boissons? N'eût-on pas formulé une conclusion diamétralement opposée et tout aussi peu légitime si on eût lié le pylore d'un cheval? Les boissons séjournent si peu dans l'estomac de cet animal, que huit litres d'eau dans un cas, et seize litres dans un autre, furent en quelques minutes chassés au travers du pylore. La boisson introduite dans l'estomac d'un autre cheval était parvenue au cœur en six minutes, ayant parcouru un espace de plus de soixante pieds.

Revenons à M. Bouley. Les faits précieux et véritablement inattendus qu'il nous révèle nous feront dire avec lui que Dupuy avait raison contre ses adversaires quand il annonçait que la section des pneumo-gastriques annulait les effets des poisons introduits dans l'estomac du cheval; mais l'avantage que le laborieux vétérinaire venait de conquérir sur le terrain de l'expérimentation, il le perdait complétement dès qu'il passait aux déductions. Il croyait, par la section des nerfs vagues, avoir détruit dans l'estomac la faculté d'absorber. C'était l'action musculaire qu'il y avait paralysée. Que si Dupuy eût voulu par analogie conclure de l'estomac du cheval à celui du chien, il eût commis deux erreurs au lieu d'une. En effet, messieurs, de quelque manière qu'on opère sur le chien, soit qu'on coupe ou non les pneumo-gastriques, soit qu'on lie le pylore ou qu'on le laisse libre, les effets du poison sont infaillibles, pour peu qu'on ait pris des précautions pour empêcher le vomissement. C'est que l'absorption s'exerce activement dans l'estomac. D'où vient cette singulière différence entre le chien et le cheval? M. Bouley la déduit de la différence de texture et aussi de la fonction différente de l'estomac chez le solipède et le carnivore. Vous avez certainement observé, messieurs, cette espèce de rebord frangé, déchiqueté, qui chez l'homme indique le point où finit l'œsophage, et où l'estomac commence. Lorsque j'étais étudiant, quelques-uns de mes maîtres me disaient que la membrane muqueuse de l'œsophage se terminait là; d'autres m'enseignaient que c'était la limite de l'épiderme. Tous se trompaient. Il y a là seulement conversion d'un épithélium pavimenteux plus ou moins grossier en un épithélium à cylindre plus délicat, plus perméable aux liquides. Eh bien, cette transformation n'a pas lieu au cardia dans l'estomac du cheval. Elle s'opère vers la partie moyenne du viscère; de sorte que l'on observe dans toute la moitié splénique de l'estomac un revêtement blancbâtre qui ne le cède pas en épaisseur à l'épiderme de la peau de l'homme, et qui le dépasse peut-être en imperméabilité. Le fait anatomique était connu depuis longtemps. La déduction physiologique appartient à M. Bouley. Reste, à la vérité, la portion pylorique où la vascularité est très prononcée, et que tapisse un épithélium qui ne peut être comparé à celui de la région splénique, mais que je crois cependant pavimenteux. Cette partie de l'estomac, dit M. Bouley, est le siége d'une sécrétion active, mais l'absorption y est presque nulle. L'estomac du cheval est un organe digesteur, l'absorption se fait plus loin. L'estomac du chien, beaucoup plus grand que celui du cheval, eu égard à la taille de l'animal, n'offre pas plus que celui de l'homme le revêtement épidermoïde dont il vient d'être question. Cet estomac absorbe comme il exhale, et les poisons y sont enlevés soit qu'on ait ou non divisé les pneumo-gastriques.

M. Bouley, enfin, ne s'est pas renfermé dans le parallèle entre l'estomac du chien et celui du cheval; il a porté plus loin ses regards. Il lui a paru qu'il pouvait entrer dans le plan de la nature de refuser à certains estomacs le pouvoir absorbant. L'immense surface du premier estomac des ruminants eût desséché en pure perte les substances alimentaires qu'ils y emmagasinent. Or, un épiderme épais revêt ces surfaces. C'est grâce à un artifice anatomique de ce genre que les ruminants des contrées chaudes, le chameau, le dromadaire, peuvent tenir en réserve dans ces cellules de leurs estomacs une plus ou moins grande quantité d'eau. Les choses changent dans le quatrième estomac, où le pouvoir absorbant existe, mais moins marqué encore dans l'intestin.

Telle est la substance de la communication qui vous a été faite par M. Bouley.

Dans un travail où il y a tant à louer, il restera pour la critique une place bien petite; j'essayerai cependant de l'y introduire; ce sera un gage de l'impartialité qui aura dicté la louange. C'est par une légère inattention, je pense, que M. Bouley attribue à M. Brachet, de Lyon, la même opinion qu'a professée Dupuy relativement à l'influence qu'exercerait le pneumo-gastrique sur les phénomènes d'absorption dans l'estomac.

J'attacherais peu d'importance à rétablir ici la vérité des faits, si cette petite rectification ne me donnait l'occasion de vous montrer quels progrès nous avons faits dans la doctrine de l'empoisonnement. Certains physiologistes ont cru que les poisons exerçaient sur les extrémités des nerfs de la membrane avec laquelle ils étaient mis en contact une dépression qui se propageait par ces nerfs jusqu'aux centres nerveux, dont les fonctions se trouvaient tout à coup perverties ou anéanties; ils n'invoquaient, par conséquent, pour expliquer l'empoisonnement, ni l'absorption, qui introduit le poison dans les vaisseaux, ni la circulation, qui le met en contact, molécule à molécule, avec la substance des centres nerveux. Cette explication était en grande faveur au siècle dernier. C'était presque la seule qui fût invoquée. Haller, si fidèle historien de la science, ne paraît pas se douter qu'on puisse en proposer une autre. Vous jugerez, messieurs, du pas immense que nous avons fait en comparant les notions que vous possédez, c'est-à-dire la vérité, à deux petits passages des *Elementa physiologiæ*. L'auteur nous dit, en parlant de la sensibilité et des nerfs de l'estomac: *Neque alia via ad mortem brevior est, venenis vehementer acribus in ventriculum receptis.* Et si nous parcourons le catalogue de ces substances qui tuent en affectant les nerfs de l'estomac, nous y voyons figurer la noix vomique: *Quæ nondum ferè ventriculum ingressa convulsiones lethiferas sciet!* L'eau de laurier-cerise qui, dit-il, mise sur l'œil ne l'affecte pas, et cependant tue en une heure le chien qui l'a bue: *Aqua lauro cerasi instillata oculum non adficit, et tamen pota canem inter horam enecat.* Haller était loin de se douter que cette eau de laurier-cerise recèle un principe qui, déposé sur la conjonctive d'un chien, offre l'exemple du plus rapide et du plus terrible empoisonnement qu'il ait été donné d'observer. Eh bien, messieurs, c'est cette vieille opinion que M. Brachet a reproduite. Si la section des pneumo-gastriques retarde l'empoisonnement, c'est, dit-il, parce que cela prive l'estomac de la sensibilité. Il prononce que l'absorption, qu'il met sans preuve aucune sous la dépendance du grand sympathique, continue de s'opérer dans l'estomac après la section des nerfs pneumo-gastriques.

Encore une petite critique ou plutôt une légère réclamation, et je serai heureux d'exprimer, de motiver l'estime singulière que je professe pour le travail dont je présente ici l'analyse et pour son auteur. Un point certainement neuf et qui vous a frappés dans le mémoire de M. Bouley, c'est l'explication de la manière dont intervient chez le cheval la section des pneumo-gastriques pour enrayer les effets d'un poison introduit dans l'estomac. Ceci posé, je vais faire, sans sortir du sujet, un petit circuit pour en venir à ma réclamation.

Nous avons vu bien des opinions émises sur les effets de la division des pneumo-gastriques chez les animaux auxquels on a donné du poison. Nous pourrions en compter jusqu'à quatre:

1° L'empoisonnement n'a pas lieu, parce que l'absorption ne se fait plus;

2° Les accidents primitifs ne se montrent pas, parce que l'estomac est devenu insensible;

3° L'empoisonnement a lieu, mais il est retardé;

4° L'empoisonnement a lieu comme si l'on n'eût pas divisé les pneumo-gastriques.

Formuler une cinquième opinion vous paraîtrait peut-être chose difficile. Eh bien! messieurs, cette cinquième opinion existe: c'est que, loin de prévenir ou de retarder l'empoisonnement, la division des pneumo-gastriques assure dans certaines circonstances et précipite l'action du poison. Il faut s'expliquer bien vite.

Il existe deux substances, l'*émulsine* et l'*amygdaline*, qui, prises isolément, sont parfaitement inoffensives, mais qui réunies donnent naissance à l'acide cyanhydrique: d'où il suit que, si elles se mélangeaient dans l'estomac d'un animal vivant, celui-ci serait empoisonné à l'instant même. Or si à deux chiens, dont l'un aurait les nerfs pneumo-gastriques divisés, on donne une dose d'émulsine et si on la fait suivre, une demi-heure plus tard, d'une dose d'amygdaline, le chien dont les nerfs sont intacts n'éprouvera pas d'accidents, l'autre sera empoisonné. M. Bernard, auteur de cette expérience, en conclut que le premier chien avait digéré l'émulsine; tandis que, le second ne l'ayant pas digérée faute d'influx nerveux, cette substance, mélangée à l'amygdaline introduite une demi-heure plus tard, avait formé avec elle le composé toxique absorbé par l'animal. A cette explication, j'avais demandé si on n'en pourrait pas substituer une autre: si l'on suppose, disais-je, que la paralysie musculaire de l'estomac soit le principal résultat de la division des nerfs vagues, l'émulsine n'aura pu être expulsée de l'estomac du chien dont les nerfs ont été divisés; elle s'y sera trouvée encore au moment où on a ingéré l'amygdaline: de là formation d'acide prussique et empoisonnement, événement qui n'a pu se produire chez le chien dont l'estomac demeuré contractile avait fait passer l'émulsine dans l'intestin. Entre cette explication, consignée en 1849 dans une des livraisons de mon cours, et celle que M. Bouley a appuyée sur des expériences si bien conçues et si bien exécutées, il y a un rapport que vous saisissez de suite. L'un et l'autre, c'est-à-dire M. Bouley et moi, nous faisons intervenir la paralysie du tissu musculaire de l'estomac pour rendre compte des effets de la section des pneumo-gastriques dans un cas d'empoisonnement. Mais, chose digne d'être notée, dans les cas cités par M. Bouley la paralysie musculaire de l'estomac préserve l'animal de l'action du poison, tandis qu'elle assure l'empoisonnement dans le cas que j'ai examiné. J'ai eu quelque regret que cette communauté de vues entre M. Bouley et moi n'ait pas été indiquée dans un travail où il y a tant d'autres choses neuves, que l'auteur ne pouvait craindre de s'appauvrir.

Je dis qu'il y a beaucoup de choses neuves dans ce travail, et je les résume:

1° M. Bouley explique comment les physiologistes qui ont étudié l'influence du nerf pneumo-gastrique sur le pouvoir absorbant de l'estomac ont pu arriver à des résultats différents et par suite à des opinions diamétralement opposées, les uns ayant opéré sur le cheval, les autres sur le chien.

2° Il montre que, dans le cas où la section de ces nerfs a empêché l'empoisonnement de se produire, le résultat négatif devait être attribué à la paralysie du tissu musculaire de l'estomac et non à la perte du pouvoir absorbant.

3° Il donne une interprétation nouvelle aux faits dont on avait conclu, mal à propos, que l'absorption ne peut se faire sans l'intervention actuelle du système nerveux, et il dissipe l'obscurité qui, pour certains physiologistes (peu avancés à la vérité), régnait encore sur ce point important de notre science.

4° M. Bouley prouve que l'absorption est nulle ou à peu près nulle dans l'estomac du cheval, et certes, pas un de nous ne s'attendait à une telle révélation!

Sur ce dernier point, je l'avoue, messieurs, j'étais resté quelque peu incrédule. Je voyais bien une barrière à peu près infranchissable dans le revêtement épidermique de la moitié gauche de l'estomac; mais comment admettre la même imperméabilité à droite, où l'épithélium plus mince laisse voir au-dessous de lui un réseau vasculaire très développé? Il me semblait que là, du moins, un poison plus soluble, plus actif que l'extrait de noix vomique avait chance d'être absorbé. Je n'ai pas voulu vous soumettre ce rapport sans avoir tenté d'éclaircir mes doutes. Sur ma prière et en ma présence, M. Bouley a fait faire l'expérience suivante par M. Colin, dont je me plais à reconnaître la complaisance et l'habileté.

Trois grammes de sulfate de strychnine dissous dans l'eau distillée ont été poussés dans l'estomac d'un cheval à jeun, dont les deux pneumo-gastriques avaient été divisés et réséqués pendant la nuit. Les signes d'intoxication se manifestèrent en moins d'une heure; ils s'aggravèrent, et le cheval expira.

Ceux qui par état (passez-moi ce mot) étudient chaque jour des relations d'expériences physiologiques se tiennent en garde contre des conclusions prématurées. Je ne me pressai point de triompher de ce qui venait de se passer, et bien m'en prit. Sans doute, la mort du cheval paraissait tenir à ce que le poison avait été absorbé dans l'estomac, et alors j'avais gain de cause; mais il n'était pas impossible que, nonobstant la division des pneumo-gastriques, une portion du liquide eût pénétré dans l'intestin. J'avais à peine émis ce doute que déjà le ventre était ouvert. L'estomac était flasque et immobile; l'intestin grêle se contractait vigoureusement. Une portion du liquide contenu dans le duodénum est extraite de l'intestin et introduite dans l'estomac d'un chien, qui meurt empoisonné en quelques minutes!

Cette expérience, intéressante à quelques égards, puisqu'elle montrait que les choses ne se passent pas toujours après la section des nerfs vagues, comme Dupuy l'avait annoncé, ne m'apprenait rien sur le pouvoir absorbant de l'estomac. J'en demandai une autre, conçue sur un plan différent. On lia le pylore d'un cheval; on injecta trois grammes de sulfate de strychnine dans son estomac; on ne toucha pas à ses nerfs pneumo-gastriques, et on attendit l'événement. Après vingt-quatre heures, l'animal n'avait pas eu le moindre symptôme d'empoisonnement. Il fut tué et ouvert. Son estomac contenait une énorme quantité de fourrage chymifié et imprégné de liquide. On recueillit ce liquide par expression; on en fit avaler la trentième partie environ à un petit chien, qui mourut empoisonné. Le reste fut injecté dans l'intestin grêle d'un cheval vigoureux, atteint de morve. L'animal éprouva, dans la journée, les accidents caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine; il se remit vers le soir, mais il succomba dans la nuit. Sur cette expérience, je jugerais sans appel la question au profit de M. Bouley, si l'estomac dont le pylore avait été lié eût été vide au moment où le sulfate de strychnine y a été introduit. Il reste acquis, toutefois, qu'une dose de poison capable de tuer un cheval et un chien a pu séjourner *pendant vingt-quatre heures*, sans produire aucun résultat appréciable, dans l'estomac d'un autre cheval. N'oublions pas, d'ailleurs, que la même expérience a été faite avec l'extrait de noix vomique sur un cheval à jeun, et qu'elle a réussi.

Un dernier mot. J'ai dû, pour ménager les instants de l'Académie, m'abstenir de traiter la question générale des rapports de dépendance entre l'absorption et l'action nerveuse. J'ai donc supprimé volontairement une foule de documents qui s'y rapportent; quelques-uns même se fussent appliqués à l'estomac: il ne m'a pas paru nécessaire de les énoncer. Je me suis strictement renfermé dans la discussion du travail de M. Bouley.

Messieurs, il ne m'appartient pas d'assigner le rang que ce beau travail et ceux qui l'ont précédé assignent à M. Bouley parmi ses compétiteurs; ce serait empiéter sur les attributions de la commission dont vous entendrez bientôt le rapport. Mais j'ai le droit, et, pour moi, c'est un devoir, de dire que, livré tout à la fois à la pratique de l'art et au culte de la science, non moins distingué dans l'une que dans l'autre carrière, M. Bouley ferait honneur et pourrait rendre de véritables services à la Société savante qui l'introduirait dans son sein.

J'ai l'honneur de proposer:

1° Que des remercîments soient adressés au nom de l'Académie à M. Bouley pour son intéressante communication;

2° Que M. Bouley soit invité à donner suite à des recherches qui ont déjà contribué à l'avancement de la science;

3° Que son mémoire soit honorablement déposé dans nos archives.

Anatomie du système lymphatique.

M. Lacauchie lit un travail intitulé: *Etudes hydrotomiques du système lymphatique.*

Opium.

M. Barruel lit un mémoire *sur les divers procédés pour l'analyse de l'opium sous le rapport de la morphine, production de nouveaux sels à base de cet alcaloïde et constatation de l'acide pectique dans les divers opiums du commerce.*

— La séance est levée à cinq heures.

M. le docteur L. Wertheimber, et non Wurtemberg, comme nous l'avons imprimé par erreur, nous prie d'annoncer qu'il s'est glissé quelques faits inexactement rapportés dans l'article sur la *galvanopuncture appliquée aux traitements des varices et des anévrismes* publié dans notre avant-dernier numéro, et qu'il ne tardera pas à nous adresser une note pour les rectifier.

— Nous recevons à propos du même article la lettre suivante de notre honorable confrère M. le docteur Ch. Pravaz, de Lyon, et nous nous empressons de la publier:

...... « Scudamore, dites-vous, avait déjà remarqué que les courants galvaniques ont la propriété de coaguler rapidement le sang en dehors des vaisseaux. M. Guérard (1831), après lui M. Pravaz, M. Le Roy-d'Etiolles entrevirent la possibilité de coaguler ainsi le sang des poches anévrismales; mais l'honneur d'avoir développé cette idée et de l'avoir appliquée revient incontestablement à M. Pétrequin, de Lyon. »

« Je vous rappellerai que, dans une séance assez récente à la Société de chirurgie, un des membres de cette Compagnie savante ayant attribué à M. Philipps la priorité de l'idée dont l'expérience paraît sanctionner chaque jour la valeur, cette assertion fut rectifiée dans la séance suivante et mon droit à cette priorité reconnu sans que personne le revendiquât en faveur de M. Guérard.

» Du reste, je m'en rapporte à la loyauté de ce savant confrère pour décliner une prétention qu'il n'a jamais mise en avant et qui ne saurait se fonder sur le concours qu'il a bien voulu me prêter pour vérifier la propriété hémostatique des courants galvaniques.

» La pensée de coaguler le sang dans les poches anévrismales au moyen d'électrodes très déliés me fut suggérée en 1831 par l'observation que l'on doit à M. Velpeau du caillot formé autour d'une aiguille introduite à demeure dans le calibre d'un vaisseau: je crus reconnaître dans ce fait le résultat d'une action galvanique faible, et il me parut très probable que la décomposition du fluide sanguin serait obtenue plus facilement par le moyen de deux aiguilles, en platine ou en or, communiquant aux pôles d'une pile voltaïque. Je ne me bornai pas à cette conjecture, comme vous le donnez à entendre, et j'instituai à Alfort, avec l'assistance de M. Delafond, alors chef de service et maintenant professeur à cette Ecole, une série d'expériences qui confirmèrent mon premier aperçu théorique.

» Je reconnais avec vous, monsieur le rédacteur, que le principal mérite de la nouvelle découverte appartient à M. le docteur Pétrequin pour l'avoir utilisée le premier dans la pratique; je le loue surtout de ne s'être point laissé décourager par l'insuccès des tentatives antérieures de M. Philipps; mais, cet hommage rendu à la sagacité et au talent opératoire d'un chirurgien que je m'honore de compter au nombre de mes amis, vous trouverez naturel que j'attache quelque prix à la conception première d'une méthode thérapeutique aussi importante, et que j'en revendique l'incontestable propriété, que votre article tendrait à me dénier.

» Du reste, le perfectionnement apporté à la galvanopuncture par MM. Baumgarten et Wertheimber ne me paraît pas encore le dernier mot de l'art pour guérir les anévrismes sans opération sanglante, et je compte produire prochainement un procédé qui atteindra ce résultat d'une manière plus prompte et plus facile, au moins dans certains cas. »

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 75. — SAMEDI 26 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 75. — SAMEDI 26 JUIN 1852.



Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

SOMMAIRE. — PARIS. Lettre de M. Chevallier sur les pilules de Blaud. — Réponse. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). Considérations nouvelles sur la myopie et la presbyopie. — De l'engorgement miasmatique de la rate comme cause des accès de fièvre intermittente. — Académie des sciences, séance du 21 juin.

PARIS, LE 25 JUIN 1852.

Des pilules de Blaud. — De l'inscription des médicaments nouveaux au Bulletin de l'Académie. — Du charlatanisme pharmaceutique.

M. Chevallier nous adresse la lettre suivante :

A M. le rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'aime pas beaucoup la polémique ; mais vous m'avez vivement attaqué, permettez-moi de me défendre.

Dans votre numéro du samedi 29 mai, vous m'avez, à propos des pilules de Blaud, pris à partie, et vous combattez l'opinion que j'ai émise, 1° que ces pilules ne constituent pas une invention, mais une modification des pilules de Griffith, préparées avec le sulfate de fer, le carbonate de potasse, la myrrhe et le sucre ; 2° que les pilules de Blaud ont été modifiées à leur tour par divers pharmaciens, dans le but d'empêcher le sous-carbonate de fer contenu dans ces pilules de changer de nature. Vous dites qu'il faut interpréter, dans la lettre et non dans l'esprit de la lettre, le mot *nouveaux* appliqué par le décret du 3 mai 1851 aux remèdes que l'Académie doit approuver ; vous dites encore que j'ai opposé aux conclusions de M. le rapporteur un argument ayant au moins quelques apparences de raison, mais des apparences seulement.

Je n'ai pas l'habitude de commenter, ni d'interpréter les mots, et pour moi le mot *nouveau* exprime *une chose neuve qui commence à se produire, à paraître, et non une chose connue, à laquelle on ajoute ;* pour moi, *la préparation de Griffith serait la chose nouvelle,* celle de Blaud, la même préparation modifiée. Je ne puis donc regarder comme une préparation nouvelle les pilules de Griffith, modifiées par M. Blaud ; et notez que je ne serai pas le premier qui ait établi qu'il y a analogie entre ces deux médicaments : deux savants, que l'Académie a perdus, perte qu'elle ne réparera pas facilement, MM. Mérat et Delens, disaient *que la préparation de M. Blaud se rapproche des pilules de Griffith.* (*Dictionnaire universel de matière médicale,* t. III, p. 232.) J'adopte donc cette opinion et celle émise par le vieux praticien qu'on a généreusement appelé *le vieux praticien du Journal de Chimie médicale.*

Mais voyons ce qui serait arrivé si l'Académie eût adopté le rapport de mon honorable collègue, rapport dans lequel les pilules de Griffith ne sont pas mentionnées. On aurait pu penser et dire 1° que la formule de ces pilules n'était pas connue de l'Académie ; 2° qu'elle n'avait pas examiné la question, et qu'elle n'avait pas fait exécuter et la formule de M. Blaud et les formules modifiées, ce qui eût été nécessaire pour reconnaître quelle est celle de ces formules qui fournit le meilleur médicament ; ces expériences faites, on eût dû, ce me semble, demander, si cela est nécessaire, l'insertion dans le Bulletin de la formule la plus rationnelle, sous le nom de *pilules de Blaud modifiées.*

Nous le répétons ici, la publication de la formule de Blaud n'était pas nécessaire pour que ces pilules fussent à la disposition de tous les praticiens et de leurs malades ; tous les praticiens peuvent ordonner ces pilules, tous les pharmaciens peuvent les préparer, *et si on a sévi ou eu l'intention de sévir contre les personnes qui les préparent,* c'est que ces pilules, contrairement à la loi, n'ont pas été exécutées sur la demande d'un praticien, ou parce qu'elles ont été annoncées, soit par affiches, soit par prospectus.

D'accord avec *le vieux praticien du Journal de Chimie médicale,* nous dirons que les pilules dites *de Blaud* sont une modification des médicaments connus, *la poudre tonique de Buchner, la poudre tonique de Meurer,* les *pilules de Griffith ;* mais nous dirons, en outre, qu'on trouve encore d'autres préparations qui, selon moi, sont des modifications des pilules de Griffith. Telles sont :

1° Les pilules éménagogues, dont la recette se trouve *dans le formulaire d'Ellis, imprimé à Philadelphie en* 1826 ; la formule de ces pilules est la suivante :

Sulfate de fer	2 grammes	5 décigr.
Myrrhe	2 —	5 —
Carbonate de potasse	2 —	
Savon	2 —	

Faites 40 pilules.

2° Les pilules nervines de Krause, dont la formule se trouve *dans le formulaire de Radius imprimé en* 1826 *à Leipsick.* Ces pilules sont composées de :

Vitriol vert	4 grammes.	
Sous-carbonate de potasse	4 —	
Gomme arabique	6 —	

Pour 20 pilules.

On a cherché, à tort, à ridiculiser l'emploi des pilules de Griffith, à parce qu'en Angleterre elles sont vantées contre la phthisie ; c'était faire tort à nos collègues, car il est hors de doute que tous les praticiens connaissent les emplois du carbonate ferreux qui entre dans leur composition.

Comme vous, je crois que le *Codex* est un ouvrage incomplet, très incomplet ; mais je ne pense pas que l'Académie, par le décret du 3 mai, ait eu la mission de le compléter ; si cet ouvrage ne devait être rendu utile que par ce moyen, on n'y arriverait jamais.

Ne croyez pas, monsieur le rédacteur, que je sois l'ennemi du progrès ; je repousse seulement la spéculation de quelques personnes qui, à l'aide d'affiches et de prospectus, font une guerre mortelle à la médecine et à la pharmacie. Ces spéculateurs enlèvent au médecin et au pharmacien le client, qui consulterait l'un et qui se fournirait chez l'autre, s'il n'en était détourné par une annonce pompeuse qui lui dit que tel ou tel médicament est convenable à telle ou telle maladie, et que des malades, abandonnés des médecins, ont été sauvés par son usage, etc. Il serait temps, ce me semble, que l'autorité s'occupât avec vigueur de la répression de semblables manœuvres.

Si cette répression ne peut être mise en pratique, il faut alors faire comme on le fait en Angleterre, assimiler la préparation et la vente des médicaments au premier commerce venu, ne rien défendre, et laisser tous ceux qui le voudront vendre des médicaments à leurs risques et périls ; mais, je vous le demande, cela est-il rationnel, et la santé publique ne peut-elle pas être exposée ?

Je n'ai pas voulu faire à l'Académie de l'opposition contre M. Blaud ; je ne le connais pas, et je ne pensais pas qu'il voulût faire de ces pilules une *affaire ;* d'ailleurs M. Blaud le déclarait, j'avais toute confiance. Je vous avoue que j'ai été vivement étonné d'apprendre qu'un neveu de M. Blaud prépare ces pilules et les vend : 1° avec un certificat approbatif de M. Blaud, médecin ; 2° avec un prospectus qui renferme une espèce de consultation médicale, etc.

Je suis, monsieur le rédacteur, avec une parfaite considération, etc.

A. CHEVALLIER.

RÉPONSE.

Mon cher professeur,

Dans la position où je me trouve, il doit m'arriver, et il m'arrive souvent, en effet, de combattre des opinions que je ne puis partager ; mais je me suis fait un devoir de laisser en dehors de la discussion ceux qui professent ces opinions, quand ce sont des hommes sérieux et consciencieux ; à plus forte raison lorsque, comme vous, ils associent à ces qualités le mérite du caractère le plus honorable.

J'ai dû m'empresser, en recevant votre lettre, de rechercher si j'avais oublié, à votre égard, la ligne de conduite que je me suis imposée, et je dois déclarer qu'il m'a été impossible de découvrir, dans l'article dont vous vous plaignez, je ne dis pas une attaque vive, mais une attaque quelconque contre vous. Tout ce que j'ai pu y trouver, c'est un dissentiment entre vous et moi, et j'avoue que ce dissentiment n'a pas cessé d'exister aujourd'hui, au moins dans la forme, sinon dans le fond. Ce dissentiment est moins complet, toutefois, que vous ne le pensez.

Si vous m'aviez fait l'honneur de lire l'article du 29 mai avec un peu plus d'attention, vous vous seriez assuré que je ne combats en aucune façon les deux premières opinions que vous rappelez dans votre lettre, et que je suis, en conséquence, parfaitement innocent des deux premiers reproches que vous m'adressez. Ce que je combats, c'est la déduction que vous voulez tirer des faits matériels sur lesquels ces opinions reposent. Dans un instant vous allez voir comment.

Après les deux reproches précédents, vous me faites dire : « qu'il faut interpréter, *dans la lettre et non dans l'esprit de la lettre,* le mot *nouveaux,* » etc. Permettez-moi de vous affirmer qu'ici encore vous ne m'avez pas fait l'honneur de me lire avec toute l'attention qu'on a le droit d'exiger d'un contradicteur ; car j'ai écrit précisément tout le contraire, et c'est parce que je voulais qu'on interprétât le décret du 3 mai *dans son esprit* que j'ai été conduit à définir le sens du mot *nouveaux.* A ce sujet, vous déclarez que vous n'avez point « l'habitude de commenter ni d'*interpréter* les mots. » Si cette proposition n'était pas *interprétée* avec intelligence et attribuée à la précipitation de la rédaction, personne assurément ne vous attaquerait plus vivement que vous-même.

Ce n'est pas moi assurément qui vous apprendrai que la richesse de notre langue n'en est pas encore arrivée à ce point d'avoir un mot pour chaque idée ; que beaucoup de mots ont, au contraire, plusieurs sens, et que, lorsqu'on se sert d'un de ces mots, il faut nécessairement en déterminer la signification, c'est-à-dire l'*interpréter,* si l'on veut parler un langage intelligible.

Vous avez donc interprété le mot *nouveaux,* dans votre discours à l'Académie, comme vous l'interprétez dans votre lettre ; et c'est parce que vous lui avez donné une interprétation, suivant moi, défectueuse, que vous avez violé l'esprit du décret en repoussant l'inscription au Bulletin soit de la formule de Blaud, soit de celle des modifications de cette formule qui vous aurait paru la meilleure ; car je ne me suis en aucune façon prononcé sur ce point. Pas plus que vous je ne connais M. Blaud, et je n'ai pas plus de raisons pour le défendre que vous pour l'attaquer. Peu m'importe que ce soit sa formule ou celle de Griffith, ou toute autre, qui soit insérée au Bulletin ; ce qui m'importe, c'est qu'il y en ait une ; et cela m'importe, non pas seulement dans l'intérêt de l'inventeur (lequel cependant mérite qu'on en prenne quelque souci), mais parce que cette formule constitue un médicament utile et *nouveau :* utile, parce que tous les médecins et l'Académie elle-même l'ont constaté depuis longtemps, nouveau, *parce qu'il n'est pas inscrit au Codex,* et que la loi et la Cour de cassation (qui interprètent aussi, comme vous allez le voir) considèrent comme *secret,* et partant prohibé, non pas seulement ce qui est *inconnu* ou *caché,* mais bien ce qui *n'est pas inscrit au Codex.* Enfin, l'inscription m'importait, parce que le décret du 3 mai en faisait un devoir à l'Académie.

Mais, dites-vous, la publication de la formule n'était pas nécessaire pour que..., etc.

D'abord, l'accomplissement d'un devoir est toujours nécessaire et ne doit pas, que je sache, se discuter. Ensuite la question de *nécessité* que vous soulevez n'est autre que celle de savoir si le *Codex* est ou non une chose utile, question que l'Académie n'avait pas à agiter à propos des pilules de Blaud, et que nous ne croyons pas avoir davantage à agiter ici. En temps et lieu, vous me trouverez tout disposé à vous dire mon opinion sur le Codex, comme je vous la dis aujourd'hui sur le décret du 3 mai.

Or, ce décret, je l'ai déjà rappelé, rendu pour ainsi dire à la sollicitation de l'Académie, ce décret, je le répète aussi, est conçu dans un remarquable esprit de progrès, d'équité pour les travailleurs sérieux et honnêtes et de sollicitude pour les intérêts de l'humanité.

« Vous n'êtes pas, dites-vous, ennemi du progrès, mais vous repoussez seulement la spéculation. » Je vous connais assez, mon cher professeur, et tout le monde avec moi, pour que la première partie de votre proposition fût inutile. Quant à la seconde, voudriez-vous nous dire que j'aime plus que vous la spéculation ? J'aime à croire le contraire. Je comprends qu'un travailleur honnête veuille « tirer de son travail un profit légitime », et je l'approuve comme j'approuve tous les actes qui sont dans l'essence de la nature humaine normale. Ne faites-vous pas de même ? Si fait ; et, par exemple, croyez-vous que l'habile rénovateur du blanc de zinc ne cherchera pas à profiter de votre beau rapport sur ses travaux, et de votre rapport non moins consciencieux sur le travail de M. Bouchut ?

Pensez-vous que ces deux rapports ne soient pas la principale base sur laquelle va s'appuyer l'administration pour supprimer une industrie meurtrière, suppression dont profitera amplement une autre industrie rivale, mais innocente pour la santé publique ? Non, vous ne le pensez pas. Et cependant, est-il venu à la pensée de personne qu'il y ait de la déloyauté à M. Leclaire de profiter d'une découverte utile, ou à vous d'avoir contribué au succès d'une entreprise industrielle intimement liée au progrès de l'hygiène publique ?

Cessez donc avec moi et avec tous les hommes pratiques de demander à l'humanité plus qu'elle ne peut donner, et prenons pour base de nos institutions hygiéniques, médicales ou autres, non l'humanité, telle que pourrait la concevoir un cerveau de stoïcien, mais telle qu'elle se montre réellement aux yeux d'un observateur froid, attentif et intelligent.

Je ne veux pas dire par là que les institutions qui nous régissent, sous le rapport médical, soient tout ce qu'il y a de mieux dans le meilleur des mondes possibles ; je ne prétends même pas que dans l'espèce le décret du 3 mai soit encore une perfection ; mais ce que je crois, et ce que je répète pour la troisième fois, c'est que ce décret réalise une importante amélioration en établissant une immense barrière entre les travaux sans valeur et les travaux sérieux et utiles ; et ce que je prétends surtout, c'est que l'Académie devait s'empresser de respecter l'esprit de ce décret ; ce qu'elle n'a point fait en suivant la voie que vous et vos honorables collègues, parmi lesquels je compte quelques amis, lui avez indiquée. Si vous n'aviez pas craint la spéculation de la part de M. Blaud, vous auriez évidemment inséré au Bulletin sa formule, modifiée ou non. Vous avez donc mis une question de personnes à la place d'une question de principes, et c'est là un tort grave que je me suis permis de vous reprocher, comme je ne manquerai jamais de le faire, sans croire pour cela ni vous attaquer vivement, ni même manquer aux devoirs qu'une amitié dont je m'honore m'impose envers vous et envers quelques-uns de vos honorables collègues.

Veuillez agréer, etc. H. DE CASTELNAU.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les nos des 14, 26 février ; 6, 16, 27 mars ; 10, 27 avril ; 6, 25 mai et 8 juin.)

ONZIÈME LEÇON. — *Du squirrhe.*

Le mot de squirrhe est dérivé du mot grec σκιρρος, qui signifie éclat ou fragment de marbre. Il fut d'abord employé par Galien pour désigner toute espèce de tumeur dure et indolente. Cette acception vague lui a même été conservée jusqu'au commencement de ce siècle. Mais, depuis les travaux modernes sur la texture intime des tissus morbides, on a restreint sa signification, et maintenant le nom de squirrhe est exclusivement réservé au cancer dur.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on divise une tumeur squirrheuse, on est tout d'abord frappé de la fermeté de son tissu ; celui-ci crie sous le scalpel comme les cartilages, les tendons. Les surfaces de sa division présentent un aspect opalin ; leur teinte est d'un gris perlé ou d'un blanc bleuâtre ; on peut, en les comprimant avec force, en faire sourdre un liquide transparent et visqueux analogue au vernis et par conséquent bien différent du suc lactescent de l'encéphaloïde.

La trame solide de la tumeur est rarement homogène ; on y voit presque toujours des bandes blanchâtres d'apparence fibreuse et dont la disposition est extrêmement variée. Quand ces bandes fibreuses s'étendent au loin, jusque dans les parties saines, en formant des prolongements analogues aux racines d'un arbre, le squirrhe est dit *rameux*. Quand elles forment des rayons réguliers semblables à ceux que l'on observe dans le navet, on l'appelle squirrhe napiforme. Quand, enfin, par leur intrication elles circonscrivent des cellules régulières, comme dans les ruches d'abeilles, on lui donne le nom de squirrhe alvéolaire.

Toutes ces variétés sont fort communes ; il est rare que, pendant le cours d'une année, nous n'ayons pas l'occasion de les observer sous formes diverses, surtout dans la glande mammaire ; vous en avez vu récemment encore plusieurs exemples dans nos salles ; en examinant ces tumeurs après leur extirpation, vous avez pu remarquer qu'elles présentaient deux formes principales : la forme circonscrite et la forme diffuse.

Le squirrhe à forme circonscrite diffère essentiellement de l'encéphaloïde en ce qu'on ne le voit jamais enveloppé d'un kyste.

Le plus souvent, les tumeurs qu'il constitue présentent un point central très dur ; puis, à mesure qu'on s'éloigne de ce centre, on voit le tissu morbide se fondre insensiblement avec les parties fibreuses de l'organe affecté sans qu'on puisse reconnaître une ligne de démarcation précise entre les tissus dégénérés et les tissus sains. Souvent de ce noyau central s'irradient plusieurs bandes fibreuses qui s'étendent au loin comme des rayons et qui disparaissent dans le tissu cellulaire de l'organe en se confondant avec lui.

Bien différentes des masses encéphaloïdes, que nous avons vues presque toujours régulières et arrondies, les tumeurs squirrheuses ont une surface bosselée ; elles acquièrent rarement un grand volume et souvent même leur présence détermine dans l'organe qu'elles envahissent une véritable atrophie ou une sorte de racornissement ; il en résulte que, par le fait de l'envahissement du squirrhe, les organes ont en général diminué de volume. La cause de ce phénomène singulier tient à la substitution de l'élément fibro-plastique ou inodulaire à l'élément fibreux ou cellulaire qui constitue la trame organique des tissus sains : on sait, en effet, que ce tissu inodulaire jouit d'une puissance de rétractilité des plus remarquables.

Les tumeurs squirrheuses peuvent encore affecter une forme singulière ; au lieu de se développer au-dessous des téguments et d'envahir les tissus profonds, on les voit, couvertes d'abord d'une peau mince et luisante, s'élever en forme de polype et se pédiculer. En coupant ces tumeurs, on trouve que la peau ne forme plus une couche distincte, et qu'elle a subi la transformation squirrheuse dans toute son épaisseur ; son tissu, parcouru par des vaisseaux veineux extrêmement fins, présente une couleur rouge qui pourrait le faire confondre avec certaines tumeurs érectiles.

Examiné au microscope, le squirrhe, ainsi que toutes les variétés de cancer, présente un élément spécifique constitué par les cellules et les noyaux que nous avons déjà décrits à l'occasion du cancer en général. C'est dans le liquide transparent que la pression fait sourdre de la tumeur qu'on les trouve en plus grand nombre ; mais ils existent aussi mélangés aux éléments fibro-plastiques dont est formée la trame fibreuse. Cette trame, infiniment plus dense et serrée que dans l'encéphaloïde, se compose de fibres nacrées d'une densité extrême, qui tantôt constituent une masse inextricable et feutrée ; d'autres fois, au contraire, se disposent en lames, en faisceaux ou en rayons plus ou moins réguliers.

La seule différence que présentent ces prolongements fibreux du squirrhe avec le tissu fibreux ordinaire consiste en ce que ce dernier est exclusivement formé de fibres simples ; tandis que, dans le squirrhe, cet élément se trouve toujours entremêlé de globules ou de noyaux spécifiques du cancer.

Vaisseaux sanguins. — Le squirrhe n'est pas seulement un cancer dur et fibreux, il est aussi remarquable par son peu de vascularité. Beaucoup d'observateurs distingués ont fait de vains efforts pour y trouver des artères et des veines ; cependant les travaux plus récents de Muller et de M. Cruveilhier, ceux surtout de M. Lebert, ont prouvé que le tissu squirrheux contenait un réseau vasculaire d'une finesse extrême. Toujours est-il que, sous le rapport de la vascularité, le squirrhe est essentiellement différent de l'encéphaloïde.

On reconnait aux productions squirrheuses trois périodes : celles de crudité, de ramollissement et d'ulcération.

La première, qui persiste souvent un temps considérable, plusieurs années, par exemple, est caractérisée par la dureté extrême du tissu morbide.

La seconde, ou période de ramollissement, survient ordinairement fort tard ; on voit alors apparaître dans la profondeur de la masse des alvéoles d'abord à peine perceptibles, puis de plus en plus amples, qui sont remplies d'une substance gélatineuse ou sirupeuse, quelquefois transparente, le plus souvent jaunâtre ou tachée de sang. Dans quelques circonstances, la tumeur rappelle assez exactement l'aspect d'une grenade.

La troisième, ou période d'ulcération, survient souvent sans ramollissement préalable, ou du moins ce ramollissement, au lieu d'envahir la masse tout entière, comme dans l'encéphaloïde, se borne-t-il aux points qui s'ulcèrent.

Siége. — Tandis que le cancer encéphaloïde se développe indifféremment dans tous les tissus, le squirrhe ne se rencontre jamais, au moins primitivement, que dans les organes abondamment pourvus de tissu cellulo-fibreux ; il a pour siége de prédilection les glandes mammaires, salivaires, lacrymales, l'utérus, le testicule, la peau et les membranes muqueuses.

Causes. — Les causes du squirrhe sont celles du cancer en général ; cependant il n'apparaît guère que dans l'âge adulte, et surtout chez le vieillard ; plus fréquemment que l'encéphaloïde, il paraît succéder à des violences extérieures et à un travail inflammatoire passé à l'état chronique.

Symptômes. — Les premiers symptômes de la dégénérescence squirrheuse sont tellement obscurs qu'ils passent le plus souvent inaperçus ; lors même que la maladie occupe un organe superficiel, on n'en reconnait l'existence que lorsqu'elle a déjà pris un certain développement. Le tissu de l'organe affecté paraît d'abord plus dense et plus ferme qu'à l'état normal ; mais cette différence de densité n'est point suffisante pour révéler au malade la gravité de l'affection, d'autant plus qu'elle ne s'accompagne ordinairement d'aucune souffrance, qu'elle n'apporte même aucune gêne dans l'exercice des fonctions. Au bout d'un temps plus ou moins long, cette induration vague et diffuse se prononce davantage en quelques points, et donne lieu alors à une tumeur bosselée, irrégulière ; le tissu cellulaire sous-cutané perd sa souplesse ; la peau devient adhérente, se plisse et se racornit ; plus tard elle revêt une teinte violacée, les veines superficielles prennent un développement anormal et deviennent variqueuses. A cette époque, les ganglions lymphatiques voisins s'engorgent et s'indurent ; ils se relient souvent à la tumeur principale par des prolongements fibreux faciles à reconnaître à leur résistance exceptionnelle à travers les téguments. Plus tard, la peau, dans les points où elle est adhérente, se fendille et s'ulcère : c'est d'abord une fissure étroite qui laisse suinter une sérosité fétide ; mais bientôt l'ulcération progresse, ses bords se renversent, son fond se creuse, et sa surface grisâtre se recouvre de croûtes épaisses qui, soulevées par un pus icboreux, se détachent pour se reproduire plusieurs fois encore. Ces croûtes elles-mêmes finissent par disparaître, et l'ulcère reste à découvert. Chez les sujets très avancés en âge, on voit de ces ulcères squirrheux persister plusieurs années sans produire d'accidents graves ; mais le plus souvent le mal progresse d'une manière continue ; l'ulcération s'agrandit, la tumeur devient adhérente aux parties profondes, la dégénérescence envahit les ganglions et la diathèse cancéreuse se manifeste. Pendant son évolution, le squirrhe détermine quelquefois peu de douleurs ; d'autres fois, au contraire, il est accompagné de douleurs lancinantes qui se reproduisent surtout le soir et pendant la nuit, et laissent à peine au malade quelques heures de repos.

Diagnostic. — Dans la première période de leur développement, alors que la peau reste encore intacte, que les ganglions lymphatiques ne participent point à la dégénérescence, et que les douleurs lancinantes ne se sont point encore manifestées, les tumeurs squirrheuses peuvent en imposer pour de simples engorgements chroniques, pour des tumeurs fibreuses, des tumeurs fibro-plastiques, etc. Cependant leurs bosselures, et surtout les prolongements fibreux qui les accompagnent presque toujours, joints à la dureté particulière qui les caractérise et aux circonstances de leur siége et de l'âge des malades, suffiront pour éclairer le chirurgien.

Par le seul fait de leur évolution, le diagnostic deviendra de plus en plus facile.

Pronostic. — Le squirrhe, quoique aussi incurable que l'encéphaloïde, offre cependant une gravité bien différente ; cela tient à sa marche lente et chronique. Tandis, en effet, que quelques mois au plus suffisent au cancer vasculaire pour donner lieu à des accidents mortels, le squirrhe peut rester stationnaire pendant de longues années, ou du moins n'arriver qu'au bout d'un temps fort long à déterminer la cachexie. Les hémorrhagies graves, les suppurations abondantes, les douleurs excessives qui forment le cortége de l'encéphaloïde ne s'observent point dans le squirrhe. D'une autre part, cette variété du cancer attaque ordinairement les individus avancés en âge : aussi n'est-il pas rare de voir des vieillards atteints de squirrhe depuis plusieurs années, et qui succombent à des maladies de toute autre nature.

Traitement. — Dans le traitement de cette affection redoutable, le chirurgien doit avoir toujours présent à l'esprit :

1° Que sa marche est habituellement lente et chronique ;

2° Que les malades qui en sont atteints n'ont ordinairement, par le fait de leur âge avancé, qu'un petit nombre d'années à vivre ;

3° Que la récidive après l'opération est presque toujours plus rapide dans sa marche que la maladie première.

Frappé de ces considérations, il est un assez grand nombre de praticiens qui rejettent toute intervention de la chirurgie dans cette affection. Nous avons déjà dit quelle était notre opinion à cet égard. (Voir le *Traitement du cancer en général.*) Nous ajouterons toutefois qu'il importe, avant de se décider à une opération, de bien peser les chances de mort ou de souffrance qu'elle peut présenter, et de les comparer à celles qu'offre le mal abandonné à lui-même ou traité seulement par les palliatifs.

Plus souvent que pour l'encéphaloïde il conviendra de s'abstenir ; mais fréquemment aussi l'opération sera indiquée. Plusieurs fois quand le squirrhe à peu près indolent ne progressait qu'avec lenteur, qu'il n'était par lui-même la cause d'aucun accident grave, qu'il existait chez des malades cacochymes, vous nous avez vu conseiller l'abstention et prescrire de simples calmants ou des palliatifs ; quand au contraire le malade peut encore par son âge espérer de longues années d'existence, quand le squirrhe progresse avec une certaine rapidité, et que sa position superficielle permet de le détruire sans compromettre des organes importants, nous nous hâtons d'opérer.

Relativement au choix des méthodes opératoires, nous ajouterons peu de chose aux considérations que nous avons présentées à l'occasion du cancer en général. Nous ajouterons cependant qu'en raison des prolongements rameux du squirrhe au milieu des tissus sains, il est plus nécessaire encore que dans l'encéphaloïde de détruire largement les parties qui en sont le siége.

Beaucoup de chirurgiens, ayant égard principalement à la dureté du tissu squirrheux, ont proscrit l'usage du caustique dans le traitement de cette forme de cancer, et s'en tiennent à l'instrument tranchant. Notre expérience, dit M. Maisonneuve, nous a démontré que le squirrhe n'était pas aussi réfractaire aux caustiques qu'on aurait pu le croire, et nous avons encore dans nos salles plusieurs malades chez lesquels vous avez vu des squirrhes volumineux détruits en une ou deux séances par les caustiques, dont nous nous servons habituellement, et principalement par nos pâtes amiantacées. Ces pâtes, en effet, ont une action spéciale sur le tissu fibreux qu'elles détruisent et ramollissent avec une grande facilité ; ce qui, dans le cancer squirrheux en particulier, leur donne une supériorité notable sur les préparations alcalines ou arsenicales.

Dr Alexis FAVROT.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Considérations nouvelles sur la myopie et la presbytie.

L'œil humain est doué à un haut degré, on le sait, de la faculté de s'adapter aux distances, c'est-à-dire qu'il peut, d'un instant à l'autre, changer sa puissance réfrangible de manière à ce que le foyer des rayons lumineux tombe toujours directement sur la rétine. Cette condition est en effet indispensable pour la netteté de l'image perçue.

La faculté d'adaptation de l'œil aux distances est plus ou moins développée selon les personnes ; mais cette inégalité dans l'étendue de la vision est bien moins originelle qu'acquise, car elle résulte du développement fonctionnel de tel ou tel ordre de muscles par le fait même de l'exercice auquel ils ont été soumis.

Cette sur-activité devenue organique, c'est-à-dire définitive, amène ainsi ces deux états différents de la vision connus sous les noms de *myopie* et de *presbyopie.*

Mais la myopie et la presbyopie ne sont pas seulement des lésions fonctionnelles différentes ; ce sont deux états tout à fait opposés.

Il résulte de là que, *dans les circonstances ordinaires de la vie*, la myopie ne saurait se tranformer en presbyopie, pas plus que la presbyopie en myopie.

Toute assertion contraire, quelque crédit qu'elle ait pu obtenir auprès de personnes haut placées dans la science, est complétement erronée.

Nous croyons que la myopie et la presbyopie sont toutes deux d'origine musculaire dans l'immense majorité des cas.

Ces premières données une fois présentes à l'esprit, cherchons leur application.

On sait que la myopie peut être produite artificiellement

sur des yeux d'une portée ordinaire par l'usage graduel et prolongé des verres concaves ;

On sait que la presbyopie peut également survenir, et surtout s'aggraver par l'usage intempestif et irrationnel des verres convexes ;

On sait enfin que, contrairement à l'assertion toute théorique des auteurs, la myopie ne s'améliore pas par les seuls progrès de l'âge, et, à plus forte raison, ne se transforme point en presbyopie.

Ces trois points fondamentaux forment le trépied sur lequel repose notre nouveau système.

Si l'exercice inégal des muscles de l'œil agit dans la myopie par excès ; dans la presbyopie par insuffisance ;

Si, d'autre part, nous avons le moyen de provoquer à volonté cet exercice de tels ou tels muscles,

Ne tenons-nous pas entre nos mains le véritable mode de traitement de l'un et de l'autre vice fonctionnel de l'œil ?

§ Ier. *Traitement de la myopie.*

La myopie acquise par l'exercice vicieux des fonctions de l'œil, lorsqu'elle n'est point arrivée à un degré trop avancé, est susceptible de guérir d'une manière complète ou d'être au moins grandement améliorée.

Je ne connais que deux manières de procéder à l'amélioration successive de l'état fonctionnel de la vue chez les myopes :

La première consiste à exercer leurs yeux à l'aide de verres concaves que l'on change de temps en temps, en prenant des nos de plus en plus faibles ;

La seconde, à exercer également leur vue, mais à l'œil nu, sur des objets que l'on éloigne tous les jours de plus en plus.

De ces deux manières de procéder, qui reposent d'ailleurs sur les mêmes principes, j'ai préféré la première, à laquelle je reconnais comme avantages d'être d'une exécution plus facile, d'une application plus continue, d'une graduation plus régulière, enfin d'une puissance plus énergique.

C'est avec juste raison que l'on a donné aux myopes le conseil de faire usage de verres concaves toutes les fois que la myopie est assez prononcée ; et c'est par conséquent tout à fait à tort que, dans ces derniers temps, on a émis l'opinion qu'il fallait, autant que possible, s'abstenir de ces mêmes verres concaves dans la myopie pour ne pas aggraver l'état fonctionnel de l'œil, et même dans le but de l'améliorer.

En effet, les myopes n'exerçant, à l'œil nu, leurs yeux que sur les objets qui sont dans la sphère de leur activité visuelle, le foyer de la rétine ne saurait être adapté à la perception des objets trop éloignés, et dont l'œil n'a pas conscience.

Il n'en est plus de même quand une image, même diffuse, tombe sur la rétine ; il y a aussitôt effort instinctif d'adaptation de l'œil aux distances. C'est cet effort instinctif qu'il faut sans cesse provoquer, soutenir, fortifier.

Pour cela, si l'usage des verres concaves est précieux, ce n'est pas très certainement tel qu'il a été compris jusqu'à présent.

Les verres concaves sont employés aujourd'hui *comme moyen palliatif* de la myopie, qu'ils aggravent même trop souvent, au lieu d'avoir été mis en usage comme moyen curatif.

Il suffisait, pour cela, de faire précisément le contraire de ce qui a été fait.

Les myopes ont une tendance à prendre des nos de lunettes de plus en plus forts ;

Il fallait leur en faire porter de plus en plus faibles.

Une gymnastique intelligente des yeux eût fait le reste, si on avait su la pousser aussi loin que possible.

Mais, pour guérir complétement la myopie, il ne suffit pas, d'après notre méthode, de l'emploi des verres concaves ; arrivé au numéro le plus faible, au n° 60, il faut, pour rendre le succès aussi satisfaisant que possible, faire porter des verres biconvexes, en commençant par le n° 80, puis bientôt le n° 72 et un peu plus tard le n° 60.

Après un exercice suffisant, mais suffisamment coupé par des temps de repos, les myopes ne sont pas encore devenus presbytes, mais ils ne sont plus myopes. Ils ont recouvré cette portée de vue intermédiaire à la myopie et à la presbytie, et que l'on appelle vue ordinaire : bonne vue.

Il va sans dire qu'il n'est pas toujours nécessaire, tant s'en faut, de pousser aussi loin cette gymnastique, qui ne serait pas dans quelques cas sans inconvénients pour l'œil lui-même.

Une personne, qui faisait habituellement usage d'un verre n° 8 ou 10 biconcave et dont on améliore la vue de manière qu'elle se serve volontiers du n° 20, par exemple, pour regarder les objets éloignés, est déjà dans des conditions bien meilleures, car elle peut, et elle le doit, se passer parfaitement de bésicles pour lire et écrire.

§ II. *Traitement de la presbytie.*

On peut améliorer sensiblement la presbyopie avancée, guérir la presbytie commençante, prévenir la presbyopie qui n'est point encore développée, et cela par un moyen très simple et d'une action certaine : ce moyen, auquel aucun ophthalmologiste n'avait songé, est cependant celui qui aurait dû se présenter le premier à l'esprit de tout le monde.

Il consiste à faire usage de verres biconcaves pendant quelque temps de manière à provoquer le développement d'un certain degré de myopie.

Vous commencez, je suppose, à devenir presbyte, comme cela a lieu ordinairement, vers l'âge de quarante ans, lorsqu'on avait eu jusque-là une vue normale ordinaire ; au lieu de choisir des lunettes biconvexes, n° 48, par exemple, qui amélioreraient sensiblement la vision, mais en entretenant votre presbytie, prenez des verres biconcaves n° 60 et essayez de regarder les objets éloignés.

D'abord brouillés, confus, ces objets finiront après quelques exercices par se dessiner d'une manière beaucoup plus nette et plus tranchée. Continuez encore plusieurs jours, en laissant reposer les yeux de temps en temps pour faire disparaître le sentiment de tiraillement et de fatigue que l'on éprouve dans les orbites, et bientôt vous pourrez sans difficulté sérieuse changer le n° 60 contre le n° 30 avec lequel vous répéterez les mêmes manœuvres.

Plus tard encore, vous arrivez à prendre des verres du n° 20 ou 18, et vous vous arrêtez-là pendant un certain temps : dix, douze, quinze jours, par exemple.

Selon les cas particuliers, il peut être indiqué d'aller plus loin encore et de provoquer une accommodation moins limitée de l'œil à l'aide de verres des nos 16, 15, 14, 13 ou même 12.

A un instant donné, c'est-à-dire après un mois, six semaines, il est facile de reconnaître les changements survenus dans l'état fonctionnel des yeux. La personne déjà presbyte peut lire à l'œil nu à la distance de huit ou dix pouces sans effort, sans fatigue, et avec cette précision de la vue qui existe bien plus chez les myopes que chez les presbytes.

En effet, sauf son infirmité, le myope (je parle d'un cas ordinaire) a une bonne vue en ce sens que les objets sont perçus dans tous leurs détails et avec leurs caractères réels ; rien ne lui échappe : il a une *vue minutieuse*, comme on pourrait l'appeler. En est-il de même du presbyte ? Nullement.

Il semble que les rayons lumineux qui arrivent sur sa rétine soient plus rares.

Il semble que bon nombre de ces rayons, presque parallèles entre eux, puisqu'ils viennent d'objets éloignés, soient perdus pour la vision par une insuffisance de réfraction propre à les réunir en foyer.

Aussi le presbyte voit-il les lettres moins noires qu'elles ne sont réellement, de même qu'il lui échappe également beaucoup de petits détails dans les objets qu'il regarde.

Mais, va-t-on nous dire, vous ne faites ici qu'une substitution d'infirmité. Est-ce me guérir, en réalité, moi presbyte, que de me rendre myope ?

La question, même posée en ces termes, mériterait encore d'être agitée, d'être discutée ; mais ce n'est point ainsi que nous la comprenons.

Telle personne est presbyte ; elle va le devenir de plus en plus avec les progrès de l'âge ; elle est désormais condamnée à perpétuité à l'usage des lunettes.

Convenablement traitée par les moyens gymnastiques susindiqués, cette personne aura des yeux propres à la vision ordinaire, c'est-à-dire analogue à celle d'une personne qui n'a recours à l'usage de verres biconcaves n° 20 que dans des circonstances exceptionnelles et pour distinguer plus nettement les objets éloignés. Est-ce donc là avoir une mauvaise vue ?

Ces verres biconcaves n° 20, et qui correspondront désormais au nouveau degré d'adaptation de l'œil aux distances, ne serviront que de temps en temps et pour fixer en quelque sorte d'une manière irrévocable cet état artificiel de la vue.

Il y a plus, et cela résulte précisément de l'ensemble des idées qui précèdent, la vue qui doit être la plus utile, sinon la plus brillante, est par conséquent celle qui s'accommode très bien du secours de verres concaves n° 20 pour les distances éloignées, car elle suffit aux besoins les plus ordinaires de la vie, tout en nous mettant à l'abri de la presbyopie.

Ces recherches nouvelles, pleines d'intérêt, comme on le voit, demandent des développements plus complets que j'espère donner plus tard. Qu'il me suffise seulement de signaler ici deux points importants qui se rattachent au même sujet.

Il faut, avant de procéder au traitement de la myopie ou de la presbyopie, s'assurer très positivement de l'état fonctionnel des deux yeux, qui ont très souvent une portée inégale, de manière à traiter chacun d'eux avec des verres de force différente, si cette inégalité visuelle est constatée.

Il est nécessaire, ensuite, de dégager la myopie et la presbyopie des autres affections concomitantes ; car la myopie et la presbyopie, que l'on peut appeler pathologiques, exigent des soins particuliers sur lesquels nous n'avons point à insister maintenant.

Ces recherches nouvelles auxquelles nous avons été conduit par l'étude et la réflexion, et qui sont complétement ignorées des hommes de l'art, constituent peut-être tout le secret de certains empiriques qui parcourent nos campagnes en s'annonçant comme guérisseurs de la myopie et de la presbytie au moyen de bésicles.

DE L'ENGORGEMENT MIASMATIQUE DE LA RATE comme cause des accès de fièvre intermittente.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Il a paru dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 juin 1852 l'exposé d'une observation de M. Champouillon, médecin au Val-de-Grâce, concernant un cas de fièvre intermittente attribuée à une contusion sur l'hypochondre gauche. L'auteur de l'exposé le fait précéder de ces mots :

« Dans un mémoire qu'il a publié en 1833, M. Piorry, » reprenant l'opinion déjà émise de M. Audouard sur le siége » et la cause de la fièvre intermittente, attribue l'accès pé- » riodique à l'hypertrophie, à la congestion de la rate. D'au- » tres médecins ont assimilé cet organe à un petit marécage » portatif dont les émanations, rayonnant au dedans de l'é- » conomie, renouvellent l'empoisonnement à heure fixe. Ces » diverses théories ont été réfutées depuis longtemps, et il » n'en reste plus aujourd'hui que la formule plus ou moins » ingénieuse. »

Qu'il me soit permis, monsieur, si vous voulez bien me faire l'honneur de m'accorder une place dans vos colonnes, de rappeler d'abord à l'auteur de l'article en question que je suis le *seul* médecin qui ait considéré la rate, de même que tout l'appareil spléno-hépatique, comme pouvant devenir un réceptacle de la matière miasmatique, où cette matière peut continuer son mouvement de fermentation et d'où elle peut ensuite s'échapper pour aller opérer dans le reste de l'économie une impression morbide générale, qui devient la cause déterminante et principale des accès de fièvre paludéenne ; qu'en outre je suis le *seul* médecin qui ait attribué la périodicité de ces accès, qui se manifestent ordinairement pendant le jour, surtout aux alternatives périodiques quotidiennes de dégorgement et d'engorgement de l'organe splénique engorgé, telles que je les ai observées en Algérie. Ainsi, c'est de moi, bien de moi qu'il s'agit dans la seconde proposition critique de notre confrère, et c'est de ma théorie qu'il affirme qu'*elle a été réfutée depuis longtemps et qu'il n'en reste plus aujourd'hui que la formule.*

Lorsque l'on a, comme moi, employé bien des veilles à l'édification d'une doctrine qui ne manque pas d'une certaine vraisemblance et qui, pour le moins, satisfait mieux l'esprit que tout ce qui a été écrit sur le même sujet, on y tient et l'on a le droit de réagir contre un trait de plume qui, sans raison bonne ou mauvaise et même sans à propos bien évident, vient vous rayer du nombre des vivants. Le procédé est tranchant, mais il n'a pas cours dans la science. C'est pourquoi, monsieur le Rédacteur, veuillez me permettre maintenant de rétorquer l'assertion de notre confrère.

Je ne connais qu'une objection qui ait été adressée, je ne dis pas à ma théorie, mais à la manière dont j'avais établi certains faits sur lesquels je l'avais en partie appuyée lorsque je la fis connaître. Cette objection appartient à M. Piorry ; elle se trouve dans son rapport à l'Académie de médecine du 2 mai 1846, rapport sur lequel je reviendrai. Or, M. Champouillon ne peut ignorer l'existence d'un travail postérieur à ce rapport et écrit en vue d'en annihiler la portée, intitulé : *Mémoire statistique et théorique sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées pendant les fièvres intermittentes.* Ce mémoire fut publié par moi dans la *Gazette médicale* du 30 juin 1849, et, si j'ai bonne mémoire, fut envoyé de ma part en extrait à M. Champouillon.

Existe-t-il, après cela, quelque réfutation de ma théorie ? Je n'en connais pas. S'il en existe, il est clair que notre confrère eût dû appuyer sur elle son assertion. S'il n'en existe pas, et si pourtant l'auteur de l'article est convaincu de la fausseté de mes idées, comme il paraît l'être, il est clair encore qu'il aurait dû les répéter lui-même. J'aurais été charmé ou de partager ses convictions, ou de les combattre.

Oh ! certes, je ne prétends pas que les faits que j'ai évoqués pour l'édification de ma théorie soient suffisants pour l'asseoir le plus carrément possible dans la science ; mais ce que je conteste, c'est qu'elle soit réfutée. Une réfutation, quand elle veut rester maîtresse du terrain, doit, d'une manière absolue, renverser les faits sur lesquels s'appuie la doctrine attaquée. Or, voyons, à propos de la mienne, où en est la question.

Ce fut le 10 mars 1846 que je lus devant l'Académie de médecine l'exposé de ma théorie. L'Académie jugea à propos, elle en avait le droit, d'en donner le rapport à faire à M. Piorry, qui soutenait depuis longtemps une théorie tout opposée. Dans son rapport, M. Piorry combattit les idées nouvelles en niant la réalité des faits que j'avançais relativement aux alternatives nycthémérales d'engorgement et de dégorgement des rates engorgées que j'avais observées en Algérie. Il fondait sa négation, non pas sur des faits contradictoires aux miens, comme cela se pratique quand on veut nier, mais sur ce que j'avais, disait-il, mal mesuré les rates, alors que cependant certains passages de mon mémoire (1), ou quelques renseignements qu'il eût pu me demander, eussent pu lui démontrer que la méthode insuffisante de mensuration que j'avais suivie pour certains cas n'était pas celle que j'avais ordinairement suivie. Que fis-je alors ? Je renonçai à ma première statistique relative aux alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées, et je me livrai, pendant une année entière, à de nouvelles observations sur ce sujet, en me basant, *pour tous les cas*, sur les principes de mensuration posés par M. Piorry lui-même. Or, voici quels furent les résultats statistiques de mes nouvelles observations, que je fis connaître dans diverses publications (2).

1° Cas où les rates furent trouvées moins volumineuses le soir que le matin, 1,500 ;

2° Cas où les rates furent trouvées plus volumineuses le soir que le matin, 391 ;

3° Cas où les rates furent trouvées égales matin et soir, 285.

Il existe dans les archives du conseil de santé des armées quinze tableaux qui lui ont été envoyés par moi le 18 janvier 1848, donnant le détail et le résumé de toutes mes observations. Il est regrettable que ces tableaux n'aient pas été tous insérés dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, comme je l'avais espéré ; mais notre confrère peut les consulter pour son entière édification, et, au moyen d'un facile dépouillement, y voir, outre les résultats que je viens d'indiquer, ceux qui suivent :

1° Cas où les rates furent trouvées plus volumineuses le matin que la veille au soir, 1,176 ;

2° Cas où les rates furent trouvées moins volumineuses le matin que la veille au soir, 358 ;

3° Cas où les rates furent trouvées égales le matin et la veille au soir, 245.

Tous ces résultats furent obtenus du 1er juin 1846 au 1er juin 1847, avec l'assistance de MM. Gueury, Rollet, Canteloup et Drapier, alors chirurgiens sous-aides à l'hôpital militaire de Ténès, aujourd'hui médecins aides-majors de régiment.

Ainsi, il est resté bien clair, après même l'objection de M. Piorry, qui n'était pas sans quelque fondement, que les

(1) Ce mémoire a été inséré dans la *Gazette médicale* du 30 janvier 1847.

(2) *Gazette médicale* du 30 juin 1849. — *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, IIe série, 5e vol., ann. 1850.

rates engorgées augmentent généralement de volume pendant la nuit, pour diminuer généralement de volume pendant le jour. C'est là, du moins, ce que j'ai observé en Algérie.

De pareils résultats sont, du reste, forts rationnels, s'il est vrai, comme je l'ai dit ailleurs, que les influences diurnes de chaleur, de sécheresse et de lumière sont, à l'inverse des influences nocturnes, expansives pour l'économie; s'il est vrai que les excitations et les divers mouvements de la veille tendent, relativement au calme et au repos du sommeil, à diriger l'afflux du sang vers les membres et la périphérie; s'il est vrai que la digestion gastrique exerce une action dérivative sur le sang destiné à l'artère splénique, et s'il est vrai enfin, comme je l'ai fait remarquer le premier, que le pancréas comprime par son poids la veine splénique contre la colonne vertébrale, dans la position horizontale de l'individu, ce qu'il ne saurait faire pendant la station verticale.

Tel est l'état de la question quant à la prétendue réfutation de ma théorie des fièvres intermittentes des marais. On voit que l'objection de M. Piorry n'était en réalité que l'expression d'un doute sur la justesse de quelques résultats qui avaient en partie servi de point d'appui à ma théorie, mais qu'elle ne pouvait être ni une négation de ces résultats, ni une réfutation de cette théorie. Pour nier et réfuter efficacement, il fallait, je le répète, apporter des faits contradictoires; et c'est ce que ne fit pas l'honorable professeur. Mais ce doute, une fois écrasé sous la masse imposante de faits dont je viens de reproduire le résumé, que restait-il comme ombre de réfutation? Rien.

Il n'y a donc pas eu de réfutation de ma théorie, comme on en trouve l'assertion dans l'exposé de l'observation de M. Champouillon.

Est-ce à dire maintenant que le mécanisme que j'ai indiqué pour le développement ordinaire des fièvres intermittentes des marais soit dans mon esprit l'unique mécanisme des accès de fièvre et de leur périodicité, comme le donne à penser l'auteur du même exposé? Loin de moi de le prétendre. Si pour moi la fièvre paludéenne est une fièvre générale; si pour moi l'essence de la fièvre d'accès réside avant tout dans une modification générale du système nerveux, dont j'ai donné ailleurs la formule (1), et si pour moi toute influence physiologique intermittente peut devenir dans un cas morbide donné une occasion de fièvre d'accès (2), ce n'est certes pas avec de pareilles formules que l'on peut craindre le reproche d'être exclusif. J'ai tenté de spécifier dans ma théorie le mécanisme d'une classe de fièvres intermittentes; mais je n'ai nullement la prétention d'y avoir spécifié celui de toutes les autres.

Un mot enfin sur l'observation de M. Champouillon. La circonstance d'un cas où une splénite traumatique a paru être la cause d'accès de fièvre n'est pas, il faut le dire, un à-propos fort heureux pour jeter le linceul, soit sur la théorie de MM. Audouard et Piorry, soit sur la mienne. MM. Audouard et Piorry ont plus d'une fois invoqué de pareils faits à l'appui de leur opinion. Quant à moi, je puis très bien dire, selon la mienne, que, s'il y a eu altération ou inflammation du tissu splénique, il n'est pas surprenant que les produits puissent en être transportés dans le reste du torrent circulatoire, et y provoquer, à l'instar du pus absorbé par les veines, des accès de fièvre, aux heures surtout où se font, et le mouvement périodique d'expansion de l'économie et le dégorgement périodique de la rate.

Toutefois, je le répète, je ne suis pas exclusif, et je conçois très bien que l'inflammation d'un organe très impressionnable, et tel ne me paraît pas être la rate, ou bien une simple irritation nerveuse, telle que celle du canal de l'urètre après le cathétérisme, puissent provoquer sympathiquement des accès de fièvre, et même des accès intermittents aux heures où s'exercent sur le système nerveux les excitations périodiques habituelles. Mais ce que je conçois de plus que MM. Audouard, Piorry et Champouillon, c'est la diversité des mécanismes de la fièvre d'accès, quand les causes en sont diverses. Si le dernier de ces auteurs reconnaît différentes classes de fièvres intermittentes, comme il le dit lui-même, à plus forte raison ne devait-il pas commencer son article par tomber les yeux fermés sur toutes les tentatives de théorisation qui ont tendu à établir les différentes modalités de ces maladies.

Ainsi, quel que soit le goût peu prononcé de quelques médecins pour ma théorie, et quel que soit, du reste, le discrédit où sont tombées, depuis le commencement de ce siècle, les vieilles doctrines des *ferments*, de la *stase* et de la *métastase*, je me rattache, autant par instinct que par raisonnement, aux lois naturelles, et voici ce que, l'observation aidant, j'ose encore croire aujourd'hui, dussé-je m'attirer toutes les foudres de l'école organique: Je crois que les molécules végéto-animales en fermentation peuvent encore fermenter une fois introduites dans l'organisme; je crois qu'elles peuvent subir une certaine stase, sans réagir encore d'une manière morbide, dans certains réceptacles peu impressionnables où le sang ralentit naturellement ou morbidement son mouvement de circulation; je crois qu'elles peuvent de là se porter dans des organes plus impressionnables et y provoquer l'état morbide qui se traduit par des accès de fièvre; je crois que ces accès peuvent être périodiques et ordinairement diurnes, si les réceptacles dont il est question se dégorgent plus facilement à certaines heures qu'à certaines autres, et notamment aux heures de jour; je crois, enfin, que les influences excitatrices de la période diurne coopèrent au développement des accès, en disposant mieux le système nerveux aux influences impressives des molécules miasmatiques morbifères; je crois tout cela, parce que tout cela découle ou des lois naturelles ou de l'observation. Mes adversaires peuvent sans doute, avant de se laisser convertir à cette doctrine, exiger de ma part plus de preuves positives que je n'en ai apporté: mais ce qu'il leur est impossible de faire, je les en défie, c'est de renverser une seule des propositions que je viens d'énoncer avec d'autres armes que des faits contradictoires positifs.

Recevez, etc.

Auguste DURAND (de Lunel),
Médecin-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Paris, le 20 juin 1852.

(1) *Hyposthénie de l'appareil nerveux ganglionaire; hypersthénie de l'appareil nerveux cérébro-spinal.* Voir daus la *Nouvelle théorie de l'action nerveuse et des principaux phénomènes de la vie*, page 262. Paris, 1843.

(2) Même ouvrage, page 267 et 293.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juin 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Goître aigu épidémique.

M. le ministre de l'intérieur transmet un travail de M. le docteur Valat, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité de l'arrondissement d'Autun, qui a trait à la question du goître aigu épidémique.

Dans la séance du 23 février 1852, il a été adressé à l'Académie par M. Nivet, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, une note sur le goître estival épidémique, variété de cette affection qui, suivant lui, n'a pas encore fixé l'attention des auteurs. La lettre de M. Valat a pour objet d'établir la priorité de la constatation du goître aigu épidémique en faveur de M. le docteur Guyton, d'Autun.

Quelque temps avant la communication de M. Nivet, M. Guyton avait donné au conseil de salubrité d'Autun lecture d'un mémoire sur le goître non endémique, mais très décidément épidémique, qu'il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois dans sa longue carrière. C'est principalement dans les deux séminaires d'Autun que M. Guyton a surtout observé ces épidémies.

La marche en était généralement bénigne. Cette affection avait les allures d'une affection catarrhale, telle que la nombreuse classe des angines parotidienne, tonsillaire, pharyngienne, laryngée bronchique, etc. Ce goître épidémique, qui ne durait guère qu'un ou deux septenaires, cédait toujours aux méthodes curatives émollientes et diaphorétiques. Jamais il n'a été mortel; ni jamais il n'a laissé après lui de goître définitif ou chronique.

On nous adresse la réclamation suivante:

Monsieur,

Je viens vous prier de vouloir bien corriger une erreur qui s'est glissée dans votre numéro du 10 juin au sujet d'une notice adressée à l'Académie de médecine par M. François, ingénieur en chef des mines, sur un appareil de son invention destiné à conserver et utiliser loin de sa source l'*eau sulfureuse de Labassère.*

Cet appareil ne consiste pas dans une *cuvette*, mais dans une *buvette*, et ce n'est pas à *Labassère* même, mais bien à *Bagnères de Bigorre* et aux bains de Théas que M. François l'a fait établir.

Du reste, cet appareil a été déjà décrit dans les *Recherches sur l'eau de Labassère* du docteur Cazalas, dont votre numéro du 17 avril dernier a rendu compte.

Veuillez agréer, etc.

SOUBIEZ.

— Nous avons reçu plusieurs autres lettres dont il sera question dans notre prochain numéro.

Erratum. — Une erreur s'est glissée dans la formule qui se trouve dans le dernier compte-rendu de la leçon de M. Devergie.

Au lieu de:

Iodure de soufre, ... } 1 gramme.
Soufre. . . . . }
Huile d'amandes douces. . . } q. s.
Gomme arabique. . . . . . }

Lisez:

Iodure de soufre. . . . . . 1 gramme.
Sucre. . . . . }
Huile d'amandes douces. . . } q. s.
Gomme arabique. . . . . . }

pour amener à l'état pilulaire, etc.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Bulletin bibliographique.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur LUBANSKI, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Traité des névroses des voies digestives (gastralgie et entéralgie); par M. VIGNES, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des armées en retraite. Un vol. in-8°. Prix: 4 fr. 50 c. En vente, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité du goître et du crétinisme, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins dans le bassin de l'Isère, des Hautes et des Basses-Alpes, par le Dr P. NIEPCE, inspecteur des eaux minérales sulfureuses d'Allevard. Paris, 1851-1852. 2 vol. in-8°. Prix: 9 fr. 50 c. Le tome II seul, 3 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 76. — MARDI 29 JUIN 1852. (25e ANNÉE.) N° 76. — MARDI 29 JUIN 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Considérations sur l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Fièvre comateuse suite de refroidissement. Saignée abondante à la fin du troisième accès. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles (M. Isid. Henriette). De la dépilation graduelle dans le traitement du favus. — Hôpital de Novi (Melchiori). Fracture de la première vertèbre lombaire par cause indirecte, ou par flexion forcée de la colonne vertébrale en avant. — Calcul salivaire extrait du canal de Warthon du côté droit chez l'homme. — Action de l'acide sulfurique sur le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau. Formation d'un alcali. — Société de chirurgie, séance du 16 juin. — CORRESPONDANCE. Lettres de MM. Champouillon et Bormey. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Considérations sur l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux.

M. Velpeau appelait, il y a quelques jours, l'attention de ses auditeurs sur une malade dont l'histoire offre un assez grand intérêt pratique. Voici les considérations que l'éminent professeur a présentées à propos de ce fait. Quelques mots d'abord sur le sujet de l'observation.

La malade dont il s'agit est entrée à l'hôpital pour un squirrhe du sein gauche avec retentissement dans les ganglions de l'aisselle. M. Velpeau, après avoir parfaitement décrit son affection et avoir montré que la récidive était inévitable, se décida toutefois, vu l'état général satisfaisant, à pratiquer l'extirpation de la tumeur. La malade fut opérée. Malheureusement dans les salles se déclaraient beaucoup d'érysipèles à la suite des opérations les plus simples, à la suite de plaies de peu d'importance, comme après des opérations sérieuses. La malade n'échappa point à cette funeste influence; elle fut prise d'érysipèle, et d'un érysipèle assez grave. Pendant quelques jours, elle était dans un état alarmant : pouls fréquent, nausées, insomnie, délire, langue sèche, soif vive et même diarrhée, météorisme. A la suite d'un traitement bien dirigé, les symptômes de mauvais augure disparurent peu à peu, et l'érysipèle s'en allait, comme s'en vont les érysipèles, au bout de trois à quatre jours. Le bras droit ne se guérissant pas, il reste rouge, et cette rougeur s'accompagne de gonflement et d'une chaleur très marquée.

Dans les premiers jours, sur le bras droit, comme sur le reste du tronc, c'était un érysipèle légitime qui parcourait ses phases ordinaires; mais bientôt à la rougeur s'ajoutait un gonflement vague, occupant la main et allant du poignet au creux de l'aisselle. La maladie se concentrait sur ce membre, et l'érysipèle s'y promenait, tantôt montant vers l'aisselle, tantôt descendant vers la main.

Voilà deux faits rares dans ce genre de maladie. D'abord les érysipèles ne se compliquent pas ordinairement de tuméfaction, et puis ils n'ont pas habituellement ce mouvement de va-et-vient que l'on observait chez cette malade. Nous avons cependant en ce moment, à la salle Sainte-Vierge, un malade qui nous offre un exemple remarquable d'érysipèle à répétition; c'est l'homme du n° 27. Voilà la cinquième fois que, dans l'espace de deux mois, il est pris d'érysipèle de la face.

Quand on voit, comme chez notre malade, que l'érysipèle se concentre sur un point, qu'il va de bas en haut et de haut en bas, qu'il s'accompagne de gonflement, de tuméfaction du membre, on peut prévoir quelque chose d'insolite qui tient à la fois de l'érysipèle et d'une autre maladie.

Les affections qui s'accompagnent ainsi de rougeur, ou de rougeur et de gonflement, sont l'érysipèle, le phlegmon diffus ou circonscrit, la phlébite, l'angéioleucite et même l'érythème. Toutes ces maladies ont leurs caractères à elles, leurs caractères spéciaux; elles sont parfaitement distinctes; mais ce n'est pas à dire qu'elles ne puissent se combiner, se confondre, que l'érysipèle, par exemple, ne puisse s'unir au phlegmon ou le phlegmon à l'érysipèle. Elles ont toujours leurs signes propres; mais ces signes s'ajoutent les uns aux autres pour former un tout, une affection compliquée. C'est précisément à l'une de ces confusions que nous avons affaire chez la malade qui nous occupe.

L'érysipèle, par lui-même, est une inflammation superficielle, plate, qui ne se complique ni de gonflement des tissus sous-cutanés, ni même du gonflement de la peau. C'est une maladie qui ne doit pas, par elle seule, se terminer par suppuration; et si cette terminaison arrive, c'est qu'elle l'a empruntée à une autre affection. Elle dure, règle générale, trois à quatre jours.

Si donc, comme chez notre malade, la rougeur persiste plus longtemps; si à cette rougeur s'ajoute de l'empâtement, de la tuméfaction des tissus sous-cutanés; si l'on ne rencontre plus ce rebord franc, abrupte, festonné de l'érysipèle, c'est qu'à la première affection s'est ajoutée une inflammation des tissus sous-cutanés, le phlegmon diffus ou circonscrit; ce n'est plus l'érysipèle simple, c'est l'érysipèle phlegmoneux : ce sont deux maladies associées.

Chez la malade du n° 12, le phlegmon est venu s'unir à l'érysipèle; d'autres fois, comme nous en avons un exemple au n° 1 de la salle Sainte-Vierge, c'est l'érysipèle qui vient compliquer le phlegmon. Dans le premier cas, c'est un érysipèle phlegmoneux; dans le second, c'est un phlegmon érysipélateux. Ces distinctions, faciles à comprendre, sont aussi faciles à constater; car, ainsi qu'il a été dit plus haut, ces maladies en se combinant conservent leurs différents caractères.

Il ne faut pas croire que cette division soit une simple transposition de mots, c'est une distinction importante pour la thérapeutique, pour le pronostic.

Le malade du n° 1 de la salle Sainte-Vierge avait un phlegmon du bras depuis plusieurs semaines. Tout à coup la peau est devenue rouge; il y a eu des nausées, de l'inappétence, de la fièvre, une soif vive; la rougeur était franche, montait vers l'aisselle, se terminait par un rebord festonné. Trois ou quatre jours après l'érysipèle avait disparu.

Chez la femme la rougeur a persisté avec de la tuméfaction; l'érysipèle s'est compliqué de phlegmon.

Pour le premier malade, l'érysipèle ayant disparu, il n'y avait plus à s'occuper de la complication. Pour la seconde, c'est la complication qui est devenue la maladie la plus importante. L'érysipèle par lui-même dure trois à quatre jours, le phlegmon, et surtout comme ici, le phlegmon diffus dure quinze à vingt jours, et même plus longtemps. L'érysipèle qui survient dans un phlegmon modifie la marche de ce dernier; le phlegmon, s'il complique l'érysipèle, modifie la marche de l'érysipèle.

Quand on a à traiter un érysipèle phlegmoneux, que le phlegmon marche vers la suppuration, qu'il y a même du pus déjà formé, on peut dans les premiers jours se faire illusion, espérer une résolution complète; non pas qu'il arrive que le pus formé disparaisse, mais parce que l'érysipèle a laissé des traces qui masquent la suppuration. Les tissus en effet se flétrissent, et la douleur de l'érysipèle ayant disparu avec lui, la douleur propre au phlegmon paraît moins intense à la pression. Mais au bout de quelques jours, quand on s'est habitué à ces deux causes d'erreurs, on peut, comme il est arrivé chez notre malade, constater et que le phlegmon marche toujours, et même que déjà il y a de la suppuration.

Chez le malade du n° 12 il y avait du pus, et plusieurs incisions furent pratiquées. Il s'agissait d'un phlegmon diffus, comme il a été montré plus haut.

— Le phlegmon diffus n'est pas une maladie rare. A son début on peut espérer d'en obtenir la résolution. On le combat alors énergiquement : antiphlogistiques, sangsues, ventouses, purgatifs, frictions mercurielles, compression, larges vésicatoires volants, etc., voilà des moyens que l'on peut mettre en usage. Dès le quatrième jour, il n'y a plus à espérer la résolution; il faut alors donner issue au pus et aux lambeaux de tissu cellulaire sphacélés, ou qui du moins se sphacéleront inévitablement. L'on a recours aux incisions multiples assez profondes; quelques auteurs recommandent de les faire longues. (M. Velpeau préfère les faire plus nombreuses et de la longueur de 1, 2 ou 3 centimètres.) Il ne faut pas toujours s'en tenir aux premières incisions, et dans les jours qui suivent il faut souvent y revenir. On applique ensuite des cataplasmes, et l'on fait utilement des frictions avec l'onguent napolitain.

Un mot encore. Ces incisions sont faites non-seulement dans le but de donner issue au pus et au tissu cellulaire mortifié, mais encore pour arrêter les progrès de l'inflammation. Il y a longtemps déjà que M. Velpeau répète dans ses leçons que les incisions sont *un bon résolutif*. Dans les cas de phlegmon diffus, si l'on ne temporise pas trop, si l'on fait les incisions de bonne heure, on peut espérer que le tissu cellulaire qui n'est pas encore sphacélé résistera, parce que l'on peut espérer que l'inflammation s'arrêtera.

La malade va bien depuis que les incisions ont été pratiquées, et l'on est en droit d'attendre une heureuse terminaison.

L. B.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Fièvre comateuse suite de refroidissement. — Saignée abondante à la fin du troisième accès. — Guérison.

Observation suivie de quelques réflexions, par M. le Dr GIGOT, de Levroux (Indre).

Le 22 avril 1852, je fus appelé à donner mes soins au nommé B..., habitant la commune de Vineuil (canton de Levroux). Ce jeune homme, âgé de seize ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, berger dans une ferme, avait été pris pendant la nuit du 17 d'un accès de fièvre caractérisé d'abord par un tremblement général avec claquement de dents, puis des sueurs abondantes et une violente céphalalgie. Le 18, quoique B... se sentît très fatigué, il n'en conduisit pas moins son troupeau aux champs, comme à l'ordinaire. Pendant la nuit son sommeil fut de courte durée et très agité. Le lendemain 19, vers sept heures du soir, la fièvre revint, mais beaucoup plus forte que la première fois. B... resta pendant près de cinq heures dans un état d'assoupissement tel qu'il n'exécutait aucun mouvement, et qu'après l'accès il ne se rappela rien de ce qui s'était passé autour de lui. On se borna pendant ce second accès à des applications de sinapismes aux jambes. Le lendemain, B... retourna encore aux champs. Un voisin, réputé très habile dans l'art de *couper les fièvres*, lui administra un breuvage dont j'ignore la composition, mais dans lequel entrait un grand nombre de plantes indigènes. Malgré cette potion fébrifuge, l'accès revint de nouveau le 21, à cinq heures du soir. Les parents du jeune homme, espérant qu'il en serait de ce nouvel accès comme du dernier, c'est-à-dire qu'il se passerait au bout d'un temps plus ou moins long, ne me firent appeler qu'après douze heures d'une vaine attente. Les personnes qui me donnèrent les détails précédents insistèrent sur cette circonstance : « Que le jour même du premier accès de fièvre, B..., gardant son troupeau, et n'étant que fort peu couvert, s'endormit sur la terre fraîche, et ne fut éveillé que par une averse. Le reste de la journée il éprouva des frissons tellement violents qu'il eut beaucoup de peine à se réchauffer, et qu'il se coucha plus tôt qu'à l'ordinaire. »

Au moment de ma visite, voici ce que je constatai : résolution complète des membres; perte de connaissance; sensibilité obtuse; respiration fréquente, embarrassée et stertoreuse; lèvres livides; visage pâle et altéré; extrémités froides; pouls très fréquent et filiforme. Je jugeai la mort imminente, n'attribuant la résistance de l'organisme et la prolongation de la vie jusqu'à ce moment qu'aux applications de sinapismes continuées pendant douze heures.

Toutefois, je plaçai moi-même deux larges vésicatoires aux cuisses, et un troisième qui couvrait presque toute la paroi antérieure du thorax. Je recommandai aussi de continuer les applications de sinapismes aux bras, aux jambes et dans le dos jusqu'à vésication. L'état comateux se prolongea encore huit heures, au bout desquelles le pouls, toujours très fréquent, était devenu plein, large et vibrant; la peau était chaude et moite, le visage rouge et vultueux, et à une immobilité complète avait succédé une agitation extrême et des plaintes continuelles. Le malade ouvrait les yeux sans répondre aux questions qui lui étaient adressées. La sensibilité était moins obtuse qu'auparavant.

Sous l'influence de l'énergique dérivation établie sur presque toute la surface cutanée, il s'était manifestement produit une détente de laquelle je profitai pour ouvrir largement la veine du bras. Je tirai plus d'un kilogramme de sang. Je ne saurais dire si la fibrine y était en excès, car on conçoit que la saignée est loin d'avoir coulé régulièrement, vu les mouvements brusques du malade. La connaissance ne revint qu'au bout de quelques heures. Le lendemain, je trouvai une apyrexie complète. Le malade ne se plaignait que d'une extrême fatigue avec céphalalgie, et de douleurs produites par les vésicatoires et les sinapismes; il répondait d'ailleurs avec lucidité à toutes les questions qui lui étaient adressées, et ne cessait de manifester son étonnement en se voyant, disait-il, *couvert de plaies des pieds à la tête*.

Je ne parlerai pas de quelques symptômes qui se manifestèrent du côté de la vessie sous l'influence des cantharides. J'ordonnai de suite le sulfate de quinine à haute dose; mais je me suis assuré depuis que le malade n'avait pas voulu le prendre. Il se borna à une once de sulfate de magnésie et à quelques bains de siége. Depuis cette époque, B..., que j'ai revu souvent, n'éprouva aucun dérangement dans sa santé.

RÉFLEXIONS. — Cette observation, que j'ai rapportée avec quelques détails, pourra peut-être intéresser les praticiens sous le point de vue de l'étiologie, de la marche et du traitement de l'affection qui en fait l'objet.

Si les miasmes paludéens ont sur la production des fièvres d'accès une influence incontestable, doivent-ils être considérés comme cause unique de ces fièvres? Je ne le pense pas; car, tout en reconnaissant les effluves marécageux comme cause principale des endémies et des épidémies de fièvres intermittentes observées dans un grand nombre de localités, combien de faits isolés et recueillis dans d'autres contrées où il n'existe pas de marais témoignent que ces fièvres sont susceptibles de se produire en dehors de toute influence miasmatique! Celui que j'ai rapporté me paraît être de ce nombre. Il est vrai que la localité où il a été observé peut être, jusqu'à un certain point, regardée comme marécageuse, puisqu'au nord et à l'ouest, à une distance d'environ quatre kilomètres, existent des prairies où il se forme quelquefois des mares. Mais si l'on considère :

1° Que les fièvres d'accès ont été extrêmement rares dans ces contrées depuis deux ans;

2° Qu'il n'en existait pas une seule lorsque la fièvre pernicieuse de B... se déclara;

3° Qu'elle se montra à une époque de l'année où il ne régnait que des affections catarrhales, etc.;

On ne peut, je crois, s'empêcher de reconnaître que le refroidissement considérable qu'éprouva B... dans la journée du 17 juin soit la cause unique de la fièvre.

Ainsi les fièvres intermittentes, même à caractère pernicieux, peuvent être le résultat (beaucoup moins souvent, il est vrai) d'une variation brusque de température tout aussi bien que d'une infection miasmatique.

C'est un point de l'histoire des fièvres intermittentes que j'étudie depuis longtemps et sur lequel je me propose de produire bientôt quelques recherches.

La fièvre de B..., simple au premier accès, devint pernicieuse dès le second, et au troisième elle semble continue. Il est vrai que très probablement sans les applications continuelles de sinapismes l'organisme eût résisté moins longtemps et que le malade serait mort peut-être au bout de quelques heures.

Quant au traitement, il nous montre quelles ressources on peut tirer des révulsifs cutanés et des évacuations sanguines dans le cours d'une fièvre pernicieuse s'accompagnant de quelques signes de congestion céphalique. Mais de ce que la saignée a suffi pour prévenir le retour de la fièvre, comme cela est arrivé dans plusieurs autres cas, s'ensuit-il que l'on doive quelquefois négliger le sulfate de quinine? Une telle conclusion est si loin de ma pensée que je n'oublierai jamais à l'avenir d'administrer moi-même en pareil cas l'antipériodique à mes malades.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS DE BRUXELLES. — M. Isid. Henriette.

De la dépilation graduelle dans le traitement du favus.

Il y a peu de maladies qui aient plus attiré l'attention des médecins que le favus, et dont le traitement les ait en même temps plus découragés. Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter les ouvrages qui ont traité de cette affection. Chaque auteur recommande une méthode curative différente, comme produisant d'excellents résultats; et lorsque, de notre côté, nous y avons recours, nous ne sommes pas peu étonné des résultats négatifs que nous en obtenons. Aussi, le charlatanisme s'étant aperçu du défaut de la cuirasse, a-t-il eu beau jeu, et n'a-t-il pas manqué d'exploiter la crédulité publique. L'empirisme le plus absolu a pendant de longues années régné sans partage. Il a fallu les travaux d'Alibert pour tirer cette maladie des ténèbres qui l'entouraient et poser les bases d'un traitement rationnel.

Notre intention n'est pas de faire un traité de cette maladie si tristement commune; nous voulons seulement faire connaître un procédé simple, d'une application facile, suivi immédiatement de résultats avantageux. Ce procédé n'est pas nouveau; mais je crois qu'il est tombé dans un oubli si profond, que c'est, en quelque sorte, lui décerner un nouveau brevet d'existence que de le rappeler aux souvenirs des hommes de l'art.

La calotte, comme personne ne peut l'ignorer, a depuis des siècles été la méthode de traitement du favus, dont les résultats fussent les moins contestables. Roger de Parme, puis Ambroise Paré ont été les premiers qui l'ont employée et conseillée. Mais la manière dont ils l'appliquaient était vicieuse; elle occasionnait des douleurs atroces, faisait quelquefois naître de graves maladies. On renonça donc à appliquer la calotte en masse, suivant l'avis de ces deux auteurs. Plus tard, et suivant les conseils d'Hélidore, Richerand lui fit subir des modifications profondes, qui ne l'empêchèrent point cependant d'être rejetée à son tour comme méthode barbare. Il y a peu de temps encore que nous partagions aussi les craintes de la plupart des médecins. Mais depuis que nous avons mis en application le nouveau système de dépilation graduelle, nous ne nous expliquerons plus bien l'espèce de répulsion que l'ancien moyen soulevait généralement. Il nous répugnait à un haut degré de faire subir le martyre à des enfants pour les guérir d'une maladie qui, si on en croyait les auteurs, cède avec assez de facilité aux préparations de sulfures divers, d'iodures non moins nombreux et d'une foule de moyens déclarés infaillibles par ceux qui les emploient. Mais que de mécomptes dans la pratique!

Pour nous, et précisément parce que nous ne parvenions point à guérir à l'aide de tous ces moyens, qui ne seraient pas si nombreux si l'un d'eux était tout simplement efficace, et, d'un autre côté, parce que les médecins des établissements publics de Bruxelles n'étaient pas plus heureux que nous, nous eûmes recours à la dépilation graduelle. Disons de suite qu'elle est si peu douloureuse, que tous les enfants qui, à l'hospice des Enfants-Trouvés et abandonnés, sont atteints de la teigne, me demandent avec instance d'être traités par elle. Naturellement je sais refuser à ceux chez lesquels j'ai l'espoir de guérir par une autre méthode; mais chez ceux qui, à différentes reprises et pendant plusieurs années, ont subi des traitements rationnels dans les hôpitaux, je n'hésite pas à appliquer le système de la dépilation graduelle.

Ce système d'ailleurs, quand on étudie les différentes phases qu'a subies la thérapeutique du favus, a presque toujours été le seul qui ait survécu de tous les remèdes recommandés; seulement les moyens à l'aide desquels on le pratiquait ont varié. C'est à lui que les frères Mahon durent les nombreux succès qu'ils obtinrent, et qui étendirent au loin leur réputation. Malheureusement, ils crurent devoir garder secrète la composition épilatoire qu'ils employaient. Tout ce que nous en savons n'est rien moins que problématique. Les nombreuses recherches faites par des hommes auxquels la science est redevable de travaux remarquables ont donné tant de résultats divers, les analyses auxquelles ils se sont livrés concordent si peu entre elles qu'on ne sait à laquelle ajouter foi. Toujours est-il que l'épilation formait la base de leur traitement; et quoique la composition épilatoire ne soit point connue, c'est encore en s'appuyant sur les principes que ces auteurs suivaient qu'on obtient des succès, des guérisons durables.

Mais le traitement des frères Mahon décrit par Rayer (*Traité des maladies de la peau*) est extrêmement compliqué et très long, puisqu'il dure de six semaines à deux mois au moins; et, dans les hôpitaux, il est très difficile de l'employer, précisément à cause de ces mêmes complications.

Il ne sera peut-être pas inutile de dire ici en quelques mots les expériences que je fis avant d'arriver à la dépilation que j'emploie aujourd'hui.

Après avoir employé pendant six semaines ou deux mois des frictions avec le sulfure de chaux, l'iodure de soufre, les pommades de diverses natures, entre autres celles composées avec la suie ou son extrait, sans obtenir une seule guérison bien franche, je me décidai à recourir au procédé recommandé par M. Evens, chirurgien du Hanovre. Je l'appliquai sur trois enfants à la fois. (Voir les observations I, III, IV.) Comme il se pourrait que ce procédé ne fût pas bien connu, voici comment M. Cazenave le décrit: « on applique sur la tête, bien nettoyée et rasée, des bandelettes de gomme ammoniaque, de manière à recouvrir et au delà les surfaces malades; et, après les avoir laissées séjourner ordinairement pendant plusieurs semaines, on les enlève facilement soit à l'aide d'un peu d'huile, ou mieux encore en entourant la tête de cataplasmes par-dessus les bandelettes elles-mêmes. Le cuir chevelu nettoyé de nouveau, on revient aux moyens dont je parlais tout à l'heure: pommades et lotions, jusqu'à ce que la rougeur de la plaque malade ait complétement disparu, et, au besoin, on recommence une nouvelle application de bandelettes, qu'on est *souvent obligé de réitérer plusieurs fois*.

Je suivis à la lettre cette méthode, et voici ce que j'observai: chez un enfant les bandelettes ne prirent point adhérence. (Voir l'observation III.) Le liquide sécrété les détachait le lendemain ou le surlendemain de leur application, et en séjournant sous elles il déterminait une odeur repoussante et des démangeaisons insupportables. Chez le deuxième et le troisième enfant, les bandelettes étaient si fortement adhérentes, qu'il m'a été de toute impossibilité de les enlever, quoique je les eusse ramollies par des frictions huileuses et des cataplasmes émollients. La matière des emplâtres s'était si intimement liée aux croûtes du favus, que j'ai eu beaucoup de peine à la détacher du cuir chevelu; le tout formait une pâte extrêmement adhérente, comme du mastic, et ce n'est qu'après avoir déterminé de vives douleurs aux enfants que je parvenais à les débarrasser. (Voir les observations I et IV.) Ce temps de l'opération, comme on le voit, a une durée considérable; et à moins de supposer que la gomme ammoniaque ait une propriété curative du favus, les cataplasmes de farine de graine de lin produisent plus promptement la chute des croûtes, et surtout ne sont pas cause de douleurs et d'embarras considérables; aussi y ai-je renoncé pour recourir au moyen dépilatoire proposé par MM. Bœttger et Martens, et employé par MM. Guersant et Blache, à l'hôpital des Enfants de Paris.

Le sulfhydrate de chaux dont je me suis servi a été préparé par M. Laneau, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Jean. Les endroits de la tête sur lesquels je l'ai appliqué à deux reprises différentes n'ont point été dénudés. (Voir l'observation VI.) J'ai peine à conclure, de ce résultat tout à fait négatif, de l'inefficacité du sulfhydrate de chaux employé comme moyen dépilatoire, attendu que les deux honorables médecins de l'hospice de Paris disent en avoir obtenu de bons effets; mais alors, si ce n'est au mode de préparation, qui est très simple cependant, de la substance pharmaceutique qui n'aura pas été conforme au procédé des auteurs, je ne sais à quoi attribuer l'insuccès que j'ai obtenu. Je constate ici un fait; je n'aimerais pas qu'en donnant de l'extension à mes réserves, on voulût en tirer la conclusion que les cas de guérison que l'on rattache à ce mode de traitement sont au moins douteux.

En présence de ces insuccès, et dans le désir de délivrer les enfants de l'hospice d'une maladie qui datait de trois ou quatre ans, et dont l'entretien, chez les nourriciers, à la campagne et dans les hôpitaux, est la source d'une dépense annuelle de 3,000 fr. au moins, j'eus recours au procédé suivant:

Après avoir attentivement interrogé et examiné les enfants, pour m'assurer qu'il n'existe aucune contre-indication de guérir, et les avoir soumis à un régime tonique, je fais tomber le croûtes du favus à l'aide de cataplasmes émollients et couper les cheveux avec des ciseaux. Puis, pendant quatre ou cinq jours, je fais laver la tête, deux fois par jour, avec une solution de sous-carbonate de potasse dans de l'eau, dans la proportion de 1 gros pour 1 livre d'eau. J'applique ensuite tous les jours, sur différents points de la tête, là où siége le favus, deux ou trois bandelettes, larges de 2 ou 3 centimètres, longues de 8 ou 10 centimètres, et recouvertes d'une couche légère de la préparation dont je vais faire connaître la composition.

Au bout de douze à vingt-quatre heures je les enlève d'un trait et rapidement. Le cuir chevelu apparaît alors dépouillé de la plus grande partie des cheveux; s'il en reste, je réapplique de nouvelles bandelettes jusqu'à ce que je sois arrivé à une dépilation complète. Je ferai remarquer, en passant, que la douleur est pour ainsi dire nulle lorsqu'on enlève les brndelettes pour la première fois, et qu'elle le devient d'autant moins qu'il reste peu de cheveux. D'ailleurs, la composition de l'emplâtre permet qu'on le rende aussi adhérent qu'on le désire, selon les indications qui peuvent naître et sans rien lui faire perdre de son efficacité. Voici la formule suivant laquelle je prépare la bandelette:

Poix noire.	192 gr.,	ou 6 onces.
Cire jaune, ...	32 —	1 —
Térébenth. de Bord.. . .	32 —	1 —

Le tout est exposé à un feu doux jusqu'à fusion complète. Le mélange étant opéré à l'aide d'une spatule on en étend une couche d'une ligne d'épaisseur sur chaque bandelette de toile, en ayant soin de laisser une des extrémités libre, afin qu'en les enlevant le lendemain on ne se couvre pas les doigts de poix.

Lorsqu'on a affaire, par exemple, à des enfants bien conditionnés, qui n'ont pas une crainte exagérée de la souffrance, en diminuant la quantité de térébenthine ou en augmentant la dose de poix, on peut donner à l'emplâtre une puissance adhésive si grande qu'il ne laissera plus un seul cheveu sur le point de la tête où il aura été appliqué. Lorsqu'au contraire on a affaire à de très jeunes sujets, ou bien qui sont très timorés, on ajoute au mélange une certaine proportion d'huile de lin. Selon la quantité que l'on ajoute, on diminue les propriétés adhésives de l'emplâtre. En résumé, on parvient toujours au même but; il suffit pour cela de faire des applications de bandelettes assez nombreuses pour que la dépilation complète s'ensuive. Nous ne les avons pas employées plus de quatre fois sur les mêmes parties malades sans avoir obtenu tout le succès désiré.

La préparation que nous venons de faire connaître offre donc des avantages qu'il est facile de saisir de suite. Son prix est extrêmement modique, rien n'est plus facile que de se procurer partout les ingrédients qui entrent dans sa composition, et de les mélanger dans des proportions qu'on peut varier plus ou moins, selon qu'on veut la rendre fortement ou peu adhésive.

Par ce procédé épilatoire, huit à dix jours suffisent pour donner au cuir chevelu un aspect aussi lisse que celui de la paume de la main. Ce résultat étant obtenu, je fais faire tous les jours des frictions avec l'huile de cade, et des lotions avec la solution alcaline au sous-carbonate de potasse. S'il se reproduit, comme cela arrive, en même temps que les cheveux grandissent, quelque godet faveux, à l'aide d'une pince à ligature j'épile le cheveux qui le traverse.

Lorsque le favus est disséminé, je n'applique les bandelettes que sur les plaques malades; je n'épile pas la tête entièrement; cela ne serait rien moins qu'utile. (Voir l'observation V.)

Une objection qu'on ne peut manquer de me faire au sujet du nouveau mode de dépilation que je viens de faire connaître, c'est qu'il doit amener l'alopécie, grave inconvénient sans doute, et que je reconnais, s'il doit être le résultat du traitement. Je ne sais pas encore si telle en sera la conséquence, le temps et l'expérience me manquent; il y a trop peu de temps encore que j'emploie la dépilation graduelle pour pouvoir répondre d'une manière catégorique.

Mais enfin j'admets que l'alopécie succède au favus traité par notre méthode, comme cela est probable. Je crois alors qu'il vaut mieux encore ne plus avoir de cheveux que de porter sur la tête une affection dégoûtante, objet d'une répulsion générale; n'avons-nous pas, d'ailleurs, des moyens de remédier par l'art aux inconvénients qu'entraîne la nudité du crâne? Il y a bien peu de malades, croyons-nous, qui se refuseront au traitement que nous préconisons aujourd'hui par ce seul motif qu'ils n'auraient plus de cheveux, attendu que l'alopécie est presque toujours de résultat des guérisons obtenues par les traitements autres que celui de la dépilation.

Ainsi trois enfants (observations II, III et VI), sur les six que nous avons opérés, portaient les cicatrices d'anciennes plaques faveuses guéries. Il ne s'agissait dans ces cas que de dénuder un peu plus pour guérir radicalement. Ici l'hésitation ne m'a pas paru légitime pour renoncer à l'application de nos bandelettes.

Parmi les autres précautions à prendre avant d'appliquer les bandelettes, il en est quelques-unes que nous n'avons fait qu'indiquer en passant, et sur lesquelles je crois devoir revenir.

1° Nous avons dit qu'après avoir fait tomber les croûtes du favus, nous appliquions les bandelettes; mais il convient, avant de faire cette application, d'attendre quelques jours pour permettre au cuir chevelu de se raffermir; sinon, la vascularité de ce tissu, augmentée par les émollients, et sa sensibilité, exagérée par l'inflammation, ont pour effet de laisser suinter, à chaque implantation, un liquide limpide, légèrement gluant, semblable à des gouttelettes de rosée. Ce phénomène ne s'observe plus, ou que très peu, lorsqu'on a pris la précaution de laver la tête, pendant quatre ou cinq jours après l'enlèvement des cataplasmes, avec la solution alcaline ou de l'eau savonneuse.

2° Les bandelettes, selon qu'on les applique en plus ou moins grand nombre à la fois, doivent être distancées les unes des autres. Il ne convient pas de les réunir toutes sur un même point. Car la douleur ressentie dans ce cas pendant l'avulsion est plus considérable que lorsqu'on en applique une, par exemple, sur le frontal, une autre sur l'occipital, où l'un des pariétaux. Lorsqu'on a soin de suivre ce précepte, on arrive à dénuder le crâne sans produire de douleurs un peu vives.

3° Lorsqu'on procède à l'enlèvement des bandelettes, il faut toujours le faire dans une direction opposée à celle que suivent les cheveux et rapidement, en ayant soin de maintenir la peau avec la main restée libre pour l'empêcher de suile mouvement de l'emplâtre.

Telles sont quelques-unes des considérations dont nous avons cru devoir faire précéder les observations, au nombre de six, que nous allons rapporter succinctement. Si l'expérience nous conduit plus tard à faire subir au traitement quelques changements, nous les ferons connaître, en ayant soin de reléguer loin de nous toute idée préconçue. Notre but est de rechercher la vérité; nous n'en avons jamais eu d'autre.

OBS. I. — Antoinette Rens, âgée de treize ans, d'une bonne constitution, est atteinte depuis trois ans d'un favus en cercles. Cette enfant croit avoir gagné cette maladie en se couvrant la tête d'un bonnet que portait un enfant atteint de favus; à plusieurs reprises, elle fut soumise à différents traitements et séjourna pendant six mois à l'hôpital Saint-Pierre.

Le 14 octobre de cette année, lorsque je commençai le traitement de cette enfant, le favus envahissait tout le cuir chevelu; il n'y avait pas de point qui ne fût recouvert de plaques. Je commençai par appliquer des bandelettes selon la méthode de M. Evens, et je recouvris ainsi toute la tête. Celles-ci restèrent en place pendant près de cinq semaines, au bout desquelles je crus devoir procéder, ainsi que le conseille le médecin de Hanovre, à leur enlève-

ment, à la grande joie de l'enfant, qui accusait des démangeaisons insupportables.

Ici je rencontrai les plus grandes difficultés; la matière de l'emplâtre était si intimement liée aux cheveux et aux croûtes faveuses qu'après l'avoir ramollie à l'aide d'huile et de cataplasmes, je ne pus nettoyer la tête qu'après une heure au moins d'efforts. Le cuir chevelu est apparu alors avec l'aspect qu'il présente lorsqu'on a eu recours aux cataplasmes. J'employai ensuite les frictions avec une pommade dans laquelle était incorporé l'iodure de soufre, ce qui n'empêcha point les godets faveux de se reproduire.

Dès ce moment, 26 novembre, je perdis espoir d'arriver à bonne fin, et j'eus recours à la dépilation graduelle comme je l'ai décrite plus haut. Dix jours suffirent pour arriver à une dénudation complète, et l'enfant n'a pas dit une seule fois que je lui fisse mal lorsque j'enlevais les bandelettes.

Aujourd'hui 10 décembre, la guérison est sur le point d'être définitive.

Obs. II. — Joséphine Lom..., âgée de onze ans, d'une constitution lymphatique, n'ayant jamais été malade, est atteinte d'un favus disséminé qui occupe le cuir chevelu garni de cheveux; elle porte sur la tête d'anciennes cicatrices de plaques faveuses guéries et dépourvues de cheveux. La maladie a débuté il y a trois ans, et depuis lors elle n'a jamais été débarrassée entièrement. Pendant six mois qu'elle passa à l'hôpital Saint-Pierre, elle subit plusieurs traitements.

Pour les raisons que j'ai fait connaître plus haut, j'eus recours dans ce cas à la dépilation; le 10 octobre, en moins de huit jours la tête était épilée et guérie; depuis lors, le cuir chevelu a un aspect des plus satisfaisants, sans la moindre rougeur. Cette enfant n'a accusé qu'une douleur insignifiante pendant l'opération; elle a fait usage depuis de l'huile de cade en frictions.

Obs. III. — Victoire V..., âgée de dix ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, est atteinte d'un favus disséminé depuis six ou sept ans. Plusieurs cicatrices s'observent sur le cuir chevelu. Elle a été quatre mois à l'hôpital Saint-Pierre pour y être traitée. Rentrée à l'hospice sans être guérie, j'appliquai d'abord les bandelettes avec la gomme ammoniaque. Celles-ci ne prirent point adhérence. Je les réappliquai plusieurs fois, et j'y renonçai de guerre lasse au bout de trois semaines. L'odeur infecte que répandait cette enfant était très repoussante. Tout ce que j'avais obtenu de cette application consistait en une chute de croûtes.

Le succès obtenu chez Joséphine L... m'encouragea à recourir au système de la dépilation graduelle. La guérison ne se fit pas longtemps attendre, après plusieurs applications faites successivement. Dix-huit jours avaient suffi pour obtenir ce résultat.

Obs. IV. — Désiré Ren..., d'une bonne constitution, mais d'une sensibilité extrême, est atteint d'un favus en cercle des plus considérables, qui descend même jusque dans le cou. L'enfant, âgé de huit ans, ne se rappelle pas le début de la maladie; il l'a toujours eue, dit-il, et a été à l'hôpital Saint-Pierre pendant trois ans et demi.

Les bandelettes de M. Evens furent appliquées le 17 octobre jusqu'au 22 novembre, mais alors l'enfant répandait une odeur des plus fétides. J'éprouvai les plus grandes difficultés pour arriver à leur enlèvement. Le favus repullulant bientôt, je dus en venir à la dépilation graduelle. Celle-ci produisit beaucoup moins de douleurs que l'enlèvement des bandelettes de M. Evens.

Aujourd'hui 10 décembre, après plusieurs applications successives de petites bandelettes, l'enfant est presque guéri. Le cuir chevelu se présente sous le meilleur aspect. Je compte sur un succès remarquable, vu les circonstances tout à fait défavorables dans lesquelles j'ai opéré.

Obs. V. — Jeanne Host, âgée de quinze ans, non réglée, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, est atteinte depuis six ans d'un favus disséminé qui occupe tout le cuir chevelu; elle a été six mois en traitement à l'hôpital Saint-Pierre.

Rentrée à l'hospice le 15 novembre, elle fut soumise, comme tous les autres enfants, à un régime tonique, et la tête fut recouverte de cataplasmes pendant six jours, au bout desquels on fit des lotions alcalines.

Le 1er décembre, les premières bandelettes furent appliquées et on procéda à la dépilation.

Aujourd'hui 10 décembre, une partie du cuir chevelu est dénudée, et on peut prédire une guérison bien prochaine, quoique le cuir chevelu soit en quelque sorte ramolli et laisse suinter à chaque avulsion des gouttelettes d'un liquide odorant, légèrement gluant.

Obs. VI. — Antoinette Der..., âgée de neuf ans, d'une bonne constitution, est atteinte depuis plusieurs années d'un favus disséminé pour lequel elle a été à l'hôpital Saint-Pierre pendant plusieurs mois. Elle porte d'anciennes cicatrices dépouillées de cheveux.

Depuis le 4 décembre, nous avons eu recours à la dépilation graduelle, et là où elle est faite le favus est guéri; il ne reste plus que quelques parties malades; huit jours suffiront, je pense, pour compléter une guérison si bien en voie de s'opérer.

Je passerai sous silence aujourd'hui deux autres cas de favus traités l'un par les pommades au sulfure de chaux, l'autre par l'iodure de soufre. Le traitement, commencé le même jour que chez les autres enfants qui font le sujet des observations II et III, est loin d'être aussi avancé. Quoiqu'il y ait grande amélioration, il apparaît encore de nouvelles plaques de favus. Je ne doute aucunement que la maladie reprendrait son ancienne intensité si je cessais les frictions, et cependant voilà trois mois qu'on ne les discontinue pas.

(*Journ. de méd., chirurg. et pharm. de Bruxelles.*)

HOPITAL DE NOVI (Piémont). — M. Melchiori.

Fracture de la première vertèbre lombaire par cause indirecte, ou par flexion forcée de la colonne vertébrale en avant.

M. Philipeaux a rapporté, dans la *Revue médico-chirurgicale* (mars 1852), un cas de fracture de la douzième vertèbre dorsale par cause indirecte, et il a conclu de ses expériences sur le cadavre que les fractures produites par une semblable cause portent sur la onzième ou la douzième vertèbre dorsale, et sont obliques en bas et en avant. Dans l'observation qui va suivre, la fracture portait sur la première vertèbre lombaire, et la direction des fragments était toute différente. Je pense que dans ce cas la force de flexion doit avoir agi sur le cartilage ligamenteux qui réunit la douzième dorsale à la première lombaire, tandis que c'est la force de compression qui, agissant sur le corps de la première lombaire, en a produit l'écrasement, ensuite duquel eut lieu la fracture en différents sens.

Dans la nuit du 23 au 24 février 1851, un homme vigoureux, âgé de trente ans, charretier, était assis au-dessous du lit de la partie postérieure de son char (char à deux roues, long, chargé de tonneaux de vin dans une position horizontale, la partie antérieure des limons appuyée sur un chevalet en bois), occupé à retirer une natte en joncs; lorsque l'un de ses compagnons ayant dû monter dessus le char, celui-ci bascula tout d'un coup en arrière, sa partie mobile prit une direction presque verticale, et tout son poids alla comprimer la partie supérieure du dos du charretier. Des personnes aussitôt accourues trouvèrent le malheureux le tronc fléchi en avant comme de vive force, en sorte que la tête touchait à peu près les genoux. La barre en bois qui unissait les deux extrémités postérieures des limons avait portée en travers sur le commencement de la colonne dorsale, en passant par les épaules, lui communiquant tout le poids qui était au-dessus, de façon que la colonne dorso-lombaire tout entière, les fesses étant fixes sur le terrain, avait été obligée de se plier en avant.

Resté dans cette position pendant cinq ou six minutes, ceux qui l'entouraient le crurent mort; cependant quelques instants après on l'entendit gémir; une écume blanche lui sortait de la bouche; la figure livide, paupières et lèvres enflées et bleuâtres par extravasation du sang; la conjonctive oculaire était elle-même rouge par ecchymose; respiration brève, difficile; perte involontaire des matières fécales et des urines. Une demi-heure après que l'accident eut lieu, il fut reçu à l'hôpital: il avait alors le pouls petit, éprouvait une douleur très vive au sternum et le long de la colonne vertébrale; les extrémités inférieures sans mouvements; la sensibilité n'arrivait que jusqu'aux mollets; la peau froide dans toutes les parties du corps; sur les deux épaules, en arrière, existait une abrasion cutanée avec meurtrissure; les apophyses épineuses des deux dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires faisaient saillie, formant une espèce d'arc; le tronc restait encore un peu fléchi en avant. On le coucha sur son dos, ce qui réduisit quelque peu la courbure anormale des apophyses épineuses dorso-lombaires.

La réaction ne tarda pas à se manifester avec les symptômes de congestion pulmonaire, ce qui nécessita quelques saignées. Pendant huit ou dix jours, il y eut anorexie, ensuite ischurie; les matières fécales sortaient toujours involontairement. Plus tard, formation des eschares au scrotum; les urines purulentes; perte de la sensibilité des membres inférieurs. Mort le 24 mars suivant.

L'autopsie fit voir une infiltration sanguine des ligaments et du tissu cellulaire environnant les vertèbres dorso-lombaires, laquelle s'étendait aux capsules rénales, au mésentère et au tissu cellulaire des fosses iliaques. L'appareil ligamenteux antérieur était intact; le corps de la première vertèbre lombaire moins haut que les autres; le fibro-cartilage qui unissait sa surface supérieure à l'inférieure de la douzième dorsale était relâché et permettait un certain degré de mobilité aux deux vertèbres d'avant en arrière; ses fibres étaient en partie déchirées, en partie allongées. Le corps de la première lombaire était fracturé de la manière suivante: il y avait un fragment qui appartenait au bord supérieur dans sa partie convexe, coupé en biseau, long de 1 centimètre; la fracture étant oblique de haut en bas et d'arrière en avant; un deuxième fragment du même bord supérieur, et d'égales dimensions, était situé à la partie supérieure qui regarde la cavité vertébrale, dans laquelle il faisait saille et comprimait l'extrémité antérieure de la moelle; dans cet endroit, la moelle était réduite en bouillie: ce dernier fragment s'était fracturé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière; tous les deux étaient mobiles et déplacés, et adhéraient seulement à la partie ligamenteuse.

Un troisième fragment du corps se trouvait postérieurement à droite, de la hauteur du corps même de la vertèbre, comprenant la portion qui donne commencement à la lame; il avait l'épaisseur de 1 centimètre, et la fracture était verticale: ce fragment n'était pas déplacé. Les deux lames vertébrales étaient fracturées en travers, sans déplacement, audevant du point d'où s'élèvent les apophyses montantes. Tout le corps de la vertèbre, à cause de la compression soufferte, était amoindri, ses cellules plus serrées et comprimées de haut en bas. Le fibro-cartilage qui réunit la première à la seconde lombaire était intact, sans mouvement de l'une sur l'autre; les autres vertèbres normales. Dans le canal rachidien, l'on apercevait des traces de sang épanché; pas de pus; seulement, comme nous l'avons dit, l'extrémité inférieure de la moelle était en bouillie. Le rein droit, rouge, hypertrophié, avait une cavité purulente dans son centre pouvant contenir une noix. Le fibro-cartilage qui joint le manubrium du sternum à son corps était relâché; les deux fragments étaient mobiles l'un sur l'autre, et du sang était répandu dans le médiastin antérieur. Le reste dans l'état normal.

CALCUL SALIVAIRE

extrait du canal de Warthon, du côté droit chez l'homme;

Par M. Rayer.

M. le docteur B... m'a raconté de la manière suivante les accidents qu'il avait éprouvés par suite du développement et de la présence de ce calcul jusqu'au moment où l'extraction en a été faite:

« Il y a quinze ans environ, je ressentis à la région sublinguale droite une douleur bientôt suivie de gonflement avec gêne de mouvements de la langue et diminution de la salive. Au bout de trois jours ces symptômes disparurent, après l'écoulement dans la bouche d'une matière semblable à du blanc d'œuf, mais un peu plus liquide. Pendant dix ans, ces accidents se sont reproduits huit ou dix fois sans offrir d'autres particularités. En 1847, vers le mois d'avril, le gonflement reparut plus considérable et plus douloureux au-dessous de la langue, à droite du frein. Il fut accompagné d'un peu de fièvre, avec douleurs lancinantes dans la région sublinguale. La durée de ces accidents fut un peu plus longue que dans les attaques précédentes, et la terminaison, au lieu de se faire par l'excrétion d'un liquide visqueux, se fit par l'écoulement d'un pus blanc qui sortit par l'ouverture du conduit de Warthon. Pendant deux jours je rendis chaque jour une quantité de pus qui aurait pu remplir un dé à coudre. Après cette évacuation, la tumeur sublinguale ne disparut pas entièrement, et je sentis avec le doigt qu'il existait là un petit corps dur de la grosseur d'une tête d'épingle. Les années suivantes les accidents se reproduisirent, et toujours ils furent suivis d'un écoulement de pus par l'orifice du canal de Warthon, sans qu'on pût distinguer s'il était mélangé ou non de salive. Dans l'intervalle des accidents occasionnés évidemment par une rétention de pus ou de salive, il s'écoulait de temps à autre un peu de pus, mais sans douleur. Le corps dur qu'on sentait près de l'orifice du canal de Warthon paraissait augmenter de volume et devenir plus profond sans être douloureux au toucher.

» Il y a dix jours, le 16 avril 1852, du pus sanguinolent sortit par l'ouverture de ce canal. Il se déclara une douleur vive et un gonflement considérable de la glande sublinguale et de la glande sous-maxillaire du côté droit, de la fièvre avec perte d'appétit, frissons, douleurs dans les articulations, etc. Bientôt des élancements violents se manifestèrent dans tout l'espace compris entre la langue et la mâchoire inférieure du côté droit. La glande sublinguale était très dure, très douloureuse et les parties environnantes étaient tuméfiées.

» Le 25 avril, une ouverture se fait au point correspondant à l'orifice du canal de Warthon; du pus jaunâtre sortit par cette ouverture, ce qui procura un peu de soulagement. Le lendemain, un pus blanc continua à sortir; le gonflement était diminué; mais la tumeur sublinguale restait dure, douloureuse, d'un rouge-vif. Je sentis alors au-dessous de la membrane muqueuse le corps étranger que j'avais déjà constaté en 1847, mais dont le volume avait beaucoup augmenté, puisqu'il paraissait être maintenant de la grosseur d'un pois.

» Le 27 avril au matin, la tumeur était moins douloureuse, et je remarquais, en outre, un point blanc de la largeur d'une paillette ordinaire, dont la circonférence était bornée par une ligne brunâtre ressemblant à du pus sanguinolent épanché. Je pensai que le calcul allait se faire jour, et je priai le docteur Piet d'en faire l'extraction. Mais dans la matinée, en promenant ma langue continuellement sur le point saillant, je sentis le corps étranger à nu. A l'aide de l'ongle, je le dégageai et finis par extraire un calcul du volume et de la forme d'une forte dent canine et long de 3 centimètres environ. »

M. Rayer met sous les yeux de la Société ce corps étranger, dont l'analyse sera faite par M. Lecomte.

M. Rayer rappelle que les calculs salivaires provenant du canal de Warthon sont assez rares chez l'homme. Toutefois, Guill. Cowper (*Anat. corp. humani de calculo sub lingua exciso-ephem. not. curios.*; du 11 au 10, obs. 46; du 1 au 10, obs. 144; du 3 au 5 et 6 append., p. 91); Conrad-Ludov. Walther (*Thesaurum medico-chirurg. obs. curios.*, obs. 92); Chrest-Arend Scherer (*De calculis ex ductu salivari excretis argent*, 1737) en ont fait connaître des exemples. Sabatier a également rapporté, dans sa *Médecine opératoire*, l'observation d'un malade chez lequel il retira un petit calcul placé à l'entrée du canal de Warthon. M. Moore (*Ann. de la chirurg.*, t. VI) a observé un cas dans lequel le calcul sortit de lui-même, comme dans le cas que l'on vient de rapporter.

Des calculs salivaires ont été aussi observés chez les animaux; chez un éléphant par Vauquelin, qui a trouvé qu'ils étaient composés de carbonate de chaux, et qu'ils avaient pour noyau des enveloppes de grain d'avoine (*Ann. de Chim. et de Phys.*, t. VI, p. 398); chez le cheval et la vache par M. Lassaigne, qui a constaté que les calculs étaient composés principalement de carbonate et de phosphate de chaux.

— M. Lecomte a analysé le calcul salivaire confié à son examen par M. Rayer. Du phosphate et du carbonate de chaux en grande quantité, et au centre un corps étranger de la grosseur d'une graine de groseille, telles sont les substances qu'il y a constatées.

(*Comptes-Rendus de la Société de Biologie.*)

ACTION DE L'ACIDE SULFURIQUE

sur le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau. Formation d'un alcali.

Par M. Stanislas Martin.

Le plus petit fétu ajouté au kaléidoscope lui fait produire des nuances et des images différentes; il en est de même en chimie végétale: tous les praticiens savent qu'un corps étranger, une heure de retard dans l'exécution d'un travail commencé, un *modus faciendi* nouveau, changent la nature des produits. Deux essais sur le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau nous confirment encore cette vérité.

Le résidu de l'opium soumis à la fermentation nous a donné une substance qui a beaucoup d'analogie avec la paramorphine; cette substance a été étudiée depuis nous par M. Arthur Guergy. Le compte-rendu du travail de ce chimiste a été reproduit dans la Revue du *Journal de pharmacie*, année 1849.

Notre seconde opération consiste à traiter le résidu de l'opium avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique. Le résultat est la production d'un alcali qui a beaucoup des caractères

chimiques de la narcotine, mais qui en diffère complétement par son insolubilité dans l'éther. Cet alcali n'a également aucun rapport avec la codéine ou la narcéine; puis on obtient une matière extractive, soluble en toutes proportions dans l'eau, à laquelle elle communique la propriété de mousser comme le fait le savon.

On opère de la manière suivante : on fait bouillir dans de l'eau distillée, acidulée avec de l'acide sulfurique, le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau; après dix minutes d'ébullition, le mélange prend l'aspect d'un magma épais; on le passe avec forte expression; lorsque la colature est froide, on la filtre au papier.

Cette colature est fortement colorée; son odeur rappelle celle de l'opium; sa saveur est très amère.

On y ajoute de l'ammoniaque en suffisante quantité pour que le papier de tournesol ne soit point altéré; on filtre, on lave le précipité avec de l'eau distillée, on le laisse sécher; puis on le fait bouillir avec une suffisante quantité d'alcool rectifié; on filtre de nouveau. Cette liqueur alcoolique laisse déposer par le refroidissement une abondante cristallisation aiguillée salie par une résine brune amère; on la purifie par les moyens ordinaires.

Quelles propriétés thérapeutiques ont cet alcali, cette matière extractive savonneuse et cette résine brune amère? Participent-elles de l'action de l'opium? Nous l'ignorons; le médecin seul peut déterminer leur valeur. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juin 1852. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le docteur Sestier fait hommage à la Société de son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*. (M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.)

M. le docteur Notta, ex-interne des hôpitaux, médecin à Lisieux, adresse à la Société de chirurgie, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail accompagné de pièces anatomiques et ayant pour titre : *Mémoire sur la cicatrisation des artères et sur le procédé de ligature qui expose le moins aux hémorrhagies consécutives.* (Commission : MM. Nélaton, Houel, Demarquay, rapporteur.)

Nomination.

L'ordre du jour appelle la discussion relative au rapport de M. Danyau sur le mémoire de M. Laborie ayant pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans un cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois avec persistance de la vie de l'enfant.* Dans ce travail, M. Laborie avait proposé, en s'appuyant sur des raisons physiologiques, de faire la gastrotomie au septième mois. Afin de sauver la mère et l'enfant, M. Danyau, après avoir combattu dans son rapport l'opinion de M. Laborie par le raisonnement et l'exposition d'un certain nombre de faits, conclut que dans les grossesses abdominales bien constatées le chirurgien ne peut tenter une pareille opération qu'au terme même de la grossesse.

Après une courte discussion sur les idées nouvelles émises par M. Laborie, à laquelle MM. Lenoir, Robert, Forget et Danyau, rapporteur, prennent part, le travail de M. Laborie et le rapport de M. Danyau sont renvoyés au comité de publication, et M. Laborie est nommé membre titulaire de la Société.

Rapports.

M. GOSSELIN fait un rapport verbal sur la thèse de M. Beylard, ayant pour titre : *Du rachitisme, de la friabilité des os et de l'ostéomalacie.* Dans cette thèse, remarquable à plusieurs titres, ajoute M. Gosselin, l'auteur a surtout cherché à démontrer l'identité des trois maladies que nous venons de mentionner; en cela, il a suivi l'exemple de son maître M. Trousseau. Cette thèse se compose de deux parties, du texte et des planches. Aucun sacrifice n'a coûté à M. Beylard pour arriver à la démonstration de son idée; des recherches historiques nombreuses ont été faites; les faits épars dans la science ont été recueillis et groupés dans divers chapitres. L'étiologie de ces trois affections, considérées jusqu'à ce jour comme différentes, a été étudiée avec soin et l'auteur cherche à démontrer qu'une seule et même cause les produit, à savoir : le défaut d'hygiène, une nourriture mauvaise et insuffisante, la privation d'air, etc. L'anatomie pathologique du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la friabilité a été faite avec grand soin sur des pièces assez nombreuses. Le microscope a aussi été invoqué comme moyen confirmatif des idées de l'auteur. La conséquence clinique de l'identité que l'auteur cherche à établir entre les trois maladies que nous venons de signaler, c'est que l'ostéomacie et la friabilité des os ne sont que le rachitisme des adultes; ces deux affections doivent être traitées, comme le rachitisme des enfants, par l'huile de foie de morue.

M. BOINET. Je ferai observer que des influences autres que les influences hygiéniques peuvent produire l'ostéomalacie; j'ai vu à Saint-Louis, dans le service de M. Gerdy, un jeune homme affecté d'ostéomalacie, et qui s'était toujours trouvé dans de bonnes conditions hygiéniques.

— M. GOSSELIN fait un autre rapport verbal sur la thèse de M. Hattier, interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *De l'arthrocace sénile.*

L'auteur de cette thèse, dit M. Gosselin, fait une description générale de l'arthrocace sénile; il étudie l'altération des os, des cartilages et des synoviales, fait remarquer en passant l'analogie qu'il y a entre cette maladie et le ramollissement des os, et se demande s'il ne serait pas convenable d'appeler cette maladie le rachitisme des vieillards.

Après cette description générale de l'arthrocace sénile, M. Hattier fait l'histoire de chaque arthrocace en particulier. Une observation de l'auteur du travail que nous analysons, ajoute M. Gosselin, nous a frappé; c'est celle-ci : Suivant lui, le point de départ de toute arthrocace sénile n'est point ou la synoviale, ou le cartilage, comme l'ont cru les personnes qui se sont occupées de la même maladie sous le nom d'arthrite sèche, mais l'extrémité des os; il en cite pour preuve des pièces anatomiques sur lesquelles on pouvait étudier l'arthrocace sénile, et dont les cartilages et la synoviale étaient dans un état d'intégrité parfaite.

M. MOREL-LAVALLÉE a fait la même observation que M. Hattier; il a vu, comme lui, des arthrocaces séniles tantôt avec altération des extrémités articulaires des os, d'autres fois sans altération de ces os; il a vu aussi assez souvent les surfaces cartilagineuses saines, les os étant malades. C'est donc une étude à poursuivre.

M. LEBERT. J'ai vu un grand nombre de pièces osseuses qui démontrent que les extrémités osseuses des os affectés d'arthrocace sénile peuvent être atrophiées ou hypertrophiées; je n'admets pas l'analogie que l'on veut établir entre cette maladie et le rachitisme. Quant aux altérations que l'on a décrites dans ces derniers temps sous le nom d'arthrite sèche, M. Robert Smith avait déjà donné une description complète de ces altérations.

M. DEMARQUAY. Je crois que la dénomination d'arthrite sèche par laquelle on désigne l'altération des os, des cartilages et des synoviales que l'on rencontre si souvent sur les articulations des vieillards, est une mauvaise dénomination qui préjuge de la nature des altérations; rien ne prouve, en effet, que, dans la plupart des cas, ces altérations soient le produit d'un travail inflammatoire.

J'ai fait depuis deux ans des autopsies d'individus dont les articulations étaient altérées dans les os, les cartilages et les synoviales. Plusieurs de ces articulations pouvaient être considérées comme des types d'arthrite sèche. Eh bien, chez ces mêmes sujets, j'ai trouvé des ossifications des artères, des altérations des veines; les valvules du cœur étaient ossifiées. Personne actuellement n'oserait dire que ces altérations vasculaires sont toujours le produit de l'inflammation. Et cependant les altérations des surfaces articulaires qui sont aussi liées à l'âge des individus, comme les altérations des artères, sont classées parmi les produits de l'inflammation. Pour ces raisons, j'approuve M. Hattier d'avoir conservé à ces altérations le nom d'arthrocace sénile; mot qui ne préjuge en rien leur nature, et ne leur assigne pas une fausse origine. J'aime mieux admettre qu'elle dépendait de causes générales qu'il faudra apprécier à l'avenir.

M. LEBERT. Je crois aussi que la dénomination d'arthrite sèche est mauvaise, et que les altérations qui ont été décrites sous ce nom sont liées à une cause plus générale que l'inflammation.

M. GOSSELIN. Je n'admets pas l'opinion de MM. Morel et Hattier, qui tendrait à admettre que l'arthrocace sénile débutait toujours par les os. J'ai vu souvent à l'Ecole pratique des pièces pathologiques affectées d'arthrocace sénile, avec altération des cartilages et des synoviales, les os étant intacts.

Présentation de pièces. — Variétés d'hydrocèles.

M. DEMARQUAY présente deux testicules, sur lesquels on constate les altérations suivantes : sur l'un d'eux une hydrocèle du cordon, grosse comme un œuf de poule, est venue se placer entre la tête de l'épididyme et le testicule. Cette espèce d'hydrocèle a été bien étudiée par M. Gosselin. Sur l'autre testicule, voici ce que l'on constate : il s'est formé une accumulation de sérosité à la partie inférieure du testicule, entre la tunique séreuse testiculaire et la membrane albuginée. Tout d'abord, un examen superficiel de cette tumeur aurait fait croire à un kyste séreux testiculaire; mais l'examen du liquide fait au microscope par M. Gosselin et l'étude attentive de la pièce ont démontré qu'il ne s'agissait que d'une hydrocèle testiculaire ayant son siége entre la tunique séreuse et la tunique albuginée.

Canal hépato-cystique.

M. GUBLER soumet à la Société une pièce d'anatomie propre à démontrer l'existence des conduits hépato-cystiques indiqués par un grand nombre d'auteurs anciens et bien décrits par Bianchi dans son *Historia hepatica*.

Vers le fond de la vésicule biliaire présentée par M. Gubler, on voit une dépression infundibuliforme, dans laquelle s'engage facilement un stylet de trousse. L'instrument se trouve bientôt arrêté par des cloisons transversales; mais il est évident que l'entonnoir, visible à la face interne de la vésicule, se prolonge au dehors en un véritable conduit, qu'on a pu suivre, en l'isolant, jusqu'à la substance du foie qui forme le fond de la fossette cystique. Ce conduit peut être insufflé à l'aide d'une canule de trocart explorateur, et M. Gubler répète l'expérience devant la Société. Avant que la pièce eût macéré dans l'alcool, l'air pénétrait jusqu'à la substance hépatique. Là le canal devenait très fin, et suivait avant de se perdre un trajet curviligne de 2 à 3 millimètres. Il est encore très petit dans une partie de son trajet à travers la couche celluleuse et la tunique dartoïde de la vésicule; mais, dans la première moitié de son étendue, à partir de son embouchure dans le réservoir biliaire, ce canal prend des dimensions assez considérables pour égaler le volume d'une plume de corbeau. Lorsqu'il est distendu, il est bosselé à l'extérieur et semble parcouru intérieurement par des cloisons diversement inclinées par rapport à son axe, comme cela se voit dans le conduit cystique proprement dit.

Ce conduit hépato-cystique s'ouvre obliquement dans la vésicule, et son embouchure est pour ainsi dire ensablée de gravelle biliaire qu'on aperçoit au travers de la membrane muqueuse soulevée. Des concrétions identiques se retrouvent en d'autres points du fond de la vésicule, et M. Gubler est porté à croire que les cavités qui les renferment ne sont autre chose que les orifices de conduits hépato-cystiques d'un plus petit calibre.

— M. LE PRÉSIDENT avertit la Société qu'elle doit procéder dans la prochaine séance à l'élection annuelle des membres du bureau.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

CORRESPONDANCE.

Théorie de la fièvre intermittente.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* une lettre de M. Durand, qui me défie de prouver que la théorie de mon honorable collègue sur la production de la fièvre marématique ait jamais été réfutée.

Voici ma réponse :

D'après M. Durand, lorsque ces émanations palustriques ont pénétré au sein de l'économie, la rate subit un changement alternatif et quotidien de volume, changements qui correspondent aux deux phases principales du nycthéméron. Ces émanations, d'abord disséminées dans toutes les parties de l'organisme, se rallient, se concentrent vers le soir dans la rate, où elles continuent à fermenter; arrive la période diurne, l'outre s'ouvre, et les miasmes, produits de cette fermentation, se répandent dans l'économie et y produisent une impression morbide qui se traduit par des accès de fièvre.

La base fondamentale de cette doctrine est, comme on le voit, l'engorgement de la rate. Or, à cette assertion, émise d'abord par M. Audouard, puis par M. Piorry, chacun sait qu'il a été répondu *depuis longtemps par des faits contradictoires.* Il est donc inutile de rentrer, par une discussion collatérale, dans un débat que je ne pourrais soutenir qu'en m'appropriant ce qui a déjà été dit. En effet, MM. Briquet, Nonat, Grisolle, Requin, Lévy, Bouillaud, etc., ont tous cité des faits qui prouvent péremptoirement que la fièvre des marais n'a pas son point de départ dans un engorgement initial de la rate; que cet engorgement, quand il existe, n'est que la conséquence d'accès répétés, et peut devenir à son tour une cause de récidive. Voilà ce qu'ont observé ces hommes éminents; voilà ce que j'ai maintes fois vérifié de mon côté. Le hasard aurait-il donc des priviléges spéciaux pour M. Durand?

Ce médecin fait remarquer, il est vrai, que les observations sur lesquelles il appuie sa théorie ont toutes été recueillies en Algérie, et que le nombre des rates qui s'engorgent sous cette latitude est seulement de 2 sur 3.

Mais, comme le dit M. Valleix, à propos de cette question, peut-on regarder une lésion comme essentielle quand elle n'est pas constante? (*Guide du méd. prat.*, t. X.) J'ajouterai : quelle est la valeur d'une cause qui manque si souvent à l'effet?

Puisqu'il est démontré, du moins c'est mon avis, que la condition primitive de la fièvre marématique n'est pas l'engorgement de la rate, est-il étonnant que les systèmes nosologiques qu'on a cherché à établir sur cette base défectueuse se soient successivement écroulés? est-il étonnant que M. Audouard, que M. Durand, aient trouvé l'un et l'autre beaucoup de contradicteurs et si peu d'adhérents?

Mais ce que M. Durand peut revendiquer comme lui étant propre, comme étant *bien de lui*, c'est le rôle attribué au pancréas dans la stase sanguine de la rate; c'est la fermentation, dans ce viscère, des émanations végéto-animales; c'est l'introduction dans l'arbre circulatoire d'une portion du sang *boueux*, *putrilagineux* provenant de l'organe splénique; c'est l'intermittence à types divers des effets d'un empoisonnement continuel et de nature identique; c'est enfin le traitement de la fièvre par le quinquina, ou agent antiseptique. Il croit à tout cela, dit-il, par instinct, par raisonnement, parce que tout cela découle de l'observation. Laquelle? Que M. Durand veuille bien ouvrir les *Archives de médecine*, IVe série, page 494, et il se convaincra que je ne suis pas le seul médecin qui pense que ces vues idéales, fussent-elles ingénieusement exposées, ont besoin, pour être accueillies, d'une démonstration expérimentale. Cette démonstration, où est-elle?

M. Durand tient à ses idées avec l'énergie respectable de la conviction; cependant il faut bien reconnaître qu'il ne se dissimule pas ce qu'elles peuvent offrir d'étrange au premier abord. « Certes, » je ne prétends pas, s'écrie-t-il, que les faits que j'évoque » pour l'édification de ma théorie soient suffisants pour l'asseoir » plus carrément dans la science. » C'est aussi mon avis.

Agréez, etc. CHAMPOUILLON.

Paris, 26 juin 1852.

Statistique des opérations césariennes.

Saint-Pol, 6 mai 1852.

Monsieur et honoré confrère,

La statistique comparative que l'on voudrait établir sur les opérations césariennes pratiquées en province et à Paris impose à chaque praticien le devoir d'apporter son contingent dans cette appréciation. C'est à ce titre que je viens vous adresser le résultat de mon observation à ce sujet.

Depuis trente-six ans que j'exerce la médecine, j'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'opération césarienne; la première fois en 1836, sur une femme de la commune de Liers, pour une énorme tumeur développée dans la cavité utérine, et qu'il était impossible d'extraire. Cette opération fut également funeste à la mère et à l'enfant; mais je dois ajouter que je ne fus appelé qu'après quatre jours écoulés depuis l'apparition des douleurs et alors que des manœuvres violentes avaient été exercées sur la mère pendant cet espace de temps.

La deuxième eut un tout autre résultat. C'est le 8 octobre 1849 que je fus mandé à Frévent auprès d'une femme primipare d'une très petite stature, et dont tous les os longs des extrémités supérieures et inférieures étaient plus ou moins déformés par suite de rachitisme dont elle avait été attaquée dans son enfance. La colonne vertébrale présentait une double courbure latérale en forme d'S, depuis la région cervicale jusqu'au sacrum; le diamètre antéro-postérieur sacro-pubien n'avait pas plus de 6 à 7 centimètres d'étendue.

A mon arrivée auprès de la patiente, les eaux étaient écoulées; l'orifice de l'utérus, auquel on pouvait à peine parvenir par le toucher, était assez dilaté pour reconnaître que l'enfant se présentait par l'une de ses mains. La déformation du bassin ne permit pas d'hésiter un instant sur le parti qu'il y avait à prendre pour délivrer cette femme; aussi l'opération que je proposai aux quatre médecins réunis auprès d'elle (MM. Fontaine, Deleury, Landry et Hagnaut) fut-elle acceptée et pratiquée sur-le-champ, sans que rien d'extraordinaire en signalât les différents temps. Le deuxième jour, il se développa une péritonite, qui fut promptement combattue par la saignée générale et locale, les frictions mercurielles, etc. Le 20 octobre, la réunion de la plaie était complète; le 2 novembre, cette femme put se lever, et, le 15 du même mois, elle fut en état de se rendre à l'église pour y assister au baptême de son enfant et remercier le ciel du danger auquel toutes deux (car son enfant est une fille) avaient échappé. Il n'y a pas un mois que j'ai vu la mère et l'enfant, qui est aujourd'hui une belle et forte fille de trois ans.

Agréez, etc. Dr BORMEY, à Saint-Pol (Pas-de-Calais).

Chronique et nouvelles.

Par décret du 16 courant, M. Lepredour (Louis-Martial), premier chirurgien en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, et a été remplacé par M. Lefèvre (Amédée).

— M. Magne, oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, reprendra son cours de clinique des maladies des yeux le lundi 5 juillet, rue Louis-le-Grand, 3, à midi, et le continuera tous les lundis à la même heure. L'examen des malades aura lieu à onze heures.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c.	Six mois.... 16 »	Un an...... 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr.	Six mois....... 17	Un an........ 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr.	Six mois....... 20	Un an........ 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — Mort de M. Récamier. — HÔPITAL NECKER (M. Civiale). De la taille hypogastrique. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE (M. Neucourt). Épidémie de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées observée à Verdun en 1850. — Cas de pseudo-helminthe de trois mètres de long, etc. — Cataracte noire. — Académie de médecine, séance du 29 juin. — Académie des sciences, séance du 28 juin.

PARIS, LE 30 JUIN 1852.

Séances des Académies.

Les belles recherches de Mascagni, le magnifique ouvrage dans lequel elles se trouvent exposées, constituent, nul ne l'ignore, un des plus beaux monuments élevés à la science anatomique. Ce monument toutefois est loin de renfermer le tableau complet de l'histoire des lymphatiques, tant est vaste même chaque partie de la science, quand on veut l'envisager sous tous ses points de vue. Entre autres lacunes, l'immortel ouvrage de Mascagni nous laisse dans une ignorance à peu près complète sur la disposition originaire des lymphatiques considérée dans les divers organes. C'est cette disposition, si curieuse sous le rapport de l'anatomie descriptive, et surtout de l'anatomie de structure, qui pourra même n'être pas sans importance sous le rapport de la pathologie; c'est sur cette disposition qu'un des anatomistes les plus consciencieux et les plus habiles de notre époque dirige depuis longtemps ses fructueuses investigations. C'est cette disposition que M. Sappey est venu faire connaître en adressant à l'Institut un fragment du grand ouvrage qu'il prépare sur les lymphatiques, ouvrage qui promet d'être une digne continuation de celui de Mascagni. Nous donnons à notre compte-rendu de l'Académie des sciences l'exposé complet des faits anatomiques nouveaux que M. Sappey a communiqués à cette Société; nous devons donc nous contenter ici de les signaler à l'attention de nos lecteurs. Quant aux déductions pathologiques, l'auteur a été trop réservé sur ce point pour que nous puissions nous livrer à une appréciation.

Un habile expérimentateur appartenant à l'école féconde d'Alfort, M. Clément, a communiqué dans la même séance des faits qui nous ont paru dignes d'intérêt, mais dans l'exposition desquels nous n'avons point trouvé une clarté suffisante pour qu'on puisse s'en faire une idée nette, et par conséquent les apprécier en connaissance de cause.

Enfin, un de nos confrères les plus honorables de la chirurgie militaire, M. Guyon, a fait deux communications, dont l'une, relative à la lèpre, serait surtout importante si les faits annoncés par l'habile chirurgien sont réellement aussi tranchés qu'il le pense. Nous avouons que, malgré toute notre confiance en lui, nous conservons quelques doutes à cet égard; mais il est évident que les observations de M. Guyon doivent engager tous les observateurs à marcher dans la même voie, afin de donner toute l'authenticité désirable à un fait dont les conséquences hygiéniques pourraient être considérables s'il était une fois à l'abri de toute contestation.

— M. O. Henry a ouvert la séance de l'Académie par un rapport sur une source d'eau minérale sise à Neyrac (Ardèche), et dans laquelle on paraît avoir constaté deux principes encore inconnus dans les eaux, le titane et la zircone. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées avec le cérémonial habituel, c'est-à-dire sans aucune observation. Nous profiterons de ce silence pour dire deux mots du rapport de M. Jolly sur les eaux de Salins, rapport dont nous n'avons pu nous occuper jusqu'à présent, et qui avait pour objet, ainsi qu'on se le rappelle, deux mémoires envoyés, l'un par M. Germain, médecin à Salins, l'autre par M. Carrière, médecin à Paris, qui avait fait un long séjour dans le Jura dans le but d'y étudier les eaux salées.

Dans son rapport, M. Jolly s'est attaché à apprécier d'une manière générale les mémoires soumis à son examen, plutôt qu'à rechercher avec rigueur le degré d'utilité des eaux qui faisaient l'objet de ces mémoires. M. le rapporteur a senti sans doute que les faits invoqués par les auteurs n'étaient ni assez précis, ni assez nombreux pour fournir les éléments d'un jugement motivé. C'est donc probablement par nécessité qu'il a dû chercher la base de ses appréciations dans les données générales de la science.

D'après ces données, il n'a pas eu de peine à admettre que des eaux aussi chargées de principes salins que les eaux mères des salines, que des eaux surtout qui, comme celles de Salins, contiennent jusqu'à 2 grammes 70 centigr. de bromure de potassium par 1,000 gr. d'eau, puissent avoir une action énergique et favorable sur une foule de maladies chroniques. Mais d'après ces données aussi et en l'absence de faits scientifiquement observés, il a dû révoquer en doute, pour ne pas dire plus, l'efficacité de ces eaux dans le traitement de l'hypochondrie, de la démonomanie, etc. Il est juste de dire que M. Germain est le seul qui ait cru à l'utilité des eaux de Salins dans les affections mentales, et que le reproche d'exagération ne pouvait s'adresser qu'à lui. M. Carrière, au contraire, a été beaucoup plus réservé dans la partie thérapeutique de son travail, et M. Jolly lui a avec raison accordé une plus grande confiance sous ce rapport. Quoi qu'il en soit des restrictions qu'une observation ultérieure pourra faire apporter dans les applications des eaux mères des salines, il n'en faut pas moins reconnaître que M. Germain, en insistant le premier sur leur utilité, et M. Carrière, en donnant aux études qu'il a faites sur ces eaux un caractère scientifique plus prononcé que son prédécesseur, ont rendu un service réel à la science des eaux minérales.

Après la lecture de M. Henry, plusieurs communications d'un grand intérêt ont été faites à l'Académie. Nous devons nous borner à les mentionner aujourd'hui, nous réservant de donner plus tard quelques mots d'appréciation sur celles dont nous sommes obligé de renvoyer la publication à un autre numéro. — H. de Castelnau.

MORT DE M. RÉCAMIER.

Le corps médical de Paris vient de perdre l'une de ses plus grandes célébrités. M. Récamier, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, ancien professeur à la Faculté de médecine et au Collége de France, membre de l'Académie de médecine, est mort subitement, avant-hier 28, à minuit, après s'être couché vers dix heures, dans un état de santé en apparence parfait. Il était âgé de 78 ans. Il ne nous appartient pas, en présence d'une tombe ouverte, de chercher à déterminer la place que la postérité assignera au célèbre défunt dans l'histoire de l'art; mais nous pouvons dire que la profession ne pouvait guère perdre un membre plus distingué par les qualités du cœur. C'est par ces qualités surtout qu'il laissera de vifs et durables regrets parmi ceux qui l'ont connu.

Les obsèques se feront demain jeudi, 1er juillet, à neuf heures, à l'église Saint-Sulpice. — On se réunira à la maison mortuaire.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

De la taille hypogastrique.

Messieurs, je ne veux pas vous faire l'historique de la taille hypogastrique, puisque je vous ai promis de vous en parler au point de vue de la pratique seulement. Ce n'est pourtant pas l'intérêt ni l'imprévu qui manquent à cette histoire.

Comment ne pas s'étonner, en effet, de ne voir apparaître cette méthode si simple et si avantageuse qu'au milieu du seizième siècle, dans les mains de notre immortel Franco, qui l'improvise séance tenante pour un cas d'urgence; et depuis cette époque jusqu'à nos jours, quelles alternatives de faveur et d'abandon cette opération n'a-t-elle pas subies de la part des chirurgiens? Pour moi, qui, après avoir souvent pratiqué la taille hypogastrique, ai peut-être contribué à la réhabiliter, j'espère vous être utile en vous indiquant quelques détails, même minutieux, qui contribuent à en assurer le succès.

Trois instruments spéciaux sont propres à la cystotomie sus-pubienne : la *sonde à dard*, l'*aponévrotome*, le *suspenseur*.

Frère Côme inventa la sonde à dard, qui, depuis lui, fut souvent employée. Aujourd'hui, plusieurs praticiens l'ont abandonnée; et je crois que c'est bien à tort, rien, à mon sens, ne pouvant y suppléer pour la précision et la sûreté de l'incision vésicale. Mais, messieurs, il est certaines conditions pour une bonne sonde à dard. La courbure d'abord. Les anciens instruments du modèle laissé par frère Côme présentent une énorme courbure, à la manière de ces algalies anglaises, qui semblent faites pour toute autre chose que pour pénétrer dans la vessie. Cela pouvait convenir à frère Côme, qui, comme vous le savez, faisait pénétrer l'instrument, non par les voies naturelles, mais par une plaie périnéale. Aujourd'hui qu'on a renoncé à cette inutile et dangereuse complication, il est tout naturel qu'en employant un instrument aussi vicieux on risque d'ouvrir le péritoine, et qu'on l'ouvre en effet quelquefois. C'est donc une courbure plus courte et d'un plus petit cercle que doit avoir la sonde à dard, de manière que le bec embrasse exactement le pubis. J'ai, du reste, donné la figure et les mesures exactes de cette courbure, et les fabricants ont suivi ces indications. J'ai augmenté le volume de l'instrument jusqu'au calibre de nos grosses bougies métalliques, et cela dans un double but. Plus petit, il est faible et peut se rompre ou se fausser, ainsi qu'on l'a vu, dit-on, dans certains cas. En second lieu, une des conditions de cette taille, est que la vessie soit fortement distendue. Or, sans ce gros calibre de la sonde qui remplit et bouche l'urètre, le liquide de la vessie s'échappe entre l'instrument et les parois du canal. Pour empêcher aussi le liquide de s'écouler entre la sonde et la tige porte-dard, j'ai ajouté ici la boîte à cuir dont vous connaissez l'usage dans l'instrument droit de la litbotritie, dans le trilabe. Enfin, à cause du volume de l'instrument, son extrémité vésicale, grosse, lisse et arrondie, expose moins à contonder la face antérieure de la vessie. A cette extrémité, j'ai eu soin que l'ouverture par où doit sortir le dard, et qui était habituellement centrale, fût, au contraire, plus rapprochée de la concavité. Ainsi sont ménagés les doigts du chirurgien, pendant que du pouce et de l'index de la main gauche il saisit le bec de la sonde coiffé par la vessie; et ainsi surtout, il reste en arrière du dard, dès qu'il est poussé, une surface arrondie et assez étendue, qui soutient la vessie pendant qu'on fait l'incision.

Les deux autres instruments, l'*aponévrotome* et le *suspenseur*, sont dus à M. Belmas. L'aponévrotome est un bistouri boutonné courbe, qui rappelle un peu le bistouri berniaire d'A. Cooper. C'est un instrument commode, qui pourrait cependant être remplacé par tout autre. Il n'en est pas de même du suspenseur, qui joue un rôle capital dans l'opération. C'est un gorgeret recourbé en crochet à son bout libre, et destiné à suspendre l'angle supérieur de la plaie, à le protéger contre l'action des instruments ou le calcul lui-même au moment de son extraction. La gouttière dont il est creusé divise et conduit dans la vessie les tenettes, la curette, le bouton.

J'ai rendu plus commode la disposition du gorgeret suspenseur en augmentant le volume et modifiant la courbure à l'obliquité du manche, de manière que le chirurgien n'en soit pas gêné.

L'opération elle-même de la taille hypogastrique est très simple; c'est certainement de toutes les tailles la plus facile à exécuter; mais on peut dire aussi que sans certaines précautions il est très facile de la mal faire.

Le chirurgien doit être très élevé au-dessus du lit où le malade est étendu; lors de l'extraction du calcul, il doit, en effet, plonger pour ainsi dire au-dessus de la plaie, dût-il, dans les temps qui précèdent, gagner à cette position un peu de fatigue. Le malade est couché horizontalement, les jambes légèrement fléchies et écartées, le bassin soulevé par un coussin résistant, comme vous me le voyez toujours faire dans nos manœuvres de litbotritie, ou même pour un simple cathétérisme explorateur. L'utilité de ce précepte, dont je vous ai fréquemment entretenus, est ici plus grande encore, dans le but d'empêcher les intestins de peser sur la vessie.

L'opérateur, à la droite du malade, ne s'approche de celui-ci que pour commencer l'opération; car tout doit être connu et fixé à l'avance. Pas de ces explorations que l'on fait toujours avant la taille périnéale, en invitant même quelques assistants à s'assurer une dernière fois de l'existence du calcul; elles auraient un grand inconvénient, c'est de provoquer les contractions vésicales et d'amener l'intolérance du viscère quand il faut de toute nécessité que le réservoir urinaire reste distendu. Le chirurgien introduit la sonde ordinaire et pousse l'injection avec une extrême lenteur, toujours prêt à s'arrêter un moment si le malade souffre. Quelquefois la vessie ne peut supporter le liquide et le rejette; il faut patienter quelques minutes, un quart d'heure même, puis recommencer, ayant soin de distraire par des demandes l'attention du calculeux; en un mot, agissant ici comme vous me le voyez faire quelquefois dans ces cas difficiles de lithotritie où la vessie ne reçoit pour ainsi dire que par surprise le liquide injecté.

Outre les aides destinés à maintenir le malade, s'il en est besoin, à présenter et à recevoir les instruments, etc.,

deux ont une fonction déterminée. Le premier se tient entre les jambes de l'opéré; la sonde à dard a été introduite, c'est lui qui la tient immobile et qui sera, plus tard, chargé de pousser le dard. Le second aide recevra le manche du gorgeret suspenseur; il doit être le plus exercé et le plus intelligent de ceux dont puisse disposer le chirurgien; car il peut à lui seul compromettre l'opération.

Le chirurgien ayant senti au-dessus et en arrière du pubis l'extrémité de la sonde à dard, ce qui est presque toujours possible quand le sujet est d'un embonpoint ordinaire, incise sur la ligne médiane les téguments de la paroi de l'abdomen dans une étendue de 2 pouces 1/2 à 3 pouces.

La peau et la couche sous-cutanée étant divisées, on arrive ainsi sur l'entre-croisement médian des aponévroses abdominales, la ligne blanche elle-même. Le même bistouri ordinaire qui vous a servi à ce premier temps de l'opération vous suffira au second, qui consiste à couper la ligne blanche dans une très petite étendue, à l'angle inférieur de la plaie, immédiatement au-dessus du pubis. C'est par cette sorte de boutonnière qu'on introduit le bouton plat de l'aponévrotome, dont la lame, menée de haut en bas, achève la section de la paroi fibreuse abdominale. Cette section par l'aponévrotome se fait comme par saccades, c'est-à-dire qu'on déchire autant qu'on coupe. Son étendue dépend du volume présumé du calcul. Il vaut mieux risquer d'y revenir que de la faire sur-le-champ trop grande.

Le chirurgien prend la sonde à dard des mains de l'aide et l'abaisse pour faire saillir au-dessus des pubis son extrémité vésicale. Il embrasse cette extrémité du pouce et de l'index de la main gauche, et ordonne de pousser le dard. Le pavillon de la sonde est rendu à l'aide; un bistouri, glissant dans la rainure du dard, divise la face antérieure de la vessie jusqu'aux environs du col, point trop près cependant, pour éviter les plexus veineux qui l'entourent.

Au moment où le liquide jaillit le dard est rentré, la sonde retirée, et le chirurgien plonge dans la vessie ouverte l'index recourbé en crochet, de manière à suspendre son angle supérieur. Tout cela se fait en même temps. Le gorgeret suspenseur remplace alors l'index de l'opérateur; et, confié à un aide bien exercé, il doit être tenu dans une immobilité absolue. Il ne reste alors à pratiquer que l'extraction du calcul. Remarquez combien tout ce que vous avez fait jusqu'ici est simple. Rien d'important n'a été lésé. Le milieu de la face antérieure de la vessie a été plutôt désuni que coupé, puisqu'à cet endroit les fibres circulaires sont très rares, et qu'il n'y en a guère que de longitudinales.

Il est un écueil que peu savent éviter, c'est de porter sans précaution, et à plusieurs reprises, le doigt dans la plaie; on décolle ainsi le tissu cellulaire lâche qui joint la vessie à la face postérieure du pubis et de la paroi abdominale; de là des abcès, des clapiers que vous trouverez souvent notés dans les observations de cette méthode d'opérer la pierre.

Vous avez un guide qui vous conduit dans une route sûre et sans danger là où la vessie est fixée, et dont, à toute force, il ne faut pas vous écarter, c'est la gouttière du gorgeret suspenseur. C'est par là que le doigt et les instruments doivent toujours être conduits.

Dans toutes les tailles, mais surtout dans celle-ci, les tenettes ont une grande importance. Celles qu'on faisait autrefois étaient détestables. Leurs cuillers épaisses, courtes, excavées, ne prenaient le calcul que par leurs bords, et ajoutaient énormément à son volume. Celles que j'y ai substituées, épaisses d'une ligne, plus longues, plus plates, s'appliquent exactement sur la pierre et ajoutent peu à sa grosseur. Je ne me souviens pas de n'être jamais trouvé dans le cas de ne pouvoir extraire la pierre dans la taille hypogastrique.

Vous savez combien on s'est occupé de la manière dont l'urine devait être dirigée après la taille sus-pubienne. Voici quelle est ma pratique: le malade ayant été habitué, avant l'opération, à supporter des sondes, lui laisser, après l'opération, une sonde à demeure, qui alors sera sans inconvénient et sans danger pour lui. Il faut ajouter que, dans ces cas, les sondes en gutta-percha rendent un véritable service.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Épidémie de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées observée à Verdun (Meuse) en 1850;

Par F. Neucourt, d.-m.-p., ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Fin.* — Voir les uuméros des 19 et 24 juin.)

Obs. VII. — *D'abord signes de laryngite striduleuse, rémission dans les symptômes, puis, au bout de huit jours, apparition des symptômes du croup et mort.*

La petite fille de M. J. B..., âgée de cinq ans et demi, très forte, fut prise, dans la nuit du 9 mai 1850, de toux rauque avec accès de suffocation répétés plusieurs fois, douleur à la gorge accusée par la malade, agitation générale. Les parents furent sur pied toute la nuit.

Le lendemain, je la trouve dans l'état suivant: peau chaude et humide, pouls à 120, figure colorée; langue blanche, pas d'appétit, douleur en avalant; amygdales volumineuses obstruant complétement le pharynx, sans fausses membranes, mais d'un rouge très vif; voix bien timbrée, respiration pure, cri naturel. — Cataplasmes au cou et aux pieds; eau d'orge; diète.

Le soir, l'enfant joue et ne se plaint plus.

Les jours suivants, il ne se présente ancun symptôme nouveau; l'enfant est bien, elle tousse comme dans un rhume ordinaire.

Le 17 juin, huit jours après ces accidents, l'enfant paraissant mal à l'aise, les parents parlaient de m'envoyer chercher, mais sans s'inquiéter davantage, ce qui prouve la justesse de la remarque indiquée plus haut, que le croup est un chien qui mord sans aboyer, car les parents étaient sur leurs gardes, il se préoccupaient beaucoup en raison de l'épidémie régnante, ils avaient été extrêmement inquiets lors de l'attaque de faux croup, et actuellement ils étaient dans une sécurité presque complète, lorsque, entrant par hasard, je trouvai l'enfant qui jouait dans la boutique-elle avait la respiration gênée et bruyante dans l'inspiration et dans l'expiration; la toux rauque, sèche, étouffée; la voix très voilée; les amygdales volumineuses, rouges, avec pellicules blanchâtres des deux côtés; un ganglion maxillaire très développé; la peau chaude, le visage coloré, le pouls à 120. — Quatre sangsues à l'épigastre, boissons pectorales après les sangsues; émétique, 5 centigrammes; cataplasme émollient sur le cou; porter de l'alun dans le fond de la gorge.

Il y a un mieux momentané à la suite des sangsues; mais, malgré de nouvelles sangsues le lendemain, un nouveau grain d'émétique, puis l'emploi du sulfate de cuivre toutes les deux heures, un vésicatoire au cou, des lavements purgatifs, l'enfant succomba le 19, à quatre heures du soir. Elle avait rejeté quelques fausses membranes. J'avais proposé la trachéotomie; mais comme je ne pouvais répondre de la guérison par ce moyen, la mère n'y voulut pas consentir.

Remarques. — Ce fait me paraît prouver que M. Guersant a été au delà de la vérité lorsqu'il a mis, d'un côté, le faux croup, laryngite striduleuse, simple inflammation sans gravité; d'un autre côté, le croup, maladie très grave et en quelque sorte spécifique. Cette doctrine est sans doute fort séduisante, précisément parce qu'elle est exclusive et met des assertions très positives à la place des résultats beaucoup moins tranchés de l'observation clinique; mais on comprend quelles conséquences fâcheuses elle peut avoir pour le pronostic et le traitement.

On dira que c'est là une discussion de mots, puisque M. Guersant admet que les deux affections se développent simultanément sous la même influence épidémique; mais rappelons-nous que, pour cet éminent observateur, la laryngite striduleuse est une maladie légère qui ne doit inspirer aucune inquiétude. Or n'est-il pas naturel, lorsque règne une constitution épidémique avec tendance à la production de fausses membranes, et qu'on observe une laryngite simple chez un sujet prédisposé par son âge à la laryngite diphthéritique, de craindre, tout en coustatant l'absence actuelle de cette dangereuse complication, qu'elle ne se produise d'un moment à l'autre?

Le raisonnement nous amène à ce résultat, et l'observation clinique vient le confirmer.

Nota. — Peut-être trouvera-t-on une espèce de contradiction apparente entre ce que je dis actuellement de la transformation possible d'une laryngite simple en laryngite pseudo-membraneuse, et ce que j'ai dit plus haut de l'extrême rareté de l'extension de la fausse membrane du pharynx au larynx. J'ai dit que cette contradiction n'est qu'apparente, puisque, comme je viens de le rappeler, il s'agit, dans le premier cas, de l'extension d'une inflammation spécifique d'une région à une autre, et, dans le second cas, de la transformation, dans le même lieu, d'une inflammation simple en inflammation diphthéritique.

En considérant dans son ensemble la manifestation épidémique dont je rends compte, on est frappé d'une série de faits dont le croup n'est qu'un détail. Ainsi, jamais, à aucune autre époque, je n'ai observé un aussi grand nombre d'angines simples et d'amygdalites intenses et terminées par abcès, que j'ai eu occasion de le faire pendant que régnait l'épidémie de croup.

Au même moment, j'observais également chez l'adulte de très nombreuses laryngites simples avec toux rauque, voix voilée ou même complétement éteinte, douleur vive du larynx spontanément et à la pression, douleur en avalant et, dans la plupart des cas, sentiment de brisement général, diminution de l'appétit, léger mouvement fébrile. Les enrouements subits avec douleur au larynx, et qui duraient quelques jours, se présentaient aussi très fréquemment. N'est-il pas alors évident que le fait dominant de l'épidémie était la tendance générale aux phlegmasies laryngées, lesquelles se bornaient, chez l'adulte, à des laryngites et à des angines simples; tandis que, chez les enfants, qui de deux à sept ans surtout ont le funeste privilége de voir ces inflammations simples se transformer en inflammations pseudo-membraneuses, cette conversion avait lieu pour un certain nombre, et constituait le croup.

J'ai dit: cette conversion avait lieu pour un certain nombre; en effet, tous n'avaient pas ce malheur, et s'il y a eu de l'âge de dix-huit mois à huit ans un certain nombre de croups, on a pu observer au même moment un bien plus grand nombre d'enfants du même âge atteints de phlegmasies laryngées simples, dont la terminaison a été favorable.

Mais c'est ici qu'on doit apporter une grande réserve; et lorsque, d'une part, on se reporte par la pensée à ce principe général de l'épidémie indiqué plus haut, d'autre part, à cette aptitude des enfants à voir leurs phlegmasies simples se convertir en phlegmasies couenneuses; lorsque, comme je l'ai montré, on voit en quelque sorte cette transformation s'opérer sous les yeux, on doit toujours craindre que la phlegmasie, d'abord bénigne, ne se transforme en croup d'un moment à l'autre.

Les cas suivants, pris parmi les phlegmasies simples du larynx et du pharynx observées à la même époque, feront comprendre, je crois, combien cette conversion serait facile.

Obs. VIII. — *Laryngite et amygdalite aiguës chez un enfant de trois ans. — Guérison.*

Le 17 juin 1850, on me fit voir un enfant de trois ans sur lequel les parents avaient de l'inquiétude, parce que son frère a succombé au croup il y a deux jours. Je le trouve dans l'état suivant: toux rauque, sans caractère croupal; cri bien timbré; voix enrouée, mais non éteinte; amygdales rouges, volumineuses, sans fausses membranes; quelques ganglions douloureux sur les côtés du larynx; respiration forte au niveau des grosses bronches, un peu rauque et gênée; quelques râles muqueux disséminés. Pas de crises d'étouffement; douleur en avalant accusée à la région du pharynx et du larynx; figure très colorée, peau brûlante, pouls à 130; langue blanche, vomiturition, pas d'appétit, constipation. — Emétique, 5 centigrammes.

Le 18, vomissements abondants; l'enfant est mieux, et les parents ont même commis l'imprudence de l'envoyer à l'école.

Le 19, retour des mêmes symptômes que le 17, sans rien de plus caractéristique; toujours état fébrile. — Deux sangsues au cou; émétique, 5 centigrammes; cataplasmes de farine de lin au cou et aux pieds; tisane de mauve.

Le 20, diminution de tous les symptômes.

Le mieux continue, et au bout de huit jours l'enfant est guéri.

Remarques. — Les symptômes n'ont pas été ceux du croup, et il est certain qu'il n'existait pas de fausse membrane; mais une inflammation aussi violente du pharynx et du larynx avec fièvre vive chez un enfant de trois ans, dont le frère venait de succomber au croup, était certes de nature à donner de grandes inquiétudes. Il en est de même pour le cas suivant, surtout lorsqu'on ticnt compte de la constitution épidémique:

Obs. IX. — *Pharyngite violente avec fièvre chez un enfant de cinq ans.*

Le petit garçon de M. Bret..., âgé de cinq ans et demi, bien portant d'habitude, avait fait deux lieues à pied par un temps humide.

Le lendemain 6 mai 1850, peau brûlante, pouls à 140, céphalalgie intense, visage très coloré, douleur vive à la gorge et à la région du larynx, sur laquelle l'enfant insiste beaucoup; voix naturelle, rien d'anormal dans la toux; amygdales rouges et volumineuses, urines rouges, langue blanche, nausées, constipation. — Cataplasme au cou, eau d'orge miellée, diète.

Le 7, l'enfant est beaucoup mieux et se plaint peu de la gorge; fièvre moindre. — Même prescription.

Les jours suivants, l'enfant revient à un état de santé normal.

Obs. X. — *Amygdalite très aiguë avec laryngite simple.*

La petite fille de M. B..., âgée de sept ans, grasse, colorée, d'une bonne santé habituelle, se refroidit, le 28 avril 1850, après avoir été en sueur. Frissons le soir, suivis d'une forte fièvre avec sueurs.

Le 29, toujours sueurs abondantes, peau chaude, pouls à 120, céphalalgie; langue blanche, douleur en avalant. Le soir, même état: douleur au larynx accusée par l'enfant, pharynx rouge, amygdale gauche deux fois plus volumineuse que la droite, d'un rouge vif, sans fausse membrane; voix et respiration naturelles; toux de temps en temps, mais ne présentant pas de caractère particulier; un ganglion sous-maxillaire mobile et douloureux. — Cataplasmes de farine de lin au cou et aux pieds, orge miellée.

Le 30, nuit bonne, pouls à 100, peau médiocrement chaude; toujours un peu de douleur en avalant; la douleur du larynx a disparu.

Le soir, nouvelle douleur au larynx accusée par l'enfant; douleur très vive en avalant; céphalalgie, pouls à 140, sueurs. — Six sangsues aux cuisses.

Le 1er mai, l'enfant est à peu près dans le même état, sauf de la diminution dans la fièvre; langue blanche, nausées. — Emétique, 5 centigr.; vomissements à la suite.

Les jours suivants, l'enfant est mieux; convalescence rapide.

Le 8, l'enfant sort dans la rue; appétit, pas de fièvre.

J'ai eu occasion pendant la même épidémie d'observer un cas de diphthérite cutanée; le voici:

Obs. XI. — *Diphthérite cutanée ayant pour point de départ un vésicatoire récent.*

Vers la fin de février 1850, une fille de vingt ans fut prise d'accidents hystériques d'une intensité extrême avec coma profond alternant avec un sentiment d'oppression sous le sternum, qui s'accompagnait d'une telle angoisse que la malade répétait incessamment qu'elle allait mourir. En même temps, il y eut paralysie de la vessie pendant quatre jours, temps pendant lequel il fallut recourir au cathétérisme. Après l'emploi infructueux des antispasmodiques et des calmants, je me décidai à employer un large vésicatoire sur le sternum pour remédier au sentiment d'oppression signalé plus haut.

Deux jours après, la douleur et l'oppression avaient disparu, mais le vésicatoire était extrêmement douloureux, quoiqu'on ne le pansât qu'avec du beurre. Peu à peu, et malgré ce pansement, il prit de l'extension, se porta vers les mamelles, sous le sein gauche, et en quelques jours il acquit une étendue double de celle qu'avait primitivement le vésicatoire. En même temps, la plaie était excessivement douloureuse, recouverte de larges plaques blanches, laissant suinter une sérosité âcre d'une abondance excessive et d'une odeur très désagréable. Le pourtour de la plaie et les parties recouvertes par les plaques blanches étaient d'un rouge vineux.

J'employai successivement pour pansement le beurre, le cérat, les cataplasmes émollients, la farine brûlée, les fomentations, les grands bains, etc., sans pouvoir parvenir à diminuer les douleurs, qui empêchaient la malade de se remuer dans son lit. Elles étaient telles que cette fille, naturellement courageuse, poussait des cris aigus chaque fois qu'on la pansait.

Au bout de quinze jours seulement, la plaie devint moins douloureuse, le pus plus épais; les pellicules se détachèrent successivement et la plaie devint d'un beau rose avec granulations à la surface. La cicatrisation se fit par parties séparées et non de la circonférence au centre: elle ne fut complète qu'au bout d'un mois.

Cette portion de la peau a conservé l'aspect que présentent les parties longtemps occupées par un vésicatoire.

Traitement.

Les vomitifs, dans l'épidémie que j'ai observée, sont les moyens dont l'efficacité a paru le mieux établie, et tout fait penser que c'est à eux qu'ont été dus les quelques cas de guérison que j'ai observés. Généralement leur emploi était suivi de l'expulsion de débris de fausses membranes, et en même temps on observait une rémission dans les symptômes locaux et généraux. Dans certains cas où la maladie a marché avec une très grande rapidité vers une terminaison fatale, ces effets ont été peu marqués ou nuls: ils étaient plus sensibles lorsque la maladie, quoiqu'ayant été suivie de mort, durait plus longtemps. Dans ces cas même, les vomitifs ont été parfois suivis d'une rémission telle qu'on avait quelque espoir de guérison. Enfin, dans les cas qui se sont terminés favorablement, cet effet des vomitifs a été très marqué, c'est-à-dire que l'expulsion des fausses membranes était facile et abondante; il y avait une notable modification dans les symp-

tômes locaux, surtout au point de vue des bruits laryngés, et dans les symptômes généraux, surtout pour l'état fébrile. Je me suis servi généralement de l'émétique à la dose de 3 à 5 centigrammes répétée trois ou quatre jours de suite au début. J'ai essayé aussi le sulfatc de cuivre préconisé par Hufeland; j'en ai obtenu quelques effets vomitifs à la dose de 10 centigrammes, puis j'ai continué à en donner 2 centigrammes toutes les quatre beures, en revenant parfois à la dose de 10 centigrammes, comme le conseille cet auteur : ce moyen ne m'a donné aucun résultat que je n'aie obtenu de l'émétique, et il m'a paru inférieur à ce dernier dans ses effets physiologiques et dans son action tbérapeutique, ce qui fait que j'y ai renoncé.

Autrefois, on usait des émissions sanguines dans presque tous les cas de croup; actuellement il y a une tendance à les rejeter d'une manière presque absolue. Dans quelques cas, l'application des sangsues n'a procuré aucun résultat satisfaisant; dans d'autres, j'ai obtenu un mieux manifeste à la suite, de sorte que le médecin me paraît juge ici de l'opportunité de l'application. Comme parmi les enfants atteints du croup il y en a, ainsi que je l'ai dit plus haut, qui ont une constitution robuste, d'autres une constitution ordinaire, d'autres une constitution délicate, il y a lieu de tenir compte de ces différences, et il n'y a pas de doute que les enfants de la première catégorie se trouveront mieux des émissions sanguines que ceux de la dernière. Comme dans les maladies de l'enfance, en général, on doit redouter les congestions vers la tête, pour peu que je remarquais une tendance aux accidents de cette nature, même une rougeur vive du visage ou de la somnolence, j'appliquais les sangsues à l'épigastre ou aux cuisses au lieu de les appliquer au cou ou aux oreilles.

Les cataplasmes émollients au cou et aux pieds pour favoriser la transpiration, les révulsifs, notamment les cataplasmes sinapisés, les lavements purgatifs ont paru utiles. Après l'emploi des émissions sanguines et des vomitifs, il a semblé dans un cas que les onctions mercurielles et le calomel avaient contribué à la guérison.

J'ai usé des vésicatoires, mais sans pouvoir rien dire de leur action, ne les ayant généralement employés qu'à la dernière période.

J'ai employé dans plusieurs cas l'écouvillonnement du pharynx avec un mélange d'acide hydrochlorique et d'eau. J'ai eu peu à me louer de ce moyen, et je n'en ai retiré aucun avantage bien saillant. M. Bretonneau, qui a surtout insisté sur son emploi, se fonde sur ce fait, que la fausse membrane commence fréquemment dans le pharynx, pour de là descendre dans le larynx; et dans le but de faire avorter l'inflammation, il conseille de l'attaquer dans le pharynx aussitôt qu'elle apparaît; aussi y insiste-t-il, surtout au début. Sans doute c'est au début du croup qu'on aperçoit la fausse membrane au pbarynx, et le plus souvent elle disparaît de cette région à mesure que la maladie fait des progrès. Mais d'après les faits que j'ai observés, il ne me paraît nullement établi que le développement de cette fausse membrane se fasse primitivement au pbarynx; car, comme je l'ai dit plus haut, les signes caractéristiques du croup existaient en même temps, de façon à faire croire au développement simultané de la fausse membrane dans les deux régions. Ainsi dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, il n'y avait pas lieu d'espérer arrêter la marche de la maladie de cette façon. M. Vauthier (*Archives générales de médecine,* janv. 1849), bien que partisan de la cautérisation, avoue n'avoir pas vu un seul cas où elle ait arrêté la maladie au début. Reste son second mode d'action, c'est-à-dire la dissolution des fausses membranes par l'action du liquide sur le larynx et le pharynx, et leur expulsion par suite des efforts de vomissement et d'expuition que détermine le liquide caustique. C'est dans ce dernier but que je m'en suis servi; mais je dois avouer que son action m'a paru peu efficace et bien rarement suivie d'un effet satisfaisant, même momentané. De plus, au bout de quelques cautérisations, l'enfant, pour peu qu'il conserve de force, oppose une résistance presqne invincible à l'écouvillonnement. L'insufflation de l'alun m'a paru plus impraticable encore, ct j'ai été forcé d'y renoncer après les premières tentatives, sous peine de mettre les enfants dans un état d'exaspération qui présentait des inconvénients plus grands qu'on n'avait à espérer d'avantages de la cautérisation. M. Jousset, dans un article remarquable, où l'on rend à César ce qui appartient à César (*Archives générales de médecine,* août 1844), et M. Matice (*Thèse sur le croup*) la rejettent complétement.

J'ai peu de chose à dire de la trachéotomie. J'avoue que la lecture impartiale des nombreuses discussions pour et contre l'opinion des véritables praticiens que j'ai pu consulter, les quelques cas que j'ai vus, notamment à l'hôpital des Enfants, à Paris, ne me disposaient pas à l'emploi de cette ressource extrême. Cependant je l'ai proposée dans tous les cas où le danger devenait imminent. Après que j'avais expliqué en quoi elle consistait, les parents me demandaient si en opérant je répondais de sauver le malade. J'étais forcé de dire que non, que c'était la seule chance de salut pour l'enfant, mais que je ne pouvais rien promettre.

Aucune mère n'a voulu consentir à la laisser pratiquer, et j'ai su que mes confrères, pendant la même épidémie, n'ont pas eu non plus occasion de la tenter.

Je donne actuellement la relation des cas de croups terminés par la guérison, que j'ai pu observer.

Obs. XII. — *Croup chez un enfant de quatre ans et demi terminé par la guérison.*

Le petit garçon de M. Mos., d'une constitution robuste, toussait depuis plusieurs jours, sans qu'on y prêtât attention. Dans la journée il jouait et paraissait très bien; le soir, il était pris d'une fièvre ardente, passait des nuits très agitées, et avait des quintes de toux d'une extrême violence, pendant lesquelles il se dressait sur son lit.

Examiné le 26 février 1850, je le trouve dans l'état suivant : sentiment de douleur au larynx accusé par l'enfant, toux aiguë par moments avec anxiété, sentiment de suffocation très pénible, rougeur vive du visage, sifflement laryngo-trachéal très intense s'entendant à distance, plus fort pendant le sommeil, ayant lieu dans l'inspiration et dans l'expiration, voix complétement éteinte, amygdales gonflées, sans fausses membranes, langue blanche, pas d'appétit, peau cbaude et sudorale, pouls à 140. — Tartre stibié, 5 centigrammes; cataplasme; diète; tisane de mauves. Vomissements de matières jaunes et vertes mêlées de pellicules blanches, minces, dont quelques-unes ont l'étendue de l'ongle. L'enfant est assoupi, mais beaucoup plus calme à la suite. La respiration et la toux sont moins bruyantes.

Le 27, toujours voix éteinte, toux aiguë et sècbe, respiration rauque, s'entendant à distance; pouls à 140. — Nouveau vomitif; le reste *ut suprà.*

Nouveaux vomissements de matières jaunes avec fausses membranes abondantes, minces, plus ou moins étendues.

La nuit est assez calme, les quintes de toux moins fréquentes, les bruits laryngés moins secs, quoique sans expectoration.

Le 28, même état, sauf que vers le soir l'enfant devient très coloré avec peau brûlante; pouls dur, à 140. — Quatre sangsues aux cuisses. A la suite des sangsues, grande faiblesse, pouls intermittent.

Le 1er mars, pouls plus calme; même état du reste. — Nouveau vomitif. Selles nombreuses sans vomissement.

Le 2, l'enfant est mieux; la respiration laryngée ne s'entend plus à distance; elle est faible en auscultant en arrière, et n'est très sensible que dans l'inspiration forte. Toux moins sècbe, moins pénible, point de quintes violentes. Pouls à 100, régulier. L'enfant est gai, joue volontiers, et demande à manger. Langue blancbe. — Cinquième grain d'émétique. Quelques vomissements. Le soir, l'enfant est tranquille. Toujours voix éteinte; quintes de toux plus grosses; 100 pulsations. La respiration ne devient bruyante qu'au moment de la toux. Il y a dans la journée un redoublement de fièvre avec visage très rouge et peau très chaude.

Le 3, pouls à 110, peau très chaude, toux plus grasse; pas de bruit laryngé, excepté dans les grandes inspirations; voix en fausset, mais distincte. Parfois redoublement de fièvre dans la journée. L'enfant joue et s'agite moins; il n'a plus la tête renversée en arrière. Beaucoup de fausses membranes sont rejetées dans la journée. Appétit. — Calomel, 20 centigr.; lait coupé avec de l'eau.

Le 4, une selle; le mieux continue.

Le 5, toux grasse, expectoration muqueuse; pouls à 80, large; appétit, sommeil; toux rauque, mais grasse; voix toujours en fausset.

Les jours suivants, le mieux continue, l'expectoration se fait bien; pendant plusieurs jours les matières expectorées sont teintes de sang; bon appétit, pouls calme. Tout ce qui reste de la maladie, c'est la voix basse et à peine distincte.

A la fin de mars, la voix s'éteint encore par moments; la santé est bonne, du reste.

A plusieurs reprises, notamment en juin, l'enfant fut pris d'inflammation violente des amygdales avec douleur à la gorge, pouls à 120, peau brûlante, abattement et envies de vomir, sans modification spécifique des bruits laryngés. Ces accidents se calmèrent toujours très facilement. Actuellement (janvier 1852), la santé de l'enfant est excellente; mais il est encore sujet à des toux quinteuses pendant lesquelles il se redresse vivement dans son lit, et la mère trouve que la voix n'est pas revenue nette comme autrefois.

Remarques. — Il est impossible, dans ce cas, de ne pas attribuer aux vomitifs la plus grande partie de la guérison, car ils étaient constamment suivis de l'expulsion de fausses membranes abondantes et d'un mieux marqué. Mais il faut convenir aussi que, pour que ce moyen réussisse, les malades doivent être dans des conditions relativement favorables; car ce traitement, qui m'a réussi (cbose assez particulière) cbez le premier de tous les enfants atteints par l'épidémie, et que j'ai également employé chez les autres, a été trop souvent suivi d'insuccès.

Les deux autres cas de guérison que j'ai observés pendant l'épidémie sont les suivants.

Obs. XIII. — *Croup terminé par la guérison.*

Je fus appelé en l'absence du médecin ordinaire, M. Lespine, à visiter la petite fille de M. Miq..., âgée de sept ans, délicate, qui me présenta tous les symptômes du croup confirmé : toux croupale, respiration laryngée, voix éteinte; amygdales rouges, volumineuses, avec deux plaques blanches; pouls accéléré, peau brûlante, Je prescrivis immédiatement des sangsues et un vomitif à la suite.

Je ne suivis pas l'enfant, qui fut confiée aux soins de son médecin ordinaire. On employa les moyens indiqués pour le malade précédcnt, sans cautérisation ni opération.

Cette enfant guérit très bien. Deux mois après, elle avait encore parfois la voix éteinte et quelques accès de toux; la santé parfaite, du reste.

Obs. XIV. — Je fus appelé en consultation pour visiter un petit maade de mon confrère M. le docteur Labarre, qui était arrivé au cinquième jour d'un croup confirmé qui ne faisait de doute pour aucun des trois médecins appelés. Cependant, comme tous les bruits avaient une tendance à devenir humides, nous augurâmes moins défavorablement du petit malade, malgré une fièvre très vive, un abattement extrême et des accès de dyspnée inquiétants. En effet, cet enfant eut le bonheur de se rétablir. Les moyens précédents, plus les onctions mercurielles et le calomel, furent employés.

Enfin, en décembre 1851, j'eus occasion d'observer un cas de croup sporadique avec voix très aiguë; cri aigu, presque éteint; respiration laryngée très bruyante, toux sèche et croupale; amygdales volumineuses, rouges, sans fausses membranes; fièvre très vive. La maladie se termina par la guérison avec expuition de crachats jaune-brun très consistants, mêlés de beaucoup de sang. On employa les vomitifs, les révulsifs et les mercuriaux.

Cas de pseudo-helminthe de trois mètres de long, qui n'était autre chose qu'un tube formé par la tunique muqueuse et la tunique fibreuse de l'intestin.

(Présenté à l'Académie de médecine le 29 juin 1852 par M. Cruveilhier.)

Le corps vermiforme que j'ai l'bonneur de présenter à l'Académie a été rendu avec les selles par une femme âgée de quarante-huit ans, qui avait éprouvé tous les symptômes de l'étranglement interne, qui est aujourd'hui parfaitement rétablie, et qui était sujette depuis longtemps à de mauvaises digestions, à des dyspepsies qu'elle faisait cesser avcc du vin d'absinthe. Cette pièce pathologique m'a été adressée par M. le docteur Faure, médecin distingué à Roanne (Loire), qui désirait connaître mon opinion sur la nature de ce corps.

Ce corps a trois mètres de long; il est renflé à une de ses extrémités, d'où le nom de *ver à tête de cheval* qui lui a été donné par la malade; il est filiforme et longitudinalement lacéré à l'autre extrémité. Il est canaliculé et peut admettre le doigt indicateur; l'insufflation lc développe à la manière d'un intestin. Sa surface externe, inégale, présente, lorsqu'il est plongé dans l'eau, des flocons celluleux; on reconnaît aussi sur un grand nombre de points de cette surface externe des débris de fibres circulaires.

Qu'est-ce que ce corps vermiforme? D'abord ce n'est point un helmintbe ou entozoaire, il n'en présente aucun caractère; il n'est bien évidemment autre chose qu'un produit ou un organe canaliculé. Serait-ce une de ces fausses membranes tubulées dont les exemples sont si communs dans la science? Pas davantage. C'était un tissu organisé et d'une organisation très avancée, très compliquée, et il ne m'a pas été difficile de reconnaître un débris de l'intestin grêle dépouillé de sa membrane péritonéale et de sa membrane musculeuse, et par conséquent constitué par la membrane interne et la membrane fibreuse.

Si, en effet, on examine à la loupe et sous l'eau la surface interne de ce canal, on y découvre tous les caractères des papilles de l'intestin grêle; mais point de valvules conniventes, elles sont complétement effacées. Si on examine la surface externe, également à la loupe, on y découvre tous les caractères de la tunique fibreuse de l'intestin, et çà et là des débris de la coucbe circulaire de la tunique musculeuse.

La présence des follicules isolés et des follicules agminés sera le complément de la démonstration. Je ne les ai pas encore trouvés; mais je me propose de continuer mes recherches à cet égard.

A la vue de ce débris d'intestin constitué par les deux membranes internes de l'intestin, la pensée d'Arétée s'est présentée à mon esprit. On sait que les anciens, considérant comme constituées par l'intestin toutes les fausses membranes tubulées qui étaient expulsées par l'anus, s'émerveillaient de l'absence d'accidents en pareil cas. Arétée, qui ne connaissait pas plus que ses contemporains la tbéorie des fausses membranes, se rendait compte de l'absence d'accidents en disant que, l'intestin étant composé de deux membranes, l'unc interne, l'autre externe, il n'était pas étonnant que la membrane interne pût être expulsée sans solution de continuité du canal intestinal.

Dans le cas présent, la pensée d'Arétée s'est-elle réalisée? Y a-t-il eu exfoliation des membranes interne et fibreuse de l'intestin, comme il y a exfoliation de la membrane muqueuse utérine dans l'accouchement, ainsi que l'a démontré M. Coste, comme on prétend qu'il y a exfoliation de la membrane muqueuse cbez certaines femmes, qui rendent à cbaque menstrue une matière organisée?

Non, messieurs, il est impossible de s'arrêter à cette bypothèse, d'admettre que 3 mètres d'intestins ont pu rester en place, dépouillés de la membrane interne, de la membrane fibreuse et de quelques débris de fibre musculaire.

Voici ce qui s'est passé : une invagination de l'intestin grêle a eu lieu. Cette invagination a été suivie de la séparation de toute la portion invaginée de l'intestin, c'est-à-dire du cylindre interne et du cylindre moyen, lesquels ont été étranglés par le collet de l'invagination. Cet intestin, qui a subi l'espèce de gangrène que j'ai cru devoir appeler gangrène par cadavérisation (1), a séjourné quelque temps dans l'intestin; par suite de ce séjour, les membranes péritonéale et musculeuse se sont putréfiées, et l'anse intestinale, réduite à ses deux membranes internes, a été expulsée.

Voici, d'ailleurs, la note qui m'a été adressée par M. le docteur Faure, note qui établit de la manière la plus évidente qu'il y a eu invagination :

« Une dame âgée de quarante-huit ans, sujette à de mauvaises digestions, fut prise de tous les symptômes d'un étranglement interne : coliques violentes, ventre ballonné, constipation, vomissements de matières fécales; pouls petit, serré, fréquent; sueur générale, refroidissement des extrémités.

» Lorsque M. Faure fut appelé en consultation, il y avait quatre jours que la malade était dans le même état, inutilement combattu par les moyens les mieux indiqués; cependant *on sentait profondément dans la fosse iliaque droite une tumeur molle, pâteuse, douloureuse.*

» L'idée d'un iléus ou de vers intestinaux se présenta à l'esprit de M. Faure. Des onctions mercurielles, le calomel à la dose d'un décigramme toutes les trois heures furent administrés; après la deuxième dose, expulsion du prétendu ver. Le lendemain, la malade se levait et vaquait à ses occupations. »

CATARACTE NOIRE.

Par M. Blot.

M. Blot présente deux exemples de cataracte noire trouvés tous deux sur un même sujet servant aux répétitions de médecine opératoire; aussi ne peut-il donner aucun renseignement sur ce malade.

Dans l'examen des deux yeux, une chose a frappé l'attention de M. Blot : c'est l'absence presque complète de pigment sur la choroïde et sur l'iris.

Par l'examen microscopique, il a pu se convaincre que la matière noire renfermée entre les lames et dans l'épaisseur des lames du cristallin était tout à fait analogue à la matière pigmentaire; il n'en tire aucune conclusion : il signale seulement le fait.

(1) La gangrène par cadavérisation est celle qui, se produisant d'une manière subite, laisse les partics privées de la vie exactement dans les conditions physiques de ces mêmes parties snr le cadavre.

Il met sous les yeux de la Société un dessin représentant :

1° Une tranche très mince de cristallin vue au microscope ;

2° Les granules pigmentaires, dessin sur lequel on peut vérifier l'exactitude de son assertion.

(*Comptes-rendus de la Soc. de biologie.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Souchet, par M. Valligens, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bitche (Moselle);

2° Rapport sur une épidémie de même nature qui a régné à Bestring, par M. Kuhn, médecin à Morhange (Moselle) ;

3° Mémoire sur la vaccine et les vaccinations, par M. Adde-Margras ;

4° Considérations sur le traitement des maladies par l'air combiné ;

5° M. le ministre de l'intérieur adresse 100 exemplaires du rapport général sur les établissements thermaux pendant les saisons 1849-1850.

Décès de M. Récamier.

M. le président annonce qu'il vient de recevoir la triste nouvelle de la mort de M. Récamier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Huiles de foie de morue.

M. Berthé adresse une analyse des diverses variétés d'huile de foie de morue.

Fièvre jaune.

M. Peixote, de Rio-Janeiro, adresse la statistique des malades atteints de fièvre jaune traités dans sa maison depuis 1849 jusqu'en 1852.

Statistique médicale.

M. Castello adresse une statistique sur tous les malades traités dans l'*hôpital Pourtalès* de Neufchâtel.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit un rapport sur une demande d'autorisation pour l'exploitation d'une source minérale sise à Neyrac (Ardèche). L'analyse a fourni les résultats suivants :

Température moyenne, 27° centigr.;

Résidu fixe, 1 gr. 56 pour 1,000 grammes;

Acide carbonique libre, 1/9e ou 1/8e du volume (il y en a sans doute plus à la source) ;

Azote avec un peu d'oxygène, indéterminé.

Le résidu se compose ainsi :

Bicarbonate de chaux	0,847
— de magnésie	0,285
— de soude (anhydre)	0,466
— de potasse (id.)	0,150
— de fer	0,014
— de manganèse	sensible.
Sulfates de soude et de chaux anhydres	0,130
Chlorure alcalin	0,039
Iodure alcalin	indices peu sensibles.
Silicate d'alumine — de soude et de potasse — de zircone	0,058
Oxyde de titane (sans doute uni à du fer. Nickel et cobalt (sans doute carbonatés) Arsenic uni à du fer Phosphate terreux Matière bitumineuse et perte	0,110
	2,099 (1)

La composition de l'eau minérale de Neyrac (source des bains) la place donc parmi les eaux acidules alcalino-terreuses et ferrugineuses. Elle est remarquable, en outre, par la présence de principes qui n'avaient point encore été signalés dans les eaux minérales.

La commission conclut à l'adoption de la demande d'exploitation. (Adopté.)

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

LECTURES.

Pain de maïs. — Biscuit de gluten.

M. Bouchardat lit la note suivante en présentant deux échantillons, l'un de pain de maïs, l'autre de biscuit de gluten, préparés par MM. Durand et Laporte, boulangers à Toulouse :

Pain de maïs. — Bien que le meilleur mode d'utilisation de la farine de maïs consiste à la consommer sous formes de galette et de bouillies, souvent les falsificateurs ont mêlé de la farine de maïs à celle de froment; il serait infiniment préférable de préparer avec le maïs un pain qu'on vendrait sous son nom véritable. On y parvient aisément en y associant un tiers de gluten de froment. Cette addition peut être avantageusement effectuée dans certaines conditions, quand, par exemple, on fabrique de l'amidon par les procédés si recommandables de M. E. Martin et qu'on n'a pas un écoulement assuré du gluten produit. Déjà M. Martin a préparé un pain satisfaisant en partant de ces principes. Celui que je présente de la part de MM. Durand et Laporte est assez agréable, très nourrissant et peut facilement être accepté comme un bon pain de 2e qualité.

Biscuit de gluten. — Les mêmes boulangers ont préparé un biscuit contenant 66 p. 100 de gluten, qui se conserve bien, se transporte facilement et qui peut rendre des services dans le traitement de la glucosurie.

Gravelle chez les animaux.

M. Bouley lit sur ce sujet un long travail dont nous publierons une analyse dans notre prochain numéro.

Vaccine.

M. Bousquet lit la seconde partie de son rapport annuel sur les vaccinations. L'étendue de ce rapport nous oblige à en renvoyer à un prochain numéro l'analyse critique.

PRÉSENTATIONS.

Invagination intestinale.

M. Cruveilhier présente une pièce d'anatomie pathologique. (Voir ci-dessus.)

Tubercule du testicule.

M. Ricord présente les pièces anatomiques d'un cas de testicule tuberculeux. Nous publierons les détails de ce fait.

— La séance est levée à cinq heures passées.

(1) On trouve une augmentation à cause des bicarbonates qui ont été comptés comme carbonates simples dans le résidu : 1,56.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 juin 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Origine des vaisseaux lymphatiques des glandes.

M. Sapey fait la communication suivante :

Les vaisseaux lymphatiques des glandes naissent de toute l'étendue des voies sécrétoires et excrétoires de ces organes.

Ceux qui émanent des voies sécrétoires, c'est-à-dire des lobules ou grains glanduleux, prennent naissance sur les parois mêmes de la cavité creusée au centre de chacun de ces lobules par des radicules déliées et toutes anastomosées entre elles. De ces anastomoses résulte un réseau délicat étalé à la surface interne de la membrane sécrétante et en contact presque immédiat avec le fluide sécrété.

Ce réseau *interne*, *central* ou *intralobulaire*, devient le point de départ d'un grand nombre de petits troncs, qu'on voit se diriger du centre des lobules vers leur périphérie, en passant à travers les divisions des vaisseaux sanguins, et qui parvenus à cette limite extrême, s'anastomosent à leur tour en se superposant et s'entre-croisant dans tous les sens pour constituer un second réseau.

Ce second réseau, que j'appellerai, par opposition au précédent, *réseau externe périphérique* ou *circumlobulaire*, échange avec les réseaux correspondants des lobules voisins des branches anastomotiques extrêmement multiples : d'où il suit que le système lymphatique propre à chaque glande n'est en définitive qu'un vaste plexus dans les mailles duquel les lobules ou éléments sécréteurs se trouvent comme suspendus.

Les branches destinées à unir les réseaux périphériques, ou *branches interlobulaires*, sont l'origine de tous les troncs qui se dirigent vers la surface des glandes et de là vers les ganglions.

Les vaisseaux lymphatiques qui naissent de la surface interne des canaux excréteurs se comportent comme ceux qui naissent de la cavité des lobules; après avoir formé aussi à leur origine un réseau interne à mailles très serrées, ils traversent de même l'épaisseur de ces canaux pour aller constituer à leur surface externe un second plexus à mailles plus larges.

Telle est la disposition la plus générale que nous présentent les vaisseaux lymphatiques des glandes à leur point de départ. Autour de ce fait général viennent se grouper un grand nombre de variétés et de faits secondaires que les limites d'une simple note ne me permettent pas de faire connaître en ce moment. Je dois aussi passer sous silence toutes les applications pathologiques qui découlent de la disposition générale que je viens d'indiquer. Je l'invoquerai seulement pour réfuter une erreur qui aura bientôt un siècle d'existence, et qui a pris de nos jours un nouveau développement. Je veux parler des anastomoses qui uniraient entre elles les dernières divisions des conduits excréteurs dans quelques glandes. Koëlpin, le premier, avança, en 1765, que la glande mammaire n'était qu'un plexus formé par l'anastomose de tous les canaux lactifères. A une époque plus rapprochée de la nôtre, A. Lauth s'est attaché à démontrer que les conduits séminifères s'anastomosent tous entre eux à leur origine. J. Muller a tiré une conclusion analogue de ses recherches sur les conduits urinifères; et plus récemment M. Retzius a été amené par ses injections à considérer le foie comme une vaste agglomération de canalicules biliaires disposés en réseau à la périphérie des lobules hépatiques; de telle sorte que cet organe ne serait pas une glande en grappe comme on l'avait généralement pensé, mais une glande tubuleuse analogue au testicule. Tous ces auteurs se sont trompés, non pour avoir mal observé, mais pour avoir mal interprété le fait soumis à leur observation; car les canalicules plexiformes qu'ils ont entrevus sur la périphérie des lobules du sein, du testicule, du foie, etc., existent bien réellement; mais ces canalicules ne sont pas un prolongement des canaux sécréteurs; ils constituent une dépendance du système lymphatique. La présence de ce dernier ordre de vaisseaux sur la périphérie des lobules glanduleux n'ayant même pas été soupçonnée jusqu'alors, et les canalicules observés autour de ces lobules n'étant hien manifestement ni des artères, ni des veines, Koëlpin, Lauth, Muller, Retzius, Weber, et avec eux un grand nombre d'anatomistes ont dû naturellement les rattacher aux canaux sécréteurs. Une semblable conclusion était d'autant plus inévitable, que les réseaux lymphatiques circumlobulaires naissent dans l'épaisseur des parois de ces canaux et se remplissent le plus souvent des divers liquides qu'on injecte dans ces derniers. Mais tous auraient échappé à l'erreur si, au lieu d'employer soit des liquides solidifiables qui ne pénètrent que d'une manière incomplète dans les réseaux et les troncs lymphatiques, soit des liquides doués de la propriété de transsuder, comme l'eau, l'essence de térébenthine, les vernis, la gélatine, etc., qui pénètrent par imbibition dans tous les lymphatiques d'un organe, mais qui ont l'inconvénient grand de s'infiltrer aussi dans tous ses autres éléments, ils eussent fait usage du mercure, qui passe facilement des conduits excréteurs de certaines glandes dans les réseaux absorbants intra et circumlobulaires, et de ceux-ci dans tous les troncs lymphatiques; c'est surtout dans le foie que l'injection du canal excréteur par le mercure donne d'admirables résultats; en adaptant au canal cholédoque l'extrémité d'un tube à injection lymphatique, j'ai vu dans l'intervalle de quelques minutes tout le système absorbant du foie s'injecter et tous les troncs qui en partent aller se terminer dans les ganglions après avoir recouvert la surface de l'organe. J'ai pu aussi par le même procédé injecter les vaisseaux lymphatiques du pancréas, du sein, du testicule, etc., mais avec un succès moins complet.

De l'ensemble des faits et des considérations qui précèdent, je déduis les trois propositions suivantes :

1° Les vaisseaux lymphatiques des glandes naissent par des radicules déliées et unies entre elles de la surface interne des cavités sécrétoires et excrétoires des glandes, traversent les parois de ces cavités, s'anastomosent de nouveau, soit autour des canaux excréteurs, soit autour des lobules, puis se rapprochent pour former des troncs qui serpentent dans les espaces interlobulaires en augmentant progressivement de volume.

2° Dans toute glande deux actions sont en présence : une action élaboratrice destinée à séparer de la masse sanguine certains principes, et un pouvoir absorbant destiné à restituer au sang une partie ou la totalité de ces mêmes principes.

3° Les canaux excréteurs des glandes parvenues à leurs dernières divisions ne s'anastomosent pas entre eux; constamment ils se terminent par des extrémités libres ou indépendantes les unes des autres; le foie ne fait pas exception à cette loi d'indépendance; c'est une glande en grappe, et non une glande tubuleuse.

Analyse du sang veineux d'un cheval auquel on a coupé les pneumogastriques.

M. Clément, préparateur de chimie à l'école d'Alfort, communique une note sur ce sujet.

La section des nerfs pneumogastriques, dit l'auteur, a pour effet d'éteindre la combustion pulmonaire et de modifier le sang. Les conclusions à tirer de ce fait, c'est que la section des nerfs pneumogastriques :

1° Transforme le poumon en un organe de pure exhalation ;

2° Fait diminuer l'eau dans le sang;

3° Fait augmenter l'albumine, d'où on doit inférer, au point de vue de la physiologie, que lorsque la respiration est normale:

1° Il y a combustion dans le poumon, à l'entrée de l'air dans cet organe ;

2° Que cette combustion se produit aux dépens de l'albumine du sang veineux ;

3° Que, dans cette même combustion, il se forme de l'eau qui passe dans le sang des artères pendant qu'une partie de l'albumine devient fibrine ;

4° Que, comme conséquence, le sang artériel est plus aqueux, moins albumineux et plus fibrineux que le sang des veines;

5° Que, lorsque la respiration est rendue anormale par la section des pneumogastriques :

1° La combustion pulmonaire s'affaiblit, puis s'éteint;

2° L'albumine n'est plus brûlée ni modifiée en fibrine;

3° Que le poumon ne produit plus ni eau, ni fibrine;

4° Que le sang alors devient moins aqueux et plus albumineux.

Relativement à l'augmentation de la fibrine après la section des nerfs et à la couleur rouge-artériel qu'a offerte le sang de la jugulaire, les conclusions sont :

1° Pour l'augmentation de la fibrine, que si l'assimilation s'affaiblit en même temps et aussi vite que la vie pulmonaire, le principe fibrineux du sang doit augmenter; et qu'il dont diminuer, au contraire, si la vie des organes se prolonge plus de temps que celle des poumons;

2° Pour la coloration artérielle du sang de la jugulaire, que le sang qui rougit encore dans le poumon reste rouge quand il ne brûle plus rien dans la trame des tissus mourants, et passe rouge dans les veines; qu'au contraire il reste noir lorsqu'il circule dans des tissus encore vivants, et qui lui enlèvent un peu de l'oxygène de ses globules.

Immunité de la lèpre chez les Arabes.

M. Guyon communique une note sur l'immunité de la lèpre chez les Arabes, et sur la cause vraisemblable de cette immunité.

Depuis bientôt vingt ans qu'il est en Algérie, M. Guyon n'a encore vu chez les Arabes aucun cas ni de lèpre proprement dite, ni d'éléphantiasis. Or la lèpre proprement dite et l'éléphantiasis se sont multipliés chez les Kabyles ou habitants des montagnes. A quoi tiendrait l'immunité de ces deux maladies chez les Arabes? C'est ce que l'auteur s'est proposé de recbercber.

Les Arabes et les Kabyles ont à peu près même régime, mêmes habitudes, mêmes mœurs; mais les premiers vivent sous la tente; ils sont toujours sous l'action directe de la lumière et d'un air renouvelé. Les seconds, au contraire, vivent dans des habitations fixes, et plus ou moins déprimées du sol. Ils sont presque toujours dans une atmospbère sombre, humide, et plus ou moins altérée par toutes sortes d'émanations animales et végétales provenant de leurs propres immondices et de celles de leurs bestiaux. C'est à cette différence d'*habitat* entre les Arabes et les Kabyles que M. Guyon attribue cette immunité dont jouissent les premiers à l'endroit des deux maladies dont il s'agit.

Emploi hémostatique du nid de la fourmi bi-épineuse. (Amadou de Cayenne.)

M. Guyon adresse une seconde note sur l'emploi hémostatique du nid de la fourmi hi-épineuse (*formix bi-spinosa*) connu sous le nom d'amadou de Cayenne.

Tous les voyageurs en Amérique ont parlé du nid de la fourmi bi-épineuse, connu à Cayenne et sur le continent voisin sous le nom d'amadou, à cause de l'usage qu'en font les habitants et qui ne diffère en rien de celui que nous faisons de notre amadou d'Europe.

Ce nid est formé de tous points par un duvet dont les matériaux sont recueillis par l'insecte sur les feuilles de plusieurs mélastomes, notamment sur celles des *miconia holosericea.* Le feu y prend mieux que dans notre amadou, bien qu'il n'ait été soumis à aucune préparation, et il est de heaucoup préférable au dernier pour arrêter les hémorrhagies capillaires généralement si difficiles à vaincre chez les enfants. Tout le monde, du reste, peut s'assurer par soi-même de sa supériorité sur le nôtre en pareil cas en s'en servant pour les petites plaies qu'on se fait aux mains ou à la figure en se rasant.

Dans toutes les contrées où existe la fourmi hi-épineuse, son nid est employé comme bémostatique et sans aucune préparation préalable, excepté au Para, où on le trempe d'ahord dans une solution d'alumine.

L'introduction dans notre matière médicale du nid de la fourmi bi-épineuse serait, d'après M. Guyon, une heureuse acquisition pour l'art chirurgical.

Traitement prophylactique de la rage.

M. le docteur Chabanon aîné, chirurgien en chef de l'hôpital d'Uzès (Gard), adresse un mémoire sur un traitement préservatif de la rage qu'il a appliqué avec succès à 23 personnes mordues par une louve enragée.

Cette méthode qu'il a employée consiste à cautériser et détruire les tissus mordus avec l'acide sulfurique concentré.

Sur les circonstances physiologiques qui augmentent la proportion de fibrine du sang.

M. Félix Hatin rappelle qu'il a lu devant l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il s'efforçait d'établir entre autres faits et contrairement à la loi formulée par MM. Andral et Gavarret :

1° Que des circonstances toutes physiologiques augmentaient la proportion de la fibrine du sang;

2° Et que conséquemment cet excès de fibrine n'était pas toujours la preuve d'un état phlegmasique.

Le Soum.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 78. — SAMEDI 3 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 78. — SAMEDI 3 JUILLET 1852.



Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an..... 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois..... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

SOMMAIRE. — Hôpital des Cliniques (M. Nélaton). Kyste fibreux du maxillaire inférieur. — Hôpital civil et militaire de Strasbourg (M. Sédillot). De l'opération de l'hydrocèle par le procédé de M. Baudens. — Opération du bec-de-lièvre faite à l'aide de l'épingle-vis (suture sans fil). — Du cathétérisme dans les cas difficiles. — Note sur le muguet. — Sur un lipome du doigt médius. — Correspondance. Lettre de M. Durand. — Obsèques de M. Récamier.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Kyste fibreux du maxillaire inférieur.

(Leçon recueillie par MM. Triquet et Trélat.)

Le n° 10 de notre salle des hommes est occupé par un jeune homme de seize ans, d'une constitution frêle, mais dont la santé générale est bonne.

Il y a deux ans et demi environ, il s'aperçut que le côté droit de sa mâchoire inférieure était le siége d'une tuméfaction légère, et que les dents correspondantes, perdant de leur solidité, commençaient à devenir vacillantes.

Depuis cette époque, cette tumeur, à laquelle on ne peut attribuer aucune cause, a suivi le cours régulier de son développement, et voici dans quel état le malade se présente à nous :

Le côté droit du corps de l'os maxillaire inférieur est envahi, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, par une tumeur dont la largeur est à peu près de 3 centimètres dans son plus grand diamètre. La courbure parabolique de l'os dissimule en partie le relief de la portion malade.

Quand on examine la cavité buccale, on croirait, au premier abord, que plusieurs dents du côté droit sont absentes; il n'en est rien. Cette apparence est due à un écartement considérable qui existe entre les petites et les grosses molaires. Les dents sont au nombre de sept, y compris l'incisive. La seconde petite molaire est fort peu mobile, mais le doigt imprime des mouvements très sensibles à la première grosse molaire, qui est en arrière de la tumeur.

Entre ces deux dents, le tissu gengival se montre avec son aspect normal.

Le doigt, introduit dans la bouche, permet de sentir en arrière un point mou, dépressible et comme fluctuant, borné de tous côtés par un rebord osseux, mince et irrégulier. La partie antérieure de la tumeur et ses parties latérales résistent à la pression et ne laissent entendre aucun craquement, aucune crépitation. La résistance est absolue vers le bord inférieur de l'os.

Cette tumeur, observée à la lumière transmise, est légèrement transparente. A aucune époque de son développement elle n'a été douloureuse. Toutes les parties ambiantes sont parfaitement saines; la peau n'offre nulle adhérence avec l'os, sa couleur est normale; les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux supérieurs ne sont point engorgés.

Voilà, messieurs, l'ensemble des signes qui vont nous servir à établir le diagnostic de cette affection.

La première question qui se présente à nous est celle-ci : avons-nous affaire à une tumeur liquide ou solide? Je n'hésite pas à le dire : c'est une tumeur solide que nous avons sous les yeux. Vous pourrez être surpris de cette conclusion lorsque vous savez que le doigt peut, en certains points, percevoir de la fluctuation, que les rayons lumineux traversent la substance de cette tumeur. Mais ce n'est pas une propriété spéciale aux liquides que d'être perméables à la lumière; vous avez été à même, plusieurs fois déjà, d'observer, dans notre service, de ces tumeurs manifestement solides, et dont la transparence était facile à constater.

Pour ce qui est de la fluctuation, vous avez pu voir, en mettant quelque attention dans votre examen, que, si on déprime un peu fortement la partie molle, on arrive bientôt à une limite dure, résistante, sur laquelle le doigt est forcément arrêté. Nous devons donc ici rationnellement attribuer cette sensation plutôt au déplacement des parties solides, mais dépressibles, qu'à un flot liquide.

Enfin, voici, messieurs, un argument sans réplique, et j'appellerai en passant votre attention sur ce mode d'exploration, qui rend de grands services en certains cas.

Une aiguille à cataracte a été introduite dans la tumeur, au niveau de la partie la plus molle; elle est restée immobile, fixée dans sa position par les tissus au centre desquels elle avait pénétré. Mais peut-être n'était-elle ainsi retenue que par un ou deux points solides dans l'intérieur d'une poche liquide. Enfoncée à plusieurs reprises et dans diverses directions, nous avons chaque fois éprouvé, en la faisant pénétrer, la même sensation, et nous n'avons pu lui imprimer aucun mouvement; de plus, la piqûre n'a donné issue à aucun liquide.

Je vous rappellerai que la marche et l'aspect des kystes liquides du maxillaire inférieur ont certains caractères que nous ne retrouvons pas ici. Ces kystes se développent profondément dans l'os; la cavité s'agrandit souvent avec rapidité; quelquefois, par l'adjonction de cavités, de loges voisines, les parois deviennent minces, friables, très comparables à des coquilles d'œuf; elles renferment un liquide séreux ou séro-sanguinolent. Cette coque osseuse fournit au doigt qui la presse une sensation de crépitation toute particulière.

Nous rejetons donc l'idée d'une tumeur liquide. Voyons, parmi les tumeurs solides, dans quelle catégorie nous devons ranger celle qui nous occupe.

Ce n'est pas un squirrhe. On sait que parmi les cancers cette dernière classe est le triste apanage de la vieillesse et de l'âge mûr, et notre malade a seize ans. Le squirrhe ne se développe pas dans les os; je n'en ai jamais vu affecter cette partie de l'organisme. Je sais bien qu'on a cité des exemples de tumeurs dures, lardacées et comme squirrheuses; mais les descriptions qui en ont été faites étaient trop sommaires, trop incomplètes pour considérer ces faits comme bien avérés. Je ne crois pas au squirrhe des os. Et d'ailleurs, ne voyons-nous pas, dès le début du squirrhe et dans le voisinage de la tumeur, les ganglions lymphatiques se tuméfier et s'engorger, des douleurs vives et lancinantes se manifester dans la région malade? Ici, rien de tout cela; jamais il n'y a eu de douleur, et les ganglions maxillaires sont à leur état normal. Nous ne pouvons pas davantage songer à un encéphaloïde ou à une tumeur mélanique; car à ces signes négatifs vous pourrez ajouter qu'en aucun point la peau n'offre ni adhérence, ni altération d'aucune espèce; que jamais la tumeur n'a été le siége d'ulcération ou d'hémorrhagie, quoique son existence remonte à près de trois ans.

En procédant ainsi par voie d'exclusion, nous sommes arrivés à n'avoir plus à examiner que les tumeurs fibreuses; et encore ici aurons-nous une distinction à établir. Vous savez, en effet, messieurs, qu'il est de ces tumeurs qui, constituées par un noyau unique d'un volume variable, ont refoulé de toutes parts la substance osseuse et se sont ainsi creusé une loge exactement limitée de toutes parts. Ce sont là des tumeurs fibreuses enkystées, de celles qu'on parvient, en général, à énucléer facilement. Dupuytren les avait bien vues, et les a décrites avec soin. Leur tissu offre la plus grande analogie avec celui qui compose les corps fibreux de l'utérus.

Mais on observe des cas où la disposition anatomique est différente. Le tissu fibreux n'a point refoulé l'os; il s'est développé entre ses mailles; il y a entre les deux substances une sorte de pénétration réciproque. C'est bien le tissu fibreux qui constitue la tumeur; mais il est pénétré d'aiguilles osseuses qui s'entre-croisent en tous sens. L'union est intime de part et d'autre, et il faut, pour mettre les portions osseuses à nu, racler avec force, et souvent avoir recours à une macération prolongée dans l'eau. Vous comprenez aisément que l'énucléation est impossible en pareil cas.

C'est cette dernière variété qui se présente à nous; la mollesse de la partie supérieure, les pointes dures que l'on sent dans son voisinage, la dureté croissante à mesure qu'on avance vers le bord inférieur de l'os, tout concourt à nous le prouver.

Laisserons-nous cette tumeur se développer? considérant qu'elle ne cause aucune douleur, qu'elle est de nature bénigne, l'abandonnerons-nous à elle-même? Non certainement. Le début ne remonte qu'à deux ans et demi, et déjà la gêne de la prononciation, celle de la mastication sont assez grandes pour que le malade vienne nous demander secours. Ces sortes de tumeurs ont d'ailleurs une tendance extrême à s'accroître avec rapidité et à acquérir souvent des proportions considérables. J'ai réséqué il y a quelques années la branche gauche et une portion du corps de l'os, à une femme déjà âgée, pour un kyste qui avait débuté à l'angle du maxillaire et avait graduellement envahi la totalité de la branche.

Nous enlèverons donc cette tumeur. S'il était possible de laisser intacte une petite portion du bord inférieur de l'os, si on pouvait à l'aide de pinces, de tenailles incisives, extirper tout le tissu fibreux, on arriverait au meilleur résultat; le vide se comblerait bientôt, et il n'y aurait pas de difformité sensible; mais outre que les difficultés de l'opération seraient bien plus grandes en agissant ainsi, je ne crois pas que l'on parviendrait à ne laisser aucun germe du mal qui, selon ma pensée, occupe toute la hauteur de l'os, et alors la récidive ne tarderait pas à se manifester.

Pour ces raisons, je crois que la seule chose à faire ici, c'est la résection complète, et dans une étendue correspondant à celle de la tumeur. Je veux vous donner quelques détails sur le procédé opératoire que je vais appliquer devant vous.

Une incision de 5 centimètres sera faite au niveau du mal, le long du bord inférieur de l'os; tous les tissus, peau, tissu cellulaire et muscle, seront divisés du même temps. Je décollerai ou je disséquerai de suite, à l'aide d'une sonde cannelée et du bistouri, la muqueuse de chaque côté de l'os. La sonde cannelée, laissée en place, servira de guide à l'aiguille courbe qui entraînera la scie à chaîne. Les dents répondant aux extrémités de la tumeur auront été préalablement arrachées pour ne pas gêner le jeu des instruments. L'os étant ainsi divisé, j'essaierai de répéter ce même temps pour l'autre côté de la tumeur. Peut-être rencontrerai-je alors quelques difficultés. Je me servirais dans ce cas d'une scie à main, en attirant un peu l'os en dehors, ce qui serait facilité par la première section. L'opération sera terminée en coupant complètement en dedans la muqueuse, et en dehors la muqueuse et les muscles qui prennent leur insertion sur le maxillaire.

Plusieurs avantages résultent de cette méthode opératoire. Notre malade sera soumis à l'inhalation du chloroforme; il faut donc éviter autant que possible de laisser couler du sang dans la bouche. Le sang tomberait de suite dans la gorge placée dans une position déclive; il ne pourrait être expulsé et deviendrait ainsi une cause de suffocation imminente. C'est précisément ce qui se serait présenté si nous avions, comme cela se pratique ordinairement, incisé les téguments à partir de la commissure labiale, de manière à former deux lambeaux, un antérieur et un postérieur. Tout au contraire, en opérant comme je viens de le dire, pas une goutte de sang ne tombera dans la cavité buccale, puisque les incisions de la muqueuse constitueront le dernier temps de l'opération. D'autre part, les incisions faites sur les téguments de la joue laissent toujours des traces désagréables et difficiles à cacher; la commissure labiale est souvent déformée. Notre incision longeant le bord de l'os sera peu visible, et comme nous opérons chez un jeune homme, avant peu d'années d'ici la barbe aura complétement couvert cette légère cicatrice. Enfin je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que la réunion d'une plaie linéaire doit se faire plus facilement que celle de lambeaux mobiles dont les attaches profondes auront été détruites.

Cependant, nous ne pouvons nous dissimuler certains inconvénients inhérents à l'opération; et, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, la forme du visage subira nécessairement quelques changements sensibles. La branche droite du maxillaire, entraînée par ses muscles moteurs et ne trouvant plus de résistance, se portera en avant et en dedans; la région massétérine sera légèrement déprimée. Pour les mêmes raisons, toute la partie droite restante mue dans la même direction, le menton sera dévié de la ligne médiane et porté à droite et en bas. En même temps les tissus, n'étant plus soutenus par l'os dans une certaine étendue, et pressés par ses deux extrémités coupées, auront de la tendance à faire une saillie plus arrondie que dans l'état normal.

Vous sentez de suite que ce ne sont pas là des obstacles qui doivent nous arrêter. Il faut mettre un terme immédiat au développement de cette tumeur. Nous allons donc l'enlever.

L'opération s'est accomplie sans difficulté sérieuse. Quatre points de suture entortillée ont fermé la plaie. Les épingles ont été retirées dès le second jour, mais on a laissé les fils en place; l'état général est excellent; pas de fièvre; soif modérée. Le malade est gai, dispos; il demande à se lever et à manger.

La pièce pathologique examinée avec soin est venue confirmer le diagnostic.

Voici ce qu'elle a présenté.

Toute la hauteur de l'os est envahie par la tumeur, qui est constituée par un tissu dur, résistant, blanc, avec quelques points d'une teinte un peu jaune; ce tissu est très homogène. Les parois osseuses sont fort amincies, surtout en haut, où même elles manquent complétement au sommet de la tumeur. De leur face interne s'échappent un grand nombre de prolongements osseux, lamellaires, ou en forme d'aiguilles qui s'entre-croisent et se rencontrent en tous sens. On dirait que la matière fibreuse s'est développée entre les mailles du tissu spongieux qui ont été dilatées, agrandies peu à peu. A mesure qu'on avance vers la partie inférieure, les aiguilles osseuses deviennent plus serrées et plus abondantes. A 1 centimètre du bord inférieur de l'os, et parallèlement à lui, se trouve une jetée osseuse complète : c'est la paroi supérieure du canal dentaire qui est rempli par la matière fibreuse. En cherchant dans l'intérieur de cette substance, on découvre le nerf dentaire, qui est comprimé, effilé en plusieurs points; et cependant, chose remarquable, à aucune époque il n'y a eu de douleurs névralgiques. La face libre de l'os du côté externe offre une particularité digne de remarque : elle est criblée d'un nombre considérable de petits trous, qui témoignent d'une vascularité beaucoup plus considérable dans cette partie. Le microscope n'a démontré dans cette tumeur que des éléments fibreux plongés dans une matière colloïde amorphe. Nulle trace de cellules cancéreuses.

Après un séjour de trois semaines, le jeune malade a quitté l'hôpital, portant encore au niveau de la plaie une petite fistule entretenue par un fil de ligature dont la chute

avait été tardive. Un mois après l'opération toute trace avait disparu.

HOPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. Sédillot, professeur.

De l'opération de l'hydrocèle par le procédé de M. Baudens.

L'hydrocèle est une affection si fréquente, que les chirurgiens se sont de tout temps attachés à en signaler les variétés et à en rechercher les meilleurs modes de traitement.

Les procédés proposés et mis en usage sont très nombreux, et chaque jour, néanmoins, on en voit encore surgir de nouveaux que l'on annonce comme l'emportant de beaucoup sur les précédents, sous le double rapport de la rapidité et de l'innocuité de la cure.

La méthode des injections irritantes réunit aujourd'hui l'unanimité des suffrages, et l'incision est réservée pour les kystes multiples et les épanchements séro-hématiques; l'excision et le dédoublement de la vaginale s'appliquent aux cas où la séreuse serait épaissie, indurée et fibro-cartilagineuse; la tente, les mèches, les canules pleines, le séton paraissent avec raison définitivement abandonnés.

L'indication capitale, lorsqu'on a recours aux injections, est d'exciter une inflammation adhésive complète de toute la surface vaginale, de manière à prévenir la possibilité d'un nouvel épanchement.

Si l'inflammation est trop faible, l'épanchement ne devient pas plastique, ne s'organise pas; les adhérences manquent ou sont incomplètes, et l'hydrocèle reparaît. Dans le cas contraire, et si l'inflammation est trop vive, du pus est produit, et occasionne des abcès quelquefois fort étendus qui retardent la guérison, sans la compromettre toutefois, puisque alors la réunion des surfaces suppurées est inévitable.

Le problème agité est de savoir quelle est l'injection qui détermine le plus sûrement les adhérences curatives. Dans les limites que nous signalons, la teinture d'iode jouit aujourd'hui d'une grande vogue, due principalement à l'autorité du célèbre chirurgien de la Charité; M. le professeur Sédillot n'est pourtant pas très convaincu de la supériorité de cet agent sur les autres liquides excitants, et le gros vin rouge de Bourgogne bouilli sur des roses de Provins ne lui paraît nullement détrôné.

La gangrène du scrotum, des suppurations plus ou moins étendues, des douleurs très vives, et surtout des récidives assez communes, ont été observées après l'emploi de la teinture d'iode comme à la suite de l'usage du vin chaud, et les insuccès ont été au moins aussi fréquents.

M. Sédillot a eu l'idée de rechercher, il y a déjà quelques années, si l'alcool contenu dans la teinture d'iode n'était pas la véritable cause des succès de ce dernier médicament, et il a pu constater qu'il guérissait très bien ses malades avec de l'alcool étendu d'eau, sans aucune addition d'iode métallique, ni d'iodure de potassium. M. le docteur Deluy, aide-major, a consigné dans sa thèse inaugurale les observations puisées à la clinique de M. Sédillot.

De son côté, M. Baudens, membre inspecteur du conseil de santé, opère toujours, depuis quinze ans, d'après un procédé particulier d'injections multiples et graduées dans leur mode de stimulation pour les harmoniser avec le degré d'irritabilité de la tunique vaginale, variable selon les individus.

Partant de ce point de vue nouveau aussi vrai qu'il est ingénieux, M. Baudens a combiné les injections avec la présence plus ou moins prolongée d'une canule creuse en argent dans la tunique vaginale. Il se sert d'un très petit trocart, de la grosseur d'une plume de pigeon, terminé par un fer de lance; la canule destinée à glisser sur la tige du trocart offre trois ouvertures, deux terminales arrondies, et la troisième ovalaire, en forme d'œil de sonde, et percée sur un point de la circonférence du milieu de l'instrument; un mandrin plein remplit la canule et la ferme à volonté.

Voici, selon M. Baudens, la manière de procéder :

On fait en commençant, avec une lancette, une simple piqûre à la vaginale, dans le lieu où il y a le plus de fluctuation, absolument comme si on ouvrait un foyer purulent, et on laisse s'écouler une ou deux cuillerées de sérosité pour que la tumeur, de dure qu'elle était, devienne molle et permette dès lors d'apprécier à travers ses parois le volume et la présence du testicule. Si le testicule est engorgé, altéré, on le soumet à un traitement spécial, et on ajourne l'opération; s'il est sain, on le refoule en arrière pour éviter sûrement de le léser, et on procède à l'opération. Pour cela, on applique l'une contre l'autre les deux parois opposées des bourses, et on les maintient dans cette position pendant qu'on les traverse de part en part avec le trocart; on retire celui-ci en laissant en place la canule, par laquelle s'écoule successivement toute la sérosité épanchée; on souffle alors une petite quantité d'air avec la bouche dans la vaginale par l'un des côtés de la canule, au moyen d'une sonde de gomme élastique introduite par l'une des extrémités de l'instrument pendant que l'on ferme la seconde avec le doigt, puis on engage le mandrin dans la canule; l'ouverture centrale ou de communication vaginale se trouve obturée, et l'air reste enfermé dans l'intérieur de la séreuse. Si l'inflammation n'apparaît pas au bout de vingt-quatre heures, on injecte de l'eau; si l'eau ne suffit pas encore, on la remplace par une légère solution de nitrate d'argent (eau, 120; azote d'argent, 0,05). Tous les autres liquides irritants pourraient être également employés dans cette échelle de gradation pour faire naître doucement et jusqu'au degré voulu l'inflammation de la tunique vaginale.

200 hydrocèles furent ainsi opérées : 39 par de simples injections d'air, 47 par des injections d'air et d'eau; 114 ont exigé la solution de nitrate d'argent; 20 cas ont nécessité des applications de glace, depuis longtemps substituées par M. Baudens aux sangsues et aux cataplasmes, pour combattre un excès d'inflammation; trois fois des petits abcès non sérieux ont été observés; deux récidives ont eu lieu; dans un seul cas, il y eut gangrène linéaire du scrotum par suite d'imprudence. La moyenne des traitements fut de dix-neuf jours.

Ce procédé fut, à son début, assez mal accueilli : M. Malgaigne l'attaqua vivement (*Journal de chirurgie*, mars 1843); M. G..., chirurgien-major de la marine, signala trois observations tirées de sa pratique, qui lui donnèrent un succès, une récidive et une inflammation très grave avec menace de gangrène du scrotum (*Gazette médicale de Montpellier*, 1er mars 1843). Ces insuccès dépendaient-ils de l'opérateur, ou de la méthode? M. Malgaigne, pour éclairer cette question, aurait pu juger par lui-même *de visu*, au Val-de-Grâce, l'efficacité du moyen curatif, il ne l'a pas fait; mais, depuis, des faits nombreux ont démontré que la méthode n'est pas coupable. M. Lemaître Florian a fait également une critique, que M. Baudens a parfaitement réfutée dans le mémoire lu à l'Académie des sciences le 9 décembre 1850.

Cependant M. le docteur Davat, médecin des eaux d'Aix en Savoie et membre de la Société de chirurgie de Paris, publia, dans le n° du 9 février 1850 de la *Gazette médicale* (page 104), un mémoire où il préconisait le même procédé, très légèrement modifié, et sans en faire nullement mention. M. Davat se servait d'une sonde de gomme élastique percée de trois ouvertures comme la canule de M. Baudens, et employée de la même manière, dans le but avoué de faire pénétrer de l'air dans la tunique vaginale et d'en déterminer l'inflammation.

M. Davat a cité plusieurs observations dont quelques-unes remontent au delà de 1842, et il ne paraît pas avoir jamais eu d'accidents. M. le docteur Courty, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, a heureusement fait usage de ce dernier procédé, et a publié l'histoire de ses malades dans le compte-rendu de sa *Clinique chirurgicale* (Montpellier, 1851). M. Baudens ayant offert ses instruments à M. Sédillot lors de son inspection de 1851, ce fut pour le professeur de Strasbourg l'occasion de les employer; l'idée lui en paraissait très ingénieuse, et il croyait qu'avec un peu d'attention il devait être facile d'en faire l'application. M. Sédillot ne partage pas la crainte de blesser le testicule, cet accident ne lui est jamais arrivé et ne lui paraît pas à redouter; dans l'immense majorité des cas, où l'on reconnaît au toucher la présence de la glande séminale, car on en constate assez facilement le siége au moyen de la transparence, concurremment avec la position fixe du testicule en arrière, chaque fois que l'hydrocèle s'est développée régulièrement et sans complication d'adhérences de la tunique vaginale, on s'expliquera ainsi pourquoi M. Sédillot transperce sur-le-champ l'hydrocèle de part en part.

Un autre motif sur lequel s'est fondé M. Baudens pour commencer l'opération par une ponction évacuatrice et exploratrice est l'importance accordée à la tuméfaction testiculaire. M. Baudens, attribuant à l'orchite la formation de l'hydrocèle dans beaucoup de cas, fait disparaître toute trace d'induration inflammatoire de la glande avant d'entreprendre la cure de l'hydrocèle, sans quoi, dit-il, on s'expose à des accidents et à des récidives d'hydrocèle; et, bien que parfois on guérisse du même coup hydrocèle et orchite, il croit que ce jeu-là n'est pas prudent. Sans blâmer en aucune manière le conseil donné par M. Baudens, l'expérience semble nous avoir démontré l'heureuse influence de l'inflammation produite par les injections irritantes sur la résolution des engorgements testiculaires; c'est donc une nouvelle raison de placer sur-le-champ la canule du trocart, puisque la complication que nous signalons ne peut être, à notre sens, considérée comme une contre-indication.

Dans les sept observations que nous rapportons, M. Sédillot n'a fait qu'une seule fois usage de l'injection iodée; sur les six autres malades, l'injection d'air fut suffisamment irritante.

M. Sédillot a introduit quelques modifications dans les conditions opératoires. Ce savant professeur a substitué une poire en gomme élastique à la sonde ordinaire pour les injections; la simple pression de la main remplace très commodément l'insufflation par la bouche, et il a en outre fait disposer un bouton vissé à l'extrémité libre de la canule, afin d'en empêcher la chute et de remplacer les liens qui étranglent quelquefois la portion de peau intermédiaire.

Les premières insufflations d'air ont à peine été perçues; les dernières, quand l'inflammation existait déjà, ont été généralement douloureuses, et dans tous les cas il est survenu un peu de suppuration non-seulement aux orifices des plaies tégumentaires, mais aussi dans l'intérieur de la tunique vaginale; nous devons ajouter que ce résultat a été *volontairement obtenu*, contrairement à la pratique et aux conseils de M. Baudens, parce qu'on craignait la réapparition de l'hydrocèle par l'enlèvement trop rapide de la canule après l'insufflation; cependant, chez le dernier opéré, l'instrument resta seulement en place vingt-quatre heures, et ce temps a suffi pour provoquer une inflammation suppurative assez intense et assez longue à se dissiper, fait qui vient à l'appui de l'opinion de M. Baudens, qu'il faut modifier selon l'irritabilité relative et individuelle de la vaginale les liquides à injecter, afin d'agir en quelque sorte par des tâtonnements successifs; dans ce cas, il eût peut-être suffi de laisser la canule six heures en place. Mais, nous l'avons dit, M. Sédillot ne redoute pas cette suppuration.

M. Sédillot avait supposé de prime abord, et par suite de faits en apparence fort analogues, que l'air injecté serait très rapidement absorbé; il n'en fut rien, et plusieurs fois on chassa de la tunique vaginale de l'air mêlé au pus, quoique quatre ou cinq jours se fussent écoulés depuis la dernière injection.

Tous les malades guérirent à peu près de la même manière et dans le même temps que s'ils avaient été opérés avec du vin chaud ou de la teinture d'iode par les procédés ordinaires; mais nous dirons de plus qu'ils souffrirent moins et que la manœuvre opératoire parut beaucoup plus simple, plus sûre et plus élégante.

Le petit trocart traverse le scrotum sans aucun effort et avec une parfaite facilité, qui contraste avec la violence qu'exige communément l'emploi du trocart à hydrocèle.

On n'a besoin d'aucun préparatif, d'aucun aide; on n'est pas exposé à se tacher les doigts comme avec l'iode, ni à salir les vêtements, les draps ou les appareils; en outre, le procédé de M. Baudens agit, en définitive, par le même mécanisme que ceux de la méthode à injection, et son efficacité dépend beaucoup plus de l'insufflation de l'air ou des liquides destinés à graduer l'inflammation que de la présence de la canule. Celle-ci ne saurait être comparée à la tente, au séton, à la sonde, au mandrin, etc., qui ont été justement abandonnés.

Avec ces instruments, l'inflammation restait partielle et bornée au trajet du corps étranger, et, pendant qu'on déterminait de graves suppurations scrotales, on voyait l'hydrocèle se reproduire. Rien de semblable avec le procédé de M. Baudens, dont l'effet s'étend à toutes les surfaces de la tunique vaginale; l'avantage d'élever l'inflammation au degré nécessaire à la guérison est évident, et, tandis que l'injection ordinaire réussit ou échoue, indépendamment, jusqu'à un certain point, du chirurgien, et en raison de la plus ou moins grande susceptibilité des malades à en ressentir les effets, on est toujours certain, par le procédé de M. Baudens, d'irriter suffisamment les séreuses, puisqu'on ne retire la canule et qu'on ne cesse les injections d'air ou d'un liquide plus irritant qu'au moment où l'on a obtenu l'effet de réaction qu'on avait jugé utile ou convenable.

Nous croyons toutefois, pour ne pas négliger un terme important de cette appréciation, que le procédé de M. Baudens, tout en constituant un progrès véritable, exige une plus grande expérience chirurgicale et qu'à ce titre il sera moins facilement accepté par les chirurgiens inexpérimentés.

L'injection d'iode ou de vin chaud se pratique d'après des règles fixes, non variables, déterminées, sans tenir compte du plus ou du moins d'irritabilité de la vaginale; chacun les étudie et les applique ordinairement avec succès. Dans le procédé de M. Baudens, pour jouer à coup sûr, comme il le dit, il faut autre chose : il est nécessaire que l'homme de l'art juge du moment opportun où il doit cesser les insufflations et enlever la canule; c'est une appréciation assez délicate. Trop tôt, l'inflammation fait défaut et l'hydrocèle se reproduit; trop tard, l'inflammation est en excès et pourrait entraîner dans quelques cas des accidents assez graves, dont les procédés ordinaires d'injections ne sont pas exempts, puisqu'on a vu des malades succomber et d'autres présenter des gangrènes plus ou moins étendues et même des abcès diffus à la suite des injections de vin chaud et de teinture d'iode.

Thinus,

Médecin-major de 1re classe au 12e d'artillerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE

faite à l'aide de l'épingle-vis (suture sans fil),

Par A. Thierry.

Pendant que j'étais élève à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, je regrettais de ne voir guérir que bien rarement des enfants nouveau-nés affectés de bec-de-lièvre. Ceux qui étaient alors mes maîtres avaient renoncé à pratiquer l'opération, qu'ils remettaient jusqu'à ce que les enfants eussent atteints leur cinquième ou leur septième année.

Sans revenir ici sur la question des sutures et celle des bandages unissants, il m'a toujours semblé que c'était principalement à la pression exercée sur la peau très tendre des enfants par les fils de la suture entortillée que l'on devait les insuccès ou les demi-succès de cette opération sur les nouveau-nés; j'ai toujours regretté que l'on ne pût pas la faire sans comprimer les tissus entre une aiguille inflexible et des fils cirés, dont l'action ne peut être graduée. C'est en opposition avec cette pratique généralement employée que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 19 août 1851 une courte notice sur l'épingle-vis et la suture sans fil.

J'ai décrit alors des épingles qui, ayant leur tige taraudée par un pas de vis très fin et terminée par une pointe tranchante en acier, tiennent par le moyen d'une boule mobile qui vient se visser à leur tige.

Pour se servir de cet instrument, on commence par enlever la boule mobile, on enfonce l'épingle comme une épingle ordinaire jusqu'à ce que la boule fixe soit en contact avec la peau, on adapte alors la boule mobile et on la visse de manière à faire rejoindre les parties. L'opération terminée, on résèque l'épingle avec une pince incisive; mais on laisse en dehors de la boule mobile une portion de la tige suffisante pour qu'on puisse, en raison du gonflement inflammatoire, serrer ou desserrer les bords de la plaie.

Les épingles ainsi faites, je m'en suis servi chez un enfant de quelques mois, sur lequel j'avais employé sans succès pour un bec-de-lièvre de naissance la suture entortillée. J'éprouvai des difficultés à manœuvrer la boule mobile, à laquelle j'avais donné une forme complétement sphérique; au milieu des tissus gonflés et enflammés, il était difficile de la saisir lorsqu'on voulait serrer ou desserrer. Pour retirer l'épingle, il me fallut avoir recours à des pinces incisives. Il me vint donc l'idée de modifier ces épingles en dévissant la boule et la faisant surmonter d'une partie quadrilatère saillante pouvant être saisie facilement avec des pinces plates. Je diminuai la longueur du pas de vis; je fis augmenter la largeur de la partie tranchante. Pour rendre la manœuvre encore plus aisée, je fis faire des clefs semblables à des clefs de pendules, que l'on adapte à la partie quadrilatère surmontant les boules et à l'aide desquelles on peut fixer l'une et faire mouvoir l'autre.

Par ce dernier procédé, j'ai opéré avec succès un enfant de deux mois ayant un bec-de-lièvre accompagné de séparation de la voûte palatine.

Le vendredi 18 juin, après avoir avivé les bords de la plaie, je ne passai qu'une épingle : la demi-sphère unissante fut serrée ou desserrée suivant les indications.

Le mardi suivant, la consolidation des parties paraissant obtenue, j'ai retiré l'épingle. Depuis, j'ai vu l'enfant tous les jours, et le succès s'est maintenu sans qu'aucun accident soit venu entraver la guérison.

Au lieu de deux épingles, une seule épingle suffit : on pourra peut-être augmenter le diamètre de la demi-sphère qui est en contact avec la peau et qui presse sur les tissus pour les réunir.

Je me suis proposé par ce nouveau moyen d'établir qu'il est possible, dans la généralité des cas, d'opérer avec avantage, pendant les deux premiers mois de leur vie, les nouveau-nés affectés de bec-de-lièvre :

1° Parce que le bec-de-lièvre porté jusqu'à un certain point empêche l'enfant de teter et de se nourrir et peut devenir une cause de mort ;

2° Parce que je ne vois aucun avantage à attendre l'âge de cinq ou six ans pour opérer le bec-de-lièvre, les enfants n'étant pas plus faciles à maintenir à cet âge ;

3° J'attribue une partie des insuccès des becs-de-lièvre à la compression des fils sur les tissus.

Je dois en terminant cet aperçu remercier MM. Charrière, qui ont prêté leur habile concours à l'amélioration du procédé primitif.

DU CATHÉTÉRISME DANS LES CAS DIFFICILES.

Par M. Maisonneuve.

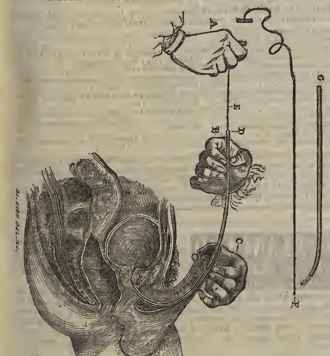
Parmi les causes de rétention d'urine, il n'en est aucune qui soit plus fréquente et plus grave que l'engorgement ou l'hypertrophie de la prostate. La partie moyenne de cet organe devenant saillante forme à l'orifice vésical de l'urètre une sorte de valvule ou de soupape qui, lors de la contraction de la vessie, s'applique contre l'orifice de son col et en bouche mécaniquement l'ouverture. Tous les efforts de contraction sont alors inutiles pour expulser l'urine, et celle-ci, en s'accumulant, peut donner lieu à des accidents redoutables. On a vu dans ce cas survenir rapidement la rupture des parois vésicales, et par suite un épanchement mortel dans la cavité du péritoine.

D'autres fois, et le plus souvent, la distension de la vessie arrivée à un certain degré amène une dilatation de son col, ce qui permet la sortie du surplus de l'urine ; c'est là ce qu'on appelle uriner par regorgement. Cet état ne peut toutefois persister longtemps sans amener de graves désordres dans les voies urinaires supérieures ; aussi la rétention d'urine due à l'engorgement de la prostate, qu'elle soit complète ou incomplète, est-elle une des affections qui réclament le plus impérieusement le cathétérisme. Mais dans ces circonstances, et par les procédés ordinaires, dit M. Maisonneuve, le cathétérisme présente souvent de grandes difficultés.

En s'hypertrophiant, en effet, la prostate imprime à la portion du canal contenu dans son intérieur une déviation telle, qu'au lieu d'une courbe régulière, il présente un coude brusque, résultant de ce que sa portion la plus rapprochée de la vessie prend une direction presque verticale. Si, dans un canal ainsi dévié, on cherche à introduire une sonde métallique à courbure ordinaire, le bec de cette sonde s'arrête inévitablement au point où le canal change de direction ; alors, pour peu qu'on exerce de violence, l'instrument déchire la membrane muqueuse et laboure l'intérieur de la prostate en y formant une fausse route.

Les praticiens les plus habiles ne sont pas à l'abri de pareils accidents. Qu'est-ce donc quand l'opérateur n'a point une expérience consommée ! ...

Placé pendant plusieurs années, dit M. Maisonneuve, à la tête d'un grand hôpital, où les affections des voies urinaires sont extrêmement communes, j'ai vu souvent de ces cas difficiles, et j'ai été témoin de nombreux accidents produits par l'inexpérience des élèves. C'est à cette époque que j'eus l'idée d'un mode de cathétérisme qui, simple dans son exécution, permet aux mains les plus inhabiles de sonder aussi bien que les plus grands maîtres, et cela sans craindre de produire aucun accident.



Ce procédé est basé sur ce fait : qu'une bougie fine et flexible, terminée par une petite olive, pénètre toujours avec facilité dans un urètre libre, quelles que soient les déviations qu'il présente. En effet, l'extrémité mousse et flexible de l'instrument se prête à toutes les sinuosités du canal, et parvient toujours à pénétrer dans la vessie, sans que le chirurgien ait autre chose à faire que de pousser l'instrument avec lenteur. Quand par hasard la pointe mousse vient à s'arrêter momentanément dans le cul-de-sac d'une déviation trop brusque, la flexibilité de l'instrument met à l'abri de toute crainte de fausse route, et permet à celui-ci de se recourber dans le canal pour en suivre les inflexions ; de sorte qu'avec un peu de tâtonnement on est toujours sûr d'arriver dans la vessie. Du moment qu'une bougie a pénétré, on s'en sert comme d'un conducteur pour diriger la sonde qui doit donner issue à l'urine.

L'appareil employé à cet effet se compose :

D'une bougie F, d'un fil et d'une sonde G.

La bougie (n° 9) a 3 millimètres environ de diamètre ; elle est souple et terminée par un bout olivaire. A son extrémité supérieure est fixé le fil, qui doit être très fort et avoir trois fois la longueur de la bougie. Ce fil est à son extrémité libre muni d'un bouton, ainsi qu'on le voit sur la figure ci-dessus.

La sonde, de 6 millimètres et demi de diamètre (n° 20), est en tissu élastique très souple, courbe et percée à ses deux extrémités.

Disposition de l'appareil. — Au moment de se servir de cet appareil, on le dispose de la manière suivante : la bougie, armée de son fil, est introduite par l'extrémité supérieure de la sonde et en est retirée par l'extrémité inférieure, de sorte que le fil entraîné avec elle se trouve introduit dans le calibre de la sonde.

Premier temps. — Introduction de la bougie F. — Le malade étant couché horizontalement sur le dos, les cuisses écartées, le chirurgien, placé comme pour l'opération ordinaire du cathétérisme, saisit de la main gauche la verge du malade, et de la droite introduit dans l'urètre la bougie olivaire F. Cette introduction doit être faite avec lenteur. Elle ne rencontre ordinairement aucun obstacle jusqu'au niveau de la prostate ; mais à ce point du canal la bougie éprouve parfois un moment d'arrêt. Il faut alors un peu de tâtonnement et une légère pression pour la faire pénétrer dans la vessie. On saura qu'on est arrivé dans cet organe lorsque la bougie tout entière est introduite dans le canal, et qu'elle y joue librement.

Deuxième temps. — Introduction de la sonde G. — Quand la bougie est introduite, on confie au malade ou à un aide le bouton A, fixé à l'extrémité du fil E, lequel doit être tenu dans un état de tension légère. Le chirurgien alors, soutenant de nouveau la verge avec la main gauche C, saisit de la main droite, tenue en supination, la sonde D, qu'il fait glisser doucement de haut en bas sur le fil d'abord, puis sur la bougie, qui sert ainsi de mandrin conducteur, et par une pression douce la fait glisser lentement jusque dans la vessie. Cette dernière partie de l'opération est toujours d'une extrême simplicité.

Nous ajouterons, pour notre part, que nous avons eu l'occasion, plusieurs fois, d'user dans notre pratique de l'ingénieux procédé de M. Maisonneuve, et qu'il nous a réussi dans plusieurs circonstances où tous les autres moyens avaient échoué.

Dr Alexis Favrot.

NOTE SUR LE MUGUET.

Par M. Gubler.

Depuis quelques années, les esprits se préoccupent des maladies qui semblent résulter de la présence des végétaux d'un ordre inférieur sur les plantes de nos cultures.

L'opinion généralement accréditée à cet égard, c'est que ces végétaux inférieurs, appartenant à la famille des mucédinées ou des algues, attaquent les autres plantes plus élevées dans l'échelle, et déterminent dans celles-ci des altérations profondes qui finissent par les faire périr.

Mais cette manière de voir ne nous paraît pas suffisamment justifiée.

En 1851, nous avons fait, en commun avec nos savants collègues MM. Germain et Montagne, un rapport à la Société de biologie, dans lequel nous avons établi que l'altération du chanvre précède, dans la maladie du blé, l'apparition des byssus, qui passent pour en être la cause première ; nous pensons qu'il en est de même dans la maladie des pommes de terre et dans d'autres cas analogues.

Les détails dans lesquels nous allons entrer relativement au muguet montreront que les choses se passent de la même façon pour les parasites végétaux qu'on observe chez l'homme, parasites dont nous avons découvert récemment une nouvelle espèce, dans des circonstances assez singulières, que nous avons fait connaître à la Société.

Les expériences de Dutrochet ont établi que les végétaux inférieurs naissent de préférence dans les liquides acides, et tous ceux qui ont fait des recherches dans un laboratoire de chimie ont vu des faits confirmatifs de ses observations. Frappé de ces résultats curieux, je résolus de vérifier, dans des cas pathologiques, la règle générale posée par l'illustre savant. Les nombreux exemples de muguet qui se présentèrent dans le service des nourrices de l'hôpital Necker pendant l'année 1847 m'en fournirent l'occasion.

Je m'assurai qu'en effet les enfants affectés de cette singulière altération ont toujours une extrême acidité de la bouche. Le mucus qui tapisse la langue, les joues ou toute autre partie de la cavité bucco-pharyngienne, rougit énergiquement le papier du tournesol, même au moment où l'enfant vient de teter. Cette réaction se montre avant qu'on aperçoive aucune trace de muguet, mais alors il existe déjà une rougeur framboisée très intense des membranes muqueuses qui tapissent cette première portion des voies digestives ; en sorte que l'on peut prévoir l'invasion du cryptogame quand on trouve réunies ces deux particularités.

Ayant été appelé à faire l'autopsie de plusieurs petits sujets qui avaient succombé pendant qu'ils étaient affectés du muguet, j'ai pu faire aussi quelques remarques sur le siége précis de ces productions. Sans entrer dans le détail des observations particulières, je crois pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° L'affection connue sous le nom de muguet débute par une certaine phlogose de la partie supérieure des voies digestives.

2° Cette phlogose paraît déterminer la suppression de la sécrétion salivaire, qui est alcaline, et peut être l'exagération de l'acidité propre au mucus buccal, lequel continue à être sécrété et manifeste sa réaction énergique au papier de tournesol.

3° En présence de cette acidité constante de la bouche, secondée par une température assez élevée, des végétations cryptogamiques ne tardent pas à se développer sur la face dorsale de la langue, le palais, le voile palatin et même le pharynx, sur la portion de la face interne des joues qui est comprise entre les arcades dentaires, lorsque les mâchoires sont écartées, et sur la partie des lèvres qui déborde les gencives ou les dents.

4° Il est à remarquer que les points de la bouche ordinairement préservés sont les seuls qui ne soient pas directement accessibles à l'air atmosphérique. L'influence de cet agent sur la production des mucédinées du muguet est si réelle que je n'ai rencontré qu'une fois ces dernières dans l'œsophage et jamais dans l'estomac, où elles ne pourraient d'ailleurs subsister qu'en l'absence du suc gastrique.

5° Ces mucédinées prennent naissance dans l'intérieur des glandules qui s'ouvrent à la surface de la langue, des lèvres et des autres parties de la bouche, ainsi que dans l'enduit saburral qui tapisse le premier de ces organes. Les cellules épithéliales et les grumeaux de caséum coagulé qui constituent cet enduit, de même que le mucus altéré des glandes, représentent une sorte d'*humus* approprié au développement de ses faux parasites.

6° Leurs filaments, nés dans une cavité glandulaire, en augmentant de longueur et de nombre, remplissent d'abord cette cavité et s'échappent ensuite à travers le goulot du follicule pour se répandre au dehors sous forme d'une petite éminence arrondie d'un blanc laiteux ; de façon que l'ensemble de la production rappelle assez bien la forme d'une grenade.

7° Si l'orifice est trop étroit, les filaments byssoïdes distendent la glande outre mesure et en amincissent les parois, à ce point qu'ils semblent former des tumeurs sous-épithéliales. Je n'ai jamais vu nettement des grains de muguet situés entre l'épithélium soulevé et la surface du derme muqueux ; toutefois je suis loin de contester la possibilité de cette variété de forme.

8° Il ressort de tout ce qui précède que les mucédinées du muguet n'attaquent pas les tissus vivants, mais qu'elles se développent simplement au milieu de détritus organiques dans des conditions déterminées, et que leur apparition n'est qu'un épiphénomène dans la maladie.

(*Comptes-Rendus de la Société de biologie.*)

SUR UN LIPOME DU DOIGT MÉDIUS.

Par M. Follin.

M. Follin présente à la Société la main d'un homme d'une cinquantaine d'années environ, dont le doigt médius portait sur ses faces antérieure, externe et un peu postérieure, une tumeur mollasse, lobulée, mobile, du volume d'un œuf de poule environ.

Cette tumeur, sans changement de couleur de la peau, laissait entendre, lorqu'on la comprimait fortement, une légère crépitation. Les caractères généraux de cette tumeur firent penser que c'était un lipome. L'examen anatomique a confirmé cette idée. En effet, au-dessous de la peau existait une masse lobulée de tissu cellulo-graisseux jaunâtre. Ce tissu graisseux adhérait à la face antérieure de la gaîne des fléchisseurs assez fortement pour qu'il fût impossible d'enlever ce lipome sans ouvrir cette gaîne. A la partie postérieure du doigt, l'adhérence était bien moins considérable.

Cette tumeur n'offre de curieux que son siége. En effet, les lipomes des doigts ne s'observent pas communément. Plusieurs faits de lipomes de la main ont été publiés, et récemment M. Robert en a communiqué un à la Société de chirurgie. Mais ils siégeaient à la face palmaire de la main. Aux doigts, l'existence des lipomes n'est pas aussi fréquente.

Il n'y a qu'une conclusion pratique à tirer de cette pièce : si l'on eût voulu extirper ces lipomes, on eût nécessairement ouvert la gaîne des fléchisseurs, accident qui eût compliqué gravement l'opération. (*Ibid.*)

CORRESPONDANCE.

Théorie de la fièvre intermittente.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et cher confrère,

M. Champouillon vient encore d'affirmer, dans une lettre insérée dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, que ma théorie des fièvres intermittentes des marais a été réfutée. Voici le raisonnement de notre honorable confrère :

MM. Audouard et Piorry ont fondé leur théorie sur l'engorgement de la rate ; leur manière de voir a été réfutée, puisqu'il a été prouvé qu'il y avait bon nombre de fièvre intermittente sans engorgement de rate. M. Durand appuie d'une manière fondamentale sa théorie sur l'engorgement du même organe : sa théorie a donc été réfutée.

Quiconque a réfléchi sur les idées que j'ai publiées reconnaîtra aisément ici la méprise de M. Champouillon : je n'ai pas fondamentalement appuyé ma théorie sur l'engorgement de la rate.

La fièvre intermittente des marais, la seule que j'aie eue en vue,

est, pour moi, une fièvre générale résultant de l'impression générale du miasme; il est clair dès lors que, soit que le miasme vienne directement du dehors, soit qu'il ait passé par la rate, le foie, les os, etc., il est toujours apte à provoquer des accès, à en provoquer même d'intermittents sans le concours d'un engorgement quelconque d'organe, mais surtout par l'action des influences excitatoires de la période diurne.

Maintenant j'ai fait, il est vrai, jouer un rôle à l'engorgement de la rate : mais ce rôle n'est que secondaire; il n'est pas nécessaire pour tous les cas et il est souvent postérieur à un premier accès : il consiste à permettre à une certaine quantité de miasmes de mieux se concentrer et de mieux fermenter dans un point de l'économie; voilà tout. La rate ne serait pas grosse et contiendrait de la matière miasmatique que son rôle serait le même; le foie ou tout autre organe serait engorgé et non la rate, comme je l'ai fait observer dans mon mémoire du 10 mars 1846, qu'il pourrait encore en être ainsi.

Toutefois, je le répète, l'engorgement de la rate est un fait ordinaire dans les cas de fièvres intermittentes paludéennes, et je n'ai jamais dit, comme me le fait dire M. Champouillon, qu'en Algérie les rates ne s'engorgent que dans les deux tiers des cas de fièvre intermittente; or, si cet engorgement est un fait ordinaire, il coopère ordinairement, je ne dis pas au développement, mais à la préparation des accès en donnant lieu à une plus grande agglomération et par conséquent à une plus vive fermentation de la matière miasmatique suspendue dans le sang.

Quant au mécanisme de la détermination périodique des accès paludéens, il dépend presque toujours non de l'engorgement, mais de la déplétion ordinairement périodique des rates infectées.

On le voit donc, ma théorie ne s'appuie pas d'une manière fondamentale sur l'engorgement de la rate, comme le prétend M. Champouillon, comme l'a prétendu M. Valleix : elle s'appuie, *pour tous les cas*, sur l'impression générale du miasme, et, *pour la plupart des cas*, sur le rôle indiqué de la rate, repoussant plus de miasmes dans le reste de l'économie pendant le jour, en repoussant moins pendant la nuit, mais par son engorgement, quand il a lieu, admettant plus de miasmes à l'élaboration.

Je passe à notre bonorable confrère de m'avoir attribué la prétention de faire découler toute ma théorie de l'observation, alors que cependant, dans ma dernière lettre, j'avais évoqué à l'appui de mes diverses propositions ou les *lois naturelles* ou l'*observation*; je lui passe encore l'art avec lequel il a su faire ressortir, sans autre argument, ce qu'il appelle l'étrangeté de quelques-unes de mes propositions; je lui passe même l'honneur qu'il m'a fait de m'attribuer le traitement de la fièvre par le quinquina; mais ce que je ne lui passe pas, c'est d'avoir cru réfutée ma doctrine, parce que celle de MM. Audouard et Piorry l'était.

Après cela, M. Champouillon me demande quelles sont mes démonstrations. Je lui exprime le regret de n'avoir que celles-ci à lui présenter : étant admis que le miasme paludéen provient des matières végéto-animales en fermentation, étant admis que des molécules de ces matières peuvent être introduites dans le sang, je fais découler ma théorie de ces trois sortes de faits, pour moi *expérimentalement* démontrés : les rates s'engorgent ordinairement pendant les fièvres intermittentes; dans les quatre cinquièmes des cas, elles se dégorgent mieux le jour que la nuit; dans les quatre cinquièmes des cas, les accès se manifestent le jour. Je ne puis donner que ces faits; mais, s'ils ne m'ont pas paru suffire pour asseoir dans la science une théorie définitive, ils m'ont suffi pour en asseoir une vraisemblable. Or, je viens de prouver à l'honorable professeur du Val-de-Grâce que cette théorie n'était pas réfutée.

Recevez, etc. Aug. DURAND (de Lunel).

Paris, le 30 juin 1852.

OBSÈQUES DE M. RÉCAMIER.

Les obsèques du célèbre praticien dont nous avons annoncé la mort inattendue ont eu lieu hier au milieu d'un immense concours de médecins, de savants, d'hommes du monde et d'hommes du peuple, dont quelques-uns étaient venus des environs de Paris pour rendre un dernier hommage à celui qui avait été leur bienfaiteur.

L'Académie de médecine et la Faculté avaient envoyé chacune une députation. Le deuil était conduit par M. Lenormand, membre de l'Institut; les cordons du poêle étaient tenus par M. Mêlier, président de l'Académie de médecine, et par MM. Adelon, Cruveilhier et Grisolle.

Parmi les notabilités étrangères au corps médical, nous avons remarqué MM. Berryer, de Pastoret, le général de Saint-Priest, de Renneville, de Rancey, Thénard, Cauchy, Binet, etc.

De Saint-Sulpice, le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Mont-Parnasse, où plusieurs discours ont été prononcés. M. Trousseau a pris la parole le premier, et s'est rendu l'interprète des regrets de la Faculté dans une improvisation très bien dite, mais dans laquelle l'habile professeur a eu le tort de laisser percer des allusions politiques, pour le moins très inopportunes.

M. Gibert a prononcé ensuite le discours suivant, au nom de l'Académie de médecine :

Nous venons, au nom de la compagnie savante dont il fut un des premiers membres, prononcer quelques paroles d'hommages et de regrets à la mémoire de notre bonoré maître, J.-C.-A. Récamier, reçu docteur à Paris, en 1799.

La profession de médecin, qu'il a si longtemps bonorée, est de celles qui s'appuient sur un double base, la science et l'art. Or, c'est surtout comme *artiste* (passez-moi l'expression) qu'a brillé d'une réputation incontestable et incontestée le praticien éminent dont nous déplorons aujourd'hui la perte.

Pénétré de cette belle parole du père de la médecine : « le mé» decin doit s'occuper, avant tout, de guérir le malade », praticien habile et zélé, catholique sincère et fervent, homme énergique et passionné, Récamier transporta dans l'exercice de la médecine cette foi qui soulève des montagnes et cette charité qui opère des miracles!

En présence de cetta tombe où viennent si rapidement s'évanouir toutes les gradeurs et les illustrations du monde, il serait puéril de s'étendre sur les titres et les bonneurs qui vinrent successivement revêtir la simplicité et la modestie du praticien. Médecin de l'Hôtel-Dieu dès les premières années du siècle, professeur de la Faculté, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collége de France, Récamier a montré lui-même, en 1830, par un noble sacrifice, qu'il savait apprécier en chrétien les grandeurs de la terre... Mais il nous sera permis du moins de parler de cette brillante popularité qui avait placé son nom dans toutes les bouches, et qui avait élevé sa réputation médicale au niveau des illustrations chirurgicales les plus renommées de l'époque.

C'est au lit du malade, c'est dans le cabinet du médecin, c'est au sein de ces consultations provoquées par la sollicitude des parents ou par les craintes des médecins ordinaires du malade, c'est là qu'était véritablement le siége académique et professoral de Récamier.

Son air profondément recueilli et attentif, son regard sagace et pénétrant qui s'animait de plus en plus, cette physionomie intelligente, tout illuminée du désir ardent de connaître la cause du mal et d'en trouver le remède, cette parole digne, imagée, poétique, toujours consolante dans la vivacité, quelquefois même dans sa brusquerie, cet ensemble, en un mot, à la fois grave et empressé, ardent et réfléchi, impérieux et charitable, agissait en même temps sur le malade, dont il ranimait les espérances, et sur le médecin, dont il relevait la confiance et le courage.

Aussi quelles merveilles ne pourrait-on pas citer de la pratique de Récamier! Ici, c'est un kyste qu'il découvre dans la profondeur des organes, qu'il opère et qu'il guérit; là c'est un agonisant atteint d'une cardite qu'il saigne à outrance et qu'il guérit; plus loin c'est une femme à qui il ne craint pas de faire subir l'opération, l'on pourrait presque dire la plus téméraire, et qu'il guérit d'un cancer bien réellement incurable. Ailleurs, c'est un mourant, que dis-je, presque un mort qu'il rappelle à la vie par l'application hardie des affusions; et, chemin faisant, ce sont des douleurs atroces, des contractures musculaires invincibles qu'il soumet avec succès à la pression cadencée; des pneumonies malignes, qu'il traite avec le musc; des pseudo-péritonites, qu'il enlève avec le camphre et la valériane; des vomissements cholériques, qu'il enchaîne avec l'amidon; des gastro-entéralgies, qu'il enchaîne avec cette vulgaire substance qu'il appelle, dans son langage pittoresque et ingénieux, de la magnésie noire. Qui pourrait énumérer toutes les cures remarquables opérées par Récamier à l'aide des moyens les plus simples et les plus inattendus? Qui ne sait, par exemple, avec quelle intelligence, avec quelle variété, avec quel succès il avait appliqué, depuis de longues années, à la thérapeutique, l'administration intérieure et extérieure de l'eau pure et fraîche? Nous ne voulons rien dire ici des ouvrages de Récamier, au premier raug desquels il faut placer son important *Traité du Cancer*, maladie à laquelle il avait appliqué si ingénieusement, et avec des résultats si surprenants, la méthode vulgaire de la compression.

Nous ne dirons rien non plus de sa biographie proprement dite, biographie semée de faits et d'incidents curieux ou remarquables, où l'on voit tour à tour briller le citoyen, le soldat, le politique, le philosophe, le savant, l'homme du monde, mais surtout le médecin catholique, profondément dévoué à son art et à l'humanité, toujours prêt à répondre à l'appel qu'on faisait de toutes parts à son zèle, à ses lumières et à son immense expérience.

Une heure encore avant sa mort, subite et imprévue, bien qu'arrivée au terme d'une carrière si longue et si brillamment parcourue, Récamier, parvenu à l'âge de soixante-dix-huit ans, et ayant conservé jusqu'à la tombe la plénitude et toute l'énergie de son intelligence, on pourrait presque dire toute l'activité de ses jeunes années, Récamier, dis-je, s'entretenait avec un de ses plus anciens élèves et amis, monté depuis longtemps au rang des maîtres, le professeur Cruveilhier; et après avoir discuté avec lui le cas obscur et épineux d'une malade confiée à leurs soins, l'engageait paternellement à prendre du repos et à ménager sa santé. Une heure était à peine écoulée, et cet homme, si vivant et si animé, n'était plus qu'un cadavre. « Mon Dieu, s'écriait-il tout à » coup, ayez pitié de moi! » et il succombait à une apoplexie pulmonaire.

La mort subite est sans doute, dans beaucoup de cas, un châtiment terrible. Un chrétien doit toujours la redouter, et l'une des plus habituelles et des plus ferventes prières est de demander à Dieu d'en être préservé, lui et ses proches. Mais en pareil cas on peut, sans trop de témérité, la regarder comme une récompense. C'est le dernier remercîment d'une vie pleine de bonnes œuvres.

Après ce discours, suivi d'un murmure unanime d'approbation et de quelques applaudissements aussitôt comprimés par un religieux respect, M. Maisonneuve, au nom des amis de M. Récamier, prononce d'une voix émue les paroles suivantes :

Joseph Récamier, toi qui fus depuis vingt ans mon maître et mon ami, reçois mes derniers adieux. Des voix éloquentes ont exposé, bien mieux que je ne le pourrais faire, les travaux et les découvertes dont ton génie a doté la science. Elles ont rappelé la merveilleuse pénétration de ton coup d'œil médical; elles ont dit l'étonnante fécondité de tes ressources dans les difficultés de l'art. Mais qui pourrait donner à ceux qui n'ont pu connaître ta vie intime une idée de l'inépuisable bonté de ton cœur!

Alors que les puissants du monde se disputaient une parcelle de ton temps précieux, combien de longues heures ne t'ai-je pas vu chaque jour consacrer à secourir les malades indigents! Non content de leur donner l'espoir et la santé, tu partageais avec eux une grande partie de l'or que t'apportaient les riches. Dans ta charité sublime, tu t'étais fait une loi de consacrer à des œuvres pieuses le dixième des produits de ton travail; mais ces limites étaient encore trop étroites pour ton cœur. Cent fois je les ai vu franchir, et jamais une infortune n'implora en vain ton secours. Qui pourrait dire avec quelle délicatesse exquise tu savais faire le bien! Ton inépuisable bonté revêtait mille formes. Au malade tu donnais les secours de ta science, au pauvre ton or, au jeune médecin l'appui de ton nom et de ton expérience, à tous tes conseils et tes exemples.

Ceux-là seuls qui pénétraient dans ton intimité peuvent comprendre quel suave bonheur rayonnait autour de toi. Une compagne que le ciel s'emblait t'avoir choisie, des enfants qui reflètent ton âme tout entière t'entouraient incessamment de leur amour; de vrais amis, des élèves qui te vénéraient comme un père te formaient comme une seconde famille. Mais il n'est point ici-bas de félicité durable; il a fallu nous séparer.

Adieu donc, Récamier!

Homme de génie, tu vivras éternellement dans la science; bomme de bien, tu laisses un vide immense dans le cœur de ceux qui t'ont connu; bomme vertueux, tu recueilles au ciel la récompense que Dieu réserve au juste.

Adieu!

M. Caffe prononce encore quelques paroles au nom de la Société médicale d'émulation, et l'assistance quitte, vivement émue, les restes du célèbre praticien.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Quelques mots sur les fistules urinaires chez la femme. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Sur la luxation de la seconde phalange du pouce. — Tubercules des épididymes, du testicule, des vésicules séminales, de la prostate, des reins et du poumon. — Du danger qu'il y aurait à administrer le soufre sous la forme prétendue nouvelle de soufre brun visqueux. — Société de chirurgie, séance du 22 juin. — Nécrologie.

PARIS, LE 5 JUILLET 1852.

Quelques mots sur les fistules urinaires chez la femme,

A PROPOS DE LA NOUVELLE PUBLICATION DE M. JOBERT (1).

La nouvelle publication de M. Jobert n'est, ainsi qu'il le déclare lui-même, qu'un complément de son *Traité de chirurgie plastique*. Nous ajoutons qu'elle en est un perfectionnement d'une importance capitale. Toutefois, pour apprécier justement le mérite du nouveau progrès que le *Traité des fistules vésico-utérines*... imprime à la chirurgie, il ne serait peut-être pas très rationnel de se placer au point de vue de nos connaissances actuelles. En effet, le *Traité de chirurgie plastique*, en nous enseignant, à l'aide de préceptes remarquables et d'exemples plus remarquables encore, les moyens de guérir certaines fistules vésico-vaginales, rebelles jusqu'alors à toutes les ressources de l'art, nous avait pour ainsi dire fait pressentir la nouvelle conquête réalisée par le *Traité des fistules vésico-utérines*... Cette conquête nous est apparue comme une conséquence toute naturelle de la première. Il faut donc, pour en comprendre tous les avantages, remonter, non pas bien haut, mais seulement à l'époque (1846) où l'un de nos meilleurs professeurs, si prématurément, si cruellement enlevé à la science et à ses amis, écrivait que les fistules vésico-vaginales « étaient incurables dans un grand nombre de cas » ; ce qui signifiait : *Dans tous les cas* où la perte de substance est un peu considérable et où la fistule est située un peu profondément. Pénétré de cette impuissance si fréquente de la chirurgie contre une des infirmités les plus affreuses qui puissent affliger l'espèce humaine, Aug. Bérard, après avoir décrit et apprécié les procédés aussi nombreux qu'inefficaces imaginés pour la combattre, en était arrivé, en désespoir de cause, à tenter l'oblitération du conduit vulvo-utérin proposée, par M. Vidal dans les cas reconnus incurables; moyen extrême tellement cruel, surtout chez les jeunes femmes, qu'on aurait peut-être hésité davantage à y avoir recours, si l'on avait eu plus de confiance dans son efficacité.

Or ce pronostic si grave que A. Bérard portait avec raison, en 1846, sur les fistules vésico-vaginales, ce pronostic n'était rien en comparaison de celui qu'il formulait sur les fistules vésico-utérines, variété qu'il connaissait d'ailleurs très imparfaitement, et qu'il se borne pour ainsi dire à mentionner. « Les fistules vésico-utérines, » dit-il, « ne réclament aucune des opérations dont j'ai parlé, » et il se contente de conseiller l'usage d'un appareil palliatif. Voilà où en était le traitement des fistules urinaires chez la femme avant la publication du *Traité de chirurgie plastique*.

Dans ce traité, M. Jobert nous fit connaître un procédé ou plutôt une méthode nouvelle à l'aide de laquelle il était non-seulement possible, mais jusqu'à un certain point facile de guérir des malades que l'on avait jusqu'alors considérées comme incurables, et que l'on avait comme telles abandonnées à leur sort déplorable. Et pour lever tous les doutes et joindre l'exemple à la leçon, M. Jobert rapportait dans son ouvrage plusieurs exemples de fistules vésico-vaginales regardées comme incurables par nos premiers maîtres, et auxquelles il avait avec succès appliqué sa nouvelle méthode opératoire. Parmi les observations de ce genre, il nous suffira de rappeler ici celle dont la nommée C... fait le sujet. Chez cette malheureuse malade la fistule datait de deux ans et demi ; elle était constituée par une perte de substance qui avait détruit la paroi inférieure de l'urètre, le col vésical et la cloison vésico-vaginale *dans toute sa longueur*, moins 1 centimètre. La maladie avait été jugée au-dessus des ressources de l'art, et des hommes à qui leur réputation permettait de tout entreprendre avaient refusé de se livrer à aucune tentative dans ce cas désespéré. M. Jobert crut pouvoir tenter l'application de sa nouvelle méthode, née à peine de la veille, et il obtint un succès que tous les chirurgiens qui ont visité l'hôpital Saint-Louis et suivi les séances de l'Académie ont pu admirer.

Sur quelle idée repose la méthode qui a produit de si beaux résultats? Sur une idée simple, comme presque toutes les idées fécondes.

L'écueil de toutes les méthodes de traitement des fistules vésico-vaginales et particulièrement des méthodes par réunion, les plus rationnelles de toutes, cet écueil consistait dans la difficulté de tenir rapprochés les bords de l'ouverture accidentelle sans soumettre les tissus environnants à une tension considérable qui ne tardait pas, soit directement, soit par les inflammations qui en étaient la suite presque inévitable, à déchirer et à séparer les surfaces que le chirurgien avait eu tant de peine à réunir. Pour remédier à cette tension, il y avait un moyen nous ne dirons pas facile, car rien n'est absolument facile lorsqu'on opère dans des régions d'une structure aussi délicate et aussi compliquée, mais tellement naturel, qu'on s'étonne, comme toujours, qu'on n'y ait pas songé plus tôt ; ce moyen, c'était de relâcher par des incisions les parties tendues, de couper en quelque sorte la corde qui tendait l'arc formé par les sutures, jusqu'au moment où les bords de la fistule, fortement adhérents par la cicatrisation, fussent en état de résister à tous les tiraillements qui viendraient à être exercés sur eux. Telle est l'idée qui a servi de base à la méthode féconde désignée par M. Jobert sous le nom d'*autoplastie par glissement* ou *par locomotion*, à laquelle la science doit les beaux résultats obtenus dans le traitement des fistules vésico-vaginales, et que nous a fait connaître le *Traité de chirurgie plastique*. Mais, quelque simples que soient cette idée et cette méthode, il y a toujours, ainsi que nous l'avons dit, quelques difficultés d'application, quand il s'agit d'opérer sur des parties naturellement très délicates et dont les modifications pathologiques ont en outre changé les dispositions normales. C'est ce qui explique pourquoi M. Jobert n'a pu traiter dans sa première publication que des fistules les plus connues et les plus fréquentes, et pourquoi il a dû réserver pour une publication ultérieure la description et le traitement de quelques variétés beaucoup moins connues. Ces variétés font le sujet du *Traité des fistules vésico-utérines*....., qui n'est, nous l'avons déjà dit, qu'un complément du *Traité de chirurgie plastique*. L'auteur non-seulement y décrit en détail toutes les variétés de fistules énumérées dans le titre de l'ouvrage, et qui étaient ou fort incomplétement connues ou tout à fait inconnues, mais encore il formule, d'après l'expérimentation anatomique et d'après l'expérience sur les tissus vivants, les principes de médecine opératoire à l'aide desquels on peut appliquer avec sécurité l'autoplastie par glissement à des lésions que l'on croyait naguère inaccessibles aux instruments réparateurs de la chirurgie. Il serait beaucoup trop long d'exposer ici ces principes, qui subissent quelques modifications dans chaque variété de fistules et même dans chaque cas particulier ; c'est dans l'ouvrage lui-même que le praticien devra étudier ces principes, s'il veut s'éclairer d'une manière complète; nous n'avons pu que rappeler l'idée fondamentale qui leur sert de base. Cependant, ceux de nos lecteurs qui se rappelleront les remarques dont les observations particulières du livre de M. Jobert sont accompagnées, et qui presque toutes ont été publiées dans ce journal, pourront y trouver tous les renseignements nécessaires pour se diriger dans le cas où ils auraient à exécuter une opération de fistule vésico-utérine..., etc.

M. Jobert ne s'est pas borné d'ailleurs à étudier la pathologie et la thérapeutique des affections dont il traite dans sa publication nouvelle. Embrassant son sujet sous tous les points de vue, il a décrit en détail ou signalé plusieurs faits physiologi[illegible] curieux. Nous n'en mentionnerons qu'un seul. [illegible]e des pertes considérables de substance ont dét[illegible] grande partie du réservoir vésical, et que c[illegible]n reste s'est contracté et en quelque sorte racorni par une longue inaction, on aurait pu croire que l'oblitération d'une telle ouverture, la réparation matérielle d'un tel désordre étaient tout ce que le chirurgien pouvait espérer, mais que les malades resteraient sujettes soit à une incontinence, soit tout au moins à des émissions très fréquentes du fluide sécrété. Or l'expérience a appris que ces craintes étaient exagérées. Elle a démontré que l'organe acquérait peu à peu un développement aussi considérable qu'inespéré, et que ses fonctions finissaient par se rétablir avec leur caractère quasi physiologique.

Nous n'insisterons pas davantage sur la nouvelle publication de M. Jobert. Ce que nous venons d'en dire, et plus encore ce que nos lecteurs en connaissent d'avance par les nombreuses observations que nous avons empruntées à la clinique de l'habile opérateur, est plus que suffisant pour démontrer que le *Traité des fistules vésico-utérines* est destiné à propager une méthode qui a déjà rendu les plus éminents services à la pratique chirurgicale, et qui en rendra de bien plus nombreux quand elle sera plus connue et mieux appréciée. — H. de Castelnau.

(1) *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales* et *recto-vaginales*; par M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commandeur de la Légion-d'Honneur, etc., etc. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. Un volume in-8°, avec planches intercalées dans le texte.

Sur la séance de la Société de chirurgie.

La communication faite par M. Maisonneuve à la séance de la Société de chirurgie, dont nous publions aujourd'hui le compte-rendu, a soulevé plusieurs questions, dont deux surtout méritent de nous arrêter un instant.

La première est relative à la cause de la gangrène. M. Marjolin avait abordé le premier, quoique le procès-verbal ne le mentionne pas, le point de médecine sur lequel M. Gosselin a dit ensuite quelques mots. S'il fallait en croire la majorité des opinions qui se sont fait jour dans la discussion, et en particulier celle de M. Roux, il n'est pas douteux qu'on ne dût, dans tous les cas, résoudre contre les médecins les questions du genre de celle pour laquelle M. Gosselin a été consulté et pour laquelle nous avions été consulté nous-mêmes. Or, dans l'état actuel de la science, rien ne prouve qu'une telle solution fût en effet l'interprétation exacte des faits, et M. Roux n'a rien apporté en faveur de son opinion, si ce n'est le résultat de ses impressions; ce qui est beaucoup assurément, mais ce qui ne saurait suffire, surtout quand il s'agit d'une appréciation médico-légale et qu'il y a un accusé devant la justice. Nous avouons même que le simple raisonnement, en l'absence d'une série de faits précis, ne nous semble pas très favorable à l'opinion que la gangrène ne se développe jamais dans les fractures simples sans une compression mécanique habituellement due à un pansement mal appliqué. Est-ce que, par exemple, nous ne voyons pas quelquefois des gangrènes se développer spontanément chez certains individus à la suite d'un phlegmon, d'un érysipèle même? Or si la gangrène se développe en l'absence de toute lésion traumatique, pourquoi ne se développerait-elle pas sous l'influence d'une cause d'inflammation aussi efficace qu'une fracture, même simple? Nous n'en voyons pas la raison, et nous avouons que nous partageons entièrement sous ce rapport l'opinion de M. Marjolin.

Les cas de gangrène spontanée dont nous avons parlé sont rares sans doute ; mais les exemples de gangrène à la suite de fracture simple sont loin d'être fréquents, alors même que des appareils ont été serrés à un degré que le chirurgien le moins expérimenté ne dépasse certainement jamais. Il faut donc une grande prédisposition pour que la gangrène se développe, et cette prédisposition étant à peu près toujours nécessaire, nous ne voyons pas pourquoi elle ne pourrait pas suffire concurremment avec la fracture, et pourquoi l'on aggraverait sans raisons suffisantes la responsabilité souvent si lourde des praticiens dont la réputation ne peut couvrir les malheurs. Nous ne prétendons pas cependant que la compression d'un appareil ne puisse pas déterminer la gangrène; mais ce que nous avons voulu, ce que nous avons dû dire, c'est qu'aucun fait convaincant n'a été apporté en faveur de l'opinion de M. Roux.

Quant à l'observation de M. Maisonneuve en particulier, elle est loin d'être favorable à cette opinion. La

gangrène, dans ce cas, ainsi que l'a fait remarquer l'habile chirurgien, s'est développée avec une rapidité quasi *foudroyante* et à peu près partout en même temps. Or, il est tout au moins rationnel de penser qu'une gangrène causée par une compression se développerait moins rapidement et commencerait par les points les plus comprimés. La gangrène était ici très humide, accompagnée d'un prompt développement de gaz ; il est permis de croire que dans une gangrène suite de compression les caractères seraient différents. Ces données ne sont certainement point concluantes, comme si elles étaient des conséquences de faits nombreux et rigoureusement observés ; mais elles suffiront sans doute pour convaincre les observateurs sérieux qu'il faut procéder avec une grande réserve quand il s'agit de trancher des questions difficiles (elles le sont presque toutes dans notre science), et avant de porter des jugements qui peuvent avoir des conséquences graves.

Quant à la question du développement du gaz dans les veines, un *desideratum* a déjà été exprimé par M. Morel-Lavallée; nous n'y reviendrons pas. Mais nous en mentionnerons deux autres peut-être plus importants: c'est d'abord que la dissection des vaisseaux n'ait pas été faite avec une suffisante attention pour s'assurer si celui ou ceux qui renfermaient des gaz présentaient ou non une oblitération entre le cœur et les portions qui renfermaient ces fluides ; et ensuite, que les symptômes n'aient pas été observés et décrits assez minutieusement pour qu'on pût tirer quelques inductions pathologiques des données anatomiques résultant d'une dissection attentive. En l'absence de ces désordres, de renseignements, le fait du développement de gaz dans les veines perd la plus grande partie de son intérêt.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Sur la luxation de la seconde phalange du pouce.

Par M. le docteur Jousset, médecin de l'hôpital de Bellême (Orne).

Il y a peu de praticiens qui, après quelques années d'exercice, n'aient été à même de réduire des luxations des phalanges des doigts. Ces réductions sont, en général, si faciles, que parfois des personnes étrangères à la chirurgie en ont opéré avec succès. Des blessés se sont guéris eux-mêmes par de simples tractions plus ou moins régulières et rationnelles.

L'importance de ce genre de luxation parait si minime, qu'on ne trouve pas, dans les nombreux journaux de médecine, d'articles qui fixent l'attention sur ce sujet. Quelques lecteurs trouveront même étrange qu'on les entretienne de si peu, et passeront sur cet article après avoir pris connaissance de son titre. Cependant, malgré la confiance de beaucoup de chirurgiens sur la facilité de ce genre d'opération, il arrivera à quelques-uns de se trouver arrêtés devant certaines difficultés ou impossibilités. C'est pour m'être enfin trouvé dans ce cas, à mon grand étonnement, que je livre au public la relation d'un incident que j'étais loin de prévoir.

Un homme très corpulent, âgé de quarante-sept ans environ, réclame, un certain matin, mon secours à l'occasion d'un accident qui lui était arrivé la veille. La deuxième phalange du pouce droit était luxée, sa tête saillissant vers la face palmaire. De plus, cette tête avait déchiré les ligaments, le tendon fléchisseur, la peau, malgré l'extrême résistance de ces parties, et dépassait d'un centimètre l'extrémité inférieure de la première phalange. Cet homme, pour tout renseignement, m'explique qu'étant ivre la veille, il est tombé de sa hauteur. Suivant mon habitude de croire à une réduction facile, je la tente par le procédé qui m'avait antérieurement réussi pour d'autres phalanges, en pratiquant moi-même l'extension et la contre-extension. Mais j'avais trop présumé de ma facilité. La tentative fut vaine, et une deuxième fut aussi infructueuse. Le patient ne partagea point mon étonnement, et me dit avec un sang-froid parfait que je ne réussirais pas en m'y prenant ainsi, ce qui était bien ma conviction. Mais, chez cet homme, l'absence de surprise de mon insuccès me donna à penser sur mon insistance ; il m'avoua enfin que la veille de fréquentes et longues tentatives de réduction avaient été pratiquées infructueusement par le médecin de sa localité. Mon parti est vite pris. Je saisis une clef qui se trouvait à ma portée. L'anneau bien fixé dans la paume de ma main droite, l'extrémité opposée s'appuyant sur la tête sortie de la phalange, je poussai fort de haut en bas, le malade faisant lui-même la contre-extension. Je faisais une extension à rebours, si je puis m'exprimer ainsi. Mes doigts gauches soutenaient la phalange pour empêcher son renversement dorsal. Bientôt la phalange luxée parvenue à son niveau, mon pouce libre de la main gauche appuyant dessus, se trouva réduite, et le blessé immédiatement soulagé.

Cette manœuvre fut opérée en beaucoup moins de temps que je n'en mets à la décrire. Les suites de cette luxation avec déchirure de parties aussi denses et qui témoignait de la violence de la chute furent considérables. Une inflammation énorme s'empara de la totalité du pouce. Trois fistules gangréneuses laissaient parvenir le stylet jusqu'à l'os dénudé. L'inflammation pouvait remonter au bras et compromettre l'existence, comme il est arrivé à un chirurgien illustre. Il me parut nécessaire de proposer à ce blessé l'amputation de son pouce, ce qu'il refusa. Le succès a donné raison à cet homme contre les règles de la science. Après quelques mois, la guérison a été assez complète pour permettre le travail, le pouce restant inflexible, et mon ivrogne a justifié une fois de plus le proverbe qu'il est un Dieu pour eux.

Ce fait serait resté effacé dans mon souvenir, comme tant d'autres, car je suis loin de m'en faire un mérite, si mon attention n'avait pas été réveillée par la lecture d'un article de la *Gazette des Hôpitaux*, décembre 1850; on y lit : « Mais, il faut bien l'avouer, il y a souvent incertitude sur la » possibilité de la réduction. Dans certains cas, la luxation » se réduit avec facilité, et, dans d'autres, il y a des diffi- » cultés très sérieuses; enfin, il y a des cas où l'on rencontre » des difficultés insurmontables à la réduction. » Chacun sait que les professeurs Dessault et Boyer trouvèrent des cas de luxation de phalanges absolument irréductibles après quelques jours d'attente.

Les causes de ces difficultés ou impossibilités sont multiples. Des chirurgiens de mérite ne sont pas même d'accord sur ces causes. Dans le cas ci-dessus relaté, les difficultés de réduction dépendaient de la rétraction énergique des tendons intacts, de la constriction exercée par la peau autour de la tête sortie, et enfin par-dessus tout de la brièveté de la partie sur laquelle se pratique l'extension quand il s'agit de la dernière phalange. Pour parer à ce dernier inconvénient, l'auteur de l'article, M. Robert, propose l'emploi d'une pince de l'habile M. Charrière, au moyen de laquelle pince la partie à étendre est fortement saisie. Je doute, malgré la perfection de l'œuvre et le talent de l'artiste, que la phalange ne s'échappe pas de l'instrument compréheuseur quand il est appliqué sur la 2[e] phalange du pouce ou la 3[e] des doigts. Si l'opérateur insiste dans son moyen de compréhension, n'est-il pas à craindre qu'il n'exerce sur la phalange saisie une compression fâcheuse? Puis, autre contre-temps, qui de nous, le plus riche en instruments de chirurgie, possède celui en question ? En effet, aucun chirurgien ne pourra se persuader qu'il doive rencontrer un empêchement sérieux dans la réduction d'une luxation de phalange : il me paraît donc que le moyen le plus efficace à employer n'est pas, dans les cas difficiles, de pratiquer l'extension ou au moins de pratiquer l'extension seule, mais d'agir sur la tête de l'os luxé pour le pousser énergiquement dans son rapport normal, comme l'indiquent du reste de savants auteurs, en se servant des deux pouces; ou, dans les cas analogues à celui dont l'observation précède, de recourir à une tige quelconque que l'on puisse faire agir avec une force suffisante.

Sur ce sujet de luxation et de réduction se sont exercés MM. les docteurs Vidal, Gerdy, Pailloux, Robert et autres. La gravité des hommes témoigne de l'importance de la matière, qui n'est frivole qu'en apparence.

TUBERCULES DES ÉPIDIDYMES,

du testicule, des vésicules séminales, de la prostate, des reins et du poumon;

Par M. Ricord.

(Présentation faite à l'Académie de médecine.)

Nous reproduisons dans tous ses détails l'intéressante communication faite par M. Ricord à l'Académie, sauf à discuter, quand l'occasion s'en présentera, plusieurs des opinions que l'habile chirurgien a avancées.

Les pièces d'anatomie pathologique que je viens soumettre à votre observation se rencontrent si souvent, qu'il paraîtrait tout d'abord inutile de vous les montrer, si les vérités pathologiques qu'elles mettent en évidence n'avaient été mises en question dans une discussion qui a eu lieu dans cette enceinte même et dans un mémoire qui vous a été lu par un de mes collègues de l'hôpital du Midi.

Il s'agit d'une tuberculisation des voies génito-urinaires liée à une diathèse tuberculeuse.

Le cas que nous avons sous les yeux peut être considéré comme un type du mode de propagation et d'évolution des tubercules de ces régions.

Je ne veux pas ici établir une loi trop absolue; mais il est incontestable qu'il existe une règle générale, que l'observation de tous les jours force à reconnaître, et cette règle générale veut que ce soit par l'épididyme que commence l'affection tuberculeuse des organes de la génération.

Rien de plus commun, de plus vulgaire que de trouver la tuberculisation des épididymes, alors que les testicules sont encore parfaitement sains; rien de plus relativement rare qu'une tuberculisation du corps du testicule, sans que les épididymes soient affectés.

On pourrait établir quelque chose d'analogue à la loi formulée par M. Louis pour la phthisie pulmonaire; c'est que, lorsqu'il y a des tubercules dans d'autres points des voies séminales, il y en a toujours dans les épididymes.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter indique d'une manière remarquable le mode d'envahissement, l'ordre de succession des tubercules.

Généralement, toutes les parties ne se prennent pas en même temps et au même degré.

A la tuberculisation de l'épididyme peut souvent succéder celle du corps du testicule; mais, ce que l'on observe plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour, c'est la tuberculisation des vésicules séminales, avec ou sans dégénérescence tuberculeuse du canal déférent ; puis l'infiltration tuberculeuse de la prostate, de la partie postérieure de l'urètre et successivement jusqu'au méat urinaire, où j'ai montré cette infiltration dans toutes ses phases, jusqu'à l'ulcération inclusivement.

Des observations nombreuses ont confirmé ce que j'avance.

Ce mode d'évolution est on ne peut plus manifeste sur la pièce qui fait le sujet de cette démonstration.

Le testicule droit est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Après l'avoir fendu, on trouve son parenchyme plus dense qu'à l'état normal; la surface de la coupe présente un teinte un peu jaunâtre et un aspect légèrement granulé, plus facilement appréciable encore au doigt qu'à la vue. On y distingue en outre quelques points jaunes isolés qui paraissent dus à une accumulation de matière tuberculeuse.

Dans l'épaisseur de l'épididyme, on trouve trois noyaux jaunes, denses, arrondis, allongés, isolés les uns des autres, à peu près égaux. Ils occupent presque toute la longueur de l'épididyme et offrent de la façon la plus évidente les caractères du tubercule cru.

La vésicule séminale de ce côté, évidemment augmentée de volume, est presque entièrement remplie dans toute sa longueur par plusieurs noyaux tuberculeux en partie crus, en partie ramollis.

Une incision pratiquée dans le lobe droit de la prostate y fait également reconnaître deux noyaux tuberculeux assez volumineux à l'état cru.

Le testicule du côté gauche a son tissu souple, sa coloration normale, et n'offre aucune trace d'altération.

L'épididyme, moins volumineux que celui du côté opposé, présente à son centre un noyau tuberculeux presque entièrement ramolli, diffluent, d'un jaune plus clair que ceux de l'autre épididyme.

La vésicule séminale, aussi un peu moins volumineuse que de l'autre côté, renferme cependant deux masses tuberculeuses en grande partie ramollies.

Le lobe gauche de la prostate, à peu près aussi volumineux que l'autre, ne présente cependant d'autre altération que quelques petites taches jaunâtres.

Les deux canaux déférents sont, dans toute leur longueur, souples, sans inégalités, sans bosselures, sans épaississement. Après les avoir ouverts dans toute leur longueur, on trouve que le droit contient dans une étendue de 10 centimètres, à son extrémité prostatique, de la matière tuberculeuse ramollie, adhérant en partie à la paroi. Plus haut, la muqueuse est encore un peu altérée dans une petite étendue.

A gauche, il y a seulement un peu de matière tuberculeuse au voisinage de la prostate.

L'urètre paraît absolument sain dans toute sa partie antérieure; mais plus en arrière, la muqueuse est inégale et granulée. Les granulations sont surtout très sensibles au doigt.

Le verumontanum est ulcéré à son sommet, et paraît infiltré de matière tuberculeuse.

Les parois de la vessie ne présentent ni épaississement notable ni ramollissement. L'examen le plus minutieux ne peut faire trouver la matière tuberculeuse.

Les uretères sont fort dilatés; leurs parois ne sont pas notablement hypertrophiées; mais la surface interne est grisâtre, inégale et ramollie. Celui du côté droit présente à sa partie supérieure, dans une étendue de 5 centimètres, des dépôts de matière tuberculeuse en voie de ramollisement, saillante à l'intérieur et oblitérant en partie la cavité du canal.

La même matière se trouve accumulée en grande quantité dans les calices et les bassinets.

Les deux reins sont très volumineux, car ils offrent une longueur de 14 centimètres sur 7 centimètres de largeur. Ils sont déformés, en outre, par de larges bosselures d'une teinte jaunâtre qui en occupent toute la surface.

En incisant le rein, quelques-unes de ces bosselures donnent issue à un liquide séreux, la plupart à un pus fétide et liquide. Les premières sont des kystes assez volumineux tapissés d'une membrane ayant l'aspect d'une séreuse; les autres sont des foyers dont les parois sont encore couvertes de matière tuberculeuse ramollie et adhérente. La plupart ont une cavité susceptible d'admettre une grosse noix; autour de ces cavités, la substance du rein refoulée a presque complètement disparu.

L'estomac, les intestins, les ganglions lombaires et mésentériques, le foie sont exempts de toute altération.

Les deux plèvres ont dans toute leur étendue le feuillet viscéral uni au feuillet pariétal par des adhérences celluleuses.

Les deux poumons présentent dans toute leur moitié inférieure les caractères de la pneumonie au premier et au second degré; le sommet du poumon droit présente une caverne anfractueuse, capable de contenir un œuf de pigeon, renfermant une petite quantité de matière purulente et de la matière tuberculeuse encore adhérente aux parois de la cavité. Dans son voisinage, quelques noyaux tuberculeux crus infiltrés de matière noire.

Le cœur n'offre rien d'anormal.

Quant aux granulations saillantes de la muqueuse urétrale, elles ne contiennent pas de matière tuberculeuse et ne sont qu'un simple épaississement du derme muqueux (1).

Est-il besoin, en présence d'un fait comme celui-ci et dont on a déjà de si nombreux exemples, de faire ressortir combien est peu fondée la prétendue loi qu'a voulu poser un de nos collègues, qui n'aime cependant pas les lois en pathologie ?

Que penser, en effet, de cette proposition étonnante qui veut que la tuberculisation des testicules soit liée à la diathèse tuberculeuse tant qu'un seul testicule est affecté (cas dans lequel le testicule est dit *malin*), tandis que lorsque les deux sont pris on ne doit plus rien avoir à redouter ailleurs? Ce qui voudrait dire que plus vous avez de tubercules, moins vous devez craindre d'en avoir !

Ici, vous le voyez, messieurs, il y a des tubercules dans les deux épididymes, dans les vésicules séminales, la prostate, les reins et les *deux poumons*, où ils sont arrivés au troisième degré dans quelques points. Ainsi, phthisie pulmonaire, diathèse tuberculeuse des mieux caractérisées.

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur une vérité qui ne doit laisser aucun doute dans les bons esprits. Il

(1) Le compte-rendu de cette autopsie a été recueilli avec beaucoup de soin par un de nos élèves les plus distingués des hôpitaux, M. Prottin, interne à l'hôpital du Midi.

est bien entendu, pour nous, qu'on peut, avec des tubercules d'un ou des deux côtés des organes renfermés dans le scrotum, être atteints de phthisie pulmonaire et de tuberculisation plus ou moins généralisée.

Mais trouve-t-on toujours la tuberculisation des testicules fatalement liée à la phthisie pulmonaire? Certainement non. Il y a infiniment plus de phthisiques sans tuberculisation des voies séminales qu'autrement; comme aussi il y a beaucoup plus de tubercules des épididymes, des testicules, des vésicules séminales, de la prostate, sans phthisie pulmonaire.

Quelques personnes ont mis en doute (car il y a des gens qui doutent de tout) que l'affection tuberculeuse des épididymes et des testicules fût du véritable tubercule, identique à celui renfermé dans les poumons. Dans le cas particulier que je présente, tous les moyens d'investigation ont été employés; l'épreuve par le microscope a été faite par M. Lebert avec le soin qui caractérise ses savantes recherches, et l'on a trouvé qu'il y avait dans les testicules une matière en tout semblable à celle des poumons.

Pour les tubercules des organes génitaux, comme pour ceux du poumon, les maladies inflammatoires peuvent être considérées comme des causes d'évolution. C'est ainsi que l'épididymite blennorrhagique en favorise le développement. Les causes traumatiques peuvent aussi leur être favorables.

C'est dans ce cas-là peut-être qu'on rencontre le plus souvent la tuberculisation commençant par le corps du testicule, quand les violences out porté sur lui.

Je suis donc, sous ce rapport, tout à fait de l'avis de mes très honorés et savants collègues MM. Bégin et Larrey.

Je ne puis m'empêcher aujourd'hui, en présence des pièces que nous avons sous les yeux, de rappeler ce que j'ai eu l'honneur de vous dire relativement aux conséquences pratiques que l'on peut déduire de faits semblables.

L'affection tuberculeuse des épididymes et des testicules suit le canal déférent, les vésicules séminales, la prostate, pour atteindre les voies urinaires.

Le cancer commence par le corps du testicule, et, lorsqu'il sort du scrotum, il pénètre dans le bassin, et remonte en suivant les éléments vasculaires du cordon. Le cancer du testicule n'aboutit ni aux vésicules séminales ni à la prostate.

D'un autre côté, le sarcocèle syphilitique plastique ou gommeux ne sort pas des bourses.

On comprend tout le parti que l'on peut tirer de ces lois, au point de vue du diagnostic différentiel, souvent si difficile et toujours si important, ainsi qu'au point de vue du pronostic et du traitement.

Dans tous les cas, messieurs, je serai très heureux si le fait que je viens de soumettre à votre appréciation et les conséquences que j'ai cru devoir en déduire ont un moment fixé votre attention.

DU DANGER QU'IL Y AURAIT A ADMINISTRER LE SOUFRE sous la forme prétendue nouvelle de soufre brun visqueux.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu, il y a déjà longtemps, dans votre journal une note empruntée à la *Presse médicale belge*, et intitulée : *Sur un nouveau mode d'administration du soufre*, par le docteur J. Hannon. Ce médecin, qui paraîtrait, d'après sa note, avoir découvert un nouvel état du soufre qu'il désigne sous le nom de *soufre brun visqueux*, s'exprime ainsi : « Sous cet état, ce corps, tout en restant soufre, jouit de propriétés bien plus énergiques ; sous cette forme, le soufre a toute l'activité des sulfures alcalins sans en avoir les inconvénients. Le soufre brun visqueux est un stimulant plus énergique et plus prompt que le soufre jaune et solide ; ce dernier reste-t-il sans effets, le premier réussit : il excite rapidement tous les organes, et surtout la peau, les poumons et l'appareil circulatoire. Le soufre brun visqueux réussit toujours contre la goutte, le rhumatisme chronique, les dartres rebelles, les toux chroniques et les engorgements scrofuleux ; il se transforme rapidement en sulfhydrique.

» Le soufre jaune solide et le soufre brun visqueux sont deux états allotropiques d'un même corps ; ils ont sous cet état la même composition chimique, mais des propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques différentes. Le soufre brun visqueux possède une capacité calorifique plus grande que celle du soufre ordinaire ; sa densité est de 1,99, tandis que celle du soufre ordinaire est de 2,05. Le soufre brun visqueux prend toutes les formes, il ressemble à de la gutta-percha ramollie dans l'eau bouillante ; rien de plus facile, comme on le voit, que de le façonner comme on le veut et d'en faire des pilules. Enfin, ce soufre est si actif que, comme stimulant, employé à la dose de 2 à 4 pilules de 0,10 centigr., il agit comme 1 gramme de soufre jaune. Ce produit jouit, en outre, de la propriété de se conserver lorsqu'il est mélangé au baume de tolu. »

Deux procédés de préparation sont donnés par l'auteur de la note pour obtenir ledit soufre brun visqueux.

M. le docteur Declat de Neboud, ayant à traiter un cas d'affection cutanée rebelle, vint dernièrement me prier de lui préparer du soufre brun visqueux ressemblant à de la gutta-percha, d'après le procédé du docteur Hannon, et dont les merveilleux effets sont rapportés dans l'ouvrage de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux.

Pour exécuter à la lettre la préparation selon la formule du docteur Hannon, je préparai 150 grammes de sulfure de cuivre que je mis en contact avec 500 grammes d'eau régale. La décomposition du sulfure s'effectua avec une grande rapidité, et bientôt j'obtins une masse spongieuse très souple, visqueuse, toute boursouflée et surnageant la liqueur ; lorsque la réaction parut terminée, j'enlevai cette matière et la mis en contact avec une nouvelle quantité d'eau régale dont l'action très énergique sépara encore une certaine quantité de cuivre retenu dans cette matière élastique et glutineuse, en tout semblable à de la gutta-percha ramollie dans l'eau chaude ; je lui fis encore subir un troisième traitement par l'eau régale, et je remarquai que cette masse élastique devenait de plus en plus cornée et difficile à manier. Le médecin pour lequel j'exécutais cette préparation étant présent me demanda de laisser ce produit dans l'état où il se trouvait, ne redoutant pas, pour l'usage auquel il était destiné, l'action d'un sel de cuivre insoluble. Je lavai donc avec tout le soin possible ce prétendu soufre brun visqueux, et, selon la prescription du docteur Hannon, j'en fis une pommade avec le baume de tolu et le cérat. La couleur du produit me mit en défiance, et j'exprimai au médecin toute la crainte que j'éprouvais à voir employer un corps qui bien évidemment contenait du cuivre, alors qu'il était nécessaire, pour rester dans les vues du docteur Hannon, de n'employer que du soufre à ce nouvel état allotropique où il est si actif.

Je repris immédiatement l'étude de cette matière, et j'acquis bientôt la certitude qu'elle renfermait encore une grande quantité de cuivre, que je parvins à enlever complètement au moyen de l'eau régale. Mais, ce qui est contraire à l'observation du docteur Hannon, adoptée par M. le professeur Trousseau, c'est que la viscosité de cette matière diminue à mesure que sa pureté augmente, de telle sorte que, lorsqu'elle est complètement débarrassée du cuivre qui s'y trouve mélangé, ce n'est plus que du soufre jaune en tout semblable au soufre précipité, depuis longtemps indiqué dans tous les ouvrages de chimie.

Un autre procédé inventé par M. le docteur Hannon pour obtenir le prétendu soufre brun visqueux consiste à faire un mélange de 2 parties de sel marin et 2 parties de nitrate de potasse avec 1 partie de sulfure de cuivre ; à verser sur ce mélange de l'acide sulfurique jusqu'à cessation d'effervescence. Le résultat obtenu à l'aide de ce procédé, qui place, comme on le voit, le sulfure de cuivre dans un milieu où il rencontre l'eau régale à l'état naissant, m'a donné un produit exactement semblable à celui obtenu à l'aide du procédé indiqué plus haut, c'est-à-dire du soufre précipité jaune et pas du tout visqueux, lorsque le sulfate de cuivre est complètement décomposé.

Quoique j'eusse fait mes réserves à l'époque où j'avais lu dans votre important journal l'article du docteur Hannon, je ne crus pas nécessaire de vous communiquer mes réflexions, bien convaincu que cette prétendue découverte n'avait aucune chance de se propager en France, où, en général, on n'accepte les faits de cette nature qu'après un examen sérieux. Quel n'a pas été mon étonnement, en trouvant la note de M. Hannon textuellement reproduite, sans aucun correctif, dans la dernière édition de l'ouvrage de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux ! Je vous avoue que depuis ce moment je me crus obligé à ne pas garder plus longtemps le silence sur les graves dangers qui pourraient résulter de l'emploi du prétendu soufre brun administré à l'intérieur dans les affections des poumons, les toux chroniques, etc.

En suivant les conseils de M. Hannon, auxquels s'est associé M. Trousseau, il arrivera de deux choses l'une : ou bien on dépouillera entièrement le soufre du cuivre qu'il renferme, et alors on obtiendra simplement du soufre précipité ; seulement on l'obtiendra par un procédé dangereux, quand on a sous la main un procédé très facile et exempt de tout inconvénient ; ou bien on s'arrêtera lorsque le soufre aura la consistance de la gutta-percha ramollie, et alors on aura bien un soufre brun visqueux, mais ce soufre renfermera à peu près la moitié de son poids de sulfure de cuivre, produit qu'aucun médecin ne se hasarderait probablement à administrer à l'intérieur en connaissance de cause, à la dose de 15 à 30 centigrammes, comme on le ferait d'après la formule de M. Hannon.

Deux mots, pour terminer, sur le malade pour lequel M. le docteur Declat de Nebout faisait préparer ce médicament. Ce malade employa la pommade au soufre brun visqueux, c'est-à-dire une pommade contenant encore une forte proportion de sulfure de cuivre non décomposé ; cette pommade parut améliorer l'affection cutanée de ce malade. Attribuant avec raison cet effet, non pas au soufre, mais bien au sulfure de cuivre, le docteur Declat résolut d'employer une pommade contenant 0,25 centigrammes de bi-oxyde de cuivre pour 30 grammes d'axonge ; puis il porta successivement la dose de l'oxyde de cuivre à 1 gramme pour 30 grammes. Sous l'influence de ce médicament, l'affection cutanée, ancienne et rebelle, céda complètement. Je vous donne ces détails thérapeutiques parce qu'ils me semblent éclairer un peu la question des effets surprenants attribués à ce soufre brun visqueux, et prouver l'efficacité des préparations de cuivre dans certaines affections de la peau.

Agréez, etc.

F. GILLE,
pharmacien à Paris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1852. — Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La Société a reçu un livre livre allemand ayant pour titre : *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde.* Jahrgang 1852. Prag. (M. Lebert est chargé de rendre compte de ce volume.)

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau. Sont nommés :

MM. Guersant, président;
Denonvilliers, vice-président;
Marjolin, secrétaire;
Laborie, vice-secrétaire;
Debout, trésorier.

Membres du comité de publication :

MM. Gosselin,
Cullerier,
Chassaignac.

Développement de gaz dans les veines.

M. MAISONNEUVE. L'année dernière j'ai appelé l'attention de la Société de chirurgie sur un fait grave : le développement spontané de gaz dans le système veineux d'un membre affecté de gangrène. J'ai eu occasion tout récemment de refaire la même observation sur un malade de mon service. Ce malheureux est entré à Cochin pour une fracture compliquée de l'avant-bras. La gangrène survint très rapidement; pour en arrêter la marche, je fis l'amputation du bras au-dessous de l'insertion deltoïdienne. A l'examen de la partie enlevée, il me fut facile de constater que des gaz sortaient par bulles du système veineux.

M. ROUX. La communication de M. Maisonneuve est intéressante; mais il importe de savoir dans quelle condition la gangrène est survenue : le membre a-t-il été comprimé par un appareil mal fait et cette cause n'a-t-elle point déterminé le sphacèle, ce qui arrive assez souvent à la suite de fractures mal pansées? ou bien cette gangrène serait-elle survenue spontanément?

M. GOSSELIN. L'observation qui vient de nous être communiquée par M. Maisonneuve soulève une question médico-légale très intéressante. En effet, il importe de savoir si la gangrène, dans les cas de fracture, simple est toujours liée à un appareil trop serré, ou bien si elle dépend de la fracture elle-même; cette question m'avait été posée, il y a quelque temps, par un médecin de province à propos d'un procès qui lui avait été intenté à la suite d'un accident de ce genre. Il m'a été impossible de formuler une réponse nette à cet égard, les matériaux manquant.

M. MAISONNEUVE. Dans les fractures compliquées de plaies contuses, on voit survenir la gangrène en dehors de toute compression; j'ai vu cet accident être la suite de fractures de jambe, rarement à la suite de fractures de l'avant-bras. Le malade qui est l'objet de cette communication avait une fracture compliquée de plaie avec issue de fragments et intégrité des artères. L'appareil avait été un peu serré par le médecin qui lui avait donné les premiers soins. Cet appareil fut remplacé par un autre moins serré, et, nonobstant, la gangrène était déclarée le lendemain.

M. MARJOLIN. J'admets complétement que la gangrène puisse survenir dans un membre affecté de fracture non compliquée. Les fragments d'os déplacés peuvent amener la compression des parties voisines et d'autres désordres, susceptibles à leur tour de déterminer la gangrène. Ne voit-on pas, à la suite de ces fractures, des ecchymoses, des phlyctènes survenir? Il y a en effet, alors, une compression de dedans au dehors qui, dans certains cas, peut amener le sphacèle du membre. Ce qu'il importe de faire dans ces circonstances, c'est de réduire la fracture et de mettre le membre dans une bonne position.

M. ROUX. Je comprends et j'admets que la gangrène survienne à la suite de fractures graves, en dehors de toute compression ; mais, dans les fractures simples, il n'en est plus de même. Les appareils serrés et mouillés, dont plusieurs chirurgiens se servent dans ces cas, peuvent déterminer des accidents graves; je pourrais en citer un bon nombre, parmi lesquels il en est un qui m'a vivement frappé : il s'agit d'un phlegmon violent de l'avant-bras déterminé par l'application d'un de ces appareils, et qui a amené le chirurgien à faire l'amputation du bras.

M. LARREY considère le fait communiqué par M. Maisonneuve comme offrant de l'intérêt non pas à un seul point de vue, mais sous plusieurs rapports.

Ainsi, pour ce qui est d'abord des fractures de l'avant-bras, eu égard à la complication de plaie, à l'attrition des parties molles, on conçoit très bien que, sous l'influence aussi de certaines conditions plus ou moins appréciables, la gangrène puisse se déclarer d'emblée, sans l'intervention nécessaire d'une cause mécanique, telle que la compression produite par un appareil trop serré; mais il est difficile d'admettre qu'une fracture simple de l'avant-bras puisse amener la mortification même partielle du membre sans qu'elle soit due à une compression trop forte, lorsque surtout on a négligé l'application d'un gantelet. Je crois, du reste, comme M. le professeur Roux, que la gangrène traumatique a plus de tendance à se déclarer dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. C'est l'inverse pour la gangrène dite spontanée ou sénile.

Un second point notable du fait précité, c'est la présence de gaz dans les veines et l'infiltration emphysémateuse des tissus; d'où les chances d'une sorte d'infection miasmatique, plus redoutable dans cette forme de gangrène humide que dans la forme appelée gangrène sèche.

En troisième lieu, et comme conséquence, la nécessité de sacrifier le membre permettrait de discuter la question de savoir dans quelles conditions il convient d'amputer, soit avant, soit après la délimitation de la gangrène traumatique.

S'il s'agissait, enfin, de couper le bras très haut pour s'éloigner plus sûrement des limites de la mortification, il resterait à savoir, ajoute M. Larrey, s'il ne conviendrait pas mieux souvent, comme c'était, du reste, l'opinion de mon père, de pratiquer l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale, plutôt que de s'en rapprocher jusqu'au point de laisser un moignon trop court exposé à tous les accidents nerveux ou spasmodiques de ces sortes d'opérations.

M. MAISONNEUVE. J'ai en effet, au commencement de ma communication, dit la raison pour laquelle je préférais l'amputation du bras très haut à la désarticulation de ce dernier dans l'article, mais je n'ai point voulu soulever toutes les questions que vient de développer M. Larrey ; j'ai seulement voulu parler d'une gangrène que j'appellerai foudroyante, et qui a amené un développement de gaz dans le système veineux. Cet accident nécessite une prompte amputation si on ne veut pas voir succomber le malade. Je dirai, en terminant, que, après avoir éprouvé des accidents graves, mon malade est en bonne voie de guérison.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je regrette que M. Maisonneuve n'ait point recueilli sous l'eau les gaz qui se sont développés dans les veines du membre dont il a fait l'amputation, de telle sorte qu'on eût pu en déterminer la nature.

M. GUERSANT. J'ai souvent eu occasion de voir la gangrène survenir à la suite d'appareil trop serré dans le cas de fracture simple ; or, dans ces cas, la lésion était bien limitée ; tandis que dans le fait de M. Maisonneuve elle est vague, diffuse. Je crois qu'au point de vue médico-légal cette observation a sa valeur.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

NÉCROLOGIE.

PASQUIER (JOSEPH-PHILIPPE-ADOLPHE).

Le corps médical de l'armée est encore ému de la perte qu'il a

faite au commencement de cette année dans la personne de M. Adolphe Pasquier, inspecteur et membre du conseil de santé. Modeste jusqu'au delà de cette vie, l'éminent chirurgien n'a pas voulu, sur sa tombe, d'autre retentissement que celui des prières suprêmes; il se défiait moins de la justice des hommes que de l'indulgence de ses amis; mais le silence qu'il a voulu faire autour de sa tombe encore ouverte a duré assez longtemps. L'assemblage des meilleurs dons de l'intelligence et du cœur n'est point de si ordinaire rencontre qu'il soit permis d'en laisser à l'écart l'image et l'exemple.

Pasquier est une de ces figures qui, mortes, conservent leur prestige, et dont le souvenir est encore une séduction ; c'est qu'il a été non-seulement un modèle d'habileté chirurgicale, de saine pratique et de dévouement, mais le type presque inimitable de cette courtoisie, de cette aménité, de cette pénétrante délicatesse de sentiment et de manières, de cette loyauté dans l'appréciation des chances et des résultats de l'art, qui doublent l'ascendant du mérite, autorisent et accréditent toutes les initiatives, attirent et facilitent toutes les coopérations, ennoblissent toutes les situations et tous les actes d'une profession soumise journellement à l'épreuve des plus embarrassantes intimités.

Né à Marseille, le 17 décembre 1794, il a reçu quelque empreinte de ce contact fortuit avec le midi de la France. L'abondance de sa parole, la pétulance contenue de ses causeries, les vives allures de son esprit, et jusqu'à une certaine nuance de mobilité qui portait plus sur les choses que sur les personnes, semblaient dénoter dans son organisation l'influence méridionale qui l'a pénétré dès l'abord. La direction de son avenir était indiquée ; son père remplissait déjà des fonctions élevées dans la médecine militaire, et c'est par suite de l'errante fortune de cette carrière que l'on retrouve, quelques années après, Adolphe Pasquier sur les bancs du lycée de Bruxelles. Le fils avait suivi son père, alors chirurgien en chef de l'armée de Hollande, et plus tard médecin du roi Louis et de la reine Hortense. C'est à Paris, toutefois, au collége Sainte-Barbe, qu'il acheva ses études classiques et qu'il entreprit le noviciat de la médecine. Il suivit les cours de la Faculté et s'attacha particulièrement à l'enseignement de Béclard, Marjolin, Dubois, Orfila, Dupuytren; c'étaient là ses maîtres préférés, et ces prédilections trahissent les tendances positives de son esprit, la vocation de praticien qu'il a si pleinement manifestée. Pourvu du doctorat, il fut envoyé, le 8 janvier 1813, en qualité de chirurgien sous-aide, à l'hôpital militaire de Strasbourg, et presque immédiatement ensuite à l'armée. Pendant les cent-jours, il fut proposé pour le grade de chevalier de la Légion-d'Honneur, que la chute de l'empire l'empêcha d'obtenir, et après la capitulation de Paris il suivit l'armée au delà de la Loire.

Au mois de juillet 1815, il reprit un emploi de sous-aide à l'hôtel des Invalides, qu'il n'a plus quitté que pour accompagner les princes de la famille d'Orléans dans leurs campagnes et, plus tard, pour occuper le siége laissé vacant au conseil de santé par la retraite de son père. Aide-major en 1821, major à la division d'avant-garde de l'armée du Nord le 14 novembre 1832, principal le 8 décembre 1836, membre adjoint du conseil de santé le 1er août 1842, inspecteur le 22 juillet 1845, il a pris part successivement au siége d'Anvers, à l'expédition qui a eu pour résultat la prise de Mascara (1835), à la campagne des Bibans et à celle de Médéah (1840). Quoique attaché spécialement à la personne du duc d'Orléans, il prodigua ses soins aux blessés des ambulances lors de la prise de Mascara. M. Baudens, qui dirigeait alors le service chirurgical de trois ambulances, partagea avec lui ses fonctions et lui fournit l'occasion de faire briller son talent opératoire. Nous ne comptons pas la campagne néfaste des journées de juin 1848, où Pasquier, comme après le 2 décembre 1851, il a été chargé, avec l'inspecteur Bégin, de visiter les ambulances, de pourvoir à la bonne direction des soins chirurgicaux, et a su se rendre utile en même temps comme opérateur. Le général Bedeau, dangereusement blessé dans les combats de juin, a dû la vie au tact et aux soins vigilants de Pasquier, assisté de l'inspecteur Alquié. Longue serait la liste des officiers et des militaires de tous grades qu'il a sauvés ou soulagés. Combien d'opérations difficiles il a exécutées dans l'ombre ! combien de beaux résultats il a obtenus sans les faire connaître ! combien d'ingénieux traitements il a conduits à bonne fin pendant cette carrière de trente ans, exclusivement consacrés à la pratique! et quelle expérience s'était ainsi accumulée au service d'une sagacité que n'obscurcissaient aucune préoccupation d'amour-propre, aucune prétention de doctrine! Esprit naturellement clair et positif, sa modestie, son désintéressement scientifique le maintenaient dans la droite vue des choses et augmentaient la sûreté de son jugement. Il avait ce que l'on appelle vulgairement la main heureuse. Mais ceux qui l'ont suivi au lit des malades, qui ont observé avec quelque attention ses habitudes chirurgicales, se rendent compte de la proportion de ses succès et lui en attribuent tout l'honneur. Sa nature vive et soudaine se transformait en présence des malades; le spectacle de leurs souffrances le rendait instantanément grave, méditatif; le désir de les soulager était à la fois le stimulant le plus énergique de son cœur et de son intelligence; il n'avait de persévérance qu'à cette œuvre, et son attention, difficile à captiver dans les autres sujets, s'attachait fortement à tous les détails d'un diagnostic, à toutes les minuties d'un traitement.

Personne n'a porté plus loin le respect de l'homme qui souffre, personne n'a été plus sincère ni plus scrupuleux dans tous les actes de l'exercice professionnel. C'est dans les salles de l'infirmerie des Invalides que l'on pouvait apprécier en lui cette religion du devoir. Présent dans les salles avant l'heure, il en sortait le dernier ; pour lui, rien n'était indifférent ni de médiocre importance dans les gestes et faits quotidiens du métier. Il ne se contentait pas de briller dans l'opération, il en faisait les préparatifs, il en suivait les effets avec une sollicitude que l'amour du succès ne saurait seul inspirer à ce degré. Mêmes soins, même ferveur pour les cas qui ne sont au chirurgien qu'une occasion de labeur obscur. Plein des exemples de ses illustres prédécesseurs dans l'hôtel des Invalides, il avait le culte de l'art classique comme Sabatier, l'activité et le dévouement de Larrey, la mansuétude et la bienveillance naturelle de son propre père. Le nombre et la diversité de ses obligations, l'entraînement des relations et des intérêts ne pouvaient le détourner des devoirs de sa position hospitalière; souvent inabordable aux clients qui se disputaient les fugitives heures de sa consultation ou de sa visite urbaine, il prolongeait ses stations au lit des malades de sa division; il leur faisait largesse de son temps et de son talent, rappelant ainsi aux jeunes officiers de santé qui l'entouraient qu'il voulait être, qu'il était avant tout le serviteur de l'Etat, le chirurgien de l'armée, fidèle aux nobles traditions de zèle et d'abnégation que ce titre résume et glorifie.

Après ses fonctions d'officier de santé militaire, il mettait au premier rang celles qu'il devait à la confiance de la famille royale. Avant la révolution de 1830, il était médecin en chef de la Maison de santé du faubourg du Roule, destinée au traitement des employés de la maison du roi. C'est là un des nombreux emplois de la profession médicale où les avantages ne sont d'aucune proportion avec la multiplicité de soins et d'engagements qu'ils entraînent; chaque malade, traité avec l'expansive bonté de Pasquier, lui devenait pour la suite et en dehors du service officiel un client, un consultant : joignez-y la famille et l'entourage de tous ces serviteurs estimables et peu aisés; il leur prodiguait sa libérale assistance comme il faisait aux malades de l'armée, grossissant de jour en jour le bourdonnement d'affection et de gratitude qui escortait son nom et qui au jour des funérailles s'est converti en une si touchante vibration d'adieux.

Après l'avénement de la famille d'Orléans, il reçut le titre de chirurgien du prince royal et de chirurgien ordinaire du roi. Tout le monde sait l'amitié dont l'honora le duc d'Orléans, juge si éclairé de tous les genres de mérite et d'illustration. Au milieu des esprits élevés ou gracieux, de gloires littéraires et scientifiques qu'il avait su grouper autour de lui par l'attrait de son caractère non moins que par le prestige de son rang, le prince distingua Pasquier et lui donna plus d'une marque de confiance intime et de sympathie. C'est qu'à travers la distance énorme des positions, ils se rencontraient dans une sorte de fraternité d'inspirations généreuses, et se touchaient par une fibre qui leur était commune, le dévouement. Quand le roi Louis-Philippe voulut achever l'éducation de son fils aîné par l'initiation aux conditions et aux phénomènes de l'organisation physique de l'homme, c'est Pasquier qui fut chargé de cette mission et il eut à faire au duc d'Orléans un cours d'anatomie à l'amphithéâtre de l'hôtel des Invalides. En 1847, il succéda à son père dans la confiance royale avec le titre de premier chirurgien, auquel s'ajouta par le même héritage celui de baron que M. Pasquier père avait reçu peu de temps avant sa mort « comme la récompense de ses longs et honorables services » (termes de l'ordonnance royale). A la vérité, bien avant cette époque, Adolphe Pasquier remplissait auprès du roi, comme auprès des princes, les fonctions que le grand âge de son père lui avait rendues difficiles à cause de l'assiduité et des déplacements qu'elles nécessitaient. Depuis longtemps, il était entré dans le service personnel et pour ainsi dire dans les habitudes du vieux roi, qui se plaisait aux franches saillies de son esprit, et dans des moments de séduisante familiarité provoquait ses discussions sur maints sujets en dehors de la compétence médicale. Ce n'est pas ici le lieu de faire valoir les causeries intimes de l'amitié et des souvenirs, qui, nous l'espérons, ne seront perdus ni pour la mémoire de Pasquier, ni pour celle du monarque dont il a été le digne et loyal serviteur; mais tous ceux qui y ont participé avec nous (et nous les croyons assez nombreux) savent à quel point et avec quel ménagement Pasquier a concilié, dans les péripéties de cette haute et difficile situation, la déférence et la dignité, le dévouement dans les actions et la réserve dans les attitudes, la sincérité qui entraîne et la prudence qui retient. Le trait le plus général qui caractérise ses longues relations avec l'ancienne famille royale, c'est la ferveur d'un zèle inspiré par le cœur, c'est l'abnégation. Ce mot ne surprendra que ceux qui ignorent le fond de certaines positions officielles et qui mesurent leurs avantages au prestige dont elles sont environnées. Le service de santé de la maison royale avait ses obligations régulières et imprévues; il donnait lieu à des déplacements, il entraînait une clientèle secondaire et d'entourage qui n'apportait qu'un accroissement de labeur et de fatigues. A Dieu ne plaise qu'il s'échappe ici, ce qui n'est jamais sorti du cœur de Pasquier, une doléance, une allusion touchant la rémunération! Mais la fortune aurait convenu, comme par équilibre, aux emplois plus honorables que lucratifs dont il était pourvu : et la fortune lui manquait! Il l'aurait acquise, malgré l'espèce de défi qu'il lui portait incessamment par l'ampleur de ses habitudes et l'élan d'une généreuse imprévoyance; elle faisait effort sur lui et lui arrivait par les multiples affluents d'une clientèle européenne, sans les tiraillements et les ruptures que lui occasionnaient ses obligations officielles.

La révolution de février a frappé son cœur, non ses intérêts; en lui rendant le libre usage de son temps, elle l'a plus que dédommagé de la perte d'une partie de ses émoluments, et les modiques ressources que recueillent ses enfants, c'est depuis 1848, et dans sa pratique de plus en plus appréciée qu'il a pu les économiser. Que l'on nous pardonne d'insister sur ce fait; il démontre deux choses qui importent à la mémoire de Pasquier: il donnait à sa haute position plus qu'il ne recevait; ensuite, il n'avait pas besoin de la faveur royale et du lustre d'un rang officiel pour établir et propager la notoriété de son talent. On impute souvent à la fortune plus qu'il ne lui revient dans les destinées illustres ou dans les carrières privilégiées; l'éclat de certaines positions absorbe le rayonnement du mérite personnel.

Le succès qui s'est attaché à la pratique de Pasquier, et qui l'a élevé progressivement au niveau des plus hautes existences de la chirurgie française, a commencé avant ses relations avec la famille royale et s'est continué quand elles ont été douloureusement interrompues par la catastrophe de 1848. Très jeune encore, il s'était fait connaître, à la suite de Ducamp, par la préférence qu'il donnait à sa méthode de cautérisation dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, et lorsqu'une mort prématurée enleva Ducamp (1823) à sa nombreuse clientèle, l'opinion publique le désigna comme l'un des héritiers de cet habile chirurgien. Sa merveilleuse aptitude à l'exploration des lésions profondément situées dans les voies génito-urinaires, ce flair des doigts, cette seconde vue du palper à l'aide d'instrument qui prolongent la main, cette dextérité incomparable qui change en un contact rapide et presque insensible ce qui devient en d'autres mains frottement et heurt, déchirure et douleur, cette étude sagace du degré de susceptibilité nerveuse de ses malades, et cet art de ménagements et de gradations opératoires qui en était la suite, toutes ces qualités éminentes que saluaient en lui la reconnaissance des clients et l'admiration des confrères, il les possédait déjà à un degré qui fixait l'attention. L'infirmerie des Invalides lui offrait journellement l'occasion de les exercer et de les développer. Les affections des voies urinaires, triste accompagnement de la vieillesse, y composent le fonds permanent du service chirurgical. Pasquier les a observées sur une grande échelle; une expérience multipliée n'a point tardé à l'édifier sur la valeur des diverses méthodes de traitement. Comme il n'aspirait qu'à guérir, il les jugeait par leurs résultats; il n'estimait les inventions que par leur côté pratique, et la science même qui n'aboutissait pas à l'utilité ne lui semblait qu'un jeu de grands esprits ; il l'admirait sur parole, et ne s'y arrêtait point.

On ne saurait trop regretter que Pasquier n'ait point transmis, par quelques publications ou par des notes manuscrites, les enseignements d'une pratique de trente-cinq ans qui a embrassé toutes les branches de la chirurgie, mais qui a excellé dans le traitement des maladies de l'appareil génito-urinaire. Il avait ses procédés, ses tours d'habileté, et, pour ainsi dire, sa stratégie d'opérateur, suggérée par les difficultés de l'action sur place et par l'imprévu des cas individuels; mais soit modestie, soit entraînement de la vie active, il n'a pas livré à la discussion scientifique les principes qui l'ont dirigé et le détail des applications qui ont caractérisé son exercice. Ses élèves, à la tête desquels il faut mentionner le docteur Alphonse Pasquier, son digne cousin et l'héritier de ses qualités, pourront seuls lui assurer toute la justice qui lui est due, en complétant l'œuvre commencée par quelques comptes-rendus cliniques dans les journaux de médecine, et en exposant la marche qu'il suivait avec tant d'habileté dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, des diverses nuances de paralysie vésicale, et des incidents ou des suites de la lithotritie. Expliquer les longs succès d'une pratique aussi étendue que justement renommée, c'est lui susciter des continuateurs. Le silence des grands praticiens qui s'en vont est une calamité que ne rachète pas la stérile fécondité de la librairie médicale. Dupuytren, Marjolin ont disparu presque tout entiers, et quand les dernières rumeurs de leur enseignement auront traversé encore deux ou trois générations, il ne restera d'eux, en présence de la postérité, que l'image taciturne de leur génie.

La vie de Pasquier ne s'est pas exclusivement enfermée dans le cercle des travaux professionnels ; le drame de la chirurgie militante a ses pauses et ses intermèdes. Plus d'un opérateur célèbre a su concilier avec les pénibles émotions de son art le goût des lettres et même celui du monde. Avec cette puissance d'expansion qui ne s'est jamais affaiblie, avec cette verve intarissable du cœur et de l'esprit, avec ces instincts d'artiste qui contribuaient à l'élégance du chirurgien et se prononçaient jusque dans les moindres arrangements de sa vie intérieure, comment n'aurait-il pas eu l'amour du beau et le commerce de ceux qui s'appliquent à le réaliser dans les œuvres variées de leur génie? Un goût sûr, un mélange assez rare d'imagination et de finesse, une causticité tempérée, un fonds de bon sens et de gaieté gauloise, un flux et reflux d'idées, une sorte d'éloquence volubile, tout cela, qualités et défauts, le désignait pour le monde où il a vécu, où il était recherché et comme encadré parmi les noms en vogue de la littérature, des sciences et des arts, et les notabilités de l'armée, de l'administration et de la société élégante. Dans ce milieu mobile et bigarré, il a su garder l'aplomb ; et jusqu'à la fin, après maintes traverses et revirements, il n'a cessé d'inspirer ces deux sentiments qui résument les deux côtés importants de la vie : praticien, la confiance, homme de famille et du monde, l'affection. Le connaître, c'était l'aimer ; tout en lui était sympathique, le regard, la voix, le geste; et l'on ne résistait ni à la séduction de ses manières, ni au charme de sa prodigue intimité.

Depuis quelques années sa constitution s'était visiblement altérée ; il n'en tenait compte et se refusait à tout repos. Il avait reçu des ébranlements profonds qui dataient de la mort lamentable du duc d'Orléans, et qui s'étaient répétés sous le coup des événements politiques. Il était trop évident que toute maladie aiguë ne pouvait manquer d'achever la ruine, et ce que ses amis redoutaient tant pour lui arriva sous l'influence des froids excessifs qui ont signalé le mois de décembre 1851 ; il fut atteint, dans les derniers jours de l'année, d'une pneumonie profonde, à début insidieux. Après une amélioration passagère, l'inflammation envahit rapidement une grande étendue de l'organe, et malgré les soins les plus dévoués de sa famille et de ses amis, la terminaison fatale ne put être conjurée. Il a succombé le 4 janvier 1852 ; il y avait huit à dix jours que la croix de commandeur de la Légion-d'Honneur lui avait été décernée ; elle ne devait orner qu'un cercueil...

La veille de sa mort, et sentant la gravité de sa situation, il a voulu recevoir les secours de la religion et les adieux de son intéressante famille ; sa sérénité, sa résignation ont profondément ému ceux qui l'ont vu dans ces moments douloureux : c'est avec le même calme qu'il a dicté à son cousin, M. le docteur Alphonse Pasquier, ses dernières dispositions, ses vœux suprêmes, dont la médecine militaire a reçu sa part. La cause du corps dont il a été l'un des honorables chefs l'a préoccupé sur son lit de mort, et pas un officier de santé militaire ne l'apprendra sans émotion. Cette émotion redoublerait, si tous savaient avec quelle ferveur Pasquier s'est appliqué à faire prévaloir auprès du roi Louis-Philippe et des princes de sa famille les intérêts et les droits du corps médical de l'armée. C'est à ses instances qu'est due en partie l'ordonnance royale qui confère aux médecins militaires les honneurs funèbres, ordonnance signée avant février 1848, non promulguée et qui, depuis, a servi de base aux prescriptions de la 14e section du décret du 23 mars 1852. C'est aussi en 1847 que Pasquier a pris part à des conférences particulières qui devaient aboutir à la réorganisation du service de santé militaire, objet des loyales sollicitudes du ministre Trézel.

Les funérailles de Pasquier, modestes comme il l'avait prescrit, ont donné lieu à plus d'un épisode touchant. Nous ne mentionnerons pas l'affluence des généraux, des fonctionnaires, des officiers de tous grades, des illustrations de la littérature et des arts, l'empressement des médecins civils et militaires de Paris, les coins du poêle, tenus par le général en chef de l'armée de Paris, par le directeur de l'administration de la guerre qui honorait de sa tenue officielle le convoi d'un inspecteur, et de ses larmes la mémoire d'un ami; mais on a remarqué les vieux invalides épars dans la foule des soldats et des sous-officiers opérés par Pasquier, et qui ont voulu suivre jusqu'au cimetière celui qu'ils appelaient leur sauveur ; là, point de discours, mais l'éloquent silence de la douleur publique, le muet panégyrique des regrets unanimes.

Michel Lévy.

Bulletin bibliographique.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Ecoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. La 25e livraison, contenant la suite de la *Respiration*, vient de paraître. Prix de chaque livraison : 1 fr. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, à Paris.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Traité du goître et du crétinisme, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins dans le bassin de l'Isère, des Hautes et des Basses-Alpes, par le Dr P. Niepce, inspecteur des eaux minérales sulfureuses d'Allevard. Paris, 1851-1852. 2 vol. in-8°. Prix: 9 fr. 50 c. Le tome II seul, 3 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an.......	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois......	20
	Un an......	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Hémorrhagie de l'ovaire avec rupture de sa capsule. Léger épanchement dans le péritoine. Péritonite mortelle. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Plaie de tête avec fracture du crâne et sortie d'une portion de substance cérébrale. Enlèvement de larges esquilles. Guérison. — Examen chimique et comparatif des fluides sécrétés par les glandes parotides et sous-maxillaires dans l'espèce bovine. — Empoisonnement par une huître. — Tisane ou médecine du curé de Deuil. — Académie de médecine, séance du 6 juillet. — Académie des sciences, séance du 5 juillet. — Correspondance. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société médicale du onzième arrondissement pendant l'année 1851-52.

PARIS, LE 7 JUILLET 1852.

Séances des Académies.

Un praticien laborieux et éclairé de Lyon, M. Potton, adressa à l'Académie de médecine, il y a quelques mois, un mémoire intéressant sur une éruption cutanée qui se développe chez les ouvriers fileurs de cocons. C'est sur ce mémoire que l'honorable M. Patissier est venu lire hier un rapport recommandable. Ce rapport a fourni à M. Gibert l'occasion de combattre la doctrine qui considère comme des lésions purement locales les diverses éruptions spontanées de la peau, et veut fonder sur le siége précis de la lésion anatomique dans les divers éléments de l'enveloppe tégumentaire la classification des maladies de la peau. Cette classification, a dit M. Gibert, loin d'être un progrès, est un énorme pas en arrière.

M. Gibert a eu un peu tort, et raison en grande partie. S'il est une vérité aujourd'hui incontestable et incontestée, c'est que le diagnostic est le fondement de toute bonne thérapeutique, la condition essentielle de tout progrès en pathologie. Or, on ne peut nier, sans méconnaître l'évidence, que les travaux de Willan et de ses successeurs n'aient considérablement perfectionné le diagnostic des maladies de la peau, et que leurs classifications n'en aient singulièrement facilité l'étude et vulgarisé la connaissance. C'est en ce sens que ces travaux, que ces classifications constituent un progrès réel.

Mais s'ensuit-il, de ce que ces classifications sont basées sur les lésions anatomiques tégumentaires, c'est-à-dire sur une altération locale, que l'on en doive conclure que ce sont des affections purement locales, auxquelles il ne faut appliquer qu'un traitement local? Non sans doute; et ceux qui professeraient une telle doctrine seraient, nous le croyons avec M. Gibert, dans une grande erreur. Nous devons ajouter, pour être complétement exact, qu'aucun médecin n'est absolument dans ce cas. Quelques-uns ont encore le tort de considérer comme purement locales un certain nombre de maladies cutanées évidemment dues à des conditions qui affectent l'économie tout entière; mais nous n'en connaissons aucun qui considère ainsi toutes les maladies cutanées sans exception, et qui, pour traiter un eczéma, un impétigo, un purpura, un pemphigus, etc., ne compte au moins autant sur une médication interne que sur les topiques divers conseillés contre ces affections.

Sous la réserve de ces restrictions, nous nous associons aux remarques de M. Gibert, comme nous nous associons au témoignage d'estime que le consciencieux rapporteur a donné au mémoire de M. Potton, en le renvoyant au comité de publication.

Analyse de la vie! horizon sans limites! abîme sans fond! mystère que les plus grands génies ont tenté de pénétrer depuis l'enfance du monde, et qui n'est pas moins impénétrable aujourd'hui qu'il y a six mille ans. Tel est le sujet sur lequel le vénérable M. Castel a cru devoir exercer son imagination encore jeune et vagabonde, et sa plume souvent élégante et toujours facile. L'Académie a écouté avec le respect qu'elle doit à un digne collègue et à un galant homme un discours qui ne semblait pas écrit pour elle.

M. Lecanu a exposé les résultats de recherches qui nous ont paru fort intéressantes sur le sang humain. Mais, soit difficulté du sujet, soit précipitation dans la rédaction de l'auteur, nous n'avons pu saisir parfaitement en quoi consistent les faits nouveaux constatés par M. Lecanu. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Valleix.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Huitième leçon.)

Indépendamment du redresseur utérin, qui, chez six de nos malades, a suffi pour la curation complète et radicale de l'antéversion, nous avons mis en usage quelques moyens accessoires dont il est facile de déterminer la part d'action. Des cataplasmes laudanisés, des vésicatoires volants avec acétate de morphine, quelques potions calmantes, des préparations ferrugineuses, des lotions froides, tels sont les médicaments internes et externes que nous avons dû prescrire en vue de remplir certaines indications secondaires.

Le fer, administré par nous, n'a eu évidemment d'autre effet que de remédier aux phénomènes d'anémie que nous avons eu occasion de signaler déjà chez quelques-unes de nos malades. Quant aux lotions froides, nous les avons fait pratiquer à une époque où la matrice était déjà en partie redressée, dans le but de combattre l'atonie des tissus. On pourrait nous objecter peut-être que des déviations utérines ont été guéries à l'aide de bains froids et de douches froides; nous nous contenterons de faire remarquer qu'il n'existe aucune analogie entre les lotions que nous avons conseillées à nos malades et la médication hydrothérapique telle que l'applique M. Fleury; médication de longue durée, qui comprend à la fois des douches rectales et vaginales, ainsi que des douches sur l'abdomen et les lombes.

La durée du traitement a varié entre quinze jours et six mois; empressons-nous de faire remarquer que, dans tous les cas où elle a été de plus de deux mois, des affections intercurrentes, des circonstances accidentelles d'une autre nature sont venues apporter des interruptions plus ou moins longues.

L'unique malade dont la guérison n'a été définitive qu'au bout de six mois a subi une rechute pendant cet intervalle, six semaines après que l'utérus avait été une première fois ramené à sa situation primitive.

Certains troubles morbides ont persisté dans quelques cas après le redressement de la matrice. C'est ainsi que nous avons vu subsister des phénomènes d'anémie, de gastralgie et de névralgie intercostale. Ces faits sont importants à noter; ils montrent, surtout en ce qui concerne la névralgie intercostale, que les affections névralgiques ne se rattachent pas toujours d'une manière immédiate aux déviations utérines avec lesquelles elles coïncident.

Sur 17 malades, 3 ont eu des rechutes qui sont survenues, l'une au bout de six semaines, l'autre au bout de deux mois, et la troisième au bout de six mois. La dernière, qui remonte à quelques jours seulement, s'est montrée, à la suite d'un violent effort, chez une femme imprudente et indocile; elle a été précédée d'une sensation particulière dans le bassin.

Diverses maladies intercurrentes se sont déclarées dans le cours du traitement. Les malades, les personnes qui les entourent, ne manquent jamais d'attribuer aux moyens thérapeutiques mis en usage les complications qui surgissent en pareille circonstance; il importe donc de les prémunir contre une erreur qui peut devenir aussi préjudiciable à leurs propres intérêts qu'à ceux du médecin. Nous avons vu, entre autres affections, se développer une angine fébrile et un rhumatisme articulaire. De toutes les coïncidences, la plus singulière a été celle d'une variole confluente dont l'apparition a accompagné la première introduction de l'instrument redresseur.

Il est digne de remarque que la leucorrhée a cessé dans tous les cas de guérison; elle avait seulement subi une diminution notable chez une malade dont il ne nous a pas été donné de compléter l'observation.

Toutes les fois que l'antéversion a été compliquée de granulations et d'ulcérations du col de l'utérus, ces affections ont cédé rapidement à la cautérisation pratiquée après le retour de la matrice à sa situation naturelle.

Le fait suivant donnera une idée de l'influence que le redressement de l'utérus peut, en semblable occurrence, exercer sur la marche de la guérison.

Une femme âgée de vingt ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, fit une chute sur le siége trois ans après un accouchement qui n'avait été accompagné ni suivi d'aucun accident.

De légères flueurs blanches s'étaient manifestées avant cette époque; il survint un écoulement leucorrhéique abondant auquel se

---

FEUILLETON.

COMPTE-RENDU

des travaux de la Société médicale du onzième arrondissement pendant l'année 1851-52.

La Société médicale du onzième arrondissement, quoique la plus jeune parmi ses sœurs, n'en a pas moins grandi depuis deux ans de manière à avoir désormais une existence assurée. Sous la présidence assidue de M. P. Dubois, elle a fonctionné avec la plus grande régularité pendant l'année qui vient de s'écouler, et plusieurs communications intéressantes lui ont été faites. L'analyse rapide de ces communications vient de lui être retracée dans une séance annuelle par M. Dequevauviller, secrétaire général. Nous pensons qu'on lira avec intérêt un extrait du compte-rendu de ce médecin distingué. Nous désirons vivement que nos confrères du onzième arrondissement trouvent dans le succès de leurs premiers travaux un encouragement et un gage de durée pour l'avenir.

Affections cholériformes. — Au commencement de l'année dernière, quelques cas de choléra sporadique s'étaient manifestés, et déjà on annonçait que ce terrible fléau allait encore une fois nous visiter. Il importait de savoir au juste ce qu'il y avait de vrai dans ces bruits vagues qui allaient grossissant, suivant l'habitude, en passant de bouche en bouche. Une communication de notre honorable président attira votre attention sur ce point. Une femme avait été amenée à la Maternité dans un état algide très prononcé avec cyanose et respiration laborieuse, mais sans suppression des urines, sans crampes et sans diarrhée. Elle était morte pendant le travail de l'accouchement. M. P. Dubois ne croyait pas au choléra chez cette femme; mais il faisait remarquer que plusieurs symptômes rappelaient évidemment ceux du choléra, et demandait si quelques membres de la Société n'avaient pas rencontré des faits analogues. M. Gérardin et M. Dequevauviller donnèrent chacun les détails de cas à peu près semblables, mais hors de l'état de gestation, observés à la même époque. Le malade de M. Gérardin avait présenté tous les symptômes du choléra, mais il avait été débarrassé au bout de quelques heures. Celui de M. Dequevauviller avait une diarrhée séreuse très abondante avec refroidissement et cyanose des extrémités; mais, envoyé à l'Hôtel-Dieu, il en était sorti guéri le surlendemain. Dans la séance suivante, de nouvelles communications de MM. Dubois, Roux, Giniez et Machelard vinrent nous rassurer complétement sur l'invasion présumée du fléau. Le cas cité par M. Machelard était surtout intéressant. Une malade avait présenté pendant vingt-quatre heures tous les symptômes de l'invasion du choléra; les accidents, ayant été énergiquement combattus, disparurent, mais laissèrent à leur place une pleuropneumonie qui ne s'était révélée jusque-là par aucun signe, et qui fut guérie par un traitement approprié.

Courbures des os. — M. Houel, en étudiant les nombreuses pièces de rachitisme déposées au musée Dupuytren, s'est convaincu que les incurvations brusques que les os présentent si souvent dans cette affection sont le résultat de fractures consolidées vicieusement et non pas de simples courbures, opinion qui se trouve confirmée par les travaux de MM. Depaul et J. Guérin.

Abcès par congestion. — M. Houel vous a encore entretenus d'une lésion intéressante à plus d'un titre. Un homme avait fait une chute sur le rachis; la région lombaire était restée le siége d'une douleur fixe et persistante; au bout de quelque temps une entérite se déclare, elle est accompagnée de tous les symptômes d'un rétrécissement intestinal; une tumeur fluctuante est sentie profondément dans l'abdomen; cette tumeur vient enfin s'ouvrir dans l'aine, et donne issue à une énorme quantité de pus. On reconnaît qu'on a affaire à un abcès par congestion; mais les forces du malade s'épuisent, une terminaison fatale semble inévitable. Notre confrère se décide à faire dans la tumeur des injections iodées; immédiatement l'état du malade s'améliore, les forces et l'appétit renaissent, l'embonpoint revient, et tout fait espérer un prochain rétablissement.

Tumeurs multiples. — M. Lemaire vous a présenté un malade de constitution scrofuleuse portant autour des poignets, des genoux et des cous-de-pieds des tumeurs molles, presque indolentes, sans changement de couleur à la peau, donnant au toucher une sensation assez analogue à celle du lipome, sans aucune crépitation. Ces tumeurs s'étaient développées graduellement, sans autre cause apparente que l'habitation d'une chambre humide, privée d'air, de lumière et de soleil. Après plusieurs moyens inutilement employés, M. Lemaire administra l'huile de foie de morue, et deux mois après ces tumeurs avaient notablement diminué.

Cette affection, comme vous l'a fait remarquer M. Gosselin, était intéressante au triple point de vue de la nature du mal, de l'étiologie et du traitement. Ces tumeurs étaient produites par une substance vasculaire développée à la surface externe des synoviales articulaires et tendineuses, et contenant dans son intérieur des parties plus dures qui donnaient la sensation de noyaux roulant sous les doigts; la simultanéité de leur apparition sur plusieurs articulations éloignées les unes des autres, jointe à l'état d'affaiblissement observé par M. Lemaire au début, indiquait assez une cause générale, une espèce de diathèse; enfin cette maladie, rebelle ordinairement à toute espèce de traitement, ayant d'abord dans le cas qui nous occupe manifesté ce triste caractère, s'était considérablement améliorée sous l'influence de l'huile de foie de morue, et semblait devoir céder entièrement à l'action continuée de ce médicament.

Affection des voies respiratoires. — Permettez-moi de vous rappeler les principales circonstances d'un cas des plus remarquables dont M. Gérardin vous a donné l'histoire complète.

Une de nos actrices les plus célèbres ressent tout à coup dans l'épaule gauche une vive douleur, s'irradiant dans le dos et dans le bras du même côté. Elle éprouve une syncope, qui disparaît facilement; mais la douleur persiste pendant deux jours. Sans consulter son médecin elle prend un bain, au sortir duquel se déclarent un violent frisson, de la fièvre, de la toux sans expectoration, et une douleur intense au côté gauche du thorax. Notre confrère constate un bruit de frottement à gauche et en arrière, accompa-

joignirent des douleurs dans l'hypogastre et dans les aines, des tiraillements vers la région épigastrique, de la faiblesse dans les jambes et de la difficulté dans la marche.

Les rapports sexuels n'étaient pas douloureux.

La malade garda le repos pendant six semaines; lorsqu'elle voulut se lever, elle remarqua que l'action de marcher provoquait le retour des symptômes dont nous venons de parler.

Un traitement antiphlogistique, des cautérisations répétées n'amenèrent aucun changement dans son état.

Elle entra à l'hôpital de la Charité le 18 janvier 1850; le repos dans une situation telle que le siége fût plus élevé que le reste du corps lui procura un soulagement passager.

Au bout de vingt jours, elle fut soumise à un traitement qui eut pour base les cautérisations à l'aide du nitrate d'argent répétées tous les quatre ou cinq jours et dura deux mois entiers.

La maladie persista.

Le 26 mars, la malade vint à l'hôpital Beaujon; nous trouvâmes une large ulcération occupant les deux lèvres du museau de tanche; l'utérus, placé en antéversion, était engorgé et volumineux, principalement dans la portion cervicale; la profondeur de ses cavités atteignait 7 centimètres et demi.

Le redresseur à flexion fixe fut introduit; il resta appliqué du 8 au 19 avril.

La malade fut examinée par nous le 29 du même mois; la matrice avait repris sa situation normale; les douleurs et les autres symptômes avaient disparu ou diminué.

L'ulcération occupait une moins grande étendue de la lèvre postérieure; elle était restée sensiblement la même sur la lèvre antérieure.

Des cautérisations, faites deux fois par semaine avec le nitrate acide de mercure, firent disparaître dans l'espace d'un mois une affection dont la guérison paraissait devoir rencontrer de sérieux obstacles.

La malade a été vue par nous un mois après sa sortie de l'hôpital; elle n'avait ni ulcération ni flueurs blanches.

L'antéversion, dans le fait que nous venons de rapporter, ne saurait être rattachée à l'accouchement, qui s'est accompli facilement et régulièrement; elle a eu pour cause la chute sur le siége, accident après lequel les phénomènes morbides se sont développés sans délai. Ces phénomènes, dans l'espace de très peu de temps, ont acquis assez d'intensité pour contraindre la malade à un repos forcé. Le premier traitement subi par elle à l'hôpital de la Charité n'a eu d'autre résultat qu'une amélioration bornée au temps pendant lequel il a été suivi; lorsqu'il était interrompu, la marche, le plus léger exercice suffisaient pour ramener l'utérus à sa position vicieuse et provoquaient dans l'espace de quelques heures le retour des douleurs et des autres symptômes.

La cautérisation n'a pas eu plus de succès que le repos joint à la position du bassin sur un plan plus élevé que le reste du corps.

Nous sommes porté à penser que les métrites granuleuses ou ulcéreuses qu'on voit si fréquemment résister à l'action des moyens de traitement les plus variés et en apparence les plus rationnels, aux caustiques, aux astringents, etc., sont liées dans la plupart des cas à des déviations qui entravent la circulation et entretiennent incessamment un état d'engorgement de l'utérus.

Nous pourrions produire plusieurs faits à l'appui de cette opinion.

Une particularité digne de remarque est la diminution survenue dans l'abondance de l'écoulement leucorrhéique sous la seule influence du redressement de l'utérus; nous avons signalé plus haut la disparition complète de cet écoulement après la guérison d'antéversions non compliquées d'ulcérations du col; ces deux ordres de faits tendent à prouver indirectement que les flueurs blanches qu'on observe dans le court des déviations utérines ne remontent pas, en général, au delà de l'époque initiale de la maladie.

L'instrument redresseur, appliqué une seule fois et pendant onze jours seulement, a suffi pour remédier à une affection qui datait de six mois et s'était montrée rebelle à plusieurs moyens de traitement.

Si nous jetons un coup d'œil général sur l'ensemble des résultats obtenus à l'aide de notre méthode, nous voyons 13 cas de guérison sur 21 cas d'antéversion. Parmi les 8 malades qui n'ont pas été guéries, 3 ont fait des rechutes (l'une d'entre elles est en ce moment soumise à un nouveau traitement), 2 autres sont encore dans nos salles, 2 autres ont quitté l'hôpital après une amélioration dans leur état. Dans un seul cas, le succès a été complètement nul.

La guérison chez une de nos malades remonte à dix-huit mois, à dix-sept mois et demi chez une autre, à dix-sept chez une troisième, à quinze chez une quatrième, à quatorze mois chez deux autres, à douze chez une septième; elle date chez trois autres de neuf mois et demi, huit mois et six mois. Trois malades sont guéries, l'une depuis deux mois, les deux autres depuis deux mois et demi.

Plusieurs de nos malades, avant de s'adresser à nous, ont suivi, sans en retirer aucun fruit, divers modes de traitement basés sur un diagnostic exact et institués d'une manière méthodique. A cette occasion, nous mentionnerons, sans entrer dans aucune appréciation, les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on a proposé de combattre l'antéversion.

La position est un de ceux qui ont été le plus anciennement conseillés; elle n'a produit aucun effet durable chez une malade dont nous avons rapporté l'histoire.

La réduction avec le doigt est de nulle utilité dans l'état de vacuité de l'utérus; l'organe, rendu momentanément à sa position normale, l'abandonne, aussitôt qu'il cesse d'être soutenu, par la seule influence de son propre poids.

On a souvent recours à l'introduction de pessaires dans le vagin: on se sert principalement de pessaires en bondon, dont on tourne la partie saillante en avant ou en arrière, suivant qu'il s'agit de maintenir réduite une rétroversion ou une antéversion. On peut ainsi soulager les malades, mais non déterminer un redressement complet.

Une remarque analogue est applicable aux pessaires en forme de pelle.

On a fait usage d'éponges préparées.

M. Piachaud a rapporté un fait dans lequel l'application d'un tampon de charpie, chez une femme dont l'utérus était mou et peu consistant, eut pour effet de convertir une antéversion en antéflexion.

Nous avons plusieurs fois employé l'instrument imaginé par M. Mayer, de Berlin, instrument qui, comme on sait, se compose d'une tige en baleine et d'une éponge. Dans une circonstance exceptionnelle il nous est arrivé de guérir une malade au moyen d'une application de vingt-quatre heures de durée. Dans tous les autres cas nous n'avons obtenu aucun résultat satisfaisant.

On a proposé d'établir, à l'aide de différents procédés, des adhérences entre le col et la paroi antérieure du vagin. M. Amussat a rapporté des faits favorables à cette manière d'agir.

La plupart des médecins, en désespoir de cause, conseillent à leurs malades l'usage de ceintures propres à soutenir l'abdomen; ils leur procurent ainsi dans le plus grand nombre des cas un soulagement véritable.

De l'antéflexion.

L'antéflexion, comme son nom l'indique, est une affection dans laquelle le corps de l'utérus se trouve porté en avant, le col conservant sa situation normale ou étant lui-même porté en avant. La matrice, dans ce genre de déviation, présente, comme conséquence nécessaire de la flexion, un pli à sinus antérieur.

Nous avons eu onze malades atteintes d'antéflexion. Leur âge, pris au moment où elles sont venues nous trouver, a varié entre dix-sept et quarante-deux ans. Il a été en moyenne de vingt-six ans, moins une fraction; pris à l'époque où la maladie a commencé, il a varié entre seize et trente ans; il a été en moyenne de vingt et un ans, moins une fraction.

Ces chiffres montrent clairement ce qu'on doit penser de l'influence attribuée à l'âge critique.

Quatre de nos malades nous ont présenté les attributs du tempérament lymphatique; une seule, les caractères du tempérament lymphatico-nerveux.

Nous avons trouvé une constitution primitivement robuste chez quatre d'entre elles, une constitution ordinaire chez quatre autres, et enfin une constitution faible chez les trois dernières.

Dans trois cas seulement, il a existé de la leucorrhée antérieurement au début de l'antéflexion.

La menstruation, si on met à part les troubles dont elle s'accompagne souvent à l'âge de la puberté, a été régulière chez la plupart des malades. Nous avons eu à noter seulement une dysménorrhée et une suppression accidentelle des règles.

La chlorose s'est manifestée deux fois. Nous arrivons à l'examen d'une cause plus importante que les précédentes; nous voulons parler de l'accouchement.

Deux malades ont eu un accouchement unique; un autre en a eu deux, une quatrième a eu un accouchement et une fausse couche. Parmi les autres, il s'est trouvé une femme qui a expulsé une mole, après avoir offert les douleurs et les signes de l'enfantement, et a été prise ensuite d'une hémorrhagie considérable. Des douleurs dans le ventre, précédées d'une assez longue suspension des règles, la sortie par le vagin d'un caillot renfermant une fausse membrane, ont, avec d'autres signes, fait croire à une fausse couche chez l'une des malades. Chez une autre, une fausse couche eu lieu à trois mois de grossesse.

Quatre malades n'ont pas eu d'enfants.

Ces faits tendent à prouver que les femmes atteintes d'antéflexion sont dans de mauvaises conditions pour contracter de nouvelles grossesses ou les mener à terme. Nous avons fait déjà une remarque analogue.

Huit malades ont pu nous fournir des renseignements précis. Chez six d'entre elles, les symptômes de l'antéflexion se sont manifestés très peu de temps après l'accouchement ou la fausse couche.

Nous nous sommes enquis avec soin de l'influence fâcheuse que pouvait avoir exercée le retour prématuré aux habitudes de la vie ordinaire. Nous avons appris qu'une seule d'entre nos malades s'était levée très peu de temps après son accouchement.

A.-H. Margerie.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hémorrhagie de l'ovaire avec rupture de sa capsule. — Léger épanchement dans le péritoine. — Péritonite mortelle.

Par M. Vernay.

L'hémorrhagie de l'ovaire a été si peu observée jusqu'ici qu'aucun auteur ne lui a consacré un chapitre spécial.

On trouve bien dans la *Nouvelle bibliothèque médicale*, à l'article *Tumeurs érectiles de l'ovaire*, que ces tumeurs ont donné lieu deux fois par rupture spontanée à des épanchements de sang dans le péritoine. L'une de ces observations est de Wardrop, l'autre de Romberg.

Il est moins rare de voir des kystes ou des tumeurs cancéreuses de cet organe causer des hémorrhagies soit spontanées, soit traumatiques; mais les monographies les plus complètes ne parlent que pour mention des hémorrhagies de l'ovaire à l'état sain. Ainsi, on lit dans l'ouvrage de M. Achille Chéreau: « L'ovarite s'accompagne quelquefois de petites apoplexies dans l'intérieur de la glande. » Quel organe, en effet, se dérobe mieux par sa position et par son volume aux violences extérieures? Quel parenchyme est moins riche en vaisseaux? La coque résistante qui l'enveloppe est fibreuse, en tout semblable à la tunique albuginée du testicule; quant au tissu propre, il se compose de filets entre-croisés, et la coupe ressemble à celle d'un ganglion. Les vaisseaux ovariques, qui fournissent aussi aux ligaments larges et à l'utérus, sont très petits.

Mais si l'on examine l'ovaire dans l'état puerpéral, on le trouve, ainsi que l'utérus, augmenté de volume, gonflé de sang. Les vaisseaux capillaires, développés ou nouvellement formés, le font paraître spongieux. Son tissu propre se serait même transformé, au dire de M. Dubreuil, en tissu dartoïde ou même évidemment musculaire chez certains animaux; en un mot, la suractivité fonctionnelle a fait d'un tissu fibreux un parenchyme capable d'hémorrhagie. Aux époques menstruelles correspond un état de l'ovaire plus intéressant encore au point de vue de l'hémorrhagie.

L'ovaire sécrète de petites vésicules, qui, à mesure qu'elles grossissent, gagnent la superficie de l'organe. Régnier de Graaf, ayant étudié ces vésicules après l'imprégnation chez les animaux, avait trouvé soit quelques vésicules sur le point de se rompre, soit une cavité à la place de vésicules déchirées.

Il avait fini même par retrouver dans les trompes ou dans l'utérus le produit éliminé, l'ovule. Plagge était allé plus loin en prouvant que l'ovule se formait dans la vésicule, puis était éliminé indépendamment de la fécondation, fait que Bischoff a rendu sensible par l'expérience suivante: il a lié un oviducte chez une chienne non imprégnée; puis l'ayant immolée quelques jours après l'imprégnation, il a reconnu que les deux oviductes contenaient des ovules; l'oviducte sain, des ovules déjà transformés en embryons; l'oviducte lié, des

gné bientôt d'égophonie, de souffle, de matité qui monte graduellement jusqu'à l'angle de l'omoplate gauche, de respiration puérile à droite. Sous l'influence d'un traitement convenable, la fièvre et la toux disparaissent, l'appétit revient, mais il reste une matité occupant les deux tiers inférieurs de la cavité gauche du thorax, avec absence absolue du bruit respiratoire et immobilité des côtes correspondantes pendant les mouvements d'inspiration. Un mois après l'invasion, jour pour jour, pendant qu'elle parlait le soir à voix haute, la malade sent tout à coup, ce sont ses propres expressions rapportées par notre confrère, comme un poids se formant dans la poitrine et lui remontant dans la gorge; elle éprouve une violente quinte de toux, suivie d'un vomissement. Deux heures après les mêmes phénomènes se reproduisent, et trois autres vomissements ont encore lieu pendant la nuit.

La malade avait en tout vomi quatre verres de liquide jaunâtre, trouble, contenant de nombreux flocons albumineux à l'un desquels était attaché un petit caillot sanguin de la grosseur d'une forte tête d'épingle. Point de toux d'ailleurs et point d'expectoration dans l'intervalle des vomissements. M. Gérardin appelle M. Andral; le savant professeur constate avec lui l'abaissement considérable du niveau de la matité et le retour de l'égophonie, et remarque que pas une bulle d'air n'a passé des bronches dans la plèvre, quoique le passage de l'épanchement de la plèvre dans les bronches soit indubitable. Pendant onze jours, la malade éprouve chaque soir un ou deux vomissements semblables accompagnés des mêmes symptômes; en même temps, le niveau de l'épanchement s'abaisse graduellement, et, lorsqu'il est à 4 centimètres des insertions du diaphragme, les vomissements cessent pour ne plus revenir. Un peu de bronchite persiste encore quelques jours et disparaît, et la malade entre en convalescence. Trois mois après, tout vestige de cette grave maladie avait disparu.

Maladies du cœur et des vaisseaux. — Vous savez tous, messieurs, combien est encore obscure la théorie des bruits du cœur et son application à la pathologie. On arrive rapidement par l'étude à savoir apprécier les plus légères différences dans le nombre, le rhythme, le timbre et le caractère des deux bruits; mais il est souvent très difficile d'en déterminer la valeur séméiotique précise, et l'embarras devient plus grand encore quand on compare certains faits singuliers avec les théories basées sur les expériences les plus décisives et les raisonnements les plus solides. M. Lemaire vous a présenté un de ces faits. Un malade succomba avec tous les symptômes d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire: dyspnée, ascite, œdème des membres inférieurs, distension du système veineux, rien n'y manquait, si ce n'est le signe stéthoscopique; il existait bien un bruit de souffle; mais, au lieu de précéder le premier bruit, il coïncidait avec lui, de sorte qu'il semblait indiquer soit un rétrécissement artériel, soit une insuffisance de la valvule du ventricule. Vous avez tous pu constater sur la pièce que vous a montrée M. Lemaire qu'il s'agissait bien cependant d'un rétrécissement de la valvule urétrale accompagné, il est vrai, d'insuffisance et présentant précisément les caractères anatomiques signalés par MM. Barth et Roger dans ces cas soustraits en apparence à la loi générale.

Affection du système nerveux. — Vous avez reçu deux communications importantes sur les lésions du système nerveux. M. Dequevauviller vous a donné l'observation d'une jeune fille qui lui fut présentée avec tous les caractères d'une déviation du rachis: inclinaison fortement prononcée du bassin, courbures alternatives de la colonne vertébrale, torsion légère du rachis sur son axe; le cas était d'autant plus grave que des indices annonçaient l'approche de la puberté et qu'il était par conséquent à craindre que l'affection ne fît des progrès rapides. Trois jours après la première visite de notre confrère, la malade éprouve une syncope et les courbures s'effacent subitement; quarante-huit heures après, le tronc a complètement recouvré sa rectitude.

Un mois s'écoule, la malade est prise de convulsions légères et la déviation reparaît; elle dure six jours et disparaît encore. Six mois après, nouvel accident du même genre, qui dure cinq jours. Neuf mois après, les mêmes symptômes reviennent encore, mais durent seulement quelques heures. A dater de cette époque, dans l'espace de trois mois ces accidents se présentent dix-huit fois, durent dans chaque circonstance deux ou trois heures, produisent une courbure principale tantôt à droite, tantôt à gauche, et disparaissent enfin pour ne plus revenir. Les règles, qui avaient paru quelques heures pendant cette période, s'établissent régulièrement, et depuis lors, il y a dix-huit mois, rien de semblable ne s'est plus présenté.

M. Videcocq vous a rapporté l'histoire d'une amaurotique qu'il avait soumise avec succès à l'action de l'électricité. Lorsque la malade lui fut confiée, elle était affectée simultanément d'anesthésie et de paralysie du côté droit et d'amaurose double; ces accidents avaient été précédés de fréquentes attaques d'hystérie. M. Videcocq s'étant adjoint M. Martin-Magron, nos deux collègues appliquèrent à la malade les pôles d'un appareil Breton, tantôt sur les deux yeux, tantôt sur l'un d'eux et sur un des points de la périphérie du crâne, et, à partir de la cinquième séance, la sensibilité d'abord, puis la motilité reparurent graduellement; à la vingt-cinquième seulement, la malade éprouva dans les yeux quelques sensations lumineuses pendant l'action de la pile et bientôt après commença à entrevoir les objets. Elle était depuis longtemps séparée de ses enfants, qui lui furent amenés; cette visite lui fit éprouver une très vive émotion, et à partir de cette époque l'amélioration fit des progrès tellement rapides que peu de temps après la guérison était complète. Une discussion très intéressante sur l'action physiologique de l'électricité suivit cette communication, et M. Martin-Magron fit remarquer que l'électricité paraissait offrir le précieux avantage d'entretenir la contractilité dans les muscles dont les mouvements sont empêchés par toute autre cause qu'une altération de leurs tissus, que l'exercice des fibres musculaires provoqué par le courant électrique paraissait suppléer à l'exercice normal si nécessaire à l'entretien de leurs facultés et qu'il était parvenu ainsi à conserver leur volume à des membres soit paralysés, soit maintenus dans une immobilité absolue par suite d'une lésion chirurgicale.

(La suite à un prochain numéro.)

ovules avortés au-dessus de la ligature. De cette ponte, qui n'attend pas le contact du fluide fécondant aux périodes du rut chez les animaux, il n'y avait qu'un pas à faire pour croire à une ponte ovarique périodique aussi chez la femme.

R. Lee est le premier qui ait établi, sur deux autopsies, la rupture d'une vésicule de Graaf à l'époque menstruelle. Puis MM. Négrier et Gendrin, d'autres faits à la main, ont fait admettre comme un loi la *ponte menstruelle chez la femme*.

Or, pendant que la vésicule mûrit, le tissu de l'ovaire se vascularise, se gonfle autour d'elle. De plus, la membrane d'enveloppe de l'ovule, l'ovi-sac, contient un fin réseau capillaire. Il en résulte que la déchirure ne saurait se faire sans une petite hémorrhagie. Aussi, la cavité laissée par l'ovule se remplit-elle immédiatement d'un petit caillot de sang mêlé de granules jaunes peu résistants. Ce produit accidentel a quelquefois jusqu'à 6 millimètres de diamètre; mais bientôt il est à peu près résorbé, devient jaune (*corpus luteum*) et disparaît à la fin pour ne plus laisser voir qu'une cicatrice.

Voilà bien une hémorrhagie de l'ovaire, hémorrhagie périodique, inaperçue presque toujours, mais qui peut être le germe d'une inflammation ou le noyau d'une hémorrbagie plus considérable.

Pour cela, que faut-il? Qu'une fluxion habituelle vers les organes génitaux ait déjà produit le développement des vaisseaux, soit afférents, soit capillaires, et surtout que cette fluxion soit hémorrhagique; si cette cause constante vient s'ajouter au flux cataménial et à la déchirure de la vésicule et de la capsule ovarique, tout concourt à donner de l'importance à la petite hémorrhagie périodique de l'ovaire. Telle est précisément l'observation que nous allons transcrire.

Le 2 juillet 1849 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle des troisièmes femmes, Mme X..., âgée de trente-deux ans, bien réglée depuis l'âge de douze ans. Elle a eu une couche dout les suites ont été naturelles.

Il y a quinze mois, une grande frayeur, des violences même, qu'elle éprouva vers l'époque menstruelle, causèrent la suppression des règles avec des accidents de métrite. Depuis, les douleurs du ventre et les pertes rouges n'ont presque pas cessé, et avec elles sont venues l'amaigrissement et l'anémie.

La malade est examinée le 3. On reconnaît que l'utérus hypertrophié s'est abaissé; que le col est volumineux, dur, légèrement bosselé, mais sans ulcération; le doigt a de la peine à le saisir pour le ramener en avant, tant il est porté en arrière : c'est qu'il y a forte inclinaison du corps en avant, ou antéversion.

J'ai suivi pendant trois mois le traitement de cette malade par le docteur Devay, et je puis résumer ce traitement en deux mots; c'est que rien ne fut omis, soit contre l'inflammation chronique de l'utérus, soit contre l'hémorrbagie. Je note seulement qu'on ne pratiqua point d'injection.

On parvint en effet à faire cesser la perte, mais elle reparut plus forte à plusieurs reprises, surtout du 20 au 25 des mois de juillet et août. Enfin, le 23 septembre, une dernière perte plus foudroyante épuisa la malade.

Le 25 se déclara une péritonite générale qui se termina, le 27, par la mort.

A l'autopsie, on concentra les recherches sur les organes qui avaient été le siége du mal. Le péritoine avait perdu sa transparence, les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles, une lymphe mêlée de pus était répandue sur tous les organes et formait des collections considérables dans les flancs et dans le petit bassin.

L'utérus parut volumineux et incliné en avant; on l'incisa dans toute sa longueur. Le corps offrait à la coupe l'aspect normal, sauf plus d'épaisseur et de vascularité; mais le col criait sous le scalpel, et la coupe était blanche, fibreuse. On ne put y trouver toutefois de point ramolli, ni en exprimer une seule gouttelette de suc cancéreux; c'était un modèle de tissu, altéré par l'inflammation chronique, mais sans dégénérescence cancéreuse.

La face interne du col n'offrait pas de membrane apparente; celle du corps était tapissée par une membrane rouge, tomenteuse, et qu'on avait beaucoup de peine à détacher avec le dos du scalpel.

L'ovaire droit contenait deux petits foyers de pus, l'ovaire gauche était hypertrophié et très vasculaire; mais ce qui nous frappa le plus fut un caillot de sang, gros comme une fève, qui faisait hernie à travers sa capsule déchirée à sa partie supérieure.

RÉFLEXIONS. — Un épanchement gros comme une fève avait-il suffi pour causer une péritonite si rapidement mortelle? Evidemment non... La même hémorrhagie survenant chez une femme bien portante n'aurait produit qu'une inflammation locale très circonscrite. Mais, dans ce cas, la congestion surexcitée des organes du bas-ventre, jointe à l'anémie consécutive, tels sont les éléments générateurs de cette péritonite maligne qui rappelle bien certaines péritonites puerpérales. Le vase était plein, peut-être ne fallait-il qu'une goutte pour le faire déborder : cette goutte a été la petite hémorrhagie.

Cependant le fait de l'hémorrhagie ovarique, envisagé en lui-même, ne reste pas moins très important.

Il rappelle tout de suite les observations de Lee, de Gendrin, etc., sur une déchirure spontanée de la capsule à chaque période menstruelle. Tout fait présumer, en effet, que, chez notre malade, cette déchirure était due au même travail périodique : la dernière hémorrhagie avait eu lieu le 23 et le 24 septembre; les récidives précédentes portent la date du 20 au 25 juillet, du 20 au 25 août : ces dates paraissent donc marquées pour le flux cataménial. D'un autre côté, la fluxion hémorrhagique, précédée d'une congestion ancienne de l'ovaire, aurait bien pu causer de petits épanchements dans l'intérieur de l'organe; mais déchirer la capsule, si résistante, sans que le parenchyme de l'organe fût déchiré ni envahi par cette hémorrhagie, non, cela n'a pu se faire. Ne vaut-il pas mieux admettre que la déchirure de la capsule, accomplie selon l'usage à l'époque menstruelle, a donné lieu elle-même à une hémorrhagie consécutive ayant dépassé la limite physiologique, à cause de la congestion pathologique?

Ainsi, cette observation serait à sa place, soit à la suite des observations de M. Gendrin pour prouver la ponte menstruelle, soit dans un chapitre de pathologie où l'on traiterait de la possibilité de l'hémorrhagie ovarique comme accident des règles. Cet accident n'est pas rare peut-être; il expliquerait au moins les douleurs que ressentent alors dans l'un des ovaires les femmes qui ont des engorgements de l'utérus. Ces accidents sont, pour le moment, rangés sous l'étiquette de douleurs sympathiques.

Nous bornerons à ce point l'étude de l'observation précédente; nous ne ferons que signaler deux remarques sur l'état de l'utérus :

1° Que, malgré les pertes rouges presque continuelles, nous n'avons trouvé ni fissure, ni ulcération de cet organe;

2° Qu'une membrane tomenteuse adhérente tapissait le corps, et le corps seulement de la matrice.

M. Gendrin, dans ses autopsies, avait signalé une membrane semblable : c'est la membrane vue par Hunter, soit dans les grossesses extra-utérines, soit à la suite des règles; c'est le lit destiné à recueillir l'ovule, si la fécondation lui donne droit de domicile dans la matrice.

(*Annales de la Société de méd. de Lyon.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Plaie de tête avec fracture du crâne et sortie d'une portion de substance cérébrale. — Enlèvement de larges esquilles. — Guérison.

Par M. le docteur VERHAEGHE, d'Ostende.

Un enfant de trois ans et demi reçut un coup d'aile de moulin à la tête et fut porté pour mort chez lui. La commotion avait été si forte que toutes les fonctions étaient pour ainsi dire suspendues. Le seul signe de vie qui restaient encore consistait en de faibles mouvements respiratoires se répétant à de longs intervalles. Il n'y avait pas de pouls. Je fis porter le petit blessé à l'hôpital, où je le trouvai dans le même état; seulement il avait beaucoup vomi pendant le trajet et avait eu des selles et des urines involontaires. Une petite réaction s'était montrée à la suite de ces vomissements, qui persistèrent longtemps encore; le pouls était devenu sensible, mais d'une lenteur extrême.

Il y avait à la région fronto-pariétale du côté gauche une plaie irrégulière, longue d'un pouce, à travers laquelle sortait une portion de substance cérébrale du volume d'une noix réduite en bouillie. Une crépitation apparente, déterminée par la pression des doigts aux alentours de la plaie, indiquait qu'il y avait là une fracture en esquilles de la boîte crânienne.

Après avoir fait raser le côté gauche de la tête, je fis une incision cruciale comprenant la plaie; je disséquai les quatre lambeaux ainsi formés et je mis à nu une large fracture du pariétal qui offrait un enfoncement notable de plusieurs esquilles entre lesquelles la substance cérébrale sortie était étranglée. J'enlevai celle-ci au moyen d'un trait de bistouri porté à plat et à ras de l'os; ensuite un levier fut introduit sous le bord de la plus large esquille, qui fut enlevée avec la plus grande facilité. Plusieurs autres esquilles plus petites et tout à fait détachées furent aussi enlevées. Il en était résulté, à la voûte du crâne, une ouverture irrégulièrement arrondie, de 3 à 4 centimètres de diamètre. Il s'écoula de l'intérieur du crâne une grande quantité de sang noir et liquide que j'eus bien garde de vouloir arrêter, y voyant au contraire la source d'une déplétion salutaire.

Le petit blessé n'avait montré aucune sensibilité pendant toute cette opération. Le pansement consista en un linge fenêtré enduit de cérat, recouvert de plumasseaux, de compresses et d'un bandage approprié. Je prescrivis le tartre stibié en lavage et de l'eau d'orge pour boisson.

L'état comateux, l'insensibilité générale et les déjections involontaires continuèrent pendant trois jours. Au premier pansement, qui fut fait le troisième jour, il s'écoula de la plaie une quantité notable de substance cérébrale réduite à l'état de bouillie très liquide.

Les jours suivants, cet écoulement diminua; la plaie du cuir chevelu suppura, et une portion de la substance du cerveau, sur laquelle on voyait trois circonvolutions, faisait hernie à travers la fracture et s'élevait à cinq ou six lignes au-dessus du niveau de la surface de l'os.

Au bout de quelques jours, de belles granulations rosées couvrirent cette substance. Petit à petit, cette espèce de hernie cérébrale se réduisit en volume, ou point de rentrer tout à fait dans le crâne et de se trouver au-dessous du niveau de l'os fracturé. Ceci avait lieu au bout de trois semaines. Des granulations de bonne nature couvrirent bientôt toute la surface de la plaie, qui marcha dès lors vers une cicatrisation rapide. Après quatre mois, ce garçon quitta l'hôpital parfaitement guéri, et ne ressentant aucune incommodité à la suite d'un si grave accident. J'oublie de dire que les symptômes cérébraux, tels que l'insensibilité générale, les déjections involontaires, etc., s'étaient dissipés rapidement après le troisième jour.

Nous n'hésitons jamais, dans les fractures du crâne, d'enlever toutes les esquilles mobiles, quelque nombreuses qu'elles soient; nous obtenons ainsi une ouverture à la boîte crânienne, comme à la suite du trépan, ouverture que nous ne craignons nullement de voir trop large. Si l'on veut envisager les choses de près, on verra bientôt que cette manière de faire est basée sur ce que la nature nous apprend dans ces larges fractures du crâne. Tout le monde a pu se convaincre que ces sortes de fractures se guérissent beaucoup plus facilement que les simples fêlures, lesquelles sont, au contraire, souvent suivies d'accidents graves. Que se passe-t-il dans le premier cas, dans les larges fractures du crâne? Le sang d'abord et, plus tard, les autres liquides sécrétés par la plaie trouvent un écoulement facile au dehors, et ne causent point par leur présence dans le crâne une compression du cerveau. Voilà pour les premiers jours; mais bientôt l'inflammation, suite inévitable de ces sortes de plaies, se montre; la substance cérébrale, où les fluides abondent alors, surtout dans la proximité de la plaie; se gonfle; elle a besoin de s'étendre, d'occuper un espace plus grand, et on lui voit faire une hernie souvent volumineuse à travers la fracture.

Si l'art ne lui avait pas ménagé ce moyen de s'étendre, d'occuper un espace plus grand, qu'en serait-il résulté? Evidemment une compression cérébrale, par la présence du sang les premiers jours, et plus tard une compression par suite de la réaction sur les parties voisines du cerveau, de la portion gorgée de fluides et gonflée au point de devoir occuper un espace plus grand. C'est ce qui a si souvent lieu dans les cas de simples fêlures ou de fractures étroites.

(*Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.*)

EXAMEN CHIMIQUE ET COMPARATIF

des fluides sécrétés par les glandes parotides et sous-maxillaires dans l'espèce bovine.

Par M. J.-L. LASSAIGNE.

Les fluides sur lesquels nous avons entrepris cet examen ont été extraits par M. Collin, chef des travaux anatomiques de l'Ecole nationale d'Alfort, à la suite des nombreuses expériences qu'il a faites sur la sécrétion salivaire dans plusieurs animaux domestiques.

Nous avons profité de cette circonstance pour étudier la composition chimique des fluides extraits par le procédé de M. Bernard, en pratiquant des fistules aux glandes parotides et sous-maxillaires sur une vache en bonne santé, sacrifiée pour des études anatomiques.

Les deux fluides obtenus étaient clairs et limpides comme de l'eau, et présentaient une légère réaction alcaline aux papiers réactifs; celui fourni par la glande maxillaire était plus visqueux et se rapprochait, par sa consistance, du mucus. Leur densité était aussi différente; le fluide sécrété par la glande parotide avait, à la température de + 14°, une densité de 1,0108; celui de la glande maxillaire du même animal avait une densité de 1,0065.

Les effets produits par les réactifs ont été variables, et ont donné les résultats suivants, que nous présentons comparativement :

RÉACTIFS.	FLUIDE DE LA PAROTIDE.	FLUIDE DE LA MAXILLAIRE.
Eau distillée.	Rien.	Rien.
Eau de puits.	Trouble léger.	Ne se trouble pas.
Chaleur.	Reste limpide.	Se trouble et devient opalin.
Acide azotique.	Légère effervescence sans trouble.	Se trouble et devient plus visqueux.
Azotate d'argent. . . .	Précipité jaune-serin en partie soluble dans l'acide azotique.	Magma blanc opaque, et consistant comme du mucus épaissi.
Sous-acétate de plomb.	Précipité blanc floconneux.	Magma blanc opaque et demi-solide.
Sulfate ferrique. . . .	Précipité blanc-jaune-chamois.	Magma gélatineux jaune-rougeâtre assez consistant.
Chlorure mercurique. .	Trouble et précipité blanc peu abondant.	Epaissi et transformé en une glaire transparente.
Acide tannique.	Rien.	Epaissit et le rend filant et muqueux.
Alcool à 88° centésim.	Léger trouble.	Flocons glaireux et visqueux.

Fluide de la parotide de la vache. (Analyse immédiate.)

Eau.	990,74
Mucus et matière animale soluble. .	0,44
Carbonate alcalin.	3,38
Chlorure alcalin.	2,85
Phosphate alcalin.	2,49
Phosphate calcique.	0,10
	1000,00

Fluide de la glande maxillaire de la vache. (Analyse immédiate.)

Eau.	991,14
Mucus.	1,73
Matière animale soluble. . . .	1,80
Carbonate alcalin.	0,10
Chlorure alcalin.	5,02
Phosphate alcalin.	0,15
Phosphate calcique.	0,06
	1000,00

Les sels alcalins mentionnés dans ces deux analyses sont à base de soude et de potasse, comme l'indiquent le *bichlorure de platine* et l'*antimoniate de potasse*.

Fluide de la glande parotide d'un bélier. (Densité : 1,0102.)

Eau.	989,00
Mucus et matière animale soluble. .	1,00
Carbonate alcalin.	3,00
Chlorure alcalin.	6,00
Phosphate alcalin.	1,00
Phosphate de chaux.	Traces.
	1000,00

Fluide de la glande parotide d'un cheval. (Densité : 1,0045.)

Eau.	992,00
Mucus et albumine.	2,00
Carbonate alcalin.	1,08
Chlorure alcalin.	4,92
Phosphate alcalin et phosphate de chaux.	Traces.
	1000,00

EMPOISONNEMENT PAR UNE HUITRE.

M. Carron a fait connaître à la Société de médecine pratique le fait d'un empoisonnement assez extraordinaire.

Une dame, après avoir mangé une huître, éprouva presque aussitôt un sentiment de strangulation qui fut suivi de vomissements. Quand M. Carron vit la malade, le pouls était petit et fréquent, les yeux injectés, les lèvres gonflées, le corps couvert d'urticaire et d'une sorte d'érythème érysipélateux. Ces accidents cédèrent à un traitement composé de lavements d'assa fœtida, de tisanes diaphorétiques, de cataplasmes sur le ventre et de sinapismes. M. Carron se demande si les phénomènes dont il a été témoin sont dus à une maladie particulière de l'huître, ou bien s'ils proviennent de ce que cette huître, ayant été attachée à la coque en cuivre d'un navire, a pu déterminer les accidents de la colique de cuivre.

Nous qui nous sommes occupé de l'empoisonnement par les huîtres, nous ne pouvons attribuer le cas signalé par M. Carron à la présence du cuivre. En effet, il résulte de nos recherches que 137 gr. 50 cent. de chair d'huître détachée de coquilles qui avaient été enlevées sur le cuivre des navires ne renfermaient que 6 cent. 9 milligr. d'oxyde de cuivre; et cependant les coquilles des huîtres que nous avons examinées étaient :

1° Incrustées de cuivre;

2° Dans quelques parties, ces coquilles étaient pénétrées par un sel de cuivre. A. CHEVALLIER.

TISANE OU MÉDECINE DU CURÉ DE DEUIL.

Au nombre des médicaments vantés par le populaire, on doit placer au premier rang la préparation qu'administrait autrefois un ecclésiastique, M. Hurel, qui fut desservant de la commune de Deuil, arrondissement de Pontoise (Seine-et-Oise).

Mais la formule de la médecine de M. Hurel n'a jamais été bien connue, et chaque herboriste (car les herboristes sont en possession de la préparation de ce médicament) modifient cette formule d'après les renseignements inexacts qui leur ont été donnés.

M. Gardes, pharmacien à Villiers-le-Bel, vient de faire connaître la véritable formule de la préparation Hurel; il en possède l'original écrit de la main même de son auteur.

Voici cette formule:

Racine de guimauve coupée.	15	grammes.
— de patience —	15	—
Chiendent —	15	—
Réglisse de bois —	15	—
Feuilles de chicorée. . . .	8	—

On fait bouillir ces cinq substances, pendant dix minutes, dans trois bouteilles d'eau de rivière.

On y ajoute :

Follicules de séné de la Palthe mondés.	20	grammes.
Rhubarbe de Chine concassée. . . .	4	—
Sulfate de soude (sel de Glauber). . .	4	—

Laisser infuser le tout pendant deux heures, et passer à travers une étamine.

Boire en lavage, dans la matinée, en deux ou trois jours, selon l'effet.

Cette médecine, préparée selon la formule ci-dessus, réussit parfaitement où une infinité d'autres purgatifs échouent. Elle présente seulement l'inconvénient d'une grande quantité de liquide à boire, quantité que l'on peut diminuer sans désavantage; car au lieu de trois bouteilles d'eau, on peut n'en mettre qu'un littre ou même un demi-litre, mais en l'administrant toujours en deux ou trois jours.

(*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juillet 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur transmet un échantillon de remède secret.

M. le ministre de la guerre réclame le rapport sur la culture de l'opium en Algérie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Anatomie.

M. Lacauchie envoie une suite à ses recherches sur le système absorbant.

Formules diverses.

M. Agostini, de Villeneuve-la-Grande (Aube), adresse diverses formules thérapeutiques qu'il emploie dans les rhumatismes et les affections cutanées.

Iodure de soufre.

M. Elysée Levrat, médecin à Paris, adresse un mémoire sur l'emploi du sirop d'iodure de soufre dans les affections cutanées et scrofuleuses.

Tétanos.

M. Liégey adresse une observation d'accidents tétaniques mortels déterminés par une cause traumatique.

Lupus.

M. Chrestien, de Montpellier, adresse une observation de lupus traité par l'iodure de potassium, et dont la guérison est *prochaine*.

Affections douloureuses.

M. Poggioly adresse la formule suivante, qu'il applique avec le plus grand succès au traitement des névralgies et de la douleur en général :

Sel de morphine (hydrochlorate). . . .	0,50
Extrait de belladone.	4,00
(ou atropine pour avoir un composé blanc). .	0,20
Onguent populeum.	15,00
Axonge purifiée ayant macéré 24 heures dans feuilles de datura stramonium, q. s. . . .	15,00

F. S. A. (très homogène.)

En appliquer 5 grammes dans une friction sur la partie douloureuse.

Syphilis latente.

M. le docteur Prosper Yvaren envoie, sous le titre de : *Métamorphoses de la syphilis*, un long mémoire non susceptible d'analyse.

Nécrologie.

M. Gibert donne lecture de son discours sur M. Récamier.

RAPPORTS.

M. Patissier lit un rapport étendu sur un travail envoyé il y a quelque temps par M. Potton, sur une maladie vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileurs de cocons. M. le rapporteur conclut à des remercîments à l'auteur et au renvoi de son travail au comité de publication. (Adopté.)

Analyse de la vie.

M. Castel lit sous ce titre un long travail que nous devons nous borner à mentionner.

Analyse du sang.

M. Lecanu donne lecture de la note qu'il a présentée hier à l'Académie des sciences.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 juillet 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Nouvelles analyses du sang.

M. Lecanu lit l'extrait suivant d'un mémoire relatant le résultat d'expériences ayant eu pour objet:

La détermination de l'origine de la fibrine;

La recherche d'un moyen de débarrasser les globules du liquide séreux qui les tient en suspension dans le sang vivant;

L'analyse des globules sanguins à l'état de pureté.

En voici les principaux résultats :

1° Lorsque, après avoir reçu directement dans une dissolution de sulfate de soude saturée à la température de + 12 le sang sortant de la veine d'un homme, d'un bœuf ou d'un mouton, l'on filtre au papier le mélange dans lequel les globules se sont conservés intacts, le filtre retient ces globules tandis qu'il laisse passer un liquide salino-séreux, légèrement jaunâtre, susceptible de se maintenir limpide, tant que la putréfaction ne s'en empare pas.

Mais si on l'étend de sept à huit fois son volume d'eau, il ne tarde pas à se prendre en une masse tremblante, tout à fait semblable à la gelée de pomme, laquelle, placée sur une toile, abandonne un liquide chargé d'albumine, s'y convertit en une sorte de glaire, et finit, après qu'on l'y a comprimée, par laisser dans le tissu de la fibrine incolore, translucide et quelque peu nacrée, à la façon de la colle de poisson, dite en lyre.

Les globules, lavés à l'eau saline, n'en fournissent au contraire pas. De cette expérience, facile à répéter en tous temps, en tous lieux, sur des masses de sang qui permettent de remplir de gelée des terrines et d'obtenir, en une seule opération, plusieurs grammes de fibrine, je crois pouvoir tirer les conséquences suivantes :

La fibrine du sang spontanément coagulé ou battu, ses analogues, la couenne inflammatoire, les fausses membranes du croup, etc., proviennent exclusivement de la portion liquide du sang en circulation;

Les globules du sang spontanément coagulé ou battu représentent, sans modification de composition, les corpuscules rouges du sang vivant des animaux des classes supérieures; à son tour, le sérum de l'un et de l'autre, plus la fibrine, en représentent la portion liquide;

L'apparition de la couenne inflammatoire, dans certaines conditions pathologiques, peut coïncider avec la présence dans le sang d'une proportion normale de fibrine, pourvu que la quantité d'eau y ait augmenté dans un certain rapport.

2° Des lavages prolongés et convenablement faits à l'eau chargée de sulfate de soude débarrassent à ce point les globules sanguins du liquide séreux qui les avait tenus en suspension pendant la vie et, plus tard, se trouvait les imprégner à la manière d'éponges, non-seulement que les liqueurs de lavage cessent de se troubler à la température de l'ébullition, d'être précipitées par l'acide azotique, le bichlorure de mercure, le tannin, mais encore fournissent, par l'évaporation, un résidu que la calcination ne noircit pas.

Si l'on fait alors agir l'eau pure, ces globules qu'avait respectés la dissolution saline sont presque immédiatement détruits; l'eau passe au travers du filtre, rouge de sang, chargée d'hématosine, de matière albumineuse et autres.

D'où me paraît résulter pour eux la preuve de l'existence d'enveloppes imperméables à l'eau chargée de sulfate de soude, par analogie, à la partie liquide du sang vivant, incapables, en outre, de se déchirer sous l'influence de ces deux liquides, ainsi qu'elles le font sous l'influence de l'eau pure; de principes constituants indépendants, et peut-être tout différents, par leur nature, de ceux que contient le liquide qui les tenait en suspension.

3° Les globules purs contiennent :

Des *matières* extractive, grasse, saline, } que rien ne distingue de celles du sérum;

De l'*alvumine*,

De la *globuline*, matière albumineuse particulière, que la solubilité dans l'alcool à 20° bouillant, la propriété de former avec l'eau froide une dissolution que ne trouble pas le sous-acétate de plomb, distinguent de l'albumine ordinaire, et qu'on ne retrouve ni dans le sérum, ni dans le blanc d'œuf;

Une *matière fibrineuse*, distincte de la fibrine; sa disposition en vessie, ou plutôt en petits sacs membraneux, son aspect nacré rappelant celui des globules sanguins s'agitant au soleil dans l'eau saline, sa résistance prononcée à l'action dissolvante des alcalis caustiques, porteraient à penser qu'elle est la véritable matière des enveloppes;

De l'*hématosine*, ou principe colorant particulier, dont le fer est l'un des éléments; elle forme un peu plus des 2/100° du poids des globules supposés secs;

De l'*eau*. La présence de l'eau dans les globules du sang, jusqu'à ce jour admise par simple induction, et parce qu'elle rendait parfaitement raison des incessantes déformations qui leur permettent de se prêter à toutes les exigences de la circulation, peut être constatée expérimentalement.

En effet, du moment où l'eau saturée de sulfate de soude permet d'entraîner la sérosité qui les imprègne sans les pénétrer, sans leur rien enlever de leur propre substance, on sent que les globules, s'ils contiennent en réalité de l'eau de constitution, devront, par la dessiccation, perdre une quantité d'eau supérieure à celle provenant de l'eau saline qui se trouvait les mouiller après les lavages, et que fera connaître le poids du sulfate de soude retenu par le produit de la dessiccation, auquel l'eau l'enlèvera.

En moyenne, les globules du saug de bœuf contiendraient un tiers de leur poids d'eau.

L'eau, l'albumine, les matières extractives, grasses et salines qu'on y rencontre, doivent constituer à l'intérieur des globules un véritable sérum hydratant, liquéfiant peut-être leur hématosine et leur globuline; de sorte qu'on pourrait se les représenter comme autant de petites ampoules, dont les parois tiendraient en réserve avec des principes spéciaux une partie de ceux que contient aussi le sérum intérieur.

En confirmant les prévisions de MM. Dumas et Prévost, d'après lesquels dans le sang l'eau existerait tout entière à l'état de sérum, ce résultat fait disparaître l'objection grave que soulevait leur procédé d'analyse. A l'incontestable facilité d'exécution qui l'avait fait adopter par la plupart des expérimentateurs, ce procédé joint une précision qu'on lui avait au contraire contestée.

On devra, toutefois, ne pas oublier que la différence entre le poids du caillot sec et la somme des matières fixes du sérum représente le poids des matériaux spéciaux aux globules (hématosine, globuline), et non plus celui des globules eux-mêmes.

Les analyses de MM. Dumas, Prévost, Denis, Andral, Gavarret, Becquerel, Rodier, Lassaigne, Delafond, F. Simon et les miennes se trouvent donc à l'abri d'une cause d'erreur qu'eussent rendue profondément regrettable les importantes conséquences qu'en ont déduites les médecins et les physiologistes.

CORRESPONDANCE.

Monstruosité.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser un fait de monstruosité que je crois assez intéressant pour devoir vous le communiquer et pour vous prier de bien vouloir l'insérer dans votre journal.

Avant-hier, je fus appelé chez une dame nommée M... Elle ressentait des douleurs d'accouchement très violentes; la dilatation était complète quand j'arrivai, et elle accoucha à l'instant même d'un fœtus dont voici la conformation :

C'est une petite fille du poids d'à peu près quatre livres, et par conséquent aussi grosse que certains fœtus à terme, quoiqu'elle n'ait eu que sept à huit mois de vie intra-utérine; elle a deux faces extrêmement bien conformées, placées latéralement, et de telle sorte que les mentons sont rapprochés et leurs fronts éloignés. Chacune de ces faces, ou plutôt de ces têtes, a une moitié de colonne vertébrale unie l'une avec l'autre intimement, sans apparence extérieure. Ces vertèbres se confondent insensiblement en descendant vers la région lombaire, laquelle supporte seule ces deux moitiés de rachis.

Ces deux faces sont unies par leurs régions latérales postérieures et inférieures. Il n'existe qu'un seul cou, mais un peu plus large qu'à l'état normal, eu égard à la disposition des parties. Le reste du corps ne présente aucune anomalie apparente. Le thorax, l'abdomen, le bassin, les organes sexuels, les membres pectoraux et abdominaux sont très bien conformés.

Si quelques personnes de l'art désiraient avoir de plus amples renseignements sur ce phénomène, je me ferai un devoir de les leur communiquer.

Agréez, etc. MASSON,
médecin, rue de Constantine, 19.

Paris, 2 juillet 1852.

Chronique et nouvelles.

D'après le compte-rendu annuel des recettes et dépenses de l'administration de l'assistance publique dans la ville de Paris, les dons et legs en faveur des pauvres et des établissements hospitaliers se sont élevés, en 1851, à 253,800 fr. en capitaux, à 22,240 fr. de rente et à 60,875 fr. d'objets divers.

Les recettes des bureaux de bienfaisance des douze arrondissements de Paris ont été de 2 millions 800,770 fr., et les dépenses de 2 millions 213,398 fr.

Les recettes totales de toute nature de l'administration de l'assistance publique ont été de 18 millions 257,953 fr.; les dépenses étant de 15 millions 286,848 fr., l'excédant des recettes est de 2 millions 971,104 fr.

D'après le même document, les malades indigents traités dans les hôpitaux de la capitale en 1851 étaient au nombre de 84,970, dont 69,944 de Paris, 13,173 de la banlieue, 1,813 des départements et 40 étrangers. La dépense totale a été de 3 millions 642,753 fr.; la dépense moyenne, par journée de malade, s'est élevée à 1 fr. 77 c. 2/3.

Enfin, depuis dix ans le nombre des lits a été augmenté d'environ 500. Au 31 décembre 1842, le nombre des lits existant dans les hôpitaux et hospices de la capitale était de 16,681; il s'élevait à 17,160 à la même date de 1851. Dans ce dernier chiffre, les hospices destinés à la vieillesse comptaient 7,182 lits.

— *Errata.* — Dans notre dernier numéro, il a été commis quelques erreurs typographiques qu'il faut corriger ainsi :

1re page, 3e colonne, ligne 29e, au lieu de : point de médecine, lisez : de médecine *légale*.

2e page, 1re colonne, ligne 31e, supprimer ces mots : *désordres, de.*

3e page, 1re colonne, ligne 70e, au lieu de : sulfhydrique, lisez : *gaz* sulfhydrique.

Même page, 2e colonne, ligne 38e, au lieu de : sulfate de cuivre, lisez : *sulfure* de cuivre.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 81. — SAMEDI 10 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 81. — SAMEDI 10 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — PARIS. De la trachéotomie dans le traitement du tétanos. — CLINIQUE CIVILE. Hydrophobie. Traitement par la poudre de cédrons et les inhalations de chloroforme. Insuccès. — Société de médecine pratique, séance du 6 mai. — FEUILLETON. Compte-rendu des travaux de la Société médicale du onzième arrondissement pendant l'année 1851-52.

PARIS, LE 9 JUILLET 1852.

De la trachéotomie dans le traitement du tétanos.

En rapportant textuellement, il y a quelques semaines, l'étrange élucubration de M. Marshall-Hall, nous exprimions notre étonnement que les déplorables aberrations du célèbre médecin anglais n'eussent point été l'objet de quelques remarques critiques de la part de ceux qui en avaient étendu la publicité. Nous étions loin alors de prévoir que ces aberrations trouveraient un apologiste, et même un imitateur, dans un homme distingué, mais habituellement, il est vrai, peu favorisé dans ses innovations thérapeutiques.

Un interne de M. Malgaigne vient de publier, sous les auspices de son maître, une observation et des remarques que nous allons reproduire, et que le savant professeur fait précéder lui-même des réflexions suivantes :

Le mémoire fort curieux de M. Marshall-Hall sur le *laryngisme* a eu entre autres ce résultat important de mettre en lumière une des causes directes de la mort dans les affections convulsives; et, cette cause bien reconnue, de signaler un moyen assuré de la combattre, et de prolonger d'abord, de sauver quelquefois la vie essentiellement menacée. A peine cependant a-t-il mentionné en passant le tétanos, comme un des cas où la trachéotomie pouvait être appliquée. La théorie vulgaire semble d'ailleurs y répugner; on n'admet guère que deux causes de mort, ou bien une crise violente lorsque les convulsions sont très rapprochées et très fortes, ou bien une asphyxie lente par la gêne mécanique des fonctions respiratoires; et quel remède opposer à un paroxysme convulsif ou à la gêne produite par la contraction des muscles inspirateurs en général?

Fort mal satisfait du vague de cette théorie, j'ai saisi l'occasion d'un trismus qui s'est déclaré dans mon service pour étudier plus exactement la cause de la mort. Cette étude a été très bien faite par un interne des plus distingués de nos hôpitaux, M. Remilly. A part quelques indications que je lui ai données, l'honneur lui en revient tout entier, et de lui-même il s'est trouvé conduit à cette conséquence, qui est aussi la mienne, que, dans les cas analogues à celui qu'on va lire, la trachéotomie présente une extrême mais précieuse ressource.

A ces premières assertions, qu'il nous soit permis d'opposer quelques remarques qui ont déjà été présentées lorsque nous avons publié le mémoire fort CURIEUX, en effet, de M. Marshall-Hall.

Il n'y a, dans ce mémoire, pas même l'ombre d'une preuve que le *laryngisme*, pour nous servir du langage de notre auteur, soit l'une des causes *directes* ou *indirectes* de la mort; *à fortiori* ne saurait-il y avoir la démonstration que l'auteur ait trouvé un moyen de combattre cette cause.

Quant à la conséquence que, dans les cas analogues à celui qu'on va lire, la trachéotomie présente une extrême mais *précieuse* ressource, nous espérons prouver à ceux qui voudront bien lire cette observation avec toute l'attention que le sujet comporte que cette conséquence prétendue n'est qu'une inspiration malheureuse que n'autorisent nullement les faits observés, et dont l'application clinique ne pourrait que compromettre les praticiens qui se laisseraient entraîner par de pernicieux conseils.

Voici l'observation avec le titre qu'elle porte :

Études sur un cas de trismus mortel en moins de 48 heures; sur la cause de la mort et l'indication qui en résulte; par M. REMILLY, interne à l'hôpital Saint-Louis.

OBS. — Fortaud, âgé de vingt-huit ans, charretier, constitution robuste, tempérament pléthorique, ayant été poussé sous sa voiture chargée d'environ 10,000 kilogrammes, eut le pied droit écrasé sous l'une des roues. Il fut immédiatement apporté à l'hôpital Saint-Louis, le 20 janvier 1852, au soir. A l'examen on constata des fractures comminutives des troisième, quatrième et cinquième métatarsiens, une luxation de l'articulation tarsienne du cinquième. Les os de la seconde rangée du tarse paraissaient également broyés; mais la tuméfaction était déjà trop considérable pour permettre de reconnaître ces désordres avec une grande précision. A la partie externe du pied existait une plaie oblique de 6 centimètres, par laquelle se faisait une hémorrhagie assez abondante; une légère compression suffit pour l'arrêter. Le membre fut placé sur un double plan incliné; le pied placé dans une gouttière de carton garnie de ouate, et la jambe maintenue par deux attelles.

M. Malgaigne le vit le lendemain matin à la visite. Les désordres étaient tels, qu'ils laissaient peu d'espoir de conserver le membre; cependant, l'état général étant excellent et rien ne présageant un danger prochain, le chirurgien crut devoir tenter la conservation. Il prescrivit huit pilules d'opium, de 5 centigrammes chacune, à prendre de deux en deux heures, et institua une surveillance active auprès du blessé.

Le soir, après la quatrième pilule, le malade était assoupi, du reste sans douleur; mais le pouls était plein et rebondissant. On fit une saignée de 350 grammes, et on suspendit les pilules. Dans la nuit un peu d'agitation les fit reprendre; il y en eut six en tout d'administrées.

Le 22, le malade avait dormi une partie de la nuit; il était calme, mais avec la peau brûlante et un peu de somnolence. On cessa l'emploi de l'opium.

Le 23, état excellent, la peau revenue à une chaleur modérée; le pouls à 80. Cependant on s'aperçut dans la journée d'une gangrène commençante; elle fit des progrès rapides; et le 24 au matin l'amputation, devenue indispensable, fut pratiquée au lieu d'élection. On reprit l'usage de l'opium.

Le soir, le malade était un peu remis de l'état de démoralisation dans lequel l'avait jeté l'amputation de sa jambe. Il avait pris trois pilules d'opium dans la journée. Il était un peu assoupi et ne ressentait pas de douleur.

La nuit fut bonne.

Le 25 au matin, pas de fièvre, pas de douleur, la peau offre une moiteur satisfaisante. La plaie avait un bon aspect. La journée et la nuit se passèrent de même, sans agitation, sans douleur.

Le 26, il y avait eu plusieurs épistaxis; le pouls, assez résistant, était tombé à 70; la peau était moite; le moignon exempt de douleur. Mais, dès le matin, il s'était révélé un phénomène alarmant. Le malade se plaignait de mal de gorge; il était impossible de lui faire sortir la langue de la bouche pour voir le pharynx; cependant il disait avaler assez facilement. En même temps la plaie paraissait blafarde et sécrétait une sérosité d'assez mauvaise nature. — Pansement avec de la poudre de quinquina.

La journée fut calme; mais la gêne dans la déglutition persista. J'essayai en vain, quelque soin que j'y misse, d'inspecter le fond de la gorge; la langue semblait invinciblement fixée par sa base au fond du pharynx. Cependant la voix restait naturelle, la salivation régulière; il n'y avait pas de douleur à la pression dans la région sus-hyoïdienne.

Le 27, *à huit heures du matin*, la plaie a un aspect encore moins satisfaisant; elle est pâle, livide, cependant sans traces de gangrène. La gêne de la déglutition, la roideur de la base de la langue ont augmenté; on constate de plus le resserrement des deux mâchoires, poussé à un degré tel que les deux arcades dentaires se touchent et ne peuvent être écartées. Le trismus est manifeste. M. Malgaigne porte un pronostic fatal, et recommande de suivre d'heure en heure, autant que possible, les progrès du mal pour vérifier les doctrines reçues; cependant il ne veut pas rester inactif. La plaie est pansée avec des bourdonnets recouverts de poudre de cantharides; un suppositoire avec deux gouttes d'huile de croton est prescrit contre la constipation; deux vésicatoires derrière les oreilles avec l'ammoniaque, saupoudrés chacun avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, en renouvelant cette dose toutes les trois heures. Le chirurgien essaye enfin de faire respirer au malade du chloroforme. L'anesthésie est complète, et n'amène cependant qu'une résolution incomplète dans la rigidité musculaire. Toutefois, en revenant à lui, le blessé ouvre la bouche davantage et déclare éprouver du soulagement. Il est prescrit, en conséquence, d'y revenir dans la journée, selon le besoin et surtout si les accidents augmentent.

Onze heures. Je reviens examiner attentivement le malade. Tout d'abord je constate un fait qui a aussi frappé la religieuse : c'est que les yeux sont moins ouverts et paraissent ainsi plus petits que les jours précédents; il y a constriction de l'orbiculaire des paupières. Les pupilles sont fortement contractées, les paupières presque toujours à demi fermées; le regard est un peu éteint. Sur les pommettes, taches rouges assez bien circonscrites; il y a plutôt pâleur que coloration du visage, malgré le tempérament pléthorique du sujet. Les deux arcades dentaires s'écartent au plus, et avec effort de la part du malade, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres; la pointe de la langue les déborde avec peine; elle est recouverte d'un enduit blanchâtre. A l'état de repos, les lèvres ont leur forme ordinaire; mais si la bouche est ouverte, c'est le diamètre transversal qui est augmenté, exagéré; les commissures sont attirées en dehors; l'orbiculaire des lèvres est senti alors dur et rigide. Si, au contraire, le malade veut diminuer l'ouverture de la bouche, pour boire dans une cuiller, par exemple, l'orbiculaire obéit; mais il y a effort pour obtenir le froncement des lèvres : c'est par secousses, comme par saccades, que la bouche arrive à saisir l'extrémité de la cuiller qu'on lui présente. Il ne faut pas s'exagérer cette roideur de l'orbiculaire des lèvres : c'est en observant attentivement comment se fait la préhension qu'on la constate. La face dorsale de la langue est appliquée contre la voûte du palais, et il est impossible de l'abaisser, même en insistant avec force; on ne peut donc constater l'état du voile du palais et de ses piliers. La sputation est très fréquente. Le lit du malade est couvert de ses crachats lancés au hasard; c'est seulement avec les lèvres et les joues qu'il les expulse : la tête fortement appuyée sur l'oreiller, il rapproche ses lèvres comme s'il prononçait la lettre O, et souffle avec force. La roideur de sa langue l'empêche, dit-il, de cracher autrement.

Midi. La région sus-hyoïdienne présente tous ses muscles contractés, durs, roides comme des cordes tendues. Les deux sterno-mastoïdiens font sous la peau une saillie notable; leurs attaches inférieures se dessinent vigoureusement, et, pendant les violentes

---

FEUILLETON.

COMPTE-RENDU

des travaux de la Société médicale du onzième arrondissement pendant l'année 1851-52.

(Fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Affections des organes génitaux. — M. Dumas vous a lu deux observations fort intéressantes de corps fibreux de l'utérus arrêtés dans leur marche par l'emploi de saignées abondantes et répétées.

Le sujet de la première est une femme de quarante-neuf ans, qui fut atteinte de pertes utérines d'abord légères et apparaissant à chaque époque menstruelle, puis plus abondantes et finissant par devenir permanentes.

Pendant trois ans, les toniques, les astringents et le repos absolu furent employés sans succès; la malade, qui était primitivement robuste, était tombée dans un état de faiblesse et d'anémie tel que sa mort paraissait prochaine. Une tumeur volumineuse, dure, appartenant évidemment à l'utérus, occupait le bassin et la fosse iliaque droite. Ce fut alors que M. Dumas, changeant complètement le traitement, pratiqua à intervalles assez rapprochés plusieurs saignées abondantes. Les accidents diminuèrent d'intensité. Encouragé par ce commencement de succès, il continua le même moyen d'abord de mois en mois, puis à intervalles plus éloignés, et vit sous leur influence la tumeur diminuer considérablement de volume, les pertes cesser complètement, les forces et l'embonpoint revenir.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de même constitution et à peu près du même âge, portant depuis huit ans plusieurs tumeurs fibreuses développées sur la face péritonéale de l'utérus et dont l'existence a été constatée par plusieurs chirurgiens, entre autres par Blandin. Voyant que des hémorrhagies de plus en plus abondantes revenaient depuis plus d'un an à chaque époque menstruelle et avaient fini par être continues, il fit tous les mois une forte saignée quelques jours avant l'apparition des règles, et sous leur influence les pertes cessèrent complètement, les tumeurs diminuèrent de volume et la santé se rétablit. Quoique, suivant la remarque pleine de justesse de M. le professeur P. Dubois, l'âge des malades n'ait peut-être pas été sans influence sur ce résultat, puisqu'il n'est pas rare de voir des accidents de cette nature cesser sans aucun traitement avec les règles, quoiqu'il soit possible, surtout pour le premier sujet, comme vous l'a fait remarquer M. Deville, de s'expliquer la diminution rapide des tumeurs par le fait d'une hyperhémie de l'utérus coïncidant avec des corps fibreux, ces deux observations ne vous en ont pas moins paru très remarquables et sous le rapport de la hardiesse heureuse avec laquelle le chirurgien a employé la saignée chez des femmes devenues anémiques, et sous le rapport du principe d'après lequel elles ont été mises en usage; ce n'est pas, en effet, une saignée dérivative de 150 à 200 grammes faite après les règles comme le voulait Lisfranc, c'est au contraire une saignée abondante, une saignée déplétive, que pratiquait M. Dumas quelques jours avant l'époque menstruelle.

M. Seguin vous a fait connaître deux observations remarquables de polypes utérins. Dans le premier cas, on sentait dans le vagin une tumeur volumineuse, molle et comme gélatineuse à sa surface, formée au centre de noyaux durs et résistants, et s'implantant par un pédicule assez large sur la partie gauche du col. Cette tumeur fut excisée et la plaie cautérisée avec le fer rouge.

Quelques jours après, on s'aperçut qu'il restait une petite portion de la tumeur adhérant au col et paraissant pénétrer dans sa substance; la plus grande partie en fut arrachée et le reste détruit par le cautère actuel. Cette tumeur était formée de cellules fibreuses contenant dans leur intérieur une pulpe rougeâtre.

Depuis huit mois, la guérison ne s'est pas démentie. M. Seguin demandait l'opinion de la Société sur la nature de la tumeur, et M. P. Dubois n'hésita pas à dire que tout autorisait à penser qu'on avait affaire à un polype celluleux.

Le second cas avait été observé sur une femme de quarante-cinq ans; elle portait un polype de la grosseur d'une cerise, dont le pédicule, passant à travers l'orifice du col, allait s'implanter sur la surface interne de l'utérus.

L'excision fut proposée par deux consultants appelés par M. Seguin, et exécutée par notre collègue. Elle donna lieu à une hémorrhagie pour laquelle il fallut tamponner le vagin, tous les autres moyens ayant échoué. Quelques jours après on reconnut que l'utérus, aussi volumineux qu'à la fin du troisième mois de la gestation, contenait une nouvelle tumeur. Les consultants furent d'avis d'attendre. Un an après, la malade s'affaiblissait de plus en plus par suite des pertes blanches qu'elle éprouvait, l'opération fut résolue; mais tandis que les consultants étaient d'avis d'extirper la tumeur, M. Seguin, se rappelant l'hémorrhagie antérieure, crut devoir employer la ligature; et, en effet, le fil étant posé, il donna, avant de

inspirations, la fossette assez prononcée qui les sépare s'exagère en s'enfonçant. La pression sur le larynx n'est pas douloureuse. En saisissant le pharynx un peu vivement par ses faces latérales, et en insistant sur la pression, on finit par déterminer de légers mouvements de contraction qui fatiguent le malade; je n'insiste pas pour les produire. La déglutition est incomplète, presque impossible. Le premier temps paraît s'exécuter encore assez facilement, malgré la rigidité de la langue qui semble surmontée en partie avec de la patience ; mais le second temps n'a plus lieu : en plaçant la main sur le cou du malade, et en lui disant d'avaler, le larynx reste immobile. En lui faisant prendre quelques gouttes de potion, je constate que le liquide arrive facilement au fond de la bouche ; de là, il s'écoule dans le pharynx; mais il pénètre dans le larynx, et il survient une toux assez violente qui cesse après deux ou trois efforts. Le malade se plaint cependant de la soif, et voudrait la satisfaire. Les muscles de la région postérieure du cou sont roides, et tellement, qu'en prenant le malade sous la tête on le dresse jusqu'à l'asseoir sur son séant. On triomphe cependant de la roideur du cou en le tenant pendant quelques minutes soulevé par les mains placées derrière la tête. Les muscles de la partie postérieure du dos ne participent en rien à cette rigidité ; le malade peut presque seul, en saisissant la corde suspendue au-dessus de son lit, s'asseoir sans difficulté.

Une heure. Les muscles des parois thoraciques, le diaphragme et les muscles abdominaux fonctionnent avec régularité : rien qui dénote le moindre trouble de ce côté. La respiration est régulière; l'oreille appliquée sur la poitrine n'y trouve pas de râle muqueux ; les inspirations et les expirations semblent seulement un peu plus fréquentes que les jours précédents. Les crachats, toujours abondants, n'offrent rien de particulier, et viennent exclusivement de la bouche ou de la gorge ; les poumons n'y sont pour rien. La pression sur les parotides n'est pas douloureuse : aucune tuméfaction de ce côté. Le malade n'éprouve pas de douleur, de crampes, pas de céphalalgie ; ses membres exécutent facilement des mouvements étendus et n'offrent pas de traces de contracture. Il dit lui-même ne pas souffrir, et ne paraît pas inquiet de sa position ; seulement, il m'apprend alors que son frère a succombé après une amputation de jambe ; je n'ai pas le courage de lui demander à la suite de quels accidents, de peur de lui faire énumérer ceux qui le menacent. La circulation n'offre rien de remarquable, le pouls bat 84 pulsations par minute. La peau est recouverte d'une sueur très abondante, surtout vers la partie supérieure du tronc et vers la face ; la jambe gauche, au contraire, est plutôt froide que chaude : on place une boule d'eau tiède près du pied. On a soin d'essuyer fréquemment le malade, et à peine la serviette est-elle passée sur son visage qu'on voit presque immédiatement perler des gouttes de sueur, qui bientôt se réunissent et coulent dans les rides déclives de la peau. Les cheveux sont mouillés comme si la tête avait été plongée dans l'eau. La miction est fréquente, sans douleur, et la quantité d'urine rendue chaque fois peu considérable ; elle est rouge, même briquetée. Le suppositoire a été introduit de midi à une heure; il a pénétré facilement. La sensibilité générale est exagérée, le moindre bruit continu fatigue le malade et l'impatiente : aussi il me prie de faire cesser les roulements qu'un malade exécute au loin sur les carreaux de la salle. L'intelligence est nette, précise, et ne paraît compromise en aucune manière. Seulement, il me paraît y avoir quelque chose de roide, de brusque, de convulsif dans les contractions du visage, et exagération des sillons de la face; les narines aussi se dilatent plus que le matin, quand le malade fait un effort pour respirer plus largement. La voix est faible, éteinte, sourde et légèrement entrecoupée; si elle s'élève, les mots ne sont plus articulés distinctement ; pas de nasonnement. Je quitte le malade à deux heures et demie.

Trois heures. Je le retrouve à peu près dans la même situation. Il vient d'avoir un épistaxis peu abondant; quelques gouttes de sang ont coulé dans l'arrière-bouche et ont été expulsées avec les crachats; elles n'ont pas gêné le malade. Seulement, en essayant de lui faire avaler quelques gouttes de liquide, la religieuse a constaté une seconde fois l'impossibilité de la déglutition ; la potion a pénétré dans le larynx et déterminé un accès de suffocation, qui se dissipe. La tête est manifestement portée en arrière. Le malade dit toujours n'éprouver aucune douleur, aucun spasme : il est tranquille Quant à la respiration, elle n'est pas gênée; seulement, c'est surtout avec le diaphragme qu'elle s'exécute; il n'y a qu'en excitant le blessé à respirer plus largement que les parois thoraciques entrent en jeu. Les vésicatoires ont déjà été pansés deux fois; j'applique de nouveau le chlorhydrate de morphine.

En considérant l'état des choses, je me demandai s'il n'y avait pas lieu de revenir au chloroforme; mais le malade ne souffrait pas, la roideur des muscles ne paraissait pas s'étendre ; il est vrai que la respiration était moins libre; mais sous l'influence du chloroforme, elle aurait pu devenir plus pénible. D'ailleurs, il n'y avait pas de péril imminent. Je me déterminai à attendre en surveillant de très près le malade.

La sueur coule toujours avec la même abondance ; on change le malade en prenant toutes les précautions convenables. Le suppositoire n'a encore produit aucun résultat. Comme la constipation a été généralement attribuée au spasme de la tunique musculeuse de l'intestin, je prescris un lavement avec 10 gouttes de chloroforme. Je quitte le malade à quatre heures et demie.

Sept heures et demie. Je reviens à son chevet : au premier coup d'œil, la situation me paraît peu modifiée. La rigidité musculaire ne s'est pas étendue. Le ventre a conservé sa souplesse; le diaphragme et les muscles du thorax se contractent; le malade semble prendre par chaque épaule un point d'appui pour soulever et dilater sa poitrine. Mais la respiration est plus gênée, plus embarrassée et comme entrecoupée. L'auscultation fait constater la présence de râles muqueux dans le poumon, mais manifestement insuffisants pour expliquer l'anxiété respiratoire; la cause de ces symptômes d'asphyxie commençante est évidemment la roideur des muscles du larynx et du pharynx. En conséquence, je fais respirer du chloroforme ; mais, au bout de trois ou quatre minutes, la respiration me semble devenir plus pénible. Je cesse et ne remarque pas de résolution des muscles du cou.

Huit heures. Une écume analogue à celle de l'épilepsie s'échappe des lèvres du malade ; l'effort des buccinateurs et des expirateurs est insuffisant pour l'expulser. Les narines s'écartent largement à chaque inspiration. Le ventre a conservé sa flaccidité habituelle ; le thorax s'élève et s'abaisse ; les contractions du diaphragme sont très vives. Malgré cela, l'ensemble du malade indique qu'il touche à sa fin. Il est huit heures et demie, l'écume s'accumule autour de la bouche; puis tout à coup survient un spasme convulsif qui dure quelques minutes; le malade se débat comme s'il luttait contre une main invisible qui l'étranglerait. Les râles muqueux n'augmentent pas notablement; le ventre obéit toujours aux contractions violentes du diaphragme. Puis le pouls devient de plus en plus petit à mesure que le spasme se calme ; il finit bientôt par disparaître sous le doigt; l'oreille sur le cœur constate la même diminution progressive des battements. Enfin, à neuf heures moins un quart tout cesse de battre : le malade est mort.

Un fait remarquable, c'est que cinq minutes après la mort la résolution des muscles du cou était complète : la tête obéissait sur l'oreiller à tous les mouvements qu'on lui imprimait; le doigt écartait sans peine les deux mâchoires d'une manière assez notable.

L'*autopsie* fut faite avec un grand soin, surtout en ce qui concernait l'examen de l'arrière-gorge.

Le cadavre couché sur le ventre, les vertèbres cervicales furent enlevées avec précaution, et les muscles écartés pour mettre à nu la paroi postérieure du pharynx. Cette paroi, divisée à son tour, laissa voir tout d'abord l'épiglotte relevée, l'orifice supérieur du larynx ouvert de 3 centimètres en hauteur sur 15 millimètres de largeur; le voile du palais et ses piliers postérieurs affaissés sur la base de la langue; celle-ci dans un état complet de résolution. La distance qui séparait le sommet de la grande corne de l'os hyoïde du point le plus rapproché de l'orifice supérieur du larynx était de 15 millimètres. La glotte était ouverte comme dans l'état normal; le larynx contenait seulement quelques mucosités. Les muqueuses du pharynx, du larynx et de l'œsophage n'offraient aucune altération.

Dans le thorax, outre des traces de pleurésie ancienne à la partie supérieure et postérieure du poumon droit, on trouve à la surface des poumons des taches nombreuses, irrégulières, bleuâtres ou noirâtres, surtout sur les faces antérieures et les faces latérales. Quelques-unes de ces taches sont de simples ecchymoses ne pénétrant pas dans la substance de l'organe, les autres, plus profondes, formaient des foyers sanguins épars. La face postérieure des deux poumons offrait une coloration noirâtre uniforme, et leur coupe dans tous les sens présentait des caillots sanguins à la lumière des vaisseaux, des bulles d'air très petites, très nombreuses, venant sourdre à toute la surface; mais pas de mucosités. Les bronches n'offraient aucune trace d'inflammation et ne contenaient pas de mucus. Rien dans le péricarde. Dans le côté gauche du cœur, rien d'anormal. Du côté droit, le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire présentait une coloration bleuâtre bien prononcée et se prolongeant jusque dans l'oreillette. Le tissu musculaire en cet endroit n'était pas ramolli, mais très injecté. Le sang, en grande quantité dans l'oreillette et le ventricule droit, était diffluent et à peine mélangé de quelques caillots.

Dans les intestins, les fèces sont dures, verdâtres. Pas de vers intestinaux. L'estomac est injecté et ramolli, surtout autour de la petite courbure, et contient peu de mucosités. Le foie est volumineux, mais sans altération. La rate et les reins sont sains. La vessie contient très peu d'urine.

Dans l'encéphale, nulles traces d'inflammation ou de congestion des méninges. Les faces supérieure et latérale de chaque lobe antérieur étaient recouvertes, sous l'arachnoïde, par une sérosité sanguinolente, spumeuse, qui filait sous la pointe du scalpel ; au-dessous, la substance cérébrale n'était pas ramollie. Dans leur ensemble, les vaisseaux qui enveloppent le cerveau ne paraissaient pas distendus d'une manière exagérée. Pas de sérosité dans les ventricules latéraux. Toutes les parties de l'encéphale examinées attentivement, cerveau, cervelet, isthme et bulbe rachidien, n'offrirent pas la moindre trace de ramollissement ou d'injection. Aucune altération non plus dans toute la portion cervicale de la moelle.

Le moignon a été disséqué avec soin; aucun nerf n'était compris dans les ligatures des artères, et il n'y avait pas d'indices de résorption purulente.

Les principaux faits de cette observation peuvent se résumer ainsi, et conduire aux remarques suivantes :

1° Les muscles des mâchoires et du cou ont seuls présenté, chez notre malade, la roideur tétanique; en d'autres termes, il n'y a eu que trismus, et malgré cela la mort est arrivée rapidement. Boyer dit bien que l'affection se borne souvent à ce seul symptôme; mais, non plus que les autres auteurs, il ne dit pas ce qui arrive alors. Cette observation peut servir à combler cette lacune.

2° Quelle a été la cause du trismus ? On ne saurait alléguer ni la ligature d'un nerf, ni une lésion grave de l'appareil nerveux ou de tout autre appareil, ni enfin la présence de vers intestinaux dans l'intestin. Au lieu de nous perdre dans des conjectures, il est plus vrai de dire que nous n'en savons rien.

3° Vingt-quatre heures avant la contraction des muscles des mâchoires, regardée comme le signe pathognomonique du trismus, nous voyons qu'il y avait déjà *roideur de la base de la langue, constriction du pharynx et gêne dans la déglutition, sans douleur à la pression dans la région sus-hyoïdienne;* puis est venue la *constriction de l'orbiculaire des paupières;* tous ces signes coïncidant avec l'*atonie du moignon.* Nous ne voulons pas conclure de là que chacun de ces signes annonce nécessairement le trismus, mais nous croyons que leur ensemble surtout a une valeur très réelle au point de vue du diagnostic, et que leur apparition, même incomplète, doit rendre le pronostic du chirurgien très circonspect. M. Marjolin a déjà signalé, du reste, une gêne notable dans la déglutition et la rougeur du pharynx avant l'apparition du trismus.

4° Pour ce qui est de la roideur musculaire dans le tétanos, on parle beaucoup de rémissions dans l'état de contraction des muscles. Ces rémissions n'ont pas existé chez notre sujet; elles peuvent donc manquer au moins dans certains cas. De plus, l'un des caractères de cette roideur, c'est d'être *progressive;* au début, chez notre malade, elle pouvait être surmontée à la langue, au pharynx, au cou ; à la fin, au contraire, on ne pouvait en triompher. Et peut-être doit-on attribuer à ce caractère de la rigidité tétanique l'amélioration obtenue le 27 au matin à l'aide du chloroforme, et l'impuissance de ce précieux agent thérapeutique le soir.

5° Pendant toute la durée de l'affection convulsive, il n'y a pas eu de douleur. Samuel Cooper (art. *Tétanos*) dit cependant : « Quel que soit le siége des contractions musculaires dans le tétanos, elles sont toujours accompagnées de douleurs déchirantes. » Il est vrai qu'il cite un cas observé par sir Gilber Blane, dans lequel la durée du tétanos fut considérable, mais qui ne fut nullement douloureux. Notre observation établit au moins que la douleur peut manquer dans le tétanos le plus rapide.

6° Un autre fait important, c'est que la violente convulsion à la suite de laquelle notre malade a succombé n'a pas été précédée d'un roideur musculaire générale ; et cependant Boyer semble dire que le spasme doit être universel pour que la mort arrive ainsi. C'est la roideur des muscles du cou qui a été cause de la mort, et non celle du diaphragme et des muscles du thorax et de l'abdomen, car ceux-ci ont fonctionné jusqu'à la fin. Nous sommes loin de prétendre qu'il en soit toujours ainsi, mais nous regardons comme parfaitement établi *qu'il est des cas dans lesquels la seule contraction des muscles des mâchoires et du cou peut déterminer la mort chez les individus atteints de tétanos.*

7° Quant à la violente convulsion à la suite de laquelle notre malade a succombé, elle a été déterminée par le manque de respiration, il y a eu asphyxie; l'ensemble des symptômes de l'agonie et, bien plus, l'examen cadavérique des poumons et du cœur le démontrent. De plus, l'obstacle à la respiration était dans le pharynx ou dans le larynx; il n'y avait même pas de mucosités dans les bronches.

Quel a été le mécanisme de cette asphyxie? M. Malgaigne penchait à croire que la base de la langue, tirée en arrière, aurait fini par faire basculer l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx et intercepter le passage. Toutefois, les phénomènes observés pendant la vie permettaient également de supposer qu'il y avait eu occlusion complète ou incomplète des lèvres de la glotte, causée par la rigidité des muscles des cordes vocales.

---

le serrer, pour justifier sa conduite, un coup de trocart dans la tumeur, qui produisit un jet de sang artériel considérable.

Au bout de quinze jours le polype tomba et la guérison fut radicale. La tumeur était composée de cloisons fibreuses s'entre-croisant dans tous les sens et formant des cellules qui contenaient un tissu très vasculaire.

M. Dubois fit remarquer, à la suite de ce second fait, toute l'importance de l'enseignement qu'il contenait. Il ne s'agissait pas ici de ces polypes fibreux que les belles recherches de M. Hervez de Chégoin nous ont montrées toujours recouverts d'une couche mince du tissu propre de l'utérus, et pour lesquels la ligature est à craindre, à cause des symptômes d'étranglement auxquels elle donne lieu quelquefois, mais bien de ces tumeurs cellulo-vasculaires communiquant largement avec le système artériel, se réduisant considérablement après leur ablation et donnant lieu à des hémorrhagies abondantes lorsqu'on leur applique l'excision. Aussi, croyait-il que M. Seguin avait eu parfaitement raison de choisir la ligature. Il vous raconta, à ce sujet, un fait de sa pratique trop intéressant pour que je ne l'analyse pas en quelques mots. Il s'agissait d'un polype de cette nature, si peu volumineux et muni d'un pédicule si long et si grêle que, dérogeant à la règle qu'il s'est imposée, il l'excisa d'un coup de ciseaux. Il s'ensuivit une hémorrhagie si considérable que la malade tomba presque immédiatement en syncope, qu'il fallut appliquer le tamponnement et le renouveler vingt-quatre heures après, de sorte que, nous fit remarquer notre honorable président, pour avoir voulu employer une méthode plus simple et plus expéditive, il imposa réellement à la malade un traitement plus long et plus douloureux.

M. Belin vous a entretenus d'une femme qu'il assista pendant un accouchement laborieux. Lorsqu'il fut appelé, le travail était déjà commencé depuis plusieurs heures ; l'orifice était à peine dilaté ; les contractions peu énergiques, et une hémorrhagie abondante menaçait les jours de la malade. Un liquide incolore, limpide, s'était écoulé en assez grande quantité avant l'hémorrhagie ; il acquit la conviction que l'enfant était mort depuis plusieurs jours, et que le placenta était inséré sur le col. Après avoir appliqué une ceinture fortement serrée autour du ventre de la malade, il tamponna le vagin avec une vessie de caoutchouc, et administra 4 grammes de seigle ergoté en plusieurs doses. Quelques heures plus tard, le col étant devenu dilatable, il perfora le placenta, trouva que les membranes étaient intactes et que l'écoulement de liquide primitivement observé devait être attribué à de *fausses eaux;* il termina l'accouchement par la version. L'hémorrhagie continuant, notre collègue lui opposa la compression de l'aorte, l'introduction de morceaux de glace dans le vagin et l'administration d'une nouvelle quantité de 4 grammes de seigle ergoté en plusieurs doses. Ces remèdes n'arrêtèrent l'écoulement qu'au bout de six heures, et les couches suivirent dès lors leur marche habituelle.

Cette communication a donné lieu à une discussion éminemment pratique, que vous vous rappelez sans doute, à la suite de laquelle M. Dubois a résumé en ces termes la conduite à tenir dans ces cas exceptionnels : Si les membranes sont rompues, dilater le col et terminer l'accouchement ; si les membranes sont intactes, tamponner le vagin et attendre que la dilatation soit suffisante, quand même le tampon devrait rester en place trente-six ou quarante-huit heures. Il présente le double avantage de suspendre l'hémorrhagie et de provoquer les contractions utérines. Lorsque la dilatation est obtenue, si toute autre partie que la tête se présente, terminer immédiatement l'accouchement; si la tête se présente, ou bien si le placenta ne correspond au col que par l'un de ses bords, il faut alors perforer dans ce point les membranes et laisser l'accouchement se terminer naturellement ; la tête vient former un véritable tampon qui arrête l'hémorrhagie, tandis que le vide produit par l'écoulement des eaux détermine bientôt des contractions plus actives; enfin si l'insertion du placenta est centrale, le perforer ou le décoller, et terminer l'accouchement par la version. M. Dubois donne la préférence au décollement.

M. Gérardin vous a communiqué aussi un cas de sa pratique obstétricale qui a fortement attiré votre attention. Une femme faible, anémique, atteinte d'anasarque depuis deux ou trois mois, était accouchée à midi d'un premier enfant vivant après un travail de quinze heures, pendant lequel il avait fallu stimuler les contractions utérines par l'administration de 2 grammes de seigle ergoté. Presque immédiatement après l'accouchement la sage-femme s'étant aperçue qu'une seconde poche des eaux venait de se rompre, et qu'une anse de cordon sortait par la vulve, avait réduit le cordon et fait appeler notre collègue. Quoique ayant perdu peu de sang, la malade était dans un état imminent de syncope. M. Gérardin appliqua une ceinture autour du ventre, et prescrivit 2 grammes de seigle ergoté en plusieurs doses et des boissons toniques et stimulantes. Vingt-neuf heures après il termina l'accouchement par le forceps. Il avait affaire à une présentation pelvienne. L'enfant fut amené facilement; il paraissait mort depuis douze à quinze jours ; la délivrance fut également facile, et M. Gérardin avait laissé depuis une demi-heure seulement la malade dans de bonnes conditions apparentes, lorsqu'on vint le chercher en toute hâte; il

L'autopsie, dirigée en ce sens, n'a confirmé ni l'une ni l'autre hypothèse; mais on ne saurait dire qu'elle les a infirmées, puisque la résolution des muscles des mâchoires et du cou était complète cinq minutes après la mort. On peut donc hésiter encore entre l'une et l'autre. Seulement, il faut remarquer que, si l'épiglotte avait basculé sur l'orifice supérieur du larynx, elle aurait empêché les liquides d'y passer. Y passaient-ils vers la fin? Il eût été bien difficile de le savoir; mais à coup sûr ils y passaient très facilement trois ou quatre heures avant la mort.

Quoi qu'il en soit, l'état de gêne de la respiration, les troubles du côté de la gorge étaient tout à fait comparables à ceux que j'ai observés l'an dernier à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Trousseau, chez les petits malades atteints de croup. Et cette analogie de situation m'avait tellement frappé pendant les derniers moments de notre blessé, que si ce n'eût été assumer une responsabilité trop pesante, je n'aurais pas hésité, voyant la vie prête à s'échapper, à tenter la trachéotomie.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

Hydrophobie. — Traitement par la poudre de cédrons et les inhalations de chloroforme. — Insuccès.

Le déplorable événement qui a eu lieu dans la rue Jacob a donné lieu, comme presque tous les événements de ce genre, aux bruits les plus absurdes et aux exagérations les plus extravagantes, dont quelques journaux quotidiens se sont faits en grande partie l'écho. Nos lecteurs nous sauront gré de rétablir les faits dans toute leur vérité, d'autant plus qu'ils ne sont pas sans intérêt au point de vue de l'expérimentation clinique de deux moyens qu'on a vantés (en Amérique, il est vrai) contre la rage. Voici la note qu'a bien voulu rédiger pour nous M. Charles Masson, ancien interne de l'hôpital de la Charité :

Le dimanche soir, j'avais été mandé chez cette dame, qui se plaignait de ressentir une douleur vive, qui du petit doigt de la main droite montait le long du cubitus en s'étendant jusqu'aux parties latérales du cou; elle l'attribuait à un refroidissement causé par un courant d'air auquel, étant en sueurs, elle avait été exposée quelques jours auparavant; je diagnostiquai une névralgie et prescrivis une friction avec l'huile de croton tiglium : on ne me dit pas un seul mot qui pût me faire soupçonner la terrible névrose qui allait éclater.

Le lendemain vers dix heures, je la trouvai assise dans son lit souffrant un peu moins de son bras que la veille; son visage était calme et même souriant. Seulement : Docteur, dit-elle, j'éprouve depuis minuit un phénomène assez singulier : je ne bois qu'avec beaucoup de peine. C'est, lui dis-je en plaisantant, que vous aurez été mordue par quelque chien enragé. Oh! non, dit-elle en riant, et elle ne se rappela plus ces paroles, qui auraient pu éveiller plus tard chez elle une terreur dont je me serais reproché d'avoir été la cause par mon imprudence involontaire. J'examinai le pharynx : il n'y avait pas la moindre rougeur; la couleur de la langue était naturelle; la pression exercée au-devant du cou ne déterminait aucune douleur; le pouls n'était point fébrile. Je lui présentai à boire un verre rempli de bière coupée, et alors, malgré ses efforts pour étancher une soif ardente, un spasme violent repoussait le vase; elle s'en détournait avec effroi; à peine quelques gorgées du liquide avaient pu pénétrer dans l'estomac. Le doute était impossible, c'était l'hydrophobie.

Je sortis pour trouver l'associé, qui nous avait quittés brusquement. Monsieur, me dit-il, quand vous avez parlé de chien enragé, j'ai frémi. Il y a soixante jours à peu près, le 9 mai, jour de la fête à Passy, nous avons rencontré dans le bois de Boulogne un petit chien. Nous l'avons saisi, et il a [illegible] d'entre nous; ramené à Paris, il rongeait avec [illegible] corde qui le tenait attaché à un meuble; il n'a voulu ni manger, ni boire. Mon jeune apprenti, effrayé, a, vingt-quatre heures après, coupé sa corde. Ce chien s'est enfui et n'a plus reparu.

Je prescrivis un bain, et sortis chercher quelques confrères, avec lesquels je n'ai pu me rencontrer que plus tard. De retour près de la malade, je la trouvai dans le bain; elle était agitée; la difficulté d'avaler était devenue de toute impossibilité. J'ai peur de l'eau, disait-elle (et elle mordait sa baignoire), et quand je veux boire, c'est *comme quelqu'un qui se noie.*

Retirée de l'eau et placée dans son lit, elle parut plus calme; une glace, que je lui présentai, n'excita aucun mouvement convulsif; elle se plaignait seulement d'étouffer par moments; elle parlait beaucoup, commençait à s'inquiéter, désirait revoir sa fille absente, et s'occupait affectueusement des personnes qui lui étaient chères. Le docteur Deleau, de la rue de Seine, vint la visiter, lui donna de la glace, qu'elle dévora; mais bientôt la glace fut repoussée comme la boisson.

Je rentrai à ce moment; je lui fis avaler quelques paquets de cédrons pulvérisés (50 centigrammes). Ce médicament, vanté contre la morsure des serpents et la rage, n'amena que quelques garde-robes, mais aucune modification dans les accidents. La malade, en proie à des pressentiments funestes, fit venir ses connaissances, leur dit adieu, et demanda un prêtre, qui passa quelques instants près d'elle.

M. Nonat la visita dans la soirée, et reconnut, ainsi que M. Deleau et moi, l'existence de l'hydrophobie. Il déclara, comme je l'avais fait, que l'art serait impuissant. J'avais fait prendre du chloroforme pour calmer les mouvements convulsifs lorsqu'ils se manifesteraient; mais j'attendais que l'anxiété fût extrême et les douleurs intolérables pour user de ce moyen, auquel je n'accordais qu'une confiance bien limitée, et tout au plus la faculté de soustraire momentanément la malade à l'horreur de sa situation. J'avais prévenu que le calme ne durerait pas longtemps; les yeux s'animaient, la parole était brusque, la voix rauque, la sputation fréquente. J'avais recommandé de placer près d'elle six personnes. Elles vinrent; mais plus la fureur grandissait chez la malade, plus leur courage faiblissait, et à trois heures du matin, la malade, restée seule avec l'associé, qui avait peine à la contenir sur sa chaise, se précipitait vers la fenêtre, brisait un carreau, et réveillait par ses hurlements les voisins épouvantés.

Je crus le moment venu d'user du chloroforme; mais la malade, n'étant pas suffisamment contenue, écarta le mouchoir sur lequel j'avais versé la liqueur, menaça de me mordre et me dit des injures, dont elle me demandait pardon un instant après.

A cinq heures du matin, nous nous trouvâmes réunis M. Nonat et moi. Mon confrère fut d'avis qu'on administrât à la malade un demi-lavement avec addition de 40 centigrammes d'extrait aqueux d'opium. Il est douteux qu'elle en ait gardé une quantité notable. A cette occasion, M. Nonat disait que, dans cette surexcitation nerveuse, les malades résistaient aux plus puissants remèdes; qu'on pouvait administrer impunément les narcotiques aux plus hautes doses, et, tout en en conseillant l'emploi, il doutait que le chloroforme pût agir comme il fait sur un individu bien portant.

Attirée par les clameurs de la malade, la foule grossissait autour de sa demeure; le commissaire de police, les sergents de ville avaient peine à maintenir la voie libre. Nous conseillâmes de la transporter à la Charité; mais la malade s'y refusa, et s'élança furieuse sur les commissionnaires qu'on avait appelés. On renonça à ce déplacement.

Les traits étaient décomposés; la face s'injectait et devenait violette par instants; le pouls était petit et fréquent; la peau se couvrait d'une sueur froide et gluante; elle rejetait sans cesse une salive visqueuse et blanchâtre. Plus les organes de la circulation faiblissaient, plus la puissance musculaire augmentait. Cette femme, mince et d'une constitution délicate, se dérobait aux plus fortes étreintes; rien ne pouvait la contenir lorsque la poussière, un corps brillant, la vue d'un verre venaient accroître sa fureur.

En ce moment, il était dix heures, deux nouveaux confrères, MM. Gaultier de Claubry et Grégoire, se joignirent à moi. Ce dernier, qui se consacre à la cure de l'hydrophobie par pure philanthropie, car sa fortune le dispense d'exercer son art dans un autre but que celui d'être utile, me montra une lettre de New-York dans laquelle un homme digne de foi l'assurait qu'on avait guéri par l'inhalation du chloroforme une jeune femme de cette ville. « Puisque aucune puissance humaine ne peut sauver la malade, me dit-il, que l'agonie est commencée, laissez-moi agir, laissez-moi tenter un suprême effort! » Je consentis. MM. Gaultier, Grégoire et moi nous montâmes chez la malade, et, aidés de l'associé, nous commençâmes les inhalations au moyen d'une éponge tenue à quelque distance du nez. Deux fois l'immobilité fut produite; un quart de minute peut-être la loquacité fut suspendue. On voulut profiter de ce calme d'un instant pour la faire boire; mais le liquide fut repoussé, bien que les membres fussent immobiles et insensibles. Les mains devenaient de plus en plus cyanosées; des ecchymoses s'étendaient sur les avant-bras; la malade parut dormir : elle était morte.

Il me serait difficile de décider si la mort a été avancée ou retardée par les inhalations, qu'on suspendait aussitôt qu'elle cessait de s'agiter; mais je crains qu'on ne puisse, dans d'autres circonstances, obtenir un effet calmant durable : la fureur renaissait avec le moindre signe d'existence.

Je n'ai observé chez cette malade ni frisson, ni fièvre, ni congestion cérébrale; elle n'a point eu d'hallucinations; elle m'a paru souffrir de la contraction des muscles du pharynx et de ceux du larynx. C'est pour respirer, pour échapper à une sorte de strangulation continue, qu'elle se tordait, qu'elle s'élançait. On a vanté la laryngotomie dans le traitement de l'épilepsie; si une sonde était placée dans le larynx, la malade ne souffrirait plus de cette occlusion de la glotte; les liquides ne détermineraient peut-être plus les contractions des muscles du pharynx; on pourrait peut-être prolonger la vie, et alors, qui sait?

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 mai 1852. — Présidence de M. Foucart, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance comprend :

Le *Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris*, années 1848-1851;

Les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, mars et avril 1852;

De l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses des os, par le docteur A. Legrand;

De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules, par le même;

De l'accouchement provoqué avant le terme de la viabilité et de l'opération césarienne; considérations présentées à l'Académie de médecine, séance du 16 mars 1852, par M. Chailly (Honoré).

— M. Duperthuis, revenant sur un sujet dont il a été question dans une précédente séance, parle d'une nourrice qui eut le choléra en 1849. Notre confrère ne permit pas qu'elle continuât de nourrir; mais la malade ayant guéri rapidement, et les seins affaissés s'étant réveillés et tuméfiés, un petit chien fut amené qui teta la nourrice, se mit immédiatement à crier, fut pris de diarrhée et de vomissements, qui se terminèrent par la mort le soir même.

M. Masson fait observer que des enfants tettent impunément leurs mères atteintes de maladies aiguës, de fièvres typoïdes, etc.; que, dans les circonstances dont parle M. Duperthuis, les jeunes chiens ont presque toujours succombé, que la nourrice fût malade ou non. Suivant M. Masson, ce fait tiendrait probablement à la gloutonnerie des petits chiens.

M. Duperthuis insiste sur ce que la mort a eu lieu le soir même, précédée d'un amaigrissement survenu en quelques heures. L'enfant, qui avait été enlevé au sein de sa mère malade, mourut lui-même, trois mois après, du choléra.

M. Duhamel. Une nourrice prise du choléra et n'ayant pas cessé d'allaiter son enfant mourut; la même terminaison eut lieu le même jour pour le nourrisson, âgé de trois mois.

M. Terrier rappelle que les procès-verbaux publiés en 1849 expriment une opinion contraire aux faits exceptionnels qui viennent d'être exposés.

— M. Chalut lit un rapport sur le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe*, année 1851. Le rapporteur conclut à ce que des remerciments soient adressés à la Société médicale de la Sarthe, en la priant de nous adresser, comme par le passé, chaque bulletin nouveau qu'elle publiera.

Les conclusions de M. Chalut sont adoptées.

— M. Magne. Vous avez sans doute connaissance du nouveau moyen conseillé par M. Izarié pour combattre la névralgie sciatique. Ce moyen est l'iodure de potassium, non pas à haute dose, mais à dose excessive : 8 grammes par jour dans 125 grammes d'eau sucrée. Quatre observations de guérison presque instantanée ont été publiées. J'appris ces résultats de la bouche même de M. Izarié au moment où je souffrais cruellement d'une sciatique.

Aussitôt j'eus recours à la formule que je viens d'indiquer; quatre heures après l'ingestion du médicament, la sciatique disparut comme par enchantement, mais fut remplacée par une série de phénomènes non moins douloureux. Une névralgie survint qui occupa le côté droit de la mâchoire supérieure, puis l'oreille, puis le front, puis toute la tête; les conjonctives s'injectèrent, se tuméfiè-

arriva aussitôt; elle était morte! Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

A quoi attribuer cette funeste terminaison? De la discussion que cette remarquable communication a fait naître, il est résulté que la mort pouvait avoir été causée soit par une attaque subite d'éclampsie, soit par le trouble résultant dans l'économie de la déplétion subite de l'utérus distendu par deux fœtus à terme, soit par une hémorrhagie interne qui n'aurait point été assez abondante pour déterminer une saillie évidente de l'abdomen, et suffisant cependant pour faire succomber une femme déjà anémique.

On a coutume de rapprocher de l'obstétrique les maladies des enfants nouveau-nés. Permettez-moi donc de vous rappeler ici deux communications très intéressantes qui vous ont été faites, l'une par M. Cullerier, l'autre par M. Dubois.

M. Cullerier a mis sous les yeux de la Société les poumons d'un enfant qui a succombé dans son service. Cet enfant, né d'une mère bien évidemment syphilitique, est venu au monde bien portant; mais il n'a pas tardé à présenter tous les symptômes d'une syphilis héréditaire : éruption papuleuse, plaques muqueuses autour de l'anus et des parties génitales, roséole, etc... A la suite d'un traitement antisyphilitique tous ces symptômes avaient disparu, lorsque le petit malade tomba dans un état de marasme qui amena rapidement sa mort. A l'autopsie on trouva dans le foie, la rate, les poumons et à la surface du péritoine, des masses blanchâtres semblables à des tubercules, et M. Cullerier se demandait s'il fallait les considérer comme l'une de ces altérations syphilitiques signalées chez les enfants nouveau-nés par plusieurs auteurs, et notamment par MM. Dubois, Simpson et Depaul. L'examen microscopique fait par M. Lebert a démontré qu'il s'agissait bien ici de tubercules.

M. Dubois vous a montré le foie d'un enfant qui a succombé peu de jours après sa naissance, après avoir présenté aux mains et aux pieds des bulles nombreuses de pemphigus, laissant à nu, après leur déchirure, le derme coloré en brun-rougeâtre. Cet organe contenait dans son intérieur un petit abcès de la grosseur d'une aveline; on avait également trouvé du pus dans le thymus. Ici le caractère syphilitique de la maladie n'était point douteux, et les antécédents venaient encore corroborer cette opinion; en effet, la mère de cet enfant avait eu un écoulement vaginal abondant, suivi de douleurs fixes dans la tête et d'alopécie, et la vie déréglée que menait le père ne pouvait laisser aucun doute sur l'origine de tous ces symptômes.

Vous avez enfin souvent eu l'occasion, messieurs, dans le cours de nos séances, d'admirer les belles conservations anatomiques de notre confrère M. Roux. Ce qui distingue le procédé de notre collègue, c'est qu'il suffit de laisser séjourner dans un liquide, pendant trois jours au plus, la pièce que l'on veut conserver, quelque volumineuse qu'elle soit, serait-ce un animal entier, pour qu'elle devienne imputrescible, tout en conservant exactement son aspect extérieur, sa forme et sa couleur. Au moment de l'émersion, les tissus conservent leur souplesse; mais, exposés à l'air, ils se dessèchent peu à peu, acquièrent l'élasticité du cuir et deviennent transparents, comme vous avez pu le remarquer, notamment sur une main de femme et une oreille humaine, à travers lesquelles on voyait, par réfraction, la couleur rose du sang contenu dans les vaisseaux. Des poissons, des oiseaux, des reptiles, des souris, des foies et des poumons entiers, une tête entière ont ainsi passé successivement sous vos yeux, vous montrant sous des aspects divers l'excellence du procédé de M. Roux. Les moyens de conservation acquièrent une nouvelle importance dans un temps où les sujets anatomiques deviennent si rares, et s'il est possible à notre collègue d'abaisser assez le prix de son liquide pour qu'il puisse être appliqué aux sujets destinés à l'étude de l'anatomie et de la médecine opératoire, il aura certainement rendu un service signalé.

Il me reste à vous parler, messieurs, des ouvrages imprimés qui vous ont été offerts.

Quand alors chacun viendra communiquer les faits les plus intéressants de sa pratique et soumettre au jugement de ses confrères les cas exceptionnels qu'il aura observés, que ceux d'entre vous qui s'occupent de littérature médicale vous apporteront le fruit de leurs veilles, votre Société, profitant des éléments scientifiques si nombreux que renferme le corps médical du onzième arrondissement, ne le cédera bientôt à aucune de celles qui florissent à Paris.

Le bureau de la Société est ainsi composé pour l'année 1852-53 :
Président, M. Paul Dubois;
Vice-président, M. Gasnault;
Secrétaire général, M. Dequevauviller;
Secrétaires, MM. Brochin et Machelard;
Trésorier, M. Focillon.

fièrent; un larmoiement incommode, une grande salivation et un trouble manifeste de l'ouïe : tels sont les symptômes que j'éprouvai. Ils disparurent graduellement comme ils étaient venus, et je me retrouvai alors, comme devant, avec ma sciatique.

M. Chalut dit avoir employé avec succès une solution d'iodure de potassium pour combattre les névralgies : 8 grammes dans 130 grammes d'eau. Cette solution a été administrée par notre confrère à l'intérieur et en applications sur les tempes.

M. Boyer. Ce que je vais dire vient à l'appui de la communication de M. Magne. Un médecin distingué des hôpitaux, après s'être entretenu avec M. Izarié des observations que celui-ci avait publiées, fit usage de l'iodure de potassium sur deux malades, qui éprouvèrent les mêmes accidents que M. Magne vient de décrire, et dont la sciatique ne fut nullement modifiée.

M. Coursserant rapporte un cas de guérison de migraine à l'aide du cyanure de potassium en lotions sur la tête; cette migraine était ancienne, et s'était montrée rebelle à une foule d'agents thérapeutiques. M. Coursserant dit, en outre, s'être bien trouvé d'une préparation de 50 centigr. de sulfate de quinine et de 5 centigr. de morphine contre les névralgies consécutives aux opérations de cataracte.

M. Boyer. Dans les phénomènes éprouvés et rapportés par M. Magne, il y a eu déplacement de la douleur par une douleur plus vive; dans d'autres cas, il y a simplement coïncidence et guérison stable en apparence. Un ancien officier, qui a longtemps fait la guerre, a été paraplégique à la suite d'une blessure de la colonne vertébrale; il a guéri de cette paraplégie; mais de temps à autre apparaissent des accidents de rhumatisme. L'an dernier, c'était une sciatique; cette année, il souffrait depuis trois semaines d'une névralgie poplitée. On m'appelle en toute hâte, et je constate une pneumonie du côté droit; trente-six heures après, la névralgie s'était dissipée. Le traitement de la pneumonie avait consisté en vésicatoires, la faiblesse du malade s'opposant aux émissions sanguines.

M. Magne. Puisque nous sommes sur la question des rhumatismes et des névralgies, je dirai que tous les traitements réussissent et que tous échouent. J'ai employé avec succès les sangsues, les ventouses scarifiées, les applications chaudes ou glacées, les purgatifs, les vésicatoires, la morphine à l'intérieur ou par la méthode endermique, le chloroforme en frictions ou à l'intérieur, le sulfate de quinine, etc.; les mêmes moyens m'ont fait défaut dans les mêmes circonstances; l'inspiration seule du chloroforme n'a jamais manqué de réussir dans les crises générales, si violentes qu'elles étaient intolérables. Mais ce moyen n'est pas sans danger quand on y revient souvent. Outre les accidents immédiats, il laisse des traces médiates dont l'économie se ressent longtemps. En somme, comme les rhumatismes frappent la plupart du temps aussi rapidement que la foudre et disparaissent de même, chaque fois qu'un médicament semble réussir, je suis en droit de me demander si la guérison est due à ce médicament ou bien tout simplement à la cessation spontanée de la cause rhumatismale.

Quant aux accidents que j'ai éprouvés à la suite de l'iodure de potassium, M. Boyer vous l'a dit, il y a eu métastase; mais, en outre, il y a eu une véritable intoxication due à un excès d'iodure de potassium. Si cet agent est appelé à rendre quelques services dans la diathèse rhumatismale, on pourrait utiliser ses effets thérapeutiques sans s'exposer aux accidents toxiques; il suffirait d'en diminuer la dose; car il résulte des expériences faites jusqu'ici que l'iodure de potassium donné en excès est éliminé en partie au bout de quelques heures. R. Ricord, qui l'emploie associé à la teinture de colchique et au sirop des cinq racines pour combattre le rhumatisme, le formule à faible dose.

— M. Carron lit, sur la maladie scrofuleuse, un travail dont voici les conclusions :

La scrofule, appelée aussi diathèse strumeuse, écrouelleuse, constitution lymphatique, les bumeurs froides, consiste dans une disposition pathogénique générale, congéniale ou acquise, résultant de l'assimilation anormale d'un chyle de mauvaise nature, fourni par des éléments nutritifs insuffisants ou de mauvaise qualité, favorisant le développement de phénomènes morbides dont la nature varie avec la structure particulière des organes sur lesquels elle porte ses ravages.

— M. Thore fils, correspondant de la Société, envoie l'observation suivante, accompagnée d'un dessin :

Mme B..., âgée de cinquante-sept ans, d'une taille presque colossale et d'un embonpoint très prononcé, a cessé d'être réglée à l'âge de quarante-deux ans. Sa santé a toujours été très bonne, et elle n'a jamais fait de maladies graves. A l'âge de vingt et un ans, à la suite d'une couche, elle a eu un abcès du sein droit qui a duré neuf mois. Elle n'a point nourri, et n'a pas eu d'autres enfants.

Les antécédents de cette femme n'ont rien de fâcheux; son père et sa mère sont morts fort âgés. Il n'y a point d'exemples d'affections cancéreuses dans sa famille.

Il y a sept ans, elle s'est aperçue qu'une petite tumeur se développait au sein gauche, en dehors et en dessous du mamelon. Elle l'attribuait à un coup qu'un enfant lui avait donné avec sa tête. Depuis cette époque, le sein s'est développé d'une manière lente et graduelle, par bosselures qui se succédaient sans déterminer beaucoup de douleurs. Quelques élancements rares et peu aigus traversaient la tumeur de temps en temps. Mais depuis un an le sein a pris un développement beaucoup plus rapide; les creux qui séparaient les bosselures ont disparu; les douleurs lancinantes ont été plus rapprochées, mais supportables, et ne troublaient point le sommeil. Mais le volume est devenu tellement considérable et causait tant de gêne, qu'elle s'est décidée à subir l'opération, seul moyen de la débarrasser d'une tumeur parvenue à un tel degré de développement.

En effet cette tumeur, mesurée extérieurement, avait 72 centimètres dans sa grande circonférence; la petite circonférence, mesurée de baut en bas, avait 42 centimètres. Elle avait envahi tout le sein, qui avait un aspect un peu inégal. La peau était amincie, violacée vers la partie externe; parcourue dans ce point par des vaisseaux très fins, on croyait y reconnaître une fluctuation profonde. Le sein était sillonné par des lacis de veines volumineuses. La peau n'était nulle part adhérente, et la tumeur elle-même était tout à fait mobile, et paraissait séparée des tissus profonds par un tissu cellulaire très lâche. Les ganglions de l'aisselle sont parfaitement sains.

Il n'y a point de douleur à la pression; pas d'autre sensation que celle d'un poids très grand et d'une gêne très notable dans tous les mouvements.

L'état général était excellent; l'état moral fort bon. Cette pauvre femme réclamait l'opération; elle était fort résignée, et refusa de se soumettre à l'inhalation du chloroforme.

Toutes ces conditions paraissant très favorables, je jugeai à propos de procéder sans retard à l'amputation du sein, qui fut pratiquée le 26 novembre 1851, avec l'assistance de mon père et de notre excellent confrère et ami M. Vasseur.

La tumeur est circonscrite par deux incisions semi-elliptiques; puis la dissection est commencée par la partie supérieure. Aussitôt il s'échappe des flots de sang des grosses veines que le scalpel divise. On comprime aussitôt ces gros troncs veineux, ainsi que de nombreuses artères. Sans jeter une seule ligature, la dissection est continuée, et grâce à l'intégrité du tissu cellulaire, l'énucléation se fait avec une extrême facilité; en moins d'une minute et demie l'énorme masse était complètement détachée.

La plaie, mesurée après l'opération, présente dans sa plus grande longueur 31 centimètres sur 16 de hauteur. De nombreuses ligatures sont pratiquées, et l'on se rend facilement maître de l'écoulement du sang.

Les dimensions de la plaie et le peu d'extensibilité de la peau, qui a été tiraillée depuis longtemps pour céder au développement exagéré du sein, ne permettaient point de tenter une réunion immédiate. Cependant, pour en diminuer l'étendue, on place dix points de suture lâchement serrés, qui ne permettent le rapprochement complet du tiers externe de la plaie. Un linge fin fenêtré et cératé, recouvert de charpie, des compresses maintenues par un bandage de corps, forment tout l'appareil.

La tumeur, examinée après son ablation, offre à peu près le même aspect que pendant la vie, sauf que la peau a pâli par suite de la déplétion des vaisseaux sanguins. La face postérieure est recouverte par un tissu cellulo-graisseux abondant qui l'isolait des parties profondes. En avant la peau est fine, amincie, et parfaitement séparée de la tumeur, qui, en aucun point, même au niveau du mamelon, n'est adhérente. Un tissu fibreux, ferme et résistant, enveloppe toute la masse et l'isole entièrement. La forme de la tumeur est un ovoïde, dont la grosse extrémité se trouve placée à la partie interne; elle est constituée par des lobes de volume différent. On en compte cinq bien séparés par des cloisons fibreuses.

Le tissu a le caractère le plus franchement encéphaloïde que l'on puisse rencontrer. Il est d'un blanc laiteux; sa coupe laisse voir une foule de petits vaisseaux sanguins. Au centre de la tumeur, on trouve un point où le tissu est plus compacte et ossiforme; dans un autre point, on trouve un épanchement sanguin peu étendu.

Le poids de la tumeur est de 4 kilogrammes.

Dans la soirée qui a suivi l'opération, un écoulement formé par du sang veineux a eu lieu et a été facilement arrêté.

Les suites de l'opération ont été tellement simples qu'il est inutile de nous arrêter longtemps sur cette partie de notre observation. Il n'y a pas eu de fièvre; les points de suture ont été successivement enlevés, et la vaste plaie était tout à fait cicatrisée à la fin du mois de décembre.

(Remercîments à l'auteur).

M. Boyer. Dans l'observation communiquée, nous voyons une tumeur volumineuse, d'une ablation facile et dont le résultat est satisfaisant. La grande question en pareil cas est celle de la récidive, qui a fait dire à certains chirurgiens : Ces grandes tumeurs ne doivent pas être enlevées; l'opération peut accélérer la mort. Je suis fondé à penser le contraire; quelques faits justifient mon opinion. Je vous ai raconté, il y a dix-huit mois, l'ablation d'une tumeur squirrbeuse ulcérée du sein et de l'aisselle du côté droit; les douleurs étaient atroces; il existait de la toux; la cicatrisation fut parfaite. Ce printemps, la cicatrice pectorale offrait un point gros comme un grain de chènevis, peu douloureux à la pression; je l'ai cautérisé, et depuis il est cicatrisé. Voici aujourd'hui deux ans et demi que la malade a subi l'amputation de la tumeur, et la santé est bonne.

Il y a deux ans, j'enlevai sur une jeune fille une tumeur encéphaloïde du sein, du volume d'une tête d'adulte. Depuis lors, elle s'est mariée, et au cinquième mois d'une grossesse est survenue une récidive. L'accouchement terminé, j'extirpai la tumeur, qui avait le volume d'une orange. La récidive dans ce cas a eu lieu au bout de deux ans, et peut-être la grossesse y est-elle pour quelque chose. La malade est retournée chez elle avant la complète cicatrisation.

Un dernier fait : une femme portait dans l'aisselle une tumeur encéphaloïde qui tenait le bras écarté du corps; j'enlevai cette tumeur, dont le poids était de 550 grammes. Je fus obligé de lier une branche de la sous-clavière. Le dernier coup de ciseaux trancha une branche émanant de l'artère axillaire; le fragment étant trop petit pour être lié ou tordu, je fis la ligature de l'axillaire. Il existe actuellement un peu d'insensibilité du petit doigt et de la partie cubitale; la plaie est presque entièrement cicatrisée; elle ne présente plus qu'une surface de 2 centimètres et demi sur 1 et demi; les bourgeons charnus sont de bonne nature; l'état général est satisfaisant.

Le secrétaire, Dr Al. Magne.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 82. — MARDI 13 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 82. — MARDI 13 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an.....	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.....	17
	Un an.......	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois......	20
	Un an.......	38

SOMMAIRE. — Paris. De l'extirpation de l'astragale. — Sur la séance de la Société de chirurgie. — Hôital de la Charité (M. Velpeau). Fracture de l'épine de l'omoplate. — Clinique départementale. Injections intra-utérines faites par la veine ombilicaleavec la belladone à l'état liquide. — Grossesse extra utérine. — Anévrisme faux consécutif survenu à la suite d'une saignée, guéri par la position. — Traitement de l'épilepsie par la trachéotomie. — Société de chirurgie séance du 1er juillet. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 12 JUILLET 1852.

De l'extirpaion de l'astragale (1).

Les études médicales reposent aujourd'hui sur l'observation; les systèms sont en fuite; les théories, toujours respectables, urtout lorsqu'elles sont bonnes, n'occupent que le seond rang, et passent après les faits. Pour concourir àla construction de l'édifice de la science, il n'est plus écessaire d'être un grand architecte, de travailler sur un vaste emplacement, et de posséder des matériau immenses. Chacun a le droit d'apporter sa pierre ct l'y inscrire son nom.

Cette tendance de no e époque a déjà porté ses fruits. La science est devenue ositive, et a pris de rapides développements. Le droitde concourir au progrès n'est plus concentré dans qulques grandes villes; il existe partout où il y a des mades et des médecins. Le besoin de constater les fas a fait naître de toutes parts des sociétés savantes oùes observations recueillies par les praticiens sont soumis au contrôle de la discussion, et nos confrères de pronce, trop longtemps tenus à l'écart, nous font profir chaque jour de leur expérience.

Il y a toutefois une orbre à ce tableau; les bonnes bibliothèques sont raresn province; les recherches bibliographiques y sont ;r conséquent très difficiles. Le médecin qui a obser un fait curieux, et qui veut le comparer aux faits anagues de la science, ne peut pas toujours remonter ux sources; il est obligé de recevoir souvent des mériaux de seconde main, et commet parfois des errrs pour lesquelles nous devons être indulgents, lorse nous voyons à Paris, au milieu des grandes bibliotques, des auteurs, recommandables du reste, sure cette voie facile, mais trompeuse.

Ces réflexions ıus sont suggérées par la lecture d'un mémoire extraitdu *Journal de médecine de Nantes.* M. [illegible] geur, l'ıteur de ce mémoire, est un ancien inte[illegible] hôpiux de Paris, plein d'instruction et de talent. Son trava se compose de deux parties. La première renfermeobservation de deux malades qui ont dû subir l'extractic de l'astragale à la suite d'une luxation de cet os compquée de plaie; la deuxième est consacrée aux réflcons de l'auteur sur les indications de cette opération qui lui a donné un double succès.

Voici d'abo le résumé des deux observations de ce mémoire :

Obs. I. — *Lu tion de l'astragale sur le scaphoïde et le calcanéum. I e d'une partie de l'astragale à travers une déchirures parties molles. Extraction de cet os. Guérison.*

Le 30 n 1841, un robuste meunier, âgé de vingt-neuf ans, veu élancer sur un cheval qui court; mais il dépasse le but ombe pesamment sur le sol. Le poids du corps porte le côté externe du pied droit et y détermine une grave l n. M. Letenneur, appelé immédiatement, constate une de ation considérable. Le pied est déjeté eu dedans; son borexterne est relevé et masque la malléole tibiale. Une large pl, s'étendant depuis le côté externe du calcanéum jusqu'a milieu du cou-de-pied, donne passage d'avant en arrièr:

1° la totalité de la tête de l'astragale;

2° la malléole externe et aux ligaments péronéo-astragal e, qui sont intacts;

3° la facette calcanéenne postérieure de l'astragale, qui déde de 3 centimètres la facette correspondante du calcané[illegible]

s endons des extenseurs des orteils sont refoulés edans de la tête de l'astragale, et sont recouverts par la [illegible]

(1) [illegible] opos l'un travail intitulé : *Mémoire pour servir à l'histoire de l'ex[illegible]on [illegible]stragale*; par M. Letenneur (de Nantes), ancien interne lauréat des hôp[illegible] Paris.

La réduction ne peut être obtenue. Dans la nuit, il se manifeste une douleur extrême, une sorte d'exaltation. Le lendemain, après de nouveaux efforts de réduction, on se décide à enlever l'astragale. Cette opération terminée, et elle fut facile et prompte, on reconnait que la malléole externe n'est le siége d'aucune fracture; le redressement du pied s'effectue sans difficulté, et procure un soulagement immédiat. La peau n'étant plus distendue, la plaie remonte de plusieurs centimètres, et cesse de correspondre directement au vide que laisse l'ablation de l'astragale. — Bandage de Scultet.

Le quatrième jour, fièvre, délire furieux; tuméfaction considérable, livide, accompagnée de phlyctènes.

Le sixième jour, on trouve de la fluctuation au niveau de la malléole interne. Cet abcès est ouvert; les accidents s'amendent.

Le neuvième jour, l'état est satisfaisant, et dès lors la maladie fait des progrès rapides vers la guérison.

Le vingt-sixième jour, il fallut modifier l'appareil; le pied, entraîné par les muscles, avait repris la position vicieuse qu'il avait avant la réduction. De plus, les orteils et le métatarse étaient portés dans une flexion exagérée. — Un bandage ingénieux procura un redressement gradué.

Deux mois après l'accident, tout était cicatrisé; quinze jours plus tard, le malade commença à marcher avec des béquilles, puis avec un bâton. Enfin, quatre mois et demi après l'opération, la marche devint possible sans appui; mais le malade ne recouvra réellement les fonctions de son membre qu'à la fin du sixième mois, époque où on constata une ankylose complète entre le tibia et le calcanéum. Il n'y avait qu'un centimètre de raccourcissement, il ne restait presque aucune déformation, et cet état satisfaisant persista pendant six années, au bout desquelles le malade mourut de pneumonie. Il ne fut pas possible de disséquer son pied.

Obs. II. — *Luxation de l'astragale sur le scaphoïde et le calcanéum. — Issue d'une partie de l'astragale par une plaie des parties molles. — Diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. — Extraction de l'astragale. — Guérison.*

Le 22 mars 1850, un garçon de ferme, âgé de quatorze ans, reçut sur la jambe et le pied un poids considérable. M. Letenneur ne le vit que le lendemain.

Le pied du blessé était tellement déformé que son bord interne regardait directement en haut et l'externe en bas. Les orteils étaient plus élevés que le talon; la forme générale du pied rappelait parfaitement celle du pied-bot varus.

Au niveau de la malléole externe, on voyait une déchirure transversale longue de 8 centimètres, laissant sortir, comme dans l'observation précédente, la malléole externe, la tête de l'astragale et la grande facette calcanéenne de ce dernier os. La partie externe du ligament interosseux astragalo-calcanéen était rompue, et on en retrouvait les débris sur l'astragale en arrière de la facette indiquée.

La réduction fut impossible; le chirurgien se décida aussitôt à enlever l'astragale; cette opération fut facile, prompte, peu douloureuse et eut lieu pour ainsi dire sans effusion de sang.

Dès lors, on redressa aisément le pied; la plaie des téguments remonta aussitôt de 3 centimètres et cessa, comme dans la première observation, de correspondre à l'excavation laissée par l'extraction de l'astragale. Le chirurgien constata alors sans difficulté la rupture des ligaments de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Le diastasis n'avait pu être reconnu avant l'opération, parce que l'astragale, enclavé dans la mortaise, empêchait d'obtenir la mobilité des deux malléoles l'une sur l'autre. (Paúsement simple, appareil de Scultet.)

Tout marcha de la manière la plus satisfaisante. Il y eut peu de fièvre; aucun accident grave ne se manifesta. Du dix-huitième au vingt-troisième jour, il se développa un abcès au niveau de la malléole interne. Cet abcès fut ouvert, et il n'y en eut point d'autre.

Vers le quarantième jour, on fut obligé de changer la forme de l'appareil. Le pied s'était porté dans l'extension, de plus le calcanéum remontait entre les deux malléoles [illegible] les tenait écartées. Le redressement du pied fut obtenu p[illegible] quelques tours de bande embrassant le métatarse. Qua[illegible] l'ascension du calcanéum, elle fut combattue par une [illegible] sion exercée latéralement sur les deux malléoles à l'a[illegible] bandes et d'attelles garnies de coussins. Les malléole[illegible] rapprochant, expulsèrent lentement le calcanéum, [illegible] plissait la mortaise, et le raccourcissement fut évit[illegible]

La cicatrisation fut achevée le soixantième jou[illegible] bout de quelques semaines, le malade put marcher [illegible] béquilles d'abord, puis avec un bâton. Mais ce n[illegible] vers le mois de novembre, sept mois après l'opéra[illegible] les os reprirent leur solidité en s'enkylosant d'un[illegible] complète et que la marche devint facile. Le pied [illegible] peine déformé, le raccourcissement n'était que d'un ce[illegible], et l'opéré obviait à ce léger inconvénient en se servant de sabots dont les semelles offraient une légère différence d'épaisseur.

Ces deux observations intéressantes se ressemblent, comme on a pu le voir, sous un grand nombre de rapports. Elles prendront place honorable à côté des faits analogues que la science possède. Elles prouvent ce que nous savions déjà, que M. Letenneur est un praticien instruit, hardi et plein de sagacité chirurgicale. Nous pensons que la conduite qu'il a tenue était la seule rationnelle. Nous avons vu surtout avec un vif intérêt le renversement consécutif du pied combattu par des moyens aussi simples qu'efficaces. Après cet hommage rendu à son talent, M. Letenneur nous permettra quelques remarques critiques sur la seconde partie, c'est-à-dire sur la partie didactique de son mémoire. Ce sera le sujet d'un prochain article.

Dr B.

Séance de la Société de chirurgie.

DE LA GANGRÈNE DANS LES FRACTURES.

M. Robert a cru devoir revenir, dans la séance de la Société de chirurgie dont nous publions aujourd'hui le compte-rendu, sur la question soulevée dans la séance précédente par MM. Marjolin et Gosselin. Il est à regretter que le savant chirurgien de l'hôpital Beaujon n'ait pas exprimé son opinion d'une manière plus nette, et qu'il n'ait pas donné des détails plus précis sur le fait qu'il a rappelé. M. Robert pense que la gangrène est survenue, dans le cas qu'il a observé, « non parce que le membre a été » étranglé par l'appareil, mais bien par l'obstacle que » l'on apporte au développement de la partie lésée. » Cet obstacle, que l'on apporte au développement d'une partie, est toujours, on doit le supposer, dû à l'appareil appliqué, qui n'a pas été relâché lorsque le gonflement des tissus l'aurait exigé. En un mot, l'appareil détermine un étranglement consécutif au lieu d'un étranglement primitif. La première partie de la phrase de M. Robert ne s'applique qu'au fait qu'il a observé; mais dans la seconde, il semble soutenir que la gangrène en général est le plus souvent produite par cet étranglement consécutif.

En l'absence de détails suffisants, nous ne pouvons apprécier jusqu'à quel point l'explication de M. Robert est applicable au fait qu'il a rapporté; mais nous croyons qu'elle serait certainement en défaut si on voulait la généraliser. Les développements dans lesquels nous sommes entré il y a huit jours ne nous paraissent guère laisser de doutes à cet égard. Nous ne les reproduirons pas ici. Nous devons seulement exprimer le désir que, lorsqu'on rapportera désormais des faits analogues à ceux de MM. Robert et Maisonneuve, l'on observe et l'on décrive exactement les circonstances sur lesquelles M. Marjolin a appelé l'attention de ses collègues, et qui intéressent à un assez haut degré la pratique de l'art et la responsabilité des médecins.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Fracture de l'épine de l'omoplate.

(Leçon clinique recueillie par M. Bauchet.)

Messieurs, je vous ai déjà entrenus, il y a quelques jours, d'un malade couché au n° 53 de la salle Sainte-Vierge. Je [illegible]is vous en parler encore, car c'est un fait que vous ne de[illegible]ez pas oublier. Rappelons-en en quelques mots les principaux antécédents, d'abord pour mieux apprécier l'état actuel, et aussi dans l'intérêt d'un médecin distingué de province que je connais et que j'estime.

Voici le fait qui concerne notre confrère.

Un jeune homme fait une chute; il éprouve une douleur vive dans l'épaule. Le médecin auquel j'ai fait allusion est appelé, constate une fracture de l'épine de l'omoplate, la soigne et la guérit. Quatre ou cinq semaines après ce médecin tombe malade. Pendant qu'il est retenu chez lui, et qu'il ne peut sortir, le jeune homme demande devant les tribunaux une indemnité pour l'accident qui lui est arrivé. Le médecin qui l'a soigné lui donne un certificat. Comme il ne peut se rendre au tribunal, on appelle un autre médecin, qui, après avoir examiné le malade, affirme qu'il n'y a pas eu fracture,

et donne un certificat dans ce sens. Tel est le fait qui est porté devant les tribunaux. Je ne veux point qualifier ici la conduite de cet aimable confrère, vous l'avez déjà tous jugée.

Mais comme dans nos salles se trouve dans ce moment un malade atteint de fracture de l'épine de l'omoplate, je vais vous parler de ce genre d'accidents. Puisse ce que je vais dire être utile à notre confrère!

Le malade du n° 53 est entré le 30 juin dans nos salles. L'avant-veille, il était tombé à la renverse sur un talus; l'épaule gauche avait porté sur le sol, et au même moment le malade avait ressenti une vive douleur dans cette région. Il se relève, fait accomplir à son bras toutes sortes de mouvements; les mouvements sont possibles, mais gênés et douloureux. Il entre à l'hôpital.

Nous avons constaté et l'on constate encore parfaitement aujourd'hui l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, située à l'union de l'épine de l'omoplate avec l'acromion. La crépitation, la mobilité anormale, la douleur étaient bien marquées; il y avait aussi un peu de gonflement. Le gonflement a disparu aujourd'hui; et s'il était facile, à l'entrée du malade à l'hôpital, de diagnostiquer cette fracture, il est encore bien plus facile de la reconnaître aujourd'hui.

Et cependant, malgré l'existence de cette fracture, le malade était libre dans tous les mouvements du bras; il pouvait croiser les bras, les porter sur la tête, mettre sa cravate, prendre du tabac, etc. Il n'a pas et n'a point eu d'appareil.

L'explication de ce fait est de suite trouvée si l'on réfléchit à la position de l'épine de l'omoplate, qui n'est pour ainsi dire qu'une portion d'un autre os, qu'une végétation sur un os qui est entouré de toutes parts par des muscles: muscles sous-épineux, sus-épineux, trapèze, etc. Tous ces muscles maintiennent les fragments en contact, et il n'y a point de chevauchement, point de déplacement. Ah! s'il s'agissait d'une fracture de l'acromion, comme cette portion de l'épine de l'omoplate serait tirée par le deltoïde, il pourrait y avoir écartement; il n'y aurait plus cet équilibre que nous trouvons pour l'épine de l'omoplate. Or, chez notre malade, c'est l'épine et non l'acromion qui est le siége de la lésion.

Que faire dans ce genre d'accidents? Rien, ou presque rien: maintenir le bras avec une écharpe, appliquer des compresses résolutives, ou ne rien faire du tout. Je ne blâme pas, toutefois, les chirurgiens qui appliquent des appareils; mais je pense que les bandages, de telle nature qu'ils soient, ne sont pas nécessaires, en raison de la liberté des mouvements et du peu de tendance des fragments au déplacement. Les appareils éviteront les frottements quelquefois, et l'on pourra peut-être espérer une guérison, une consolidation un peu plus prompte; mais ces avantages ne compenseront pas l'ennui et les inconvénients de l'immobilité à laquelle vous condamnerez les articulations.

Ainsi, de ce qu'un malade, après un pareil accident, a pu jouir de la liberté de tous ses mouvements, de ce que même la guérison est arrivée sans que vous ayez rien fait, gardez-vous de conclure qu'il n'a pas existé de fracture. Vous avez tous observé ces deux faits au n° 53, et vous pouvez les observer encore.

Mais que vous revoyiez ce malade dans quatre ou cinq semaines, je vous défierai de dire s'il y a eu ou s'il n'y a pas eu fracture.

Quand une fracture de l'épine de l'omoplate est guérie, consolidée, il n'est pas possible de constater si elle a ou non existé, et il y a beaucoup de fractures comme celle-là. Je m'étonne fort qu'un médecin ait pu ignorer ces faits, et affirmer au bout de plus d'un mois, malgré l'affirmation contraire d'un habile confrère, affirmer, dis-je, qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'avait pas existé, parce qu'il n'en retrouvait pas de traces.

Lorsque le tibia ou le péroné se fracturent seuls, ou que le radius se fracture dans son corps, ou surtout que cette lésion porte sur l'omoplate, l'épine de l'omoplate, les os du crâne, etc., en général la fracture ne laisse pas de traces apparentes, et il arrive souvent qu'il est impossible, au bout d'un certain temps, de dire de quel côté a existé la solution de continuité.

Ces faits sont bien souvent le sujet de conflits devant les tribunaux; et l'on a malheureusement trop souvent le spectacle peu digne de deux médecins affirmant, l'un qu'il y a eu, l'autre qu'il n'y a pas eu fracture. Dans ces cas, évidemment, c'est le médecin qui a vu d'abord et soigné le malade qui est dans la vérité.

Mais vous vous dites sans doute: Pourquoi ces conflits, ces affirmations, ces négations? Ils tiennent presque tous, messieurs, à une théorie qui trop longtemps a dirigé la science; je veux parler de la théorie de Duhamel, reprise, développée et lancée par Dupuytren; je veux parler de la théorie de deux cals: le cal provisoire et le cal définitif. Tous les médecins nourris de cette théorie, nommés de 1812 à 1825, et qui maintenant sont à la tête de la chirurgie, prennent la théorie de Dupuytren pour règle, et s'ils n'ont point voulu marcher avec la science, ils seront tout disposés à dire qu'il n'a point existé de fracture là où ils ne retrouveront pas leur cal provisoire.

Ce cal provisoire, cette virole, c'est le mot consacré, vous le trouvez dans les cas où les deux fragments osseux ne peuvent pas être maintenus dans une bonne position, bout à bout dans les fractures du fémur, de l'humérus, par exemple, dans quelques fractures de la jambe, etc. Mais quand on peut réduire bien la fracture, la maintenir réduite; quand il n'y a pas de déplacement ni de tendance au chevauchement dans les fractures de l'omoplate, de l'épine de l'omoplate, du crâne, etc., pas de cal provisoire, et par suite impossibilité absolue, dans la plupart des cas, de constater qu'une fracture a existé au bout d'un certain temps. Dupuytren avait pris l'exception pour la règle.

Encore une fois, messieurs, n'oubliez pas les faits, et n'oubliez pas notre malade du n° 53, qui vous a offert un cas rare et intéressant à plus d'un titre.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Injections intra-utérines faites par la veine ombilicale avec la belladone à l'état liquide.

Par le M. docteur Barbe, médecin à Chaumes.

Un de nos honorables correspondants nous communique le fait suivant, auquel on doit regretter que l'auteur n'ait pas ajouté quelques réflexions. Tel qu'il est, cependant, il nous paraît offrir un assez grand intérêt pour être mis sous les yeux des praticiens.

La nommée Lécuyer, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution délicate, bien réglée, mariée il y a deux ans, est accouchée pour la première fois le 5 mars 1850. Après un travail de trente-six heures, les membranes se rompirent; les contractions étaient faibles; l'orifice, étroit, dur, se dilatait difficilement. — Bains, injections émollientes, saignée, seigle ergoté, tous ces moyens furent mis en usage. Enfin, l'accouchement se termina heureusement; mais l'enfant était mort pendant la durée du travail. La délivrance fut naturelle; il ne se présenta rien d'anormal.

L'année suivante, la femme Lecuyer redevient enceinte; elle appelle de nouveau Mlle Fillon, élève lauréat de la Maternité. Le 2 juin 1851, l'accouchement a lieu à quatre heures du matin; le travail avait duré dix heures. Après l'expulsion de l'enfant, l'orifice utérin se resserre sur le cordon ombilical; le placenta ne s'engage point. Quatorze heures après, je suis appelé.

Etat de la malade. — Facies fatigué, lèvres pâles; pouls petit; 88 pulsations à la minute. Je palpe l'abdomen, il est considérablement développé; je reconnais au-dessus de l'ombilic une tumeur volumineuse qui m'indique la présence de l'utérus. Sous la pression, dans cette région, la malade accuse de la douleur. J'ai constaté de fréquentes envies de vomir et un hoquet à caractère intermittent.

Je pratiquai le toucher; l'orifice était tellement resserré qu'il était impossible d'y introduire le doigt. Des cataplasmes, un bain furent prescrits; point de résultats. Injections émollientes dans le vagin; au bout de deux heures, une légère hémorrhagie se manifesta. 24 grains de seigle ergoté furent donnés. Malgré la perte, la rigidité de l'orifice était toujours la même à quatre heures du soir; la légère hémorrhagie avait cessé; le fond de l'utérus était toujours au-dessus de l'ombilic, le resserrement de l'orifice toujours le même. Je fis une application d'extrait de belladone sur l'orifice utérin; point de résultats.

Deux heures après, je mis en dissolution 2 grammes d'extrait de belladone dans 125 grammes d'eau de guimauve, et je pratiquai deux injections de ce liquide dans la veine ombilicale. Une heure après, une petite portion des membranes s'engagea dans l'orifice utérin.

Deux heures plus tard, encore deux injections avec le même liquide. J'avais la précaution de nouer le cordon, afin que le liquide ne se répandit point.

Vingt minutes après cette seconde injection, il survint un tremblement nerveux; le pouls devint plus petit: il marquait 130 par minute. Une potion cordiale fut administrée par cuillerée de cinq en cinq minutes. La face de la malade était rouge, les yeux injectés, les pupilles très dilatées, la parole brève, idées incohérentes, rire hébété: la malade voulait se lever et demandait à se promener pour expulser le poids qu'elle avait dans le ventre.

Des linges imbibés d'eau froide furent appliqués sur le front; potion calmante de dix en dix minutes. Trois heures après, il survient du calme; les idées sont plus claires; le mouvement nerveux cesse, le pouls est à 96; chaleur aux extrémités inférieures, bientôt un peu de sommeil.

Ce mieux apparent dura deux heures. Dans cet intervalle, nous pratiquâmes le toucher: le travail d'expulsion était stationnaire. Au réveil, nouveau délire; la malade voulait toujours sortir de sa chambre. Nouveau bain de quarante minutes. A la sortie du bain, plus de calme, idées plus claires. Troisième injection d'extrait de belladone.

Une demi-heure après, nous trouvâmes une portion de placenta engagée; mais il était tellement mou qu'il se rompit sous nos doigts et qu'il fut impossible de saisir le reste. L'orifice, quoique plus dilaté, ne nous permettait pas l'introduction des doigts pour saisir le corps entier. A huit heures du matin, un grand bain d'une heure de durée fut administré.

Enfin, la malade nous dit qu'elle éprouvait des coliques; nous trouvâmes le col assez dilaté pour saisir le placenta et l'extraire en totalité.

La journée fut assez calme, les lochies coulèrent un peu; la malade avait repris ses idées; le pouls était toujours petit et fréquent; nous prescrivimes un peu de bouillon de poulet.

Le ventre était toujours douloureux et très ballonné: nous diagnostiquâmes une métro-péritonite, qui, malgré les moyens les plus énergiques, enleva la malade après trois jours de souffrances.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Observations et réflexions par M. le docteur Dime.

La Société nationale de médecine de Lyon, en publiant le tome Ier de la deuxième série de ses mémoires, vient de nous donner un nouveau gage de sa vivace et jusqu'à un certain point de sa brillante existence. Déjà nous avons emprunté à cette intéressante publication une curieuse observation d'hémorrhagie ovarienne observée par M. Vernay. On ne lira pas avec moins d'intérêt l'observation suivante de grossesse extra-utérine due à M. Dime.

Les autres travaux que renferme le volume ne sont pas moins dignes de l'attention des lecteurs, mais leur étendue nous en interdit la reproduction (1).

Un intéressant compte-rendu par M. Caudy précède ces travaux; nous avons seulement regretté de trouver au début de ce compte-rendu des accusations assez peu modérées, et dirigées on ne sait trop contre qui ni guère à propos de quoi. Cette sortie n'était certainement pas nécessaire pour faire admettre que l'École de Lyon est une « sage et philosophique école, » si toutefois il y a une école « sans autorité doctrinale, » autorité qui manque complétement aujourd'hui à la médecine, suivant M. Caudy.

Les faits anormaux en médecine sont intéressants, surtout parce qu'ils permettent d'étudier une question précisément par les faces que les faits normaux ont laissées dans l'obscurité. La fécondation humaine a donné lieu à beaucoup de théories suffisantes pour rendre raison des faits sur lesquels elles ont été basées; mais lorsque les faits exceptionnels se présentent, ils renversent les théories qui ne suffisent plus à les expliquer. Celui que j'ai recueilli viendra augmenter le nombre des cas de grossesse abdominale, dont un certain nombre existe déjà dans les collections des observateurs. La possibilité de ce mode de gestation a été niée de nouveau, il y a quelques années à peine, puisque M. Velpeau reproduit, en les combattant, les objections sur lesquelles s'appuie cette dénégation. La principale est l'impossibilité, pour le placenta, de se greffer sur un organ aussi peu vasculaire que le péritoine.

On s'est appuyé sur ces faits pour démontrer que la fécondation s'opère dans l'ovaire et non dans l'utérus, puisqu'il serait peu raisonnable de supposer que l'œuf, fécondé dans les trompes ou dans l'utérus, ait pu remonter dans la trompe et de là tomber dans le péritoine Je crois pourtant que la conséquence absolue n'est pas rigoureuse; les faits cités démontrent bien que la fécondation peut avoir lieu dans l'ovaire même ou à sa surface, mais nullement qu'elle s'y produise toujours. Trop de faits certains prouvent que chez beaucoup d'animaux la fécondation a lieu hors des organes de la femelle pour qu'on puisse affirmer que ce phénomène ne peut s'accomplir que dans cet organe. Je crois seulement qu'on doit admettre que l'imprégnation du germe peut s'effectuer à diverses hauteurs dans les voies génitales; dans le point où le sperme rencontre un ovule après sa sortie de la vésicule de Graaf, quelquefois même au moment où cette sortie a lieu. Mais je n'irai pas jusqu'à affirmer avec Bianchi (*Bibliothèque de Planque*, tom. I) que la chute dans le péritoine des ovules fécondés est un fait fréquent, et que la rareté des grossesses abdominales tient seulement à ce que les germes tombés dans le péritoine meurent ordinairement avant d'avoir pu se greffer sur cette membrane.

Le fait dont je vais vous présenter les détails montrera une fois de plus que le placenta peut fort bien s'insérer sur le péritoine, et s'y développer au moins jusqu'à une certaine époque. L'importance de cette observation est augmentée par la persistance avec laquelle quelques modernes ont prétendu que la grossesse abdominale ne peut pas exister, et que, dans tous les cas cités, les fœtus étaient contenus dans la trompe ou dans les ovaires, ou y avaient été contenus primitivement. M. Velpeau soutient, au contraire que la plupart des grossesses attribuées à l'ovaire sont des exemples de grossesse abdominale. Les quatre faits qu'il a observés sont dans ce cas. Il en mentionne encore quatorze autres, appartenant à divers observateurs.

Cependant, la première des observations qu'il mentionne, empruntée à M. de Saint-Maurice, qui l'a insérée en 1682 dans le *Journal de médecine* de M. de Laroque, avec des détails très précis, est évidemment un cas de grossesse ovarique. Les *Mémoires de l'Académie royale des sciences* de 1701 contiennent une observation de Littre, qui a vu un fœtus d'une ligne et demie de grosseur sur trois de longueur, renfermé dans une vésicule de l'ovaire que l'on ne voyait pas à travers les membranes de cet organe. D'autres faits confirment encore l'existence de ce mode de gestation.

Outre les faits de grossesse abdominale mentionnés par M. Velpeau, il en existe plusieurs parmi lesquels deux au moins, rapportés par Planque, ont été constatés par l'autopsie. Le premier, observé par M. Bayle, à Toulouse, concerne une femme enceinte depuis l'année 1652, morte à l'âge de soixante-quatre ans, en l'année 1678. L'enfant fut trouvé hors de la matrice, sans aucune liaison avec elle, placé derrière l'épiploon, qui était épais de deux doigts et adhérent au dos de l'enfant. Le corps pesait huit livres, les dents avaient la grandeur qu'elles ont chez les adultes, la hauteur du corps, depuis les fesses jusqu'au sommet de la tête, était de onze pouces. Il n'y avait point de mauvaise odeur.

Le second fait omis par M. Velpeau est celui que M. Martin a présenté à l'Académie royale des sciences en 1716. Les mouvements de l'enfant cessèrent au neuvième mois de la grossesse; les souffrances, les vomissements augmentèrent, et au bout de six mois la femme mourut. Le ventre contenait douze pintes d'eau rousse et un enfant de neuf mois placé dans le côté droit du ventre. Le placenta s'attachait sur les trois premières vertèbres lombaires par un nombre infini de rameaux et de fibres. L'enfant, quoique mort depuis huit mois, n'était pas putréfié. La matrice et les trompes étaient en bon état.

(1) Voici l'énumération de ces travaux :
Eloge historique de P.-J. Nichet; par M. Potton.
Rapport de la commission permanente de vaccine; par M. Roy.
De la périodicité; par M. Perrin.
De la nature intime de la fièvre typhoïde; par M. Rambaud.
Des préparations arsenicales, volumineux mémoire couronné par la Société; par M. le docteur Massart.

Les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* contiennent deux observations semblables ; la première, d'Abraham Cyprianus, qui fit l'extraction d'un fœtus à terme, mort depuis un mois, à travers une incision de l'abdomen ; la seconde, beaucoup plus concluante, est suivie de l'autopsie, qui a montré l'enfant dans le ventre, le placenta attaché à l'os sacrum et aux deux dernières vertèbres lombaires. Ce dernier fait a été recueilli par Sabatier, et communiqué par son fils dans un mémoire lu à l'Académie de chirurgie.

Il existe encore quelques autres observations qui ont trait à des femmes vivantes ; des cas dans lesquels les fœtus ont été évacués par fragments, soit par des ouvertures faites à l'abdomen, soit par l'anus ; mais ces histoires, n'étant pas suivies de l'ouverture des cadavres, laissent dans l'obscurité le lieu précis de la gestation.

Je viens maintenant au fait que le hasard m'a offert.

Louise Chabany, femme Kilchemann, âgée de trente-neuf ans, repasseuse, a eu trois enfants, le premier il y a dix-neuf ans, le troisième il y a quinze ans. Elle a ressenti quelques frissons peu de jours avant le 1er février 1850. Ce jour-là, à la suite d'un effort fait en soulevant un chaudron, elle a éprouvé un commencement de perte blanche et des mouvements convulsifs, pâleur, sueurs de la face, vomissements. Elle a été visitée pendant trois jours par M. Duviart, puis elle est entrée le 3 février à l'infirmerie protestante, où elle a reçu les soins du docteur Roy, qui a eu la complaisance de me donner le renseignements suivants : La malade accusait une suppression menstruelle attribuée à un refroidissement qu'elle avait souffert il y avait deux mois ; cependant les règles avaient reparu, et il y avait encore un suintement sanguin lors de son admission à l'infirmerie : abdomen très douloureux, ballonné ; fièvre forte ; pouls petit, serré, fréquent ; vomissements continuels ; peau chaude mais pâle. Le docteur Roy admit l'existence d'une péritonite, et prescrivit le traitement indiqué. Au bout de cinq jours (le 8 février) les symptômes s'amendèrent et le mieux se soutint jusqu'au 1er mars. De vives douleurs, survenues ce jour-là, furent calmées par l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen.

Le 11 mars, un petit écoulement sanguin se fit par la vulve : les douleurs reparurent jusqu'au 15, et furent aussi vives qu'au début. — Frictions mercurielles sur le ventre ; diminution des aliments.

Au bout de quelques jours, salivation mercurielle combattue par le borax et le sulfate d'alumine. Le ventre continue à être tendu et douloureux à la moindre pression, *sans apparence de fluctuation ni de tumeur.*

La note que m'a remise mon honorable confrère mentionne la sortie de l'infirmerie le 23 mars, par erreur sans doute, car la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu le 17 mars, présentant tous les symptômes d'une péritonite qui fut diagnostiquée, symptômes que je ne puis vous énumérer, l'interne de mon service ne les ayant pas notés sur la feuille. — Saignée du bras ; 20 sangsues sur le ventre ; tisane d'orge avec sous-carbonate de potasse, 4 grammes ; potion gommée avec extrait de jusquiame, 20 centigrammes, et sirop de digitale, 30 grammes ; cataplasmes enduits de pommade mercurielle sur le ventre.

Les accidents diminuèrent et reparurent à plusieurs reprises. Des vomissements bilieux s'y joignirent le 23 du même mois. — 20 sangsues sur le ventre ; ajoutez à la potion 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium.

J'abrége des détails qui n'ont pas d'importance ; j'omets les diverses recrudescences et les moyens employés, les sangsues, l'extrait de belladone donné graduellement jusqu'à la dose de quarante centigrammes. Le 12 mai, le ventre étant moins sensible, nous pouvons le presser assez pour sentir une tumeur dure située à la partie inférieure du ventre. Deux mois encore s'écoulent sans changement important ; mais les menstrues ne reparaissant pas et le ventre étant toujours volumineux, je soupçonne une grossesse, quoique la malade affirme n'avoir jamais senti de mouvements. Le mari, que j'ai questionné plus tard, a été fort étonné d'apprendre que sa femme était enceinte ; cependant il a ajouté qu'elle avait soupçonné ce fait, et en avait parlé à ses voisines. Je pratique le toucher le 5 juillet : le col de l'utérus est mou, entr'ouvert, court ; le corps un peu volumineux, mobile, sans tumeur isolée.

Les vomissements continuent pendant les jours suivants, la tension du ventre produit des douleurs très-vives, et le 17 juillet je me décide à prescrire la ponction de la tumeur, supposant qu'il existe une hydropisie enkystée de l'ovaire. Cette opération est pratiquée par M. Barrier, chirurgien en chef ; la ponction est faite dans la partie inférieure droite de l'abdomen, point où la fluctuation est plus manifeste : elle donne issue à un demi-litre au moins de sérosité un peu colorée et sans odeur. Après l'issue de ce liquide, nous sentons très-distinctement dans l'abdomen des inégalités que j'attribue à la dégénérescence d'un ovaire formant un kyste à plusieurs loges, dont une seule a été ouverte. Du reste, nous ne percevons aucun mouvement. Cette immobilité me confirme dans la pensée qu'il n'y a pas de fœtus.

L'opération est suivie d'un grand soulagement pendant une huitaine de jours. Les douleurs reparaissent le 24 juillet : les bains et les calmants n'ayant pas produit d'amélioration, je pratique, le 31 juillet, une nouvelle ponction suivie de l'issue d'un demi-litre de sérosité, après laquelle il y eut un calme très-satisfaisant. Une nouvelle ponction, faite le 2 août, donne issue à une verrée de sérosité suivie d'un peu de sang. Les jours suivants, le ventre est douloureux, volumineux, tendu, les urines supprimées. (Potion avec extrait d'opium et de belladone, de chaque 10, 15, 20, puis 30 centigrammes ; bains de siége, cataplasmes laudanisés). Les souffrances continuent, et le ventre devenant plus tendu, je fais, le 22 août, une nouvelle ponction qui donne issue à un litre à peu près de liquide absolument semblable à de la lie de vin. Le soulagement n'est pas de longue durée, et la malade épuisée succombe le 2 septembre ; cinq mois et demi après son entrée, après sept mois de maladie.

Nécropsie le 3 septembre, à dix heures du matin : les parois de l'abdomen sont très-amincies ; une incision cruciale les divise, et nous trouvons une première enveloppe formée par le grand épiploon, présentant, en haut, le colon transverse dans ses replis. Cette enveloppe, qui s'étend jusqu'aux os des îles, adhère faiblement à une tumeur d'apparence fibreuse qui remplit la cavité abdominale, refoule en haut l'estomac et la rate, à gauche le colon descendant le long de la colonne vertébrale. Une large incision donne issue à un fœtus plongé dans une quantité peu considérable de liquide semblable à de la lie de vin, comme celui qu'a fourni la dernière ponction. La membrane qui forme ce sac est évidemment le chorion ; tapissé par l'amnios, reconnaissable à sa surface lisse. On voit à l'intérieur les cicatrices très marquées des ponctions qui ont été faites. A la partie supérieure et un peu à gauche est le placenta, plus volumineux que celui d'un fœtus à terme et adhérent, par une surface large comme la paume de la main, au diaphragme, dont on le sépare par une faible traction. Sa face fœtale est revêtue par l'amnios, qui recouvre aussi ses bords et toute la partie de sa face extérieure, qui est en rapport avec le diaphragme sans y adhérer. On comprendra difficilement comment un placenta aussi volumineux a pu recevoir d'un point si peu étendu de la séreuse assez de vaisseaux pour fournir à son développement et à celui du fœtus. Peut-être la mort de celui-ci a été la conséquence de la nutrition insuffisante qui résultait de cette disposition, et, le fœtus étant mort, la circulation et la nutrition se sont faites exclusivement au profit du placenta, qui a acquis alors un développement plus considérable que dans l'état normal. Dans la grossesse utérine, l'accroissement de volume du placenta coïncide avec l'ampliation de l'utérus, et cet organe élargit ses points d'insertion à mesure que le placenta lui-même s'élargit ; ici, au contraire, le point d'insertion étant peu extensible n'a pu recevoir qu'une partie du corps inséré et n'a pu fournir au fœtus qu'une quantité de sang insuffisante.

Le fœtus, du sexe féminin, a 38 centimètres de longueur, 6 centimètres de largeur d'une crête iliaque à l'autre ; il pèse 885 grammes. La peau est ridée, de couleur naturelle, recouverte de l'enduit qui existe ordinairement chez les nouveau-nés ; elle ne présente aucune marque qui puisse faire supposer que le fœtus ait été atteint par le trocart dans les différentes ponctions. Le crâne est volumineux, peut-être plus que celui d'un fœtus à terme, mais il se brise facilement ; les membranes internes sont sèches, et la cavité crânienne est presque complétement vide ; seulement sur la base du crâne nous trouvons le cerveau ayant le volume d'une grosse noix, très mou et comme diffluent. Le cœur est mou, les intestins peu développés, l'abdomen rempli de gaz inodores. Le reste du corps, ainsi que nous l'avons dit, est moins développé que chez les enfants à terme ; les membres présentent à peu près le volume ordinaire. Les doigts des mains et des pieds sont contournés, aplatis et comme écrasés ; ils paraissent avoir subi une longue pression ; et cette conformation, fort éloignée de celle qui existe ordinairement, me fait présumer que le fœtus est mort depuis longtemps. L'état de la peau, qui se déchire facilement, confirme cette opinion ; mais il n'existe pas de décomposition putride, et l'odeur que nous sentons est celle qui se rencontre dans toutes les nécropsies faites au bout de vingt-quatre heures ; seulement le fœtus, ayant été conservé un jour entier, a subi une putréfaction beaucoup plus rapide que dans les cas ordinaires. C'est ici qu'il convient de rappeler que jamais nous n'avons senti de mouvements du fœtus, ni en palpant le ventre, ni lorsque le trocart a pénétré dans le sac qui le contenait.

Nous avons ensuite examiné les organes génitaux de la mère. Le toucher, pratiqué par le vagin, donne la sensation d'un cul-de-sac dans lequel je ne puis distinguer le col utérin. L'utérus avait cependant son volume normal ; son tissu était un peu plus dur qu'à l'ordinaire. Une incision l'ayant divisé dans toute sa longueur, nous trouvons sa cavité un peu agrandie, ainsi que celle du col, qui nous paraît un peu long. Il n'existe pas traces de la membrane caduque. Une sonde, passée dans les trompes, a pénétré facilement jusque dans les ligaments larges, qui ont ensuite été incisés et nous ont présenté les deux ovaires moins volumineux qu'à l'état normal. Mais nous avons parfaitement constaté que le sac fœtal était entièrement indépendant de ces organes.

Il me reste à examiner quelle conduite j'aurais dû tenir en cette circonstance, et ce qu'il y aurait à faire si un pareil cas se représentait. La première difficulté consiste dans la formation d'un diagnostic précis. Le toucher m'avait fait connaître que l'utérus était libre ; la menstruation avait continué pendant les premiers mois de la gestation, circonstance mentionnée d'ailleurs par Désormeaux comme assez fréquente dans les grossesses extra-utérines, et qui n'exclut pas l'idée de la fécondation, mais qui s'oppose absolument à la fixation du terme auquel on pourrait pratiquer l'opération césarienne pour extraire un fœtus viable. Dans les cas ordinaires les mouvements indiquent à peu près le degré de développement du fœtus, mais notre malade paraît n'en avoir jamais éprouvé. « La circonstance devient plus embarrassante, dit M. *Simon*, » lorsque dans les conceptions ventrales l'enfant ne donne aucun signe de vie : l'opération césarienne ne pourrait être » indiquée que par le danger pressant où la mère serait par » la présence du fœtus ; mais les accidents qui l'exigeraient » la rendraient presque nécessairement infructueuse, à moins » qu'un abcès ou un ulcère ne montrât que la nature a déjà » fait des efforts pour l'expulsion de l'enfant devenu corps » étranger et à charge à sa mère. » (*Mémoires de l'Académie de chirurgie.*)

Dans quelques cas on a pu fixer le terme de la gestation, s'il n'y a eu, par exemple, qu'une seule approche du mari. M. *Simon* dit encore que la plupart des femmes qui ont conçu hors de la matrice ont ressenti, au terme ordinaire de la grossesse, des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Cette circonstance s'est rencontrée, dans le fait rapporté par *Cyprianus*, et dans celui que relate M. *Sabatier* ; mais rien de semblable n'a eu lieu chez notre malade. Dans les mêmes cas où les douleurs ont eu lieu, l'opération est proscrite par *Levret* et par *Sabatier*. « Ils ont craint surtout, » dit *Désormeaux*, l'hémorrhagie qui doit résulter du décollement du placenta et du défaut de contractilité du » kyste, qui ne permettra pas aux vaisseaux de revenir sur » eux-mêmes. Certains cas de grossesse extra-utérine, dans » lesquels les femmes sont parvenues à échapper aux dangers » qui les menaçaient, leur faisaient préférer de les abandonner aux efforts salutaires de la nature, plutôt que de les » soumettre aux chances d'une opération qui ne compte pas » un seul exemple de succès. » *Désormeaux* croit que l'opération présenterait quelques chances de réussite, si elle était faite en temps utile. Il la considère comme moins dangereuse pour la mère que l'opération césarienne, puisque elle n'intéresse pas un organe aussi sensible et aussi disposé à l'inflammation que l'est la matrice à la fin de la gestation. *Baudelocque* pense que « la crainte de l'hémorrhagie après la » délivrance, ou celle de déchirer les parties auxquelles le » placenta est attaché, telles que l'épiploon ou le mésentère, » n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'opération. Quel » mal y aurait-il à laisser le placenta jusqu'à ce qu'il se soit » détaché de lui-même, ou qu'il vienne se présenter à la plaie » dans laquelle on aura eu soin de retenir le cordon ? La putréfaction serait-elle plus à craindre que si l'on n'avait pas » fait l'opération ? »

L'opinion de *Baudelocque* et de *Désormeaux* est partagée par *Velpeau*, qui cite une dizaine de cas de succès, c'est-à-dire dans lesquels on a sauvé la mère ou l'enfant. M. *Muller* dit même avoir sauvé l'un et l'autre. Ces accoucheurs pensent que les cas de réussite seraient bien plus nombreux si l'on eût opéré à temps, et non pas lorsque les symptômes inflammatoires de l'abdomen sont déjà développés. D'autre part, on peut objecter que la mère a vécu et a porté son fœtus bien au-delà du terme naturel de la grossesse dans plusieurs cas, et entre autres dans la conception ovarique citée par *Planque* (p. 352, t. I), d'après M. *Camerer*, professeur de médecine à Tubinge, grossesse qui a duré 46 ans, et dans le cours de laquelle la mère a eu deux autres enfants. Il y a encore d'autres observations, rapportées par *Donatus, Bartholin, Albucasis*, de grossesses extra-utérines qui se sont prolongées pendant plusieurs années, et dans lesquelles on aurait très-probablement abrégé l'existence des malades par l'opération. Il est permis, en effet, de supposer que l'on a mis beaucoup moins d'empressement à publier les opérations suivies de mort que celles que le succès a couronnées. Je n'ose donc me prononcer sur cette question, longuement examinée d'ailleurs dans les traités spéciaux.

Il reste encore quelques points à examiner dans l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre.

Les téguments du crâne ne présentaient ni ouverture, ni cicatrice ; la cavité crânienne était très vaste et presque vide, le cerveau diffluent et très petit. Je suppose qu'il y a eu, jusqu'à un certain âge du fœtus, une hydrocéphale qui a causé sa mort avant terme, puis a été résorbée. Quelques faits de grossesse extra-utérine prolongée montrent, en effet, que le fœtus mort peut être en grande partie emporté par l'absorption, puisque la nécropsie n'a souvent permis de retrouver que des débris informes et réduits à un volume beaucoup moindre que celui qu'on avait constaté sur le vivant. Cette lésion cérébrale peut nous expliquer pourquoi les mouvements du fœtus n'avaient jamais été perçus pendant la vie de la mère. Leur absence m'avait fait écarter l'idée d'une grossesse extra-utérine, lorsque jai eu constaté, par le toucher, l'état de vacuité de l'utérus. Ces mouvements sont le signe le plus important de tous ceux qu'indiquent les accoucheurs. Ils y joignent les déplacements que subit la matrice par la pression du kyste. Ici la matrice était dans sa position normale, sans doute parce que l'insertion du placenta s'était faite à un point élevé du ventre, et non sur un des organes contenus dans le bassin. Je crois d'ailleurs, messieurs, qu'une précision absolue du diagnostic n'aurait rien changé au traitement purement palliatif qui a été appliqué à cette malade.

ANÉVRISME FAUX CONSÉCUTIF

survenu à la suite d'une saignée, guéri par la position ;

Par M. A. THIERRY.

Nous avons entretenu récemment nos lecteurs d'un cas d'anévrisme faux consécutif suite d'une saignée, et pour lequel M. Denonvilliers dut pratiquer la ligature de l'artère brachiale. Une gangrène se manifesta, et le malheureux patient succomba. Un nouvel exemple de ce déplorable accident, qui heureusement a eu une terminaison moins funeste, nous est communiqué par notre honorable confrère M. le docteur A. Thierry. Le moyen mis en usage dans ce cas donne à l'observation de M. Thierry un intérêt qu'apprécieront sans doute nos lecteurs. Nous laissons parler M. Thierry lui-même.

Le 9 mai 1852, M....., âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, se fit pratiquer une saignée du bras gauche, à neuf heures du matin, par un médecin de la ville. En revenant chez lui, il fut obligé d'entrer chez un marchand de vin pour faire arrêter son sang, qui coulait avec abondance par l'ouverture de la saignée.

Deux jours après, à la suite d'un effort, une nouvelle hémorrhagie eut lieu par la même ouverture : cette fois, les sœurs de charité firent une compression méthodique et elles adressèrent le malade à M. le docteur Charpentier, qui reconnut une tumeur fluctuante située sur le trajet de l'artère brachiale ; présentant des battements isochrones à ceux du pouls, et crut voir un anévrisme faux suite d'une plaie d'artère.

M. Charpentier adressa le malade à M. Jobert (de Lamballe) et à moi. M. Jobert l'engagea à entrer à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire opérer. Je le vis aussi. Je constatai avec MM. Charpentier et Alix les signes de la maladie décrite plus haut. Notre opinion fut unanime.

Sur ma proposition, on établit sur la tumeur une compression avec des disques d'agaric. Trois jours après je supprimai cet appareil, qui gênait beaucoup le malade. Je me souvins d'avoir été obligé, dans des cas semblables, par suite de la gangrène de la peau, à lier le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère. Je plaçai le membre dans la flexion forcée, le bras ramené par-dessus la tête, et la main appliquée sur la joue du côté opposé. Le malade resta pendant cinq jours dans cette situation pénible. Je le mis ensuite dans une position semblable à celle que M. Velpeau a proposée pour les malades atteints de fracture de la clavicule, le bras appliqué contre le corps et la main ramenée sur l'épaule du côté opposé. Au bout de quinze jours, MM. les docteurs Jodin, Charpentier et Alix constatèrent que la tumeur était réduite à un très petit noyau. Le bras fut maintenu dans la même position pendant quinze jours encore, et, au bout de ce temps, le noyau avait complétement disparu.

J'adressai alors mon malade à M. Nélaton, qui trouva le fait remarquable et fort heureux, puisque l'anévrisme est guéri avec conservation de la perméabilité du vaisseau au niveau de la blessure.

Sans entrer dans les discussions qui ont été souvent soulevées sur la guérison des blessures ou des piqûres des artères, peut-on admettre que la position donnée au membre ait eu

de l'influence sur la guérison obtenue, ou bien cette guérison est-elle une de celles dont la nature fait tous les frais? Dans la première hypothèse, on serait autorisé à proposer dans les anévrismes de cette nature la flexion outrée comme moyen thérapeutique : pour l'artère fémorale, on fléchirait la cuisse sur le bassin ; pour l'artère poplitée, la jambe sur la cuisse.

Sans doute, une simple observation n'est pas suffisante pour sanctionner une méthode, mais elle peut servir d'indication première et mener peu à peu à la généralisation d'un procédé qui serait confirmé par l'expérience.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LA TRACHÉOTOMIE.

A propos de l'étrange publication de M. Marshall-Hall sur ce sujet, M. Verga vient de publier dans la *Gazetta medica Italiana Lombarda* une observation intitulée : *Mélancolie par suite d'épilepsie. — Tentatives répétées de suicide dans l'une desquelles la trachée fut ouverte. — Continuation de l'épilepsie malgré la persistance de l'ouverture trachéale.*

L'année dernière, dit l'auteur de l'article, le docteur Marshall-Hall, s'appuyant sur un cas où des accès d'épilepsie disparurent après une opération de trachéotomie, a été conduit à admettre que tout l'appareil symptomatique dont s'accompagnent les paroxysmes de cette terrible maladie est l'effet de l'occlusion spasmodique de la glotte et que le moyen le plus sûr de la guérir est la trachéotomie. La gêne et les inconvénients que cette opération traîne à sa suite sont amplement compensés, selon M. Marshall-Hall, par la guérison d'une maladie qui fait de celui qui en est atteint une charge pour lui-même et un objet de répulsion pour les autres.

Un jeune homme épileptique était tombé dans une mélancolie profonde; ayant tenté de mettre fin à ses jours en se coupant la gorge, il s'ouvrit seulement la trachée. Son indocilité et ses continuelles agitations empêchèrent la plaie de se cicatriser; elle laissa après elle une fistule de près d'un pouce d'étendue par laquelle une quantité suffisante d'air pouvait aisément s'introduire à chaque inspiration.

Dans cet état, il fut admis le 22 septembre 1841 dans un des hôpitaux de Milan, où il succomba dans le marasme le 22 juin 1845. Pendant ces trois ans et demi, ses accès d'épilepsie augmentèrent de force et de fréquence, quoique l'ouverture de la trachée restât constamment béante. A l'autopsie, on ne reconnut aucune lésion organique, mais seulement une congestion sanguine des méninges et des ulcérations dans le canal intestinal; ulcérations auxquelles il fallait rapporter la diarrhée qui conduisit le malade à la mort.

Le docteur Verga pense que ce fait, tout isolé qu'il est jusqu'à présent, plaide fortement contre la théorie du médecin anglais, et doit rendre au moins très réservé dans son application.

M. Verga aurait pu ajouter, ou plutôt il aurait dû dire, pour être complétement vrai, que les données que possède déjà la science devraient, plus que ce fait encore, proscrire de la pratique de tous les médecins sensés le singulier moyen préconisé par M. Marshall-Hall.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juillet 1852. — Présidence de M. LARREY.

Buste de Marjolin.

Mme Marjolin fait hommage à la Société de chirurgie du buste de M. le professeur Marjolin, exécuté par M. Dantan. — Des remerciments sont unanimement votés à Mme Marjolin et à sa famille.

Correspondance.

La Société a reçu :

1° Une lettre de M. Borelli, de Turin, dans laquelle il offre à la Société de lui adresser des travaux sur les injections iodées. — Cette proposition est acceptée;

2° Plusieurs brochures de M. Bowman, professeur de physiologie et chirurgien de Knig's college hospital, etc. :

1. *Observations sur les pupilles artificielles;*
2. *Nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora;*
3. *Cas remarquable d'hématocèle du cordon spermatique;*
4. *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXIV.

M. Giraldès est chargé de faire un rapport verbal.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Gangrène dans les fractures.

A propos du procès-verbal, M. Robert revient sur la communication de M. Maisonneuve.

Il y a cinq ans, ajoute-t-il, j'ai eu occasion de donner des soins à une jeune fille qui, à la suite d'une fracture de la partie inférieure du radius, a été prise de gangrène de l'avant-bras fracturé; cette gangrène était accompagnée de développement de gaz. En trois jours elle était arrivée au niveau de l'insertion deltoïdienne. Pour arrêter le progrès du mal, je dus faire la désarticulation de l'épaule en un seul lambeau; en taillant celui-ci, il s'échappait des milliers de bulles de gaz des aréoles du tissu cellulaire. Nonobstant la présence de ces gaz, la plaie, grâce à l'emploi de la glace, s'est réunie par première intention. Ce fait prouve donc que dans certains cas il est bon que le chirurgien ampute, comme l'avait dit Larrey, avant que la gangrène soit limitée.

M. GUERSANT. Je désirerais savoir dans quelles conditions la gangrène est survenue chez la jeune fille observée par M. Robert. A-t-elle été provoquée par l'application d'un appareil trop serré, ou bien est-elle due à la cause fracturante elle-même. Il importe, en effet, de chercher à déterminer la différence qui existe entre ces deux gangrènes.

M. ROBERT. La gangrène est survenue, dans le fait que j'ai eu occasion d'observer, comme elle survient quelquefois à la suite de fractures de membres, non pas parce que le membre a été étranglé par l'appareil, mais bien par l'obstacle que l'on apporte au développement qui doit s'accomplir dans les parties lésées. Sous l'influence de la fracture et de cet obstacle, il se développe dans la partie une inflammation spécifique avec formation de gaz.

M. DEGUISE termine cette discussion en rapportant deux observations d'écrasement d'un des membres supérieurs. Dans un cas il pratiqua la désarticulation de l'épaule, et son malade mourut; dans l'autre il fit l'amputation du bras très haut, et son malade a survécu. Cette communication prouve que l'on peut dans certaines circonstances pratiquer avec succès l'amputation du bras très haut.

Kyste de la mâchoire inférieure.

M. FORGET lit un mémoire qui a pour titre : *Etude clinique sur les kystes de la mâchoire inférieure.*

L'auteur recherche les signes différentiels propres à éclairer le diagnostic de ces tumeurs, à la distinguer l'une de l'autre, et pouvant empêcher de la confondre avec les diverses productions cancéreuses, et plus particulièrement avec l'ostéo-sarcome.

Il s'occupe d'établir, sur les données de l'anatomie pathologique, le point de départ du kyste osseux, la diversité des produits qui entrent dans leur composition, et l'absence de toute solidarité originelle entre eux et le canal dentaire.

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes :

1° Il existe trois variétés de kystes osseux : les kystes liquides, les kystes solides, les kystes à produits mixtes.

2° Des kystes liquides, les uns sont simples, comme le kyste alvéolo-dentaire; les autres composés, ce sont les kystes multiloculaires ou hydatiformes.

3° L'étude clinique du kyste et de l'ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure démontre que le diagnostic différentiel de ces deux maladies peut être fondé sur des signes qui ordinairement ne permettent guère de les confondre.

4° Si le diagnostic des kystes entre eux est obscur à leur début, leur développement ultérieur en fait assez sûrement reconnaître la nature.

5° Le kyste alvéolo-dentaire est borné à une partie restreinte de l'os; le corps fibreux enkysté affecte la même disposition; le kyste multiloculaire peut s'étendre à toute une moitié de l'os maxillaire.

6° Le kyste multiloculaire ou hydatiforme a pour point de départ les cellules du tissu spongieux. Il reconnaît pour double cause originelle une lésion vitale et une sécrétion morbide de la membrane médullaire, qui, modifiée ou altérée dans sa structure, constitue l'enveloppe intérieure du kyste.

7° Les produits enkystés de la mâchoire inférieure ne prennent pas naissance dans le canal dentaire, qui continue pendant longtemps à protéger efficacement le nerf et les vaisseaux qu'il contient.

8° Par suite de l'évolution du kyste, le canal dentaire peut être élargi, déplacé, usé et détruit en partie.

9° Les indications générales pour le traitement de ces tumeurs sont d'ouvrir le kyste, d'en faire écouler le liquide qu'il renferme, ou d'en extraire le solide qui y est inclus, puis d'enflammer sa cavité.

10° Les procédés chirurgicaux propres à remplir ces indications n'ont rien d'absolu; ils doivent varier suivant chaque cas. La règle à suivre ici est de subordonner sa conduite aux exigences de l'actualité pathologique.

M. ROBERT. D'après le travail de M. Forget, on pourrait croire que l'ablation des corps fibreux développés dans le maxillaire inférieur est chose facile. Je demanderai à notre confrère s'il a eu occasion d'enlever de ces produits morbides; quant à moi, j'ai dû renoncer à l'énucléation d'un de ces corps développé dans le maxillaire supérieur, et recourir à l'ablation de la portion de l'os sur laquelle s'était faite l'implantation.

M. FORGET. Je pense, comme M. Robert, qu'il y a des cas où la résection de la portion d'os qui reste d'implantation au corps fibreux est le seul parti à prendre : c'est lorsque ce dernier se reproduit avec une persistance très grande après une première opération. Ce cas excepté, quelle que soit la fusion apparente entre le produit fibreux et le tissu osseux, je considère l'extirpation suivie de la rugination et de la cautérisation comme le procédé chirurgical à suivre, et je ne crois pas que l'on doive d'emblée faire subir à l'os une solution de continuité étendue.

M. GIRALDÈS. M. Forget ne se fait point une idée nette des corps fibreux; il les confond avec un certain nombre de produits morbides que l'anatomie pathologique cherche à différencier, tels que l'enchondrome, l'exostose cartilagineuse, etc. Il y a un principe fondamental dont il ne faut jamais s'écarter en anatomie normale et pathologique: c'est que, dans ces deux sciences, il faut procéder par démonstration et non pas par assertion. Que dit M. Forget? que les kystes hydatiformes commencent par la membrane médullaire. Eh bien! M. Gosselin a démontré que cette membrane n'existe pas dans les os. En un mot, le travail de M. Forget me paraît être un pas en arrière au point de vue de l'anatomie pathologique, et non pas un progrès.

M. FORGET. M. Giraldès me fait un reproche, suivant moi, peu fondé. Je dirai tout d'abord que je n'ai point voulu reculer les limites de la science, mais attirer l'attention de la Société sur un point qui me paraît encore obscur; j'ai cherché à démontrer que les kystes du maxillaire inférieur pouvaient être distingués du cancer. Je n'avais point à faire l'histoire de ce produit morbide, non plus que celle des autres altérations qui se rapprochent de celles-là. Je devais rester dans la question des kystes du maxillaire; c'est sur ce terrain que M. Giraldès devait m'attaquer, et non pas sur le cancer et les autres tumeurs du maxillaire inférieur, qui ne m'occupent que très secondairement.

M. GOSSELIN. J'ai, en effet, démontré que la membrane médullaire des os, comme la décrivent les auteurs classiques, n'existe pas. Les os sont formés, comme l'a démontré M. Gerdy, d'une série de canalicules au centre desquelles se trouve l'élément vasculaire de l'os; ces vaisseaux viennent aboutir au canal médullaire, où, réunis à de la graisse, ils constituent la moelle des os. Or, quand un produit morbide se forme, ce n'est point aux dépens de la membrane médullaire, mais aux dépens des vaisseaux qui remplissent les canalicules osseuses ou qui tapissent l'intérieur des aréoles du tissu spongieux.

M. FORGET. M. Gosselin nie la membrane médullaire à l'état physiologique; mais il admet qu'à l'état pathologique les éléments vasculaires subissent une transformation membraneuse. L'explication que vient de donner M. Gosselin me satisfait pleinement, et je suis heureux qu'il ait bien voulu me la donner. Peu m'importe, en effet, que la membrane médullaire soit primitive ou consécutive; l'important, c'est qu'elle existe dans des conditions données.

Le travail de M. Forget est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Tumeurs multiples de la tête.

M. DENONVILLIERS attire l'attention de la Société sur le fait suivant :

Une femme âgée de cinquante environ est entrée dans son service pour se faire traiter d'un certain nombre de tumeurs qu'elle porte à la tête. Le cuir chevelu a pris la forme des circonvolutions cérébrales. Ces tumeurs, au nombre de douze, ont toutes le caractère de kystes. M. Denonvilliers, étant décidé à enlever les deux plus volumineuses tumeurs, constate que l'une d'elles est très dure d'un côté et molle de l'autre. Une pression légère exercée de ce côté donne lieu à une dépression facile qui permet de déplacer un corps étranger, et donne à l'observateur la même sensation qu'on éprouve quand on vient à déprimer la paroi utérine soulevée par le pied ou le coude d'un enfant. M. Denonvilliers, avant d'opérer, déclare que la tumeur qu'il va enlever est le siège d'un corps étranger de forme pyramidale et élastique. Sans se prononcer sur la nature de ce corps, il pense que probablement il est de nature cornée. L'opération faite, on constate que la poche renferme un liquide en partie concrété et un corps de forme pyramidale, avec des ramifications stalactiformes. L'examen microscopique a démontré que ce corps était de nature épidermique.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Chronique et nouvelles.

Confraternité. — Nous avons récemment, à propos d'une affaire jugée à la cour d'appel de Rouen, rapporté un triste exemple de confraternité médicale. Dans la leçon clinique de M. Velpeau que nous publions aujourd'hui, le savant professeur en signale un second qui n'est guère moins édifiant. Quand donc le corps médical aura-t-il une assez haute idée de sa dignité pour que nous n'ayons plus à enregistrer des faits de cette nature? Comment espérer qu'avant ce moment si désirable les médecins acquièrent une considération qu'ils ne savent point s'accorder eux-mêmes? Question triste, mais peut-être utile à poser.

Hydrophobie. — On lit dans le journal le *Pays :*

« Le beau-père de la dame Beauban (la malade dont nous avons rapporté l'histoire dans notre dernier numéro) a été transporté à l'Hôtel-Dieu; son état est des plus graves. Quant aux trois autres personnes également mordues, leur position s'est améliorée. Ce qui, nous assure-t-on, a calmé leur imagination, c'est, bien plus efficacement que les prescriptions préventives des médecins, l'omelette antirabique que leur a fait manger une espèce de sorcier qui demeure dans une commune des environs de Paris, et qu'elles avaient été secrètement consulter.

» Il paraît qu'en Grèce on a soin d'examiner la langue des individus mordus par des chiens enragés, parce que, au bout de huit à neuf jours, après cette morsure, il s'élève, de chaque côté de la langue et près de son filet, des pustules que les médecins appellent *lyssés.* Ces lyssés paraissent contenir tout le virus rabique. On s'empresse, aussitôt après leur apparition, de les exciser et de cautériser les plaies avec un fer chauffé à blanc. Cette méthode garantit, assure-t-on, l'individu de l'hydrophobie. Quoi qu'il en soit, nous recommandons aux médecins l'observation de ces pustules sublinguales. »

La lecture de cette note nous a fait regretter que les journaux quotidiens n'aient pas dans leur rédaction un médecin auquel ils communiqueraient leurs articles relatifs aux sciences médicales. Nous ne parlerons pas ici de l'omelette antirabique, à laquelle le journaliste lui-même n'accorde sans doute que l'importance qu'elle mérite. Quant aux pustules sublinguales, qui se présentent avec une apparence scientifique, tous les médecins instruits savent aujourd'hui que ces pustules, dont l'existence avait été annoncée par un médecin russe, M. Marochetti, sont complétement imaginaires. Aucun observateur n'a pu les reconnaître chez l'homme, et les nombreuses recherches des médecins vétérinaires, notamment celles de l'éminent professeur d'Alfort, M. Renault, n'ont pas permis davantage de les constater chez le chien. Il serait donc bien inutile de chercher à les exciser ou à les cautériser.

— Dans une lettre adressée au *Times* du 10 juillet, l'auteur, après avoir déploré les cas d'hydrophobie qui ont eu lieu récemment à Paris, suggère l'idée de faire tous les efforts possibles pour empêcher que de telles calamités n'arrivent à Londres. « Depuis quelques jours, dit la lettre, on remarque à Londres des chiens faisant de pénibles efforts pour trouver à boire de l'eau claire. Les pauvres bêtes reculent avec dégoût devant l'eau salée, bourbeuse et échauffée des ruisseaux. La police ne devrait-elle pas, dans un temps d'excessive chaleur, établir des réservoirs remplis d'eau et placés de distance en distance; ou bien les compagnies qui fournissent de l'eau ne pourraient-elles pas en laisser couler un peu pour le soulagement des chiens qui trouvent nos rues arides? La société qui se propose de prévenir les actes de cruauté contre les animaux, et la Société royale d'humanité ne pourraient-elles pas s'entendre pour combiner l'humanité avec la sécurité dans l'intérêt de l'espèce humaine et de l'espèce canine? »

Tout en approuvant les bons sentiments exprimés dans cette lettre, et même en nous associant aux vœux en ce qui concerne l'eau, nous pensons que ce que la police a de mieux à faire dans les temps où règne l'hydrophobie, c'est d'appliquer rigoureusement les règlements relatifs à la circulation des chiens sur la voie publique, ce qu'elle fait d'ailleurs à Paris depuis quelques semaines avec le zèle le plus louable.

— Le concours ouvert pour un prix de 10,000 francs à décerner à l'auteur de moyens préservatifs ou curatifs reconnus efficaces et pratiquement applicables contre l'affection dite pleuro-pneumonie épizootique du gros bétail, et qui devait être clos le 31 mars 1852, a été prorogé par le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce jusqu'au 31 mars 1853.

Nous ferons remarquer à ce sujet que depuis quelques semaines les journaux belges ont publié plusieurs articles dans lesquels ils annoncent les excellents effets préservatifs qu'a produits l'inoculation des *liquides pulmonaires* des animaux atteints de l'épidémie. Il est bien regrettable que la commission instituée en France pour étudier la pleuro-pneumonie épidémique n'ait pas consacré une partie des fonds mis à sa disposition à répéter des expériences qui auraient définitivement résolu l'importante question étudiée avec tant de zèle par les vétérinaires belges. Si nous sommes bien informé, c'est d'après l'opposition de M. Magendie que l'idée de répéter ces expériences aurait été repoussée. On ne devait pas attendre moins d'un savant aussi distingué et aussi partisan du progrès. Aurions-nous à regretter la participation de M. Rayer à une opposition aussi peu éclairée? Il nous serait bien pénible d'être obligé de le croire.

— M. le docteur Liegey, de Rambervilliers, vient d'être nommé membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 83. — JEUDI 15 JUILLET 1852.

(25e ANNÉE.)

N° 83. — JEUDI 15 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — Nouvelle aiguille à lance mobile pour l'abaissement de la cataracte. Kératotome caché terminé par la lance mobile articulée, pour l'extraction de la cataracte. — De l'aconit dans la fièvre puerpérale. — Quelques mots sur la médication iodée. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Leçons cliniques sur les affections cancéreuses. — Note sur la noix de cédron et sur son action fébrifuge. — De quelques tumeurs spéciales du pénis. — Remarques sur la semence de digitale. — Moyen facile de conserver le proto-iodure de fer à l'état de protosel. — Académie de médecine, séance du 13 juillet. — Académie des sciences, séance du 12 juillet. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 14 JUILLET 1852.

Séances des Académies.

Il y a des hommes d'esprit et même d'un grand mérite qui ont parfois de curieuses naïvetés. M. Thénard nous en a donné avant-hier une preuve. Lorsque M. Ballard a eu terminé son rapport sur le travail de M. Filhol, le vénérable Nestor de la chimie s'est levé, et s'adressant surtout au banc des médecins : Je voudrais bien savoir, a-t-il dit, pourquoi les médecins envoient leurs malades prendre les eaux thermales l'été plutôt que l'hiver, puisque ces eaux sont d'une température constante? Je comprends bien pourquoi on ne se baigne pas dans la Seine en plein hiver; mais je ne comprends pas pourquoi on ne se baignerait pas en toute saison dans les eaux de Bagnères, du Vernet, etc. Enfin, je ne comprends pas ce qu'on entend par une saison des eaux.

M. Andral s'est chargé de satisfaire en partie la curiosité de son éminent collègue. Il y a beaucoup de raisons, a-t-il dit, pour lesquelles les médecins n'envoient pas leurs clients aux bains thermaux pendant toute l'année; je me contenterai, pour le moment, d'en donner une à M. Thénard : c'est que les localités où l'on prend les eaux sont inhabitables pendant l'hiver, et que, si les eaux y sont toujours chaudes, l'air y est au contraire extrêmement froid.

La discussion s'en est tenue là; mais M. Thénard n'avait évidemment point l'air satisfait.

M. Chatin continue avec la plus louable persévérance ses intéressantes recherches sur la présence de l'iode dans les eaux potables. Les analyses qu'il vient de faire l'ont conduit à quelques résultats utiles que nous ferons connaître.

— M. Depaul a fait aujourd'hui son début à l'Académie en venant traiter à la tribune une des questions les plus ardues de la science obstétricale. Le succès de ce début n'était point douteux; il était néanmoins difficile de le prévoir plus complet. En entendant l'exquise convenance de forme, la solidité des principes, la justesse des déductions, l'instruction profonde dont le jeune académicien a fait preuve dans cette longue discussion, un peu trop longue peut-être par cette température tropicale qui nous accable, l'Académie s'est sentie tant soit peu honteuse d'avoir jadis préféré à M. Depaul le digne émule de Mme Coquillard; mais à tout péché miséricorde; puisque l'Académie se repent, que l'Académie soit pardonnée! Nous mettrons prochainement nos lecteurs à même d'apprécier le beau travail de M. Depaul.

M. Bousquet, dont le zèle scientifique ne fait que s'accroître, est venu agiter une fois de plus la question des fièvres essentielles, et prouver par des raisons bien connues, mais qu'on semble se plaire à oublier de temps en temps, que la fièvre typhoïde n'est pas le résultat de l'inflammation de l'intestin, etc. L'honorable rapporteur n'a d'ailleurs point trouvé de contradicteurs, soit que la chaleur ait éteint les dispositions belligérantes des doctes champions, soit parce que les deux localisateurs par excellence, MM. Bouillaud et Piorry, étaient absents. Ce ne sera pas nous non plus qui contredirons M. Bousquet. Jamais nous n'avons été plus de son avis que dans cette circonstance.

NOUVELLE AIGUILLE A LANCE MOBILE

Pour l'abaissement de la cataracte. — Kératotome caché terminé par la lance mobile articulée, pour l'extraction de la cataracte ;

Par M. LAUGIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Il n'est pas un chirurgien qui, en pratiquant l'abaissement de la cataracte, n'ait senti l'inconvénient des aiguilles ordinaires terminées par une lance immobile. En effet, toutes les fois qu'on se propose de détourner un fragment de cristallin, un lambeau de capsule opaque, on ne le peut avec les aiguilles ordinaires qu'en faisant décrire à la lance des arcs de cercle étendus, ayant pour centre le point de la sclérotique traversé par la tige. L'étendue de ces arcs de cercle expose à des déchirures trop larges de la membrane hyoloïde et quelquefois même à des blessures ou des décollements de l'iris. J'ai pensé qu'on éviterait en partie les difficultés et les dangers des mouvements de l'aiguille en rendant la lance mobile sur la tige à l'aide d'une articulation que fait mouvoir une petite bascule placée sur le manche comme une clef de flûte. Cette idée a été réalisée par M. Mathieu, dont l'habileté est aujourd'hui connue de tout le monde.

Il résulte de cette modification que la lance peut devenir un crochet avec lequel on imprimera au cristallin entier, ou à l'un de ses fragments, ou enfin à un lambeau de capsule ou de fausse membrane, des mouvements favorables à l'exact déplacement du champ de la pupille. On a d'ailleurs l'avantage de pouvoir laisser tout à fait droite, pour l'introduction dans l'œil et pour le passage quelquefois si délicat de l'aiguille entre les procès ciliaires et la capsule antérieure du cristallin, une lance qui prendra, une fois arrivée au-devant de la cataracte, le degré d'inclinaison que l'opérateur voudra, et sera susceptible de mouvements alternatifs d'extension et de flexion, suivant le but qu'il se proposera d'atteindre.

La mobilité de la lance est tout à fait comparable à celle de la troisième phalange des doigts, et rien ne serait plus facile que de faire cette lame à deux articulations, ce que je n'ai pas cru toutefois indispensable jusqu'ici. Avec une seule articulation sur la tige, l'extension et la flexion alternatives de la lance peuvent répondre à un assez grand nombre d'usages : on conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'y insister en ce moment, le parti qu'on peut en tirer dans le broiement de la cataracte, la déchirure de ses adhérences, et même la pratique de la pupille artificielle, soit par déchirure d'adhérences centrales, soit par décollement.

Quant au principe de l'articulation de l'extrémité de l'aiguille, il conduit à des kystitomes articulés, à des curettes articulées et à une foule de modifications d'instruments déjà inventés pour la pupille artificielle, et qui, faute d'une légère modification désormais possible, sont restés, malgré le mérite de leur invention, en dehors du domaine de l'art. J'ai fait, dans l'aiguille que je propose, une articulation ginglymoïdale qui m'a paru suffire; j'ai dit plus haut qu'on pourrait lui donner deux articulations de même espèce. Quelque chirurgien trouvera peut-être qu'il y aurait avantage à multiplier le sens des mouvements de la lance en lui donnant une articulation orbiculaire, ou peut-être même fera-t-on mouvoir ainsi soit un crochet pour l'iris, soit une curette pour les accompagnements de la cataracte, etc., etc. ; mais, en s'en tenant pour aujourd'hui à l'aiguille à abaissement, je crois pouvoir dire que la mobilité de la lance rendra des services.

Je ne me suis pas arrêté là, et j'ai aussi imaginé de combiner la lance articulée avec un kératotome caché, à l'aide duquel on fera, je l'espère, avec plus de sûreté qu'avec les couteaux de Richter et autres la section de la cornée dans l'extraction de la cataracte. Ce kératotome, terminé par la lance mobile comme une aiguille, est du volume d'une aiguille un peu plus forte que l'aiguille ordinaire. Il ressemble beaucoup au litbotome à une seule lame; la différence est que la lame n'est point cachée dans une gaîne, ce qui aurait augmenté inutilement le volume de l'instrument; mais elle est seulement appliquée à une autre lame dont les bords sont mousses et la couvrent, et qui contient dans son épaisseur le petit ressort qui fait mouvoir la lance.

L'instrument est destiné à agir par kératonixis, et ponctionne la cornée comme dans cette opération; la lance dirigée contre la capsule, à travers la pupille dilatée, servira de kystitome, et ouvrira largement la capsule; puis elle pourra pénétrer obliquement dans la substance du cristallin, et à l'aide des mouvements dont elle est douée ou par la simple pression sur la partie supérieure ou inférieure de la lentille, l'amener dans la chambre intérieure. La large ouverture de la capsule suffira d'ailleurs sans doute à la sortie du cristallin après la section de la cornée. C'est en retirant l'instrument par la voie qu'il s'est faite que la lame du kératotome s'écarte de la tige plate sur laquelle est accolée et incise la cornée du talon vers son extrémité libre sans quitter cette membrane. L'écartement de la lame du kératotome a été calculé pour l'incision du quart ou du tiers au plus de la cornée. Cette longueur d'incision est suffisante pour la plupart des cas, et je n'ai pas besoin de rappeler qu'une méthode d'extraction est déjà fondée sur ce principe. On sent bien que je ne fais pas en ce moment la comparaison des divers kératotomes; je me borne à signaler l'avantage du kératotome caché de n'inciser la cornée que de dedans en dehors, de sorte que la section des lames profondes de la cornée est toujours aussi étendue que celle des lames superficielles, et cela par le seul fait de l'instrument.

Fig. 3. 4. 2. 1.

Dessins de l'aiguille et du kératotome.

FIG. I. — Aiguille pour abaissement de la cataracte à lance articulaire. Elle peut être désignée sous le nom d'aiguille articulée, ou à lance articulée.
A. Lance droite pour l'introduction dans l'œil.
B. Bascule qui fait mouvoir l'articulation de la lance.

FIG. II. — A. mouvement de la lance qui s'incline a volonté sur la tige, et se redresse aussitôt que le doigt cesse de presser sur la bascule.

FIG. III. — Kératotome caché à lance articulaire.
A. Lance mobile inclinée pour l'ouverture de la capsule.
B. Lame du kératotome fermé.

FIG. IV. — Kératotome caché ouvert.
A. Lance du kératotome non inclinée.
B. Lance du kératotome ouvert pour l'incision de la cornée de dedans en dehors.
C. Anneau coulant sur le manche qui ouvre le kératotome.

De l'aconit dans la fièvre puerpérale.

A plusieurs reprises, depuis quelque temps, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur trois malades atteintes de fièvre puerpérale et traitées, deux dans le service de M. P. Dubois, une dans le service de M. Grisolle, par la teinture d'aconit à la dose progressive de 1 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures. Deux de ces malades ont succombé après un temps beaucoup plus long que celui que met habituellement la fièvre puerpérale pour arriver à une terminaison funeste; dans un cas, la malade est sortie de l'hôpital avant sa mort, et l'autopsie n'a pu être faite; dans l'autre, celui de M. Grisolle, l'autopsie a été faite, et elle a révélé toutes les lésions appartenant à la fièvre puerpérale (abcès multiples, pus dans les sinus utérins, etc.). Enfin, chez la troisième femme, la maladie, après avoir présenté tous les symptômes de l'infection purulente, entre autres, de nombreux abcès qui se sont ouverts à l'extérieur, a fini par se terminer définitivement d'une manière heureuse, et la malade est sortie il y a quatre jours de l'hôpital complétement guérie.

Ce n'est point avec ces faits, assurément, qu'un praticien expérimenté portera un jugement sur l'influence de l'aconit dans le traitement de la fièvre puerpérale. Mais on ne saurait disconvenir que, dans une maladie qui se termine presque toujours d'une manière si promptement fatale, ces faits ne soient de nature à encourager des tentatives suivies. C'est à ce seul point de vue que nous croyons devoir signaler de nouveau à l'attention de nos confrères les trois faits que nous avons observés dans les services de MM. Paul Dubois et Grisolle.

Quelques mots sur la médication iodée.

Parmi les agents qui ont été appliqués récemment à la thérapeutique, il y en a peu auxquels l'opinion des praticiens ait été aussi favorable qu'à l'iode et à ses diverses préparations. Les beaux résultats qu'on a obtenus depuis quelques années par des injections d'iode dans le traitement de maladies habituellement d'une très longue durée, comme les abcès froids, ou même réputés tout à fait incurables, comme les abcès par congestion, ont fixé davantage encore l'attention du public médical sur cette médication précieuse.

Ces derniers faits nous ont paru soulever une question intéressante que nous avons signalée le premier à nos lecteurs qui sont nos collaborateurs; cette question, la voici : Dans les succès obtenus par les injections d'iode dans le traitement des abcès froids et des abcès par congestion, est-ce aux injections elle-mêmes ou bien au traitement iodé intérieur prescrit concurremment qu'il faut attribuer les résultats obtenus? Pour concourir à la solution de cette question, nous avons, en même temps que nous la signalions à l'attention

des praticiens, rapporté un fait d'abcès par congestion des plus graves traité *exclusivement* par l'administration des dragées de proto-iodure de fer de Gille, préparation qui a seule le précieux avantage de conserver intact ce puissant médicament et qui était arrivée à une guérison à peu près complète. Nous avons aussi rappelé un fait d'abcès avec carie des os que nous avions observé il y a deux ans et dans lequel une guérison complète avait été obtenue en quelques mois par le même médicament, alors que la maladie avait été traitée pendant deux ans en vain par les applications locales les plus variées, aidées du régime hygiénique usité en pareille circonstance.

Ces faits n'ont pas seulement de l'importance au point de vue du meilleur mode d'administration de l'iode et spécialement du proto-iodure de fer qui est la meilleure de ses préparations, ils ont une importance non moins grande au point de vue de la substitution des préparations iodées aux huiles de foie de morue. On sait à quel point diffèrent les opinions des divers praticiens touchant ce médicament aujourd'hui presque aussi usité qu'il est désagréable à prendre. Un de nos plus éminents cliniciens, M. le professeur Rostan, l'a complétement exclu de sa pratique, ne lui ayant jamais, dit-il, reconnu d'autre propriété que celle d'exciter la répugnance des malades. Il est au moins permis de supposer que les divergences qui existent à cet égard dépendent en grande partie de la différence de composition des différentes huiles.

En effet, à mesure que celles-ci sont étudiées avec plus de soin, on constate de nouvelles différences dans la proportion de leurs éléments constitutifs, et l'on ne compte pas maintenant moins de dix-sept espèces d'huiles ayant autant de compositions différentes et qui même ne sont pas toujours identiques entre elles. Or, comme l'opinion la plus générale est aujourd'hui que ces huiles agissent avec d'autant plus d'efficacité qu'elles contiennent en plus grande proportion des préparations iodées, on comprend toute l'importance qu'il y a à expérimenter ces dernières préparations; car nul ne peut méconnaître les avantages qu'il y a à remplacer un médicament variable par un médicament à proportions fixes, quand d'ailleurs ces deux médicaments jouissent de propriétés analogues. Sous tous ces rapports, la médication iodée est donc une de celles qui demandent le concours le plus actif et le plus général.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. — *Voir* les n°s des 14, 26 février; 6, 16, 27 mars; 10, 27 avril; 6, 25 mai; 8 et 26 juin.)

Douzième leçon. — *Du cancer colloïde et de la mélanose.*

Pour compléter l'histoire des affections cancéreuses, il nous reste à présenter quelques considérations sur certaines formes rares de ces maladies : le colloïde et la mélanose. C'est à peine si ces deux variétés entrent pour la centième partie dans les cas de cancer qui se présentent à l'observation; aussi leur histoire est loin d'être aussi complétement élucidée que celle de l'encéphaloïde et du squirre.

I. *Cancer colloïde.*

En étudiant les différentes formes de productions morbides dont nos tissus peuvent être le siége, Laënnec et Dupuytren signalèrent une altération spécialement caractérisée par l'accumulation d'une substance gélatineuse ressemblant à de la colle de poisson à demi dissoute. Bien qu'à cette époque l'anatomie pathologique ne fit presque aucun usage du microscope pour étudier la texture des tissus, ces observateurs n'hésitèrent pas, en raison de la marche et de l'évolution de la maladie, à la ranger dans la classe des cancers. Plus récemment, les recherches des micrographes, et principalement celles de M. Lebert, sont venues confirmer l'opinion de ces célèbres cliniciens, en démontrant, dans le cancer colloïde, l'existence de véritables cellules cancéreuses et de leurs noyaux caractéristiques.

Examiné à l'œil nu, le colloïde se présente sous forme de tumeur de volume variable, composée d'alvéoles nombreuses, assez régulièrement arrondies, et dont les dimensions varient d'un grain de millet à une petite noix. Ces alvéoles, dont les parois sont formées tantôt d'un tissu cellulaire mince, d'autres fois d'une véritable toile fibreuse, ou bien même d'une substance analogue au cartilage, renferment dans leur intérieur une matière demi-transparente, visqueuse, quelquefois légèrement colorée en jaune ou en rouge, d'un aspect parfaitement homogène, et qui adhère fortement à la trame solide. L'examen microscopique démontre, dans la matière gélatiniforme, deux parties distinctes, une substance amorphe véritablement gélatineuse et des cellules à parois très fines, munies d'un noyau elliptique, volumineux, dans lequel s'observent un ou plusieurs nucléoles.

Les vaisseaux sanguins propres à cette affection sont pour le moins aussi rares que dans le squirrhe; cependant leur existence y a été démontrée d'une manière positive par M. le professeur Velpeau. Le siége de prédilection de cette variété de cancer est le tube intestinal et ses dépendances. C'est dans les parois de l'estomac surtout qu'on l'a rencontré le plus souvent; mais on le trouve fréquemment encore dans l'épiploon, les intestins, le tissu cellulaire sous-péritonéal. Muller l'a observé dans la mamelle; M. Velpeau l'a vu constituer une tumeur volumineuse de la région axillaire. On l'a signalé dans les ovaires et le testicule. Enfin, M. Cruveilhier pense qu'il n'est pas rare dans l'ostéo-sarcome et le spina ventosa.

Ce tissu morbide présente une évolution remarquable. Il n'a point, comme dans le squirrhe et l'encéphaloïde, une période de crudité; il se développe toujours d'emblée avec les caractères que nous lui connaissons; les deux formes, infiltrée et enkystée, que nous avons signalées dans le cancer ordinaire, se rencontrent aussi dans le cancer colloïde. A l'état d'infiltration, on voit l'organe qui en est le siége conserver en partie sa structure normale; seulement, les éléments qui le constituent sont écartés par l'interposition des alvéoles caractéristiques; de sorte qu'au milieu de la masse morbide se trouvent à la fois des portions de tissu sain mélangées avec la matière colloïde.

Dans le second cas, au contraire, au lieu d'être dissociées, les fibres de l'organe malade sont refoulées en masse, et la matière colloïde forme dans leur intervalle des agglomérations circonscrites par une véritable membrane ou kyste.

Dans son évolution, le cancer colloïde diffère essentiellement de l'encéphaloïde et du squirrhe; il détruit les tissus voisins bien plus par ectrophie que par ulcération, et jusqu'à présent on n'a point observé qu'il donnât lieu à la cachexie. Comme il affecte ordinairement les organes splanchniques, c'est presque toujours en altérant leurs fonctions d'une manière quelconque, ou bien en produisant leur rupture, qu'il compromet la vie. Il ne paraît point être le siége de douleurs lancinantes, et ne donne presque jamais lieu à l'ulcération, et par conséquent aux hémorrhagies et aux suintements ichoreux qui en sont la suite. Toutefois, les observations que la science possède sur cette maladie sont trop peu nombreuses pour que nous puissions, à cet égard, rien dire de définitif. En l'absence de documents suffisants, nous ne pensons pas devoir traiter d'une manière spéciale les symptômes et les indications thérapeutiques de cette affection. Les principes généraux que nous avons exposés à l'occasion des différentes formes du cancer seront suffisantes pour guider le praticien dans les circonstances très rares qui pourront se présenter à son observation.

Vers le commencement de ce siècle, Laënnec et Dupuytren signalèrent sous le nom de *mélanose* une production morbide caractérisée par une coloration noire des plus intenses. Il en résulte que dans leur description ils n'avaient point établi de distinction entre les divers éléments morbides qui peuvent donner à nos tissus cette coloration spéciale; et, confondant sous une même dénomination tout ce qui présentait la coloration noire, ils n'en faisaient qu'une seule espèce morbide qu'ils considéraient comme une variété du cancer. Mais on s'aperçut bientôt que cette coloration anormale pouvait se rencontrer non-seulement dans le cancer véritable, squirrhe ou encéphaloïde, mais encore dans les tumeurs dont la structure et l'évolution ne ressemblaient en rien à celle des affections cancéreuses, bien que souvent elles constituassent une maladie grave; enfin, qu'elle pouvait se rencontrer encore dans des tissus sains d'ailleurs, où sa présence ne donnait lieu à aucun phénomène pathologique.

Des recherches plus récentes ont démontré qu'en effet sous le nom générique de mélanose on avait confondu des altérations bien distinctes qui n'avaient de commun que la coloration noire. Il est maintenant prouvé que cette coloration noire ne dépend pas toujours d'un même élément; que tantôt elle est le résultat de l'accumulation d'une certaine quantité de carbone, que d'autres fois elle est constituée uniquement par du sulfure de fer; qu'elle est due d'autres fois à une décomposition du sang et à une altération de l'hématine; enfin que, dans d'autres circonstances, elle résulte de la présence d'un véritable pigment accidentel, analogue au pigment normal de la choroïde. On comprend facilement que des altérations dont les éléments sont aussi divers ne peuvent constituer une maladie unique. Aussi distinguons-nous dans l'affection mélanique, telle qu'elle est admise par la plupart des auteurs, quatre divisions fondamentales.

1° *Mélanose carbonique.*

Nous désignerons ainsi la coloration noire si fréquente des ganglions bronchiques et du tissu pulmonaire lui-même; coloration qui n'est que le résultat d'une accumulation de molécules charbonneuses introduites dans les organes par la respiration. On sait en effet que, d'après des recherches récentes, des substances solides réduites en poudre impalpable peuvent être absorbées et pénétrer jusque dans les ganglions lymphatiques. Le charbon est dans ce cas. Aussi, la coloration noire des ganglions bronchiques se rencontre-t-elle surtout chez les individus qui par état se trouvent constamment plongés dans une atmosphère chargée de *poussière charbonneuse*. Nous n'entendons pas dire pour cela que la coloration noire des ganglions bronchiques et du poumon soit toujours produite par cette cause. On peut y rencontrer aussi les autres espèces de mélanose, dont nous allons parler.

Laënnec avait déjà remarqué qu'on la trouve plus ou moins abondamment dans les poumons de presque tous les adultes, et qu'elle devient plus abondante à mesure que l'on avance en âge, que dans la première enfance au contraire on n'en aperçoit ordinairement aucune trace, les poumons ayant à cette époque de la vie une couleur rose aussi pure que ceux des animaux de nos boucheries. Lorsque cette matière colorante existe en petite quantité, elle donne aux poumons une teinte légèrement grise. A la surface de cet organe elle est disséminée sous la forme de petits points noirs, qui, plus nombreux et plus rapprochés le long des intersections des lobules, y forment des stries, des taches ou des lignes ponctuées. Quand cette matière est plus abondante, elle peut donner une teinte noire à des portions très grandes du poumon, mais elle n'altère en rien la souplesse et la perméabilité de son tissu, bien différente en cela de l'infiltration produite par la matière mélanique proprement dite.

C'est surtout dans les glandes bronchiques que cette mélanose carbonée se rencontre en plus grande abondance. On sait que chez l'adulte, et particulièrement chez les vieillards, ces glandes sont souvent teintes en totalité d'un noir d'encre. Pas plus que dans le poumon, cette coloration ne donne lieu au moindre phénomène pathologique. Nous verrons au contraire qu'il en est tout autrement lorsque ces organes sont le siége de véritables produits mélaniques.

Cette première variété de mélanose ne constitue point, à proprement parler, une maladie; elle est parfaitement compatible avec la meilleure santé. Nous la désignerons sous le nom de mélanose carbonique.

2° *Mélanose sulfuro-ferreuse.*

On rencontre souvent dans les parois de certains abcès fétides, dans les ganglions qui y correspondent, ou dans les cicatrices qu'ils laissent après leur guérison, une coloration noire ou ardoisée, dans laquelle le microscope fait découvrir un amas de grains noirs d'une forme indéterminée, dont le volume peut aller jusqu'à un 50me de millimètre, et qui, tantôt isolés, tantôt réunis, sont disposés en plus ou moins grande quantité entre les éléments des tissus. Quelquefois, mais rarement, ces grains se trouvent enfermés dans des cellules. L'examen chimique démontre que les grains colorés ne sont autre chose que du sulfure de fer. Cet état pathologique ne constitue point une affection grave. Les tissus au milieu desquels cette substance colorée s'est déposée ne sont aucunement gênés par sa présence. On peut sous ce rapport comparer leur coloration anormale à celle de la peau dans le tatouage.

3° *Mélanose due à l'altération de l'hématine.*

Le sang extravasé peut quelquefois subir une altération telle, que la matière colorante, de rouge qu'elle était, devient entièrement noire. On a pu dans quelques circonstances suivre pour ainsi dire pas à pas cette transformation.

Nous en voyons tous les jours des exemples dans ces petits épanchements sous-épidermiques connus sous le nom de pinçons.

Ce que l'on observe à la surface de la peau peut se manifester aussi dans des épanchements survenus au centre même de nos organes. Cette considération a tellement frappé certains auteurs, M. Cazenave en particulier, qu'ils ne reconnaissent pas d'autre origine à la mélanose, dont, il est vrai, ils n'admettent qu'une seule espèce.

Bien que cette opinion soit encore partagée par des auteurs du plus grand mérite et principalement par les auteurs du *Compendium de chirurgie*, nous ne pouvons y adhérer, et nous pensons, avec Laënnec et M. Trousseau, qu'il y a dans la mélanose véritable non pas seulement du sang altéré, mais bien un élément spécial que nous décrirons bientôt.

Nous considérerons donc ces amas de matière noire résultant d'une altération du sang comme constituant une affection particulière, que l'on pourrait désigner sous le nom de mélanose ecchymotique.

Cette variété, beaucoup plus grave que les deux précédentes, peut cependant présenter de grandes différences dans les conséquences, suivant que l'épanchement sanguin qui la constitue est isolé et accidentel, ou bien qu'il est multiple et produit par une cause générale analogue au scorbut; dans tous les cas, les épanchements mélaniques de cette espèce ne constituent pas par eux-mêmes une affection dangereuse; car, ainsi que tous les épanchements sanguins, ils peuvent rester au milieu de nos tissus sans y déterminer d'accidents ou même être résorbés.

4° *De la mélanose proprement dite.*

La matière colorante noire à laquelle nous réservons le nom de mélanose n'est autre chose que le pigment grenu que l'on rencontre à l'état normal dans la couche colorée de la choroïde, ainsi que dans quelques parties de l'épiderme; il se compose de molécules grenues brunes ou noires. Celles-ci sont quelquefois libres et semblent infiltrer les organes; d'autres fois elles sont renfermées dans des cellules particulières dont le volume varie entre un ou deux centièmes de millimètre; elles sont généralement sphériques, ne contiennent point de noyaux et sont tout à fait remplies de matière colorante. D'autres fois les molécules mélaniques infiltrent les cellules des tissus normaux ou morbides et pénètrent même jusque dans leurs noyaux. C'est ainsi qu'on les trouve fréquemment dans l'intérieur des globules d'épithélium, dans certains globules granuleux que renferment certains kystes, et principalement dans les globules cancéreux du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

Ainsi que le cancer et le tubercule, la mélanose présente dans son évolution deux phases distinctes que l'on désigne sous le nom d'état de crudité et d'état de ramollissement.

A l'état de crudité, les masses mélaniques ont un aspect homogène assez ferme qui rappelle celui de la truffe. Quand elles commencent à se ramollir, on peut par la pression en faire suinter un liquide roussâtre, ténu, mêlé de petits grumeaux noirs souvent friables.

A une époque plus avancée du ramollissement, la masse entière de la tumeur se convertit en un liquide noir, boueux, semblable à du cirage un peu épais; il contient parfois des débris celluleux. La mélanose peut affecter toutes les formes des autres productions pathologiques : tantôt elle est enveloppée d'un véritable kyste, d'autres fois elle constitue des masses circonscrites, mais qu'il est impossible d'isoler complétement des parties voisines; assez souvent elle s'infiltre au milieu de nos tissus, dont elle écarte les fibres sans les désorganiser. Enfin, elle peut se déposer à la surface libre des membranes séreuses.

Dans les deux premières formes, alors que la mélanose constitue des tumeurs distinctes, elle présente une masse homogène dans laquelle on distingue à peine un tissu cellulaire très fin et des vaisseaux d'une ténuité plus grande encore. Tous ces frêles éléments d'organisation disparaissent quand la tumeur se ramollit.

Dans la forme infiltrée, à mesure que l'accumulation de la matière mélanique devient plus considérable, le tissu de

l'organe s'amoindrit et finit bientôt par disparaître. C'est alors ordinairement que la matière infiltrée commence à se ramollir.

Symptômes. — Comme toutes les productions morbides accumulées au sein de nos tissus, la mélanose produit des phénomènes généraux et locaux.

1° *Symptômes généraux.*

Parmi les premiers, le plus constant est la diminution graduelle des forces vitales et une altération profonde de la nutrition : d'où résulte l'amaigrissement et les épanchements séreux dans le tissu cellulaire ou dans les membranes closes. On observe encore des troubles fonctionnels résultant de la gêne mécanique produite par la présence de tumeurs dans les différentes régions. Ces phénomènes sont aussi variés que les organes dont la mélanose a envahi le tissu. C'est ainsi que dans l'œil on voit promptement survenir l'amaurose; que dans le poumon se manifeste une forme particulière de phthisie parfaitement décrite par Bayle; que dans le foie, le cerveau, l'estomac, elle donne lieu à des symptômes d'hépatite, de paralysie, de gastrite chronique, etc.

2° *Symptômes locaux.*

Quand la mélanose occupe les régions superficielles, elle laisse apercevoir des taches ou des tumeurs noires, assez analogues à des ecchymoses ou des épanchements sanguins circonscrits; ces tumeurs sont ordinairement petites, dures, peu élastiques, indolentes, ou sont tout au plus le siége de douleurs faibles qui n'ont point de caractères particuliers; ces tumeurs restent plus ou moins longtemps stationnaires, d'autres fois elles augmentent insensiblement, plus rarement elles s'excorient. Ces excoriations sont, en général, dues plutôt à des causes mécaniques qu'à une véritable inflammation; aussi ne les remarque-t-on guère qu'à la surface des membranes muqueuses ou cutanées. La surface de ces ulcérations verse continuellement un liquide noir, à peu près inodore, qu'il est toujours facile de reconnaître. Quand la maladie occupe les parties profondes, ces phénomènes locaux échappent à l'examen, et les troubles fonctionnels qu'elle produit ont ordinairement trop de ressemblance avec beaucoup d'autres lésions organiques pour qu'il soit possible de les reconnaître du vivant du malade.

Pronostic. — Bien qu'essentiellement différente du cancer, la mélanose n'en est pas moins une affection presque aussi redoutable; les symptômes généraux qu'elle produit dénotent une influence délétère irrécusable. La tendance qu'elle a à se généraliser indique qu'elle n'est pas seulement une affection locale, mais qu'à l'exemple du cancer elle a jeté dans tout l'organisme des germes funestes. Aussi la plupart des malades succombent-ils dans un laps de temps qui dépasse rarement plus de deux ou trois années. C'est donc une affection excessivement grave.

Traitement. — La science ne possède encore aucun moyen de guérir la mélanose. Cette maladie, essentiellement générale, échappe aux secours de la chirurgie, qui peut bien enlever quelques-unes de ses manifestations extérieures, mais qui ne peut atteindre la cause qui les produit. La médecine elle-même est impuissante. Les saignées préconisées par Noack n'ont donné aucun résultat utile; il en est de même des fumigations sulfureuses préconisées par Gasparin, des astringents et des ferrugineux proposés par Biett. La science attend donc à cet égard de nouvelles recherches.

II. *Du cancer mélané.*

Nous avons vu que la mélanose pouvait se déposer dans tous les organes, aussi bien dans les tissus normaux que dans les produits accidentels; il n'est donc point étonnant qu'on l'ait rencontrée même assez fréquemment dans le cancer. Nous ne connaissons pas d'observations qui prouvent sa combinaison avec le cancer colloïde: on l'a rencontrée plusieurs fois combinée avec le squirrhe; mais c'est dans le cancer encéphaloïde qu'on l'observe le plus souvent.

Dans ses combinaisons avec le cancer, la mélanose affecte plusieurs formes : tantôt la substance mélanique est seulement mélangée avec l'élément cancéreux, l'un et l'autre restant parfaitement distincts au microscope; d'autres fois, les cellules cancéreuses elles-mêmes et leurs noyaux, tout en conservant leur aspect et leur forme caractéristique, sont infiltrés du pigment grenu qui est la partie essentielle de la mélanose. Dans tous les cas, cette combinaison de la mélanose et du cancer ne modifie pas d'une manière notable la marche de cette dernière affection.

Ici se termine la première partie des intéressantes leçons cliniques de M. Maisonneuve sur les affections cancéreuses. Nous ferons remarquer que cet habile praticien n'a pas craint d'adopter sans réserve les découvertes récentes de la micrographie, et que son expérience clinique est venue apporter à cette partie encore toute théorique de la science une véritable consécration.

Un second point nous a frappé encore dans les leçons de M. Maisonneuve, c'est sa foi dans la curabilité du cancer; il est, sous ce rapport, le fidèle représentant des doctrines de M. Récamier, dont nul plus que lui ne fut à même d'apprécier les prodigieuses ressources thérapeutiques.

Enfin, relativement au traitement du cancer et des autres affections malignes, nous avons été singulièrement frappé de l'importance extrême qu'un chirurgien aussi notoirement habile à manier le bistouri accorde à l'emploi des caustiques; nous l'avons vu souvent, en effet, détruire des masses encéphaloïdes et squirrheuses sans opération sanglante, et nous lui avons entendu émettre cette opinion, que, malgré l'espèce de défaveur dont sont actuellement frappés ces moyens chirurgicaux, le temps de leur réhabilitation n'était probablement pas éloigné.

Nous espérons pouvoir publier prochainement une nouvelle série de leçons que M. Maisonneuve a commencées sur les affections cancéreuses des différents organes en particulier.

D[r] Alexis Favrot.

NOTE SUR LA NOIX DE CÉDRON ET SUR SON ACTION FÉBRIFUGE.

Par le D[r] Berton, médecin-major à l'Ecole d'état-major.

Les innovations en moyens thérapeutiques sont difficiles et rares, et le deviennent chaque jour davantage. En parlant ici de la vertu fébrifuge de la noix de cédron, je n'ignore pas que cette action est connue et mise à profit dans les Antilles et plusieurs parties de l'Amérique du Sud, et que quelques-unes de nos sociétés savantes ont été entretenues de ces propriétés médicales et de quelques autres encore. Ma conviction sur les qualités éminemment fébrifuges de cette substance est moins basée sur mon expérience propre que sur les renseignements et les documents que j'ai pu me procurer à cet égard. En exposant donc ce que j'ai vu et ce que j'ai appris à ce sujet, je n'ai point la prétention d'innover, mais l'unique désir de servir les intérêts de l'humanité en cherchant à utiliser aussi dans nos contrées un remède efficace, peu dispendieux et jusqu'à présent négligé, peu connu ou ignoré.

Les trois citations suivantes, que je ne crois pouvoir me dispenser de faire, concernent les personnes les plus honorables, et constituent en quelque sorte des arguments que je puis invoquer.

Note communiquée par M. Demmler, professeur de langue allemande à l'Ecole d'état-major.

Dans le voyage que j'entrepris à la Martinique en 1851, je me munis d'amandes desséchées de cédron. En outre, M. Peste, docteur-médecin de ce pays, m'avait donné un petit flacon contenant un extrait de noix de cédron, dont quelques gouttes dans un demi-verre d'eau devaient être un remède efficace contre la fièvre. Sur un bateau à vapeur, je fis la connaissance d'un ingénieur français, M. Hellert, qui avait beaucoup voyagé dans l'Amérique centrale, et qui me confirma non-seulement ce que j'avais entendu raconter sur la grande vertu de ce remède contre la morsure des serpents, mais ajouta qu'il s'était constamment préservé des fièvres dangereuses de ces contrées en faisant une infusion de la moitié d'une noix de cédron dans à peu près un ou deux litres d'eau. Pour la tenir bien fraîche, il l'avait mise dans un cruchon qu'il enfouissait en terre, et chaque jour il en buvait un verre à jeun. Je n'ai moi-même jamais eu occasion de faire application de ce remède contre la morsure des serpents; mais j'ai traité deux personnes (nègres) atteintes de la fièvre avec l'extrait que m'avait donné le docteur Peste, et toutes les deux ont été promptement rétablies. Je ne sais si je dois attribuer la bonne santé dont j'ai joui pendant les huit mois de mon séjour à la Martinique, malgré les grandes fatigues que j'y ai subies, et tout en fréquentant des contrées marécageuses, à ce que, portant constamment cette noix sur moi, je la suçais, malgré son horrible amertume, quand j'avais à passer ou à séjourner dans des endroits malsains? En résumé, je pense que le fruit en question doit contenir des principes pareils à ceux du quinquina.

Signé : Demmler.

Paris, 30 avril 1852.

Dans cette note se trouve aussi un extrait curieux du père Labatte, écrit au commencement du siècle dernier, qui, outre la description de l'arbre qui produit les noix précieuses, donne des renseignements sur la manière de les préparer et de les employer en cas de morsure de serpent, dont elles seraient, à ce qu'il assure, un remède certain.

Lettre adressée par M. Nunés, consul de France à Saint-Thomas.

Mon cher docteur,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander ce que je savais sur la noix de cédron et son application à la médecine. Voici les renseignements que je puis vous donner : l'arbuste qui produit la noix de cédron croît dans toute l'Amérique méridionale, particulièrement dans la république de Costa-Rica. Ces noix sont si abondantes sur les lieux que vous pouvez les calculer, dès à présent, à un prix de revient de 5 centimes chaque, rendue au Havre. Le cédron est très connu comme l'antidote le plus puissant contre la morsure des serpents. Les voyageurs qui ont parcouru ces pays racontent à ce propos des faits qui tiennent du prodige.

Ainsi, il est bien avéré que les habitants ne vont jamais à la chasse, ni dans les forêts sans se munir de noix de cédron qu'il portent sur eux, et quand ils sont piqués par des reptiles, ils mâchent simplement l'amande et en appliquent le marc sur la plaie, application qu'ils répètent plusieurs fois; ils boivent simultanément une infusion faite avec la noix dans de l'eau-de-vie, ou simplement dans de l'eau. Un docteur français, M. de Monteil, résidant à Saint-Thomas, a fait usage avec le plus grand succès des noix de cédron contre les fièvres intermittentes, quelquefois si tenaces dans les Antilles. Il m'a assuré que ces produits étaient appelés à remplacer avec avantage la quinine. Il s'occupait d'un mémoire où il devait exposer les résultats qu'il en avait obtenus, lorsque la mort le surprit. Un fait également connu de la plupart des voyageurs, c'est que les habitants de l'Amérique boivent une préparation faite avec de l'eau et des amandes de cédron pour se préserver de la fièvre.

Pendant mon séjour à Saint-Thomas, il passa un voyageur français qui rapportait de Costa-Rica, où il avait séjourné, une ample provision de ces noix; il m'en vendit, et j'en fis parvenir à MM. les gouverneurs de la Martinique et de la Guadeloupe, en les engageant à en faire faire des essais dans les hôpitaux. Je ne sais si cela a eu lieu. J'apprendrais avec le plus vif intérêt que l'on pût faire quelques expériences à ce sujet dans les hôpitaux, et je ne doute pas que ces noix ne soient appelées à faire une révolution dans le traitement des fièvres.

Je vous prie d'agréer, etc. *Signé :* George Nunés,
Vice-consul de France à Saint-Thomas, rue Laffitte, 25.

Paris, le 18 mai 1852.

Lettre de M. Herran, chargé d'affaires de Costa-Rica.

Monsieur,

M. Nunés, vice-consul de France à Saint-Thomas, m'ayant communiqué les renseignements qu'il vous a transmis relativement à la graine de cédron, renseignements que j'ai trouvés conformes aux résultats obtenus par moi-même à plusieurs reprises; ayant appris également par cet ami que vous vouliez vous livrer à des expériences sérieuses, et, persuadé comme je le suis que vous rendriez un éminent service à la science et à l'humanité en faisant connaître les vertus de ce puissant antidote, je m'empresse, monsieur le docteur, de vous transmettre, de mon côté, les résultats que j'ai obtenus avec cette graine, et qui se trouvent consignés dans un rapport que j'ai adressé, il y a dix-huit mois environ, à l'Académie des sciences.

Ayant habité longtemps les colonies, où j'exerçais la profession de médecin, j'ai eu bien des fois l'occasion d'employer la graine de cédron dans les cas de piqûre de serpent, et surtout dans les cas de fièvres pernicieuses et lors même qu'elles avaient résisté à l'action du sulfate de quinine. Ces fièvres, je les ai toujours sûrement guéries par l'emploi de cette graine administrée trois fois par jour, en poudre ou en pilules, à des doses plus ou moins fortes, de 6, 8 et 12 grains à la fois.

Ayant conçu la plus haute opinion de l'avenir réservé à ce médicament par les services qu'il est appelé à rendre à l'humanité, et désirant doter mon pays d'un spécifique destiné à remplacer peut-être le sulfate de quinine, ne serait-ce qu'à cause de la différence très considérable qui existe dans son prix de revient, j'ai emporté une caisse de noix de cédron qui se trouve déposée à l'entrepôt de Paris, pour pouvoir se livrer aux expériences nécessaires. Je viens, en conséquence, monsieur, vous dire que je mettrai à votre disposition les quantités dont vous pourrez avoir besoin pour faire les expériences que vous voulez bien de votre côté entreprendre si noblement; je serai trop heureux si par ce concours je puis rendre plus facile la tâche que vous vous proposez.

Veuillez agréer, etc. *Signé :* Herran,
Chargé d'affaires de Costa-Rica, rue Laffitte, 31.

Paris, le 21 mai 1852.

Je ne m'arrêterai pas davantage ici à l'examen ou à la description des vertus de l'amande de la noix de cédron contre la morsure des animaux venimeux (sorte d'antidote peu utile, du reste, dans nos climats); mais j'insiste sur ses propriétés fébrifuges actives qui me paraissent incontestables et dont je viens d'ailleurs d'être moi-même témoin. Appelé le 15 mai dernier chez un jeune négociant en drap, M. Dager fils, demeurant rue Saint-Honoré, 263, voici ce que j'ai pu constater. Ce jeune homme, rétabli depuis dix jours d'une affection inflammatoire qui avait nécessité quelques évacuations sanguines, avait éprouvé à deux reprises des accès de fièvre intermittente, un la veille, l'autre l'avant-veille, et périodiquement à sept heures du soir. Son agitation à cette époque de la soirée était très grande, accompagnée de chaleur insupportable et d'un violent mal de tête, avec quelques incohérences dans les idées. Le pouls, développé, battait 120 fois par minute. Cet accès durait environ deux heures, et se terminait par une transpiration assez abondante. Nul frisson n'existait du reste au début. Je fis prendre le soir même de mon arrivée auprès du malade, et vers la fin de l'accès, une dose de 45 centigrammes d'amande de cédron réduite en poudre. Le lendemain, l'administration de poudre semblable eut lieu quatre heures avant l'accès, qui se manifesta à peu près comme les autres fois et à la même heure. Même dose et même prescription le lendemain : accès évidemment moins prononcé. Le surlendemain encore même prescription et atténuation sensible des symptômes précédemment observés. Le quatrième jour, il se manifeste à l'heure habituelle à peine un léger malaise et un peu de chaleur, qui se dissipent en moins d'une demi-heure; enfin les jours suivants, et sous l'influence *de la même médication,* les accès manquent complétement, et n'ont point reparu.

Non-seulement par suite de ce fait qui vient de se passer sous mes yeux, mais plus spécialement par ce que m'ont communiqué des personnes des plus honorables et parfaitement compétentes, j'ai la conviction que l'on possède dans la noix de cédron un fébrifuge des plus précieux. Je ne déprécie en aucune façon le mérite thérapeutique du sulfate de quinine, mais ce médicament n'est pas toujours infaillible. Il faut, et particulièrement en Afrique, l'administrer parfois à des doses très fortes et pas toujours exemptes d'inconvénient; et, d'autre part, son prix commercial, de 16 à 18 fr. l'once ou les 31 grammes, en fait un moyen fort dispendieux. La noix de cédron, répandue dans toute l'Amérique centrale, est particulièrement abondante dans les contrées qui avoisinent Costa-Rica; elle s'y trouve à vil prix. Sa préparation comme substance médicamenteuse est des plus faciles; car il suffit, en effet, de réduire en poudre dans un mortier son amande desséchée. Chaque amande, suivant sa grosseur, pèse de 4 à 6 grammes et sa poudre s'administre par doses de 30 à 90 centigrammes. Cette administration est tout à fait exempte d'inconvénients. Les assurances les plus complètes m'ont été données à cet égard et moi-même en ai pris quelques quantités sans ressentir la moindre incommodité. Il m'a été certifié aussi que ce médicament avait maintes fois réussi quand le sulfate de quinine avait échoué. Son amertume est très grande, sa couleur (réduit en poudre) café

au lait; son odeur aromatique rappelle celle des fèves de marais desséchées et broyées. On le donne en poudre enveloppée d'une hostie ou pain azyme, ou renfermée (ainsi que je l'ai fait) dans les petites capsules de lichen de M. Lehuby, qui s'ouvrent et se ferment à volonté; l'on peut aussi le préparer en pilules : M. Herran se contentait en Amérique d'en mélanger la poudre dans une cuillère avec un peu d'eau-de-vie. Les solutions aqueuses (eau distillée) hydro-alcooliques et alcooliques de cette poudre ont une amertume très prononcée, et je pense qu'elles pourraient être employées dans le traitement des fièvres intermittentes. La solution alcoolique (2 grammes de poudre pour 30 d'alcool) a une couleur paille; elle est la moins amère et celle qui a le moins de sédiment; la solution aqueuse (mêmes doses) a une couleur citrine; elle a plus d'amertume que la précédente et moins que la suivante; c'est elle qui a le plus de dépôt. La solution hydro-alcoolique offre une couleur orangé; c'est la plus amère et son sédiment est d'un terme moyen. Il n'est pas douteux qu'il serait facile d'obtenir les extraits de cette substance et même d'en tirer le principe actif auquel reviendrait le nom de *cédrine*. Enfin, encore un résultat précieux et que les personnes que j'ai citées m'ont assuré avoir été parfaitement constaté, c'est que l'eau légèrement chargée des principes de cette substance, que, par exemple, une simple décoction dans la proportion d'une demi-noix concassée pour un litre d'eau, serait un facile et sûr préservatif des fièvres paludéennes.

DE QUELQUES TUMEURS SPÉCIALES DU PÉNIS,

Par M. Galligo.

Si l'auteur de ce travail avait circonscrit son sujet dans des termes plus restreints, s'il ne s'était, par exemple, proposé que d'étudier ou les nodus ou les plaques cartilagineuses de la verge, sa description aurait eu autant d'intérêt pratique que de clarté; mais la trop grande compréhension qu'il lui a voulu donner répand quelque chose de vague et de confus sur la rédaction tout entière. Ainsi, il donne les tumeurs dont il s'agit comme pouvant être *primitives*, c'est-à-dire coïncidant avec des accidents syphilitiques locaux, ou *consécutives*, c'est-à-dire résultant d'une infection constitutionnelle. Il spécifie qu'elles offrent tantôt le volume d'un noyau d'abricot ou de prune, et même celui d'une petite pêche; tantôt seulement le relief d'un simple épaississement ou engorgement. Il en place le siége soit dans le corps caverneux, soit à leur surface, le long de l'urètre, au filet, sur le prépuce. Enfin, il professe qu'elles se développent parfois durant le cours d'une chaude-pisse aiguë, cordée; dans d'autres cas, longtemps après que tout écoulement a cessé.

Par ces remarques critiques, nous n'avons point pour but de signaler des erreurs dans l'opinion de M. Galligo; nous voulons seulement montrer combien l'analyse de son travail serait pour nous difficile, pour le lecteur peu fructueuse. En effet, en examinant de près les développements dans lesquels il est entré, on ne peut méconnaître une chose; c'est que, au lieu de décrire une seule et même maladie, il a envisagé plusieurs affections évidemment différentes par leur nature, leur origine, leur constitution anatomique, telles que les gourmes tertiaires, les indurations succédant à un chancre primitif, les engorgements plus ou moins aigus des follicules urétraux durant la blennorrhagie, les plaques cartilaginiformes qui se développent à sa suite. C'est principalement de cette dernière lésion que M. Galligo s'est occupé; et dans plus d'un endroit on voit que sa description a surtout rapport à cet état si digne d'intérêt par sa rareté. Mais il n'en est pas moins vrai que les judicieuses réflexions qu'il énonce sur ce sujet perdent une grande partie de leur exactitude par l'application qu'il en fait à d'autres altérations éminemment différentes; et c'est ce qui explique pourquoi, malgré toute l'importance de ce travail, basé sur dix-neuf observations cliniques, nous ne pouvons, à notre grand regret, en rendre compte d'une manière plus détaillée, sans risquer de faire passer dans l'esprit de nos lecteurs une partie de la confusion dont l'auteur n'a pas toujours su se garantir.

Il est cependant un point sur lequel nous lui empruntons avec empressement un conseil pratique. Ces plaques cartilaginiformes, mal décrites, et sur lesquelles nous avons nous-même appelé l'attention (voyez *Gazette Médicale*, 1850, pag. 676) à l'occasion d'un mémoire de M. Kirby, ces plaques, disons-nous, résistent en général à tous les moyens thérapeutiques qu'on essaye pour en obtenir la résolution. Nous avons exprimé à cet égard (voy. *loc. cit.*) un pronostic vraiment décourageant. M. Galligo serait plus heureux que nous sous ce rapport. Il dit avoir réussi dans la plupart des cas à faire disparaître ces tumeurs par l'usage intérieur et extérieur des préparations de mercure et d'iode. Quoiqu'il ne précise pas clairement à quelle espèce spéciale de tumeur ce traitement a été par lui appliqué, le succès qu'il en a retiré dans des conditions où nous avons vu tant de remèdes échouer constamment, suffit pour nous engager à recommander celui-ci, d'après son exemple. Disons cependant que nous aurions plus de confiance dans ces médicaments employés localement, sous forme de frictions, que dans leur administration interne à titre de spécifique. Dans les observations que cite M. Galligo, ils ont été mis en usage simultanément de l'une et l'autre manière.

(*Gaz. med. ital. Toscane*, et *Gaz. méd. de Paris.*)

REMARQUES SUR LA SEMENCE DE DIGITALE.

L'étude de la localisation des principes actifs dans les divers organes des plantes est fort incomplète; et cependant, ce point d'histoire naturelle médicale serait bien important à connaître pour le thérapeutiste. Jusqu'à présent c'est à peine si l'on a fait attention aux semences végétales comme agents thérapeutiques. Or, ou peut soupçonner, d'après d'anciennes indications oubliées, mais que de récents travaux remettent en mémoire, que, dans beaucoup de plantes, le principe actif alcaloïdique est dans un état de condensation bien plus grand dans la graine que dans les autres organes. Les semences de colchique, de stramoine, de jusquiame, et sans doute celles de toutes les solanées jouissent d'une activité supérieure à celle du reste de ces plantes. Récemment, un chimiste allemand, M. Buchner, dans l'examen qu'il a fait de la graine de digitale, l'a trouvée très riche en digitaline. Cependant on ne pourrait généraliser sans s'exposer à des mécomptes. On connaît, en effet, l'innocuité de la graine de pavot.

Dans la matière médicale chinoise, les semences jouent un assez grand rôle.

La graine de digitale pourprée, selon M. Buchner, soumise à une température d'environ 164° Fahrenheit, perd 9 pour 100 par dessiccation; les capsules sont très légèrement hygroscopiques, et perdent à peine 4 pour 100 dans les mêmes circonstances. L'auteur a préparé, avec les semences et les capsules, des extraits éthérés et aqueux; et voici les résultats auxquels l'a conduit leur examen.

Les graines de digitale sont préférables aux feuilles, attendu qu'elles renferment une plus grande proportion de digitaline mêlée à une huile fixe; qu'elles sont moins sujettes à être confondues ou récoltées à une époque défavorable; qu'elles sont plus faciles à sécher et à préserver de toute altération; enfin, qu'on peut avoir plus de confiance en elles.

La digitaline est renfermée dans le composé huileux que l'on obtient facilement en traitant la graine par l'éther; celui-ci mérite donc une sérieuse attention au point de vue thérapeutique, car il se prête aisément à toutes les formes pharmaceutiques qu'on peut vouloir lui donner : telles que : émulsions, poudres, pilules, etc.

Les capsules et le calice de la digitale contiennent également de la digitaline, mais en quantité proportionnellement beaucoup plus petite, si bien que le tannate de digitaline, que l'on peut obtenir des extraits aqueux, est comparativement comme 3,000 et 0,33 du poids des graines et des capsules.

Cette quantité, séparée de la graine par l'action de l'eau bouillante, ne forme pas la totalité de la digitaline; car, ainsi que les substances résineuses, elle est soluble tout à la fois dans l'alcool et dans les huiles, et elle est partiellement combinée avec l'huile fixe de la graine.

L'huile contenant la digitaline, que l'on extrait par l'éther, s'élève à environ 40 pour 100 du poids de la graine; elle est siccative. Outre cette huile, l'éther extrait un composé résineux plus lourd que l'eau, tandis que l'huile est plus légère.

(*Bull. gén. de thérap.*)

MOYEN FACILE

de conserver le proto-iodure de fer à l'état de protosel.

Chacun sait avec quelle facilité le proto-iodure de fer s'altère même étant renfermé dans des flacons bien bouchés; aussi la plupart des pharmaciens ont-ils adopté avec empressement les formules publiées par M. Dupasquier (de Lyon) et heureusement modifiées par M. Boudet.

Ces formules, quoique très utiles, puisqu'elles donnent constamment des préparations contenant l'iodure à l'état de protosel, ne répondent cependant pas toujours à tous les besoins, ou plutôt ne sont pas toujours d'une exécution tellement commode que l'on ne doive dans certains cas chercher à les remplacer. Pour faire des pilules, par exemple, on est obligé de faire évaporer la solution d'iodure de fer en consistance convenable et au moment même où on en a besoin; quoique cette manipulation soit des plus faciles, elle n'en est cependant pas moins incommode.

Je crois donc utile de publier le moyen par lequel je conserve à l'état sec le proto-iodure de fer sans qu'il éprouve la moindre altération.

Voici comment je procède :

Après avoir préparé l'iodure de fer selon la formule du *Codex*, avec la légère modification conseillée par M. Mialhe, et qui consiste à ajouter à la solution concentrée d'iodure de fer de la tournure de fer bien décapée, à évaporer la liqueur jusqu'à ce qu'une goutte déposée sur un corps froid s'y prenne en masse, à couler l'iodure sur une plaque de verre ou de faïence; après, dis-je, avoir ainsi préparé cet iodure, je le renferme dans des flacons à large ouverture, et je le recouvre d'une couche épaisse de fer réduit par l'hydrogène. Lorsque je veux l'employer, j'enlève, soit à l'aide d'un couteau ou d'une carte disposée en corne, soit à l'aide d'une brosse, le fer réduit qui pourrait y adhérer.

J'ai de l'iodure ainsi conservé depuis six mois, et dont la solution dans l'eau distillée est aussi peu colorée que le jour même de sa préparation. — Lecocq. (*Ibid.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juillet 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi d'un remède secret.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Accouchement prématuré.

M. Rousset, professeur suppléant d'accouchement à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, M. Jeannel, professeur suppléant d'histoire naturelle à la même école, et le docteur Desbonnes, adressent une observation d'accouchement prématuré artificiel.

Albuminurie.

M. Castella, de Neufchatel (Suisse), annonce qu'il a obtenu deux guérisons dans deux cas d'anasarque avec albuminurie et signes d'hypertrophie du cœur, par l'infusion de café légèrement torréfié.

Avortement obstétrical.

M. de Lignerolles, de Planquery (Calvados), annonce qu'une jeune fille, à laquelle il a déjà pratiqué avec succès l'opération césarienne, est enceinte de nouveau. Il demande à l'Académie ce qu'il convient de faire.

RAPPORTS.

Fièvre typhoïde.

M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. Chardon relatif aux fièvres continues. Après une discussion étendue et bien conduite sur la question de savoir si la fièvre typhoïde est ou non le résultat de la lésion intestinale, question à laquelle M. Bousquet donne avec l'auteur du mémoire une solution négative, M. le rapporteur conclut à des remercîments à l'auteur et au dépôt de son travail aux archives. (Adopté.)

Hémorrhagie puerpérale.

M. Depaul lit un rapport étendu sur un travail de M. le docteur Ch. Gérard (de la Haute-Saône) relatif aux hémorrhagies qui peuvent compliquer l'accouchement. Nous publierons la partie pratique de ce remarquable rapport, dont les conclusions favorables sont adoptées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 juillet 1852. — Présidence de M. Piobert.

Eaux minérales.

M. Ballard lit un rapport sur un travail de M. Filhol relatif aux eaux minérales des Pyrénées. Ce travail ayant déjà été analysé dans un remarquable rapport fait par M. Soubeiran à l'Académie de médecine, nous croyons inutile d'y insister ici.

Eaux de la Seine.

M. Chatin adresse une note contenant de nombreuses analyses qu'il a faites des eaux de la Seine sous le rapport de l'iode qu'elles contiennent. Nous publierons les résultats de ce travail.

Chronique et nouvelles.

M. le préfet de police vient de nommer une commission pour étudier la question de la *syphilisation*. Cette commission, présidée par M. Mélier, président de l'Académie de médecine, se compose en outre de MM. Ricord, médecin de l'hôpital du Midi; Marchal (de Calvi), médecin principal, ancien professeur au Val-de-Grâce; Denis, médecin en chef du dispensaire de la préfecture de police, et Conneau, médecin du prince président de la République. Elle a tenu sa première séance lundi dernier 12 et a choisi M. Marchal (de Calvi) pour remplir les fonctions de secrétaire.

L'autorité a mis entre les mains de la commission les documents qu'elle avait demandés à Turin et en Belgique; M. Auzias-Turenne sera entendu, et l'on peut compter que la question va être étudiée à fond et que dans quelque temps on sera à même de dire au juste ce qu'elle contient de vérité ou d'illusion.

— Nous avions annoncé dans notre dernier numéro, d'après le journal le *Pays*, que le père de la dame Beauban avait été transporté à l'Hôtel-Dieu dans un état très grave. Les renseignements que nous avons pris à cet hôpital nous permettent d'affirmer que cette nouvelle est fausse et qu'aucun malade atteint d'hydrophobie n'est entré à l'Hôtel-Dieu depuis le commencement de l'été.

Ce qui a pu donner lieu à ce bruit, c'est l'admission à la salle Sainte-Jeanne, vendredi dernier, d'un homme atteint d'agitation ébrieuse violente, et qui est sorti complétement dégrisé et guéri dimanche 11 juillet.

— On lit dans un journal anglais, le *Morning-Chronicle*:

« Des coroners appelés à constater le décès d'individus dans la campagne déclarent que depuis huit jours le nombre des morts subites occasionnées par des coups de soleil a été effrayant. Le docteur Frost conseille des douches sur la tête de la personne qui a été frappée d'un coup de soleil. Ce traitement est adopté avec succès dans les Indes.

» A Londres, on a appris d'un certain nombre de districts environnants un grand nombre de morts presque subites provenant de coups de soleil. »

Il est certain que les douches d'eau froide ne pourraient qu'être utiles contre une céphalalgie ou d'autres accidents produits par l'insolation; mais nous ne voyons pas trop comment on pourrait les appliquer dans un cas mort subite.

Bulletin bibliographique.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Traité du goître et du crétinisme, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins dans le bassin de l'Isère, des Hautes et des Basses-Alpes, par le Dr P. Niepce, inspecteur des eaux minérales sulfureuses d'Allevard. Paris, 1851-1852. 2 vol. in-8°. Prix : 9 fr. 50 c. Le tome II seul, 3 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen. In-8°. Chez Noblet, rue St-Dominique, 56, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 84 — SAMEDI 17 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 84. — SAMEDI 17 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — Revue des hôpitaux anglais. — Hôpital de la Charité (M. Piorry). Affections cérébrales. Fièvre intermittente pernicieuse. Hémorrhagie méningée. — Des hémorrhagies puerpérales. — Réactif pour le dosage de l'urée dans les urines. — Formule et mode de préparation du sirop de térébenthine. — Chronique et nouvelles.

REVUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

Nos lecteurs connaissent les regrettables circonstances qui ont éloigné de nous un des jeunes médecins de Paris les plus remarquables par le développement et l'infatigable activité de son esprit. La science, fort heureusement, perdra moins qu'on n'aurait pu le craindre à l'exil de M. A. Deville. Toujours animé de ce zèle qui le distinguait parmi nous, et soutenu par sa grande énergie, notre confrère s'est mis à l'œuvre dès qu'il a mis le pied sur le sol hospitalier de l'Angleterre, et il nous adresse aujourd'hui un premier compte-rendu que nos lecteurs liront sans doute, comme nous l'avons lu nous-même, avec un vif intérêt. Nous remercions donc M. Deville de la bonne pensée et du bon souvenir qu'il a eus pour nous, et nous lui laissons la parole.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher ami,

Du moment où le basard m'a jeté en Angleterre et obligé de séjourner à Londres, j'ai pris la résolution de mettre cette circonstance à profit, et, puisque l'enseignement que je faisais à Paris est interrompu, de rendre à l'art chirurgical et à la science pathologique les services que je puis leur offrir dans ma situation actuelle. Entre autres projets que j'ai formés, je me suis décidé à suivre la pratique des chirurgiens anglais, dans leurs hôpitaux spécialement, pour mon instruction d'abord, et puis pour faire profiter les chirurgiens français de ce que j'aurai pu observer, soit comme faits intéressants, soit comme progrès spéciaux ou généraux réalisés par les chirurgiens anglais et peu connus en France. Je me propose, par conséquent, de publier à ce sujet une série d'articles dans votre journal, si vous voulez bien leur accorder une place, sous le titre de : *Revue des hôpitaux anglais.*

Je rapporterai d'abord et surtout les faits que j'aurai observés; à côté je placerai les faits intéressants, les remarques ou les développements que j'aurai pu recueillir de vive voix ou dans les publications anglaises. Puis, comme celui qui a observé par lui-même est, en général, toutes choses égales d'ailleurs, plus à même de formuler un jugement, je tâcherai, aussi souvent que je le pourrai, de résumer en peu de mots les opinions que j'aurai pu me faire avec toute l'impartialité que la science commande déjà par elle-même, et que la noble hospitalité que l'Angleterre nous accorde m'imposerait encore mieux s'il en était besoin.

Pendant que, d'un autre côté, je tâcherai de répandre ici celles des idées françaises qui y sont encore peu connues, j'espère, au moyen de votre journal, et avec le temps que j'ai certainement devant moi, arriver à donner en France une idée assez étendue de la pratique anglaise; et si mes efforts ne sont pas infructueux, j'aurai pu encore être de quelque utilité à mon pays.

Je n'aurais pas encore mis à exécution cette idée bien arrêtée, si une circonstance heureuse ne m'avait mis en rapport avec un homme de science et de cœur, M. Coulson, membre du Collége des chirurgiens de Londres, praticien très répandu et chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie. Vous comprenez, en effet, que pour vous transmettre des observations sérieuses, il faut que je puisse interroger moi-même les malades dans leur langue; et vous conviendrez avec moi que ce n'est pas en un mois et demi ou deux mois, quelque persistance qu'on y mette, qu'on peut apprendre l'anglais. Cette difficulté, qui disparaîtra bientôt, est en grande partie levée par l'obligeance de M. Coulson, de ses collègues et de beaucoup de médecins anglais, qui, parlant bien en général le français, me donnent avec une complaisance inépuisable tous les renseignements nécessaires lorsque la langue anglaise me fait défaut.

Aussi, puis-je dès à présent commencer à vous envoyer un premier article, que je ferai suivre assez régulièrement par plusieurs autres, et dans lesquels je m'occuperai surtout de la chirurgie, tout en me permettant souvent des excursions dans le domaine de la médecine et des autres sciences collatérales. A vous de décider si cette publication peut réellement avoir quelque intérêt pour la France.

Tout à vous.

A. DEVILLE.
17, Hanover-Square.

I. Rétrécissements de l'urètre rebelles à la dilatation et aux divers autres modes de traitement employés. Incision périnéale par le procédé de M. Syme. — II. Opération de la suture du périnée par le procédé de M. Brown. — III. Spiromètre de M. Sibson.

I. *Rétrécissements rebelles de l'urètre; incision périnéale par le procédé de M. Syme.*

Obs. I. — Le 22 du mois dernier (avril 1852) j'ai assisté à une opération de ce genre pratiquée à Saint-Mary's hospital, par M. William Coulson, sur un homme de trente-quatre ans. Cet individu, bien constitué, avait dans les environs du bulbe un rétrécissement étroit datant de huit ans, et occasionné probablement par une blennorrhagie qu'il avait contractée il y a environ dix ans. Il avait subi des traitements infructueux, un en particulier par la cautérisation. Le rétrécissement ne permettant que l'introduction d'instruments très étroits, l'opération suivante est pratiquée d'après le procédé de M. Syme.

Le patient est placé sous l'influence du chloroforme, et le degré auquel on s'arrête est celui du commencement de la résolution, indiqué d'ailleurs par l'insensibilité de la conjonctive oculaire, que l'on peut toucher du bout du doigt sans que l'œil fuie sous l'impression. Il est alors couché sur une table d'opération, le bassin débordant un peu le bord de la table, les pieds attachés aux mains avec des lacs, suivant l'ancienne méthode, aujourd'hui abandonnée en France, pour la lithotomie, et les membres inférieurs maintenus fléchis et écartés par deux aides.

Un cathéter cannelé extrêmement fin, et d'une forme identique à celui qu'on emploie d'habitude pour la taille latéralisée, est introduit doucement dans l'urètre, passe juste dans le rétrécissement, et parvient dans la vessie par son extrémité recourbée. Il est alors confié à un aide qui le maintient placé exactement vers la ligne médiane du corps, la tige dirigée perpendiculairement à la surface antérieure du corps, ou un peu plus abattue vers le ventre.

M. Coulson s'asseoit sur un petit banc en face du périnée préalablement rasé et bien mis à découvert par l'écartement des cuisses et le soulèvement du scrotum opérés par des aides. Pendant que la main gauche tend exactement la peau du périnée, M. Coulson prend de la main droite un petit scalpel étroit, légèrement convexe, avec lequel il pratique exactement sur la ligne médiane du périnée une incision qui part du voisinage de la racine des bourses, s'étend en arrière dans l'étendue d'un pouce et demi, et s'arrête par conséquent à une grande distance de l'anus. Cette incision est calculée de manière que son milieu réponde à peu près au point supposé rétréci. Comprenant d'abord la peau et une petite partie des couches sous-cutanées, l'incision est ensuite étendue, profondément par coups de scalpel successifs, aux parties molles du périnée, jusqu'à l'urètre.

Arrivé là, l'opérateur va avec le doigt indicateur gauche à la recherche du cathéter, et se sert de ce doigt pour diriger le scalpel, dont la pointe pénètre par incisions successives ou par simple ponction dans la rainure du cathéter, comme dans le temps correspondant de l'opération de la lithotomie.

Le scalpel ainsi placé, il ne reste plus qu'à inciser l'urètre dans sa partie altérée, en faisant glisser la pointe du scalpel le long de la rainure du cathéter. M. Coulson exécute cette dernière partie en deux temps, dans ce cas particulier : 1° l'aide tenant toujours le cathéter fin dans la position indiquée, le chirurgien incise d'abord d'avant en arrière, en guidant le scalpel non-seulement par la rainure du cathéter, mais encore avec le doigt indicateur, qui sert en outre à vérifier si toutes les parties résistantes du rétrécissement sont divisées; 2° ceci fait, le chirurgien saisit lui-même de la main gauche la tige du cathéter cannelé jusque-là fixé par l'aide, retourne de la main droite le scalpel laissé en place, de manière à diriger le tranchant en avant, et le promène avec précision dans la direction inverse de celle déjà suivie, de manière à couper les quelques partiet, qui auraient pu résister la première fois.

Immédiatement le mince cathéter cannelé est retiré, et on lui substitue une sonde creuse du volume à peu près d'une sonde de trousse, qui pénètre très aisément dans la vessie, et qu'on fixe à demeure. L'opération, bien exécutée, a duré à peine quelques instants.

Bien qu'il soit certain que le bulbe de l'urètre est divisé, il n'y a pas eu guère plus d'écoulement de sang que celui qui proviendrait d'une plaie des plus simples de pareilles dimensions.

Aucun soin spécial n'est pris pour la plaie. On rapporte soigneusement l'opéré dans son lit, où on lui prescrit de garder le repos et sa sonde à demeure.

Quarante-huit heures après l'opération on retire définitivement le cathéter resté en place jusque-là. Le troisième jour, presque toute l'urine passe aisément, lors de la miction spontanée, par le canal normal, très peu par la plaie. Mais depuis ce moment la position s'est aggravée, des frissons suivis des phénomènes assez caractérisés d'infection purulente sont survenus. On a constaté un peu de localisation des phénomènes, des dépôts purulents vers le poumon, et surtout vers le péricarde, où l'on a pu diagnostiquer très exactement une péricardite.

Le 2 mai, l'opéré est mort.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — Rien dans les grandes articulations, les centres nerveux, le foie, la rate, ni le tube digestif. — Abcès épars en petit nombre, et tous, à l'exception d'un seul, très petits, sous la plèvre des deux poumons. Un peu d'épanchement séreux dans la cavité de la plèvre gauche. — Lésion singulière du péricarde dont la cavité est comblée par une concrétion pseudo-membraneuse unique, uniforme, d'une épaisseur moyenne de 1 centimètre, enveloppant exactement la racine des gros vaisseaux et le cœur, en leur adhérant si bien, que le cœur, au premier abord, paraissait très hypertrophié; la couleur de cette pseudo-membrane est d'un blanc sale, jaune-verdâtre dans quelques points infiltrés de traînées purulentes; sa consistance au moins aussi ferme que celle de la couenne du sang; superficiellement, et excepté quelques points où existaient entre deux de petits foyers purulents, cette couche adhérait mollement, mais adhérait à peu près à tout le feuillet pariétal du péricarde. Ce dernier feuillet, épaissi, injecté, est infiltré de quelques traînées purulentes, surtout à la face externe, dans le point où elle correspond à la plèvre gauche, à laquelle elle adhérait mollement. Cette lésion du péricarde appartient-elle à l'infection purulente? C'est douteux; car si la sécrétion purulente peut être rapportée à cette origine, il serait difficile d'en dire autant de l'épaississement, de la vascularité du péricarde, et surtout de cette couche pseudo-membraneuse ferme, enveloppant le cœur en lui adhérant, et épaisse presque partout d'un centimètre. Le malade aurait donc succombé à deux maladies graves et singulièrement coïncidentes, une péricardite et une infection purulente!

Le sang abondant dans les grosses veines est partout très noir, visqueux, non coagulé, excepté dans le cœur, dont les cavités, surtout à droite, sont remplies par de volumineux caillots à demi noirs, à demi formés par de la fibrine molle et grise, non adhérents.

Reins volumineux, très humectés de liquides. Beaucoup d'injections capillaires noirâtres et stelliformes à la surface. La capsule fibreuse s'enlève avec une grande facilité. Substance corticale à peine un peu pâle, notablement hypertrophiée, surtout dans les prolongements situés entre les cônes de substance tubuleuse. Vers la surface, sur l'un d'eux, trois ou quatre petites sphères d'un blanc éclatant, qu'il serait peut-être un peu téméraire de prendre pour des abcès.

Vessie notablement hypertrophiée, avec un peu de cystite muqueuse chronique.

Urètre revêtu d'une membrane muqueuse molle, gonflée, d'une couleur foncée presque partout. L'incision a divisé sur la paroi inférieure la moitié antérieure du bulbe, et, en avant, s'étend un peu dans la portion spongieuse de l'urètre; elle commençait très bien à se cicatriser. Phlébite en grande partie suppurée de toutes les cellules caverneuses divisées par le bistouri, et d'une partie des cellules voisines, s'étendant ensuite jusqu'auprès de la prostate dans quelques veines extérieures.

Je l'avoue, ce n'est pas une condition favorable que de commencer par l'exposé d'un insuccès, par un cas de mort, les explications que je désire donner ici sur une opération peu connue peut-ère à tort; et si ce cas était le seul bien observé jusqu'alors, il serait peu encourageant. J'ai dû cependant le donner avec quelques détails, d'abord parce que je l'ai bien observé, et puis parce qu'il peut fournir matière à des réflexions importantes. Heureusement il est très exceptionnel, puisqu'il est le seul sur plus d'une cinquantaine de cas pareils, dont plusieurs vont être analysés dans un instant.

L'opération, dans ce cas de rétrécissement, a été pratiquée suivant le procédé que le célèbre chirurgien d'Edimbourg, M. James Syme, cherche depuis quelques années déjà à introduire dans la pratique, et qui soulève en ce moment en Angleterre une controverse très passionnée portant soit sur la question de priorité, soit sur la question d'application ou d'utilité. Il me serait impossible d'entrer dans des détails suffisants sur cette controverse sans étendre démesurément cet article et sans fatiguer inutilement les lecteurs. Je passerai donc cette fois là-dessus, et je me contenterai de placer à côté du fait précédent quelques réflexions qui se rapportent à ce sujet intéressant, et quelques analyses de faits analogues empruntés à la pratique de MM. Syme et Coulson, les deux chirurgiens des îles Britanniques qui ont le plus souvent pratiqué l'opération en question.

Il n'est pas un chirurgien, parmi ceux qui sont en position d'observer un certain nombre de rétrécissements de l'urètre, qui n'ait vu nombre de cas rebelles, résistant à toutes les médications connues, ou ne paraissant s'améliorer un instant que pour s'aggraver bientôt après. Bien plus, en mettant de côté ces cas franchement rebelles que l'on ne peut réussir à améliorer pendant un temps un peu notable, qui ne sait avec quelle désespérante facilité on voit reparaître les accidents chez des individus qu'on avait pu croire guéris, ou du moins dans une position bien améliorée! Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître l'insuffisance des moyens actuellement connus. Aussi, que de recherches, quelle profusion de procédés inventés et réinventés chaque jour, et que demain verra encore apparaître probablement! Cautérisation abandonnée ou à peu près; urétrotomes de toutes sortes, depuis les plus délicats jusqu'aux énormes lames de canif de M. Reybard; moyens de dilatation si variés, quoique au fond ne se ressemblant pas mal par leur côté principal, et différant surtout par des accessoires que chaque inventeur a bien soin de placer en première ligne, sans compter des moyens plus étranges, diverses opérations chirurgicales assez sérieuses, — tout cela forme un arsenal des plus complexes dans lequel on pourrait croire tout d'abord qu'il n'y a qu'à choisir. Mais, hélas! de tant de procédés proclamés si sûrs, si on enlevait d'abord la part qui revient tout entière à l'habileté pratique de quelques-unes des personnes qui les appliquent, que resterait-il de sérieux, de définitivement acquis pour la chirurgie? Demandez un peu au grand nombre de patients qui

courent tous les jours d'un chirurgien à l'autre pour obtenir quelque soulagement.

L'opération proposée par M. Syme est-elle destinée à un meilleur avenir? S'il s'agit d'une cure radicale et définitive, il faut avouer que, malgré quelques succès datant déjà de loin, il serait difficile de se prononcer, quelle que soit la conviction de M. Syme à cet égard. Mais la question peut être posée autrement. Il s'agit de savoir seulement si dans des cas complétement rebelles, chez des patients exposés aux accidents les plus graves auxquels la vie, qui ne tardera pas au reste à les abandonner, est à charge tant qu'elle dure, si dans des cas de ce genre l'opération conseillée par M. Syme a donné de bons, d'excellents résultats, a été réellement un bienfait. Alors la question peut être résolue par l'affirmative. Oui, dans les cas rebelles de rétrécissements de l'urètre, et il en existe plus que beaucoup de chirurgiens ne l'imaginent, l'incision périnéale donne d'excellents résultats et doit entrer dans le cadre des opérations usuelles de la chirurgie. Restera maintenant à décider si en dehors de ce cercle cette même opération ne comptera pas aussi un grand nombre de cas d'application; c'est possible; mais pour mon compte, avec les faits que j'ai pu voir jusqu'alors, je suis obligé de rester dans la réserve.

M. Syme a imaginé de pratiquer l'opération telle qu'elle est décrite dans l'observation placée en tête de cet article, parce qu'il s'est trouvé lui aussi en face de cas menaçant de devenir très graves et cependant rebelles à tous les moyens de traitement connus. Voici une analyse de quelques-unes des observations réunies par lui dans un petit volume in-8° de 72 pages qu'il a publié sur la question en 1849 à Edimbourg.

Obs. II. — Le premier fait, datant aujourd'hui de neuf ans environ, publié déjà en 1844 dans *Edimb. journ. of med. sc.*, concerne un monsieur âgé de quarante-cinq ans au moment où l'opération a été pratiquée, homme robuste et de haute stature. Depuis longtemps il avait cruellement souffert d'un rétrécissement de l'urètre datant de vingt ans; amélioré passagèrement par la dilatation, le rétrécissement s'était considérablement aggravé depuis quelque temps.

A l'examen, on trouve un rétrécissement étroit à cinq ou six pouces (anglais) de profondeur. Une bougie très fine finit par passer. On soumet le patient à l'emploi de bougies laissées quelques instants seulement en place et augmentées graduellement de volume. On put augmenter le volume des bougies peu à peu jusqu'au n° 5, mais il fut impossible d'aller au delà, et encore pendant ce temps il n'y avait presque pas de diminution dans les symptômes du rétrécissement.

On essaie alors le repos au lit et l'emploi de cathéters à demeure ayant un volume de plus en plus grand. Au bout de dix jours, on passe vingt-quatre heures sans aucune application, et au bout de ce temps le rétrécissement était absolument dans le même état qu'auparavant.

Quelques mois après, M. Syme fait une section du rétrécissement au moyen d'un urétrotome caché et introduit une grosse bougie, qui passe facilement. Au bout de quelques jours, insuccès complet.

Au bout de plusieurs mois encore, nouvelle tentative d'incision. Cette fois, on fait deux incisions, l'une à droite, l'autre à gauche; puis l'on introduit aisément un gros cathéter, qui reste à demeure une semaine. Il parut y avoir un soulagement, et en passant de temps en temps une grosse bougie le patient se trouva en état d'uriner assez bien. Ce ne fut pas de longue durée, car en deux ou trois semaines les accidents reparurent, et bientôt le rétrécissement fut absolument dans le même état qu'avant.

C'est alors que M. Syme imagina d'opérer le rétrécissement en l'incisant à ciel ouvert à l'aide d'un conducteur cannelé à travers une large incision du périnée. Guérison complète et rapide.

L'opération, au moment où écrivait de nouveau M. Syme, au 1er novembre 1849, avait été faite depuis près de six ans, et l'opéré restait alors parfaitement guéri sans avoir plus jamais besoin de bougies.

Certes, voilà un cas des plus réfractaires, un cas franchement rebelle, durant depuis vingt ans, et qu'en peu de jours on a guéri de la manière la plus satisfaisante par une incision du rétrécissement en passant par le périnée. L'esprit le plus difficile ne peut manquer d'être frappé par un fait aussi probant. Mais des faits plus ou moins analogues se multiplient.

Obs. III. — Au mois de février 1849, un officier de la compagnie des Indes, obligé de séjourner chez lui depuis deux ou trois ans par suite d'un rétrécissement datant de six ou sept ans et à cause duquel il avait quitté le service après un traitement infructueux de dix-huit mois par les bougies, consulta M. Syme. Sensibilité morbide telle du canal qu'il fallut employer le chloroforme pour procéder même à l'examen. Rétrécissement au niveau du bulbe pouvant admettre seulement le plus fin cathéter cannelé.

Opération le 12 mars.

A la fin du dixième jour, les urines avaient repris leur cours normal et ne passaient plus par la plaie. Au bout d'une semaine ensuite, l'opéré, jouissant d'une santé parfaite, se promenait dans le pays.

Obs. IV. — D. J..., âgé de trente ans, est admis à l'infirmerie le 17 décembre 1848 pour un rétrécissement de forme grave datant de cinq ans. Il y avait rétention d'urine depuis vingt-quatre heures avec incontinence, et le plus mince cathéter ne put être introduit; mais les tentatives de cathétérisme, jointes à un bain chaud, amenèrent une relaxation qui permit à l'urine de s'écouler goutte à goutte. Après plusieurs essais, on finit par introduire dans le point rétréci, placé à quatre pouces de profondeur, une très fine aiguille à tricoter, qui fut ensuite suivie de plus volumineuses. Traitement infructueux par la dilatation pendant plusieurs semaines. Opération le 20 janvier au moyen d'un petit cathéter cannelé ayant l'épaisseur d'une aiguille à tricoter. L'urine passa par la plaie pendant trois à quatre jours après que l'on eut retiré le cathéter laissé quarante-huit heures à demeure, puis reprit graduellement son cours normal. L'opéré pouvait très bien retenir ses urines pendant cinq heures et supportait sans difficulté l'introduction d'un gros cathéter.

Renvoyé complétement guéri le 2 février.

Obs. V. — J. C..., âgé de trente-six ans, est entré à l'infirmerie le 29 novembre 1847 pour un rétrécissement datant de trois ans et traité pendant onze semaines dans un autre hôpital par la dilatation avec un soulagement considérable, mais temporaire, puisque les symptômes revinrent bientôt après. Le rétrécissement, placé vers le bulbe, était extrêmement étroit. Opéré le 2 décembre, il est renvoyé le 3 janvier avec un soulagement complet de son mal.

Obs. VI. — Un ancien officier de la compagnie des Indes, retiré du service en 1826, époque où il avait commencé à souffrir de la lésion actuelle. Il y a sept ans, après avoir lassé la patience de divers chirurgiens, dont plusieurs praticiens distingués des hôpitaux, il se confia à un chirurgien de Londres, qui a écrit lui-même avec détails le récit des tentatives infructueuses faites longtemps par lui. A de nombreuses reprises, on employa tous les modes de cathétérisme avec des résultats plus ou moins satisfaisants, mais tout à fait passagers. Ce dernier chirurgien, à bout de ressources, envoie le patient à M. Syme, sur l'assentiment de B. Brodie d'abord consulté. Le patient, faible, nerveux, irritable, arriva à Edinburgh le 6 juin 1849. Après plusieurs tentatives d'examen prudent à cause des spasmes et des dépôts muqueux abondants, on s'assure qu'un fin cathéter cannelé peut passer à travers le rétrécissement, qui est au niveau du bulbe. Opération pratiquée le 13. Lorsqu'on retire au bout de quarante-huit heures le cathéter creux mis à demeure, l'opéré peut uriner à plein jet par le canal. Aucune goutte d'urine ne passant plus par la plaie et rien de fâcheux ne survenant, l'opéré retourne chez lui le 13 juillet, et la guérison se maintenait d'après une lettre du 1er août.

Obs. VII. — Un soldat âgé de trente-cinq ans, affecté depuis neuf ans d'un rétrécissement de l'urètre, avait été inutilement traité par plusieurs chirurgiens militaires, qui avaient proposé par suite de le mettre à la réforme. Inquiet de cette décision, parce qu'il n'avait plus que quelque temps encore à servir pour obtenir une pension, le patient vint se confier à M. Syme vers la fin de 1848. A la première tentative une bougie passa, et on obtint rapidement l'introduction de bougies plus volumineuses sans grande amélioration pour la miction, qui restait fréquente et douloureuse. Craignant que le temps froid et humide qui régnait alors n'eût de l'influence sur le succès, M. Syme fit entrer le patient à l'hôpital, où il essaya encore la dilatation sans succès pendant quelques jours.

Opération le 8 février 1849. — Après que le cathéter mis à demeure eut été retiré, l'urine passa partiellement par les deux orifices pendant une semaine, puis goutte à goutte seulement par la plaie pendant quelques jours, et enfin uniquement par le canal naturel, qui recevait de temps en temps, sans aucune difficulté, un cathéter de gros calibre. Le 14 mars l'opéré sort, en état de reprendre son service sous tous les rapports.

Obs. VIII. — Un sergent âgé de vingt-six ans était tourmenté d'un rétrécissement au bulbe datant de trois ans. Le rétrécissement étant très étroit, et le patient étant pressé de partir avec son régiment, M. Syme pratiqua d'emblée l'opération, le 4 avril 1849. Au bout d'une semaine, l'urine passa entièrement par l'urètre. Une grosse bougie fut passée deux ou trois fois à un intervalle de quelques jours, et l'opéré repartit pour son service militaire. M. Syme a appris depuis qu'il était resté parfaitement guéri.

Parmi les cas rapportés par M. Syme, celui-ci est le seul dans lequel l'opération ait été pratiquée d'emblée, sans essayer préalablement la dilatation sur un sujet jeune, pour un rétrécissement peu ancien; en un mot, dans des conditions où la dilatation seule aurait pu être tentée. L'urgence de l'opération n'était indiquée que par la nécessité où se trouvait le patient de rejoindre vite son régiment Il est bon de noter ce fait comme indiquant une tendance de M. Syme, tendance qui n'est pas expressément formulée, mais qui se retrouve çà et là dans le cours de la publication.

Obs. IX. — Le patient rapporte lui-même qu'il eut de bonne heure un rétrécissement; traité en 1816 par M. Liston au moyen de la dilatation, il parut guéri. En peu d'années, les accidents reparurent; un second traitement, accompagné de soulagement, fut suivi sous la direction de sir Williams Necobigging, qui apprit en outre au patient à se servir lui-même de bougies. Depuis le patient a traîné une vie malheureuse, pleine de souffrances, toujours traité par les bougies introduites soit par lui-même, soit par un grand nombre de chirurgiens. Opération le 14 juillet 1849. Dans les huit jours qui suivirent, l'opéré put faire quelques courtes promenades à pied. De l'urine passa en petite quantité par la plaie le soir du deuxième jour quand le cathéter eut été retiré, et la guérison complète n'a tardé que de quelques jours.

Obs. X. — Un officier de marine qui venait d'être nommé commandeur portait un rétrécissement si rebelle, qu'il avait été déclaré incurable. Il avait commencé à en être attaqué pendant qu'il était midshipman, et en avait souffert de plus en plus, malgré de longues séries de traitements sous la direction de plusieurs chirurgiens. Symptômes locaux et généraux fort graves. Le rétrécissement, placé vers le bulbe, est très étroit.

M. Syme tenta en vain la dilatation temporaire, et la dilatation permanente ne put être tolérée. Opération périnéale suivie de succès. Il n'est resté aucune trace de trouble local, et la santé générale elle-même est redevenue excellente.

Obs. XI. — Un monsieur âgé de trente-six ans avait été opéré vers l'âge de huit ans pour un phimosis congénial; mais comme il y avait adhérence du prépuce au gland, le gland resta dépouillé, et la conséquence fut une cicatrice qui détermina une coarctation du méat urinaire et de la partie voisine de l'urètre.

Plus tard, nouvelle opération pour remédier à cette coarctation. Un bistouri droit et très étroit fut plongé directement d'avant en arrière dans une profondeur d'environ deux pouces, c'est-à-dire jusqu'à la partie saine du canal, de manière à créer une voie assez large pour y introduire des bougies. A la suite de cette opération la guérison ne fut pas complète, car il resta au fond de cette voie artificielle, au niveau de la partie saine de l'urètre, un cul-de-sac percé d'une ouverture très étroite, que l'on tenta infructueusement d'agrandir par des bougies. Le patient éprouvait la plus grande difficulté à évacuer ses urines autrement que goutte à goutte en y mettant beaucoup de temps, et n'y parvenait que hors de la présence d'étrangers. Il en était résulté une disposition sensitive qui le rendait incapable de se livrer à aucune affaire active de la vie.

M. Syme ne put procéder à l'examen qu'à l'aide du chloroforme. Le point rétréci, placé à deux pouces en arrière du méat urinaire, admettait seulement un fin stylet d'Anel, et était entouré d'un anneau de tissu condensé. On commence d'abord par l'introduction graduée de stylets de plus en plus gros, jusqu'à ce qu'on puisse faire passer un stylet cannelé.

Incision alors de la partie rétrécie, de dehors en dedans, par la face inférieure de la verge. On introduit un instant un gros cathéter pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autres obstacles le long de l'urètre. Immédiatement après, l'opéré put uriner comme tout le monde. Le siége de la plaie, au voisinage du méat urinaire, rassurait contre la possibilité d'une extravasation; on ne mit donc pas de cathéter à demeure. Guérison complète.

Obs. XII. — A. S..., âgé de vingt-huit ans, se présente à l'infirmerie le 29 juillet 1849, ayant vers le bulbe un rétrécissement compliqué d'une fausse route pratiquée quelques jours auparavant pendant une tentative infructueuse de cathétérisme faite pour remédier à une des attaques nombreuses de rétention d'urine auxquelles il était sujet.

Après un repos de quelques jours, on parvient, le 7 août, à introduire une bougie, et comme M. Syme n'espérait rien dans ce cas de la dilatation, il opère le 11 du même mois. Les urines s'échappèrent en partie par la plaie, seulement pendant quelques jours; et le 2 septembre, l'opéré fut renvoyé complétement guéri.

Obs. XIII. — W. R..., âgé de quarante-cinq ans, admis à l'infirmerie le 20 septembre 1847, souffrait depuis vingt ans d'un rétrécissement survenu à la suite de violence traumatique; un éboulement de terre l'avait terrassé pendant qu'il travaillait dans une carrière. Soulagé par le cathétérisme, qui fut pratiqué pendant trois mois, il ne fut pas guéri, car un an après survint une fistule au périnée. Au bout de deux ans, le patient fut opéré à Guy's Hospital, à Londres, par la section du point rétréci, sur le bout d'un cathéter; la fistule guérit, mais le rétrécissement persista, au point que plus tard la fistule reparut.

Rétrécissement très étroit vers le bulbe, et fistule périnéale par laquelle s'échappe toute l'urine, avec incontinence. Traitement infructueux par la dilatation. Opération par incision périnéale le 13 janvier 1848. Guérison complète lors de la sortie de l'opéré, le 7 février.

Obs. XIV. — E. M..., âgé de quarante et un ans, admis à l'infirmerie le 13 novembre 1848 pour des fistules urinaires, avec inaptitude à évacuer les urines par le canal naturel. Il y a dix-neuf ans, il tomba en travers d'une poutre de bois sur laquelle il s'écrasa le périnée; hématurie et, quelques jours après, rétention d'urine nécessitant l'emploi du cathéter. Une induration se forma graduellement dans le périnée, et il survint après sept ans une nouvelle rétention d'urine. Pareille complication il y a trois ans, et, dès ce moment, augmentation de la difficulté à uriner et de la tuméfaction périnéale. Plus récemment, le patient fut admis dans ce même hôpital, où le dernier chirurgien employa la dilatation; la dureté du périnée diminua beaucoup, et, après cinq semaines de traitement, le patient sortit presque tout à fait bien. Quelque temps après, par suite du froid et de l'humidité, la tumeur périnéale reparut volumineuse, et se transforma bientôt en fistule urinaire.

Grande induration au périnée, avec deux ouvertures fistuleuses distantes d'un pouce et demi, par l'une desquelles s'écoule la plus grande partie de l'urine; rétrécissement à cinq pouces environ du méat; grande irritabilité.

Opération le 20 novembre. Renvoyé guéri le 2 décembre.

A ces observations, je pourrais en ajouter aisément quelques autres, puisées soit dans la pratique de M. Syme, qui a continué à employer cette opération dans un grand nombre de cas, soit dans celle de M. Coulson, qui m'a montré des cas de guérison. Mais à part deux autres cas particuliers que je vais citer plus loin, je m'arrête ici, ne pouvant plus que faire des répétitions.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Affections cérébrales. — Fièvre intermittente pernicieuse. — Hémorrhagie méningée.

Messieurs, je vais interrompre aujourd'hui le cours de mes leçons sur les saignées pour vous parler de deux malades que nous venons de perdre, et dont l'histoire devra être pour vous du plus haut intérêt. Ce sont deux cas que je vous engage à noter et à étudier avec soin; car vous n'aurez pas souvent l'occasion, dans votre carrière de médecin, d'en rencontrer de semblables.

Il s'agit d'abord d'un homme (le n° 21 de la salle Saint-Charles) qui est entré dans le service il y a dix jours. Le jour de son arrivée il était dans un état d'ivresse qui ne permettait de lui adresser aucune question. On ne put avoir aucun renseignement non plus des personnes qui l'accompagnaient. A peine arrivé dans la salle, il eut d'abondants vomissements qui répandirent une odeur caractéristique de vin et d'alcool. Une fois couché, le malade resta plongé dans un état de prostration absolue, dans un coma profond qui le rendait absolument étranger à ce qui l'entourait. Le pouls était petit, très fréquent; la respiration était pénible, par moments stertoreuse. Le front était couvert d'une sueur abondante et froide. Du reste, aucun symptôme de paralysie ne s'était encore manifesté. Je lui fis donner de l'ammoniaque.

Le lendemain, l'état du malade n'ayant pas changé, on continua la même médication. Le surlendemain, j'observai que la paupière gauche était affaissée et immobile, il y avait en même temps beaucoup de gêne dans les mouvements. Je fis appliquer 30 sangsues sur les parties latérales du cou. Ces sangsues déterminèrent une hémorrhagie abondante qu'on eut de la peine à arrêter. Elles ne produisirent aucun résultat; car dans la nuit qui suivit tout le côté gauche du corps fut paralysé, le sentiment et les mouvements étaient complétement abolis; l'intelligence était nulle. Il y avait une déviation sensible de la face du côté paralysé. L'articulation des sons était impossible.

Il était évident, par la marche de la maladie, que nous avions affaire à une affection de l'encéphale, et très probablement à une hémorrhagie survenant après une congestion cérébrale qui avait duré deux jours.

Le malade mourut au bout de quatre jours, quoi qu'on pût faire pour le sauver.

A l'autopsie, on trouva une forte injection des méninges. La dure-mère présentait plusieurs adhérences avec le crâne. Il y avait un épanchement de sang assez abondant du côté gauche, entre la dure-mère et le crâne. L'épanchement était arrêté au niveau de la base du crâne par les adhérences dont nous avons parlé, si bien qu'il ne s'étendait pas jusqu'à l'origine des nerfs. Il y avait une petite hémorrhagie superficielle

en arrière de cet hémisphère. A l'intérieur, il était parfaitement sain.

A droite, le ventricule était rempli d'un épanchement séro-sanguinolent d'environ 10 à 12 grammes. La substance cérébrale était ramollie alentour. Elle était en même temps toute piquetée de rouge.

Le cervelet et la moelle ne présentaient rien. Les bronches étaient remplies d'écume, et c'est sans doute là ce qui a été, comme toujours, la cause immédiate de la mort.

Une chose vous a sans doute frappés dans cette observation, messieurs : c'est que l'hémiplégie s'est montrée du même côté de l'hémorrhagie que nous avons constatée dans les méninges. Eh bien! est-ce cet épanchement qui a déterminé la paralysie ? C'est là une questiou qui doit nous occuper. Pour moi, je ne le crois pas. Le crâne est nne cavité sans ouverture, à parois entièrement inextensibles, et parfaitement remplie par le cerveau et le cervelet. Lorsqu'un épanchement vient à se faire dans les méninges qui enveloppent le cerveau, bien que cet épanchement soit circonscrit comme dans le cas actuel, il comprime nécessairement toutes les parties de l'encéphale, et on ne comprend guère comment certains points de préférence à d'autres seraient atteints par la compression. C'est cependant ce qui a eu lieu ici. La paralysie a d'abord commencé par la paupière, puis s'est successivement étendue à tout le côté gauche. Le côté droit est resté intact. Eh bien! messieurs, c'est qu'il s'est passé d'autres phénomènes dans le cerveau qu'une hémorrhagie méningée, phénomènes qui en ont été la conséquence, si vous voulez, et dont nous avons trouvé la trace à l'antopsie. Nous avons trouvé dans le ventricule droit un léger épanchement de sérosité. C'est cet épanchement qui a exercé une compression partielle sur certains points du cerveau, et cette compression, ajoutée à la première, a déterminé l'hémiplégie. Je sais que dans la science on cite environ dix-sept cas d'hémorrhagies méningées ou cérébrales dans lesquelles l'hémorrhagie s'était faite du même côté que la paralysie. Je ne doute pas que ces observations n'aient été recueillies avec le plus grand soin et la plus grande habileté; mais je suis convaincu que dans tons ces cas il existait dans l'hémisphère opposé quelque lésion ou quelque altération dont l'insignifiance apparente a dû échapper à nos moyens d'investigation et a suffi pour amener la paralysie et la mort. Que de causes, en effet, lorsque nous considérons cette substance nerveuse si délicate et si impressionnable, peuvent venir la troubler ou la modifier sans que nos sens nous permettent de les apprécier! Nous devons toujours tenir compte de la possibilité de pareilles lésions et ne jamais nous hâter de formuler une opinion, surtout lorsqu'elle doit venir se mettre en contradiction avec des idées qui sont acquises à la science. Pour nous en tenir au cas actuel, savons-nous si l'alcool agit seulement comme cause prédisposante et s'il n'exerce pas une action spéciale sur l'encéphale? Ne pouvions-nous pas penser, dans l'absence de renseignements où nous étions, qu'une cause particulière, un empoisonnement, soit par le plomb, soit par d'autres snbstances, avait joué un rôle dans tout cela? Il n'est pas rare de voir des ivrognes qu'on empoisonne ainsi dans le but de les voler. Le mieux en pareil cas est de ne rien préjuger et de se tenir dans le doute.

Toutefois, avant de terminer, je dois vous dire que depuis la mort de notre malade nous avons recueilli quelques renseignements sur lui. Ainsi, nous avons su qu'il avait l'habitude de s'enivrer, que ce n'était pas la première fois que de pareils accidents se manifestaient chez lui; enfin, que le jour de son entrée au service il avait fait une chute. De tels renseignements eussent été précieux pour établir le diagnostic. Aujourd'hui ils ne peuvent nous servir qu'à éliminer les causes d'empoisonnement dont nous avions émis la possibilité.

Fièvre intermittente. — Hémiplégie consécutive.

Le second malade dont j'ai à vous entretenir, messieurs, est couché dans notre salle de femmes, au n° 8. C'est une jeune fille de dix-neuf ans, arrivée dans le service il y a aujourd'hui huit jours. Elle se plaignait seulement, en entrant, d'une céphalalgie très violente et d'une fièvre qui revenait tous les jours, quoique à des beures diverses, et qui la prenait tantôt par un frisson, tantôt par de la chaleur et des sueurs abondantes. Après l'avoir interrogée avec le plus grand soin, après avoir exploré tous les organes par la percussion et l'auscultation, et n'avoir rien découvert, je percutai la rate. Elle avait 12 centimètres. Il n'y avait plus pour moi le moindre doute, j'avais affaire à une fièvre intermittente. En conséquence, je prescrivis le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme pris en deux fois dans le courant de la journée. Le lendemain la même médication fut continuée. Le surlendemain la malade se plaignit de n'avoir pas été à la selle les jours précédents; elle éprouvait en outre depuis la veille des douleurs vers la région de l'estomac; elle avait des signes d'accumulation de matières fécales dans l'intestin, le pouls fébrile. On lui administra un éméto-cathartique, et on suspendit le quinine pour un jour. Ce fut pendant cette journée du vendredi et pendant la nuit qui suivit que se manifestèrent les graves accidents qui ont amené la mort de la malade. Dans la journée, voulant se lever un instant, elle fut prise d'un étourdissement et tomba la tête contre l'angle d'une table. Elle se fit une forte contusion au niveau de l'angle externe de l'œil. Elle resta pendant environ cinq minutes privée de sentiment, et lorsqu'elle fut revenue à elle, elle resta encore pendant environ vingt minutes sous l'influence d'une espèce de spasme nerveux, de nature peut-être hystérique. On a su depuis qu'elle était sujette à ces crises. Vers le milieu de la nuit elle perdit une seconde fois connaissance, mais cette fois d'une manière plus sérieuse. Tout le côté gauche du corps fut frappé de paralysie; l'intelligence resta complétement anéantie. Enfin il y avait là tout le cortége des symptômes qui accompagnent ordinairement l'hémorrhagie cérébrale. Ce fut dans cet état que je la retrouvai à la visite du lendemain matin.

Etait-ce bien en réalité une hémorrhagie cérébrale ? Telle fut la première question que je dus me poser. L'âge de la malade me permettait d'en douter ; néanmoins je n'osai me prononcer à cet égard. D'ailleurs, l'invasion rapide de l'hémiplégie après une attaque d'bystérie, l'état de l'intelligence qui n'était pas complet pouvaient me laisser espérer qu'il ne s'agissait que d'une paralysie bystérique. Il est vrai que la paralysie hystérique est rarement aussi complète; mais néanmoins on en cite plusieurs exemples dans la science; moi-même j'en ai vu un certain nombre. Dans l'incertitude, je crus prudent d'avoir recours à une double médication. Je prescrivis une saignée en vue de l'hémorrbagie cérébrale, et j'eus recours d'un autre côté aux antispasmodiques. Le lendemain, lorsque je revins, j'appris que pendant qu'on l'avait saignée la malade avait remué le bras et fait différents mouvements, et cela pendant l'espace d'environ vingt minutes. Un pareil renseignement était précieux; car si vous vous rappelez que la malade était arrivée dans la salle avec une fièvre intermittente, que la rate était bypertrophiée, il ne devenait pas impossible que nous eussions affaire à une fièvre intermittente pernicieuse à forme apoplectique.

Dans mon *Traité de médecine pratique*, je rapporte l'histoire d'une jeune fille bystérique qui mourut dans des circonstances analogues dans mon service de l'hôpital de la Pitié. Dans le cas actuel, le court intervalle de sensibilité et de motilité qu'on avait pu constater chez la malade, et qui avait été constaté par un de nos meilleurs élèves, pouvait-il être considéré comme de l'intermittence ? A la rigueur, je le pense. Aussi je n'hésitai pas à admettre la possibilité d'une fièvre intermittente, et j'avoue même que de toutes les conjectures qui m'étaient venues à l'esprit, celle-là me semblait la plus probable. Néanmoins je restai dans le doute comme la veille, et je prescrivis à la fois une seconde saignée le matin et 1 gramme de sulfate de quinine administré en deux doses dans la journée. La malade mourut le soir.

A l'autopsie, on trouva les méninges légèrement injectées; on trouva également dans le lobe droit du cerveau, à la partie supérieure des corps striés, un petit noyau de ramollissement, une petite déchirure autour de laquelle la substance cérébrale était moins consistante qu'ailleurs. Nulle trace d'hémorrhagie.

On trouva, d'un autre côté, la rate fortement adhérente dans toute sa surface externe. Ces adhérences semblaient d'ancienne date. En outre, le tissu de la rate était complétement ramolli, converti en une sorte de boue. Quant à ses dimensions, elles n'étaient plus les mêmes que nous les avions trouvées le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital; le diamètre vertical n'était que de 8 centimètres. Mais nous ne devons pas oublier que le sulfate de quinine avait été donné à trois reprises différentes.

Les autres organes ne présentaient rien.

Pour moi, il n'y a rien dans le cerveau qui puisse rendre compte de la mort. Ce commencement de ramollissement est sans aucun doute cadavérique. Personne de vous, en effet, n'ignore combien, par la température actuelle, le cerveau et la moelle se ramollissent facilement, qu'ils soient ou non exposés à l'air.

Il est donc plus probable maintenant que c'est bien à une fièvre intermittente pernicieuse de forme hystérique que nous avions affaire. Dire comment est survenue la mort, quelle en a été la cause immédiate; dire si la fièvre intermittente s'est développée sous l'influence de l'hystérie, ou si elle n'est qu'une simple coïncidence, je n'essaierai pas de le faire, car je l'ignore comme vous. J'ai voulu seulement, dans cette leçon, appeler votre attention sur cette complication probable de l'hystérie (qui pour moi est un phénomène névropallique, sorte d'oscillation nerveuse) dont je ne connais guère que ce cas-ci et celui dont je vous ai parlé, et qui n'est pas la moins importante à étudier, car c'est peut-être la seule qu'on ait vue amener la mort.

En pareil cas, vous éprouverez sans doute toujours de grandes difficultés à poser un diagnostic assuré; mais c'est là ce à quoi vous devez vous attendre toutes les fois que le cerveau sera en jeu, car là où vous n'aurez pas de signes physiques pour vous aider, tels que le plessimétrisme et l'auscultation, vous serez toujours entourés de difficultés et d'incertitudes.

Des hémorrhagies puerpérales.

Rapport fait à l'Académie de médecine par M. Depaul.

Dans la séance du 1er juin de cette année, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un travail qui nous a été transmis par M. le docteur Ch. Gérard, notre correspondant dans le département de la Haute-Saône. La question qui nous est soumise est une des plus graves qui puissent se présenter dans la pratique obstétricale; elle est relative à un cas d'accouchement compliqué d'hémorrhagie sérieuse se rattachant à une insertion vicieuse du placenta. Quoique l'état actuel de la science sur ce point tout spécial laisse peu à désirer sous le rapport étiologique et des indications, il ne sera pas sans intérêt, j'espère, d'entrer dans quelques développements qui me permettront de populariser davantage certaines notions d'anatomie physiologique qui ne sont pas assez généralement connues et des préceptes que la pratique de nos maîtres d'abord et notre propre expérience ensuite nous ont appris à considérer comme les plus salutaires. Cela me fournira en même temps l'occasion de répondre au désir exprimé par notre collègue, qui, ayant eu souvent l'occasion d'observer des hémorrhagies de cette espèce et ayant longtemps hésité dans le choix du meilleur moyen à employer, semble consulter la Compagnie et lui demander s'il doit persister dans la pratique qu'il paraît avoir adoptée.

Voici d'abord une analyse succincte mais complète de l'observation qui vous a été communiquée et des réflexions qui l'accompagnent :

Une femme de trente-quatre ans, d'une constitution délicate, qui était déjà accouchée cinq fois à terme sans accidents et qui avait fait à trois mois une fausse couche, dont la cause n'est pas indiquée, était arrivée le 17 décembre 1851 vers la fin du septième mois d'une nouvelle grossesse. Ce jour-là, à la suite d'un travail qui avait eu lieu les bras étant élevés, une hémorrhagie utérine peu considérable se manifesta (deux ou trois cuillerées de sang seulement s'étaient écoulées). Dès ce moment, et malgré le repos au lit conseillé par une sage-femme, un écoulement rosé peu abondant eut lieu d'une manière continuelle par les parties génitales et fut à plusieurs reprises dans l'espace de quinze jours remplacé par des pertes sanguines de courte durée et dont la quantité fut évaluée chaque fois à un peu plus d'un verre ordinaire.

Le 2 janvier 1852, lorsque M. Gérard fut appelé pour la première fois, tout écoulement avait cessé; l'état général était bon. Aucune douleur, aucune contraction indiquant un commencement de travail n'existaient. La malade n'ayant pas voulu se laisser toucher, notre confrère se contenta de prescrire quelques lavements émollients et recommanda qu'on le fît prévenir si quelque chose de particulier survenait.

Deux jours après, l'écoulement rosé dont il a été précédemment question reparut d'une manière presque continuelle, se transformant encore de temps à autre en de petites hémorrhagies.

Le 24 janvier, la grossesse étant alors à environ huit mois et demi, quelques douleurs utérines se manifestèrent et furent presque immédiatement suivies par une hémorrhagie considérable. Appelé en toute hâte à une heure et demie de la nuit, M. Gérard trouva cette femme avec des défaillances et un malaise considérable. Une pleine cuvette de caillots (je cite ses expressions) était entre les cuisses ou dans le vagin. Le toucher permit de constater que le col était assez dilaté, souple et occupé par une portion de placenta considérable. Les mouvements de l'enfant n'étaient plus perçus, et il ne fut pas possible en auscultant d'entendre les battements de son cœur. Quoique la dilatation fût déjà grande, il n'y avait eu que de très faibles contractions utérines. Le sang coulait toujours et avec un redoublement notable à chaque douleur qui survenait.

Sans perdre un instant, et après avoir placé convenablement la malade, M. Gérard introduisit la main droite et trouva engagée dans le col une poche irrégulière en partie formée par les membranes qui étaient en avant et en partie par le placenta (le quart environ de la surface de cet organe). Après avoir perforé cette poche dans sa partie placentaire, la main, introduite dans l'utérus, rencontra l'extrémité pelvienne qui se présentait. Un seul pied put être saisi; il fut facilement amené au dehors, et, à l'aide de tractions exercées sur le membre correspondant, l'enfant fut promptement extrait. Il était peu volumineux et ne paraissait pas complétement à terme. Il ne donnait d'ailleurs aucun signe de vie. Le cordon entourait deux fois la région du cou. Les divers moyens capables de le ranimer, et l'insufflation surtout, furent mis en usage. Petit à petit la respiration s'établit, quoique péniblement, et bientôt il parut suffisamment ranimé pour permettre d'espérer qu'on le conserverait. Cependant, il resta faible, fut incapable de prendre le sein et succomba le huitième jour.

La délivrance n'offrit rien d'extraordinaire; la déplétion de l'utérus fit cesser toute bémorrhagie. Les suites de couches furent des plus naturelles, et vers la fin du mois le rétablissement était complet.

Le fait qui précède et quelques autres qui ont été observés par notre confrère le portent à établir en principe que, dans toute parturition compliquée d'hémorrhagie grave, la *première* indication consiste à terminer l'accouchement soit aveo la main, soit avec le forceps, selon la présentation. Il se fonde surtout sur ce que, dans les cas de pertes abondantes, « le collapsus général et celui de la matrice en particulier permettent *toujours* de pénétrer dans sa cavité. Il ne paraît pas redouter la perforation du placenta, même lorsqu'il pourrait l'éviter en changeant la main qui avait d'abord été introduite, et il regarde cette manière de faire comme n'ayant aucun inconvénient soit pour la mère, soit pour l'enfant. Chemin faisant, il dit un mot de la transfusion, qu'il ne croit pas utile; il laisse entrevoir que dans son opinion les cas qui paraissent favorables sont ceux où la mort ne serait pas survenue quand même le moyen extrême n'aurait pas été employé.

A cela se bornent à peu près, messieurs, toutes les réflexions qui suivent l'observatiou que je vous ai fait connaître; car je crois devoir passer sous silence une courte disgression sur l'influence que le cordon ombilical, raccourci par son double enroulement autour du cou, aurait pu exercer sur le décollement du placenta et sur les effets que cette tige vasculaire peut produire sur les différentes parties qu'accidentellement elle peut entourer et étreindre pendant la gestation. Cela me conduirait à entrer dans la question des amputations dites spontanées; question intéressante sans aucun doute, mais que l'auteur n'a certainement pas voulu soulever en ce moment.

Quoique les hémorrhagies de la nature de celle qui nous occupe aient dû se présenter à toutes les époques et avec la même fréquence que de nos jours, nos devanciers ont longtemps méconnu son véritable mécanisme. Dans les cas où le placenta s'engageait le premier dans l'orifice utérin, on supposait qu'après s'être décollé de la partie supérieure de la matrice il tombait sur le col, et si des adhérences partielles l'unissaient encore aux parties voisines, on les considérait comme de nouvelle formation et comme une conséquence du sang extravasé et coagulé.

Tout en reconnaissant qu'en 1730 Giffart, s'élevant contre cette manière de voir, avait compris que l'insertion du placenta sur l'orifice devait être suivie de décollement et d'hémorrhagie, comme d'ailleurs Paul Portal l'avait déjà indiqué en 1685; que Heister, se faisant l'écho de quelques-uns de ses contemporains, avait admis la même opinion, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'a été généralement acceptée que depuis les travaux de Levret, qui a réuni dans son ouvrage des observations nombreuses et concluantes.

A partir de cette époque, le fait anatomique ne fut plus contesté, et on crut trouver dans les modifications qu'on supposait être imprimées au col de l'utérus par la grossesse l'explication du décollement du placenta anormalement inséré et de l'hémorrhagie qui en était la conséquence. Comme il me paraît aujourd'hui démontré que cette explication repose sur une appréciation inexacte de ces modifications, je crois nécessaire d'entrer dans quelques détails à ce sujet, et de justifier une doctrine nouvelle qui s'éloigne d'une manière de voir qui a si longtemps régné seule, et qui est encore défendue de nos jours par des hommes d'un mérite incontesté.

Le point fondamental est celui-ci: quels sont les changements que subit le col de l'utérus dans le rapport de sa longueur pendant la gestation? La portion du corps qui avoisine cet organe se développe-t-elle avec la même rapidité que la région supérieure? En d'autres termes, comment les différentes régions de la matrice concourent-elles au développement de la cavité qui reçoit et conserve le produit de la conception jusqu'à son développement complet?

Desormeaux, et après lui MM. Velpeau, Moreau et la plupart

des auteurs modernes ont admis que le col, après s'être allongé dans les premiers mois de la grossesse, se raccourcissait ensuite en s'effaçant de l'orifice interne vers l'orifice vaginal, et en confondant ainsi progressivement sa cavité avec celle du corps de l'organe: de telle sorte qu'à partir du cinquième mois, il aurait déjà perdu le tiers environ de sa longueur, et la moitié dans le sixième, les deux tiers ou les trois quarts dans le septième, les trois quarts ou les quatre cinquièmes dans le huitième, et le reste dans le courant du neuvième. Smellie va encore plus loin; car il dit que la quatrième partie du col est déjà dilatée au troisième mois, et la moitié dès le cinquième. On pourrait, sous ce rapport, dit M. Velpeau, comparer l'utérus, lorsque la grossesse est parvenue vers le cinquième ou le sixième mois, « à une vessie dont l'extrémité urétrale ou le col serait ficelé dans l'étendue d'un pouce ou deux. » En imaginant alors que quelqu'un relâche avec lenteur, et de » haut en bas, les cercles du lien qui le ferme, pendant qu'une » autre personne souffle par son fond pour la distendre, on aura » une idée assez nette de l'effacement graduel du sommet de l'utérus. »

Telle a été pendant longues années la doctrine qui a été presque exclusivement enseignée dans nos écoles; telle est encore aujourd'hui celle qui est professée à la Faculté de Paris par un de nos anciens maîtres, M. Moreau. Cependant, depuis longtemps déjà l'un des représentants les plus distingués de l'obstétrique, un homme dont l'esprit sage et judicieux a dû être remarqué par tous ceux qui ont étudié ses travaux, le professeur Stoltz, de Strasbourg, avait, dans sa thèse inaugurale, publiée en 1826, cherché, en se fondant sur des observations qui me paraissent rigoureuses, à faire prévaloir des idées diamétralement opposées. Toutefois, elles restèrent longtemps peu connues, et on peut dire qu'elles ne pénétrèrent dans l'école de Paris qu'à partir de l'époque où la chaire de clinique obstétricale fut confiée à M. Paul Dubois. Dès ce moment, c'est-à-dire dès 1835, j'ai entendu plusieurs fois ce professeur les exposer à ses élèves et en démontrer la justesse les pièces en main, dans les occasions assez fréquentes qui se sont présentées d'étudier les utérus de femmes qui avaient succombé à différentes époques de la grossesse. Quoiqu'un examen fait dans de semblables conditions soit incontestablement celui qui puisse fournir la démonstration le plus rigoureuse, il est heureusement possible d'arriver à la même constatation sur les femmes vivantes, à la condition d'y apporter une attention et une expérience suffisante, et de se prémunir contre les préoccupations qu'embrase le souvenir d'une opinion contraire quand elle est généralement acceptée. Eh bien, je n'hésite pas à le dire, de ces deux modes d'exploration résulte la confirmation la plus complète des recherches de M. Stoltz.

Pour mon compte, j'ai cherché aussi depuis 1838 à les vulgariser dans mes cours, et si une chose m'étonne, c'est que tout le monde ne soit pas d'accord sur un fait qui me paraît si facile à vérifier. Il est juste de reconnaître cependant que plusieurs des auteurs modernes les ont acceptées, et, sous ce rapport, je citerai en particulier MM. Cazeaux et Jacquemier.

Après avoir indiqué les différences que présente le col, selon qu'on l'examine chez la petite fille ou à l'époque de la puberté, et, dans ce dernier cas, selon que la femme est vierge ou que des rapports sexuels ont eu lieu, le professeur de Strasbourg étudie les modifications que lui fait subir la première gestation. Sans avoir pu constater si l'orifice se ferme aussitôt après la conception, comme l'indique Hippocrate, il admet que peu à peu il devient plus gros et plus long, que les deux lèvres tendent à se confondre de manière qu'on touche avec le doigt une petite fossette ou dépression circulaire entourée par un rebord, qui se tend comme un petit ligament quand on veut la franchir. Quoique ce dernier caractère puisse manquer chez quelques primipares, il le regarde avec Stein comme un signe de première gestation.

D'accord avec Levret, Burton, Rœderer et plusieurs autres, il a remarqué que jusqu'au sixième mois la portion vaginale a augmenté de longueur; mais il pense qu'à partir de cette époque elle tend à diminuer, au contraire, par le mécanisme suivant. La cavité du col se dilaterait dans sa partie centrale, de telle sorte que les deux orifices, restant toujours fermés, seraient entraînés l'un vers l'autre de manière à se rapprocher de plus en plus. L'orifice interne s'ouvrirait le premier dans le courant des quinze derniers jours de la grossesse; l'externe, au contraire, resterait fermé jusqu'à la fin, et même jusqu'au début du travail. En résumé, le col, renflé dans sa partie moyenne, semblerait formé pendant assez longtemps comme par deux cônes adossés par leurs bases, et dont chaque sommet correspondrait à chacun des orifices.

M. Stoltz reconnaît, d'ailleurs, que ce renflement et le raccourcissement n'ont rien de régulier dans leur marche. Il a même vu quelquefois, toujours chez des primipares, le col avoir une forme cylindrique, présenter des granulations et des inégalités simulant de petites échancrures, tantôt avoir perdu la moitié de sa longueur au huitième mois, tantôt la conserver tout entière jusqu'au milieu du neuvième, et il aurait pu ajouter jusqu'au commencement du travail bien franchement établi, ainsi qu'il n'est pas rare de l'observer. Il insiste plusieurs fois sur ce caractère, qu'il considère comme constant, à savoir: que l'orifice externe est le dernier à s'ouvrir, et qu'il est toujours précédé par l'interne. Tout en reconnaissant que cette proposition est vraie d'une manière générale, je crois devoir faire quelques réserves à cet égard; car j'ai déjà rencontré un certain nombre de femmes qui, très certainement enceintes pour la première fois, avaient, dans les deux ou trois derniers mois de la grossesse, un col long et de forme évidemment conique dont l'orifice externe, entr'ouvert, laissait pénétrer le doigt plus ou moins près de l'orifice interne encore fermé.

Il parle ensuite des différences qu'on observe chez les femmes non primipares. Chez elles, en effet, le ramollissement est plus rapide; la forme et la longueur changent peu; les lèvres se boursouflent quelquefois; l'orifice externe, plus grand et comme béant, a la forme d'un entonnoir; le doigt pénètre facilement jusqu'à l'orifice interne, qui est habituellement fermé jusqu'à la fin de la grossesse, qui peut cependant s'ouvrir, dans certains cas, assez longtemps avant le travail pour qu'on touche les membranes et qu'on distingue la partie qui se présente.

Il n'oublie pas de mentionner aussi qu'il faut tenir compte, dans les appréciations qu'on doit faire, de l'influence des maladies et de certaines conformations individuelles, desquelles il résulte que le col, même en dehors de la gestation, est tantôt beaucoup plus long et tantôt beaucoup plus court que d'habitude. Depuis quelques années, j'ai eu occasion d'observer deux jeunes femmes qui étaient parvenues vers le cinquième mois d'une première grossesse, et chez lesquelles le col ne faisait aucune saillie dans le vagin; ce canal se terminait sur les bords de l'orifice externe, et formait en ce point comme une voûte percée par un trou. Toutes les deux m'avaient été adressées par des confrères qui, trompés par cette disposition et imbus des doctrines anciennes, croyaient à des grossesses arrivées près de leur terme. L'événement prouva combien ils s'étaient trompés. J'ai eu l'occasion de réexaminer l'une d'elles quelques mois après son accouchement, et j'ai retrouvé la disposition précédemment décrite.

On vient de le voir, une différence capitale existe entre ces deux manières de comprendre les modifications que subit le col de l'utérus pendant la gestation. Or d'un côté est nécessairement l'erreur, et de l'autre la vérité. J'ai déjà dit pourquoi je m'étais depuis longtemps rangé à l'opinion de M. Stoltz, et je me contente de renvoyer ceux qui douteraient encore à de nouvelles investigations faites sans idée préconçue et en tenant compte des différentes circonstances dont il a été question. Les faits de la nature de ceux dont il s'agit ne se démontrent que par l'observation directe.

Mais établir que la cavité du col reste étrangère, dans l'immense majorité des cas, jusque vers les derniers temps de la grossesse, au développement de la cavité du corps de l'organe, et que l'œuf, jusqu'à cette époque, est complétement séparé de la première, n'est-ce pas démontrer d'une manière irréfutable que l'explication dont on s'est longtemps contenté, et que défendent encore quelques personnes quand il s'agit d'interpréter le mécanisme des hémorrhagies qui se lient à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, est complétement inexacte? Ne se trouverait-on pas, d'ailleurs, souvent embarrassé pour comprendre pourquoi la perte sanguine ne commence que dans le courant du septième, du huitième et même du neuvième mois? pourquoi elle peut manquer entièrement jusqu'au moment où le travail est commencé? pourquoi on l'observe dans certaines circonstances dans lesquelles le placenta n'affleure même pas par l'un de ses bords l'orifice interne? D'un autre côté, s'il est vrai, comme j'en suis convaincu, que cette ouverture reste habituellement fermée jusque vers la fin du neuvième mois, la plupart des hémorrhagies dont il est question, et qui se manifestent plusieurs semaines avant le terme, ne sauraient recevoir l'interprétation que Levret a eu le tort de trop généraliser; et pour en comprendre le véritable mécanisme et pour faire la part de ce qui appartient à la dilatation de l'orifice interne, il faut étudier comment s'agrandit la cavité du corps de la matrice lorsqu'elle a été pénétrée par l'œuf fécondé.

Jusque dans ces derniers temps, on a cru et enseigné qu'elle se développait d'une manière uniforme dans toutes ses parties, que sa région inférieure y concourait dans les mêmes proportions que la partie supérieure, et cela dès le début de la grossesse. Il n'en est rien cependant, ainsi que l'ont démontré les importantes recherches que notre confrère M. Jacquemier a publiées en 1839 dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, et qui se trouvent reproduites dans son *Manuel des accouchements*. Permettez-moi, messieurs, de vous les rappeler en quelques mots, et d'y ajouter quelques nouveaux faits qui ne seront pas sans intérêt pour l'explication du phénomène qui nous occupe.

Notre confrère a d'abord établi que le développement de l'utérus et du placenta ne se faisait pas d'une manière égale et uniforme pendant toute la durée de la grossesse; que ce dernier, pour se prêter au développement complet du premier dans les points où il lui adhère, était obligé de s'étaler du centre à la circonférence; d'où résulte son amincissement et l'effacement progressif de la saillie de lobes pour l'écartement des scissures. Puis il a admis que le développement des diverses parties de l'utérus n'était pas simultané, mais successif, et se faisait dans l'ordre suivant:

1° Développement du fond et des parties du corps qui en sont les plus voisines;

2° Développement du reste du corps et du col.

Tout en reconnaissant que d'une manière générale ces deux propositions sont parfaitement exactes, et qu'elles suffisent pour expliquer un grand nombre des hémorrhagies qui font l'objet de ce travail, il convient d'ajouter que cette irrégularité dans l'accroissement des différents points de la matrice peut se signaler par d'autres particularités qui ont leur importance, et qui doivent jouer un rôle dans certains cas déterminés. J'ai eu l'occasion de disséquer plusieurs fois des utérus de femmes qui avaient succombé dans les trois ou quatre derniers mois de la grossesse, et ont toujours été frappées des dispositions suivantes.

La paroi antérieure se développe habituellement beaucoup plus que la paroi postérieure. De telle sorte que, si du sommet on abaisse un axe vertical, son extrémité inférieure, loin de passer vers le col, traverse la paroi antérieure de l'organe à une distance variable de cette ouverture, qui est laissée en arrière. C'est même là, pour le dire en passant, ce qui explique souvent pourquoi au début il est si commun de sentir la tête s'engager dans le bassin, poussant audevant d'elle la partie antérieure et inférieure de l'utérus, dont elle se coiffe en grande partie, tandis que le col, fortement dirigé en arrière, est quelquefois fort difficile à atteindre. Les personnes qui se livrent à la pratique des accouchements n'ignorent pas comment une semblable disposition peut retarder la dilatation de l'orifice, et comment par une manœuvre facile on peut y remédier.

Les régions latérales offrent quelque chose d'analogue. Tandis que dans l'état de vacuité les ligaments ronds, ceux des ovaires ainsi que les trompes paraissent se détacher des points qui se correspondent, il n'en est plus ainsi dans les trois derniers mois de la grossesse et même avant. Cette symétrie est habituellement détruite; si de la trompe d'un côté on mène une ligne horizontale vers la région opposée, on reconnaît bien vite que les angles de l'utérus ne sont plus à la même hauteur, et la différence qui peut être d'un et de plusieurs centimètres est ordinairement si évidente, qu'elle apparaît à la simple inspection. De ces faits et de quelques autres que je passe sous silence, il résulte que, contrairement à l'opinion généralement reçue, rien n'est irrégulier comme le développement des différentes parties du corps de la matrice. Il faut savoir d'ailleurs que ces singularités elles-mêmes n'ont rien de constant dans leurs degrés, et qu'il y a presque autant de variétés que de femmes.

Quoi qu'il en soit, du fait principal signalé par M. Jacquemier découlent les conséquences suivantes qu'il en a tirées. Lorsque le placenta est inséré vers le fond de l'utérus, la distension mécanique du placenta commençant de bonne heure, et s'opérant d'une manière graduelle et uniforme, on n'a pas à craindre la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires, et c'est ce que l'expérience démontre; mais si au contraire cet organe se greffe accidentellement dans les régions voisines de l'orifice interne, les conditions sont changées. Cette partie de l'utérus ne se développant que très tard, et son agrandissement marchant alors avec beaucoup de rapidité, on comprend qu'un décollement plus ou moins étendu soit presque inévitable et avec lui l'hémorrhagie. Il n'est même pas nécessaire pour cela que l'un des points de la circonférence du placenta touche le pourtour de l'orifice, il suffit qu'il soit dans le voisinage, ainsi qu'il n'est pas rare de l'observer. Il y a plus encore, ainsi que l'a fait remarquer notre confrère, il ne suffit pas qu'il soit inséré vers le fond de la matrice pour qu'il se trouve à l'abri de tout décollement se produisant par un mécanisme semblable. Un développement insolite et trop rapide de la matrice, comme cela arrive dans certains cas d'hydropisie de l'amnios ou de grossesse gémellaire, peut le déterminer et avec lui ses conséquences. Il n'est pas jusqu'à certains états pathologiques de cet organe qui, lui ayant fait perdre une partie de sa souplesse, ne puissent, même lorsque l'accroissement de l'utérus a une marche très régulière, en favoriser le décollement partiel.

(*La suite à un prochain numéro.*)

RÉACTIF POUR LE DOSAGE DE L'URÉE DANS LES URINES.

Ce dosage de l'urée a une grand importance au point de vue de la médecine pathologique; car la proportion de ce principe constituant de l'urine est fort variable selon les maladies. M. Liébig vient de faire connaître un moyen prompt et facile d'effectuer ce dosage.

On commence par préparer une dissolution de nitrate de mercure bien neutre dans l'eau distillée, de manière à obtenir une liqueur normale et titrée que l'on réserve à part. Puis, quand on veut examiner une urine au point de vue de la proportion d'urée qu'elle renferme, on y verse peu à peu cette liqueur normale jusqu'à cessation du précipité.

La quantité de liqueur normale qu'il a fallu dépenser pour arriver à ce terme donne, jusqu'à un certain point, la mesure de la proportion d'urée. Il y a, toutefois, une attention à avoir: le précipité qui se forme est composé, ainsi que l'a vu M. Liébig, de 1 équivalent d'urée, 1 équivalent d'acide nitrique, 3 équivalents de bioxyde de mercure; d'où il résulte que, pour chaque équivalent d'urée précipité dans le composé nouveau, il doit y avoir, et il y a, en effet, 3 équivalents d'acide nitrique qui deviennent libres dans la liqueur.

Or, la présence de cet acide libre forme un obstacle sérieux à la formation ultérieure du nitrate, si bien qu'au moment où ce précipité cesse de se former, il y a encore beaucoup d'urée qui n'est pas entrée dans la combinaison nouvelle et qu'on ne peut précipiter à son tour qu'après avoir saturé l'acide libre. On le fait à l'aide de l'eau de baryte, qu'on verse progressivement en ayant soin de ne pas dépasser le terme de la saturation.

On peut alors ajouter une nouvelle quantité de liqueur normale pour obtenir un nouveau précipité; et c'est ainsi que, par des additions successives de liqueur normale et d'eau de baryte, on arrive à précipiter la totalité de l'urée contenue dans l'urine. C'est alors que la quantité de liqueur normale fournit une mesure suffisamment exacte de la proportion d'urée. (*Bull. de thérap.*)

FORMULE ET MODE DE PRÉPARATION
du sirop de térébenthine.

M. le professeur Trousseau emploie fréquemment le sirop de térébenthine contre le catarrhe chronique de la vessie et du poumon, contre les suppurations anciennes abondantes, etc; mais les ouvrages ne donnent pas sa formule: il n'obtient pas toujours, dans les pharmacies, la préparation qu'il entend prescrire.

Voici la formule que, d'après les indications que lui a fournies le docteur Trousseau, M. Dorvault publie, en recommandant à ses confrères de la suivre, comme étant plus rationnelle et fournissant un produit préférable, à tous égards, à celui des deux formules qu'il donne dans son ouvrage *l'Officine*.

Térébenthine au citron. . . .	100 grammes.
Eau.	375 —

Faites digérer pendant deux jours, en ayant soin d'agiter fréquemment; puis faites un sirop à la manière de celui du baume de Tolu, en ajoutant:

Sucre blanc.	750 grammes.

Ce sirop renferme, outre les principes résineux sur la nature desquels on n'est pas bien fixé, de 1/100 à 1/60 de son poids d'essence de térébenthine.

Il est limpide, d'une odeur aromatique très suave et d'une saveur très agréable; il peut être employé pur ou servir à édulcorer des tisanes appropriées.

Dose: de une à plusieurs cuillerées à soupe par jour. (*Ibid.*)

Chronique et nouvelles.

Quelques charlatans qui déshonorent la profession médicale nous ont depuis longtemps habitués aux réclames les plus éhontées. Toutefois, quelle que fût l'impudeur de ces jongleurs, elle n'allait pas jusqu'à les porter à diffamer nominalement, pour un cas spécifié, des médecins honorables. Il était réservé à un de nos homœopathes les plus connus (par la quatrième page des journaux) de donner ce triste exemple de coupable imposture, en écrivant publiquement que les médecins qui ont assisté la malheureuse femme de la rue Jacob l'ont sciemment asphyxiée par le chloroforme. Il est sans doute inutile d'ajouter que la diffamation en question se termine par le nom et l'adresse du diffamateur qui guérit la rage avec la même facilité que Fontanorose mettait à guérir l'apoplexie, la jalousie et tous ses tourments; mais moins adroit que ce dernier, le célèbre homœopathe ne sait pas encore guérir ses malades par correspondance. La présence des malades, dit-il dans son avis, *exclusivement philanthropique*, lui est absolument indispensable.

— Un des honorables médecins qui assistaient à l'agonie de cette malheureuse femme de la rue Jacob, et qui veut rester inconnu, a remis entre les mains de M. Armand Grosjean la somme de 3,000 francs pour être distribuée par tiers aux trois personnes qui annoncent avoir découvert un spécifique contre la rage. Si ce généreux confrère veut gratifier de pareille somme tous ceux qui ont découvert ou qui découvriront de pareils spécifiques, sans compter l'homœopathe philanthrope dont il est question ci-dessus, il ne risque rien de se faire voter un budget par la Californie.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 85. — MARDI 20 JUILLET 1852. (25e ANNÉE) N° 85. — MARDI 20 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — PARIS. De l'exploration du fond de l'œil. — Des hémorrhagies puerpérales. — Femme ayant trois mamelles, dont deux occupent leur siége ordinaire et la troisième disposée sous celle du côté gauche. — Société de chirurgie, séance du 7 juillet.

PARIS, LE 19 JUILLET 1852.

De l'exploration du fond de l'œil.

Mon cher Castelnau,

A propos d'une assez bizarre maladie des yeux observée dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital de Lourcine, vous m'avez demandé quelques détails sur l'ophthalmoscope que je cherche à introduire dans l'étude des maladies des yeux. Je vais aujourd'hui satisfaire à votre demande ; l'occasion est d'ailleurs propice, car cet instrument a donné lieu dans les colonnes d'un autre journal à un article qui manque d'exactitude, mais qui ne manque pas de malveillance. L'auteur de cet article, M. Fano, mon *très intelligent et très laborieux* collègue (épithètes qu'il m'a généreusement prodiguées, mais que je lui renvoie par politesse), M. Fano a complétement méconnu les résultats positifs et incontestables donnés par cet appareil pour ne mettre en avant que ce qu'il paraît ou ce qu'il peut avoir de défectueux. Cette façon d'exposer les choses doit satisfaire les très petites passions de M. Fano, mais ne peut convenir aux gens qui font de la science honnête et sérieuse : du reste, signaler une telle manière d'agir suffira pour la juger. Après avoir reconnu et adopté les objections de chirurgiens éclairés et compétents pris au sein de la Société de chirurgie, après avoir apprécié toutes les remarques d'hommes qui ont examiné les choses de près, je ne puis accepter sérieusement les phrases d'un homme qui n'a rien vu dans cette question, et pour lequel l'optique me paraît avoir encore plus d'un mystère.

Mais les faits valent mieux que les discours de M. Fano ; et pour montrer que mon appareil révèle dans certains cas des détails qu'on ne constaterait pas sans lui, je vais vous exposer le fait qui a inspiré cette lettre et, à ce propos, le manuel opératoire de cet instrument.

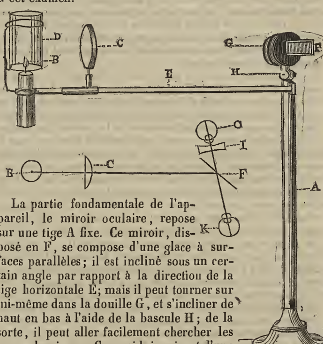
Au n° 21 de la salle Saint-Bruno (service de M. Gosselin) était couchée une femme âgée de quarante-cinq ans, Marie R..., entrée à l'hôpital le 24 mai. Cette femme était depuis quinze mois dans un état maladif assez mal défini. Avant cette époque, elle jouissait d'une bonne santé ; mais aujourd'hui sa constitution est affaiblie, et elle présente un amaigrissement notable. Toutefois, c'est depuis huit ou dix jours seulement qu'elle a des manifestations morbides du côté de l'œil droit. Ces manifestations consistent dans une conjonctivite et un iritis peu intenses, qui se caractérisent par la perte du brillant de l'œil, une légère déformation de la pupille et un peu de trouble de cette ouverture ; nous remarquons aussi que la pupille de cet œil est moins mobile que l'autre, et que la vision est plus profondément altérée que cela ne devrait avoir lieu dans un iritis du premier degré. Il y a dix jours environ, au milieu de la journée, cette femme éprouva quelques maux de tête et des étourdissements ; puis tout à coup elle s'aperçut que l'œil droit, qui voyait quelques bluettes, ne pouvait plus servir à la vision. Elle affirme que cet œil s'est perdu instantanément ; le lendemain de cette cécité subite, l'inflammation oculaire s'est manifestée. Ainsi a débuté la maladie de l'œil droit.

Nous sommes surtout frappé, depuis l'entrée de la malade, de l'absence complète de photophobie à la lumière naturelle et à la lumière artificielle, de la cécité absolue de l'œil droit et des douleurs intra-oculaires et circum-orbitaires manifestes surtout pendant la nuit, et assez violentes pour empêcher la malade de dormir pendant neuf ou dix nuits de suite. Ces douleurs circum-orbitaires ont été calmées sous l'influence des vésicatoires volants saupoudrés de morphine appliqués soit à l'apophyse mastoïde, soit à la tempe droite.

Dans ce même laps de temps, cette femme a présenté quelques plaques érythémateuses d'un rouge assez vif sur les deux avant-bras, à la nuque, aux cuisses et aux jambes. Ces plaques sont évidement, d'après le diagnostic de M. Legendre, des érythèmes noueux. Il existe en même temps des douleurs arthritiques dans les genoux, les cous-de-pieds et le coude gauche. Il n'y a rien de syphilitique dans la gorge ni d'exostoses dans la tête. L'instillation de la belladone ne dilate que très faiblement la pupille.

Ni à l'œil nu, ni à la loupe, on ne distingue aucun trouble dans les milieux oculaires.

La perte subite de la vue porta naturellement l'esprit vers l'idée d'une apoplexie rétinienne, phénomène subit, et qui paralyse de suite les fonctions de cette membrane. Mais ce qu'il y avait surtout de remarquable dans cette observation d'iritis probablement non syphilitique, c'était l'absence complète de la vision, qui a persisté pendant toute la durée de la maladie, et l'absence de photophobie en rapport avec cette perte de la vision. M. Gosselin, qui devant nous insistait sur ces détails, nous faisait remarquer qu'ainsi la photophobie ne peut avoir pour siége la quatrième ou la cinquième paire, mais bien la rétine. Les choses en étaient là, et l'idée d'une apoplexie rétinienne se présentait assez bien à l'esprit, lorsque j'examinai cette malade avec l'appareil que j'ai construit avec un opticien dont le nom est bien connu, M. Nachet (et non M. *Natchez !*). Je vous indiquerai très brièvement la disposition de cet appareil, et comment j'ai procédé à cet examen.



La partie fondamentale de l'appareil, le miroir oculaire, repose sur une tige A fixe. Ce miroir, disposé en F, se compose d'une glace à surfaces parallèles ; il est incliné sous un certain angle par rapport à la direction de la tige horizontale E ; mais il peut tourner sur lui-même dans la douille G, et s'incliner de haut en bas à l'aide de la bascule H ; de la sorte, il peut aller facilement chercher les rayons lumineux. Ceux-ci lui arrivent d'une bougie B, protégée par un verre D ; ils traversent la lentille plan convexe C, et arrivent en divergeant sur le miroir. De là ils sont réfléchis dans l'œil du sujet observé, qu'on place à une très légère distance du miroir, et dans la ligne de direction des rayons réfléchis. Le chirurgien rapproche son œil de la douille G, qui supporte un oculaire de numéro variable. Un dessin schématique indique qu'un rayon lumineux parti de B, traversant la lentille C, arrive sur le miroir F, de là se réfléchit vers l'œil K. Ce rayon lumineux se réfléchit de nouveau à la surface profonde du globe oculaire, traverse le miroir et se dirige vers l'œil d'un observateur O, qui interpose entre le miroir et son œil un oculaire biconcave.

En résumé, mon cher ami, les dessins qui accompagnent cette lettre rendront la chose très intelligible, et montreront que notre appareil est construit d'après le principe de la lunette de Galilée.

Vous saisissez de suite qu'il peut explorer la surface de la rétine, certains détails du cristallin, mais non pas, comme ajoute M. Fano, *les différentes parties de l'œil*, mots vides de sens pour quiconque aura réfléchi à la construction de cet instrument.

Les choses étant ainsi disposées, je procédai à l'examen de la malade de M. Gosselin, après qu'on eut instillé dans l'œil droit quelques gouttes d'extrait de belladone.

Les rayons lumineux projetés d'abord sur l'œil gauche nous ont manifestement montré une rétine d'une rougeur très vive et également répandue à la surface rétinienne. Cette coloration, qui traduit un état congestif de l'œil, ne s'accompagnait ni de trouble dans ses milieux, ni d'une grande sensibilité aux rayons lumineux. En explorant ainsi l'œil gauche, je voulais établir un point de comparaison avec l'œil droit. Passant ensuite à l'examen de ce dernier, je ne tardai pas à constater sur son fond un aspect tout différent ; il était d'un brun noirâtre ; on n'y apercevait aucunement cette coloration rosée ou rouge si fréquente dans les ophthalmies plus ou moins intenses. Cette différence si notable entre les deux yeux venait assez bien confirmer les prévisions d'une apoplexie rétinienne, et après cet examen j'ai été fortement porté à croire que le fond de l'œil était le siége d'un épanchement sanguin.

Je restai ensuite quinze jours environ sans voir de nouveau la malade. Durant cet intervalle la vision se rétablit un peu. La malade put distinguer les doigts à une certaine distance. Toutefois, la vue ne tardait pas à se troubler. Mais, chose importante à noter, une coloration ecchymotique noirâtre se manifesta d'abord dans la conjonctive oculaire droite, puis passa dans la paupière supérieure au niveau de la partie externe.

Cette ecchymose sous-conjonctivale ne serait-elle pas une ecchymose par propagation de l'infiltration sanguine, ayant eu son siége primitif dans une partie plus reculée du globe oculaire? Il y a là une coïncidence qu'il est curieux de signaler.

M. Gosselin me pria d'examiner de nouveau la malade, et quand je la revis, je trouvai les deux surfaces rétiniennes à peu près dans le même état qu'au premier examen. Revue huit jours après, cette femme avait un peu perdu ce qu'elle avait gagné en force visuelle pendant les derniers temps de son séjour à l'hôpital.

Toutefois, elle distinguait encore assez bien les objets. En recherchant dans quel état se trouvait la surface rétinienne du côté droit, je pus constater une teinte moins foncée, légèrement verdoyante. L'éclairage du fond de l'œil se faisait avec plus de facilité, quoiqu'il fût toutefois bien différent de celui du côté opposé.

L'examen anatomique serait indispensable pour juger définitivement la question ; mais je me hâte d'ajouter qu'en dehors des examens nécroscopiques il faut enregistrer de semblables détails ; bien observés, ils établissent de grandes probabilités en faveur d'une apoplexie rétinienne. Mackenzie, qui signale avec soin l'amaurose par apoplexie de la rétine (page 683), ne manque pas d'indiquer comme signe prédominant le développement brusque de l'amaurose, et il admet qu'on guérit ces amauroses apoplectiques. La coloration ecchymotique de la conjonctive, la coloration brunâtre du fond de l'œil viennent s'ajouter à ces premières indications et forment un cortége assez imposant de symptômes. Cet ensemble de détails curieux donne à cette observation un cachet particulier et m'a engagé à vous la communiquer.

J'y trouve aussi à signaler un fait important, selon moi : la *coloration brunâtre du fond de l'œil*. Enoncer de tels résultats n'est peut-être pas rendre à la pathologie oculaire un service aussi minime que le suppose M. Fano.

E. Follin,
Prosecteur de la Faculté de médecine.

Des hémorrhagies puerpérales.

Rapport fait à l'Académie de médecine par M. Depaul.

(*Fin.* — Voir le numéro précédent.)

De tout ce qui précède, il résulte clairement, si je ne m'abuse, que c'est dans ces modifications du segment inférieur de l'utérus, mal appréciées avant lui, que M. Jacquemier trouve l'explication de la plupart des hémorrhagies qui ont leur point de départ dans une insertion vicieuse du placenta ; et, quand il déclare complétement exacte l'opinion de Levret pour les cas où cet organe est non pas seulement dans le voisinage, mais directement sur l'orifice, il est tout naturel de penser qu'il n'entend pas renoncer pour eux à une explication qui trouve toujours la même application et à laquelle s'ajoutent seulement d'autres influences également mécaniques qu'on a eu le tort d'invoquer seules pendant longtemps. C'est d'ailleurs ce qu'il déclare d'une manière très formelle lorsqu'il dit dans son *Manuel des accouchements* (t. II, p. 238) : « Dans les cas où le placenta recouvre l'orifice interne par d'autres points que sa circonférence et où la distension seule du segment inférieur de l'utérus est d'abord la cause du décollement, lorsqu'après une ou plusieurs manifestations de l'hémorrhagie le travail se déclare prématurément ou non, à la première cause vient se joindre ou plutôt succède la seconde. » L'opinion de M. Jacquemier sur ce point important de physiologie obstétricale a le grand mérite d'être fondée sur l'observation attentive des faits ; aussi a-t-elle été adoptée par tous les bons esprits, et en particulier par notre collègue M. Cazeaux. Je regrette cependant qu'il ne lui ait pas rendu justice complète quand, dans les deux dernières éditions de son ouvrage, il a placé la note suivante : « Je me plais à reconnaître que M. Jacquemier, dans son excellent Mémoire sur le mécanisme des hémorrhagies, a signalé avant moi la part qu'avait dans la production de certaines hémorrhagies le développement successif du fond et de la partie inférieure de l'utérus ; malheureusement il ne s'en sert pas pour expliquer la perte dans les cas du placenta sur le col. Pour celle-ci, dit-il, l'explication de Levret est complétement exacte. Je la crois, au contraire, complétement erronée. Tandis que pour M. Jacquemier le développement tardif de la partie inférieure du corps de l'utérus ne peut expliquer l'accident qu'autant que le placenta est inséré de manière que son bord arrive tout près du col, j'en fais pendant la grossesse l'unique cause de l'hémorrhagie, alors que le placenta est inséré centre pour centre sur l'orifice interne. »

Evidemment M. Cazeaux ne s'est pas encore suffisamment pénétré de toutes les conséquences qui découlent nécessairement des recherches de M. Jacquemier, et je ne sais sur quoi il se fonde pour lui prêter une opinion qui est en contradiction flagrante avec le point essentiel qu'il a cherché à établir.

Si maintenant nous faisons l'application des données anatomiques qui précèdent à l'observation de M. Gérard, il me paraît évident que sa malade a offert un exemple d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, avec cette circonstance que par l'un de ses bords il recouvrait une grande partie de l'orifice interne. Cette opinion est parfaitement justifiée non-seulement par les résultats fournis par le toucher, mais encore par la marche suivie par l'hémorrhagie. Les premières pertes qui survinrent avant le développement du travail et qui se renouvelèrent plusieurs fois depuis le 17 décembre jusqu'au 24 janvier trouvent leur explication toute naturelle dans le rapide développement qu'éprouva pendant cette période la partie inférieure du corps de l'utérus. Celle

qui eut lieu à cette dernière époque, et qui exigea l'intervention de l'art, avait sans doute commencé sous l'influence des mêmes conditions, mais elle se trouva naturellement aggravée par un décollement plus considérable qui dut être la conséquence de la dilatation de l'orifice interne.

Il me paraît peu probable que le double enroulement du cordon ait eu quelque part dans la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires. Tout en reconnaissant que la brièveté absolue ou relative de cette tige peut dans quelques cas rares concourir à un pareil résultat, rien ne démontre qu'il en ait été ainsi dans l'espèce, et pour décider si des tiraillements ont pu se produire; il aurait fallu savoir quelle était la longueur totale de cet organe; or c'est ce que notre collègue a complétement négligé de nous dire.

J'en dirai tout autant de cette autre circonstance qui a été signalée dans l'observation, à savoir: que c'est à la suite d'*un travail qui avait eu lieu les bras étant élevés* que la perte se déclara. Sans nier d'une manière absolue l'influence possible de cette cause ou de quelques autres analogues dont les médecins se sont longtemps contentés; et dont le vulgaire se contente encore chaque jour, j'ai à peine besoin de dire avec quelle réserve il convient de la faire intervenir. Ne sait-on pas en effet qu'aucune cause extérieure, qu'aucune violence ne peut être invoquée dans la plupart des cas? N'est-ce pas souvent la nuit, pendant le sommeil et le repos le plus complet, qu'on voit ces sortes de pertes apparaître? Ne trouve-t-on pas enfin dans les recherches anatomo-physiologiques que j'ai fait connaître l'explication naturelle et satisfaisante d'un phénomène dont le mécanisme a été longtemps inconnu ou mal interprété? Que penser, après tout ce qui précède, de l'opinion qui dans ces derniers temps a été présentée avec tant d'habileté par M. Gendrin. L'étendue de ce travail, déjà trop considérable peut-être, ne me permet pas de la discuter à fond. Je me contente de dire que, dans ma conviction, ce médecin distingué s'est laissé tromper par des apparences, et qu'il a pris l'effet pour la cause.

De tout ce qui précède il résulte, je crois, au point de vue étiologique, que, dans les cas nombreux où le placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus n'atteint pas cependant l'un des points de la circonférence de l'orifice interne, l'hémorrhagie qui peut survenir à des époques variables s'explique exclusivement par le développement rapide de la portion inférieure du corps de l'organe; que, dans ceux où le délivre recouvre une partie ou la totalité de cette ouverture, l'écoulement sanguin peut reconnaître dès le début et pendant un certain temps la même cause, à laquelle s'ajoutera nécessairement l'influence de la dilatation de l'orifice interne, que celle-ci commence au terme régulier de la grossesse, ou, comme cela est le plus ordinaire, qu'elle survienne à l'occasion d'un travail prématuré.

Les variétés nombreuses qu'on observe quant à l'époque où l'hémorrhagie commence, quant à son intensité, quant à ses répétitions plus ou moins fréquentes, etc., tout cela s'explique et se comprend par le développement plus ou moins précoce et rapide de la partie inférieure du corps de la matrice, par le moment où l'orifice interne commence à s'entr'ouvrir, par l'étendue plus ou moins considérable du placenta qui le recouvre. Il est d'ailleurs bien établi maintenant que, dans les cas où cet organe ne se trouve que dans le voisinage de cette ouverture, le décollement et l'hémorrhagie ne sont pas une conséquence nécessaire. La perte n'est inévitable qu'à la condition que l'orifice interne sera plus ou moins complétement recouvert, et encore peut être convient-il d'admettre quelques rares exceptions à cet égard.

Quoiqu'il soit difficile de dire dans quelle proportion le placenta se greffe sur le segment inférieur de l'utérus, eu égard aux cas beaucoup plus nombreux où il se fixe vers la partie supérieure de l'organe, je crois qu'on peut admettre que cette disposition s'observe plus fréquemment que ne semblent le croire beaucoup d'auteurs modernes, qui paraissent n'avoir noté que des faits dans lesquels l'insertion avait lieu sur l'orifice même. Dans tous les cas, si l'opinion de Mme Lachapelle a pu paraître un peu exagérée quand elle a dit que la majeure partie des hémorrhagies qui paraissent après le sixième mois reconnaissent pour cause le *décollement du placenta greffé sur l'orifice utérin*, je la tiens pour parfaitement fondée si on veut y joindre celles qui résultent d'une insertion dans le voisinage, et il me paraît probable que cela était dans la pensée de l'illustre sage-femme; car, en parlant de Rigby, qui, sur un total de 106 cas d'hémorrhagie, assure n'en avoir observé que 43 qui fussent dus à cette cause, elle ajoute la réflexion suivante: « Mais je soupçonne fort que dans les 63 autres cas le placenta » était greffé au voisinage de l'orifice. »

Il serait sans doute intéressant d'étudier ce que ces pertes toutes spéciales offrent de particulier dans leur marche, dans leurs réapparitions successives, après avoir cessé d'une manière plus ou moins complète et pendant des intervalles variables, démontrer par quel mécanisme les vaisseaux utérins ouverts peuvent se fermer; comment, dans certaines circonstances, la perte, quoique abondante, peut être unique et ne pas enrayer la marche de la grossesse, tandis que dans d'autres elle se répète fatalement un plus ou moins grand nombre de fois, jusqu'à ce que l'art ou la nature aient procuré la déplétion de l'utérus. Mais j'ai hâte de revenir à l'observation dont j'ai été chargé de vous rendre compte et d'examiner certaines questions importantes de thérapeutique qu'elle soulève.

Je ne puis m'empêcher cependant de dire quelques mots du diagnostic de ces sortes d'hémorrhagies; car il importe de savoir de bonne heure en reconnaître la véritable cause pour pouvoir, selon les cas, faire un choix utile parmi les moyens divers qui sont à la disposition du médecin. Le caractère qui doit tout d'abord éveiller l'attention se tire de l'époque à laquelle l'écoulement sanguin survient pour la première fois, alors même que par l'examen direct il est impossible de rien constater. Je ne crois pas cependant, comme Mme Lachapelle, qu'il survienne le plus ordinairement du sixième au septième mois; il me semble, en me fondant sur les cas nombreux qu'il m'a été donné d'observer, que c'est le plus souvent un peu plus tard, dans le courant du huitième et même du neuvième. Il n'en est pas moins vrai qu'une hémorrhagie qui apparaît dans les trois ou quatre derniers mois de la grossesse ou pendant la première période du travail peut être rapportée 90 fois sur 100, et peut-être plus souvent encore, à une insertion vicieuse du placenta, les autres causes, complétement indépendantes de celle là, n'intervenant que dans une porportion très minime. Lorsque le col encore long est complétement fermé, il n'est pas toujours facile, quoi qu'on en ait dit, de reconnaître à l'épaisseur et à la mollesse du segment inférieur de la matrice la présence du placenta, même lorsque l'insertion est centrale. J'en dirai tout autant de l'absence du ballottement; car je suis sûr de l'avoir plusieurs fois constaté dans des cas de cette dernière espèce. Je reconnais cependant que, lorsque ces deux caractères existent simultanément, et quand le premier surtout est bien tranché, ils ont une certaine valeur. On chercherait en vain dans le siége du souffle utérin une précision plus grande. Il est aujourd'hui bien démontré que ce phénomène n'a aucun rapport nécessaire avec le point d'insertion du placenta. Si, au contraire, le col étant effacé et plus ou moins entr'ouvert, le doigt peut pénétrer jusqu'à la portion de l'œuf qui correspondait à l'orifice interne, alors incontestablement il pourra recueillir des données certaines dans la plupart des circonstances. Le placenta recouvre-t-il complétement ou partiellement l'orifice, les inégalités propres à la face utérine, des sillons profonds allant quelquefois jusqu'aux membranes qui en recouvrent la face fœtale, et qui offrent une résistance toute spéciale, sont des caractères certains, pourvu toutefois qu'une habitude suffisante de ces sortes de recherches mette en garde contre des erreurs qui pourraient résulter de la présence de caillots adhérents ou de dégénérescences fongueuses du col qui ne sont pas incompatibles avec la grossesse.

Je pourrais citer ici plusieurs exemples de méprises de ce genre commises par des hommes qui, se livrant d'une manière toute spéciale à la pratique des accouchements, avaient une assez grande habitude du toucher. Le point important, et parfois difficile, consiste, pour les éviter, à bien distinguer d'abord l'anneau plus ou moins régulier qui représente l'orifice utérin; et je n'ai pas besoin de dire quelle réserve il convient d'apporter dans cette exploration.

L'insertion est-elle simplement latérale et les membranes seules correspondent-elles à l'ouverture, on trouve encore à peu près constamment dans leur épaisseur insolite, dans leur mollesse et leurs fongosités, la preuve que le placenta qu'on ne touche pas est cependant à une distance très rapprochée. Presque toujours alors, en recourbant le doigt du côté où l'épaisseur est plus considérable, on atteint sans peine le bord de la masse placentaire.

Il est cependant des cas où la poche qui recouvre ou dépasse l'orifice, n'offre pas des caractères assez tranchés pour qu'en se fondant sur eux on puisse affirmer que le placenta est inséré dans le voisinage. Mais lorsqu'après l'accouchement le délivre extrait avec précaution est examiné, on peut, en étudiant le point où s'est opérée la rupture de l'œuf qui a livré passage au fœtus, constater par ses rapports avec l'un des bords du placenta que celui-ci était voisin de l'orifice. Des caillots adhérents et décolorés à des degrés divers témoignent de décollements anciens et successifs, et correspondent exactement aux hémorrhagies multiples qui avaient compliqué la grossesse et l'accouchement.

De toutes les hémorrhagies puerpérales, celles qui dépendent de l'insertion vicieuse du placenta sont incontestablement les plus sérieuses, car elles menacent directement la vie de la mère et celle du produit de la conception. Je crois cependant qu'on a un peu exagéré la gravité du pronostic pour ce qui concerne la première, et malgré la statistique du docteur Simpson, de laquelle il résulterait que le tiers environ des femmes succombe, j'ai la conviction qu'avec des secours intelligents et administrés en temps opportun, on peut arriver à des résultats beaucoup plus satisfaisants. Du reste, il est facile de comprendre qu'ils seront invariables, selon que le placenta recouvrira l'orifice d'une manière partielle ou complète; et, dans ce dernier cas, selon que ce sera par l'un de ses bords ou par la partie centrale. Lorsque l'insertion sera latérale, plus elle s'éloignera du col et moins les pertes auront de gravité. Il n'est pas rare alors de les voir complétement disparaître lorsque le travail est commencé; c'est le contraire qu'on observe lorsque l'insertion est directe. Il est bien entendu d'ailleurs que plus la grossesse est éloignée de son terme, plus le col est dur et ferme lorsque l'accident se déclare pour la première fois, et plus le danger devient sérieux. Il n'est pas jusqu'aux moyens auxquels l'art est obligé de recourir qui ne l'augmentent, soit pour les mères, soit pour les enfants. Ceux-ci toutefois sont beaucoup plus exposés. Je crois, avec Mme Lachapelle, que Leroux est resté de beaucoup au-dessous de la vérité en disant qu'on perd le tiers des enfants qu'on est obligé d'extraire pour cause d'hémorrhagie, et avec elle je suis convaincu qu'il y en a plus de la moitié qui succombent, car il faut aussi tenir compte de ceux qui naissent vivants, mais avant terme, et tellement affaiblis par suite des altérations placentaires, qu'ils ne tardent pas à s'éteindre.

Tout en reconnaissant que, dans les cas particuliers qu'il a rencontrés dans sa pratique, M. Gérard, en terminant l'accouchement, a parfaitement saisi les indications, je crois qu'il a eu le tort de beaucoup trop généraliser en disant que c'était par là qu'il fallait toujours commencer; car des conditions moins favorables peuvent se présenter, et la science possède pour elles d'autres procédés dont l'utilité a été sanctionnée par l'expérience. Personne, à mon avis, n'a mieux compris et plus complétement indiqué tout ce qui se rapporte à ce genre d'hémorrhagie que M. le professeur P. Dubois, et c'est en reproduisant en grande partie ses idées que je vais rapidement tracer la conduite qui me paraît applicable aux diverses circonstances.

Une première distinction doit d'abord être établie. La perte se déclare lorsque le travail n'est pas encore commencé, ou bien elle apparaît lorsque des contractions prématurées ou non ont déjà produit un certain degré de dilatation. Une autre non moins importante résulte de l'abondance de l'hémorrhagie elle-même, et, sous ce rapport, il convient de distinguer les cas où dès le début ou par ses apparitions multipliées elle constitue un accident grave, de ceux où par ses minimes proportions elle ne crée pas un danger imminent.

Disons d'abord, pour n'en plus parler, qu'il est une série de moyens, tels que le repos absolu dans la position horizontale, un air frais, les boissons acidules, etc., qui conviennent ici, comme dans toutes les hémorrhagies qui peuvent compliquer la gestation. Quant à la saignée, qui est si souvent indiquée et qui produit de si bons résultats dans d'autres circonstances, je pense qu'on ne saurait être trop réservé sur son emploi, et je ne sais pas s'il y aurait grand inconvénient à la proscrire d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, je n'en comprendrais l'utilité que si un état très pléthorique existait, et si, en l'associant aux préparations opiacées, on se proposait, en calmant certaine irritabilité de l'utérus, de prévenir des contractions prématurées et d'augmenter les chances de viabilité de l'enfant en reculant autant que possible le moment de son expulsion.

Entrons maintenant dans les cas particuliers, et voyons ce qui convient à chacun d'eux.

1° La perte est peu considérable, le col est fermé, rien n'indique que la contractilité de l'utérus ait été mise en jeu; que faut-il faire?

Puisqu'il y a beaucoup de raisons de penser que l'accident se reproduira, tous les efforts doivent tendre à prévenir ce résultat, ou du moins à en modérer la gravité et à calmer la contractilité utérine qui entre si facilement en action en pareil cas. Pour cela, les moyens généraux précédemment indiqués sont à peu près les seuls auxquels il convienne de s'adresser. Peut-être pourrait-on avoir recours au seigle ergoté administré à petites doses, dans le but de le faire agir surtout comme agent hémostatique. Il arrivera quelquefois que l'écoulement sanguin s'arrêtera définitivement après une ou plusieurs apparitions, et la grossesse pourra arriver jusqu'à son terme régulier. Alors, ou bien, ce qui est fort rare, le travail suivra ses diverses périodes sans que l'accident reparaisse; ou bien, ce qui est beaucoup plus commun, il se renouvellera et sera le point de départ d'indications nouvelles dont il sera question plus loin.

2° L'hémorrhagie, au contraire, est grave dès le début, ou elle le devient par ses fréquentes répétitions, l'utérus restant d'ailleurs dans les mêmes conditions, comment l'art doit-il intervenir?

Dès le début, il faudra se conduire comme précédemment; mais bientôt, et sans attendre que l'état général de la femme indique un affaiblissement trop grand, il conviendra de recourir au tamponnement du vagin convenablement exécuté. Ce moyen tout mécanique peut agir de deux façons différentes, en favorisant la coagulation du sang et l'oblitération des vaisseaux que le décollement du placenta avait laissés béants, et aussi en hâtant l'apparition du travail, qui, en produisant la dilatation de l'orifice interne, ouvrira la voie à d'autres moyens beaucoup plus efficaces. Ce dernier résultat n'est pas toujours à désirer et n'est pas, d'ailleurs, toujours obtenu. J'ai vu des femmes chez lesquelles le tampon appliqué pendant vingt-quatre et trente-six heures avait parfaitement réussi à suspendre l'hémorrhagie, mais n'avait provoqué aucune contraction, et par conséquent aucune modification dans le col; chez l'une d'elles, la grossesse put continuer sa marche jusqu'au terme ordinaire, qui était encore assez éloigné, sans nouvelle complication.

Mais un résultat beaucoup moins heureux pourrait être observé. Le col ne se modifiant pas, l'hémorrhagie, rebelle au tampon, pourrait continuer à se faire en partie à l'extérieur, en partie à l'intérieur, et devenir assez sérieuse pour menacer la vie de la femme. En pareille occurrence il ne faudrait pas hésiter, quelque défavorables que soient les conditions, à pratiquer la rupture des membranes, et si la déplétion partielle de l'utérus n'amenait pas une prompte et salutaire modification, il ne me paraît pas douteux qu'il ne fallût recourir à l'accouchement forcé, en s'aidant, suivant les cas, d'incisions multiples sur le col.

3° L'hémorrhagie est légère; mais elle a débuté avec le travail au terme régulier de la grossesse, ou bien, après s'être plusieurs fois reproduite, elle a provoqué des contractions prématurées. Dans tous les cas, et c'est ici le point capital, un certain degré de dilatation existe déjà. Quels moyens doivent être employés?

Si la femme n'a perdu qu'une très petite quantité de sang, on pourra se contenter de lui prescrire le repos et les autres moyens généraux ordinaires, administrer 1 ou 2 grammes d'ergot de seigle pour accélérer la marche du travail, et ne pas hésiter à pratiquer la rupture des membranes lorsque la dilatation sera un peu grande. Ce dernier moyen me paraît surtout indiqué dans les cas où l'écoulement sanguin, sans jamais avoir été considérable, a cependant duré assez longtemps ou s'est reproduit un assez grand nombre de fois pour altérer profondément la constitution de la mère, et la placer dans des conditions qu'il importe de faire cesser aussi promptement que possible. Cette manière de procéder me paraît également justifiée par l'intérêt de l'enfant, dont la vie ou la santé ne pourraient être que compromises par un séjour trop prolongé dans la cavité utérine, alors qu'une portion un peu considérable du placenta est décollée, et que ce qui reste normalement adhérent peut-être insuffisant. C'est d'ailleurs à l'auscultation de la circulation fœtale qu'il convient de demander une règle de conduite à cet égard. Elle seule peut permettre de prévenir l'influence fatale qui résulte quelquefois de la compression qui peut être exercée sur la masse placentaire ou sur le cordon, lorsque après l'écoulement des liquides la partie qui doit s'engager la première est poussée contre le segment inférieur de l'utérus. Une surveillance de tous les instants devra être exercée dans cette prévision à l'aide du stéthoscope, et il ne faudrait pas hésiter à intervenir par le forceps ou la version même dans les cas où la dilatation ne serait pas aussi complète qu'il le faut quand les circonstances permettent d'attendre le moment opportun. La vie d'un enfant vaut bien la peine, ce me semble, qu'on s'écarte dans les limites que je viens d'indiquer des règles générales relatives à ces opérations.

4° Comme dans le cas précédemment examiné, le travail est franchement déclaré et le col plus ou moins dilaté; mais l'hémorrhagie est grave, et ne permet pas la temporisation. Quelles sont les circonstances qui dicteront le choix que le médecin doit faire parmi les moyens qui ont été proposés?

On l'a souvent répété et avec raison. Il est peu de circonstances dans la pratique où la responsabilité du médecin soit aussi grande. Livré à lui-même, n'ayant pas ordinairement le temps de partager avec d'autres la responsabilité d'une situation aussi périlleuse, il doit toujours être prêt. De son sang-froid, de son expérience, de sa prompte détermination, dépendront souvent le salut de la mère et celui de l'enfant. Quelques minutes peuvent parfois décider de leur sort.

Si l'œuf est encore intact et que la dilatation ne soit pas complète, c'est à la perforation et à l'évacuation d'une certaine quantité de liquide qu'il faut d'abord recourir, en même temps qu'on donne le seigle ergoté. Je crois cette manière de faire bien préférable au tamponnement du vagin; et plus d'une fois je l'ai vue réduire la perte à de si faibles proportions, que j'ai pu abandonner le reste du travail à lui-même. Mais la perforation de l'œuf soulève quelques questions sur lesquelles il est temps que je m'explique, d'autant mieux que dans son observation M. Gérard se déclare partisan de certaines idées qui me paraissent dangereuses, surtout en les exagérant comme il l'a fait.

Nous avons vu que le placenta pouvait se trouver, relativement au col, dans trois conditions différentes :

1° Son insertion peut être simplement latérale;

2° Elle peut être centrale et l'orifice entièrement recouvert;

3° L'un des bords de cet organe peut seul s'avancer sur une partie de l'ouverture qui, dans le reste de l'étendue, est tapissée par les membranes.

Jusqu'ici, tous ceux qui se sont occupés de cette question ont pensé qu'il fallait soigneusement éviter le tissu placentaire toutes les fois qu'on pouvait atteindre les membranes. Notre collègue, au contraire, ne se fait aucun scrupule de le perforer alors qu'il lui serait facile de l'éviter, et il ne reconnaît à cette pratique aucun inconvénient, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Je n'ai pas besoin de vous dire que je ne saurais partager une semblable manière de voir. Je n'accepte pas davantage la perforation du placenta lorsque l'orifice en est entièrement recouvert et qu'il constitue la seule partie de l'œuf que le doigt puisse atteindre sans violence. Ce procédé déjà ancien, et que, dans ces derniers temps, M. Gendrin a repris, en conseillant d'agir avec une sonde de femme, me paraît trop périlleux pour l'enfant. Qui pourrait répondre de ne pas intéresser de la sorte quelques-uns des vaisseaux placentaires, et de ne pas ajouter aux dangers d'une hémorrhagie maternelle ceux d'une hémorrhagie fœtale? J'en excepte cependant les cas où il aurait été positivement démontré que l'enfant avait cessé de vivre. Dans la supposition contraire, j'aimerais mieux, avec M. Paul Dubois, décoller une partie du placenta si l'un de ses bords était assez voisin de l'orifice pour permettre d'atteindre les membranes sans produire trop de déchirures; et avec lui encore je donnerais la préférence au tampon, s'il correspondait au col par sa partie centrale, me

proposant ainsi d'accélérer la dilatation tout en modérant la perte, et de rendre promptement possible la terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version.

Mon opinion sur la perforation du placenta laisse facilement entrevoir que je ne suis pas plus favorable à son décollement et à son extraction prématurée, ainsi que cela a été conseillé par le docteur Simpson. Sa statistique d'ailleurs ne me paraît pas propre à beaucoup rassurer, puisqu'elle prouve que la plupart des enfants ont été victimes de cette manœuvre, et, quoiqu'elle ne paraisse pas avoir eu une influence très défavorable pour les mères, j'avoue qu'il me répugne d'admettre qu'il soit indifférent de détruire toutes les adhérences placentaires lorsque le volume de l'utérus est encore considérable; car après tout, si l'enfant est vivant, il vaut bien mieux le laisser aussi longtemps que possible en rapport avec la circulation maternelle, soit qu'on se propose de l'extraire immédiatement, soit, surtout, lorsqu'il doit rester encore quelque temps dans la cavité utérine. Je sais bien que les auteurs contiennent d'assez nombreuses observations dans lesquelles on voit que l'expulsion spontanée et prématurée du délivre a pu se faire sans grand dommage et même en apparence avec quelques résultats favorables pour la mère; mais, ne fût-ce que dans l'intérêt de l'enfant, je ne crois pas que la nature doive être imitée dans cette circonstance.

Si, malgré l'écoulement du liquide amniotique ou l'emploi du tampon, auquel on peut être conduit exceptionnellement, la perte continuait avec des caractères sérieux, c'est à la prompte terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version, selon les cas, qu'il conviendrait de s'adresser. L'indication serait la même en supposant que l'hémorrhagie eût diminué, mais si on trouvait le placenta largement décollé et que par l'auscultation on constatât que la vie fœtale est gravement compromise. Dans tous ces cas, si le col n'était pas assez largement entr'ouvert, j'aimerais mieux recourir à une dilatation brusque et un peu forcée, en m'aidant surtout d'incisions multiples, que tamponner le vagin même avec la précaution d'exercer une compression sur la paroi abdominale. La crainte d'une perte interne même modérée chez une femme déjà affaiblie, les dangers qu'une plus longue temporisation peut faire naître pour l'enfant sont, avec les autres inconvénients du tampon, les motifs qui me le font exclure. On aurait tort de croire que l'influence fâcheuse qu'exerce l'insertion anormale du placenta ne s'étende qu'à la période de gestation. S'il est vrai habituellement que tout danger disparaît avec la déplétion complète de l'utérus, il n'en est pas toujours ainsi, et plus d'une fois j'ai vu l'hémorrhagie reparaître, menacer de devenir mortelle, le devenir même quelquefois, lorsque l'œuf avait été complétement expulsé; cela s'explique par la vascularisation toute particulière du segment inférieur de l'utérus et par la tendance qu'a cette région à se moins rétracter pendant les premiers jours. Tous les moyens capables de ranimer et de rendre permanent un certain degré de rétraction doivent être mis en usage de bonne heure, car il ne faut pas oublier que les pertes antérieures ont tellement affaibli la constitution qu'un écoulement nouveau même modéré pourrait devenir promptement mortel. Or le plus efficace est sans contredit le seigle ergoté. Peut-être même conviendrait-il de poser en principe que son administration devrait toujours avoir lieu peu d'instants avant la terminaison du travail.

Je m'arrête ici, messieurs; et, quoique je n'aie pas eu la prétention de traiter à fond la question importante que soulève la communication de M. Gérard, je m'aperçois, peut-être un peu tard, que j'ai abusé de votre bienveillance. Ma seule excuse, et j'espère que vous l'accepterez, est dans le vif désir que j'éprouve de répondre aussi dignement que possible à l'honneur que vous m'avez récemment accordé en me nommant votre collègue et en me permettant ainsi de participer à vos travaux.

Je termine en vous proposant de remercier M. Gérard de son intéressante communication et de déposer honorablement son travail dans vos archives.

FEMME AYANT TROIS MAMELLES,

dont deux occupent leur siége ordinaire et la troisième disposée sous celle du côté gauche.

Nous avons annoncé, il y a quelques mois, qu'une observation avait été communiquée sous ce titre à l'Académie des sciences. Notre excellent confrère M. Leclerc, de Caen, nous avait envoyé en même temps que l'observation un dessin représentant la disposition anatomique des parties. Ce dessin ayant été égaré par notre dessinateur, nous avons retardé, dans l'espoir de le retrouver, la publication de l'observation de M. Leclerc. Ne pouvant plus maintenant conserver cet espoir, nous publions simplement la narration du fait, qui ne perdra du reste rien de son intérêt scientifique.

Ce titre seul suffirait pour constater un cas nouveau d'anomalie des mamelles; mais comme les faits de ce genre sont très rares, si on en juge par le petit nombre de ceux qui sont consignés dans les ouvrages de tératologie; comme ni moi ni tous mes confrères de Caen et environs à qui j'en ai parlé n'en ont jamais observé, il m'a paru convenable, pour donner à cet écart de la nature tous les caractères de l'authenticité qu'il comporte, d'entrer dans quelques détails sur la femme soumise à mon observation et sur les membres de sa famille qui la touchent de plus près.

J'entre en matière sans autre préambule.

La nommée Emilie Engrand, née à Forges (Seine-Inférieure), est âgée de trente-deux ans, blonde, petite, d'un embonpoint assez prononcé, vive, décidée, d'un tempérament nerveux, sanguin; sa voix est forte et nettement accentuée. Réglée à treize ans, elle n'a jamais éprouvé le moindre dérangement dans cette fonction importante.

Elle épousa à l'âge de seize ans le nommé Feret, avec lequel elle a constamment voyagé en voiture portant de ville en ville des marchandises de diverses natures.

Elle a eu cinq enfants, dont l'aînée a quinze ans.

Toutes ses couches ont été promptes, et à chacune d'elles elle a pu se relever dès le deuxième ou le troisième jour; elle n'a éprouvé d'accidents qu'après la première, parce que, s'étant remise trop tôt en route, elle eut froid et fut retenue six semaines par des douleurs dans tous les membres, douleurs précédées de toux et d'un point de côté (pleuro-pneumonie et rhumatismes sans doute).

Elle n'a commencé à allaiter qu'à son troisième enfant, qui a dix ans, et ne fut pas peu surprise de voir sortir du lait par un mamelon situé à trois ou quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dedans du mamelon normal gauche. Elle savait qu'elle portait vers ce point une sorte de nævus qui lui avait fait éprouver, surtout pendant ses autres grossesses, quelques douleurs qu'elle attribuait à la pression de ses vêtements sur sa *marque de naissance*, comme elle l'appelait : elle était loin de se douter qu'il y eut là une deuxième mamelle; et, chose étonnante, c'est qu'elle ne se soit pas aperçue du gonflement de ce sein anormal lors de l'apparition des règles.

Le fait n'avait été confié personne, si ce n'est à la sage-femme qui l'accoucha à Paris de son troisième enfant, et se contenta de lui dire qu'elle n'avait *jamais rien vu de semblable, et qu'elle ne comprenait rien à cette bizarrerie.*

Après quinze jours de soins donnés à un de ses enfants, cette femme me raconta le cas exceptionnel dans lequel elle se trouvait, et finit par m'offrir d'en juger par moi-même. Cette mamelle supplémentaire est sitée à trois travers de doigts au-dessous de la mamelle gauche, et un peu plus qu'elle vers la ligne médiane; elle est de deux tiers moins développée que l'autre, et a une forme ovoïde transversale; le mamelon est au centre, bien conformé, entouré de son aréole, mais moins prononcé que le normal; la glande mammaire aussi plus petite est très facile à circonscrire, et il n'existe aucun rapport apparent entre les deux mamelles, qui, au toucher, paraissent complétement distinctes.

Il s'écoule de ce mamelon une certaine quantité de lait d'une bonne consistance, d'un excellent goût, en tout semblable à celui que fournissent les deux autres mamelles. Comme ces dernières ont toujours été abondamment pourvues, elles ont suffi à l'alimentation des enfants. Cette mère a pu en allaiter deux pendant près de trois ans chacun, sans cesser de jouir de la santé la plus florissante, sans perdre de sa gaieté ordinaire, et elle espère bien nourrir son dernier pendant le même espace de temps.

Ce phénomène excita ma curiosité, et je posai à la dame Ferct quelques questions sur sa famille des côtés paternel et maternel. Elle me répondit n'avoir à sa connaissance aucun ascendant qui ait eu un vice semblable. Sa mère a mis au monde douze enfants, dont six filles et six garçons; une de ses sœurs, mariée à vingt ans, avait eu à trente-deux ans vingt-deux grossesses, dont, il faut le dire, un certain nombre s'étaient terminées par des avortements.

Ni l'une ni l'autre, pas plus qu'elle, n'ont eu de grossesse double; ses deux filles n'offrent aucune particularité, si ce n'est l'aînée qui a apporté en naissant une plaque rouge allongée située sur l'avant-bras droit, qu'elle qualifie de *feuille de pissenlit*, et qui n'est autre qu'un *nævus*.

Je m'empressai de communiquer le fait à M. Deslongchamps, professeur à la Faculté des sciences; il savait que les auteurs de tératologie en avaient parlé, mais il n'avait jamais été à même de l'observer.

Sur son offre de m'en faire un dessin, et pour répondre au désir qu'il avait d'en juger par lui-même, je décidai, non sans quelque difficulté, la femme Feret à m'accompagner le soir chez notre savant naturaliste, qui fit, à la lueur d'une lampe, un croquis qui est la reproduction exacte du dessin dont je viens de parler.

Mon honorable confrère M. le docteur Lesauvage, qui s'est spécialement occupé des monstruosités, a mis gracieusement à ma disposition tous les renseignements dont je pouvais avoir besoin. Il fut heureux de prendre connaissance d'un cas qu'il n'avait jamais rencontré.

Ayant consulté l'excellent ouvrage de tératologie de M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, j'ai appris qu'on avait vu des femmes offrant trois, quatre et quelquefois cinq mamelles; que lorsque les mamelles anormales sont médianes elles ne fournissent pas de lait; qu'on en a vu qui avaient leur siége à l'aisselle; un à l'aine, donnant du lait; qu'elles sont la plupart aussi volumineuses que les normales. Peut-être que si la femme Feret eût donné la mamelle surnuméraire à ses enfants, elle se fût développée à l'égal des autres. M. de Saint-Hilaire renvoyant au *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXXIV, art. *Femmes multimammes*, par Percy et Laurent, j'ai dû en prendre connaissance. Il ne s'y trouve mentionné que deux ou trois observations de femmes ayant trois mamelles, dont deux à gauche. Le fait que je rapporte serait donc le troisième ou le quatrième de ce genre décrit depuis 1819, époque de l'impression de ce volume.

Il a pu en exister d'autres, mais qui ont passé inaperçus, en raison de l'ignorance des femmes qui seraient atteintes de ce vice, ou de leurs scrupules.

Il faut cependant qu'ils soient bien rares, puisqu'on n'en signale aucun de nos jours, où de si nombreuses autopsies sont faites dans nos amphithéâtres.

Les auteurs ont donné la raison anatomique de ce phénomène; je me garderai de toucher cette question, me contentant d'ajouter ce fait à ceux qui ont paru, et laissant à ceux qui s'occupent de tératologie le soin de le commenter.

Je dirai cependant que Percy raconte que M. Gorré, ayant eu l'occasion de faire la nécropsie d'une femme valaque quadrimamme, qui mourut de froid étant prisonnière de l'armée française alors en Autriche, ce chirurgien observa que l'artère mammaire gauche interne se divisait en deux grosses branches dont les rameaux se distribuaient aux deux mamelles gauches; que la mammaire externe, plus volumineuse qu'à l'état normal, fournissait aussi un plus grand nombre d'artérioles.

C'est la seule fois du reste, suivant Percy, qu'on se soit trouvé dans le cas de faire la dissection d'une femme multimamme, et encore ne put-elle être faite complète, au milieu des embarras d'un camp où manquaient les choses les plus indispensables pour cette opération.

E. Leclerc, d.-m.-p.,
Membre des sociétés de médecine et linnéenne de Normandie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juillet 1852. — Présidence de M. Larrey.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, et avant d'installer les nouveaux membres du bureau, M. Larrey adresse le discours suivant à la Société :

Messieurs et chers collègues,

Lorsque vous avez bien voulu m'appeler par vos suffrages à l'honneur de présider la Société de chirurgie, vous avez peut-être trop présumé de ce que je pouvais faire, en me confiant une tâche parfois difficile ou délicate à remplir. J'avais acquis par moi-même trop peu de droits à tant de bienveillance de votre part, et je devais en être d'autant plus reconnaissant envers vous. Mais, si en commençant cette tâche il ne m'a été permis de vous offrir que des promesses de zèle, puissé-je, en la terminant, vous prouver mes efforts et mériter votre approbation, c'est ce que je désire au moment de céder le fauteuil à mon honorable successeur (1).

Fidèle à suivre l'exemple de plusieurs d'entre vous, mes chers collègues, et en dernier lieu de celui qui est resté mon modèle (2), je vous dois compte de la mission que vous m'avez confiée. Elle m'a paru facile, grâce à votre obligeant concours et à votre sympathique assistance.

La Société de chirurgie de Paris, en acquérant dans le monde médical une position qui atteste de plus en plus son importance, semble compter une origine ancienne, tant elle possède déjà une vie active et durable. Le projet de sa fondation remonte à dix ans à peine et ne s'est réalisé qu'au mois d'août 1843. L'honneur en

(1) M. Guersant.
(2) M. Danyau.

appartient à plusieurs d'entre vous, messieurs; et, malgré les difficultés d'exécution, malgré les embarras de détail, malgré les sentiments d'indifférence, de prévention ou de jalousie, vous avez sur monté tous les obstacles à votre utile projet.

« La fusion des diverses sections de la médecine (comme il est » dit dans l'avant-propos de vos mémoires) avait en effet enlevé » aux chirurgiens la seule réunion spéciale créée depuis la sup- » pression de l'Académie de chirurgie; » et vous avez voulu instituer, non avec éclat, une académie nouvelle, mais avec réserve, une Société laborieuse vouée à l'étude et au perfectionnement de notre art. Il suffit aujourd'hui de juger votre Société par ses œuvres pour comprendre qu'elle n'avait pas, comme on a pu le supposer, la prétention étrange de renouveler l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie.

La Société médicale des hôpitaux, en s'organisant à l'instar de la Société de chirurgie, lui a donné elle-même un digne témoignage d'émulation, un généreux sentiment de confraternité qui les honore l'une et l'autre.

Votre Société, messieurs, a su acquérir des suffrages qui lui avaient manqué à son origine en attirant à elle la plupart des hommes considérables de la chirurgie, pour recevoir d'eux, avec l'appui de leur renommée, l'autorité de leur expérience. Bien peu encore restent éloignés d'ici et devraient cependant s'y trouver, puisqu'ils se rapprochent de nous par l'exemple de leurs honorables collègues de l'Institut, de l'Académie, de la Faculté; puisqu'ils se mêlent à nos travaux par la propagation de leurs idées, de leurs écrits et de leurs leçons. N'est-il pas permis d'espérer que la Société de chirurgie les rassemblera dans son sein?

Les noms seuls de ses fondateurs auraient suffi pour la constituer d'une manière durable; mais sans les citer, puisque je m'adresse à vous, mes chers collègues, je rappellerai du moins celui auquel nous devons un souvenir à part. Ce nom, chacun de vous l'a prononcé : c'est celui d'Auguste Bérard, qui avait offert à la Société créée par vous les brillantes facultés de son intelligence chirurgicale. Il avait, le premier, présidé vos réunions, auxquelles il a su imprimer dès le début une direction si régulière qu'il n'a pour ainsi dire laissé d'autre tâche à ses successeurs qu'une ligne toute tracée à suivre.

Une voix intime et plus autorisée que la mienne vous fera entendre l'éloge de celui dont nous avons déploré la perte prématurée; elle vous rappellera ce qu'il a fait; et, dans l'analyse de ses travaux épars, elle vous dira que la réunion seule de ses thèses formerait un recueil plein d'intérêt, comme la réunion de ses articles ou mémoires de chirurgie composerait un autre recueil empreint des qualités de cet esprit pratique si judicieux. Cette voix sera celle du savant collègue (1) que Bérard avait choisi pour collaborateur du grand ouvrage à la tête duquel son nom restera désormais attaché.

Mais nos regrets, messieurs, attendent une légitime consolation : si Auguste Bérard n'est plus parmi nous, son illustre frère, ancien chirurgien des hôpitaux, élevé aujourd'hui à la plus haute dignité de la carrière médicale, a l'intention de vous demander le titre de membre honoraire. M. le professeur P. Bérard a bien voulu m'en parler plusieurs fois dans ce sens, et il ne me blâmera pas, je l'espère, de l'avoir désigné d'avance à votre acclamation.

Nous aurons eu déjà l'honneur, dans cette seule année, d'inscrire sur la même liste les noms de MM. les professeurs Roux, Lallemand, J. Cloquet et Gerdy, c'est-à-dire ceux que l'expérience, le savoir, le talent et le caractère peuvent compter aujourd'hui plus recommandable parmi les hommes éminents de la chirurgie française.

Et cette liste, qui se remplira encore de noms célèbres, n'oublions pas, messieurs, qu'elle s'est ouverte par un nom vénéré de tous, resté seul inscrit pendant longtemps, il faut bien le dire, comme un signe d'encouragement pour l'institution de la Société de chirurgie. J'aurais mauvaise grâce à redire, même en peu de mots, un éloge que l'un de vous (2) a su si bien faire, puisqu'il a laissé parler son cœur en racontant ses souvenirs et les nôtres. Le nom de Marjolin n'a plus besoin de louanges. Mais que ce buste placé désormais sous nos yeux, que cette œuvre due au talent et à l'amitié d'un artiste habile (3), que cette image offerte par la veuve respectable et par les dignes fils de notre ancien maître, que ce souvenir enfin, chers collègues, reste au milieu de nous comme un témoignage de nos sentiments, comme un symbole de nos travaux, comme un lien d'union entre nous tous.

« La Société de chirurgie, comme le disait déjà l'un de mes ho- » norables prédécesseurs à cette présidence (4), est dans une voie de » prospérité qui doit récompenser vos efforts et votre persévérance. »

Si nous avons eu avec peine à nous séparer de nos travaux actifs deux de nos collègues titulaires (5), empêchés d'assister régulièrement à nos séances, espérons, qu'à titre de membres honoraires, ils y reviendront souvent.

Ils trouveront, non pas à leurs places, mais à leurs côtés, les deux titulaires élus récemment : l'un, (M. Houel), qui par sa position à la tête du Musée Dupuytren, est à même de rendre d'utiles services à la Société de chirurgie; l'autre, (M. Laborie), qui a déjà fait ses preuves envers elle dans des comptes-rendus de ses travaux.

Joignez à ces nominations de l'année, celles des nouveaux correspondants nationaux dont les noms seuls disent tout le mérite : MM. Sédillot (de Strasbourg), Gensoul, Pravaz et Bonnet (de Lyon), Payan (d'Aix), Vial (de Saint-Etienne), Fleury, de la marine, sans qu'il soit permis d'y ajouter encore quelques-uns de ceux dont la candidature est désignée à vos suffrages.

Joignez, enfin, à vos associés étrangers les noms de MM. Seutin (de Bruxelles), Birkett (de Londres), Borelli (de Turin). Et si vous voulez faire plus (je n'ose dire si vous voulez faire mieux), par la simple modification d'un article du règlement, n'attendez pas que certaines illustrations de la chirurgie étrangère viennent à vous; allez au-devant d'elles en leur offrant un titre qu'elles ne croiraient pas devoir vous demander, mais qu'elles accepteront, soyez-en sûrs, avec reconnaissance. La Société de chirurgie de Paris ferait acte en cela de généreuse confraternité, et elle acquérerait au loin par ses relations scientifiques le rang qu'elle a gagné en France par ses propres œuvres.

N'oublions pas cependant qu'elle avait reçu à son origine et pour son installation le bienveillant appui du premier magistrat de la cité. M. le préfet de la Seine, en encourageant vos travaux de tout son pouvoir, avait mis à votre disposition l'une des salles de l'Hôtel-de-Ville, et c'est là que se sont passées les premières années de vos séances, jusqu'à ce que l'agitation révolutionnaire vous en ait écartés (6).

(1) M. Denonvilliers.
(2) M Monod.
(3) M. Dantan jeune.
(4) M. Cullérier.
(5) MM. Ricord et Vidal (de Cassis).
(6) La Société de chirurgie a depuis longtemps rendu à M. le comte de Rambuteau un hommage de gratitude, que je suis personnellement heureux de lui adresser encore dans la retraite où il vit aujourd'hui.

La modeste salle devenue le lieu de nos réunions nous obligera peut-être à chercher plus tard un local plus vaste et plus exclusivement à nous; mais sachons, en attendant, apprécier celui-ci. N'appartient-il pas à l'une des sociétés savantes les plus anciennes et les plus honorées, à la *Société philomatique*, d'où sont sortis les Cuvier, les Geoffroy Saint-Hilaire, les Blainville, les Jussieu, les Duméril et bien d'autres illustrations? C'est ici, chers collègues, au foyer de la science, que nous pouvons, chaque semaine, nous reposer des soucis du dehors et des labeurs de notre profession pour retrouver entre nous cette franchise de rapports, cette communauté d'intérêts qui doivent nous unir en nous rapprochant davantage.

Vous parler maintenant de vos travaux, ce serait emprunter aux séances elles-mêmes tout ce qu'elles vous ont libéralement donné; il ne m'est pas permis de le faire complétement.

Il me suffira de vous rappeler d'abord que les procès-verbaux des premières années sont restés inédits, et qu'ils contiennent en deux grands registres une collection de matériaux utiles à publier plus tard; vous ne voudrez pas en laisser le soin à d'autres, en songeant que, si nous y sommes tous intéressés, il appartient plus encore aux membres fondateurs de la Société de se préoccuper d'une publication à laquelle se rattachera si souvent le nom de chacun d'eux.

Il me suffira également de rappeler à votre souvenir que les *Archives générales de médecine* ont donné place à vos premiers écrits, jusqu'à ce que l'existence de la Société ait été assez bien constituée pour faire vivre elle-même le produit de ses œuvres.

De là est issue l'impression de vos mémoires, entreprise difficile au début, hasardeuse peut-être, si elle n'avait eu pour elle le mémorable modèle des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, la valeur des travaux destinés à paraître, le zèle intelligent et dévoué de l'éditeur (1), la surveillance aussi active qu'éclairée de votre comité de publication, la part commune enfin que vous avez prise à cet ouvrage pour lui assurer un mérite réel de typographie et une incontestable valeur scientifique. Une simple indication des mémoires contenus dans les deux premiers volumes n'en donnerait point l'idée, et une analyse sérieuse serait trop longue ici; elle trouvera sa place ailleurs plus à propos. Ajoutons seulement que le troisième volume est commencé et que, d'après son premier fascicule, il s'annonce sous d'aussi favorables auspices.

A la publication annuelle de vos mémoires vous avez joint la publication hebdomadaire de vos bulletins ou procès-verbaux des séances, dont la rédaction exacte et bien faite est une des conditions essentielles à la vie des sociétés savantes.

Le deuxième volume de ces bulletins va paraître; il abonde, comme le premier, en faits variés, intéressants, et promet à la science un vaste répertoire de matériaux destinés peut-être à l'édification de quelque grand ouvrage sur la chirurgie.

Les bulletins insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* y trouvent, chaque semaine, une large place que leur réserve soigneusement M. le rédacteur en chef.

L'*Union médicale*, de son côté, a donné depuis longtemps, sous forme de comptes-rendus, une appréciation spéciale des séances de la Société de chirurgie.

L'un de nos honorables collègues, dans la direction du *Bulletin de thérapeutique*, contribue aussi à faire connaître quelques-unes de vos communications les plus importantes. C'est ce que veut bien faire enfin quelquefois, dans la *Revue médico-chirurgicale*, l'éloquent professeur (2) dont le nom est inscrit parmi les anciens membres de la Société, à côté d'un autre (3) que nous ne voudrions pas voir non plus s'effacer parmi nous.

Tant de moyens de publicité, messieurs et chers collègues, assurent à vos travaux une valeur de plus. Mémoires originaux, observations cliniques, communications diverses, rapports écrits ou verbaux, objets de correspondance, présentations de malades, démonstrations de pièces pathologiques ou d'instruments, discussions enfin sur chaque chose, vous avez su faire profiter tout à l'art et à la science.

La Société a reçu, cette année, des dons de livres assez nombreux; il en est quelques-uns d'un grand prix, et plusieurs ont été donnés par vous-mêmes. Registres, inventaire, catalogue, toutes les pièces de vos archives sont tenues avec un soin dont nous devons remercier celui d'entre nous qui a bien voulu s'en charger (4).

Je vous proposerais encore, chers collègues, d'adresser des félicitations à notre intelligent secrétaire (5) pour la rédaction des procès-verbaux, à notre honorable trésorier (6) pour la gestion des comptes, aux laborieux membres du comité de publication (7), s'il n'y avait dans la pensée de chacun de nous une satisfaction plus grande que celle d'un compliment banal, la satisfaction d'un devoir accompli avec conscience.

Ce n'est pas seulement au sein de la Société que ses intérêts scientifiques ont été l'objet de votre sollicitude; elle s'est étendue au dehors, et c'est surtout par l'entremise de l'un d'entre vous (8) qu'il nous a été possible de faire avec l'Angleterre de précieux échanges de nos publications. Nommer le *Royal medico and chirurgical Society de Londres* et le *Provincial medical and surgical Society*; désigner les travaux du *Royal college of surgeons of England*, et ceux du service de santé des armées britanniques, c'est rattacher ces envois à des sociétés ou corporations d'une trop grande importance, pour ne point les rappeler à votre souvenir.

Nous avons l'espoir d'obtenir ainsi, à titre d'échange avec les bulletins, les *comptes-rendus de l'Académie des sciences*. Vos mémoires lui ont été offerts par l'obligeant intermédiaire de M. le professeur Roux, qui a bien voulu en faire une analyse sommaire, en les déposant sur le bureau de l'Institut.

L'Académie de médecine, qui a reçu également vos mémoires, nous a envoyé le dernier volume des siens; son conseil d'administration pourra peut-être y faire joindre les *bulletins de l'Académie*.

Le conseil de santé des armées a obtenu de M. le ministre de la guerre, pour l'école du Val-de-Grâce, un abonnement à la double publication de vos travaux; de même que M. le ministre de la marine a ordonné que trois exemplaires fussent destinés aux bibliothèques des principales écoles de son département.

Le ministère de l'instruction publique, qui déjà plusieurs fois avait accordé à la Société de chirurgie un intérêt réel et des encouragements utiles, s'est montré, cette année, non moins généreux envers elle, en lui attribuant une somme importante à titre de subvention.

Lorsqu'elle sera reconnue par le pouvoir comme établissement d'utilité publique, et nous devons l'espérer, la Société de chirurgie de Paris, devenue forte et grande après une dizaine d'années d'une existence prospère, aura bien mérité de prendre rang officiel parmi les sociétés savantes de France, ne fût-ce que pour avoir le droit de recevoir les dons de la fortune, qui lui manque encore, comme elle peut s'enrichir des largesses de la science, qui ne lui manquera jamais.

J'ai encore, chers collègues, à vous exprimer un vœu dont le règlement nous fait d'ailleurs une obligation formelle; c'est que votre secrétaire vous présente chaque année un état général ou compte-rendu de vos travaux. Les matériaux abondent, et si, après avoir été rassemblés exactement dans les procès-verbaux, ils en étaient extraits pour former un tableau d'ensemble, sorte de revue rétrospective et méthodique, ce serait, et vous le pensez comme moi sans doute, un nouvel élément d'activité pour la Société de chirurgie. J'avais préparé moi-même ce travail, et j'aurais pu le terminer pour vous en soumettre la lecture, si je n'avais craint d'outrepasser les attributions que vous avez bien voulu me confier. Nous aurions ainsi successivement passé en revue tous les faits intéressants communiqués ou discutés ici pendant cette récente période, et comprenant des questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, de médecine opératoire, d'obstétrique et surtout de clinique externe. Mais ce relevé général sera mieux et plus complétement fait par notre zélé secrétaire, s'il veut attendre que la Société soit parvenue au terme de la dixième année de son existence, pour résumer les travaux de cette décade entière.

Ce sera l'occasion, mes chers collègues, de remettre en vigueur l'un des articles essentiels du règlement, à savoir: la question du prix annuel à décerner, et l'impression ensuite du mémoire qui l'aura obtenu.

Ce sera de même l'occasion d'instituer dignement la séance publique, soit en la reportant, si vous le jugez bon, au premier mercredi de l'année, soit en la fixant au jour anniversaire de votre installation. La Société en décidera ultérieurement.

Il ne me reste plus, messieurs et chers collègues, qu'à m'excuser auprès de vous de la longueur de ce discours. Je n'en ai pas mesuré l'étendue, parce que j'avais à vous parler de vous-mêmes, en vous parlant de ce qui est votre œuvre et votre bien; tandis que j'aurais eu peu de chose à vous dire s'il m'eût fallu vous parler de moi.

Vous me permettrez seulement, pour finir, d'exprimer un vœu qui est dans notre pensée à tous, et qui se trouve inscrit sur le frontispice de vos mémoires; c'est que tous nos efforts, toutes nos volontés s'unissent pour que la Société de chirurgie de Paris, « à » l'exemple de l'illustre Académie royale de chirurgie, puisse ho- » norer, faire respecter l'art et prouver son amour pour la science » en la voulant pure et vraie.

» Puisse-t-elle ainsi justifier sa devise:

» *Vérité dans la science, moralité dans l'art!* »

Après la lecture de ce discours, qui a été accueilli de la manière la plus sympathique par la Société, M. Larrey invite les membres du bureau récemment élus à prendre leurs places.

— M. Guersant adresse quelques paroles de remercîments à la Société, et demande l'insertion du discours de M. Larrey dans les comptes-rendus de la Société.

— Sur la proposition de plusieurs membres, des remercîments sont votés pour les membres du bureau dont les fonctions expirent.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, annonçant qu'une somme de 500 fr. est accordée à titre d'encouragement à la Société pour l'année 1852;

2° Une lettre de M. le docteur Chapel, chirurgien en chef des hôpitaux de Saint-Malo. Cette lettre est accompagnée d'une observation de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique. Une commission composée de MM. Larrey, Morel-Lavallée et Guersant est chargée de rendre compte de ce travail.

3° M. Ferdinand Martin adresse à la Société une observation d'altération pathologique des os du pied. MM. Denonvilliers, Gosselin et Houel seront chargés d'examiner la pièce et d'en rendre compte à la Société.

Hydarthrose du genou.

M. Gosselin lit un rapport sur un cas remarquable d'hydarthrose du genou compliquée de lésions articulaires multiples et de la présence de corps étrangers intra-articulaires.

Après avoir fait ressortir tout ce que cette communication, communiquée par M. de Verneuil, offre d'intéressant, il insiste pour qu'elle soit renvoyée au comité de publication.

La proposition de M. Gosselin est adoptée.

Appareil destiné à l'exploration de la rétine et du cristallin.

M. Chassaignac lit, au nom d'une commission composée de MM. Lenoir, Maisonneuve et Chassaignac, un rapport sur le travail présenté par M. Follin au sujet d'un appareil destiné à l'exploration de la rétine et du cristallin.

Après avoir insisté sur l'importance des moyens qui accroissent la puissance diagnostique du chirurgien, et sur l'utilité spéciale de ces moyens dans une classe d'affections aussi obscures que le groupe des amauroses et amblyopies rétiniennes, le rapporteur expose en quoi consiste l'appareil de M. Follin, quels sont les résultats obtenus par cet appareil, et ce qu'était l'état de la science sur cette question.

Voici les conclusions du rapport:

1° Les perfectionnements apportés par MM. Follin et Nachet à l'ingénieux et savant appareil du professeur Helmoltz permettent de rendre usuel dans la pratique un moyen précieux d'éclairer le fond de l'œil.

2° A l'aide de cet appareil, on distingue très nettement l'état de la vascularisation rétinienne.

3° Certaines opacités, et notamment celles qui dépendent d'un dépôt pigmentaire sur l'appareil cristallinien, peuvent être, sinon exclusivement perçues au moyen de l'instrument, du moins confirmées, quand on en a eu la perception moins distincte à l'œil nu.

4° On comprend que les varices, ecchymoses, cancers commençant de la rétine puissent être reconnus au moyen de cet instrument; mais jusqu'ici la commission de la Société de chirurgie n'en a constaté aucun exemple.

5° Il ressort des études faites par la commission, et conformément aux prévisions des auteurs de l'appareil, que, si les cristallins cataractés ont été déplacés par l'abaissement ou enlevés par l'extraction, l'appareil cesse d'éclairer le fond de l'œil.

Ainsi, d'après la commission, alors même qu'on réduirait l'utilité de l'instrument présenté par MM. Follin et Nachet aux seuls cas dans lesquels la commission a rigoureusement constaté son emploi efficace, il y aurait déjà un service réel rendu à la science par l'appropriation aux besoins de la pratique d'un moyen d'étude encore peu usité.

La commission, rappelant qu'indépendamment de ce titre, M. Follin a déjà publié des travaux dont elle donne l'énumération, et qui se recommandent par la précision des résultats et le talent d'observation qu'ils supposent, propose à la Société de chirurgie:

1° D'insérer le travail de M. Follin parmi les mémoires de la Société;

2° D'admettre M. Follin comme membre titulaire.

M. Robert pense que ce moyen n'a pas encore tous les avantages qu'on pourrait désirer pour élucider des questions difficiles de diagnostic dans les maladies de l'œil; peut-être même donnerait-il la préférence à la loupe comme moyen d'investigation, surtout dans les affections du cristallin. Sous ce rapport, il trouve préférable l'usage de la lumière seule, comme Sanson en avait donné l'exemple. Bien plus, si on ne rectifiait pas par l'inspection simple l'examen que l'on a fait au moyen de l'instrument proposé par M. Follin, on risquerait de commettre des erreurs. Il y a, du reste, des affections de la rétine, comme le cancer, etc., qu'on peut voir sans le secours d'aucun instrument.

Il eût été important de connaître comment, à l'aide de ce nouveau moyen, on pouvait distinguer les affections qui sont propres à la rétine de celles qui sont propres à la choroïde? Il eût été bon de connaître également si, dans le glaucome, l'altération avait son siége dans la choroïde, comme l'a pensé M. Sichel, et si la teinte verdâtre qu'on observe a bien son siége dans cette membrane? Dans l'état actuel, il faudrait peut-être s'exprimer avec plus de réserve sur la valeur des signes fournis par ce nouveau moyen.

M. Chassaignac trouve l'objection de M. Robert fondée; malgré la transparence de la rétine, il est bien difficile, quant à présent, de dire que l'on peut préciser ce qui lui appartient en propre; cependant, dans l'état habituel, on peut voir que la rétine est assez généralement rouge, et on peut distinguer la forme de ses vaisseaux.

M. Giraldès dit que dans l'état normal la rétine est transparente comme du cristal de roche; du moment qu'on vient à dire qu'elle est pâle, c'est qu'elle est malade ou qu'il se produit un effet particulier par suite de l'emploi de l'instrument.

M. Chassaignac croit que la rétine est cendrée comme la substance nerveuse; mais, suivant certaines circonstances, ses vaisseaux deviennent plus ou moins apparents; il ne faut donc pas s'étonner si quelquefois elle semble pâle, tandis que d'autres fois elle est d'un rouge vif, et qu'on distingue tellement bien les vaisseaux qu'il serait facile de reconnaître une ecchymose.

M. Giraldès insiste de nouveau sur ce point, que la rétine est transparente; et à l'appui de cette opinion, il ajoute que, lorsqu'il existe une fausse membrane entre la rétine et la choroïde, on s'en aperçoit facilement.

M. Denonvilliers croit que M. Chassaignac s'est peut-être laissé trop facilement séduire par les vues de l'auteur; il aurait désiré trouver dans le rapport dans quelle étendue on voit la rétine, quelle est la forme du réseau vasculaire, la largeur, la forme des mailles, la grosseur des vaisseaux. Ces données seraient utiles pour ceux qui voudraient se servir de l'instrument. Quant à lui, il a examiné des rétines avec M. Follin, et il a tout simplement vu deux ou trois vaisseaux qui se bifurquaient; il serait très important de connaître si divers examens donnent toujours un même résultat. Quelles sont les conditions favorables pour bien examiner l'œil? Quelle est la différence entre les taches du cristallin et les taches de la rétine? Peut-on à l'aide de ce nouveau moyen examiner plusieurs des membranes de l'œil, ou simplement la rétine?

M. Chassaignac aurait bien désiré aussi que toutes ces lacunes fussent comblées; mais son rôle de rapporteur a dû se borner à constater si les faits énoncés par M. Follin étaient exacts. Pour cela, il a répété seul ou avec M. Follin toutes les expériences, et il a vu que les faits étaient tels qu'ils avaient été énoncés. Il ajoute seulement que ce moyen d'investigation qui peut rendre de grands services est encore dans son enfance. Ce n'est que plus tard, à mesure que l'on se trouvera en présence de certaines affections, que l'on pourra convenablement juger toute sa portée.

M. Gosselin a fait aussi quelques essais avec le nouvel appareil de M. Follin. Il comprend facilement pourquoi ce dernier a désigné la rétine comme étant le siége de cette injection qui lui donne l'aspect d'une tache d'un rouge vif. C'est qu'en examinant des individus qui s'y prêtent, on voit des vaisseaux qui ont une disposition analogue à celle de l'artère centrale de la rétine. Il ne pense pas que la rétine soit aussi transparente que le dit M. Giraldès. Il faut dire aussi que l'aspect de la rétine varie suivant les sujets. lorsqu'ils sont dans un état de congestion, on ne voit qu'un fond rouge sans mailles; chez quelques-uns où le fond n'est que rosé, on voit les mailles. Ce sont ces motifs qui ont porté M. Follin à penser que l'injection vasculaire qu'il voyait dépendait de la rétine et non de la choroïde. Du reste, bien que le travail de M. Follin ne soit pas encore complet, il faut regarder le moyen d'investigation qu'il propose comme un moyen précieux pour l'avenir dans l'étude de l'ophthalmologie. Rien en effet ne nous prouve que l'on connaisse bien aujourd'hui l'histoire de l'inflammation de la rétine. L'anatomie pathologique sur ce point est loin d'être faite; on sait qu'il y a des troubles dans la vision; mais est-ce simplement de la photophobie, ou existe-t-il un obstacle matériel dans le fond de l'œil?

Il y a là un point de doute qui pourra plus tard être éclairci à l'aide de ce miroir, comme beaucoup d'autres lésions de la rétine ou de la choroïde. Il ajoute que, depuis que le premier travail de M. Follin a été soumis à la Société, ce dernier a fait de nouvelles recherches sur l'iritis, et voici ce qui a été observé dans deux cas où il n'y avait pas de photophobie, et où on expliquait la perte de la vision par un état congestif. On a trouvé un fond noir-ardoisé non vasculaire.

M. Giraldès demande à M. Gosselin pourquoi il n'admet pas que la rétine soit réellement transparente.

M. Gosselin dit qu'il l'a toujours trouvée grise sur les cadavres; qu'elle est loin d'avoir la même transparence que le cristallin.

M. Giraldès dit que la transparence ne peut être observée qu'immédiatement après la mort, et qu'il faut éviter de faire cette recherche dans un milieu humide, car elle diminue.

M. Gosselin répond qu'il se fonde sur ce qu'il a vu chez des animaux récemment abattus.

M. Robert dit que la rétine a bien de la transparence, mais pas à un degré aussi prononcé que M. Giraldès le dit.

M. Denonvilliers a vu trop de différences dans les yeux qu'il a observés, pour ne pas désirer qu'on établisse quel est l'état normal de la rétine.

M. Chassaignac reconnaît, comme divers membres de la Société, que le procédé de M. Follin laisse encore beaucoup de points en litige; mais il n'était pas du ressort de la commission de combler ces lacunes. Elle a dû se borner à rechercher: 1° si ce que M. Follin avait annoncé était exact; 2° si le nouveau moyen, appliqué à d'autres cas que ceux observés par l'auteur, pouvait être utile dans les recherches cliniques. C'est à ce travail qu'elle s'est livrée, et elle n'hésite pas à dire que, bien que ce moyen ingénieux soit encore dans son enfance, il promet d'heureux résultats. Il faut donc faire en sorte de le rendre d'un emploi plus général, pour que chacun puisse ensuite communiquer le résultat de ses recherches.

Le secrétaire de la Société.

Le Sourd.

(1) M. Victor Masson.
(2) M. Malgaigne.
(3) M. Laugier.
(4) M. R. Marjolin.
(5) M. Demarquay.
(6) M. Debout.
(7) MM. Cullerier, Chassaignac et Gosselin.
(8) M. Giraldès.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Nº 86. — JEUDI 22 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) Nº 86. — JEUDI 22 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois..... 16 » Un an...... 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — De l'extraction de l'astragale. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation. — Sur la nouvelle ceinture hypogastrique. — Académie des sciences, séance du 19 juillet. — Académie de médecine, séance du 20 juillet. — CORRESPONDANCE. Lettres de MM. Fleury et Fano. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 21 JUILLET 1852.

Séances des Académies.

Tout l'intérêt de l'Académie s'est concentré sur le rapport de M. Bégin, relatif à cette malheureuse victime d'une théorie qui ne serait que ridicule si elle était moins atroce et moins immorale. L'Académie a jugé ce rapport assez important pour en demander l'impression avant que la discussion s'ouvrît. Nous nous associons complétement à cette idée, et nous mettrons ce rapport textuel sous les yeux de nos lecteurs avant d'en faire l'appréciation.

— L'Académie des sciences a reçu de M. Monneret une communication dont nous reproduisons textuellement les conclusions, afin que, si nos lecteurs ne sont pas plus heureux que nous, et qu'ils ne parviennent pas à en saisir parfaitement le sens, ils ne puissent pas imputer au journaliste l'obscurité qui appartient à l'auteur.

De l'extraction de l'astragale.

(Fin. — *Voir* le nº du 13 juillet.)

A l'occasion de deux faits d'extraction de l'astragale dont nous avons donné l'analyse dans le nº du 13 juillet, M. Letenneur a examiné les principales questions qui se rattachent à l'étude des luxations de l'astragale; il l'a fait avec intelligence, souvent même avec originalité. Nous avons annoncé, toutefois, que nous aurions quelques remarques critiques à faire sur cette deuxième partie de son travail.

Nous ne ferons aucun reproche à l'auteur sur le titre de ses deux observations. En les donnant comme des exemples de luxations de l'astragale, il a sacrifié à un usage reçu par les meilleurs auteurs classiques. Cette dénomination est cependant très inexacte. L'astragale, en effet, dans les deux cas, avait conservé ses connexions normales avec les os de la jambe. — L'auteur le dit très expressément, p. 4 et p. 9 de son mémoire. — Au contraire, tous les os du tarse avaient perdu leurs rapports normaux avec l'astragale, c'est-à-dire que le pied était luxé en totalité, à l'exception de ce dernier os. Le nom de *luxation sous-astragalienne* donnerait une idée très exacte de ce genre de lésion; tandis que le nom de luxation de l'astragale, pris à la lettre, en donne une idée très erronée.

Nous pensons que le nom de luxation de l'astragale devrait être appliqué exclusivement à cette lésion singulière, dans laquelle l'astragale perd ses rapports à la fois avec la mortaise tibio-péronière et avec la surface calcanéo-scaphoïdienne.

L'irrégularité des dénominations n'est certainement pas étrangère à l'obscurité des descriptions et aux incertitudes qui entourent cette partie de l'histoire des luxations. La science a subi sur ce point les conséquences des idées d'A. Cooper sur les luxations tibio-tarsiennes. Contrairement aux règles générales admises pour la dénomination des luxations, le chirurgien anglais a pris pour point de départ de sa classification la partie de la jambe par rapport au pied, et non celle du pied par rapport à la jambe; c'est-à-dire que sa luxation en avant correspond précisément à notre luxation en arrière, et ainsi de suite. On comprend combien cela rend difficile la lecture des observations isolées qu'on trouve dans les divers recueils, et même dans l'ouvrage d'A. Cooper.

M. Rognetta, qui a rendu à la science un véritable service en étudiant pour la première fois d'une manière dogmatique les luxations de l'astragale (*Archives générales*, 1833, 2e série, t. III, p. 485), s'est efforcé d'introduire des dénominations plus logiques. Il a nettement distingué (p. 69) les véritables luxations de l'astragale des luxations du calcanéum et de celles du scaphoïde; mais lorsqu'il a fallu appliquer les dénominations qu'il avait adoptées, il a été moins heureux. Ainsi, dans la septième observation de son mémoire, empruntée à A. Cooper, et donnée comme un exemple de luxation de l'astragale en dehors, l'astragale avait conservé ses rapports avec le tibia et le péroné. Ainsi encore, il décrit comme luxation du *calcanéum* le déplacement qui s'opère dans l'articulation médio-tarsienne, dite de Chopart, c'est-à-dire un déplacement dans lequel tout le pied est luxé, à l'exception de l'astragale et du calcanéum, qui ont conservé leurs rapports normaux entre eux et avec la jambe (*loc. cit.*, t. IV, p. 40). Lorsqu'on n'a pas soi-même analysé les observations des divers auteurs, on conçoit difficilement la peine que l'on éprouve pour se retrouver au milieu des contradictions et même des erreurs réelles qui résultent des dénominations irrationnelles; celles-ci influent non-seulement sur la forme, mais souvent même sur le fond des descriptions.

A. Cooper, dont les travaux jouent un si grand rôle dans l'histoire des luxations de l'astragale, n'a pas échappé à cette fâcheuse influence, et a été victime d'une véritable mystification. Henry Cline admit à l'hôpital Saint-Thomas un malade nommé Gilmore, qui venait de recevoir sur le pied une pierre volumineuse. Il y avait sur le cou-de-pied une large plaie qui laissait apercevoir l'astragale. *L'astragale seul était déplacé, ses connexions avec le tibia et le péroné n'étaient néanmoins nullement altérées* (1); c'est-à-dire qu'au contraire l'astragale était, de tous les os du tarse, le seul qui ne fût pas déplacé, et qu'il s'agissait réellement d'une luxation *sous-astragalienne.* On réduisit sans difficulté, et le malade finit par guérir après avoir éprouvé des accidents assez graves. Deux personnes recueillirent cette observation et lui imposèrent des titres différents : Henri Green la donna comme un exemple de luxation de l'astragale en dehors; South y vit, au contraire, une luxation de l'articulation médio-tarsienne (luxation de l'astragale et du calcanéum, d'après A. Cooper). Les deux rédactions furent remises à A. Cooper, qui ne s'aperçut pas de leur ressemblance, parce que Green n'avait pas indiqué le nom du malade; et le malheureux Gilmore, en compensation des cruelles souffrances qu'il avait éprouvées, eut la satisfaction d'occuper une double place dans le livre d'A. Cooper, de servir une première fois à la description de la luxation de l'astragale en dehors (*loc. cit.*, p. 342, 2e alinéa), et une deuxième fois à la description de la luxation du calcanéum et de l'astragale (p. 349). Cette confusion singulière dénote bien un peu de légèreté chez l'illustre chirurgien anglais; mais elle démontre surtout les inconvénients d'une nomenclature vicieuse qui a permis de donner à la même observation des titres aussi différents.

Ainsi donc, pour en revenir à notre point de départ, les deux faits de M. Letenneur doivent, d'après nous, être considérés comme des exemples de luxation sous-astragalienne en dedans, et non pas comme des luxations de l'astragale en dehors, ainsi qu'on est porté à l'admettre en voyant l'astragale faire saillie sur le côté externe du dos du pied.

Les deux succès qu'il a obtenus et la lecture d'un grand nombre d'observations ont conduit M. Letenneur à considérer l'extraction de l'astragale comme l'une des opérations les moins graves de la chirurgie. Nous ne pouvons partager sur ce point la croyance de notre confrère. Son premier malade a éprouvé quelques jours après l'opération des accidents généraux très graves, auxquels plus d'un eût succombé. Des accidents analogues, l'épuisement par la suppuration, les fusées multiples le long de la jambe, se rencontrent dans un grand nombre d'observations. A. Cooper cite seulement trois malades qui subirent l'extirpation *immédiate* et totale de l'astragale. Les deux premières observations, appartenant à Trye (p. 339) et à Norma (p. 322), occupent à peine quelques lignes, et on ne sait rien des phénomènes qui sont survenus après l'opération; on sait seulement que le malade de Norma se trouva si bien guéri, qu'il vint deux ans après retrouver son chirurgien et se faire couper la jambe pour se débarrasser d'un pied difforme et gênant. Quant au troisième malade d'A. Cooper, son histoire est plus détaillée. C'est le nommé Torns, traité à l'hôpital St-Thomas par Henry Green. Celui-là résista à une suppuration effrayante; plusieurs abcès se formèrent le long de la jambe, des fusées purulentes s'établirent en deux points différents; l'une d'elle remonta jusqu'au mollet, et le malade ne put quitter le lit qu'au bout de cent jours. (A. Cooper, *loc. cit.*, p. 343.) Le malade de Patrice de Hilden (*Centur.* II, ob. 67) ne guérit qu'à la longue, après de graves accidents. *Curatio difficilis fuit, dolorosa atque longa.* Le malade de Dufaurest ne fût pas plus heureux. Il s'écoula quatre mois avant qu'il fut *hors de danger.* (*Dictionnaire en LX volumes*, t. II, p. 413.) Il est permis de penser que parmi les malades dont les observations sont rapportées sans aucun détail, et ce sont les plus nombreuses, la guérison a souvent été achetée au prix de vives souffrances et de grands périls. Enfin d'autres malades sont encore en plus grand nombre, sans aucun doute, qu'on n'est porté à le croire en parcourant les recueils. Les succès ont été publiés avec empressement; mais en a-t-il été de même des revers? Non, certes. La gravité des diverses opérations est restée entourée d'un voile épais jusqu'à ces dernières années. Des statistiques récentes ont fait la lumière à cet égard sur certaines opérations qui sont fréquemment pratiquées, telles que les amputations, la hernie étranglée, etc., et on était loin de s'attendre au résultat de ces relevés. Lisez les observations de l'époque moderne, vous trouverez parmi les faits publiés un nombre relatif de succès plus considérable, sans doute, que cela n'a lieu en réalité; mais enfin vous trouverez pourtant un certain nombre de morts. Il n'en est plus de même des recueils des siècles précédents; il semble qu'on se soit attaché à faire la science avec des exceptions. Qui se douterait de la gravité du trépan en lisant les mémoires de l'Académie de chirurgie? Cette opération, qui aujourd'hui donne presque toujours la mort, semblait alors sauver presque tous les malades.

Nous sommes loin de vouloir comparer le trépan à l'extraction de l'astragale sous le rapport de la gravité; mais nous disons qu'il y avait par cette dernière opération un motif de plus pour que les échecs fussent soigneusement cachés. On croyait généralement, depuis Hippocrate, qu'il ne fallait pas toucher aux luxations compliquées du cou-de-pied, et qu'il fallait les os dans leur position vicieuse, même lorsqu'ils sortaient à travers la plaie, sous peine de voir le malade succomber dans le premier septenaire. (Hippocrate, *De articulis.* Ed. Vander-Liaden, art. 74. Naples, 1757, in-4°, t. II, p. 367.) Puis, comme, en suivant la doctrine d'Hippocrate, on voyait encore succomber les malades, on avait fini par considérer les cas de ce genre comme exigeant absolument l'amputation. Seul J.-L. Petit avait timidement insinué qu'on pouvait tenter la conservation du membre. Puis, effrayé de sa hardiesse, il avait ajouté aussitôt : « Mais si dans » les vingt-quatre heures on ne voit une disposition favora- » ble, il ne faut pas différer l'amputation; plus tard il n'est » plus temps. » (J.-L. Petit, *OEuvres complètes.* Paris, 1837, p. 99.) Dans un pareil état de choses, le chirurgien, qui contrairement à toutes les règles de l'art classique s'efforçait de conserver le pied et perdait son malade, gardait son insuccès pour lui, et n'en faisait point profiter le public. A notre connaissance, le premier cas de mort qui ait été publié est relatif à l'un des malades de Desault; et encore de quelles précautions oratoires Bichat ne s'est-il pas servi pour en dissimuler la portée! Il semble que la grande renommée de Desault fût trop faible pour supporter le poids d'un semblable revers. Nous allons citer textuellement, pour qu'on puisse juger en toute connaissance de cause.

« L'expérience (1) est favorable à cette doctrine (l'extirpa- » tion de l'astragale) que Desault a vue réussir deux fois dans » la pratique d'autres chirurgiens, et que ses succès propres » ont confirmée trois fois. Un seul cas a été malheureux à » ma connaissance, et ici le mauvais air de l'hôpital, une » fièvre putride caractérisée, ont manifestement influé sur » la mort de la malade, qui n'est arrivée que deux mois » après. »

Cette phrase ambiguë ne dit pas quel est le chirurgien qui a éprouvé ce revers. Nous l'apprendons tout à l'heure.

Bichat rapporte ensuite l'observation d'un malade qui a subi l'extraction de l'astragale avec succès dans le service de Desault. Puis il ajoute, p. 443 : « A cet exemple, je pour- » rais joindre ceux de deux autres malades traités à l'Hôtel- » Dieu *avec un égal succès* par la même méthode. Mais que » servent trop de faits accumulés? Ils fatiguent le lecteur » sans ajouter à sa persuasion. »

Le lecteur reste donc persuadé, sans aucune fatigue, que Desault a pratiqué trois fois l'opération et qu'il a eu trois succès. Or, s'il n'est pas fatigué, il est du moins abusé. Voici ce qu'on lit dans Boyer (2) : « Le célèbre Desault a pratiqué » trois fois cette opération *avec succès* dans des cas sembla- » bles. L'un de ses trois malades *mourut néanmoins*, deux » mois après l'accident, des suites d'une fièvre d'hôpital. » C'était une femme d'environ cinquante ans. » Boyer fit l'autopsie, et, trouvant un commencement d'enkylose, il en conclut très judicieusement que la malade aurait *pu* guérir.

Malgré tous ces détours, il reste avéré que Desault a perdu son opérée, qu'il a eu deux succès seulement et non point trois, comme Bichat l'affirme, et que le cas malheureux auquel celui-ci fait allusion sans en indiquer l'auteur est réellement tiré de la pratique de Desault.

Depuis lors les chirurgiens ont montré un peu plus de franchise; on rencontre çà et là quelques opérations suivies de mort. En laissant de côté les trois insuccès attribués à Daverney, Gooch et Bromfield, — car ces trois chirurgiens, ainsi que nous nous en sommes assuré, ont pratiqué immédiatement l'amputation de la jambe, sans recourir à l'extraction de l'astragale, — nous avons trouvé parmi les observations que nous avons parcourues huit cas dans lesquels la mort est survenue entre le 4e et le 125e jour. Nous avons connaissance d'un neuvième cas dans lequel le malade, après avoir subi l'extraction de l'astragale, dut, pour conserver la

(1) Astley Cooper, *On dislocations and fractures of the joints.* London, 1826, in-4°, 5e édit., p. 350. — Il est indispensable de recourir au texte anglais pour se convaincre de l'identité de l'observation de Green avec celle de South.

(1) Bichat, *OEuvres chirurgicales de Desault*; 1801. T. I, p. 442.
(2) *Maladies chirurgicales*, 1re édit., t. IV, p. 391.

vie, faire le sacrifice de son membre. L'amputation, suivie d'un plein succès, fut pratiquée par M. Alex. Thierry, qui est, comme on le sait, l'un des plus habiles partisans de la chirurgie conservatrice.

Enfin, un dernier malade, dont l'observation nous a été communiquée par notre excellent collègue M. Verneuil, succomba à l'hôpital de Charonne, dans le service de M. Denonvilliers, neuf jours après avoir subi l'extraction de l'astragale. Dans ce dernier cas, la blessure était des plus graves; de plus, la jambe et la cuisse, prises sous un éboulement de terrain, étaient profondément contuses. Enfin, chacun des fémurs était fracturé. La gangrène s'empara du pied et de la jambe, et le malade succomba à une infection purulente. Nous n'oublierons pas qu'il existait chez cet homme de sérieuses complications; nous ne tirerons aucune conséquence de l'issue funeste d'une lésion aussi étendue. Toutefois, il faut faire entrer en ligne de compte les cas compliqués tout aussi bien que les cas simples, et comme, en outre, les accidents de phlébite et de gangrène ont débuté par le pied et ont suivi une marche ascendante, nous ne pouvons nous dispenser de considérer la lésion du pied comme la cause déterminante de la mort.

Neuf malades qui ont succombé, un dixième qui n'a échappé à la mort que par l'amputation, cela constitue pour l'extraction de l'astragale un pronostic plus fâcheux qu'on n'a bien voulu le dire. Pour apprécier rigoureusement la gravité de cette opération, il faudrait savoir exactement combien de succès correspondent à ces revers. C'est ce que nous ne pouvons faire aujourd'hui. En rassemblant les observations d'extraction de l'astragale dont il est question dans les auteurs classiques, nous étions dès le premier jour parvenu à un total de 66 observations. Nous sommes moins riche aujourd'hui. En remontant aux sources, nous avons dû retrancher 14 observations de notre première liste; tantôt on a par erreur cité comme ayant subi l'extraction de l'astragale des malades auxquels on avait simplement coupé la jambe; tantôt, et c'est plus fréquent qu'on ne pourrait le croire si on ne le vérifiait soi-même, le même fait finit par revêtir deux ou trois formes différentes et par constituer deux ou trois observations en apparence distinctes, après avoir passé par les ouvrages de plusieurs auteurs qui se sont inexactement copiés. D'autres fois, enfin, une opération est pratiquée par un chirurgien et publiée par un autre; un auteur cite le premier chirurgien, un autre cite le second, et cela fait deux observations; heureux quand le nom du malade, se substituant au nom de son chirurgien, ne donne pas lieu à une troisième observation! heureux quand une faute d'orthographe, défigurant l'un de ces noms propres, ne fait pas surgir une quatrième observation! Par une singulière coïncidence, les mystifications bibliographiques semblent s'être donné rendez-vous sur le chapitre des luxations de l'astragale. Nous en avons cité quelques-unes; nous en citerons quelques autres, et nous en passerons beaucoup. Si l'on veut sortir de ce dédale, il faut pour ainsi dire apprendre par cœur chaque histoire pour la comparer aux contrefaçons et pour découvrir l'erreur. Ce travail est long et pénible; voilà pourquoi nous ne disposons actuellement que de 52 observations d'extraction de l'astragale. Sur ce nombre, nous avons 10 insuccès; c'est une gravité au moins égale à celle de l'amputation sus-malléolaire, mais bien inférieure à celle de l'amputation au lieu d'élection.

Il est permis de croire que certains revers ont été laissés dans l'ombre, et que, relativement parlant, ils sont plus nombreux que les succès non publiés. S'il en est ainsi, l'extraction de l'astragale, au lieu d'être, comme on l'a dit, l'une des opérations les moins graves de la chirurgie, devient, au contraire, une opération très sérieuse. Faut-il donc l'abandonner, et lui préférer l'amputation sus-malléolaire? Telle n'est point notre pensée. Lorsqu'un malade échappe à l'amputation de la jambe, on peut dire qu'il n'est pas mort, mais on ne peut pas dire qu'il soit guéri. Quelque progrès qu'aient fait les moyens prothétiques, il est certain que jamais cet amputé ne pourra reprendre les travaux pénibles ni les longues marches; car l'amputation sus-malléolaire est seule en cause ici; et puis, en dehors de toute perte fonctionnelle, n'est-il pas triste d'être mutilé? L'extraction de l'astragale, au contraire, permet de conserver le membre. L'ankylose presque inévitable du cou-de-pied n'empêche pas le malade de recouvrer à la fois sa force et son agilité : c'est ce qui a eu lieu, du moins dans le plus prand nombre des cas. Le renversement consécutif du pied peut être évité par un traitement convenable, et il ne reste qu'une difformité ou très légère, ou même inappréciable. Pour obtenir un pareil résultat, quel est le malade qui ne consentirait pas à courir les chances d'une opération, même plus grave que l'amputation? Or, il n'est pas encore démontré que l'extraction de l'astragale soit plus grave que l'amputation sus-malléolaire; car on ne possède pas de relevés suffisants sur cette dernière amputation pratiquée pour cause traumatique.

Nous croyons donc que dans l'état actuel des choses, l'extraction de l'astragale doit être pratiquée toutes les fois qu'on aura à opter entre cette opération et l'amputation de la jambe, c'est-à-dire toutes les fois que l'astragale, *complétement* luxé, fera saillie à travers la plaie, ou toutes les fois qu'une luxation *sous-astragalienne* compliquée de plaie résistera à toutes les tentatives de réduction.

Ce précepte est précisément celui qui est aujourd'hui accepté par tout le monde, et en particulier par M. Letenneur, dont le mémoire a provoqué nos recherches. Il ne nous a pas paru inutile, toutefois, de démontrer que cette opération précieuse ne présente pas l'innocuité qu'on lui accorde généralement.

D[r] B.

ERRATA. — Il s'est glissé quelques erreurs dans la première partie de ce travail. — Ligne 11 de la première observation : *au lieu de* bord externe, *lisez* bord interne. — Ligne 19 de la deuxième observation : *au lieu de* en arrière, *lisez* en avant.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation.

A la salle Saint-Maurice, est couchée une jeune fille d'une constitution très débile, présentant ce que l'on appelle, dans le langage vulgaire, tous les attributs du tempérament lymphatique. Elle paraît, d'après ce qu'elle nous raconte, avoir eu, vers l'âge de treize ans, une fièvre typhoïde grave. Cette fièvre typhoïde a-t-elle eu une grande influence sur les forces de la malade? C'est probable. L'affection typhoïde comporte une altération des liquides aussi bien qu'une altération des solides; et il est impossible qu'à une époque plus ou moins éloignée, la constitution n'en souffre pas. Les sujets qui ont une fièvre typhoïde jeunes ont nécessairement un arrêt dans la nutrition. Malgré ces conditions défavorables, la malade a cependant pris de l'embonpoint pendant le temps qu'elle a habité la campagne.

Elle est née d'une mère qui a succombé à l'âge de trente ans à la suite de couches. Son père vit encore, il a cinquante-six ans et est fort vigoureux. On ne trouve donc rien dans les conditions d'hérédité pour rendre compte de l'état de cette jeune fille. L'affection qu'elle présente lui est donc propre. Elle est âgée de vingt un ans, peu forte. Il est facile de voir que sa constitution a souffert. La première apparition des règles a eu lieu à dix-huit ans seulement. Le système utérin sommeillait donc et se trouvait en retard. Depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à il y a quatre ou cinq mois, les menstrues ont paru régulièrement, la dernière fois en janvier dernier, nouvelle preuve que la constitution était profondément altérée déjà. La nourriture était habituellement bonne. Le sujet n'a jamais habité de lieux humides.

Depuis deux ans que la malade habite Paris elle est domestique. Ses occupations consistaient à s'occuper du ménage, à faire des courses et à frotter. Notez cette circonstance. Les personnes qui frottent sont souvent exposées à tourner le pied, et cela constitue une véritable entorse. Il y a d'autres entorses que celles qui sont la conséquence d'une chute. Telle est cette torsion du pied qui peut résulter d'une position vicieuse du membre sur la brosse.

Pendant le temps que cette fille a été en service à Paris, elle s'est d'abord bien portée; elle a pris de l'embonpoint, et n'a paru éprouver aucune indisposition digne de remarque. Cependant depuis l'âge de seize ans elle se plaignait de temps à autre de douleurs vagues dans les membres, douleurs névralgiques, dont le retour m'a paru devoir être attribué à des troubles de la circulation, à la suppression des règles, par exemple. On aurait pu penser au commencement qu'il s'agissait d'une arthrite chronique. Ce n'est qu'à Paris que notre malade a commencé à éprouver les premières atteintes de la lésion dont elle est affectée aujourd'hui.

C'est au 5 décembre 1851 qu'elle fait remonter le début de la maladie. Elle se réveilla pendant la nuit éprouvant de violentes douleurs dans la jambe, avec gonflement de l'articulation tibio-tarsienne. Le matin, elle ne put marcher qu'en boîtant, et pendant plusieurs jours elle continua à marcher, mais avec des souffrances très fortes.

Le 14 janvier dernier elle entre à l'Hôtel-Dieu, et voici l'état dans lequel nous la trouvons, après un mois de travail inflammatoire, temps plus que suffisant pour laisser se développer des altérations très sérieuses en dehors de toute prédisposition scrofuleuse.

L'articulation tibio-tarsienne était très gonflée; c'était une tuméfaction circonférencielle, point sur lequel j'insiste. Lorsque l'inflammation est diffuse et débute par la membrane synoviale, le pourtour de l'articulation s'engorge, et on ne voit pas un point se prendre plus tôt que l'autre. La douleur existait dans tous les points de la tumeur; chose encore importante à noter, car c'est là un symptôme pathognomonique de l'inflammation de la synoviale.

Les moindres mouvements imprimés au membre faisaient jeter les hauts cris à la malade, phénomène non moins caractéristique que les précédents. L'état de souffrance était assez grand; la peau était chaude; il y avait de la réaction fébrile, mais la santé générale n'avait pas souffert. Il est bon de vous faire remarquer ici en passant que les inflammations des articulations, quand elles ne sont pas accompagnées de plaies, ne réagissent pas beaucoup sur l'organisme. Lorsque l'articulation est à découvert, il survient au contraire des symptômes formidables.

J'ai commencé, dans le cas actuel, par faire mettre le membre dans l'immobilité la plus parfaite. A plusieurs reprises j'ai fait appliquer huit sangsues autour de l'articulation malade; ces applications de sangsues ont diminué la douleur, qui est devenue beaucoup moindre à la pression. Mais tout n'était pas fini. On a fait des onctions avec la pommade au nitrate d'argent, moyen excellent pour modifier le travail inflammatoire et dont vous me voyez fréquemment faire usage sous vos yeux. C'est un agent antiphlogistique d'une grande puissance.

Sous l'influence de ces moyens, il y a eu amélioration dans l'état de la malade : soulagement, mais non guérison. La modification cependant a été si grande, que nous avons pu nous laisser aller un instant à l'espoir que la résolution allait s'opérer. Nous dûmes bientôt y renoncer. Le mouvement d'amélioration s'arrêta, sans que cependant, nous a-t-on assuré du moins, la malade eût commis d'imprudence, sans qu'elle eût essayé de marcher. Je dis nous assure-t-on, parce qu'il est toujours très difficile dans les hôpitaux de remonter aux véritables causes des accidents qui surviennent pendant le cours des maladies. Il suffit, dans un cas du genre de celui-ci, de poser le pied par terre pour que le travail d'inflammation se réveille avec une intensité terrible.

Le 15 février, un mois après son entrée, elle fut prise d'un érysipèle de la face, affection qui régnait alors dans nos salles; cet érysipèle n'offrait pas le cachet traumatique; il s'était manifesté des symptômes précurseurs : c'est là le véritable érysipèle spontané. Je n'admets pas, pour ma part, d'érysipèle traumatique. Ce que l'on prend pour tel n'est autre chose qu'un érythème; il me paraît tout à fait inutile à ce propos de faire en médecine et en chirurgie des divisions et des subdivisions si nombreuses qui sont tout à fait inutiles et fausses. L'érysipèle apparaît avec des caractères tels que l'on ne peut se refuser à le placer parmi les fièvres éruptives. Chez cette jeune fille, il a été traité, comme c'est l'habitude dans nos salles, par des onctions avec la pommade au nitrate d'argent, et, comme d'ordinaire, il a cédé assez promptement. Il est vrai de dire qu'il n'offrait pas une grande intensité.

A ce moment, se montrèrent quelques petits foyers autour de l'articulation, foyers dont l'ouverture donna issue à un liquide séro-purulent sans aucun mélange de liquide synovial et qui s'étaient développés en dehors de l'articulation. Je ne crus pas d'abord qu'il y eût de communication entre les ouvertures, qui persistent encore aujourd'hui à l'état fistuleux, et l'intérieur de l'article, et pendant un certain temps les choses parurent se passer ainsi; mais bientôt il s'établit des communications entre ces foyers et l'articulation elle-même. Aujourd'hui, la malade est dans un état tel qu'il est impossible d'espérer obtenir la guérison autrement que par l'amputation du membre.

Depuis que le travail aigu a cessé d'être aussi violent, nous avons fait ce que nous avons pu pour tâcher d'obtenir l'ankylose. Nous avons immobilisé l'articulation au moyen de l'appareil amidonné et d'attelles en carton et en bois. La malade s'affaiblit, se débilite; elle a eu de la diarrhée, mais par moments et non pas comme dans les fièvres hectiques. Lorsque l'on imprime des mouvements au membre, on reconnaît une très grande mobilité dans les parties articulaires. On sent une crépitation manifeste, une mobilité latérale très grande, et une laxité telle des attaches ligamenteuses que l'astragale pourrait sous la moindre influence se porter en avant. Nous sommes arrivé à un moment où une subluxation pourrait facilement se produire; les têtes des os sont détruites; les tissus ont subi non une dégénérescence ou une transformation, mais une véritable destruction.

Nous sommes au moment le plus favorable pour opérer et la malade est dans les conditions les plus opportunes.

De quel procédé ferons-nous usage? Vous savez qu'il y a plusieurs manières de faire l'amputation de la jambe. Autrefois, on opérait toujours dans ce que l'on appelait le lieu d'élection, ce que l'on ne fait presque plus maintenant; je vous conseille de lire, du reste, au sujet de l'amputation de la jambe, un excellent travail, fort injustement oublié et qui n'est cité nulle part, de M. le docteur Arnal, travail inséré dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, section des savants étrangers.

Larrey, dans un cas d'urgence, dut faire l'amputation dans l'épaisseur même des condyles du tibia et préféra ce mode à l'amputation de la cuisse. On conçoit que ceci ne constitue qu'un procédé exceptionnel.

L'amputation au lieu d'élection, c'est-à-dire à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la tubérosité du tibia, n'est plus maintenant qu'une exception en quelque sorte.

Celle qui est le plus généralement pratiquée aujourd'hui est celle que l'on nomme sus-malléolaire et qui est faite au tiers inférieur de la jambe. Ce mode avait été relégué parmi les opérations auxquelles on ne doit jamais avoir recours depuis que deux grandes autorités s'étaient prononcées contre lui : Ambroise Paré, qui avait dû faire l'amputation au lieu d'élection chez un homme qui l'avait déjà subie au bas de la jambe et dont le moignon s'accrochait continuellement; Sabatier, qui écrivait et professait que cette méthode était plus nuisible qu'utile.

Les chirurgiens modernes ont repris cette méthode et ont démontré tous les avantages que l'on pouvait, au contraire, en retirer. MM. Arnal et Goyrand, en particulier, ont discuté la question avec tant de savoir et de logique, qu'ils ont fini par déterminer les chirurgiens, tant civils que militaires, à l'employer de préférence à l'ancienne. La longueur du moignon n'est plus un obstacle depuis que l'on a inventé des mécaniques sur lesquelles le moignon, développé dans toute sa longueur, ne pèse presque plus, mécaniques habilement imaginées et exécutées par MM. Charrière et Martin. Ces appareils ont leur point d'appui sur le bassin et sur la racine du membre.

Dès lors, aucun des inconvénients de la méthode sus-malléolaire n'existe plus. Les chances sont moindres d'inflammation des gaînes tendineuses, de phlébite; le tissu cellulaire y est moins abondant. Une fois ce principe admis, quel est le procédé auquel on doit avoir recours et qui remplit le mieux les indications?

Deux procédés sont en présence, comme pour toutes les amputations dans la continuité des membres : la méthode circulaire, la méthode à lambeaux.

Dans la première, on fait l'incision de la peau très près des malléoles, on relève une manchette de peau, et l'on pratique ensuite une nouvelle incision circulaire. Je ferai remarquer qu'il est presque toujours inutile de changer d'instrument pour terminer la section des parties molles. Le couteau interosseux suffit pour ce temps de l'opération. Quant à la section des os, elle doit être un peu oblique, sans cependant écorner largement le tibia. Plus on met à découvert la substance d'un os, plus on augmente les chances de phlébite. Cette amputation circulaire a le grave défaut de n'offrir pour couvrir l'os que la peau, sans aucun coussinet de parties molles.

M. Lenoir a fait subir à cette méthode une modification sur laquelle il comptait beaucoup; il fait, près de la crête du tibia, une incision verticale qui vient rejoindre l'incision circulaire, et cela pour rendre plus facile la dissection de la manchette. Nous ne voyons à cette modification qu'un seul avantage, celui de rendre le manuel opératoire plus aisé.

Nous préférons de beaucoup l'amputation à lambeaux. On la fait à un seul ou à deux lambeaux. Lorsque l'on ne fait

qu'un seul lambeau postérieur, on obtient un coussinet sur lequel repose l'extrémité des os, et qui empêche de se produire des ulcérations.

Blandin préférait l'amputation à deux lambeaux latéraux. Pour moi, celle qui me paraît la meilleure de toutes consiste à tailler un lambeau postérieur formant coussinet résistant et comprenant les tendons dans son épaisseur. Un tendon n'est rien dans une opération; il ne s'exfolie que quand on a enlevé sa gaîne. Antérieurement nous taillons un petit lambeau aux dépens de la peau, qui est là assez épaisse.

— Après l'opération, M. Jobert fait l'examen anatomique du pied malade.

On constate une ostéite de la tête de l'astragale, qui est creusée profondément d'une espèce de canal rempli de pus. Cette femme est d'une nature suppurative sur laquelle l'inflammation a facilement prise, et il n'a probablement fallu qu'un refroidissement pour produire chez elle de pareils accidents. La surface de l'astragale (face supérieure) est rugueuse et couverte de fausses membranes par lesquelles elle adhère à la face articulaire de l'extrémité inférieure du tibia.

Toutes les articulations du tarse sont dans cet état fongueux. Il n'y a donc pas seulement tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, mais encore de toutes les articulations tarsiennes.

La malade est en voie de guérison.

Sur la nouvelle ceinture hypogastrique

Inventée par M. Charbonnier.

La nécessité de soutenir artificiellement la paroi antérieure de l'abdomen, chez les femmes, est si fréquente, que, dans ces derniers temps surtout, on s'est beaucoup occupé des perfectionnements à apporter aux moyens contentifs déjà mis en usage. Tous les praticiens connaissent une foule de ceintures plus ou moins ingénieuses, et entre autres celle à plaque mobile, dont on gradue à volonté le degré d'inclinaison au moyen d'une clef. Cette ceinture présente assurément plusieurs avantages; mais nous lui préférons de beaucoup celle qu'a récemment inventée M. Charbonnier; et cette préférence, nous ne la lui avons accordée qu'après de nombreuses expériences et qu'après en avoir observé des résultats extrêmement satisfaisants.

La description avec figures que nous en donnons rangera à notre avis, nous en sommes convaincu, les praticiens qui liront cet article.

L'appareil de M. Charbonnier se compose (fig. 1) de deux plaques cintrées en tôle d'acier de 1 millim. d'épaisseur, de 19 centim. de long sur 8 de haut, qui sont jointes à leur bord supérieur par deux charnières. Ces plaques sont tenues écartées l'une de l'autre (fig. 2) par deux spirales, ou boudins, qui présentent 5 centim. à leur base, et dont la hauteur est également de 5 centim. (fig. 3). La base des spirales repose sur la plaque inférieure (fig. 4), et leur sommet répond sous le centre droit et le centre gauche de la plaque supérieure (fig. 5), de manière à y former une opposition égale. On voit tout de suite que toute force qui tendra à déprimer la plaque supérieure aura pour effet d'exercer une pression sur la plaque inférieure, mais une pression amortie par l'action propre des spirales en acier, une pression élastique et douce.

Les plaques sont garnies en peau glacée ou vernie; leur bord est revêtu de bourrelets élastiques pour éviter tout froissement. L'intervalle rempli par les deux spirales, dit soufflet, est garni d'une peau douce, qui se prête aux mouvements de l'appareil. Celui-ci est maintenu sur l'hypogastre par de simples courroies en tissu recouvert de peau ou de velours gris. Ces courroies, fixées en haut à droite et à gauche de la plaque supérieure, viennent en se réfléchissant, après s'être croisées en arrière, aboutir à deux boucles à griffes, à pression, situées à droite et à gauche de la base de cette même plaque supérieure.

Pour appliquer ce bandage, on place la plaque inférieure sur la région hypogastrique, immédiatement au-dessus du pubis. On fait passer les deux courroies derrière le bassin, de manière qu'elles se croisent, et que celle de droite vienne à gauche et celle de gauche à droite. Puis on engage les extrémités des courroies dans les boucles indiquées tout à l'heure, et l'on serre lentement. Les courroies passant d'abord au-dessus, puis au-dessous du rebord des eaux coxaux, tout l'appareil est fixé d'une manière solide. En serrant les courroies, on tend à rapprocher la plaque supérieure, actuellement antérieure, de la paroi abdominale. Cette pression, transmise à la plaque inférieure, actuellement postérieure, par l'intermédiaire des spirales, pousse cette dernière contre la paroi abdominale, qui est déprimée de bas en haut, en vertu du mouvement de bascule imprimé. On peut, en outre, déterminer une pression plus forte à droite en tirant sur la courroie de ce côté; le même mouvement pourra être exécuté à gauche en employant le même moyen.

Cet appareil, comme on le voit, est aussi simple qu'ingénieux, et c'est avec raison que l'auteur compare son action à celle qui serait produite par les deux mains croisées sur le bas-ventre pour le soutenir et refouler en haut les viscères.

Comme la ceinture à plaque mobile, la ceinture de M. Charbonnier agit sur l'hypogastre de bas en haut; mais elle offre sur la première plusieurs avantages : la pression, rendue élastique par les spirales, n'est pas de nature contondante et se supporte mieux; elle n'offre point les ressorts circulaires, que les personnes maigres ne peuvent pas toujours supporter; elle n'a pas besoin de sous-cuisses; elle présente peu de volume et ne soulève jamais les vêtements de manière à trahir sa présence; enfin, elle est d'un prix moins élevé. Il va sans dire que la force des spirales doit varier selon les cas; c'est au médecin à apprécier cette circonstance.

Après des expériences souvent renouvelées, nous restons convaincu que, grâce à cette nouvelle ceinture, les femmes atteintes de déplacement de l'utérus, de relâchement des parois vaginales, etc., pourront être désormais très notablement soulagées. Dr D.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juillet 1852. — Présidence de M. Piobert.

Sur les formes que prend la fibrine dans les inflammations.

M. Andral présente au nom de M. Monneret un mémoire sur les formes que prend la fibrine dans les inflammations. L'auteur résume son travail dans les propositions générales suivantes :

La fibrine ne se présente dans l'interstice des tissus ou à leur face libre que dans deux conditions morbides, l'inflammation et l'hémorrhagie.

Dans le premier cas, la fibrine s'extravase en solution dans la sérosité du sang et, bientôt après, passe à l'état solide et corpusculaire.

Examinée au microscope à un grossissement de 5 à 600 diamètres, elle affecte toujours une des trois formes suivantes :

1° La forme *fibrillaire;*
2° La *granuleuse;*
3° La *celluleuse.*

Les deux premières représentent la forme primordiale élémentaire et immuable de la fibrine.

1° La *fibrine fibrillaire* est constituée par des fibres excessivement fines, droites, parallèles, réunies en faisceaux plus ou moins nombreux et traversés parfois par d'autres faisceaux semblables plus ou moins régulièrement espacés. Les fibres sont très distinctement formées de nucléoles très petits, disposés en série linéaire, tout à fait pareilles aux fibres de la tunique moyenne des artères, des valvules sigmoïdes, des veines et des muscles de la vie organique. Elles sont très rapidement et très fortement rétractiles; en quelques minutes elles se réduisent à un très petit volume.

2° La *forme granuleuse* est déterminée par l'agglomération de granulations sphériques, presque de même dimension, et plus petites que toutes celles qui appartiennent aux tissus pathologiques. Elle constitue des masses irrégulières, de différentes grandeurs, et se trouve souvent, dans le même *plasma*, mêlée à la forme précédente, en laquelle elle ne se transforme pas.

3° La *forme celluleuse* est caractérisée par la présence de la cellule appelée granuleuse ou composée. Une enveloppe commune réunit huit à douze nucléoles qui se dissocient et se dissolvent par l'action de l'acide acétique. Cette cellule est une manière d'être nouvelle et pathologique de la fibrine, qui n'appartient qu'à l'inflammation.

Les fibrines fibrillées et granulées ont exactement les mêmes propriétés; solubles dans l'acide acétique, fortement rétractiles, elles se montrent toujours identiques à elles-mêmes dans toutes les sérosités des phlegmasies, dans la concrétion qui se forme à la surface de la peau dénudée, dans le *plasma* des plaies réunies par première intention, dans les plaques molles du muguet, tout aussi bien que dans la fausse membrane de la bouche ou du larynx enflammés; dans les pustules varioliques, où cette fibrine ne paraît que du sixième au douzième jour pour opérer la cicatrisation du derme; enfin, dans les concrétions plastiques de la pie-mère, du péritoine et des parenchymes enflammés.

La fibrine dans tous ces cas remplit les espaces intrafibrillaires des tissus, et, ainsi rejetée hors des voies de la circulation, amène l'oblitération des vacuoles organiques, comme elle le fait en grand pour toute une tunique séreuse. Elle subit alors différentes vicissitudes :

1° Elle joue le plus ordinairement le rôle d'une substance intermédiaire, d'un support dans lequel pénètrent les vaisseaux de nouvelle formation qui proviennent du tissu phlogosé;

2° Ou bien la sérosité fournie par les vaisseaux dissocie les éléments de la fibrine, qui est alors résorbée;

3° Souvent elle reste à l'état granuleux ou fibrillaire, devient plus dense et plus serrée, comme dans les adhérences, les plaques laiteuses et certaines indurations;

4° Enfin, elle reçoit par les vaisseaux qui la traversent et qui appartiennent au tissu voisin les éléments normaux qui entrent dans la constitution des cicatrices dont les tissus se sont régénérés.

Les fibrines fibrillaire, granuleuse et celluleuse ne s'organisent jamais; elles sont condamnées à rester ce qu'elles sont à leur sortie des vaisseaux phlogosés et à ne jamais prendre d'autre forme. Les vaisseaux qui les traversent peuvent seuls les atrophier et les faire disparaître ou y jeter deux produits, les uns physiologiques, les autres morbides.

Les produits physiologiques sont le résultat de la sécrétion variable et propre à chaque tissu duquel sortent les vaisseaux. C'est ainsi que l'on trouve dans le plasma cicatriciel de la pustule varioleuse l'épithélium à toutes les périodes de développement, et dans le croup, dans le muguet, la même formation dans le poumon enflammé chroniquement, la mélanose, etc., etc. Jamais on n'observe dans la fibrine déposée la moindre trace d'une transformation, quelle qu'elle soit.

L'action dynamique, vitale des vaisseaux propres fait tout; la fibrine n'y joue que le rôle fort secondaire de support.

Les produits hétéromorphes, tels que le pus, le tubercule, le cancer, peuvent y être déposés : 1° par le seul fait de l'endosmose quand les fausses membranes sont récentes ou anciennes, mais alors de consistance médiocre; 2° par sécrétion spéciale des vaisseaux qui traversent la fibrine. Ici encore jamais de transformation de cet élément en un autre.

De plus, la fibrine concrète retenant toujours de la sérosité et recevant d'ailleurs par endosmose toutes les liqueurs voisines, peut, par son contact avec l'air ou avec des humeurs acides, subir une troisième altération. Il y naît des végétaux dont les formes sont assez variables, et parmi lesquelles on distingue surtout des *sporohychum* et le *penicillum glaucum*. Les fausses membranes de la diphthérite et du muguet, aussi bien que celles que l'on trouve à la surface de la peau et ailleurs encore, constituent une sorte de tente ou de réceptacle pour ces végétations nouvelles. On obtient les mêmes résultats avec la fibrine que l'on expose à l'air, et que l'on acidifie légèrement. 3° La fibrine sortie des vaisseaux par hémorrhagie se présente également comme le concréteur phlegmasique sous la forme fibrillaire; mais les fibres en sont plus grosses, moins régulières, et il n'en naît pas une forme striée aussi distincte, ni aussi élégante que l'autre fibrine. Jamais on n'y voit mêlée la cellule granuleuse de l'inflammation. J'ai observé cette fibrine dans des caillots sanguins jaunâtres que le cerveau renfermait depuis longtemps, dans une caverne pulmonaire hémorrhagique, dans des tumeurs anévrismales et dans des indurations cérébrales jaunâtres que l'on aurait prises, sans le secours du microscope, pour des cicatrices cérébrales. La fibrine hémorrhagique n'appelle point le travail de vascularisation, comme le fait si rapidement la fibrine extravasée par inflammation. On ne voit jamais la moindre tendance de la part de cette fibrine à se transformer en tissu homologue ou hétérologue, ni à faire les frais de la plus mince régénération cicatricielle. Il faut pour cela que le travail phlegmasique intervienne et verse l'autre fibrine. Les différences qui existent entre le plasma phlegmasique et l'hémorrhagique sont donc assez tranchées.

Il résulte enfin de ces observations que la présence d'une quantité de fibrine, quelque minime qu'elle soit et appréciable seulement par le microscope, suffit pour établir d'une manière irréfragable l'existence d'une inflammation quand il s'y ajoute une cellule granuleuse. La sérosité du tissu cellulaire des membres œdématiés ou du liquide obtenu par la thoracentèse m'a permis de reconnaître des inflammations ignorées jusqu'alors, et par contre je n'ai rencontré aucune trace de fibrine dans les sérosités des phlyctènes, des sudamina, des bulles, et de quelques productions pathologiques qu'on aurait été disposé à rapporter à l'inflammation. On peut donc en clinique et par une observation très facile et rapide tirer des inductions précieuses, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement, de l'étude de la fibrine à l'aide du microscope.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Etats de vaccinations du Morbihan, de la Haute-Loire et d'Indre-et-Loire.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Remède nouveau.

M. Chabert annonce que, dans l'Amérique méridionale du centre, une plante appelée *huaco*, qui est employée par les médecins contre une foule de maladies, et en particulier contre les morsures des animaux venimeux, est aussi considérée comme un spécifique contre la rage. M. Chabert envoie à l'Académie plusieurs échantillons de cette plante. (Commission des remèdes secrets et nouveaux, à laquelle sont adjoints MM. Renault et Delafond.)

Médecine opératoire.

M. Fremineau, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, adresse un mémoire sur l'anesthésie comme moyen d'immobiliser l'œil dans les opérations qui se pratiquent sur cet organe. (Commissaires : MM. Velpeau et Malgaigne.)

Grossesse anormale.

M. le professeur Forget (de Strasbourg) communique un cas de kyste fœtal utéro-pelvien, dont le contenu (squelette du fœtus) a été expulsé partie par la cavité du col de l'utérus, partie par un abcès de la fosse iliaque externe. (Commissaires : MM. Paul Dubois, Danyau, Depaul.)

Morve.

M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique une observation de morve aiguë « *virulente* » développée spontanément chez une femme. (Commissaires : MM. Renault et Rayer.)

Croup.

M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, adresse un instrument en forme de pince dont les mors sont recourbés, et qui est destiné à dilater le larynx dans le croup. (Commissaire : M. Larrey.)

Dyssenterie.

M. Delioux adresse un mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie chronique.

RAPPORTS.

Fongus hématode.

M. Huzard lit un rapport sur un mémoire de M. Leblanc, relatif au fongus hématode ou sanguin observé chez le cheval, le bœuf et le chien. Les conclusions très favorables de ce rapport sont adoptées sans discussion.

Syphilis.

M. Bégin lit un rapport sur la présentation faite il y a plusieurs mois à l'Académie d'un médecin, M. L..., qui s'était inoculé la syphilis pour s'en préserver. Nous publierons textuellement ce long et curieux travail.

Après quelques paroles de MM. Ricord, Velpeau et de M. le président, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

LECTURES.

Médication ferrugineuse.

M. Quévenne lit l'extrait d'un mémoire sur l'action des préparations ferrugineuses. Nous publierons cet extrait dans notre prochain numéro.

PRÉSENTATIONS.

Maladies du fœtus.

M. Moreau, professeur d'accouchements à la Faculté de Paris, présente un cas d'hydropisie ascite considérable chez un fœtus.

M. Depaul demande la parole :

La pièce pathologique présentée par M. Moreau, dit-il, offre le plus grand intérêt. Elle est tout à fait semblable à celle que j'ai eu l'honneur de montrer moi-même à l'Académie le 26 février 1850, et qui a été le point de départ d'un travail ayant pour titre : *Rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie*, travail dont elle a bien voulu entendre la lecture à cette époque.

Les cas de la nature de ceux dont il s'agit soulèvent deux questions également importantes, l'une relative aux difficultés qui peuvent se présenter pendant la parturition et qui dépendent du volume exagéré de l'abdomen, l'autre se rattachant à un point de physiologie mal déterminé jusqu'à ce jour. Je veux parler de la sécrétion et de l'excrétion urinaires pendant la vie fœtale.

J'ai surtout traité dans mon mémoire la première partie de la question, et j'ai fait voir comment la ponction devait être méthodiquement pratiquée; car le vice de conformation ne voue pas les enfants à une mort certaine, et il est des cas où le chirurgien pourrait utilement intervenir pour rétablir après la naissance le cours naturel de l'urine. Je crois avoir également démontré que la distension de la vessie dépend d'un obstacle de forme variable qui peut siéger en différents points du canal de l'urètre, et que c'est elle qui, par les pressions qu'elle exerce sur les vaisseaux de l'abdomen, produit une hydropisie ascite, et souvent même une infiltration générale. C'est ce qu'on observe sur l'enfant que M. Moreau met sous les yeux de l'Académie, et c'est ce que j'avais déjà

remarqué sur l'un de ceux qu'il m'a été donné d'observer. Comme M. Moreau, je dus recourir à une double ponction; par la première évacuer la sérosité péritonéale; par la seconde l'urine accumulée dans la vessie, considérablement hypertrophiée; seulement, tandis que dans son observation l'enfant se présentait par le pelvis, dans la mienne c'est la tête qui s'engagea la première, et on comprend pourquoi les difficultés durent être plus grandes.

Sans m'occuper d'une manière spéciale de la question physiologique, j'avais établi que la sécrétion urinaire commence de bonne heure, que l'urine est excrétée par les contractions de la vessie, que la cavité de l'amnios en est le réservoir ultime, et qu'à l'une des principales origines du liquide amniotique était précisément l'urine incessamment fournie par le fœtus. De nouvelles recherches chimiques, entreprises de concert avec M. Regnault, d'autres considérations physiologiques et anatomo-pathologiques que je me propose de soumettre plus tard à l'Académie, ont complétement confirmé mes inductions premières. Je regrette que M. Moreau ne nous ait pas dit s'il y avait beaucoup d'eau dans la poche qui renfermait l'enfant qu'il a mis sous nos yeux. Il serait peut-être facile de combler cette lacune en prenant des renseignements auprès de la sage-femme qui a assisté au travail dès le début. Quant à moi, je puis dire que, dans les cas où on s'est occupé de cette question, il a été remarqué que l'eau de l'amnios était en très minime quantité.

Désarticulation de la moitié latérale gauche de la mâchoire inférieure.

M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, présente à l'Académie une jeune fille de dix-sept ans à laquelle il a pratiqué, l'année dernière, la désarticulation de toute la moitié latérale gauche de la mâchoire inférieure, et chez laquelle, malgré cet énorme délabrement, il ne reste presque aucune trace de l'opération. Le nerf facial a été respecté, de sorte que les paupières et les lèvres ont conservé leurs mouvements et le visage sa régularité.

L'examen anatomique de la tumeur a fait reconnaître un ostéosarcome de l'os maxillaire, et le microscope a constaté de nombreuses cellules cancéreuses et surtout une multitude de noyaux caractéristiques.

Nouvel irrigateur vaginal.

M. Maisonneuve présente ensuite un nouvel irrigateur vaginal construit d'après ses indications par M. le docteur Gariel, et qui permet aux malades atteintes d'affections de l'utérus de pratiquer dans l'intérieur du vagin des irrigations continues, en restant couchées dans leur lit ou sur une chaise longue, et sans mouiller en aucune façon leur lit ou leurs vêtements.

Cet instrument (fig. 1) consiste en un long siphon de caoutchouc vulcanisé, muni à son extrémité vaginale : 1° d'une ampoule dilatable qui retient l'eau dans l'intérieur du vagin et l'empêche de s'écouler par la vulve; 2° d'un tuyau de décharge destiné à conduire dans un vase préparé à cet effet l'eau qui a baigné le col de l'utérus.

La manière de s'en servir est fort simple.

1° Près du lit où doit reposer la malade, on dispose une table sur laquelle on place une chaise, et sur cette chaise on met un seau d'eau tiède.

2° On remplit d'eau le siphon flexible, puis, après avoir fermé le robinet d'écoulement, on plonge dans le seau préparé l'extrémité du siphon qui est munie d'un suçoir.

3° La malade, couchée sur son lit, introduit elle-même dans le vagin l'extrémité ampoulaire du siphon; elle dilate ensuite l'ampoule en pressant sur le réservoir d'air, et maintient cette dilatation en fermant le robinet.

4° Enfin, elle dispose l'extrémité du tuyau de décharge dans une cuvette vide et elle ouvre le robinet d'écoulement (fig. 2).

L'eau contenue dans le seau coule dans le vagin; retenue dans cet organe par l'ampoule dilatée, elle baigne le col de l'utérus et s'écoule par le tuyau de décharge sans mouiller aucunement ni les parties extérieures ni les garnitures du lit.

M. Maisonneuve affirme que les irrigations prolongées faites à l'aide de cet instrument lui ont donné d'excellents résultats dans un grand nombre d'affections graves de l'utérus et principalement dans les affections inflammatoires.

Nous le comprenons facilement. Les irrigations continues ont, en effet, une action médicatrice puissante dans une foule d'affections chirurgicales, et leur application aux maladies de l'utérus doit certainement rendre grands services.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Mon cher confrère,

Il y a deux mois environ, je reçus la visite d'un monsieur qui me dit : 1° s'appeler Sales-Girons; 2° être le publicateur de la *Revue médicale* rédigée par M. Cayol; 3° être mu par le désir de visiter l'établissement hydrothérapique de Bellevue et de recevoir de moi quelques éclaircissements au sujet du livre que je venais de publier.

J'accueillis ce monsieur avec les égards, l'urbanité, la complaisance dont j'use envers les confrères qui me font l'honneur de leur visite; je m'efforçai de le satisfaire sur tous les points, et il se retira en me témoignant vivement sa reconnaissance, son approbation, et en me demandant, Dieu me pardonne! de lui adresser pour son journal des articles qu'il s'estimerait heureux d'insérer.

Le 16 juin parut dans la *Revue médicale*, sous la rubrique: *Docteur Ley*, pseudonyme très transparent, dit-on, un article dont vous avez pu apprécier la valeur, si toutefois vous avez eu le courage de le lire jusqu'au bout, et le 23 le *Constitutionnel* contenait une magnifique réclame exaltant les mérites du même docteur Ley, tenant maison de santé hydrothérapique dans les Champs-Elysées, afin de rassurer le monde consterné par la mort de Priessnitz.

Le 25, j'adressai à M. Sales-Girons la lettre suivante :

« Monsieur,

» Malgré la grossière inconvenance et l'évidente partialité qui caractérisent l'article que vous avez inséré dans la *Revue médicale* et qui est signé d'un sieur Ley, j'avais l'intention de répondre à ce que j'aurais pu y démêler de scientifique. La réclame insérée dans le *Constitutionnel* du 23 juin ne me permet plus de descendre à une semblable polémique, et je me borne à vous demander l'insertion de cette lettre dans votre plus prochain numéro.

» Je suis, monsieur, votre très humble serviteur. »

Le lendemain 26, je recevais de M. Sales-Girons une réponse ainsi conçue :

« Monsieur,

» Quand on m'écrit, je me fais toujours un devoir de répondre.
» J'ai *donc* reçu votre lettre de réclamation, et je *viens vous dire*
» que je ne me crois pas obligé de la reproduire. » (Admirez la puissance du syllogisme et l'élégance du style!) « Cependant, si
» vous le désirez *résolument*, je veux que le public soit juge
» des grossières inconvenances que contient la critique signée du
» docteur Ley : je ferai suivre ou précéder (*ad libitum!*) la publi-
» cation de votre lettre de la reproduction de ladite critique. Ce
» qui ressortira du grief que vous faites à la *Revue*, c'est que vous
» ne permettez plus la critique qui juge. (Oh! galigirons!)
» Quant à ce que vous avez lu dans le *Constitutionnel*, je n'en
» ai point connaissance, et la *Revue* n'en saurait être responsable.
» Croyez-moi, Monsieur, votre premier mouvement était le bon.
» *Relevez par la science* ce qui a pu vous paraître à l'adresse de
» vos doctrines physiologiques, je serai heureux d'insérer votre ré-
» ponse et *même* d'y répondre *moi-même* » (Ah! M. Sales-Girons! vous me feriez en vérité trop d'honneur!) « scientifiquement, si je
» m'y crois obligé par les doctrines vitalistes et *traditionnelles* (*sic*)
» que professe notre journal.
» J'ai l'honneur d'être, Monsieur, votre tout dévoué serviteur,

» SALES-GIRONS. »

Il fallait bien informer l'éloquent défenseur des doctrines vitalistes et traditionnelles que je désirais résolument l'insertion de ma lettre précédée ou suivie de la reproduction de ladite critique, et je lui écrivis :

« Monsieur,

» Si vous pensez que vos lecteurs s'accommoderont d'une 2e édition de l'article en question, vous êtes parfaitement libre de le réimprimer. Je vous renouvelle donc purement et simplement la prière d'insérer ma lettre dans votre prochain numéro, et je pense que votre impartialité ne s'y refusera pas. J'aime à vous croire, Monsieur, lorsque vous dites que vous ne connaissez point la réclame insérée dans le *Constitutionnel* par le sieur Ley; mais permettez-moi d'ajouter qu'un journal est responsable de ses rédacteurs, et que la *Revue médicale* devrait choisir les siens avec plus de sévérité.

» Je suis, Monsieur, votre très humble serviteur. »

Vous croyez sans doute, mon cher confrère, que ma lettre a paru dans le numéro de la *Revue médicale* du 30 juin ou tout au moins dans celui du 15 juillet? Il n'en est rien. M. Sales-Girons a résolument et traditionnellement manqué à sa parole. A la place que devrait occuper ma réclamation brille une épître de M. Wertheim, dans laquelle cet illustre interprète des doctrines priessnitziennes me reproche de manquer à la reconnaissance que je lui dois. Oh! l'ingrat hydropathe! qui oublie de quelle manière *touchante* je me suis acquitté envers lui en le traitant suivant ses mérites dans son cabinet et devant témoin.

Quoi qu'il en soit, je n'entends point soulever des questions de pudeur médicale avec le journal qui a préconisé le massage cadencé du rectum, ni discuter les doctrines vitalistes de MM. Ley, Wertheim et consorts. Ces industriels, qui n'ont pas même l'habileté de dissimuler les ficelles qui les font mouvoir, seraient sans doute bien aises que je leur donnasse la réplique; mais il ne me convient pas de renouveler à leur profit le célèbre dialogue Hurel et Fichet. Mes honorables adversaires ont besoin d'une enseigne et d'une trompette pour attirer le public, je proclamerai volontiers, pour leur venir en aide, qu'ils sont les plus illustres hydropathes du monde, mais ma condescendance ne saurait aller jusqu'à les prendre au sérieux.

J'ai besoin, mon cher confrère, d'établir nettement ma position aux yeux du public médical; et puisque M. Sales-Girons me dénie la publicité qu'il me doit, j'espère que vous ne me refuserez pas celle de votre estimable journal.

Je ne terminerai pas cette lettre sans remercier M. Sales-Girons, au nom de l'*honnêteté*, de la louable fermeté avec laquelle il repousse certains articles dont on lui demande l'insertion, au nom de l'*instinct* (sic), des *convenances*, de la *morale* et de la *religion*..... juive! — M. Sales-Girons doit maintenant connaître la voie dans laquelle la basse jalousie de quelques industriels a voulu l'entraîner. J'aime à croire qu'il ne compromettra pas l'honorabilité de son caractère en servant d'aussi mesquines passions.

Agréez, etc.

L. FLEURY,
Agrégé de la Faculté.

Paris, le 20 juillet 1852.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de ce matin un article dans lequel l'auteur se plaint de mon manque d'exactitude et de la malveillance que j'ai montrées dans mon avant-dernier compte-rendu des séances de la Société de chirurgie publié dans l'*Union médicale*. Avant de répondre à ce reproche, permettez-moi de repousser quelques insinuations peu bienveillantes que renferme cet article.

L'auteur s'énonce ainsi : *Cette façon d'exposer les choses doit satisfaire les très petites passions de M. Fano, mais ne peut convenir aux gens qui font de la science honnête et sérieuse.*

En fait de passions petites ou grandes, je n'en ai qu'une seule qui me guide dans la rédaction des comptes-rendus de la Société de chirurgie: c'est l'amour de la vérité. Si je me suis trompé, le public jugera.

Relativement aux gens qui font de la science *honnête et sérieuse*, j'aime à croire que je suis du nombre. M. Follin doit savoir qu'on n'arrive pas à être prosecteur de la Faculté de médecine de Paris lorsqu'on ne fait pas de la science *honnête et sérieuse*.

Quant à la manière dont M. Follin a jugé l'appréciation que j'ai faite de son ophthalmoscope, ou pour mieux dire de l'ophthalmoscope du professeur Helmholtz perfectionné par MM. Follin et Nachet, je n'ai été que l'écho de la majorité des membres de la Société de chirurgie : c'est ce que la lecture du procès-verbal officiel qui se trouve dans le même numéro de votre journal démontre suffisamment.

Agréez, etc.

FANO,
Prosecteur de la Faculté de médecine.

Chronique et nouvelles.

Souscription en faveur de deux confrères dans le besoin. — Quoique nous ayons dû plusieurs fois déjà depuis quelques années faire appel aux sentiments d'humanité de nos lecteurs, nous croyons devoir y recourir une fois encore en faveur de deux confrères qui se trouvent dans la situation la plus malheureuse et que nous savons d'ailleurs dignes de l'intérêt de leurs confrères. Nous ouvrons donc pour eux une souscription et nous nous inscrivons pour la somme de 20 fr.

Hydrophobie. — La fréquence inusitée de l'hydrophobie depuis quelques semaines a donné lieu, comme tous les faits qui attirent l'attention publique, à une foule d'excentricités plus ou moins grotesques. Ne pouvant les signaler toutes, nous choisissons comme échantillon celle de M. Jacquemart, *professeur d'économie industrielle*. Cet honorable citoyen, après avoir annoncé au public et au gouvernement qu'il avait eu plusieurs fois la rage, termine ainsi sa lettre :

« Signaler au gouvernement son devoir, constater l'existence d'un virus rabique, rappeler que cette affection névralgique est due à l'instinct d'imitation et à des croyances erronées, à des préoccupations dangereuses, quoique absurdes; déclarer par des faits irrécusables que cette affection est rarement mortelle et qu'elle n'aurait que peu de gravité si la docte Académie de médecine voulait lui faire l'honneur de s'en préoccuper; enfin, rassurer le public, tel est le but de cette lettre, que je vous prie de vouloir bien insérer dans votre estimable journal. »

En preuve que la rage est une maladie légère et dont on guérit très bien, M. Jacquemart propose de se faire mordre par le premier chien hydrophobe venu. Mais cette preuve tourne évidemment contre M. Jacquemart, car une telle proposition ne peut assurément venir que d'une personne enragée. Le fait de M. Jacquemart est cependant curieux en ce qu'il prouve qu'il y a une rage chronique, ce qu'on avait ignoré jusqu'à ce jour.

— M. le docteur Blampignon (Jacques-Nicolas-Ambroise) vient de mourir à Troyes, à l'âge de 83 ans. Ses obsèques avaient réuni l'élite de la population de la ville; et dans un discours qui a vivement ému l'auditoire, M. le docteur Bédor a retracé avec un remarquable bonheur d'expressions les titres du vénérable défunt à la reconnaissance de ses concitoyens.

— Nous constatons avec bonheur, d'après les chiffres officiels des entrées aux hôpitaux, que l'état sanitaire de l'armée de Paris est des plus satisfaisants, malgré la période de fortes chaleurs que nous venons de traverser. (*Moniteur de l'armée.*)

— Voici une statistique qui peut donner une idée de ce qui existe chez nous, où la taxe des chiens vient d'être une fois de plus ajournée.

D'après un relevé qu'on a lieu de croire exact, il résulte que le nombre des chiens qui existent en Belgique peut être porté à 225,000. Sur ce nombre *plus de la moitié* sont errants ou ne sont pas déclarés pour la taxe. Sur 100,000 chiens déclarés au moyen du recensement, plus d'un millier sont légalement exemptés de la taxe. Les chiens de luxe, qui devraient figurer pour un tiers, sont déclarés en majeure partie comme chiens ordinaires, par suite de fraudes.

En supposant que les chiens soient proportionnellement aussi nombreux en France qu'en Belgique, et l'on doit croire qu'ils le sont davantage, il y aurait dans notre pays 2,024,000 chiens, dont un million au moins ne sont l'objet d'aucune surveillance. En présence d'un tel état de choses, on ne saurait trop applaudir aux mesures de sévérité que l'administration vient enfin de prendre.

Bulletin bibliographique.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 87. — SAMEDI 24 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 87. — SAMEDI 24 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38	

SOMMAIRE. — Revue des hôpitaux anglais. — Cancer multiple. — Hydrophobie. — Sur la médication ferrugineuse. — Rapport sur un fait relatif à la syphilisation.

REVUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

I. RÉTRÉCISSEMENTS REBELLES DE L'URÈTRE ; INCISION PÉRINÉALE PAR LE PROCÉDÉ DE M. SYME.

(Suite. — *Voir* le n° du 17 juillet.)

De cet ensemble de faits, il résulte incontestablement que l'opération des rétrécissements de l'urètre par le procédé de M. Syme mérite maintenant non-seulement d'attirer l'attention des chirurgiens, mais encore d'entrer dans la pratique chirurgicale usuelle. Il ne peut pas y avoir de discussion dans les cas franchement rebelles déjà traités plusieurs fois inutilement par la dilatation ou autrement, en particulier dans certains cas, bien connus des praticiens, de rétrécissements traumatiques, et, mieux encore, lorsque ces cas sont compliqués de fistules, comme dans les observations XIII et XIV.

Sûrement, s'il arrivait que ces lignes tombassent sous les yeux de certains spécialistes, elles soulèveraient de violentes contradictions de la part de ceux qui ont des procédés *certains* pour la *cure radicale* des rétrécissements. Tout ceci est bien connu. Mais lorsque des patients auront expérimenté inutilement ces procédés certains pour la cure radicale et qu'ils garderont encore leurs rétrécissements, on nous permettra bien, je pense, de nous adresser à quelque chose de plus sûr et de bien connu, puisque cela rentre dans le domaine général de la chirurgie.

Il n'est pas nécessaire, je suppose, d'entrer dans l'exposé des conséquences si graves des rétrécissements de l'urètre persistants pour justifier une opération pareille à celle que pratiquent MM. Syme et Coulson. Où est le chirurgien qui hésite à faire une incision périnéale pour retirer certains calculs? Et tout le monde reconnaîtra qu'un rétrécissement de l'urètre est bien au moins aussi grave qu'un calcul vésical.

Que faire autrement? De la dilatation? Mais elle a échoué sous toutes ses formes. — De la cautérisation? Mais elle est à peu près généralement abandonnée, même pour les cas simples. — Des incisions internes par des urétrotomes cachés? Mais c'est une méthode souvent infidèle, souvent plus dangereuse par la possibilité des infiltrations que l'incision extérieure, sur laquelle elle n'a aucun avantage ; c'est une méthode aveugle, un peu hasardeuse, au point qu'elle n'a jamais pu se généraliser.

Dans ce parallèle qu'il établit longuement, M. Syme compare, en outre, son procédé à un procédé ancien qui consiste à faire aussi une incision par le périnée, mais en s'aidant seulement du bec du cathéter introduit jusqu'au niveau du rétrécissement sans passer à travers. « Deux opérations, dit-il, ne peuvent pas plus différer que celle-là si justement réprouvée et la mienne. L'indication de la première est dans les cas de rétrécissements imperméables, tandis que la seconde exige le passage de l'instrument. La première est difficile, longue à pratiquer, dangereuse et non satisfaisante ; la seconde est terminée d'un coup, parfaitement sans danger (ceci est un peu exagéré) et complètement efficace. Il n'y a pas, d'ailleurs, de rétrécissements imperméables. »

Je demanderai à M. Syme la permission de n'être pas tout à fait de son avis en tout ceci Non pas qu'il y ait le moindre parallèle à établir entre les deux procédés, et que le chirurgien ne doive pas d'abord chercher à introduire un petit cathéter cannelé au préalable, car tout cela est incontestable. Mais M. Syme dit qu'il n'y a pas de rétrécissements imperméables. Tant mieux pour M. Syme et ses patients, s'il en est ainsi. Malheureusement il y a des exceptions ; et si ces exceptions se trouvent entre les mains d'un chirurgien aussi habile que M. Coulson et de plusieurs autres, on peut hardiment prédire qu'il s'en trouvera encore. M. Syme ajoute que l'ancienne méthode est justement réprouvée ; c'est être peut-être un peu sévère. Car voici, entre autres, deux cas empruntés à la pratique de M. Coulson, et dont j'ai minutieusement examiné les résultats.

OBS. XV. — Un matelot, âgé de quarante-quatre ans, portait depuis quinze ans un rétrécissement urétral dû à des hémorrhagies antérieures. Plusieurs fois il avait été déjà traité incomplétement.

Lorsqu'il est venu le 15 octobre dernier dans le service de M. Coulson à Saint-Mary's hospital, le rétrécissement était si étroit que l'on n'a pu introduire aucun instrument. M. Coulson s'est alors décidé à opérer par l'ancienne méthode, c'est-à-dire en introduisant un cathéter jusqu'au rétrécissement, puis incisant par le périnée sur le bec du cathéter, et en continuant ensuite à pousser doucement, le cathéter auquel de petites incisions avec la pointe du bistouri à travers la partie rétrécie frayaient la voie. L'opération a parfaitement réussi, et l'opéré a quitté l'hôpital le 14 novembre, portant encore une toute petite fistule périnéale qui s'est cicatrisée seule en trois semaines après sa sortie.

Aujourd'hui, mai 1852, six mois après le rétablissement complet, la guérison est parfaite. La miction s'exécute très régulièrement. Le canal reçoit sans difficulté un cathéter d'un très gros calibre, à faire envie à feu M. Mayor. Il reste au périnée une cicatrice plate, un peu déprimée, à forme ovoïde, à extrémité pointue, longue d'un pouce et demi et large de quelques lignes, placée juste au milieu de l'espace entre l'anus et la racine des bourses ; le tissu cicatriciel est d'un blanc pâle, souple, non adhérent aux couches profondes, dans lesquelles on ne sent aucune dureté. Les érections ne sont ni interrompues, ni gênées.

OBS. XVI. — Un cocher, âgé de trente-cinq ans, a passé un mois à la même époque dans le service de M. Coulson à Saint-Mary's hospital, porteur, à son entrée, d'un rétrécissement traumatique dû à un coup qu'il s'était donné quatorze ans avant sur le périnée contre l'épaule d'un cheval.

A son entrée, rétention complète; tentatives infructueuses de cathétérisme, d'abord de la part d'un chirurgien habile, et puis de la part de M. Coulson. Opération comme dans le cas précédent.

Lorsque je l'ai examiné, le même jour que le précédent, je lui ai trouvé une cicatrice à peu près semblable, sauf qu'elle est un peu plus dure et qu'elle fronce un peu la peau autour d'elle. Pas de duretés profondes. Erections et miction faciles. Seulement on ne peut introduire qu'un cathéter du volume de la sonde habituelle des trousses, et on sent alors que les parois de la partie profonde de l'urètre sont un peu dures.

Pendant le séjour de ces deux patients à l'hôpital, il y en avait quatre autres opérés par le procédé pur de M. Syme, et qui ont parfaitement guéri.

En définitive, aux méthodes conseillées jusqu'à ce jour pour le traitement des rétrécissements de l'urètre, il nous faut, depuis le procédé publié par M. Syme et depuis les succès obtenus par lui et par M. Coulson, y en joindre une autre. Cette nouvelle méthode, surtout applicable aux cas rebelles, en particulier aux rétrécissements traumatiques, consiste dans l'incision de la partie rétrécie faite à ciel ouvert, en allant de la peau vers l'urètre ; et comme la plupart des rétrécissements urétraux sont vers le périnée, on appelle généralement cela ici : la méthode par incision périnéale ; quoique, suivant le siége de la lésion, l'incision puisse ne pas être périnéale, comme dans l'observation XI précitée.

Je ne crois pas trop me hasarder en l'appelant nouvelle, quoiqu'elle ait été parfois conseillée par quelques chirurgiens, et quoique le procédé lui-même de M. Syme soit à peu près décrit par Desault ; mais elle avait été universellement rejetée et était restée inconnue, tant ses indications et son application régulière avaient été peu posées. Quant à l'opération dite de la boutonnière, quoiqu'elle ait avec celle-ci certains rapports et qu'elle ait pu même peut-être l'inspirer, elle en diffère beaucoup. Telle qu'elle est comprise et à peu près généralement repoussée aujourd'hui, l'opération de la boutonnière est simplement une ponction de la vessie par le périnée, que l'on met en parallèle avec la ponction par le rectum ou l'hypogastre, ou avec le cathétérisme forcé, et non un moyen curatif direct du rétrécissement.

Cette méthode de traitement comprend deux procédés : le procédé ancien; le procédé de M. Syme.

Le procédé ancien, repoussé par des préoccupations théoriques, mais plus facile à manier aujourd'hui d'après les indications qui rejaillissent sur lui du procédé de M. Syme, pourra encore trouver quelques applications dans les cas rares mais possibles de rétrécissements infranchissables. Les deux observations de M. Coulson sont là pour le prouver.

Mais le procédé de M. Syme est incontestablement et de beaucoup supérieur; il n'y a même pas de parallèle à faire. Toutes les fois qu'il est applicable, ce qui est l'ordinaire, il doit évidemment être préféré. Les nombreux succès obtenus appellent désormais l'attention des chirurgiens. Et, pour que les praticiens aient le plus grand nombre de détails possible pour diriger leur jugement, je vais ajouter encore quelques mots sur les préliminaires et les suites de l'opération. Le manuel de l'opération en elle-même est assez exactement décrit dans l'observation I pour que je n'aie pas besoin d'y revenir.

Préliminaires de l'opération. — M. Syme a toujours réussi à faire passer des instruments dans les rétrécissements les plus étroits. Est-ce plus d'habileté, plus de bonheur? ou cela tiendrait-il aux bougies fines métalliques (composées d'un mélange d'étain et de zinc appelé, je crois, *argent de Berlin*) dont il se sert? Je n'en sais rien. En tout cas, le chirurgien doit toujours chercher à franchir le rétrécissement avec de fines bougies, et, s'il y met de la persévérance et de l'adresse, il y parviendra presque toujours.

Parfois, surtout pour l'espèce de rétrécissements dont il s'agit ici, la sensibilité de l'urètre est telle que l'emploi du chloroforme devient extrêmement utile, indispensable même pour ces manœuvres.

Si du premier coup on peut franchir le rétrécissement avec un très fin cathéter cannelé, on peut de suite procéder à l'opération.

Sinon il faut graduellement augmenter de jour en jour le volume des fines bougies, ce qui est toujours faisable, jusqu'à ce qu'un fin cathéter cannelé puisse passer.

Suites de l'opération. — Nous avons dit dans les observations qu'aussitôt l'incision faite on place dans l'urètre un fort cathéter creux de volume ordinaire, qu'on maintient à demeure pendant quarante-huit heures seulement, après lesquelles on le retire tout à fait. L'opéré, rapporté dans son lit, reste couché sur le dos sans qu'on fasse sur la plaie aucun pansement autre que quelques applications ou fomentations d'eau fraîche.

Dès que le cathéter est retiré, il arrive quelquefois que toute l'urine s'échappe en totalité et régulièrement par l'urètre, sans qu'il en passe d'ordinaire par la plaie, béante cependant. Mais plus fréquemment, elle passe en partie par l'urètre, en partie par la plaie pendant quelques heures ou parfois pendant quelques jours. On ne doit s'en occuper en aucune façon, si ce n'est au bout de huit à dix jours, où une bougie d'un volume moyen doit être passée et réintroduite tous les huit ou quinze jours pendant deux mois. L'expérience, répétée un assez grand nombre de fois maintenant, montre, ce qu'on n'aurait certes pas prévu, que toujours la plaie périnéale se cicatrice spontanément, souvent en quinze jours, au plus tard dans le courant du mois; il est très exceptionnel que ce travail exige six semaines comme dans le cas de l'observation XV. On voit donc que le traitement consécutif est fort simple.

Accidents, complications. — M. Syme dit, page 57 de sa brochure, que l'opération est parfaitement sans danger. Cependant, il cite lui-même un cas de complication redoutable dont il va être question. Quelques autres accidents se sont présentés aussi. Mais, somme toute, il est permis de dire :

1° Que cette opération et ses suites sont, dans la grande majorité des cas, les plus simples du monde ;

2° Que les accidents et les complications sont rares et ne paraissent pas jusqu'alors être différents de ceux de toute plaie simple du périnée, par exemple dans une opération de taille ordinaire, quoique la plaie dans ce dernier cas soit peut-être même plus grave.

A priori, puisque les rétrécissements sont placés, le plus souvent, au niveau du bulbe et puisque le bulbe est alors incisé à coup sûr par sa face inférieure médiane, on aurait pu craindre :

1° Une hémorrhagie;

2° Des nodosités ultérieures;

3° Des difficultés pour l'érection.

Eh bien! il n'en est rien.

Je puis affirmer, pour l'avoir vu, que l'incision assez étendue du bulbe et de la partie spongieuse de l'urètre ne donne lieu à aucune hémorrhagie. On aurait pu s'en douter, du reste, d'après les résultats de la taille, dans laquelle, lorsqu'elle était médiane, on incisait à coup sûr le bulbe, et dans laquelle, depuis qu'elle est latéralisée, on l'incise aussi à peu près toujours, quoique à la rigueur on puisse l'éviter. L'incision portant juste sur la ligne médiane, l'anatomie nous montre qu'on n'a pas à craindre l'hémorrhagie artérielle, sauf le cas d'anomalie et sauf le cas d'artère passant d'un côté à l'autre pour fournir aux deux, cas rare et qui se retrouve du reste dans bien d'autres opérations sans faire reculer le chirurgien pour cela. Aussi M. Syme ne parle-t-il pas de cette espèce d'hémorrhagie et M. Coulson ne l'a-t-il vue qu'une seule fois.

Quant aux nodosités et à la gêne consécutive dans l'érection, elles n'existent pas, si ce n'est dans des cas qui doivent être bien exceptionnels.

L'incision de cavités vasculaires comme celles du bulbe peut exposer évidemment à la phlébite et à l'infection purulente. Tel a été le cas de l'opéré de l'observation I. Mais cet accident est très rare, puisque c'est la seule fois qu'il ait été observé, et, tout en tenant compte de la possibilité du fait exceptionnel, le chirurgien, à mon sens, ne doit pas plus se laisser effrayer par elle dans l'opération dont il s'agit que pour tant d'autres opérations, la taille, par exemple.

Enfin, un autre accident qui a été observé et dont la possibilité était facile à concevoir, comme dans toute autre espèce de plaie, est rapporté par M. Syme dans les termes suivants :

OBS. XVII. — « Dans aucun des cas où j'ai ainsi divisé les rétrécissements, il n'en est résulté aucun accident, excepté une fois. » Cette fois, l'opéré fut pris d'une attaque formidable d'érysipèle, qui commença par le périnée pour s'étendre ensuite sur toute la surface du corps, accompagné d'une si grande perturbation constitutionnelle qu'il en résulta une extrême émaciation et une grande prostration des forces. Pendant cette complication, la plaie, au lieu de se cicatriser comme d'habitude, resta ouverte plusieurs semai-

nes ; elle conserva sa forme conique après le retrait des granulations ; et, lorsque la cicatrisation fut complète, il resta à l'urètre, dans le lieu où avait été pratiquée l'incision, une petite ouverture cachée sujette à s'ouvrir de temps en temps et à fournir alors un peu d'urine.

Voilà tous les accidents sur lesquels j'ai pu avoir des renseignements. M. Coulson a pratiqué une vingtaine de fois cette opération ; M. Syme l'a certainement pratiquée plus de trente fois. Mettons une cinquantaine en tout pour les deux, afin de rester plutôt en dessous de la vérité que de risquer de nous tromper. Ainsi, sur une cinquantaine de cas, presque tous suivis d'une guérison facile, il y a eu trois accidents :

1° Une hémorrhagie artérielle ;
2° Une infection purulente ;
3° Un érysipèle grave, et par suite complications dans le travail de cicatrisation de la plaie et persistance d'une fistule périnéale. L'hémorrhagie a paru dans un cas de la pratique particulière; les deux autres accidents ont eu lieu dans les hôpitaux. Est-ce là tout, en effet? N'y a-t-il eu que ces trois accidents? C'est très probable; seulement, n'ayant pas vu tous les faits, je ne puis rien affirmer personnellement. Mais ce que je puis dire, c'est que dans la grande majorité des cas les opérés guérissent bien, et sans accident aucun.

La guérison est-elle définitive? L'avenir seul le décidera. En attendant, plusieurs opérés sont restés guéris depuis plusieurs années. Et lorsqu'on considère le grand nombre de succès actuels obtenus, on ne peut s'empêcher de dire qu'un progrès sérieux a été fait sur ce point par l'initiative de M. Syme, et puis par la persévérance et de M. Syme et de M. Coulson.

Rétrécissements ordinaires. — On a pu voir çà et là, dans cet exposé, que M. Syme (et il n'est peut-être pas le seul) a une tendance par moments à élargir le cercle d'application de sa méthode et de son procédé. Par exemple, le cas de l'observation VIII n'est pas un cas de rétrécissement rebelle, et la raison donnée par M. Syme pour l'indication de l'opération, à savoir, le peu de temps que le patient pouvait accorder pour le traitement, n'est évidemment pas la seule. D'ailleurs, M. Syme formule ainsi la seconde conclusion de son mémoire :

« 1° Dans les cas moins rebelles, mais réclamant toujours un fréquent usage des bougies, la division est préférable à la dilatation, comme amenant un soulagement plus prompt, plus sûr et plus permanent. »

C'est surtout dans le but d'appuyer cette proposition que M. Syme a passé en revue les méthodes employées jusqu'alors.

Ainsi la dilatation, si souvent infidèle, lente, et laissant persister quelquefois longtemps les accidents particuliers aux rétrécissements, produit souvent des accidents spéciaux. M. Syme mentionne : les accès fébriles analogues à ceux de la fièvre intermittente, et suivis d'éruptions herpétiques des lèvres et de la face, de gonflement douloureux du testicule et d'abcès au périnée ; la suppuration dans les grandes articulations, qu'il faudrait distinguer, ce me semble, de l'arthrite analogue à celle produite par la blennorrhagie et qui n'est pas absolument rare dans ces cas, et peut-être aussi de l'infection purulente qui a été vue et que j'ai vue moi-même dans le service de M. Velpeau à la suite d'un simple cathétérisme parfaitement bien pratiqué; les fausses routes, etc... ; et l'on pourrait mieux spécifier en outre l'exaltation de sensibilité urétrale, les blennorrhagies, les épididymites assez rebelles, etc. Tout cela est vrai; plus d'une fois le traitement le plus simple des rétrécissements urétraux, celui par la dilatation, a ainsi occasionné la mort des patients. — Néanmoins il faut avouer que le parallèle entre la nouvelle opération et la dilatation dans les cas de rétrécissements ordinaires est fort difficile à faire ; car enfin la dilatation, quoique si souvent infidèle, donne aussi de beaux succès, et M. Syme en rapporte lui-même dans des cas de complications par des fistules périnéales; puis les accidents graves produits par la dilatation ne sont pas absolument fréquents; et la raison tirée de la rapidité des deux méthodes, quoique bonne, n'est pas des plus importantes. Somme toute, dès que nous sortons des cas rebelles, les indications d'application du procédé de M. Syme deviennent un peu plus difficiles à poser. Une expérience plus étendue, de nouveaux faits, sont nécessaires pour pouvoir fournir les bases de règles pratiques plus précises.

Continuant sa revue des autres méthodes, M. Syme repousse d'une manière absolue les enharcotiques. Ici encore il y a peut-être bien lieu à révision. Le nitrate d'argent employé comme cathérétique, les bougies saupoudrées d'alun, telles que les emploie parfois M. Jobert, et bien d'autres substances, ne sont pas jugées sans appel.

Quant à l'urétrotomie au moyen d'instruments cachés, dont le nombre est si grand aujourd'hui, on pourrait sans peine accorder à M. Syme qu'elle doit céder le pas à l'incision périnéale.

Un mot pour terminer. J'ai dit qu'il n'y avait que trois accidents connus sur plus d'une cinquantaine de cas. Naturellement il n'était question que du procédé de M. Syme pur, et non du procédé ancien, dont il n'a été parlé qu'incidemment, et dont les dangers sont autrement grands de toutes façons. C'est à cette dernière opération que se rapporte un cas de mort dans le service de M. Coulson chez un jeune homme affecté de rétrécissement traumatique très grave et compliqué, qu'on fut obligé de traiter par l'ancien procédé; la mort fut produite surtout par la complication d'accidents appelés choréiques. Ainsi encore il y a en ce moment dans le service de M. Coulson un vieillard qui a subi une opération dérivée peut-être du procédé de M. Syme, quoique bien différente ; le périnée était criblé de fistules graves. Non-seulement M. Coulson a incisé par le périnée, mais encore il a enlevé tous les trajets fistuleux, en enlevant en même temps toute la paroi inférieure de l'urètre ; plusieurs complications sont survenues, et aujourd'hui l'opéré n'est pas trop mal. Il est évident que des faits de cet ordre ne peuvent en rien entrer en ligne de compte pour l'appréciation du procédé de M. Syme.

Il y a hien aussi une question qui se rattache à tout ce qui précède, et qui agite vivement les chirurgiens de Londres, comme on a pu voir dans une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale. Nous retrouverons cette question à mesure que des faits se présenteront. Il s'agit du lieu où il faut ponctionner la vessie dans les cas pressants de rétention complète de l'urine.

CANCER MULTIPLE.

M. le docteur Mavel nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur,

La lecture des leçons cliniques de M. Maisonneuve sur les maladies cancéreuses me fait un devoir de publier une observation rare de cancers multiples sur le même individu. J'ai regretté de ne pouvoir soumettre à l'inspection microscopique ces divers tissus, l'observation eût été plus complète ; cependant les caractères bien tranchés sous lesquels ils se sont présentés ne laissent aucun doute sur leur nature suspecte.

Le sujet qui a présenté ces divers tissus ayant été l'objet d'une expertise légale, je vais vous donner une copie du rapport que jai remis à M. le procureur du roi.

Squirrhes du foie; mélanose du poumon; matière colloïde dans le corps thyroïde; aortite. Mort, suite de coagulation du sang dans l'aorte.

Le 29 mars 1844, sur la réquisition de M. Cauquet, procureur du roi, je me suis transporté au chef-lieu de la commune de Job (Puy-de-Dôme), à l'effet de visiter le cadavre de Côme Clauvel, et de rechercher si la mort peut être attribuée à un coup de pierre qu'il aurait reçu quelques instants avant sa mort.

Avant de procéder à l'autopsie, j'ai obtenu des parents du défunt les renseignements suivants :

Depuis plusieurs années Côme Clauvel traînait une vie languissante ; alité depuis un mois, il avait reçu les secours d'un médecin, qui avait pratiqué une saignée, prescrit une application de sangsues sur le côté gauche de l'épigastre, et un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

La veille, le 28 mars, Côme Clauvel s'était levé pour la première fois; il était allé prendre part à une querelle qui avait eu lieu entre sa fille et une de ses voisines. Pendant cette querelle, il avait reçu un coup de pierre dans la poitrine; il avait ensuite regagné son domicile, à 20 mètres de distance; il avait pu, aidé de ses parents, monter l'escalier du premier étage; il s'était couché et avait succombé au même instant.

Ces renseignements obtenus, et ayant prêté entre les mains de M. le juge d'instruction le serment voulu par la loi, j'ai procédé ainsi qu'il suit à l'expertise du cadavre.

Le cadavre est sur son lit, dans la position qu'il avait au moment de la mort, couché un peu sur le côté droit, revêtu de ses habits.

L'on ne remarque aucune trace de boue ni sur la veste, ni sur le gilet, ni sur la chemise, ni sur le pantalon; aucune trace qui indique l'endroit qu'aurait frappé une pierre couverte de boue qui est présentée par les parents du défunt, et qu'on soupçonne être celle qui a donné la mort.

Dépouillé de ses vêtements, le cadavre paraît être celui d'un homme de soixante ans environ; il présente encore la rigidité cadavérique; la cornée transparente est flétrie, grisâtre. Sur l'hypochondre gauche l'on retrouve des cicatrices de piqûres de sangsues, et sur l'hypochondre droit un vésicatoire non encore cicatrisé.

Abdomen. — Tous les organes abdominaux, moins le foie, sont à l'état normal.

Le foie est très volumineux; à sa surface l'on remarque plusieurs taches jaunâtres racornies de 2 à 6 centimètres tant en diamètre qu'en profondeur; incisées, ces portions du foie crient sous le scalpel; elles offrent la consistance de la glande prostate, conservent leur couleur jaunâtre et laissent couler par la pression un liquide de même couleur.

Thorax. — Le péricarde contient quelques cuillerées d'une sérosité citrine; la surface du péricarde n'offre rien d'anormal; il en est de même des parois du cœur; les valvules du cœur sont épaissies.

La crosse aortique contient des caillots de sang en forme de houdins; ces caillots sont entourés d'une pseudo-membrane assez bien organisée et assez ferme pour que je puisse, sans la déchirer, en sortir le sang coagulé.

La séreuse aortique est d'une couleur écarlate qui résiste au lavage; séparée de la membrane fibreuse, elle conserve sa couleur et laisse voir celle-ci d'une couleur blanche semblable à celle des tendons.

La plèvre droite contient environ un litre de sérosité sanguinolente; il n'y a aucune trace de fausses membranes.

Le tiers supérieur du poumon droit est un peu violacé, mais crépitant; les deux tiers inférieurs sont splénisés; coupés par branches et plongés dans l'eau, ils submergent. Dans la partie la plus inférieure de ce poumon, l'on remarque des noyaux hien tranchés, noirs, compactes, séparés des parties voisines; plongés dans l'eau, ils en atteignent promptement le fond.

La plèvre gauche ne contient pas de sérosité.

Le poumon gauche est sain dans ses deux tiers supérieurs; le tiers inférieur est violacé : il contient quelques noyaux mélanosés comme le poumon droit.

Le corps thyroïde, très volumineux, consiste en deux lobes bien distincts; le droit est, comme à l'état normal, formé d'une grande quantité de granulations d'un gris rosé. Le premier coup de scalpel que je donne sur le lobe gauche en fait jaillir une demi-cuillerée environ d'un liquide grisâtre, trouble; le reste de ce lobe est formé par une gelée grisâtre en partie infiltrée entre les granulations, en partie réunie en petits foyers du volume d'un haricot.

Les organes encéphaliques ne présentent rien de remarquable.

Conclusions. — 1° Rien n'indique que Côme Clauvel ait reçu un coup de pierre.

2° Serait-il prouvé qu'un coup de pierre a été reçu, on ne pourrait lui attribuer aucune des nombreuses altérations trouvées à l'autopsie.

3° L'état maladif dans lequel se trouvait depuis longtemps Côme Clauvel doit être rapporté au développement des trois dégénérescences : le squirrhe du foie, la mélanose du poumon et la matière colloïde du corps thyroïde.

4° La cause immédiate de la mort a été la coagulation du sang dans l'aorte enflammée.

Agréez, etc. MAVEL, D.-M.-P.

Ambert, le 20 juillet 1852.

HYDROPHOBIE.

M. le docteur Rivière, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille, nous adresse une observation qu'on lira avec intérêt.

Pendant le mois d'août de l'année 1846, je fus appelé auprès de Mme B... pour lui donner mes soins.

Cette personne, âgée de vingt-sept ans, présentait les symptômes suivants : agitation très grande, pouls fréquent, loquacité, idées incohérentes, constrictiou du pharynx, horreur de la lumière ; la malade repousse la boisson qu'on lui présente. La seule vue d'un liquide quelconque fait naître chez elle des tremblements nerveux et des mouvements convulsifs. Point de sputation ; elle ne cherche pas à mordre.

Je m'enquiers aussitôt de la cause de cette singulière affection.

L'idée de la rage communiquée est écartée, cette personne n'a pas été mordue.

Une grande frayeur a produit seule les désordres dont j'ai esquissé le tahleau. Peu de jours auparavant cette dame avait assisté à une scène déchirante. Une personne à laquelle elle portait la plus vive affection avait éte suhitement pendant la nuit atteinte d'aliénation mentale. Deux heures durant elle fut obligée de résister à ce malheureux pour l'empêcher d'attenter à ses jours.

Je fis aussitôt une saignée que je fus obligé de suspendre, l'état de la malade s'exaspérant à mesure que le sang coulait. Friction avec l'extrait de belladone au-devant du cou et aux aisselles. Je revis Mme B... à une heure fort avancée de la nuit. Mêmes symptômes, mais un peu moins d'agitation. Dans la matinée rémission complète. La malade reste abattue ; elle peut avaler avec difficulté quelques cuillerées d'une potion antispasmodique opiacée.

Je croyais le danger conjuré, lorsque vers les cinq heures du soir je fus mandé subitement. Les symptômes de la veille s'étaient reproduits avec la même iutensité. — Frictions comme ci-dessus.

En présence d'accidents aussi graves, l'idée me vint d'administrer le sulfate de quinine, si j'étais assez heureux pour observer une nouvelle intermittence. Je suivis cette nouvelle phase de la maladie avec le plus vif intérêt et la plus grande anxiété. En effet, après une nuit très orageuse signalée par un accès plus intense que les deux premiers, le calme reparut vers le matin, et je pus faire prendre à la malade 1 gramme de sulfate de quinine associé à 10 centigrammes d'extrait d'opium en pilules. Dans la soirée, à sept heures, quelques symptômes nerveux se reproduisirent à peine. Le lendemain je prescrivis : sulfate de quinine, 75 centigrammes, et extrait d'opium, 5 centigrammes. La malade n'a presque plus de répugnance pour les liquides; elle peut prendre sans effort quelques tasses de bouillon de poulet. Plus de nouvel accès. Continuation du sulfate de quinine à dose décroissante pendant quelques jours. Aucun des symptômes d'hydrophobie n'a reparu depuis, et Mme B... a joui d'une bonne santé.

Le succès du sulfate de quinine dans ce cas d'hydrophobie non rabique m'a suggéré la pensée de proposer l'emploi de ce puissant médicament, seul ou associé à l'opium dans la rage inoculée. Le type intermittent de cette redoutable maladie et l'action héroïque du sulfate de quinine dans un grand nombre d'affections à formes périodiques ou intermittentes semblent recommander cette médication comme rationnelle. Les accidents nombreux de rage qui se produisent depuis quelque temps peuvent fournir aux praticiens l'occasion de tenter ce moyen contre une maladie jusqu'à présent sans remède. *Melius anceps remedium quam nullum.*

Encore un mot.

On a préconisé ces jours derniers dans votre journal la noix de cédron comme antipériodique. On vante même cette semence comme antidote de la morsure des serpents venimeux. Ne pourrait-on pas l'expérimenter dans quelques cas d'hydrophobie rabique ?

Si vous jugez cette note digne d'intérêt, veuillez lui donner de la publicité.

E. RIVIÈRE,
Médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Sur la médication ferrugineuse.

Voici la note extraite d'un long travail sur les ferrugineux, et communiquée à l'Académie de médecine par M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité. Cette note a pour titre :

Expériences sur l'action physiologique des préparations de fer se rapportant surtout aux phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans l'estomac.

L'auteur a extrait de son travail quelques faits qui forment l'objet d'une communication à cette Société savante.

Les faits qu'elle contient se rapportent :

1° Au tartrate de potasse et de fer ;

2° Au mode d'action des préparations ferrugineuses insolubles, comparé à celui des sels solubles ;

3° Aux modifications éprouvées par l'iodure de fer dans l'économie ;

4° Enfin au fer réduit par l'hydrogène.

Tartrate de potasse et de fer.

Beaucoup de personnes regardent le sel dont nous parlons comme supérieur aux autres préparations de fer usitées en médecine. On a expliqué de la manière suivante cette supériorité d'action : « Ce sel résistant mieux à l'action décomposante des alcalis, son absorption peut avoir lieu aussi bien en présence du suc intestinal alcalin qu'en présence du suc gastrique acide. »

M. Mialhe a surtout propagé cette opinion, qui a été adoptée dans la plupart des ouvrages de thérapeutique modernes.

Toutefois, M. Mialhe lui-même, en répétant les expériences de M. Leras sur le phyrophosphate de fer et de soude, reconnut que non-seulement ce pyrophosphate, mais aussi le tartrate de potasse et de fer, précipitaient par le suc gastrique, semblables en cela aux autres sels de fer.

En reprenant l'étude de ces phénomènes, M. Quevenne est arrivé aux résultats suivants :

Si le tartrate de potasse et de fer est introduit dans l'estomac au moment où cet organe renferme des aliments, la plus grande partie du fer se précipite en combinaison avec ces derniers, et même la précipitation est plus forte dans ce cas qu'avec les autres sels de fer.

Mais si, au moment de l'ingestion du tartrate de potasse et de fer, l'estomac est complétement vide d'aliments et ne renferme que quelques matières muqueuses neutres ou alcalines, le fer n'est pas précipité ou ne l'est que fort peu.

D'après ces faits, on ne doit donc pas dire d'une manière générale, comme on l'avait fait jusqu'à ces derniers temps, que l'état de fixité de l'oxyde de fer, dans le double tartrate de ce nom, rende ce composé plus propice à l'absorption. Loin de là, ce suc est abondamment précipité s'il rencontre des aliments dans l'estomac ; et c'est seulement dans l'état de vacuité complète de cet organe que la théorie ci-dessus rapportée peut être applicable.

Préparations de fer solubles et préparations insolubles.

Dans l'état actuel de la science, c'est une chose admise sans contestation que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes sont moins actives que celles qui sont solubles. Cependant, si l'on peut mesurer l'activité de ces diverses préparations par la quantité de métal introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique, l'opinion dont nous parlons ne serait fondée qu'autant que l'on prendrait pour terme de comparaison un composé peu soluble dans les acides, comme le safran de mars, par exemple, et elle cesserait de l'être lorsqu'il s'agirait de préparations de fer insolubles par elles-mêmes, mais facilement attaquables par le suc gastrique, tels sont le fer réduit, le proto-carbonate.

Voici les expériences rapportées par M. Quevenne à l'appui de son affirmation ; elles ont été faites sur des chiens à fistule stomacale.

La préparation de fer était mêlée aux aliments, et le tout donné au chien pour son déjeuner ; puis on prélevait, pendant la digestion, des échantillons de suc gastrique sur lesquels on devait expérimenter.

Résultats. — Avec 0,50 de tartrate de potasse et de fer ainsi ingérés, le suc gastrique renfermait 1/10,000 de son poids de fer ;

Avec 0,50 proto-sulfate, 1/7,000 ;

Et avec 0,50 fer réduit, 1/4,000.

Iodure de fer.

M. Cl. Bernard avait déjà constaté qu'en injectant de l'iodure de fer dans les veines des lapins, l'iode apparaissait très promptement dans les urines. Ce savant y avait aussi constaté la présence du fer. Mais ce métal passait-il aussi facilement dans la vessie, et en aussi grande quantité que l'iode ? Tel était le point à examiner :

Voici les expériences de M. Quevenne à ce sujet :

Au commencement du déjeuner, et immédiatement après avoir uriné, M. Quevenne a pris 1 gramme d'iodure de fer, sous forme de sirop, parfaitement neutre, et par conséquent sans iode libre, puis il a examiné ensuite l'urine de cinq en cinq minutes.

Au troisième essai, c'est-à-dire après quinze minutes, la présence de l'iode a été reconnue dans le liquide, et bientôt ce métalloïde y est devenu très abondant.

L'iode a ainsi continué de se montrer en forte proportion dans l'urine le reste de la journée et le lendemain ; quarante-huit heures après, ce liquide n'en renfermait plus que des traces. A ce moment, il était déjà ressorti par cette voie environ les trois quarts de la quantité de métalloïde ingéré, tandis qu'il n'était parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

A jeun, l'iode s'est encore montré un peu plus vite dans l'urine, et sa présence a pu y être constatée dès le deuxième essai, c'est-à-dire dix minutes après l'injection.

M. Quevenne termine sa communication par les quatre propositions suivantes :

1° Lorsqu'on introduit dans l'estomac du tartrate ferrico-potassique, s'il se trouve en même temps dans cet organe des aliments ou du suc gastrique, il y a précipitation d'une forte proportion fer.

2° Le fer métallique très divisé, ingéré en même temps que les aliments, introduit plus de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique que les sels de ce métal administrés dans la même condition.

3° Lorsqu'on administre de l'iodure de fer, il commence aussitôt à s'établir dans l'économie un départ entre les deux éléments du composé :

Dix minutes après l'ingestion, si le sel a été pris à jeun ;

Quinze minutes après, s'il a été ingéré avec les aliments.

L'iode apparaît dans les urines, et il y passe si abondamment que quarante-huit heures après, les trois quarts environ de la quantité métalloïde sont déjà ressortis de l'économie par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

4° Le fer réduit par l'hydrogène, dont l'usage a été proposé par MM. Miquelard et Quevenne en 1840, et dont l'emploi constitue aujourd'hui un fait acquis à la thérapeutique, est une préparation supérieure, par sa pureté et son état de division moléculaire, à la limaille, qu'elle est destinée à remplacer.

RAPPORT SUR UN FAIT RELATIF A LA SYPHILISATION,

Par M. Bégin, membre du Conseil de santé des armées.

(Au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et Bégin, rapporteur.)

Nous commençons aujourd'hui la publication du rapport de M. Bégin. Nous en ferons l'appréciation dans notre prochain numéro.

Messieurs, dans la séance du 18 novembre dernier, notre honorable collègue M. Ricord présenta à l'Académie un jeune médecin allemand qui s'était soumis à des inoculations syphilitiques répétées, dans le but de vérifier sur lui-même les idées émises relativement à la syphilisation, et qui, à la suite de ces expériences, se trouvait atteint de plusieurs ulcères vénériens primitifs et de syphilide papuleuse.

Cette communication a vivement ému l'Académie, parce que, d'une part, elle touchait à ce point de doctrine très important de la dégénération du virus syphilitique, sous le rapport de sa transmissibilité, par la succession de ses manifestations morbides, et que, d'autre part, elle offrait un exemple très intéressant des résultats possibles d'une pratique demeurée jusque-là dans l'ombre, et désignée sous le nom de *syphilisation.*

Lors de la présentation de M. L..., qui était à la fois l'expérimentateur et le malade, un de nos collègues demanda avec quel pus l'inoculation avait été pratiquée, et sur quels organes. Cette question n'ayant pu être suffisamment résolue séance tenante, et les phénomènes morbides qui s'étaient succédé offrant des complications assez nombreuses, vous avez confié l'examen de ce fait à une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et moi.

Cette commission s'est occupée immédiatement de l'accomplissement de sa tâche, et ce rapport, dont elle m'a fait l'honneur de me charger, vous aurait été soumis depuis longtemps si différentes circonstances n'en avaient retardé la rédaction. J'espérais que d'autres faits annoncés viendraient éclairer davantage la question soulevée par celui qui nous était déféré. D'autre part, je croyais nécessaire d'attendre le résultat du traitement que M. L... allait commencer, et de compléter ainsi son observation. Enfin, j'avais lieu de présumer que, la discussion étant ouverte, la presse médicale nous fournirait des documents affirmatifs ou contradictoires dont je sentais le besoin.

Malheureusement l'attente de votre commission et mes désirs personnels ont été trompés, du moins en grande partie. On a fait autour de nous beaucoup de bruit, et rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations pressantes, des promesses formelles sont restées également sans effet. Notre sujet lui-même, M. L..., ne s'est plus présenté ; et dans cette pénurie de documents dont nous aurions aimé à nous entourer, notre silence eût pu se prolonger encore, si toute chose ne devait avoir un terme, et surtout si nous avions pu supposer qu'un avenir prochain nous donnerait ce que nous avions vainement demandé et attendu jusqu'ici.

La syphilis est une de ces affections exceptionnelles qui touchent pour ainsi dire à tout dans l'existence de l'homme : santé individuelle, moralité, intérêts, relations intimes dans la famille, police médicale, médecine légale, il n'est presque pas de point de la vie particulière ou de la vie sociale qui ne doive être pesé dans les considérations qu'elle fait naître.

L'observation communiquée à l'Académie soulève les deux questions principales suivantes :

1° Celle de la transmissibilité, ou de la contagion possible des accidents secondaires de la syphilis ;

2° Celle de la valeur du traitement prophylactique ou curatif des affections vénériennes par l'inoculation syphilitique.

Afin de préciser exactement les faits, votre commission a convoqué, le 30 novembre, M. L... ; après avoir entendu avec un grand intérêt son récit, elle a minutieusement examiné sa personne, et a reçu de lui une note écrite dont je vais reproduire sommairement les principaux détails.

Dans le but de donner une plus grande exactitude à un moyen hygiénique proposé contre les chancres dont la durée ne dépasse pas le dixième jour, M. L... se fit, pendant les mois de décembre 1850 et janvier 1851, tous les cinq jours à peu près, une inoculation de pus chancreux, dont il obtenait la cicatrisation dans les quatre jours au moyen de lotions avec l'eau fraîche.

Trois mois après cette première série d'expériences, le 2 mai, un ami de M. L..., également médecin lui-même, le consulta pour un chancre induré qu'il avait contracté dix-sept jours auparavant, et qui siégeait à la rainure de la base du gland. Après un peu plus d'un mois d'existence, le 17 mai, ce chancre était cicatrisé : le traitement mis en usage n'est pas indiqué.

Vingt-trois jours plus tard se montra, sur l'ami de M. L..., une roséole que des douleurs avaient précédée, et qui s'accompagna bientôt d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs du côté gauche, des ganglions sous-maxillaires des deux côtés, et des ganglions axillaires superficiels et profonds du côté droit. Presque en même temps, c'est-à-dire le septième jour de l'éruption cutanée, apparurent à chaque amygdale une ulcération profonde et, à la longue, des gerçures. Cet organe, de même que l'ensemble de la cavité buccale, était peu inflammé.

Ces nouveaux accidents furent guéris en trente-quatre jours, à dater de la manifestation de la roséole.

C'est pendant cette période, le vingt-deuxième jour de l'existence des chancres amygdalins, que notre expérimentateur résolut de s'inoculer la matière qu'ils fournissaient. A cet effet, deux heures après avoir bien nettoyé la surface de l'amygdale gauche, il y recueillit la sérosité à peine purulente qui venait de se former, et l'inséra, avec une lancette neuve, par une piqûre très superficielle, à la face antérieure de son bras gauche.

Les dix premiers jours depuis l'inoculation se passèrent sans que rien de particulier fût observé ; mais le lendemain, M. L... aperçut une petite papule de la grandeur d'une tête d'épingle, d'un rouge rosé, d'une dureté remarquable, sans aréole ni douleur, même en y touchant très fortement.

Vers le quinzième jour, cette papule, progressivement agrandie jusqu'aux dimensions d'une lentille, se couvrit de croûtes, qui se réunirent en une seule, sous laquelle existait une sérosité rougeâtre.

Cette sérosité fournit à M. L... la matière de quatre inoculations, qui furent répétées tous les cinq jours pendant vingt jours ; ce qui forma un total de vingt introductions successives du produit morbide.

Cependant l'ulcère primitif, aplati et conservant la forme ronde, atteignait la grandeur d'une pièce de 1 franc, lorsque tout à coup, quarante-cinq jours après la première inoculation, survint, avec des douleurs lancinantes, avec une accélération du pouls, jusqu'à 130 pulsations à la minute, un commencement d'inflammation et d'induration des bords de l'ulcère, et il se forma des cordes dures, radiées, qui se couvrirent de papules.

Sans qu'aucun traitement spécial fût intervenu, l'ulcère diminua ensuite. A trente-sept jours de l'invasion des derniers accidents se manifestèrent dans les jambes, le sternum et les côtes des douleurs rhumatoïdes qui retinrent l'expérimentateur au lit pendant cinq jours, puis cédèrent tout à coup sous l'influence d'une sueur abondante suivie de l'éruption de papules en grande quantité sur tout le tronc.

A dix jours de là, le 10 octobre, l'auteur de cette curieuse observation se disposait à commencer un traitement hygiénique, ainsi qu'il l'appelle, lorsque son attention fut attirée sur la doctrine de la syphilisation. Il s'enquit du fondateur de cette pratique, et rapporte ainsi l'entretien qu'il eut avec lui :

« Pour syphiliser un homme, lui aurait-il été dit, et pour le guérir de la syphilis constitutionnelle, il faut tout au plus neuf inoculations faites avec trois pus différents. On choisit d'abord un bon pus, puis un moins bon et enfin un mauvais. Avec chacun de ces pus, on fait trois inoculations à une semaine d'intervalle à peu près, ce qui suffit à syphiliser un homme pour ce pus. Après ces neuf inoculations, on peut prendre du pus d'un chancre le plus phagédénique sans produire aucun résultat par l'inoculation. Ces inoculations doivent être faites avec une lancette ayant la forme d'une très grosse aiguille et en piquant jusqu'au vif, ce qui a le très grand avantage de ne faire qu'un petit trou dans lequel le pus chancreux s'étend très lentement, tandis qu'avec les lancettes ordinaires on fait une plaie triangulaire qui donne tout de suite naissance à un chancre très étendu. »

En conséquence de ces assurances et de ces explications, notre jeune médecin se soumit publiquement, le 17 octobre dernier, dix-sept jours après l'éruption générale de papules qui termina la seconde phase de ses expériences, à une inoculation nouvelle au côté externe du bras gauche pratiquée par l'auteur même de la doctrine syphilisatrice. Le pus fut pris au deuxième chancre d'un monsieur en cours d'expérience lui-même ; ce chancre datait de vingt jours et provenait du soixantième chancre à peu près d'un autre individu que, huit jours plus tard, on présentait comme syphilisé.

Malheureusement, à huit jours de là, ce chancre inoculateur était devenu phagédénique ; il y avait eu erreur, le pus ne possédait pas les qualités voulues et l'expérience risquait de manquer dès l'origine.

Impatient de corriger cette erreur, M. L... se hâta de se faire pratiquer, toujours publiquement, avec une lancette deux inoculations nouvelles, l'une au bras gauche au-dessus de la première, l'autre au prépuce, avec du pus d'un chancre primitif tendant au phagédénisme.

Il serait impossible de suivre l'auteur de cette narration dans la minutieuse énumération qu'il trace des inoculations qui succédèrent à cette dernière. Les dates, les provenances du pus, les régions sur lesquelles les insertions eurent lieu sont notées avec le plus grand soin ; rien ne manque aux généalogies des différents ulcères. Ce qui suffira pour l'Académie, c'est de savoir que vingt chancres furent ainsi déterminés à des intervalles très irréguliers tantôt avec des épingles, tantôt avec des lancettes, par l'auteur lui-même ou par d'autres personnes ; les trois dernières inoculations ne dataient que de deux jours lorsque M. L... se présenta devant votre commission.

De ces chancres, douze avaient pour origine la première inoculation, ou ses produits, et huit la seconde inoculation, celle du chancre primitif, ou ses descendants.

L'auteur résume les faits observés sur lui-même dans les propositions suivantes :

1° Des douze chancres ayant la première origine, ceux qui ont excédé le dixième jour sont tous devenus phagédéniques, à l'exception d'un seul placé à la verge.

Des huit autres, provenant de la seconde source, un seul, qui se trouvait au centre du phagédénisme, est devenu phagédénique.

2° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi.

3° Le phagédénisme tient en partie au siége des chancres.

4° Les premiers chancres n'influent en rien sur la grandeur des suivants, et réciproquement ; seulement le développement des derniers se ralentit.

5° Enfin, les inoculations n'ont pas eu d'influence directe sur le développement de la syphilide constitutionnelle.

Ces commémoratifs étant constatés, M. L... s'est prêté avec la plus grande complaisance à l'examen de sa personne.

Ce jeune médecin est âgé de vingt-sept ans, blond, d'une structure élancée, d'un tempérament lymphatique et nerveux. Jusqu'à l'époque de ses expériences il a joui d'une bonne santé et n'a jamais eu d'affection vénérienne. On remarque sur lui les lésions suivantes :

1° Au bras gauche, cicatrice encore légèrement indurée du chancre n° 1, lisse, rougeâtre, non douloureuse et de l'étendue d'une pièce de 1 franc. — En dehors de cette cicatrice, au côté externe du membre et sur une ligne à peu près verticale, neuf plaies chancreuses, dont quatre, à fond grisâtre, étendues, encore en progrès ou seulement stationnaires, et cinq d'un aspect moins défavorable ou en voie de réparation plus ou moins avancée.

2° Au bras droit, six ulcères, dont quatre présentent un caractère phagédénique térébrant très prononcé, et les deux autres offrent de moins mauvaises dispositions.

3° A l'avant-bras gauche, trois piqûres datant de deux jours, déjà rouges, mais non encore ulcérées.

Sur les deux bras, par suite du rapprochement des piqûres d'inoculation, plusieurs ulcères sont devenus confluents ; une inflammation aiguë et douloureuse les entoure ; la suppuration qu'ils fournissent est abondante ; le fond de la plupart d'entre eux est grisâtre ; leurs bords sont épais, non indurés, mais taillés à pic et légèrement dentelés. L'ensemble de ces lésions présente, ainsi qu'on le dit en chirurgie, un mauvais aspect.

4° Sur tout le corps, et particulièrement sur le tronc, est répandue une éruption abondante, consistant en papules squameuses, cuivrées, et, sur quelques points, en pustules d'ecthyma plat ou lenticulé, dont quelques-unes présentent, sous leurs croûtes, un commencement de suppuration.

D'ailleurs, sauf un certain degré d'amaigrissement et un aspect de souffrance générale, la santé de M. L... paraît satisfaisante ; il est rempli de courage et de confiance, et annonce l'intention de recourir enfin contre sa maladie, déjà ancienne et devenue sérieuse, aux moyens réguliers de la thérapeutique.

Nous regrettons de n'avoir pas revu M. L... ; mais quel qu'ait été le résultat du traitement qu'il a pu mettre en usage, ce résultat ne saurait altérer en rien les enseignements fournis par les expérimentations auxquelles il s'est livré.

M. L... s'accuse, dans sa note, de n'avoir pas observé exactement les règles de la syphilisation, et semble, en cela, infirmer sa propre observation. Qu'il se rassure : la méthode est élastique, les chancres peuvent être donnés, dit son auteur, suivant trois modes : 1° les uns après les autres, le second quand le premier est à sa fin, le troisième quand le second est à sa fin, et ainsi de suile ; 2° successivement encore, mais avec cette particularité que le second est donné quand le premier est à son milieu, etc., et 3° enfin tous à la fois, de manière qu'ils marchent tous ensemble. Dans le premier cas il faut, pour que la syphilisation devienne complète, le moins de chancres et le plus de temps ; le troisième nécessite le moins de temps et le plus de chancres ; le second tient le milieu, soit pour le temps, soit pour le nombre de chancres nécessaires à la *syphilisation* (1). M. L... a donc procédé conformément aux préceptes, et doit avec d'autant plus de raison cesser de s'imputer les accidents dont il est victime, qu'il a été primitivement inoculé de la main du maître et avec du pus choisi par lui.

N'est-il pas remarquable, pour le dire en passant, qu'après avoir supporté des inoculations de pus chancreux, répétées pendant deux mois tous les cinq jours, ce qui implique douze inoculations au moins, plusieurs paraissant avoir été multiples, M. L... se soit montré plus tard si disposé à recevoir encore et à conserver sa syphilis? Ses premières expériences n'auraient-elles pas dû lui faire croire qu'il était, ou peu apte à contracter cette affection, ou définitivement syphilisé ?

Sous le rapport doctrinal sérieux, celui de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis, l'observation qui vous a été communiquée n'a manifestement pas une valeur considérable. Elle manque d'une description suffisamment exacte et précise des lésions auxquelles l'expérimentateur a puisé le pus dont il s'est servi. En supposant d'ailleurs, ce que les circonstances du fait ne démontrent pas, que l'ulcère de l'amygdale, origine de la syphilis constitutionnelle développée chez M. L..., fût réellement secondaire, une observation isolée, individuelle, ne pourrait détruire l'autorité d'un grand nombre d'observations authentiques et d'expériences directes donnant des résultats contraires.

Il faut reconnaître cependant que la nature ne se prête que difficilement, en pathologie surtout, à des règles absolument invariables. Mais s'il peut paraître téméraire d'affirmer que les accidents secondaires ne peuvent *jamais* devenir la cause de manifestations vénériennes d'une forme quelconque, il serait plus erroné encore d'admettre que ces transmissions sont de règle commune. La règle très générale est en faveur du premier cas ; ce qui ne veut pas dire que les variétés de constitution des sujets, leur aptitude si différente à l'absorption des produits virulents, les modes divers et la durée des contacts, et enfin l'état d'intégrité ou de lésion des organes exposés à la contagion, ne puissent, à la rigueur, entraîner les exceptions, toujours rares, et qui ne doivent être admises qu'après une analyse sévère des faits. Celui que nous avons eu à examiner ne nous semble pas de nature à modifier, sous ce rapport, les doctrines qui ont cours dans la science.

Au point de vue pratique, les expériences de M. L... et leurs conséquences pèsent, au contraire, d'un grand poids dans une question qui serait des plus graves si le bon sens général ne commençait à un faire justice : celle de la préservation ou de la guérison de la syphilis par la vaccination syphilitique.

L'inoculation de la syphilis a été faite depuis un siècle dans des intentions très différentes :

1° Pour éclairer certains points de théorie, et particulièrement ceux relatifs à l'existence du virus syphilitique, à sa transmissibilité non-seulement dans l'espèce humaine, mais de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme ;

2° Dans le but, également scientifique, de déterminer si tous les accidents primitifs attribués à la syphilis sont dus à la même cause, transmissibles au même degré, s'ils le sont à toutes les périodes de leur durée, et si, dans ces transmutations, ils se reproduisent sous la même forme ;

3° Pour établir si le virus syphilitique, combattu par des médications appropriées, ou altéré par l'action de l'organisme, et donnant lieu à des accidents secondaires ou tertiaires, conserve encore ou perd entièrement la propriété de se transmettre ;

4° Enfin, et tout récemment, pour préserver de la syphilis ou pour la guérir.

L'Académie ne peut s'attendre à l'exposition et à la discussion, dans ce rapport, des différentes parties d'un problème aussi compliqué.

Il suffira de lui rappeler que l'étude scientifique du virus vénérien a conduit quelques personnes, non pas seulement à le rapprocher des autres virus qui exercent leurs ravages dans l'espèce humaine ou dans les espèces animales les plus voisines, tels que ceux de la variole, de la vaccine, de la morve et de la rage, mais à exagérer ce rapprochement jusqu'au degré d'une assimilation complète, suivie des conséquences d'application pratique les plus étranges.

Le point de départ de la *syphilisation* est un raisonnement fondé sur un fait peut-être vrai, mais dont la conclusion n'est nullement justifiée. L'homme, a-t-on dit, ne peut être atteint de la syphilis constitutionnelle qu'une fois pendant sa vie ; *donc*, si on la lui communique artificiellement, on le mettra à l'abri de la contracter. C'est l'inoculation vénérienne opposée, par induction de ressemblance, à la vérole, comme on oppose à la variole, d'après les faits démontrés, l'inoculation variolique. Malheureusement la syphilis n'a pas encore sa vaccine.

Pour préserver de la syphilis, deux systèmes principaux sont préconisés.

Dans le premier, il ne s'agit que de mettre les sujets à l'abri des accidents consécutifs, soit pour les chancres primitifs dont ils sont actuellement atteints, soit, peut-être, pour tous ceux qu'ils pourront contracter plus tard pendant le cours de leur vie, en créant dans leur organisme une immunité absolue et perpétuelle contre l'infection. Dans ce dernier cas, qui est encore douteux, il y aurait, selon l'auteur, à discuter l'opportunité d'inoculer d'avance tous les jeunes gens, sans attendre qu'ils aient pris de chancre, de même qu'on vaccine tous les enfants, par mesure de prudence, avant qu'ils aient eu lieu de s'exposer à la contagion variolique.

Le second système élève plus haut ses prétentions. Il s'agit, pour lui, de mettre pour toujours les sujets à l'abri de tout accident vénérien, primitif ou secondaire. « Si l'on ne peut arriver, dit l'auteur de ce système, à la syphilisation qu'en passant par la syphilis primitive, et par l'état syphilitique constitutionnel, on peut dire, théoriquement, qu'elle guérit plutôt qu'elle ne prévient la syphilis primitive et la syphilis constitutionnelle ; mais on doit la considérer pratiquement comme prophylactique, et comme curative de la syphilis primitive et de la syphilis constitutionnelle. »

Les moyens d'exécution sont en rapport avec les indications à remplir.

Dans le premier système, il y aurait lieu d'abord de rechercher si, à l'instar du véritable vaccin, à l'instar du pus chancreux, à l'instar du virus morveux, on ne réussirait pas à conserver dans des tubes le fluide prophylactique spécial avec ses propriétés d'inoculabilité. En cas d'insuccès, on pourrait rechercher et choisir un certain nombre de syphilitiques tertiaires qu'on soulagerait de temps à autre avec de l'iode et qui constitueraient des réservoirs providentiels de vaccin syphilitique, toujours à la disposition des médecins, et dont quelques-uns se feraient probablement volontiers alors de leur maladie un objet de lucre.

C'est un genre d'industrie, philanthropique et moral, auquel notre siècle, si fécond cependant en inventions, n'avait pas encore songé.

(*La fin au prochain numéro.*)

---

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, tome XXVI, page 419.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles ; par le M. docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 88 — MARDI 27 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 88. — MARDI 27 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an..... 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Falsification de la bière. — De l'électricité en thérapeutique. — Tumeurs érectiles. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Cazenave). Leçons cliniques sur les maladies de la peau. — Rapport sur un fait relatif à la syphilisation. — Des purgatifs salins. — Société de chirurgie, séance du 14 juillet. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Roubaud. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Falsification de la bière.

M. le professeur Champouillon nous adresse la note suivante, qu'on lira avec d'autant plus d'intérêt qu'on fait en ce moment une énorme consommation de bière.

L'élévation de la température atmosphérique qui se fait sentir depuis trois semaines paraît avoir momentanément modifié la constitution médicale de la France; on retrouve, en effet, dans la prédominance et la physionomie des affections morbides actuellement régnantes quelques-uns des caractères qui appartiennent à la pathologie des climats équatoriaux. Parmi ces maladies, il en est, comme l'apoplexie cérébrale, les éruptions de la peau, la congestion des appareils biliaire et digestif, qui sont directement produites par l'intensité et la permanence de la chaleur solaire. D'autres, telles que la bronchite, la péritonite, la pleurésie et la diarrhée, se rattachent, comme conséquence indirecte et secondaire, à l'état atmosphérique; elles résultent d'un besoin de réfrigération imprudemment satisfait au moyen des courants d'air, des bains froids et des boissons glacées.

Mais ce n'est pas par leur température seulement, c'est aussi, et plus encore, par leur composition que certains breuvages rafraîchissants peuvent porter une atteinte plus ou moins fâcheuse à la santé. Ainsi, durant la quinzaine qui vient de s'écouler, j'ai eu occasion de voir plusieurs cas de gastro-entérite et de flux dysentérique dus à l'usage de la bière, qui se débite à vil prix dans les cantines et dans les cabarets. Pareils accidents sont assez communs à Paris, où une bonne partie du liquide consommé sous le nom de bière n'est que le produit grossier et insalubre de manipulations frauduleuses dont il importe au public de connaître les procédés les plus usités.

Il résulte de l'aveu même des brasseurs entendus par la commission d'enquête législative qu'il se vend plus de bière qu'ils n'en fabriquent, qu'il y a quarante ans on comptait à Paris 108 brasseries réduites à 16 aujourd'hui. Il est donc à croire, puisque cette boisson n'a point cessé d'être en faveur parmi nous, que la fraude a une grande part dans son débit.

On sait que la préparation de la bière est fondée sur la transformation du moût d'orge en alcool et en acide carbonique au contact de la levure ou ferment; le houblon qu'on y ajoute a pour effet d'augmenter la sapidité de cette boisson et d'en favoriser la conservation. En un mot, le houblon est pour la bière ce que le sel est pour la viande. Généralement l'orge germée et le houblon ont une valeur commerciale assez élevée qui se reporte naturellement sur la bière, dont ils font la base essentielle. Il suit de là que, pour ajuster le prix de leur marchandise à la médiocrité des ressources pécuniaires des consommateurs peu aisés, certains débitants fabriquent de la bière d'une façon plus économique. Ainsi, ils remplacent le *malt* par du sirop de fécule et le houblon par une décoction de buis, de coloquinte, de centaurée, par le fiel de bœuf, etc. Pour donner ensuite à cette mixture la consistance mucilagineuse, la saveur piquante et la coloration brune qui lui manquent, les fraudeurs y versent de l'eau de chaux, y font cuire des dépouilles de veau, de cheval, de mouton ou bien les différents débris gélatineux et invendables de la boucherie. En quelques jours la fermentation fait de tout cela quelque chose qui offre l'aspect et jusqu'à un certain point la saveur de la bière véritable.

D'autres fois, la sophistication recourt à des moyens analogues à ceux qui sont adoptés pour la fabrication du vin artificiel, c'est-à-dire qu'une tonne de bière forte, ou de deuxième *trempe*, est étendue de la moitié ou des deux tiers de son poids d'eau. Avant de livrer à la consommation ce mélange insipide, on a soin, pour lui donner du goût, de l'animer avec de l'eau-de-vie de grains, de la chaux et une substance quelconque douée d'amertume.

Tandis que la bière houblonée apaise la soif et concourt à la digestion, la bière frelatée produit au contraire, dans la bouche, un sentiment de sécheresse et d'âcreté qui augmente ou entretient le besoin de boire; prise en grande quantité, comme cela arrive pour les personnes altérées par la chaleur, elle détermine fréquemment le ballonnement du ventre, l'indigestion et la phlegmasie du tube digestif.

Il est facile de se rendre compte de ces désordres quand on réfléchit aux quantités prodigieuses de chaux qui doivent se trouver dans la bière artificielle à l'état de sulfate et de carbonate provenant du sirop de fécule, de l'eau de Paris et d'additions directes. Dans ces conditions, la bière peut être comparée, pour ses effets laxatifs et indigestes, à l'eau séléniteuse la plus chargée; elle emprunte, en outre, aux principes extractifs amers et au ferment, dont elle ne s'est point encore séparée, une action drastique extrêmement énergique.

Sans doute, il n'y a pas péril de mort pour celui qui se met accidentellement au régime de la bière sophistiquée, mais il y a au moins chance de maladie, et c'est déjà trop : c'est trop surtout, quand cette chance vient s'ajouter à la foule des influences morbides qui menacent de toutes parts la santé de l'habitant de Paris.

De l'électricité en thérapeutique.

Malgré les progrès réalisés en ces derniers temps dans les appareils électriques de MM. Breton et Duchenne, il faut reconnaître qu'il en restait à faire deux des plus importants: le premier relatif au prix et à la construction de l'appareil, le second relatif à l'application même de l'électricité.

Le prix des appareils Breton et Duchenne, quoique infiniment inférieur à celui des appareils électriques employés il y a quinze ou vingt ans, est trop élevé cependant pour être à la portée de tous les praticiens et par conséquent de tous les malades. En outre, la construction de ces appareils, quoique très simplifiée, est encore telle que leur emploi méthodique demande un certain apprentissage et que l'application de l'électricité par leur intermédiaire constitue en quelque sorte une science à part. En outre, lorsqu'ils éprouvent quelque dérangement, il est bien rare que le possesseur sache comment y porter remède, et s'il se trouve très éloigné d'un bon fabricant son instrument est pour longtemps hors de service.

Mais un *desideratum* plus important existe dans ces appareils, c'est l'application *continue* de l'électricité. Aucun médecin n'ignore qu'un courant galvanique capable de décomposer l'eau peut passer à travers plusieurs personnes qui se donnent la main, sans que celles-ci éprouvent une sensation, si ce n'est au moment où le courant s'établit ou qu'on lui fait éprouver des interruptions. Il y a donc dans cette continuité de courant une force considérable (puisqu'elle décompose l'eau), mais occulte, pour le système nerveux, qui n'éprouve aucune sensation. C'est cette force continue, permanente, qu'il était désirable de pouvoir appliquer. Les appareils Breton et Duchenne ne pouvaient évidemment remplir cette indication; leur masse empêche que les malades puissent les emporter avec eux; et ceux-ci, pour la plupart valides, ne peuvent s'astreindre à rester pendant des journées entières en communication avec des conducteurs non transportables. D'ailleurs, l'électrisation par ces appareils exige, pour être bien faite, la présence du médecin, lequel ne peut nécessairement pas rester pendant une journée entière auprès d'un même malade.

Quelques tentatives avaient été faites pour remplir le but que nous signalons ici; mais ces tentatives avaient été à peu près complétement infructueuses. Les cataplasmes électriques de Récamier n'avaient réellement aucune action; les bagues composées de deux métaux n'avaient qu'une action insignifiante; les chaînes de Goldemberger produisaient seules un dégagement d'électricité d'une certaine importance. C'est à M. Pulvermacher qu'il était réservé de remplir l'indication en question d'une manière à peu près aussi satisfaisante que possible.

Partant de ce principe de physique bien connu que l'intensité d'un courant galvanique est en raison directe de la surface des éléments qui composent la pile, et se rappelant que la disposition en fils était la forme sous laquelle la matière offre le plus de surface, M. Pulvermacher a construit de la manière suivante un nouvel appareil.

Il prend un fil de zinc et un fil de cuivre qu'il enroule sur un cylindre d'un bois poreux, en les rapprochant le plus possible l'un de l'autre, sans cependant les mettre en contact; la pile est ainsi faite. Seulement, pour la rendre flexible et par conséquent facilement applicable, M. Pulvermacher a coupé le cylindre en un plus ou moins grand nombre de fragments, qui, réunis les uns aux autres en observant dans leur coaptation l'opposition des pôles, deviennent autant de maillons d'une chaîne électrique à laquelle on peut donner toute l'étendue, c'est-à-dire toute la puissance désirable.

Pour se servir de cette chaîne, il suffit de la tremper dans le vinaigre et d'en appliquer les extrémités ou pôles sur la partie à électriser. Dans les cas de douleurs vagues qui ne suivent pas un trajet déterminé, qui n'ont pas de siége limité, on peut laisser la chaîne à demeure appliquée sur la peau; car, chaque maillon étant en réalité une petite pile, il se produit un courant continu sur la surface recouverte par l'appareil. Ce courant détermine même une légère irritation qui se traduit, au bout de quelque temps, par une rougeur érythémateuse sur le trajet de la chaîne. Chez les personnes qui transpirent facilement, l'acidité de la sueur suffit pour provoquer le développement de l'électricité et pour faire convenablement fonctionner l'appareil, quand on n'a pas besoin d'un dégagement considérable.

Quels seront les résultats de cette application continue de l'électricité, de cette pénétration de nos tissus par le fluide galvanique? Nous ne saurions le dire encore d'une manière précise; mais nous avons vu faire des essais qui sont de nature à encourager les praticiens dans l'expérimentation de ce nouveau moyen thérapeutique.

Outre les faits observés déjà par M. Bouvier lorsqu'il fit son rapport à l'Académie de médecine, ce savant médecin a continué à appliquer avec succès l'appareil de M. Pulvermacher, soit dans sa clientèle, soit à l'hôpital des Enfants, dans des névralgies et dans des rhumatismes ou douleurs rhumatoïdes qui s'étaient montrés rebelles aux médications les plus variées. M. Nonat a également en ce moment quelques malades atteints de douleurs rhumatismales rebelles auxquelles il a appliqué avec un commencement de succès remarquable l'électricité continue. Lorsque les observations que nous suivons seront complètes, nous aurons soin d'en faire connaître à nos lecteurs les résultats définitifs. Mais en attendant, nous avons cru devoir leur signaler ces essais, qui peuvent être répétés avec avantage par tous les praticiens.

Tumeurs érectiles.

M. Michon a appliqué, il y a quatre jours, dans son service, sur une tumeur érectile de la lèvre, le procédé que nous avons récemment fait connaître de MM. Baumgartner et Wertheimber. Nous annoncerons le résultat de cette nouvelle tentative.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

De l'herpès tonsurant.

Certaines maladies de la peau affectent un siége de prédilection auquel elles empruntent un intérêt particulier : telles sont celles qui occupent habituellement le visage, les mains, les organes génitaux et le cuir chevelu.

Les maladies du cuir chevelu, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les envisage dans leur ensemble, méritent d'être l'objet d'une étude spéciale, non-seulement à cause de la physionomie qu'elles présentent, mais encore à cause de la confusion à laquelle elles ont donné lieu; dans presque tous les temps, en effet, elles ont été décrites comme appartenant à un type unique, type dont les diverses variétés ont servi à former la famille des teignes. Une analyse plus exacte et une observation plus attentive sont venues démontrer, de nos jours, que la famille des teignes doit être réduite à deux maladies, et peut-être à une seule.

Le cuir chevelu peut être envahi par toutes les affections cutanées indistinctement; d'une autre part, il est le siége exclusif ou presque exclusif d'éruptions qu'on ne rencontre pas ou qu'on ne rencontre très rarement dans d'autres régions du corps : au nombre de ces éruptions est le favus, qu'on a vu, par exception, occuper le visage et quelques autres parties du tégument externe, après avoir été dans l'origine limité au cuir chevelu.

Certaines maladies de la peau revêtent, au cuir chevelu, un aspect différent de celui qu'elles offrent habituellement : tel est l'impétigo, auquel Alibert a assigné la dénomination de teigne granulée. Les modifications qu'elles éprouvent ainsi sous l'influence de changements dans les conditions de siége ne portent pas seulement sur l'apparence extérieure, mais encore sur la nature intime de l'affection. C'est ainsi que l'herpès circinné, pour en puiser un exemple dans le sujet qui va nous occuper, change complétement de caractère lorsqu'il atteint le cuir chevelu, et acquiert des qualités contagieuses dont il est dépourvu quand il est localisé dans d'autres régions de la peau.

Aucun lien physiologique n'existe entre les diverses maladies du cuir chevelu; de toutes les divisions qu'on a proposé d'établir pour leur étude, la meilleure, à notre avis, et la plus simple est celle qui les sépare en maladies non contagieuses et en maladies contagieuses; au premier de ces deux groupes se rapportent l'impétigo, l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis, etc.; au second se rattachent l'herpès tonsurant et le favus.

La contagion est le seul caractère commun qui rapproche l'herpès tonsurant et le favus; des différences fondamentales

les séparent, soit qu'on examine la lésion dans laquelle ils consistent, soit qu'on ait égard à l'alopécie, qui au premier abord paraît établir entre eux une analogie nouvelle ; l'alopécie est passagère dans l'herpès tonsurant, elle tend à devenir permanente dans le favus.

L'herpès tonsurant n'a pas été connu ou du moins n'a été connu des anciens que d'une manière très vague et très imparfaite ; les descriptions incomplètes dans lesquelles on a cru trouver l'indication de cette maladie, descriptions que les auteurs latins ont données sous le nom d'*area*, ne signalent nullement d'une manière positive le caractère essentiel de l'affection, la propriété contagieuse.

En France, l'herpès tonsurant a été entrevu par Mahon, qui l'a désigné sous le nom de teigne tondante, et par Alibert, qui l'a décrit sous le nom de porrigine tonsurante; c'est seulement dans ces dernières années qu'il a été observé avec assez de soin et d'exactitude pour obtenir une place distincte dans la pathologie cutanée.

Des plaques sèches et squameuses, arrondies et brunâtres qui s'accompagnent d'une alopécie en forme de tonsure, la section des cheveux dans toute l'étendue des plaques à deux ou trois millimètres au-dessous et quelquefois au niveau même de l'orifice des conduits pilifères, tels sont les caractères principaux auxquels se reconnaît l'herpès tonsurant. Il débute, à la manière de l'herpès circinné, par un point rouge, qui va en augmentant du centre à la circonférence et atteint un diamètre variable, mais en général ne dépasse pas trois centimètres. Le malade éprouve un sentiment de chaleur et de démangeaison peu marqué. Des pellicules se forment; elles sont minces et adhérentes; le cheveu tombe et la tonsure apparaît. C'est seulement à partir de cette époque que les malades reconnaissent l'affection dont ils sont atteints; aussi est-il toujours difficile de décider si la tonsure préexiste aux squames ou si les squames précèdent la tonsure.

Lorsque la plaque d'herpès est unique, comme il arrive dans la plupart des cas, elle occupe ordinairement les parties latérale et postérieure de la tête; elle est limitée par des cheveux aussi sains et aussi abondants que dans l'état de santé ; le cuir chevelu conserve son aspect normal dans sa plus grande étendue; il ne présente pas même de traces de desquamation farineuse.

La maladie peut rester à l'état de plaque unique ; mais le plus souvent elle envahit d'autres points du cuir chevelu, ou se montre dans d'autres régions du tégument cutané, on voit alors s'effacer peu à peu ses caractères primitifs; les nouvelles plaques se confondent entre elles et avec la plaque primitive; elles perdent ainsi leur forme régulièrement arrondie. D'un autre côté, au bout d'un certain temps, les cheveux tombent ou se trouvent coupés à des hauteurs inégales ; en sorte qu'on ne trouve plus la tonsure qui existait dans l'origine.

L'éruption peut faire des progrès, au point de labourer en quelque sorte toute l'étendue du cuir chevelu; dans ces circonstances, qui, du reste, se présentent assez rarement, on pourrait au premier abord croire à l'existence d'un pityriasis général.

Les plaques d'herpès tonsurant, ou, si l'on veut, les plaques d'herpès circinné ne restent pas toujours bornées au cuir chevelu. Trois fois sur cinq elles se développent sur ses limites et sur les parties voisines; l'éruption se manifeste alors avec tous ses caractères. Il est néanmoins très difficile de constater l'existence des vésicules qui précèdent les squames, tant leur disparition est rapide.

D'après ce qui vient d'être dit, la présence de plaques d'herpès circinné sur les joues, sur les bras et sur le reste du corps, doit être considérée comme un fait ordinaire chez les enfants atteints d'herpès tonsurant. Elle se retrouve chez les personnes qui ont eu avec eux des rapports de contact.

Des plaques nouvelles peuvent se développer sur le cuir chevelu, lors même que toute sa surface a été envahie par la maladie.

L'herpès tonsurant est une affection de la première et de la seconde enfance; jamais, pour notre part, nous ne l'avons observé chez des adultes ou chez des vieillards. Nous ne connaissons pas d'exemples de récidive.

La cause de la maladie, de même que celle de toutes les maladies contagieuses, est entièrement inconnue. Le fait même de la contagion ne saurait être l'objet d'aucun doute. Plusieurs fois nous avons eu occasion de le constater de la manière la plus évidente. C'est ainsi que dans un collége de Paris nous avons vu l'herpès tonsurant atteindre la plupart des jeunes élèves peu de temps après l'entrée dans l'établissement d'un enfant qui lui-même avait contracté l'affection en Angleterre. Le contact direct, l'usage de coiffures ou d'objets de toilette dont se servent les malades sont les causes qui concourent le plus souvent à la transmission de la maladie.

L'obscurité qui a régné pendant quelque temps sur le diagnostic de l'herpès tonsurant est venue tout entière des médecins qui, les premiers, ont étudié et décrit cette affection. En Angleterre, où elle est très commune depuis un assez grand nombre d'années, les dermatologistes l'ont confondue avec la maladie qu'ils désignent sous les dénominations de *ring worm* et de *porrigo scutulata*. Or, le ring worm, le porrigo scutulata, n'est autre chose que l'une des deux variétés du favus, ou porrigo lupinosa, maladie qui, comme on sait, peut se présenter sous les formes auxquelles on a donné, en France, les noms de favus disséminé et de favus en cercles.

Une circonstance curieuse de l'évolution du favus en cercles explique l'erreur dans laquelle sont tombés les médecins anglais. La maladie, à une certaine période, ne présente aucun produit de sécrétion qui la rapproche du favus ; elle est uniquement caractérisée par des squames analogues à celles du pityriasis, squames que soulève au bout d'un certain temps un liquide auquel succèdent des croûtes faveuses. Les apparences diverses qu'elle revêt lui ont valu les noms de porrigo scutulata, vésiculeux, pustuleux et pityriasique, dénomination qu'une analogie grossière a fait appliquer à l'herpès tonsurant.

Cette dernière maladie a été confondue non-seulement avec le favus en cercles, mais encore avec un foule d'autres affections. Dans un temps où l'on n'avait pas encore une idée exacte du porrigo decalvans, on n'établissait aucune distinction entre ces deux affections. Plusieurs observations d'herpès tonsurant ont été publiées sous le titre de *porrigo decalvans*. Le porrigo decalvans constitue une maladie nettement caractérisée, qu'il importe d'autant plus de séparer de l'herpès tonsurant qu'elle n'est pas contagieuse. Elle se reconnaît facilement à l'absence de squames et de rougeur, aux plaques vitiligineuses dans lesquelles elle consiste, et à l'alopécie beaucoup plus complète qu'elle entraîne, alopécie qui ne se présente pas sous forme de tonsure.

En général, il est facile de distinguer l'herpès tonsurant des maladies du cuir chevelu qui s'accompagnent de desquamation ou qui tendent à produire la chute des cheveux. On peut cependant, lorsqu'il occupe une grande étendue, le confondre avec l'eczéma squameux. Dans cette circonstance, l'existence de demi-cercles ou de quarts de cercle révèlera la forme première et la véritable nature de la maladie; les squames blanches et chatoyantes de l'eczéma fourniront un nouvel élément de diagnostic. Ajoutez à ces caractères différentiels que l'éruption eczémateuse ne présente aucune trace de la disposition annulaire propre à l'herpès, et laisse à découvert une surface rouge et suintante lorsqu'on vient à enlever les écailles auxquelles elle donne naissance.

Un point de diagnostic d'une haute importance est celui qui a pour objet de séparer l'herpès tonsurant du pityriasis capitis.

Suivant quelques auteurs, l'herpès tonsurant ne serait autre chose qu'une affection pityriasique; cette opinion paraît avoir quelque vraisemblance lorsqu'on considère que dans l'une et l'autre maladie il y a état squameux et alopécie, elle perd toute apparence de raison lorsqu'on réfléchit que le pityriasis n'affecte jamais la forme arrondie propre à l'herpès, que les squames qu'il engendre tombent avec une extrême facilité et se reproduisent avec une facilité non moins grande, au point de donner lieu, dans quelques cas, à une sorte de flux farineux, et que l'alopécie dont il est la cause dégarnit plus ou moins uniformément la chevelure, au lieu d'entraîner la dénudation du cuir chevelu sous forme de plaques. Il serait facile de trouver de nouveaux traits de différence dans le point de départ et dans la forme de l'herpès.

Le psoriasis du cuir chevelu est une maladie qui ne comporte pas la plus légère confusion ; jamais il n'entraîne d'alopécie, à moins qu'il ne dure depuis un temps très long, et alors il agit par l'influence qu'il exerce sur la sécrétion des bulbes pileux.

On distinguera aisément l'herpès tonsurant du favus proprement dit.

Le favus disséminé se reconnaît à la présence d'un produit de sécrétion d'une couleur jaune particulière qui apparaît sous forme de petits corps arrondis, déprimés à leur centre et traversés par un cheveu dans leur milieu. Le favus, comme l'herpès tonsurant, s'accompagne d'alopécie; mais l'alopécie, dans la première des deux maladies, est l'aboutissant ; dans la seconde, elle est le point de départ : dans l'une, elle est permanente ; dans l'autre, elle est passagère.

Nous aurons plus tard l'occasion de signaler les caractères qui différencient le favus en cercles.

L'herpès tonsurant est une maladie sans gravité, en ce sens qu'elle se termine constamment par la guérison ; la facilité avec laquelle elle se transmet par voie de contagion ; l'alopécie d'assez longue durée qu'elle peut causer; le laps de temps nécessaire pour la guérir, laps de temps qui varie entre six ou dix-huit mois, sont autant de circonstances fâcheuses dont le médecin doit être prévenu.

On a reproché au traitement que nous dirigeons contre l'herpès tonsurant de manquer d'efficacité ; on ne saurait contester qu'il a le double avantage d'abréger la durée de la maladie ou d'en limiter les progrès.

En général, les moyens propres à modifier l'ensemble de l'économie n'ont qu'une importance secondaire; ils doivent être subordonnés à la constitution des malades.

On a proposé la cautérisation, l'application de vésicatoires et l'emploi de pommades actives en vue d'apporter rapidement un terme aux envahissements et à l'existence de la maladie; cette médication, dans les cas où nous avons pu en observer les effets, a toujours été suivie de résultats contraires à ceux qu'elle était destinée à produire.

Nous prescrivons ordinairement une pommade alcaline, dans laquelle, pour 30 grammes d'axonge, nous faisons entrer une quantité de bicarbonate de potasse qui varie entre 2 et 4 grammes, quantité que nous déterminons d'après l'âge des malades et le degré de susceptibilité de la peau. Nous avons coutume de conseiller, en outre, des lotions avec la solution suivante :

Eau distillée.	250	grammes.
Borate de soude. . . .	1,4	—

Lorsque ces moyens paraissent demeurer sans action, nous avons recours à une pommade qu'on a préconisée dans le traitement de l'eczéma squameux; elle a la composition suivante :

Cérat.	30	grammes.
Turbith minéral. . . .	1	—
Soufre sublimé. . . .	2,4	—

Nous avons employé avec succès, dans la période de la maladie où les cheveux commencent à repousser, une pommade composée ainsi qu'il suit :

Axonge.	30	grammes.
Tannin.	1,2	—
Eau.	Q. S.	

A.-H. M.

RAPPORT SUR UN FAIT RELATIF A LA SYPHILISATION,

Par M. Bégin, membre du Conseil de santé des armées.

(Au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et Bégin, rapporteur.)

(Fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Dans le second système, l'application ne présente ni entrave, ni restriction. « Le virus syphilitique étant, dit son auteur, le meilleur remède contre l'action du virus syphilitique, on *devrait* syphiliser : 1° tous ceux qui ont la syphilis, n'importe sous quelle forme ; 2° toutes les filles publiques ; 3° tous les militaires et tous les marins; 4° tous ceux qui passent leur vie ensemble et en grand nombre (prisons, bagnes, manufactures, etc.) (1); 5° enfin, *tous ceux* qui peuvent être exposés à la contagion. On pourrait éteindre dans le monde la syphilis par une syphilisation universelle (2). »

Ne croyez pas, messieurs, que j'ajoute un mot; je cite textuellement; le résumé de la doctrine est : lorsque tout le monde sera saturé de vérole, la vérole n'existera plus nulle part.

En considérant les conséquences irrémédiables et funestes qu'entraînent, non pas quelquefois, mais très fréquemment, à leur suite, les accidents vénériens primitifs, les plus légers en apparence; en se rappelant ces histoires lamentables inscrites dans tous nos livres, de sujets des deux sexes conduits au tombeau à travers mille douleurs, s'infectant mutuellement, et ne procréant que des enfants destinés à ne pas vivre ou à ne vivre que malingres ou infirmes; en observant autour de nous des familles, je dirais presque des populations, affaiblies ou entachées d'affections scrofuleuses profondes, par suite de la transmission incessante du virus syphilitique arrivé à son dernier degré de dégénérescence; quand on a sous les yeux, même dans les grandes villes, malgré les progrès incontestables de la thérapeutique spéciale à ces maladies, tant d'exemples d'accidents syphilitiques à tous le degrés qui résistent aux traitements les mieux appropriés, administrés par les praticiens les plus habiles; lorsque tous ces faits se groupent devant l'esprit, peut-on ne pas frémir à la pensée qu'il puisse être permis de se jouer avec un mal aussi terrible, de le faire naître, de le transmettre ou d'augmenter son intensité de gaieté de cœur?

Bien qu'elles aient rendu à la science d'incontestables services, les inoculations vénériennes ont toujours leurs dangers : elles exposent, comme les contagions fortuites, à des accidents dont le médecin peut ne pas être le maître, et qui entraînent alors l'altération irrémédiable et fatale de la constitution des sujets. Il faut donc, sinon les proscrire absolument, du moins les restreindre à certains cas très exceptionnels, où il s'agit, soit d'affections très graves compromettant la vie, et dont la nature incertaine et la direction du traitement ne peuvent être autrement déterminées, soit de certaines questions médico-légales relatives à l'infection par suite d'attentat aux mœurs ou de toute autre action. On cite des exemples d'innocuité après l'inoculation syphilitique, on prétend avoir des moyens assurés d'arrêter ses effets, de même qu'on cite des exemples de personnes qui se sont exposées à la contagion fortuite sans être infectées, ou qui, l'ayant été une ou plusieurs fois à des degrés même très graves, ont conservé jusqu'à une vieillesse avancée la santé la plus florissante; mais ces exemples heureux, si multipliés, si ordinaires qu'on les admette, empêchent-ils le danger d'exister, et peuvent-ils autoriser le médecin à y exposer qui que ce soit sans les motifs les plus sérieux?

Permettez-moi de rapporter, à l'occasion de ces conséquences possibles de l'inoculation syphilitique pratiquée sur des vénériens, un fait authentiquement établi. A une certaine époque, l'inoculation du pus de la blennorrhagie était devenue pour quelques praticiens une sorte de préliminaire obligé du traitement de cette affection. Dans un hôpital civil du midi de la France, des accidents se manifestèrent à la suite de cette opération, en assez grand nombre pour éveiller la sollicitude de l'autorité militaire. Plusieurs malades avaient vu leur état se compliquer et s'aggraver. Un entre autres, atteint de blennorrhagie, entré à l'hôpital dont il est question le 3 décembre 1843, n'en sortait que le 12 avril suivant non complétement guéri, et se présentait le 30 mai à l'hôpital militaire de Lyon pour y être traité de l'ulcère opiniâtre et de mauvais aspect qu'il portait à la cuisse, et qui avait pour origine la pustule d'inoculation. Les militaires de la garnison n'entraient qu'avec la plus grande répugnance dans cet hôpital; une enquête eut lieu, et le médecin traitant dut être invité à cesser de pratiquer sur nos soldats des expériences auxquelles, en aucun cas, ils ne doivent être soumis.

A l'occasion des vaccinations préservatrices de la syphilis constitutionnelle pratiquées en 1848 à l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, je relèverai une erreur qui s'est glissée dans la relation de ces opérations, malgré le caractère de consciencieuse réserve que leur imprima leur auteur et les précautions qu'il prit pour assurer l'exactitude de leurs résultats. Le sujet de la onzième observation, le nommé J. Th., qui avait un chancre au milieu du fourreau, et qui fut inoculé le 26 juin, est signalé dans une lettre certificative du médecin en chef d'un autre hôpital civil, à la date du 12 janvier 1849, comme exempt de tout symptôme vénérien. Or il résulte de la déclaration postérieure de ce même homme, incorporé dans le 12e de ligne, qu'à l'époque de la rédaction de ce certificat il portait un chancre à la verge. Plus tard, en 1851, à Belle-Ile-en-Mer, il était présenté pour la réforme du service militaire comme atteint, en outre d'une luxation ancienne du cubitus, de pustules muqueuses au scrotum, de blennorrhagie chronique avec incontinence nocturne d'urine, et de nombreuses cicatrices de chancres au gland et à la couronne.

Un mot d'explication devient ici nécessaire. D'une part, Th., dans la crainte probablement d'être expulsé d'un hôpital où les vénériens ne sont pas admis, a dissimulé son état; de l'autre, le médecin qui délivra le certificat de patente nette n'apporta pas à l'examiner une très grande sévérité. « Je dois dire cependant, ajoutait-il en terminant sa lettre, que le sieur Th. m'a dit avoir quelque chose (ce sont ses expressions) sur le gland au moment de son entrée à l'hôpital; c'était une rougeur avec un suintement séreux; mais la maladie (une pleuropneumonie qui a motivé son entrée à l'hôpital) l'a débarrassé très vite de cette rougeur. Mon attention

(1) Cet *etc.* donne lieu à penser, après les énumérations qui le précèdent. S'appliquerait-il aux pensionnats de filles et de garçons, aux séminaires, aux congrégations religieuses, etc.?

(2) Consultez, pour le premier système : *Gazette médicale*, 3e série, t. IV, p. 775 et 776. — Pour le second, *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XXVI, p. 450.

n'étant pas fixée sur ce point, je n'ai pu vérifier de quelle nature était ce bouton ; mais son mode de terminaison me paraît prouver qu'il n'avait rien de syphilitique. » Et pourtant, deux années plus tard, Th. avait une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées.

Cette erreur est-elle la seule dans laquelle des médecins de bonne foi soient tombés ? Les résultats désastreux de l'inoculation syphilitique observés sur M. L... sont-ils rares ? Si l'on se rappelle l'histoire funèbre et souvent citée de ces trois étudiants en médecine qui, pour démontrer la réalité du virus vénérien, niée par la doctrine physiologique, s'inoculèrent ce virus ; si l'on parcourt nos publications médicales périodiques, et surtout si l'on tient compte du sentiment qui porte à laisser dans l'ombre de pareils revers, on sera porté à répondre par la négative à ces questions.

J'ai vu, indépendamment de M. L..., deux autres sypbilisés ou prétendus tels : un d'eux portait sur différentes parties du corps, à la suite de plus de soixante inoculations, autant de cicatrices d'un gris brunâtre, arrondies, tranchant sur le fond très blanc de la peau et lui donnant un aspect tigré ; chez l'autre, les deux bras étaient couverts, au milieu de leur région externe, de huit à dix cicatrices étendues, les unes d'un rouge cuivré, d'autres croûteuses, et de plus récentes encore incomplètes.

Mais la pratique de l'inoculation vénérienne fût-elle innocente, où seraient ses avantages ? La sypbilis, traitée méthodiquement à l'origine de ses manifestations, est-elle donc une maladie assez ordinairement opiniâtre et rebelle pour qu'il soit raisonnable d'en acheter la guérison au prix des stigmates que cette opération laisse à sa suite ? Comment ! tandis qu'il est de précepte fondamental en thérapeutique de prévenir ou d'effacer autant que possible les traces que la vérole peut laisser à sa suite, on trouverait indifférent de les multiplier sans règle ni mesure, et d'imprimer en caractères ostensibles, indélébiles, sur le corps d'un malade, la preuve de lésions dont il aura plus tard tant d'intérêt à ne pas paraître avoir été atteint ! Qui oserait prévoir toutes les conséquences que peut entraîner, pour l'homme ou pour la femme arrivés à la maturité de l'âge et disposés à contracter des unions légitimes, la présence d'un tatouage hideux, accusateur des écarts de leur jeunesse, qui infirmera leur moralité, jettera un doute légitime sur la pureté de leur sang, inspirera nécessairement la répugnance ou le dégoût, et sera recherché peut-être, comme je l'ai vu pour un père de famille, afin de soutenir des imputations odieuses concernant quelques maladies de sa femme ou de ses enfants ?

A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut donc se justifier. On comprend la vaccine et l'inoculation variolique, parce qu'elles préservent d'une maladie à peu près inévitable, toujours grave lorsqu'elle se développe spontanément, et très souvent mortelle en temps d'épidémie. On comprendrait encore une opération, non dangereuse, qui mît à l'abri de la rage ou de la morve, encore bien que ces affections chez l'homme soient accidentelles, mais parce que nul ne peut être assuré de ne pas se trouver dans le cas d'en être atteint, et qu'elles sont presque fatalement suivies de la mort. Mais, pour se prémunir contre une maladie qu'il est possible d'éviter, et que l'on guérit sûrement dans l'immense majorité des cas, commencer par se la donner avec des circonstances aggravantes et avec tous les dangers qu'elle comporte, et, pour la guérir, en multiplier d'abord les accidents, se saturer d'un virus pour mieux l'éteindre, c'est ce que ni la raison, ni la science ne sauraient admettre.

Telles sont, messieurs, les réflexions que l'observation de M. L... a suggérées à votre commission, et qu'elle m'a chargé de vous présenter. Sa mission était d'examiner un fait et de vous en rendre compte, elle s'en est acquittée de son mieux ; mais elle aurait cru dépasser les limites de ses obligations en provoquant, par des conclusions générales, votre jugement sur une pratique dont vous n'êtes pas directement saisis.

Des purgatifs salins.

La révolution faite par Broussais dans la thérapeutique médicale avait pour ainsi dire banni les purgatifs de la pratique de la médecine. C'étaient des médicaments incendiaires, selon l'école physiologique, qui allaient ajouter aux désordres de l'irritation organique les désordres plus grands encore de leur irritation propre. Pendant près d'un quart de siècle, la médecine française a vécu sur cette idée et a pratiqué en conséquence.

Une heureuse réaction s'est bientôt fait sentir. L'observation de nos prédécesseurs a été reprise et confirmée par les observateurs modernes, justice a été faite des exagérations de Broussais et de son école, et l'emploi des purgatifs a repris la place qu'il n'aurait jamais dû perdre dans toute pratique intelligente et rationnelle.

Les purgatifs salins, entre autres, étaient certainement ceux qui méritaient le moins l'ostracisme de Broussais. Presque indifférente sur la membrane muqueuse de l'estomac, leur action sur l'intestin est presque tout endosmotique, comme l'ont prouvé les recherches modernes, et la prétendue irritation qu'ils procuraient n'est plus qu'une théorie chimérique universellement abandonnée.

Sydenham disait qu'il ne comprenait pas la pratique de la médecine sans la lancette et sans l'opium. L'Hippocrate anglais aurait dû ajouter : et sans les purgatifs salins, qui rendent de si grands services aux praticiens. C'est surtout dans la saison chaude de l'année que les indications peuvent être merveilleusement remplies par les purgatifs salins, à l'exclusion des drastiques, qui présentent alors de véritables inconvénients.

Le choix de ces purgatifs n'est indifférent ni pour les médecins, ni surtout pour les malades. Il y a quelques années à peine, on aurait dit que la pratique en était réduite, à cet égard, au sulfate de magnésie dans ses divers véhicules de bouillon aux herbes ou de bouillon de veau, ou bien dissous dans de l'eau chargée d'acide carbonique, à l'état d'eau de Sedlitz artificielle. Il en faut convenir, ce sont là d'affreux breuvages, pour l'ingestion desquels il faut s'armer d'un grand courage.

Grâce à la découverte de M. Rogé, la thérapeutique est en possession aujourd'hui d'un purgatif aussi sûr qu'agréable, qui purge *tutò et jucundè*, comme l'a très bien dit le savant rapporteur de l'Académie de médecine, M. Soubeyran, qui possède toute l'efficacité de l'eau de Sedlitz sans en avoir l'amer déboire, sans occasionner de coliques ni aucune espèce d'accident.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui la limonade au citrate de magnésie, purgatif précieux, si recherché des malades qu'il n'est plus possible de les soumettre aux épreuves de l'eau de Sedlitz. Mais tous les praticiens ne savent pas encore que M. Rogé n'a pas borné son zèle à la découverte de la limonade, facilement altérable, peu commode d'ailleurs à transporter, et dont les malades privilégiés des villes peuvent seuls à peu près faire usage.

M. Rogé a complété sa découverte en donnant sous le nom de poudre purgative de Rogé un produit à l'état sec et pulvérulent, d'une longue conservation, facilement transportable, représentant exactement tous les éléments, *moins l'eau*, qui constituent sa limonade purgative à 50 grammes de citrate de magnésie. Au moyen de cette poudre, et par une simple dissolution dans l'eau, on peut immédiatement se procurer une limonade purgative aussi agréable, aussi efficace que celles préparées dans sa pharmacie. Il suffit, pour cela, de faire dissoudre cette poudre purgative dans une bouteille d'eau bien bouchée, afin que les gaz ne s'échappent pas, d'agiter le mélange et d'attendre trois quarts d'heure, que la solution complète soit opérée.

M. Rogé prépare aussi avec le citrate de magnésie des *pastilles laxatives* dont l'usage se généralise de plus en plus pour remplir une indication assez fréquente dans la pratique de l'art, l'effet laxatif continu. Ces pastilles sont aussi très commodes aux personnes qui ne peuvent supporter les purgatifs liquides ; elles sont précieuses surtout pour la médecine des enfants, chez lesquels un petit nombre de ces pastilles suffit pour obtenir un effet purgatif efficace.

Dr D...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juillet 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

PRÉSENTATIONS.

Rupture probable d'un des corps caverneux de la verge.

M. BOINET présente à la Société un malade qui, dans des efforts violents près d'une femme, paraît s'être rompu un des corps caverneux ; il résulte de la cicatrice vicieuse que l'érection ne se fait plus d'une manière normale.

M. X..., qui a quarante-deux ans, est d'une forte constitution ; il n'aurait eu dans sa vie d'autre indisposition que cinq ou six blennorrhagies et un chancre ; ces affections remontent à dix ans ; un traitement mercuriel a été suivi par le malade.

Il y a trois mois environ, il rencontra des obstacles insurmontables à l'accomplissement des rapports sexuels, et, dans un violent effort pour les vaincre, il ressentit une douleur assez vive dans le pénis ; l'éjaculation eut lieu sans écoulement de sang ; sur le moment, aucun autre accident n'arriva ; mais le lendemain, il s'aperçut que la verge était plus volumineuse, qu'une partie du prépuce était gonflée, infiltrée de sang. L'écoulement de l'urine était normal ; pas de douleur dans la verge. Ce ne fut que huit jours après, en urinant, qu'il sentit au côté droit de la verge, vers le milieu, une sorte d'induration ; et, lorsqu'une quinzaine de jours après il voulut avoir des rapports sexuels, il reconnut, à son grand étonnement, qu'il ne pouvait y parvenir, parce que le pénis en érection était tordu d'une manière toute bizarre ; il était presque coudé à angle droit sur la partie latérale droite. Un confrère, consulté à cette époque, conseilla l'usage de bougies en gomme élastique.

Depuis cette époque, l'érection, qui est très fréquente, présente toujours les mêmes phénomènes ; elle est bornée au corps caverneux gauche et à la partie inférieure du corps caverneux droit. Lorsque le pénis n'est pas en érection, on sent vers la racine du corps caverneux droit une petite induration, allongée transversalement, élastique, non douloureuse au toucher et assez bien limitée.

Au commencement de l'érection, le malade remarque que la verge éprouve d'abord une courbure en avant, puis ensuite une courbure latérale droite ; il éprouve alors dans le corps caverneux gauche et à droite dans le point où existe la petite tumeur indurée des tiraillements assez prononcés.

Dans le moment de l'érection, l'induration se trouve placée à un centimètre environ au-dessous de la base du gland : c'est là que se fait la courbure du pénis. Le canal de l'urètre est parfaitement libre ; la miction et l'éjaculation se font normalement.

Les phénomènes offerts par le malade sont-ils dus à la cicatrice du corps caverneux rompu ou bien sont-ils le résultat d'une induration vénérienne des corps caverneux ? Ce sont ces questions que M. Boinet soumet à la Société et qu'il serait important de résoudre dans l'intérêt du malade. Car il est évident que, si cette induration du corps caverneux reconnaît pour cause la rupture du pénis, le malade devra ne rien faire, s'abstenir de tout traitement et vivre avec son infirmité. Dans le cas, au contraire, où cette induration serait syphilitique, il y aurait indication de soumettre le malade à un traitement spécifique. Ce qui fait pencher M. Boinet pour cette dernière opinion, c'est que le malade avoue avoir eu un chancre et cinq ou six écoulements ; néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que l'accident s'est produit brusquement il y a trois mois. Y aurait-il eu là prédisposition syphilitique mise en évidence par un accident ? C'est encore une question ; du reste, en supposant même une erreur dans la cause, il n'y a aucun inconvénient à soumettre de nouveau le malade à un traitement régulier.

D'après les recherches faites par M. Boinet dans les auteurs qui ont parlé de l'induration des corps caverneux, ils sont généralement disposés à regarder cette affection comme étant de nature syphilitique.

Ablations de tumeurs fibro-plastiques récidivées dans le même siége.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société un malade qui doit subir pour la cinquième fois l'ablation de tumeurs fibro-plastiques récidivées dans le même siége, à la région sous-claviculaire gauche. Cet homme, qui, malgré tant de récidives et d'opérations, paraît jouir aujourd'hui encore d'une constitution excellente, doit être soumis cette fois à l'application d'un procédé autoplastique ayant pour objet de recouvrir la perte de substance résultant de l'ablation par un lambeau emprunté aux parties voisines. Voici la date des opérations déjà pratiquées : en septembre 1849, en décembre 1850, en juillet 1851, en janvier 1852 ; enfin, la récidive actuelle date des premiers jours de juin 1852. Il y a donc eu entre la première opération et la seconde quatorze mois d'intervalle, puis entre les trois autres opérations des intervalles de six mois seulement.

Réduction d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus.

M. MARJOLIN présente un malade chez lequel il a eu occasion de réduire une luxation de l'épaule datant de plusieurs jours et compliquée de fracture de la partie supérieure de l'humérus.

Ce malade, qui est âgé de trente-sept ans, est sujet à des étourdissements ; dans le courant du mois de mars, étant à travailler aux champs, il fut pris subitement d'un vertige et tomba : lorsqu'il reprit ses sens, il sentit une vive douleur dans l'épaule droite et s'aperçut que son bras était gêné dans ses mouvements ; il y avait impossibilité de porter la main à la tête et de rapprocher le coude du corps.

Cet homme, dont l'intelligence est assez bornée, nous dit qu'il avait consulté plusieurs médecins des environs d'Amiens, mais qu'aucun n'avait pu le soulager ; voyant que la douleur augmentait et que son bras enflait, il se décida à venir à Paris. Lorsqu'il entra à l'hôpital, l'interne de garde reconnut une luxation sous-coracoïdienne et fit quelques tentatives de réduction sans pouvoir y parvenir.

Le lendemain, lorsque M. Marjolin le vit à sa visite, l'épaule était douloureuse, tuméfiée ; il n'était pas possible de méconnaître l'existence d'une luxation ; mais comme le malade était très fatigué, il se contenta de prescrire un bain et des applications émollientes ; ce ne fut qu'au bout de trois jours qu'il procéda à la réduction ; il y avait alors huit jours que l'accident était arrivé. Ce fut l'ancien procédé qui fut mis en usage : dans une première tentative, la réduction ne fut pas opérée, mais la tête de l'humérus fut déplacée, de telle sorte que la luxation fut convertie en luxation directe en bas. A la seconde tentative, on entendit distinctement le bruit de la tête rentrant dans la cavité glénoïde ; en effet, la tête de l'humérus occupait sa place habituelle ; mais voici ce qui eut lieu : malgré la réduction, le malade ne pouvait pas bien se servir de son bras ; les mouvements d'élévation étaient à peine possibles, et de plus le deltoïde était tellement aplati que quelques personnes crurent que la luxation n'était pas réduite ; on pouvait cependant se convaincre du contraire : 1° parce que la tête de l'humérus n'était plus dans le creux de l'aisselle ; 2° parce qu'elle occupait bien sa place normale et qu'on pouvait lui imprimer des mouvements de rotation. Mais, en même temps qu'on imprimait divers mouvements à l'humérus, on percevait une crépitation parfois sensible à l'ouïe ; cette crépitation n'était pas celle qu'on observe dans les inflammations articulaires : c'était une crépitation causée par des fragments osseux. Il y avait donc une fracture : quelle était cette fracture ? La tête de l'humérus avait-elle été séparée en totalité du corps de l'os ? M. Marjolin ne le crut point ; son avis fut qu'il y avait un écrasement d'une portion de la tête de l'humérus et que cet écrasement pouvait s'étendre au rebord de la cavité glénoïde. M. Chassaignac, qui examina le malade plusieurs jours après, pensa qu'il y avait une fracture longitudinale de la partie supérieure de l'humérus.

Aujourd'hui, il y a ankylose de l'articulation scapulo-humérale ; et, bien que la luxation soit réduite, l'articulation scapulo-humérale n'a pas sa forme habituelle, ce qui pourrait faire croire que la luxation n'est pas complètement réduite. M. Marjolin insiste sur l'analogie qui existe entre certaines lésions de l'articulation de l'épaule et quelques-unes de l'articulation coxo-fémorale ; dans ces cas, il est souvent fort difficile de bien établir le diagnostic.

Nomination.

L'ordre du jour appelle ensuite le vote sur les conclusions de la commission chargée d'examiner le travail de M. Follin.

Ces conclusions sont :

1° Le renvoi du travail de M. Follin au comité de publication ;

2° L'admission de M. Follin comme membre titulaire.

Ces deux conclusions ayant été adoptées, M. Follin est nommé membre titulaire.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Chassaignac est renvoyé au comité de publication.

Tumeur érectile.

M. DEMARQUAY communique l'observation de la jeune fille affectée de tumeur érectile qu'il avait présentée dans la séance précédente.

La jeune fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution. Elle est née avec une petite tache lie-de-vin située à la partie moyenne de la région frontale. Cette tache est restée stationnaire jusqu'à l'âge de douze à treize ans. A cette époque elle fit des progrès, devint le siége de battements et acquit le volume d'un petit œuf ; elle n'a jamais été, du reste, le siége d'aucun accident. La tumeur qui occupe la partie moyenne du front est un peu plus développée du côté droit, elle a envahi la partie interne de la paupière supérieure droite, le grand angle du même côté et un peu de la paupière inférieure gauche ; elle semble se terminer au niveau de l'arcade sourcilière. Son étendue en hauteur est celle de la région frontale ; dans ce sens, elle a environ 8 centimètres de hauteur ; son diamètre transversal a dans son maximum d'étendue, c'est-à-dire au niveau de la région sourcilière, 5 centimètres. La saillie qu'elle forme au-devant du front est assez notable. La peau qui la recouvre, et qui forme un des éléments constituants, est d'un rouge violacé, présentant çà et là de petites saillies. A sa partie supérieure on remarque une cicatrice d'un pouce d'étendue ; cette cicatrice est le résultat de la compression qu'un chirurgien avait exercée dans le but d'obtenir l'atrophie de la tumeur.

Dans toute l'étendue de la tumeur il existe des battements très appréciables au toucher. Lorsque la malade a marché, qu'elle a un peu chaud, ou même pendant le repos, si on applique légèrement la main ou la pulpe du doigt, on éprouve la sensation d'un léger susurrus. En appliquant l'oreille sur le front, on entend un bruit de souffle très marqué dans toute l'étendue de la tumeur, ainsi que les battements. La compression de la carotide gauche diminue l'intensité du souffle, mais ne le fait point cesser ; ce qui a toujours lieu par la compression de la carotide droite. Si on comprime simultanément les deux carotides, la tumeur s'affaisse légèrement. Les artères temporales et sus-orbitaires sont plus développées à droite qu'à gauche. En appliquant un thermomètre sur la tumeur, j'ai trouvé ce dernier un degré de plus que sur les parties voisines.

Cette tumeur érectile a son siége dans la peau de la région frontale et dans les paupières du côté droit ; elle ne paraît pas pénétrer dans l'orbite du côté droit, ni affecter en rien l'os frontal ; car, lorsque par la pression on affaisse la tumeur, on sent que le frontal est intact.

Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur érectile composée d'éléments artériels et veineux. L'existence de battements accompagnés d'un bruit de souffle et la dilatation des artères voisines ne laissent aucun doute sur l'existence d'une circulation artérielle. D'autre part, sa teinte bleuâtre, sa mollesse font penser que l'élément veineux entre aussi pour une bonne part dans sa composition. C'est donc à une tumeur érectile mixte que nous avons affaire. Jusqu'à ce jour elle a marché assez lentement et n'a donné lieu à aucun accident. Dans ces circonstances, je demande à la Société quelle conduite il faut tenir ? Faut-il agir, faut-il attendre ? Dans le cas où l'art interviendrait, quelle est l'opération qu'il faut pratiquer ?

Parmi les nombreux procédés qui ont été imaginés pour obtenir la cure radicale ou palliative, il en est un certain nombre qui me paraissent devoir être rejetés dans cette circonstance, ce sont les cautérisations et l'ablation.

Je ne crois pas qu'un chirurgien prudent puisse recourir à ces deux moyens. Peut-être pourrait-on cautériser avec des aiguilles

de platine rougies, comme le fait M. Guersant à l'hôpital des Enfants; mais c'est encore un doute. Quant à l'ablation suivie de la cautérisation, on s'exposerait à de graves hémorrhagies, et on aurait une cicatrice considérable en admettant qu'on réussît.

Il ne faut pas non plus penser à l'usage des styptiques et de la compression; ces moyens sont tout à fait insuffisants. Il en serait de même du broiement, du séton ou de la ligature des vaisseaux, dont la compression diminue à peine la tumeur. Si une opération doit être faite, il faut qu'elle soit faite dans le double but d'amener l'atrophie de la tumeur et de prévenir l'hémorrhagie; il me semble donc qu'un procédé de ligature analogue à celui imaginé par A. Bérard pourrait rendre quelque service. J'insisterais d'autant plus sur ce moyen que, récemment, au sein de la Société, un chirurgien distingué, M. Rigal, est venu vanter l'emploi de la ligature, appuyant son opinion sur une série de faits assez nombreux.

Le procédé que je conseillerais n'est qu'une modification de la suture de Gelis; seulement il faudrait, en coupant les parties latérales de la tumeur avec des fils, ménager un pédicule au lambeau de peau qui recouvre la tumeur.

M. Lebert dit que, bien qu'il n'ait pas bien présent à la mémoire quelle a été l'issue de tous les cas de ce genre dans lesquels on a employé la galvanopuncture, ce serait peut-être le cas de la mettre en usage, en suivant les nouveaux procédés indiqués par M. le professeur Schü, de Vienne.

M. Boinet partage l'avis de M. Lebert; il pense qu'il faudrait y recourir avant d'employer la ligature en bourse.

M. Demarquay ne croit pas que la galvanopuncture réussisse dans cette circonstance; suivant lui, la coagulation du sang n'est point le résultat de l'électricité, mais bien de l'inflammation déterminée par la présence des aiguilles. Lorsqu'on emploie ce moyen, il se produit deux résultats bien différents: si on agit faiblement, l'effet est nul; si, au contraire, on agit d'une manière énergique, on détermine la gangrène.

M. Debout dit qu'on peut toujours mesurer la force du courant initial, et que c'est au commencement, lorsque la pile agit avec son maximum d'énergie, qu'il faut appliquer le courant; plus tard, lorsque la force du courant a diminué, comme son action est nulle, il ne faut plus s'en servir. Il ajoute que, quant à ce qui est des accidents traumatiques secondaires, loin de les redouter, il faut chercher à en bénéficier.

De plus, dans le moyen dont parle M. Lebert, il faut multiplier le nombre des aiguilles afin de multiplier les centres de coagulation: il se passe là un phénomène analogue à celui de la congélation.

Si maintenant on vient à mettre les deux pôles en contact et qu'on emploie des aiguilles fines, on peut les faire rougir: on obtient de cette manière une véritable cautérisation.

M. Lebert dit qu'en examinant la tumeur il a été frappé de la dilatation et des battements de l'artère dans le voisinage; il croit qu'il existe un commencement d'anévrisme cirsoïde, et, d'après ces motifs, il pencherait pour l'emploi de l'électricité, surtout d'après les faits qu'il a vus dans le service de M. Malgaigne. Avant, du reste, de commencer ce mode de traitement, il serait d'avis de consulter M. Baumgartner pour savoir si ce n'est pas là l'occasion d'avoir des coagulum multiples.

M. Maisonneuve insiste aussi pour l'emploi de l'électricité comme moyen curatif, car non-seulement elle peut déterminer des coagulum dans les vaisseaux, mais même agir en cautérisant; à l'appui de son opinion, il cite M. Nélaton, qui, à l'aide d'un fil de platine rougi, a fait des sections comme avec le bistouri.

M. Demarquay regarde le voisinage du cerveau comme une cause défavorable pour l'emploi de moyens aussi énergiques.

M. Maisonneuve croit que M. Demarquay a des craintes exagérées; l'action de ce moyen est trop instantanée.

M. Denonvilliers a été à même de voir employer ce moyen, et il recule devant les difficultés de l'opération.

M. Michon craint que la Société ne s'engage trop avant dans cette discussion, où tant de doutes s'élèvent; il craint qu'on ne s'abandonne trop à des vues purement théoriques: c'est la connaissance des faits qui doit guider. Il faut donc, avant de conseiller l'électricité, voir quels ont été les résultats précédents, et bien prendre en considération dans quelles circonstances on a eu recours à l'électricité; car, comme le dit M. Lebert, c'est plutôt dans les vaisseaux que dans les tumeurs érectiles que le coagulum a lieu. Lui aussi a eu occasion d'employer tout récemment l'électricité pour une tumeur de la langue: c'était chez un homme qui avait la volonté ferme de guérir; dans ce cas, la douleur a été si vive qu'elle a déterminé une syncope.

M. Debout fait remarquer que, chez la malade de M. Demarquay, la tumeur présente deux éléments, l'un veineux, l'autre artériel; c'est ce dernier qu'il faut tâcher de détruire. C'est dans un cas semblable que M. Nélaton a obtenu une guérison.

Quant à la douleur, on pourra l'éviter en donnant au courant électrique une action continue et en évitant d'agir par saccades.

M. Demarquay avait, dit-il, tellement senti ce qu'a dit M. Michon, qu'il n'a pas voulu parler de galvanopuncture, bien qu'il ait fait des expériences assez nombreuses de ce moyen sur les animaux. C'est beaucoup trop difficile à manier pour l'employer avec sécurité chez l'homme; c'est, du reste, l'opinion de plusieurs physiciens avec lesquels il s'est entretenu de ce sujet.

M. Morel, tout en respectant l'autorité de M. Michon, craint de son côté qu'on ne s'effraye trop et de la douleur et de la difficulté de l'opération. Si on n'avait pas déjà des faits de coagulation du sang par ce moyen, on pourrait peut-être hésiter; mais comme il y en a, il faut faire de nouvelles tentatives. La ligature ne lui paraît pas admissible, parce que toute la région frontale droite est en quelque sorte transformée en tissu érectile, et que les artères y offrent une dilatation très avancée. En enlevant la tumeur, c'est-à-dire la partie saillante ou isolée du tissu érectile, on laisserait donc sur la partie droite du front une large portion également érectile qui échapperait ainsi à l'action de la ligature.

Il serait peut-être convenable pour favoriser l'effet du courant galvanique, de comprimer les carotides. Si ce moyen était insuffisant, il pense qu'il faudrait, non pas lier les carotides, mais les deux temporales et les autres artères qui concourent à l'entretien de la tumeur.

M. Robert pense que, si on n'applique une méthode que lorsqu'il y a des cas de réussite, on s'expose à reculer. Ici, il faut procéder par induction, et comme dans des cas analogues le fait M. Abeille, etc.; il y a eu des succès, il ne faut pas hésiter.

Il croit qu'il s'agit d'un anévrisme cirsoïde, bien qu'il n'y ait point de battements aussi forts. La ligature en masse pourra échouer, parce que les vaisseaux ne viennent pas de la base, mais de la circonférence de la tumeur. Ce qui le fait pencher pour la galvanopuncture, c'est que, si elle échoue, on aura toujours la ressource des autres méthodes.

M. Michon n'est pas aussi opposé à l'électricité qu'on semble le croire, puisqu'il l'a employée; seulement il a cru devoir insister sur ce point, qu'avant d'engager une discussion sur les effets de l'électricité comme moyen thérapeutique, il fallait bien connaître quels étaient les avantages et les inconvénients de cette méthode, et il aurait désiré qu'on apportât, comme le disait M. Lebert, des éléments plus positifs. Ainsi, pour lui, il est déjà résulté de cette discussion un fait important, c'est que l'emploi d'un courant continu est indispensable. C'est en procédant par des faits bien précis qu'il croit que l'on peut traiter les questions avec avantage.

M. Denonvilliers insiste sur la gravité de la question. Par elle-même la maladie est dangereuse, difficile à traiter; de plus, on a rarement occasion de l'observer. Ce n'est pas une varice artérielle, c'est une tumeur qui se complique de dilatation artérielle; il ne faut pas cependant confondre les battements qui appartiennent à la tumeur; il y a un frémissement sous le doigt et une impulsion assez forte, même quand les carotides sont comprimées. Si le moyen de M. Demarquay est insuffisant, ne peut-on pas proposer des moyens nouveaux? Comme l'a dit M. Robert, il ne croit pas que la ligature interrompe le cours du sang. Si du reste ce moyen échoue, plus tard ne pourra-t-on pas compléter l'opération? Il cite l'exemple de Macillwain, qui a embrassé les tumeurs avec des épingles et étreint avec des fils. Revenant ensuite sur le cas de M. Nélaton, il dit que l'électricité a produit dans cette circonstance une véritable cautérisation.

M. Maisonneuve voudrait qu'on employât la cautérisation; et comme il n'aime pas l'action de la pâte de Vienne, qui laisse une eschare molle souvent accompagnée d'écoulement sanguin, il proposerait les caustiques acides, auxquels il ne reconnaît pas les mêmes inconvénients.

Il regrette que M. Demarquay n'ait pas parlé de la ligature excentrique employé par Blandin dans des tumeurs semblables. Ce procédé consistait à traverser la tumeur dans plusieurs points de sa circonférence avec une grande aiguille armée d'un fil, de manière à former une série d'anses qu'on pouvait serrer à volonté.

M. Demarquay répond que Blandin réservait cette ligature pour les tumeurs cancéreuses; il avait d'autres procédés pour les tumeurs érectiles. Ainsi sur une petite fille qui avait une tumeur érectile sur la poitrine, il fit la ligature sous-cutanée et obtint la guérison.

Correspondance.

M. Larrey présente à la Société de la part de sir George Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, un ouvrage intitulé: *Outlines of military surgery*, avec la demande du titre d'associé étranger. (Commissaires: MM. Giraldès et Larrey).

— M. Guersant annonce de la part de M. Huguier que la femme que l'on croyait affectée de grossesse extra-utérine est accouchée naturellement. M. Huguier donnera des détails sur ce fait intéressant dans une des prochaines séances.

Le secrétaire de la société, Marjolin.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous faisons un plaisir de publier.

Paris, juillet 1852.

Monsieur,

Les graves événements politiques que nous avons eu à traverser m'ont empêché, l'année dernière, de publier l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*.

Cette vaste entreprise, qui m'a coûté tant de sacrifices, de travaux et de soins, ne pouvait pas périr. Je la reprends aujourd'hui avec plus de sollicitude que par le passé; et dans ce but, je viens de nouveau réclamer le concours que m'ont prêté les années précédentes les médecins et les pharmaciens.

Eu égard à la multiplicité et à la diversité des documents que renferme mon *Annuaire*, je ne saurais recourir à trop de renseignements. En conséquence, et malgré les correspondants que j'ai établis dans chaque arrondissement de la France, je prie mes honorables confrères, ainsi que les pharmaciens de Paris et de la province, de m'adresser directement, soit leurs réclamations, soit les changements qui sont à leur connaissance.

En me prêtant ainsi leur concours, ils coopéreront à une œuvre qui n'est pas sans importance pour le corps médical et pharmaceutique de la France.

Agréez, etc.

Dr Félix Roubaud.
26, rue de Trévise.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans la vingt-cinquième année de son existence, sont devenues si rares aujourd'hui qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans un format in-4° qui ressemblait beaucoup à celui des *Débats* sous l'Empire.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin la *Gazette*, en 1851, c'est-à-dire au moment où commençait la seconde moitié du dix-neuvième siècle, a adopté son format actuel et les beaux caractères qui en rendent la lecture si facile. Pendant les dix-huit mois qui se sont écoulés depuis cette époque, un nombre considérable d'abonnés nouveaux sont venus nous prouver que le corps médical veut bien apprécier les efforts que nous ne cessons de faire pour lui rendre le plus de services possible. Ces abonnés ont presque tous voulu collectionner leurs numéros en partant de cette année 1851, si bien que ceux que nous avions en réserve se sont épuisés, et que nous venons d'être obligés de faire réimprimer cette année tout entière.

Nous la fournirons maintenant toute reliée, ainsi que les numéros parus depuis le 1er janvier jusqu'au 15 juillet dernier, moyennant 12 francs seulement, à toute personne qui s'abonnera à l'année courante, ou à tout abonné actuel qui aurait le désir de se commencer une collection.

Chronique et nouvelles.

Hydrophobie. — M. Grosjean, qui nous avait adressé une note relative aux primes (ensemble 3,000 fr.) qu'une personne inconnue lui a remises pour les découvertes contre l'hydrophobie, nous prie de reproduire la lettre qu'il a adressée sur le même sujet à M. le professeur d'économie industrielle Jacquemart.

Voici cette lettre:

« Monsieur le professeur,

» A l'occasion de ma note du 14 juillet, insérée dans l'*Assemblée nationale* et les *Débats*, vous publiiez dans ce dernier journal, numéro du 16, et dans l'*Assemblée nationale* du 17 du même mois, « que la rage n'est qu'une affection nerveuse de peu de durée, » n'ayant d'autre cause que l'instinct d'imitation et la frayeur. » Vous énoncez la conviction déjà acquise par votre expérience, que la morsure ne communique pas la rage, et vous offrez de vous faire mordre par des chiens dits enragés. Cette offre doit être sérieuse, puisqu'elle émane d'un *professeur* qui, de plus, a déjà expérimenté sur lui-même que les accès hydrophobiques se calment par la volonté, et qu'ils ne se communiquent que comme certaines crises épileptiques.

J'ai l'honneur de vous informer qu'une personne, qui garde l'anonyme, m'a mis en mesure de déposer la somme représentant les frais éventuels des expériences généreuses que vous offrez de faire, et j'attends que vous en indiquiez le montant.

Armand Grosjean.

— La *Presse médicale belge* annonce dans les termes suivants le rapport de M. Bégin. Il paraît que la syphilisation n'est pas moins bien jugée en Belgique qu'en France:

« Nous apprenons à l'instant que M. Bégin vient de lire à l'Académie de médecine de Paris son rapport sur la syphilisation. Enfin cette doctrine inouïe, qui répugne au bon sens ainsi qu'à la morale publique, va décidément être jugée; ce ne sera pas impunément qu'elle aura affronté le jugement de l'Académie de médecine française; on lui arrachera le voile dont elle se couvre, on la montrera enfin dans sa hideuse nudité. Déjà le rapport de M. Bégin, que nous reproduirons dans la *Presse*, ainsi que toute cette discussion, n'est rien moins que favorable à la syphilisation, au syphilisme, cette sixième ou septième faculté, qui, sous le rapport de la vérole, met l'homme au-dessous du singe et du chat. »

— *Rue des Ecoles.* — Une commission présidée par notre vénérable ami le général Jorry, et fondée pour obtenir le percement d'une rue dite *des Ecoles*, vient de voir se terminer sa mission de la manière la plus heureuse. Dans une visite qu'ils firent à M. de Morny, les membres de la commission reçurent de ce ministre éminent la gracieuse assurance qu'il favoriserait de tout son crédit les légitimes vœux. Le décret suivant, en date du 24 juillet, réalise complétement ces vœux.

« Est déclarée d'utilité publique l'ouverture à Paris, entre la rue de La Harpe et la rue Saint-Jean-de-Beauvais, d'une voie de communication dite rue des Ecoles et l'élargissement à 16 mètres de la portion de la rue de Sorbonne située entre la rue nouvelle et la rue des Mathurins-Saint-Jacques. Ladite rue des Ecoles aura un minimum de largeur de 22 mètres en formant un grand carrefour à son point de départ et une place de 40 mètres destinée à dégager les abords du collége de France. »

— M. le docteur Blampignon, le plus âgé des médecins de Troyes, vient de mourir en cette ville. Un discours prononcé sur sa tombe par M. Bédor a retracé les principaux faits honorables de cette carrière médicale de près d'un demi-siècle.

— D'après un journal de Liége (Belgique), il existe dans cette ville une femme de 33 ans dont la fécondité est vraiment extraordinaire. Ces jours derniers, elle a encore mis au monde trois enfants: ce sont les 22e, 23e et 24e. En neuf années de mariage, elle a eu ainsi 24 enfants du sexe féminin et très bien portants.

— Un accident de typographie nous force à remettre au prochain numéro notre article sur le rapport de M. Bégin.

Bulletin bibliographique.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume: 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Ecoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. La 25e livraison, contenant la suite de la *Respiration*, vient de paraître. Prix de chaque livraison: 1 fr. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, à Paris.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Traité des névroses des voies digestives (gastralgie et entéralgie); par M. Vignes, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des armées en retraite. Un vol. in-8°. Prix: 4 fr. 50 c. En vente, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 89 = JEUDI 29 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 89. = JEUDI 29 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Syphilisation. — HÔPITAUX CIVIL ET MILITAIRE DE STRASBOURG (M. Sédillot). De l'opération de l'hydrocèle par le procédé de M. Baudens. — Grossesse gémellaire. — Grossesse extra-utérine dans un sac herniaire. — Quelques mots de la suture enchevillée. — Académie de médecine, séance du 27 juillet. — Académie des sciences, séance du 26 juillet. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 JUILLET 1852.

Syphilisation.

Nos lecteurs ont maintenant sous les yeux le texte complet du rapport de M. Bégin. Ils y ont pu contempler dans toute son horreur un exemple nouveau des lamentables extrémités auxquelles peuvent être conduits les malheureux que la débilité de leur organisation cérébrale rend victimes de toutes les mystifications et livre en pâture à tous les charlatans. M. L..., en proie à une vérole constitutionnelle avancée, atteint d'engorgements ganglionaires et d'une exostose au cubitus, n'en persiste pas moins aujourd'hui dans son entreprise, et il en est arrivé, d'après les renseignements fournis par M. Ricord, à son deux-centième chancre d'inoculation! Il est, dit-on, décidé à poursuivre jusqu'à la fin, c'est-à-dire probablement jusqu'au tombeau, cette expérimentation insensée!

En présence d'un pareil fait, auquel il en aurait pu ajouter quelques autres, M. Bégin, et après lui MM. Velpeau, Larrey, Moreau, etc., se sont permis de flétrir avec une honnête énergie cette conception étrange, fille de l'ignorance et du charlatanisme, décorée du nom de syphilisation. L'Académie tout entière et le public présent se sont associés à la juste sévérité des honorables académiciens. Nous nous trompons, l'approbation n'a pas été absolument universelle.

Il y a des esprits placides pour qui un homme est moins un homme qu'un fait n'est un fait. Si un charlatan vient leur dire qu'il transforme à volonté le plomb en or, ils lui répondront tranquillement : « Il faut voir. » Si un autre charlatan leur annonce qu'il guérit l'épilepsie en administrant aux malades 10 grammes d'acide prussique ou en leur enlevant la glande pinéale, ils lui répondent avec le même calme : *« Il faut voir. »* Ce ne sont point les conséquences du fait qui les intéressent, c'est le fait lui-même. L'absurdité d'une affirmation ne leur suffit point; il faut la vérifier par l'expérience, dût cette expérience coûter la santé ou même la vie à quelques-uns de leurs semblables. Quant à leur santé, quant à leur propre vie, ils les mettent soigneusement à l'abri. C'est d'un de ces esprits que la syphilisation vient de recevoir un bill d'indemnité, si ce n'est même une prime d'encouragement.

Sachons, dit ce protecteur dépourvu de passion, sachons si, par des inoculations répétées de pus syphilitique, on parviendrait à prévenir la syphilis ou à guérir la vérole constitutionnelle. Quant aux applications qu'on pourra faire de cette vérité, il sera temps de s'en occuper plus tard.

Il pourra bien arriver que le fait de la syphilisation, même s'il n'est pas une mystification indigne, ne puisse être d'aucune utilité, ou qu'il ne puisse servir qu'à alimenter les exploits et l'immoralité des charlatans aux dépens de la santé publique; qu'importe! En attendant que cette conviction pénètre dans les esprits, nous verrons des expériences dont, à la vérité, l'homme sera le sujet, mais qui n'en seront que plus curieuses.

Ainsi raisonnent ces esprits pleins de calme, que n'agite jamais le vent de la passion, que ne trouble jamais aucun excès de sentiment. Ils désirent absolument et ardemment voir des expériences, aussi ardemment du moins que peut le leur permettre leur inaltérable placidité. Quant à déterminer les conditions dans lesquelles ces expériences devraient être faites pour être concluantes; quant à savoir même si elles pourraient conduire à un résultat positif; quant à appliquer à celles de ces expériences dont une coupable témérité nous a déjà mis en possession les procédés logiques auxquels les susdits esprits accordent, dans des problèmes bien moins faciles, une supériorité absolue sur les faits; quant à tout cela, ils ne s'en inquiètent nullement. Par une exception pleine de galanterie envers la syphilisation, ils font ici abstraction de cette raison infaillible qui leur permet si souvent de voir et d'affirmer ce que ne sauraient démontrer ni l'expérience ni l'observation. Tandis qu'habituellement ils ne demandent qu'à juger, ici ils ne demandent qu'à voir.

Nous ne saurions apprécier d'après cette méthode le rapport de M. Bégin; et, dussions-nous passer pour un esprit passionné ou sentimental, puisqu'une triste nécessité nous oblige à nous occuper une fois encore de cette conception désordonnée dite syphilisation, nous croyons que notre droit, et même notre devoir, est de la traiter comme toutes les autres folies médicales, comme le somnambulisme et l'homœopathie, qui ont du moins sur elle le mérite d'être innocentes et de ne pas porter atteinte à la santé des dupes qu'elles font.

Non sans doute, au point de vue de la syphilisation, le rapport de M. Bégin n'a pas été aussi complet qu'il aurait pu l'être; il n'a pas donné contre cette monstrueuse rêverie toutes les raisons qu'il aurait pu invoquer; mais d'abord M. Bégin n'avait qu'à rendre compte d'un fait particulier, qui ne se rapportait même que très indirectement à la syphilisation; et puis, qui aurait pu croire qu'une réfutation en règle fût nécessaire dans une question de cette nature?

Ce n'est donc pas sous le rapport de la syphilisation que nous aurons des reproches à faire à M. Bégin. Il y avait dans le fait qu'il a examiné une question plus importante qu'il a beaucoup trop laissée dans l'ombre, et sur laquelle M. Velpeau a eu raison d'appeler d'une manière spéciale la discussion. Nous y reviendrons en temps et lieu.

Quant à la syphilisation, M. Velpeau l'a dit encore avec ce sens supérieur qui l'inspire si souvent, elle était indigne d'occuper sérieusement l'Académie; il fallait la conspuer et non la discuter. Ainsi ne l'ont pas voulu les esprits placides dont nous avons parlé. Grâce à leur généreuse intervention, une véritable discussion va devenir indispensable, à la grande satisfaction de la syphilisation, qui ne demande nullement l'assentiment des hommes sérieux, mais qui veut seulement, et nous disons ceci avec le sentiment de la conviction la plus profonde, faire du bruit et des dupes.

Subissons donc la nécessité dans laquelle nous ont placé les hommes calmes, et voyons sur quelle base des hommes sérieux pourraient établir la syphilisation.

Le fait fondamental, celui que j'ai le premier annoncé aux médecins, et dont une misérable piraterie scientifique a voulu me dépouiller, ce fait est celui que j'ai voulu désigner par le nom de *saturation syphilitique*, qu'on pourra caractériser si l'on veut par celui d'*immunité syphilitique*.

Oui, il est vrai que les prostituées, qui presque toutes (1) contractent la syphilis au début de leur entrée dans la prostitution, finissent, au moins la grande majorité, par devenir réfractaires à la contagion après un temps variable, mais qui n'est jamais moindre de plusieurs mois. Ce qui est vrai encore, c'est que quelques-unes de ces malheureuses, en petit nombre il est vrai, succombent à l'action du virus avant d'acquérir l'immunité dont il s'agit. Enfin, ce qui est vrai aussi, c'est que cette immunité n'est pas illimitée, et qu'après quelques années, la plupart des femmes qui l'avaient acquise la perdent, et repassent, pour l'acquérir de nouveau, à peu près par les mêmes phases qu'elles avaient traversées d'abord.

De ces trois faits d'observation que j'avais communiqués avec confiance à qui avait voulu les connaître, la syphilisation s'est emparée déloyalement du premier, et elle a fait semblant d'y voir la confirmation d'un autre prétendu fait que voici :

Quand on inocule à quelques jours d'intervalle quatre, cinq ou dix chancres à un animal ou à un homme, le premier chancre dure plus que le second, le second plus que le troisième, et ainsi de suite. L'inoculabilité de la syphilis aux animaux est encore à démontrer. Rien n'est moins convaincant, rien n'est moins authentique que les expériences tentées à cet égard, et c'est là une question que l'Académie pourra résoudre quand elle le voudra. Quant à l'assertion touchant la durée respective des chancres d'inoculation, c'est la plus impudente erreur qu'on ait jamais proférée, si, dans un fait de ce genre, il peut y avoir une simple erreur; cette erreur seule aurait dû suffire, aux yeux de tous les hommes sensés, pour réduire à leur juste valeur toutes les assertions sur la syphilisation.

(1) Je dis PRESQUE toutes, parce qu'il a été constaté depuis longtemps par les auteurs que certains individus sont absolument et primitivement réfractaires à l'action du virus vénérien.

Ainsi donc, ce qu'il y a de plus positif dans la syphilisation, ce sont les trois faits que j'ai observés chez les filles publiques.

Ces faits peuvent-ils, en quoi que ce soit, servir de base à une doctrine telle que la syphilisation? Quiconque aura les notions les plus élémentaires sur la fréquence, la gravité, la curabilité de la syphilis, n'hésitera pas à répondre : Non.

Est-ce que par hasard la syphilis est, comme la variole, une maladie dont presque tout le monde doive fatalement être atteint? Est-ce que, parmi ceux que la syphilis affecte, il y en a beaucoup qui succombent, même de ceux qui s'abandonnent aux seuls efforts ou qui se livrent à la cupidité et à l'ignorance bien plus funeste encore des charlatans? La syphilisation s'est vantée dans son impudence qu'elle donnerait à un individu jusqu'à soixante chancres (et l'observation de M. L... nous prouve que ce nombre est loin de suffire toujours) pour le syphiliser. Mais quels sont donc, parmi les plus malheureux syphilitiques, ceux qui ont contracté soixante chancres dans leur vie?..... Enfin, quelle est la proportion des syphilis constitutionnelles par rapport aux syphilis primitives? Personne ne le saurait dire exactement; mais l'opinion la plus raisonnable qu'on puisse émettre à cet égard, c'est au plus la proportion de 1 sur 10. Or, qu'est-ce que la saturation syphilitique ou la syphilisation, sinon un état général qui équivaut à la syphilis constitutionnelle, dont les symptômes caractéristiques d'ailleurs le précèdent souvent? Ainsi, grâce à la syphilisation, tous les hommes seraient mis dans cet état, manifeste ou latent, où ils n'engendrent guère que des enfants ou morts-nés ou cacochymes, et destinés à traîner une vie misérable et à procréer des êtres qui leur ressemblent.

Voilà, dans toute leur hideuse réalité, quelques-uns des résultats que produirait l'application de cette mystification audacieuse patronée par ces esprits calmes qui demandent à voir. Voir quoi? Quelques douzaines d'échantillons comme celui du docteur L...? Pourquoi pas? N'entendais-je pas hier encore un de ces esprits en question s'écrier : « Mais, malgré ses deux cents chancres, ses ganglions engorgés et son exostose du cubitus, le docteur L... ne se porte pas trop mal. » Ce qui signifiait évidemment, dans la bouche de l'impassible observateur, qu'il n'y aurait pas de grands inconvénients à encourager, à exciter les dévouements du genre de celui de M. L...

Notre calme, nous l'avouons, et nous nous en félicitons même, ne va pas jusque-là. Nous trouvons que pour repousser une prétendue doctrine que condamne une observation attentive interprétée par le simple bon sens, il n'est pas besoin d'expériences très multipliées, et malheureusement celle de M. L... n'est déjà plus la seule. Celle que nous avons publiée dans notre numéro du 17 janvier de cette année (1), celle qu'a publiée la *Gazette médicale* du 10 de ce mois (et qu'on a voulu donner comme favorable à la syphilisation), sont plus que suffisantes pour autoriser tous les hommes, passionnés ou non, mais sensés, à répéter avec M. le rapporteur que la pratique de la syphilisation ne saurait soutenir l'examen ni aux yeux de l'expérience, ni aux yeux de la raison, ni aux yeux de la morale. Nous ajoutons qu'une expérimentation faite sur l'homme dans le but de contrôler un telle pratique est, à nos yeux, une expérimentation coupable, passible d'une autre juridiction que celle de la tribune académique ou de la presse scientifique.

Nous ne saurions, en conséquence, donner une approbation trop complète à la partie du rapport de M. Bégin qui traite de la syphilisation. Quant à celle où il a

(1) Et qui n'est pas moins concluante contre la syphilis curative que contre la syphilis préventive.

effleuré plutôt que traité la question de la contagion des accidents secondaires, nous aurons à faire quelques observations à M. le rapporteur. — H. de Castelnau.

HOPITAUX CIVIL ET MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. Sédillot, professeur.

De l'opération de l'hydrocèle par le procédé de M. Baudens.

(Fin. — *Voir* le numéro du 3 juillet.)

M. Sédillot est, comme on le voit, très disposé à placer au nombre des procédés les plus ingénieux et les plus efficaces le procédé de M. Baudens, et nous rapporterons, en les faisant suivre de réflexions, les observations des malades qui y ont été soumis, pour mieux motiver encore cette appréciation.

Hôpital militaire.

Obs. 1re. — *Hydrocèle de la tunique vaginale, suite d'orchite.*

M. C..., lieutenant au 38e régiment de ligne, fut pris, vers le milieu du mois d'août 1851, à Lyon, où il était en garnison, d'une urétrite intense. Cette affection, traitée avec soin par les émollients d'abord, puis par le cubèbe associé au copahu, guérissait à peine, quand le régiment reçut l'ordre de quitter Lyon pour venir à Strasbourg. Les fatigues de la route ramenèrent l'urétrite, qui se transforma bientôt en orchite.

M. C... entre à l'hôpital le 15 octobre; l'orchite date de sept jours; une application de 20 sangsues a déjà été faite. La maladie n'occupe que le testicule droit. Cet organe est dur, rouge et surtout très douloureux. Son volume est celui d'un petit œuf de poule; les phénomènes généraux sont peu marqués. On prescrit une application de 15 sangsues, des bains de siége et des cataplasmes émollients. Une bouteille d'eau de Sedlitz est ordonnée le 19. La liberté du ventre est entretenue les jours suivants par des lavements laxatifs, puis émollients. Sous l'influence de ces moyens et d'un régime alimentaire très léger, l'inflammation diminue, la rougeur surtout devient moins forte; on fait alors des frictions avec le liniment camphré opiacé; on couvre le testicule de ouate. La résolution s'opère, mais la tumeur persiste, quoique un peu moins considérable, puis elle change de nature; elle devient molle, fluctuante, transparente à la lumière artificielle, et l'on constate la présence d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

On prescrit dès ce moment (27 octobre) des potions gommeuses avec le nitrate de potasse, de la tisane de lin nitré, des frictions avec l'onguent mercuriel camphré.

Le 10 novembre, le malade ayant accusé des antécédents syphilitiques, on cesse la potion nitrée, qui était restée sans effet, et l'on donne des pilules de bichlorure à 5 milligrammes (une par jour); la susceptibilité trop grande de l'estomac force d'abandonner ce moyen après trois jours d'usage. On a recours à la potion gommeuse additionnée d'un décigramme d'iodure de potassium. Cette potion est continuée jusqu'à la sortie.

L'hydrocèle ne diminuant pas, on ordonne l'application d'un petit vésicatoire large comme une pièce de 2 francs. Ce moyen n'a d'autre résultat que d'amener une douleur locale très vive pendant trois jours, et une irritation générale que l'on calme par les opiacés. Enfin, le vésicatoire étant sec, on emploie le procédé de M. Baudens. Cette opération est faite le 19 novembre par M. Sédillot.

Il n'est pas fait de ponction préalable. L'hydrocèle étant comprimée à son centre par les doigts de l'opérateur, le testicule est refoulé en arrière; les deux parois du scrotum étant ainsi rapprochées, on introduit le trocart et on traverse le scrotum de part en part comme pour mettre un séton. On étale alors le scrotum sur la canule et on retire le trocart. Le liquide s'écoule aussitôt (30 gram. environ); on vide complétement la poche en la pressant légèrement avec les doigts; puis, au moyen d'une poire en gomme élastique, on y introduit de l'air, que l'on force à y demeurer en bouchant la canule par son mandrin. On diminue le régime alimentaire du malade; on ne lui donne qu'une soupe maigre et des pruneaux. La nuit suivante, la fièvre se montre, mais disparaît totalement le matin.

Le 20, on débouche la canule; une petite quantité de liquide (6 à 8 grammes) s'échappe encore; nouvelle introduction d'air.

Le 21, injection d'air. On aperçoit de l'irritation aux ouvertures de la peau.

Le 22, cette irritation est plus grande et se prolonge un peu plus loin.

Le 23, les ouvertures suppurent légèrement; l'air ne peut plus être injecté comme les jours précédents; la canule est maintenue cependant. On la retire le 24 au matin; l'inflammation alors s'est franchement déclarée; elle s'étend à presque toute la tunique.

Le 26, l'inflammation occupe toute la tunique; la tumeur a repris son volume primitif; la rougeur est peu intense, mais la dureté est assez forte. La suppuration devient abondante par les deux ouvertures. Le testicule est couvert de ouate et maintenu par un suspensoir.

Les 27 et 28, cette suppuration continue. Il survient un peu de fièvre le 28 au soir, mais passagèrement.

Dès le 29 la suppuration diminue, la résolution commence et s'effectue graduellement les jours suivants, sans présenter rien de particulier.

Le 6 décembre, une seule ouverture suppure encore, mais fort peu; le testicule se sent, il est complétement dégagé. La suppuration cesse entièrement le 8.

Le 10, il ne reste qu'un peu d'induration à l'endroit du séton; la guérison est donc complète, et le malade quitte l'hôpital.

Réflexions. — L'on voit dans celle première opération la guérison opérée en vingt jours, sans aucune complication d'accidents. Cependant la vaginale avait suppuré, et les plaies étaient restées fistuleuses. On avait maintenu la canule en place pendant cinq jours, et elle eût pu être retirée plus tôt sans compromettre la cure.

Nous avons reçu ultérieurement des nouvelles de M. C..., dont l'hydrocèle n'a plus reparu.

Hôpital militaire.

Obs. II. — *Hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche.*

M..., soldat au 12e d'artillerie, entre à l'hôpital le 8 novembre 1851 pour une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule; elle est molle, fluctuante, indolore, transparente à la lumière artificielle. Le diagnostic n'est pas douteux.

L'invasion de cette maladie est très ancienne; le malade la fait remonter à plusieurs années. Longtemps il a pu vaquer à ses occupations sans en être incommodé; mais comme la gêne devenait plus grande, on l'envoya à l'hôpital militaire de Strasbourg le 1er mars 1851. Il y fut opéré le 25 avril au moyen du trocart à hydrocèle et de l'injection iodée. Après un séjour de quatre mois, il sortit en apparence guéri. L'hydrocèle reparut bientôt, et il rentra à l'hôpital le 15 septembre. On fit, à cette époque, une ponction avec le bistouri; il s'écoula un peu de liquide. On ordonna des frictions avec le liniment camphré opiacé, et à l'intérieur des potions avec le nitrate de potasse; puis, pendant onze jours, des pilules de ciguë et calomel. M... quitta l'hôpital le 16 octobre pour y rentrer le 8 novembre.

On prescrivit d'abord des frictions mercurielles camphrées; mais leur peu d'efficacité et les antécédents du sujet, présentant pour la troisième fois une affection qu'il avait portée dans le principe pendant un temps fort long, engagèrent à recourir à l'emploi du traitement de M. Baudens.

L'opération fut pratiquée le 14 novembre par M. Sédillot.

La tumeur fut comprimée à son centre par les doigts de l'opérateur; le testicule fut refoulé en arrière; on ne fit pas de ponction préalable avec la lancette. On introduisit immédiatement le trocart dans le scrotum, dont les deux parois furent traversées de part en part, comme pour l'application d'un séton. On étendit alors sur la canule la partie de peau comprimée entre les deux ouvertures, puis on retira le tube du trocart: aussitôt la tumeur se vida en laissant écouler 30 grammes environ de liquide; on pressa légèrement avec les doigts pour faire sortir les dernières gouttes. Le testicule fut alors parfaitement senti; à l'aide d'une poire en caoutchouc on remplit d'air toute la poche, et l'on ferma la canule au moyen de son mandrin.

Le lendemain 15 novembre, on enlève le mandrin, il s'échappe encore quelques gouttes de liquide. On fait une nouvelle injection d'air, qu'on renouvelle le 16.

Le 17, la canule est retirée; l'inflammation est déjà établie, surtout à l'endroit du séton.

Le 18, l'inflammation croît, la tumeur augmente; elle est rouge, dure et chaude; son volume est plus considérable qu'avant l'opération.

Le 19, le malade présente de la fièvre, de la céphalalgie; la nuit a été mauvaise; l'état local est le même que la veille. Le régime, qui jusqu'alors n'avait pas été changé, est complétement modifié. On prescrit du bouillon gras le matin et une soupe de pain le soir; on ordonne une bouteille d'eau de Sedlitz; on fait sur la tumeur des fomentations avec l'eau de sureau.

Le 20, l'état général est redevenu satisfaisant. On continue les fomentations sur la partie, qui ne présente aucune modification jusqu'au 26.

Le 27, le toucher semble indiquer qu'il y a tendance à la suppuration. On ordonne les fomentations avec l'eau de sureau additionnée de sel ammoniac (15 grammes par litre). Le même état persiste jusqu'au 1er décembre.

Le 2 décembre, on constate une légère résolution. La tumeur perd de sa dureté, de son volume; cette diminution continue, mais très lentement, jusqu'au 10 décembre. Il y a alors un temps d'arrêt de six jours.

Le 16, le volume recommence à décroître d'une manière apparente.

Le 18, la tumeur est réduite de moitié: mais elle est encore dure dans son ensemble.

Le 19, le testicule se dégage et devient très appréciable au toucher.

Les 20 et 21, il se détache de plus en plus.

Enfin, le 22, il ne reste plus qu'un peu de nodosité à la partie supérieure de la coque. Le malade demande et obtient sa sortie pour le lendemain.

Réflexions. — Dans ce cas, l'hydrocèle récidivait après une première injection iodée, et la maladie datait de plusieurs années. La canule ne resta en place que pendant trois jours, et le mouvement de fièvre déclaré le cinquième jour s'explique en partie par l'accroissement successif de l'inflammation, aggravée par un régime alimentaire trop abondant. La guérison fut achevée en trente-cinq jours, et s'est maintenue.

Hôpital civil (clinique de la Faculté de Strasbourg).

Obs. III. — *Hydrocèle gauche.*

J...., d'une constitution lymphatique, porte au scrotum du côté gauche une hydrocèle et un varicocèle commençant. A la partie antérieure, on peut saisir la transparence d'une manière moins évidente que dans les cas ordinaires; en arrière, on sent le cordon variqueux. — Pilules de calomel et extrait de ciguë, de chaque, 0,05: deux le matin.

Le 1er décembre, les deux pilules ne font pas d'effet. — Trois pilules.

Le 2, quatre selles liquides avec coliques.

Le 3, nouvelle purgation; la tumeur ne diminue pas.

Le 4, M. Sédillot traverse la tumeur à son tiers antérieur avec le trocart de M. Baudens. On laissé à demeure la canule, au moyen de laquelle on gonfle d'air la poche séreuse. Le testicule est soutenu par un coussin et une compresse attachée à un bandage de corps.

Le 5, pas d'inflammation notable.

Le 6, un peu de douleur à la pression autour de la canule, un peu de gonflement; quatre selles.

Le 7, si l'on presse autour de la canule, il sort un peu de sérosité trouble; peu d'inflammation.

Le 8, la tunique est de nouveau gonflée d'air. Trois selles par les pilules.

Le 9, gonflement, rougeur, douleur du scrotum. On suspend les pilules de calomel. Un peu de fièvre; soif. — Limonade tartrique.

Le 10, l'instrument est complètement ôté; il s'écoule un peu de sérosité purulente; le gonflement du scrotum est considérable. — Onction d'axonge, coussins, compresses et bandages de corps.

Les 11 et 12, l'inflammation reste à son maximum d'intensité.

Le 13, à la palpation, on constate un épanchement dans la tunique vaginale.

Le 14, l'inflammation commence à diminuer; il ne s'écoule pas de liquide par les piqûres; l'inflammation devient adhésive.

Le 15, les symptômes diminuent; la douleur est moindre; le gonflement existe encore. — Fomentation avec infusion de sureau.

Le 16, l'épanchement diminue.

Le 17, le testicule diminue de volume. — Fomentation avec décoction de sureau.

Le 18, la douleur a disparu.

Le 19, le malade commence à se lever portant un suspensoir.

Le 20, pas de gonflement par la station.

Le 21, le suspensoir devient trop large; le scrotum se rétracte considérablement.

Le 22, le malade est convalescent; le 25, sort guéri.

Réflexions. — La guérison fut ici achevée en vingt jours, et l'on remarquera que la canule fut maintenue en place pendant six jours sans développer beaucoup de réaction. L'inflammation avait atteint le lendemain son maximum, depuis ce moment la résolution s'opéra bien. C'est un exemple de succès rapide et sans complications.

Hôpital militaire.

Obs. IV. — *Hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche.*

M..., soldat au 2e régiment de la légion étrangère, entre à l'hôpital de Strasbourg le 29 décembre 1851.

M... est âgé de trente-sept ans et d'une bonne constitution; à la dernière expédition de la Kabylie, il a fait une chute sur des rochers, et, depuis cette époque, il souffre de douleurs lombaires. Il est porteur d'une hydrocèle gauche qu'il ne saurait attribuer à aucune cause, et dont l'origine remonte à une époque assez éloignée, deux ans environ. Le malade a vu se former et s'accroître insensiblement cette tumeur, qui ne l'a jamais fait souffrir ni empêché de faire son service.

Le 30 décembre, voici quel était l'état de la tumeur: elle a le volume d'un gros œuf de poule; elle est molle, indolore, fluctuante et transparente à la lumière d'une bougie.

M. Sédillot donna la préférence au procédé de M. Baudens, et pratiqua l'opération le 31 décembre. La tumeur fut comprimée à son centre par les doigts de l'opérateur, et le testicule refoulé en arrière, pendant que la main droite poussait le trocart de part en part au travers de la poche vaginale, comme pour l'application d'un séton. En retirant la lance de la canule, il s'écoula environ de 50 à 80 grammes d'une sérosité citrine très limpide. La poche ainsi vidée, on reconnut que le testicule était induré, ainsi que l'épididyme. M. Sédillot pratiqua immédiatement plusieurs injections d'air et plaça le mandrin dans la canule, qu'il laissa à demeure.

Le lendemain, 1er janvier, léger engorgement; le malade a peu souffert; peu de réaction.

Le 2, en retirant le mandrin de la canule et en pressant légèrement sur les bourses, on fait écouler une petite quantité de liquide rougeâtre et spumeux; nouvelle insufflation d'air.

Le 3, l'inflammation a fait quelques progrès; la tumeur est presque aussi volumineuse qu'avant l'opération. Le malade a éprouvé des douleurs dans le ventre et la région lombaire; la peau offre une teinte ictérique très marquée. — Bouillon maigre; limonade. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4, même état. — Injection d'air.

Le 5, la tuméfaction est assez considérable. On fait écouler par la canule une certaine quantité de liquide séreux. Le malade a enlevé plusieurs fois lui-même le mandrin de la canule pour donner issue à la sérosité. M. le chirurgien en chef pratique une injection ainsi formulée: eau, 6 grammes; teinture d'iode, 6 gouttes; iodure de potassium, 0,03 centigrammes. La canule est retirée.

Le 6, le malade n'a pas dormi; l'injection a produit de vives douleurs s'irradiant le long du cordon. Teinte ictérique; inappétence; langue rouge; tumeur d'un volume supérieur au volume de l'hydrocèle avant l'opération. — Bouillon maigre; fomentation avec décoction; racine de guimauve et têtes de pavot.

Le 7, l'état général est plus satisfaisant; la fièvre moins grande; peu d'appétit; soif assez vive. La tumeur est rouge, dure, douloureuse; en la pressant légèrement avec les doigts, on fait sortir un liquide encore séreux, mais spumeux et mêlé de bulles d'air. — Même prescription que la veille.

Le 8, état général satisfaisant. Le malade a dormi plusieurs heures durant la nuit; le gonflement se maintient, et le malade, dans ses mouvements involontaires ou en appuyant lui-même sur les bourses, a vu couler par l'ouverture inférieure un liquide séro-purulent abondant.

Du 9 au 20, la tuméfaction marche régulièrement vers la guérison; l'appétit est revenu. On continue les fomentations avec l'eau de sureau, qui produisent un très bon effet. Chaque jour, et même plusieurs fois par jour, il s'écoule par une des ouvertures devenue fistuleuse une quantité de pus qui devient de plus en plus rare.

Le 20, le testicule se dégage et devient très appréciable au toucher; cependant le cordon reste encore engorgé. M. Sédillot commence un traitement par les pilules de ciguë et de calomel.

Du 20 au 31, la guérison se consolide, l'engorgement du cordon a diminué; mais le testicule reste un peu hypertrophié et engorgé, surtout vers l'épididyme. Le toucher fait reconnaître quelques nodosités.

Pendant le mois de février, M.... a pris chaque jour deux pilules de ciguë et calomel. Le testicule gauche a repris son volume normal. L'engorgement du cordon avait complétement disparu, lorsque le malade a demandé et obtenu sa sortie le 29 février.

Réflexions. — L'hydrocèle était ancienne et compliquée d'orchite; le malade, fatigué, était entré à l'hôpital pour d'anciennes douleurs lombaires de cause traumatique. L'inflammation fut plus lente à se produire, et une injection iodée fut pratiquée. La canule, ôtée le sixième jour, n'empêcha pas les suppurations de la vaginale sous l'influence de l'iode, et il y eut quelques complications d'embarras gastrique et des douleurs sympathiques le long du cordon et jusqu'à la région lombaire. Cependant la résolution commença vers le dixième jour, et ne cessa plus de faire des progrès. La guérison de l'hydrocèle était complète vers le vingtième jour, et le séjour plus prolongé du malade à l'hôpital jusqu'à la fin de février fut nécessité par le traitement de l'orchite, qui fut suivi d'un succès complet.

Hôpital militaire.

Obs. V. — *Hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche.*

M. F..., chef d'escadron d'artillerie, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg le 5 janvier 1852.

M. F... atteint de varicocèle depuis son enfance, est en outre atteint d'hydrocèle du côté gauche. La première apparition de cette affection remonte à six mois. A cette époque, M. F... avait fait une chute, dans laquelle le membre inférieur gauche s'était trouvé engagé tout entier entre deux planches. L'hydrocèle augmenta lentement de volume, et c'est seulement depuis quelques jours que le malade ressent de la douleur s'irradiant le long du cordon.

M. Sédillot pratiqua l'opération par le procédé de M. Baudens le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital.

La tumeur saisie de manière à refouler le testicule en arrière, la canule, armée de sa lance, pénétra dans la poche vaginale, et ressortit par le côté opposé, formant un séton de médiocre étendue. Il s'écoula 40 ou 50 grammes d'un liquide d'abord très limpide, puis un peu sanguinolent. Le testicule avait ses dimensions habituelles. L'injection d'air, répétée deux ou trois fois, fait naître aussitôt quelques douleurs dans l'aîne et vers les reins.

Le 6, la réaction s'est opérée franchement; déjà le gonflement apparaît. Ecoulement d'une quantité de liquide qu'on peut évaluer à 20 grammes. Cette sérosité est trouble, et contient quelques stries sanguinolentes.

Le 7, tuméfaction bien marquée; douleurs assez vises durant toute la journée; peu de sommeil durant la nuit; évacuation d'un peu de sérosité mêlée de bulles d'air. Nouvelle injection d'air.

Le 8, les bourses ont le même volume au moins qu'avant l'opération. M. F... a éprouvé quelques douleurs toute la journée et toute la nuit; un peu de constipation. — Bouillon maigre; infusion de coquelicot; une bouteille d'eau de Sedlitz, et fomentation avec la décoction nartico-émolliente.

M. Sédillot, après une ou deux insufflations d'air, trouve la tension assez considérable, et se décide à retirer la canule. La canule est donc restée à demeure pendant trois jours et trois nuits. Trois fois on a fait des insufflations d'air, qui ont toujours été assez vivement senties par le malade.

Le 9, même état, même régime.

Le 10, le gonflement se maintient dans de très heureuses limites. Les bourses sont toujours tendues, rouges, douloureuses au toucher; elles sont soutenues par un bandage. Fomentation avec l'eau de sureau.

Le 12, état général très bon; l'appétit est revenu. Cependant la tension est encore grande; il s'écoule par l'une des ouvertures un liquide que le malade trouve d'une odeur très fétide, légèrement sanguinolent. Cet écoulement se continue ainsi pendant six jours pour changer alors de nature, devenir plus lié, prendre les caractères du pus de bonne nature. Le malade aide lui-même à chasser cette suppuration en fléchissant le tronc sur les cuisses, les bourses étant soutenues et légèrement pressées.

Le 17, M. Sédillot prescrit deux pilules de ciguë et calomel, et les continue les jours suivants. Ces pilules agissent bien et entretiennent la liberté du ventre.

Les 20 et 22, il s'est manifesté un gonflement douloureux du cordon. Deux applications de six sangsues et les bains de siége suffisent pour le faire disparaître complétement.

M. F... sort de l'hôpital le 25 dans un état très satisfaisant.

Réflexions. — Le séjour à l'hôpital fut de vingt jours; la canule resta trois fois vingt-quatre heures en place, et la suppuration de la vaginale s'accomplit sans accidents et se dissipa assez vite. Il restait encore une certaine dureté du scrotum à la sortie du malade; mais les bourses ont depuis ce moment repris leur disposition normale, et il n'y a pas eu de récidive, comme nous l'avons appris par le malade, qui nous a donné plus tard de ses nouvelles.

Hopital civil (clinique de la Faculté).

Obs. VI. — *Hydrocèle gauche.*

E..., jeune homme de vingt-six ans, bien constitué, exerçant la profession de boulanger. Il y a un an environ, il s'aperçut que son scrotum du côté gauche se tendait et augmentait de volume. Il ne peut attribuer d'autre cause au développement de cette tumeur que la fatigue de son métier, qui l'obligeait à beaucoup travailler debout. Elle s'accrut peu à peu sans causer de douleurs et sans l'empêcher de travailler. Cependant, aujourd'hui elle a pris un tel développement qu'il demande à en être débarrassé. En l'examinant, on reconnaît une hydrocèle très considérable; la tumeur est pyriforme, longue de 0,15 et mesurant 0,25 de circonférence; elle est transparente. La peau est lisse et tendue; son poids est peu considérable; elle est rénitente et donne au doigt la sensation d'une poche remplie de liquide séreux; elle est indolore à la pression. Le testicule est situé en arrière et en haut.

Le 22 janvier, l'opération est faite au moyen de l'instrument de M. Baudens. Le scrotum et la vaginale sont percés de part en part. Il s'écoule environ deux verres d'une sérosité citrine. La canule est laissée en place, et on y fait une injection d'air au moyen d'une poire de gomme élastique munie d'un tube qui s'adapte à la canule. La tumeur vidée, on trouva le testicule engorgé et un certain degré de varicocèle du côté malade. Nuit assez bonne; quelques élancements douloureux dans les bourses; pas de fièvre.

Le 23, le scrotum est rouge, le testicule un peu douloureux à la pression, quelques douleurs le long du cordon.

Le 24, le testicule est douloureux. Céphalalgie, un peu de fièvre. — Eau émétisée.

Le 25, le scrotum est rouge, engorgé, très sensible; douleurs le long du cordon, fièvre. — Cataplasmes, bandages pour maintenir les bourses relevées.

Le 26, insomnie et agitation la nuit dernière. Le scrotum est encore plus rouge et plus gonflé qu'hier. On enlève le mandrin de la canule, et il s'écoule une assez grande quantité de sérosité rougeâtre. Cet écoulement produit du soulagement.

Le 27, la nuit dernière a été bonne; il s'écoule toujours de la sérosité rougeâtre. On enlève la canule. En exerçant quelque pression, on voit sortir avec le liquide quelques bulles d'air provenant encore de l'injection d'air faite après l'opération.

Le 29, amélioration notable. Le scrotum se dégorge, la peau est moins rouge, les douleurs ont presque disparu.

Le 31, l'amélioration continue rapidement. Il s'écoule encore toujours des deux petites plaies du pus mêlé de sérosité rougeâtre et de bulles d'air provenant de l'injection d'air faite le premier jour.

Le 6 février, l'engorgement diminue peu à peu; il s'écoule une assez grande quantité de sérosité purulente.

Le 10, état généralement bon.

Le 20, le testicule est encore dur, l'engorgement diminue lentement, ce qui est peut-être dû à l'indocilité du malade, qui se lève depuis quelques jours. L'écoulement du pus a diminué.

Le 26, le malade est sorti hier et a beaucoup marché. Aujourd'hui, on trouve le gonflement et l'induration du testicule augmentés. Par la pression, on fait écouler une grande quantité de pus séreux (fomentations émollientes) par l'ouverture faite avec le trocart; le scrotum est rouge, un peu enflammé.

Le 27, l'écoulement du pus a de nouveau diminué. On prescrit le régime et le repos; bains, suspensoir.

Le 1er mars, sous l'influence du repos qu'observe le malade depuis quelques jours, l'engorgement du testicule a rapidement diminué. L'écoulement séro-purulent a presque disparu.

Le 2, les piqûres du trocart sont fermées; mais on reconnaît de la fluctuation en un point limité, à la face antérieure du scrotum. M. Sédillot ouvre cet abcès d'un coup de lancette, et il s'en écoule un peu de pus mêlé de sang. L'ouverture de l'abcès a produit beaucoup d'amélioration.

Le 5, l'amélioration continue; le malade se lève.

Il sort le 6, ne conservant qu'un peu d'engorgement du testicule.

Réflexions. — Le séjour à l'hôpital fut dans ce cas de quarante-six jours; mais il faut tenir compte de l'orchite, du varicocèle, du volume considérable de la tumeur et de l'indocilité du malade, qui sortit sans permission pendant son traitement et se fatigua beaucoup. Il y eut de la suppuration dans la vaginale, comme chez les autres malades, et un petit abcès sous tégumentaire, qui exigea un coup de lancette et se dissipa promptement. La guérison fut moins rapide et moins simple que dans nos autres observations; mais elle fut néanmoins exempte de complications, et personne n'oserait affirmer qu'on eût été plus heureux si on eût eu primitivement recours aux injections de vin chaud ou de teinture d'iode. Nous l'avons dit d'ailleurs, M. Baudens s'abstient dans les cas analogues; il traite, préalablement à l'hydrocèle, les orchites qui la compliquent et dont l'hydrocèle n'est souvent que symptomatique.

Hopital civil (clinique de la Faculté).

Obs. VII. — *Hydrocèle gauche.*

J..., garçon d'une bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin; il y a sept ans environ, il vit se développer une tumeur occupant le scrotum du côté gauche. Elle augmenta peu à peu de volume, ne fut jamais douloureuse et ne l'empêcha pas de continuer jusqu'à aujourd'hui des travaux assez pénibles (son père avait été aussi atteint d'une hydrocèle, dont il a été opéré à Benfeld).

Le 28 février, à son entrée, on reconnaît une hydrocèle du côté gauche; la peau du scrotum est lisse et tendue; la tumeur est parfaitement transparente, pyriforme, d'une circonférence de 0,27 et longue de 0,12. Le testicule se voit par transparence à la partie interne et moyenne de la tumeur.

Le 2 mars, l'opération est faite avec l'instrument de M. Baudens. Le trocart est enfoncé et traverse la tumeur d'outre en outre, puis on retire le mandrin; la sérosité s'écoule et on fait une injection d'air.

Le 3, nuit un peu agitée, un peu de fièvre; la tumeur est rouge et douloureuse à la pression; en retirant le mandrin, il s'écoule de la sérosité mêlée d'air. On retire l'instrument, qui n'est resté en place que vingt-quatre heures.

Le 4, nuit assez bonne. On maintient les bourses relevées au moyen d'une compresse fixée à un bandage de corps.

Le 5, le travail inflammatoire s'est établi; la peau est rouge et chaude; le testicule paraît dur et volumineux; un peu de fièvre. Il s'écoule continuellement de la sérosité.

Le 6, en rouvrant la piqûre du trocart avec la tête d'une épingle, il s'écoule de la sérosité. Le malade se trouve bien; la tumeur est moins douloureuse.

Le 9, il ne s'écoule toujours que de la sérosité. Le scrotum est œdématié du côté droit.

Le 10, aujourd'hui l'écoulement est séro-purulent; la tumeur mesure 0,27 de circonférence. — Fomentation résolutive; solution de sel ammoniac.

Le 12, le gonflement a diminué; la tumeur n'a plus que 0,25 de circonférence; elle est beaucoup moins douloureuse. Ecoulement séro-purulent.

Le 17, il n'y a plus que 0,24 de circonférence; l'écoulement continue.

Le 20, le gonflement a encore diminué, 0,23.

Le 25, le malade se lève en portant un suspensoir.

Il sort le 2 avril; le scrotum est presque revenu à son état naturel.

Réflexions. — La particularité la plus remarquable de cette opération fut le court séjour de la canule dans la vaginale, puisqu'elle fut retirée définitivement au bout de vingt-quatre heures. Cependant la suppuration s'établit plus tard. Eût-il mieux valu ne pas rouvrir la petite plaie et la sérosité épanchée de nouveau se fût-elle résorbée? La crainte d'une récidive et l'avantage de faire cesser la distension de la tumeur engagèrent M. Sédillot à rendre la piqûre momentanément béante, et on peut affirmer que la guérison, qui fut rapide, en devint plus assurée. Dans ce cas, la vaginale était d'une excessive irritabilité, et il est probable que l'injection iodée ou au vin chaud aurait développé des accidents redoutables.

Ces sept observations, recueillies par MM. Ferru et Dufay, chirurgiens sous-aides à l'hôpital militaire, et par MM. Chaudin et Fauvel, internes à l'hôpital civil, confirment nos réflexions préliminaires et nous paraissent assurer à l'ingénieux procédé de M. Baudens un rang distingué parmi ceux qui sont aujourd'hui le plus employés comme méthode générale.

GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Hydrométrie. Bassin oblique ovalaire. Inertie de la matrice. Trois applications de forceps au détroit supérieur. Hémorrhagie; compression de l'aorte; seigle ergoté. Métrite, phlegmasie *alba dolens*. Guérison.

Par M. le Dr Lauriol.

La dame L..., âgée de quarante ans, de constitution forte, à tempérament sanguin, me fait appeler le 28 février, à sept heures du soir. Elle a déjà eu cinq grossesses simples, trois accouchements laborieux avec application du forceps, pas de maladies antécédentes.

Le travail a commencé le 26 au matin. Depuis cette époque la dame L. n'a eu que de petites douleurs correspondant aux lombes; elle a rendu le 27, à midi, une grande quantité d'eaux. La grossesse a été bonne pendant les huit premiers mois; le neuvième seulement a été remarquable par une grande inquiétude et par une impossibilité presque complète de la locomotion; elle dit être à terme.

Voici l'état dans lequel je l'ai trouvée :

Ventre énorme retombant par-dessus les pubis au-devant des cuisses; par le palper abdominal on remarque une fluctuation manifeste; le globe utérin ne se dessine pas pendant les douleurs; l'auscultation ne permet d'entendre qu'un seul bruit cardiaque sur la ligne blanche et dans la partie de l'abdomen qui forme besace. Par le toucher vaginal on constate une dilatation du col de l'utérus grande comme une pièce de 5 francs, une présentation du sommet dans la position occipito-iliaque gauche transverse; la tête paraît assez volumineuse. Le promontoire, que l'on atteint facilement, est projeté en avant, et l'on sent, en promenant le doigt dans l'excavation, que le côté gauche est déprimé, et que le rectum est plein de matières fécales. — Lavement émollient; cathétérisme.

Par l'application du pelvimètre de Vanhuevel, j'obtiens le résultat suivant :

Détroit supérieur. Diamètre antéro-postérieur, 8 centimètres et demi; diamètre oblique gauche, 8 centimètres; diamètre oblique droit, 15 centimètres.

Excavation. Diamètre antéro-postérieur, 12 centimètres; ceux du détroit inférieur sont à l'état normal.

Face normale; soif vive; pouls à 80 pulsations. — Potion avec ergotine de Bonjean, 80 centigrammes; eau, 250 grammes, à prendre par cuillerée toutes les dix minutes. La potion est achevée à onze heuresdu soir; à minuit, elle n'a produit aucun effet sensible. — Ergotine, 1 gramme; eau, 200 grammes, à prendre en trois fois dans une heure.

A deux heures du matin, la dame L... n'a eu que deux fortes douleurs; cependant le col est dilaté complétement; ainsi que je l'ai déjà dit, la tête est à peine engagée, et se trouve en position occipito-iliaque gauche postérieure.

Je propose l'application du forceps, qui est acceptée. Après avoir fait placer la femme convenablement, et en ayant soin de faire maintenir par un aide la tête au détroit supérieur, j'introduis avec difficulté les deux branches du forceps de Dubois. Au moment de l'articulation, la tête glisse et remonte dans le grand bassin; il s'écoule environ trois quarts de litre d'une eau jaunâtre, à odeur forte. La malade ne se décide à une deuxième application que sept heures après; alors la tête est revenue dans la même position qu'antérieurement, et j'applique le forceps de Delmas. Au moment de l'introduction de la main droite entre la tête et le détroit supérieur, il s'écoule environ un verre d'un liquide de couleur et de consistance laiteuses, d'une odeur extrêmement fétide. La tête étant maintenue en place par la pression sur le ventre, la branche mâle est introduite et maintenue non sans peine du côté gauche du bassin de la malade (car elle tendait toujours à glisser sur le promontoire et vers le côté droit); l'introduction de la branche femelle nécessite le déplacement de la tête, qui se dégage complétement. Néanmoins l'extraction d'un fœtus femelle de grandeur naturelle est opérée; à sa suite, il y a issue d'un litre de liquide environ. Le ventre est très volumineux; les contractions de l'utérus ne se réveillent pas. L'enfant est presque asphyxié, et ne revient à la vie que par une hémorrhagie du cordon et par l'emploi de frictions alcooliques sur le thorax. J'introduis la main en suivant le cordon ombilical, et je touche un second fœtus placé directement en avant du premier; sa tête était située au-dessus de la symphyse du pubis, et enveloppée par une poche intacte. Etat général comme ci-dessus jusqu'à quatre heures du soir; alors la tête du second enfant est au détroit supérieur, en position occipito-iliaque gauche antérieure; rupture de la seconde poche des eaux; écoulement d'une quantité considérable de liquide. Je propose une troisième application de forceps; la dame L... s'y refuse. A onze heures du soir, même état, même proposition, même refus.

Rappelé le lendemain matin, 1er mars, j'apprends qu'à minuit la patiente a encore rendu une quantité d'eaux assez notable, et à dater de ce moment elle s'est sentie toujours mouillée; je trouve les alèzes imbibées de sang. Je pratique le toucher, et constate qu'il ne s'est opéré aucun changement dans la position du fœtus. Le palper abdominal donne la sensation d'une masse de liquide. — Potion avec ergotine de Bonjean, 1 gram. 50; extrait de rathania, 6 gram.; tannin, 1 gram.; sirop d'écorce d'oranges, 30 gram.; eau, 200 gram., dans la prévision d'une hémorrhagie consécutive.

Les douleurs étant toujours nulles, j'insiste pour une nouvelle application du forceps; elle est faite à onze heures du matin : extraction d'un second fœtus vivant, un peu plus petit que le premier; écoulement considérable d'un liquide qui est d'abord jaunâtre, et qui prend très rapidement l'aspect du sang artériel. Le temps que l'on met à transporter la femme de son lit de travail à son lit de repos suffit pour amener une syncope complète : froid à la périphérie du corps, face livide. Immédiatement je comprime l'aorte avec le poing serré. Au bout de cinq minutes, je sens un petit battement de cette artère; le pouls ne donne pas encore de sensations; l'hémorrhagie a diminué. Au bout de dix minutes, le pouls est perceptible; les battements de l'aorte augmentent et deviennent plus réguliers; l'hémorrhagie diminue toujours. Après un quart d'heure, les battements du pouls et de l'aorte deviennent irréguliers, diminuent d'intensité, et finissent par disparaître pendant trois minutes. Après deux alternatives semblables et une demi-heure de compression, le pouls renaît et devient plus fort. Alors seulement la potion prescrite arrive : j'en fais prendre un tiers. L'hémorrhagie continue toujours; l'accouchée accuse une chaleur insolite aux membres inférieurs et un froid intense au tronc et aux membres supérieurs. M. le docteur Thouzet, dont j'avais demandé l'assistance, presse l'administration de la potion, fait des applications froides sur l'extrémité supérieure des cuisses et le bas-ventre, et opère la délivrance. L'hémorrhagie est presque nulle après quelques instants. Je cesse la compression, l'hémorrhagie revient. Nouvelle compression d'un quart d'heure; le globe utérin se forme, l'hémorrhagie cesse après une heure de compression et une demi-heure après l'administration des astringents hémostatiques. Un simple suintement sanguin persiste jusqu'à quatre heures du soir : alors l'écoulement est moins rouge et présente une odeur nauséabonde; le pouls est petit, fréquent, assez irrégulier; la chaleur revient aux

extrémités supérieures ; la dame L... est dans un état de prostration très grand. — Eau d'orge froide ; quelques cuillerées de bouillon toutes les deux heures.

Le délivre est composé de deux placentas, deux cordons et deux poches accolées dans une certaine étendue, et formées par deux chorions et deux amnios complets, de sorte qu'au point où ils sont accolés on peut séparer quatre membranes ; les deux placentas sont entiers. A dix heures du soir, le pouls s'est relevé (80 pulsations). — Eau d'orge froide ; deux bouillons pour la nuit.

Le 2 mars, je trouve l'accouchée dans un état de faiblesse très grand : pouls petit, irrégulier, mais peu fréquent; pas de douleur dans l'abdomen ; pâleur extrême, tintement d'oreilles ; écoulement assez abondant et nauséabond par le vagin. — Bouillons, eau d'orge, lavement émollient, cathétérisme.

Le 4, une légère fièvre avec diminution de l'écoulement vaginal ; les forces reviennent vite; le dernier né des enfants est mort dans la nuit ; la mère nourrit le second.

Le 7, cessation complète de l'écoulement, douleurs abdominales très vives dans l'hypogastre et les fosses iliaques ; fièvre intense; pouls petit, serré, fréquent ; langue rouge sur le milieu. — Diète ; eau d'orge tiède ; lavement laudanisé ; frictions sur l'abdomen avec un mélange de pommade belladonée et d'onguent mercuriel toutes les trois heures ; cataplasmes émollients.

Le soir, même état de la malade ; vomissements ; l'écoulement vaginal commence à reparaître, il a une odeur fétide et une âcreté très grande. — Mêmes prescriptions.

Le 8, diminution de la douleur et de la fièvre. Même traitement que la veille. L'écoulement occasionne de vives douleurs à la vulve et dans le vagin. — Injections vaginales avec l'eau de mauve.

Le 12, la malade n'a plus de fièvre ; il lui reste une douleur au bas-ventre qui ne se réveille que par la pression. (Bouillon ; suppression des lavements laudanisés.) La malade urine seule ; et, depuis ce jour, le cathétérisme devient inutile.

Le 17, le mieux se soutient, les forces sont revenues, et la dame L... se lève pendant deux heures.

Le 18, le membre inférieur du côté gauche présente un gonflement énorme ; le trajet des vaisseaux de la partie interne de la cuisse est rougeâtre; douleur très vive sur tout le membre ; elle a débuté dans la fosse iliaque, et s'est propagée de haut en bas; l'œdème occupe aussi la jambe et le pied ; l'écoulement utérin a de nouveau disparu ; pouls plein, 82 pulsations ; langue rouge ; soif ardente. — Diète, lavements émollients ; application de 40 sangsues sur le trajet de la saphène interne, à la partie supérieure de la cuisse ; frictions mercurielles sur tout le membre inférieur.

Les 19, 20 et 21, les sangsues ont procuré une amélioration instantanée ; l'œdème est moins douloureux et moins grand, et, à mesure que les symptômes s'amendent, l'écoulement utérin reparait et augmente ; le pouls tombe à 70 pulsations ; la soif est moins ardente.

Le 23, l'œdème de la cuisse a complètement disparu ; il en reste encore à la jambe et au pied, mais il n'occasionne pas de douleur. — Compression avec une bande ; bouillon, lavements émollients.

A dater de ce jour, le mieux s'est soutenu, et le 4 avril nous avons pu voir la malade vaquer aux soins de sa maison; l'écoulement était devenu inodore, blanchâtre et très peu abondant ; la sécrétion laiteuse, qui avait été presque nulle jusqu'alors, avait beaucoup augmenté.

L'issue du liquide laiteux et d'odeur nauséabonde que nous avons noté au moment de la seconde application du forceps coïncidant avec une hydrométrie, et suivie d'une métrite et d'une phlegmasie *alba dolens*, m'avait fait penser à l'existence d'une tumeur dégénérée dans les organes génitaux ; mais l'exploration la plus attentive de l'abdomen et l'état général de ma cliente m'ont convaincu du contraire.

Je dois dire, avant de terminer cette observation, que je n'aurais pu dans le cas actuel faire l'extraction des fœtus avec le forceps de Dubois ; car le peu de courbure des branches rejetait toujours les cuillers à la partie postérieure de la tête et la petitesse des fenêtres ne permettait pas une application solide sur elle, surtout ici où elle n'était pas engagée et où l'application au détroit supérieur était indispensable. Les qualités opposées du forceps de Delmas ont, au contraire, singulièrement facilité l'opération : de plus, les leviers qui se fixent près des crochets, et que M. le docteur Chrestien désire avec raison (1) être signalés dans les *traités* d'accouchements, m'ont beaucoup servi à ramener le grand diamètre de la tête du fœtus dans le sens de l'obliquité du bassin. (*Gaz. méd. de Montpellier.*)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DANS UN SAC HERNIAIRE.

Une femme de trente-huit ans portait une hernie inguinale du côté gauche depuis son enfance; elle était accouchée huit fois sans accident. Cependant sa hernie avait acquis un volume égal à la moitié d'une tête d'enfant ; elle se réduisait sans peine dans la position horizontale. En octobre 1850, pendant qu'elle se baissait, cette femme éprouva la sensation d'un corps *arrondi* qui tomberait brusquement dans le sac herniaire. Depuis ce moment, la hernie devint de plus en plus volumineuse, et la malade y éprouva une sensation de brûlure que modéraient des applications de compresses froides. Deux mois plus tard, la malade sentit dans la tumeur de légers mouvements. A cette époque, le docteur Skrivan la vit et diagnostiqua une grossesse extra-utérine.

Le 24 avril 1851, des douleurs se déclarèrent; elles s'étendaient de la région sacrée à la hernie, et augmentaient assez rapidement en fréquence et en intensité. Après éthérisation, on pratiqua une incision de cinq pouces de long sur la tumeur, qui descendait jusqu'au genou ; on aperçut alors le placenta recouvert d'une enveloppe fibreuse épaisse de trois lignes, et dont la substance ressemblait grossièrement à celle de l'utérus. L'enfant fut extrait vivant avec les membranes, mais il mourut une heure après l'opération. La plaie se ferma bientôt, et la malade guérit parfaitement. La hernie persista, et conserva les dimensions qu'elle avait avant la grossesse. (*Wien Zeitschr.* et *Arch. gén.*)

(1) Thèse soutenue, le 28 juillet 1848, devant la Faculté de médecine de Montpellier dans un concours pour la chaire d'accouchements. 2e édition, page 47.

QUELQUES MOTS DE LA SUTURE ENCHEVILLÉE.

Par M. le docteur BRUN-SÉCHAUD.

La plus avantageuse des sutures, celle qui permet le mieux au chirurgien de mettre en contact les lèvres d'une plaie, est sans contredit la suture enchevillée ; car, sa bonté étant généralement reconnue, il est à regretter qu'on n'y ait pas plus souvent recours et que son application se trouve restreinte en quelque sorte aux divisions des parois abdominales. Mais il faut avouer que, si ce moyen de réunion a été un peu négligé comparativement aux autres genres de suture, cela tient très certainement aux difficultés qu'on rencontre dans la pratique ; ainsi dans la fistule vésico-vaginale, par exemple, les aiguilles courbes ordinaires ne pourraient être appliquées, eu égard aux difficultés qui se présentent lorsqu'on veut pratiquer une suture quelconque, et introduire des aiguilles dans des parties profondes n'est pas chose facile ; par conséquent les instruments chirurgicaux que nous possédons pour atteindre ce but sont encore insuffisants. Pour pratiquer la suture enchevillée là où elle présente le plus de difficulté, M. le docteur Brun-Séchaud se sert d'une aiguille recourbée, à manche, longue de 15 à 18 centimètres, ayant un chas près de sa pointe et une rainure sur la face convexe de sa courbure.

Un fil double est passé *en dessus* de la convexité, et lorsque les tissus ont été traversés de dedans en dehors, l'anse de ce fil est saisie *en dessous* de la courbure avec une pince qui la dégage ; après cela, l'aiguille est retirée, transperce de nouveau de dedans en dehors les tissus du côté opposé : le fil est encore dégagé du côté de la *concavité* de l'aiguille. Les fils ainsi passés, il ne reste plus qu'à placer les cylindres sur lesquels s'enroulent et se fixent les fils que l'on serre à volonté.

Cette aiguille, dit M. Brun-Séchaud, d'une simplicité remarquable, facilite singulièrement le passage des fils pour obtenir la réunion immédiate ; elle rend les tractions moins douloureuses en traversant les tissus avec rapidité ; elle abrège la durée de l'opération ; enfin elle facilite, dans tous les cas, l'usage de la suture enchevillée Cette aiguille de M. le docteur Séchaud est donc moins une invention nouvelle qu'un moyen commode de pratiquer la suture enchevillée, laquelle offre sur toutes les sutures des avantages réels.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juillet 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Etats de vaccinations des départements de Lot-et-Garonne, Finistère, Corse, Sarthe, Haute-Marne.

2° Rapports sur le service des eaux minérales des établissements suivants pendant l'année 1851 :

Eaux minérales de :
Chaudesaigues, par M. le docteur Dufraisse de Chassaigne;
Pietropolo, par M. le docteur Carlotti (Régulus);
Sail-lès-Château-Morand (Loire), par M. le docteur Bellety ;
La Motte (Isère), par M. le docteur Dorgeval-Dubouchet ;
Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Penissat ;
Cransac (Aveyron), par M. le docteur Auzoux ;
Bilezais (Deux-Sèvres), par M. le docteur de Morineau.

3° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au mois de mars dernier dans la commune d'Havange (Moselle) ; par M. le docteur Chollet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Briey.

4° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bouzy (Marne) en 1851 ; par M. le docteur Landouzy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Reims.

5° Plusieurs envois d'échantillons et notes sur des remèdes secrets et spécifiques sur la rage.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Iode.

M. Langlebert adresse une note sur les trochisques, dits clous fumants, ou *pastilles du sérail*, et qui sont destinés à faire respirer, par suite de la volatilisation, l'iode et les iodures volatils.

Eaux minérales.

M. Charcault, préparateur de physique au lycée Napoléon, adresse un mémoire sur les eaux minérales de la Herse (Orne).

Syphilisation.

M. Auzias adresse une lettre pour faire des réserves sur le rapport de M. Bégin.

Panification.

M. le docteur Duchenne réclame sur M. Bouchardat la priorité de l'idée d'introduire le gluten dans la panification du maïs.

Physiologie.

M. Desiderio, de Venise, adresse une dissertation médico-physiologique sur la colère.

Suicide.

M. Laforet, de Lovit (Tarn-et-Garonne), adresse une observation de suicide par arme à feu chez une femme.

Syphilisation.

MM. Malgaigne et Depaul prononcent deux discours que nous publierons dans notre prochain numéro avec l'appréciation de la séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 juillet 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Vinaigre considéré comme antirabique.

M. Audouard lit une note dans laquelle il préconise le vinaigre contre la rage. La meilleure manière de l'administrer est d'en imbiber un morceau de pain qu'on fait manger au malade.

Théorie de la vision confuse.

M. Trouessart, professeur des sciences physiques au lycée de Brest, adresse un mémoire sur la vision confuse, qu'il résume dans les propositions suivantes :

Les myopes à l'œil nu, et tous les autres yeux armés d'une loupe, voient multiplier et sans coloration la flamme d'une chandelle (et la chandelle elle-même au voisinage de la flamme) à toute distance plus grande que celle de la vision distincte. Le nombre et la séparation des images augmentent avec les distances. Cette multiplicité d'images ne se produit pas, comme on sait, dans l'œil artificiel ou chambre obscure ordinaire. Il y a seulement alors sur l'écran du verre dépoli, pour les distances trop grandes ou trop petites, une confusion de l'image, dont les apparences s'expliquent très bien pour la théorie des *cercles de dissipation* de Jura ; confusion que l'on peut d'ailleurs augmenter ou diminuer conformément à cette théorie, en augmentant ou en diminuant l'ouverture des diaphragmes qui représentent la pupille. Mais on reproduit la *multiplicité des images* comme dans l'œil, en plaçant soit devant, soit derrière l'objectif de la chambre obscure, un *écran percé* de petits trous. Toutes les images se superposent et se réduisent à une seule à la distance focale. Elles sont multiples, plus ou moins superposées à des distances plus grandes ou plus petites, exactement comme pour l'œil. La conclusion est simple et pour ainsi dire forcée : l'œil est une chambre obscure, devant ou derrière l'objectif de laquelle est un *écran* réticulé, c'est-à-dire présentant des *pleins* et des *jours*, des taches *opaques* et des parties *transparentes*. La pupille en se contractant peut toujours pour les bonnes vues, et entre des limites très écartées, réduire toutes les images à une seule. Pour les myopes et les presbytes, cela est impossible; il leur faut ou une *petite pupille artificielle* percée dans un écran, ou une lentille concave ou convexe; mais pour les meilleures vues, à de très grandes ou à de très petites distances, il y a toujours un certain degré de confusion produit par la superposition seulement partielle des images multiples.

La partie commune détermine une *image fausse* plus étroite et plus vive, entourée d'une aréole plus pâle formée par les parties non communes des images, de la l'irradiation. Les franges ou bords multiples des objets très éloignés, ainsi que les diverses apparences que présentent les corps minces, les fentes étroites, les fils de couleur différente, vus côte à côte, les espèces annulaires, s'expliquent très facilement par cette même théorie.

Du phosphate de chaux dans ses rapports avec la nutrition des animaux et la mortalité des enfants.

M. le docteur Mouriés adresse sous ce titre un mémoire dans lequel il professe que la nutrition et la formation des os sont le rôle secondaire du phosphate de chaux dans l'économie ; le rôle principal de ce sel est d'entretenir l'irritabilité vitale dans les animaux comme dans certaines plantes.

Le phosphate de chaux étant en quantité insuffisante dans l'alimentation des enfants, surtout dans les villes, c'est là une des principales causes de la mortalité énorme qu'on observe à cet âge.

Sur la stature et des formes de l'homme.

M. Fock, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur la stature de l'homme et les proportions de son corps, envoie aujourd'hui une suite de ce travail, dans laquelle il s'occupe spécialement des formes de la tête osseuse.

Le résultat de ses nouvelles recherches peut être exprimé à peu près dans ces termes : la charpente osseuse de la tête, qui offre aux muscles mis en jeu dans les différents mouvements de la face les points d'attache les plus avantageux, de manière à combiner la force et la légèreté, doit avoir une forme qui est aussi celle à laquelle dans le monde civilisé on attache l'idée d'élégance; en un mot, le beau type grec, tel que nous l'offrent quelques statues antiques, doit être aux yeux des physiologistes, comme il l'est aux yeux de l'artiste, ce qui pour cette partie de notre corps approche le plus de la perfection idéale.

Chronique et nouvelles.

Personnel des hôpitaux. — Au 1er août, différentes mutations auront lieu dans les hôpitaux de Paris par suite de la démission de M. Serres, médecin à l'hôpital de la Pitié.

Ont été nommés :

M. le docteur Grisolle à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Serres;

M. le docteur Mouneret à l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Grisolle;

M. le docteur Bouley à l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Monneret;

M. le docteur Bouchut à l'hôpital Bon-Secours, en remplacement de M. Bouley ;

Enfin, M. le docteur Bourdon est désigné pour la surveillance de la teigne, en remplacement de M. Bouchut.

— M. Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient d'être promu au grade de chirurgien principal, et reste attaché au même hôpital.

— Notre honorable confrère et collaborateur M. le docteur Desmarres vient de recevoir de Sa Majesté le roi Léopold la croix de l'ordre de Léopold de Belgique.

LE GÉRANT.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 90 — SAMEDI 31 JUILLET 1852. (25e ANNÉE.) N° 90. — SAMEDI 31 JUILLET 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an.........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an.........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Lettre sur la syphilisation. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Malgaigne). Kyste séreux de l'os maxillaire inférieur Ablation. Guérison. — Addition à la séance de l'Académie de médecine du 27 juillet.

PARIS, LE 30 JUILLET 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Par considération pour deux hommes sérieux, plutôt que par condescendance pour une folie que nous nous croyons parfaitement en droit de ne pas traiter comme une idée sensée conçue dans un intérêt scientifique, nous reproduisons textuellement les allocutions de MM. Depaul et Malgaigne sur la syphilisation. Nous avons d'ailleurs l'intime conviction que ces deux discours ne séduiront pas beaucoup d'esprits, et qu'ils ne changeront pas sensiblement l'opinion générale touchant l'étrange extravagance qui étale impunément ses hauts faits devant l'Académie.

Qu'a dit, en effet, M. Malgaigne? Il a commencé par déclarer qu'il s'associait complétement à la proscription dont M. le rapporteur avait justement frappé la syphilisation préventive. Il a fait plus :

En fait d'assertions, il a convaincu l'Académie, et s'est convaincu lui-même que la syphilisation était surprise, trois fois au moins, en flagrant délit de mensonge.

En fait de preuves scientifiques, il a démontré que les faits de M. Sperino ne prouvent absolument rien tels qu'ils ont été publiés ; nous ajoutons que, s'il y avait réfléchi davantage, M. Malgaigne se serait convaincu, comme s'en est convaincu M. Cullerier, comme j'en suis certain moi-même, que ces faits ne méritent aucune créance, et qu'ils sont manifestement faux.

M. Malgaigne a fait sur les observations de M. Laval et sur celles de la syphilisation par excellence, le même travail que sur celles de M. Sperino, et il est arrivé aux mêmes conséquences.

Restaient donc les faits de M. Marchal. De ces faits, un seul a été publié, et nos lecteurs ont pu se convaincre (*Gazette des Hôpitaux*, décembre 1851) que ce fait n'avait absolument aucune valeur, quoiqu'il se présentât sous la garantie d'un homme fort recommandable, mais dont l'imagination est souvent un peu vive.

Sans doute, malgré toutes ces preuves contraires à la syphilisation, M. Malgaigne n'en a pas moins semblé désirer que de nouvelles expériences fussent tentées pour résoudre la question d'une manière définitive. Mais que prouve une telle inconséquence, sinon que les esprits les plus distingués sont sujets à de singuliers égarements? l'égarement d'ailleurs était d'autant plus naturel, que M. Malgaigne parlait ici sur un sujet qui ne lui est pas parfaitement familier, et qui, pour le dire en passant, est familier à bien moins de personnes qu'on ne le croit.

En résumé, M. Malgaigne s'est montré peu conséquent avec lui-même ; mais on ne méconnaîtra pas que ce qu'il y a de logique dans son discours est tout à fait contraire à la syphilisation, à part les éloges personnels que sa bienveillance a pu seule lui inspirer.

Quant au discours, contre qui, ou pour qui est-il? Hélas! toute notre amitié pour le savant académicien, toute notre estime pour son talent, ne sauraient empêcher de le dire : le discours de M. Depaul est surtout contre M. Depaul lui-même. En voulez-vous la preuve?

1° M. Depaul proscrit, comme M. Malgaigne, comme M. Bégin, la syphilisation préventive, et cependant il se range dans la troisième catégorie des hommes qui veulent une expérimentation *sage* et *prudente*, c'est-à-dire des hommes qui reprochent à M. Ricord de n'avoir pas inoculé davantage M. Laval, des hommes qui encouragent M. L... à continuer sa triste expérience, et qui excitent ainsi *prudemment* et *sagement* le zèle de ses imitateurs.

2° Ailleurs M. Depaul, touchant les sujets à inoculation qui se seraient présentés à la commission, se rend l'écho d'une accusation que les dénégations [illegible] le rapporteur ont démontré n'être qu'une impo[illegible] et qui, lors même qu'elle serait vraie, ne prouve[illegible], sinon que la commission n'aurait pas voulu s[illegible]re complice d'inoculations préventives, c'est-à-dire d'expériences honteuses et coupables.

3° M. Depaul reproche à la commission de n'avoir pas apprécié les faits de M. Sperino, ceux de M. Galligo, etc. Mais pourquoi n'a-t-il pas fait lui-même le travail de la commission? Il se serait assuré, comme M. Malgaigne, que la commission n'était pas si coupable d'avoir dédaigné des documents de cette importance. Il faut reconnaître toutefois qu'il n'aurait pas fallu interpréter ces documents à la manière dont M. Depaul a interprété l'observation de M. Zelaschi, sur laquelle nous avons déjà dit notre opinion dans notre dernier article, mais que nous publierons textuellement pour l'édification complète de nos lecteurs. Quant à ce qui concerne M. Laval, pourquoi M. Depaul ne s'est-il pas enquis de ce qu'il est devenu, lui et ses confrères en crédulité? Peut-être en aurait-il trouvé quelques-uns dans l'état où se trouve celui dont nous publions aujourd'hui l'observation, et peut-être aussi ce triste spectacle aurait-il évité à M. Depaul une grande faute, celle de se mêler à un débat dans lequel rien ne semblait l'appeler, et de s'y montrer surtout sous un drapeau non moins indigne de son talent que de son caractère.

Tout cependant n'est pas à blâmer dans le discours de M. Depaul; et nous sommes heureux de le reconnaître en terminant, pour tempérer un peu le désenchantement qu'il nous a fait éprouver. M. Depaul a reproché à la commission de n'avoir pas traité la question de la contagion des accidents secondaires. Ce reproche est fondé. M. Depaul a reproché à M. Ricord d'avoir propagé les inoculations sans la moindre nécessité, et d'avoir ainsi fini par faire considérer cette pratique comme une chose toute naturelle. Ce reproche est juste encore. Nous l'avons dit déjà, et nous le répétons avec conviction : la syphilisation est fille de l'inoculation, fille dégénérée sans doute, et que M. Ricord, fort heureusement, répudiera énergiquement; mais enfin, fille qui n'aurait jamais vu le jour si le spirituel chirurgien de l'hôpital du Midi n'avait donné au monde médical un exemple qui, en théorie comme en pratique, ne peut avoir que des conséquences funestes. — H. de Castelnau.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la première partie du rapport que M. le docteur Bégin a fait à l'Académie de médecine, l'honorable académicien se plaint du peu de renseignements qu'il lui a été possible d'obtenir touchant la syphilisation. Je crois qu'il y a deux raisons principales à cette pénurie de documents :

1° Parmi ceux qui pouvaient fournir des renseignements d'une certaine importance, la plupart, et je suis de ce nombre, étaient loin de se douter que l'Académie s'occuperait sérieusement d'une théorie inventée dans je ne sais quel intérêt et condamnée aujourd'hui par l'expérimentation, comme elle l'était d'avance par l'observation et le raisonnement.

2° La deuxième raison, c'est que les mieux renseignés en matière de syphilisation sont précisément les plus intéressés à tenir secrets des résultats qui tournent contre eux.

M. le docteur Bégin semble faire un appel à tous ceux qui ont connaissance de faits capables d'éclairer sa conscience et l'opinion du monde médical; permettez-moi donc d'y répondre en m'ouvrant les colonnes de votre estimable journal; mieux vaut tard que jamais, et je serai heureux si les faits et raisons que j'apporte peuvent servir à l'édification de quelques-uns de ceux qui seraient assez malheureux pour se laisser séduire par une doctrine auprès de laquelle le somnambulisme et l'homœopathie me semblent être des chefs-d'œuvre de bon sens et d'observation.

Je ne parlerai pas du docteur allemand M. L..., dont M. le rapporteur a si justement apprécié l'observation.

Il est un autre fait, moins connu, il est vrai, mais non moins probant que celui du docteur L.... Il s'agit d'un jeune homme âgé de trente ans, que j'ai vu pour la première fois vers le 1er novembre 1851. Doué d'un tempérament nervoso-sanguin, M. X... avait une de ces robustes constitutions qui ne laissent rien à désirer. Il présentait à un haut degré toutes les apparences de l'homme vigoureux dans la plénitude de sa force; ses muscles saillants, ses membres solides, ses fibres roides ou tendues, tout en lui attestait une grande énergie des fonctions vitales. Aussi ce ne fut pas sans une profonde douleur que je le vis, entraîné par l'exemple de son ami M. Laval, qui se prêtait alors aux expériences de la syphilisation, se laisser séduire par la nouvelle doctrine et aller, malgré mes instantes prières, offrir ses bras à la lancette syphilisatrice.

Je dois reconnaître que l'inoculation eut le plus grand succès. Des chancres *beauté* se développèrent aux environs des biceps du nouveau prosélyte. M. Ricord, à qui ils ont été montrés (je dirais presque avec orgueil, car aucun d'eux ne s'indurait), a pu en juger lui-même. Le chirurgien du Midi a vu ce jeune homme pendant deux ou trois mois, et s'est, comme tout le monde, étonné de l'apparente innocuité de ces inoculations presque quotidiennes. M. le docteur Bégin, aujourd'hui rapporteur, les a examinées lui-même. (Il en est parlé dans la deuxième partie du rapport.) Mais ce que M. Bégin ni M. Ricord n'ont pu constater, c'est le résultat définitif que j'avais annoncé, du reste, à M. X... Je ne vous donne pas six mois, lui avais-je dit, à partir du jour de votre première inoculation, pour arriver à une syphilis constitutionnelle. Il est extraordinaire, sur cette énorme quantité de chancres, de n'en voir aucun tourner à mauvaise fin; mais prenez garde : qu'un seul s'indure, tout cet échafaudage s'écroule, et vous en serez pour une syphilis constitutionnelle. Je ne vous donne pas six mois.

Malheureusement pour lui, ma prophétie ne se réalisa que trop bien. Au bout de quatre mois et demi, sa santé de fer parut s'ébranler; les premiers symptômes qu'il éprouva furent un appétit extraordinaire avec une tendance prononcée au sommeil, qui devenait irrésistible après le repas. Une constipation des plus opiniâtres se manifesta; la déglutition se fit très difficilement, puis survint un lombago très douloureux que traita M. le docteur Bégin.

Jusque-là, pas encore de phénomènes pathognomoniques de la vérole constitutionnelle; et c'est précisément à cette époque que M. Bégin et M. Ricord perdirent de vue M. X...; moi-même je ne le revis qu'au bout de trois semaines; mais, grand Dieu! *quantùm mutatus ab illo!* le facies, d'un gris terreux, était aussi blême qu'il était, quelque temps auparavant, florissant de santé; tout le corps était couvert d'une roséole des mieux caractérisées, surtout aux bras et aux jambes, dans le sens de la flexion; le cuir chevelu présentait des croûtes squameuses, ainsi que la paume des mains; la commissure des lèvres était le siége de pustules plates et humides, faciles à reconnaître. L'inspection de la cavité buccale fournissait des preuves non moins incontestables de l'infection générale; les piliers du voile du palais, d'un rouge moins animé qu'à l'état normal, étaient de couleur plus sombre; les amygdales, tuméfiées, avaient leur doublure muqueuse couverte de plaques d'un blanc gris, semblable à la cautérisation fraîche d'une muqueuse par le nitrate d'argent; la langue elle-même était érodée en plusieurs endroits. Joignez à tous ces symptômes une dysphagie des plus intenses et un affaissement général porté au plus haut degré, et vous aurez à peine une idée des ravages qu'avait apportés dans une constitution des plus robustes l'introduction répétée du virus syphilitique. Tous ces faits ont été constatés en présence de plusieurs personnes.

Voilà pour la partie expérimentale. Il faut convenir que cette observation, rapprochée de celle de M. L..., n'est pas de nature à faire à la doctrine de la syphilisation de nouveaux prosélytes; celle de M. X... est d'autant plus concluante, que tout s'est fait par la main et sous l'œil du maître.

Quant à la partie théorique, il y aurait de nombreuses et puissantes considérations à invoquer contre cette jonglerie que M. Bégin a stygmatisée comme elle le méritait; mais ces considérations n'échapperont pas sans doute aux honorables orateurs chargés de réfuter une erreur qu'on aurait dû laisser à nos voisins d'outre Rhin, comme l'homœopathie et autres mystifications du même genre. Je m'en tiens donc au fait de M. X..., et vous prie d'agréer, etc.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Kyste séreux de l'os maxillaire inférieur. — Ablation. — Guérison.

Observation recueillie par M. ARRACHARD, interne.

Jeanne Petit-Jean, âgée de trente-quatre ans, journalière, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 23 avril 1852, pour une tumeur inhérente à l'os maxillaire inférieur.

Il y a trois ans, elle avait été attaquée de douleurs dentaires très vives du côté gauche de la mâchoire. Les trois dernières molaires de ce côté s'étaient cariées et exfoliées peu à peu, de sorte que maintenant elles ne dépassent pas le rebord alvéolaire. Vers la même époque, la malade s'aperçut qu'une tumeur du volume d'une petite noisette s'était développée à la face externe de la branche gauche de la mâchoire dans l'épaisseur de la gencive. Cette tumeur ne déterminait pas de douleurs bien fortes, surtout en comparaison des dou-

leurs de dents, et, comme elle gênait peu les fonctions buccales, on ne s'en occupa pas davantage.

Mais, il y a trois mois, elle s'accrut rapidement en volume et devint grosse comme une petite noix. Les mouvements de mastication se trouvèrent gênés, et le broiement des aliments entre les arcades dentaires devint même impossible de ce côté à cause des douleurs qu'il déterminait. En même temps des douleurs névralgiques se développèrent du côté gauche de la face, suivant le trajet de la branche gauche du maxillaire inférieur, et devinrent assez fortes et assez fréquentes pour engager la malade à se faire débarrasser de sa tumeur fût-ce au prix d'une opération.

Lors de son entrée à l'hôpital, elle présentait donc, au niveau des trois dernières dents molaires inférieures gauches, une tumeur du volume d'une petite noix, dure, paraissant formée par du tissu osseux recouvert par la gencive. Cependant, à la partie postérieure, le doigt arrivait sur une portion un peu moins solide, et en appuyant fortement on déprimait la paroi molle de manière à sentir le rebord de la coque osseuse, qui se trouvait là interrompue. M. Malgaigne diagnostiqua un kyste séreux développé dans l'os même. Il était situé assez loin dans la bouche; mais, comme il ne descendait pas beaucoup au-dessous du repli de la gencive, l'opérateur résolut de le détruire par l'ouverture buccale et sans incision des téguments.

Le 28, la malade étant assise et placée sous l'influence du chloroforme, on détache la gencive au niveau du bord inférieur de la tumeur; avec un bistouri solide, en forme de serpette, on enlève une grande partie du kyste et on achève de détruire le reste en ruginant avec la gouge, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de saillie osseuse. On put voir alors que ce kyste était formé par une coque osseuse d'un millimètre environ d'épaisseur, tapissée dans son intérieur par une muqueuse de nouvelle formation. La coque osseuse était interrompue à la partie postérieure dans une petite étendue, où la muqueuse intérieure, confondue avec le tissu de la gencive, lui fournissait la paroi molle que nous avions sentie.

Après l'opération, le doigt promené le long de la face externe de la mâchoire, au lieu de la saillie de la tumeur, rencontrait une dépression assez marquée, que l'on voyait tapissée par la muqueuse du kyste. Il n'y eut aucune sorte de pansement.

Les suites de l'opération furent d'abord très simples.

Le 29, la malade accusait un peu de douleur du côté opéré; la douleur névralgique le long de la branche du maxillaire existait toujours.

Le 30, un léger gonflement se manifesta à la joue, vis-à-vis le lieu de l'opération. On appliqua des cataplasmes, et tout allait au mieux, lorsque, le 4 mai, la malade fut prise d'une fièvre continue avec symptômes typhoïdes et pleurésie du côté droit. Il serait inutile de suivre le progrès de cette affection intercurrente; il suffira de dire que le danger disparut peu à peu, et que la malade était assez bien le 16 juin pour demander et obtenir sa sortie, bien qu'ayant encore un peu d'épanchement pleurétique à droite.

L'endroit où l'opération avait été faite était le siége d'une dépression marquée, tapissée par une muqueuse qui se confondait, sans ligne de démarcation sensible, avec la muqueuse gingivale, et le doigt pouvait s'y promener sans déterminer de douleur. (*Revue médico-chirurg.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 27 JUILLET 1852.

Discours de MM. Malgaigne et Depaul.

M. Malgaigne. Je ne commencerai pas sans m'associer pleinement à la forte et légitime réprobation dont M. Bégin a frappé certaines conséquences de la doctrine de la syphilisation telle qu'elle a été présentée jusqu'à ce jour. Conserver précieusement des sujets atteints de syphilis tertiaires, comme des réservoirs perpétuels de vaccin syphilitique, ce n'est peut-être encore qu'une idée excentrique, plus propre à exciter le rire que l'indignation; mais prescrire l'inoculation du vrai virus sur une large échelle, à tous ceux qui peuvent être exposés à sa contagion, c'est une doctrine contre laquelle on ne saurait trop s'élever; et je le fais d'autant plus volontiers que son auteur, M. Auzias-Turenne, la répudie lui-même formellement aujourd'hui, et m'a déclaré que sa plume avait été plus loin que sa pensée.

Ainsi, en ce qui regarde la syphilisation purement préventive, je me rangerai sans réserve de l'avis de M. Bégin. Mais dans la même réprobation, il a enveloppé la syphilisation curative; et peut-être est-il allé trop loin. Dans tous les cas, sa conclusion aurait besoin d'être justifiée; et c'est ce qu'il n'a pas fait. Dans tout son rapport, il s'est attaché uniquement à la syphilisation préventive; et j'ai été surpris de voir un esprit aussi sévère appliquer aussi facilement à une doctrine des arguments exclusivement développés contre une autre. Voilà un premier point par où le rapport me semble avoir péché. En voici un autre:

Que l'on rejette, au point de vue de la moralité, la sypbilisation préventive, je le comprends, je l'admets, je fais écho. Mais à côté de la question morale il y en a une autre, c'est la question de fait, la question scientifique pure; et j'ai regret de dire que le rapport ne l'a pas suffisamment approfondie. La commission semble avoir flotté dans une indécision fâcheuse au sujet de la mission qui lui était confiée:

« Sa mission, dit M. le rapporteur, était d'examiner un fait et » de vous en rendre compte; elle s'en est acquittée de son mieux, » mais elle aurait cru dépasser les limites de ses obligations en » provoquant par des conclusions générales votre jugement sur » une pratique dont vous n'êtes pas directement saisis. »

Mais comment concilier une déclaration si précise avec cette conclusion assurément très générale:

« A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation » syphilitique ne peut donc se justifier. »

Comment la concilier même avec le regret que la commission exprime au début du rapport, qu'on ne lui ait pas fourni *des documents dont elle sentait le besoin*?

« Malheureusement, dit le rapporteur, l'attente de votre com» mission et mes désirs personnels ont été trompés, du moins en » grande partie. On a fait autour de nous beaucoup de bruit, et » rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations » pressantes, des promesses formelles, sont restées sans résultat. »

Certes, je n'irai pas ici contester une assertion aussi formelle. Cependant, M. Auzias prétend qu'il a offert à M. Bégin en personne toutes les communications qui seraient en son pouvoir, et que cette offre n'a pas été accueillie. — M. Bégin. Cela est tout à fait inexact. — Eh bien, je suis bien aise d'avoir fourni à M. Bégin l'occasion de cette réponse, et il y a certainement eu erreur de la part de M. Auzias. Mais, d'un autre côté, je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 9 décembre 1851 une lettre de M. Marchal (de Calvi) qui raconte que M. Laval s'est mis à la disposition de la commission, et *a poussé le zèle jusqu'à se rendre auprès d'un des commissaires, dont il a été assez mal reçu.* M. Marchal protestait dès lors publiquement contre cette façon d'agir. Il est au moins bien certain que M. Laval a été vu, examiné, inoculé sans succès par M. Ricord, l'un des commissaires. — M. Ricord. Je proteste, et je m'expliquerai à cet égard. — Soit, mais enfin le fait a été publié il y a plus de six mois; il est resté sans contradiction aucune, et assurément c'était un fait considérable; il valait bien la peine d'être signalé et démenti dans le rapport. Il me paraît impossible également que M. le rapporteur n'ait rien su des expériences faites au Val-de-Grâce par M. Marchal, et qui ont été, dit-on, interrompues par ordre supérieur. Enfin, il y a plus d'une doctrine en matière d'inoculation syphilitique; celle de M. Diday est à cent lieues de celle de M. Auzias. Le rapport les confond dans des objections communes, dans une réprobation commune, sans même dire clairement en quoi elles diffèrent, sans rechercher si elles reposent sur quelque chose ou sur rien. En un mot, je le répète, la question de moralité a totalement éclipsé la question scientifique.

Et cependant, messieurs, cela ne doit pas être. La pratique peut être dangereuse et le fait demeurer vrai; s'il en est ainsi, il faut admettre le fait en rejetant la pratique. Bien plus, en insistant si fort sur le danger de la pratique, on semble accorder que le fait sur lequel elle se fonde est réel; car s'il était faux, la pratique serait bien vite ruinée par cela même. C'est pourquoi, puisque la question se trouve portée devant l'Académie, il m'a paru qu'il fallait l'aborder résolument, aller au fond des choses, rechercher ce qu'il y a de réel et d'imaginaire; et c'est là ce que je me suis proposé.

Il y a, comme l'a bien dit M. Bégin, deux doctrines différentes en matière d'inoculation sypbilitique: celle de M. Diday et celle de M. Auzias.

M. Diday est un élève de M. Ricord. Il avait appris de son maître cette loi pathologique: que la syphilis constitutionnelle n'attaque l'homme qu'une seule fois. Il y a huit ans que M. Ricord formulait cette loi devant l'Académie; je désirerais, pour mon compte, qu'il l'eût complétement démontrée. Quoi qu'il en soit, M. Diday, placé à la tête d'un service de vénériens à Lyon, se demanda si, en inoculant la syphilis constitutionnelle, on n'aurait pas des résultats analogues à ceux du vaccin, savoir, un effet purement local, qui préserverait de l'infection générale. Mais où prendre ce vaccin d'un nouveau genre? M. Diday songea à inoculer le sang. Et même, pour plus de prudence, il ne voulut pas prendre du sang de sujets atteints de syphilis secondaire; il prit du sang de la syphilis tertiaire. Jusque-là nous ne sommes pas sortis de l'hypothèse. Voici les faits:

16 sujets atteints de chancres récents reçurent donc sous l'épiderme, à l'aide d'une lancette, et par une piqûre pareille à celle de la vaccination, du sang pris sur un sujet atteint d'accidents tertiaires. Toutes ces piqûres guérirent promptement; il n'y eut donc aucun effet local. Quant aux résultats généraux, les 16 inoculés furent suivis pendant six mois, neuf mois, un an, et jusqu'à quatorze mois. Un seul eut des accidents secondaires; mais celui-là, lors de son inoculation, avait déjà un chancre induré. M. Bégin en a signalé un second dans son rapport. Resteraient 14.

Mais c'est ici que l'on peut signaler à la fois la vanité de pareilles expérimentations, et surtout des conclusions qu'on ose bien en déduire. 15 sujets sur 16, comme le croyait M. Diday, avaient résisté à l'Infection générale. Mais cette série s'écartait-elle de la règle ordinaire? L'expérimentateur n'en savait rien. Pour s'éclairer, il ne songe pas à recueillir des faits; il est plus facile de ramasser des opinions. M. Diday s'adresse donc à six syphiliographes contemporains, et en reçoit les réponses suivantes:

M. Cazenave dit que la syphilis constitutionnelle, lorsqu'on n'a pas employé le mercure, doit survenir. . 18 fois sur 20

M. Repiquet. . . . . 12 fois sur 20

M. Cullerier. . . . . 10 fois sur 20

M. Baumès. . . . . 6 fois sur 20

M. Puche. . . . . 4 fois sur 20

M. Rattier, *pas une seule fois sur* 20, lorsque les chancres ont été guéris en quarante jours, sans engorgement ganglionaire.

Or, sur les 16 inoculés, 9 ayant eu des ganglions engorgés, sans phénomènes secondaires, M. Diday se tient pour content, et regarde son expérimentation comme très concluante.

Une objection restait toutefois: les sujets avaient-ils été revus assez longtemps après le début de leurs chancres? M. Diday n'en savait rien encore; il songe à s'adresser aux autorités. Mais, probablement à raison du désaccord de ces premières autorités, il s'en tient à une seule, celle de M. Ricord; et M. Ricord interrogé répond que le temps le plus long qui puisse s'écouler entre le chancre et la vérole constitutionnelle est de *six mois*. M. Diday s'en fia à cet oracle; et c'est alors que, sûr de l'efficacité de son vaccin, et voyant déjà la syphilis disparaître du globe, il songeait, pour les générations à venir, à entretenir quelques *vérolés précieux*, comme eût dit Rabelais, pour en conserver le germe et le vaccin au monde.

Assurément, messieurs, s'il fallait s'en rapporter à une autorité en fait de syphilis, je n'en sais pas de meilleure que M. Ricord; mais malheureusement l'autorité est ici en désaccord avec les faits. Pour ne pas sortir du rapport même, le cas de M. L... est tout à fait concluant; la date des chancres est certaine, et les phénomènes secondaires n'ont paru que huit mois et vingt jours après. Les résultats qui ont séduit M. Diday sont donc jusqu'à présent d'une nullité radicale.

On voit d'ailleurs combien cette *vaccination*, comme l'appelle M. Diday, diffère de l'inoculation de M. Auzias. Je n'insisterai pas davantage sur cette erreur innocente d'un esprit ingénieux; personne, que je sache, ne l'a prise au sérieux; et je n'en aurais même rien dit, si elle n'avait été mentionnée dans le rapport même.

La doctrine de M. Auzias est tout autre, et paraît aussi avoir eu une origine différente. Depuis 1844, M. Auzias s'était attaché à transplanter la syphilis sur les animaux, et notamment sur les singes. Dire combien il éprouva de difficultés d'abord, et de déboires ensuite, quand il crut avoir réussi, ce serait faire le plus bel éloge de sa persévérance. On lui nia ses réussites; plusieurs chirurgiens de mérite les nient même encore. Je crois, pour mon compte, qu'il a réussi, et ce n'est pas un petit honneur d'avoir résolu ce difficile problème, où avaient échoué J. Hunter et M. Ricord. Après de longs essais, il crut s'apercevoir que les chancres qu'il produisait sur les mêmes animaux par des inoculations nouvelles allaient en s'affaiblissant; si bien qu'à la fin le singe devenait incapable de contracter aucun chancre; il était *syphilisé*. Ce fait une fois acquis, il se demanda s'il se représenterait chez l'homme, et après de nombreuses recherches parmi les prostituées, il en rencontra un certain nombre qui, après avoir subi plus ou moins fréquemment la syphilis, y étaient devenues complétement réfractaires, et qui étaient même recherchées sur la place à raison de cette immunité. On voit tout de suite la portée de ce fait; seulement, est-il bien démontré? Ce qu'il faut ajouter, c'est que déjà, à la maison de Saint-Lazare, M. Castelnau l'avait vérifié sur plusieurs prostituées, et même avait donné à cette immunité singulière le nom de *saturation syphilitique*. Je ne pense pas qu'il ait encore publié ses observations; mais je n'élève à cet égard aucun doute. Seulement, M. Castelnau regarde cet état comme plein de dangers; M. Auzias avance, au contraire, qu'il s'accompagne de la santé la plus florissante. Quoi qu'il en soit, pour tous les deux l'immunité existe.

Alors M. Auzias eut l'idée d'expérimenter sur l'homme comme il avait fait sur les animaux, et il dit avoir nombre de fois réussi. Je reviendrai sur ces expériences nouvelles; seulement, je note le point où il était arrivé quand il publia, en 1851, le mémoire dont il est fait mention dans le rapport,

Ce mémoire, messieurs, est vraiment quelque chose d'étrange; avec des expériences nombreuses et sur les animaux et sur l'homme, l'auteur se borne à ce qu'il appelle *neuf séries*, et qui se réduisent en définitive à neuf expériences. Si on les parcourt dans son mémoire, elles sont tronquées, incomplètes, sans valeur. D'où cela peut-il venir? Le rédacteur en chef des *Archives*, effrayé de voir la place que tenaient des détails d'une longueur et d'un ennui démesurés, fit des coupures un peu au hasard, et M. Auzias laissa faire. Le trait est curieux et utile à signaler pour ceux qui s'occuperont plus tard de l'histoire de la syphilisation. J'ai vérifié moi-même la réalité de ces retranchements, en retrouvant les expériences tout au long dans le manuscrit certifié par le secrétaire de la Société de chirurgie.

Mais, ces lacunes réparées, les expériences sont-elles beaucoup plus concluantes? J'ai regret de le dire; mais il n'y a rien de moins concluant au monde. J'en ai fait l'analyse contradictoirement avec M. Auzias; de son propre aveu, la première, la troisième, la huitième, la neuvième, ne servent en aucune façon au but qu'il s'est proposé. Dans la deuxième, certaines inoculations échouent; mais il suivait alors un mauvais procédé; il n'avait pas imaginé sa doctrine: les insuccès peuvent donc être mis sur le compte du procédé. Dans la quatrième, le singe subit quatre inoculations en seize jours, et meurt dix jours après; il n'y a vraiment rien à conclure. Dans la sixième, l'animal subit trois inoculations, et plus tard est atteint de syphilis constitutionnelle; cela ne prouve rien encore pour la sypbilisation. Restait donc la cinquième, mutilée dans les *Archives*, où, en effet, il paraît que le singe était devenu peu à peu réfractaire; puis la septième, car les choses semblent s'être passées de la même manière. Je ne veux pas pousser la critique trop loin; j'accepte ces deux expériences. Mais quoi! c'est avec ce bagage si léger que l'on va fonder une doctrine si grave? Lisez, en effet, tout le mémoire, il n'y a pas autre chose; M. Auzias écrit, p. 192: « *Voici mes principales expériences et observations;* » et à la page 417, il ajoute: « *Je n'ai pas à ma disposition un nom*» *bre de faits suffisant pour qu'il me soit possible de faire l'histoire* » *complète de la syphilisation.* »

Réserve louable sans doute, mais qui rend bien plus étrange ce qui va suivre. En effet, avec ces faits insuffisants, et très insuffisants, M. Auzias tire des conséquences à perte de vue; il ne craint pas d'établir:

1° *Les rapports de la syphilisation avec le volume de l'animal;*

2° *Les rapports de la syphilisation avec le nombre des chancres;*

3° *Les rapports de la syphilisation avec l'étendue des chancres;*

4° *Les rapports de la syphilisation avec la manière dont les chancres se succèdent ou se combinent;*

5° *Le temps moyen nécessaire à la syphilisation.*

Et finalement, avec les deux expériences que vous savez, il arrive à aligner à la fin de son mémoire *cinquante-huit conclusions générales.*

S'il y a d'abord quelque chose qui saute aux yeux de tout le monde, c'est que les conclusions manquent de base, c'est qu'elles sont tout à fait en dehors des faits qui devaient les engendrer; c'est qu'il y a là un mépris absolu de toute méthode scientifique. Aussi, s'il s'agissait de décider ici si la doctrine ainsi édifiée s'appuie sur des fondements sérieux, je n'hésiterais pas à le nier sans nulle réserve; et, sans prétendre qu'elle est tout imaginaire, je suis très convaincu que l'imagination en a fait en grande partie les frais. M. Auzias, comme tout inventeur épris de son œuvre, prend volontiers ses expériences pour des réalités; il aime les conclusions générales, il aime à établir des lois, et, par exemple, dans une communication faite à l'Institut le 17 novembre, trois mois seulement après la publication de son mémoire, il avait trouvé le moyen d'éditer *soixante lois*. C'est une fécondité de législation qui m'est suspecte.

L'enthousiasme peut conduire à de grandes choses, sans doute; mais en science l'enthousiasme peut bien amener aux plus déplorables erreurs. Or M. Auzias ne s'en méfie pas assez, et je n'en veux plus citer qu'un exemple.

Vous avez entendu dans le rapport l'histoire de M. L...; elle est fort triste, et en aucun cas la sypbilisation ne devrait s'en vanter. Eh bien! M. Auzias y trouve un motif de triomphe; dans une leçon du 7 décembre, publiée par la *Gazette médicale de Toulouse*, il s'écriait:

« Quant à l'observation de L..., dont on a fait tant de bruit con» tre la syphilisation, *elle plaide au contraire pour la nouvelle doc*» *trine; il faut l'interpréter convenablement.* »

Et plus loin, comme tous les sectaires enthousiastes, regardant l'avenir comme à lui, il ajoutait:

« Ce que je voudrais savoir est ce qu'est devenu M. L.... Il n'a » pas dû tarder à être guéri de ses chancres. »

La réponse à cette prophétie est écrite dans le rapport.

Un dernier sectateur de la syphilisation est M. Laval, qui a soutenu récemment à la Faculté une thèse sur ce sujet, sous ma présidence. M. Laval a expérimenté sur lui-même; il est parvenu, dit-il, à se syphiliser: c'est pourquoi sa thèse ne saurait être passée sous silence. Mais quand on veut la soumettre au contrôle d'une critique sérieuse, elle est peut-être encore au-dessous des travaux précédents. M. Laval est un jeune homme qui, après avoir *médité profondément*, c'est lui qui le raconte, sur les résultats annoncés par M. Auzias, imagina de plein saut une théorie; et, ajoute-t-il naïvement, *j'y ai peu changé depuis*. La théorie trouvée, il s'inocule le virus du chancre; il a fait huit inoculations en vingt et un jours, passe rapidement sur le reste, et établit des préceptes pratiques qui recommandent de séparer chaque inoculation par un intervalle

de dix à quinze jours. On se demande comment une expérience faite dans des conditions si opposées a pu engendrer une doctrine pareille. Il y a bien encore quelques mots sur un autre étudiant qui s'est pareillement syphilisé, mais sans détails et sans dates; en sorte que tout examen est impossible. La *doctrine* de M. Laval (car il a aussi sa doctrine, et il traite avec un profond dédain celle de M. Auzias), cette prétendue doctrine n'a donc d'autre valeur que celle d'un rêve produit par une imagination échauffée. Toutefois, telle qu'elle est, elle a eu l'honneur d'être appliquée au traitement de la syphilis secondaire, au Val-de-Grâce, par un chirurgien qui a fait ses preuves, par M. Marchal (de Calvi). Car il faut dire que M. Laval la propose surtout comme *méthode unique de traitement* de la syphilis constitutionnelle; et M. Marchal, comme on pouvait s'y attendre d'un esprit aussi généreux, repousse absolument la syphilisation préventive.

M. Laval a donc pu recueillir dans ce service 18 observations. Voyons comme il en rend compte :

« Parmi ces 18 malades syphilitiques,

7 avaient des macules (roséole, psoriasis);

4 avaient des pustules et des vésicules (ecthyma secondaire, eczéma);

4 avaient des papules muqueuses.

» L'induration du chancre persistait encore chez le plus grand » nombre, et tous avaient les ganglions cervicaux indurés. Sept » avaient des chancres indurés, de 20 à 25 jours d'invasion. Une » ou deux inoculations, selon la *méthode indiquée*, firent entière» ment disparaître tous ces accidents. Les chancres indurés furent » cicatrisés le vingtième jour en plus après la première inocula» tion; les produits secondaires, tels que pustules, vésicules et pla» ques muqueuses, avaient commencé par se dessécher deux ou » trois jours après l'inoculation, et disparurent entièrement du » septième au dixième jour. Un ulcère de la langue, profond, large, » à base indurée, était entièrement cicatrisé au bout de six jours. » *Les chancres d'inoculation ont duré ensemble cinquante jours en* » *moyenne. Aucun de ces hommes traités par l'inoculation n'est* » *encore revenu à l'hôpital. J'espère*, ajoute M. Laval, *qu'ils reste*» *ront guéris; il peut se faire cependant qu'ils aient, avec le temps,* » *une éruption de roséole syphilitique*, *mais sans autres acci*» *dents.* » (P. 23.)

Si ces résultats étaient bien prouvés, en effet, ils mériteraient une attention sérieuse. Mais avec quelle inconcevable négligence ils sont exposés! Il y a 18 malades, on ne donne de renseignements pathologiques que sur 15. Le traitement est encore laissé plus au hasard s'il est possible; *une ou deux inoculations*, voilà tout ce qu'on en dit. Il en résulte tout au moins que ces une ou deux inoculations, d'une durée de *cinquante jours en moyenne*, n'ont pas été si insignifiantes qu'on semble le faire entendre. Puis enfin ces malades sortent; entrepris en novembre, leur sortie n'a guère pu avoir lieu avant janvier; et, le 22 mars, on s'applaudit qu'ils ne soient pas rentrés à l'hôpital! Et on *espère* qu'ils seront guéris, sauf peut-être une roséole; et l'on affirme qu'ils n'auront pas d'autres accidents!

Enfin, j'aurais à citer encore un mémoire de M. Sperino, de Turin, qui affirme avoir syphilisé avec un entier succès *cinquante-deux* filles publiques; et déjà d'autres critiques ont reproché à M. Sperino le défaut de détails précis, sans lesquels les observations se réduisent à la valeur de simples affirmations.

Voilà, messieurs, autant que j'ai pu le réunir, tout le bagage scientifique de la syphilisation; il est léger; et jamais peut-être doctrine ne s'est proclamée avec une pareille insignifiance de preuves. Je le répète donc, s'il fallait porter dès à présent un jugement sur la doctrine, je n'hésiterais pas à la rejeter, faute de preuves, sauf à elle à s'en mieux munir dans l'avenir. Mais au-dessous de la doctrine, qui n'est pas suffisamment mûrie, il y a cependant quelque chose que je ne peux pas rejeter aussi facilement et sans vérification; ce sont les faits allégués, ce sont les expériences déjà faites et que l'on offre de répéter : voilà ce qui prend un caractère plus sérieux, et ce qui ne me permet pas d'adhérer, quant à présent, à la condamnation absolue et sans appel formulée par la commission.

Dans la dernière séance, lorsque M. Ricord vous exposait l'opiniâtreté de M. L... à poursuivre ses inoculations, beaucoup en ont ri, et j'en ai ri moi-même, bien que ce fût une histoire fort triste à tous les points de vue. Mais pourquoi M. L... persiste-t-il dans cette périlleuse pratique? Il se peut qu'il ait, lui aussi, ses vues théoriques; mais il a par-dessus tout ceci : il a vu, ou il peut avoir vu des sujets syphilisés. L'un de ces sujets est M. Laval, qui aurait été inoculé sept fois par M. Ricord sans contracter un seul chancre. Cela a été dit, professé, imprimé; cela n'avait pas encore été contesté, et je suis heureux que M. Ricord nous éclaire enfin sur ce point, parce que, si la syphilisation n'est qu'une mystification, ou plutôt une illusion pure, je désire fort en voir débarrasser à tout jamais la science. Mais jusqu'à ces éclaircissements, je l'avoue, le fait était si grave que je m'en sens encore ébranlé. Or, M. Laval se serait mis à la disposition de la commission; n'est-il pas à regretter que ses avances aient été si mal reçues?

M. Auzias, de son côté, est plus riche de faits que son mémoire ne le semble dire. A l'époque où ce mémoire fut publié, M. Auzias avait, m'a-t-il dit, syphilisé nombre de sujets, pris cette fois dans la race humaine. Une lettre par lui adressée à l'Institut le 18 novembre 1850, et consignée dans la *Gazette médicale*, mentionne très explicitement *des observations entreprises sur l'homme*. Pourquoi donc ne les a-t-il pas encore publiées? Pourquoi, au lieu de les mettre en avant dans son mémoire, semble-t-il s'attacher à en dérober la connaissance à ses lecteurs? Il a eu tort, à mon sens; mais il faut bien savoir que ces premiers essais sur l'homme étaient entourés de périls peu ordinaires, et que l'auteur, par exemple, a été dénoncé une fois au procureur de la République. Quoi qu'il en soit, j'ai demandé à M. Auzias à quel chiffre pouvaient se monter ses essais sur l'homme. En ce moment, à plus de *trois cents*. La plupart, atteints de chancres, n'ont été syphilisés que jusqu'à guérison de leurs chancres, jusqu'à préservation de la syphilis constitutionnelle. Cette préservation, je ne la donne pas comme bien prouvée, les sujets ne se trouvant encore qu'à trois mois, qu'à six mois, et les plus anciens à un an de date de l'apparition de leurs chancres. *Dix-sept* seulement auraient été conduits à une syphilisation absolue, et telle qu'on ne peut plus leur donner ni chancres, ni blennorrhagies. Je n'affirme rien, je dis ce qui m'a été raconté par M. Auzias; mais j'ajoute qu'il m'a paru plein de loyauté et de bonne foi. Et d'ailleurs, il n'eût pas mieux demandé que de faire ses preuves devant la commission, non sans doute qu'il eût produit devant elle tous ses malades; on sait aussi combien peu se prêteraient à une pareille exhibition; mais il en avait trois qui s'y seraient prêtés : deux hommes et une femme. En ce moment même, il traite un gentilhomme d'un nom qui a marqué dans l'histoire contemporaine; celui-ci, qui prétend avoir le courage de ses opinions en syphilisation comme en politique, consentirait à se faire voir à une commission : le traitement est au quinzième jour, et devra durer à peu près deux mois.

Eh bien! messieurs, en face de pareilles assertions, de pareilles offres faites par un homme qui, je le répète, m'a paru de la plus entière loyauté, je ne les accepte pas, sans doute, car il peut se tromper; mais suis-je en droit, sommes-nous en droit de les rejeter sans examen *à priori*? Et l'on ne saurait dire que M. Auzias a fait des offres tardives à un moment où elles ne peuvent être acceptées; car il a demandé des juges à l'Institut, et il faut dire même qu'à l'Institut la chose a paru plus sérieuse qu'à votre commission; bien plus, il a demandé à M. le préfet de police l'autorisation d'essayer la syphilisation à Saint-Lazare; M. le préfet a nommé au préalable, bien entendu, une commission présidée même par notre honorable président; est-ce que, devant ces vérifications solennelles, on peut porter un jugement absolu, définitif?

Je vais plus loin, messieurs; j'ai parlé, d'après M. Laval, des faits de guérison obtenue au Val-de-Grâce par M. Marchal (de Calvi), qui même s'était engagé à les communiquer à cette Académie. Tels qu'ils ont été rapportés, ils n'ont pas une grande valeur; ne serait-ce pas uniquement la faute du rédacteur? J'ai vu M. Marchal, il croit à ses succès, il est enthousiaste de la méthode.

Une voix. Il l'est toujours.

Qu'il le soit toujours, c'est une autre affaire; probablement n'a-t-il pas toujours tort, et en cette occasion je suis très curieux de savoir s'il a tort ou raison. Ajouterai-je, messieurs, que depuis que l'autorité supérieure s'est opposée à la continuation de ses succès, on cite plusieurs officiers qui sont sortis de l'hôpital pour terminer leur syphilisation en ville?

Et enfin les faits de M. Spérino, je ne voudrais pas, bien entendu, qu'ils fussent admis trop légèrement; je ne voudrais pas non plus qu'ils fussent rejetés trop à la légère. Si je suis bien informé, M. le préfet de police a fait demander un rapport sur ces faits à Turin; le rapport sera soumis à la commission médicale. Et si par hasard, je n'en sais rien, mais si par hasard il était démontré que M. Spérino est parvenu à syphiliser une bonne partie des filles publiques de Turin, s'il y avait lieu en conséquence de concevoir une espérance semblable pour toutes nos grandes villes, quel bienfait pour la salubrité publique!

Ici ce serait de la syphilisation préventive, soit; si elle était reconnue efficace et sans danger, je l'accepterais encore bien pour les filles publiques. Mais ce à quoi je m'attache surtout, avant toute explication, c'est à la constatation des faits; et les faits constatés, c'est à leur application à la thérapeutique. Car, je le confesse, donner la syphilis à un individu qui ne l'a pas sous le prétexte de l'en préserver à l'avenir, cela soulève mes plus fortes et mes plus intimes répugnances; mais je ne vois aucune difficulté de morale et de conscience à inoculer le venin à un homme qui l'a déjà si cela peut aider à sa guérison. M. le rapporteur dit bien, et avec toute raison, que le traitement ordinaire guérit l'immense majorité des véroles secondaires; mais il avoue aussi, et tout le monde sera de son avis, qu'il est des cas rebelles. Eh bien! si l'inoculation devait fournir une ressource pour ces cas rebelles, il faudrait encore l'accepter comme un bienfait.

Je me résumerai en peu de mots. Je n'ai rien vu par moi-même en fait de syphilisation; je suis pareillement incompétent pour la soutenir et pour la proscrire. Je la considérerais comme immorale, son efficacité fût-elle démontrée, si on l'appliquait comme préventive à des individus sains dans des conditions ordinaires; loin de là, appliquée à des individus syphilitiques en vue de les guérir, je la considérerais comme un bienfait. Mais, avant tout, je veux que les faits soient vérifiés; je veux que ses inventeurs et ses partisans soient bien avertis que nous exigeons des preuves suffisantes, des preuves vraiment scientifiques; comme aussi, à ceux qui la voudraient rejeter sans examen, je dirai que les faits annoncés sont trop considérables pour être traités avec un pareil dédain; en un mot, et c'est là ma conclusion, qu'ils veulent être vérifiés, et qu'ils le veulent impérieusement.

M. Bégin donne quelques explications relatives aux réclamations de M. Auzias. Il résulte de ces explications, entre autres particularités, que MM. L...., Laval et Auzias, tous trois mis en demeure de se mettre en rapport avec la commission pour lui fournir les documents qu'ils pouvaient juger utiles à leur cause, ne se sont pas présentés.

M. Velpeau déclare que le membre de la commission qui, d'après M. Malgaigne, aurait mal reçu M. Laval, est lui-même, M. Velpeau, et il explique comment M. Laval, alors élève, étant venu le trouver pour lui faire part des expériences de syphilisation qu'il venait de faire sur lui-même, il lui a dit un peu crûment peut-être sa manière de penser à cet égard.

Quant à M. L..., l'Académie n'a pas oublié dans quelles circonstances il lui a été présenté. M. L... a été présenté comme atteint de syphilis constitutionnelle par inoculation. Dans la relation qui a été faite de son histoire, il a été dit que la syphilis constitutionnelle s'était déclarée à la suite de l'inoculation de pus pris sur l'amygdale d'un sujet atteint lui-même de syphilis constitutionnelle. Le fait de M. L..., dit M. Velpeau, n'avait d'intérêt pour moi que sous ce rapport-là. Or, sur ce fait, je suis suffisamment édifié maintenant. La question de syphilisation n'était qu'une question secondaire dont, pour ma part, je n'avais point à me préoccuper. Je crois que la commission elle-même n'avait point à s'occuper de cette question-là; d'abord parce qu'elle n'en a pas été chargée par l'Académie; en second lieu, parce qu'elle ne mérite réellement pas d'être examinée, bien convaincu, pour mon compte, qu'on peut avoir la syphilis constitutionnelle plusieurs fois. Une autre raison, enfin, c'est que je ne crois pas que cette question puisse être jugée. M. Laval, dit-on, ne peut plus être inoculé; mais qui nous dit que dans six mois, dans un an, dans dix ans, dans vingt ans, il ne pourra plus l'être? car il est bien évident pour moi que la syphilis constitutionnelle peut se manifester dix, vingt et même trente ans après les accidents primitifs.

On a dit que c'était là une idée neuve. Eh bien! comme toutes les idées neuves, elle suivra son cours dans le monde sans que vous puissiez l'en empêcher. Plus vous lui ferez d'opposition, au contraire, plus vous lui donnerez de chances de se produire et de multiplier ses prosélytes. Laissez-la passer. Ce que l'Académie a de mieux à faire, c'est de ne pas s'en occuper.

M. Depaul. Messieurs, après le remarquable discours de M. Malgaigne, dans lequel se trouvent une partie des observations que je me proposais de faire sur le rapport de notre très honoré collègue M. Bégin, la mission que je m'étais donnée sera plus courte et plus facile à remplir. J'avoue cependant qu'après les manifestations sympathiques qui ont accueilli le travail de notre rapporteur, j'ai un peu hésité avant de me mêler à ce débat; car, mieux que personne, je comprends tout ce qu'a d'entraînant l'autorité de sa parole et de sa haute raison. Mais, après avoir entendu la lecture de ce rapport et depuis après l'avoir sérieusement médité, il m'a semblé que l'inspiration et le simple raisonnement s'étaient plus d'une fois substitués à l'observation rigoureuse, et que les considérations qui en font la base ne légitimaient pas les conclusions qu'il renferme implicitement.

Je viens donc demander à notre très savant rapporteur la permission de me placer à un point de vue un peu différent du sien, et de ne pas admettre tout ce qu'il a dit au sujet de la syphilisation, la seule question que je me propose d'examiner.

Mais, comme M. Malgaigne, il est bien entendu que je n'entends m'occuper que de la syphilisation curative; j'avoue que, pour les raisons qu'il a données, je repousse d'une manière absolue toute tentative relative à la syphilisation prophylactique.

Je désire, d'un autre côté, que l'Académie sache bien quelle position j'accepte dans la discussion : les médecins qui ont suivi les différentes phases de la syphilisation se sont partagés en trois camps. Dans le premier, je place M. Auzias et ceux qui accordent à cette méthode thérapeutique ou préventive une confiance complète : j'en crois le nombre fort restreint. Dans le second, je range ceux qui, sans examen suffisant ou avec un parti pris, la considèrent comme immorale, impuissante et ridicule; enfin, dans le troisième, et c'est celui dans lequel je prends place, se trouvent les hommes qui, ne se sentant pas suffisamment éclairés, croient pouvoir demander à une expérimentation sage et prudente la solution d'un problème qui intéresse à la fois la science et l'humanité.

Je me permettrai d'abord de faire remarquer que la commission a complétement changé le terrain sur lequel l'Académie avait voulu se placer. En effet, à l'occasion du malade que M. Ricord vous présenta (séance du 10 novembre dernier) comme une victime de la syphilisation, M. Velpeau, soulevant une question incidente relative à la possibilité de l'inoculation des accidents secondaires, laissa entrevoir que dans son opinion M. le docteur L..., qui était l'objet de la présentation, était un nouvel exemple de cette transmission. Ce fut pour rechercher ce point tout spécial dans ce cas particulier que la commission fut instituée.

Je ne rechercherai pas ce qui a pu changer sa véritable direction et transformer en un sévère réquisitoire contre la syphilisation les lumières qu'elle devait apporter dans la question des inoculations secondaires; mais, puisque le fait est accompli, voyons si du moins elle a apporté dans la mission qu'elle s'est volontairement donnée toute la prudence et toute la sévérité d'investigation qui conviennent à un corps savant qui vient *spontanément* donner son opinion sur une doctrine nouvelle. Le fait me paraît d'autant plus grave que l'Académie des sciences est depuis longtemps officiellement saisie de la même question, sur laquelle sans doute elle prépare un rapport, et que tout récemment M. le préfet de police, qui est le gardien naturel de tout ce qui intéresse l'hygiène publique et dont la sollicitude a dû être nécessairement éveillée par les diverses communications qui lui ont été faites, a sagement agi, à mon sens, en la mettant sérieusement à l'étude par la nomination d'une commission spéciale.

M. le rapporteur se plaint en débutant de la pénurie de matériaux dans laquelle il s'est trouvé. Il a vainement espéré, dit-il, que la presse lui fournirait des documents affirmatifs ou contradictoires. Il aurait adressé des invitations pressantes, il aurait fait des promesses formelles aux personnes intéressées sans doute, tout lui aurait fait défaut; et, après l'avoir entendu, on pourrait croire que tout le bagage relatif à la syphilisation se borne à l'observation de M. L.....

M. Malgaigne vous l'a déjà fait remarquer, ni la presse, ni les zélés partisans de cette méthode n'ont mérité les reproches qu'on leur adresse; des faits nombreux ont été publiés, des sujets d'expérimentation se sont présentés, des tentatives d'inoculation ont été faites publiquement à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. Ricord, par M. Ricord lui-même; M. Ricord est membre de la commission, et le rapport ne dit pas un mot de ces expériences!

M. Sperino, homme spécial, qui dirige le Syphilicôme de Turin, a fait connaître le résultat de cette méthode appliquée publiquement sur 52 prostituées; son travail a été inséré dans les *Annales de la syphilis*, juillet 1851. D'après l'auteur, les résultats sont favorables, et on les passe sous silence sans la moindre discussion!

M. Galligo, de Florence, qui a été longtemps à la tête d'un hôpital de syphilitiques, a publié en 1851, dans un journal dont le titre m'échappe, ce qu'il a observé sur le même sujet.

Dans la même année a paru, dans la *Gazette médicale* des Etats sardes, un mémoire de M. Nottini, médecin de l'armée piémontaise. A tort ou à raison, il reconnaît les avantages de la syphilisation. Pourquoi ne pas s'expliquer sur ces travaux.

La *Gazette médicale de Paris* (juillet 1852) emprunte à la *Gazette médicale* des Etats sardes une observation de M. Zelaschi, ayant pour titre : *Syphilis primitive et constitutionnelle chez l'homme, guérie au moyen de la syphilisation.* L'auteur y raconte avec de nombreux détails comment les premières tentatives dirigées par lui restèrent sans effet, et comment un succès complet fut obtenu lorsque, d'après les conseils de M. Sperino, les inoculations furent poussées avec plus d'activité. M. Zelaschi s'est-il trompé dans son appréciation? La commission aurait dû nous le faire savoir.

M. Malgaigne vous a rappelé un fait très curieux, relatif à certaines filles publiques qui, après avoir exercé pendant un certain temps leur triste profession, semblent se syphiliser naturellement par les inoculations accidentelles auxquelles elles sont exposées. Ce fait, que plusieurs personnes paraissent avoir observé, a été d'abord signalé par un homme dont l'opinion est loin d'être favorable à la syphilisation, je veux parler de M. de Castelnau. Il méritait bien la peine qu'on le discutât!

Il a aussi, et avec raison, beaucoup insisté sur ce qui s'est passé dans le service de M. Marchal (de Calvi), à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, jusqu'à l'époque où, par ordre de l'autorité supérieure, les tentatives de syphilisation y furent interdites.

Mais, messieurs, ce que j'ai beaucoup de peine à m'expliquer, c'est que la commission ne soit pas entrée dans de très grands détails sur tout ce qui se rapporte à M. le docteur Laval. Ce jeune médecin, qui n'était alors qu'élève, fut conduit à la clinique de l'hôpital des Vénériens par M. Auzias, qui l'avait syphilisé. M. Ricord, acceptant le défi qui lui était porté d'inoculer sur ce sujet le pus de tel chancre qu'il lui plairait de choisir, se mit à l'œuvre en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareil cas. Je n'ai pas besoin de dire s'il prit ce qu'il crut être la première qualité, et si les inoculations furent convenablement faites pour assurer leur succès. Tout le monde connaît son habileté. Mais ce qu'il y a de sûr, c'est que les premiers résultats ne parurent pas très concluants, puisqu'il recommença ses tentatives à sept reprises différentes. Je pourrai bien ajouter que MM. Auzias et Laval, et avec eux plusieurs médecins et élèves qui étaient présents, affirment que toutes ces tentatives ont complétement échoué, que tout ce qui aurait été obtenu aurait consisté en de petites pustules qui se seraient très rapidement desséchées sans ulcération et suppuration, et que M. Ricord lui-même en serait publiquement convenu. Mais je dois à la vérité de dire que notre collègue, à qui j'en ai parlé dans le temps, m'a assuré n'avoir jamais fait une semblable déclaration. Pour lui, ce qu'il a produit étant bien des chancres, seulement avec une forme particulière (j'avoue que je ne comprends pas bien cette distinc-

tion), et puisque son opinion sur cette matière est bien arrêtée, comment se fait-il que dans une occasion aussi solennelle il ne soit pas empressé de dissiper tous les doutes par de nouvelles inoculations, faites avec le produit des premières? Cela surprendra, j'en suis sûr, tous ceux qui connaissent sa doctrine sur ce point.

Ajouterai-je encore que parmi les documents qui ont été transmis à M. le préfet de police se trouve une lettre de M. Seutin qui est loin d'être défavorable aux idées de M. Auzias. M. Ricord, qui fait partie de la commission spéciale nommée par ce magistrat, aurait bien pu, ce me semble, en faire connaître l'esprit à notre rapporteur. Mais non, tout a été laissé de côté, jusqu'aux expériences sur les animaux, qui ont cependant mis leur auteur sur la trace de la syphilisation de l'homme; et, à cette occasion, qu'il me soit permis de faire observer que l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi, après avoir longtemps nié qu'on pût transmettre la syphilis aux animaux, est loin d'être aussi positif dans la dernière édition des *Œuvres de Hunter*, qu'il a annotée.

Je crois en avoir dit suffisamment pour prouver que la commission n'a pas eu le droit de se plaindre de n'avoir su où puiser des renseignements. Les sources étaient nombreuses. Elle n'avait qu'à exercer son droit de critique et d'appréciation.

Mais revenons au fait du docteur L..., la seule base sur laquelle le rapport s'appuie, et cherchons si du moins on lui a donné sa véritable signification.

Dans le but d'expérimenter un traitement de son invention et qu'il appelle hygiénique, notre confrère s'inocule en différentes fois et dans l'espace de deux mois (décembre 1850 et janvier 1851) douze chancres. Trois mois après, il prend sur l'amygdale d'un de ses amis qui, à la suite d'un chancre induré, avait vu des accidents secondaires se développer, une sérosité à peine purulente qui était fournie par une plaie qui durait depuis vingt-deux jours, et il s'inocule de nouveau avec succès. L'ulcération produite fournit la matière de quatre inoculations répétées tous les cinq jours pendant vingt jours.

Ce fut le 17 octobre 1851, alors que des accidents syphilitiques constitutionnels existaient, que M. L... s'adressa à M. Auzias. Je passe la conversation qui aurait eu lieu entre ces deux confrères, car ce que M. L... affirme, M. Auzias le nie, et d'ailleurs là n'est pas le point capital. M. Auzias promit la guérison par la syphilisation, et fit une première inoculation avec du pus fourni par le soixantième chancre d'une autre personne qui était en cours d'expérience. A cela seul s'est bornée l'intervention de notre confrère; et peut-on raisonnablement lui imputer ce qui est advenu depuis? Il répond avec raison que ce n'est pas avec une seule inoculation qu'on syphilise un homme, qu'il n'entend accepter la responsabilité que de ce qu'il a fait lui-même, et il me paraît d'autant plus fondé à se retrancher derrière cet argument, que M. L... s'accuse, dans la note qu'il a remise à la commission, de n'avoir pas observé les règles de la syphilisation, et ôte par conséquent toute valeur à son observation. Pour mon compte, je pense qu'un fait médical qui est également répudié par l'expérimentateur et par celui qui se soumet à l'expérience (quand surtout c'est un médecin) n'a aucune valeur, et que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de ne pas s'en occuper.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, qu'en vous présentant, il y a quelques mois, M. le docteur L..., notre collègue M. Ricord vous dépeignit son état avec des couleurs si sombres, que beaucoup d'entre vous durent le croire bien près du tombeau; j'avoue que j'avais conçu moi-même sur son compte de très sérieuses inquiétudes, et je déclare que ma surprise et ma joie ont été grandes quand je l'ai vu au commencement de la séance venir prendre place au milieu de l'auditoire qui nous écoute: je puis assurer que son apparence extérieure n'a rien que de très rassurant. Cela vous étonnera, sans doute, si vous vous rappelez que M. Ricord nous disait, dans la dernière séance, que rien n'avait pu le corriger, et que depuis qu'il avait cessé de réclamer les soins de M. Auzias, il se soumettait à chaque instant à de nouvelles inoculations syphilitiques.

Je comprends, jusqu'à un certain point, la répugnance de l'honorable M. Bégin pour la doctrine nouvelle, lui qui n'a à se reprocher ni tentative de syphilisation, ni inoculations syphilitiques d'aucune espèce; mais je ne puis admettre que M. Ricord ait le droit d'être aussi difficile. Ceux qui ont suivi sa pratique ou qui ont étudié ses écrits, savent combien il s'est efforcé de populariser les inoculations et d'en tirer parti pour distinguer entre eux les accidents réputés primitifs, ou pour éclairer certains points d'hygiène, de médecine légale, etc.; il les a quelquefois tellement multipliées sur le même individu, dans le but de vérifier les faits de M. Frike (de Hambourg), par exemple, qu'il me paraît s'être beaucoup rapproché, sans le vouloir, de la pratique de la syphilisation.

La coloration des cicatrices qui succèdent aux inoculations et qui donnent à la peau un aspect tigré ne me paraît pas constituer un argument très sérieux, quand on songe que cet état est passager, et qu'il doit en être de ces cicatrices comme de celles que laissent les pustules varioliques, et qui, d'abord rouges, ne tardent pas à prendre la teinte générale de la peau.

Toutefois, il ne faut pas se le dissimuler, en admettant que dans les faits déjà connus il y ait quelque chose de favorable à la syphilisation, il règne encore beaucoup d'obscurité sur des points très importants. Pendant combien de temps exercera-t-elle son action? Guérit-elle définitivement la syphilis constitutionnelle? ou n'a-t-on pas à craindre de voir plus tard les accidents éclater de nouveau? L'expérience seule peut prononcer. Permettez-moi, en terminant, de vous lire les quelques lignes suivantes, elles sont extraites d'un livre que M. Ricord ne récusera pas (*Traité des maladies vénériennes*, par M. Ricord, page 537 et suiv.):

« Mais quels contrastes dans la science et dans ceux qui la pratiquent! Car, tandis que les plus beaux encouragements sont » donnés d'un côté, de l'autre, le blâme, ou tout au moins le ridicule sont les seules récompenses. Ainsi, lorsque chaque année » on étale une liste des nombreuses médailles que l'Académie de » médecine accorde à ceux qui, en propageant la vaccine, s'opposent aux ravages de la petite vérole, on voit la même Académie » éprouver une sorte de gêne lorsqu'on vient offrir à son jugement » quelque remède pour arrêter un fléau bien autrement affreux. » Sans doute, dans les moyens proposés pour prévenir la vérole, » les coupables spéculations du charlatanisme ont eu jusqu'à présent la plus grande part; mais est-ce à dire qu'il en a toujours » été ainsi, et qu'il en sera toujours de même? Non sans doute, » et dans le siècle où nous sommes, et auquel nous devons appartenir, les sottes préventions d'une prétendue morale fausse et » mesquine ne nous permettent plus de regarder les maladies vénériennes comme une punition que le ciel a réservée au libertinage, et que l'homme sage doit respecter..... Non, le véritable » sage, le moraliste vertueux et philanthrope dira, avec de Horne, » qu'il faudra regarder comme le véritable bienfaiteur du monde, » comme le conservateur de l'espèce la plus respectable, la plus » faible et la plus souvent sacrifiée, celui qui découvrira le véritable secret de nous préserver de la contagion la plus terrible qui » ait jamais menacé l'humanité. Honneur aussi à la Société des » sciences médicales et naturelles de Bruxelles, qui n'a pas craint » de mettre au concours cette importante question: *Quelles sont* » *les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne?*

» Je fais ici le vœu que cet exemple ne soit pas perdu, et que » des questions semblables soient de nouveau posées et moins restreintes; car il est certain que les moyens qui sont et devront » être les plus efficaces resteront presque toujours en dehors de » de ceux qui sont exclusivement du ressort de la police médicale » proprement dite. »

Convenez-en, messieurs, cela contraste singulièrement avec ce que M. Ricord demande aujourd'hui à l'Académie; mais j'espère encore que vous ne vous laisserez pas entraîner. Votre propre dignité exige que vous ne précipitiez pas un jugement qui, d'ailleurs, n'est pas sans appel, et qui pourrait être cassé par l'expérience. S'il y a quelque chose de vrai dans la syphilisation qu'on vous propose de repousser, vous regretteriez d'en avoir entravé la marche; si c'est une chimère, la science et l'humanité ne perdront rien à ce qu'on le démontre par une expérimentation sage et prudente.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans la vingt-cinquième année de son existence, sont devenues si rares aujourd'hui qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans un format in-4° qui ressemblait beaucoup à celui des *Débats* sous l'Empire.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin la *Gazette*, en 1851, c'est-à-dire au moment où commençait la seconde moitié du dix-neuvième siècle, a adopté son format actuel et les beaux caractères qui en rendent la lecture si facile. Pendant les dix-huit mois qui se sont écoulés depuis cette époque, un nombre considérable d'abonnés nouveaux sont venus nous prouver que le corps médical veut bien apprécier les efforts que nous ne cessons de faire pour lui rendre le plus de services possible. Ces abonnés ont presque tous voulu collectionner leurs numéros en partant de cette année 1851, si bien que ceux que nous avions en réserve se sont épuisés, et que nous venons d'être obligés de faire réimprimer cette année tout entière.

Nous la fournirons maintenant toute reliée, ainsi que les numéros parus depuis le 1er janvier jusqu'au 15 juillet dernier, moyennant 12 francs seulement, à toute personne qui s'abonnera à l'année courante, ou à tout abonné actuel qui aurait le désir de se commencer une collection.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

Le Soussi.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 91. — MARDI 3 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 91. — MARDI 3 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — HOPITAUX. DE LA CHARITÉ (M. Gerdy). De l'emploi d'une nouvelle aiguille dans l'abaissement de la cataracte. — DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — Luxation dans l'échancrure sciatique à gauche. Fracture de la jambe du même côté, etc. — Empoisonnement par le tabac employé comme fébrifuge. — Sur la quinidine. — Procédé pour la préparation de l'iodoforme. — Formule d'un sirop antidyssentérique de noix de cyprès. — Hygiène publique. Falsification de la bière. — Syphilisation. — Société de chirurgie, séance du 21 juillet. — Société de médecine pratique, séance du 3 juin. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

De l'emploi d'une nouvelle espèce d'aiguille dans l'abaissement de la cataracte.

La nommée Malherbe (Marianne), âgée de soixante-cinq ans, entre le 15 juillet 1852 au n° 23 de la salle Sainte-Rose, service de M. Gerdy.

Les antécédents de la malade n'offrent aucune particularité. L'œil gauche est cataracté depuis deux ans. La malade ne voit pas de cet œil. Tous les symptômes et signes indiquent une cataracte lenticulaire.

L'œil n'est pas enflammé, et la malade jouit d'une bonne santé. Il n'y a ainsi nulle contre-indication à l'opération.

M. Gerdy pratique la méthode d'abaissement (19 juillet). Pour cette opération, il a recours à l'aiguille à deux branches et à l'aiguille à coulisse du nouveau modèle de M. Charrière fils.

Déjà M. Gerdy, pour éviter la bascule du cristallin autour de l'aiguille quand on ne pèse pas sur le centre même du cristallin, imagina il y a plusieurs années une aiguille composée de deux branches s'ouvrant comme une pince de Hunter, et se fermant avec une canule qui jouait le rôle de coulant. Comme l'instrument était difficile à bien faire, M. Gerdy avait engagé MM. Lüer et Charrière à chercher une modification qui en rendît la fabrication plus facile. M. Charrière n'avait pu y parvenir, quand il présenta dans un autre but une aiguille double à ciseaux qu'il voulait exposer à Londres, et qu'il avait faite d'après le modèle de l'aiguille de M. Gerdy, pour porter dans l'œil un instrument propre à s'y déployer. M. Gerdy, trouvant cet instrument capable de simplifier son aiguille, demanda à M. Charrière de faire une aiguille semblable pour abaisser la cataracte, en la modifiant légèrement pour le but auquel il la destinait. C'est ce que M. Charrière fils a heureusement exécuté.

Cette nouvelle aiguille de M. Charrière fils est composée de deux parties assemblées par un coulant qui adhère à l'une d'elles. Elle est disposée de manière que les branches s'assujettissent mutuellement l'une contre l'autre, au point que leurs lames font l'office de ciseaux. Ces ciseaux coupent très bien. Le manche, dont le volume est celui d'une aiguille ordinaire (*voir* la figure), s'assemble avec la double aiguille par une simple échancrure dite à baïonnette, de sorte qu'on peut la nettoyer aussi aisément et aussi complétement qu'une aiguille simple ordinaire.

Pour traverser la sclérotique, l'aiguille double n'a pas exigé plus d'efforts qu'une aiguille simple, ce qui était le difficile de l'exécution, et n'a point causé plus de douleur à la malade.

La membrane cristalline est déchirée par l'aiguille encore simple, puis celle-ci s'ouvre facilement dans la chambre postérieure ; elle y manœuvre librement, sans souffrance pour la malade, ses deux branches étant écartées.

Celles-ci sont appuyées par leur plein sur la face antérieure du cristallin de chaque côté de son centre, et on abaisse la lentille. Le cristallin remonte ; il est abaissé de nouveau et aussi promptement, et reste abaissé. Puis l'instrument est fermé et retiré de l'œil sans qu'il y ait eu d'autre phénomène que l'écoulement d'un peu de sérosité roussâtre dans l'intérieur de l'œil. La malade ne souffre point, et, quoique la vision soit peu distincte, il y a lieu d'espérer un heureux résultat.

Au reste, ce n'est pas la première fois que M. Charrière fils exécute l'idée d'une aiguille à deux branches capable de s'ouvrir dans l'œil sans causer d'accident. N'a-t-il pas présenté l'aiguille-pince faite sur le même principe que l'aiguille précédente, introduite dans l'œil aussi facilement que l'aiguille simple à cataracte? Elle s'ouvre dans celui-ci sans danger, y pince des fausses membranes ou des débris de cataracte qui ne se résorbent pas, les tire au dehors par son ouverture d'entrée, et permet ainsi de les extraire complétement ou en partie, car quelquefois elles se déchirent. Cette manœuvre est simple et rapide, souvent efficace, sans résultat fâcheux.

M. Guersant l'employa en juillet 1851, à l'hôpital des Enfants malades, sur un petit garçon de douze ans opéré de cataracte une année auparavant et dont la vision était très gênée par des lambeaux qui obstruaient le champ de la pupille.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Neuvième leçon.)

Le début de l'antéflexion s'est accompagné chez quelques malades de circonstances qui méritent d'être signalées.

Une femme, en franchissant un fossé, ressent un craquement dans l'aine droite; elle éprouve aussitôt après des symptômes qui l'engagent à venir réclamer nos soins; nous trouvons chez elle une flexion de l'utérus en avant.

Une de nos malades nous a affirmé, dans un récit empreint d'exagération, que son affection se rattachait à une tentative de viol dont elle avait été victime à l'âge de quinze ans; de longues réflexions n'ont pas été nécessaires pour nous convaincre de l'inexactitude de ses assertions.

Une autre nous a dit que l'apparition de sa maladie correspondait à une métrorrhagie survenue pendant la durée d'un allaitement ; nous avons pu nous assurer que les symptômes d'hémorrhagie s'étaient manifestés avant qu'il existât aucun signe d'antéflexion.

Chez une jeune fille, âgée de dix-sept ans, le début de l'antéflexion coïncidait, selon toute apparence, avec une vaginite contractée deux ans auparavant ; l'inflammation du conduit vulvo-utérin subsistait encore au moment où la malade vint nous trouver ; lorsqu'elle eut disparu sous l'influence d'un traitement approprié, les douleurs et les autres symptômes continuèrent de se faire sentir, bien qu'avec une moindre intensité, jusqu'à l'époque où la matrice eut repris sa position normale.

Quelques auteurs ont rapporté l'antéflexion à un engorgement de la paroi antérieure de l'utérus; il nous a été impossible d'apprendre dans les cas que nous avons observés si la déviation avait été ou non précédée d'un engorgement.

Les symptômes de l'antéflexion ont constamment suivi une marche croissante, sans jamais présenter les rémittences dont nous avons parlé à l'occasion de l'antéversion. Toutes les malades ont eu à se plaindre de douleurs dans les aines et dans les cuisses ; huit d'entre elles ont éprouvé, en outre, des douleurs dans les reins; quatre autres ont été plus ou moins incommodées par un sentiment de pesanteur sur le siége.

C'est ici le lieu de rappeler ce que nous avons trouvé dans l'antéversion : les douleurs dans les aines et dans les cuisses, qui se sont montrées dix-neuf fois sur vingt, ont été, comme on le voit, à peu près aussi fréquentes que dans l'antéflexion ; il n'en a pas été de même des douleurs, qui ont eu pour siége les régions des lombes et du sacrum. Ajoutez que ces douleurs ont été moins vives dans l'antéversion que dans la flexion de l'utérus en avant, contrairement à ce qu'on pourrait penser d'après des données purement théoriques. Il y a là entre les faits et le raisonnement une opposition que nous ferons ressortir sans chercher à l'expliquer.

Nous avons eu à noter quinze fois la fréquence des envies d'uriner dans l'antéversion et cinq fois seulement dans l'antéflexion ; si l'on considère avec nous que le volume de l'utérus a été en général plus considérable dans la première de ces deux affections que dans la seconde, on se rendra facilement compte de la différence que nous mentionnons ici.

De même que dans l'antéversion la marche a toujours été très pénible.

Quatre fois seulement nous avons trouvé l'utérus volumineux et pesant.

Les douleurs ayant pour siége l'utérus lui-même ont été proportionnellement plus fréquentes que dans l'antéversion.

Chez trois malades, les rapports sexuels s'accompagnaient de vives souffrances; chez une autre, ils n'étaient nullement douloureux.

La leucorrhée a existé dans tous les cas.

Nous avons déjà parlé d'une malade chez laquelle la déviation était compliquée de métrorrhagie.

Toutes les malades indistinctement ont subi, sous l'influence de leur affection, un certain degré d'affaiblissement; toutes ont éprouvé des perturbations diverses dans les fonctions digestives; neuf d'entre elles avaient le teint pâle et le visage amaigri.

Les symptômes que nous venons d'énumérer, comme on a pu en faire la remarque, offrent la plus grande analogie avec ceux de l'antéversion; les signes physiques fournis par l'exploration directe de l'utérus vont nous révéler des différences fondamentales.

Chez sept malades le col de la matrice s'est présenté directement dans le champ du spéculum ; chez quatre autres, il a été mis à découvert par sa face postérieure ; chez les unes le doigt, introduit suivant l'axe du vagin, a atteint immédiatement l'orifice du museau de tanche; chez les autres, il a pénétré dans un espace anguleux plus ou moins profond.

On voit par là qu'il existe deux formes distinctes d'antéflexion : dans la première, le col de l'utérus conserve sensiblement sa situation normale; dans la seconde, il affecte une direction semblable à celle qu'on lui trouve dans les cas de rétroversion.

Le toucher vaginal nous a permis de sentir, à une hauteur peu considérable, la paroi antérieure du corps de la matrice et de la suivre jusqu'au pubis; le toucher rectal, toutes les fois qu'il y a eu inflexion du col en avant, nous a fourni le moyen de reconnaître la direction de la partie postérieure du corps et la non-existence d'une rétroversion.

Du reste, le cathétérisme utérin nous a toujours rendu le diagnostic facile à établir : deux fois l'introduction de la sonde a rencontré des obstacles par suite de la coarctation des orifices de la cavité cervico-utérine; dans tous les autres cas, le bec de l'instrument a été arrêté, après un trajet de 2 centimètres ou de 2 centimètres et demi, par un repli plus ou moins saillant que déterminait à l'intérieur de sa cavité la flexion plus ou moins prononcée de la matrice. Les dimensions en longueur de cette cavité ont varié, en général, entre 7 et 8 centimètres.

Il a été plusieurs fois nécessaire de diminuer le diamètre transversal de la tige intra-utérine.

Nous n'insisterons pas sur les renseignements importants qu'on peut puiser dans les divers modes d'exploration dont nous venons de parler, nous nous contenterons de rapporter en quelques mots deux faits qui sont de nature à faire prévoir les causes d'erreurs contre lesquelles le médecin doit être prévenu.

Une femme, âgée de trente ans environ, avait été admise dans notre service, à l'hôpital Sainte-Marguerite. Elle se plaignait d'éprouver du côté de l'hypogastre des douleurs qui s'exaspéraient sous l'influence de la marche et de l'action d'uriner ; depuis quelque temps elle était pâle et amaigrie.

Le doigt introduit dans le vagin nous fit trouver le col de l'utérus dans sa direction normale, formant un angle très marqué avec un corps placé en avant et au-dessus de lui ; ce corps, douloureux à la pression, était dur et immobile. On aurait pu croire à une antéflexion compliquée d'adhérences.

Nous eûmes recours au cathétérisme utérin ; nous portâmes légèrement l'utérus en arrière, et nous pûmes nous assurer que le corps dont nous venons de parler avait conservé sa situation primitive.

L'exploration de la vessie à l'aide de la sonde nous révéla la présence de rugosités très considérables du côté du bas-fond de cet organe, et nous conduisit à reconnaître l'existence d'une affection cancéreuse.

Une dame âgée de cinquante ans, auprès de laquelle nous avons été récemment appelé avec M. le docteur Tournier, éprouvait dans le bas-ventre des douleurs assez vives pour la condamner à un repos presque absolu.

Le col de l'utérus était chez elle très volumineux, et présentait une inclinaison semblable à celle qu'il offre dans la rétroversion; il était surmonté en avant, à une hauteur de 2 ou 3 centimètres, par un corps solide et résistant auquel on pouvait imprimer des mouvements.

La sonde utérine fut introduite et la matrice placée dans son axe normal. A la faveur de ce changement de position, nous pûmes nous assurer que le corps, dont la consistance nous avait paru solide, avait en réalité la rénitence particulière qui caractérise les collections liquides renfermées dans des kystes à parois épaisses.

Nous explorâmes attentivement la région abdominale, et nous trouvâmes dans la profondeur de l'une des fosses iliaques une tumeur de même nature que la première et communiquant manifestement avec elle.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire qui avait refoulé la matrice en arrière.

Les notions que l'on possède sur l'anatomie pathologique de l'antéflexion sont très restreintes. L'examen cadavérique a révélé récemment l'existence d'une flexion de l'utérus en avant chez une femme qui a succombé à une phlébite, dans un service voisin du nôtre. Cette femme, âgée de vingt-deux ans, était d'un tempérament éminemment lymphatique ; elle n'avait jamais eu d'enfants; elle était entrée à l'hôpital pour une fièvre quotidienne : on n'avait découvert aucun symptôme qui pût faire soupçonner une affection utérine. A l'autopsie, la matrice a été trouvée dans l'état suivant :

Le corps de l'utérus était complétement couché sur le col ; l'orifice du museau de tanche était très étroit, comme il arrive chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants : néanmoins la sonde pénétrait facilement dans la cavité utérine, dont la profondeur était de 6 centimètres et demi! La particularité la plus remarquable était la différence considérable qui existait entre l'épaisseur et la consistance de la paroi antérieure de la matrice et celles de la paroi postérieure, notamment au point de jonction du corps et du col ; la paroi postérieure, en effet, présentait le degré de résistance et d'épaisseur qui est le propre de l'état normal, tandis que la paroi antérieure était à la fois flasque et amincie.

M. Depaul nous a montré un utérus qui offrait exactement les mêmes lésions.

On a dit que la flaccidité et l'amincissement des tissus que nous venons de signaler rendaient impossible la guérison de l'antéflexion. Nous ne saurions accepter une telle assertion ; il y a tout lieu de croire, en effet, que cet amincissement et cette flaccidité constituaient l'un des éléments les plus importants des antéflexions que nous avons traitées avec succès à l'aide de notre méthode. Toutes les fois que nous avons introduit le doigt dans le sinus ouvert en avant que formait la matrice infléchie sur elle-même, nous avons pu soulever le corps de l'utérus, qui, abandonné à son propre poids, a repris immédiatement sa position première. D'un autre côté, après la curation de la maladie, il nous a toujours été facile de sentir au niveau du point de flexion un pli plus ou moins saillant; ce pli persistait pendant un temps assez long, et annonçait visiblement qu'après le redressement de la déviation la paroi antérieure de l'organe s'était affaissée sur elle-même.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question lorsque nous nous occuperons de la rétroflexion (1).

(1) On ne rapprochera pas sans intérêt les faits et les réflexions qui précèdent de considérations que M. Malgaigne présentait en 1850 sur l'anté-

Avant d'aborder le traitement de l'antéflexion, nous avons à exposer quelques remarques au sujet d'une malade qui nous a présenté un exemple de la seconde des deux formes d'antéflexion dont la description à été donnée plus haut.

Une femme d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle se marie à l'âge de dix-neuf ans; au bout de quatre mois elle sent chez elle le ventre devenir volumineux et se croit enceinte, lorsque, au milieu d'une métrorrhagie et de coliques utérines, elle expulse par le vagin un caillot et des fausses membranes qui n'étaient autre chose qu'une môle.

A la suite de cette expulsion survient une rétention d'urine suivie bientôt de fréquentes envies d'uriner, de fatigues pendant la marche et de douleurs dans l'acte du coït.

Cependant les digestions se troublent, des souffrances se déclarent du côté des lombes et du périnée, les règles deviennent irrégulières et douloureuses, des hémorrhagies se produisent dans l'intervalle qui les séparent.

Au bout de dix années, la malade vient réclamer les secours de l'art; elle s'adresse à nous: nous reconnaissons une antéflexion avec flexion prononcée du col en avant.

L'instrument redresseur est introduit après une préparation convenable; il reste en place pendant huit jours.

Cette seule application suffit pour ramener l'utérus à sa situation naturelle. La malade, qui vient nous voir de temps en temps après sa sortie de l'hôpital, nous apprend bientôt qu'elle a entièrement recouvré l'état de bonne santé dont elle jouissait avant le début de son affection.

L'exploration de l'utérus, faite après cinq mois de guérison, nous permet de reconnaître que la matrice ne s'est pas écartée de son axe normal.

L'angle à sinus antérieur que présentait l'utérus, le temps d'arrêt que la sonde utérine rencontrait à une profondeur de 3 centimètres, et le changement de direction qu'il était nécessaire de lui imprimer pour la faire pénétrer plus profondément ne pouvaient nous laisser aucun doute dans le cas qui nous occupe sur l'existence d'une antéflexion de la matrice.

Il est digne de remarque qu'une seule application de l'instrument redresseur, limitée à une durée de huit jours, ait suffi pour redresser l'utérus, rendre à la menstruation son abondance et sa régularité habituelles, et faire disparaître les métrorrhagies qui auparavant se manifestaient dans l'intervalle des règles.

Le traitement que nous avons dirigé contre l'antéflexion a été le même pour toutes les malades.

L'introduction de la sonde, qui a été répétée de cinq à quinze fois, n'a jamais été suivie de guérison comme dans l'antéversion; ce fait, qui trouve sa raison d'être dans les lésions anatomiques que nous avons décrites et dans la tendance du corps de l'utérus à reprendre sa position vicieuse qui en est la conséquence directe, établit entre les diverses déviations de l'utérus une distinction naturelle que M. Simpson, suivant nous, n'aurait pas dû négliger.

L'intervention de la sonde utérine n'a eu d'autre effet que de modifier la sensibilité de l'utérus et de combattre avec succès des douleurs qui, en général, se sont montrées plus vives que dans les autres espèces de déviations.

Dix fois sur onze nous nous sommes servi du redresseur articulé, dont l'usage offre de grands avantages sur celui du redresseur à flexion fixe.

Son introduction a en général rencontré plus d'obstacles que dans l'antéversion; huit fois elle a été douloureuse et difficile. Elle a dû être renouvelée à plusieurs reprises chez quelques malades. Chez sept d'entre elles une seule introduction a suffi; il en a fallu deux chez deux autres, et trois chez une dernière.

A.-H. Margerie.

LUXATION DANS L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE GAUCHE.

Fracture de la jambe du même côté. — Réduction. — Reproduction de la luxation le onzième jour. — Guérison.

Par M. Verneuil, prosecteur à la Faculté de Paris.

Un homme adulte, d'une forte constitution, terrassier, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 17 août 1846 et couché au n° 4 de la salle Saint-François. Cet homme venait d'être pris sous un éboulement de terre, mais il ne pouvait donner de renseignements précis sur l'attitude de son membre lors de son accident; quoi qu'il en soit, nous constatâmes les particularités suivantes:

La cuisse gauche est portée dans l'adduction et la rotation en dedans. La face antérieure de la rotule regarde en dedans; elle répond au condyle interne du fémur droit au-dessus de l'insertion du troisième adducteur. Le membre est manifestement raccourci, et, si l'on mesure des deux côtés l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la rotule, on trouve du côté luxé un raccourcissement de 2 centimètres.

Le malade ne peut exécuter aucun mouvement, il ne peut même soulever son membre. La rotation en dehors, l'extension complète sont également impossibles à obtenir; mais on peut faire exécuter des mouvements de flexion assez étendus.

La région de la hanche est déformée; on ne sent plus dans le pli de l'aine la tête du fémur; pourtant ce pli existe et la difformité n'est pas très marquée en ce point: si l'on déprime fortement les parties molles avec les doigts, on sent un vide à la place de la tête et l'on perçoit sans peine le rebord osseux du cotyle. La région pubienne, la fosse ovalaire, la fosse iliaque externe sont entièrement libres. Les parties molles y sont dépressibles.

En arrière et en dehors on constate d'autres altérations dans la forme: le pli de la fesse est déplacé, la hanche est moins saillante; on reconnaît par le toucher deux saillies osseuses: l'une, postérieure, entre la fosse iliaque externe et l'ischion, derrière la cavité cotyloïde, est arrondie, mal limitée et perdue sous les masses musculaires; l'autre, située sur un plan plus antérieur et plus superficiel, est plane, sans aspérités, et regarde en avant. Ces deux saillies se meuvent lorsqu'on imprime des mouvements à la partie inférieure du membre. Non-seulement on reconnaît qu'elles se continuent avec le reste du fémur, mais on distingue manifestement que la saillie postérieure est constituée par la tête, tandis que l'antérieure n'est autre que le grand trochanter. Cette apophyse étant bien reconnue, si l'on mesure la distance étendue de son bord supérieur à la crête iliaque, on constate (la même mensuration étant comparativement faite du côté sain) que, par un mouvement d'ascension, le grand trochanter s'est rapproché de 2 centimètres de la crête iliaque.

Cet examen permet d'affirmer sans hésitation que la tête du fémur est luxée en arrière et en bas. L'impossibilité des mouvements, la rotation en dedans, le faible degré de raccourcissement démontrent que nous affaire à la variété de luxation désignée sous le nom de luxation sacro-sciatique.

Ce malheureux portait encore d'autres lésions; du même côté, les deux os de la jambe étaient fracturés à leur partie inférieure; le pied était porté en arrière; par bonheur, les téguments étaient intacts. Il portait encore une plaie de 4 centimètres au scrotum, et une autre un peu moins étendue au sourcil.

Ces deux plaies furent réunies par la suture; un appareil fut appliqué sur la fracture de la jambe préalablement réduite; un aide fut chargé de soutenir cette extrémité du membre pendant les manœuvres nécessaires à la réduction, manœuvres qui furent exécutées de la manière suivante:

Au moyen d'une bande fortement serrée, on appliqua au-dessus du genou deux bouts d'une alèze. Ces deux bouts, repliés sur eux-mêmes, furent assujettis par d'autres circulaires. L'anse formée par l'alèze fut placée au-devant de la jambe, qu'on mit dans la demi-flexion. Un lacs contre-extenseur fut placé à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, un chef en avant, l'autre en arrière; les deux bouts furent ensuite noués solidement à un des piliers du lit. Une troisième alèze, perpendiculaire à l'axe du corps, passe sur les crêtes iliaques et sert à fixer le bassin transversalement.

Quatre aides, agissant sur le lacs extenseur, opèrent des tractions un peu obliques en dedans. Pendant ce temps, le chirurgien procède à la coaptation en appliquant ses deux mains sur la saillie formée par la tête, qu'il pousse en bas et en dedans.

Au bout d'un temps assez court, un bruit se fait entendre, la hanche reprend sa configuration normale; la luxation est réduite. — Cataplasmes sur la hanche; saignée de trois palettes.

Le 19, la région est tuméfiée et douloureuse; on reconnaît à la partie externe et supérieure de la cuisse un épanchement sanguin assez étendu et fluctuant. Cette tumeur persiste pendant plusieurs jours, mais elle finit par disparaître; les autres blessures marchent vers la guérison. L'état général du malade s'améliore.

Le 28 août, à l'approche de la visite, le blessé se relève brusquement et tente de se mettre sur son séant: une douleur vive se manifeste à la hanche; la région examinée, nous reconnûmes que la luxation s'était reproduite. La réduction, pratiquée sur-le-champ, fut obtenue sans peine par l'emploi des mêmes moyens.

On fixa, dès lors, les deux membres ensemble au moyen d'un bandage roulé autour des genoux.

Retenu pendant près de deux mois par sa fracture de jambe, le malade sortit en octobre, guéri depuis longtemps de sa luxation. (*Revue médico-chirurg.*)

EMPOISONNEMENT PAR LE TABAC

employé comme fébrifuge.

Notre honorable confrère M. le docteur Hjorth, médecin sanitaire de l'île de Crète, nous adresse l'observation suivante:

J'ai l'honneur de vous envoyer une observation qui me paraît assez intéressante, quoique je n'aie pu la recueillir avec tous les détails scientifiques désirables.

C'est une jeune femme bohémienne qui en est l'objet. Ayant souffert plusieurs mois d'une fièvre intermittente irrégulière, on lui prépara, pour la couper, la médecine suivante: Sur une feuille de tabac grande comme la main, posée dans une marmite de cuivre non étamée à l'intérieur, on versa trois à quatre livres de lait de chèvre tout chaud, comme on venait de le traire; étant resté en digestion toute la nuit, on en administra le lendemain deux ou trois cuillerées à la malade, le mauvais goût l'empêchant de prendre le reste, qui fut jeté.

Appelé deux jours après, je vis, dans une misérable hutte humide, où des animaux domestiques de toute espèce habitaient ensemble avec les hommes, une jeune femme, petite et frêle, accroupie auprès du feu, immobile et silencieuse, dans l'attitude d'une personne tombée dans une parfaite absence d'esprit: ses yeux avec les pupilles largement dilatées, presque immobiles, avaient le regard d'un amaurotique; en vous regardant elle paraissait ne pas vous voir, ne reconnaissant pas même ses enfants; parfaitement indifférente à tout, elle semblait n'éprouver aucune impression des différents bruits qui se faisaient entendre dans cette arche de Noë. Elle avait passé deux nuits assoupie sans dormir, mais sans pousser une plainte. A toutes les questions elle ne répondait rien, et ce n'est qu'après lui avoir demandé avec instance où elle souffrait qu'elle indiquait avec la main la tête; absorbée de ses pensées, elle avait perdu la conscience du présent avec le souvenir du passé.

Quant aux organes de la digestion: la langue était un peu sèche et blanchâtre; anorexie complète, ne demandant rien; cependant elle buvait avidement l'eau qu'on lui offrait; elle avait eu quelques nausées, sans vomissements; une pression un peu forte dans la région épigastrique lui causait quelque douleur. Le ventre était constipé. La respiration était lente et régulière; le pouls montait à peine à 50 par minute.

Devant cet ensemble de symptômes, mon premier soin fut d'évacuer le contenu de l'estomac par une dose d'ipécacuanha, et d'appliquer des sinapismes aux extrémités inférieures. Je ne pus pas examiner les matières vomies, mais une légère amélioration avait évidemment lieu le lendemain. Une nouvelle dose d'ipéca avec un grain d'émétique ayant provoqué un large effet double, je lui fis administrer des sudorifiques, en continuant les dérivatifs aux extrémités.

Quelques heures d'un sommeil tranquille pendant la nuit et une transpiration abondante à la suite de cette médication changèrent complètement la face de la maladie. Le matin je trouvai la malade en parfaite conscience, connaissant les personnes qui l'entouraient, répondant avec justesse aux questions qu'on lui adressait. La langue était nette; l'appétit commençait à revenir; le pouls s'était relevé; elle n'accusait qu'une pesanteur légère de la tête. Prescrivant de continuer les sudorifiques et les dérivatifs, j'ajoutai un vésicatoire à la nuque; et grâce à ce traitement, je vis en quelques jours tous les symptômes de l'empoisonnement disparaître; cependant les accès de fièvre recommencèrent bientôt, et résistèrent à des doses réitérées de quinine, jusqu'à ce qu'elle quitta l'endroit.

Dans l'observation précédente, je me suis préoccupé en vain de préciser le poison ingéré et l'organe atteint. Quant à la première question, il me paraît probable que la nicotinine a été dissoute dans le lait, et peut-être aussi un peu d'oxyde de cuivre.

L'organe principalement souffrant me parut être tout le système ganglionaire; cependant il me semble qu'une partie du cerveau a été directement atteinte. L. Hjorth.

SUR LA QUINIDINE.

A l'exposition universelle de Londres figuraient plusieurs beaux échantillons d'une substance étiquetée *quinidine*. Pour beaucoup, cette dénomination semblait être une erreur. Il n'en est rien; la quinidine est un nouvel alcaloïde du quinquina, dont le sulfate paraît être aujourd'hui mélangé en grande proportion sur les marchés étrangers au sulfate de quinine.

Voici ce qu'en dit Zimmer, fabricant de produits chimiques en Allemagne:

« Le prix élevé du quinquina de Calisaya, parsuite du monopole dont jouit son exportation, a donné lieu à de nombreuses importations de cette substance venant d'autres districts et dont la qualité diffère de celle du quinquina de Calysaya, surtout parce qu'elle contient beaucoup de quinidine. Sans s'occuper des différentes substances qui composaient ce quinquina, les fabricants de quinine, éblouis par le bon marché de ces envois, employèrent ce quinquina dans leur fabrication; ce qui fait qu'on trouve dans le commerce une si grande quantité de quinine contenant de la quinidine.

» L'existence de ce troisième alcali des quinquinas (l'auteur aurait dû dire quatrième ou cinquième) est maintenant bien établie, non-seulement par l'analyse, mais encore par les propriétés de ces sels et par plusieurs autres signes distinctifs. Les caractères extérieurs du sulfate de quinidine diffèrent de ceux du sulfate de quinine. Le sulfate de quinidine a une plus grande gravité spécifique et une cristallisation moins floconneuse. En séchant à l'air chaud, le sulfate de quinidine se sépare de l'eau dans laquelle il s'est cristallisé; et enfin, en dernier lieu, le sulfate de quinidine est beaucoup plus soluble que le sulfate de quinine dans l'eau froide et l'alcool.

» La différente manière d'être de ces trois alcalis avec l'éther est une de leurs propriétés distinctives.

» Guidé par ce fait, je puis recommander le procédé suivant comme étant très simple et très propre à découvrir la présence de la quinidine et de la cinchonine.

» On met 10 grains du sel qu'on veut examiner dans un gros tube, auquel est adapté un bouchon de liége; on ajoute aux 10 grains 10 gouttes d'acide sulfurique dilué (1 goutte d'acide pour 5 gouttes d'eau) et 50 gouttes d'eau; on expose le tout à une chaleur douce pour accélérer la solution. Lorsque la solution est entièrement refroidie, il faut ajouter 60 gouttes d'éther sulfurique officinal et 20 gouttes d'esprit d'ammoniaque, et secouer le tout pendant qu'on bouche le tube avec le pouce. Le tube étant alors soigneusement fermé, on le secoue de temps en temps de manière que les globules d'air puissent plus promptement pénétrer la couche d'éther. Si le sel qu'on examine ne contient ni cinchonine ni quinidine ou ne contient cette dernière que dans la proportion de 10 pour 100, il se dissoudra complétement; tandis que sur la surface où se trouvera le contact des deux fluides, on ôtera toutes les immondices, et après quelque temps la couche d'éther deviendra ferme et gélatineuse. D'après ce que nous venons de dire relativement à la solubilité de la quinidine dans l'éther, il paraît que 10 grains de sel examiné peuvent contenir 1 grain de quinidine, et cependant se dissoudre complétement dans l'éther et l'ammoniaque; mais dans ce cas la quinidine, en très peu de temps, se cristalliserait sur la couche d'éther.

» La moindre trace de quinidine peut être découverte, en employant, au lieu d'éther ordinaire, de l'éther saturé de quinidine, et par le moyen duquel la quinidine contenue dans la quinine restera insoluble. Il est particulièrement nécessaire, en exécutant ce procédé, d'observer qu'après qu'on a secoué, si tout est dissous, il faut faire bien attention à la grande tendance de la quinidine à la cristallisation; elle pourrait se séparer sous forme cristalline, et devenir une source d'erreurs. S'il se trouve plus d'un dixième de quinidine ou de cinchonine, un précipité insoluble a lieu à la limite des deux couches de fluides. Si c'était de la quinidine, il se dissoudrait en ajoutant beaucoup d'éther, tandis que cela resterait sans effet sur la cinchonine. »

Le sulfate de quinidine est présenté ici comme une adultération du sulfate de quinine. Ce nom paraît être en effet son caractère, car on ignore encore la direction et le degré de son action, aucune expérimentation comparative n'ayant encore été faite. (*Rev. de thérap.*)

---

flexion et la rétroflexion. (Voir la Gazette des Hôpitaux, 3e série, tome II, n° 96.) A.-H. M.

PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DE L'IODOFORME.

Les procédés pour l'obtention de l'iodoforme sont nombreux, mais le suivant séduit par sa simplicité et son originalité. Il est dû à MM. Cornélis et Gille, pharmaciens à Liége.

On prend 8 grammes d'iodure potassique que l'on fait dissoudre dans 100 grammes d'alcool à 90 degrés centigrades; on chauffe la liqueur jusqu'à 35 à 40 degrés centigrades; on ajoute ensuite une petite quantité de chlorure de chaux liquide des officines : à l'instant une partie de l'iode est mise à nu et le liquide devient d'un rouge très foncé. On l'agite vivement jusqu'à ce qu'il soit en grande partie décoloré, et l'on continue d'ajouter successivement de nouvelles quantités d'hypochlorite calcique aussi longtemps que les mêmes phénomènes se représentent. Lorsque par l'addition du chlorure la liqueur cesse de se colorer, on la laisse refroidir, et bientôt on voit se déposer des flocons blanc-jaunâtre formés d'iodoforme et d'iodate calcique. On recueille le précipité, que l'on traite par de l'alcool bouillant à 90 degrés centigrades, qui ne dissout que l'iodoforme et le laisse cristalliser par le refroidissement.

L'iodoforme est le composé de l'iode le plus riche en ce corps. Malgré cette condition, qui paraît être un avantage, il n'est pas encore usité ou à peine dans la thérapeutique. Sa constitution chimique semble cependant annoncer des propriétés iodiques spéciale. (*Id.*)

FORMULE D'UN SIROP ANTIDYSSENTÉRIQUE DE NOIX DE CYPRÈS.

La noix de cyprès, fort employée par les anciens praticiens, est aujourd'hui à peu près complétement oubliée, bien que constituant un astringent énergique. Voilà la formule d'un sirop de cette substance, que propose un pharmacien de Bayonne, M. Silva :

Noix de cyprès fraîches concassées.	250	grammes.
Eau bouillante	750	—
Sirop simple	1000	—
Alcool	60	—

Faites infuser les noix dans l'eau pendant vingt-quatre heures; passez et filtrez l'infusion, ajoutez l'alcool et mêlez le tout au sirop réduit.

Hygiène publique. — Falsification de la bière.

M. Champouillon nous prie de publier la lettre suivante, qu'il a reçue des quatre principaux brasseurs de Paris, membres de la commission des brasseurs près la commission d'enquête de l'Assemblée législative.

Paris, 30 juillet 1852.

A M. Champouillon, à Paris.

Les brasseurs de Paris viennent vous prier de vouloir bien rectifier ou compléter l'article sur la falsification de la bière que vous avez publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qu'ont répété déjà plusieurs journaux.

Cet article a produit dans le public un résultat que vous ne pouviez prévoir. Le consommateur ne s'est pas rendu compte de la distinction que vous établissiez entre le brasseur et le débitant, sur lequel vous faites peser les reproches de falsification; il accuse aujourd'hui le brasseur, et renonce à la consommation d'une boisson qu'on lui fait envisager comme malsaine, comme dangereuse.

Or, nous certifions qu'il n'est pas à notre connaissance qu'aucun des établissements sérieux de la brasserie de Paris ait jamais eu recours à aucun des procédés et ingrédients sur lesquels vous appelez avec raison la réprobation publique. Nous serions, au contraire, les premiers intéressés à voir poursuivre et punir avec sévérité les falsificateurs de la bière, et nous y aiderions de tous nos moyens.

Quant à l'emploi du sirop de fécule, il est vrai qu'il est d'un usage général pour certaines sortes de bière, et l'administration qui a la surveillance de nos établissements ne l'ignore pas, puisqu'elle délivre les acquits pour les expédier à nos brasseries. Dans tous les cas, nous ne le regardons pas comme dangereux, surtout lorsqu'il a subi les épreuves de la cuisson et de la fermentation alcoolique.

L'observation présentée par les brasseurs de Paris à la commission d'enquête n'avait pas pour but de se plaindre de ne pouvoir fabriquer autant de petite bière que la consommation l'exigeait à certaines époques de l'année, mais bien de ne pouvoir le faire en se renfermant dans les prescriptions impossibles de la loi de 1816.

Si votre article pouvait amener ce résultat, de faire modifier cette loi, qui, en raison de la différence des droits, entrave la fabrication des petites bières, nous aurions à vous remercier; vous auriez obtenu ce que nous n'avons pu obtenir depuis plus de trente ans de réclamations incessantes.

Nous comptons, monsieur, sur votre impartialité pour donner suite à nos réclamations dans le plus bref délai possible. Si vous avez besoin de nouveaux renseignements, nous serons heureux de vous les fournir.

Agréez, etc. PELÉ DE SAINT-PIERRE, BOUTTÉ, A. VOLLIEZ, DUMESNIL.

La lettre qu'on vient de lire n'infirme aucune des assertions contenues dans la note que j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*.

MM. les brasseurs de Paris se croient engagés d'honneur et d'intérêt à repousser tout soupçon d'improbité qui aurait pour effet de discréditer leur industrie dans l'esprit public : cette susceptibilité est naturelle, mais elle n'est nullement fondée, puisque je n'ai incriminé que les intermédiaires établis entre eux et les consommateurs.

Je maintiens donc comme exact tout ce que j'ai dit relativement à la nature et aux propriétés nuisibles de la bière débitée dans certains cabarets sous le titre mensonger et au prix impossible de *bonne double bière à 4 sous le litre*.

Agréez, etc. Dr CHAMPOUILLON.

Paris, le 2 août 1852.

— Nous avons reçu directement de M. Wecmann, brasseur, rue Mouffetard, une lettre de réclamation analogue à celle qu'on vient de lire. La réponse de M. Champouillon répond complétement aux observations qui y sont contenues.

Syphilisation.

Voici une lettre d'un de nos plus honorables confrères et de nos plus habiles praticiens; que nous sommes heureux d'insérer. Quoiqu'elle ne fasse que reproduire un des nombreux arguments que nous avons opposés aux curieux qui demandent à voir, nous pensons que cet argument ne pourra que gagner à être présenté sous l'autorité de M. Pinel-Grandchamp.

Monsieur le rédacteur,

Dans un moment où la question de la syphilisation passionne les esprits, comme le font toujours les choses qui sortent de nos habitudes, je demande pourquoi les prôneurs ou les chefs de la nouvelle doctrine de préservation de la syphilis ne donnent pas l'exemple du dévouement qu'ils acceptent avec tant de facilité de ceux qui veulent bien se livrer à leurs expériences?

Avant d'exciter le zèle inconsidéré de quelques jeunes gens, MM. N... N..., X... X..., etc., ne devraient-ils pas se soumettre les premiers aux épreuves qu'ils n'hésitent pas à faire sur leurs semblables?

Lorsque ces messieurs seront devenus sujets d'expériences, le monde médical, quoique ne partageant pas leur conviction, suspendra le blâme et la critique déversés jusqu'à ce jour sur une théorie qui paraît fort dangereuse, mais je ne doute pas qu'il n'accorde une approbation unanime à ceux qui auraient donné *sur eux-mêmes* la preuve incontestable de la réussite.

Veuillez, mon très honoré confrère, si vous le jugez utile, insérer ces réflexions dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. F. PINEL-GRANDCHAMP.

31 juillet 1852.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juillet 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. BOINET dit, à l'occasion du procès-verbal, que dans la dernière séance il avait émis l'opinion qu'il existait dans la science des faits qui faisaient croire que la galvanopuncture était plus efficace dans les tumeurs érectiles et dans celles composées de tissu veineux et de tissu artériel que dans les anévrismes. Depuis lors, les recherches qu'il a faites lui ont démontré qu'il avait commis une erreur et que ses souvenirs étaient inexacts : il n'a, en effet, trouvé que deux faits en faveur de ce mode de traitement, celui de M. Nélaton et un autre de M. Huguier, encore ces faits appartiennent plutôt à des varices artérielles qu'à des tumeurs érectiles proprement dites.

Correspondance.

Elle comprend :

1° M. Giraldès dépose sur le bureau une lettre de remercîments du docteur Andrew Smith, intendant supérieur du service de santé de l'armée anglaise;

2° *De la cautérisation d'avant en arrière, de l'électricité et du cautère électrique dans le traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. le docteur Le Roy-d'Etiolles;

3° *Mémoire sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face*, par M. le docteur Bouvier.

Indications et contre-indications dans l'opération de la pupille artificielle.

M. GIRALDÈS fait un rapport sur les travaux de M. le professeur Bowman, membre de la Société royale de Londres, etc.

M. le rapporteur passe en revue les recherches que le professeur de King's college a faites sur l'histoire de la pupille artificielle, les préceptes qu'il donne touchant les indications et les contre-indications les plus importantes à cette opération.

Parmi les contre-indications, M. Bowman range l'insensibilité de la rétine à la lumière naturelle ou artificielle : ainsi, toutes les fois que la rétine demeure insensible à l'action de la lumière, le chirurgien doit s'abstenir de pratiquer l'opération de la pupille artificielle, lors même qu'une grande partie de la cornée présenterait les conditions nécessaires à la pratique de cette opération. L'auteur indique également comme contre-indication l'effacement de la chambre antérieure, que cet effacement soit le résultat d'une adhérence de l'iris à la cornée ou qu'il soit produit par l'accumulation de fausses membranes au-devant de l'iris.

Parmi les indications à l'opération de la pupille artificielle, l'auteur range les cas où la cornée est devenue opaque dans sa partie centrale; les cas d'oblitération de l'iris par des fausses membranes avec adhérence à la capsule cristalline; enfin, il considère comme propres à cette opération les cas où la capsule cristalline est opaque dans le point correspondant à l'iris et lorsqu'il y a adhérence de cette membrane à la capsule. Il range également dans la même catégorie les cas où la capsule cristalline est adhérente à la cornée.

Suivant M. Bowman, toutes les fois qu'on observe ces deux dernières conditions, le cristallin n'est opaque que dans le point correspondant à la pupille, et il y a alors avantage à pratiquer la pupille artificielle, bien plutôt que d'abaisser ou d'enlever la lentille cristalline, pratique préconisée par Tyrrell.

L'opérateur doit autant que possible chercher à placer la pupille artificielle le plus près possible des conditions normales; il faut par sa forme et sa grandeur la ramener à de bonnes conditions physiologiques; à ce sujet, il fait remarquer qu'une large ouverture n'est pas celle qui convient le mieux; car, si elle permet à une plus grande quantité de lumière de pénétrer dans les milieux de l'œil, il est également vrai que le cône lumineux ne forme pas son foyer dans un point convenable, et la vision en souffre. A l'appui de son opinion, il cite des opérés chez lesquels une large fenêtre avait été pratiquée et qui ne pouvaient voir qu'en diminuant le cône lumineux à l'aide d'un petit appareil placé au-devant de l'œil. Quant au choix des méthodes, c'est un point sur lequel il insiste beaucoup : il préfère les procédés qui causent le moins de violence dans l'œil; il rejette d'après ce principe la méthode de décollement ou coré-dyalisie; dans cette méthode, en effet, on déchire des vaisseaux et des nerfs importants, et on s'expose à des épanchements de sang, à des accidents qui compromettent le succès de l'opération.

M. Giraldès fait ensuite l'analyse d'un autre travail de M. le professeur Bowman sur une nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora. Toutes les fois que le conduit lacrymal est divisé ou qu'il est obstrué, que cette déviation ne peut être corrigée par un autre moyen, le chirurgien anglais propose de diviser ce conduit, de le transformer en une espèce de gouttière dans laquelle les larmes glissent et coulent ensuite naturellement dans le sac lacrymal.

Ce mémoire est suivi de plusieurs observations qui confirment l'avantage de cette méthode.

Après ce rapport, M. Giraldès énumère les travaux de M. Bowman en anatomie et en chirurgie; il termine en demandant pour lui, au nom de la commission, le titre de membre correspondant.

La proposition de la commission ayant été adoptée à l'unanimité, M. le professeur Bowman est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Du traitement des tumeurs érectiles par la ligature à chaîne enchevillée.

M. MICHON donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Rigal (de Gaillac) ayant pour titre : *Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature* (ligature à chaîne enchevillée).

Ce procédé, qui se compose d'éléments déjà connus, mais toujours appliqués isolément, constitue une véritable méthode qui a pour but, comme dans l'entérotomie, d'étrangler les tissus assez fortement pour les couper. Un des principaux avantages est de ne pas donner lieu aux accidents des ligatures incomplètes. Depuis onze ans M. Rigal a employé dix-huit fois ce procédé, et constamment avec succès. Outre la possibilité de pouvoir enlever complétement les tumeurs, les cicatrices qu'on obtient sont fermes, solides et mobiles.

Dans ce procédé, où les tumeurs érectiles sont en quelque sorte assimilées à des tumeurs pédiculées, on traverse la tumeur parallèlement avec des épingles assez solides; puis, dans leur intervalle, on passe des fils doubles que l'on vient nouer de chaque côté au-dessous des épingles, qui servent ainsi de point d'appui et de limite à l'action des fils. M. Michon, qui a eu occasion d'employer dernièrement cette méthode avec succès, a insisté sur les avantages qu'elle présentait.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

1° Insertion du travail de M. Rigal dans les mémoires de la Société;

2° L'admission de M. Rigal comme membre correspondant.

M. ROBERT dit que, dans la dernière séance, M. Michon n'a peut-être pas bien saisi le sens de ses paroles. S'il a cité l'observation de M. Abeille, c'est-à-dire celle d'un anévrisme de l'artère droite guéri par la galvanopuncture, c'est pour rappeler un exemple du plus haut degré de la puissance de l'électricité considérée comme agent de coagulation du sang, et non pour fournir un argument direct dans la question de la curabilité des tumeurs érectiles par l'emploi de l'électricité.

Il regrette que M. Michon, dans son rapport, n'ait pas mentionné le cas publié par M. Nélaton, d'une jeune fille ayant un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, et guérie par la galvanopuncture. Pour lui, il y a identité de nature entre les anévrismes cirsoïdes et les tumeurs érectiles, mais il y a différence de siége.

M. Michon connaissait très bien le fait de M. Nélaton; il n'en a pas parlé, parce qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur érectile, mais bien d'un anévrisme cirsoïde. C'est sous ce titre que l'observation a été donnée; c'est M. le docteur Wertheimber qui a dirigé le courant électrique pendant la maladie. La note qu'a lue M. Demarquay porte le titre de *tumeur érectile*; il n'est pas permis de confondre ces tumeurs avec l'anévrisme cirsoïde.

M. ROBERT dit qu'il existe une grande analogie entre l'anévrisme cirsoïde proprement dit et les tumeurs érectiles artérielles. Dans ces deux maladies, il y a dilatation considérable des vaisseaux artériels, qui deviennent tortueux, bosselés et semblables à des varices; mais dans l'anévrisme cirsoïde la dilatation occupe les artères de moyen ou de gros calibre, tandis que dans la tumeur érectile elle siége dans les capillaires artériels.

Si l'on dissèque une tumeur érectile artérielle, ce que M. Robert a eu l'occasion de faire une fois, on n'y trouve autre chose que des artères dilatées et sinueuses. Une autre preuve de cette analogie se tire de la marche des tumeurs érectiles. Dans l'origine, la tumeur érectile n'est quelquefois qu'une simple tache semblable à une piqûre de puce, dans laquelle l'on ne distingue que de petits vaisseaux dilatés; plus tard le mal s'étend et constitue la tumeur érectile proprement dite; plus tard, enfin, l'altération envahit les artères qui communiquent avec la tumeur, et l'anévrisme cirsoïde se trouve constitué. M. Robert a plusieurs fois observé ce fait, en a déjà entretenu la Société à l'occasion d'une jeune fille affectée d'un vaste anévrisme cirsoïde du cuir chevelu.

Du reste, cette analogie a été admise par Breschet dans son beau travail sur les anévrismes.

M. Robert, se fondant sur ce fait d'anatomie pathologique, qu'il regarde comme important dans la discussion actuelle, pense donc que, si la galvanopuncture réussit à guérir l'anévrisme cirsoïde, il n'y a pas de raison de croire qu'elle soit inefficace dans le traitement des tumeurs érectiles.

M. MICHON dit que John Bell et Breschet avaient bien distingué l'anévrisme cirsoïde des tumeurs érectiles. Il admet qu'il y a des tumeurs érectiles qui entraînent la dilatation des vaisseaux; mais il reste toujours l'éponge vasculaire : c'est à cause de ce fait que Dupuytren comparait ce tissu à celui des corps caverneux et de la rate. Ce sont les vaisseaux afférents qui se dilatent autour. Il ajoute que la majorité des tumeurs érectiles est sans battements, sans bruissement. Il admet qu'il y a entre les tumeurs érectiles et l'anévrisme cirsoïde une analogie plus ou moins éloignée, mais il ne peut concéder à M. Robert qu'il y ait identité entre ces deux maladies.

M. MONOD, revenant sur les guérisons spontanées des tumeurs érectiles veineuses, dit qu'elles sont moins rares qu'on ne croit; malheureusement on n'attend pas assez.

Il a été étonné de ce que M. Michon n'apprécie pas plus le séton; quant à lui, c'est le moyen qu'il préfère. Il cite en faveur de cette méthode le fait d'une jeune fille qui avait une tumeur érectile s'étendant depuis la lèvre jusqu'au conduit auditif. Il y avait des hémorrhagies. Il appliqua un séton, et la guérison fut complète.

Chez un autre jeune malade affecté de tumeur érectile de la paume de la main, il a aussi employé les sétons avec succès. Le traitement a duré plus d'une année. Dans ce cas, la méthode de M. Rigal aurait eu l'inconvénient de faire perdre les mouvements des doigts. (Ce malade a été présenté à la Société.) Il croit que c'est un moyen qu'il ne faut pas laisser tomber en désuétude; car il peut rendre des services.

Il est enfin une dernière méthode précieuse dans les tumeurs érectiles peu étendues, c'est la cautérisation légère avec la potasse caustique.

M. MICHON n'est pas aussi partisan de l'emploi du séton que M. Monod; il avoue que c'est surtout depuis qu'il a perdu un ma-

lade et que d'autres ont eu aussi des accidents. Il a vu, comme M. Monod, des guérisons spontanées. Quant à examiner la valeur de chacune des méthodes proposées pour la guérison des tumeurs érectiles, ce n'était pas précisément le but de son travail; il avait à examiner la méthode de M. Rigal : c'est ce qu'il a fait; et, de plus, il a profité de cette occasion pour éclairer quelques points de l'histoire du traitement sur lesquels il y avait des doutes.

M. Guersant ne nie pas les avantages des sétons; lui-même les a employés avec succès dans plusieurs cas. Une fois même il n'obtint la guérison qu'après en avoir passé 40. Mais à côté de ces avantages il y a des inconvénients : il survient des érysipèles très graves, même lorsqu'on n'a passé que trois ou quatre fils. Il cite à l'appui de son opinion le fait de Blandin, qui perdit un enfant après avoir passé un seul fil à la joue. Il préfère plonger à plusieurs reprises dans la tumeur une aiguille chauffée à blanc. Cette méthode ne lui a, jusqu'à présent, amené aucun accident.

M. Denonvilliers ne nie pas l'existence des tumeurs érectiles douées de pulsations; où on en rencontre, elles sont très difficiles à attaquer; elles se prêtent cependant à l'action du galvanisme.

Son opinion est que A. Bérard n'était pas aussi opposé à la ligature que M. Michon l'a prétendu. Il est possible que dans les premiers écrits de Bérard on trouve cette manière de voir; mais ce n'est pas dans le *Compendium*, publié postérieurement. Bérard s'était attaché à la cautérisation, et lorsqu'il employait les sétons il les convertissait en ligatures.

M. Michon est loin de repousser le traitement des tumeurs érectiles par l'emploi de l'électricité. Il fait la part de ce moyen dans son travail. On a obtenu de cette manière des guérisons dans les anévrismes cirsoïdes, tandis qu'il n'y en a pas encore dans les cas de tumeurs érectiles proprement dites.

Pour ce qui est de l'opinion de Bérard touchant la ligature dans le traitement des tumeurs érectiles, il est vrai qu'il ne l'a point prise dans le *Compendium*, ouvrage rédigé par deux chirurgiens; c'est dans le mémoire de Bérard que se trouve émise l'opinion que la ligature ne peut s'appliquer qu'à des tumeurs petites, pédiculées, ce qui est le cas le plus rare. Peut-être, par la suite, l'expérience lui aurait-elle fait modifier son opinion.

M. Denonvilliers insiste pour démontrer que Bérard, en employant le séton, étranglait successivement la tumeur en coupant la peau.

M. Debout aurait voulu que le rapport de M. Michon fît mention de la vaccine comme moyen curatif; car, suivant lui, les résultats qu'on a obtenus par ce moyen sont bien supérieurs à ceux qu'on obtient à l'aide des sétons.

M. Boinet dit qu'une des causes qui a pu induire en erreur, c'est que le fait de M. Nélaton est intitulé : Anévrisme cirsoïde.

M. Vidal se propose d'appliquer les serres-fines pour une tumeur de la lèvre; il veut, suivant son expression, assaillir la tumeur avec des serres-fines. Son intention est de les employer également pour la cure des varices chez les vieillards.

M. Cloquet a eu occasion de voir plusieurs fois des tumeurs érectiles guérir spontanément; il a vu, entre autres, la fille d'un banquier âgée de sept ans; elle avait deux tumeurs érectiles, l'une au front et l'autre à la grande lèvre. La mère s'était refusée à toute opération; l'enfant a guéri sans aucun traitement. Il partage l'opinion de M. Michon sur la composition des tumeurs érectiles; dans celles qui sont bleues, c'est l'élément veineux qui prédomine; dans celles qui sont d'un rouge framboisé, c'est l'élément artériel; dans ces dernières il y a souvent des pulsations. M. Cloquet fait remarquer qu'on rencontre assez fréquemment des tumeurs hémorrhoïdales avec des battements; la prédominance des vaisseaux artériels rend leur ablation assez dangereuse; presque toujours il survient des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter que par la cautérisation.

Dans les tumeurs cirsoïdes, la dilatation et les pulsations des veines sont dues au passage du sang artériel dans le système veineux; cette affection peut être le fait d'une cause traumatique, comme il l'a observé chez un grand d'Espagne qui avait reçu des coups de bâton sur la tête. Si on admet que cette affection naisse spontanément, il faut qu'il existe dans les derniers ramuscules veineux des communications directes avec les artères. Du reste, les battements que présentent ces veines dilatées ont beaucoup moins de force que les artères.

Pour M. Cloquet, le séton avec des fils est si souvent suivi d'accidents, qu'il a été obligé d'y renoncer; il n'a pas vu aussi souvent des accidents inflammatoires survenir après l'emploi des sétons métalliques.

Lorsque les tumeurs sont plates, il est toujours facile de les traverser crucialement par des aiguilles, et ensuite de les étreindre avec des fils; mais ce moyen a encore causé des accidents. Il a vu une jeune fille qu'il avait opérée ainsi d'une tumeur située dans la région mastoïdienne succomber par suite d'un érysipèle. Actuellement il se contente de pratiquer une ligature qui a beaucoup d'analogie avec le procédé de M. Rigal; il traverse la tumeur avec deux aiguilles qui entraînent un fil double; la tumeur étant ainsi traversée crucialement par deux fils doubles, il sépare chaque fil, le renverse en dehors, et vient le nouer avec le plus voisin.

M. Morel-Lavallée. Si M. Cloquet a observé des battements dans les grosses veines voisines des tumeurs érectiles d'origine congénitale, par exemple, ces battements paraissent être un fait nouveau très remarquable; mais dans le cas très intéressant qu'il vient de communiquer à la Société, ne serait-il pas possible que ce fût tout simplement un anévrisme artérioso-veineux développé à la suite de contusions? Dans ce cas, les battements veineux perdraient leur caractère exceptionnel en rentrant dans la règle générale.

M. Gerdy ne croit pas qu'on ait jamais observé de battements dans les grosses veines dès la naissance. Pour lui, le nombre des variétés de tumeurs érectiles n'est pas seulement de trois, mais au moins de huit.

Ainsi il y en a qui sont composées simplement de capillaires veineux, d'autres de capillaires artériels, d'autres enfin qui sont mixtes. Dans quelques-uns il y a des dilatations artérielles ou veineuses, ou des dilatations des deux ordres de vaisseaux. Quelques-unes présentent de véritables criblures; viennent enfin celles qui sont dénommées sous le nom de *fongus hœmatode* qui contiennent du sang en grumeaux, et qui paraissent tenir du cancer. Les tumeurs érectiles ne doivent pas être confondues avec l'anévrisme cirsoïde. Le mémoire de Breschet a peut-être contribué à rendre confus ce point de la pathologie.

— A la fin de la séance, M. le président annonce que les conclusions du rapport seront mises aux voix dans la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 juin 1852. — Présidence de M. Guersant.

M. Coursserant fait à la Société la communication suivante :

Mme X., âgée de cinquante-quatre ans, blanchisseuse, rue du Gindre, 8, jouissait habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'enfants, n'ayant jamais fait de fausse couche, ressentit une douleur assez vive au niveau de l'ombilic, au moment même où elle soulevait son lit. La douleur ayant augmenté d'intensité le jour même de l'accident, ainsi que le surlendemain, Mme X., eut recours pendant deux jours à l'application de compresses imbibées d'urine.

Comme les douleurs avaient été intenses dans la nuit du 6 au 7 mai, la malade se décida à appeler un médecin. Voici les particularités les plus saillantes que je remarquai à ma première visite, faite le 8 mai à midi :

A une nuit pénible et agitée a succédé un peu de calme; la fièvre a cessé depuis quelques heures, et le ventre, dans le voisinage de l'ombilic, est sensible à une pression même légère. Les compresses qui recouvrent cette région ayant été enlevées, je trouve l'infundibulum ombilical, qui est très prononcé, rempli d'un liquide répandant un forte odeur d'urine et de matière fécale. La partie une fois abstergée, j'aperçois au fond de l'ombilic une proéminence d'une couleur grisâtre, que je crus devoir attribuer tout d'abord à une gangrène de l'épiploon ou de l'intestin hernié. Ce corps ayant été saisi et extrait avec une pince, l'ouverture où il était engagé donna issue à une quantité assez considérable de matière fécale : c'était un fragment de radis que je venais d'extraire; son volume pouvait égaler celui d'une amande allongée de moyenne grosseur. Dès ce moment aucun doute n'était possible sur la nature de l'affection de cette malade. Quelques cataplasmes sur la région abdominale, un pansement simple et cinq ou six cautérisations des bords de l'ouverture, pratiquées avec le nitrate d'argent, suffirent pour obtenir une oblitération complète et solide dans l'espace d'une quinzaine de jours environ.

Au reste, il paraît que ce n'est pas la première fois que cette affection se présente chez cette malade. Il y a dix ans environ, elle fut traitée pour une fistule (tel est le nom que Mme X. donne à la maladie) survenue à l'ombilic, et par laquelle sortaient des eaux roussâtres. Cette fistule se ferma sous l'influence de deux cautérisations avec la pierre infernale. Or, malgré la confusion qui règne dans les renseignements fournis par la malade, je serais assez porté à croire que la première fistule ombilicale, ainsi que la seconde, communiquait avec l'intestin.

Je m'abstiens des développements auxquels cette observation pourrait fournir matière: et quoiqu'elle présente peu d'intérêt sous le double rapport du diagnostic et du traitement, j'ai pensé que par sa rareté elle méritait d'être mentionnée dans la science.

M. Guersant. Le fait dont vient de vous entretenir M. Coursserant est intéressant sans doute; mais je ferai remarquer que cette circonstance de substances alimentaires non digérées, de corps étrangers s'échappant par la plaie d'une hernie terminée par un anus contre nature n'a rien d'extraordinaire. Dans les hernies engouées ne sent-on pas des baricots? Chez des enfants, j'ai vu des vers lombrics perforer la partie intestinale étranglée.

— M. Caron. Je crois devoir communiquer à la Société un cas de suture entortillée ayant offert une particularité dépendante, à mon sens, de l'état général du malade plutôt que de l'opération elle-même. Il s'agit d'un fort à la halle, d'un homme d'une assez bonne santé d'ailleurs, qui portait dans l'aisselle une tumeur molle, à fluctuation obscure, de la grosseur d'un œuf. Cette tumeur causait peu de douleur, mais gênait les mouvements du bras. Je proposai l'ablation, qui fut acceptée. Une première tumeur d'un tissu mou fut enlevée, puis sept autres d'un volume graduellement plus petit. Toutes étaient formées d'une matière tuberculeuse à l'état de crudité, si ce n'est la première cependant, la plus grosse, qui contenait un liquide séro-purulent et des tubercules ramollis. L'opération n'a pas présenté de grandes difficultés; une seule petite artère a été coupée. La plaie a été réunie par première intention au moyen de la suture entortillée. Il n'y a pas eu d'inflammation, et au bout de trois jours la cicatrice était formée. Seulement les épingles sont tombées d'elles-mêmes, en ulcérant les tissus, et je me suis demandé si ces ulcérations rapides, sans inflammation, pour ainsi dire, ne dépendaient pas soit de la constitution scrofuleuse du sujet, soit de l'état tuberculeux local. Au reste, ces petites plaies, causées par les épingles, se sont elles-mêmes très bien cicatrisées.

M. Guersant. L'accident que vient de nous signaler notre collègue M. Caron est fréquent après la suture entortillée. Il dépend bien plutôt du *modus faciendi* que de la constitution de l'opéré, et on peut presque toujours l'éviter en ayant soin d'appliquer le fil lâchement. Il y a avantage à employer, à l'exemple de M. Rigal, le tissu de caoutchouc, qui prête ou se rétracte selon le plus ou moins de gonflement de la plaie, tandis que le fil est inextensible et étrangle.

M. Caron fait observer que les précautions avaient été prises pour éviter l'étranglement, et maintient qu'il croit à l'influence d'une disposition générale.

M. L. Boyer. Dans cette question, il y a à considérer le procédé de la suture et l'opportunité de son emploi. Pour commencer par par celle-ci, je dirai que, dans le cas dont il s'agit, on pouvait éviter la suture, et cela, par la position uniquement. Dans les opérations faites au creux de l'aisselle, l'écartement du bras tend à rapprocher naturellement les lèvres de la plaie. Il faut avoir une cicatrice assez longue pour ne pas gêner les mouvements du membre. Or, si la cicatrice s'obtient le bras étant écarté du tronc, il y a le bénéfice de la longueur. Quant au procédé de suture à employer, la modification apportée par M. Guersant, c'est-à-dire le tissu en caoutchouc au lieu de fil, est ingénieuse. De mon côté, j'ai adopté et j'emploie de petites aiguilles en platine très minces, qui ne perforent qu'une très minime épaisseur du derme, et néanmoins qui permettent encore d'employer une assez forte traction. Ce procédé est surtout utile pour les autoplasties faciales. L'aiguille et le fil s'enlèvent avec une légère squame. Cette suture superficielle me paraît donc préférable.

M. Caron, je devais employer la suture, par la raison que, beaucoup de tissu cellulaire ayant été enlevé, il restait une profonde cavité où je pouvais craindre que l'inflammation et la suppuration ne se déclarassent. Je devais donc viser à une cicatrisation rapide; j'ai cru que les aiguilles n'y mettraient pas obstacle, ce qui a eu lieu en effet, et que sans elles je m'exposerais aux inconvénients des foyers purulents et des fistules.

M. Guersant. Sans blâmer la conduite de M. Caron (car nous savons quelles peuvent être les exigences des cas particuliers), je partage l'opinion de M. L. Boyer. M. Caron dit qu'il y avait un grand vide; mais on peut remédier à cet inconvénient sans la suture, en appliquant un rouleau de charpie sur les bords rapprochés de la plaie, et par-dessus le bandage. M. Boyer se demande avec raison s'il faut employer la suture dans les cas de plaies longitudinales étendues. J'aime mieux, je l'avoue, malgré l'opinion des chirurgiens, me passer de ce moyen, qui peut déterminer des accidents, comme l'érysipèle, par exemple. Je ne me sers d'épingles que quand je ne peux faire autrement. C'est à la face surtout qu'on veut des cicatrices régulières, linéaires. Alors employons de préférence la suture superficielle, parce qu'elle expose moins à l'érysipèle; mais si les bandelettes seules peuvent suffire, elles doivent être préférées aux épingles fines.

M. Caron répond qu'il a observé beaucoup d'érysipèles dus au sparadrap, parmi lesquels même quelques-uns ont été mortels.

M. Masson. Tous ces modes d'union des plaies sont en effet dangereux. Ne serait-il pas possible de prévenir l'érysipèle au moyen de lotions d'eau additionnée d'un peu de nitrate d'argent, et dont on imbiberait les appareils de pansement (épingles et fil)?

M. Guersant. On emploie l'eau froide dans ce but; puis le collodium, qui est plus récent. Celui-ci met assez bien à l'abri de l'érysipèle. Avant d'appliquer les bandelettes, j'étends d'abord une couche de collodium, puis je place par-dessus de larges rubans de taffetas d'Angleterre. M. Robert-Latour a reconnu que le collodium ordinaire a l'inconvénient de se briser, d'être cassant, et il a proposé le mélange suivant :

Collodium.	30 grammes.
Huile de ricin.	0,50 centigrammes.
Térébenthine molle. . . .	1,50 —

J'ai employé ce collodium ainsi modifié sur des érysipèles graves, sur ceux même des nouveau-nés, et j'ai constaté qu'il est souple, moins douloureux à l'application, qu'il se sèche aussi vite et qu'il adhère bien.

— M. Coursserant. La Société veut-elle me permettre de lui faire une seconde communication? Si les praticiens diffèrent d'opinion sur le choix des procédés opératoires pour l'extraction de la cataracte, ils sont loin aussi d'être d'accord sur le mode de pansement le plus convenable après l'opération, et surtout sur la détermination de l'époque à laquelle on peut, sans grand danger, enlever le premier pansement et examiner l'organe opéré. Or cette détermination dépendant du degré plus ou moins avancé de la cicatrisation de la plaie, il m'a semblé que les quelques lignes suivantes ne seraient pas sans intérêt pour la Société de médecine pratique.

L'observation attentive et minutieuse des faits m'a démontré que, dans la kératotomie supérieure, on peut sans danger de rompre la cicatrice examiner l'œil opéré, et lui faire exécuter même quelques mouvements bornés dans tous les sens au bout de quarante-huit heures. Ce terme même peut être devancé. C'est ainsi que sur une femme de soixante-quatorze ans opérée à l'hospice des Ménages avec l'assistance d'un de nos confrères de Paris, l'examen de l'organe malade a pu être fait avec la plus grande facilité quarante heures après l'opération, et comme quelques douleurs de nature rhumatismale (la malade est rhumatisante à un point tel, que les mouvements des membres inférieurs s'exécutent avec la plus grande difficulté) m'engageaient à me tenir sur mes gardes et à surveiller l'état de la pupille, j'ai pu, sans nuire à une guérison complète et radicale, au bout de sept jours, j'ai pu, dis-je, examiner tous les jours l'œil malade, et renouveler tous les jours le pansement des deux yeux.

Ainsi l'examen de l'œil opéré peut se faire et doit se faire après quarante-huit heures au plus tard; mais dans certaines circonstances on peut devancer ce moment sans apporter le moindre obstacle à la prompte cicatrisation de la plaie. Loin de là, on ne saurait croire combien les mêmes pièces de pansement laissées pendant plusieurs jours sur l'organe opéré causent de malaise au malade, chez lequel les mucosités filtrant à travers les cils, déterminent au bord de la paupière une cuisson vive et bien incommode, laquelle empêche souvent le sommeil, chose si nécessaire chez les vieillards et surtout chez les vieillards soumis à une opération chirurgicale.

M. Duhamel. J'ai été consulté dernièrement par une femme de quarante-huit ans environ, d'une bonne santé habituelle, un peu replète, qui tousse depuis trois mois, époque où elle a contracté une bronchite, pour un gonflement, une tumeur bilobée qu'elle porte à la région thyroïdienne. Cette femme tousse davantage lorsqu'elle monte; elle éprouve comme un pincement dans la gorge, et alors la voix lui manque. Le corps thyroïde participe sans doute à la tuméfaction; mais comme j'ai perçu la sensation de battements assez forts et étendus dans les deux tumeurs, je crains qu'il n'y ait là quelque chose de plus, un anévrisme.

M. L. Boyer. M. Duhamel me rappelle un cas dont il a été témoin comme moi. N'est-ce pas avec lui, en effet, qu'il y a une dizaine d'années nous vîmes, rue Saint-Honoré, une jeune femme portant une tumeur thyroïdienne assez volumineuse qui gênait les fonctions du larynx? Elle ne présentait pas de battements très évidents; mais, après une consultation, une ponction exploratrice ayant été pratiquée, il se fit par la piqûre plusieurs hémorrhagies à différentes reprises. Il y avait développement artériel dans le corps thyroïde, anévrismes par anastomoses. Je crois que la malade dont nous parle aujourd'hui M. Duhamel offre un cas analogue.

Le secrétaire adjoint, A. Bossu.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) vient d'obtenir le prix du concours ouvert par la Société de médecine de Gand sur la question suivante : « Déterminer par des faits l'utilité de l'électricité dans le traitement des maladies. »

— Le septième arrondissement vient de faire une perte douloureuse dans la personne de M. F.-L. Pichard, chevalier de la Légion-d'Honneur, qui exerçait depuis plus de trente ans la médecine dans cet arrondissement et y remplissait depuis vingt-cinq ans au moins les honorables fonctions d'administrateur du bureau de bienfaisance. Un nombreux cortége a accompagné, vendredi dernier, sa dépouille mortelle au cimetière de l'Est, où M. l'adjoint au maire de l'arrondissement a exprimé en termes pleins de dignité la perte que tous les citoyens du quartier et particulièrement les pauvres venaient de faire, et où le docteur Lachaise, ancien condisciple et intime ami de M. Pichard, lui a adressé un dernier adieu en rappelant ses qualités qui se résument en une vie des plus honorablement et des plus utilement remplies.

Errata. — C'est par erreur que la lettre insérée dans notre dernier numéro n'a pas été signée. Elle est de M. P. Hugot, étudiant en médecine, qui a déjà rédigé avec talent dans ce journal plusieurs comptes-rendus cliniques des hôpitaux. — Nos lecteurs auront sans doute corrigé eux-mêmes vers la fin de cette lettre une répétition de phrase résultant d'une erreur typographique.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 92. — JEUDI 5 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 92. — JEUDI 5 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Chassaignac). Plaies graves et profondes du cou. Trachéotomie. Mode particulier de suture. — Fleurs martiales (hydrochlorate de fer et d'ammoniaque) contre les obstructions de la veine-porte. — Syphylisation expérimentale. — Académie de médecine, séance du 3 août.

PARIS, LE 4 AOUT 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance a été entièrement occupée par le discours de M. Ricord. Ce discours, dans lequel on aurait peut-être pu désirer plus d'ordre et de concision, a soulevé ou tranché beaucoup de questions encore très incertaines. Ce n'est pas ici le lieu de les discuter et de traiter *ab ovo* de toute la doctrine syphilitique. Contentons-nous d'enregistrer avec bonheur une foule d'aveux dont nous aurons à user largement plus tard, et qui, pour peu qu'ils s'étendent, ne tarderont pas à lever toutes les barrières qui nous séparent encore de M. Ricord. Soyons aujourd'hui tout entier à la syphilisation, à cette « monstrueuse homœopathie » que le spirituel orateur a ridiculisée, flagellée, stigmatisée, bafouée presque autant qu'elle le méritait, avec une verve et un esprit qui semblaient grandir à mesure que l'absurdité et l'ignorance de son adversaire devenaient plus grandes. Malgré sa verve et la tendance naturelle de son esprit, M. Ricord est cependant parvenu à rester sérieux en discutant la bouffonnerie la plus grosse qui ait jamais paru devant une académie. C'est un progrès que nous avons été heureux de constater chez l'habile chirurgien, et qui n'a fait qu'accroître l'autorité de sa parole.

M. Ricord a fait plus que d'apporter des raisons à l'appui de son opinion, il a apporté des faits; et quels faits? Les plus tristes de tous ceux que la toge doctorale puisse couvrir du voile de l'impunité; des faits qui rempliraient de honte et de confusion tout autre qu'un sectaire fanatique ou un charlatan. Nous n'avons pas besoin de reproduire ici l'analyse de ces faits, que nos lecteurs trouveront à notre compte-rendu.

Nous n'insisterons pas davantage sur les arguments de M. Ricord, que nous avons déjà présentés à peu près sans exception dans notre avant-dernier article. Sauf les réserves que nous avons déjà faites sur quelques points de la doctrine de la syphilis, nous ne pouvons que donner une approbation complète au discours de l'habile chirurgien, sans en excepter *le rêve d'un honnête homme* et l'*enthousiasme, état normal*.

Nous bornerons donc à ces quelques lignes notre appréciation, et nous terminerons par une courte explication nécessitée par un reproche que nous a adressé personnellement M. Ricord, avec autant d'esprit que de modération d'ailleurs.

M. Ricord nous a reproché de nous être *laissé tenter quelquefois* par l'inoculation, malgré notre aversion pour cette pratique. Ce reproche ne nous paraît pas fondé. Il fut un temps où j'étais à peu près comme tous les jeunes gens, sans expérience, sous le charme de la doctrine de M. Ricord, ne jugeant que par l'inoculation. Lorsque j'arrivai à l'internat des hôpitaux, en 1840, ce charme durait encore; et croyant à l'innocuité complète de l'inoculation syphilitique, je dus me laisser entraîner, d'ailleurs sous la surveillance de mes maîtres, MM. Danyau, Nélaton, Chassaignac et P. Guersant, à pratiquer quelques inoculations. Mais je ne tardai pas à me désabuser. Dès la fin de l'année, je composai un mémoire où je m'élevais contre cette pratique, et M. Ricord me croira certainement quand je lui affirmerai que depuis la rédaction de ce mémoire je n'ai jamais fait une seule inoculation.

Ce n'est donc point à l'aide de ce procédé que je suis arrivé à la découverte du fait que j'ai désigné, sans attacher trop d'importance aux mots, sous le nom de *saturation syphilitique*. Non, la démonstration n'a pas été aussi rigoureuse, et si la piraterie de la syphilisation ne m'avait pas forcé à parler prématurément de ce fait, aucun des reproches dont j'ai déjà été obligé de me justifier ne m'aurait sans doute été adressé.

Voici donc purement et simplement ce que j'ai observé.

Dans les premiers temps de leur commerce, les prostituées contractent fréquemment la syphilis. Après quelques mois ou quelques années, la plupart d'entre elles ne la contractent plus. Comme il n'est pas admissible que les occasions d'infection diminuent pour elles, qu'il est même certain que ces occasions augmentent pour un grand nombre, attendu que les prostituées descendent en vieillissant les degrés de la prostitution, où la syphilis devient de plus en plus fréquente, il faut bien reconnaître qu'elles acquièrent une immunité contre la maladie.

A quoi tient cette immunité? C'est ce qu'il restait à étudier. On pouvait croire, comme l'a supposé M. Ricord, qu'elle dépendait des modifications survenues dans les tissus des organes génitaux, dans une espèce de tannage de ces parties; c'est à quoi je pensai aussi. Mais voici ce qui m'empêcha de m'arrêter à cette idée. Un certain nombre d'anciennes prostituées reviennent à l'hôpital après plusieurs années d'immunité affectées de symptômes syphilitiques; et, chose singulière, quand elles y reviennent une fois, elles y rentrent habituellement plusieurs fois dans la même année, c'est-à-dire que, sans qu'aucun changement se manifeste dans les tissus de leurs organes, elles reprennent cette aptitude qu'elles avaient au début de leur commerce. Evidemment en présence de ce fait il faut admettre une modification générale de l'organisme qui le rend réfractaire à la syphilis. C'est cette modification que j'ai voulu désigner par les mots de saturation syphilitique.

Mais, si la piraterie qui a voulu s'emparer de cette idée avait su le premier mot de l'histoire de la syphilis, elle n'aurait jamais songé à en faire la base d'une monstrueuse théorie, d'une coupable pratique, que M. Ricord a flétrie avec une juste sévérité, dont tous les hommes sensés feront une prompte justice, et qui n'est même pas le *rêve de... M. Diday*.

Nous sera-t-il permis, après cet éloge bien mérité, d'adresser un léger reproche à M. Ricord? Le spirituel académicien, sous prétexte d'éviter les personnalités, a été un peu trop personnel. En affectant de ne pas prononcer le nom de M. Depaul, et en le confondant quelquefois avec un inventeur dont le nom devait, en effet, être tu, M. Ricord a placé son jeune collègue dans une position qu'il ne mérite point. M. Depaul a péché, il est juste qu'il soit puni; mais, par respect pour son talent et même pour l'Académie, il fallait se garder d'établir à son égard tout parallèle humiliant.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Plaies graves et profondes du cou. — Trachéotomie. — Mode particulier de suture.

Il vient de se présenter, à des intervalles rapprochés, dans le service de M. Chassaignac, deux cas très graves de plaies du cou. Toutes deux sont le résultat de suicide. Elles offrent des particularités dignes d'intérêt sous le rapport de la gravité de la lésion et des nouveaux moyens de traitement que l'on a cru devoir employer pour satisfaire à de pressantes indications.

OBS. I. — Le samedi 22 mai on apporte à l'hôpital Saint-Antoine un ouvrier faïencier, Hollandais de naissance, nommé Alexandre Bush. Il est âgé de trente-quatre ans et vigoureusement constitué. Pris de désespoir pour un motif assez futile, il venait de se couper la gorge avec un rasoir.

A la partie antérieure du cou existe une plaie transversale de 8 centimètres de largeur, limitée à chaque extrémité par le bord interne des sterno-mastoïdiens. Elle siége précisément entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde, et comprend l'extrémité supérieure de tous les muscles de la région sous-hyoïdienne, le constricteur inférieur du pharynx et la membrane thyro-hyoïdienne juqu'aux grandes cornes du cartilage thyroïde. A travers la plaie béante on aperçoit parfaitement la paroi postérieure du pharynx, qui seule persiste; car les parois latérales sont entièrement coupées. En bas, se voient l'orifice supérieur du larynx surmonté des deux cartilages arythénoïdes, qui se rapprochent et s'éloignent alternativement par un mouvement de bascule, l'orifice supérieur aplati de l'œsophage, la face inférieure de l'épiglotte. Beaucoup de mucosités sanguinolentes s'écoulent par la plaie quand le malade fait des efforts pour parler; il se produit au niveau des cordes vocales un bruit éclatant, métallique et que l'on ne peut mieux définir qu'en le comparant au son fêlé et un peu affaibli d'une anche de hautbois.

L'hémorrhagie a été peu considérable; les carotides sont parfaitement intactes.

L'état du malade est des plus graves; la respiration est anxieuse, le pouls faible et un peu accéléré; déjà de l'emphysème commence à se montrer autour de la plaie, dont les deux lèvres sont violemment tiraillées par une contracture musculaire énergique.

Evidemment toute suture ne comprenant que les parties molles est irrationnelle et insuffisante, et le seul moyen de combler ce vaste hiatus est d'agir sur l'os hyoïde et sur le cartilage thyroïde. A l'aide d'un ténaculum on accroche l'hyoïde, qui a subi un mouvement d'ascension considérable; on le met en contact avec le cartilage thyroïde, et on se prépare à le fixer dans cette position par des ligatures allant de l'os au cartilage. Mais on s'aperçoit bientôt que le contact des doigts, des instruments et des fils avec l'extrémité supérieure de la glotte y détermine de tels mouvements spasmodiques que l'entrée libre de l'air dans la trachée devient impossible, et que l'opération ne saurait être achevée sans accidents graves. Songeant d'ailleurs que l'écoulement du sang et des mucosités, le gonflement des parties molles obstrueront nécessairement plus tard l'orifice de la glotte, M. Chassaignac se décide, avant tout, à pratiquer la trachéotomie.

Un fort ténaculum implanté au-dessous du cartilage cricoïde fixe la trachée, qui est rapidement ouverte; on introduit ensuite la canule, mais la mobilité du tube aérien est telle que la canule ne peut être maintenue en place que par les doigts d'un aide appliqués constamment sur ses bords. Enfin le chirurgien, à l'aide d'un fil double muni d'une aiguille courbe, embrasse l'os hyoïde sur la ligne médiane, perfore le cartilage thyroïde au même niveau, et serrant la ligature, rapproche et met en contact l'os et le cartilage. La même opération fut répétée sur les parties latérales. Toute cette manœuvre fut longue et pénible, mais on arriva à un affrontement exact des bords de la plaie, et l'on vit cesser de suite cette mobilité extraordinaire de la partie sous-hyoïdienne du tube aérien; quelques points de suture furent pratiqués à la peau, et la canule fut alors fixée sans peine par les moyens accoutumés.

Immédiatement après l'opération, la respiration se fait avec facilité; la déglutition est possible, quoique pénible et douloureuse.

Le lendemain, 23 mai, le pouls est tendu et donne 110 pulsations; néanmoins le malade est calme, et il n'est pas survenu d'accidents. — Saignée de trois palettes.

Pendant les trois jours qui suivirent, la déglutition se fit assez bien pour que le malade pût prendre chaque jour plusieurs bouillons; cependant une petite partie du liquide tombait dans la trachée, et en était expulsée au milieu d'efforts de toux; il s'en écoulait également par la plaie.

Mais les symptômes généraux ne tardèrent pas à s'aggraver: le pouls s'accéléra et perdit toute sa consistance; la respiration devint anxieuse et précipitée, en même temps que l'on constatait l'existence d'une infiltration purulente dans toute la région du cou et d'un épanchement considérable dans la plèvre droite; la stupeur et la prostration allèrent en augmentant, et le malade succomba le 28 mai, six jours après l'accident. La veille de la mort, les bords de la plaie avaient subi de nouveau un écartement considérable.

A l'autopsie, on constata que les trois anses de fil entouraient encore solidement l'os hyoïde sur la ligne médiane et sur les parties latérales; mais ils avaient coupé devant eux le cartilage thyroïde. Les trous faits par les aiguilles, distants du bord supérieur de deux lignes au plus, se prolongeaient en fente jusqu'à ce bord; tout autour le cartilage était noirâtre et un peu moins consistant.

La muqueuse de la trachée et des bronches est injectée et couverte de mucosités spumeuses abondantes; de chaque côté, il existe un peu d'engouement pulmonaire hypostatique. La plèvre droite contient près de trois verres de pus.

Il existe des fusées purulentes entre la lame moyenne et la lame profonde de l'aponévrose cervicale, autour de la moitié supérieure des muscles de cette région. Une dissection attentive fait voir que le pus est éloigné du thorax de trois à quatre travers de doigt. Les vaisseaux et leur gaîne sont intacts.

Le cœur offrait une insuffisance notable des valvules aortiques, avec dilatation de l'aorte et hypertrophie du ventricule gauche.

OBS. II. — François Girardin, âgé de 36 ans, jardinier à Petit-Brie (Seine-et-Oise), atteint depuis longtemps de monomanie suicide, se fait avec un couteau de boucher plusieurs incisions à la gorge: l'une est transversale et siége au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde, l'autre oblique en bas et à droite. Au fond de ces deux plaies, il y eut encore plusieurs incisions profondes dans diverses directions.

Un praticien distingué, qui fut appelé près de lui et qui nous donna lui-même plus tard tous les renseignements désirables, pratiqua à la peau quelques points de suture simple. L'hémorrhagie avait été nulle, la voix était intacte, et il ne sortait pas une bulle d'air par la plaie, même pendant les efforts d'expiration, la bouche et le nez étant exactement fermés; mais le blessé expectora deux ou trois crachats de sang pur.

Il entra à l'hôpital le lendemain de l'accident, 7 juillet; l'état général était excellent et le gonflement inflammatoire très modéré.

Le 8 juillet, on enlève les points de suture.

Le 9, on constate que la plaie transversale de la peau est réunie; mais la plaie oblique est béante, et l'on est étonné d'entendre une quantité d'air considérable s'en échapper avec le sifflement accoutumé. Il en passe cependant aussi par le larynx, car il reste un léger filet de voix; en portant le doigt profondément à la partie la plus déclive de la plaie, on pénètre dans la trachée à travers une ouverture longitudinale, dont les bords tendent à se rapprocher et sont recouverts par les sterno-hyoïdiens, qu'il faut soulever pour arriver jusqu'à elle. La déglutition est douloureuse; il y a de l'insomnie et beaucoup de fièvre.

On ferme exactement la plaie avec des bandelettes de sparadrap croisées en X et imbriquées.

Le 10, la respiration est anxieuse et précipitée. Le malade rejette, au milieu d'accès de toux spasmodique et doulou-

reuse, des mucosités sanguinolentes, qui s'échappent aussi par la plaie en assez grande quantité. Ecchymose de toute la partie inférieure du cou.

Le 12, la fièvre est moins intense, et l'écoulement sanguinolent qui se faisait par l'ouverture de la trachée a presque entièrement cessé. Quoique la plaie soit profonde et anfractueuse, il ne paraît pas se former de fusées purulentes.

Pendant les jours qui ont suivi, il y a eu une amélioration constante.

Le 15, la toux et l'expectoration avaient disparu; l'air cessait entièrement de passer par la plaie; dont les bords se rapprochent et se cicatrisent avec rapidité.

Aujourd'hui 25 juillet, il ne reste plus qu'une excoriation légère de la peau; le malade est guéri, mais la voix est restée faible et voilée.

Pendant toute la durée du traitement, on s'est contenté de maintenir la plaie fermée à l'aide d'un pansement par occlusion, que l'on levait de temps à autre pour pratiquer des ablutions abondantes.

Nous nous contenterons d'indiquer ici quelques-unes des circonstances qui nous ont le plus frappé dans ces deux observations relativement au siége de la lésion, à l'absence d'hémorrhagie et au mode de traitement employé.

1° Chez le premier malade, l'incision avait porté précisément sur l'espace thyro-hyoïdien et avait ouvert le pharynx de manière à découvrir en bas tout l'orifice supérieur du larynx, en haut la face inférieure de l'épiglotte. Quoi qu'en dise Boyer, qui admet que le couteau d'un suicide peut diviser les chairs au-dessus de l'os hyoïde et pénétrer jusque dans la bouche, il paraît prouvé que ces faits sont très rares et que l'espace thyro-hyoïdien lui-même est trop élevé pour être fréquemment atteint. Il ne l'a été qu'une fois sur les 4 faits que rapporte Pelletan dans sa *Clinique* et six fois sur les 24 cas dont Dieffenbach a donné l'analyse (*Arch. méd.*, 2e série, t. VI).

2° L'intégrité des vaisseaux du cou, avec une plaie qui s'étend jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, est digne de remarque; il paraît toutefois que la lésion de la carotide dans les cas de ce genre est plus rare qu'on ne serait tout d'abord tenté de le croire; car les auteurs les plus répandus n'en citent pas d'exemples. Dans les leçons orales de Dupuytren; dans l'article de Dieffenbach (*loc. cit.*), on trouve l'histoire de plaies transversales du cou allant jusqu'à la colonne vertébrale, dans lesquelles les gros vaisseaux sont toujours restés intacts, quoique dans deux cas les carotides fussent exposées à la vue et comme disséquées au fond de la plaie.

Sans doute on peut admettre, pour expliquer ce fait, que les vaisseaux roulent dans leur gaîne celluleuse au-devant de l'instrument et s'écartent de lui. Mais il ne faut pas oublier que dans notre première observation la section transversale a eu lieu à la partie supérieure du cou, là où la carotide commence à s'incliner en arrière, et que d'ailleurs le sterno-mastoïdien, fortement tendu pendant le renversement de la tête, doit protéger efficacement les vaisseaux placés au-dessous de lui, et repousser l'instrument vers la ligne médiane.

3° La voix peut être conservée avec sa force ordinaire, même après la section de la trachée; si l'ouverture est longitudinale, si les muscles qui la recouvrent ne sont pas coupés transversalement, la pression qu'ils exercent, jointe à l'élasticité des anneaux de la trachée, peut empêcher complétement la sortie de l'air. Mais l'expectoration de quelques crachats sanguinolents indiquera presque avec certitude que le tube aérien a été ouvert.

4° La voix peut être conservée, mais bien affaiblie.

Quand la fistule aérienne est peu considérable, l'expérience seule pourrait démontrer quel diamètre doit avoir l'ouverture accidentelle pour que la voix soit complétement éteinte.

5° Si, à l'exemple de Dieffenbach, nous rejetons pour les plaies simples du cou et du tube aérien les sutures et les bandages qui favorisent les infiltrations purulentes, nous croyons qu'il faut recourir à des moyens contentifs énergiques lorsque la plaie est assez profonde pour couper les ligaments qui unissent entre elles les diverses parties du squelette de cette région. Ce serait renoncer à tout espoir de guérison que d'abandonner à elle-même une plaie sans cesse tiraillée par des muscles dont les points d'insertion ont acquis une mobilité inaccoutumée. On doit dans ces cas agir directement sur les os et les cartilages, en comprenant dans les ligatures une assez grande épaisseur de parties pour que toutes les parties molles se soient cicatrisées solidement avant que le fil ait coupé la partie de cartilage qu'il embrasse; peut-être pour plus de solidité et pour empêcher le glissement des fragments, devrait-on, avant de nouer les fils, les fixer d'abord isolément sur chacune des parties à réunir.

Quand la plaie siége au niveau ou au-dessus de la glotte, on ne pourra pratiquer cette opération qu'après avoir assuré l'entrée de l'air. Si la trachéotomie augmente les chances d'inflammation de l'arbre aérien en nécessitant une incision nouvelle et l'introduction d'une canule, nous la regardons néanmoins comme de première nécessité dans les cas de ce genre.

L.-V. Marcé; J. Bucquoy,
Internes du service.

FLEURS MARTIALES (HYDROCHLORATE DE FER ET D'AMMONIAQUE)

contre les obstructions de la veine-porte.

Sous le titre de *Mélanges pharmacologiques,* le docteur W.-J.-L. Verbeeck, de Wyk-by-Duurstede, vient de publier un article très intéressant dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale.*

Nous essaierons d'en résumer quelques extraits.

Action sur l'économie. — Le chlorure d'ammoniaque favorise les sécrétions; le chlorure de fer, au contraire, les diminue; unies, les deux substances se servent mutuellement de correctif; elles produisent alors une action relâchante très favorable aux sécrétions et à l'absorption.

On doit encore prendre en considération que la quantité de chlore qui entre dans cette composition agit comme stimulant sur les plexus nerveux de la sphère organique et les fonctions qui sont sous leur empire. C'est à cause de ces effets combinés que le chlorure de fer et d'ammoniaque est particulièrement employé dans les obstructions du bas-ventre : dans ces affections, il n'amène pas seulement l'évacuation des matières sécrétées, mais encore empêche qu'il ne s'en forme de nouvelles.

La dose à laquelle on prescrit les fleurs martiales s'élève de quelques grains à un demi-gros. Les substances qui leur sont incompatibles sont les alcalis fixes, les carbonates, les matières contenant du plomb, de l'argent, du cuivre, du tannin; il est essentiel de les soustraire à l'action de la lumière solaire.

Nous extrayons le passage suivant du travail de l'auteur :

« Les observations que j'ai faites à l'égard de l'action du chlorure de fer et d'ammoniaque portent sur des malades de deux sexes, mais sur un plus petit nombre d'hommes que de femmes; celles-ci étaient âgées de quarante à soixante ans et avaient cessé d'être réglées. En général, les malades offraient un tempérament bilieux, torpide, appartenaient à la classe aisée de la société ou menaient une vie sédentaire et étaient soumis à un régime succulent. La plupart offraient une constipation habituelle contre laquelle ils avaient ordinairement déjà employé des pilules d'Urbain souvent à très haute dose. Il est important d'ajouter que cet état morbide existait ordinairement depuis plusieurs mois avec des intervalles plus ou moins longs d'une santé apparente.

» Les symptômes observés consistaient principalement dans des troubles plus ou moins marqués des fonctions digestives. Il y avait embarras gastrique, et la langue, couverte d'un enduit jaunâtre, présentait ses papilles extraordinairement prononcées. Cet état remarquable de la langue, qu'on rencontre du reste dans la plupart des troubles fonctionnels de l'estomac et des intestins, n'a pas suffisamment fixé, ce me semble, l'attention des écrivains. Le docteur C. Gobée est le premier qui l'ait examiné d'une manière convenable (1). Cet état se caractérise principalement par un développement exagéré des papilles coniques et filiformes de la partie postérieure et des bords de l'organe. A la suite de l'usage des laxatifs, de boissons tempérantes, ou après des évacuations alvines convenables, ces papilles disparaissent ou diminuent d'ordinaire, de manière qu'avec le rétablissement des malades toute trace de développement anormal de celles-ci a disparu. Ces phénomènes s'expliquent parfaitement bien, si l'on considère que les papilles linguales consistent en tissu érectile formé lui-même de vaisseaux capillaires et de fibres nerveuses primitives qui s'y perdent en formant des anses terminales (2). Or y a-t-il rien d'étonnant à ce que, lorsqu'il existe de l'irritation à l'estomac, celle-ci affecte sympathiquement les papilles, jouissant d'une sensibilité exquise? Ce développement des papilles est si caractéristique que très souvent il a suffi à M. Gobée et à moi pour diagnostiquer un gastricisme, en dehors de tout autre signe morbide, même avec une langue nullement saburrale et une persistance d'appétit. Sans exagérer aucunement l'importance de ce symptôme objectif, je le crois digne, qu'il me soit permis de le répéter, de beaucoup plus d'attention qu'on ne lui en a donné jusqu'ici.

Parmi les autres symptômes que j'ai plus spécialement observés, je dois principalement mentionner des troubles du sommeil, entrecoupé de rêves effrayants; des congestions sanguines passagères vers la tête, un changement remarquable dans le moral des malades et parfois des emportements subits sans motifs, auxquels ils se laissaient aller. L'on sait que les enfants deviennent d'ordinaire pleureurs, chagrins, lorsqu'il survient chez eux des troubles fonctionnels des organes digestifs; la même chose existe plus souvent qu'on ne paraît le croire chez les adultes. Mais dans ces circonstances, les causes de leur changement d'humeur étant généralement moins saisies, on ne manque guère de leur adresser des reproches, qui non-seulement sont immérités, mais encore dangereux; car, loin de porter remède au mal, qui ne provient pas ici d'autre source que d'embarras circulatoire dans la veine-porte, ils contribuent le plus souvent à l'aggraver. Il ne manque pas même d'exemples de malades mélancoliques par suite de cette affection, qui, exaspérés par les dispositions des personnes qui les entouraient à leur égard, se sont portés à de véritables actes de désespoir. Je pourrais citer ici des faits capables de le prouver d'une manière péremptoire.

» La constipation habituelle est un symptôme non moins fréquent de l'état morbide qui nous occupe; elle s'accompagne quelquefois d'une tension dans la région du foie et d'une coloration plus ou moins jaune de la sclérotique. Cependant l'appétit se conserve, peut être augmenté même; mais l'usage d'aliments fortement azotés, surtout de viandes, de graisses, d'œufs, etc., donne facilement lieu, dans ces circonstances, à des embarras gastriques. Du reste, il y a absence de fièvres; les fonctions des poumons et du cœur s'exécutent normalement, et la peau est constamment froide et sèche (3).

» Les cas d'obstruction de la veine-porte que j'ai observés m'ont le plus souvent fait reconnaître, comme causes de l'état morbide, les années climatériques, les influences de l'atmosphère, l'insuffisance des évacuations alvines et les émotions morales.

» Quoiqu'il résulte des faits que, jusqu'à un certain âge, les deux sexes présentent une égale prédisposition à la maladie, il n'en est pas moins certain que les modifications organiques qui surviennent chez les femmes par suite de leurs fonctions génitales font qu'elles y sont plus sujettes que les hommes. L'on ne peut pas perdre de vue, ici, qu'à l'époque critique il survient fréquemment des lésions graves dans les organes abdominaux (1).

» Que les conditions atmosphériques contribuent assez souvent à la production de la maladie qui nous occupe, des faits nombreux sont là qui en fournissent la preuve. Du reste, pour ne plus conserver un doute à cet égard, il suffit de lire H.-F. Thyssen (*Geschiedkundige Beschouwing der Ziekten in de Nederlanden,* 1824), Budge (*allgemeine Pathologie als Erfahrungswissenschaft basirt auf Physiologie*, art. *atmosph. Luft*, 1845), et les *Lettres sur la chimie* de Liebig.

» Enfin, pour ce qui est de la constipation habituelle prolongée et des émotions morales, leurs effets généraux sur l'économie sont trop généralement connus pour que je m'arrête à montrer comment ils peuvent concourir à faire naître l'affection dont il s'agit (2).

» En général, l'influence du chlorure de fer d'ammoniaque n'est pas longtemps à se faire sentir sur l'organisme. Parmi les effets qu'il produit, on remarque surtout que la sécrétion muqueuse augmente, que la langue se décharge de sa couche saburrale jaune et prend une teinte noirâtre; que ses papilles, toujours très prononcées, comme je l'ai dit, diminuent progressivement pour revenir à leur état normal, avec la disparition complète des autres signes d'obstruction; et enfin, que les fèces, tout d'abord sous forme de scybales colorées en noir et mêlées à du mucus, sont plus molles et plus abondantes. » (*Observ. de Courtrai.*)

(1) *Klinische Bydragen tot de Theorie en Practyk der genees en keelkunde;* 1840.

(2) On peut consulter pour la structure des papilles linguales : Froriep, *de Lingua anatomica quædam et semiotica* (Bonnæ, 1828. Tabul. III) et R. Wagner, *Hanwortenbuch der Physiologie* (B. 1, S. 771).

(3) Il est important de distinguer ces symptômes un peu vagues, on doit en convenir, de ceux qui sont propres à l'*inflammation* de la veine-porte, avec lesquels ils ont été assez souvent confondus. On pourra, à ce sujet, consulter avec fruit un intéressant mémoire de Waller, de Prague : *Die Entzündung der Pfortader (Pylephlebitis)*, in *Zeitschrift der K. K. gesellschaft der Aertzte zu Wien*, 1846, sept.-octob.

SYPHILISATION EXPÉRIMENTALE.

Syphilis primitive et constitutionnelle chez l'homme, guérie au moyen de la syphilisation,

Par M. Zelaschi.

Tel est le titre de l'observation qu'on va lire, qu'on a voulu donner dans la discussion de l'Académie comme favorable aux idées de la syphilisation, et qu'un des fauteurs de cette pitoyable pratique, M. Zelaschi, donne lui-même comme un beau cas de succès. Voici d'abord le fait lui-même tel que l'a traduit M. Diday; de la *Gazetta del Ass. medic. de gli Stati Sardi*:

Carlo T..., âgé de vingt-neuf ans, tempérament sanguin, bonne constitution, contracta, en mai 1851, un chancre primitif au haut du prépuce. A côté de cet ulcère, il existait une induration large de 18 millimètres, reste d'un chancre pris en novembre 1850, et guéri par un traitement purement local. Il avait aussi une blennorrhagie depuis janvier 1851. Une première, prise en 1848, avait guéri spontanément au bout de trois mois.

Quand je vis ce malade le chancre datait de trente-cinq jours, avait de 12 à 15 millimètres de diamètre, une base extrêmement indurée et étendue. Il n'avait subi pour traitement que trois cautérisations par l'effet desquelles le mal s'était exaspéré.

Voulant traiter cette affection par la syphilisation, je fis, le 22 juin, en bas et en dedans de la cuisse droite, deux piqûres avec une lancette imprégnée de pus du chancre préputial.

Le 25, on voyait sur ces points deux petites pustules. Ce même jour, je pratiquai avec le même virus deux piqûres à côté des premières. Au bout de deux jours elles avaient produit des pustules.

Cependant l'ulcère du prépuce ne s'améliorait point; au contraire, il devenait plus douloureux et suppurait davantage.

Le 26, je prescris des boissons acidules et un laxatif.

Le 27, le malade accuse à l'aine gauche de la douleur; on y constate un bubon du volume d'un œuf de pigeon. (Cataplasmes émollients.) Le 27, sur la cuisse gauche, deux piqûres avec le virus des deux premiers ulcères artificiels et une troisième avec le virus du chancre préputial. Il en résulte trois pustules.

Le 1er juillet, trois piqûres au dedans de la même cuisse avec le pus des ulcères artificiels. Le troisième jour elles ont donné lieu à autant de pustules.

Les ulcères des deux premières inoculations sont très douloureux. (Onguent rafraîchissant.) Le chancre préputial a 18 millimètres de largeur et continue à s'accroître.

Le 5, je fais avec le pus du chancre préputial et des ulcères artificiels deux piqûres sur la cuisse droite; le 8, trois piqûres sur la cuisse gauche; le 10, quatre à côté de ces dernières. Le deuxième et le troisième jour, toutes ont produit des pustules. On essaye, mais sans succès, d'inoculer le pus de la blennorrhagie.

Le 20, les ulcères des deux premières inoculations sont très douloureux, ont de 10 à 13 millimètres d'étendue et sécrètent beaucoup de pus virulent. Un ulcère de la première et un de la seconde inoculation ont une base très dure. Ceux des inoculations suivantes ont moins d'étendue. Ceux de la troisième n'ont que 8 millimètres; ceux de la quatrième 6, et ainsi de suite.

Le bubon est stationnaire, mais non le chancre du prépuce. Il a maintenant 2 centimètres, est très enflammé, d'un rouge sombre; il a détruit une grande partie du prépuce, ce qui force de suspendre les inoculations.

Les 10, 13, 17 et successivement, on donne des laxatifs, des potions rafraîchissantes; bains simples généraux; bains du pénis avec la décoction de mauve fréquemment réitérés.

Le malade ne présentait aucune complication morbide apparente.

Le 21, l'inflammation locale persistant, le pouls étant apyrétique, mais plein et vibrant, on fait deux saignées; elles sont répétées le 23 et le 24. Le sang des deux premières saignées offre une légère couenne; elle manque dans celui des quatre dernières.

Le 29, le chancre du prépuce et surtout ceux des inoculations paraissent moins enflammés. A part les ulcères des deux premières inoculations, qui sont encore virulents, tous les autres sont en voie de réparation. Ceux des cinquième, sixième et septième sont presque cicatrisés. L'engorgement glandulaire de l'aine est à peu près dissipé, mais le chancre du prépuce conserve sa virulence et continue à augmenter. — Pansement avec les cataplasmes émollients; lotions tièdes fréquentes; sangsues à l'anus.

(1) Voyez : Andral, *Anatomica pathologica*; Übersetzung von Dr Becker, 1832; Dr Busch, *De Vrouw uit een natuur—ziekte—en geneeskundig Oogpunt beschouw*, 1842. Deel II; et Bontekoeis *werken*, 1852.

(2) On peut consulter entre autres, relativement à cette question, Schmidt's, *Encyclopadie der gesammten Medicin*, 1843, Band II.

Le 4 août, les ulcères des trois dernières inoculations sont cicatrisés; les autres sont en voie de réparation. Au contraire, le chancre du prépuce s'est étendu au gland, et a produit par contact deux chancres au-dessous de la verge, et un troisième dans le méat urinaire. — Pansement avec la liqueur de Laharaque affaiblie.

Le 14, les deux ulcères des premières inoculations et un de la seconde sont fongueux et indolents. Tous ceux des autres inoculations sont parfaitement cicatrisés. Le chancre du prépuce gagne lentement, mais continuellement.

Ce même jour, apparaissent sur le dos, les fesses, en arrière et en dehors des cuisses et sur d'autres parties des taches à peine saillantes, d'un rouge de cuivre, larges de 2 à 6 millim., indolentes et sans prurit.

Dans la nuit du 18 au 19 et les nuits suivantes, le malade ressent une douleur dans la partie antéro-supérieure du tibia. Le 25, cette partie est devenue légèrement tuméfiée.

Le 20, l'ulcère du prépuce a 3 centim.; il est induré; il a détruit la moitié supérieure du prépuce et rongé 3 à 4 millim. de la couronne du gland. Les deux ulcères cutanés de la verge sont de 5 à 6 millim. et sans induration; celui du méat s'étend à 5 ou 6 millim. de profondeur dans le canal; il est induré. Les taches de la peau deviennent de plus en plus confluentes.

Les choses étant dans ce triste état, le traitement antiphlogistique demeurant infructueux, j'opinai qu'il y avait lieu de tenter de nouveau la syphilisation, espérant un meilleur succès en raison des modifications survenues dans l'organisme. M. Sperino approuva ce projet, et conseilla de pousser l'inoculation plus vivement.

Le 20, je fis sur l'abdomen vingt piqûres avec le pus des ulcères d'un autre malade; il en résulta autant de pustules.

Le 23, je pratiquai à l'épigastre quatorze piqûres avec le pus de l'ulcère préputial; il s'ensuivit douze pustules.

Le 27, *je cautérise avec le nitrate d'argent les ulcères* FONGUEUX *existant sur les cuisses. On réitère cette cautérisation le* 30. On continue localement les cataplasmes, les lotions froides, boissons nitrées et acidules. Etat général satisfaisant. L'ulcère primitif ne fait plus de progrès. *Les ulcères de l'inoculation du* 20 *sont enflammés, douloureux, mesurent de 4 à 5 millim.* (Onguent rafraîchissant et cataplasme émollient sur ces ulcères.) On fait quinze autres piqûres sur la région épicolique gauche; il en résulte onze pustules.

Le 31, la douleur du tibia est à peine perçue. La syphilide ne fait plus de progrès. Les ulcères de l'inoculation du 20 sont en voie de réparation. Ce même jour, on fait sur l'abdomen vingt piqûres avec le pus des ulcères développés par l'inoculation du 23; on en obtient dix-huit petites pustules.

Le 6 septembre, la douleur et le gonflement sont dissipés; la syphilide se décolore. L'ulcère préputial est en grande partie rosé; mais la portion qui touche le gland est encore virulente et douloureuse. Les ulcères de la verge sont en voie de réparation. Ceux produits par l'inoculation des 20 et 23 août sont secs. Les ulcères produits par l'inoculation du 27 et du 31 ont 2 ou 3 millim. de largeur. Quelques-unes des pustules se sont desséchées sans s'ouvrir. Ce jour, on fait cinq piqûres avec le pus virulent d'un autre malade; on en obtient cinq pustules.

Le 12, on pratique, sur la région épicolique droite, neuf piqûres avec le pus des ulcères résultant de l'inoculation du 6; elles donnent naissance à de petites pustules.

Le 15, avec le même pus, on fait six piqûres qui ne produisent rien. Les deux ulcères de la verge sont cicatrisés; celui du méat diminue. Celui du prépuce est en voie de réparation; son induration est de beaucoup diminuée; celle qui accompagnait le chancre du méat se dissipe aussi.

Le 20, on pratique vingt inoculations avec le pus provenant d'un malade infecté récemment; il s'ensuit dix-sept pustules, petites, et qui, le 29, ont séché sans s'ouvrir, à part deux qui, ce jour-là, sont encore un peu humides.

Le 25, tous les ulcères artificiels sont guéris. Le chancre du prépuce est en grande partie cicatrisé. Ce jour, puis le 1er octobre, on fait quinze piqûres, neuf la première fois, six la seconde, sans en obtenir de résultat. On applique, à trois reprises, du pus virulent sur l'ulcère préputial, qui est presque complétement cicatrisé. L'ulcère n'en marche pas moins franchement vers la cicatrisation.

Le 8, on fait neuf inoculations; elles produisent trois petites pustules, à peine de la grosseur d'une tête d'épingle, et passent en moins de trois jours sans s'ouvrir.

Le 9, presque toutes les macules cutanées syphilitiques ont disparu; il s'est fait une abondante desquamation sur toute la surface du corps, plus prononcée dans les régions où les macules existaient en plus grand nombre.

Le 11, on fait six piqûres; on en répète dix autres le 19. Aucune ne donne de résultat. Pour les inoculations faites du 25 septembre au 19 octobre, le virus fut pris sur les ulcères indurés, en voie de progrès, d'un autre malade: ce pus, inoculé à des personnes actuellement en travail de syphilisation, avait témoigné sa qualité éminemment contagieuse.

Enfin, tous les phénomènes syphilitiques, tant primitifs que consécutifs, sont guéris. Tous les ulcères, tant spontanés qu'artificiels, sur les diverses parties du corps, sont cicatrisés. L'induration de l'ulcère préputial, de celui du méat et des ulcères artificiels s'est dissipée. L'engorgement ganglionaire de l'aine et le gonflement du tibia ont disparu. Les macules sont passées, ainsi que l'écoulement urétral. Le syphilisé a repris ses travaux.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 août 1852. — Présidence de M. MÊLIER.

Syphylisation.

M. RICORD. Messieurs, je monte à cette tribune avec beaucoup d'appréhension; car le sujet que j'ai à traiter est long, et je pourrais lasser votre attention. La discussion qui s'est ouverte a amené des questions personnelles, et je pourrais être trop personnel; mais un peu d'indulgence de votre part, et la volonté bien arrêtée de m'effacer autant que je le pourrai rendront peut-être ma tâche possible.

Dans tous les cas, messieurs, ce n'est pas le rapport que je viens défendre; la lettre et l'esprit en sont en trop bonnes et puissantes mains, et partent d'une trop haute intelligence pour que j'aie à lui venir en aide. Mais comme on a tourné le rapport pour arriver jusqu'à moi et m'en rendre en quelque sorte responsable, il m'appartient de répondre.

Et d'abord je dirai que j'ai accepté le rapport, parce qu'il était l'expression de la pensée de la majorité de la commission, en me conservant toutefois le droit de faire mes réserves.

Cela posé, arrivons aux questions que j'ai à traiter sérieusement, et permettez-moi, avant tout, de vous expliquer l'espèce d'initiative que j'ai prise dans le grave procès qui se plaide devant *ces assises*.

J'étais resté longtemps indifférent sur ce qui se faisait en fait de transmission de la syphilis aux animaux, surtout en fait de syphilisation animale et humaine. Je n'avais ni vu, ni lu; je n'avais rien à dire. Je laissais faire; je laissais passer, comme l'a dit notre savant collègue M. Velpeau; je ne barrai pas le passage; mais je ne remarquai, ni ne poussai ce qui me paraissait absurde, ou au moins très hasardé.

Cependant le moment était venu où l'opinion publique commençait à s'émouvoir. Des écrivains respectables de la presse sérieuse prenaient déjà les questions au sérieux, et mes amis, ainsi que mes adversaires, me demandaient compte de mon silence et de mon inaction.

J'ouvris d'abord la porte de mon amphithéâtre aux bêtes, aux singes, et, plus tard, aux syphilisés d'un autre ordre.

Que Dieu me le pardonne! mais bientôt je dus suspendre mes relations avec les uns et les autres.

Cependant la doctrine n'en faisait que plus de bruit; elle décrétait chaque jour de nouvelles lois, dont notre spirituel confrère M. Malgaigne vous a donné le chiffre étonnant, inscrit au bulletin de la syphilisation.

Parmi les lois organiques se trouvaient inscrites en première ligne celle qui veut que les chancres d'inoculation décroissent régulièrement et invariablement par ordre de succession, puis celle qui commande aux accidents constitutionnels de s'arrêter et de disparaître. Je trouvai un confrère, le docteur L..., réfractaire à ces lois, ou qui les bravait avec courage, et chez lequel les chancres qui suivaient étaient aussi grands et quelquefois plus grands que ceux qui les avaient précédés, et chez lequel aussi une syphilis constitutionnelle ne faisait que croître et s'assombrir sous l'influence des *irrigations* chancreuses.

Je ne vous présentai pas ce malade, comme on vous l'a dit dans la dernière séance, pour exciter des sentiments de commisération et de pitié; c'eût été manquer de respect à une assemblée comme celle-ci, et j'ai moi-même fait trop longtemps la guerre sur le champ de bataille de l'hôpital du Midi pour être aussi facilement ému; mais je le soumettais à votre observation pour qu'en temps et lieu il restât dans vos souvenirs, si la question de la syphilisation valait un jour la peine d'être soumise à votre jugement.

On ne se contenta pas d'accepter M. le docteur L... comme une simple présentation. A part ce qui avait trait à la syphilisation, on trouva dans la manière dont il paraissait avoir contracté la syphilis, et que je réservais pour un autre moment, celui où je devais vous rendre compte du remarquable travail de mon savant collègue et ami M. Cullerier; on trouva, dis-je, que les conditions dans lesquelles la syphilis constitutionnelle s'était en apparence développée devait devenir le texte d'un rapport et d'une double discussion sur la syphilisation et la transmission possible des accidents secondaires, comme règle générale ou comme exception.

Me voilà aujourd'hui en présence de ces deux questions; mais vous avez voulu que ce fût d'abord celle de la syphilisation qui fût discutée, et c'est de celle-là dès lors que je vais m'occuper.

Les discours que vous avez entendus à ce sujet dans votre dernière séance peuvent être rangés en deux catégories: l'une scientifique, de MM. Malgaigne et Velpeau, auxquels je m'efforcerai de répondre; l'autre personnelle, que j'éluderai le plus possible pour être fidèle à mes engagements.

Mais allez-vous me permettre, messieurs, de commencer par le commencement l'histoire de la doctrine que vous avez à juger? Il le faut bien; il faut que vous écoutiez mes prémisses si vous voulez entendre mes conséquences.

Je commencerai donc par la transmission de la syphilis aux animaux: c'est un des points de départ.

Hunter n'avait pu transmettre la syphilis aux animaux. D'autres expérimentateurs, parmi lesquels se trouvent M. Cullerier fils et moi, avaient échoué: d'où je conclus que la syphilis appartenait en nu-propriété à l'espèce humaine. Ce qui pourra étonner quelques personnes, c'est que cette opinion je la professe encore, car le chancre n'est pas toute la vérole.

On est parvenu, dit-on, à inoculer l'ulcère syphilitique primitif à des brutes, et partant on a fait à Hunter et à ses successeurs un reproche *virulent* de n'avoir pas réussi et de n'avoir pas tiré des conclusions contraires aux résultats négatifs qu'on avait obtenus.

Mais l'avocat habile qui a plaidé les causes atténuantes dans la dernière séance et notre collègue plus avancé en syphilisation se rappellent-ils ce que l'inventeur de la syphilis des animaux a écrit?

J'aurais bien envie de les envoyer un peu à Toulouse (*Gazette médicale de Toulouse*, février 1852); ils y verraient, dans un journal du reste très recommandable, ils y verraient comme quoi l'inoculateur heureux avait échoué plus souvent que ces devanciers, qui n'avaient pas séjourné comme lui dans le *palais* des singes pour surprendre leurs faits et gestes et les empêcher de se lécher eux-mêmes ou de se faire lécher par un ami complaisant. La salive fut donc reconnue comme neutralisante ou détersive des chancres chez les singes, malgré les faits nombreux de chancres des lèvres, de la langue et de la cavité buccale chez l'homme.

Mais ce n'était pas tout: les insuccès se multipliaient bien qu'on inoculât les singes dans des endroits inaccessibles à leur langue.

Deux papions surtout donnèrent de constants démentis en public. Les singes furent d'abord calomniés; on pensa qu'ils avaient pu contracter la vérole en province ou dans leurs voyages; mais les mêmes résultats ayant été obtenus sur une demi-douzaine de chats *irréprochables*, on fut obligé de renoncer à ce système de dénigrement et de découvrir la syphilisation pour tout expliquer.

Il fallait du pus fort, de première qualité, et on avait pris du pus faible, c'est-à-dire du pus d'une inoculation artificielle faite d'abord au malade auquel on l'empruntait, pus qui, arrivant après un premier degré de syphilisation, avait perdu de son activité, ce qui aurait eu un semblant de raison s'il n'était écrit plus tard dans la doctrine qu'un pus altéré par un terrain qui n'est plus convenable se régénère et retrouve toute sa virulence quand il est transplanté sur un terrain vierge! Témoin le 60e chancre de M. Laval, qui a servi à inoculer le premier chancre vigoureux de M. P..., qui a servi à M. le docteur L...; mais nous sommes dans la doctrine des contradictions, il ne faut s'étonner de rien!

Cependant, et toujours pour être conséquent avec les contradictions, ce fut avec le pus d'un chancre d'inoculation, avec un pus dès lors *inférieur*, que fut inoculé le singe qui servit à l'inoculation de M. Welz. Je me plus à constater ce fait à ma clinique, et j'en tirai la conséquence qu'il était très difficile de transplanter le virus syphilitique chez les animaux et qu'on devait échouer plus souvent qu'on ne réussissait, parce qu'ils étaient *très réfractaires*, sans autre condition que leur nature.

Quant à d'autres accidents, je persiste à nier, jusqu'à preuve authentique du contraire, qu'on n'en ait jamais produit: pas de bubons virulents inoculables, pas d'accidents constitutionnels.

Il faut n'avoir pas les premières notions de syphilis pour rapporter à la diathèse syphilitique la double conjonctivite scrofuleuse et l'adénopathie strumeuse par lesquelles un malheureux singe en mourant a échappé à l'observation des hommes sérieux intéressés à sa santé.

Il faut aussi ne pas connaître ou avoir oublié la symptomatologie de la vérole pour regarder comme pathognomonique tout gonflement osseux, même sur les animaux les plus domestiques. Qu'on interroge à ce sujet nos savants collègues de la section de médecine vétérinaire.

Du reste, où sont les observations, les sujets présentés aux sociétés savantes, aux académies? Vous auriez dû en trouver des exemples dans le dossier des défenseurs de la doctrine... Vous vous rappelez la consciencieuse exhibition de M. Malgaigne: *Rari apparent.....*

Voilà cependant la clef de voûte de la syphilisation. On a eu beaucoup de peine à inoculer les singes une première fois; on a eu beaucoup de peine à les inoculer ensuite, d'où on a conclu qu'ils devaient être syphilisés!!!

Mais ce n'est pas tout, la syphilisation a dû chercher si déjà elle n'avait pas une histoire plus ancienne.

En admettant l'antiquité de la vérole, elle a trouvé ce qu'on cherche en vain depuis trois siècles pour expliquer l'épidémie de 1494; elle a trouvé que le vieux virus de la création avait suivi l'impulsion du temps, et s'était régénéré à la *renaissance* en rencontrant probablement des terrains nouveaux, des constitutions nouvelles sorties de n'importe où, en Amérique ou en Europe; et qu'après avoir épidémiquement syphilisé le monde entier, il s'était de nouveau affaibli par ses propres excès, en attendant que la main puissante d'un syphilisateur vînt lui rendre et sa force et son activité. Swédiaur avait presque trouvé cela, sans s'en douter. Mais, qui l'eût cru? c'est surtout à Boërhaave qui fut le premier syphilisateur; car Boërhaave conseillait d'entretenir les ulcères primitifs pour prévenir les accidents constitutionnels, cas dans lequel les chancres par des inoculations continues de leurs bords syphilisent. Ce qui est encore contraire à la doctrine, puisque pour en finir avec un chancre qui persiste et qui est impuissant à se syphiliser lui-même il en faut quelquefois cent de plus. J'ai montré à ma clinique qu'après sept années de durée un chancre serpigineux était encore inoculable, comme celui qui au bout de dix-huit mois de durée fournissait une des inoculations réussies chez M. Laval.

Voilà ce qui se passait en France; voilà ce qu'on révélait au monde scientifique, lorsqu'à Turin M. Casimir Sperino, confrère honorable, sans doute, mais jusqu'à présent plus convaincu que convaincant, se mit à faire un retour sur son passé, et se prit d'étonnement de voir que des accidents qui, quand on sait les reconnaître quels que soient leur siége, leur nombre, leur étendue et leur durée, ne doivent pas être suivis d'accidents consécutifs, ne donnaient jamais lieu à la syphilis constitutionnelle, et que des filles publiques qui entraient au syphilicôme avec un accident, n'en avaient pas d'autres plus tard, et qu'enfin des inoculations artificielles exploratrices n'empêchaient pas celles auxquelles on les avait empruntées de guérir.

M. Sperino ne savait pas, ou avait oublié qu'il ne faut qu'un chancre, pourvu qu'il soit de la bonne qualité, pour produire l'infection, que les filles publiques soient de Turin ou arrivent de province.

Au delà des Alpes, mais surtout au delà de la rue de Jérusalem, on crut trouver les filles publiques réfractaires à la contagion. Ce que les syphilisateurs s'expliquaient par l'existence de chancres successivement syphilisateurs *gagnés* dans le cours d'un long commerce; ou bien, dans une autre version, parce qu'elles étaient saturées de virus. Comment s'était-on assuré de ces deux états? Si ce n'est pas l'inoculation exploratrice qu'a dû sans doute pratiquer aussi un des persévérants antagonistes des inoculations, M. de Castelnau, journaliste distingué qui ne partage pas toujours mes opinions, et qui cependant s'est plusieurs fois laissé tenter.

Mais les vieilles filles publiques qui n'ont jamais eu que de vieux catarrhes utérins, par quel privilége ont-elles échappé à la contagion? N'est-ce pas par des conditions de tissus? Durant aurait peut-être trouvé une syphilis par emboîtement pour expliquer cela.

Ce n'est pas ma faute, messieurs, si je vous entretiens de choses aussi merveilleuses; mais on a reproché à la commission de n'avoir pas pris connaissance des travaux des syphilisateurs. Voilà leur passé. C'est avec cela qu'ils sont venus proposer de donner la vérole à tout le monde, pour qu'on n'eût pas la peine ou le plaisir de la prendre.

Oui, on a sérieusement proposé la syphilisation prophylactique. Vous savez les catégories qu'on a établies; elles sont dans l'énergique rapport de notre honorable confrère; mais on a plus fait: de l'utopie, on a passé à la pratique, et on a communiqué la syphilis à des individus qui ne devaient peut-être jamais l'avoir. Lisez l'observation que renferme la *Gazette des Hôpitaux* de samedi passé, 31 juillet.

On a renoncé, nous a dit M. Malgaigne, à inoculer les gens qui se portent bien. La plume, ou, pour mieux dire, la lancette, est allée plus loin que la raison; mais ce qui surtout a obligé la raison d'arrêter la lancette, c'est que celui qui proposait cette pratique était mis en demeure de s'inoculer lui-même, attendu que, médecin, il s'était toujours exposé à la contagion.

Toutefois, au sujet de la syphilisation préventive, on a dû vous parler de la vaccination, proposée par mon savant élève et ami M. Diday, de Lyon. Cette vaccination, qui n'a rien de commun avec l'autre, est un rêve d'honnête homme; c'est un savant qui s'est égaré, mais qui n'a fait de mal à personne. Il est parti d'un principe vrai, de l'*unicité* (le mot n'est pas de moi, mais je le prends) de la diathèse syphilitique, que des études plus attentives et le temps feront reconnaître comme une des grandes vérités pathologiques; car il n'est plus permis, en 1852, de prendre pour des véroles constitutionnelles nouvelles les différents accidents si caractéristiques d'une seule et même infection qui peuvent se succéder, ou de simples accidents primitifs nouveaux. Mais M. Diday a fait fausse route parce qu'il a perdu de vue son point de départ: le chancre qui doit ou non infecter; lui qui sait si bien tout cela. M. Diday s'était appuyé, pour prouver ses succès, sur la fatalité des manifestations secondaires dans le cours des six mois qui suivent l'accident primitif: il avait raison. C'est faute de reconnaître l'accident qui infecte ou d'apprécier les influences des traitements qu'on peut méconnaître cette loi. Et je ne sais où M. Malgaigne a vu que dans le rapport il y avait un observation contradictoire. Il doit se rappeler, au contraire, un confrère très intéressant, que nous avons vu ensemble, et qui, malgré ses opinions opposées, a été obligé de subir la loi.

Revenons aux syphilisateurs. Où sont leurs syphilisés? Tout le monde en a demandé; ils les comptent par centaines et personne n'en voit, pas même les amis qui ont pris ici la défense. Il y en a un qu'on dit réfractaire et qu'on montre toujours, et qui ne l'était pas encore complétement quand il m'est échu, puisque je montrais encore, au *quatorzième jour* d'une inoculation, une pustule d'ecthyma primitif assez caractéristique pour n'avoir pas besoin d'une contre-épreuve, que je n'ai pas, du reste, empêchée. Les autres inoculations, qui avaient échoué sur le syphilisé, avaient aussi échoué sur les malades auxquels le pus avait été emprunté. Mais, vous dit l'auteur: « on ne peut pas plus syphiliser d'une manière

» absolue qu'on ne peut faire le vide complet sous la machine » pneumatique. »

Mon honorable collègue M. le docteur Denis, chirurgien en chef du dispensaire de salubrité publique, a vu ces expériences. Je croirais manquer à ma dignité et descendre de la hauteur de cette tribune, où vous m'avez placé, si je vous en disais davantage.

L'autre syphilisé, qu'on faisait également voir, et auquel j'avais prédit une vérole constitutionnelle, a vérifié la prophétie, si c'est, comme je le crois, son observation que la *Gazette des Hôpitaux* a publiée. Voilà pour la prophylaxie. Voilà tout ce qui prouve comment on peut se mettre à coup sûr à l'abri de la syphilis et de ses conséquences.

Voyons maintenant la syphilisation curative. Vous savez comment et par quelles erreurs de diagnostic elle a été révélée; par quelle fausse appréciation des faits, par quelle ignorance des lois de la syphilis on a pu être illusionné.

Examinons donc les observations sur lesquelles elle s'appuie; mais où les prendre, ces observations? Est-ce celle du singe qu'on a cru mort de la vérole pendant qu'on le syphilisait; est-ce l'observation de M. L...; sont-ce celles de notre savant et judicieux collègue M. Gosselin (voir *Gazette des Hôpitaux* du 17 janvier 1852), ou bien celles que va publier contre la syphilisation mon ami M. le professeur Thyri, de Bruxelles, et que l'auteur de la syphilisation a dû voir dans un récent voyage? Non, celles-là on les répudie, elles n'ont pas été faites *secundum artem*; et tandis que des singes sont soupçonnés de se syphiliser seuls, que les filles publiques sont syphilisées au hasard par le premier libertin venu, les hommes de science que je viens de citer ont manqué à toutes les règles. Mais les règles, les préceptes opératoires, les formules qui doivent assurer le succès, on les connaissait donc avant de les avoir découvertes, puisque du premier coup on a réussi! car, que je sache, on a toujours eu des succès et jamais de revers!

Quoi qu'il en soit, quand j'ai vu prendre la parole à M. Malgaigne, lui qui met tant de précision dans l'appréciation des faits et tant de valeur dans leur nombre, j'ai cru qu'on lui en avait montré beaucoup à lui qui avait eu les confidences intimes, et qu'en disant à la commission: « On vous a proposé de voir, et vous avez refusé », lui nous dirait: « J'ai vu et touché. » Mais rien de cela. il n'est pas plus avancé que nous; il n'en a pas vu davantage, et cependant les syphilisateurs les comptent par centaines depuis hier à peine que tout cela a commencé!

Et cependant, dit-on, notre intelligent confrère M. Marchal (de Calvi), qui a inventé la division de la syphilisation en préventive et curative, est enthousiaste de cette dernière. Je ne dirai pas, à propos de notre spirituel confrère, qu'il est des personnes dont l'enthousiasme est l'état normal; on connaît trop le bon sens, la haute raison et le généreux caractère de M. Marchal (de Calvi) pour croire qu'il se soit autant avancé qu'on a l'air de le dire, qu'il a eu peut-être l'air de le faire croire. M. Marchal (de Calvi) fait partie avec moi de la commission de syphilisation instituée par M. le préfet de police. J'ai discuté les faits auxquels il m'a semblé qu'il attachait beaucoup moins de valeur qu'on n'a cherché à vous le faire croire. Un de ces faits des plus importants est devenu mien, car j'ai eu à venir en aide à la syphilisation en défaut et trop tôt prônée; cette observation, la voici:

« M. X..., officier d'infanterie; vingt-trois ans.

» En septembre 1848, chancre induré. Traitement mercuriel de deux mois avant l'apparition des accidents secondaires.

» En août 1849, testicule syphilitique. Séjour de trois mois à l'hôpital. Il prend de l'iodure de potassium (120 cuillerées d'une solution).

» En mai 1851, exostose sur la neuvième côte du côté gauche. — Frictions avec de la pommade iodurée et 100 grammes d'une solution d'iodure de potassium.

» En octobre 1851, tubercule de la pointe de la langue ulcéré.

» L'ulcère acquiert en peu de jours une dimension assez grande pour y loger la pointe du doigt.

» Le malade entre au Val-de-Grâce (service de M. Marchal, de Calvi). Il prend pendant deux jours un gramme d'iodure de potassium et 2 pilules de proto-iodure de mercure.

» Quatre à cinq jours après l'arrivée du malade, on emploie les inoculations syphilitiques.

» Première inoculation faite au bras droit du malade avec du pus de chancre. Les jours suivants, pustule qui suppure.

» Quatre à cinq jours après cette inoculation, l'ulcère de la langue est modifié; la langue, qui était très gonflée et douloureuse, a repris son volume.

» Huit jours après la première inoculation, nouvelle inoculation faite au bras gauche; elle produit, les jours suivants, une pustule qui s'ulcère.

» Le malade quitte l'hôpital le 15 décembre 1851, après un mois et demi de séjour. L'ulcère de la langue était bien cicatrisé; mais la santé générale était mauvaise; douleurs céphaliques et articulaires.

» Nouvelle inoculation par M. Marchal (de Calvi) trois jours après la sortie du malade; elle produit une fausse pustule, au dire de M. Marchal.

» A la fin de janvier, quatre à cinq autres inoculations sont faites; aucune ne produit de chancre.

» Le malade se présente le 30 mars 1852 à notre consultation, et nous présente les accidents suivants:

» Cicatrice anfractueuse à la pointe de la langue; douleurs céphaliques et articulaires nocturnes.

» Au niveau de la région saine, dans un point situé entre les deux épines iliaques postérieures, existe *une tumeur du volume d'un œuf de pigeon; elle soulève la peau sans que celle-ci soit modifiée* (tumeur gommeuse).

» Tumeur semblable à la précédente, mais plus petite, à la tubérosité tibiale antérieure du côté droit.

» Autre tumeur semblable, encore plus petite que la précédente, située à deux centimètres en dedans de la précédente.

» Cicatrices d'inoculation. L'une au bras droit; elle est rosée, acuminée et de la grosseur de la moitié d'un pois rond. A 2 centimètres au-dessous, autre cicatrice semblable à la première.

» A la partie supérieure et antérieure du bras gauche se voient deux cicatrices, dont une plus élevée que l'autre et exactement semblable à la cicatrice correspondante du bras droit.

» Les ganglions axillaires ne sont pas engorgés. »

Voilà une des observations principales de M. Marchal (de Calvi) et une de celles qui ont paru le plus l'impressionner.

Cependant qu'y a-t-il là d'extraordinaire pour ceux qui savent que les accidents analogues de la langue se guérissent sans traitement?

Est-il possible raisonnablement de rapporter à l'inoculation artificielle aucune des modifications survenues?

Est-il possible de considérer ce malade comme étant syphilisé?

Les syphilisateurs diraient: Oui, parce que M. Marchal avait échoué dans les dernières tentatives d'inoculation.

Il avait eu de fausses pustules, et cependant vous savez que les syphilisateurs n'admettent pas de fausses pustules; pour eux, il n'y a que des chancres avortés.

Mais s'il était syphilisé, d'où vient que les accidents de syphilis tertiaire ont continué à se produire et à s'aggraver jusqu'à ce que le traitement méthodique que j'ai institué les ait fait marcher à la guérison?

Je crois n'avoir pas besoin de m'arrêter davantage sur une pareille observation.

En voici une autre que je dois à l'obligeance de M. Lefèvre, étudiant en médecine:

« Mlle X..., âgée de vingt-deux ans, fut atteinte au mois de juillet 1851 d'un chancre suivi d'une adénite non suppurée. Elle fut soumise au traitement mercuriel; au bout de six semaines apparut une roséole, qui, traitée par les bains, disparut en quinze jours, le traitement mercuriel étant continué.

» En novembre, Mlle X... eut un érysipèle de la face.

» Quelque temps après, les ganglions sous-maxillaires s'engorgèrent et elle eut une légère érosion des amygdales.

» En février 1852, elle subit les manœuvres de la syphilisation. On lui inocula le pus d'un chancre provenant de son amant M. J...

» Cette inoculation fut faite sur le ventre et le chancre eut de la tendance à tourner au phagédénisme.

» Il était très douloureux, de l'étendue d'une pièce de 3 fr., et l'on en voit encore la cicatrice.

» Il dura six semaines, la croûte persista longtemps et il eut des périodes de recrudescence.

» On laissa un intervalle de trois semaines entre la première et la deuxième inoculation, qui fut faite au bras.

» Puis presque toutes les semaines on pratiqua cinq inoculations; mais pendant trois semaines on cessa complétement les essais.

» Bientôt, en une seule fois, quinze inoculations, suivies d'une violente fièvre avec gonflement du bras et douleur excessive, furent pratiquées sur cette jeune fille, qui fut forcée de garder le lit.

» Les inoculations faites sur son bras gauche sont au nombre de 40; la première provient du pus pris au chancre de M. J....

» Quant au bras droit, 15 inoculations ont été pratiquées avec le pus de ce jeune homme, et 35 environ avec celui provenant des chancres de la jeune fille elle-même.

» Il y avait eu déjà 20 inoculations de faites, lorsque la malade se fit une inoculation accidentelle qui devint plus grande que toutes les autres, très large, à base dure, enflammée et douloureuse.

» La dernière inoculation fut faite à la jeune fille avec son propre pus; mais on se proposait de lui en faire encore avec du nouveau pus, lorsque le malheureux jeune homme succomba le 13 juillet 1852, après 150 inoculations dont le pus prenait toujours.

» M. J... fut inoculé la première fois le 29 janvier avec du pus de blennorrhagie, qui ne produisit rien.

» Le 30, ce fut avec le pus d'un chancre que l'on commença la série de 150 inoculations que la mort termina il y a quelques jours.

» Aujourd'hui Mlle X... a des plaques muqueuses aux amygdales et une syphilide palmaire. Elle a aussi eu un exanthème circiné, furfuracé.

» Cette jeune fille est pâle, faible, et a beaucoup maigri. Après deux mois de syphilisation, son corps a été couvert de taches. M. J... avait vu aussi des taches paraître pendant son fatal traitement.

» Mlle X... se plaint actuellement de violents maux de gorge et de dysphagie. »

Je suis chargé dans ce moment de lui donner des soins pour sa syphilis constitutionnelle.

Enfin, si le Val-de-Grâce fait encore défaut, on nous oblige à repasser les Alpes. Nous voilà de nouveau en présence des faits incomplets de M. Sperino, qui a le plus fixé mon attention et duquel j'espérerais quelque chose, s'il y a quelque chose à espérer dans toutes ces étrangetés. Ces faits, qui ne sont pas par centaines, comme on nous l'a écrit, mais qui sont au nombre de 80, sont promis avec détails à l'autre commission dont je fais partie. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a des morts qu'on n'attribue pas à la syphilisation, mais qui sont dans des proportions considérables pour un hôpital de vénériens. Ce qui ressort des renseignements que cette commission a déjà reçus, c'est que des femmes sont revenues avec de nouveaux accidents; ce qui paraît encore certain, c'est que dans une maison de refuge de Turin on refuse de recevoir les femmes qui sortent du syphilicôme à cause des accidents qui se reproduisent.

Et pourtant c'est M. Sperino qui réussit toujours et qui ne suit jamais les procédés de Paris, qui du reste ne sont pas les mêmes pour tous les sectateurs. C'est à M. Sperino qu'on nous renvoie pour les observations les plus concluantes, la pratique la plus sûre, la plus heureuse; lui qui n'a ni pus fort, ni pus faible, ni pus supérieur, ni pus inférieur; lui qui inocule tout ce qui est inoculable et dans les proportions que vous savez!

On ajoute comme pièce à l'appui la déplorable observation de M. Zelaschi, que je n'aurais pas le courage de vous raconter, et avec cela on veut entraîner vos convictions!

Si vous hésitez et que vous demandiez d'autres faits, on vous répond par une théorie la plus étonnante qui ait jamais traversé un cerveau.

On vous dit: Tous les animaux de la création sont doués du syphilisme, c'est-à-dire de l'heureuse aptitude à contracter la syphilis, heureuse puisque c'est à cause d'elle qu'ils peuvent être syphilisés pour se mettre à l'abri de la syphilis ou s'en guérir.

Le syphilisme est une montagne, le chancre syphilisateur un voyageur. Au pied de la montagne, le chancre ne fait rien; s'il monte rapidement d'un côté et qu'il ne s'arrête pas au sommet pour redescendre rapidement de l'autre, tout est dit, il n'y a plus rien à craindre; mais s'il s'arrête au sommet, il infecte, et la syphilis constitutionnelle éclate. Notez bien que les syphilisateurs ne veulent pas que le virus pénètre l'économie, qu'il s'infiltre, qu'il sature; cela ne fait pas leur affaire. Mais comment expliquent-ils l'état constitutionnel par lequel tout syphilisé doit passer et auquel il peut s'arrêter? Ils n'en ont que faire; si vous le leur demandez, ils vous envoient promener sur la montagne.

Le syphilisme se mesure sur la grosseur des animaux et sur l'activité de leurs fonctions intellectuelles ou autres.

Les chancres syphilisateurs sont toujours en décroissant. Vous avez vu le docteur L...; vous connaissez les observations de M. Gosselin, celles de mon collègue M. Perche; vous connaîtrez bientôt celles de M. Thery, dont le nombre d'inoculations est énorme, et dans lesquelles les inoculations ont été égales ou toujours croissantes.

Un grand chancre syphilise plus qu'un petit; car l'extension de ses bords constitue autant d'inoculations successives; et cependant ce sont les grands chancres qui durent le plus longtemps, des mois, des années; tandis que les petits, isolés, guérissent, le plus vite, en quinze jours, trois semaines, un mois: avec de l'eau froide et de la charpie sèche, tout est dit. Ce sont donc les chancres qui syphilisent le plus qui guérissent le moins.

N'importe le nombre, les chancres inoculés dans une même séance ne comptent que pour un, et ce n'est que par des inoculations successives qu'on arrive à syphiliser; mais l'unité ici n'a pas toujours la même valeur, on vient de le voir par la loi qui précède. Et pourquoi alors en faire plusieurs? Mais c'est que, si on veut aller vite, il faut inoculer beaucoup à la fois et à des époques plus rapprochées; on peut agir autrement et aller moins vite. Donc tous les procédés sont bons, et on n'a pas le droit de rejeter les faits contradictoires.

Faites bien attention que les cas les plus graves, les chancres phagédéniques, sont ceux auxquels il ne faut pas appliquer la syphilisation, et pour cause; et cependant, si cette méthode subversive avait une raison d'être, ce serait dans ces cas ordinairement si rebelles.

Quant au chancre induré, si les syphilisateurs le connaissaient bien, ils sauraient qu'ils ne peuvent pas le produire à volonté.

Dans tous les cas où je leur ai vu emprunter le pus inoculable à des chancres non indurés et non infectants, ce sont des chancres de même nature qu'ils ont produits.

Les syphilisateurs ne veulent pas de fausses pustules; ils sont plus exigeants que les vaccinateurs quand ils ont besoin de résultats positifs. Dans les cas contraires, ils ont inventé le chancre *avorté*.

Les syphilisateurs n'ont pas tenu compte des conditions qui pouvaient faire varier l'étendue et la durée des chancres par rapport aux idiosyncrasies, comme chez M. Laval, ou par rapport au siége, par exemple, comme l'a fait observer M. Gosselin.

Le peu de gravité dans quelques cas et les succès apparents tiennent en réalité à ce que les cas simples sont de beaucoup les plus nombreux; il est rare que j'aie plus d'un chancre phagédénique à la fois dans mon service de 130 lits, et encore, pendant que ces malades séjournent plusieurs mois seuls, le service s'est renouvelé, en moyenne, de 80 nouveaux malades par mois sans qu'un nouveau cas se présente.

La syphilisation n'explique pas pourquoi un seul chancre guérit, et guérit vite. Ce n'est pas par la syphilisation générale, puisque le sujet est encore inoculable; ce ne peut pas être par une syphilisation locale, car alors, tant qu'il resterait un morceau de peau intact, il devrait pouvoir être inoculé.

Les syphilisateurs ignorent ou feignent d'ignorer qu'il n'est pas d'accident constitutionnel qui n'ait un terme et ne finisse par disparaître souvent dans des temps beaucoup moins longs que celui qu'ils réclament pour syphiliser.

Il y a aussi des cas contraires qui marchent quand même, comme celui du docteur L... et celui de M. Gosselin, et celui de la jeune fille que j'ai cité, en attendant d'autres.

On dit que la syphilisation n'est pas douloureuse. La preuve que donne son auteur, c'est qu'un philosophe a dit que la douleur n'était qu'un mot, et qu'une femme, Mme de Staël, a dit aussi qu'il ne fallait s'occuper que des grandes douleurs. Voilà, certes, d'excellentes raisons, en y ajoutant qu'il n'y a que le premier chancre qui coûte!

La syphilisation n'est pas dangereuse, affirment ses sectateurs. Moi je réponds que, si on a reproché à une simple inoculation exploratrice de donner quelquefois lieu à des accidents, on doit bien plus redouter ceux-ci, quand les inoculations sont par douzaines, par centaines.

Notre confrère M. Piedagnel vient de me rendre compte d'un cas rapidement suivi de mort qu'il a vu, et dont je vous ai parlé.

La syphilisation constitue un traitement plus commode, moins compromettant et moins long que le mercure, encore une fois calomnié et donnant des guérisons plus certaines.

Comprenez-vous combien il est plus commode d'avoir pendant cinq mois ou plus une vingtaine de chancres sur les bras, sur le ventre, sur les cuisses, qu'une pilule dans l'estomac le soir en se couchant?

Comprenez-vous encore combien est peu compromettant un traitement qui, pendant toute sa durée, constitue un foyer permanent de contagion? Que dites-vous des inconvénients d'une salivation possible à côté de ces avantages?

Ajoutez à cela ce que vous avez gagné comme durée. Un seul chancre guérit entre trois et six semaines; on vous en donne pendant six semaines, et cent pour en guérir un. Les traitements méthodiques que nous possédons répondent le plus souvent par de nombreuses années de guérison, tandis que la syphilisation, encore au berceau, sinon mort-née, ne saurait promettre et tenir tout cela; car vous avez déjà vu ce qui est arrivé à la malade de M. Gosselin, au malade du Val-de-Grâce à M. L... et à la fille que je soigne en ce moment. Il est vrai que les syphilisateurs ne repoussent pas absolument le mercure, puisqu'ils acceptent l'observation de Percy et qu'ils le conseillent quand il est nécessaire, bien qu'il soit l'antagoniste le plus violent de la syphilisation. Il en est de même de l'iodure de potassium, qui, pour eux comme pour nous, est un très bon remède dont on peut tirer parti.

Ah! messieurs, je vous demande pardon de tout ce que je viens de vous raconter d'étrange, d'inconcevable; ce n'est pas ma faute; on nous avait accusé d'avoir passé tout cela sous silence, n'avions-nous pas raison?

On a trouvé étrange que moi, qui ai eu recours à la méthode expérimentale, et qui ai fait des vœux pour qu'on trouvât des moyens prophylactiques sûrs et honnêtes, je n'aie pas accueilli et protégé cette soi-disant doctrine nouvelle. C'est une émanation de votre école, m'a-t-on dit; c'est une petite-fille de Hunter.

Pour soutenir quelque chose qui jusqu'à présent n'est qu'une monstruosité, on a failli calomnier les travaux de l'illustre syphilographe anglais, les grands noms des Bell, des Percy, l'ouvrage couronné d'Hernandez, les noms chers et honorés dans cette enceinte des Cullerier et presque tous les syphilographes modernes, y compris nos adversaires, qui ont été souvent plus loin que nous en expérimentation.

On a oublié, ou on ne veut pas reconnaître les services rendus par toutes ces recherches à l'étiologie, à la pathogénie et au diagnostic différentiel des maladies réputées vénériennes.

Mais je m'arrête pour conclure que, si, malgré tout ce que vous venez d'entendre, la syphilisation était une vérité telle qu'on nous la présente, ce serait la plus triste de toutes, et elle n'en devrait pas moins être légalement prohibée comme moyen prophylactique et rejetée comme traitement.

Je descends de cette tribune en faisant le vœu que cette journée soit un autre Saltzbach sans que la France ait rien à regretter.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 93. — SAMEDI 7 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 93. — SAMEDI 7 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — Paris. — REVUE DES HÔPITAUX ANGLAIS. Opération de la suture du périnée par le procédé de M. Brown. — Luxation et extirpation de l'astragale. — Académie de médecine, séance du 3 août. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 6 AOUT 1852.

L'étendue du compte-rendu de l'Académie nous ayant mis dans l'impossibilité d'insérer à la suite de l'observation de M. Zelaschi les réflexions qui devaient l'accompagner, nous les publions aujourd'hui. Ces réflexions seront d'ailleurs fort courtes; on en comprend facilement la raison.

Tout lecteur qui aura lu avec quelque attention l'observation de M. Zelaschi sera sans doute frappé d'étonnement qu'on ait pu donner une telle observation comme favorable aux monstrueuses manœuvres de la syphilisation. Quel est, en effet, le médecin vraiment digne de ce nom qui ne sera saisi d'un sentiment d'horreur en voyant un malheureux malade à qui on fait 171 inoculations, dont 114 suivies d'ulcères syphilitiques, le tout pour le guérir d'un chancre qui nonobstant dure au moins quatre mois!

Le 14 août, c'est-à-dire après 19 inoculations toutes suivies de chancres, et dont la première datait déjà de deux mois moins huit jours, ce malheureux malade est pris d'une éphélide syphilitique et de douleurs dans les tibias. A quels chancres doit-on attribuer les accidents consécutifs? Est-ce aux chancres inoculés? est-ce au chancre naturel? On nous permettra d'en douter, malgré l'induration de ce dernier lors des premières inoculations. Ne faut-il pas avoir perdu la raison ou quelque chose de plus précieux encore pour n'être point converti par un tel fait et pour y voir même un encouragement à la pratique de semblables manœuvres?

Quant aux succès de la syphilisation en tant que fait, cette observation semble prouver, en effet, que la victime soumise à l'expérience était devenue réfractaire à l'inoculation. Mais combien de temps aura duré l'immunité? Cette immunité aurait-elle persisté à l'inoculation avec du pus de plusieurs origines? Se serait-elle maintenue dans l'exposition à la contagion naturelle? Autant de questions de la plus grande importance que l'observation ne résout point et pour la solution desquelles il faudrait encore de nombreuses victimes. Répétons-le donc une fois de plus : la syphilisation est une monstrueuse manœuvre que tous les médecins honnêtes et sérieux banniront de leur pratique et qu'ils abandonneront aux médicastres avides de la renommée à tout prix. H. de C.

REVUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

Opération de la suture du périnée par le procédé de M. Brown

(Troisième article.)

Dans l'hôpital Sainte-Marie, un service confié à un habile chirurgien, M. Brown, est consacré aux lésions des organes génitaux de la femme, et j'y ai observé, entre autres cas, des faits remarquables relatifs à des kystes de l'ovaire, dont j'ai vu extirper un énorme, et dont j'aurai plus tard occasion de parler. Pour cette fois, nous nous occuperons des modifications essentiellement pratiques apportées par M. Isaac Balner Brown à l'opération de la périnéoraphie. Quoique chacun des détails, en particulier, ne soit pas absolument nouveau, cependant l'ensemble constitue un procédé complet, à physionomie assez spéciale pour qu'on puisse lui donner le nom de procédé de M. Brown.

Il s'agit surtout, pour l'application de ce procédé, des cas de rupture complète du périnée, dans lesquels anus et vulve ne forment plus qu'une seule ouverture; l'anus ne peut plus, ou à peine, retenir les matières fécales, et des prolapsus surviennent avec toutes les conséquences trop connues pour qu'il soit besoin d'insister.

M. Brown commence, suivant les préceptes bien connus aujourd'hui, par préparer la patiente au moyen d'un régime convenable et de douces évacuations alvines; puis il procède à l'opération comme il va être dit ci-après. Avant d'appliquer les sutures, il incise des deux côtés en arrière le pourtour de l'anus, dans le but, dit-il, d'empêcher le sphincter de troubler la réunion par ses contractions; puis il pratique deux sutures, l'une enchevillée, l'autre entrecoupée. A partir de l'opération, il tient la patiente couchée sur le côté et immobile au lit pendant plusieurs jours, le bassin et les cuisses reposant sur un coussin élastique plein d'eau. Pendant dix à douze jours, il administre des doses élevées d'opium, et fait uriner l'opérée au moyen du cathétérisme, répété toutes les quatre, cinq ou six heures. Le résultat de cet ensemble de moyens a été, jusqu'à présent, une série de succès remarquables, en particulier dans des cas où l'opération de la périnéoraphie avait déjà été pratiquée infructueusement sans toutes ces précautions. Arrêtons-nous un moment sur quelques-uns de ces détails.

Les moyens préliminaires sont recommandés par tout le monde et n'offrent rien de particulier.

Un des points principaux du procédé de M. Brown consiste dans l'incision du pourtour de l'anus surajoutée à l'opération dans le but de faciliter le rapprochement de la plaie. On verra dans l'observation II ci-après comment M. Brown a été porté à faire cette addition. Mais M. Brown a dit à ce sujet que ni M. Roux ni Dieffenbach n'avaient songé à remplir cette indication, qui s'était présentée cependant à l'esprit de quelques chirurgiens anglais, en particulier de MM. Copeland et Bransby Cooper. Il y a ici une erreur positive : Dieffenbach y a si bien songé que le procédé partout décrit sous son nom pour la périnéoraphie comprend comme temps principal la formation de deux incisions latérales sur le périnée, comme dans le procédé autoplastique de Celse, pour faciliter l'action de la suture, et nous allons voir qu'il n'y a peut-être pas tant de différence qu'on pourrait le croire à ce point de vue entre les incisions de Dieffenbach et celles de M. Brown. M. Roux a également si peu passé ceci sous silence qu'un de ses élèves, M. Mercier, dont les travaux sur la périnéoraphie sont classiques, a proposé précisément l'incision de l'anus telle que M. Brown l'a pratiquée la première fois (voir l'obs. II ci-après). Sans doute, il y a loin d'une simple proposition, presque passée inaperçue, à la description et à l'application d'un procédé régulier, dont l'utilité est ensuite démontrée par l'expérience répétée; mais il n'en est pas moins vrai qu'en France et en Allemagne on avait très bien songé déjà à remédier aux tiraillements exercés par la suture.

Une fois la suture enchevillée placée, M. Roux conseillait de faire une espèce de suture supplémentaire entre les chevilles seules, de manière à favoriser l'application des lèvres de la plaie et à empêcher le bâillement. D'autres avaient songé à ajouter une suture supplémentaire entre les bords cutanés de la plaie. De ce dernier conseil, M. Brown s'est fait une règle habituelle.

Le cathétérisme, fréquemment répété après l'opération pour évacuer artificiellement les urines, est un précepte d'une importance majeure, mais qui n'a rien de nouveau, et sur lequel depuis M. Roux tous les opérateurs ont spécialement insisté.

Enfin, il a toujours été question aussi d'administrer de l'opium pour tenir les intestins en repos; seulement il ne paraît pas qu'on l'ait employé à doses aussi élevées que le fait M. Brown. Dans le cas de l'observation II ci-après, on a administré 48 grains d'opium dans les douze jours qui ont suivi l'opération, et 40 grains en dix jours dans le cas de l'observation III. Les premiers jours, on en prescrit un grain toutes les trois ou quatre heures; plus tard, seulement un grain le matin, un grain le soir, excepté si des douleurs surviennent au point de troubler l'opérée par leurs effets sur le système nerveux, ou en sollicitant des mouvements péristaltiques du côté des intestins, ne viennent pas fournir indication de prescrire autant que nécessaire des doses nouvelles. M. Brown réussit à tenir ses opérées dans un état de constipation absolue pendant plusieurs jours, malgré qu'il les nourrisse assez abondamment. Jamais il n'a vu de mauvais effets résulter de ce mode d'administration de l'opium; jamais de troubles des digestions; pas d'accidents du côté de la tête. Et ses expériences sur cet agent portent sur une centaine d'opérations pratiquées au périnée, au rectum ou au vagin; c'est donc un agent très utile et puissant dans ces opérations spéciales. L'opium n'agit-il alors qu'en calmant les douleurs et en produisant la constipation? Lorsqu'on tient compte de l'absence de complications inflammatoires dans une série d'un assez bon nombre de cas entre les mains de M. Brown, alors que cette complication est assez commune en général dans la périnéoraphie, on se demande si l'opium n'a vraiment pas d'autre action. Par exemple, beaucoup de chirurgiens l'administrent à assez haute dose comme antiphlogistique, ou mieux comme moyen préventif des inflammations graves après les grandes opérations. M. Malgaigne, en particulier, s'est montré en France le partisan déclaré de cette opinion. Peut-être bien faudrait-il compter à l'appui les cas de M. Brown.

Quant au régime alimentaire auquel M. Brown a soumis ses opérés, il ne sera pas discuté ici. Cette grave question, sur laquelle la médecine française et la médecine anglaise diffèrent tant, méritera un examen à part, lorsque j'aurai assez vu et réuni assez de faits pour pouvoir la traiter.

En tout cas, en combinant ensemble tous ces moyens et quelques moyens accessoires, M. Brown vient d'obtenir coup sur coup cinq succès complets sur cinq opérations d[illegible] périnéoraphie dans les cas les plus graves. De ces cinq o[illegible]rations, l'une a été pratiquée depuis mon séjour en A[illegible]terre, et j'en ai suivi tous les détails, ainsi que tou[illegible] conséquences. Sur deux autres, j'ai moi-même constaté par un examen minutieux le succès complet. Les deux autres ont été présentés par M. Brown à la Société médico-chirurgicale de Londres cette année. Voici, soit en résumé, soit d'une manière plus détaillée, l'exposé de ces cinq cas. Je commence par le cas que j'ai observé en entier, parce que je vais, à ce propos, exposer minutieusement tous les temps de l'opération.

Obs. I. — Une femme d'une trentaine d'années, bien constituée, est entrée dans le courant du mois d'avril dernier à St-Mary's hospital, dans le service de M. Brown. Elle porte une déchirure complète du périnée, consécutive à un accouchement laborieux.

L'ouverture vulvaire et l'anus ne forment plus qu'une seule ouverture ovalaire allongée, dont les bords, recouverts partout d'une membrane muqueuse ayant à peine les apparences du tissu cicatriciel vis-à-vis le périnée, sont assez rétractés en dehors, ou, ce qui revient au même, sont assez notablement écartés l'un de l'autre, et s'écartent beaucoup, pour peu que la patiente porte les cuisses dans l'abduction. Toute cette partie inférieure épaisse de la cloison recto-vaginale a disparu, et la cloison ne recommence qu'un demi-pouce au moins au-dessus du niveau de la peau du périnée. La patiente ne peut qu'à peine, et souvent ne peut pas retenir les matières fécales.

Le 29 avril, après avoir disposé la patiente par des soins préliminaires, M. Brown procède à l'opération.

La femme est couchée sur un lit, le bassin débordant un peu le bord du lit, les membres inférieurs fléchis et portés dans une forte abduction par des aides. On la chloroformise en lui faisant respirer du chloroforme à la manière usuelle ici, c'est-à-dire à travers un entonnoir de cuir englobant exactement la bouche et le nez, et communiquant par un large tube élastique avec un réservoir à soupapes dans lequel on a versé du chlorofrme. On cesse les inspirations anesthésiques dès qu'en soulevant la paupière supérieure avec un doigt, on peut, avec le bout d'un autre doigt, toucher la conjonctive oculaire sans que l'œil fuie sous l'impression. Pendant la durée de l'opération, on recommence de temps en temps à faire respirer du chloroforme. M. Brown s'asseoit sur un siége bas, devant le périnée, et exécute tous les temps de l'opération avec une facilité et une adresse remarquables.

De chaque côté, le chirurgien circonscrit par quatre incisions la muqueuse qui revêt le bord cicatrisé du périnée, entre la vulve et l'anus, dans un espace rectangulaire long de près de 2 pouces d'arrière en avant, et large, dans le sens de la hauteur du vagin, d'un peu plus d'un demi-pouce. La portion rectangulaire de muqueuse ainsi circonscrite est rapidement disséquée et enlevée de chaque côté; puis l'opérateur avive largement le bord libre de la cloison recto-vaginale, de manière que la plaie de cet avivement aboutit de chaque côté aux deux plaies latérales. Ce temps est exécuté au moyen d'un petit scalpel droit. Il en résulte un peu d'effusion sanguine.

Alors l'opérateur prend un bistouri boutonné, ou plutôt mousse; il introduit l'indicateur de la main gauche dans le rectum, pour servir de directeur au bistouri qui le suit; puis, avec une rapidité convenable, il pratique sur le bord gauche, et après sur le bord droit de l'anus, une incision qui gagne certainement les fosses ischio-rectales. Chacune de ces incisions est dirigée en debors et en arrière, de manière à faire avec la ligne médiane un angle aigu ouvert en arrière de 45 à 50 degrés. Faite d'un seul trait, elle s'étend, à partir du bord de l'ouverture anale, à près d'un pouce en debors sur la peau, et à moins d'un pouce en hauteur sur la muqueuse du rectum; elle divise à peu près certainement toutes les fibres des sphincters. Plus tard, lorsque la suture a été faite, chacune de ces incisions entamait de chaque côté l'anus nouvellement formé, à peu près au milieu de sa longueur latérale. Un peu plus d'écoulement de sang, mais par effusion seulement, que dans le temps précédent.

Il ne reste plus qu'à placer les sutures, l'une enchevillée, l'autre entrecoupée.

Suture enchevillée. — Des fils de soie en cordonnet, ronds, non cirés, un peu gros, sont chargés sur des aiguilles volumineuses, courbes, à pointe très tranchante. Trois points de suture ont été successivement placés, un près de la vulve, un au milieu et un près de l'anus. Pour cela, tandis que deux doigts de la main gauche soutiennent les parties molles, l'aiguille, tenue de la main droite, traverse successivement chaque lèvre de la plaie, en commençant à près d'un pouce en debors de la partie saignante, et ressortant dans la plaie à un peu plus d'un demi-pouce de profondeur.

Le fil moyen passant tout près de la partie avivée de la cloison recto-vaginale n'a pas été passé à travers la cloison, et une fois la suture finie, on a aisément constaté qu'il n'y avait aucune communicatio[illegible] entre le rectum et le vagin, que la fermeture était complète. [illegible] plus été nécessaire alors que de poser de chaque côté les d[illegible]lles ou morceaux de sonde de gomme élastique, et de [illegible] les fils doubles, comme dans la suture enchevillée or[illegible]gré les incisions latérales de l'anus, les deux lèvres [illegible] étaient que difficilement appliquées l'une contre l'au[illegible]ilu, pour qu'il n'y eût pas trop de tiraillement, appli[illegible]uisses de l'opérée l'une contre l'autre, en les fléchissant [illegible]t sur le bassin, pour que l'opérateur ne fût pas gêné; et [illegible] a-t-il fallu tirer assez fortement sur les fils pour obtenir u[illegible] application convenable.

Suture entrecoupée. — L'opérateur prend ensuite une aiguille à suture fine, armée d'un petit cordonnet de soie plus fin que les précédents et non ciré, avec lequel il fait entre les bords un peu saillants de la plaie et à travers la peau seulement quelques points

successifs et isolés de suture entrecoupée, de manière à obtenir une coaptation exacte.

On laisse telles quelles les plaies de l'anus, et l'opérée est rapportée dans son lit, où elle est couchée sur le côté, les cuisses fléchies et appliquées l'une contre l'autre. Cette position devra être gardée plusieurs jours. L'opérée est en même temps soumise à l'emploi de l'opium à doses élevées et à un régime diététique tout à fait analogue à ceux décrits dans l'observation II, et surtout dans l'observation III suivantes. Il n'est donc pas nécessaire d'y insister ici.

Du sixième au douzième jour, tous les fils des sutures ont été enlevés. Les tiraillements des fils de la suture enchevillée étaient tels, ainsi que je l'avais constaté du reste au moment de l'opération, que les deux chevilles par leur pression ont ulcéré presque dans toute leur étendue la peau sur laquelle elles pressaient, et c'est certainement à l'opium que la patiente a dû de ne pas éprouver par suite d'assez vives souffrances.

Aucun accident n'est survenu. Trois semaines après l'opération, la guérison est presque complète.

Quelques jours après la guérison est terminée. Les cicatrices des portions ulcérées par pression sont à peine visibles. La cicatrice médiane est linéaire et sans difformité. Les cicatrices des plaies anales sont linéaires et se perdent dans les plis rayonnés. Il n'y a d'un peu apparents que de petits culs de poule au niveau des points où les fils de la suture enchevillée traversaient la peau, et encore est-ce peu de chose. L'anus est très régulier, doué de tout son pouvoir rétenteur. La vulve, étroite, quoique pas au point de nécessiter une seconde opération, comme dans le cas de Dupuytren, est bien conformée. Le nouveau périnée a une apparence très régulière et est très épais, très solide, et se continue complétement avec la cloison recto-vaginale.

C'est là un des succès les plus beaux et les plus simplement obtenus qu'on puisse désirer, et dont j'ai suivi pour mon compte toutes les phases avec le plus grand intérêt.

Voici maintenant les deux cas rapportés par M. Brown à la Société médico-chirurgicale, et dans le premier desquels il a été porté par la nécessité à inciser l'anus.

Obs. II. — Une dame âgée de trente-sept ans et mère de six enfants habite à une certaine distance de Londres. C'est une belle femme, bien proportionnée, d'une bonne constitution et très active. Elle avait vingt-trois ans lors de son premier accouchement, qui fut assez lent et difficile; il dura dix-neuf heures. Pendant le passage de la tête, le périnée se déchira et la fente s'étendit à travers le sphincter jusqu'au rectum. La fissure, après s'être étendue de la fourchette à l'anus, était ensuite revenue en avant, de manière à isoler une portion triangulaire du devant du rectum, ainsi que de la paroi recto-vaginale, dont la partie inférieure avait été détruite par la suppuration probablement. La conséquence était une perte de substance considérable au-devant du rectum.

Aucune attention ne fut apportée à cette lésion, qui ne fut pas signalée (c'est un peu fort) par la personne chargée de pratiquer l'accouchement. Et, chose étrange à dire, quoique la dame ait eu depuis cinq enfants, et qu'elle ait supporté pendant quatorze ans les conséquences de la lésion, elle en ignorait complétement l'existence ainsi que la cause de ses indispositions, jusqu'à ce qu'elle vint à Londres. Elle avait alors un prolapsus de la membrane muqueuse du rectum et un petit polype de l'utérus, deux lésions dont elle se plaignait plus que de la déchirure; elle ne pouvait garder que difficilement les matières fécales dans le rectum, et si ces matières devenaient tant soit peu liquides, elles ne pouvaient plus être retenues du tout. Le moindre exercice amenait l'utérus à la vulve; et un jour que la patiente essayait de gravir une colline, il survint un prolapsus compliqué d'inflammation, qui exigea l'application de sangsues et le repos au lit pendant quelques jours. Il lui était presque impossible de se tenir debout pendant une certaine durée de temps, et les voyages en voiture lui étaient très pénibles.

M. Brown enleva d'abord le prolapsus muqueux intestinal et le polype, puis proposa pour la déchirure une opération qui fut acceptée, sur une consultation avec le docteur Lococh. La patiente retourna pendant deux mois dans son pays, et revint ensuite se faire opérer.

Le 15 août 1851, on pratiqua l'opération. Avivement simple, suture enchevillée, suture entrecoupée; pas d'incision à l'anus. Malgré que l'un des points de suture enchevillée eût été passé à travers la cloison recto-vaginale en même temps que par les lèvres de la plaie, il restait, une fois l'opération achevée, une fistule recto-vaginale pour laquelle on dut ajouter aussitôt un nouveau point de suture entrecoupée dans la profondeur. Cathétérisme urétral répété dans les vingt-quatre heures; trois grains d'opium successivement. Compresses d'eau froide sous un bandage.

Le 16, à quatre heures du matin, un peu d'eau et de vin, après quoi survient un sommeil de quatre heures. On continue un peu d'eau vineuse et on donne du café. L'opium est continué, ainsi que le cathétérisme répété, en prenant la précaution à chaque fois de bien éponger les parties avec de l'eau fraîche et de nettoyer exactement tous les produits de sécrétion.

Le 17, cathétérisme répété; trois grains d'opium successivement; vin et eau; un peu de mouton.

Le 18, mauvaise nuit, parce que l'opérée a été dérangée de bonne heure. — Vin et eau-de-vie; opium continué, dont on donne une fois le matin deux grains simultanément. Toujours le cathétérisme.

Le 19, la nuit a été meilleure. Douleurs dans le vagin. L'écoulement des produits sécrétés est libre. Deux grains d'opium ont été administrés pendant la nuit en deux doses; un grain le soir. Fomentations chaudes. On enlève la dernière suture externe.

Le 20, douleurs assez vives. Ces deux derniers jours, des vents intestinaux ont passé en avant, et on trouve une fistule recto-vaginale. On enlève toutes les sutures; la plaie reste unie en avant, mais elle bâille en arrière. Ceci porte M. Brown à diviser avec le bistouri (le sphincter anal, dit-il, à son insertion postérieure, mais en définitive c'est tout l'anus) l'anus en arrière. Immédiatement, mouvement en avant des lèvres de la plaie, qui s'appliquent mieux d'elles-mêmes l'une contre l'autre.

Les jours suivants, continuation de l'opium et du cathétérisme.

Le dixième jour, l'opérée urine seule en se tenant soulevée sur ses mains et ses genoux.

Le 26, la partie postérieure de la plaie n'est pas réunie et est recouverte comme d'une membrane muqueuse de nouvelle formation. A la suite d'une consultation avec M. Lane, M. Brown se décide à enlever ce tissu nouveau.

Le 27, injection d'eau tiède dans le rectum pour solliciter la première garde-robe, le vagin étant tamponné pour ne pas y laisser passer de matières. Cessation de l'opium, dont il a été pris 48 grains en douze jours.

Etat général bon jusqu'au 2 septembre, époque où arrivent les règles.

Le 19 septembre, le nouveau périnée, épais d'un demi-pouce, solide, n'est formé que du côté de la vulve. En arrière, il y a une fistule recto-vaginale qui s'ouvre par en bas largement vers l'anus. M. Brown rafraîchit par une dissection les parois de ce trajet et les réunit par deux points de suture. Cathétérisme répété. Deux grains d'opium d'emblée, puis un grain toutes les deux heures pour calmer la douleur et empêcher l'action des intestins. Nourriture solide. Un peu de vin. Fomentations tièdes.

Le 24, les sutures sont enlevées. Des adhérences partielles existent seulement du côté de l'anus, qui est maintenant bien fermé et circulaire. Il y a toujours une fistule du calibre d'une plume à écrire, qui va du vagin au périnée.

Le 25, les adhérences s'étendent. L'opérée conserve très bien les matières dans le rectum; on les évacue avec des injections tièdes et par l'administration de sel de Sedlitz, et désormais on maintiendra le ventre libre. M. Brown touche les granulations du trajet fistuleux avec du vinaigre de cantharides.

Le 29, le sinus a diminué. On le touche aujourd'hui avec du vinaigre de cantharides, et l'on répétera l'application les jours suivants.

Le 5 octobre, la fistule persistant encore, M. Brown en touche les parois avec le fer rouge.

Le 7, des granulations se forment bien dans le sinus. Le périnée est solide et résistant. L'anus est parfaitement conformé et fonctionne très bien. L'opérée se trouve si bien qu'elle veut absolument s'en aller dans son pays.

Le 1er novembre, l'opérée a recouvré chez elle sa force et sa santé. Elle monte à cheval chaque jour et fait des courses à pied. Elle peut être considérée comme complétement guérie.

Le 8 décembre, M. Brown examine cette dame. La guérison s'est parfaitement maintenue, et il n'y a plus de traces de la fistule.

Deux faits remarquables attirent l'attention dans ce cas :

1° En opposition avec le conseil assez étrange qu'on avait donné anciennement de défendre de faire des enfants aux femmes atteintes d'une déchirure complète du périnée, considérée alors comme presque incurable, nous voyons que cette dame, ignorante de la lésion, a fait depuis et sans accidents cinq enfants. Le même fait se retrouve dans l'observation suivante, et a d'ailleurs été déjà noté.

2° La tension des parties réunies par la suture, tension que beaucoup d'auteurs nient presque, au point de ne pas accepter même le procédé de M. Dieffenbach, tension qui a été cause de tant d'insuccès, était ici on ne peut plus évidente. Pas de réunion en arrière, et écartement des deux bords de la plaie, cessant immédiatement dès qu'une seule incision a été pratiquée sur le pourtour de l'anus. L'obstacle était-il ici dans la contraction du sphincter? Je ne le pense pas, et je discuterai cela plus loin. En tout cas, éclairé par un fait aussi frappant, M. Brown se décida à l'avenir à inciser toujours l'anus le jour même de l'opération dans des cas pareils, et non plus en arrière, mais sur les côtés, comme cela est dit dans l'observation I, et comme nous allons le voir dans l'observation suivante, résumé fait par moi de l'observation prise par M. Bulloch, chirurgien résident ou interne de l'hôpital Sainte-Marie.

Obs. III. — Anne Judd, âgée de quarante ans, entre le 7 novembre 1851 à Saint-Mary's hospital. Elle a eu 9 enfants; tous ses accouchements ont été difficiles, mais aucun n'avait exigé l'emploi d'instruments, excepté un, il y a deux ans, pour lequel on employa le levier. Une douleur vive et soudaine expulsa à la fois l'enfant et le levier à travers le périnée. La déchirure s'étend maintenant de la vulve à l'anus en comprenant le sphincter. La cloison recto-vaginale n'est pas profondément atteinte. La patiente ne peut pas retenir les matières fécales. Elle a eu cependant encore un enfant il y a six à sept mois.

Le 12 novembre, opération, en pratiquant, avant les sutures, deux incisions latérales à l'orifice anal. — Fomentations froides. Dès que les effets du chloroforme ont cessé, on ordonne un grain d'opium répété toutes les trois heures. L'opérée est couchée sur le côté, les cuisses fléchies et rapprochées, et appliquées, ainsi que le bassin, sur un coussin élastique plein d'eau. Cathétérisme toutes les quatre heures. Vin de Porto, une once dans de l'eau; beef-tea (espèce de bouillon gras très fort).

Le 13, l'opérée n'a pas dormi, mais est bien. Pouls, 76; langue claire, peau chaude; un peu de boursouflement de la plaie, dont les bords sont maintenus appliqués exactement. — Continuer le vin, 2 onces; côtelette de mouton.

Le 14, pouls, 100; langue un peu blanche; peau assez chaude; appétit bon. L'opérée a bien dormi. La plaie a bon aspect. — Continuer les pilules, le même régime, et retirer l'urine toutes les six heures.

Le 15, pouls tranquille; état très bon; langue un peu blanche.

Le 16, toujours bon état; la réunion de la partie postérieure de la plaie est complète; un peu d'œdème. — Continuer les pilules soir et matin.

Le 17, l'opérée est un peu excitée; pouls rapide; un peu de douleur. — Supprimer le vin et la côtelette.

Le 18, mieux, quoique l'opérée se plaigne encore d'excitation passagère. La réunion est à peu près complète partout; on retire les sutures. — Reprendre la côtelette et le vin.

Les 19 et 20, continuation du régime, des pilules et du cathétérisme toutes les cinq ou six heures.

Le 21, depuis la veille, désirs fréquents d'uriner; garde-robe spontanée, qui n'a dérangé en rien la réunion restant solide. — Continuer encore l'opium.

Le 23, pas de nouvelle garde-robe. La réunion reste solide. Il y a cependant près de l'anus une petite ouverture comme fistuleuse; mais le doigt introduit ne sent aucune ouverture correspondante en dedans. Ce matin, l'opérée urine seule, en se plaçant sur ses mains et ses genoux. — Cesser l'opium, dont il a été pris 40 grains en dix jours.

Le 24, deux ou trois selles volontaires et que la patiente était très bien maîtresse de retenir, d'empêcher.

Le 25, le petit trajet fistuleux persistant, quoique sans ouverture interne, et donnant un peu de pus par la pression, on le touche avec le nitrate d'argent. Les plaies du rectum ne sont pas tout à fait guéries.

Le 26, chaque jour on touchera le trajet fistuleux avec la teinture de cantharides.

Le 3 décembre, trois semaines après l'opération, tout est en bon état.

Le 12 décembre, l'opérée s'en va parfaitement guérie.

Voilà encore un cas de guérison rapide, à peu près comme celui de l'observation I, et on peut les qualifier tous deux de magnifiques succès. On peut remarquer en particulier, dans ce fait, avec M. Brown, que la nourriture solide donnée dès les premiers jours a été parfaitement digérée, malgré que l'opium ait été donné à assez fortes doses, et que l'opium, malgré la nourriture solide donnée, a très bien maintenu la constipation.

Vers la fin du mois d'avril, quelques jours avant l'opération de la femme dont l'histoire est rapportée dans l'observation I, j'ai vu et examiné dans le même service de M. Brown, deux autres opérées de la périnéoraphie, alors guéries d'une manière aussi remarquable que les précédentes, et dont je vais dire quelques mots.

Obs. IV. — Une femme d'une trentaine d'années avait déjà été traitée par l'opération de la suture pour une déchirure complète du périnée, avec destruction de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale; confusion de l'anus et de la vulve en une seule ouverture, et presque impossibilité de conserver ses matières fécales. L'opération avait été tout à fait infructueuse, et la lésion était revenue au même point. Un mois environ avant mon examen, M. Brown lui avait fait une seconde opération par son procédé.

A la fin d'avril, la vulve et l'anus sont parfaitement reconstitués; l'anus a un pouvoir rétenteur complet; les plaies latérales de l'anus ne laissent pour ainsi dire pas d'apparences cicatricielles, vu que ces cicatrices très minces se perdent dans les plis rayonnés. Un périnée très ferme et très régulier existe entre la vulve et l'anus, se continuant complétement par en haut avec une cloison recto-vaginale intacte; sur la ligne médiane, la peau présente une légère trace de cicatrice peu apparente. Tous les points de suture cicatrisés sont à peine visibles. Dans un seul, à droite, il y a encore un petit clapier purulent qui s'était formé sur le trajet de l'un des fils, et qui était complétement cicatrisé quelques jours après.

Obs. V. — Je n'en dis que quelques mots. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années. Elle portait une déchirure complète, à peu de chose près semblable aux précédentes. Opération par le procédé de M. Brown. Guérison complète et sans aucun accident.

Luxation et extirpation de l'astragale.

(Fin. — *Voir* les numéros des 13 et 22 juillet.)

Nous avons démontré, dans le précédent article, que l'extraction de l'astragale, pratiquée pour cause traumatique, est beaucoup plus grave qu'on ne le pense généralement, et qu'elle est au moins aussi sérieuse que l'amputation sus-malléolaire. Toutefois, le résultat auquel nos recherches nous ont conduit ne nous a pas détourné de la pratique généralement adoptée, et nous avons reconnu deux cas dans lesquels l'extraction de l'astragale nous semble indiquée :

1° Les luxations complètes de l'astragale avec issue de l'os;

2° Les luxations sous-astragaliennes irréductibles et compliquées de plaie.

Nous abordons aujourd'hui une question beaucoup plus délicate, sur laquelle, nous devons le dire à l'avance, nous n'acceptons pas les préceptes donnés par la plupart des auteurs modernes : Quelle est la conduite que doit tenir le chirurgien dans les cas de luxation de l'astragale sans plaie, lorsque le déplacement a résisté à tous les efforts de réduction?

On sait que, dans un cas de ce genre, Dupuytren osa pratiquer une incision et extraire immédiatement l'astragale. Un succès complet couronna sa hardiesse. M. Rognetta s'est montré grand partisan de cette pratique, et a reproché avec une certaine aigreur à A. Cooper de n'avoir pas su se décider à agir de la sorte sur un de ses malades. (*Arch. gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. III, p. 512.) Nous prouverons tout à l'heure qu'une grande masse de faits s'élève contre cette opinion de M. Rognetta, et que la prudence d'Astley Cooper mérite, au contraire, des éloges.

D'un autre côté, Desault a émis un précepte aussi controversable que le précédent. Suivant lui, la difficulté que l'on éprouve à réduire l'astragale vient de ce que la tête de cet os est étranglée comme dans une boutonnière par l'ouverture de la capsule astragalo-scaphoïdienne. Le débridement de la capsule devient donc nécessaire. Par conséquent, étant donnée une luxation sans plaie et irréductible, il faut inciser la peau, couper les ligaments et réduire l'astragale. Desault appliqua cette idée et obtint un succès. Depuis lors, l'*arthrotomie* (tel est le nom que donne M. Rognetta à l'opération de Desault) a été acceptée par un grand nombre d'auteurs, même par ceux qui n'ont pas admis l'explication un peu hasardée de la boutonnière.

Ainsi, Boyer pense que la cause de l'irréductibilité est dans la brièveté de l'astragale, dans la proximité des articulations sus et sous-astragaliennes, qui sont luxées simultanément, et dans l'impossibilité de transmettre à l'astragale les puissances extensives. (*Malad. chirurg.*, t. IV, p. 398.) Il admet néanmoins l'arthrotomie dans les cas d'irréductibilité (p. 401), sans qu'on puisse saisir exactement les motifs de sa détermination.

Dupuytren et M. Rognetta ont reconnu un obstacle à la réduction bien autrement sérieux que la boutonnière de la capsule, c'est l'enclavement de l'astragale au milieu des os voisins, et en particulier l'introduction de l'espèce de bec qui termine en arrière sa face inférieure dans la rainure profonde qui sépare l'une de l'autre les deux facettes supérieures du calcanéum. En se déclarant partisan de l'arthrotomie, M. Rognetta a pensé sans doute que cette opération, permettant d'agir directement sur l'os luxé, faciliterait le dégagement de l'astragale.

M. Letenneur explique l'irréductibilité d'une autre manière. Suivant lui, la tête de l'astragale en se déplaçant sépare les tendons voisins en deux faisceaux, au milieu desquels l'os fait pour ainsi dire hernie. Lorsqu'on fait l'extension dans le but de réduire, on allonge les muscles, on augmente la rigidité des tendons, et ceux-ci, comprimant l'astragale, le maintiennent dans son immobilité; de telle sorte que la force de l'obstacle s'accroît en raison des efforts qu'on fait pour en triompher. Cette disposition était manifeste sur un des malades de M. Letenneur, et ce chirurgien est parti de là pour

accepter l'arthrotomie, qui permet de porter le doigt entre l'os et les tendons.

Ce serait toujours, comme dans l'hypothèse de Desault, une boutonnière qui s'opposerait à la réduction; seulement, la boutonnière formée par les tendons prendrait ici la place de la boutonnière formée par les ligaments. M. Letenneur pense que cette cause d'irréductibilité a été jusqu'ici méconnue. Suivant lui, A. Cooper est le seul chirurgien qui en ait fait mention en passant, et on n'en a tiré jusqu'ici *aucune conséquence pratique*.

Si M. Letenneur eût eu plus de matériaux à sa disposition, il n'aurait pas donné comme nouvelle une explication qui existe depuis longtemps dans la science, et qui est même de beaucoup antérieure à celle de Desault. A côté de l'observation que A. Cooper emprunte à Henry Green, observation très sérieuse et qu'il ne faut pas confondre avec la pseudo-observation du même auteur, dont nous avons parlé dans l'article précédent, à côté, disons-nous, de l'observation de Henry Green (1), on peut en placer un certain nombre dans lesquelles la striction de l'astragale par les tendons est nettement indiquée. Telles sont celles de Laumonier (2), de Chorley (3), de Shaw (4), d'Adams (5). Mais il y a plus. Cette remarque a été fécondée, et plus d'un auteur déjà en a tiré *des conséquences pratiques*. Ainsi, dans une observation anonyme extraite de la *Clinique de Marseille*, nous voyons le chirurgien couper, pour obtenir la réduction d'une luxation, le tendon du jambier postérieur qui étreignait le col de l'astragale (6). Avant de se décider à enlever cet os, Samuel Solly chercha à le réduire en coupant le tendon du même muscle. La réduction néanmoins ne put être obtenue, et il fallut extraire l'astragale, au grand détriment du malade, qui ne fut pas sauvé par une amputation tardive (7). Chez le malade de Despeaux, le tendon du jambier postérieur, exactement appliqué sur l'astragale, ne s'opposa pas seulement à la réduction; mais, de plus, il rendit très difficile l'extraction de l'os, et il fallut le couper pour pouvoir terminer l'opération (8). Enfin, dès l'année 1776, Chaussier assista à la réduction d'une luxation compliquée de l'astragale. Le chirurgien fit d'abord plusieurs tentatives infructueuses; « mais comme on s'aperçut que la difficulté provenait essentiellement des tendons qui étaient fortement tiraillés et » que l'on sentait saillants à travers les téguments, on coupa » successivement les tendons des muscles jambier antérieur, » jambier postérieur et extenseur propre du gros orteil. Aussitôt après cette section, la réduction fut très facile (9). » Il n'est peut-être pas sans intérêt de voir la ténotomie employée dès cette époque avec tant de hardiesse.

Enfin, dans un article fort intéressant sur les luxations de l'astragale, publié, il y a cinq ans, dans le journal *the Lancet*, M. Edwin Canton a étudié à son tour le mécanisme de l'irréductibilité; il est arrivé précisément au résultat que M. Letenneur considère aujourd'hui comme nouveau; il a proposé formellement la ténotomie comme opération préalable destinée à favoriser la réduction, et il est allé jusqu'à dire que, si Henry Green eût coupé le tendon du jambier antérieur, il n'eût certainement pas été obligé de suivre le conseil d'Astley Cooper et d'extraire l'astragale (10). Ce qu'il y a de bon à constater pour consoler M. Letenneur de n'avoir pas eu connaissance des documents qui précèdent, c'est que M. Canton, lui aussi, croyait émettre une idée entièrement neuve.

Du reste, nous attachons peu d'importance à l'origine d'une idée; l'essentiel pour nous est d'en constater la valeur; en citant les quatre faits de Chaussier, Despeaux, Solly et de la *Clinique de Marseille*, nous avions pour but de prouver surtout que l'opération de la ténotomie dans la réduction des luxations de l'astragale n'est pas une conception purement théorique, qu'elle a déjà été appliquée quatre fois, deux fois avec succès et deux fois inutilement. Il est certain par conséquent que l'arthrotomie proposée par Desault, même lorsqu'elle est suivie de la ténotomie dont parle Chaussier, ne permet pas toujours de réduire les luxations de l'astragale; que par suite, dans un certain nombre de cas, cette incision devrait être nécessairement suivie de l'extraction de l'os; et que l'opération, commencée suivant les idées de Desault, devrait être terminée suivant les indications de Dupuytren. Nous pensons même qu'il en serait ainsi dans le plus grand nombre des cas. L'irréductibilité, en effet, résulte de causes très diverses: le peu de volume de l'astragale, l'impossibilité de transmettre à cet os l'extension et la contre-extension dans le cas de luxation complète, l'enclavement de son bord postérieur dans la rainure du calcanéum, l'étranglement de son col par une boutonnière tégumenteuse ou tendineuse, toutes ces causes peuvent agir, toutes ont agi, ainsi que cela résulte de la lecture de certaines observations. Or, peut-on deviner à l'avance, lorsque la peau est intacte, quelle est la nature de l'obstacle? Ne sait-on pas que, dans un grand nombre de luxations avec plaie, les débridements les plus étendus n'ont pas permis de remettre les os en place? Nous avons sous les yeux 68 observations de luxation de l'astragale avec plaie. Douze fois seulement la réduction a pu être obtenue. L'arthrotomie par conséquent est une ressource très éventuelle sur laquelle un chirurgien prudent ne doit pas compter. Il ne sera donc permis d'y avoir recours que tout autant qu'on sera décidé, l'obstacle persistant, à extirper l'astragale, c'est-à-dire à imiter la conduite de Dupuytren.

(1) Astley Cooper, *On dislocations and fractures of the joints*. London, 1826, p. 344.
(2) *Journal de Fourcroy*. Paris, 1791, t. II, p. 61.
(3) Hey, *Practical observat. in surgery*. London, 1810, p. 386.
(4) *London med. Gaz.*, 1837, p. 589.
(5) *The Lancet*, 1847, t. I, p. 113. L'article n'est pas signé, mais on voit, p. 222, qu'Adams est l'auteur de l'observation.
(6) *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne, 1843, t. I, p. 371.
(7) *London med. Gaz.*, 1846, 2e série, t. II, p. 265.
(8) *Bulletin de la Fac. de méd.*, 1812, p. 238.
(9) *Ibid.*, 1812, p. 245.
(10) E. Canton, *On dislocations of the astragalus*. Dans *the Lancet*, 1847, t. I, p. 505.

L'arthrotomie simple, il est vrai, a été deux fois suivie d'un plein succès. Desault et Nanula ont réussi chacun une fois à réduire ainsi l'astragale et à sauver le membre. L'observation de Nanula ne nous est connue que par un très court passage de M. Rognetta, qui se contente de dire que le malade guérit (1). Le malade de Desault éprouva des accidents assez graves; sa plaie ne fut guérie qu'*au bout d'une année*, et son articulation ne conserva pas sa mobilité. Cette observation n'est guère encourageante. Quant au malade de Nanula, nous ne savons pas à quel prix il a acheté sa guérison. Ces deux faits isolés ne suffisent pas pour établir une règle de médecine opératoire. M. Letenneur, il est vrai, en a cité un troisième qui nous a quelque peu embarrassé. Suivant lui, Landrin, *chirurgien français*, aurait imité la conduite de Desault et de Nanula et aurait comme eux obtenu un succès complet. Ce chirurgien, nous devons l'avouer, nous est complétement inconnu; nous connaissons, il est vrai, un individu de ce nom qui vivait en 1791. Mais il était postillon et non pas chirurgien; au lieu de réduire des luxations de l'astragale, il s'en fit une en tombant de cheval et confia son pied blessé à Desault, qui inventa en sa faveur l'opération de l'arthrotomie (2).

Nous soumettons cette coïncidence aux méditations de M. Letenneur. Une phrase à double entente d'A. Bérard a été la cause de cette infortune bibliographique (3). L'observation de Nanula a eu, comme celle de Desault, l'avantage d'être dédoublée: la *Revue* de John Forbes cite une opération d'arthrotomie pratiquée par Nanula et communiquée en 1812 à la Société de la Faculté de médecine (4). Or, l'opération de Nanula ayant été faite en 1826, on est conduit à penser qu'il s'agit de deux chirurgiens et de deux malades différents, tandis qu'en réalité ce Navula est un personnage imaginaire et ne doit son nom qu'à une faute d'orthographe. Il est curieux de remonter à la source de cette nouvelle confusion. Voici comment les choses se sont passées. Cela est propre à faire réfléchir sur les procédés bibliographiques actuellement en vogue.

Boyer, dans son chapitre des *Luxations du pied*, cite la célèbre observation dans laquelle Deschamps réséqua le tibia, et guérit son malade (5). Il rapporte textuellement l'opinion de ce chirurgien sur l'innocuité relative des grandes plaies articulaires, et renvoie très exactement au septième *Bulletin de la Faculté de médecine pour* 1811. — M. Rognetta a cru devoir s'appuyer de l'opinion de Deschamps pour faire admettre l'arthrotomie, et a emprunté cette citation à Boyer; mais il a mal copié la date, et a renvoyé au septième *Bulletin* de l'année 1812. — Plus tard, A. Bérard, en rédigeant l'article sus-mentionné, mit à contribution l'important mémoire de M. Rognetta, et se servit en particulier de l'observation de Nanula; observation dont M. Rognetta n'a pas indiqué la source; et qu'il a peut-être recueillie lui-même. Désirant toutefois faire une citation directe, A. Bérard copia dans le mémoire de M. Rognetta le renvoi le plus voisin, et tomba précisément sur ce septième *Bulletin* de l'année 1812. Défigurée au point de vue de sa date, et au point de vue de sa source, l'observation gardait encore son identité, grâce au nom du chirurgien de Naples; mais elle la perdit le jour où M. Forbes copia la citation de d'A. Bérard, et défigura à son tour le nom de M. Nanula. Ainsi s'altère la science. Une opération a été pratiquée deux fois, et a produit quatre succès. M. Letenneur, M. Rognetta et M. Forbes peuvent nous dire si nous nous sommes trompé en étudiant le mécanisme de cette nouvelle variété de généralité fissipare.

Mais revenons à notre sujet. Il est avéré que l'arthrotomie n'a été pratiquée que deux fois.

D'un autre côté l'arthrotomie, suivie de l'extraction immédiate de l'astragale, suivant les indications de Dupuytren, a été pratiquée deux fois aussi, une fois par Dupuytren lui-même (6), et une fois par M. Georges Norris, de l'hôpital de Pensylvanie (7).

En tout quatre malades chez lesquels l'accident n'avait produit aucune plaie, et chez lesquels le chirurgien a librement incisé les téguments, donnant ainsi accès à l'air, et exposant de larges surfaces articulaires aux fâcheuses conséquences de ces sortes de lésion. Trois de ces malades ont guéri; le quatrième, celui de M. Norris, a été épuisé par la suppuration, et a dû subir enfin une amputation qui ne lui a pas sauvé la vie.

Telles sont, à notre connaissance, les seules observations dans lesquelles les chirurgiens aient cru devoir intervenir immédiatement dans le cas de luxation de l'astragale irréductible et sans plaie. Que serait-il arrivé s'ils eussent adopté la pratique plus prudente de l'expectation? Les faits vont se charger de répondre à cette question.

Nous avons rassemblé 61 observations de luxation simple de l'astragale. Retranchons les quatre observations précédentes; il en reste ainsi 57. Sur ce nombre, la réduction a été obtenue quatorze fois, c'est-à-dire environ une fois sur quatre.

Les 43 autres luxations ayant résisté à toute tentative de réduction, les chirurgiens ont pris le parti d'attendre et de surveiller le développement des accidents. — Deux fois (Roux (8) et R. Barton (9)) ces accidents ont été extrêmement graves et ont rapidement emporté les malades; deux autres fois (Dupuytren (10) et Boyer (11)) l'amputation est devenue nécessaire, et a été, du reste, suivie d'un plein succès. Seize fois l'inflammation ou la gangrène locale, due à la

(1) Rognetta, *Archiv. gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. III, p. 522.
(2) Bichat, *Œuvres chirurgicales de Desault*; Paris, 1801, t. I, p. 435.
(3) Article Pied du *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXIV, p. 471.
(4) *British and foreign medical Review*, 1844, t. XVIII, p. 128.
(5) Boyer, *Maladies chirurg.*, t. IV, p. 396.
(6) *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris*, 1819, in-4° p. 28.
(7) *American Journ. of med. sciences*, 1837, t. XX, p. 378.
(8) Letenneur, *Mémoire cité*, p. 18.
(9) *American Journ. of med. sciences*. 1837, t. XX, p. 382.
(10) *Archives générales*, 1833, t. III, p. 506.
(11) Boyer, *Malad. chirurg.*, t. IV, p. 399.

présence de l'astragale au milieu des parties molles, a porté le chirurgien à extirper consécutivement l'astragale. Vingt-trois fois, enfin, il n'est survenu aucun accident grave, et les malades ont gardé leur membre, plus ou moins difforme sans doute, mais très utile, permettant une marche assurée, et conservant même la mobilité tibio-tarsienne.

Quant aux seize malades qui ont ainsi subi l'extraction consécutive de l'astragale, tous ont été sauvés sans exception; un seul a dû être amputé: c'est le malade de M. Thierry dont nous avons parlé dans le précédent article. Chose remarquable! l'extraction consécutive de l'astragale a donné quinze succès sur seize; tandis que l'extraction immédiate de cet os fournit, au contraire, une proportion considérable de morts. Sur 36 malades, en effet, qui ont subi cette extraction immédiate, nous avons eu neuf morts à enregistrer, c'est-à-dire un sur quatre. Il y a donc, au point de vue de la gravité, une différence énorme entre l'extraction consécutive et l'extraction immédiate, en donnant le nom d'immédiates aux opérations qui se pratiquent le jour de l'accident ou le lendemain.

Tous ces éléments nous sont nécessaires pour résoudre la question que nous avons abordée: Quelle doit être la conduite du chirurgien dans le cas de luxation de l'astragale sans plaie et irréductible? Malgré l'autorité de Desault, Boyer, Dupuytren et de la plupart des chirurgiens actuels, parmi lesquels nous citerons M. Nélaton, nous n'hésitons pas à dire qu'il faut attendre, même lorsque la luxation est complète. Plus de la moitié des malades ont ainsi été guéris sans accident. Presque tous les autres ont encore été guéris par des opérations consécutives infiniment moins graves que les mêmes opérations pratiquées sur-le-champ. Deux malades seulement sont morts, deux sur 43, moins d'un sur vingt! Ainsi s'écroulent toutes les objections théoriques. On a dit que la peau, comprimée par l'os déplacé, devait inévitablement se gangrener; que l'astragale, privé de ses moyens de nutrition, devait se nécroser, jouer le rôle de corps étranger, produire une violente inflammation, des fusées purulentes, et finalement être éliminé; qu'enfin les malades assez heureux pour échapper à ces accidents conserveraient à grand'peine un pied difforme et inutile. L'expérience a répondu. La gangrène ne se produit pas une fois sur deux; presque toujours elle est limitée à la portion de peau qui recouvre la partie la plus saillante de l'os; celui-ci continue le plus souvent à vivre, même lorsqu'il est complétement luxé, sans doute parce que ses vaisseaux ne se déchirent pas toujours en même temps que ses ligaments. Enfin, les malades qui ont guéri en gardant leur pied, et c'est le plus grand nombre (39 sur 43), ont conservé une difformité plus ou moins appréciable; mais ils ont tous recouvré d'une manière complète les fonctions de leurs membres.

Et que propose-t-on de faire à la place de l'expectation que nous conseillons? On nous donne à choisir entre l'arthrotomie et l'extraction immédiate de l'astragale. L'extirpation immédiate est jugée, et nous n'en parlerons plus. Nous rappellerons seulement que, si l'opéré de Dupuytren a guéri, celui de M. Norris est mort. Nous sommes convaincu que, si cette opération était pratiquée un grand nombre de fois dans de pareilles conditions, on ne perdrait pas un malade sur deux; mais nous sommes convaincu aussi qu'on en perdrait à peu près un sur quatre, comme cela a lieu lorsqu'on extirpe l'astragale dans une luxation accompagnée de plaie.

Adoptera-t-on l'arthrotomie de Desault, opération dont MM. Rognetta et Letenneur se montrent si chauds partisans? Nous ne le conseillons pas. Deux succès isolés ne prouvent rien, pas même lorsqu'on les regarde à travers un prisme à facettes qui leur donne une multiplicité apparente. Là où les faits manquent, il faut bien laisser parler le bon sens, le raisonnement et l'analogie. Or, que dit le bon sens? Que, dans la prévision d'une inflammation *douteuse*, l'arthrotomie ouvre l'articulation et y détermine une inflammation *presque certaine*. Que dit le raisonnement? Que, la réduction étant souvent impossible dans les luxations accompagnées de très larges plaies et suivies de débridement, elle sera souvent impossible aussi à la suite de l'arthrotomie. Et que dit l'analogie, enfin? Elle dit qu'au point de vue de la gravité, un malade sur lequel la réduction a été obtenue par l'arthrotomie est dans les mêmes conditions que celui dont la luxation a été réduite à la faveur d'une plaie produite par l'accident. On objecte vainement que la plaie est régulière dans un cas et irrégulière dans l'autre. On sait que, toutes choses égales d'ailleurs, les plaies par déchirure guérissent au moins aussi bien que les plaies faites par le tranchant. Eh bien, la réduction d'une luxation de l'astragale avec plaie est aussi grave, ni plus, ni moins, que l'extirpation immédiate de l'astragale. Sur douze malades qui se trouvaient dans cette catégorie, nos notes nous montrent trois cas de mort, c'est-à-dire toujours un sur quatre (1). Deux autres ont dû subir l'extraction consécutive de l'astragale; mais ils ont guéri, et nous les comptons parmi les succès.

C'est-à-dire que le précepte de Desault n'est pas plus acceptable que celui de Dupuytren, et que l'expectation, d'après les résultats auxquels nous ont conduit plus de cent trente observations péniblement rassemblées de luxations de l'astragale, doit être la règle de conduite du chirurgien lorsqu'il se trouvera en présence d'une luxation de l'astragale irréductible et sans plaie.

Et maintenant, nous espérons que M. Letenneur ne verra dans notre critique qu'un hommage rendu à l'importance de son travail. M. Letenneur a accepté et soutenu avec talent des opinions que nous adoptions nous-même avec tout le monde il y a peu de temps encore. Il n'a fallu rien moins que l'évidence des faits pour nous arracher nos illusions. Nous avons reconnu que les opérations auxquelles donnent lieu les luxations de l'astragale ont une gravité que ne laissent

(1) Ce sont les malades déjà cités de Chaussier et de la *Clinique de Marseille*, plus un troisième de M. Roberty, emprunté aussi à la *Clinique de Marseille*. Dans *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne, 1845, t. III, p. 123.

pas entrevoir les traités de pathologie. Cette première donnée une fois acquise, les autres en ont été la conséquence naturelle. Quant aux rectifications bibliographiques que nous avons cru devoir faire, et dont l'une s'adresse directement à M. Letenneur, notre confrère reconnaîtra sans doute avec nous qu'il était indispensabe de rétablir les faits dans leur réalité, et de récuser les faux témoins dans le procès que nous avons intenté à l'arthrotomie. Ceci est dans l'intérêt de tout le monde. M. Letenneur lui-même n'a-t-il pas failli perdre son nom à ce jeu? Le mérite de sa première opération d'extraction de l'astragale n'a-t-il pas été attribué dans ce journal même à un certain M. Letourneur, qui est encore plus étranger à la question que le postillon de M. Landrin? (*Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 491.) Et nous-même, en négligeant de corriger les épreuves de notre précédent article, n'avons-nous pas failli donner le jour à trois chirurgiens inédits, à Patrice de Hilden, à Norma et à M. Daverney? (Lisez Fabrice, Norman et Duverney). M. Letenneur peut voir que nous sommes aussi sévère pour nous que pour lui, et il restera convaincu qu'il n'y a aucune animosité dans nos paroles, en lisant comme signalure au bas de cette colonne, un nom qui lui est sans doute inconnu. P. Broca.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 août 1852. — Présidence de M. Mélier.

L'étendue du discours de M. Ricord, que nous avons voulu publier dans un seul numéro, nous ayant obligé de retrancher la première partie du compte-rendu de l'Académie, nous réparons aujourd'hui cette suppression forcée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Tableaux des vaccinations de 1851 dans les départements de Maine-et-Loire, de la Creuse, de l'Aude, de la Nièvre, de la Drôme;

2° Plusieurs échantillons de remèdes secrets;

3° Un mémoire de M. Berkensteiner sur l'emploi médical de l'électricité (nouvelle méthode);

4° Documents sur le crétinisme, par le docteur Guggenbühl.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Rétrécissements de l'urètre.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse un mémoire sur l'incision extra-urétrale, ou de dehors en dedans, des rétrécissements de l'urètre. Après avoir examiné les circonstances dans lesquelles il convient d'avoir recours à cette opération; après avoir rappelé les énormes difficultés qui accompagnent son exécution alors qu'elle est pratiquée dans le cas où elle convient le mieux, c'est-à-dire lorsqu'il y a impossibilité de faire passer les bougies, et à plus forte raison des cathéters qui servent de conducteurs, ce chirurgien propose un moyen de faire disparaître, ou du moins de diminuer ces difficultés, lequel consiste dans l'emploi d'une sonde à dard qui, disposée *ad hoc*, perce le périnée de dedans en dehors, et sert de guide au bistouri. L'instrument, qui a été exécuté par M. Mathieu, est placé sous les yeux de l'Académie.

Alimentation.

M. Mouriès adresse une note pour servir à l'histoire de l'alimentation insuffisante.

Fièvre intermittente.

M. Jacquot, médecin militaire de l'hôpital de Rome, adresse une note sur l'emploi de l'apiol et de la colophane traitée par l'acide nitrique contre les fièvres intermittentes.

— M. Lapeyre, de la Nouvelle-Orléans, envoie un long mémoire sur les fièvres intermittentes.

Rage.

M. Germain, de Salins, adresse une observation où il a pratiqué l'excision des *lysses* au cinquante-huitième jour après des morsures faites par une louve enragée. — Guérison?

Invagination chez les enfants.

M. le docteur Decbaux, de Montluçon, adresse un mémoire sur les invaginations chez les enfants, et principalement sur le traitement qui leur convient.

Irrigateur.

M. Foucault, de Nanterre, à propos de l'irrigateur de M. Maisonneuve, adresse une réclamation de priorité, et peut être de supériorité, en faveur d'un appareil irrigateur qu'il emploie depuis 1838.

Vaccination syphilitique.

M. Diday, de Lyon, écrit une lettre à propos d'une observation de vaccination syphilitique complétée et rectifiée par M. Bégin dans son rapport. Suivant M. Diday, les détails donnés par M. Bégin ne prouvent pas que son observation soit inexacte, mais seulement que la vaccination syphilitique ne garantirait que des accidents consécutifs à l'accident primitif pour lequel on vaccine.

Chronique et nouvelles.

L'inspection médicale des corps de troupe et des établissements du service hospitalier militaire aura lieu, pour 1852, en France, en Italie et en Algérie. Elle commencera du 1er au 15 août, et se continuera sans interruption.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements composés comme suit :

1er *arrondissement*. — Les 11e, 13e et 14e divisions militaires et l'Italie. — M. Bégin, inspecteur, président du conseil de santé.

2e *arrondissement*. — Les 8e, 9e, 10e et 12e divisions militaires. — M. Alquié, inspecteur, directeur de l'Ecole d'application de la médecine militaire.

3e *arrondissement*. — Les 15e, 18e, 19e, 20e et 21e divisions militaires. — M. Vaillant, inspecteur, membre du conseil de santé.

4e *arrondissement*. — La 17e division militaire et la division d'Alger. — M. Baudens, inspecteur, membre du conseil de santé.

5e *arrondissement*. — Les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires. — M. Michel Lévy, inspecteur, membre du conseil de santé.

6e *arrondissement*. — Les divisions d'Oran et de Constantine. — M. Guyon, inspecteur.

7e *arrondissement*. — Les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires. — M. Maillot, inspecteur.

—Par suite des nombreuses mutations qui ont été la conséquence du décret du 23 mars 1852, nous avons momentanément renoncé à insérer les changements de position auxquels ont été soumis les officiers de santé l'armée. Nous pouvons donner aujourd'hui la nomenclature complète des établissements médicaux de la 1re division militaire.

INVALIDES.

Médecins. — MM. Hutin, Faure, principaux de 1re classe; — Lodibert, Périer, majors de 1re classe; — Vincent, aide-major de 1re classe.

Pharmaciens. — MM. Langlois, principal de 1re classe; — Dupuis, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Damien, Duprat, Ving, Rizet, Plassan, Sistach; — Morin, Cavaroz, Charlon, Herveleu, détachés de l'hôpital de Versailles.

ÉTAT-MAJOR DE LA 1re DIVISION MILITAIRE.

MM. Piron, Baudens, médecins principaux de 1re classe.

ÉCOLE POLYTECHNIQUE.

MM. Jean Lagrave, médecin-major de 1re classe; Delahouse, aide-major de 1re classe.

ÉCOLE D'APPLICATION D'ÉTAT-MAJOR.

M. Berton, médecin-major de 1re classe.

DÉPOT DE RECRUTEMENT DE LA SEINE.

M. Macquin, médecin-major de 1re classe.

ÉCOLE SPÉCIALE MILITAIRE DE SAINT-CYR.

MM. Caselli, médecin-major de 2e classe; — Cordier, Leroy, médecins aides-majors de 1re classe.

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Médecins. — MM. Larrey, principal de 1re classe; — Lustreman, Mounier, Champouillon, principaux de 2e classe; — Périer, Chenu, Cabrol, Pasquier, majors de 2e classe; — Stéphanopoli, Edme dit Maurice, Candé, Lallemand, Martenot de Cordoux, aides-majors de 1re classe.

Pharmaciens — MM. Poggiale, principal de 2e classe; — Goldscheider, major de 2e classe; — Benoit, Dupuis, aides-majors de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides.— MM. Juhé, Dehée, Rey, Ridreau, Bigot, Stéfani, Aubert, Janin, Soffray, Cassine, Driard, Bonsergent, Raymond, Alix, Barincou, Douchez, Bresse, Le Roy, Menessier, Maffre, Lobstein, Boyer, Burdiat, David de Lestrade, Roudet, Trinquier, Drappier, Bintot, Briet, Doin, Reeb, Parent, Mauche, Cabaud, Vauthier, Lubin, Monier, Simonin, Lespiau, Parron, Juzanx, Tedeschi, Dezon, Coindet, Humel.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU.

Médecins. — MM. Worms, principal de 1re classe; — Goffres, Bonafont, principaux de 2e classe; — Molard, major de 2e classe; — Leguey, Chaufour, Latour, Lecœur, aides-major de 1re classe.

Pharmaciens. — MM. Tripier, principal de 1re classe; — Odigier, major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. They, Krug, Grasse, Blad, Dimulle, Fornier, Benoist, Latil, Tamisier, Japiot, Brunet, Colonna, Darcy, Rioublant, Duméril, Mouret, Collin.

HOPITAL DU ROULE.

Médecins. — MM. Boudin, Lacauchie, principaux de 1re classe; — Abeille, major de 2e classe; — Puel, Fleschhut, Jeannoël, aides-majors de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Dédé, major de 1re classe; — Faure, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Richet, Dapessetche, Pineau, Creutzer, Josset, Benoit, Magnier, Marroncle, Eynaud, Letertre-Valtier, Brunet, Morel, Ducrest-Lorgerie, Jacquemin.

HÔPITAL DE VERSAILLES.

Médecins. — MM. Godard, principal de 1re classe; — Cambay, principal de 2e classe; — Rossignol, major de 2e classe; — Comte, Rey, Froye, aides-majors de 1re classe.

Pharmaciens. — MM. Demortain, major de 2e classe; — Cordaillac, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Brulé, Moullié, Beraud, Hattute, Fournier; — Morin, Cavaroz, Charlon, Herveleu, détachés aux Invalides.

PHARMACIE CENTRALE.

Pharmaciens. — MM. Herpin, principal de 2e classe; — Lanthonnet, sous-aide.

— *Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône*. — Le corps médical du Rhône vient de suivre l'heureux exemple donné par les médecins de Paris, exemple dont le succès, tout le monde le sait, est dû aux persévérants efforts de M. Orfila. Voici ce qu'on lit à ce sujet dans la *Gazette médicale de Lyon* :

La commission provisoire de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône, dont les pouvoirs avaient été maintenus par l'assemblée générale du 27 novembre 1851, vient de publier les statuts de ladite Association. Ces statuts sont précédés de la note suivante :

« Le 27 novembre 1851, un grand nombre de médecins de Lyon et du département du Rhône, réunis au palais Saint-Pierre, sous la présidence de M. le docteur Viricel, ont adopté à l'unanimité les statuts de l'*Association de prévoyance et de secours* rédigés par une commission provisoire.

» M. le ministre de l'intérieur a témoigné, dans une lettre remplie d'expressions bienveillantes, sa vive sympathie pour cette Association.

» M. le préfet du Rhône, par un arrêté en date du 15 juillet 1852, vient d'en approuver les statuts, dont la teneur suit, après y avoir introduit quelques modifications indispensables, pour les mettre en harmonie avec le décret du 26 mars 1852, relatif aux sociétés de secours mutuels.

» Lyon, le 15 juillet 1852.

» Les membres de la commission provisoire,

» De Polinière, président; Rougier, Pétrequin, Diday, Lacour, Munaret, secrétaire.

— M. Brierre de Boismont vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid.

— *Nécessité d'un pharmacien dans les hôpitaux de Montpellier*. M. le docteur Chrestien publie dans le dernier numéro de son journal les réflexions suivantes, auxquelles on ne peut que donner une entière approbation :

« Depuis longtemps les chefs de service de l'hôpital Saint-Eloi réclamaient la présence indispensable d'un pharmacien dans cet établissement, desservi seulement par les très respectables filles de Saint Vincent de Paul. Mais en vain MM. Delpech, Lallemand, Serre, Gasté, etc., demandaient une amélioration si urgente pour le bien des malades et l'instruction des élèves; en vain les hôpitaux militaires, ceux de la capitale et de Strasbourg jouissent de cette indispensable institution; en vain les chefs de service successifs se plaignaient des erreurs fréquentes, inévitables et parfois très graves ou même mortelles de la préparation ou de l'administration des médicaments; une déplorable routine et des susceptibilités mal entendues se sont opposées à un besoin si manifeste, surtout dans un hôpital de haut enseignement.

» Vers le milieu du mois dernier, l'autorité militaire étant venue faire, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, un examen inattendu de la manière dont les soins prescrits étaient administrés aux militaires, reconnut que, sous bien des rapports, les ordonnances alimentaires ou pharmaceutiques étaient loin d'être toujours exécutées, ce qu'un nombre de malades s'empressa de confirmer. Alors réclamations écrites et répétées de l'intendance militaire, toujours pleine de sollicitude pour les graves intérêts qui lui sont confiés; étonnement de la part des honorables membres de la commission administrative des hôpitaux; lettre circulaire de celle-ci à chacun de MM. les médecins actuellement en exercice, afin de s'enquérir de l'état du service pharmaceutique; convocation de la part de M. le général en chef de toutes les autorités militaires, de MM. les administrateurs et de MM. les chefs actuels des divers services médicaux, et où manquaient, pour compléter les témoignages, deux professeurs de clinique non alors de service et non convoqués; séance solennelle où les plaintes sont énoncées, discutées, trouvées pour la plupart fondées, et demande unanime des médecins présents pour l'institution d'un pharmacien dans l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi; utilité reconnue d'une telle amélioration, toutefois ajournée.

» L'absence de deux professeurs de clinique non convoqués dans une telle réunion était d'autant plus à regretter dans l'intérêt des malades et de l'enseignement que l'opinion bien connue de ces habiles cliniciens aujourd'hui en exercice devait donner à la demande depuis si longtemps faite par les médecins ou les chirurgiens en chef une force propre à amener une solution naturelle. La lettre circulaire adressée par l'estimable commission des hospices à trois de MM. les chefs de service a, si nous sommes bien informé, reçu une réponse très propre à démontrer l'absolue nécessité d'un pharmacien dans nos hôpitaux.

» Quand on reconnaît le besoin indispensable d'une telle institution; lorsqu'on voit qu'un pharmacien se trouve dans tous les hôpitaux de haute instruction médicale; quand on sait que la loi exige, des pharmaciens établis dans les plus infimes villages, des garanties d'études et de capacité si importantes à l'existence des malheureux, on se demande quelle est la maligne influence, quels sont les déplorables intérêts qui maintiennent un des plus importants hôpitaux de France dans un état si fâcheux pour plus de 3,000 malades qui viennent chaque année y demander la santé et la vie? Assurément on ne peut invoquer l'usage contre les désirs et les réclamations tant de fois exprimés par les chefs successifs de service; et, d'ailleurs, ce qui est tolérable à une certaine époque pour le service pharmaceutique, comme pour les bâtiments, les vêtements, les lits, l'aération, etc., ne l'est plus à une autre époque. On ne peut arguer de l'ignorance d'erreurs graves et presque journalières, car elles y sont de notoriété publique, et découlent forcément de l'institution actuelle elle-même; on ne saurait enfin reculer devant quelques milliers de francs de dépenses, déjà faites d'ailleurs en grande partie pour le laboratoire existant, et en présence des grands intérêts de l'humanité et de l'enseignement. Pour répondre, du reste, à ce dernier motif, nous rappellerons le fait suivant : Non loin du chef-lieu du département de la Meurthe se trouve un vaste hôpital dont la pharmacie était, comme en notre ville, confiée aux très pieuses sœurs de charité. Il y a peu d'années que, voulant utiliser ce vaste établissement pour l'instruction, les médecins y demandèrent l'institution d'un pharmacien. Résistance ordinaire de la part de la commission administrative des hospices; insistance des chefs de service auprès de l'autorité; ferme volonté de celle-ci pour le bien des malades et des élèves; institution, dans l'hôpital, d'un pharmacien et d'un *économe*; présages réitérés, de la part des personnes intéressées, touchant les dépenses exorbitantes que ces utiles améliorations devaient entraîner pour le budget de l'hôpital... On effectua, pendant la première année, 80,000 fr. d'économies!!!... L'expérience se joint donc à l'utilité évidente pour démontrer la nécessité d'une pareille institution dans nos hôpitaux. Espérons dans le bon sens et dans les excellentes intentions de nos gouvernants, pour mettre bientôt, sous ce rapport, l'Hôtel-Dieu de Montpellier au niveau de tous les autres hôpitaux de haut enseignement. » (*Gaz. méd. de Montpellier.*)

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 94. — MARDI 10 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 94. — MARDI 10 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois..... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33	ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois..... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

SOMMAIRE. — PARIS. Les quasi-syphilisateurs et le manifeste de la commission syphilisatrice de Turin. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Nouveau procédé d'anaplastie pour la curation des fistules urétro-péniennes. — La commission nommée par l'Académie royale de médecine de Turin pour étudier la syphilisation. — Société de chirurgie, séance du 28 juillet.

PARIS, LE 9 AOUT 1852.

Les quasi-syphilisateurs

ET LE MANIFESTE DE LA COMMISSION SYPHILISATRICE DE TURIN.

On sait qu'il est des esprits quiets qui, toutes les fois qu'il surgit une idée excentrique, demandent à voir et à contrôler pour le plaisir de voir et de contrôler, quels que puissent être pour autrui les inconvénients du contrôle. Nous avions cru pouvoir nous permettre de considérer ces esprits comme les protecteurs de la syphilisation, et même comme des quasi-syphilisateurs. Ce titre, qui leur appartenait cependant bien par droit de légitime conquête, n'ayant pas été agréé avec toute la grâce à laquelle nous devions nous attendre, nous étions fort embarrassé de leur en trouver un autre, lorsqu'ils nous ont eux-mêmes évité ce labeur. Ils se sont intitulés de leur propre mouvement : hommes *curieux* et *prudents*. On ne saurait mieux dire, et ce n'est pas nous sans aucun doute qui aurions fait une si heureuse rencontre.

Ces hommes sont en effet *curieux*, parce qu'ils désirent ardemment voir des expériences qui ne peuvent avoir qu'un intérêt de pure curiosité ;

Ils sont *prudents*, parce qu'ils se gardent avec le plus grand soin de faire sur eux-mêmes ces expériences dangereuses.

Donc, les esprits curieux et prudents en question ne laissaient pas que d'être un tant soit peu embarrassés de leur personnage, en voyant la tournure que prenait la discussion sur la syphilisation, tant dans la presse qu'à la tribune académique.

Ils combinaient déjà une manière d'amende honorable à la raison et à l'humanité outragées, ils vouaient déjà aux dieux infernaux la syphilisation préventive, quand tout à coup leur humeur a exécuté une brusque rotation ; ils sont aujourd'hui tout congratulation, tout jubilation et ravissement à leur propre endroit; ils se hasardent même jusqu'à lancer quelques traits d'ironie à leurs adversaires, et ils s'empressent de protéger de nouveau, en termes *compréhensifs;* ce qu'ils avaient sacrifié dans un moment de faiblesse, l'*inoculation préventive*. Ce qu'il y a de remarquable dans ce mouvement subit, c'est moins le mouvement lui-même que la cause qui l'a produit. Cette cause n'est autre que le manifeste de la commission académique de Turin, manifeste adressé à tous les médecins de l'Univers, et qu'on peut se donner le plaisir de lire un peu plus loin.

Que proclame donc ce manifeste de si favorable aux syphilisateurs ou quasi-syphilisateurs?

En vérité nous n'avons pu l'apercevoir, et, qui plus est, nous ne sommes pas bien certain que nos honorables adversaires aient été plus heureux que nous.

La commission donne sa parole d'honneur au monde entier, et particulièrement à ses accusateurs (dont personne assurément ne connaissait l'existence), qu'elle a eu raison, très raison, on ne peut plus raison, d'étudier la syphilisation quinze mois durant. Elle affirme qu'elle a les mains pleines de trésors, et qu'elle les répandra au premier jour sur l'humanité; elle répète encore qu'elle a eu raison d'agir lentement, et que ceux-là ont tort qui veulent aller trop vite. Elle félicite les esprits curieux et prudents qui sont disposés à approuver sa conduite; mais les preuves que ces félicitations soient bien méritées, on les cherche vainement.

Peut-être même, sans être un curieux de profession, pourrait-on trouver dans la circulaire dont il s'agit quelques raisons de croire que la commission aurait pu juger avec plus de promptitude sans manquer à ses devoirs ni compromettre son autorité.

Voici, par exemple, un premier petit passage que les curieux ne paraissent pas avoir remarqué : On sait que dans son premier écrit, M. Sperino s'applaudissait en termes très *compréhensifs* et pas mal colorés du procédé de syphilisation qu'il avait adopté (8 à 10 inoculations de 3 à 4 piqûres chacune, pratiquées à un intervalle de 4 à 8 jours) ; comment ne s'en serait-il pas applaudi ! Ce procédé avait toujours réussi, c'est-à-dire 52 fois en 5 mois, quand les malades avaient été dociles, ou qu'elles n'avaient pas été atteintes de quelque maladie intercurrente grave, qui eût forcé d'interrompre la manœuvre. Dans toutes ses expériences, M. Sperino n'avait observé que quatre cas de gangrène locale, *due une fois à une bronchite légère, trois fois à une phlegmasie intestinale !* (Voyez *Ann. des malad. de la peau et de la syphilis*, t. III, p. 260.)

Or, sur ce premier point, la commission écrit :

Il (M. Sperino) a dû depuis peu l'abandonner (le procédé en question), non-seulement à cause de la lenteur qu'on y mettait à achever la syphilisation, mais aussi parce que les chancres inoculés, soit *par leur rapide accroissement*, soit *par leur extension en profondeur* et *par leur facile inflammation*, et *parce qu'ils prenaient l'aspect phagédénique et gangréneux*, *l'obligeaient* BIEN SOUVENT *à suspendre l'inoculation* et à pourvoir aux accidents à l'aide des remèdes antiphlogistiques locaux ou généraux.

Les notions que nous pouvons avoir en syphiliographie, et il n'était pas besoin d'une instruction profonde pour cela, nous ont permis, il y a longtemps déjà, d'affirmer que les faits annoncés par M. Sperino étaient *inexacts*, au point de vue de la syphilisation; mais nous étions loin de nous attendre aux révélations de la commission académique de Turin. Comment ! M. Sperino avait vu les chancres d'inoculation s'*étendre en surface et en profondeur*, prendre l'aspect phagédénique et gangréneux ! Il avait été obligé BIEN SOUVENT de suspendre les inoculations pour traiter les accidents qu'elles déterminaient ! et il oubliait cela quelques jours après en écrivant sa première note! On n'a pas en vérité moins de mémoire ! Le moyen après cela de croire que les souvenirs de M. Sperino auront été plus fidèles quand il a écrit qu'après huit ou dix inoculations les femmes devenaient réfractaires à la contagion, et que les symptômes syphilitiques de toute nature dont elles étaient atteintes disparaissaient comme par enchantement. Une telle confiance, on en conviendra, serait bien hasardée.

Donc le premier procédé a causé beaucoup d'accidents, dont M. Sperino s'est enfin aperçu; et ajoute la commission :

« C'est pour cela que, après *trois mois* d'expériences » (notez qu'il y en avait déjà cinq que M. Sperino avait commencé quand il s'applaudissait encore de son premier procédé), « il a cru devoir y substituer une méthode » *tout opposée*, c'est-à-dire pratiquer de nombreuses et » très prochaines inoculations (10, 20, 30, 40, 60) répé- » tées après un ou deux jours. Ainsi il croyait avoir » pourvu aux divers inconvénients attribués à la pre- » mière méthode. »

Cette fois, par exemple, M. Sperino est sans doute tombé sur la bonne méthode. Il est évident qu'en donnant 60 chancres à la fois (on ne dit pas combien de fois il faut les répéter), on doit aller vite en syphilisation. Aussi M. Sperino s'applaudit-il encore davantage dans une lettre à M. Diday (voyez *Gazette médicale* du 4 octobre 1851), dans laquelle toutefois il ne paraît pas se rappeler exactement les accidents signalés par la commission. Mais en dépit de cette satisfaction nouvelle, voici bien autre chose :

L'expérience, dit le manifeste de la commission, qui est toujours la grande maîtresse, NOUS faisait depuis voir que, si la première méthode méritait le reproche d'entraîner trop longtemps la syphilisation, avec la seconde le *cours de l'inoculation se terminait plus tôt que la maladie, qu'on voyait* OU RESTER TOUJOURS, OU REPARAITRE, et que l'inoculation pratiquée de cette manière se montrait plusieurs fois infructueuse. Alors M. Sperino se détermina à tenter de nouveau l'ancienne méthode pour voir s'il ne trouverait pas quelque juste milieu ou tempérament !

Certes, il est par trop inexplicable que les esprits prudents n'aient pas remarqué ce passage. Seraient-ils moins perspicaces que curieux. Remarquez qu'ici la commission dit NOUS; c'est donc elle qui a vu. — Et qu'a-t-elle vu? — Elle a vu :

Que le cours de l'inoculation (lisez la syphilisation) se terminait plus tôt que la maladie (antérieure à l'inoculation), c'est-à-dire qu'on devenait réfractaire à l'action du virus avant de cesser de souffrir par l'action du virus, c'est-à-dire qu'on était syphilisé avant d'être syphilisé ! Comprendra cela qui pourra ; ce n'est pas là la grande affaire pour les esprits curieux ; ils se contentent volontiers de voir. On peut même prédire qu'ils ne seront complétement gais, malgré le manifeste de Turin, que lorsqu'ils auront vu à Paris quelques douzaines de malheureuses prostituées ou de docteurs L... couverts de quelques centaines de chancres syphilisateurs. Il leur importe peu que la syphilisation serve à quelque chose ; ils déclarent même qu'ils sont disposés à croire à son inutilité, au moins sous le rapport prophylactique ; mais ce qui leur importe surtout, c'est de savoir si la syphilisation est une erreur ou une vérité. Moins calmes que curieux, ils ne pourront dormir tant qu'ils ne seront pas édifiés à cet égard. Mais, disent des curieux d'une autre espèce, pourquoi ceux qui sont si avides de connaître toutes les vérités bonnes ou mauvaises, utiles ou vaines, pourquoi n'expérimentent-ils pas sur eux-mêmes ? Cette question n'aurait pas laissé que d'être indiscrète il y a quelques jours; aujourd'hui, grâce au renseignement qu'ils nous ont donné, il est facile d'y répondre : les quasi-syphilisateurs veulent qu'on expérimente, parce qu'ils sont *curieux ;* ils ne veulent pas expérimenter sur eux-mêmes, parce qu'ils sont *prudents*.

C'est parce qu'ils espèrent que l'exemple de la commission de Turin se propagera et qu'on expérimentera par le procédé à *tempérament* ou par tout autre, qu'ils se sentent si joyeux aujourd'hui. Il y a lieu de croire que leur curiosité sera déçue. Nous espérons, à notre tour, qu'il ne se trouvera pas en France et encore moins à l'Académie de médecine cinq médecins assez oublieux de leurs devoirs de leur profession pour chercher à vérifier sur la peau humaine une prétendue doctrine qui dépasse en grotesque ignoble toutes les jongleries dont les annales de la médecine nous ont conservé l'histoire.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Nouveau procédé d'anaplastie pour la curation des fistules urétro-péniennes.

(Leçon recueillie par MM. TRIQUET et TRÉLAT.)

Le malade qui doit appeler notre attention aujourd'hui est un jeune homme âgé de dix-huit ans, nommé Massé (Ernest). Il est atteint depuis son enfance d'une fistule urétro-pénienne. Nous n'avons jamais pu élucider complétement la cause et l'origine de cette infirmité. Ses parents ne lui ont rien appris à ce sujet. Seulement, aussi loin que son souvenir peut s'étendre, c'est-à-dire vers l'âge de cinq ans, ce jeune homme se rappelle qu'il urinait complétement par le périnée et par la fente que nous voyons aujourd'hui.

D'après ce qu'il raconte, voici comment cet accident lui serait arrivé : un enfant de son âge lui aurait tiré la verge en jouant, et peu de jours après l'urine aurait commencé à couler par le périnée.

Mais cette explication est peu satisfaisante ; car, comment supposer qu'un enfant de quatre à cinq ans ait pu exercer une traction assez forte pour rompre le canal ?

Il est plus probable qu'une cause quelconque aura déterminé une rétention d'urine suivie d'une déchirure de l'urètre. Une inflammation gangreneuse survenue ensuite, rendrait assez bien compte de la perte de substance que nous rencontrons.

Une autre interprétation s'offre naturellement à ma pensée: les parents de cet enfant étaient cordonniers, par conséquent, appelés par leur état à travailler des peaux d'animaux, et peut-être une affection charbonneuse (pustule maligne), transmise par contact, aura-t-elle été la cause primitive des accidents que nous avons en ce moment sous les yeux.

Ces explications tout hypothétiques n'ont qu'une médiocre importance, et nous devons nous attacher surtout à préciser avec soin les symptômes de l'état actuel.

Depuis que ce jeune homme a pu s'observer, la perforation, ou fistule urétro-pénienne, a toujours laissé passer l'urine.

C'est un garçon assez grand, fort, d'un blond châtain, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il est encore imberbe, et son système pileux est peu développé. Son embonpoint est remarquable; ses formes arrondies ont pour ainsi dire quel-

que chose de féminin; et l'on se demande si la fistule du périnée n'est point due à un arrêt de développement congénial, en un mot, si nous n'avons pas sous les yeux un cas d'bermaphrodisme incomplet. La verge est petite, ainsi qu'on peut s'en assurer par les planches A et C, qui représentent les parties de grandeur naturelle. La peau du prépuce est retirée en arrière, de sorte que le gland est complétement à découvert. Les testicules, assez petits, sont placés à la partie supérieure du scrotum, sur les côtés de la symphyse pubienne; quelques poils bien rares les recouvrent ainsi que la peau adjacente. Legland a un volume proportionné au reste de l'organe, et le méat urinaire est ouvert et libre à sa place ordinaire. Un canal de 2 à 3 centimètres lui fait suite, sans rétrécissement aucun, bien que l'urine ne passe point dans cette partie du canal. Un peu plus en arrière, sur la ligne médiane, on trouve une ouverture, sorte de fente vulvaire de 3 centimètres et demi de long; cette fente est limitée en haut par une surface rosée, inégale, qui présente des ouvertures ou cryptes analogues à ceux de l'urètre normal. C'est une sorte de muqueuse se rapprochant par l'aspect de la surface cutanée. De chaque côté, on voit une membrane d'un rouge blanchâtre se confondant avec la peau du scrotum; au milieu est une gouttière ou rigole qui se continue en haut et en bas avec l'urètre.

Si l'on vient à introduire une sonde par le méat urinaire, on voit apparaître le cathéter dans la solution de continuité, puis s'engager de nouveau dans l'ouverture inférieure de l'urètre, et de là il arrive bientôt dans la vessie. Au périnée, on trouve une peau analogue à celle du scrotum, dont une partie a été ramenée en arrière.

Comme troubles fonctionnels, nous devons remarquer que l'urine, excrétée volontairement, s'écoule en bavant au-devant du scrotum par l'ouverture anormale de la verge.

L'érection est assez complète; la verge dans cet état n'est pas inclinée en bas; l'éjaculation du sperme a lieu par la fente fistuleuse, mais le coït est impossible; la solution de continuité primitive avait 2 centimètres de largeur : de la partie antérieure de la fistule au méat urinaire, on trouvait 3 centimètres et demi de longueur, et 11 centimètres de l'anus à la partie postérieure de cette même fistule. En ce point existait primitivement une petite bride formée par un reste de la paroi inférieure de l'urètre; elle fut excisée à l'époque de la première tentative de restauration faite par M. Gosselin en 1851 (24 février).

Le procédé mis alors en usage est celui de M. Alliot : un lambeau cutané pris sur le côté gauche de la fistule fut ramené sur le bord droit préalablement avivé : là on le fixa avec des serre-fines et quelques épingles servant à supporter une suture entortillée. Une sonde avait été placée à demeure. Cependant la réunion échoua dans toute son étendue, à l'exception d'un petit point de quelques lignes qui contracta des adhérences et forma une sorte de pont jeté entre les deux fistules que nous voyons aujourd'hui.

Un peu plus tard, MM. Giraldès et Jarjavay ont opéré ce jeune homme chacun de son côté et sans plus de succès.

A l'époque où je pris le service (mai 1851), je tentai aussi une opération qui eut le sort des précédentes, et le malade quitta l'hôpital sans avoir obtenu d'amélioration. Aujourd'hui, 18 février 1852, il revient encore solliciter les secours de la chirurgie, et il veut à tout prix être débarrassé de son infirmité. (Pl. A.)

La fistule est large de 2 centimètres; elle en offre 3 en longueur; les bords sont étroits, calleux; la peau environnante est rétractée et privée de souplesse: c'est un cas difficile à guérir.

Ici, l'avivement et la suture simple sont des moyens complétement insuffisants, et nous ne pouvons songer à l'occlusion de la fistule qu'en faisant un emprunt aux parties voisines. C'est donc une véritable anaplastie, ainsi que A. Cooper et M. Jobert l'ont pratiquée plus d'une fois avec succès.

Ce premier point décidé, nous avons encore à examiner deux questions importantes :

A. Quel procédé mettrons-nous en usage dans ce cas particulier?

B. Quelle voie prendrons-nous pour soustraire nos lambeaux à l'influence délétère de l'urine, et comment nous sera-t-il possible d'en détourner le cours pendant la cicatrisation?

I. J'avais quelque tendance à employer un procédé analogue à celui de M. Alliot. Deux mots suffiront pour vous le remettre en mémoire :

Il arrive souvent qu'à la suite des urétro-plasties l'urine passant entre le canal et la sonde laissée à demeure, vient filtrer au niveau de la suture qui assujettit la portion transplantée, et empêche ainsi la réunion. Pour donner plus de chances de succès à l'opération, M. Alliot a essayé de placer la suture au delà des limites de la fistule. Pour cela, il pratiqua sur un des côtés de l'ouverture deux incisions transversales qui la dépassaient en haut et en bas, et disséqua la peau de ce côté, tandis que de l'autre il enleva complétement une portion de téguments. Amenant alors le lambeau sur la surface dénudée, il fit deux points de suture assez loin de l'urètre et appliqua un bandage dont la douce pression servait à rendre le contact plus intime. La réunion eut lieu d'une manière solide et parfaite.

Mais, messieurs, par ce procédé on fait une perte de substance, et cette considération est ici d'une certaine gravité; car nous avons peu de peau, et vous avez pu voir que les cicatrices résultant des opérations précédentes sont étendues au loin.

II. Le *lambeau* peut être pris sur le scrotum, dans le cas où l'ouverture est située au voisinage de cette région.

Il y a deux procédés : dans l'un on laisse le lambeau adhérent par sa partie antérieure, et on le retourne sur lui-même pour l'amener au contact avec la fistule préalablement avivée; dans l'autre, on laisse adhérer le lambeau par sa partie postérieure, on le dissèque, et sans être obligé de le contourner, on l'amène d'arrière en avant. A. Cooper a réussi une fois par le premier de ces procédés; le second a été proposé par M. Dieffenbach; mais il exige une grande souplesse et une grande laxité de tissus qui n'existent pas chez notre malade.

Dans l'un et l'autre de ces procédés, le lambeau peut être assujetti au moyen de la suture entortillée.

J'ai bien des fois mis en pratique ces diverses méthodes opératoires, et j'ai été frappé d'une chose, c'est que les fils agissant sur de simples bords mis en contact, coupent trop vite la peau.

En présence de ces difficultés, je me suis demandé si l'on ne pourrait, en disséquant la peau d'une manière suffisante, obtenir de *larges surfaces que l'on pourrait affronter l'une à l'autre.*

Voici, messieurs, l'idée à laquelle je me suis définitivement arrêté. (Pl. B.)



1° Aviver *les bords* de la fistule, sorte de dénudation avec *dissection.*

2° Des incisions *horizontales* seront faites *au delà des limites supérieure et inférieure de la fistule principale.* (Pl. B., fig. 2.)

Chacun des lambeaux sera disséqué avec soin de dedans en dehors, et réciproquement avec le bistouri droit et courbe et les ciseaux.

3° La peau saine, ainsi décollée, sera amenée au-devant de la fistule avivée. (Fig. 3.)

4° La largeur des lambeaux disséqués nous permettra d'affronter *des surfaces et non des bords,* et c'est cette modification importante apportée au procédé opératoire qui me donne quelque espoir de réussir, et m'engage à tenter une nouvelle restauration.

5° La suture entortillée réunira les lèvres de la plaie. (Fig. 3.)

Admettons un instant que les sutures manquent leur effet, que les tissus se séparent, les lèvres de la plaie seront maintenues en rapport par les ponts de peau placés aux extrémités, sorte de sutures vivantes qui maintiendront les rapports comme dans l'opération du bec-de-lièvre modifiée par notre procédé.

Il pourra arriver que l'urine passe au-dessous du pont postérieur; mais nous aurons toujours diminué la fistule, et nous aurons trois petites fistules au lieu de deux grandes; et dans ce cas malheureux la réunion serait encore plus facile à obtenir. Si les choses se passent bien, notre malade guérira complétement, du moins j'en ai l'espoir.

B. Quel moyen emploierons-nous pour soustraire nos lambeaux à l'influence de l'urine?

Cette question a vivement préoccupé les chirurgiens. En effet, c'est le contact de ce liquide irritant qui détruit le plus grand nombre des anaplasties que l'on est appelé à pratiquer sur les organes génito-urinaires. Si on laisse une sonde à demeure, le premier jour l'urine suit cette voie (c'est ce qui est arrivé lors de la première opération de M. Gosselin); mais les jours suivants l'urine commence à filtrer entre la sonde et la fistule, et commence à détruire les chances de l'opération.

Pour remédier à cet grave accident, les chirurgiens ont successivement mis en pratique différents moyens :

1°. La sonde à demeure, conseillée par Boyer, Dupuytren, A. Cooper, et de nos jours par M. Jobert (de Lamballe); nous venons d'en signaler les inconvénients.

2° Un chirurgien distingué de Toulouse, M. Viguerie, a pratiqué la boutonnière sur deux individus. On ne trouve aucuns détails sur un de ces malades. Quant à l'autre, la boutonnière, en détournant l'urine, permit de cicatriser deux fistules jusqu'alors incurables.

3° MM. Ségalas et Ricord ont employé avec succès l'autoplastie et la boutonnière.

Ici notre boutonnière se trouve pour ainsi préparée à l'avance; et, comme je n'ai l'intention d'opérer aujourd'hui que la plus grande des fistules (l'antérieure), nous nous servirons de la fistule postérieure pour évacuer l'urine : au lieu de laisser une algalie à demeure, le malade sera sondé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures avec précaution, aussi souvent, en un mot, que les besoins l'exigeront.

Première opération. — Le 10 mars 1852, M. le professeur Nélaton pratique l'opération comme il a été dit plus haut et en suivant les différents temps indiqués dans les figures 1, 2, 3, pl. B.

Suites de l'opération. — Dans la journée, douleur assez vive. Le malade garda son urine jusqu'au soir et fut sondé deux fois dans la nuit (la sonde était introduite par la fistule postérieure ou périnéale). Deux érections se sont manifestées, mais le malade s'est réveillé à temps pour les faire disparaître avec des irrigations froides.

Le troisième jour (13 mars), les trois épingles moyennes sont enlevées, mais les fils sont laissés en place.

Le cinquième jour, les épingles des angles supérieur et inférieur sont enlevées à leur tour et quelques bandelettes de taffetas gommé et de collodion les remplacent. Le malade est toujours sondé par la fistule périnéale.

Le sixième jour, la réunion paraît complète; mais on remarque sur les bords de la plaie un commencement de rougeur festonnée par plaques, indice certain d'un érysipèle; en même temps, le malade est pris de fièvre, d'envies de vomir. — Ipéca, 1 gramme.

L'érysipèle suit ses phases ordinaires, reste limité à la région génitale et finit par s'éteindre sur place.

Le quinzième jour, la cicatrice est devenue solide malgré l'érysipèle.

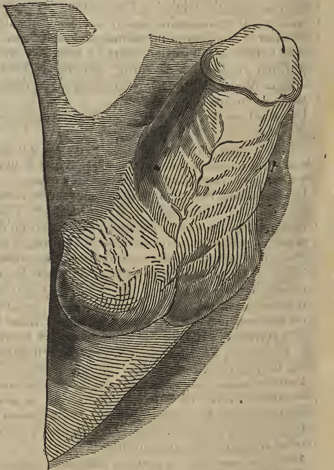
De sorte que la grande fistule est à peu près complétement fermée.

Deux des points inférieurs ont manqué; cependant le résultat désiré est en partie obtenu; car, de 15 centimètres qu'elle avait, la fistule est réduite à quelques millimètres; seulement des bourgeons charnus roses et vermeils existent à l'endroit où la réunion ne s'est pas faite, et semblent annoncer qu'elle ne tardera pas.

On touche cette surface avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, et, quinze jours après, toute cette grande fistule était complétement fermée.

Deuxième opération. — Le 5 mai, M. le professeur Nélaton pratiqua sur la fistule postérieure la même opération, qui avait si bien réussi pour la première. Celle-ci n'avait que 2 centimètres.

(Pl. C.)



Les mêmes temps de l'opération que nous avons détaillés plus haut furent répétés ici :

1° Avivement des bords de la fistule.

2° Deux incisions transversales à une certaine distance des extrémités de la fistule.

3° Les lambeaux sont disséqués du milieu vers la périphérie.

4° Par ce moyen, on obtient deux larges surfaces que l'on affronte l'une à l'autre.

5° Les angles sont évités, et cette modification est d'autant plus heureuse que c'est par les angles que l'ulcération et la gangrène des lambeaux commencent.

6° Les incisions faites au delà de la fistule nous permettent d'avoir ainsi aux extrémités deux points de suture vivante qui maintiennent et assurent la réunion des lambeaux.

Cette fois encore le malade a été sondé plusieurs fois par jour ; et comme il est intelligent, il est parvenu à se sonder lui-même en parcourant toute la longueur de l'urètre.

Les sutures ont été enlevées le troisième et le cinquième jour, et aucun accident n'est venu compliquer l'opération ; cependant la réunion primitive n'a été que très imparfaite, et la plus grande partie de la plaie s'est cicatrisée par deuxième intention.

Aujourd'hui 15 juin, à la place de cette large fente ou fistule urétro-pénienne (représentée dans la planche A), nous trouvous une cicatrice linéaire et solide que l'on peut voir Les fonctions de l'organe sont parfaitement rétablies.

1° L'urètre est libre et large dans toute son étendue, sans aucune espèce de rétrécissement ; il admet facilement une grosse sonde de trousse.

2° Le jet d'urine est plein et continu.

3° Les érections sont complètes.

4° L'éjaculation du sperme est abondante et facile par le méat urinaire.

5° En un mot, toute trace de l'infirmité première a disparu.

LA COMMISSION NOMMÉE PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN POUR ÉTUDIER LA SYPHILISATION,

à tous ses confrères médecins.

Voici le document singulier qui a tant réjoui les hommes *curieux* et *prudents* qui demandent à voir, *sur la peau d'autrui*, si la syphilisation est une vérité, même inutile, ou une pitoyable erreur.

« La question de la syphilisation, qui, après avoir été longtemps débattue l'an passé dans les journaux, et dans les Académies de France surtout, semblait pour le moment oubliée, vient d'être aujourd'hui nouvellement rallumée avec plus de chaleur ; et les partisans, ainsi que les adversaires, sont sur le point d'engager de nouvelles luttes non moins véhémentes que les premières. Un tel retour a été motivé sans doute par la demande faite par quelques-uns des introducteurs de cette nouveauté, qui voudraient étendre le théâtre de leurs expériences et lui donner une grande publicité. Du moins on croit que c'est là la cause pour laquelle M. le préfet de police de Paris a nommé récemment une commission composée de MM. Mélier, Ricord, Conneau, Denis et Marchal (de Calvi), expressément chargée d'examiner la question. Mais M. le préfet ayant récemment transmis à cette commission certains documents (d'ailleurs non rédigés à ce propos), qu'il avait demandés au gouvernement de S. M. le roi de Sardaigne, le ministre de l'intérieur, afin d'infirmer la mauvaise impression qu'auraient pu faire, dans l'esprit de ladite commission parisienne, les documents précités, s'empressa, il y a peu de jours, de demander à la commission académique de Turin *un rapport complet de toutes ses observations sur la syphilisation*, pour être envoyé officiellement à Paris. Mais la commission de Turin répondit au ministre qu'elle ne pouvait pas tout de suite rédiger un compte-rendu exact de toutes ses observations. Quand même elle eût voulu satisfaire au désir du ministre, elle ne l'aurait pas pu ; car il lui manquait et il lui manque encore certains éléments substantiels qu'elle attend de quelques cas qui lui restent encore à enregistrer. Personne, on l'espère, ne voudra lui attribuer cette lenteur et la constituer pour cela en délit ; car un tel retardement ne provient pas de sa faute ; mais il faut s'en prendre à une très puissante nécessité et à la nature même des faits observés, qui n'ont pas permis une plus grande célérité. Et puisqu'il paraît que cette considération n'a pas frappé tous ceux qui accusent la commission de ce grand délai, qu'on pourrait presque dire une inconcevable négligence, elle se croit obligée de la rappeler aujourd'hui à ses accusateurs, et de les prier de vouloir bien, pour un moment, peser, d'une part, la latitude du mandat à elle donné, et de l'autre la multitude, la grandeur et la variété des obstacles, des doutes, des difficultés qui se lient à une matière aussi importante.

» Lorsque l'Académie royale de médecine de Turin, dans sa séance ordinaire du 23 mai 1851, sur la demande de M. Sperino, nommait une commission de cinq de ses membres expressément chargée de *vérifier* les expériences faites et d'*assister aux expériences ultérieures* que le même docteur Sperino aurait instituées avec l'inoculation du *virus* syphilitique employé comme moyen curatif et prophylactique de la syphilis, la commission, en acceptant cet honorable mandat, savait que pour l'accomplir entièrement elle ne pouvait et ne devait pas être liée à une limite de temps déterminée. Néanmoins, à peine lui fut donnée faculté de libre entrée dans le Syphilicôme qu'elle commença ses études, commencement qui date du 26 mai 1851, c'est-à-dire trois jours après sa nomination. De ce jour-là jusqu'à présent ses visites à l'hôpital ont toujours continué régulièrement, savoir : dans les cinq ou six premiers mois, deux fois par semaine ; après toutes les semaines, en y employant chaque fois deux et trois heures. Au surplus, elle tenait et tient des conférences hebdomadaires consignées dans des procès-verbaux, et dans lesquelles chaque commissaire communique le fruit de ses propres observations et soulève les doutes, les difficultés et toutes les questions qui en dérivent. Ensuite, il y a un des commissaires expressément chargé d'enregistrer toutes les observations qu'on vient de faire à chaque visite à l'hôpital ; car chaque fois toutes les femmes choisies par la commission et d'autres encore sont passées en revue, toujours pour constater les différences et tous les changements survenus. Et c'est pourquoi la commission, obligée pour mériter foi et crédit à ses faits de se prémunir de toutes ces précautions, a reconnu bientôt que la mission par elle acceptée était plus grave et plus difficile qu'elle ne l'avait cru d'abord. D'ailleurs, en prévoyant la multitude des controverses et des doutes que cette nouveauté aurait certainement éveillés parmi les amateurs de la science, non-seulement elle a trouvé nécessaire de procéder avec toute précaution et prudence, mais elle désira tout d'abord qu'on lui appliquât le mot *festina lente*; car, si dans les recherches scientifiques il importe toujours de se montrer circonspect dans l'examen des vérités cachées ou dénaturées par l'amour de parti ou par illusion systématique, dans le camp de la syphilisation il y a une nécessité absolue ; car celui qui voudrait trop accélérer le pas serait à chaque instant exposé au danger de tomber dans les épines.

» Telles étaient pourtant les raisons qui, dans l'ensemble, imposaient à la commission le devoir de procéder lentement dans ses observations. Mais si nous descendons du général au particulier, nous trouverons qu'il y a des raisons encore plus fortes d'approuver le procédé de la commission. Et, en effet, comment celle-ci aurait-elle pu s'assurer de cette double et vraiment miraculeuse vertu attribuée par quelques syphiliographes novateurs à l'inoculation du *virus* syphilitique, c'est-à-dire de guérir la syphilis actuelle et de préserver de toutes futures infections vénériennes, sans une riche série de faits clairs, exacts, répétés, démonstratifs, et capables de résoudre vraiment tout doute et toute question ? Et puisque ces mêmes faits étaient, ou par leur nature, ou par tant d'accidents, liés à des causes extrinsèques et différentes, ou à des circonstances concomitantes, la commission, qui voulait en donner l'exacte histoire, ne pouvait pas absolument se passer de leur étude et de leur examen approfondi. De là vient que, pour se mettre à portée de résoudre le problème de ce double attribut de la syphilisation, la commission a dû choisir un certain nombre de maladies vénériennes récentes et anciennes, locales et générales, qu'elle a crues appropriées à son objet ; elle en a accepté d'autres dans le cours de ses études, et quelques-unes enfin lui furent soumises, qui, soit par leur singularité, soit par quelque caractère saillant, ne pouvaient pas être négligées. Le nombre total de ces cas s'élève aujourd'hui à plus de cinquante, nombre très suffisant au besoin et très imposant d'ailleurs, si on considère le nombre très petit des cas produits jusqu'ici par les partisans, aussi bien que par les adversaires de la syphilisation. Il faut ajouter encore que tous ces faits, pour les pouvoir dire complets, étaient subordonnés d'ailleurs à une question de temps, qu'il n'était pas au pouvoir de la commission d'abréger ; car, pour arriver à la solution du problème de la vertu prophylactique attribuée à la syphilisation, on devait jusqu'à un certain point attendre du temps la réponse. Et le temps nous l'a donnée, cette réponse, sinon pour tous les cas, du moins pour plusieurs, dont nous donnerons l'exacte histoire avec tous les détails possibles.

» On doit, en outre, ajouter que la voie expérimentale dans laquelle s'était engagé notre confrère Sperino étant tout à fait neuve et ne lui offrant ni guides ni exemples à suivre (car il a été le premier, en Italie, à appliquer la syphilisation à l'homme), il s'est vu, dans son difficile chemin, forcé bien des fois à procéder de différentes manières pour arriver à son but; car, tandis que la méthode consistant à faire peu d'inoculations (1, 2, 3, 4) séparées les unes des autres, et répétées tous les trois ou quatre jours, lui parut d'abord préférable, puisque, avec cette méthode, il disait, dans son discours à l'Académie (1), avoir triomphé dans 52 cas de syphilisation ; il a dû depuis peu l'abandonner, non-seulement à cause de la lenteur qu'on y mettait à achever la syphilisation, mais aussi parce que les chancres inoculés, soit par leur rapide accroissement, soit par leur extension et profondeur, et par leur facile inflammation, et parce qu'ils prenaient l'aspect phagédénique et gangréneux, l'obligeaient bien souvent à suspendre l'inoculation et à pourvoir aux accidents à l'aide des remèdes antiphlogistiques locaux ou généraux. C'est pour cela que, après trois mois d'expérieuces, il a cru devoir y substituer une méthode tout à fait opposée, c'est-à-dire pratiquer de nombreuses et très prochaines inoculations (10, 20, 30, 40, 60) chaque fois, répétées après un ou deux jours. Ainsi il croyait avoir pourvu aux divers inconvénients attribués à la première méthode, et à ce propos il exprimait toute sa satisfaction dans sa lettre à M. Diday (2). Mais l'expérience, qui est toujours la grande maîtresse, nous faisait depuis voir que, si la première méthode méritait le reproche d'entraîner trop longtemps la syphilisation, avec la seconde le cours de l'inoculation se terminait plus tôt que la maladie, qu'on voyait ou rester toujours ou reparaître, et que l'inoculation pratiquée de cette manière se montrait plusieurs fois infructueuse. Alors M. Sperino se détermina à tenter de nouveau l'ancienne méthode, pour voir s'il ne trouverait pas quelque juste milieu ou tempérament. Mais cependant le temps s'écoulait parmi ces différents essais, et les faits ont dû nécessairement subir diverses modifications en rapport avec ces diverses méthodes d'expérimentation. Que si, à toutes les causes sus-indiquées, on ajoute différents accidents morbides aussi faciles à naître dans cet hôpital par des influences topographiques connues, chacun y verra une raison très juste, pour la commission académique, d'avoir différé jusqu'ici et de n'avoir pas encore achevé son rapport.

» Mais aujourd'hui, après quatorze mois et plus d'études continues, elle se voit arrivée à la fin de ses travaux ; car elle n'a plus qu'à recueillir encore très peu de cas, mais d'ailleurs très importants pour son but, qui seront bientôt prêts. Elle s'empressera alors de rédiger son rapport, qui sera long et détaillé, et qui donnera avec toute loyauté, conscience et impartialité la fidèle histoire de tout ce qu'elle a vu et observé en cette matière. Son rapport à la main, la commission espère que chacun pourra se mettre à portée de prononcer en cette question un jugement inébranlable.

» Depuis que cette fièvre ou insatiable avidité de tourmenter la nature vivante, saine et morbide a envahi l'esprit de certains syphiliographes en Italie, en France et en Allemagne, déterminée à voir ce qu'il y avait de bon ou de mauvais dans cette nouveauté, la commission académique de Turin s'est fait un devoir religieux de suivre les essais de toute espèce faits par les uns et par les autres, dans le but de donner corps et vie à cette étrange idée. C'est pourquoi elle n'ignore ni les exagérations des partisans, ni les censures, les reproches et les imputations des adversaires de la syphilisation. Elle connaît aussi les diverses opinions auxquelles elle a donné lieu, et les polémiques (pas toujours généreuses ni toujours courtoises) qui depuis deux ans ont été soulevées, surtout en France. De ces opinions et controverses, la commission a dû tenir note pour en faire raison en temps et lieu. Seulement, ayant vu que les partisans, aussi bien que les adversaires de la syphilisation aimaient mieux perdre leur temps en paroles et en inutiles conjectures, que dans la recherche des faits clairs, positifs et nombreux, la commission, au contraire, a préféré s'appliquer à ceux-ci, sans se gêner aucunement pour celles-là ; car c'est seulement avec les faits à la main qu'on peut ou confirmer ou détruire les théories cliniques. Il est vrai que, pour avoir voulu suivre cette voie, la commission a dû sacrifier beaucoup de temps et de patience, ce que lui reprocheront certainement ces juges trop empressés qui ont conclu ou pour ou contre la syphilisation, sans avoir vu aucun fait, ou avec quelques-uns à peine, ni toujours des plus clairs ni des moins critiquables. Mais du procédé qu'elle a suivi, la commission non-seulement n'a pas de motif de se repentir, mais elle en a plus d'un pour y persister, considérant que les jugements précipités en matière scientifique, surtout quand les faits manquent, exposent les juges au danger de graves erreurs et de conséquences plus graves encore. Enfin, de tout ce qui a été dit jusqu'ici par les prôneurs et par les détracteurs de la syphilisation, la commission peut tirer plus d'une raison non-seulement de s'applaudir de sa conduite, mais aussi de prier tous ceux qui voudront prendre part pour ou contre la syphilisation d'avoir encore quelque peu de patience jusqu'à ce qu'elle puisse mettre sous les yeux du public savant tout ce qu'elle a observé et vu, assurant que les choses vues et observées par elle sont nombreuses et très importantes.

» Turin, le 23 juillet 1852.

» Soussignés à l'original :

» Dr Caietan Pertusio, président de la commission.

» Dr Alexandre Sella.

» Dr Pierre Frola.

» Dr Charles Demaria.

» Dr François Freschi, secrétaire de la commission et rapporteur. »

(1) V. le Journ. de l'Acad. de Turin, mai 1851.

(2) V. la Gaz. Méd., 4 octobre 1851. — Lettre de M. Sperino à M. Diday.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juillet 1852. — Présidence de M. Guersant.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président met aux voix les conclusions de la commission sur le travail de M. Rigal (de Gaillac). Les conclusions ayant été adoptées à l'unanimité, M. Rigal est nommé membre correspondant.

Sur la demande de plusieurs membres, le rapport de M. Michon est également renvoyé au comité de publication.

Correspondance.

M. Maisonneuve dépose sur le bureau, au nom de M. Michaux, de Louvain, qui demande le titre d'associé étranger, les ouvrages qui suivent :

Note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur accompagnées de pénétration dans le grand trochanter;

Note sur deux cas remarquables de hernie;

Extirpation d'une tumeur volumineuse occupant la région parotidienne; guérison; quelques propositions relatives à l'ablation des tumeurs de cette région;

Observations de chirurgie opératoire communiquées à l'Académie royale de Belgique;

Déchirure de la portion prostatique de l'urètre et du col de la vessie; inflammation, suppuration, formation de tissu inodulaire, dysurie; essais infructueux de cathétérisme; opération de la boutonnière; pansement avec des mèches volumineuses; introduction de sondes de Mayor; guérison;

Note sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou;

Description d'une anomalie rare de l'artère épigastrique;

MM. Nélaton, Denonvilliers et Maisonneuve sont nommés pour rendre compte de ces divers travaux.

Dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis.

M. Huguier présente un malade dont il avait déjà entretenu la Société dans la séance du 26 mai 1852. Ce malade portait sur les côtés du gland des vaisseaux lymphatiques dilatés, qui, en se rejoignant, formaient une sorte de couronne, puis remontaient vers la racine de la verge. Une ponction faite sur l'un de ces vaisseaux donna issue à un liquide opalin. L'opération a consisté dans l'incision de ces vaisseaux à leurs deux extrémités. Il y a eu à la suite de cette petite opération un peu d'œdème et d'inflammation du prépuce, mais cela s'est promptement dissipé. M. Huguier a entendu dire à M. Ricord que ce genre d'affection n'était pas très rare et qu'il se contentait de soulever ces vaisseaux avec une pince et de les exciser avec des ciseaux courbes.

Tumeur siégeant à la grande lèvre gauche.

M. Guersant présente une petite fille de douze ans portant une tumeur à la grande lèvre gauche ; il pense que cette tumeur est un kyste ; il veut en faire la ponction suivie d'une injection iodée. Ceux des membres qui l'examinent sont pour le plupart de l'avis de M. Guersant.

Grossesse réputée anormale terminée par un accouchement naturel.

M. Huguier. Il y a deux séances, j'avais prié M. le président d'annoncer à la Société que la femme qui était dans mon service, et chez laquelle j'avais cru, ainsi que plusieurs confrères, qu'il existait une grossesse extra-utérine, était accouchée naturellement. Je m'étais inscrit pour cette communication ; mais plusieurs circonstances imprévues et les occupations de la Société m'ayant empêché de donner des détails sur ce fait intéressant, j'y reviens aujourd'hui, et j'entrerai dans des détails d'autant plus nécessaires que le fait a été raconté d'une manière inexacte dans un journal de médecine.

Lorsque j'appelai l'attention de la Société sur ce fait, qui a présenté tant d'obscurité pour le diagnostic et qui s'est terminé naturellement, je pensais qu'il s'agissait, sinon d'une grossesse extra-utérine, au moins d'une grossesse anormale : j'étais porté à adopter cette opinion par les raisons suivantes :

1° La tumeur était très élevée;

2° Il existait entre elle et le pubis une dépression très marquée;

3° On sentait l'enfant sous les téguments;

4° La tumeur offrait une forme toute particulière;

5° Il y avait absence de souffle placentaire;

6° La tumeur, au lieu d'occuper la ligne médiane et de prédominer en avant, occupait tout le flanc droit;

7° On sentait dans le cul-de-sac du vagin une tumeur qu'on considérait comme une portion de l'enfant;

8° La fécondation avait été la suite d'un acte violent et suivie de circonstances qui ont été notées comme accompagnant assez souvent les grossesses extra-utérines;

9° Les deux médecins qui avaient vu la malade dans les premiers temps avaient cru l'un à une affection organique du foie et l'autre à une tumeur de l'ovaire droit.

Entre autres signes qui ont pu contribuer à favoriser l'erreur de diagnostic, il faut encore noter le développement continuel du diamètre transversal de la cavité abdominale, la persistance de la tumeur dans la région épigastrique, la démarche de la malade, qui était toute particulière : au lieu de se renverser en arrière, elle était courbée sur elle-même en avant. De plus, dans les derniers temps, il y avait de la fièvre, des douleurs lombaires qui cessaient et revenaient : on pouvait croire à une irritation péritonéale. De plus, jusqu'aux derniers moments, absence totale des phénomènes de la parturition : il n'y avait aucune contraction utérine, aucune dilatation du col.

Le 30 juin au matin, lorsque je vis la malade avec M. Danyau,

le col était en arrière derrière les pubis; il était conoïde et aucunement dilaté; à ce moment M. Danyau pencha tellement vers l'idée d'une grossesse extra-utérine qu'il indiqua la longueur et le siége da l'incision à pratiquer.

Ce fut dans la nuit, vers trois heures du matin, que le travail commença; les premières douleurs se manifestèrent le 1er juillat au matin; elles étaient très rapprochées et avaient lieu de cinq en cinq minutes; jusque-là, aucun changement du col. Quelques personnes qui etaient présentes m'engagèrent à agir; n'étant pas assez convaincu de l'existence d'une grossesse extra-utérine, je refusal, disant qu'à deux beures de l'après-midi je reverrais la malade, et qu'alors je pratiquerais la gastrotomie après avoir cathétérisé l'utérus. A deux heures un quart MM. Roux et Danyau étant arrivés, je touchai la malade; le col n'était pas ouvert; mais en introduisant le doigt je sentis quelque chose qui se rompait, et je reconnus la tête qui se présentait. Dès ce moment tous les doutes furent levés; c'était un accouchement simple qui sa préparait; la tête se présentait en première position; rien d'extraordinaire n'eut lieu, et deux beures eprès la femme était accouchée.

Depuis, voici ce que j'ai observé : la fièvre de lait s'est déclarée le troisième jour; pendant dix jours l'utérus est toujours resté en haut dans le flanc droit, au-dessus de l'ombilic, puis il s'est porté tout à fait à droite, et enfin est revenu sur la ligne médiane; aujourd'hui il est encore un peu élevé, mais sa position est normale. Mais derrière l'utérus on sent une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api; on la sent dans le cul-de-sac utéro-rectal. Je me demande si, pendant la grossesse, cette tumeur n'était pas plus volumineuse.

J'insisterai d'autant plus, dit M. Huguier, sur la valeur de cette observation, qu'elle a présenté de nombreuses difficultés de diagnostic, que presque tous nos confrères qui ont vu la malade ont partagé mes doutes : c'était donc une grossesse anormale. Si M. Paul Dubois n'a pas admis la grossesse extra-utérine, il a d'abord pensé que c'était une présentation du pelvis. Quant à M. Moreau, il penchait, lui aussi, pour une grossesse extra-utérine.

Recherches sur l'anesthésie oculaire.

M. Chassaignac donna lecture d'un trevail ayant pour objet des recherches sur l'anesthésie oculaire, et renfermant les propositions suivantes :

1° L'effet constant du chloroforme, quand le sujet est à l'état de résolution générale, c'est l'immobilité complète et absolue du globe de l'œil.

2° Non-seulement l'œil est immobile; mais de plus, il est dans l'état que Barthez avait désigné sous le nom de *force de situation fixe*. Dans cette condition, toutes les tentatives faites avec le seul secours des doigts et sans instrument pour faire rouler l'œil sur l'un de ses axes restent sans effet.

3° la position dans laquelle s'arrête l'œil des anesthésiés est la déviation de la cornée en haut, sous la paupière supérieure.

4° La situation fixe de l'œil pendant l'anesthésie paraît dépendre de ce que les muscles droits et les deux obliques de l'œil entrent dans un état de contraction tonique où ils se font équilibre pour maintenir le globe dans la situation où ce dernier a été en quelque sorte saisi par l'état anesthésique,

5° Tandis que le chloroforme a pour effet de résoudre partout ailleurs les contractions musculaires, il traite les muscles de l'œil d'une menière toute différente, et les maintient dans un état de tonicité remarquable.

6° Sous l'influence de cette contraction générale des muscles de l'œil, les liquides tendent à s'échapper de la coque oculaire. Chez un malade atteint d'une double cataracte et opéré des deux côtés par abaissement, il s'est produit aussitôt après l'opération un double chémosis séreux.

7° L'action du chloroforme sur l'organe de la vue présente deux ordres de phénomènes très distincts, suivant que le sujet est dans la période d'excitation ou dans la période de collapsus.

8° Le premier effet produit par le chloroforme sur la muqueuse oculaire est une action irritante Aussi, l'impression générale des sujets soumis à l'inhalation est de fermer les paupières.

9° Pendant la période d'excitation, l'effet du chloroforme est généralement de dilater la pupille; mais au plus fort de l'état anesthésique, la pupille reprend sa contractilité, en apparence du moins, sous l'empire d'une action réflexe.

10° L'effet de la période de collapsus sur les paupières est de leur donner une immobilité en quelque sorte cadavérique, c'est-à-dire qu'elles gardent la situation que leur donne la main de l'observateur: s'il les entr'ouvre, elles restent entr'ouvertes; s'il les ouvre plus largement, elles ne se referment pas.

11° L'âge des sujets ne paraît pas exercer une grande influence; mais la débilité de la constitution et le sexe féminin rendent plus rapide et plus profonde l'action du chloroforme sur l'appareil de la vision.

12° L'immobilité cadavérique, ou inertie absolue des paupières, peut être considérée comme un excellent critérium de l'anesthésie complète. Chez tous les sujets arrivés à l'état de collapsus elle existait, et par contre on ne l'a que très rarement observée durant la période d'excitation.

13° Le chloroforme est un mauvais dilatateur de la pupille.

14° Sur les sujets cataractés qui ont été opérés dans l'état d'anesthésie complète, et chez lesquels il y a eu dilatation préalable de la pupille au moyen de la belladone ou de l'atropina, celle-ci se resserre brusquement dans les deux conditions que voici; chez les opérés par abaissement au moment où le cristallin cesse de se trouver dans le champ de la pupille; chez les opérés par extraction, au moment où l'humeur aqueusa s'écoule après l'incision de la cornée.

M. Giraldès. Je demanderai à M. Chassaignac si, par la lecture de ce travail, il a donné à entendre que le chloroforme n'a pas été employé dans les opérations qui se pratiquent sous les yeux; car si cela était, je lui objecterais que M. Bowman et B. Cooper l'ont employé dans des cas de cataracte ou de pupille artificielle chez des enfants.

M. Chassaignac. Je n'ai donné lecture de ce travail que pour faire connaître à la Société les recherches que j'ai commencées sur l'anesthésie oculaira, sans élever à cet égard aucuna prétention de priorité.

M. Cloquet. Je demanderai si M. Chassaignac a pratiqué l'opération de la cataracte par extraction chez des individus soumis à l'action du chloroforme et ce qui est survenu.

M. Chassaignac. J'ai eu occasion de faire cette opération dans ces circonstances, et l'œil n'a pas été vidé; mais si la membrane hyaloïde eût été intéressée, il est probable que l'œil se serait vidé.

M. Larrey insiste pour que le travail de M. Chassaignac, qui offre une série très curieuse d'observations, soit renvoyé au comité de publication.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— M. Giraldès rend compte de plusieurs travaux de chirurgie importants contenus dans le trente-quatrième volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*.

De la compression dans le traitement des tumeurs anévrismales.

Observation d'un anévrisme poplité guéri par la compression; remarques sur cette méthode de traitement, par le Dr Bellingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, de Dublin.

L'auteur rapporte d'abord l'histoire d'un anévrisme poplité observé chez un homme de quarante-deux ans, et guéri par la compression. Ce malade, qui était un ancien militaire, entra à l'hôpital Saint-Vincent le 26 novembre 1850. Il portait dans la région poplitée droite une tumeur, dans laquelle il existait des pulsations, des mouvements d'expansion et un bruit de souffle. Elle avait trois pouces d'étendra en tous sens et remplissait touta la rágion poplitée; le membre était plus volumineux que celui du côté sain.

Le malade passa touta la journée du 30 au lit; il prit 10 grammes de poudre de jalap. Jusqu'au 3, on diminua successivement la quantitá des aliments.

On commença la compression le 4 à onze heures du matin au moyen de deux compresseurs, l'un placé dans l'aîne, et l'autra au tiers inférieur de la cuisse. La compression fut maintenue toute la journéa et toute la nuit.

Le 5, à l'heure de la visite; les pulsations avaient cessé, la tumeur était dura, solide, limitéa. Le malade resta au lit, et une compression modérée fut continuéa.

Le 10, plus de compression; la tumeur est dure; on ne sent plus de pulsations.

Le 28, le malade part pour la campagne.

M. Bellingham fait suivre l'histoire de ce malade d'un tableau dans lequel sont inscrits 36 cas d'anévrismes traités par la compression. Il fait remarquar que ce nombra ne résume point toutes les observations dans lesquelles la compression a été employée; il ne comprend que les cas traités de cette manièra dans les hôpitaux de Dublin depuis 1843 jusqu'en 1850.

Ces 36 cas d'anévrismes comprennent :

6	anévrismes	de l'artèra fémorale;
26	—	de l'artère poplitée;
3	—	de l'artère brachiale;
1	—	de l'artèra radiale.

Dans les 6 cas d'anávrismas de l'artère fémorele, il y a au cinq guérisons; le sixièma cas était un anévrisme diffus qui a nécessité l'amputation de la cuisse.

Sur les 26 cas d'anévrismes poplités, il y a 21 cas de guérison. Un de ces malades est mort d'une affection du cœur quaranta-huit heures après la cessation des battements dans la tumaur.

Sur les 5 cas dans lesquels la compression a échoué, on trouve un cas dans lequel la compression n'a pas été continuée;

Un 2e, où la ligature a été employée;

Un 3e, pour lequel la galvanopuncture a été misa en usage conjointement avec la compression. Catte fois, il survint un érysipèle grave, et le malade succomba;

Un 4e, où l'amputation a été pratiquée;

Un 5e, où le malade succomba à une affection pulmonaira.

Le chirurgien de Dublin fait voir que dans un de ces cas la compression a été pratiquée chez le même malade pour un anévrisme da l'artère fémorale. Il ajoute que parmi les malades guéris la tumeur n'avait point reparu. Il montra, d'après les autopsies, que les guérisons se font par l'oblitération du sac, l'artère restant perméable dans une grande partie de son étendue.

Sur les trois observations d'anévrisme de l'artère brachiale il y a deux guérisons; chez le troisième malade, il axistait une anomalie de l'artère brachiale, et deux branches artériellas durent être liées.

M. Bellingham insiste sur l'importance d'une méthode de traitement qui, sur 36 cas, n'a été suivie d'aucun accident qui lui soit propre, et il fait voir combien cette méthoda doit être préférée à la ligature des artères, se fondant sur la grand nombre d'accidents graves qui accompagnent cette dernièra opáration. Ainsi, d'après une statistique publiée par Norris, où il a rassemblé 188 cas de ligature de l'artère fémorale pour des anévrismes poplités, on trouve 146 guérisons et 46 morts.

Depuis que la compression a été introduite dans la pratique des chirurgiens de Dublin, elle a rendu de grands services.

Si cette méthode n'a pas donné partout des résultats aussi favorables qu'à Dublin, c'est qu'elle a été appliquée d'une manière peu méthodique, et que les instruments de compression n'étaient pas convenables. Il ne s'agit pas pour réussir d'obtenir l'oblitération du vaisseau dans le point comprimé, mais bien de diminuer l'impulsion de la colonne liquide et da favoriser la coagulation du sang dans le sang.

Le travail de M. Bellingham est suivi d'une observation d'un double anévrisme poplité communiquée par M. Heweth. Chez le malade sujet de cette observation, la mort fut la suite d'une affection interne. A son autopsie, on put suivre la marche de consolidation des poches anévrismales, et on put également constater la perméabilité de l'artère malada.

De l'emploi de l'électricité dans la pratique chirurgicale.

Le même ouvrage contient un travail de M. John Marschall, chirurgien adjoint de l'University College's Hospital; il a employé le galvanisme dans le but de produire la cautérisation d'un trajet fistuleux rebelle à d'autres moyens de traitement.

Cette opération a été pratiquée au commencement de septembre 1850 sur un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution délicate, scrofuleuse, et chez laquel une fistule avait succédé à un abcès de la joue. Des injections irritantes, caustiquas, iodées furent employées sans succès; les moyens généraux ne réussirent pas mieux. Ce fut alors que M. Marschall se décida à employer le galvanisme. Il fit d'abord quelques essais sur le cadavre et les animaux dans le but de connaître la possibilité d'une cautérisation dans toute l'étendue du trajet fistuleux à l'aide d'un fil de platine, l'étendue de la partie cautérisée et les suites de la cautérisation; enfin pour connaître quels devait être le volume du fil de platine, l'intensité et la durée du courant.

Les expériences furent faites avec la pile de Grove, et donnèrent un bon résultat. Une fois le résultat connu, il employa ce moyen pour le jeune malade. La cautérisation fut pratiquée dans toute l'étendue du trajet fistuleux, et la guérison s'ensuivit.

M. Marshall fait suivre cette observation de quelques considérations sur ce qu'il appelle le cautère électrique; il pense qu'on pourrait y recourir dans les fistules profondes, dans les fistules périnéo-urétrales, vésico-vaginales, et même dans les plaies empoisonnées.

On pourrait, suivant lui, essayer, par ce moyen, de détruire certaines tumeurs, comme les tumeurs érectiles ou hémorrhoïdales; certaines maladies de la langue, du col de l'utérus; ou s'en servir pour oblitérer des veines variqueuses. Il s'en est servi pour des hémorrhoïdes et dans le cas de fissure à l'anus. Ce sont, dit-il, les indications qu'il a trouvées dans le *Traité de l'électricité* par M. Becquerel qui l'ont porté à faire ces recherches.

Observation d'extirpation de l'ovaire avec succès, par M. Duffin. Analyse de 108 cas d'ovariotomie, par M. Robert Lee.

M. Robert Lee, à la suite d'une communication d'ovariotomie faite avec succès par M. Duffin chez une femme âgée de trente-huit ans, profite de cette circonstance pour faire connaître le résultat de la dissection de la tumeur enlevée, et surtout pour exposer les effets connus des opérations d'ovariotomie pratiquées en Angleterre.

Il avait d'abord réuni 108 cas d'opération; de nouvelles recherches ont porté ce nombre à 162 Ainsi, 162 extirpations de l'ovaire ou tentatives d'extirpation ont été faites dans la Grande-Bretagne; sur ce nombre 162, il y a 61 morts.

Il était curieux de connaître l'âge précis des malades, et la mortalité suivant l'âge. Or, en étudiant le tableau de M. Lee, on ne trouve pas tous les élémants nécessaires; ainsi, plusieurs cas sont inscrits sans qua l'âga de la malade soit indiqué.

Toutefois, en réunissant les résultats qu'il a publiés, j'ai pu arriver aux chiffres suivants :

De 18 à 30	ans, il y a	40 opérations,	19 morts.
De 30 à 40	—	41 —	13 —
De 40 à 50	—	17 —	4 —
De 50 à 60	—	13 —	2 —

Ainsi, c'est dans la période de 18 à 30 ans que la mortalité a été plus grande.

J'ai voulu savoir également combien de jours après l'opération la mort était survenue, et, à moins de chercher ailleurs, on ne trouve pas encore tous les éléments nécessaires; cependant j'ai trouvé 6 cas dans lesquels la mort a suivi de très près l'opération :

1 cas le lendamain;
2 trente-six heures après;
1 quarante-huit heures après;
1 trois jours après, de péritonite;
1 quatre jours après, de péritonite.

Au moment où cette discussion a eu lieu, M. R. Lee sollicita vivement les membres de la Société qui avaient pratiqué cette opération d'en faire connaître la résultat; et s'il ast vrai de dire qu'on a reproché à M. Lee d'avoir dressé un tableau sur des documants qui n'avaient pas toute la valeur nécessaire, il est égalemant vrai de de dire que les ovariotomistes n'ont pas publié en entier les accidents et tous les cas de mort, comme M. R. Lee leur a reproché.

Maintenant, si nous décomposons le tableau da M. Lee, nous arrivons au résultat suivant :

Sur 162 ovariotomies, 8 dans lesquelles il n'y avait pas d'ovaire malade.

Dans 60 cas, l'ovaire n'a pas été enlevé; sur ce nombre, 19 morts.

Sur le nombre 102, dans lequel l'opération a été terminée, il y a eu 42 morts.

Oblitération partielle de l'artère crurale à la suite d'une ligature.

M. Verneuil met sous les yeux de la Société le bassin et le membre inférieur droit d'une femme avec les artères injectées. Dernièremant, en disséquant le cadavre d'une femme adulte, il s'aperçut que l'artère crurale droite était eu partie oblitérée; des recherches qu'il fit à ce sujet lui ont fait penser que cette oblitération avait été causée par une ligature faite probablement pour une plaie artérielle, L'oblitération, longue de 4 centimètres, s'étend depuis l'épigastrique jusqu'à la fémorale profonde; un cordon fibreux imperméable remplace l'artère. M. Verneuil a trouvé une cicatrice à un centimètre au-dessous de l'arcade crurale et parallèlement à ce ligament; sur aucun point du système artériel il n'a rencontré de traces de tumeur anévrismale, d'où l'hypothèse d'une plaie antérieure. L'artère fémorale était partout perméable à la cuisse; l'artère iliaque externe était perméable jusqu'à l'épigastrique, mais considérablement diminuée de calibre; l'iliaque interne, devenue au contraire très volumineuse, rétablissait la circulation, surtout par les branches obturatrice et fessière; les artères honteuse interne et ischiatique y contribuaient beaucoup moins. Quant aux artères viscérales et aux artères du côté opposé, leur calibre était le même.

A la cuisse, les artères circonflexe interne, honteuses externes, superficielles et profondes, la fémorale profonde ramenaient le sang dans la crurale par un réseau artériel très riche situé dans la région interne et supérieure de la cuisse au niveau de la fosse obturatrice. Les artères des nerfs crural et sciatique étaient très dilatées.

La conservation des vaisseaux du côté sain permet de comparer l'état du système vasculaire du côté de l'oblitération. Les vaisseaux qui établissent les anastomoses ont un aspect particulier; ils sont flexueux, contournés en hélice; en certains points, ils sont comme variqueux.

Les deux membres étaient égaux; l'appareil musculaire annonçait une grande vigueur.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

On écrit d'Eslingen (Bavière), le 31 juillet :

« Un lâche assassinat vient de mettre un terme aux jours de l'un des plus savants anatomistes d'Allemagne, M. le docteur Charles-Frédéric Rampold, médecin en chef de l'hôpital général d'Eslingen.

» Mercredi dernier, à environ deux heures de l'après-midi, le valet de chambre de M. Rampold entra dans le cabinet de travail de son maître, et là il trouva M. Rampold gisant par terre, nageant dans son sang, et ayant sur la bouche un grand emplâtre de poix noire. Plusieurs meubles, et notamment un secrétaire, avaient été fracturés, et l'on en avait enlevé deux montres en or, plusieurs bijoux, des instruments de chirurgie en argent et une forte somme en numéraire. Le chronomètre en or et la bourse que M. Rampold portait habituellement sur lui avaient disparu pareillement.

» L'autopsie a constaté que M. Rampold a péri par une perte de sang causée par dix coups de couteau portés dans la poitrine; qu'il est probable qu'avant de lui faire ces blessures, l'assassin l'avait étourdi en lui frappant la tête avec un instrument contondant; qu'enfin l'emplâtre de poix appliqué sur la bouche avait empêché la victime de faire entendre le moindre cri.

» Le concierge de l'hôpital général, où demeurait M. Rampold, a déclaré que mercredi dernier, vers une heure de l'après-midi, il avait vu rentrer M. Rampold accompagné d'un homme en costume de paysan, et qu'environ une demi-heure après, cet homme avait descendu l'escalier conduisant à l'appartement de M. Rampold et était sorti de l'hôpital.

» Comme toutes recherches pour découvrir l'assassin n'ont produit aucun résultat, la police a fait publier le signalement de l'homme qui accompagnait l'infortuné médecin; mais ce signalement est loin d'être précis et complet, parce que, pour le rédiger, on n'a eu que les renseignements vagues du concierge, qui n'a vu cet individu qu'en passant et pour ainsi dire à la volée. »

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons sur les déviations utérines. — Médecine légale. Note sur l'arsenic, le cuivre et le plomb de tolérance, vulgairement dits arsenic, cuivre et plomb normaux. — Académie de médecine, séance du 10 août. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Dixième leçon.)

La durée du séjour de l'instrument redresseur, dans le traitement de l'antéflexion, a varié entre trois et quatorze jours, l'effet curatif a été le même dans tous les cas. Cette circonstance autorise à penser que l'instrument agit non en maintenant l'utérus dans sa position normale pendant un temps plus ou moins long, mais en déterminant une excitation particulière qui se produit tantôt au bout d'un temps très court, tantôt au bout d'un temps très long. Cette excitation s'annonce par des phénomènes particuliers. A l'état de bien-être dont jouissaient les malades succèdent un sentiment de gêne et de tension du côté du bas-ventre, un malaise général et des douleurs vagues. Lorsque cet ensemble de symptômes n'est pas suivi de l'apparition des règles, il peut être considéré comme un indice de guérison; dans les conditions opposées, il n'a plus la même valeur séméiologique; le praticien doit s'attendre à la nécessité d'une nouvelle introduction du redresseur utérin.

Nous n'avons pas eu à noter d'hémorrhagies. Cette circonstance vient à l'appui de ce que nous avons dit plus haut sur l'opinion qui attribue la guérison des déviations utérines aux déplétions sanguines locales que la présence des instruments détermine dans quelques cas.

L'abondance des règles a été augmentée. Il ne s'est manifesté aucune apparence de métrite. Quatre fois seulement se sont manifestées des douleurs; elles ont disparu dans un espace de temps très court.

La durée du traitement a varié entre vingt-deux et soixante-cinq jours; elle a été, en moyenne, de quarante-trois jours. Celle du traitement de l'antéversion a atteint deux mois et demi. La guérison de l'antéflexion a donc exigé un temps beaucoup moins long que celle de l'antéversion; aussi sommes-nous en droit, jusqu'à ce que de nouveaux faits se soient produits, de considérer la première comme plus facile à obtenir que la seconde.

Plusieurs rechutes ont eu lieu dans l'antéversion, même après un temps assez court, il n'en est survenu aucune dans l'antéflexion.

Chez quelques malades, divers troubles morbides ont persité ou se sont montrés après la disparition de la maladie; c'est ainsi que nous avons vu une névralgie intercostale survivre à l'antéflexion. Ce fait confirme une fois encore l'opinion que nous avons énoncée relativement aux rapports qui existent entre les affections névralgiques et les déviations utérines.

Une de nos malades a conservé après sa guérison, pendant l'espace d'environ quinze jours ou trois semaines, de fréquentes envies d'uriner, des douleurs pendant la miction et un certain degré de dysurie qui ont cédé à des frictions belladonées et à l'administration de l'extrait de belladone à l'intérieur.

Une inflammation des ligaments larges s'est déclarée chez une autre malade assez peu de temps après la guérison pour permettre de soupçonner, au premier abord, un rapport de cause à effet entre le traitement et l'affection dont il a été suivi dans cette circonstance. Les détails dans lesquels nous allons entrer feront clairement ressortir la manière de voir qu'il convient d'adopter à cet égard.

Une femme d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution éprouvait depuis l'âge de quinze ans une constipation opiniâtre et des douleurs qui se rattachaient visiblement à une déviation utérine. Cette femme, en 1851, vint à plusieurs reprises nous consulter à l'hôpital Beaujon. Elle avait, à cette époque, atteint sa vingt-sixième année.

Nous trouvâmes chez elle une rétroversion, et plus tard une antéflexion qui parut devoir subsister d'une manière définitive.

La malade entra à l'hôpital; le cathétérisme utérin, que nous pratiquâmes environ quinze fois, fut très difficile dans les commencements.

L'instrument redresseur, après une première tentative qui resta infructueuse, put être introduit; il demeura en place pendant neuf jours; la matrice reprit sa situation naturelle.

La malade, au moment où elle quitta l'hôpital, jouissait d'un état de santé parfaite; elle eut l'imprudence de se livrer pendant plusieurs jours à un travail très pénible. Huit jours après sa sortie, vingt jours après que l'instrument redresseur avait été enlevé, elle fut prise de douleurs dans l'une des régions inguinales, de frisson et de fièvre; elle entra à l'hôpital.

Nous trouvâmes dans la fosse iliaque droite une tumeur non fluctuante, qu'on pouvait sentir par le vagin.

L'utérus avait sa direction normale.

Nous fîmes appliquer des sangsues; la tumeur disparut dans un espace de temps très court.

Nous avons eu occasion de nous assurer que la guérison s'est maintenue.

Est-il besoin de faire remarquer ici la facilité avec laquelle ont cédé des symptômes qui avaient acquis un haut degré de gravité et une constipation qui durait depuis de longues années? Ce fait n'est pas le seul dans lequel l'application de l'instrument redresseur, bornée à une durée de quelques jours, ait produit de semblables résultats.

La guérison date, chez une malade, de quinze mois; chez une autre, de onze; chez trois, de neuf; chez deux, de huit; chez une autre, de six mois et vingt jours; chez deux, de trois, et chez une dernière, de deux mois seulement.

Lorsqu'on pratique le toucher vaginal peu de temps après la guérison, on découvre, en suivant la paroi antérieure du col de l'utérus, un relief plus ou moins saillant qui simule un commencement de déviation; ce relief, dont les notions d'anatomie pathologique que nous avons exposées plus haut expliquent la présence, ne doit pas être considéré comme l'indice d'une guérison incomplète dès que les malades ont cessé d'éprouver les symptômes divers qu'elles ressentaient avant le traitement.

La même réflexion est applicable à la légère inclinaison de l'utérus en avant que l'on voit quelquefois subsister après la disparition de l'antéversion.

De quelques variétés d'antéversion avec flexion.

Nous avons à indiquer sommairement quelques variétés de déviation dans lesquelles l'antéversion a été compliquée de flexion.

Nous avons rencontré une malade chez laquelle l'utérus, dont le corps et le col étaient placés suivant le même axe, présentait une légère concavité en bas et en avant.

Nous en avons observé une autre chez laquelle la courbure de l'utérus dévié en avant, plus prononcée que dans le cas dont nous venons de faire mention, n'avait néanmoins introduit aucun changement partiel dans la direction de l'axe de la matrice: il y avait engorgement du col et du corps.

Chez une troisième malade, nous avons trouvé deux courbures; le doigt, introduit dans le vagin, sentait distinctement deux angles rentrants en avant. L'axe général de l'organe était demeuré le même. Lorsqu'on venait à introduire la sonde utérine, le bec de l'instrument rencontrait successivement deux temps d'arrêt, et ne pouvait pénétrer plus profondément qu'à la faveur d'un changement de direction.

La constipation a existé dans les trois cas de déviation que nous venons d'indiquer; les mêmes douleurs se sont montrées chez les trois malades. La dernière a été tourmentée par de fréquentes envies d'uriner; plusieurs particularités dignes d'intérêt se rattachent à son histoire.

Mariée à l'âge de vingt et un ans, cette malade avait été prise, quatre années après son mariage, des douleurs et des symptômes qui accompagnent les déviations de l'utérus; le repos absolu, une diète plus ou moins sévère, des émissions sanguines locales plusieurs fois répétées, l'usage des bains avaient plutôt apporté une aggravation qu'une amélioration dans l'état de sa santé.

M. Récamier, consulté par elle à deux reprises, prescrivit un pessaire, de l'exercice et un régime réparateur. Le pessaire ne put être supporté; il se produisit cependant un changement favorable.

Un médecin qui fut consulté plus tard vit dans l'ensemble des symptômes éprouvés par la malade une dyspepsie, à laquelle il opposa sans succès des moyens particuliers.

Des symptômes hystériformes vinrent s'ajouter à ceux qui existaient primitivement.

C'est environ neuf ans après le début de sa maladie, après des tentatives inutiles faites en vue de la guérir, que la malade est venue demander nos soins.

Nous avons eu recours au cathétérisme utérin; il a été difficile dans les commencements. La sonde pénétrait à une profondeur de sept centimètres.

Les deux premières applications de l'instrument redresseur ont eu pour effet de faire disparaître l'une des deux flexions de l'utérus, ainsi que la déviation générale de l'organe en avant.

A partir de ce moment, la malade a été définitivement rendue à la santé.

Un mois et demi plus tard il existait encore un léger degré de flexion. Nous avons une troisième fois introduit le redresseur utérin dans le double but de rendre la conception facile et de prévenir à jamais le retour de la maladie en effaçant jusqu'à ses dernières traces.

De la rétroversion.

On donne le nom de rétroversion à une affection dans laquelle l'utérus se trouve dévié en arrière, sans être en même temps le siége d'aucune flexion.

Dans l'étude des causes de cette maladie, nous sommes en général arrivé à des résultats analogues à ceux que nous avons fait connaître à propos de l'étiologie des autres variétés de déviation.

L'âge des malades, pris à l'époque où elles sont venues nous trouver, a varié entre vingt-quatre et trente-six ans; pris à l'époque où se sont manifestés les symptômes de la rétroversion, il a varié entre dix-huit et vingt-neuf ans.

Très rarement la leucorrhée a précédé le début de la maladie.

Il nous a été impossible de savoir si l'engorgement de la matrice, qu'on a considéré comme une cause de déviation, a réellement préexisté à la rétroversion dans les cas que nous avons observés.

L'accouchement a été sans contredit l'une des circonstances qui ont le plus puissamment contribué au développement de l'affection qui nous occupe. Sur dix malades, six ont eu des enfants. Chez elles les premiers symptômes ne se sont déclarés qu'après l'accouchement, lorsqu'elles ont voulu marcher ou reprendre leurs occupations ordinaires.

Quatre malades ont eu deux enfants; l'une d'elles n'a présenté de troubles morbides qu'après sa seconde grossesse.

Deux malades ont eu un seul enfant.

L'accouchement dans aucun cas n'a offert rien de particulier, si l'on met à part une femme dont l'enfant est resté neuf heures au passage. Du reste, même dans cette circonstance, l'intervention des moyens artificiels n'a pas été nécessaire. Nous ne saurions donc admettre, d'après la considération des faits dont nous avons été témoin, que les manœuvres plus ou moins longues et plus ou moins douloureuses auxquelles il est quelquefois nécessaire d'avoir recours soient, comme l'ont dit les auteurs, une cause de rétroversion.

Nous avons eu à noter des mouvements prématurés après l'accouchement chez une de nos malades.

Voici dans quelles circonstaces.

Une femme, dont le tempérament lymphatique se révélait par une leucorrhée habituelle, n'avait pas cessé depuis son mariage, qu'elle avait contracté à l'âge de dix-neuf ans, de se livrer au coït d'une manière immodérée.

Elle était devenue enceinte au bout d'une année; l'accouchement avait été naturel et facile; la malade avait commencé à marcher au bout de huit jours sans éprouver autre chose qu'un peu de pesanteur vers le bas-ventre.

A la suite d'un second accouchement, qui s'était passé comme le premier, elle avait été forcée de faire un long voyage et de passer un jour et une nuit en voiture; il en était résulté pour elle un état de fatigue auquel avaient succédé au bout de deux mois les symptômes les plus marqués d'une déviation utérine. Que s'était-il passé dans l'intervalle de temps qui avait séparé le voyage du début de la maladie? Nous manquons des données nécessaires pour répondre à cette question: il y a tout lieu de penser que les symptômes, qui plus tard se sont déclarés avec une certaine violence, avaient dès cette époque commencé de se manifester.

La malade avait vingt-trois ans à l'époque où elle vint nous trouver. Nous reconnûmes chez elle l'existence d'une rétroversion.

Le cathétérisme fut facile.

A la faveur de la mobilité de l'utérus, d'un léger degré d'abaissement et de la largeur du canal utérin, nous pûmes sans trop d'obstacles introduire le redresseur à flexion fixe; il fut laissé en place pendant huit jours.

Une nouvelle application de l'instrument suffit pour amener la guérison, qui aujourd'hui date de dix-neuf mois.

L'utérus, après avoir été rendu à sa position naturelle, a conservé pendant quelque temps un peu d'engorgement; l'abaissement qui existait avant le traitement a persisté à un certain degré.

Des hémorrhagies utérines étaient survenues dans les quatre derniers mois de la maladie; à ces hémorrhagies s'était jointe une perturbation complète des fonctions de la menstruation; chose digne de remarque, la première application de l'instrument redresseur eut pour effet immédiat de rétablir la régularité des règles et de faire cesser les métrorrhagies.

Nous avons pris soin de demander à nos autres malades combien de temps après l'accouchement s'étaient manifestés les premiers symptômes de leur affection; nous avons appris que chez toutes ils étaient survenus ou immédiatement après ou bien au bout d'un temps très court; dans le premier cas, ils s'étaient fait sentir dès les premiers pas; dans le second, ils ne s'étaient déclarés qu'après des courses plus ou moins longues; dans l'un comme dans l'autre cas, il y avait eu un rapport de cause à effet des plus manifestes entre l'accouchement et la rétroversion.

Au nombre des quatre malades qui n'ont pas eu d'enfants s'est trouvée une femme vierge; chez deux d'entre elles, la rétroversion a été la suite d'une chute.

Les règles se sont établies chez nos malades entre 12 et 14 ans, c'est-à-dire aux époques ordinaires.

Deux fois, antérieurement au début de la maladie, il y a eu suppression de l'écoulement menstruel; deux fois aussi il y a eu ménorrhagie dans un cas, métrorrhagie dans l'autre.

Nous avons vu les règles devenir irrégulières chez deux malades après l'action de la cause présumée de la rétroversion; il n'y a donc pas lieu de regarder ici, comme on l'a fait plusieurs fois dans d'autres circonstances, l'irrégularité des fonctions menstruelles comme une cause de déviation.

Six malades ont eu une dysménorrhée légère. Nous avons dit plus haut ce qu'il convenait de penser au sujet de l'influence des troubles dysménorrhéiques tels qu'on les rencontre chez la plupart des femmes, tels qu'ils ont existé chez nos malades.

A.-H. MARGERIE.

MÉ[illegible]

NOTE SUR L'ARSENIC, LE [illegible] VULGAIREMENT DITS A[illegible]

Par Ad. CHATIN, professeur à l'Ecole de pharmacie.

Les poisons dits *normaux*, auxquels on peut appliquer avec non moins de raison la dénomination de *poisons de tolérance*, existent-ils réellement, existent-ils toujours dans les organes de l'homme? Sans parler des controverses qui ont eu pour point de départ de regrettables mobiles, plus d'une discussion sérieuse, appuyée de part et d'autre sur des faits bien observés, s'est élevée sur le sujet qui nous occupe, et l'on n'a pu s'entendre, chacun accordant à ses propres résultats une exactitude exclusive.

Une circonstance nouvelle semblant pouvoir rouvrir la polémique, j'en profite pour rappeler l'opinion que j'exprimais en 1844 (thèse à la Faculté de médecine, p. 62) et la rendre moins incomplète. J'écrivais alors : Les faits consignés dans l'article précédent conduisent à admettre, en thèse générale, que, lorsqu'une substance métallique sera portée dans l'économie

d'une manière continue, elle imprégnera les tissus, dans lesquels elle pourra être retrouvée en quantité plus ou moins considérable... Lorsqu'un homme succombe après avois pris des aliments ou des médicaments contenant une haute dose de poison, nous savons, à ne pouvoir en douter, que l'absorption du poison a généralement lieu, et que celui-ci peut être retrouvé dans les organes. Si la proportion du poison est faible, l'absorption n'aura pas moins lieu; donc alors il devra se rencontrer dans le corps de l'homme, et en quantité d'autant plus considérable que l'usage du médicament ou de l'aliment aura été continué plus longtemps et que l'élimination sera moins rapide.

C'est même là que sont l'origine et l'explication des poisons dits *normaux*. Mêlez habituellement un peu de mercure au régime alimentaire d'un animal, et son corps offrira à l'analyse du mercure que vous appellerez *normal,* si, comme cela se pratique, vous n'avez pas égard à la composition du régime. Donnez à des chiens, donnez à l'homme le plus commun des aliments, le pain, qui contient habituellement du cuivre (Sarzeau), et vous aurez dans le corps de l'homme et du chien une petite quantité de poison que vous direz encore *normal,* parce que vous n'aurez pas égard à la nature du pain, et que vous considérerez comme faisant partie intégrante du corps un principe étranger qui ne s'y trouve que parce que vous l'y portez sans cesse.

N'oublions pas que les eaux qui ont séjourné ou seulement circulé dans des vases et des tuyaux de plomb peuvent contenir une petite quantité de ce métal, que l'usage de ces eaux est général dans beaucoup de maisons, dans des villes entières; ajoutons à cela le plomb des étamages qui passe presque continuellement dans les mets de nos cuisines, et nous saurons également à quoi nous en tenir sur l'origine du plomb normal, en même temps que nous aurons la clef de la controverse des savants sur l'existence de ce métal dans le corps humain.

Si l'origine des poisons de tolérance est telle que je le signale, on conçoit comment tel homme, qui aura pu à une certaine époque contenir du plomb normal, n'en offrira plus à une autre époque :

1° Parce qu'il a cessé l'exercice de sa profession ou l'usage de médicaments ou de l'aliment plombifère;

2° Parce que depuis la cessation de cet exercice ou de cet usage, le plomb qu'il avait absorbé aura été éliminé par les diverses voies excrétoires.

Ainsi, pour moi, tout corps humain doit renfermer du cuivre normal, parce que le cuivre passe du sol dans les aliments que nous prenons tous les jours, et qu'il ne peut se faire qu'en raison de la tolérance des organes qui peuvent en garder une certaine dose sans que leur structure et leurs fonctions en soient affectées, ce cuivre ne se retrouve pas à l'analyse de ces organes.

Quant au plomb, comme il n'existe pas dans le sol et que par suite il ne peut faire partie de ses produits, ce n'est que dans des conditions particulières qu'il pourra entrer dans le régime alimentaire à cette dose infinitésimale nécessaire à son assimilation temporaire ou, en d'autres termes, à son passage à l'état de plomb de tolérance. Toutefois, ces conditions peuvent se trouver réalisées sur une grande échelle dans les villes, à Paris, par exemple, où l'eau bue par la population n'arrive qu'après avoir circulé dans des tuyaux de plomb qu'elle ne peut traverser sans se charger d'une quantité très minime de carbonate de ce métal, lequel est retenu par les tissus dans lesquels il s'accumule pour constituer le plomb normal.

Les résultats devront donc être, en ce qui concerne le plomb, tout opposés, suivant qu'on procédera à la recherche dans le cadavre d'un homme qui aura consommé ou non de l'eau ou toute autre boisson qui aura séjourné dans des vases de ce métal. La matière de la vaisselle à l'usage des individus, matière qui pourra être plombifère, devra aussi faire varier les résultats.

Donc, en somme, on peut dire d'une façon générale que les habitants des villes auront du plomb dit normal et que le contraire arrivera chez l'habitant des campagnes. Toutefois ces derniers pourront, en raison de la vaisselle et des étamages, offrir quelquefois du plomb normal à l'analyse.

Ces considérations tendent, comme on le voit, à concilier des résultats contraires observés par divers chimistes, et notamment par MM. Orfila et Chevallier, savants bien connus pour l'exactitude qu'ils portent dans leurs recherches.

Quant à l'arsenic normal, d'abord admis, puis rejeté, il faut s'attendre à le voir rentrer en scène, si la grande quantité de réactifs employés par M. Stein, qui assure avoir constaté récemment la présence de ce composé toxique dans plusieurs plantes alimentaires, n'a point apporté quelques perturbations dans des résultats que nous sommes personnellement d'autant plus disposé à admettre que nous venons d'en trouver la confirmation dans l'examen de plusieurs terres ferrugineuses de la France et du Piémont.

Quoi qu'il advienne de l'arsenic normal sur lequel l'attention des toxicologistes va de nouveau se porter, nous estimons qu'il ne saurait jeter aucun trouble dans les recherches médico-légales, habilement et consciencieusement faites, la difficulté pouvant être tournée en appliquant à ce poison la méthode par laquelle M. Orfila est si heureusement parvenu à opérer le départ des métaux normaux ou de tolérance (cuivre, plomb), de ceux d'intoxication. Il est bien entendu qu'il ne faut pas prendre ici *méthode* comme synonyme de *procédé*, ce dernier devant se modifier suivant la nature du corps à chercher.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 août 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs échantillons de remèdes secrets;

2° Etat des vaccinations des départements du Cher, Eure-et-Loir, Isère.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hydrocèles.

M. le docteur Carron du Villards adresse un mémoire sur un nouveau procédé pour la guérison prompte et radicale des hydrocèles de la vaginale et du cordon spermatique congéniales ou accidentelles.

Choléra.

M. le docteur Tourrette, médecin à Chambly (Oise), adresse une note sur les bons effets de l'administration de l'eau froide dans le traitement du choléra épidémique et sporadique, et sur la saignée considérée comme moyen prophylactique de cette maladie.

Pommade de digitaline.

M. Dumont, pharmacien à Cambrai, adresse un mémoire sur les avantages d'une pommade de digitaline contre les affections dartreuses.

En voici la formule :

Digitaline pure et dissoute dans l'alcool.	0 gr. 10 c.
Sulfure rouge de mercure.	2 gr. 50 c.
Chlorure de mercure (précipité blanc). .	16 gr.
Teinture d'opium brut.	6 gr.
Cold cream à l'état légèrement savonneux.	120 gr.

Tubercules de l'encéphale.

M. le docteur Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, envoie une observation détaillée de tubercules de l'encéphale. (Commissaires : MM. Lévy et Patissier.)

Syphilisation.

L'Académie a reçu du promoteur de la sypbilisation une lettre que le conseil a déclarée à l'unanimité ne pouvoir être lue en séance.

— M. Marchal adresse aux membres de l'Académie la lettre suivante :

Messieurs,

Dans la discussion sur la sypbilisation qui se poursuit devant vous, mon nom a été prononcé à diverses reprises; il l'a été avec beaucoup de bienveillance, notamment par M. Malgaigne, qui m'a donné d'autres preuves de sympathie, et s'est acquis mon inviolable reconnaissance. Je ne manquerai pas de remercier aussi M. Depaul et même M. Ricord, malgré une insinuation, aussitôt rectifiée qu'émise, sur une sorte d'enthousiasme à type continu, dont il a failli me déclarer atteint : diagnostic que je voudrais presque justifier, tant j'estime que c'est là une belle et noble maladie. Oui, certes, si j'avais à choisir, je préférerais celle-là à cette autre, dans laquelle le sujet prétend tout savoir, tout juger en premier et en dernier ressort, et ne craint pas de dire à l'esprit humain comme Dieu à la vague : « Tu n'iras pas plus loin! »

Hélas! messieurs, que sommes-nous et que savons-nous pour avoir de telles prétentions? Je parle des premiers, je parle des maîtres, en me mettant, comme il convient, à une distance respectueuse. Qui aurait pu croire que l'on parviendrait à suspendre la sensibilité chez l'homme pendant plus d'une heure? Voilà encore une découverte contre laquelle se sont élevées de grandes clameurs. N'avons-nous pas entendu un académicien célèbre, dont la philanthropie ne s'est pas effarouchée lorsque, dans un intérêt scientifique, il ouvrait l'artère carotide chez un cholérique, jeter les hauts cris à la pensée qu'on osait faire respirer de l'éther à des patients pour soustraire leur esprit à l'horreur de l'opération et leur sensibilité à l'atrocité des douleurs? C'est ce même académicien, soit dit en passant, qui, toujours prêt à repousser ce qui ne vient pas de son initiative, d'ailleurs féconde, a nié que le virus de la morve fût transmissible des solipèdes à l'homme : erreur dangereuse et funeste, qui devient coupable en ne se dénonçant pas elle-même, comme elle l'aurait dû faire depuis longtemps, devant tant de preuves irrésistibles.

Qui peut s'arroger le droit de fixer les limites du possible? Combien de démentis, glorieux et honteux à la fois, l'esprit humain a-t-il reçus pour avoir crié à l'impossible! L'impossible! pour Louis XIV c'était le voyage de Paris à Versailles en une demi heure; pour Napoléon, c'était la navigation à la vapeur et le sucre de betterave; pour nous-mêmes, hier, c'était la transmission de la pensée de Paris à Londres, dans l'espace de quelques secondes, par un éclair sous-marin. Ce n'est pas en vain que l'homme a été condamné à produire dans l'extrême fatigue et dans les angoisses, soit qu'il féconde la terre inculte, soit qu'il plonge dans les profondeurs de l'inconnu pour en tirer une vérité. L'impossible est le fouet sanglant dont on se sert pour frapper au visage quiconque apparaît avec un fait nouveau.

Me voilà donc, messieurs, mis en demeure de dire ce que j'ai fait et ce que j'ai vu en matière de sypbilisation, et de le dire tout de suite, pour ne pas laisser échapper l'opportunité. Une indisposition, les travaux de la commission dont je suis le secrétaire, les obligations professionnelles, ont absorbé la plus grande partie de mon temps depuis votre dernière séance, et j'écris aujourd'hui, dimanche, cette lettre, qui sera imprimée demain pour vous être distribuée après-demain. Je dis cela pour tâcher de me concilier votre indulgence.

C'est moi qui ai fait la distinction de la syphilisation en syphilisation préventive ou prophylactique et en syphilisation curative qui peut devenir préventive. M. Auzias qualifie cette distinction de *nominale,* et je le veux bien. Il n'était pas moins essentiel de l'établir; car depuis qu'elle a été établie, la question a changé de face; et beaucoup d'esprits qui se détournaient de la syphilisation avec répugnance, ont consenti à la prendre en considération. M. Auzias lui-même parle beaucoup moins de la syphilisation préventive ou vaccination syphilitique, et c'est tant mieux pour la sypbilisation. Quant à moi, je l'ai dit dès le premier jour, et quinze cents personnes me l'ont entendu répéter à la fin de ma leçon sur la contagion au concours d'hygiène, la sypbilisation préventive, une méthode qui consisterait à donner la syphilis à des individus pour les empêcher de la contracter quand rien ne dit qu'ils la contracteraient, m'inspire une profonde et insurmontable horreur : je ne ménage pas mes expressions, pas plus ici que dans la chaire de la Faculté.

Il n'en est pas de même de la syphilisation curative que j'ai envisagée du point de vue homœopathique. Je sais bien que je ne sers pas la syphilisation en lui donnant l'homœopathie pour appui, ou, si l'on veut, pour complice. Mais je pense qu'il y a toujours une part de vérité dans toute doctrine qui a occupé et occupe un grand nombre d'esprits parmi lesquels il en est de distingués; et, sans admettre (il s'en faut), comme des preuves de la loi homœopathique, tous les faits réunis par Hahnemann, je crois à la réalité de cette loi. Ne voyons-nous pas la strychnine guérir la chorée? Or, me disais-je, si cette loi a quelque fondement, elle doit surtout s'appliquer aux maladies virulentes, et c'est là qu'elle doit trouver sa plus éclatante justification (1). Je me disais encore que si l'on arrivait à guérir la syphilis par l'inoculation du virus syphilitique, on serait conduit à tenter l'inoculation isopathique dans le traitement de la rage et de la morve; et quel bienfait pour l'humanité, m'écriais-je, si l'on parvenait, un jour, à établir cette loi : que toutes les maladies virulentes sont curables, sous certaines conditions, par l'inoculation de leur produit! Déjà n'a-t-on pas conseillé de multiplier les inoculations vaccinales chez les varioleux pour atténuer la gravité de la maladie, dans le cours des épidémies meurtrières? Et n'a-t-on pas vu l'inoculation variolique (non plus l'inoculation vaccinale), faite dans les mêmes circonstances, donner des résultats inespérés...? Voilà de l'enthousiasme, j'en conviens, et de la plus mauvaise espèce, car il était réfléchi et raisonné.

Mais ce n'était point assez d'une vue de l'esprit et d'une grande espérance pour me décider à pratiquer la syphilisation curative. J'avais surtout besoin de me convaincre que cette pratique n'aurait pas de sérieux inconvénients pour les malades, et c'est ce que j'examinai scrupuleusement; car je serais indigne de la considération, et, j'ose dire, de l'affection dont je jouis dans l'armée, je serais indigne de ma propre estime, si cette préoccupation n'avait pas eu la première place dans mon esprit.

Or, messieurs, je vous le demande : quels sérieux inconvénients, quels dangers l'inoculation, pratiquée avec circonspection, avec sagesse, peut-elle faire naître chez un individu affecté de syphilis constitutionnelle? Ce n'est pas le danger de l'infection générale, puisqu'elle existe. Ce n'est pas non plus le danger d'y ajouter, puisqu'on ne pourrait y ajouter qu'en la produisant de nouveau, et que, suivant une loi fermement établie par M. Ricord, on ne peut pas avoir deux fois la syphilis constitutionnelle. Reste le phagédénisme. Ce danger est réel. Les chancres d'inoculation peuvent prendre le caractère phagédénique ou rongeant, et d'autant plus que la diathèse syphilitique est une prédisposition au phagédénisme. Mais, après tout, et même dans ces conditions défavorables de diathèse, cet accident n'est ni fréquent, ni incoercible. En somme, la syphilisation curative, dans la diathèse syphilitique, seul cas dans lequel elle doive être employée suivant moi, n'offre qu'un danger local, qu'il faut mettre en ligne de compte, mais dont on a exagéré l'importance.

Voilà comment, après de mûres réflexions dont je viens, messieurs, de ne vous offrir qu'une faible esquisse, j'osai enfin appliquer la syphilisation dans mon service, au Val-de-Grâce. J'y soumis dix-huit malades en peu de jours, et je reçus presque immédiatement l'ordre de m'arrêter dans cette voie. Ce n'est pas qu'aucun de mes malades eût éprouvé alors le plus petit accident. On ne voulait pas qu'une méthode aussi nouvelle et aussi hardie fût appliquée à des militaires, qui n'ont pas le choix du médecin, et vis-à-vis desquels, par conséquent, on est tenu à une plus scrupuleuse réserve. Je ne cherche pas, comme on voit, à affaiblir cette considération; je la compris, et j'obéis sans murmure à un ordre qui m'était transmis d'ailleurs avec beaucoup de bienveillance et d'égards. Mais mon anxiété fut grande jusqu'à la cicatrisation complète du dernier ulcère d'inoculation. Je craignais, en effet, que les chancres artificiels ne prissent de l'extension, faute de pouvoir les borner par de nouvelles insertions du virus. Il n'en fut pas ainsi, heureusement, du moins dans la plupart des cas. Chez deux malades, il se manifesta une tendance phagédénique, que j'arrêtai en peu de temps par l'emploi topique de l'alcool camphré et de l'opium; chez un troisième, il se forma un petit abcès, fort douloureux, au voisinage d'un chancre d'inoculation, abcès virulent qui donna lieu à un ulcère, dont la durée fut d'une quinzaine de jours; et chez un quatrième, qui avait été inoculé à la cuisse, il survint, dans l'aine, un bubon suppuré.

Je ne puis malheureusement rapporter mes observations détaillées; elles ont été égarées par la personne qui les avait recueillies sous mes yeux. Je regrette profondément ce que je puis considérer comme un malheur; et vous comprendrez, messieurs, pourquoi j'ai tant différé de me mêler au débat porté devant votre tribunal, quand j'aurais voulu, au contraire, mettre tout de suite entre vos mains les matériaux qui auraient été à ma disposition.

Je suis réduit à mes souvenirs; mais ils sont précis.

Je commence par le fait rapporté par M. Ricord dans votre dernière séance. Le sujet, M. S., était un officier d'infanterie de marine en disponibilité. Quand il entra dans mon service, sa constitution était profondément altérée; il était pâle et amaigri, et, au premier coup d'œil, je le soupçonnai phthisique. Il avait, me disait-il, suivi plusieurs traitements, tant par le mercure que par l'iodure de potassium, et il était à bout de confiance dans ces moyens, comme il était à bout de ses forces. Cependant, je lui prescrivis pendant deux jours, un gramme d'iodure de potassium et deux pilules de proto-iodure de mercure. On sait, par le récit de M. Ricord, que cet officier portait un volumineux tubercule de la pointe de la langue, tubercule profondément et largement ulcéré, gênant la mastication et la prononciation, au point de les rendre presque impossibles. L'occasion était propice pour voir ce que la syphilisation était capable de produire. Le malade répugnait extrêmement aux médications ordinaires, et il y avait urgence d'arrêter l'ulcération, qui menaçait de détruire le bout de la langue. Je suspendis donc le traitement par le mercure et l'iodure, et deux inoculations furent pratiquées aux deux bras, à trois ou quatre jours d'intervalle. *Dans l'espace de huit jours, l'induration tuberculeuse était dissipée, et l'ulcère complétement cicatrisé.*

M. Ricord prétend que la résolution de l'induration et la cicatrisation de l'ulcère (d'un tubercule aussi gros qu'une noisette; d'un ulcère profond de plus d'un centimètre et large comme une pièce de 50 cent.) auraient pu se faire *spontanément* dans le même espace de temps. Je n'en crois rien pour mon compte, et, loin de là, j'ai vu rarement un cas dans lequel la puissance d'un moyen thérapeutique se soit montrée avec autant d'évidence. L'ordre de cesser les inoculations m'étant parvenu, l'accident pour lequel M. S. était entré étant guéri, et M. S. désirant continuer, au dehors, la syphilisation jusqu'à l'immunité, je dus faire sortir cet officier, que je ne vis plus qu'à de rares intervalles, à cause de son extrême éloignement (il demeurait à Passy).

Pour moi, l'observation s'arrête là. Ce que je dois ajouter, contrairement aux renseignements fournis à M. Ricord, c'est que M. S., en quittant l'hôpital, avait recouvré ses forces, qu'il offrait l'image de la santé, et que lui-même ne cessait de se louer hautement du bon état dans lequel il se trouvait. Qu'est-il arrivé plus tard? Je l'ignore, ou plutôt je ne le sais que par M. Ricord, et je n'en réponds pas. Ce que j'ai fait et ce que j'ai vu, le voici : Un homme est entré dans mon service, avec un gros tubercule ulcéré de la langue,

---

(1) Rigoureusement l'inoculation syphilisatrice rentre dans l'isopathie et non dans l'homœopathie; mais l'isopathie n'est que l'homœopathie à sa plus haute puissance.

et je l'ai guéri dans l'espace de huit jours par la sypbilisation; et cet homme, qui, lors de son admission dans mon service, était profondément affaihli et découragé, en est sorti, après un mois et demi de séjour, plein de force au physique et au moral. Que, plus tard, cet homme, originairement lymphatique, étant rentré dans les conditions ordinaires de sa vie, qui ne sont pas celles de l'opulence, ni même de l'aisance, ait éprouvé des accidents que l'on doive rattacher à la diathèse strumeuse, à la diathèse rhumatismale, ou, avec M. Ricord, à la diathèse sypbilitique, cela n'a rien d'extraordinaire. J'admets que les accidents fussent de nature syphilitique. Qu'est-ce que cela prouve, et qu'est-ce à dire? Est-ce que M. Ricord n'a pas vu des accidents se produire et se reproduire après plusieurs traitements? Est-ce que nous n'avons pas tous été consultés (ou du moins beaucoup d'entre nous) par des malades qui, ayant reçu ses soins, ou ceux d'autres confrères, pour certains accidents sypbilitiques, se présentaient dans notre cabinet, rassasiés de mercure et d'iodure de potassium, avec d'autres accidents? On arguë d'un cas dans lequel la syphilisation ayant été incomplète, la sypbilis a continué son évolution! A la vérité, on objectera qu'après la sortie du malade, cinq inoculations avaient été pratiquées infructueusement, et que le malade était syphilisé!! Mais qui les a faites, ces inoculations? avec quel pus ont-elles été faites? Et puis, on admettrait qu'après quatre inoculations la syphilisation pourrait être complète, quand on la nie, dans d'autres cas, après cinquante, après cent inoculations! Quelle est cette logique, et peut-on espérer de vous convaincre, Messieurs, avec ces façons de raisonnements qui se mordent la queue, comme le serpent des Phéniciens?

Il me reste, cependant, à vous expliquer, messieurs, comment il se fait que M. S. s'est adressé à M. Ricord, appelé, dit-il, à venir en aide à la syphilisation en défaut et trop tôt prônée. Je vous en demande bien pardon, messieurs, ce que j'ai à vous dire est un enfantillage; mais j'y suis obligé. Un matin, M. S., auquel j'ai fait demander des explications, se rendait au Val-de-Grâce, et nous nous croisâmes dans la rue. Il me salua, et je ne le vis pas. Il crut à une intention blessante de ma part, passa devant le Val-de-Grâce, au lieu de s'y arrêter, et alla présenter à M. Ricord des tumeurs gommeuses compliquées d'un ressentiment puéril.

Tel est le fait de M. S.... Que prouve-t-il? Qu'un homme affecté d'un tubercule syphilitique volumineux et profondément ulcéré a été guéri en l'espace de huit jours par la syphilisation. Pour le reste, il ne prouve rien, si ce n'est qu'un traitement incomplet ne peut pas donner de résultats complets.

Je ne prétends pas assurément que ce seul fait suffise à démontrer l'efficacité de la syphilisation curative. Je dis seulement qu'on est autorisé à y voir un encouragement.

Dans une seconde lettre que j'aurai l'honneur de vous adresser, j'appellerai votre attention sur d'autres faits qui me paraissent avoir une importance capitale quant au procédé qu'il convient de suivre dans la syphilisation.

Agréez, etc. MARCHAL (de Calvi).

Discussion sur la syphilisation.

Cinq discours ont été prononcés dans l'ordre suivant :

1° Par M. Gibert;

2° Par M. Larrey;

3° Par M. Lagneau;

4° Par M. Bégin, qui a résumé la discussion;

5° Par M. Depaul.

Le défaut d'espace nous oblige à intervertir l'ordre de ces discours, et à ne publier aujourd'hui que ceux de MM. Gibert et Depaul.

M. GIBERT. Je n'ai pas la prétention, messieurs, d'ajouter un discours à tous ceux que vous avez déjà entendus, ni d'entrer dans la discussion des questions graves et litigieuses qui ont été soulevées à propos du rapport de notre honorable collègue M. Bégin. Je me renferme dans le rapport lui-même, et je ne vois pas, en vérité, ce qui pourrait être sérieusement objecté contre ce rapport.

M. Malgaigne, l'orateur qui a le plus complétement exposé la question de la *syphilisation* et qui avait d'abord paru l'adversaire le plus redoutable du rapport, n'a fait en réalité qu'apporter les arguments les plus décisifs en faveur de l'œuvre de la commission.

En effet, le seul reproche que M. Malgaigne ait trouvé à faire à ce travail, c'est l'omission d'une base scientifique empruntée aux observations, aux expériences, aux communications récentes de MM. Diday à Lyon, Sperino à Turin, Marchal (de Calvi) et Laval à Paris, sans parler des doctrines de M. Auzias-Turenne, le promoteur et le fondateur de la *syphilisation*.

Or, qu'est-il résulté de la savante et lumineuse analyse que notre collègue lui-même a pris soin de faire de tous ces matériaux avec la sagacité et la verve critiques qui le distinguent? C'est que ces observations sont vagues et incomplètes, que ces expériences ne sont nullement concluantes, que ces communications sont tout à fait insuffisantes, que ces doctrines sont aventureuses et hasardées. En sorte que c'eût été bien en vain que le rapporteur aurait cherché à fonder son travail sur une base scientifique, puisque, d'après M. Malgaigne lui-même, cette base n'offrait aucune solidité.

Nous n'en devons pas moins, messieurs, de la reconnaissance à l'éloquent orateur qui a si bien su résumer et rendre intelligibles à tous une série de faits, d'expériences et de théories qui avaient grand besoin d'un pareil commentateur. J'avouerai, pour ma part, quant aux expériences de Lyon en particulier, qu'aujourd'hui je les comprends mieux, bien que je ne les approuve pas davantage.

Mais, a dit en terminant M. Malgaigne, il y a du moins un fait sur lequel la commission aurait dû fixer son attention, et qui semble subsister, savoir, que certains sujets dits *syphilisés* sont désormais réfractaires à l'inoculation syphilitique.

A son tour, M. Depaul a insisté sur le même fait, qu'a contesté M. Ricord.

Mais d'abord, ainsi que l'a reconnu M. Malgaigne lui-même, ce fait n'est pas démontré, surtout comme fait général; et puis, il le serait, comme l'a dit avec tant de raison M. Velpeau, cela suffirait-il pour établir que de pareils sujets resteront désormais à l'abri de toute contagion par les voies ordinaires? Evidemment non.

Naguère encore, à l'hôpital Saint-Louis, les médecins les plus distingués échouaient lorsqu'ils cherchaient à inoculer la gale avec la lancette, et cependant ils étaient bien forcés de reconnaître que la gale était contagieuse.

Certains accidents syphilitiques *primitifs* que l'on ne réussit point à transmettre avec la lancette, et à plus forte raison divers accidents *secondaires*, sont cependant transmissibles dans certaines conditions qui restent le secret de la nature.

Nous regardons aujourd'hui à peu près unanimement, à l'hôpital Saint-Louis, la vraie teigne, le *favus*, comme contagieuse, et cependant plusieurs fois ont échoué des tentatives faites dans le but de l'inoculer artificiellement.

Bref, il serait contraire à tout ce que l'expérience a appris sur les maladies contagieuses de déclarer qu'un individu doit être à tout jamais assuré contre ces maladies, parce que temporairement et peut-être exceptionnellement il se serait montré r[illegible] une ou à plusieurs tentatives d'inoculation.

Mais je reviens au rapport, et je dis: Dans l'état act[illegible]ses, c'est avec grande raison que M. Bégin s'est abstenu [illegible]ser une conclusion destinée à recevoir la sanction académ[illegible]em-ment ce rapport ne doit être considéré que comme l[illegible]'un fait individuel, il a été inséré dans le recueil de nos t[illegible]dès lors la Compagnie n'a qu'une seule chose à faire : c'[illegible]er des remercîments à ses commissaires, et c'est là le vote [illegible]-pose comme clôture de la discussion sur la question de [illegible]-*sation*.

M. DEPAUL. Le désir sincère de m'instruire sur une qu[illegible] préoccupe si vivement l'opinion publique, la grande aut[illegible] voix qui allait enfin se faire entendre, tout recommandait de ma part une religieuse attention, et, comme vous tous, je puis me rendre le témoignage de n'y avoir point failli. Je cherchais la lumière qui devait me conduire, mais, je ne crains pas de le dire, après le discours de M. Ricord, je trouve la question un peu plus obscurcie, et, plus que jamais, je pense que c'est à l'expérimentation, entreprise sans esprit de parti, qu'il faut demander une solution définitive.

Je ne sais jusqu'à quel point il est dans les habitudes académiques de choisir ses adversaires quand plusieurs se sont loyalement présentés, de s'attacher aux uns tout en ayant l'air de dédaigner les autres; mais ce procédé n'est pas plus scientifique qu'il n'est démonstratif, et si M. Ricord n'était pas un de ces hommes qui ont depuis longtemps fait leurs preuves, on pourrait croire qu'il a mieux aimé tourner la difficulté que la combattre.

C'est poussé par une conviction profonde, et depuis longtemps déjà exprimée en dehors de l'Académie, que je me suis cru le droit d'attaquer un rapport dont il a publiquement accepté la responsabilité. Si son nom a été si souvent prononcé par moi, notre collègue ne doit s'en prendre qu'à la position exceptionnelle qu'il occupe; je croyais lui rendre hommage, car j'étais avec les hommes dont il a parlé dans son discours, et *qui depuis longtemps lui demandaient compte de son silence et de son inaction*. Je respecte trop l'Académie et je suis trop soucieux de ma propre dignité pour descendre aux mesquines proportions d'une question *purement personnelle*, ainsi qu'il l'a donné à entendre.

Voilà, messieurs, les vraies sentiments qui ont dirigé ma conduite jusqu'à ce jour; ce sont les seuls que vous retrouverez dans ce que je vous demande la permission d'ajouter aujourd'hui.

Je ne suivrai pas notre honorable collègue dans l'historique qu'il nous a tracé touchant la transmission de la syphilis aux animaux, car je crois la question jugée avec les faits qui appartiennent à notre époque. Voici les preuves que je puis en donner.

Après avoir répété les expériences sur les animaux, qui étaient jusqu'alors restées négatives entre les mains des hommes les plus habiles, il ajoute, dans son *Traité des maladies vénériennes*, page 78 : « Or des expériences publiques ont été faites à ma clinique de » l'hôpital des Vénériens sur des chiens, sur des lapins, sur des cochons » d'Inde, sur des chats, sur des pigeons, et toutes n'ont donné que des » résultats négatifs. Toutes les expériences, répétées par toutes les » voies possibles d'inoculation et d'infection, avaient été faites chaque » fois avec du pus qui chez l'homme avait cependant donné » des résultats positifs; de telle façon que, d'après ces expériences, » jointes à celles qu'on possédait déjà, *on peut conclure que le* » *principe inoculable de la syphilis est particulier à l'homme, et* » *ne saurait se transmettre aux brutes.* »

Une semblable opinion, s'appuyant sur l'autorité de Hunter, de M. Ricord et de plusieurs autres noms non moins recommandables, devait être généralement acceptée, et c'est ce qui explique sans doute comment elle a régné pendant plusieurs années.

Cependant, M. Malgaigne vous a raconté les patients efforts de M. Auzias depuis 1844 pour arriver à un résultat contraire, et quand enfin il eut obtenu ce que ses devanciers n'avaient pu produire et qu'il eut ébranlé des hommes qui jusque-là avaient juré sur la foi des maîtres, on créa de toutes pièces une théorie qui devait tout expliquer en laissant subsister les doctrines de la nouvelle école. Cette théorie est celle de la *transplantation*, qui parait avoir été mise au monde pour expliquer sans concession l'observation de M. Robert de Welz. C'est aussi celle qu'on invoque pour l'interprétation des faits non moins concluants qui sont dus au courageux dévouement de M. Diday et dont on ne vous a pas parlé.

Ainsi jusqu'à présent nous avons passé par deux périodes différentes : l'une de négation absolue, l'autre d'hypothèse servant à expliquer des phénomènes qu'on n'avait pu produire, mais qui ne pouvaient plus être contestés, car ils avaient été obtenus publiquement par d'autres. Enfin, messieurs, et ceci me rassure un peu, j'en entrevoie une troisième dans le discours de la séance dernière: elle s'était déjà glissée dans la traduction de Hunter, dernière édition. Les ulcérations résultant des inoculations pourraient bien être des chancres; mais on se hâte d'ajouter que le chancre n'est pas toute la vérole et que, jusqu'à preuve du contraire, on conteste qu'on puisse produire soit des bubons virulents inoculables, soit des accidents constitutionnels. La syphilis appartiendrait en nue-propriété à l'espèce humaine, ce qui n'exclut pas, ce me semble, la pensée que l'usufruit de quelques-unes de ses manifestations ne puisse être le partage des brutes.

Quant à la théorie de la transplantation dans laquelle on fait jouer au pus virulent le simple office d'un pois à cautère, j'engage ceux de nos collègues qui voudront s'édifier sur ce qu'elle a de concluant à lire la savante et spirituelle critique qui en a été faite dans la *Gazette médicale de Paris* (27 décembre 1851) par un homme que M. Ricord appelle lui-même *son savant élève et ami*.

On pourra voir en même temps si dans ce travail, qui a pour titre : *Expériences sur la transmissibilité de la syphilis primitive de l'homme aux animaux*, il n'a pas été démontré aussi rigoureusement qu'une chose puisse l'être qu'avec du pus virulent pris sur l'homme et inoculé sur des oreilles de chats, on a produit sur ces animaux des ulcérations ayant tous les caractères qu'on est habitué à considérer comme étant ceux du chancre! Pour donner à ses observations toutes les garanties désirables, M. Diday a convoqué les confrères les plus recommandables et les plus expérimentés, et toutes ses assertions (chose bien inutile pour ceux qui connaissent son caractère honorable) sont attestées par eux. Or voici comment y est décrite une de ces ulcérations examinée *huit à neuf jours après l'inoculation* : « L'ulcère est devenu plus large; il a 12 millimètres de diamètre. Il est en pleine suppuration; ses bords, taillés à pic, un peu dentelés, circonscrivent une surface granuleuse jaune-blanchâtre, creusée çà et là de quelques enfoncements plus profonds couverts d'une couche pultacée. »

Mais notre confrère ne se contenta pas de ces caractères physiques tout concluants qu'ils lui paraissaient. Si ce sont des chancres que j'ai donnés à mes chats, dit-il, à son tour le pus de ces ulcérations étant inoculé à l'homme devra produire chez lui des chancres; et c'est alors qu'avec un courage qui trouvera plus d'admirateurs que d'imitateurs il se soumit lui-même à cette contre-épreuve. On sait si le succès dépassa ses espérances! Enfin, j'ajouterai que, pour que rien ne manquât à son expérimentation, deux lapins furent inoculés à l'oreille avec le pus du chancre d'inoculation qu'il portait à la verge. Le résultat fut aussi concluant que dans les deux premières séries d'expériences. L'un des chancres obtenus présenta même ceci de particulier qu'il s'indura, ce qui put être constaté non-seulement pendant la vie, mais encore à l'autopsie et par une dissection attentive. Je le demande sérieusement, peut-on, après de semblables faits, invoquer la *transplantation*, cette ressource inventée comme une planche de salut pour défendre une cause perdue depuis longtemps?

Peut-être, car je n'en suis pas bien sûr, mon honorable contradicteur voudra-t-il admettre que le chancre peut s'implanter sur la peau d'un animal; mais, je l'ai déjà dit, c'est la seule concession qu'il paraisse un peu disposé à nous faire, et nous connaissons sa négation absolue pour ce qui est des accidents constitutionnels, qui, selon lui, n'auraient jamais été produits. Je lui demande la permission de le suivre encore sur ce terrain et de ne pas être de son avis.

D'après lui-même, le premier caractère de la généralisation de la syphilis consiste dans l'induration du chancre. Or il est aujourd'hui parfaitement prouvé que des chats, des singes et des lapins qui avaient été inoculés en ont plusieurs fois offert des exemples? Aux faits observés par MM. Auzias et Langlebert, et qui ont été vus par les hommes les plus compétents, il faut ajouter celui beaucoup plus récent qui se trouve consigné dans les recherches de M. Diday. J'ai déjà dit comment sa valeur ne saurait être contestée; car on se rappelle que la dissection en fut faite avec soin, et qu'on constata que l'induration était formée par un dépôt de *tissu fibro-plastique*. Mais je crois qu'on a observé des lésions plus caractéristiques encore de la syphilis constitutionnelle. Sur l'un des singes qui ont servi aux inoculations de M. Auzias, après une série de chancres dont un au moins s'indura, on vit quelque temps après l'animal être atteint d'ophthalmie chronique, puis la peau se recouvrir d'une éruption crustacée très caractérisée; la croûte en était symétrique et circinnée. En même temps existait un état général maladif qui n'est pas habituel aux singes. Cet animal, qui appartenait à M. le docteur Langlebert, fut montré aux personnes les plus compétentes, et si M. Ricord ne l'a pas vu, c'est qu'il ne s'en est pas soucié. M. Cazenave, qui voulut bien l'examiner, déclara, je cite à peu près ses paroles, que, si on lui montrait quelque chose de semblable sur le cuir chevelu de l'homme, il n'hésiterait pas à le regarder comme d'origine syphilitique.

Quoiqu'on ait beaucoup plaisanté sur les chats *irréprochables*, je vous prie de vouloir bien écouter l'histoire assez triste d'une jeune chatte dont on a déjà parlé, mais dont je complète ici l'histoire. Inoculée à l'âge de trois mois, elle éprouva des accidents syphilitiques. Plusieurs mois après son apparente guérison, elle devint pleine, et mit bas dans le courant du mois de janvier 1851. On lui laissa allaiter les quatre petits qu'elle fit. Mais, malgré les soins qu'on prit d'eux, ils ne tardèrent pas à succomber. Le premier, âgé de dix-sept jours, pouvant à peine teter, et dans un état de faiblesse et de dépérissement que rien, en apparence, ne pouvait expliquer. Le second à l'âge d'un mois et onze jours. Il avait sur tout le corps des dépilations très régulières, en forme de croissant, et sur tous ces points on voyait l'épiderme se soulevant en écailles. Le troisième présenta pendant trois mois et quatre jours à peu près les mêmes symptômes psoriasiques, et s'éteignit excessivement amaigri.

Quant au quatrième, qui était également fort malade, on voulut essayer de le guérir par la syphilisation; mais il vécut à peine quelques jours. Peu de temps avant la mort des deux derniers, la mère offrit un nouveau phénomène non moins curieux. On voyait sur les deux aréoles et mamelons inférieurs plusieurs gerçures qui se recouvrirent d'un épiderme pâle et terreux.

Cette chatte vit encore, et paraît très bien se porter maintenant; mais elle semble avoir été frappée de stérilité. A l'époque de ses chaleurs, qui se répètent souvent, on l'enferme avec un mâle vigoureux, qui a déjà fait ses preuves, et quoique l'acte génital s'accomplisse plusieurs fois et très régulièrement, la fécondation n'est plus obtenue.

J'entends bien nos adversaires se récrier contre de pareils faits, nier l'origine syphilitique de ces altérations; mais je les supplie d'examiner sans préoccupation, et de dire s'ils ne méritent pas la plus sérieuse attention.

J'ai entre le mains l'extrait d'un lettre récemment écrite de Vienne par M. Kunde, dans laquelle il est dit que M. Siegmund, qui est le médecin en chef du grand hôpital, possède en ce moment quelques animaux atteints de syphilis, et en particulier un lapin qui montre un bel exemple de psoriasis syphilitique. La même lettre annonce encore qu'il y a actuellement un médecin dans la même ville qui, comme le docteur L..., aurait contracté une syphilis constitutionnelle à la suite d'inoculations faites avec du pus fourni par une ulcération pharyngienne.

Enfin, je puis ajouter que M. le professeur Gerdy a possédé, lorsqu'il était chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, un chien qui avait bien évidemment contracté la vérole avec les filles publiques que recevait cet établissement, et qui lui avaient voué une affection toute particulière. Son libertinage l'avait mis dans un tel état, qu'étant sans doute, à son tour, devenu dangereux, il fallut le sacrifier.

Je n'en dirai pas davantage, messieurs, sur cette première partie de la question. Je suis étonné qu'un esprit aussi distingué que celui de M. Ricord se refuse à l'évidence; car, que prouvent les faits négatifs qu'il invoque? Je ne dirai point qu'il n'a pas su expérimenter; mais il a eu vraiment du malheur. Dans mon opinion, un fait bien observé, fût-il seul, n'est pas annulé par de simples négations ou par des doutes plus ou moins philosophiques qu'on se complaît à faire naître dans son propre esprit ou dans celui des autres. Soyons donc juste envers tout le monde, et reconnaissons que c'est à notre jeune et laborieux confrère M. Auzias, ainsi que l'appelait autrefois M. Ricord, que nous devons la démonstration de cette importante vérité que la grande autorité de Hunter a pu seule tenir cachée pendant si longtemps. Qu'importe que cette première découverte ait été le point de départ de la syphilisation; son mérite ne sera que plus grand s'il y a quelque chose de vrai dans sa nouvelle méthode; elle ne perdra rien de son importance si l'avenir prouve que celle-ci n'est qu'un rêve de l'esprit.

Vous savez, messieurs, que c'est de sa propre autorité et sans que l'Académie le lui eût demandé, que la commission est venue vous soumettre la question de la syphilisation. Je vous ai déjà dit, la première fois que j'ai eu l'honneur de prendre la parole, comment, dans les circonstances actuelles, c'était une raison pour elle de la traiter à fond. Je m'étais plaint de n'y trouver aucun des documents qui sont du domaine de la science, et je désirais un examen plus complet et plus sérieux. M. Ricord paraît avoir compris ce qu'avaient de légitime mes réclamations et celles de M. Malgaigne, et, quoiqu'un peu tard, nous avons dans la seconde partie de son discours un véritable supplément au rapport de la commission. Qu'il me soit donc permis de le suivre dans l'appréciation des faits qui, à mon avis, n'a pas été très rigoureuse. J'en demande bien pardon à notre savant collègue; je ne puis me contenter de

sa réponse au sujet de M. Laval. Je lui avais dit : Toutes les personnes qui ont suivi vos expériences sur ce confrère, même vos élèves les plus dévoués, ont déclaré et sont prêts à déclarer encore que vous avez complétement échoué. Etait-ce donc lui faire injure que de supposer qu'il avait pu se tromper, lorsque surtout je trouve à chaque page dans ses écrits que l'inspection seule est impuissante pour établir le diagnostic des manifestations syphilitiques ? Le témoignage de M. Denis n'ajoute rien à l'opinion de M. Ricord, dont je ne conteste pas la sincérité, mais qui a pu s'égarer comme tout le monde, et quand il lui était si facile, tout en restant fidèle à ses doctrines, de dissiper l'incrédulité qu'il rencontrait autour de lui. Il se contente de dire : J'ai vu. M. Denis a vu, cela me suffit. J'avoue que je ne vois pas en quoi il aurait abaissé sa *dignité ou la tribune académique*, en nous donnant une description détaillée de la *prétendue pustule d'ecthyma*, et personne n'aura cru qu'il ait parlé sérieusement quand il a dit que, s'il n'avait pas fait la contre-épreuve que je lui demandais, il n'avait pas empêché que d'autres la fissent. Qui donc était intéressé à prouver que l'inoculation avait réussi ?

Quant aux observations de M. Marchal (de Calvi), je ne les connais pas avec suffisamment de détails pour en parler. Notre savant confrère n'a pas d'ailleurs besoin qu'on lui vienne en aide, et je sais qu'il se propose de les défendre lui-même. De toutes les observations citées, celle qui m'a le plus vivement impressionné, je l'avoue, est celle de M. J..., et quoique M. Ricord n'aime pas qu'on lui dise qu'il a cherché à nous émouvoir, je voudrais bien savoir si c'était pour nous laisser impassibles qu'il nous racontait la mort de ce malheureux jeune homme qu'il nous a donné comme une nouvelle victime de la syphilisation. Il est fâcheux qu'on lui ait fourni des renseignements aussi incomplets que ceux qui ont servi à la rédaction de son observation. Mais il est trop ami de la vérité pour ne pas me savoir gré de l'aider à donner à ce fait sa véritable signification. J'ai entre les mains une lettre qui avait été spontanément écrite après la dernière séance par deux étudiants en médecine (MM. Gutlbert et Mialet) pour être insérée dans la *Gazette médicale*. Ces deux jeunes gens m'ont affirmé que M. Lefèvre, sur l'autorité duquel s'est appuyé M. Ricord, n'a pas vu une seule fois leur ami J... pendant sa dernière maladie. Eux seuls l'ont constamment soigné jusqu'à sa mort. « Permettez, disent ils, à deux témoins de la maladie et de la mort de J..., de rectifier quelques faits que M. Ricord a racontés d'une manière moins exacte que dramatique. Notre malheureux ami a succombé le 13 juillet à la suite d'un érysipèle compliqué d accidents ataxiques, lequel avait débuté le 4 du même mois au bras gauche, et avait rapidement envahi le tronc tout entier ainsi que la partie postérieure de la tête. Cet érysipèle et sa terminaison funeste sont-ils la conséquence de la syphilisation? C'est ce que nous n'avons pas à examiner. Mais l'existence de cet exanthème est un fait important à connaître. M. Ricord l'a passé sous silence, sans doute parce qu'il n'avait reçu que des renseignements incomplets. Puis ils ajoutent : « M. J... n'a pas vu paraître de taches pendant toute la période de son traitement. Il en avait eu en novembre et décembre 1851 ; elles ont disparu ultérieurement. Nous devons ajouter, dans l'intérêt de la vérité, que la disparition des taches syphilitiques a coïncidé avec les inoculations syphilisatrices auxquelles se soumettait notre ami. Son état général s'était amélioré, et lui-même nous répétait souvent que la syphilisation était un bienfait... Notre devoir est de dire aussi que M. J..., d'habitudes très laborieuses, s'est livré dans les derniers mois de sa vie à un travail excessif. »

Tout en accordant une confiance entière à la parole de MM. Guilbert et Mialet, il s'agissait d'un fait si grave, que j'ai cru devoir faire une espèce de contre-enquête, et je déclare ici qu'elle a parfaitement confirmé tout ce qui précède. De plus, elle m'a permis de m'assurer :

1° Que M. J... n'avait plus aucun chancre d'inoculation lorsqu'il a été pris d'érysipèle, et qu'il n'en avait même pas depuis plusieurs jours ;

2° Que les dernières inoculations qu'il avait subies avaient été faites au bras droit, tandis que c'est au-dessous du bras gauche que l'érysipèle a commencé ;

3° Que précisément à la même époque, sous l'influence d'une constitution médicale particulière régnait à Paris, un grand nombre d'érysipèles, ainsi que peuvent l'attester tous ceux qui sont à la tête d'un service d'hôpital ;

4° Qu'en même temps que M. J... était atteint d'érysipèle, une femme de quarante et quelques années *qui habitait la même maison et sur le même carré*, mais qui n'avait jamais eu d'inoculations, était prise de la même affection, compliquée, aussi, de fièvre intense, de délire, de douleurs épigastriques, etc. Cette malade fut transportée à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Valleix, d'où elle n'est sortie convalescente qu'après vingt-trois jours de traitement ;

5° Que l'érysipèle de M. J..., rencontrant dans sa marche envahissante les cicatrices chancreuses du bras gauche, les avait rapidement converties en phlyctènes, et il est probable que c'est là ce qui a induit en erreur notre très honorable et très savant confrère M. Piedagnel, qui n'a vu que deux fois M. J... et qui n'a su que par une confidence de M. Auzias qu'il s'était soumis à la syphilisation.

Je n'ai pas besoin d'en dire davantage ; l'Académie a déjà compris que l'observation de M. J..., présentée d'une manière incomplète, a perdu toute son importance après les détails qui précèdent et dont je garantis l'exactitude.

Mais je veux aller plus loin, et j'admets pour un instant que les piqûres d'inoculation et les ulcérations qui en furent la conséquence ont été le point de départ d'une inflammation érysipélateuse. Consciencieusement, que prouverait ce résultat contre la syphilisation ? Il démontrerait une fois de plus ce que chacun sait depuis longtemps, à savoir : qu'il n'est pas de blessure si minime en apparence, qu'elle ne puisse se compliquer et devenir mortelle. Mlle X... citée par M. Ricord eut aussi un érysipèle de la face avant de s'être soumise à la pratique de la syphilisation. A-t-il cru devoir l'attribuer à la syphilis accidentellement contractée ou au traitement mercuriel qui fut d'abord institué ? Je ne crois pas devoir insister plus longtemps ; mais, puisque j'ai parlé de l'observation de mademoiselle X..., qu'il me soit permis de relever quelques inexactitudes qui se sont glissées dans ce qu'on a dit d'elle, toujours d'après le même M. Lefèvre. Je laisse encore parler MM. Guilbert et Mialet : « Quant à Mlle X..., nous l'avons vue plusieurs fois pendant son traitement : elle paraissait toujours se bien porter ; sa face avait la coloration habituelle et elle travaillait comme par le passé. Les cheveux qu'elle avait perdus en novembre 1851 à la suite de l'érysipèle dont a parlé M. Ricord continuaient et continuent encore à croître abondamment. La dernière fois que nous l'avons vue, le lendemain de la mort de notre malheureux ami, sa santé ne paraissait pas plus altérée que par le passé. » Ce qui n'empêche pas M. Lefèvre de dire que cette jeune fille est pâle, faible et beaucoup amaigrie après deux mois de syphilisation, et que comme M. J.. elle avait aussi vu son corps se couvrir de taches pendant son fatal traitement. Nous savons ce qu'il faut penser des prétendues taches de M. J.... Au reste, je dois dire qu'il en est de cette observation comme de beaucoup d'autres dont on a parlé pour prouver qu'après la syphilisation la vérole constitutionnelle existait encore : on prend des malades dont le traitement n'est pas complet et n'a pas été déclaré tel par celui qui a inoculé. Comment peut-on espérer en procédant de la sorte éclairer une question déjà si obscure ? En vérité, si je ne connaissais la bonne foi de mes adversaires, je pourrais croire que ce qu'ils cherchent avant tout, c'est la confusion. Oui, s'écriait l'orateur dans la dernière séance, on a sérieusement proposé la syphilisation prophylactique..... De l'utopie, on a passé à la pratique, et on a communiqué la syphilis à des individus qui ne devaient peut-être jamais l'avoir. Lisez, ajoute-t-il, l'observation que renferme la *Gazette des Hôpitaux* du 31 juillet. Cette observation, qui porte la signature d'un élève en médecine, M. Hugot, est relative à un M. P..., également élève en médecine et qui a été avec lui attaché au même établissement de la rue Saint-Jacques. Mais elle est incomplète comme beaucoup d'autres. Voici, en effet, ce qu'écrit M. P... à la date du 1er août 1852. Je puis montrer sa lettre et je la transcris ici :

« Monsieur, j'apprends qu'on fait un étrange abus de ma personne et de mon nom pour vous calomnier, ainsi que la syphilisation. Je m'empresse de faire et de vous apporter la déclaration ci-jointe :

» Ma syphilisation a commencé le 3 octobre 1851. Pendant tout le mois de décembre je me suis montré plein de santé dans tous les services de l'hôpital du Midi, porteur de plusieurs chancres, d'autant plus petits, en général, qu'ils étaient plus récents. M. Ricord disait que je ne pouvais avoir la vérole constitutionnelle. Vous, M. Auzias, vous affirmiez que tout le monde était susceptible de l'avoir, et que vous me la donneriez si vous vouliez. Je résolus de savoir qui avait raison, et je fus prier M. Ricord, qui avait toujours du bon pus, de m'inoculer. Voici les inoculations qui m'ont été faites par lui, et dont la plupart ont été négatives.

» Le 17 janvier 1852, quatre inoculations.

» Le 19, plusieurs inoculations en nombre indéterminé.

» Le 24, plusieurs inoculations.

» Le 7 février, une inoculation du pus d'un chancre phagédénique. Cette inoculation me fut faite par M. Musset, ancien interne de M. Ricord. Elle fut négative.

» Le 10 février, une inoculation.

» Le 18, plusieurs inoculations.

» Le 24, quatre inoculations.

» Le 26, une inoculation à l'empreinte deltoïdienne du bras droit.

» Le 2 mars cette inoculation était déjà indurée, d'après l'avis de M. Auzias. M. Ricord prétendait que ce n'était qu'un chancre dur.

» Je fus voir de nouveau M. Auzias le 5 mars ; voici ce qu'il me dit : je veux vous inoculer plusieurs fois le pus de ce chancre ; car il est induré. Je vous ferai les inoculations sur le devant de la poitrine. Hâtons-nous, si nous voulons éviter la vérole constitutionnelle. Ce sera une vérole faible, sans doute, mais qu'il nous serait difficile de chasser, faute d'un pus assez énergique. Le pus que vous a inoculé M. Ricord est des plus forts. Tâchez de revoir le malade pour m'en apporter.

» Je persistai à ne pas me laisser inoculer. Le lendemain 6 mars, les instances de M. Auzias pour m'inoculer mon pus furent plus vives ; ma résistance fut la même.

» Libre de ma personne, confiant dans les ressources que m'offrirait de plus la syphilisation, j'ai voulu savoir qui avait raison, de M. Auzias ou de M. Ricord ; mais il me répugnait de faire parade. M. Ricord avait écrit : *N'a pas la vérole qui veut ;* M. Auzias avait répondu : *A la vérole qui veut.* L'événement s'est prononcé pour M. Auzias, en répondant à la pointe de la lancette de M. Ricord.

» J'ai pris note exacte du malade qui a fourni le pus de l'inoculation du 26 février ; c'est M. G. M., maçon, qui était entré le 22 janvier 1852. Il avait huit ou dix chancres au prépuce et un chancre phagédénique à la seconde phalange de l'annulaire de la main droite. M. Ricord lui en donna deux autres en même temps qu'à moi, et les laissa tous marcher sans traitement. Vingt-neuf jours après il sortit de l'hôpital guéri de tous ses accidents. M. Ricord lui promit qu'il n'aurait pas la vérole. »

Cette relation, faite par le sujet de l'expérimentation, diffère beaucoup de celle consignée dans la *Gazette des Hôpitaux*. Evidemment M. P... ne trouve pas de ressemblance au portrait qu'on a fait de lui, il n'en veut pas ; mais quelque chose de bien inattendu ressort pour moi des détails qui s'y trouvent. Notre savant collègue, qui a tant d'indignation pour la syphilisation, s'est presque conduit comme un syphilisateur de profession. N'avez-vous pas été surpris, en effet, du nombre prodigieux d'inoculations faites par lui ou sous ses yeux, dans le simple but de savoir si M. P... pouvait ou non contracter la vérole ? Ne l'avez-vous pas vu ne pas reculer devant le pus d'un chancre phagédénique ? J'avais donc raison de m'étonner de le trouver pour adversaire quand il s'agit de quelques inoculations de plus ou de moins, et je ne l'avais ni un peu, ni beaucoup *calomnié* en lui disant qu'il n'était pas aussi loin de la méthode à expérimenter qu'il paraissait vouloir le faire croire.

Comme fait méritant un examen sérieux, j'avais cité une observation de M. Zelaschi publiée dans la *Gazette médicale des Etats sardes* et reproduite depuis dans plusieurs journaux français. Pour toute réponse, M. Ricord vous déclare qu'il n'a pas le courage de vous raconter cette déplorable observation, et c'est avec cela (pour me servir de ses propres paroles) qu'il veut entraîner vos convictions ! Heureusement qu'il est des adversaires qui ont pris la chose plus au sérieux : il en est un dont vous ne révoquerez pas le témoignage, car je ne sais s'il est quelqu'un qui se soit plus vertement élevé contre la nouvelle doctrine. Eh bien ! lisez la critique dont M. de Castelnau a fait suivre l'observation du docteur Zelaschi (*Gazette des Hôpitaux*, 7 août 1852) : vous verrez qu'à part l'horreur que lui inspirent les 171 inoculations qui furent faites au malade, rien ne démontre que cela ait entraîné le plus léger accident, et il est obligé de convenir avec sa franchise ordinaire que ce fait semble prouver en effet que celui qu'*il appelle la victime soumise à l'expérience* était devenu réfractaire à l'inoculation. Il se demande bien si cela durera et si cette immunité résistera aux divers pus. Mais le fait essentiel qui ressort de cette observation, et c'est celui qui nous importe pour le moment, c'est de constater l'immunité qui a été obtenue. L'avenir se chargera de répondre aux autres *desiderata*.

S'il est vrai que l'habile chirurgien de l'hôpital des Vénériens a très rapidement glissé sur certains faits un peu embarrassants, peut-être on ne saurait lui faire le même reproche pour ce qui concerne M. Sperino. Il a plusieurs fois franchi les Alpes, et décidément il paraît beaucoup tenir à ce qu'il appelle sa campagne d'Italie. Je crains bien que, par esprit national sans doute, il ne s'en soit exagéré l'importance. Au reste, un document récemment publié (*Gazette médicale* de Paris, numéro du 7 août 1852) par la commission nommée au sein de l'Académie royale de Turin, rend, je crois, nécessaire une très grande réserve sur ce qui a été observé et sur ce qu'on observe encore au syphilicôme. La commission explique sa conduite et la lenteur qu'elle apporte dans ses investigations. Elle se plaint avec raison de ce que partisans et adversaires aiment mieux perdre leur temps en paroles et inutiles conjectures, plutôt que de se livrer à la recherche des faits. Elle demande à tous ceux qui s'intéressent à la question de prendre patience, et elle promet de mettre prochainement sous les yeux du public tout ce qu'elle a observé et vu, assurant que les choses vues et observées par elle sont nombreuses et très importantes.

Que ceux donc qui par leur position et leurs études spéciales sont naturellement désignés pour élucider cette grave question se mettent à l'œuvre avec leur bonne foi habituelle et sans arrière-pensée ; c'est le seul moyen de faire triompher une grande et importante vérité, ou de démasquer une dangereuse erreur. Je n'ai pas demandé autre chose la dernière fois que vous avez bien voulu m'entendre ; en me plaçant sur un rang plus avancé, on a, sans mon consentement, changé la position que j'ai entendu prendre et que je croyais avoir nettement définie. Plus que jamais, je persiste à demander que la lumière se fasse ; car je suis complétement rassuré sur les dangers de la syphilisation, et c'est dans l'autorité de M. Ricord lui-même que je puise les motifs de ma sécurité.

J'ouvre, en effet, sa première *Lettre sur la syphilis*, et j'y vois que, voulant tranquilliser sa propre conscience et répondre aux objections qui lui ont été faites à propos des inoculations dont il a si largement usé, il répond sans hésiter, après avoir consulté l'*histoire*, l'*observation* et l'*expérience*, de manière à rassurer sur tous les points les esprits les plus timides. « Nous voyons, dit-il, tous les jours qu'il est rare que les accidents primitifs soient isolés, qu'ils se multiplient avec une grande facilité, et que, sérieusement, la gravité de la maladie n'est pas en rapport avec le nombre des accidents. »

Mais les accidents consécutifs ne seront-ils pas en raison du nombre des lésions primitives, et par conséquent plus redoutables ? « Non, dit-il encore. L'observation rigoureuse, l'observation clinique de tous les temps a prouvé et prouve tous les jours que la vérole constitutionnelle n'est pas en raison du nombre des accidents primitifs existant dans le même temps, développés à la même époque. Un accident de plus n'ajoute donc aucune chance d'infection de plus, en sachant diriger l'expérimentation. »

La question de l'étendue de la surface de l'ulcération ne l'embarrasse pas davantage : « Encore ici l'observation a démontré que la surface plus ou moins considérable de l'ulcération primitive n'a aucune influence sur la production des accidents consécutifs ; un tout petit chancre expose tout aussi bien à l'infection générale qu'un chancre très étendu, et réciproquement une vaste ulcération n'expose ni plus ni moins qu'une petite. »

Restait, enfin, la question du siége de l'ulcération, du lieu d'élection des piqûres expérimentales. Après avoir parlé de l'opinion ancienne à ce sujet et l'avoir déclarée erronée, il ajoute :

« Je restai donc convaincu que le siége de l'ulcération non-seulement ne pouvait avoir aucune influence défavorable sur la production des accidents consécutifs, mais même qu'il pouvait diminuer ou annihiler certaines chances fâcheuses, par exemple la production des bubons. »

Qui pourrait hésiter encore après une déclaration aussi complétement rassurante ? Et qu'importe le but qu'on se propose, que les inoculations soient syphilisatrices ou simplement exploratrices ? Leur destination ne saurait en rien modifier leur marche.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Chronique et nouvelles.

La discussion sur la syphilisation, qu'on s'attendait à bon droit de voir se terminer aujourd'hui, n'a pu être close, malgré la réclamation des membres les plus sensés de l'Académie. Loin de là, des discours nombreux ont été prononcés, et M. le rapporteur a fait en vain un long et consciencieux résumé, et une victorieuse réfutation des objections adressées au rapport. Ne pouvant reproduire tous ces discours aujourd'hui, nous croyons devoir en renvoyer l'appréciation à un prochain numéro.

— Le service de santé de M. le prince président de la République vient d'être organisé. Il se compose de :

M. le docteur Conneau, médecin du prince président ;

M. le docteur Andral, médecin consultant ;

M. le docteur Jobert (de Lamballe) et M. le baron Hippolyte Larrey, chirurgiens consultants ;

M. le docteur Tenain et M. le docteur Delaroque fils, médecins ordinaires de la maison.

— M. le docteur Pajot commencera un cours complet d'accouchements le mardi 17 août 1852, rue des Poitevins, 4, à onze heures du matin, et le continuera pendant toutes les vacances.

Bulletin bibliographique.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal ; par le docteur MAGNE, médecin oculiste des crèches du département de la Seine, etc. In-8°.

Des lunettes, des conserves, des lorgnons, etc. ; par le même.

Traité des hydropisies et des kystes, ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles ; par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, ex-médecin de l'hôpital du Val-de-Grâce, lauréat des Académies nationales de médecine de Paris et de Toulouse, des hôpitaux militaires. — In-8° ; 1852. Paris. — Prix, 7 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 96. — SAMEDI 14 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 96. — SAMEDI 14 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois..... 16 » Un an...... 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Nonat). Fièvre tierce. Inutilité du sulfate de quinine à petites doses pour faire diminuer l'engorgement de la rate. Efficacité des ventouses scarifiées. — Addition à la séance de l'Académie de médecine du 10 août. — Discussion sur la syphilisation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Fièvre tierce. — Inutilité du sulfate de quinine à petites doses pour faire diminuer l'engorgement de la rate. — Efficacité des ventouses scarifiées.

Observation recueillie par MM. LINAS et RICARD, élèves du service.

Quelque importants, quelque nombreux que soient les travaux dont la fièvre intermittente a été l'objet, il reste encore dans son histoire beaucoup de questions obscures ou controversées, qu'une observation ultérieure pourra seule éclairer ou définitivement résoudre. L'observation suivante contribuera peut-être à fixer l'opinion sur deux points qui ne sont pas sans intérêt pour les praticiens.

On est assez disposé à croire aujourd'hui que le sulfate de quinine, à la dose à laquelle il est généralement employé, suffit non-seulement pour arrêter les accès de fièvre intermittente, mais aussi pour ramener à son volume normal la rate habituellement engorgée. L'observation de Fauvian prouve que cette opinion n'est pas fondée, elle prouve en même temps que les ventouses scarifiées triomphent facilement de cet engorgement, rebelle au sulfate de quinine à doses modérées.

L'opinion qui rapporte à l'engorgement de la rate toute la fièvre intermittente est beaucoup moins répandue que la précédente; elle est même à peu près exclusive à M. Piorry et à quelques-uns de ses élèves. L'observation suivante donne un nouveau démenti à cette opinion. Les accès ont disparu après les premières doses de sulfate de quinine, tandis que l'engorgement a persisté. La fièvre se serait-elle reproduite si l'engorgement n'avait pas été détruit? Cela est très possible, comme il est possible qu'elle se reproduise même après la disparition de l'engorgement. Mais il ne résulte évidemment pas de là que celui-ci soit la cause de la fièvre; il en résulte beaucoup plus au contraire qu'il est, comme la fièvre elle-même, un effet de la cause plus générale de l'infection qui les produit tous les deux.

OBS. — Au n° 24 de la salle Saint-Paul est couché le nommé Fauviau (François), âgé de vingt-six ans, d'une constitution ordinaire.

Ce malade raconte que le 17 décembre 1851 il est rentré d'Afrique, où il avait contracté une fièvre intermittente tierce qui persista pendant sept mois, et qui fut coupée six fois dans ce laps de temps.

Quand il s'embarqua pour la France, le 1er novembre 1851, la fièvre avait disparu depuis deux mois. Depuis son retour, le malade vivait à Paris et y exerçait son métier de cordonnier, quand, le 3 juin 1852, il fut repris, sans cause appréciable, d'un accès de fièvre, en tout semblable pour la force et la durée à ce qu'il appelait la fièvre africaine.

Le 5, à la même heure que l'avant-veille, l'accès revint. Le malade ne douta plus dès lors qu'il avait affaire à son ancienne maladie : aussi prit-il dès ce jour 35 centigrammes de sulfate de quinine, qu'il continua jusqu'au 8 juin. Cette dose (1,40) coupa la fièvre. Cependant l'infection persistait, car le 4 juillet reparut un accès de fièvre semblable aux précédents.

Le 5, le malade entre à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Michel). Il y reste sept jours, durant lesquels on lui coupe la fièvre avec cinq doses de 30 centigrammes de sulfate de quinine. Il sort de l'hôpital le 12 juillet, sans le moindre symptôme de fièvre; mais il ressent dans la région splénique une douleur assez vive pour l'empêcher de se coucher sur le côté gauche. Quelques jours à peine s'étaient écoulés que la fièvre se montra de nouveau, et le 20 juillet le malade rentrait à la Pitié (salle Saint-Paul).

A la visite du 21, nous trouvons le malade pâle, amaigri, et portant sur toute sa physionomie les traits caractéristiques de l'infection paludéenne déjà ancienne. Sa langue n'offre rien de remarquable, mais son appétit est diminué. Le pouls est petit, sans fréquence.

La percussion et l'auscultation ne démontrent rien du côté des organes respiratoires; mais appliquée à la région splénique, la percussion nous montre que la rate est notablement augmentée de volume. Cet organe, en effet, offre 13 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 11 dans le diamètre transversal. La douleur que le malade ressentait en la région splénique, le 12 juillet, quand il sortit de l'hôpital, persistait encore. Ce jour, le 21 juillet, l'accès de fièvre devait revenir. On ne prescrit rien. — Une portion d'aliments.

Le 22 juillet, le malade nous dit que l'accès est venu à onze heures du matin, et qu'il a duré jusqu'à six heures du soir de la veille. — Sulfate de quinine, 0,30; camomille.

Le 23, on fait prendre au malade, avant l'heure à laquelle l'accès doit venir, sulfate de quinine, 0,30. L'accès ne vient pas.

Le 24, sulfate de quinine, 0,30.

Le 25, la rate n'a pas diminué de volume. Le sulfate de quinine est supprimé. Cinq ventouses scarifiées sont appliquées sur la région splénique.

Le 26, le diamètre longitudinal de la rate égale 10 + 1/2 au lieu de 13 centimètres; l'autre diamètre n'a plus que 9 centimètres. — Deux portions d'aliments. — Sulfate de quinine, 0,30.

Les 27 et 28, sulfate de quinine, 0,30.

Le 29. Depuis le 25, le volume de la rate est resté le même. On supprime le sulfate de quinine. — Six ventouses scarifiées sur la région de la rate.

Le 30, la rate n'offre plus que 0,08 dans un sens, et 0,09 dans l'autre. La figure du malade a pour ainsi dire repris sa coloration normale, et il accuse plus de force et de vigueur.

Le 31, on redonne le sulfate de quinine, 0,30. La rate a encore un peu diminué de volume; elle est à l'état normal.

Le 1er août, sulfate de quinine, 0,30. — Trois portions d'aliments.

Les jours suivants, jusqu'au 9, jour où le malade est sorti de l'hôpital, on n'a donné aucun médicament.

Fauviau est retourné chez lui avec les apparences de la plus parfaite santé, et avec la sensation d'un bien-être qu'il n'avait pas, dit-il, ressenti depuis longtemps.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 10 AOUT 1852.

Discussion sur la syphilisation.

M. LARREY. En présence de l'Académie et de la nombreuse assistance qui se presse dans son enceinte, après le savant rapport de la commission, et après les discours des honorables collègues qui m'ont précédé à cette tribune, de celui surtout dont l'autorité est si grande, qu'elle semble exclure toute autre appréciation, je n'aurais pas assez de confiance en moi pour exposer aux écarts et aux regrets de l'improvisation les paroles qui me semblent devoir être écrites, non par importance pour elles-mêmes, mais par égard pour l'Académie, et afin de ne lui faire entendre qu'un langage sérieux et mesuré.

J'ai donc l'honneur de prier l'assemblée de vouloir bien m'accorder la plus faible part de sa bienveillante attention; et je n'en abuserai pas longtemps.

Etranger à toute rivalité d'opinions ou de personnes, libre de toute idée préconçue, de tout parti pris d'avance, je dois dire que si j'interviens dans cette discussion, c'est, avant tout, comme membre de l'Académie, pour protester dans le sens et selon les conclusions du rapport de la commission, qui a trouvé, dans son savant rapporteur d'abord, et dans son plus légitime interprète ensuite, une autorité décisive.

C'est aussi comme membre de la Société de chirurgie, ayant eu l'honneur de la présider à l'époque où elle reçut pour ainsi dire les tristes prémices de la syphilisation, et lorsqu'elle déclara, par la voix si compétente de l'un de ses honorables membres, toute l'inanité, tout le danger de cette prétendue doctrine.

C'est enfin comme médecin militaire, chargé autrefois, pendant bien des années, d'un service considérable de vénériens, et aujourd'hui de la direction du service médical au Val-de-Grâce, responsable ainsi, jusqu'à un certain point, des actes qui touchent, en général, à la santé de nos soldats, et en particulier des faits relatifs aux récentes expériences de syphilisation.

Voilà, messieurs, pourquoi je me crois obligé d'intervenir dans les débats dont vous êtes juges.

Cependant, au point de vue préalable de la question, je n'aurais pas songé à prendre la parole dans cette circonstance; car je ne prévoyais pas qu'une discussion fût même possible. Je m'attendais plutôt à un simple vote du rapport, sans difficulté, sans conteste, comme il arrive d'ordinaire pour les questions jugées d'avance par le bon sens et la raison médicale.

« La syphilisation, comme l'a dit si justement notre illustre col- » lègue M. Velpeau, était indigne d'occuper sérieusement l'Acadé- » mie; il fallait la dédaigner et non la discuter. »

Mais puisqu'il n'est plus temps de suivre ce sage conseil, puisque la syphilisation s'est introduite en quelque sorte à l'improviste dans cette enceinte, puisqu'elle a même rencontré aux abords un accueil inattendu et un appui complaisant, elle devait s'attendre à trouver dans son sein des sentiments de répulsion générale, comme elle a trouvé en dehors d'elle le reproche de l'opinion publique.

Notre célèbre collègue M. Ricord nous a dit comment il avait pris lui-même l'initiative de cette malheureuse question, en nous montrant l'exemple de la syphilisation le plus triste, le plus lamentable à voir.

Une commission a été nommée pour connaître l'histoire de M. Lipman et pour apprécier toutes les conséquences de sa regrettable syphilomanie. L'honorable rapporteur de cette commission, en s'acquittant de sa tâche avec toute l'autorité d'un maître, a été l'interprète du sentiment général de l'Académie.

Je viens donc m'associer, pour ma faible part, à la réprobation qu'inspire la pseudo-doctrine de la syphilisation; mais elle a été trop bien jugée par M. Ricord pour qu'il soit permis de revenir sur un jugement comme le sien; et ce jugement, porté avec toute l'autorité de la plus vaste expérience, avec toute la force de la conviction la plus ferme, avec tout le talent de la critique la plus vive, avec toute la portée du blâme le plus sévère, ce jugement sera un jugement presque sans appel lorsqu'il sera déféré au vote de l'Académie.

Tel a été déjà, messieurs, le jugement porté sur la syphilisation dans une enceinte moins vaste que celle-ci, à une tribune moins retentissante, dans une compagnie enfin moins célèbre, mais non moins jalouse des vrais progrès de la science et de la véritable dignité de l'art.

La Société de chirurgie avait eu avant l'Académie de médecine les premières annonces de la syphilisation, non-seulement dans la présentation de M. L... en personne, mais dans la présentation d'un mémoire de M. Auzias-Turenne.

Là, comme ici, l'aspect de M. L... tout couvert d'ulcérations volontaires et de pustules provoquées avait été un spectacle plein de consternation; là, comme ici, l'état de ce malheureux confrère, partisan outré, victime bénévole de la syphilisation, avait été un exemple de cette croyance aveugle, transformant un dévouement insensé en un véritable suicide par le poison lent de la syphilis; là, comme ici, ce témoignage manifeste de l'insuffisance et des dangers de la syphilisation aurait été la critique la plus sévère, la condamnation la plus absolue de cette prétendue doctrine, si les arguments de la logique, de la science et de la morale ne l'avaient condamnée d'autre part.

C'est alors que notre honorable confrère M. Cullerier, dans une allocution pleine de sens et de vérité, a le premier combattu énergiquement la syphilisation et ses erreurs. C'est alors que la Société de chirurgie tout entière s'est associée par acclamation à cette courageuse initiative. M. Cullerier résumait sa pensée par ces mots :

« C'est parce que je suis profondément convaincu que tout est faux dans cette doctrine du syphilisme et de la syphilisation, que je ne crains pas d'en proclamer l'inanité et les dangers. »

Quant au mémoire que l'auteur de la syphilisation avait adressé à la Société de chirurgie, il l'a retiré, non pas parce qu'il attendait qu'une commission fût nommée et qu'un rapport fût fait, mais probablement parce qu'il s'attendait à tout le contraire, car aussitôt le mémoire a-t-il été renvoyé à l'examen d'une commission, qu'il a été retiré volontairement par son auteur. Voilà la vérité.

Cette courte explication suffira sans doute pour répondre à l'une des allégations qui ont été avancées à cette tribune.

Maintenant, messieurs, il est de mon devoir de donner à l'Académie l'explication sérieuse des expériences de syphilisation faites au Val-de-Grâce par M. Marchal (de Calvi). Je réduirai, d'ailleurs, cette explication aux termes les plus simples et les plus réservés; mais elle est indispensable, puisqu'on a invoqué en faveur de la prétendue doctrine les prétendus résultats de ces expériences, et puisqu'on s'est étonné que l'autorité supérieure en ait interdit la continuation.

Nos honorables collègues MM. Malgaigne et Depaul, en signalant les expériences faites au Val-de-Grâce, ont paru leur donner approbation, et blâmer ainsi implicitement l'ordre d'en suspendre le cours. Il y a là pour nous une appréciation inexacte, et tout à l'heure M. Malgaigne, le premier, en jugera de même, lui que la médecine militaire s'honore d'avoir compté dans ses rangs.

Il faut dire d'abord que les grands hôpitaux de l'armée comportent toujours un mouvement considérable de vénériens et une ou deux divisions de salles affectées spécialement à ce service. Il faut dire ensuite que les militaires malades, vénériens ou autres, n'ont pas, comme les malades des hôpitaux civils, le libre arbitre d'entrer ou de ne pas entrer à l'hôpital, d'accepter ou de refuser les secours hospitaliers, pas plus que de choisir leurs médecins; ils doivent, au contraire, avoir une confiance toute disciplinaire dans les soins qui leur sont donnés, sans pouvoir toujours en apprécier la portée ou le bienfait.

C'est pourquoi le soldat malade, soumis pour ainsi dire à cette consigne médicale, a d'autant plus de droits à une grande réserve dans l'administration des médicaments nouveaux, dans l'essai des innovations de traitement et surtout dans l'application de toute méthode caractérisée du nom d'expérience et susceptible d'occasionner des accidents ou d'entraîner des conséquences graves. S'il en était autrement, le soldat malade serait livré à tous les hasards de la médecine, et c'est bien assez qu'il soit livré aux hasards de la guerre.

Aussi l'autorité militaire a-t-elle prescrit à cet égard des règles auxquelles le service de santé doit toujours se conformer. C'est seulement par l'ordre ou l'autorisation du ministre de la guerre, d'après la proposition du conseil de santé et selon la voie hiérarchique, que des expériences thérapeutiques peuvent être faites dans les hôpitaux militaires. Ainsi a-t-on fait pour l'éther, le chloroforme, comme anesthésiques; pour l'arsenic, comme fébrifuge, et pour bien d'autres médications d'une importance moindre, de même que pour l'emploi de divers instruments ou appareils de chirurgie. Or, quelle méthode, quelle médication, quelle expérience commandait plus que la syphilisation et cette réserve et cette intervention de l'autorité supérieure?

Si mon honorable confrère du Val-de-Grâce M. Marchal (de Calvi) a négligé de se pourvoir d'une autorisation qu'il n'aurait pas obtenue, s'il s'est laissé aller un peu précipitamment peut-être et à notre insu à faire des expériences de syphilisation dans le service de vénériens dont il était chargé, il n'a eu sans doute d'autre tort qu'un entraînement excusable dans sa pensée de bien faire et d'être utile à ses malades.

Mais aussitôt que l'autorité supérieure du Val-de-Grâce fut informée de ce qui avait lieu, elle dut s'en émouvoir; et le jour même, je fus chargé par M. l'inspecteur Alquié, alors directeur de l'Ecole et de l'hôpital, de me rendre dans le service de M. Marchal et de lui interdire la continuation de ses expériences. M. Marchal se conforma aussitôt à la mesure qui lui était prescrite et me remit sur l'état de ses malades un rapport que j'ai transmis à M. le directeur.

Voilà pourquoi et comment l'autorité supérieure a fait suspendre les expériences de syphilisation commencées au Val-de-Grâce.

Nous aurions pu en rechercher, en connaître les suites ou les résultats; mais pour ma part, et dans un sentiment de réserve que l'on appréciera, je n'ai pas cru devoir emprunter aux observations dont j'avais arrêté le libre cours de nouveaux arguments peut-être contre l'étrange et déplorable doctrine de la syphilisation.

Cela dit, messieurs, avec le regret, mais avec la nécessité de désobliger peut-être mon ancien confrère du Val-de-Grâce, je n'en rends pas moins hommege à sa bonne intention, comme à son éminent mérite.

Cette explication suffira, j'espère, pour faire comprendre ce qui s'est passé au Val-de-Grâce à l'égard de la syphilisation, comme elle suffira sans doute pour proscrire de nos hôpitaux militaires une expérimentation pleine d'incertitudes, d'erreurs et de dangers. Et, en parlant ainsi, je crois être l'interprète des honorables membres de l'Académie qui sont à la tête du service de santé militaire.

Après cela, est-il besoin de rappeler successivement la fausse origine attribuée à la syphilisation pour la rendre légitime, mais justement répudiée comme une conception monstrueuse par l'honorable observateur de la saturation syphilitique, les illusions estimables de M. Diday sur l'inoculation curative et les recherches consciencieuses de ceux qui se sont trompés aussi?

Est-il besoin de rappeler les allégations, les contradictions, les faits étranges, les lois multiples de M. Auzias, déjà forcé lui-même de renier la syphilisation dite préventive, comme il sera forcé bientôt de renoncer à la syphilisation prétendue curative, après avoir si bien expérimenté sur les autres le virus qu'il n'a pas jugé à propos de s'inoculer lui-même?

Est-il besoin de rappeler l'inanité ou l'apparence trompeuse des inoculations de l'homme aux animaux, ainsi que les quasi-expériences de M. Sperino (de Turin), réduites à de simples allégations, dont un mémoire qui, bien apprécié par M. Cullerier, « ne résiste, » dit-il, ni à la lecture, ni à la discussion? »

Et la triste expérimentation de M. Laval, et sa doctrine qui n'est plus celle de M. Auzias, car il la traite avec un profond dédain, au dire de l'un de nos honorables collègues, dont nous ne partageons pes les illusions?

Est-il besoin de rappeler l'argumentation inattendua de M. Malgaigne, qui, en voulant prêter le secours de son talent et de son éloquence à le syphilisation, a fini per en démontrer, mieux que personne, l'inanité tout entière (moins QUELQUE CHOSE qu'il n'a pas défini)?

Est-il besoin de rappeler encore la lamentable histoire de M. L..., et de sa monomanie sypbilisatrice? ou l'observation de M. Zelaschi rapportée par la *Gazette des Hôpitaux*, qui « nous montre un malheureux malade soumis à 171 inoculations, dont 114 suivies d'ulcères syphilitiques, le tout, est-il dit, pour le guérir d'un chancre qui nonobstant dure quatre mois! »

Et enfin les autres observations déjà connues, en attendant celles qui le seront plus tard, en déplorant toutes celles qui resteront ignnrées?

Est-il besoin de rappeler, de discuter, de réfuter tout cela pour démontrer une fois de plus, et malgré tout le bon vouloir de l'impartialité, combien la prétendue doctrine de la syphilisation est fausse dans son principe, incertaine dans son application, contestable dans ses effets primitifs, dangereuse, funeste même dans ses derniers résultats? En est-il besoin, pour avoir le droit de dire qu'à l'état de théorie la syphilisation est une mauvaise pensée, comme à l'état pratique elle est ou serait une mauvaise action.

Non, messieurs, il n'en est plus besoin; cette tâche, je le répète, a été trop bien remplie par d'autres, pour qu'elle soit recommencée par nous. Hommage en soit rendu à ceux qui ont su le feire avec l'autorité spéciale qui leur appartient!

La presse médicale les a dignement secondés en interprétant le langage de la raison, de la science et de la morale, comme il le fallait dans cette grave circonstance.

Et si un moment la syphilisation a pu jeter le trouble et faire du bruit dans la paisible enceinte de l'Académie, en y entrant par surprise; si elle s'y soutient encore par quelques témoignages da confiance, ella an sortira, nous devons l'espérer, avec tout l'éclat d'un jugement sévère ratifié par l'opinion publique.

Si enfin la commission spéciale, éclairée par ce jugement de l'Académie, prononce aussi son vote contre la syphilisation, puisse-t-elle rendre un arrêt qui interdise à l'avenir l'exercice d'une pratique aussi condamnable!

M. LAGNEAU. Je n'avais pas d'abord intention de prendre la parole dans la discussion qui s'est engagée sur la syphilisation à la suite du rapport que nous a lu notre honorable collègue M. le docteur Bégin, convaincu que j'étais, comme je le suis encore, qu'une réprobation formelle résulterait du jugement que l'Académie, régulièrement saisie de cette question, allait prononcer. Mais comma il est très probable, après les savants discours que vous avez déjà entendus, que cetta discussion prendra des bases plus larges que je na l'avais d'abord présumé; comme il y a lieu de croire que plusieurs points très importants de sypbiliographie, à peine touchés, mais suffisamment indiqués par votre savant rapporteur, vont être franchement abordés, et, je l'espère, vivement éclairés par le conflit des diverses opinions qui se produiront à cette occasion, je ne crois pas devoir rester en dehors du débat.

La syphilisation, c'est-à-dire l'inoculation artificielle du virus syphilitique jusqu'à saturation complète de l'économie, dans le but de préserver à jamais de la vérole ceux qui s'exposeraient ensuite à la contracter, comme la vaccine préserve de la variole; la sypbilisation, dis-je, est une invention nouvelle qui aurait encore, d'après ses auteurs, la propriété de guérir tous les accidents vénériens, tant primitifs que secondaires, qui pourraient exister au moment de son application. Elle a certainement été suggérée par l'observation de faits bien constatés, il est vrai, mais infiniment moins nombreux qu'on ne paraît le croire, d'individus qui, plus ou moins profondément sypbilisés par des infections successives, dont le traitement a le plus souvent été nul ou insuffisant, sont arrivés à pouvoir impunément s'exposer à la contagion sans qu'une nouvelle infection en résultât. Je na chercherai pes à expliquer ce phénomène physiologico-pathologique; mais c'est un fait dont on ne peut se dispenser de tenir compte.

Cette immunité, messieurs, que j'ai été plusieurs fois à même de constater dans l'un et l'autre sexe, est cependant assez rare; elle n'est pas de règle générale, tant s'en faut, et par conséquent ne saurait en aucune manière autoriser à adopter une pratique qui n'atteindrait pas le but qu'on se proposerait. Elle deviendrait donc inutile, sans préjudice de ce qu'alle présentera toujours de condamnable sous le point de vue moral, et de dangereux pour les personnes qui pourront y être soumises, ainsi que pour la société tout entière.

On peut comprendre à la rigueur, et cela soit dit sans impliquer le moindre changement dans mes opinions bien connues sur ce sujet, on peut comprendre, dis-je, l'espoir de médecins animés par un zèla louable pour l'avancement de la science, quand ils cherchent à tirer avantage de l'inoculation du produit de certains accidents syphilitiques, tels que blennorrhagies, chancres, excroissances, pustules da diverses formes, etc., et qu'ils pensent pouvoir s'en aider pour reconnaître le degré de virulence respective de symptômes sur la nature desquels ils ne sont pas encore bien fixés. Mais la nombre de ces opérations, à l'indispensabilité desquelles je suis loin de croire, ne peut qu'être très restreint et n'avoir pour excuse, si toutefois on croit pouvoir en admettre, que le besoin d'éclairer le diagnostic d'une affection dont le caractère semblerait douteux, ainsi que Hunter en a donné l'exemple il y a déjà presque un siècle (1782).

En effet, messieurs, dans ces cas, toujours extrêmement rares, je le répète, les seuls pour lesquels ce moyen d'investigation puisse, dans une certaine mesure, être invoqué, ceux où la nature de la maladie ne semble pouvoir être autrement reconnue, le médecin sera plus en mesure, vu leur petit nombre, d'y concentrer toute son attention, et d'avoir plus de chances de parer, s'il est possible, aux conséquences souvent si graves de l'insertion d'un virus aussi actif.

Mais quelle énorme différence entre ces inoculations exceptionnelles, faites au moins dans un but scientifique et pratique, et celles multiples, incessantes et sans nombre, par lesquelles on se propose d'obtenir la syphilisation et les avantages qu'on se plaît à lui attribuer!

Et d'abord, je crois pouvoir soutenir qu'on ne parviendra pas toujours à syphiliser un sujet au point de le préserver indéfiniment de toute infection ultérieure. Jusqu'à présent, il y a beaucoup à désirer sous ce repport dans les expériences faites par différents médecins. Je n'en excepterai pas même celles de M. le docteur Sperino, de Turin, qui assure avoir reconnu qu'à mesure que les femmes soumises à ses expérimentations se syphilisaient les résultats des inoculations devenaient plus faibles après la dixième insertion, et que, même chez celles qui avaient des ulcérations larges et anciennes, il n'a plus été possible d'en produire de nouvelles après les premières ulcérations artificielles. Je suis porté à croire que ces dernières, dont le nombre n'est pas indiqué, mais qui étaient également des femmes publiques, ne devaient cette apparence d'immunité, si elle ne dépendait pas de quelque variente dens le procédé opératoire, qu'à leur profession, jointe aux modifications apportées dans leur économie appauvrie par des excès de tous genres et par les nombreuses ou graves infections qu'elles avaient éprouvées avant d'entrer dans le Syphilocôme.

Ces faits, d'ailleurs, me semblent très contestables quant aux conséquences qu'on prétend en tirer; et il me suffira seulement pour en réduire beaucoup l'importanca de reporter votre ettention sur l'exemple que vous avez eu sous les yeux, celui de M. le docteur L..., qui démnntre précisément le contraire; car, malgré les inoculations que ce médecin s'est faites par centaines, vous avez pu remerquer que les dernières insertions virulentes ont fait naître, contrairement aux essurances données, des ulcérations semblables aux premières. L'immunité contre la syphilis n'est donc pas encore obtenue, malgré le nombre effrayant de ces inoculetions et quoique vous ayez constaté un ensemble de phénomènes morbides tout spéciaux qui dénotent une infection très profonde.

Jusqu'où notre jeune confrère croira-t-il devoir pousser la série de ses expériences? Lui seul pourrait répondre à cette question; mais, qu'il me soit permis de le dire, s'il persiste dens cette voie dangereuse, n'est-il pas à craindre que sa constitution, déjà manifestement atteinte, ne se détériore encore plus chaque jour et na l'oblige bientôt à renoncer aux périlleuses recherches auxquelles il se livre par un zèle peut-être trop ardent pour la science?

En edmettant même qu'avec de pereilles tentatives on puisse parvenir à un point de saturation virulente qui garentisse contre de nouvelles infections par l'inoculation au moyen de la lancette, ne resterait-il pas encore une autre preuve de l'immunité qu'on recherche avec tent de courage?... Celle qui résulterait de la cobabitation avec des femmes infectées à différents degrés ne serait pas sans valeur.

Enfin, supposons pour un instant la syphilisation reconnue comme un moyen efficace de préservation de la sypbilis pendant un certain laps de temps; la question sera-t-elle jugée en dernier ressort? Non certainement. Rien ne nous assura que l'immunité sera indéfinie, perpétuelle. En effet, de bons observateurs, M. le docteur de Castelnau entre autres, ont depuis longtemps déjà constaté que cette faculté préservative n'est que temporaire et qu'elle disparaît quand les individus qui en avaient joui subissent des modifications dans leur genre de vie. Et d'ailleurs que signifierait même une syphilisation qu'on serait disposé, après des contre-épreuves nombreuses et bien dirigées, à considérer comme vraiment préservative pendant six mois, un an et même dix ans? Elle ne prouverait absolument rien contre les faits si nombreux, bien connus de tous les praticiens spéciaux ou autres, de personnes chez lesquelles l'infection sypbilitique est restée assoupie pendant un laps de temps infiniment plus long avant de faire explosion, soit spontanément, soit à l'occasion de quelque perturbation accidentelle, telle que des maladies aiguës, le retour d'âge, la grossesse, etc., par les accidents vénériens les plus graves, ainsi que je l'ai tant de fois observé après vingt, trente et quarante ans. Dès lors, quelle sécurité pourraient avoir pour leur santé à venir les nombreux sujets qui s'exposent de gaieté da cœur et sur des assurances aussi décevantes à être sypbilisés? Quant à moi, je les regarderai toujours comme incessamment et fatalement menacés de nouvelles manifestations syphilitiques, indépendamment de ce qu'une infection profonde et si ancienne doit avoir de compromettant pour la santé et pour la viabilité de leur progéniture.

Je ne terminerai pes sans appuyer ici avec toute la force que je puise dans mes convictions l'opinion de notre honorable rapporteur, quand il fait ressortir les inconvénients de ces inoculations sans nombre pratiquées sur différentes régions de la peau, où elles laissent subsister des cicatrices indélébiles et toutes spéciales dans leurs formes comme dans leur aspect, qui témoignent pour toute la vie de l'existence d'une maladie dont on a souvent tant d'intérêt à cacher les moindres traces.

Qu'il me soit permis, messieurs, de rappeler de nouveau à vos souvenir des éventualités bien autrement graves; je veux parler des terribles et déplorables conséquences que peut et doit presque toujours avoir une infection générale, profonde et systématiquement abandonnée à elle-même, comme le recommandent les médecins syphilisateurs. Vous en avez vu d'assez nombreux exemples survenus même après des inoculations tentées comme simples moyens de diagnostique. Exemples:

1° Le malade de M. Cullerier;

2° Celui cité par M. Castelnau, qui est mort d'une ulcération qui avait envahi tout l'abdomen;

3° Le docteur Hourman.

On pourrait faire aujourd'hui un tableau bien plus rembruni encore des dangers auxquels on expose les personnes qui subissent ces inoculations en nombre aussi considérable que celui nécessaire pour obtenir une saturation complète, c'est-à-dire la syphilisation, dans le but illusoire de préserver de l'infection ou de la guérir. Cette pratique déplorable, sur l'opportunité de laquelle vous êtes appelés à vous prononcer, menace de prendra, si l'on en juge par ses débuts, les caractères et les proportions d'una immensa calamité publique. On doit donc attendre de la juste et impartiale sévérité d'un corps scientifique compétent et dûment autorisé par son institution, tel que l'Académie nationale de médecine, qu'il n'hésitera pas à la frapper de la réprobation la plus formelle.

M. BÉGIN. Messieurs, mon but, dans ce moment, est de résumer la discussion qui vient d'avoir lieu devant vous, de vous rappeler et de soumettre à votre impartiale appréciation les principaux faits et les arguments fondamentaux invoqués par les partisans et par les adversaires de la syphilisation. Je serai obligé quelquefois de sortir du cercle de ce que vous avez entendu, et de me servir de documents publiés dans divers journeux: d'abord parce que ces excursions seront nécessaires, et par cette autre raison que le reproche de nous en être abstenu dans la rédaction du rapport nous a été adressé. Je réclame toute votre attention, et je m'efforcerai d'être court.

La question de la syphilisation paraît au monde médical un phénomène inattendu, presque inexplicable. Cette doctrine étrange n'est franchement acceptée par personne; une réprobation générale la poursuit, du moins dans ses excès patents; et cependant quelques esprits incertains, timorés ou prévenus la galvanisent, lui donnent de l'importance et nous obligent à la discuter sérieusement.

Jusqu'à l'instant où le rapport de votre commission a été lu dans cette enceinte, la prétention hautement proclamée de MM. les syphilisateurs était que la syphilisation a pour objet, pour effets certains, contre les affections syphilitiques, de préserver et de guérir; qu'elle peut et doit être employée à titre de prophylaxie sur les individus sains, comme à titre de curation sur les sujets malades; enfin, que chez ceux-ci elle a le double avantage, non-seulement de les délivrer des accidents dont ils sont actuellement atteints, mais de créer en eux une immunitá qui les mettra désormais à l'abri de tout accident futur.

Sans cette prétention à la prophylaxie, élevée et soutenue par l'inventeur de la doctrine, et qui a motivé les inoculations dont nous connaissons les effets, la syphilisation n'a plus ni retentissement, ou presque plus de raison d'être. Ce n'est plus « une brillante » découverte qui doit produire une révolution dans le monde scientifique, et être féconde en bienfaits pour l'humanité (1). Ce n'est » plus une des plus grandes conquêtes pour l'espèce humaine (2). » Elle se réduit aux humbles proportions d'une méthode curative, présentant plus ou moins d'avantages ou d'inconvénients, pour le présent ou l'avenir du malade, que les méthodes actuellement employées par la généralité des médecins.

Les deux honorables membres de cette Académie, qui, tout en accordant leur assentiment aux bases du rapport de votre commission, se sont constitués les evocats de l'inoculation syphilitique, ont abandonné ou plutôt repoussé de toutes leurs forces la syphilisation préventive. M. Malgaigne a été plus loin; il nous a affirmé que l'inventeur lui-même la répudie formellement aujourd'hui, et déclare que sa plume a été plus loin que sa pensée. On trouve dans un des organes les plus justement accrédités de la presse médicale que ce même inventeur de la syphilisation aurait autrefois déclaré qu'il n'entendait soumettre à la méthode que les individus *très exposés* à la syphilis, et *surtout ceux qui en sont atteints à des degrés divers;* et qu'il a fait savoir, en outre, qu'il est disposé à abandonner à peu près toute la prophylaxie (3).

Que signifient de semblables déclarations? La vérité scientifique comporte-t-elle, à la manière des contestations pour la possession d'un mur mitoyen, cet abandon de prétentions mises d'abord en avant? De deux choses l'une: ou vous persistez dans cette conviction qui vous fait soutenir depuis plus de deux ans qua la syphilisation est un moyen prophylactique utile, et qu'il serait à désirer qu'on l'appliquât généralement at presque obligatoirement contre la syphilis, comme on le fait de la vaccine contre la variole; ou vous avez abandonné cette opinion. Dans le premier cas, il ne vous est ni permis, ni possible de transiger; dans le second, vous devez à vous-même et à la science que vous agitiez la publication nette et loyale des motifs qui vous ont porté à changar d'avis. Lorsqu'on soulève des questions aussi graves, ce n'est pas par insinuation et par la voie des tiers qu'on exprime sa pensée; on le fait soi-même, avec tous les développements et toute la franchise qu'elles comportent.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que certains partisans da la syphilisation, voulussent-ils abandonner la prophylaxie syphilitique, ils ne le pourraient pas; la logique les y ramènerait invinciblement. Si, en effet, le traitement des accidents vénériens par l'inoculation sypbilitique a pour conséquence l'innocuité contre de nouvelles atteintes du mal, il s'ensuivra toujours que ces mêmes inoculations, pratiquées à des sujets sains, devront créer chez eux une innocuité semblabla; et comma la doctrine soutient que ces inoculations n'ont que des avantages pour les malades, on ne voit pas la raison qui pourrait la retenir dans leur emploi pour prévenir la maladie.

La question reste donc tout entière; et sous peine de n'en jamais finir avec elle, il faut se garder da négliger aucune de ses parties.

Quelques mots seulement avant d'entrer dans la discussion sur les observations dirigées contre le rapport.

Je ne m'arrêterai pas à quelques objections de forme sur la manière dont la commission a compris sa tâche et l'a remplie. Je n'ai jamais compris, dans cett enceinte, ces sortes da fin de non recevoir. Lorsqu'il s'agit de science, d'humanité, de santé publique, qu'importe la forme, la voie, l'occesion! En communiquant à l'Académie les réflexions que lui avait suggérées l'examen du fait déplorabla da M. L..., votra commission est restée dans les limites les plus étroites du devoir imposé à toute réunion, à toute personne chargée de rendre compte d'un acte quelconque. Elle ne pouvait faire moins sans s'exposer à un blâme mérité.

Je glisserai légèrement encora sur le reproche de n'avoir pas tenu compte des documents nombreux publiés depuis quelque temps sur la syphilisation. Ce recours aux documents antérieurs était inutile pour le but que je voulais atteindre, et qui n'était pas de prouver qua l'inoculation syphilitique est toujours suivie d'accidents, mais bien de démontrer que les lésions les plus graves peuvent en être la conséquence. Les documents publiés, que je connaissais an granda partie, et dont je parlerai plus loin, ne le disaient pas; les faits dont la commission disposait suffisaient pour l'établir et au delà; mais ils pouvaient être contredits, expliqués diversement; et c'est l'attente de ces éclaircissements qui a d'abord entraîné le retard du rapport, comme c'est leur non-production, après un temps assez long, qui a décidé la présentation, en indiquant qu'aucune raison contradictoire valable ne leur serait opposée.

La réprobation formelle et absolue de la pratique de la syphilisation, exprimée dans le rapport, a été blâmée par nos deux adversaires. Ils ont oublié en cela que le rapport n'est qu'un compte-rendu suivi de réflexions; que ces réflexions n'exprimaient que le sentiment particulier de la commission, et que l'Académie pouvait fort bien, après les avoir entendues, passer à l'ordre du jour comme elle l'aurait fait si elles eussent été émises séance tenante lors de la présentation de M. L...

(1) Zelaschi.
(2) Sperino.
(3) *Gaz. Méd.*, 1852, p. 473.

J'ai hâte de sortir de ces préliminaires, parfaitement étrangers au fond de la discussion.

Il est des personnes pour qui les questions ne sont jamais résolues, et qui ont à l'infini besoin de supplément d'instruction. Il est à espérer, nous dit à ce sujet la plume jeune de mon honorable adversaire, que nous ne nous laisserons pas entraîner. Votre propre dignité exige que vous ne précipitiez pas votre jugement, qui d'ailleurs n'étant pas sans appel, pourrait être cassé par l'expérience. S'il y a quelque chose dans la syphilisation qu'on nous propose de repousser, nous regretterions d'en avoir entravé la marche; si c'est une chimère, la science et l'humanité ne perdront rien à ce qu'on le démontre par une expérimentation sage et prudente.

L'auteur aurait bien dû ajouter à son conseil la formule des règles d'une expérimentation syphilisatrice assez sage et assez prudente pour mettre les personnes qu'on y soumettra à l'abri des dangers qu'elle entraîne. Est-ce donc chose indifférente que de laisser marcher une pratique dont le principe consiste à introduire dans l'organisme le poison le plus persistant, celui qui entre tous a le funeste privilége d'étendre ses ravages de la personne infectée à celle qui partage sa couche, à ses enfants et souvent aux femmes qui les nourrissent ou leurs donnent des soins? La science et l'humanité n'auront rien à perdre; dites-vous! La science peut-être; elle y gagnera même de connaître un abus de plus qu'on peut faire de son autorité; mais l'humanité! les victimes que vous pouvez faire en sont-elles donc exclues?

Laissez le champ libre, dit notre savant et judicieux collègue M. Velpeau. Je regrette, ajoute-t-il, que l'Académie ait décidé de s'occuper de la question; il eût été plus sage de s'abstenir; l'idée de la syphilisation doit faire son temps; rien ne peut l'arrêter, et elle aura d'autant plus de retentissement et fera d'autant plus de progrès que vous lui opposerez plus d'obstacles.

Tels ne sauraient être les sentiments de l'Académie nationale de médecine. Lorsque des pratiques compromettantes pour la santé publique se produisent avec éclat couvertes du manteau de la science, et menacent notoirement la vie des citoyens, il est de son devoir d'en informer. Elle n'a pas à porter des arrêts et à imposer des défenses, comme le firent autrefois les parlements pour l'antimoine et l'émétique; mais elle a mission et obligation de signaler le péril, d'éclairer les esprits, de prévenir s'il est possible, par la confiance qu'inspirent ses avis, les progrès du mal.

Loin d'être arbitrairement abandonnée à toutes les conceptions qui peuvent surgir dans l'esprit du médecin, l'expérimentation sur la personne saine ou malade est moralement soumise à des règles positives qui obligent la conscience de chacun. C'est d'après ces règles, et en les invoquant successivement, que nous apprécierons avec sûreté la valeur de la syphilisation.

Pour être autorisé à introduire dans le domaine médical, à titre de pophylaxie ou à titre de traitement contre une maladie contagieuse très répandue, un agent nouveau, les conditions suivantes doivent être remplies :

1° Relativement à l'agent proposé : qu'il réunisse en sa forme le raisonnement direct, ou du moins de manifester des analogies, des observations sur l'homme ou des expériences sur les animaux, nombreuses et authentiques; enfin la certitude qu'il est, par lui-même et de sa nature, incapable de nuire;

2° Sous le rapport de la maladie : que celle-ci ne puisse être prévenue ou guérie par aucun moyen plus simple, plus facile à employer et plus efficace que lui.

La syphilisation remplit-elle ces conditions?

1. *Raisonnement direct, analogies.* — Prétendre que le meilleur moyen de détruire les effets de l'introduction d'un virus et de préserver contre les atteintes futures consiste à l'infiltrer dans l'organisme jusqu'à saturation ou impossibilité d'en recevoir davantage est une assertion qu'aucun raisonnement, aucune explication ne pourraient directement faire admettre.

Les syphilisateurs, éludant la difficulté, se sont repliés sur les analogies, et pour justifier leur inoculation, ont supposé entre certains virus des lois physiologiques et pathologiques que rien ne confirme. Chaque matière virulente affecte au contraire, dans sa manifestation, des caractères qui lui sont propres. La seule propriété qui soit générale aux virus est celle de pouvoir est transmise d'un individu à l'autre à l'aide de l'inoculation, et de reproduire constamment des phénomènes de même nature.

Hors de là, presque tout est dissemblable; ce qui appartient à un virus ne s'applique plus à l'autre. La rage est suraiguë, rapidement mortelle, et ne laisse après la fatale action presque aucune trace cadavérique constante. La variole, également aiguë, a des périodes déterminées qui jalonnent invariablement son cours; et, indépendamment des complications qui peuvent l'accompagner, produit dans différentes parties des altérations qui la caractérisent. La vaccine ne diffère de la variole que par la bénignité et la localisation très circonscrite de ses phénomènes. La morve, d'abord aiguë, peut affecter un état chronique que les virus précédents ne comportent pas; la marche n'a rien de fixe quant à sa durée, ni même absolument quant à la profondeur et à la multiplicité des lésions matérielles qu'elle provoque.

A laquelle de ces affections virulentes la syphilis peut-elle être assimilee? A aucune absolument. Elle n'est pas mortelle à la manière de la rage; si dans sa forme secondaire elle peut, comme on le prétend, n'affecter l'homme qu'une fois dans sa vie, cette unicité d'affection est loin d'être démontrée pour elle au même degré que pour la variole, et certainement ses accidents primitifs ou sa forme aiguë sont contractibles à l'infini. En dehors de toute analogie, le virus syphilitique, après avoir produit quelques-uns de ses effets, peut suspendre, à une période ou à l'autre, ses manifestations, puis se réveiller à différentes reprises par des symptômes formidables après des intervalles de plusieurs années, pendant lesquelles les malades ont joui de toutes les prérogatives de la santé.

Si j'aborde le cercle de la transmissibilité des espèces animales, il n'est très probablement pas moins varié par les différents virus que les autres caractères. Ce serait un travail philosophiquement et pratiquement très intéressant et curieux que celui qui aurait pour objet de déterminer, d'après des observations et des expériences positives pour chaque virus, les espèces animales chez lesquelles il peut se développer spontanément, celles qui sont aptes à le recevoir en subissant tous ses effets; celles qui peuvent aussi en être affectées, mais dans lesquelles il se borne à des développements partiels et locaux en lui conservant les propriétés d'inoculabilité, et celles enfin d'où il ne peut être repris ou qui lui sont absolument réfractaires.

Ces considérations doivent suffire pour démontrer que les virus constituent des individualités morbides spéciales, et qu'il est impossible de conclure avec la moindre assurance de ce que l'observation apprend de l'évolution de l'un d'eux aux lois qui en régissent un quelconque des autres.

L'analogie qu'on a tenté d'établir entre la syphilis et la variole, et qui consisterait en ce que ces deux maladies peuvent être prévenues par l'inoculation de leur virus, est contredite par l'expérience, et suppose démontré ce qui est en litige, à savoir : que la prétendue syphilisation soit effectivement une *immunité* syphilitique.

II. *Expériences sur les animaux.* — Notre spirituel confrère M. Ricord nous a fait assister à ces inoculations de la syphilis aux singes, aux chats, aux lapins, qui sont les bases contestées et chancelantes de la syphilisation. Il nous a montré l'inventeur de cette doctrine épuisant les ressources d'un esprit fécond autant que subtil tantôt à établir comme démontré ce qui était douteux, tantôt à faire admettre comme incertain ce qui était positivement négatif, tantôt enfin et surtout à expliquer les échecs et les insuccès des personnes qui répétaient ses expériences.

Bien que ce soit assez difficile, je traiterai sérieusement cette partie du sujet. Le promoteur de la syphilisation achète deux singes venant de Bordeaux; ils sont réfractaires à l'inoculation : il apprend qu'un médecin de cette ville a fait des expériences du même genre sur les animaux, et dès lors il soupçonne que ce pourrait bien être sur les siens, qui se trouveraient ainsi en partie syphilisés (1). Etait-il donc difficile d'éclaircir ce doute en prenant des renseignements exacts? Une demi-douzaine de chats se montrent réfractaires autant que les singes. Deux de ces chats étaient innocents, au dire de l'expérimentateur, et le fait à son égard reste inexpliqué; mais les quatre autres, nés d'une mère vérolée, pouvaient être considérés comme suspects (suspects de quoi? d'avoir la vérole), car ils sont morts tous les quatre de la vérole héréditaire (2). Mais n'était-ce donc pas une bonne fortune, au contraire, pour la syphilisation que de rencontrer quatre chats vérolés qu'elle pouvait guérir et syphiliser tout à la fois? La vérole pouvait-elle donc être un obstacle à l'inoculation de son remède? A quoi servirait donc alors ce dernier? Des expériences faites sur les chats par d'autres personnes viennent-elles à ne pas réussir? L'explication ne fait pas défaut. Les courtes épreuves, dit-on, faites sur des chats ne sont rien moins que concluantes. Les expériences sont très délicates à faire sur ces animaux, et il est très facile de se méprendre à l'égard des résultats qu'on obtient. Je ne parle pas, ajoute-t-on, d'un gros chat, vieil habitant sans doute de l'hôpital, qui pouvait être syphilisé (3).

Le *syphilisme* est, comme on sait, l'aptitude à la syphilisation (4). On peut dire, par exemple, d'un individu qu'il a d'autant plus de *syphilisme* qu'il est plus facile à *syphiliser*. Si dans ces expériences l'auteur de cette découverte éprouve de grandes difficultés à inoculer un singe, c'est que les pus dont il se servait et qui s'inoculaient parfaitement à l'homme n'étaient pas assez forts pour l'animal, et il ajoute qu'il a exprimé cela en disant que le singe a plus de *syphilisme* que l'homme (5).

Ce malheureux singe, inoculé à la paupière de l'œil droit le 19 août, est mort, pour le dire en passant, le 12 septembre à la suite d'une inflammation du système lymphatique de la tête et du cou occasionnée sans doute par la piqûre, par l'action irritante du virus et par des irritations successives (6).

Je ne passerai pas sous silence les expériences de M. Diday (7), qui poursuit avec une si louable et jusqu'à présent une si infructueuse persévérance la recherche d'un vaccin syphilitique. M. Diday a inoculé des chats, des ulcères se sont développés; les animaux ont conservé leur santé et ont guéri spontanément. M. Diday s'est inoculé lui-même avec le pus provenant d'un de ces chats et s'est donné un chancre, qui a résisté à une forte cautérisation, est devenu phagédénique, a déterminé un bubon qu'il a fallu ouvrir et a constitué une maladie sérieuse qui n'a duré pas moins de quatre-vingt-neuf jours. Pour compléter ses expériences, M. Diday a pu reporter le pus de son chancre à deux lapins, qui eurent aussi des ulcères et dont un mourut sans cause appréciable.

Ainsi donc, sans trop s'appesantir sur les échecs éprouvés par beaucoup d'expérimentateurs et par l'inventeur de la syphilisation lui-même, il paraît certain que des ulcères de mauvais aspect peuvent être produits sur certains animaux par l'inoculation syphilitique. Mais là se bornent jusqu'à présent et sans contestation sérieuse les effets de l'insertion. Aucun phénomène n'indique l'infection de l'organisme, la pénétration du virus dans son intérieur. Si le pus de l'ulcère d'un animal peut être reporté sur l'homme et s'il y détermine même des accidents d'irritation très considérables, ainsi que le témoignent les observations de MM. Robert Welz et Diday, rien ne démontre non plus qu'il y développe des accidents syphilitiques généraux. S'il ne s'agissait d'un praticien aussi éclairé que M. Diday, si M. Welz n'avait été vu par plusieurs personnes compétentes, j'ajouterais qu'ils n'ont peut-être été victimes que d'une insertion de matière irritante, comme on en rencontre quelquefois à la suite de quelques piqûres d'amphithéâtre, lesquelles donnent lieu aussi à des ulcérations et à des abcès ganglionaires de longue durée et très difficiles à guérir.

Quant à ce que, après un certain nombre d'inoculations, de nouvelles ulcérations ne peuvent plus être produites sur les singes ou les chats, l'explication du fait, s'il est constant, peut être difficile; mais elle est certainement étrangère à une pénétration virulente de l'économie, que rien n'atteste, que tous les phénomènes repoussent au contraire. Dans tous les cas, serait-il consciencieusement admissible qu'on s'autorisât d'une indication aussi incertaine, aussi vague pour infecter l'espèce humaine, en lui appliquant des opérations qui n'infectent jamais les animaux (8)?

§ III. *Observations sur les malades.* — Un médecin des plus distingués par la netteté de son esprit et la franchise de ses opinions crut remarquer, il y a déjà longtemps, que quelques filles publiques, après avoir été infectées au début de leur triste carrière, semblent acquérir, à l'égard de la syphilis, une telle immunité, qu'elles peuvent ensuite s'exposer impunément à la contracter. Cette observation de M. de Castelnau, restée longtemps sans application, est aujourd'hui une des bases de pratique syphilisante. De son côté, M. Sperino (de Turin) insiste sur ces circonstances, que les ulcérations vénériennes primitives, étendues, phagédéniques ou gangréneuses, sont plus rarement que celles qui ont des caractères opposés suivies de la syphilis constitutionnelle. Il en serait de même pour les ulcérations inguinales et les chancres multiples pratiqués en vue du diagnostic.

Les femmes les plus exposées à la contagion, bien qu'elles entrent plusieurs fois par an au Syphilicôme pour des accidents primitifs, n'auraient pas souvent la syphilis constitutionnelle, tandis que les filles qui viennent de la province avec de petits chancres larges ou indurés n'y échapperaient qu'accidentellement.

Enfin, loin d'être en raison directe de l'étendue et de la durée des ulcérations primitives, la syphilis constitutionnelle serait, au

(1) *Gaz. méd. de Toulouse*, avril 1852, p. 107.
(2) *Ib.*, p. 108.
(3) *Archives médicales*, 4e série, t. XXVI, p. 432.
(4) *Ib.*, p. 175.
(5) *Gaz. méd. de Toulouse*, avril 1852, p. 111.
(6) *Ibid.*
(7) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 809.
(8) En admettant, comme le soutiennent quelques expérimentateurs, que les animaux puissent contracter, ce qui serait du reste très rare, des accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires graves, et même mortels, à la suite de l'inoculation de la syphilis, je ne pourrais voir dans ce fait qu'une raison de plus pour ne pas pratiquer à l'homme une opération qui produit sur eux de si funestes effets.

contraire, d'autant plus rare, que ces ulcérations ont été plus fréquentes (1).

Je dois tout d'abord appeler l'attention sur ce que M. Sperino ne fait porter l'immunité des filles publiques plusieurs fois contaminées que sur la syphilis constitutionnelle, et que, suivant lui, elles continuent à se présenter plusieurs fois par an au Syphilicôme pour des accidents primitifs, tandis que M. de Castelnau et, après lui, les syphilisateurs étendent l'immunité à ces accidents primitifs eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit, pour juger de la valeur des observations précédentes, en ce qui touche à la syphilisation, il importerait de savoir dans quelles proportions se rencontrent les femmes privilégiées contre l'infection syphilitique, et à la suite de quel nombre moyen d'atteintes d'accidents primitifs leur immunité s'est établie. Il ne serait pas moins intéressant de connaître par quels renseignements exacts l'inaptitude à l'infection a été constatée chez elles. En troisième lieu, il faudrait connaître leur âge, leur tempérament, leur constitution, leur manière de vivre, etc. Sans ces détails, les observations sont vagues, et ne reposent que sur des à peu près très peu dignes de considération.

Tout le monde sait qu'il est des organisations rebelles à l'action de certains virus. La rage elle-même ne se développe pas sur toutes les personnes mordues par le même animal et dans les mêmes circonstances. Ce n'est quelquefois qu'après plusieurs vaccinations infructueuses qu'une dernière produit l'effet désiré. Un assez grand nombre de sujets des deux sexes s'exposent impunément à la contagion syphilitique, ou ne la contractent que très difficilement et s'en débarrassent avec la plus grande facilité. Tous ces individus sont-ils notoirement *rabiéisés, variolisés, syphilisés*, je pourrais dire *morvisés* pour les animaux ou les hommes qui évitent la morve, lorsque notoirement ils sont exposés à en être atteints? Cette supposition serait insoutenable.

Si l'immunité dont on argumente était uniquement subordonnée à des infections antérieures, il est manifeste qu'elle serait un fait non pas exceptionnel, mais général et de notoriété parmi les filles publiques et parmi les hommes qui s'exposent à la contagion. On posséderait des données au moins approximatives sur le nombre des atteintes et la nature des accidents nécessaires pour créer ce privilége. Or rien de tout cela n'existe dans un monde où les confidences me manquent, et où tout ce qui touche la maladie spéciale à la profession excite un si puissant et si constant intérêt.

Au lieu de recourir à une hypothèse qui répugne à l'intelligence, n'est-il pas plus naturel, au contraire, de penser que, si, après les premières atteintes, la syphilis ne se renouvelle pas chez certains sujets, bien que les occasions de la contracter ne cessent pas d'exister, cela tient, non à une immunité absolue, mais à ce que la constitution du sujet, d'ailleurs réfractaire, ne rencontre pas, pour une cause ou pour une autre, de circonstance favorable à une itérative infection? Par un usage souvent répété, les organes ne sont-ils pas susceptibles d'acquérir plus de fermeté, de s'ouvrir moins facilement à l'absorption? Les sujets eux-mêmes, instruits par une ou plusieurs infortunes, ne prennent-ils pas ensuite, soit avant, soit immédiatement après l'acte qui les expose, certaines précautions qui en préviennent ou en atténuent les dangers?

Ajoutez à ces circonstances les influences si puissantes des conditions générales du régime, des fatigues, des privations, des déréglements, des excès en tout genre, de l'observation ou de la négligence des règles de l'hygiène, et jusqu'à celle moins ostensible du climat et des saisons, et vous vous expliquerez bien plus sûrement que par une saturation syphilitique incompréhensible, ou par une syphilisation mystérieuse, les variétés signalées dans le développement et la transmission des accidents syphilitiques.

Toutes les suppositions sont nuisibles, en médecine, lorsqu'elles détournent de la saine observation, c'est-à-dire de l'étude des conditions saisissables qui modifient la production des faits; elles sont dangereuses lorsqu'on en tire des conclusions hasardées en faveur de pratiques irrationnelles.

IV. *Valeur prophylactique.* — Nous entrons ici dans l'examen de la première catégorie de résultats chimiques obtenus sur l'homme par MM. les syphilisateurs.

Les faits qui s'y rapportent, quoique souvent invoqués, sont très peu nombreux, seulement indiqués, non soumis à l'examen et non vérifiés. Je trouve d'abord que l'inventeur de la méthode a rencontré trois personnes sur lesquelles il a pu continuer des syphilisations accidentelles déjà très avancées. Une autre personne a été traitée du cancer par la syphilis : son troisième chancre artificiel s'est induré et a été suivi de roséole et d'ulcération à la gorge; la syphilisation couronne un traitement mercuriel, et la malade n'a plus de vérole, son cancer est flétri (2). Ajoutons à ces faits l'observation de M. Law; ajoutons-y encore cette indication qu'un grand nombre d'individus ont été présentés par l'auteur de la syphilisation, dans la conférence publique, comme complétement syphilisés et guéris d'accidents syphilitiques secondaires et tertiaires; que l'un d'eux est venu affirmer à l'Institut une exactitude du fait qui le concerne; qu'il y a maintenant à Paris, parmi les classes distinguées de la société, des individus qui déclarent à leurs intimes avoir fait avec succès et profit l'expérience de la syphilisation (3).

Tel est le budget de la syphilisation prophylactique. Aucune des personnes qui y sont comprises n'a été, que je sache, suivie pendant l'expérimentation, examinée après le résultat; tout est vague, tout repose sur des assertions.

Je me trompe, M. L... a été présenté à notre confrère M. Ricord, qui assure avoir pu encore produire sur lui des pustules chancreuses.

Deux autres sujets non syphilisés, tant s'en faut, peuvent donner une idée des résultats possibles de la syphilisation : l'un est M. L..., que vous avez vu; l'autre M. P..., une des personnes auxquelles je faisais allusion dans mon rapport, et dont les bras étaient couverts de cicatrices ou d'ulcères encore non complétement fermés.

L'inventeur de la prophylaxie syphilitique répudie l'observation de M. L..., ou plutôt la cite comme favorable à son système. L'insuccès a été dû au mauvais choix des pus, au trop grand rapprochement des inoculations et des piqûres. Si l'inventeur avait continué, il aurait guéri M. L... sans l'exposer à aucun inconvénient et, à plus forte raison, à aucun danger.

Qu'est-ce donc qu'une méthode par inoculation qui exige tant de calculs, tant de choix dans les pus inoculateurs? Les piqûres ont été faites à des intervalles trop rapprochés, dites-vous; mais M. Sperino agit de cette façon et prétend réussir. Elles ont été trop nombreuses chaque fois; mais le même praticien, M. Zelaschi pratiquent, dans une même séance, 20, 30 et jusqu'à 60 piqûres. Les piqûres ont été faites trop près les unes des autres; mais lorsque, à deux jours d'intervalle seulement, on fait le nombre d'inoculations que je viens d'indiquer, il faut bien qu'elles soient rapprochées à peu près au même degré. Je pousserais plus loin ce parallèle justificatif de la méthode suivie sur M. L..., s'il n'était démontré que dans les

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 2e série, 3e part., juillet 1851, p. 258.
(2) *Gaz. méd. de Toulouse*, juillet 1852, p. 224.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 459.

inoculations virulentes le procédé employé n'a jamais qu'une influence très secondaire. Attribuer à cette cause les accidents que présentait M. L..., c'est impliquer le principe de la méthode.

Quant à M. P..., inoculé avec le pus du soixantième chancre de M. L..., l'inventeur disait de lui que le pus de ses chancres était du pus *syphilisateur*, et promettait à ses élèves qu'ils verraient la syphilisation commencée se continuer sous leurs yeux. Il faisait noter, en outre, que M. P... n'avait jamais eu antérieurement d'affection syphilitique (1). Impossible ici d'argumenter d'aucune imperfection dans l'emploi de la méthode; et cependant la suite de l'observation de M. P... nous le montre, après quatre mois et demi d'inoculations syphilisatrices, atteint de la syphilis constitutionnelle la mieux caractérisée, et dans un état beaucoup plus grave que ne l'a jamais été celui de M. L... (2).

En ce qui concerne la syphilisation prophylactique, tout se réduit donc à deux ordres de faits : les uns affirmés pour la syphilisation, mais non produits, non contractés; les autres devenus réellement publics, examinés, vérifiés. Des premiers, il est impossible de déterminer les caractères et l'issue; des autres, deux sur trois au moins témoignent des affreux désordres que la prétendue syphilisation peut provoquer dans la constitution jusque-là vierge de toute atteinte syphilitique.

V. *La syphilis ne peut-elle être prévenue que par la syphilisation?* — Il serait presque puéril de discuter une question ainsi posée. L'évidence parle d'elle-même.

Que si, à défaut de la volonté, qui suffit toujours pour mettre à l'abri de la contagion syphilitique, l'art propose des moyens de s'en préserver, tous les hommes éclairés applaudiront à ses efforts. Il a fait à diverses époques, dans cette voie, des tentatives qui ne sont pas restées stériles: il est très probable que, si certaines précautions étaient plus régulièrement prises, si l'usage de certaines préparations était plus répandu, si les soins spéciaux de la propreté et de l'hygiène étaient moins négligés, la syphilis, poursuivie d'ailleurs par d'excellentes prescriptions de l'autorité publique, deviendrait de plus en plus rare et arriverait à ne constituer qu'une maladie exceptionnelle limitée à des parties très restreintes de la société.

En présence des résultats progressifs et certains qu'il est très possible d'obtenir et qui ont déjà été réalisés en partie par ce système, et en considérant ce que la syphilisation a de hideux, de compromettant, de dangereux pour le présent et pour l'avenir des personnes et de leur postérité, il est difficile de comprendre que cette manœuvre ait pu trouver un esprit pour les concevoir, des fanatiques pour s'y soumettre, des médecins pour l'exécuter.

VI. *Syphilisation curative.* — La pensée de recourir à l'inoculation vénérienne pour guérir certains accidents de la syphilis n'est pas aussi nouvelle que le donnent à croire les novateurs qui s'en attribuent la découverte. Lorsque des arthrites intenses du genou remplaçaient la gonorrhée, j'ai vu souvent chercher à rappeler l'écoulement qui avait cessé au moyen d'une bougie chargée de pus provenant de la gonorrhée aussi aiguë que possible d'un autre malade. Ce procédé m'a plusieurs fois réussi.

Mais, en remontant beaucoup plus loin, cette inoculation a été pratiquée sur une plus grande échelle. En 1776, Percy, alors chirurgien-major au régiment de Berry (cavalerie), témoin des difficultés que présentait le traitement de quelques maladies chroniques invétérées que le mercure exaspérait trop souvent, se demandait si l'art ne retirerait pas un grand avantage de la nouvelle modification qu'un nouveau virus, analogue pour ainsi dire avec l'ancien, pourrait produire dans la maladie. Il faudrait, disait-il, pour disposer une vérole chronique à être combattue efficacement. la rendre aiguë; il faudrait la revivifier, lui restituer son premier caractère ; il faudrait, en un mot, la revivifier. Mais le moyen d'y réussir ? J'hésite, ajoute ce maître, une des gloires de la chirurgie française ; j'ose à peine articuler celui que j'ai mis en usage. Une nouvelle invasion de cette maladie, l'introduction d'un nouveau virus, l'inoculation syphilitique, puisqu'il faut le dire, voilà celui que je crois seul capable de régler cet objet (3).

Percy avait fait beaucoup d'expériences sur les animaux avec du virus vénérien, tant chancreux que gonorrhéique, qu'il leur inoculait. Il se promettait de communiquer un jour ces expériences à l'Académie; mais, soit qu'il n'ait pu y mettre la dernière main, soit par toute autre cause, son travail est malheureusement perdu. Fabre dit seulement que la facilité avec laquelle les animaux soumis à ses recherches résistaient au développement du virus et la sûreté constante de son insertion avaient conduit Percy à présumer que peut-être, dans l'homme, cette épreuve ne serait ni plus orageuse, ni plus incertaine. Percy avait déjà observé, d'ailleurs, quelques cas de vérole chronique qu'une infection accidentelle avait rendue curable.

Ce que n'ont encore essayé ni M. Diday, ni les syphilisateurs à la suite, Percy le trouva. Dans l'intention de poursuivre à la campagne où il allait passer son quartier d'hiver de 1778, il emporta avec lui des tablettes en verre, sur lesquelles il y avait du pus vérolique desséché. Il trouva, dans sa famille, un soldat d'artillerie atteint d'une vérole affreuse qui avait résisté à deux reprises des remèdes, à une infinité de drogues et à la tisane de Felz. Percy délaya du pus chancreux avec de la salive, en chargea une lancette et l'inocula, à la manière du vaccin, au moyen de trois piqûres à chaque bras, faites avec une telle précaution, qu'elles ne saignèrent pas. Il n'appliqua aucun appareil sur ces piqûres, prescrivit au malade une diète végétale et une boisson abondante de tisane sudorifique.

Le sixième jour, les bras devinrent douloureux, une zone rouge s'y manifesta; il y eut des horripilations, de la fièvre. Le septième, les piqûres furent enflammées, douloureuses, les bras gonflés sur presque toute leur étendue; quelques glandes axillaires se tuméfièrent; le malade eut de la fièvre; sa dartre et son chancre le faisaient beaucoup souffrir. Cet orage s'apaisa graduellement.

Le 14, le malade était rendu à son premier état, excepté que les chancres, tant de l'amygdale que du pénis, étaient plus étendus, et qu'il lui restait de son inoculation un ulcère profond au bras gauche. Percy, obligé de rejoindre son régiment, laissa le soin du traitement à son père, qui commença les préparations un mois et demi après l'inoculation, administra seize frictions, et obtint tout le succès possible.

« Ce n'est pas une découverte, ajoutait Percy, que je viens déposer au tribunal de la chirurgie, c'est seulement un aperçu; c'est, si l'on veut, un délire de mon imagination. »

Fabre, si compétent en syphiliographie, tout en louant, comme elles devaient l'être, la modestie et la défiance de lui-même, que témoignait Percy, conteste cependant que rien puisse faire dégénérer le virus vénérien dans une vérole qui a succédé aux chancres, à ce point de la rendre rebelle au spécifique bien administré. L'inoculation pratiquée par Percy n'a produit, selon Fabre, qu'une irritation d'abord locale, ensuite un peu plus générale; il n'en est résulté aucun symptôme consécutif qui ait pu faire présumer que le virus nouveau avait pénétré dans l'intérieur pour s'amalgamer avec l'ancien; et si le malade a guéri, c'est par la seule raison que le traitement que Percy père lui administra fut plus méthodique que ceux qui avaient précédé (1).

(1) *Gaz. méd. de Toulouse*, 1852, p. 126.
(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 31 juillet 1852.
(3 Texte cité par Ribes. *Mémoires*, t. I, p. 415.

Telles étaient alors les hésitations de l'expérimentation médicale sur l'homme. Elle procédait avec la circonspection que commande le danger possible, et ne s'adressait qu'aux cas extrêmes de lésions profondes, menaçant manifestement la vie et persévérant malgré les efforts réguliers de l'art.

Pour apprécier la supériorité prétendue de la syphilisation sur les méthodes curatives actuellement employées contre la syphilis, des données exactes de statistique seraient un préliminaire indispensable. Si, par exemple, sur 100 cas de blennorrhagie chez l'homme, on n'en comptait guère que 5 environ qui fussent de nature à déterminer des accidents secondaires; si sur 100 personnes atteintes d'accidents primitifs simples ou multiples, 80 à 85 guérissaient dans les trois à six semaines d'un traitement méthodique scrupuleusement suivi; si des 15 à 20 restants, chez lesquels surviennent des accidents secondaires, les deux tiers guérissaient encore à l'aide de moyens appropriés; si les 5 restants environ, atteints de symptômes tertiaires, tous n'étaient pas absolument incurables ; si la mort par suite de la syphilis, n'était, en définitive, qu'une exception rare, observée seulement par suite de complications insolites, ou chez des sujets à constitution radicalement détériorée; si enfin des dépuratifs, le régime sévère, les émollients, le mercure, l'iodure de potassium, maniés par des praticiens habiles, faisaient généralement, en un temps assez court, bonne et complète justice des manifestations ordinaires de la vérole, on ne verrait pas trop ce qu'il y aurait à gagner à leur substituer la méthode syphilisante.

Les syphilisateurs et les rares praticiens qui ne blâment pas leurs expérimentations font grand étalage des succès obtenus par l'inoculation syphilitique.

Mais où sont ces succès ? Le promoteur de la syphilisation a déclaré tout récemment à notre honorable collègue M. Malgaigne que le chiffre de ses essais sur l'homme pouvait se monter à plus de trois cents, la plupart atteints de chancres, syphilisés seulement jusqu'à la guérison de ces chancres, ou jusqu'à la préservation de la syphilis constitutionnelle. La doctrine ne nous avait pas encore initiés à ces distinctions. Mais de ces plus de trois cents sujets traités, aucun n'est produit, aucune observation les concernant n'est présentée : toujours des assertions, jamais de faits positifs. Passons outre. Comptons avec M. Sperino, un des Atlas de la curation de la syphilis par la syphilisation, médecin en chef du Syphilicôme de Turin, où se présentent plus de 200 malades par jour, plus de 73,000 par année, chiffre très respectable pour la Sardaigne, en considérant qu'il ne s'agit que de la capitale et d'un seul établissement.

M. Sperino avait soumis, à la date du 23 mai 1851, 52 femmes à ses expériences ; les résultats furent merveilleux. Tout se passa exactement comme le promoteur de Paris l'avait annoncé. Les femmes étaient atteintes de syphilis primitive ou de symptômes secondaires de formes variées. Pour toutes, l'inoculation a été faite à l'aide de la lancette, sur trois ou quatre points chaque fois, et le plus ordinairement à l'abdomen. Cette inoculation fut répétée une ou deux fois par semaine. Le pus a toujours été emprunté à un chancre primitif en voie de progrès, soit de la femme malade, soit d'une autre lorsqu'elle n'avait que des accidents chroniques.

Dans tous les cas, sans exception, les premiers ulcères furent plus larges, plus profonds, plus indurés, plus enflammés, plus longtemps en suppuration et plus lents à se cicatriser que les seconds, et ainsi de suite jusqu'à ce point que les dernières piqûres ne produisirent plus que de petites pustules disparaissant en cinq ou six jours, ou restèrent sans résultat.

La guérison des malades a été prompte, suivie de syphilisation, c'est-à-dire d'immunité contre de nouveaux accidents primitifs, qu'on a vainement essayé de renouveler. Enfin, il arriva qu'en présence de cette innocuité, quelques malades, oubliant leur répugnance, demandèrent qu'on les soumît à la syphilisation qui avait guéri leurs amies.

Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait eu plusieurs accidents. Chez quatre inoculées les ulcérations artificielles prirent de la gravité, devinrent gangréneuses et nécessitèrent la pratique de quelques saignées, qui arrêtèrent promptement les progrès rapides de la gangrène. Il est vrai que M. Sperino attribue ces phénomènes à la présence chez un de ces malades d'une bronchite légère et chez les trois autres à des affections inflammatoires des voies digestives.

M. Sperino n'était pas en mesure à l'époque de la communication à l'Académie royale de Turin de rapporter en détail les expériences, dont plusieurs étaient encore incomplètes. Depuis quinze mois, elles sont encore vainement désirées. Comment expliquer ce silence et ne pas s'étonner d'une précipitation que rien ne commandait !

Ici M. Bégin donne une analyse succincte de l'observation de M. Zelaschi que nous avons publiée dans notre numéro du 5 août, puis il continue :

Le médecin consciencieux de l'Antiquaille, que j'aime à citer en pareille occasion, fait observer que la cicatrisation spontanée d'un chancre après des soins aussi prolongés n'a rien d'étonnant, que le traitement antiphlogistique a dû préparer ce résultat, que le gonflement léger remarqué sur le tibia ne peut être assimilé aux accidents tertiaires et que ce phénomène aussi bien que les taches de la peau *non saillantes* se dissipent souvent d'eux-mêmes avant que le traitement spécifique soit commencé. Enfin, il s'étonne que la première série d'inoculation ait exaspéré le mal au lieu de l'améliorer, et trouve que la guérison eût pu être achetée moins cher qu'elle ne l'a été par les longues souffrances du malade, le séjour si prolongé à l'hôpital et les cicatrices dont son corps est couvert.

Tels sont les faits les plus importants publiés à l'étranger. Je doute que les articles de MM. Gallico (de Florence) et Nottini, médecin de l'armée piémontaise, que je n'ai pu, je l'avoue, me procurer, soient de nature à y ajouter beaucoup.

Quant aux faits recueillis en France, ils sont rares. Je citerai celui-ci : Un jeune homme, sain et bien portant jusque-là, affecté d'un chancre phagédénique récent au gland, a été soumis dans l'espace de six semaines à plus de quatre-vingts inoculations successives réitérées tous les trois, quatre ou cinq jours, au nombre graduellement progressif de six, dix, douze et dix-huit chaque fois, sans qu'il ait tiré de l'opération, conduite d'après les règles de M. Sperino, d'autres bénéfices que : 1° l'agrandissement continu de son chancre primitif ; 2° la conversion des *dernières* pustules d'inoculation en chancres phagédéniques ; 3° le développement de symptômes secondaires (papules cuivrées, céphalées, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs) qui commencent à se manifester après six semaines d'expérience et après soixante-dix inoculations au moins. Cette observation est de M. Diday.

M. Malgaigne s'est appuyé des résultats obtenus au Val-de-Grâce par un médecin militaire des plus distingués, M. Marchal (de Calvi), dont les succès auraient été interrompus, dit-il, par l'autorité supérieure. Les heureux effets de l'inoculation syphilitique pratiquée sur dix-neuf militaires malades auraient, selon M. Malgaigne, excité l'enthousiasme non-seulement de M. Marchal, mais de quelques élèves, et engagé plusieurs officiers à sortir de l'hôpital pour terminer leur syphilisation en ville.

(1) Rapport d'un mémoire envoyé à l'Académie royale de chirurgie sur l'inoculation de la vérole (Recherches sur différents points de physiologie, de pathologie et de thérapeutique, par M. FABRE, t. I. p. 321).

On s'étonne que notre si expérimenté collègue se soit fait avec tant de facilité l'écho de bruits que son expérience en critique aurait dû lui apprendre à ne pas reproduire sans preuves. Je traiterai la question avec le sérieux que commande son importance.

M. Marchal, que son talent incontesté et son zèle pour le progrès de l'art ne suffisent pas à couvrir dans cette circonstance, devait, avant d'expérimenter sur des militaires confiés à ses soins éclairés, une pratique aussi neuve, aussi incertaine, pour ne rien dire de plus, que celle de la syphilisation, prendre l'avis de ses chefs. Ne l'ayant pas fait lorsque l'obstacle résultant des ordres de l'autorité supérieure s'est élevé devant lui, il devait à la science, il se devait à lui-même de rédiger un rapport circonstancié sur tout ce qu'il avait fait. Le rapport contenant toutes les observations nominatives, détaillées, complètes, authentiques des militaires sur lesquels il avait agi, devait avoir pour appui une indication de ces militaires de tous grades appartenant encore à l'armée de Paris, afin qu'il fût possible de constater leur état. En procédant ainsi, M. Marchal pouvait faire excuser sa témérité en même temps qu'il servait efficacement la cause qu'il avait embrassée.

Parcourez les publications multipliées à grand fracas par messieurs les syphilisateurs, vous n'y trouverez que des affirmations pompeuses; il faut les croire sur parole : de statistique exacte, comparative; d'observations individuelles entourées des garanties de l'authenticité, ils nous en promettent, mais se gardent bien de les produire.

Ils ne croient pas eux-mêmes à la sûreté de leur méthode, à la sincérité des résultats qu'ils proclament, et en voici la preuve. Je vous ai montré M. Sperino annonçant le 23 mai 1851, à l'Académie de Turin, qu'il avait guéri, syphilisé, *toutes* les malades soumises à ses inoculations pratiquées au moyen de trois ou quatre piqûres chaque fois et répétées une ou deux fois par semaine. Ce résultat, obtenu en huit ou dix inoculations, paraissait devoir satisfaire l'ambition la plus exigeante. Eh bien! ce même M. Sperino écrit à M. Diday en octobre 1851 que peu à peu il a rapproché les intervalles des inoculations, qu'il les renouvelle tous les deux ou trois jours, les multiplie au nombre de douze, quinze ou vingt chaque fois, et il énumère les avantages de cette nouvelle façon de syphiliser, qu'il prétend bien supérieure à l'autre.

Mais voici venir un prorapport de la commission nommée par l'Académie royale de médecine de Turin pour suivre les expériences de M. Sperino. Elle s'excuse d'abord de la lenteur apportée à ses travaux et demande encore un peu de patience au monde médical, qu'elle promet d'édifier complétement sur la syphilisation. Depuis, dit-elle, que cette fièvre ou insatiable avidité de tourmenter la nature vivante saine ou morbide a envahi l'esprit de certains syphiliographes, en Italie, en France et en Allemagne, déterminée à voir ce qu'il y avait de bon ou de mauvais dans cette nouveauté, la commission s'est fait un devoir religieux de suivre les essais de toute espèce faits par les uns et par les autres dans le but de donner corps et vie à cette étrange idée.

La commission fait ressortir avec beaucoup de soin les difficultés que M. Sperino a eu à surmonter. Dans son difficile chemin, dit-elle, il s'est vu forcé bien des fois à procéder de différentes manières; car tandis que la méthode consistant à faire peu d'inoculations lui parut d'abord préférable, puisqu'il disait à l'Académie avoir triomphé par elle dans cinquante-deux cas de syphilisation, il a dû depuis peu l'abandonner, non-seulement à cause de la lenteur qu'on y mettait à achever la syphilisation, mais aussi parce que les chancres inoculés, soit par leur rapide accroissement, soit par leur extension et profondeur, par leur facile inflammation et parce qu'ils prenaient l'aspect phagédénique et gangréneux, l'obligeaient bien souvent à suspendre l'inoculation et à pourvoir aux accidents à l'aide des remèdes antiphlogistiques locaux et généraux. C'est pour cela, continue la commission de l'Académie, qu'après trois mois d'expériences il a cru devoir y substituer une méthode entièrement opposée, c'est-à-dire pratiquer de nombreuses et très prochaines inoculations (10, 15, 30, 40, 60) chaque fois, répétées après un ou deux jours. Ainsi, il croyait avoir pourvu aux inconvénients de sa première méthode; mais l'expérience, qui est toujours la grande maîtresse, nous faisait depuis voir que, si la première méthode méritait le reproche d'entraîner trop longtemps la syphilisation, avec la seconde, le cours de l'inoculation se terminait plus tôt que la maladie, qu'on voyait ou rester toujours ou reparaître, et que l'inoculation pratiquée de cette manière se montrait plusieurs fois infructueuse (*Gaz. méd.*, 1852, p. 508). La commission laisse M. Sperino revenant à sa première méthode et cherchant s'il ne trouverait pas quelque juste milieu ou tempérament.

Je n'insisterai pas sur ce que les publications de M. Sperino ne nous avaient nullement préparés à cette déclaration des commissaires de l'Académie.

Je touche au terme de la tâche que je me suis imposée. Je ne me sens pas le courage d'ajouter, comme je me l'étais proposé, que, si MM. les syphilisateurs ont une foi si vive dans la syphilisation, une conviction si enracinée de son efficacité et de sa parfaite innocuité, je ne vois pas ce qui peut les arrêter à se soumettre eux-mêmes à l'opération, comme le firent les premiers propagateurs de la vaccine, comme l'ont fait Luna Calderone, qui prétendait avoir découvert un préservatif contre la syphilis; et plus récemment, MM. Ricord, Welz, Diday, Langlebert ; comme le font tous les hommes de bonne foi qui ont la prétention de doter l'humanité d'un nouvel aliment ou d'un nouveau remède. Non, je ne leur donnerai pas ce conseil, je ne leur jetterai pas ce funeste défi; je les exhorterai à abandonner des pratiques qu'ils jugent eux-mêmes, et avec raison, trop dangereuses pour se les appliquer.

Je crois avoir démontré dans ce travail :

1° Que la doctrine de la syphilisation n'est justifiée, dans son application à l'homme sain ou malade, ni par le raisonnement, ni par l'analogie, ni par les expériences sur les animaux, ni par l'observation de prétendus syphilisés naturellement;

2° Que leur emploi, à titre de prophylaxie contre la syphilis, est une monstruosité qui expose gratuitement aux plus grands périls la santé des personnes qui ont la folie de s'y soumettre ;

3° Qu'à titre de traitement des accidents syphilitiques de toutes les formes, elle ne repose sur aucuns faits positifs détaillés, authentiques, sur aucune statistique comparative, et que ce qu'on en connaît d'exact et de constaté ne témoigne que de son incertitude, de ses difficultés, surtout des dangers et des stigmates honteux qu'elle laisse à sa suite.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer par son vote qu'elle approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la pratique de la syphilisation comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis.

Le Gérant,
Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 97. — MARDI 17 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 97. — MARDI 17 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — PARIS. Responsabilité médicale. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Delasiauve). Des diverses formes de l'aliénation mentale. — CLINIQUE DE LA VILLE (M. A. Thierry). Nouvelle pince de M. Thierry pour la ligature en masse des tumeurs. — Société de chirurgie, séance du 4 août. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Hugot. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 16 AOUT 1852.

Responsabilité médicale.

Toute remarque nous est interdite sur l'affaire et le jugement que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs. Ils devront donc eux-mêmes y chercher le triste enseignement qui en découle. Il est toutefois une remarque générale dont la justesse n'échappera à personne, et que nous pouvons exprimer sans inconvénient.

Quand un rebouteur ou un charlatan de profession quelconque est accusé d'exercice illégal de la médecine, il est condamné souvent à 15 fr. d'amende et à vingt-quatre heures de prison. Pendant l'exercice de sa pratique, il peut avoir compromis la santé ou la vie d'un nombre plus ou moins considérable de personnes ; mais de cela, on n'en parle point. Qu'un médecin, au contraire, même dans un cas qui ne pouvait être prévu, comme le suivant, ainsi que l'a si justement fait observer M. Paul Dubois, abandonne pendant quelques heures un malade, on peut, pour ce fait, le condamner à un mois de prison et briser toute sa carrière. N'y a-t-il pas dans une telle législation quelque chose qui blesse singulièrement les premières notions de justice? Nous nous contentons de soumettre cette question aux hommes qui, par leur position, peuvent contribuer à la résoudre.

H. de Castelnau.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE.

Présidence de M. Legonidec. — Audience du 10 août.

Homicide par imprudence.

M. Langlois (J.-B.) comparaissait aujourd'hui devant la police correctionnelle sous la prévention d'homicide par imprudence.

Voici comment le plaignant, M. Collé, âgé de vingt-trois ans, artiste dramatique, expose les faits de la plainte :

Je m'étais fixé depuis peu de temps à Montmartre. Mon premier soin avait été de choisir un accoucheur pour ma femme qui était grosse et sur le point d'accoucher. Je m'adressai à M. Langlois, qui me promit de venir accoucher ma femme. Le 11 avril dernier elle sentit les premières douleurs. Je m'empressai d'aller chercher l'accoucheur, qui n'était pas chez lui, et qui, me dit-on, était allé dîner en ville. A quatre heures, il se rendit chez moi. Ma femme souffrait beaucoup ; il s'assit auprès du lit, et au lieu de l'aider, il tenait sa tête dans ses mains, et semblait absorbé; un peu avant minuit, il demanda à manger; je fis venir un jambonneau et du vin; il mangea et il but. Enfin l'accouchement se fit. Il ordonna à Mlle Crublier de donner à ma femme du linge froid, des draps froids, et de lui faire boire de la limonade froide. Il nous recommanda de l'avertir s'il se manifestait une hémorrhagie, et il partit en nous disant que tout allait bien. La nuit fut fort agitée; l'accouchée eut plusieurs syncopes; le lendemain matin, toutes ses forces semblaient l'avoir abandonnée; elle était d'une pâleur qui nous effraya tous. J'allai chez M. Langlois, qui ne vint pas tout de suite. Quand il fut arrivé, il s'approcha du lit de la malade. Il se frappa le front comme un homme effrayé d'une faute qu'il aurait commise, et se mit en devoir de délivrer ma femme, qu'il avait probablement oublié de délivrer. Pendant qu'il procédait à cette opération, elle poussait des cris horribles; cela dura sept ou huit minutes; elle criait : ah! vous m'arrachez le cœur. Il me dit d'aller chercher des sinapismes. Quand je revins, elle était morte. M. Langlois ordonna néanmoins qu'on mît les sinapismes. Mlle Crublier lui dit: Mais puisqu'elle est morte! N'importe, répondit-il, vous avez dépensé l'argent, il faut l'utiliser.

D. Ainsi, vous attribuez la mort de votre femme à la négligence de Langlois? — Oui, monsieur.

D. Vous croyez qu'il avait oublié de la délivrer? — R. Oui, monsieur.

D. Est-ce avant ou après l'accouchement que Langlois s'est fait apporter du vin? — C'est avant.

D. A quelle heure est-il parti? — R. A minuit un quart.

On entend Mlle *Félicité Crublier*, âgée de cinquante-deux ans, mère adoptive de la défunte. Ce témoin confirme sur plusieurs points la déposition du précédent témoin.

D. Est-ce avant ou après l'accouchement que Langlois s'est fait servir à manger? — R. C'est après.

M. Gratiot, docteur médecin. — Ce témoin déclare que la dame Collé a succombé à une hémorrhagie interne. Tout le porte à croire que le placenta était adhérent, et que, dans ce cas, il était impossible d'opérer la délivrance immédiatement après l'accouchement. Il fallait nécessairement attendre. Interrogé sur la question de savoir si, dans cette situation, Langlois était tenu de rester auprès de l'accouchée, M. Gratiot répond qu'il eût été peut-être plus prudent de rester ; c'est du moins la conduite qu'il eût tenue.

On entend le concierge de Langlois, qui déclare que Langlois n'est rentré qu'à deux heures moins un quart du matin.

M. le président. — Pourquoi avez-vous fait citer ce témoin?

Le prévenu. — M. Collé a prétendu que je n'étais sorti de chez lui qu'à minuit un quart.

M. le président. — Vous avez très bien pu aller vous promener de minuit un quart à deux heures un quart. — R. Il eût été bien tard.

M. le président. — Ce témoin ne prouve rien.

M. Dubois (Paul-Louis), professeur à la Faculté.

M. le président. — Me Cauvain, quelles sont les questions que vous voulez faire poser au témoin?

Me Cauvain, défenseur du prévenu. — J'ai une série de questions à poser aux médecins : je demande la permission de les diviser. Je demanderai d'abord si, lorsqu'il y a adhérence du placenta, on est obligé d'opérer immédiatement la délivrance ou si on peut attendre?

M. Dubois. — Non-seulement on peut attendre, mais dans certains cas on doit attendre quelquefois plusieurs jours.

M. le président. — Lorsqu'un accouchement se présente avec cette circonstance de l'adhérence du placenta, l'accoucheur ne doit-il pas rester constamment auprès de la malade? — R. Non, il peut se retirer quand cette circonstance de l'adhérence du placenta n'est pas compliquée d'hémorrhagie.

D. Mais lorsqu'il peut craindre l'hémorrhagie ne doit-il pas rester et s'il s'éloigne ne commet-il pas une imprudence? — R. S'il demeure loin, il commet une imprudence; mais si sa demeure est rapprochée de celle de la malade, il ne commet incontestablement aucune imprudence.

D. Lorsque l'accouchée est très faible, le médecin peut-il sans imprudence procéder, coûte que coûte, à l'extraction du placenta? — R. Oui, parce qu'en enlevant le placenta on fait disparaître la cause de la faiblesse et l'on peut arrêter l'hémorrhagie.

D. L'opération de l'extraction du placenta peut-elle faire pousser des cris pendant sept ou huit minutes? — R. Incontestablement.

M. Hello, avocat de la République. — En présence de l'état grave dans lequel se trouvait la dame Collé, Langlois ne devait-il pas prévoir l'hémorrhagie foudroyante? — R. Une hémorrhagie foudroyante ne peut pas être prévue.

On entend *M. Maximilien Kauffmann*, médecin, qui donne les meilleurs renseignements sur la moralité et la capacité de Langlois. Une partie de ma clientèle se trouve à Montmartre, dit-il, et j'ai été à même d'apprécier le mérite de M. Langlois. Je ne citerai que deux faits qui prouveront au tribunal la capacité de Langlois. J'ai été deux fois malade, et deux fois je me suis fait soigner par lui. Il y a quelque temps, j'accouchai une femme qui eut deux jumeaux. Le second se présentait très mal. La vie de la mère et la vie de l'enfant étaient en danger. J'appelai Langlois à mon aide. Grâce à son sang-froid et à son habileté, il put opérer la version et sauva la mère et l'enfant.

D. Langlois n'est-il pas quelquefois en état d'ivresse? — R. Jamais, je l'affirme.

M. le président procède à l'interrogatoire du prévenu.

D. Lorsque Collé est venu chez vous pour vous chercher, vous n'étiez pas à votre domicile? — Non, monsieur.

D. C'était là une imprudence, car vous saviez bien que la femme Collé allait accoucher. — R. Son mari m'avait dit qu'elle n'accoucherait pas avant quinze jours.

D. Son mari pouvait se tromper; mais vous, médecin, vous ne pouviez pas vous tromper. — R. On peut très bien se tromper de quinze jours en cette matière.

D. C'est impossible. Vous avez dû la palper? — R. Mais cela ne se fait pas...

D. Lorsque vous avez procédé à cet accouchement, vous étiez ivre?

Le prévenu, avec animation. — Non, monsieur le président, c'est une indigne calomnie; j'avais mon sang-froid. Vous avez entendu la femme Crublier qui a dit que je n'étais pas ivre.

D. Vous avez eu le courage de boire et de manger auprès de ce lit de douleur? — Je n'ai bu qu'un peu d'eau et de vin après l'accouchement fait.

D. Pourquoi avez-vous abandonné cette malheureuse jeune femme aux soins d'un mari, père pour la première fois, et d'une vieille fille qui ne s'entendait en rien aux soins à donner à une nouvelle accouchée? — R. Je ne savais pas que cette vieille dame, qui était auprès du lit, fût une vieille demoiselle. D'ailleurs, ils m'avaient dit qu'ils prendraient une garde.

D. Vous aviez prévu l'hémorrhagie? — Non, monsieur; j'avais pris toutes les précautions pour la conjurer, mais je ne la prévoyais pas. Vous avez entendu M. Dubois, qui vous a dit que je ne pouvais la prévoir.

D. Quand cette malheureuse femme a succombé, vous avez joué je ne sais quelle indigne comédie; vous avez fait mettre des sinapismes à un cadavre! — R. Quand Collé est revenu avec les sinapismes, sa femme venait de passer. Mais quand une femme passe dans une syncope, le devoir du médecin est de ne pas se désespérer trop vite et de continuer tous ses efforts pour tenter de la rappeler à la vie. J'apercevais encore quelques mouvements inspiratoires, je crus devoir faire mettre ces sinapismes.

M. l'avocat de la République Hello reconnaît d'abord que l'accusation d'ivresse doit être entièrement écartée du débat, et qu'il y avait adhérence du placenta; mais en même temps il déclare que l'état de la femme Collé était tellement grave qu'il devait obliger Langlois de rester auprès d'elle, et qu'en la quittant il a commis une imprudence qui justifie les poursuites dirigées contre lui. M. l'avocat de la République déclare, en outre, qu'il ne s'oppose pas à l'admission des circonstances atténuantes.

Me Cauvain, avocat de M. Langlois, prend la parole en ces termes :

Messieurs, la prévention qui pèse sur M. Langlois est pour lui d'une gravité extrême, c'est pour son avenir une question de vie ou de mort; ce ne sont pas des circonstances atténuantes que je viens demander à votre miséricorde, c'est un acquittement complet que je viens solliciter de votre justice.

M. Langlois est un homme parfaitement honorable, et qui jouit de l'estime de tous les habitants de Montmartre et des administrateurs de cette commune. Voici une lettre du maire de Montmartre, dans laquelle ce fonctionnaire se plaît à reconnaître les services que M. Langlois a rendus à cette commune, et lui promet la première place vacante de médecin du bureau de bienfaisance.

J'ai là entre les mains bien d'autres certificats qui prouvent combien cette accusation d'ivresse était dénuée de fondement. M. l'avocat de la République l'a reconnu lui-même.

Que reste-t-il donc dans l'affaire? Une exagération que je comprends, mais que le tribunal ne saurait admettre. Il y a un mari de vingt-trois ans qui a perdu sa femme, âgée de dix-neuf ans, et qui ne peut se consoler de cette perte. L'excès de la douleur rend injuste; au lieu de voir dans ce malheur un accident que rien ne pouvait prévenir, il a préféré accuser le médecin. Il a prétendu qu'il était ivre, qu'il avait oublié de délivrer l'accouchée, et que cet oubli funeste avait causé la mort de sa malheureuse jeune femme. Que reste-t-il de tout cela? Rien. Il est reconnu par tout le monde que M. Langlois était de sang-froid, et que, s'il n'a pas enlevé le placenta, c'est que le placenta était adhérent, et qu'il fallait attendre.

Me Cauvain explique ensuite, en s'appuyant sur le témoignage des auteurs et sur celui de M. Dubois, que rien ne pouvait faire prévoir l'hémorrhagie et que d'ailleurs M. Langlois avait pris toutes les précautions que son devoir lui commandait de prendre.

Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que Langlois, officier de santé, a, dans la nuit du 11 au 12 avril, procédé à l'accouchement de la femme Collé; qu'en présence d'un état grave, d'une opération difficile, d'une hémorrhagie imminente reconnue par lui, ainsi que l'attestent les prescriptions qu'il a faites, il s'est retiré laissant la femme Collé sans garde, aux soins, empressés sans doute, de personnes inexpérimentées, impuissantes à combattre ou même à reconnaître l'hémorrhagie redoutée;

» Qu'il est établi que la femme Collé est morte d'une hémorrhagie non combattue à temps; que dès lors la mort de la femme Collé doit être attribuée à un acte d'imprudence, à un fait de négligence imputable à Langlois;

» Attendu les circonstances atténuantes, condamne Langlois à un mois de prison et aux dépens. »

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DELASIAUVE.

Des diverses formes de l'aliénation mentale.

(Leçons recueillies par MM. BIGNON et PÉGAND, élèves de la deuxième section des aliénés.)

Messieurs,

Mon but, dans ces leçons, est de vous donner un aperçu des principales formes de l'aliénation mentale. En ce qui concerne certaines parties de l'histoire des maladies, on peut, à la rigueur, suppléer par la lecture à l'insuffisance clinique. Le diagnostic ne s'apprend bien qu'au lit du malade; et ce n'est point sans fondement que les professeurs d'hôpitaux insistent d'une manière spéciale, quelquefois même trop exclusive, sur cette branche de la pathologie. L'intérêt qui s'attache à la question diagnostique croît surtout pour l'aliénation mentale, qui ne s'observe qu'exceptionnellement dans les autres services, et dont les cas, quoique multipliés, n'apparaissent que de loin en loin dans les services ordinaires. Moins votre séjour doit se prolonger dans notre asile, plus il vous importe de vous composer une bonne nomenclature. L'occasion négligée ne se retrouverait plus, à votre grand préjudice. A tort on dédaigne l'étude des aberrations intellectuelles, la croyant réservée à ceux qui en font l'objet habituel de leurs travaux. Il n'est point de médecin qui ne soit souvent appelé non-seulement à traiter ces aberrations, mais à en apprécier les nuances les moins accusées, dans des circonstances où une erreur de sa part pourrait entraîner les conséquences les plus fâcheuses pour la sécurité publique, l'honneur et la fortune des familles ou la liberté des individus.

L'usage a consacré diverses appellations pour désigner l'ensemble des lésions intellectuelles et morales. Employé comme terme générique, le mot *démence* ne correspond plus, scientifiquement, qu'à l'une des espèces de la maladie : à la diminution primitive ou consécutive des facultés. Celui de *folie* se circonscrit aux perversions plus ou moins actives de l'intelligence. A ces expressions restreintes, on tend de plus en plus à substituer la dénomination d'*aliénation*, qui, dans son acception étendue, embrasse toutes les infirmités mentales, toutes celles dans lesquelles l'homme, en quelque sorte étranger à lui-même, est privé en totalité ou en partie de la rectitude de son jugement, de la liberté de ses déterminations.

Ce cadre, il est vrai, comporte au delà de la pathologie mentale. On revendique comme appartenant au domaine de la médecine ordinaire le délire fébrile et celui des maladies aiguës. Est-il possible d'établir, à cet égard, une délimitation exacte? La folie constitue-t-elle dans tous les cas une altération purement fonctionnelle, une névrose apyrétique plus ou moins compatible avec la santé du corps? Ce serait évidemment trop s'avancer que de le prétendre. Rien de moins rare que la fièvre et les désordres organiques dans les affections mentales. Mais c'est dans les types et non dans les intermédiaires qu'il convient de rechercher les bases d'une séparation ; l'esprit la conçoit, cela suffit.

Une classification précise de la folie suppose, du reste, une notion approfondie des facultés lésées. L'analyse psychologique doit ici, comme ailleurs la connaissance de l'état sain, servir de flambeau à l'analyse morbide. Ce sujet, malheureusement, est fort obscur. L'exposé des élucubrations psychiques pourrait, à juste titre, s'intituler l'*histoire des préjugés sur l'entendement humain*. Une discussion de vingt-cinq siècles n'a amené aucune conciliation dans les théories. Il y a eu autant d'écoles que de chaires; et dans ces écoles, autant de sentiments que de personnes. Aussi, sans m'appesantir sur les diverses opinions, je me contenterai de vous indiquer sommairement comment je comprends les facultés mentales, leur nature et leur rôle.

La plus grande cause de confusion est de ne les avoir point nettement circonscrites. Il y a des forces qui opèrent, des mobiles qui mettent en jeu ces forces ou favorisent leurs manifestations, des opérations qui sont le produit de cette commune action. On a confondu la plupart de ces éléments, soit en les faisant procéder d'un principe unique, quoiqu'ils aient une origine différente, soit en motivant le classement des facultés plutôt sur le degré supposé de leur élévation que sur l'opposition plus ou moins formelle de leurs fonctions. Le premier système, qui fait de l'âme le support de nos qualités, bonnes ou mauvaises, de nos dispositions, de nos talents, n'est pas mieux démontré que le second, renouvelé par Gall de la doctrine écossaise, et qui, formant une double catégorie supérieure et inférieure de nos pouvoirs fondamentaux, parque arbitrairement dans l'une les facultés intellectuelles et morales, et dans l'autre les facultés instinctives.

Ce qui ajoute encore à l'incertitude, ce sont les acceptions diverses et difficiles à caractériser dont certaines dénominations sont susceptibles. On se sert indifféremment, par exemple, des mots jugement, conception, volonté, conscience, etc., pour désigner et ce je ne sais quoi qui, en nous, raisonne, juge, contrôle, veut, etc., et la manière dont habituellement, ou dans des conditions déterminées, s'accomplissent ces démonstrations chez les individus. Que de vaines disputes n'ont pas été fomentées par les faux sens attribués à ces expressions! La qualification de facultés, appliquée à l'ensemble des forces mentales, favorise elle-même une assimilation compromettante.

Il y a une grande distinction à établir entre les facultés dites intellectuelles et celles dont se compose l'ordre moral et instinctif: sentiments, passions, penchants, sens internes, aptitudes, etc. Les premières, si je puis ainsi parler, ont le monopole de la formation directe de la pensée. C'est l'intelligence seule qui conçoit les idées, les assemble, leur donne un corps en les combinant, en tire des inductions, des résolutions, des actes. Dans cette œuvre, toutes ses puissances concourent solidairement ; elles se supposent et s'appellent. Point de résultat un peu complet qui n'implique leur coopération nécessaire : si l'attention fait des conquêtes, la mémoire permet au jugement de les féconder ; celui-ci en enrichit le domaine de l'imagination, comme à son tour la volonté en consacre les conséquences.

Toute autre est la participation des forces morales et instinctives. Quelles que soient la variété et l'énergie de leur influence, ces forces ne se révèlent jamais, par rapport à l'intelligence, que comme des promoteurs et des auxiliaires, l'incitant à ses opérations, imprimant une direction à son activité, tenant à sa disposition les matériaux du travail, lui fournissant, en un mot, les occasions d'agir et les moyens de se manifester. Il est difficile, sans doute, de bien exprimer avec la plume des relations aussi mystérieuses ; mais les faits se constatent. Gall, du reste, en assimilant aux sens les puissances instinctives et morales, a peut-être donné de leur action l'explication la plus compréhensible, sinon la plus exacte. Les émotions provenant de ces nouveaux sens agiraient sur l'esprit, qui les élaborerait, d'une façon analogue aux impressions transmises par les sens ordinaires; elles auraient aussi le même caractère d'indépendance vis-à-vis les unes des autres.

Cette distinction me paraît de nature à jeter quelque clarté sur l'origine et la diversité des maladies mentales. En supposant que chaque ordre de facultés puisse être atteint séparément, n'est-il pas présumable, en effet, que la lésion devra non-seulement varier par quelques accidents symptomatiques, mais contraster par le fond comme par la forme du délire? Que si, par exemple, cette lésion porte sur l'intelligence, sapant ainsi la base du raisonnement, l'irrégularité fonctionnelle se trahira d'une manière incessante, à propos de tous les sentiments et de tous les sujets : le délire sera nécessairement général, faute d'enchaînement dans les idées. Que si, au contraire, l'exercice intellectuel étant respecté, c'est dans l'une ou plusieurs des autres facultés que l'altération réside, l'acte logique pourra s'accomplir, c'est-à-dire l'attention se fixer, le jugement se faire, le raisonnement s'opérer, les déterminations volontaires avoir lieu, un langage coordonné s'ensuivre. Seulement on verra alors, comme quand une passion aveugle est surexcitée, se former des appréciations vicieuses; s'enraciner des convictions fausses, des croyances ridicules, des craintes chimériques ; surgir des impulsions irrésistibles ; se multiplier les démarches puériles ; s'accomplir des actes bizarres, insensés, funestes : le malade extravaguera, tout en conservant le pouvoir de raisonner. Le délire, enfin, devra être plus ou moins circonscrit, *partiel*, se renfermer, en un mot, dans le cercle des impressions et des idées afférentes au sentiment affecté. Sur le reste, des émotions saines, des impulsions naturelles ne sauraient devenir la source de semblables anomalies.

Or, ce qu'*à priori* laisse entrevoir la théorie est amplement confirmé par l'expérience. L'observation quotidienne nous montre les folies formant ainsi deux groupes tranchés, suivant leur origine intellectuelle ou sentimentale : le premier, caractérisé par la divagation générale ou l'impuissance plus ou moins absolue de la pensée ; le second, par la domination de préoccupations exclusives qui faussent le jugement sans le détruire, et souvent même sans nuire à son libre exercice quant aux objets étrangers au délire.

L'indépendance des facultés est, il est vrai, contestée. On objecte qu'étant solidaires et se correspondant mutuellement dans la production des phénomènes psychiques, tout désordre dans l'une doit avoir son retentissement dans les autres, et que par conséquent il ne saurait y avoir d'altération mentale, la plus restreinte en apparence, qui ne tende nécessairement à revêtir une expression plus générale. Soit. La raison des monomaniaques, j'en conviens, est toujours plus ou moins débile. La difficulté que l'on éprouve à les combattre sur le terrain de leurs convictions extravagantes, la facilité avec laquelle ils reviennent à leurs chimères quand ils en ont été distraits, la préférence qu'ils leur accordent sur les réalités en sont des preuves irréfragables. Mais en quoi cette circonstance préjudicie-t-elle à la distinction que nous avons signalée? Quand les troubles intellectuels engendreraient des troubles moraux et instinctifs, et *vice versâ*, cette distinction cesserait-elle d'être flagrante? Et pense-t-on qu'il soit indifférent de connaître quels sont, des phénomènes complexes, ceux qui sont subordonnés aux autres, quelle est la complication ou la maladie?

Au surplus, l'incorrection du jugement n'atteste pas certainement une lésion intellectuelle. On est trop disposé, comme je l'ai précédemment remarqué, à se méprendre sur le double sens de ce mot *jugement*, qui tantôt signifie un pouvoir abstrait, et tantôt certains modes d'exercice de ce pouvoir. Lorsque le blé est avarié, est-ce au moulin qu'il faut s'en prendre si la farine est mauvaise? Ainsi des raisonnements. S'il en est d'imparfaits, de boiteux, de mal enchaînés, de nuls, à cause des entraves apportées à la faculté, que j'appellerai *syllogistique*, c'est-à-dire à l'intelligence même qui fait succéder les jugements aux jugements, les syllogismes aux syllogismes, d'autres aussi sont vicieux par les fausses perspectives qui égarent l'imagination. Et quoi d'étonnant que, même en dehors des sentiments altérés, ces fausses perspectives se multiplient dans les délires partiels dont le propre est d'affecter si profondément la vie morale?

Quant à la solidarité des facultés, il faut s'entendre encore. Entre les facultés dites intellectuelles, cette solidarité est incontestable. L'attention demeurerait stérile sans la mémoire, le jugement sans ces deux facultés, l'imagination sans le jugement, la volonté sans le concours des unes et des autres. Toute irrégularité partielle entraîne forcément l'irrégularité de l'ensemble. Par conséquent logiquement inadmissibles, des maladies spéciales de la mémoire, de la volonté, de l'attention, ont été à bon droit rejetées par quelques médecins. Une meilleure interprétation convient à celles qui se présentent sous cette apparence trompeuse d'isolement.

Pour les sentiments et les instincts, c'est autre chose. L'indépendance notoire de leur action forme en quelque sorte un trait distinctif de leur physionomie normale. Véritable panorama, la situation d'esprit varie avec la plus merveilleuse promptitude, sans que souvent la préoccupation présente emprunte rien aux préoccupations antérieures. Joie, tristesse, espoir, ennui, gravité, légèreté, ambition, colère, douceur, patience, ardeur, découragement, tout cela se succède en une journée, en une heure, en une minute, selon les impressions reçues. Dans une conversation animée, tous les sujets sont tour à tour abordés sans se faire concurrence. Les peines les plus cuisantes s'effacent elles-mêmes dans un oubli absolu et momentané sous l'empire d'une diversion instante ou agréable.

L'état morbide ne détruit point cette particularisation fonctionnelle. D'honorables confrères hésitent à reconnaître les folies très partielles ; quelques-uns même les nient formellement. Cette opinion, qui tire sa principale source de la manière habituelle d'envisager les monomanies, me semble contredite par les faits. Le délire monomaniaque ne se concentre point dans une idée unique, comme on est disposé à le croire : sa simplicité ne serait pas de longue durée. Il correspond surtout à l'altération d'un sentiment susceptible de se traduire sous toutes sortes d'aspects. Les convictions fausses peuvent dès lors s'étendre sans porter atteinte à la monomanie, pourvu qu'elles partent de la commune affection comme des rejetons d'une même souche. Une preuve de cette vérité, c'est que, si l'on parvient à imprimer une meilleure direction au sentiment troublé, elles tombent, comme cèdent les symptômes d'une maladie ordinaire combattue elle-même avec avantage.

Pour l'appréciation de la question, les asiles d'aliénés ne sont pas d'ailleurs le théâtre le plus favorable. Dans la plupart des cas, l'incubation de la folie sentimentale est longue. Avant que des actes significatifs aient motivé la grave mesure de la séquestration, il s'est souvent établi dans l'esprit du malade une lutte pénible et violente. L'infortuné juge condamne, et redoute les lueurs perfides et les fatales propensions qui tendent à l'égarer; il applique tous ses efforts à les dissimuler, tant il en conçoit le ridicule; et quelquefois il y réussit si bien, qu'à part une certaine mélancolie facilement explicable par la conscience même d'une telle transformation, aucun indice d'insanité ne transpire ni dans ses entretiens, ni dans ses relations, ni dans ses habitudes. C'est dans ces commencements que se révèle sous son vrai jour le caractère de la monomanie.

Plus tard l'hésitation survient ; le doute restreint le cercle dans lequel la raison s'exerce; les fausses croyances affermies, inébranlables, régissent despotiquement la conduite du malade : discours et actions. Cependant, même à ce degré, il est souvent possible d'obtenir le silence plus ou moins prolongé du penchant maladif, comme il est aisé de s'en convaincre dans les établissements d'aliénés. Ces asiles, notamment les asiles privés ou la culture intellectuelle fournit en général un élément de résistance de plus aux entraînements, renferment en effet un assez grand nombre de monomaniaques capables, tant que la corde sensible ne remue pas, de raisonner et d'écrire pertinemment sur beaucoup de sujets. Ce serait, pour les plus experts, à s'y méprendre, si d'involontaires distractions ne venaient, par intervalles et au moindre incident, trahir l'activité des idées prédominantes.

Appuyée ainsi sur une double donnée, psychologique et médicale, la division des folies en deux principaux ordres me paraît d'une parfaite évidence. Maintenant, la lésion qui atteint soit l'intelligence, soit les sentiments, est sujette à varier de nature et de forme. Il peut y avoir ici, comme dans les autres maladies, perturbation plus ou moins active, abolition ou diminution progressive du fonctionnement mental. Les causes du dérangement, les conditions dans lesquelles il se développe sont en outre susceptibles d'influer sur ses manifestations. De là une série d'espèces ressortissant à chaque groupe.

Dans la folie intellectuelle, ces différences sont appréciables, quoiqu'elles aient été ou méconnues ou imparfaitement délimitées. La manie correspond à la perversion des facultés, la démence à leur affaiblissement, la stupidité à leur inertie plus ou moins prononcée.

On a décrit dans ces derniers temps sous le nom de paralysie générale des aliénés une affection particulière caractérisée par la double et croissante altération des forces musculaires et mentales. Son histoire offre plusieurs points sur lesquels s'est établie une vive controverse. Comme elle figure pour l'énorme proportion d'un quart dans les tables de l'aliénation mentale, on peut juger de l'insuffisance des classifications anciennes. La paralysie générale constitue évidemment, quant au délire, une variété de la démence.

Nos établissements reçoivent aussi un bon nombre d'autres cas mixtes qui se traitent en même temps dans les hôpitaux ordinaires. Telles sont les folies produites par les substances narcotiques, le plomb, etc. Tel est surtout le *delirium tremens*, dont les exemples se multiplieront sous vos yeux et qui mérite une description séparée : stupeur, chaos, confusion, ces traits qui les distinguent les rattachent à la forme stupide.

La distinction des folies partielles est beaucoup moins saisissable. Il y a une loi de pondération entre les divers sentiments : presque tous ont leurs antagonistes. L'énergie de leurs manifestations dépend conséquemment à la fois et de l'activité qui leur est propre et de la résistance des forces qui font contre-poids. Là est l'écueil. Quelle sagacité ne serait pas nécessaire pour discerner si telle ou telle lésion appartient à la surexcitation maladive d'un sentiment ou à l'atonie de ses pondérateurs! On ne remarque guère que ce qui apparaît. L'attention n'a point dû se fixer sur la faiblesse de sentiments qui ne se traduisent par aucun symptôme. Aussi, sauf MM. Ferrus et Calmeil, qui ont cru la reconnaître dans quelques cas, personne n'a-t-il songé à admettre des folies partielles par débilité. Il est vraisemblable pourtant qu'elles existent. Dans un travail déjà ancien, j'ai signalé deux variétés qui me paraissent notamment se rapporter à cet ordre morbide. L'altération dans l'une porterait sur plusieurs sentiments et produirait une sorte de prostration morale sans trouble intellectuel, ni tristesse profonde, ni idées prédominantes. La dénomination d'*apathie* dont je me suis servi donne une assez juste idée d'un pareil état. Dans la seconde variété, circonscrite à une seule faculté, la lésion prendrait volontiers le nom de *démence partielle*.

Ces faits, malheureusement isolés, incertains, ne sauraient motiver dès à présent une division fondamentale. Pour arriver sous ce rapport à quelque chose de satisfaisant, la psychologie, il est vrai, par les groupes qu'elle établit offre une voie en apparence naturelle. Mais les éléments dont ces groupes se composent n'ont point entre eux cette similitude que réclame toute bonne classification médicale. Quel lien, par exemple, au point de vue du délire, rapproche les sentiments de bonté ou de pudeur plutôt de celui de religion, placé comme eux dans l'ordre moral, que de tout autre sentiment appartenant à l'ordre affectif ou instinctif? Il n'y a dans les nombreuses nuances du délire partiel que des individualités. Chaque cas a sa physionomie propre, ses mobiles distincts, ses exigences thérapeutiques particulières et forme en quelque sorte à lui seul son espèce. Cependant comme toute méthode, même défectueuse, est une source de clarté, nous suivrons, malgré son insuffisance, la division psychologique sans y attacher d'autre importance que de procurer à l'esprit les points de repos dont il a besoin. Le délire partiel sera donc ou perceptif, ce qui comprend les hallucinations et les illusions, ou moral, ou affectif, ou instinctif, suivant que la lésion atteindra l'un ou l'autre des sentiments qualifiés par ces diverses dénominations. L'exercice des fonctions, le commerce de la vie engendrent, en outre, une foule d'idées qui peuvent devenir le point de départ des aberrations partielles les plus variées. Ces nouvelles folies composeront un cinquième groupe sous le nom de délire *indéterminé*.

Si maintenant à toutes ces formes on ajoute et l'idiotie, qui est plutôt une imperfection cérébrale qu'une maladie positive, et l'extase, névrose à la fois convulsive et mentale, que nous chercherons à caractériser, on aura une idée assez complète de l'ensemble des affections qui rentrent dans le cadre de l'aliénation et dont le tableau suivant présente le résumé :

Aliénations intellectuelles ou générales.	*Aliénations sentimentales ou partielles.*
Manie,	Perceptive { illusions, hallucinations,
Démence,	Morale,
Paralysie générale,	Affective,
Stupidité,	Instinctive,
Délires alcoolique, saturnin, etc.	Indéterminée,
	Apathie,
	Démence partielle,
	Idiotie,
	Extase.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Alex. Thierry.

Nouvelle pince de M. Thierry pour la ligature en masse des tumeurs.

La ligature en masse constitue une méthode précieuse, applicable à beaucoup de cas qui ne comporteraient pas l'action du bistouri. Cette méthode convient surtout pour l'ablation de tumeurs profondément situées, et dont la section par l'instrument tranchant pourrait donner lieu à des hémorrhagies difficiles à arrêter.

Mais la ligature en masse a aussi ses inconvénients. Lorsque les tumeurs ont un pédicule volumineux et résistant, la section de ce pédicule ne s'obtient qu'à la longue; la trame de la tumeur, partiellement sphacélée, se décompose. Pour éviter les désagréments et même les accidents qui peuvent être la conséquence de cette putréfaction, on a depuis longtemps donné le conseil d'exciser les tumeurs au-dessous du niveau de la ligature; mais il ne serait pas toujours prudent d'agir ainsi. On en trouvera la preuve dans l'observation qui suit cet article; il peut se faire en effet que le pédicule d'une tumeur soit très résistant et en même temps très vasculaire. Quelque forte que soit une ligature ordinaire, elle ne réussit pas toujours à arrêter la circulation. Il était important pour les cas de ce genre d'avoir un procédé de striction plus énergique. C'est ce qui donne un grand intérêt à l'observation suivante, dans laquelle M. Thierry a opéré cette striction à l'aide d'une pince particulière.

Énorme corps fibreux de l'utérus expulsé à travers la vulve. — Excision de la tumeur à la faveur d'une striction préalable exercée sur le pédicule. — Emploi de la pince de M. Thierry. — Guérison prompte.

Alexandrine V..., aujourd'hui âgée de vingt-huit ans, épousa en 1847 un ébéniste du faubourg Saint-Antoine. Onze mois après, le 28 janvier 1848, elle accoucha d'une petite fille; l'année suivante, elle eut un garçon. Ces deux grossesses furent heureuses, et l'accouchement se fit chaque fois sans difficulté.

En 1851, elle devint enceinte pour la troisième fois. Pendant les six premiers mois, elle eut une diarrhée presque continuelle; puis il survint pendant cinq jours une hémorrhagie assez forte. Enfin, deux mois après, au huitième mois de sa grossesse, elle éprouva les douleurs de l'enfantement. Le travail ne dura pas moins de cinquante-deux heures. L'enfant se présentait par le siége, et M. Recort fut obligé de pratiquer la version le 9 octobre 1851. La délivrance ne s'accompagna d'aucune hémorrhagie sérieuse. Le lendemain, Alexandrine dit « qu'elle sentait rouler dans son ventre » un second enfant, plus petit que le premier. » Au bout de dix-sept jours, elle commença à éprouver de temps en temps la sensation d'un corps étranger dans le vagin; on y trouva effectivement une tumeur du volume d'un gros œuf. —Pendant les six mois suivants, la tumeur augmenta; elle donna lieu à des pertes quotidiennes de sang et à l'écoulement incessant d'une matière nauséabonde de différentes couleurs. Epuisée par ces pertes continuelles, elle fut obligée de sevrer son enfant. — La tumeur la gênait alors beaucoup pour la marche; elle arrivait presque jusqu'à la vulve; à plusieurs reprises, elle provoqua des douleurs semblables à celles de l'enfantement. La malade entra pendant quelques jours à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton; puis elle revint chez elle, toujours dans le même état.

Le 17 juillet, au milieu de douleurs assez vives, la tumeur franchit le vagin et fit saillie à l'extérieur sous forme d'une masse arrondie, rosée, assez lisse et grosse comme la tête d'un enfant de douze ans. L'émission des urines et des matières fécales était devenue impossible : M. Recurt parvint à grand'peine à écarter légèrement la tumeur, à introduire une sonde dans l'urètre et à vider la vessie.

M. Thierry fut appelé dans la journée. De grosses veines se dessinaient à la surface de la tumeur; on n'y trouvait, du reste, ni battements, ni fluctuation. Il fut impossible d'introduire le doigt dans le vagin et de circonscrire le pédicule de la tumeur, tant celle-ci était étroitement appliquée sur les parties génitales externes. La malade souffrait beaucoup; le moindre mouvement, la moindre traction exercée sur la tumeur lui faisait éprouver des tiraillements insupportables. Il était clair qu'il fallait agir. Etant incertains sur les rapports de la tumeur avec le péritoine, MM. Thierry et Recurt se décidèrent à appliquer une ligature en masse.

Un fort cordonnet de soie en plusieurs doubles fut passé à l'aide d'un porte-nœud autour du pédicule de la tumeur; on réussit à placer cette ligature à un centimètre environ au-dessus de l'urifice vulvaire. A l'aide d'un serre-nœud on exerça une striction aussi forte que possible, mais le pédicule résistait. Le surlendemain, la tumeur devint violacée. En agissant sur le serre-nœud, on ne fit que des progrès presque insensibles. Une odeur fétide s'exhalait; la malade s'affaiblissait rapidement: il devenait indispensable de la débarrasser promptement de sa tumeur. On pensa d'abord à faire une section au-dessous de la ligature; mais la tumeur était très chaude; un coup de trocart donna lieu à un écoulement considérable de sang, et il fut démontré que la striction du pédicule n'était pas suffisante pour empêcher l'hémorrhagie. Alors M. Thierry remit l'opération au lendemain, et fit exécuter par M. Charrière fils un instrument dont nous donnerons plus loin la description. Il nous suffit de dire ici que cet instrument est une pince d'une forme toute nouvelle, destinée à aplatir, à écraser pour ainsi dire avec une force considérable le pédicule de la tumeur, et à y intercepter la circulation d'une manière certaine.

Grâce à la célérité de M. Charrière fils, M. Thierry fut en mesure de terminer l'opération le lendemain, 20 juillet, à huit heures du matin. Il y procéda de la manière suivante, en présence de M. Recurt et de deux autres confrères.

La malade fut placée sur le bord du lit, les jambes écartées et fléchies comme pour l'opération de la taille. Un aide fut chargé de soutenir la tumeur avec les deux mains.

Un triple fil de chanvre replié en double fut passé, à l'aide d'une longue aiguille droite, à travers le pédicule de la tumeur. En coupant l'anse de cette ligature pour retirer l'aiguille, on obtint deux ligatures distinctes engagées à travers le pédicule; dans le même trajet, chacune d'elles servit à étreindre l'une des moitiés du pédicule; on porta la striction aussi loin que possible; mais le pédicule ne se laissa pas vaincre; on put s'assurer qu'il conservait encore un volume considérable, et il fut démontré qu'un moyen de striction plus efficace était nécessaire pour arrêter certainement la circulation dans le pédicule.

Alors M. Thierry eut recours à sa pince; l'articulation fut placée au niveau de la fourchette; les branches, appliquées sur les côtés du pédicule, furent introduites entre celui-ci et les lèvres de la vulve. Les anneaux furent ramenés au-dessous du pubis. La vis fut alors passée à travers les branches; elle était un peu trop courte, car on ne s'attendait pas à rencontrer un pédicule aussi volumineux et aussi dur. Il fallut rapprocher les anneaux en employant la force des deux mains pour permettre à la vis d'atteindre la deuxième branche. Dès lors, on n'eut plus qu'à tourner la vis; les deux branches se rapprochèrent de plus en plus; le pédicule, étreint par une force considérable, se laissa aplatir entre les mors de la pince, de telle sorte que les anneaux ne restèrent plus distants l'un de l'autre que de 2 centimètres environ.

Ce premier temps de l'opération fut assez douloureux; les déplacements qu'on avait dû faire subir à la tumeur avaient produit des tiraillements très pénibles. Le deuxième temps, au contraire, s'effectua sans aucune douleur.

Ce deuxième temps fut constitué par la section de la tumeur à 3 centimètres environ au-dessous de la partie étreinte par la pince. La section fut faite lentement, par petits coups; elle montra que la trame très dense de la tumeur était néanmoins parcourue par des vaisseaux d'un calibre considérable, qui auraient certainement donné lieu à une hémorrhagie foudroyante si on n'avait pas eu soin de les comprimer à l'avance à l'aide d'un instrument puissant. Lorsque la section fut achevée, M. Thierry, par excès de prudence promena sur la surface de la coupe plusieurs cautères rougis à blanc; la malade ne souffrit aucunement pendant cette application.

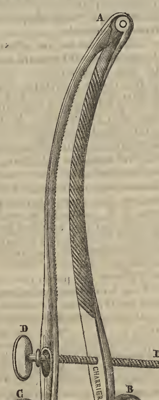
La tumeur était constituée par un énorme corps fibreux de l'utérus. Sa couleur blanche, l'aspect fibreux, l'apparence pelotonnée de sa trame ne laissaient à cet égard aucun doute. Une couche muqueuse, doublée d'une couche fibreuse dans laquelle on reconnaissait difficilement le tissu utérin, constituait une mince enveloppe énucléable en certains points, très adhérente dans d'autres. Il fut aisé de reconnaître sur une coupe que, contrairement à l'état ordinaire des tumeurs fibreuses utérines, celle-ci renfermait dans son épaisseur et surtout près de sa surface un très grand nombre de vaisseaux volumineux. Les faits de ce genre, sans être extrêmement rares, se présentent néanmoins assez souvent pour qu'on doive imiter la prudence de M. Thierry et ne pas se hasarder à les enlever sans s'être mis en garde contre l'hémorrhagie. La surface de la section était circulaire et avait environ 7 centimètres de diamètre; en l'examinant avec soin, on pouvait se convaincre qu'il restait encore entre la pince et le niveau de la section une portion notable du produit accidentel. Le poids de la tumeur était de 2,375 grammes (cinq livres trois quarts); elle avait 16 centimètres de long sur 14 centimètres de large. C'est par conséquent l'une des plus grosses tumeurs fibreuses utérines dont on ait pu jusqu'ici débarrasser les malades.

L'opérée fut replacée dans son lit et couchée sur le dos. Elle se sentit soulagée d'une manière très manifeste. Tout se passa avec une bénignité inespérée. Il ne survint aucune douleur dans le ventre, aucun symptôme de péritonite. Les garde-robes se rétablirent dès le lendemain; l'émission des urines se fit librement. Au bout de trente-huit heures, M. Recurt retira la pince. Les deux ligatures de chanvre tombèrent le troisième jour; elles avaient cédé l'une et l'autre, et le pédicule de la tumeur n'était pas encore coupé.

Enfin le 25 juillet, cinq jours après l'opération, une légère traction exercée sur le cordonnet de soie suffit pour achever la section du pédicule et pour amener le reste de la tumeur. A partir de ce jour, la malade put être considérée comme guérie. Elle mangea avec un excellent appétit et reprit rapidement des forces.

Le 30 juillet, dix jours après l'opération, elle reprit son train de vie habituel et alla à pied jusque chez M. Thierry pour le remercier. Il n'existait plus dans le vagin qu'un léger suintement.

Voici maintenant la description de la pince que M. Charrière fils a exécutée sur les indications de M. Thierry.



Cet instrument se compose de deux branches articulées en A par une de leurs extrémités, comme les branches d'un compas. L'extrémité libre de chacune d'elles se termine par un anneau (C et B). Immédiatement au-dessus de l'anneau, chaque branche est perforée pour recevoir une longue vis D. La branche B est creusée en manière d'écrou. La branche C est percée d'une fenêtre allongée pour permettre à la vis de cheminer entre l'articulation et le niveau de la vis, c'est-à-ire de A en D, les branches se regardant par un bord épais, creusé de petites rainures transversales. Cette partie constitue les mors de la pince.

On conçoit aisément de quelle manière agit cette pince, qui est destinée à exercer une striction puissante sur les tissus. La partie que l'on veut comprimer est introduite entre les mors, c'est-à-dire dans le triangle ADD; alors on tourne la vis. Celle-ci pénètre dans l'écrou de la branche B. La tête de la vis, trop large pour franchir la fenêtre de la branche C, appuie fortement sur cette dernière branche et la rapproche peu à peu de la branche opposée. Le triangle ADD se rétrécit de plus en plus, et finit par disparaître lorsque les branches se touchent. Quant aux tissus qu'on avait engagés entre les mors de la pince, il est clair qu'ils ont été soumis à une striction considérable, bien supérieure à celle qu'on peut obtenir par les autres procédés.

La pince de M. Thierry diffère fondamentalement des autres pinces; elle repose, on peut le dire, sur un principe opposé. Une pince, dans l'acception la plus générale du mot, est l'assemblage de deux tiges solides qui prennent mutuellement un point d'appui l'une sur l'autre. Le mode d'union des deux tiges n'est qu'un élément secondaire. L'élément essentiel, c'est la nature du point d'appui.

Dans la pince à pansement, le point d'appui est placé quelque part au niveau des branches; la puissance est placée sur les anneaux; la résistance est placée sur l'extrémité opposée; de telle sorte que chaque branche agit à la manière d'un levier du premier genre.

Dans la pince à dissection, le point d'appui est placé à l'extrémité des tiges. Au lieu de se mouvoir l'une sur l'autre à la faveur d'une charnière, les deux tiges sont rivées l'une à l'autre, et leur mobilité est due à l'élasticité du métal; mais cela ne change point le résultat. Le point d'appui est placé à l'une des extrémités de l'instrument; les mors qui correspondent à la résistance occupent l'autre extrémité; la puissance s'applique au milieu, et chaque branche, considérée isolément, agit à la manière d'un levier du troisième genre, où l'avantage est toujours à la résistance.

Dans la pince de M. Thierry, au contraire, les branches agissent à la manière de levier du second genre, et laissent tout l'avantage à la puissance. Les mors, en effet, c'est-à-dire la résistance, sont placés entre la charnière, qui est le point d'appui, et la vis, qui est la puissance. Il y a, comme on le voit, la plus grande analogie entre cette pince et l'instrument vulgaire connu sous le nom de *casse-noisette*.

Il est évident que les pinces à levier du troisième genre sont les plus mauvaises de toutes pour obtenir une forte pression. Mais on peut se demander quel est l'instrument le plus efficace, de la pince à pansement ou de la nouvelle pince de M. Thierry.

En donnant une longueur suffisante au levier de la puissance, c'est-à-dire en éloignant la charnière des anneaux, on peut donner à la pince à pansement autant d'énergie qu'on voudra; et en plaçant une vis de pression au niveau des anneaux, on peut obtenir un instrument tout aussi énergique que la pince de M. Thierry. Seulement, on a le désavantage d'avoir ainsi un instrument fort long, parce que le bras de la puissance et celui de la résistance se trouvent placés bout à bout. Un pareil instrument serait très difficile à manier; et, dans les cas particuliers dont il vient d'être question, on aurait eu beaucoup de peine à maintenir immobile pendant trente-huit heures un instrument qui avait fait au-dessus du ventre une saillie de plus de 20 centimètres. Cet instrument aurait eu un autre inconvénient. La tumeur, étreinte par le rapprochement des branches, aurait eu de la tendance à gagner la partie la plus large, c'est-à-dire l'extrémité des mors, et aurait même fini par se dégager en tout ou en partie.

L'instrument de M. Thierry, au contraire, fait face à toutes les difficultés. Il n'a pas une grande largeur, parce que le bras du levier de la puissance se confond dans la plus grande partie de son étendue avec celui de la résistance. De plus la tumeur, étreinte par le rapprochement des branches, ne peut fuir devant la pression, parce qu'elle est promptement arrêtée par la vis.

Nous pensons donc que la pince de M. Thierry pourra rendre de précieux services, et remplacer avantageusement dans un grand nombre de cas les instruments beaucoup moins énergiques qu'on a jusqu'ici employés pour la ligature en masse.

Du reste on peut, suivant les besoins, donner diverses formes aux branches de cet instrument. Dans le cas particulier dont il vient d'être question, M. Thierry les a fait recourber sur le plat, afin de pouvoir plus aisément les adapter à la forme des parties environnantes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 août 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Pupille artificielle.

M. Morel-Lavallée. J'ai pratiqué dernièrement, en employant le chloroforme, une pupille artificielle chez une jeune enfant de neuf ans, et voici ce que j'ai observé. Avant que la résolution fût complète, le globe de l'œil était mobile; mais, lorsque la malade fut dans un état complet de résolution, l'œil ne fit aucun mouvement; il resta comme fixé par l'ophthalmostat. J'ai pu, après la ponction à travers la cornée transparente, saisir l'iris avec une pince et en exciser deux lambeaux sans éprouver la moindre gêne. Un instant je craignis pour la sortie du corps vitré; une petite portion, de la grosseur de la tête d'une épingle, avait fait hernie, mais elle rentra facilement dès que l'action du chloroforme eut cessé. Je crois donc que c'est un moyen précieux, puisqu'à la rigueur on peut se passer d'aide pour maintenir le globe de l'œil. Du reste, j'ajouterai que dès le principe M. Gerdy avait employé l'éther pour les opérations pratiquées sur les yeux.

M. Chassaignac insiste de nouveau pour récuser toute idée de priorité.

M. Vidal dit que, si on veut remonter à la question de priorité, il faudrait aller plus loin, car ce fut un oculiste qui employa un des premiers sur les yeux les agents anesthésiques en se frottant les mains avec de l'éther et en les approchant des yeux.

Kyste de la grande lèvre.

M. Guersant annonce que la tumeur que la jeune fille dont il a été question dans une autre séance portait à la grande lèvre était bien un kyste. Il a fait la ponction et a pratiqué ensuite

une injection avec la teinture d'iode (trois parties de teinture alcoolique et une partie d'eau). La matière contenue dans le kyste était très fétide et tellement épaisse qu'elle n'a pu sortir par la canule d'un trocart ordinaire : il a fallu faire une seconde ponction avec un gros trocart.

M. Lebert est prié de vouloir bien examiner la nature de la matière extraite.

Observation de rupture utérine.

M. Danyau fait un rapport sur une observation de rupture utérine communiquée par M. le docteur Mavel, d'Ambert. L'accident eut lieu pendant le travail de l'enfantement et fut suivi du passage du fœtus dans la cavité péritonéale. L'accouchement, qui put être terminé par les voies naturelles, eut une heureuse issue pour la mère.

Des remercîments seront adressés à M. Mavel pour son intéressante communication, et le rapport de M. Danyau, qui en renferme une analyse très complète, sera renvoyé au comité de publication.

Modifications qui surviennent dans la circulation artérielle après l'oblitération d'une grosse artère.

M. Gerdy. Dans la dernière séance, M. Verneuil vous a présenté une pièce fort curieuse d'oblitération de l'artère fémorale ; à ce sujet, je veux vous faire part de quelques considérations qui ont échappé à M. Verneuil. J'ai examiné, le compas en main, les artères des deux côtés, et j'ai été frappé de quelques différences de diamètre qui doivent nécessairement influer sur les lois de la circulation.

Sur la pièce de M. Verneuil, l'artère fémorale est oblitérée depuis l'épigastrique et l'iliaque antérieure jusqu'à 35 millimètres au-dessous. Les iliaques droite et gauche ont les diamètres transverses suivants :

Iliaques primitives à leur naissance :

La droite, 9 millimètres; la gauche, 13 millimètres.

A leur terminaison :

La droite, 11 millimètres ; la gauche, 12 millimètres;
L'iliaque externe droite, 4 millimètres ; la gauche, près de 9;
L'iliaque interne droite, 9 millimètres ; la gauche, 6.

D'après ces chiffres, on voit que l'iliaque primitive droite est plus longue et moins grosse que la gauche; que l'iliaque externe droite est plus faible que la gauche; que l'iliaque interne droite est plus forte d'un tiers seulement que la gauche; mais que les iliaques externe et interne droites réunies n'égalent pas les artères du côté opposé. Il doit donc passer plus de sang dans les artères du membre gauche que dans celles du côté droit.

A la simple vue, l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent plus volumineuses à gauche qu'à droite, et l'obturatrice droite plus forte que la gauche. La fessière, la honteuse interne et l'ischiatique droites sont à peine plus fortes que celles du côté opposé ; mais leurs divisions sont plus nombreuses, leurs anastomoses plus marquées. Il est fâcheux qu'en préparant cette pièce toutes les branches du membre gauche n'aient pas été conservées comme à droite. Si un cas analogue se représentait, ce serait une précaution qu'il ne faudrait pas négliger de prendre pour mieux se rendre compte des différences survenues dans les artères des deux côtés; néanmoins, la pièce de M. Verneuil est encore très concluante.

Ainsi, on est d'abord frappé de l'étroitesse de l'iliaque externe placée immédiatement au-dessus de la fémorale liée et terminée aussi par l'épigastrique et l'iliaque antérieure non oblitérées, mais plus faible que les artères correspondantes du côté gauche. J'ignore pourquoi cette artère est rétrécie, et comment elle n'a pas été dilatée par les efforts du sang artériel qui n'y trouvait plus d'issues faciles. Je remarquerai seulement que l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent s'être difficilement prêtées à l'augmentation de leur circulation. Cela tient-il à ce que, communiquant avec les lombaires, les intercostales et les mammaires internes, leur circulation a éprouvé trop d'opposition de la part de ces artères ?

On comprend mieux que la dilatation des iliaques primitives, externe et interne gauches soit plus considérable que celle des artères du côté opposé, bien que les collatérales du côté droit soient elles-mêmes plus volumineuses que dans l'état normal ; cela est dû au mécanisme des résistances du cours du sang. On sait que les quantités de sang qui passent dans les artères d'un volume égal sont en raison inverse des résistances que le sang y éprouve ; c'est ce qui a eu lieu dans le fait de M. Verneuil. L'artère crurale droite étant oblitérée, il en est résulté des obstacles à la circulation dans le membre de ce côté; et bien que les collatérales de ce membre fussent plus ouvertes à la circulation que dans l'état normal, puisqu'elles déversaient librement leur sang dans les collatérales inférieures et dans la fémorale au-dessous de la ligature, leur insuffisance de calibre a forcé le sang à refluer dans le membre gauche et vers les parties supérieures, où la résistance était moindre, au-dessus de l'oblitération de la fémorale : de là une dilatation générale de l'artère d'une manière plus ou moins sensible. C'est peut-être parce que depuis longtemps on n'a pas eu une idée bien juste sur ce qui se passait dans ces circonstances qu'on n'a pas reconnu plus tôt ces dilatations étrangères aux artères collatérales.

C'est ce que j'ai désigné sous le nom de circulation refluente, phénomène physiologique qui pourrait peut-être expliquer quelques-uns des cas primitifs ou consécutifs qui accompagnent la ligature d'artères un peu volumineuses, comme la gangrène ou les congestions cérébrales ou pulmonaires.

Ces modifications dans la circulation à la suite des ligatures d'artères ne me semblent pas avoir été envisagées sous leur véritable point de vue : c'est pour cela que j'ai cru devoir faire ces observations.

M. Cullerier demande si des recherches ont été faites pour constater si l'afflux plus considérable du sang dans ces circonstances n'augmente pas le développement de la chaleur.

M. Gerdy répond que ses recherches n'ont pas porté sur ce point.

Ligature de l'artère carotide primitive droite à la suite d'une plaie par instrument tranchant.

M. Michon. Comme je rentrais hier vers les deux heures, j'ai été appelé pour un cas de blessure artérielle accompagnée de circonstances assez insolites.

Voici le fait.

Une ouvrière des environs de la montagne Sainte-Geneviève ne voulant plus avoir de relations avec un jeune homme, celui-ci résolut de se venger, et étant entré dans l'atelier où elle travaillait, lui enfonça à la partie inférieure droite du cou un couteau qui pénétra obliquement au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Après cette action, il se brûla la cervelle. Sur-le-champ le sang jaillit en abondance, la malheureuse femme eut encore assez de force pour courir, traverser la rue, et entrer chez un pharmacien, où elle reçut les premiers soins de M. le docteur Picard et de plusieurs autres médecins.

Lorsque j'arrivai, je trouvai la malade étendue sur un matelas dans une arrière-cour. Notre confrère Picard avait de suite introduit son doigt dans la plaie, et, par une compression habilement faite, était parvenu à arrêter l'hémorrhagie.

Je m'agenouillai près de la malade, qui était presque exsangue; j'examinai le cou, qui était déformé par une quantité notable de sang épanché sous les téguments; j'introduisis à mon tour mon doigt dans la plaie, pour connaître sa direction et chercher quel était le vaisseau lésé. Dans ce moment, un jet de sang vermeil s'échappa hors de la plaie : il n'y avait pas de temps à perdre. Pour me donner plus de facilité, je débridai en haut la plaie, qui pouvait avoir 2 centimètres d'étendue, et je fis une seconde incision sur la ligne médiane, parallèle à la trachée, suivant le procédé de M. King; j'allais autant à la recherche du tronc brachio-céphalique que de l'artère carotide.

L'infiltration sanguine, comme vous le pensez, gênait beaucoup pour bien établir les rapports. J'avais porté l'indicateur gauche en arrière, de telle sorte qu'en soulevant les parties je comprimais en même temps l'artère lésée. Une première fois, je portai une ligature, croyant saisir l'artère; mais l'anse de fil n'ayant embrassé qu'une portion musculaire, peut-être du thyro-hyoïdien, je dus recommencer. Ce fut alors que je m'aperçus qu'il y avait deux jets de sang, l'un provenant du haut, et l'autre du bas. Cette circonstance redoubla mon courage; car je pensai que c'était la carotide primitive qui était coupée transversalement, et non le tronc brachio-céphalique. Ayant lié le bout supérieur en l'attirant, je me mis à la recherche du bout inférieur. A cet effet, je passai un stylet aiguillé en arrière en rasant le bord du sternum, et l'artère fut étreinte. Cette opération présenta plus d'une difficulté : j'étais gêné par la position et par la malade qui criait et était très agitée. Lorsque la ligature fut terminée, la quantité de sang noir qui s'écoulait me fit craindre que quelque veine importante n'eût été lésée. Ce matin j'ai vu cette malade, que j'ai fait transporter à la Pitié, dans mon service; son état général est assez satisfaisant. Il est possible qu'elle guérisse si la ligature du bout inférieur n'est pas trop près du tronc brachio-céphalique. Une fois les premiers accidents passés, nous aurons à craindre ceux qui peuvent survenir à la chute de la ligature.

En terminant, je ferai remarquer qu'entre l'accident et la ligature il s'est passé un temps assez considérable, pendant lequel la malade a perdu beaucoup de sang. Une des circonstances qui ont pu empêcher une plus grande quantité de sang de s'échapper, ce sont l'obliquité de la plaie et les soins éclairés de plusieurs de nos confrères.

— A cinq heures et demie la Société se réunit en comité secret pour l'examen de plusieurs propositions.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

CORRESPONDANCE.

M. P. Hugot nous transmet une copie de la lettre suivante qu'il a adressée à M. Depaul. Nous nous empressons de l'insérer, sans préjudice de ce que nous aurons nous-même à faire observer au jeune et savant académicien à propos du fait dont il s'agit dans la lettre. — Nous avons reçu de M. Pagès, étudiant en médecine, une autre lettre que nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro.

A M. DEPAUL.

Monsieur,

Dans le discours que vous avez prononcé à la séance de l'Académie de médecine du 10 août, il vous est échappé sur mon compte quelques paroles blessantes que j'aime mieux attribuer à la vivacité de l'improvisation qu'à l'inspiration de ceux que vous défendez avec tant de chaleur. Je regarderais comme un devoir pour ma propre dignité de relever vertement cette sortie peu convenable, si je n'étais retenu par le respect que je dois à votre toge d'académicien et d'agrégé de la Faculté. Permettez-moi cependant de vous dire, une fois pour toutes, que mes antécédents ne laissent à personne le droit de supposer que je puisse prêter ma signature à l'œuvre d'un autre. Vous n'auriez pas dû, je crois, traiter si cavalièrement, et sur l'assertion de je ne sais qui, un élève en médecine qui n'a écouté que sa conscience en exposant un fait propre à éclairer ceux qui, comme vous, demandent que la lumière se fasse. J'ai apporté la plus scrupuleuse exactitude à la description des phénomènes que j'avais observés sur M. X... Je n'ai pas, il est vrai, indiqué la source où il puisait son pus; mais le grand malheur ! Il n'en est pas moins resté trois faits irrécusables, à savoir :

1° Les inoculations répétées auxquelles s'est soumis M. X... dans le but de se syphiliser ;

2° Ses relations fréquentes, quotidiennes avec le propagateur en chef de la syphilisation, qui a tout surveillé;

3° Le résultat définitif : syphilis constitutionnelle caractérisée par les accidents secondaires les plus multipliés et les moins contestables qui se soient jamais vus.

Voilà le résumé de l'observation que j'ai publiée, et je défie M. X... lui-même de répondre autrement que par l'affirmative à ces trois propositions.

Un mot maintenant sur la relation faite par le *sujet de l'expérimentation*. Que vous la trouviez différente de la mienne, rien de mieux. M. X... s'attache au nombre et à la date de ces inoculations; mais parle-t-il des suites qui sont en définitive la seule chose essentielle? Il a de bonnes raisons pour s'en dispenser. L'inventeur de la syphilisation lui avait annoncé des accidents de la nature la plus bénigne, une *vérole faible*, comme il le dit lui-même. Eh bien, j'affirme (ce que du reste ont constaté ses amis) que jamais je n'ai vu un cortége plus nombreux et mieux dessiné d'accidents secondaires (1). Quant au portrait qu'on accuse de manquer de ressemblance, il paraît cependant qu'il n'en est pas tellement dépourvu, que M. X... ne s'y soit parfaitement reconnu. Je trouve pour ma part des plus heureusement adressés le reproche qu'il me fait d'abuser de sa personne et de son nom pour calomnier le roi des syphilisateurs et sa méthode. De quel nom, de quelle personne ai-je donc si *étrangement* abusé ? Je me suis bien gardé, et à dessein, de produire un seul nom, une initiale même; j'aurais fait trop de plaisir à certaines gens qui veulent de la publicité à tout prix. Pour ce qui est de la calomnie de la syphilisation, permettez-moi de dire ici, avec le savant rapporteur de la commission, qu'on ne peut trouver de termes assez énergiques pour stigmatiser une doctrine aussi ridicule en théorie que désastreuse dans son application. Voyez M. X... lui-même; c'est la plus belle santé possible profondément minée par le plus dégoûtant poison administré à doses réitérées. Voyez-le, et peut-être ne demanderez vous plus la répétition d'expériences si fatales ! Que si l'en en faisait, que ce ne soit pas au moins sur de pauvres malades, mais sur ceux mêmes qui ont annoncé l'infaillibilité de leur méthode.

Je finis, monsieur, en vous priant d'adresser à M. X... cette simple question : *Est-ce que par hasard la cessation brusque de ses visites à l'hôpital du Midi et à M. le docteur Bégin* (cessation qui précisément coïncidé avec l'apparition des accidents secondaires) *aurait eu pour but de dissimuler à des yeux exercés les preuves incontestables de l'impuissance de la syphilisation comme préservatif?* Si c'est là le genre de loyauté dont on use dans le camp des syphilisateurs, je n'ai plus rien à ajouter : je vous laisse juge entre nous qui n'avons d'autre intérêt que celui de la vérité et ceux à qui tous les moyens seront bons pour faire triompher une doctrine dont ils sont les inventeurs ou les adeptes; je suis persuadé que vous regretterez d'avoir parlé si légèrement de celui qui se plaît à rendre justice à la supériorité de votre talent, tout en déplorant de le voir au service d'une cause si peu digne de votre sympathie.

Agréez, etc.

P. Hugot,
Elève en médecine.

(1) Voir d'ailleurs le résumé de M. le docteur Bégin (séance du 10 août).

Chronique et nouvelles.

L'Académie de Rouen a proposé un prix de 600 fr. pour un *Manuel d'hygiène populaire ;* ce prix, qui devait être décerné il y a deux ans, a encore été ajourné. Cependant elle a accordé les récompenses suivantes à trois des concurrents :

A M. Hébrard, docteur médecin à Bourg (Ain), une médaille en or de 300 francs ;

A MM. Henri Duclos et Bouteiller fils, docteurs médecins à Rouen, une médaille en or de 200 francs;

Et à M. Louis Leclerc, docteur médecin à Paris, une autre médaille de 100 francs.

— M. le docteur L'Héritier vient d'être nommé inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

— *Invitation à la 29me réunion allemande des médecins et naturalistes, se tenant dans la charmante ville de Wiesbaden (Nassau), du 18 au 25 septembre 1852.* — La réunion des médecins et naturalistes allemands, par l'organe des membres de son bureau soussignés, verra avec la plus grande satisfaction ses confrères français venir partager ses travaux ; ils pourront faire leurs communications respectives en langue française. Drs Fresenius, Braun.

Local de réception, ouvert à partir du 15 septembre, Taunus hôtel, en face le débarcadère.

Organisation du personnel de santé militaire.

3e DIVISION MILITAIRE. — Hôpital de Lille.

Médecins. — M. Murville, principal de 1re classe. — MM. Malle, Germain, Martins, majors de 1re classe. — MM. Ganderax, major de 2e classe. — MM. Camus, Calcatoggio, Masurel, aides-majors de 1re classe. — M. Billau, aide-major de 2e classe.

Pharmaciens. — M. Garreau, major de 2e classe. — M. Brauwers, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Corbis, Gisclard, Watteaux, Gaspard.

HÔPITAL DE CAMBRAI.

Médecins. — M. Fénin, principal de 2e classe. — M. Pontier, major de 2e classe. — M. Laforgue, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Carron, major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Durut, Henry.

HÔPITAL DE DUNKERQUE.

Médecins. — M. Simon, major de 1re classe. — M. Lambert, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Musard, aide-major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. M. Levé.

HÔPITAL DE VALENCIENNES.

Médecins. — M. Brian, principal de 2e classe. — M. Varlet, major de 1re classe. — M. Mathlin, aide-major de 1re classe. — M. Jallabert, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Bachelet, aide-major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Dehous.

HÔPITAL DE CALAIS.

Médecins. — M. Chely, major de 1re classe. — M. Chadourne, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Maublanc, aide-major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Jourdain.

HÔPITAL DE SAINT-OMER.

Médecins. — M. Molinard, principal de 1re classe. — M. Fernet, aide-major de 1re classe. — M. Eon, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Raoult, major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Bregeaut.

HÔPITAL DE MAUBEUGE.

Médecins. — M. Judas, major de 1re classe. — M. Bruneau, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Bouché, aide-major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Lefebvre.

HOSPICE CIVIL D'ARRAS.

M. Vassillière, médecin-major de 1re classe.

4e DIVISION MILITAIRE. — Hôpital de Givet.

Médecins. — M. Fréron, aide-major de 1re classe. — M. Morelle, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Bocher, aide-major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Didion, sous-aide.

HÔPITAL DE SEDAN.

Médecins. — M. Loyer, major de 2e classe. — M. Bozeront, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Besnier, aide-major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Gacbet.

DÉPÔT DE SECOURS A ROCROY.

M. Joly, médecin aide-major de 1re classe.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 98. — JEUDI 19 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 98. — JEUDI 19 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois..... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. (M. Mérier). Des vacillations du globe oculaire comme signe de l'aliénation mentale. — D'une espèce non encore décrite de tumeur lacrymale. — Notice sur les eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie. — Académie de médecine, séance du 17 août. — Académie des sciences, séances des 9 et 16 août. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Pagès.—Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 18 AOUT 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

A part les hommes prudents et curieux dont nous avons plusieurs fois parlé, à part quelques fanatiques dignes de pitié, à part quelques désœuvrés à qui tous les genres de spectacle sont bons pourvu qu'ils occupent leurs stériles loisirs, tout le monde voit avec un sentiment de profond dégoût se prolonger une discussion indigne d'occuper les moments de l'Académie. Deux discours, l'un de M. Malgaigne, l'autre de M. Ricord, ont encore occupé toute la séance d'hier, qui n'a été close qu'à cinq heures et demie. Dans ces discours, que nous ne pouvons publier aujourd'hui et que nous aurons à apprécier plus tard, les deux orateurs ont fait des efforts inouïs. Jamais nous n'avons vu la parole de M. Malgaigne être plus heureuse qu'hier. Son éloquence, comme irritée par la difficulté de la position, semblait croître avec l'absurdité de la thèse qu'il soutenait. Sa péroraison serait presque un chef-d'œuvre si, pour être tout à fait beau, il ne fallait, avant tout, être vrai. Quant à M. Ricord, sans avoir atteint à la hauteur de son adversaire au point de vue de l'élocution, jamais, il faut le dire aussi, il ne fut plus heureux. Sauf quelques assertions sur lesquelles nous aurons à nous expliquer plus tard, son discours est un modèle de bon sens, dont l'honorable aveu de quelques fautes ne fait que rehausser l'éclat. Quoi qu'on en ait dit, nous n'avons jamais été pour M. Ricord qu'un loyal adversaire scientifique; les attaques de quelques subalternes qui se donnaient comme les échos du maître n'avaient même pu nous inspirer de passion pour la personne de M. Ricord; elles nous avaient simplement laissé indifférent. Tel ne saurait être désormais notre sentiment. M. Ricord nous a prouvé solennellement aujourd'hui qu'il est homme à reconnaître loyalement une erreur quand elle lui était démontrée. Nous applaudissons du plus profond de notre cœur, avec la plus vive sympathie, à un pareil aveu, comme nous applaudissons au beau triomphe d'un adversaire que nous aurons encore à combattre, mais que nous serons toujours heureux d'estimer. C'est tout ce que nous pouvons dire aujourd'hui de cette séance.

Profitons de ce loisir pour présenter ici quelques remarques sommaires sur une lettre que nous avons reçue de M. Pagès, et que nos principes, exagérés peut-être, d'impartialité, pouvaient seuls nous engager à imprimer.

Cette lettre, dont M. Depaul nous avait d'avance appris le contenu, est destinée à rectifier l'observation qui nous a été communiquée par M. Hugot. Or que prouve-t-elle? Hélas! malgré le sincère sentiment que nous inspirent les malheurs de M. Pagès, nous devons bien le dire en toute sincérité, cette lettre ne prouve rien, si ce n'est l'ignorance et l'enthousiasme maladif de celui qui l'a écrite, et la soif de publicité de ceux qui l'ont inspirée.

Qu'a voulu prouver M. Hugot? Qu'un individu qu'on avait promené, qui s'était promené lui-même comme un exemple triomphant de syphilisation, qu'un homme d'une santé robuste à qui on avait pratiqué des douzaines, si ce n'est des centaines d'inoculations, aurait néanmoins été atteint d'une vérole constitutionnelle. La lettre de M. Pagès prouve-t-elle le contraire? Loin de là, elle le confirme. M. Pagès dit seulement que cette vérole a été moins grave que ne l'a annoncé M. Hugot; qu'il se trouve parfaitement guéri aujourd'hui, et que les symptômes qu'il a éprouvés « sont disparus *sans espoir de retour.* » Nous ne pouvons rien dire de la gravité des symptômes que nous n'avons pas vus; cela importe peu d'ailleurs au fond de la question. Quant à la guérison complète, il nous est malheureusement impossible de partager l'opinion de M. Pagès. Quoi qu'il ne nous ait point offert de nous laisser examiner son corps, l'aspect de sa figure en dit assez pour que tout médecin attentif y puisse lire les caractères d'une infection diathésique qui est bien loin d'être disparue, à plus forte raison disparue *sans espoir de retour.*

M. Pagès rectifie encore l'observation de M. Hugot relativement au nombre des inoculations pratiquées par M. Ricord, et à la manière dont ces inoculations ont été surveillées.

Nous croyons encore cette rectification de médiocre importance. Que les inoculations aient été faites trois par trois, dix par dix, à deux, à quatre ou à dix jours d'intervalle, par M. Robert ou par M. Bertrand, toutes ces circonstances ne sauraient avoir de valeur aux yeux d'un médecin instruit. Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur ce sujet à propos de l'étrange apologue imaginé hier par M. Malgaigne. D'ailleurs, M. Pagès ne donne lui-même aucun renseignement sur les inoculations pratiquées avant celles de M. Ricord, ni sur beaucoup d'autres circonstances bien plus intéressantes à connaître que celles sur lesquelles il a voulu rectifier M. Hugot. Il en est toutefois une qui n'est pas sans intérêt, et qu'il serait assez étonnant de voir M. Pagès laisser passer inaperçue, si l'on ne savait tout ce que les préoccupations et le défaut d'instruction peuvent produire d'aveuglement.

M. Ricord a fait, dit-on, 40 inoculations, sur lesquelles 3 seulement ont donné un résultat négatif, et c'est précisément la dernière qui a réussi assez bien pour déterminer un chancre induré. Or, que serait-il advenu si, au lieu d'en faire 40, M. Ricord s'était arrêté à 37? Quel triomphe pour les syphilisateurs! Un syphilisé à qui un homme comme M. Ricord pratique sans succès 37 inoculations! On comprend bien que MM. les syphilisateurs s'insurgent contre la 38e inoculation! Mais ce qu'on ne comprend pas, c'est que des médecins qui ne sont pas absolument dépourvus d'instruction et de bon sens, fussent-ils des hommes curieux, ne soient pas éclairés par de pareils faits, et qu'ils persistent, sous prétexte qu'ils sont prudents, à demander des expériences qui ne peuvent que compromettre la santé ou la vie de leurs semblables.

Il y aurait beaucoup d'autres remarques à faire sur la lettre de M. Pagès. Ce qui précède nous semble plus que suffisant pour justifier M. Hugot des reproches d'inexactitude auxquels il peut se dispenser de répondre personnellement, et pour lui conserver de la part de tous les médecins sérieux la confiance que lui mérite son instruction, fruit d'études assidues au lit des malades.

Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter pour remplir un rigoureux et pénible devoir. En comparant à la lettre de M. Pagès, d'une part, quelques passages d'une brochure qu'il a publiée sous le nom de *Théorie de la syphilisation;* d'autre part, l'impression qu'il nous a produite pendant le peu d'instants que nous avons passés avec lui, nous n'hésitons pas à déclarer que, quelque défectueuse que soit la lettre de M. Pagès, il n'est point en état de l'avoir écrite lui-même. Si ce jugement ne paraît pas fondé à M. Pagès, nous ne demandons pas mieux que de lui fournir le moyen d'en démontrer la fausseté. Nous lui proposons de l'enfermer seul dans notre appartement. Nous lui donnerons à traiter un sujet aussi facile qu'il le désirera, et s'il parvient à écrire cinq pages qui ne soient pas plus incorrectes et plus incohérentes que celles dont se compose sa lettre, nous tiendrons pour faux le jugement que nous venons de porter. — H. de Castelnau.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

ALIÉNATION MENTALE. — SÉMÉIOLOGIE.

Des vacillations du globe oculaire comme signe de l'aliénation mentale,

Par M. MÉRIER, médecin en chef de l'asile public de Saint-Dizier.

Je n'ai vu décrit nulle part, dans les ouvrages qui traitent de la folie, un signe de maladie mentale que j'ai observé il y a bientôt quinze ans pour la première fois à la Salpêtrière, et qui consiste en une sorte de *tremblotement, oscillation* ou *vacillation* du globe oculaire, en une espèce de convulsion permanente et continuelle, par suite de laquelle de petits mouvements de *latéralité* le plus souvent, quelquefois mais rarement de *haut en bas*, sont imprimés au globe oculaire en tout temps, sans que la volonté la plus énergique du malade puisse s'y opposer, et sans que son attention et sa vue fortement fixées sur un objet puissent l'empêcher de faire mouvoir ainsi son œil.

Lorsque, il y a quinze ans, dis-je, j'observai pour la première fois ce phénomène très prononcé chez une malade de la Salpêtrière, appelée Reybard, dans le service de mon ancien maître, M. Falret, j'appelai sur lui l'attention de ce savant praticien, à la sagacité duquel il n'avait point échappé du reste, et qui me dit que cette lésion *partielle* du globe oculaire n'était qu'une des dépendances, une des conséquences de la *lésion générale des mouvements;* lésion qui, selon cet auteur, existe *toujours* chez les aliénés, et qu'il a, je crois, le premier signalée et introduite dans la séméiotique des maladies mentales.

Depuis cette époque j'ai constamment porté mon attention et mes investigations sur cette circonstance qui m'avait frappé dès le début de mes études cliniques *spéciales*, et j'ai trouvé un nombre considérable d'aliénés chez lesquels cette lésion *partielle* existe d'une manière très marquée. J'ai, en ce moment même, dans mon service à l'asile de Saint-Dizier, un malade, le nommé Laurent, chez lequel elle est portée au plus haut degré que j'aie jamais rencontré, et chez lequel les mouvements de *latéralité* sont si prononcés, si continuels et si intenses, qu'il lui est tout à fait impossible, même avec les plus grands efforts, de fixer un instant ses yeux sur un objet quelconque sans qu'ils soient continuellement *tourmentés*, pour ainsi dire, par cette oscillation dont je viens de parler.

Sans attacher d'autre importance à ce signe qui semble, en effet, comme l'a fait remarquer M. Falret, rentrer dans *la lésion des mouvements en général;* sans prétendre surtout rien *inventer* ou *découvrir*, il nous a paru intéressant de rechercher à quelle forme, à quelle période de la maladie on pouvait rattacher la manifestation et l'existence de ce symptôme, et d'examiner surtout si on ne pourrait pas en tirer quelque induction relativement au *diagnostic* et au *pronostic*. Notre attention s'est donc spécialement portée de ce côté, et nous nous sommes attaché à observer avec soin les malades chez lesquels nous avons constaté l'existence de la lésion locale des mouvements dont il s'agit. Eh bien! nous croyons être arrivé à pouvoir établir : 1° que la manifestation des mouvements convulsifs de *latéralité* et de *haut en bas* (mais ceux-ci très rares), que nous avons observés chez un très grand nombre de malades, a *toujours* coïncidé avec la période de l'affection marquée par le passage d'un état *aigu* à un état *chronique*, par exemple, avec le passage de la *manie* à la *démence;* 2° que l'existence et la persistance de ces mouvements oculaires chez les malades sont de nature à donner au pronostic une très grande gravité, attendu que *tous* ceux que nous avons observés dans ce cas *étaient* déjà ou allaient devenir *incurables*.

Nous n'avons pas assurément la prétention de vouloir poser ici une règle absolue et positive, mais nous donnons seulement le résultat de nos observations, en priant nos confrères aliénistes de vouloir bien vérifier sur les malades qu'ils ont constamment sous leurs yeux ce qu'elles peuvent avoir d'exact, de réel et de fondé.

D'UNE ESPÈCE NON ENCORE DÉCRITE de tumeur lacrymale;

Par M. le docteur SICHEL.

Quoique beaucoup de chirurgiens confondent encore sous le nom de *tumeur lacrymale* toutes les affections des organes lacrymaux, le nombre et les différences de ces affections sont très grands, et exigent une division méthodique et un diagnostic exact, fondés sur des recherches cliniques et sur l'anatomie pathologique, comme seules bases d'indications thérapeutiques rationnelles et d'un traitement efficace.

Ce n'est pas de cette classification méthodique que je vais entretenir aujourd'hui les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Je me borne, pour le moment, à rapporter une observation et deux procès-verbaux d'autopsie pouvant servir à faire connaître une espèce non encore décrite de tumeur lacrymale.

Les faits d'anatomie pathologique, rares quand il s'agit des organes lacrymaux, me semblent surtout d'une grande importance. J'ai déjà fait connaître (*Gazette des Hôpitaux*, 1851, n° 138, p. 554) une autre espèce de tumeur lacrymale restée inconnue jusqu'ici, et dépendant d'une conformation primitive particulière des os propres du nez, aplatis et comme rejetés sur le côté. Si j'avais le loisir de compul-

scr les notes et observations accumulées depuis plus de vingt ans dans mes cartons, je trouverais, sans aucun doute, sur ce sujet, souvent traité mais nullement épuisé, des maladies des voies lacrymales, d'autres observations qui ne seraient pas dénuées d'intérêt.

Je commence aujourd'hui la série par deux observations qui se complètent l'une l'autre, et qui remontent, l'une à douze ans environ, l'autre à vingt, et la troisième à huit années de date exacte et certaine. Si j'ai attendu si longtemps pour les publier, c'est qu'en général je n'aime pas la publication immédiate de faits isolés, plus propres à faire un nom aux auteurs qu'à avancer les intérêts de la science; et que, d'autre part, j'espérais rencontrer des cas analogues capables de commenter et de compléter les premiers.

Ceux-ci étant restés uniques jusqu'ici, autant dans mon observation clinique et dans ma pratique particulière que dans les ouvrages parvenus à ma connaissance, je crois inutile une attente ultérieure. D'ailleurs, mes matériaux, devenus trop nombreux et déjà très anciens, me font un droit autant qu'un devoir, de publier par fragments et dans une série d'articles successifs les résultats de mon expérience.

Obs. I. — L'espèce de tumeur lacrymale la plus rare, et que j'ai vue seulement trois fois dans une pratique de plus d'un quart de siècle, est celle dont il va être question ici. A part une forme assez régulièrement ovalaire, elle a pour principal caractère distinctif une teinte tenant le milieu entre l'ardoisé et le violet peu foncé. En même temps, les téguments sont minces, semi-transparents et quelquefois un peu vascularisés. L'observation qu'on va lire en est un exemple aussi bien caractérisé que possible. Elle a pour sujet une femme d'une cinquantaine d'années.

La malade se présente à ma clinique le 18 juillet. (Il s'agit de l'année 1840 environ; mais la date du jour se trouve seule sur mes notes.) Elle porte depuis un grand nombre d'années une tumeur à la région lacrymale du côté gauche, qui, d'après son dire, dans le commencement, se vida quelquefois par les points lacrymaux; mais depuis deux ans cette évacuation n'a plus lieu. La tumeur dépasse le volume d'une grosse aveline; sa forme est ovoïde, et la peau qui la recouvre d'une teinte violacé-pâle, un peu ardoisée; elle semble être amincie et diaphane; sa surface est sillonnée par des vaisseaux injectés très fins, qui se dirigent, les uns de haut en bas, les autres de bas en haut, en s'anastomosant latéralement, mais sans se réunir au milieu. A la pression, la tumeur est très élastique, légèrement sensible au toucher. Sa partie inférieure refoule un peu en dehors la portion contiguë de la paupière inférieure qu'elle plisse. Immédiatement au-dessous de ce double pli, la paupière présente une rougeur autour de la cicatrice d'une ancienne excoriation. La compression de la tumeur ne fait sortir aucun liquide, ni par le nez, ni par les points lacrymaux. La narine du côté gauche est sèche. Là où se trouve circonscrite la limite inférieure de la tumeur, le rebord sous-orbitaire de l'os maxillaire supérieur présente une pointe osseuse qui ne se retrouve point sur l'os maxillaire du côté opposé. Cette espèce d'exostose, bien plus encore que la pression de la tumeur lacrymale, est la cause de ce double pli de la paupière dont nous venons de parler. Après avoir fait prendre le dessin de la tumeur, dessin qui fait partie de notre *Iconopgraphie ophthalmologique* actuellement en voie de publication, nous procédons à l'opération en plongeant le bistouri de Petit dans le sac lacrymal, et en faisant glisser un stylet cannelé dans son sillon avant de le retirer. Immédiatement après l'incision, une sérosité rouge-jaunâtre s'écoule de l'ouverture; la peau et la membrane fibreuse du sac lacrymal sont dans un état de distension tel, que la plaie reste fortement béante; la cavité de la poche membraneuse du sac lacrymal présente une capacité énorme, et l'on trouve sa partie inférieure remplie par des végétations résistantes et fongueuses qui oblitèrent le passage dans le conduit nasal. On introduit une mèche de charpie dans l'intérieur du sac.

Après six jours de pansement avec des mèches de charpie, qu'on pousse très doucement vers les fongosités, on cautérise ces dernières avec le nitrate d'argent. Les jours suivants, on essaie de faire glisser un stylet entre les fongosités; après plusieurs jours de tentatives on y réussit, mais non sans de grandes difficultés. Dans cette voie désobstruée on introduit des cordes à boyau de plus en plus volumineuses, et finalement un porte-caustique gradué chargé du nitrate d'argent, à l'aide duquel on cautérise plusieurs fois les élévations fongueuses de la muqueuse constituant le rétrécissement.

Comme mes notes ne vont pas plus loin, je ne saurais dire si cette guérison est devenue définitive et radicale.

Ce qui caractérise cette espèce de tumeur lacrymale, outre l'obstruction du conduit nasal, c'est le liquide ténu, roussâtre qui, en distendant la paroi antérieure du sac lacrymal, lui donne la teinte rougeâtre-sombre, lie-de-vin ou ardoisée que j'ai signalée. J'avais déjà pu m'assurer de ce caractère antérieurement à l'observation qu'on vient de lire, par une dissection dont voici les détails.

Obs. II. — J'ai observé une tumeur lacrymale tout à fait semblable, en 1832, sur une femme âgée d'environ soixante-dix ans, qui ne voulut se soumettre à aucun traitement. Une année plus tard, elle succomba à une affection cérébrale, et je pus examiner anatomiquement la tumeur. Incisée, elle se trouvait distendue par un liquide ténu, trouble, roussâtre, auquel se mêlait une petite quantité de sang, et cela, sans que j'eusse trouvé la moindre déchirure ou ulcération à la muqueuse. Cette dernière était assez normale à la partie supérieure des voies lacrymales et lisse à leur partie inférieure. Mais ce qu'il y avait de beaucoup plus remarquable dans ce cas, c'était l'oblitération particulière et complète du conduit nasal. Autour de l'orifice inférieur de ce conduit, la muqueuse, se détachant tout autour des parois, formait un petit entonnoir entièrement fermé, dont la pointe, dirigée en bas, dépassait de six millimètres le niveau de l'orifice inférieur. Dans toute l'étendue de ce petit entonnoir fermé, qui semblait résulter du déplissement de la valvule de l'orifice après son oblitération, la muqueuse se montrait extrêmement amincie, lisse à ses deux faces et semi-transparente, tout à fait semblable à une membrane séreuse. Aucune trace d'une ancienne ouverture ne pouvait être trouvée dans la membrane qui formait cet infundibulum. On serait en droit de se demander si, dans ce cas, la muqueuse, après l'oblitération, qui avait eu lieu également en haut aux orifices des conduits lacrymaux, n'aurait pas été transformée en une espèce de séreuse par une longue distension; enfin, si, par suite de cette distension même, elle n'aurait pas été mise en un état de phlegmasie chronique, ce qui lui aurait fait sécréter en place de mucus un liquide séro-sanguinolent.

Je conserve la pièce; mais malheureusement elle ne peut plus servir à éclaircir les points douteux, et j'ai égaré une description plus détaillée faite sur la pièce récente, dans laquelle ont été exposées plusieurs circonstances qui maintenant ne sont plus présentes à ma mémoire, et dont l'exposé qu'on vient de lire a été extrait il y a longtemps.

Si, dans ce deuxième cas, la malade n'eût pas refusé tout traitement, accoutumée qu'elle était depuis longtemps à supporter les inconvénients de son infirmité, j'aurais dirigé contre cette tumeur lacrymale la même méthode opératoire que celle décrite dans l'observation II.

Toutefois, une rechute aurait été fort à craindre; car l'obstruction complète n'aurait pu céder qu'à la perforation avec un instrument pointu, tel qu'un trocart, et la transformation de la membrane muqueuse en séreuse aurait facilité la réunion des lèvres de la plaie, malgré leur cautérisation avec le nitrate d'argent et la dilatation à l'aide de cordes à boyau et de bougies en ivoire flexible.

Dans l'observation suivante, on peut voir une altération anatomique analogue, mais moins avancée, de la muqueuse des voies lacrymales, avec commencement de ce singulier entonnoir développé par le tiraillement de la muqueuse dans la partie inférieure du conduit nasal, et surtout aux dépens de sa valvule inférieure déplissée et effacée.

Obs. III. — Le 21 septembre 1844, je trouvai à l'Ecole pratique de la Faculté, sur le cadavre d'une jeune femme que je n'avais point vue pendant sa vie, une tumeur lacrymale qu'on ne pouvait vider par la pression, et qui présentait, lors de sa dissection, les altérations suivantes des voies lacrymales.

Le sac lacrymal était distendu et rempli d'un liquide visqueux formé de mucus et de larmes, comme on le voit souvent sur le vivant dans les tumeurs lacrymales qui se vident encore par la pression. Un stylet de Méjan, introduit par les conduits lacrymaux, ne passait point dans le sac lacrymal, à la surface interne duquel on ne put découvrir aucune trace de l'orifice de ces conduits. Le cul-de-sac supérieur du sac lacrymal, placé au-dessous du tendon direct du muscle orbiculaire des paupières, semblait manquer d'abord. Un examen plus attentif le montra oblitéré à la hauteur de ce tendon, de manière qu'il formait une petite cavité séparée, dans l'intérieur de laquelle l'os était dénudé dans l'étendue de 1 millimètre environ. La muqueuse du sac lacrymal et du conduit nasal était épaissie, surtout à peu près au milieu de ce dernier, où il y avait un rétrécissement tellement prononcé qu'après l'ablation de la partie osseuse du conduit nasal on le voyait à la face externe du périoste sous la forme d'une dépression annulaire. Il était formé par un repli valvulaire de la muqueuse qu'on ne pouvait dédoubler, les deux portions de la membrane qui le constituaient étant soudées par de la fibro-albumine épanchée entre elles. Ce rétrécissement avait probablement pour siége la valvule moyenne du conduit nasal qui, d'après les recherches de M. Ludovic Hirschfeld (1), semblerait plus fréquente que mes dissections ne me l'ont fait croire jusqu'ici. L'orifice inférieur du conduit nasal paraissait d'abord complétement oblitéré. Pourtant, après des recherches prolongées, je le trouvai, mais extrêmement rétréci et placé beaucoup plus bas et plus en avant que d'ordinaire, au-devant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, qui ne le recouvrait plus. Il ne laissait passer qu'un stylet très étroit, et était situé dans un prolongement pointu de la muqueuse, qui formait une espèce d'entonnoir.

Ici on voyait mieux que dans l'observation II les effets directs de la phlegmasie de la muqueuse des voies lacrymales, l'affection ayant été sans doute beaucoup moins ancienne et l'inflammation plus aiguë que chez la femme si avancée en âge qui fait le sujet de l'autre dissection, où la longue distension des voies lacrymales par leur contenu avait effacé les rides et les plis de la muqueuse. Chez le sujet de la dernière observation, la mort n'était pas venue mettre un terme à la phlegmasie chronique et à la distension du sac lacrymal par l'augmentation continuelle de son contenu, l'oblitération de l'orifice inférieur du sac lacrymal aurait pu devenir complet, et la partie inférieure de ce conduit aurait pu à la longue se transformer, ce me semble, en un infundibulum aussi complet et aussi séreux que dans l'observation II.

(1) Voir ses belles planches de l'anatomie de l'œil dans la livraison III de sa Névrologie, et surtout pl. 70, fig. 5, 6.

NOTICE

sur les eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie;

Par M. le docteur J.-F. Payen.

S'il est toujours très délicat d'écrire, fût-ce quelques lignes, sur les eaux minérales, c'est surtout lorsqu'elles sont destinées à paraître dans un journal. On a tant abusé de la publicité! on a si niaisement attribué des propriétés merveilleuses à des eaux utiles et qui se recommandaient d'elles-mêmes! on a si déloyalement prêté des qualités curatives à des eaux pures que le lecteur craint toujours d'être pris pour dupe, et moi-même, si l'article m'était montré, j'aurais une méfiance extrême.

Je me souviens d'un certain prospectus qu'on distribuait l'année dernière à pareille époque et que j'avais bien envie de recommander à la spirituelle appréciation du feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux*. Cette amplification aquatique était, en effet, le sublime du genre, et je veux en dire deux mots, car vraiment elle ne doit pas périr. Il s'agissait d'une source du département du Loiret, à Vilaines-Saint-Aubin, dont l'eau, disait-on, avait été analysée par l'Académie; on oubliait d'ajouter que la Compagnie avait déclaré que ce n'était qu'une *eau potable*, eau qui paraît provenir d'un réservoir souterrain qui contient des animaux antédiluviens, eau unique qui guérit par frictions et par compresses les ophthalmies, le mal de dents, la morsure des animaux venimeux et les boutons cancéreux, dont un demi-verre coupe les fièvres qui ont résisté au *quinine*; enfin, écoutez lecteur, et vous nations soyez attentives! *Stupete, gentes!* Ceci est plus fort que la syphilisation « *par les bains locaux ou injections immédiates et réitérées environ une heure après* (après quoi?); *cette eau préserve de la syphilis* (1). »

Après un pareil spécimen, faites donc un article sur les eaux minérales!

Cependant si un homme parfaitement désintéressé a visité plusieurs fois dans l'espace de trente ans une source peu connue et qui mériterait de l'être, si récemment il a usé lui-même de ces eaux, s'il les a étudiées et s'il a cru y reconnaître une sorte de spécialité d'action dans certaines affections chroniques qui font le désespoir des médecins et des malades, n'est-ce pas un devoir pour lui de publier ce qu'il croit être la vérité, surtout quand il est à la fois médecin et malade?

Eh bien! c'est dans cette position que je me trouve vis-à-vis des thermes de Saint-Gervais; le saint qui a baptisé ces sources n'est pas mon patron, la nymphe qui verse l'onde salutaire ne m'est alliée à aucun degré, et je voudrais tout simplement faire aujourd'hui pour les eaux de Saint-Gervais ce que j'ai fait il y a vingt-cinq ans pour celles de Louesche, si peu connues alors en France, en publiant sur elles le premier ouvrage français qui eût été écrit depuis plus de cinquante ans.

Le village de Saint-Gervais est situé en Savoie, à quelques lieues de Genève, à l'une des extrémités du Mont-Blanc, à l'entrée de la célèbre vallée de Chamouni, à une élévation de 856 mètres (2,568 pieds, d'après Raymond) au-dessus du niveau de la mer. Les sources coulent au-dessous du village dans un vallon où roule un torrent, le *Bonnant*, qui provient de la fonte des glaciers du Mont-Blanc et fournit lui-même une excellente ressource thérapeutique.

Les eaux sont chaudes; et c'est bien le cas de leur appliquer la belle strophe du poëme sur les Alpes, par Haller, dans laquelle il fait ressortir le contraste de ces eaux brûlantes qui sortent d'une terre couverte de neiges éternelles. La chaleur des sources varie de 35 à 40° C.; une d'elles dépasse ce terme. Cette température est, pour moi, une très grande recommandation; car elle est suffisante pour les douches; elle est précisément convenable pour les bains; par conséquent, elle n'exige pas ces refroidissements par le temps ou l'addition d'eau froide, auxquels on est forcé de recourir pour les eaux dont la chaleur est plus élevée. J'insiste sur ce point; car j'ai fréquemment vérifié cette température, que j'ai trouvée constante, et parce que quelques détracteurs des eaux de Saint-Gervais disent, et m'ont dit à moi-même, qu'on était obligé de les faire chauffer.

Je tâcherai d'être bref sur la composition chimique de l'eau; mais je ne puis la passer sous silence. Le tableau suivant résume les analyses les plus récentes des quatre sources employées, faites par M. Bourne, chimiste de Genève, sous la direction du professeur Marignac.

100 grammes d'eau.	Source P. Laboisson	Source du Milieu.	Source du Torrent.	Source ferrugin.
Température.	39° C.	42° C.	39° C.	20° C.
Sulfure de chaux. .	0,00420	0,00501	0,02385	»
Carbonate de chaux.	0,17333	»	»	0,17166
Bicarbon. de chaux.	0,23133	0,23300	0,21130	»
Sulfate de chaux. . .	0,84208	0,86000	0,05600	0,87156
Carbonate de soude.	»	»	0,0-568	»
Sulfate de soude. . .	2,03492	2,00094	0,82162	1,97320
Chlorure de sodium.	1,60337	1,66274	1,79456	1,97320
Sulfate de potasse. .	0,06591	0,06218	»	0,08548
Chlorure de magnés.	0,11623	0,12267	0,12490	0,12486
Silice.	0,04250	0,04600	0,03700	0,04000 (Silice et Alumine)
Alumine.	0,00400	0,00400	0,00700	
Oxyde de fer.	»	»	»	0,00625
	5,14488	4,99153	5,04627	5,24621
Acide sulfhyd. libre.	0,00081	0,00159	0,00316	»

(M. Bourne a publié ses analyses en 1849, M. Grange, en les répétant, les a quelque peu modifiées. Ce sont ces derniers chiffres que donne le tableau. Je les prends dans une publication sur Saint-Gervais, *faite* en 1850.)

Dans un de mes séjours à Saint-Gervais, j'ai voulu apprécier par moi-même la quantité proportionnelle de l'acide sulfhydrique des différentes sources, et les résultats que j'ai obtenus avec le sulfhydromètre de Dupasquier ont concordé parfaitement avec ceux de M. Bourne. Seulement ces recherches personnelles m'ont fait remarquer un résultat qui m'avait échappé à la lecture des analyses; c'est que, dans les trois sources qui occupent les trois premières colonnes du tableau, la proportion de ce principe sulfureux va en doublant pour chacune: ainsi, en exprimant par 1 le soufre de la première colonne, celui de la deuxième est 2, c'est-à-dire double; celui de la troisième est 4. On peut vérifier que les chiffres de M. Bourne donnent exactement le même résultat, à quelques unités près: 81, 159, 316. Il est assez remarquable que cette progression se retrouve presque dans la même proportion pour le sulfure de chaux.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher ces analyses des eaux de la constitution géologique de la vallée; car, de même qu'on a dit que les eaux thermales sont des thermomètres qui traduisent à la

(1) Il y a des gens qui ont le malheureux privilége de gâter ce qu'ils touchent, et le rédacteur du prospectus a été assez habile pour salir une source dont l'eau était jugée par l'Académie pure et bonne à boire, comme si déjà ces qualités étaient si communes. Est-ce que l'autorité n'aurait pas le droit de sévir contre un pareil abus et contre l'usage qu'on fait du nom de l'Académie?

surface du sol la température des couches profondes, de même on peut dire que les eaux minérales sont des échantillons de la composition chimique des terrains qu'elles traversent.

La vallée des bains, très étroite et dirigée du sud au nord, est limitée à l'est et à l'ouest par des montagnes à pic couvertes de végétation, et dont la composition varie à droite et à gauche du torrent.

La paroi droite ou orientale est essentiellement formée de roches quarlzeuses contenant quelques roches de jaspe, et, dans une anfractuosité qui se trouve au milieu de l'avenue qui conduit aux bains, les eaux ont postérieurement déposé des schistes feuilletés, les uns argileux, les autres ferrugineux, lesquels, pour l'aspect et la couleur, rappellent exactement ceux qui composent les montagnes qui dominent le village de Spa.

La paroi gauche ou occidentale est essentiellement formée par des mamelons de chaux carbonatée magnésifère (dolomie), alternant avec des mamelons de chaux sulfatée légèrement teintée de rose par l'oxyde de fer.

On rencontre çà et là, dans la vallée, quelques blocs de granit qui ne lui appartiennent pas; ce sont des blocs erratiques du Mont-Blanc.

Raymond (*Carte minéralogique du Mont-Blanc*) indique une mine de plomb sulfuré près du village de Saint-Gervais.

De ce qui précède on peut conclure que la vallée appartient, par sa rive gauche, au terrain secondaire et, par sa rive droite, au terrain de transition. Or, on sait que le premier de ces terrains est ordinairement accompagné de mines de sel gemme; il se pourrait donc que ce fût là la source ou l'une des sources de quelques-uns des sels qui se trouvent dans ces eaux. En effet, on rencontre une source d'eau salée à *Moutiers*, au midi des bains, qui n'en sont séparés que par le *col du Bonhomme*.

Si la présence des chlorures s'explique par le voisinage d'une source salée, les principes sulfureux me paraissent s'expliquer aussi naturellement par l'existence de la chaux sulfatée.

D'après les idées généralement admises aujourd'hui sur la décomposition des sulfates par les substances organiques, il est probable que les eaux de Saint-Gervais sont en partie formées de cette manière. L'oxygène des sulfates réagit sur les matières organiques et s'unit à leur hydrogène pour former de l'eau. Le soufre reste combiné au sodium, au calcium, etc., à l'état de sulfure; mais une partie de ce dernier est décomposée. L'acide carbonique déplace l'acide sulfhydrique, qui reste en dissolution dans l'eau, et il se forme des carbonates.

Ces eaux seraient donc ce que M. Fontan a appelé des eaux sulfureuses accidentelles; et, en effet, elles réunissent les conditions que ce savant confrère leur attribue, et particulièrement celles de se trouver unies à des sources salines, de naître dans le terrain secondaire, de laisser dégager des acides carbonique et sulfhydrique unis à un peu d'azote, etc.

M. Bourne n'avait pas pu reconnaître d'iode dans les eaux de Saint-Gervais; mais M. Grange, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de ce corps, a constaté la présence d'iodures et de bromures alcalins.

Aujourd'hui qu'on a rencontré l'arsenic dans un si grand nombre de sources minérales, il m'a paru intéressant de rechercher si celles-ci en contenaient. J'ai fait avec tout le soin possible des recherches répétées avec l'appareil de Marsh, et je n'ai pu en découvrir aucune trace. Doutant de mon habileté, j'ai prié, M. J.-B. Dublanc, mon ami, de vouloir bien répéter ces essais, qui dans ses mains habiles n'ont pas donné plus de résultat (1).

Je ne sache pas que les eaux de Saint-Gervais aient été analysées au point de vue du zircone, du titane, du nickel et du cobalt, récemment trouvés par M. Henry (Académie de médecine, 29 juin 1852) dans l'eau de Neyrac (Ardèche), non plus que du manganèse qu'on rencontre assez fréquemment dans les eaux ferrugineuses, ni de la strontiane qu'on y trouve quelquefois.

Les eaux de Saint Gervais laissent dégager de l'acide sulfhydrique qui décompose le calcaire des parois des cabinets de bains et les revêt d'efflorescence de sulfate de chaux; on sait que le même phénomène se produit à Aix (2).

Enfin ces eaux contiennent abondamment de la glairine, qui n'apparaît pas au sortir de la roche, mais seulement au contact de l'air, et se dépose sous forme de plaques gélatiniformes d'un jaune grisâtre, qui sont un mélange de glairine et de soufre.

Propriétés médicales. — Les eaux de Saint-Gervais produisent les effets qu'on peut préjuger d'après leur composition chimique. Elles possèdent l'élément stimulant dans le soufre, tonique dans le fer, réparateur dans les sels laxatifs qui, en activant les sécrétions intestinales, activent d'autant le mouvement de recomposition moléculaire des organes.

L'expérience vient confirmer ces données théoriques, car les eaux réussissent dans les cas d'affections catarrhales des divers appareils, les maladies cutanées, où les sulfureux sont indiqués ainsi que contre les rhumatismes; dans les débilités, les affections scrofuleuses lymphatiques, la chlorate, l'anémie, où le fer convient, dans les engorgements des viscères abdominaux, les névroses de l'appareil digestif, l'hypochondrie, etc., dans lesquels on emploie avec succès les eaux laxatives.

Mais ce qui constitue surtout la spécialité d'action des eaux de Saint-Gervais tient probablement à cette association de principes minéralisateurs qui semblent se tempérer l'un par l'autre, et se trouvent correspondre à l'association de causes morbides diverses qui se trouvent souvent réunies chez le même sujet. En fait, ces eaux sont très faciles à supporter, même pour les sujets les plus irritables, car elles sont moins stimulantes que les eaux exclusivement sulfureuses, et elles sont moins purgatives que les eaux exclusivement salines.

Entre plusieurs personnes sur lesquelles j'ai basé cette observation, je citerai une dame, la comtesse M..., que j'avais vue à Aix quelques années auparavant, et qui avait été forcée d'interrompre les eaux, qui étaient beaucoup trop stimulantes pour elle. J'ai depuis revu cette dame à Saint-Gervais, où elle a pu sans difficulté faire une cure qui avait de beaucoup amélioré l'affection pustuleuse qu'elle portait à la face, et les eaux avaient rétabli la régularité des évacuations alvines, ce que n'avaient pu produire les eaux d'Aix.

Les autres réussissent, je dirai presque merveilleusement contre cette forme latente larvée de certains rhumatismes, dans laquelle l'affection ayant dépouillé ses caractères propres frappe les viscères et simule des altérations organiques. J'ai vu plusieurs de ces rhumatalgies, dans lesquelles les eaux, en faisant reparaître les douleurs à l'extérieur, restituaient à la maladie son véritable caractère.

Une autre action, qu'on pourrait dire spéciale aux eaux de Saint-Gervais, est celle qu'elle exerce sur le ver solitaire. Cette maladie, plus commune en Suisse et en Savoie que chez nous, se présente souvent sous une forme insidieuse, qui ne permet pas de la reconnaître. Les eaux expulsent tout ou partie de l'entozoaire, et je sais plusieurs cas dans lesquels des sujets se sont ainsi trouvés débarrassés de gastralgies et d'entéralgies jusque-là incurables, et dont on n'avait pas soupçonné la cause.

Les engorgements glandulaires se résolvent très bien sous l'influence des eaux. La belle-mère d'un des hauts fonctionnaires de la ville de Paris (M. de R.) portait au sein un engorgement ulcéré de nature suspecte; on avait jugé l'extirpation indispensable. Cette dame vint à Saint-Gervais il y a vingt-cinq ans. L'ulcération se cicatrisa alors, puis se rouvrit, et se ferma définitivement après plusieurs cures successives répétées les années suivantes. Cette dame est morte il y a environ deux ans à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

Mode d'administration. — Effets immédiats des eaux. — Les eaux de Saint-Gervais s'administrent en bains, en douches, en boissons, en vapeurs. Les bains sont mis en usage pour la plupart des malades; les douches sont administrées chaudes ou froides en colonne, en arrosoir, en pluie, en injections, etc. La boisson varie suivant les cas: le plus souvent, c'est l'eau laxative qu'on emploie; si l'indication existe, on prescrit l'eau ferrugineuse; enfin, chez quelques sujets disposés à la diarrhée, il est plus prudent de s'abstenir de toute boisson. Quelquefois l'eau stimule un peu vivement l'estomac; je suis persuadé que, dans ce cas, les malades se trouveraient bien d'user d'une précaution que j'ai souvent recommandée: c'est de la laisser refroidir avant de boire.

En général, quatre à six verres par jour, bus à un quart d'heure d'intervalle, suffisent. Au delà de trois garde-robes par jour, il est prudent de diminuer ou de suspendre. Le docteur Demey, directeur de l'établissement, ne permet pas qu'on boive dans le bain, il a remarqué que ces eaux ne passaient pas; elles doivent être prises avant ou après le bain, en faisant un peu d'exercice.

Souvent, au milieu de la cure, l'estomac devient languissant, la langue saburrale, l'appétit nul ou capricieux. Dans ce cas, on se trouve bien d'alterner l'eau minérale avec l'eau du torrent, qui par sa pureté (elle vient de la fonte de plusieurs glaciers du Mont-Blanc), son aération extrême (immédiatement au-dessus des bains, elle tombe en cascades successives d'une hauteur considérable) et sa température (6 degrés) rend promptement à l'estomac son ressort. J'ajouterai, à cette occasion, que les médecins de Genève ont fréquemment recours à un moyen analogue; car ils prescrivent souvent, pour unique médication de certaines névroses digestives, de constipation opiniâtre, la boisson de l'eau de l'Arve, rivière qui se jette dans le Rhône près de Genève, et qui, comme le *Bonnant*, provient de la fonte des glaces du Mont-Blanc.

En général, vers le quinzième jour de la cure, il survient un peu d'affaiblissement; il est bon alors de se reposer, pour reprendre jusqu'au vingt-cinquième ou trentième jour que doit durer la cure.

Ces eaux sont évidemment diurétiques, et, chez la plupart des malades, elles rendent les urines sédimenteuses pendant les quatre ou cinq premiers jours; elles favorisent d'une manière remarquable l'issue des graviers, qui cessent si on suspend l'eau, pour reparaître lorsqu'on la reprend.

Le docteur Bayle, qui a passé deux saisons aux eaux de Saint-Gervais, m'a dit, et M. Demey m'a confirmé, que ces eaux disposaient au sommeil. Cet effet m'a frappé; car on l'observe aussi à Vichy; et le docteur Petit, qui l'a observé, l'attribue à l'acide carbonique que contient l'eau de la boisson, ou à celui que les malades respirent dans le bain. L'explication pourrait être contestée, mais le fait paraît constant.

Ce n'est qu'accidentellement qu'on observe à Saint-Gervais cette éruption cutanée qu'aux eaux minérales on appelle *poussée* et qui est un effet si constant des eaux de Louesche qu'elle survient, comme j'en ai encore vu dernièrement plusieurs exemples, même chez les sujets qui ne les prennent qu'en boisson. J'ajouterai à cette occasion que cette singulière éruption va croissant d'intensité à mesure qu'elle se renouvelle par des cures successives. Un de mes amis, qui a usé onze fois des eaux de Louesche, a cessé d'y recourir de nouveau en raison de l'intensité des dernières éruptions.

On prend les eaux de Saint-Gervais depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre. Dans les Alpes, il arrive souvent que la fin d'août et le commencement de septembre sont pluvieux et qu'ensuite le temps se remet au beau jusqu'à la fin d'octobre. Cette observation a son importance; car s'il est utile aux personnes jeunes encore et vigoureuses de prendre les eaux de bonne heure afin que la belle saison favorise les effets consécutifs, d'un autre côté il peut être très profitable aux vieillards, aux valétudinaires, chez lesquels les bons effets de la cure s'épuisent rapidement, de prendre les eaux le plus tard possible afin d'en conserver plus longtemps le bénéfice contre l'hiver.

Quelques médecins, qui nient l'action des eaux minérales, prétendent rapporter exclusivement au déplacement, aux changements de régime et d'habitude les modifications survenues dans la santé. Cette opinion est évidemment exagérée; mais on ne peut disconvenir que ces circonstances accessoires n'exercent une grande influence: aussi serait-il à désirer que les malades ne retrouvassent pas aux eaux les habitudes, les séductions, les fatigues de la ville. Sous ce rapport, le séjour de Saint-Gervais est tout à fait privilégié; la vie qu'on y mène est calme comme la contrée: c'est la vie de famille dans un grand château, des jeux tranquilles, des promenades délicieuses et bienfaisantes, une société choisie suffisent aux baigneurs qui veulent sérieusement s'occuper de leur santé, et cette tranquille et gracieuse retraite de Saint-Gervais, à côté d'Aix avec ses jeux de hasard, son immense casino, ses bals monstres, ses concerts, etc., me semble faire pendant à Trouville à côté du tohu-bohu de Dieppe.

Je ne puis m'empêcher d'insister sur la pureté, la légèreté de l'air qu'on respire; il ne peut être indifférent qu'un Parisien, par exemple, accoutumé à vivre sur un sol élevé de 33 mètres au-dessus de la mer, habite pendant quelques semaines à une hauteur de 8 à 900 mètres. Les Suisses semblent attacher plus que nous de l'importance à ces grandes conditions hygiéniques. Un certain nombre de localités sont fréquentées par des malades qui vont prendre exclusivement ce qu'on peut appeler *un bain d'air*. Dans une de ces habitations les plus renommées, sur le Jura, près de Soleure, le Weissenstein (2,566 pieds d'élévation, précisément celle de Saint-Gervais), j'ai vu un musicien distingué, professeur de chant, qui depuis plusieurs années entretenait sa santé délabrée et sa voix par l'habitation de ce chalet pendant plusieurs semaines.

Enfin, je ne serais pas éloigné d'attribuer quelques propriétés à cette espèce d'atmosphère résineuse qu'on respire dans une vallée resserrée, couverte de conifères en végétation et dont les débris jonchent le sol.

Ici se termine ce que j'avais à dire sur Saint-Gervais. J'ai cherché à résumer les faits les plus importants qui concernent ses eaux; je me suis surtout étendu sur ce que m'ont appris mes études personnelles, et ce que les livres ne disent pas. Je livre avec confiance ces renseignements à mes confrères, et je ne crains pas que l'expérience vienne démentir les espérances que mon article pourrait inspirer à ceux qui seraient disposés à en tenir compte.

(1) Je profite de l'occasion que m'offre ce travail pour faire connaître que j'ai fait les mêmes recherches et sans plus de résultats sur les eaux de Louesche, que j'ai de nouveau visitées récemment. M. Dublanc a bien voulu encore répéter ces essais, et il n'a non plus trouvé aucune trace d'arsenic.

(2) Singulière et incessante transmutation des éléments! véritable métempsycose! Le sulfate de chaux rencontrant de l'eau et des matières végétales engendre de l'eau hydro sulfureuse, laquelle à son tour, laissant dégager de l'acide hydro-sulfurique au contact du calcaire, reforme ce même sulfate de chaux d'où l'eau est primitivement sortie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 août 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs formules contre la rage, et d'une note sur des corsets sans couture considérés comme hygiéniques.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Syphilisation.

L'Académie reçoit à ce sujet plusieurs lettres:

1° Une lettre de M. Sperino, déclarant qu'il n'est pas exact que des femmes syphilisées qui sortent du syphilicôme aient été refusées à la maison de refuge pour cause de reproduction des accidents syphilitiques;

2° Une lettre de M. Piedagnel qui donne des détails sur M. J..., dont il a été question dans les discours de MM. Depaul et Ricord, desquels détails il résulte que, pour lui M. Piedagnel, les pustules d'inoculation *qui existaient encore au moment de la mort*, sont bien la cause de l'érysipèle mortel de M. J...;

3° Une lettre de trois élèves externes des hôpitaux, de laquelle il résulte que les détails donnés par M. Depaul sur les phénomènes observés par M. Laval sont inexacts en plusieurs points, et particulièrement en ce sens que les inoculations qui n'ont pas réussi chez ce sujet n'avaient pas réussi chez d'autres, etc.;

4° Une lettre de M. Hugot, qu'on a pu lire dans notre numéro d'avant-hier.

Syphilis.

M. le docteur Seux, médecin de l'hospice de la Charité de Marseille, adresse un mémoire sur la transmission de la syphilis des enfants à leurs nourrices. (Commissaires: MM. Paul Dubois et Depaul.)

Huiles iodées et de foie de morue.

M. Champouillon adresse un mémoire sur les effets comparatifs des huiles iodées et de foie de morue.

Fièvre jaune.

M. Chabert, de la Nouvelle-Orléans, envoie un mémoire sur la fièvre jaune.

Harvey.

M. Fichel-Mayer fait présent à l'Académie d'un tableau représentant Harvey faisant à Charles Ier la démonstration de la circulation du sang.

Discussion sur la syphilisation.

La séance a été complétement occupée par deux discours de MM. Malgaigne et Ricord.

Nous publierons ces deux discours dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 9 et 16 août 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Nouvelles études chimiques sur le sang.

M. Thénard lit un rapport sur un mémoire de M. Lecanu, ayant pour titre: *Nouvelles études chimiques sur le sang*. Nous en extrayons ce qui suit:

L'auteur du mémoire se propose de résoudre les trois questions suivantes:

1° Le sang, d'après l'analyse microscopique, n'étant évidemment formé que de globules rouges ou brun-rouge tenus en suspension dans un liquide jaunâtre et limpide appelé sérum, est-ce dans les globules ou le sérum, ou tout à la fois dans ces deux liquides, que se trouve la fibrine?

2° Comment parvenir à séparer complétement les globules sanguins du sérum au milieu duquel ils nagent et roulent sans cesse pendant la circulation dans les animaux vivants?

3° Quelle est la composition chimique des globules sanguins?

L'auteur résout la première de ces trois questions d'une manière fort simple. S'étant assuré que le sulfate de soude en dissolution concentrée s'oppose à la précipitation de la fibrine et est sans action sur les globules du sang, il reçoit le sang à la sortie de la veine ou de l'artère dans de l'eau saturée de sulfate de soude à 12°, puis il filtre le liquide à travers le papier joseph: tous les globules restent sur le filtre. Le sérum, au contraire, tenant en dissolution toute la fibrine, passe à travers; et lorsqu'on vient à l'étendre de huit à neuf fois son volume d'eau, la fibrine s'en précipite tout entière en filaments gélatineux; il n'en reste point, ou il n'en reste tout au plus que des traces dans la liqueur filtrée.

Or, comme on verra tout à l'heure que les globules ne contiennent point de fibrine, il s'ensuit que cette substance ne fait partie que du sérum.

Mais comment séparer complétement les globules du sérum dans lequel ils sont tenus en suspension? Il suffira de les laver avec une solution saturée de sulfate de soude à la température de + 12°, pour enlever tout le sérum qui pourrait être adhérent à leur enveloppe. Déjà le sulfate de soude avait été employé pour opérer cette séparation. Mais, au lieu d'employer le procédé de M. Lecanu, on commençait par extraire la fibrine en battant le sang; puis, après avoir ajouté le sulfate de soude au sang battu, les globules en étaient séparés par le filtre.

Les globules sanguins contiendraient, suivant l'auteur, jusqu'à huit substances diverses:

1° De l'hématosine;

2° Beaucoup d'une substance qui a été signalée par Berzélius, MM. Gmelin et Mudler, et qu'ils ont nommée globuline;

3° Très peu d'albumine;

4° Une matière fibrineuse qui leur sert d'enveloppe;

5° Une matière animale dite *extractive* et soluble dans l'alcool et l'éther;

6° Une matière grasse;

7° Divers sels, au nombre desquels sont des chlorures, des phosphates et des carbonates alcalins;

8° De l'eau qui, sauf l'enveloppe, tient toutes ces matières en dissolution.

La propriété qu'a l'eau de dissoudre les globules, moins leur enveloppe, permet d'isoler celle-ci. Lorsque ensuite la liqueur filtrée est soumise à l'ébullition, l'hématosine, la globuline, l'albumine se coagulent; la matière dite extractive, les sels, la matière grasse restent au contraire en dissolution. De là les moyens de grouper les substances immédiates qui constituent les globules, et de les séparer ensuite en mettant à profit l'action qu'exercent sur elles les différents dissolvants. C'est ce qu'a essayé de faire avec soin M. Lecanu.

Parmi les diverses substances immédiates qui par leur réunion composent les globules sanguins, il en est qui méritent de fixer un instant l'attention de l'Académie.

Au premier rang est l'hématosine. Dans l'état où elle avait été obtenue par l'auteur en 1830 et 1837, elle contenait encore de l'albumine; M. Lecanu parvient à l'en séparer. Ainsi purifiée, l'hématosine, qui joue un si grand rôle dans l'économie animale, est soluble dans l'alcool concentré; elle se dissout même très facilement dans l'éther à la température ordinaire, en lui donnant une belle couleur rouge de sang, et s'en dépose par l'évaporation spontanée sous forme de petites lamelles d'éclat métallique de couleur améthyste, tout à fait semblables à l'argent rouge.

Vient ensuite la globuline, signalée, comme nous l'avons dit précédemment, par Berzélius, M. Gemlin et M. Mudler; M. Lecanu l'a mieux caractérisée et a démontré qu'elle constituait une grande partie des globules et ne faisait point partie du sérum; elle se distingue d'ailleurs de l'albumine, avec laquelle elle a de grands rapports, par la propriété qu'elle a de se dissoudre à chaud dans l'alcool à 20 degrés et de ne pas être précipitée par le sous-acétate de plomb.

La matière fibrineuse doit être aussi l'objet de quelques remarques: c'est elle qui forme l'enveloppe des globules sanguins et qui permet de concevoir comment il peut se faire que les globules soient si solubles dans l'eau et la teignent à l'instant en un beau rouge; tandis qu'ils ne colorent ni le sérum au milieu duquel ils nagent, ni l'eau saturée de sels et surtout de sulfate de soude. La cause en est évidente: c'est que la matière fibrineuse constitue une sorte de membrane imperméable soit au liquide albumineux, soit aux dissolutions salines; et si, quand on fouette le sang à la manière des bouchers, il reste coloré, c'est sans doute parce qu'on brise l'enveloppe des globules et qu'alors rien ne s'oppose plus à leur mélange avec le sérum.

Aussi, lorsqu'après avoir violemment agité le sang on abandonne le liquide au repos, la matière fibrineuse se dépose-t-elle en lamelles incolores, translucides, à reflets nacrés, flexibles et malléables au plus haut degré.

La substance dont elle se rapproche le plus et avec laquelle on serait tenté de la confondre est la fibrine. Cependant elle en diffère surtout par la résistance à l'action dissolvante de la potasse caustique. L'eau chargée d'un dixième de son poids d'alcali dissout, même à froid, la fibrine hydratée et ne dissout même pas l'enveloppe des globules à la température de l'ébullition.

Enfin, disons un mot de l'albumine des globules. N'est-il pas extraordinaire que les globules sanguins en contiennent si peu, lorsque le sérum dans lequel ils nagent en est presque entièrement formé, et ne serait-on pas autorisé à soupçonner qu'elle pourrait peut-être ne provenir que de ce que les globules en auraient absorbé une quantité sensible?

Quoi qu'il en soit, il ressort évidemment de ces observations que les matières animales qui composent le sérum sont essentiellement différentes de celles qui composent les globules sanguins.

Le sérum ne contient que de l'albumine et de la fibrine. Point de globulines, point d'hématosine.

Les globules sanguins ne contiennent au contraire que de l'hématosine, de la globuline; point de fibrine, peu d'albumine.

Tels sont les principaux faits qu'a observés M. Lecanu.

L'Académie décide que le mémoire de M. Lecanu sera imprimé dans le *Recueil de savants étrangers.*

Conservation des corps.

M. Blandet adresse une note relative à quelques expériences ayant pour but de conserver le sang. On sait que l'hyposulfite de soude et le chlorure de zinc se disputent l'avantage de conserver par injections les cadavres humains. M. Blandet a mis du sang dans une solution concentrée de l'un et de l'autre sel, et au bout de quinze jours, au contact de l'air, le sang sentait mauvais avec l'hyposulfite, quoique liquide et noir; le chlorure de zinc l'avait précipité sans mauvaise odeur. Il a expérimenté un autre sel, chlorure comme le sel de zinc, alcalin comme le sel de soude, le *chlorure de baryte*. Ce sel maintient le sang liquide, comme le sel de soude, et le conserve sans odeur, comme le sel de zinc.

La propriété du sel de baryte de rendre le sang imputrescible doit, suivant l'auteur, faire employer le sang saturé de baryte dans l'art d'embaumer les corps. La transfusion du sang sur les cadavres offrirait de grands avantages. Ce qui, ajoute M. Blandet, a nui généralement jusqu'à ce jour à l'adoption dans les familles des méthodes diverses d'embaumement, c'est l'aspect cadavéreux des sujets les mieux injectés. Les artères étant vides après la mort, la coloration rosée des tissus disparaît, et l'injection des liquides incolores ne peut pas la faire reparaître. Injectez au contraire du sang rendu imputrescible, et le double but de la conservation et de la recoloration des corps est atteint.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro de votre journal du 31 juillet dernier, vous ouvrez vos colonnes à un article qui me concerne, signé de M. Hugot, étudiant en médecine, adversaire très enthousiaste de la syphilisation.

Je dis que cet article me concerne. En effet, M. le rédacteur, je suis M. X... de la lettre de M. Hugot; je suis M. P... du rapport de M. Bégin; je suis l'*équation* du discours de M. Ricord; je suis M. Pagès.

Les explications qui vont suivre vous prouveront, M. le rédacteur, les erreurs matérielles qui résultent de mon observation décrite par M. Hugot avec l'entraînement dû à un zèle au moins exagéré.

J'ai trop de confiance dans votre loyauté et dans votre désir ardent de connaître enfin la vérité, pour n'être pas convaincu de l'accueil favorable que vous voudrez bien faire à ma juste rectification.

Etudiant en médecine comme M. Laval mon ami, j'ai suivi avec le plus grand intérêt les phénomènes de la syphilisation qui le conduisit, fatalement et sans l'apparence d'aucun symptôme constitutionnel, à l'immunité la plus absolue; et, soit dit en passant, j'assistai, comme tant d'autres, aux inoculations qui lui furent faites par M. Ricord, au nombre de sept, en plein hôpital du Midi, et j'affirme, moi, que, selon M. Ricord lui même, elles produisirent toutes des résultats complétement négatifs.

Témoin de la syphilisation de M. Laval, syphilisation qui affirmait dans toutes ses phases les lois formulées par le maître, M. Auzias-Turenne; témoin d'autres faits aussi concluants, je fus convaincu.

Dès lors, ainsi que je l'ai écrit et publié, dans le but de venir en aide à la doctrine et à la science, j'offris à la syphilisation une nature vierge de toute espèce d'infection. Après avoir vaincu sa résistance et ses scrupules par mes instances réitérées, M. Auzias-Turenne commença ma syphilisation préventive. Tous mes chancres d'inoculation, comme ceux de M. Laval, suivirent la marche indiquée par la méthode; aucun ne s'indura; car aussitôt que l'induration commençait à se manifester, elle disparaissait spontanément sous l'influence de quelques nouvelles inoculations.

Au début, ma santé n'éprouva d'autre modification que celle résultant d'un accroissement d'appétit, que je pouvais satisfaire impunément.

M. Ricord, qui condamne aujourd'hui avec tant de violence et à mon grand étonnement la pratique des inoculations, n'hésita pas cependant à accepter l'offre que je lui fis de continuer celles dont j'avais besoin pour conquérir l'immunité, but de mes persévérants efforts.

Voici le tableau sincère, fidèle, exact, des inoculations que je dus à sa lancette prodigue sans doute, mais, dans ma pensée, ni ignorante, ni perfide assurément:

17 janvier 1852		4 inoculations.
19	—	plusieurs.
24	—	plusieurs.
7	février	inoculation d'un pus de chancre phagédénique faite par M. Musset, interne de M. Ricord. *Elle fut négative.*
10	février	1 inoculation.
18	—	plusieurs.
24	—	4 inoculations.
26	—	1 inoculation à l'empreinte deltoïdienne du bras droit, qui produisit le chancre induré dont il va être parlé.

De toutes ces inoculations, dont le nombre dépasse 40, trois, y compris le chancre induré, donnèrent seulement un résultat positif.

M. Ricord, remarquant que les cicatrices de mes chancres antérieurs n'avaient laissé aucune trace d'induration, voyant l'insuccès pour ainsi dire continuel de ses propres inoculations (insuccès dû à mon état déjà avancé en syphilisation), se crut autorisé à me dire, ce qu'il me répéta à satiété, à savoir: « que la nature m'avait » refusé l'aptitude au chancre induré, et que j'étais par conséquent » réfractaire, *à priori*, à la vérole constitutionnelle. » Néanmoins, l'inoculation du 26 février s'indurait visiblement... Inquiet, je consultai M. Auzias, qui n'avait plus pris de part à ma syphilisation, confiée exclusivement à M. Ricord à partir du 17 janvier. M. Auzias constata l'induration, et, pour la faire disparaître, me pressa de multiplier le chancre en pratiquant au plus vite de nouvelles inoculations. De son côté, M. Ricord persista à soutenir avec la plus grande énergie que le chancre n'avait aucun caractère d'induration et qu'il était tout simplement *dur*. En présence d'une aussi formelle contradiction, malgré la confiance suprême que je n'ai jamais cessé d'avoir dans les lumières de M. Auzias-Turenne, je résolus, pour continuer mon œuvre d'expérimentation et de dévouement, de laisser se décider naturellement cette grave question, m'exposant ainsi, dans le cas d'une erreur de M. Ricord, et selon les affirmations de M. Auzias, à contracter une vérole constitutionnelle, dont les accidents ne pouvaient être en définitive qu'impuissants et de courte durée.

Cependant le chancre *dur* de M. Ricord était bel et bien un chancre induré, et je dus en subir les conséquences.

Je conçois toute la gravité de cette assertion, j'en accepte toute la responsabilité; aucune considération ne pourrait ni m'imposer un silence coupable, ni me faire mentir à ma conscience. Mêlé à ces débats malgré moi, j'en comprends toute la portée. J'affirme donc sur mon honneur, sans passion comme sans crainte, que les faits que je viens de retracer ici sont l'expression de la plus scrupuleuse vérité. Quelle n'a pas dû être mon émotion en entendant M. Ricord prononcer du haut de la tribune de l'Académie de médecine ces étranges paroles: « L'autre syphilisé qu'on faisait égale» ment voir (c'est de moi qu'il est question), *et auquel j'avais prédit » une vérole constitutionnelle, a vérifié la prophétie.* »

Je ne sais si je dois remercier M. Hugot de l'intérêt si vif qu'il paraît prendre à ma santé; s'il est sincère, qu'il se rassure!..., car le terrible lombago qui disparut si vite à l'aide de simples et modestes frictions conseillées par M. le docteur Bégin, et pratiquées consciencieusement, il faut bien le dire, par M. Hugot lui-même, n'avait nullement pour cause mon état syphilitique, mais bien une façon de course au clocher exécutée par mes jambes avec la vélocité d'un cheval de course pour arriver à temps et à heure déterminés là où M. Hugot exerçait les fonctions de suppléant. Cette circonstance, il est loin de l'ignorer. Qu'il se rassure! car les accidents constitutionnels grossis par lui démesurément et à plaisir, sans doute, sont disparus depuis longtemps et sans espoir de retour. Qu'il se rassure enfin! car je suis aujourd'hui l'homme vigoureux qu'il a connu, sans me croire obligé d'accepter, toutefois, les éloges par trop flatteurs qu'il adresse aux formes athlétiques de ma constitution.

Maintenant, M. Hugot, croyez-moi, soyez plus modeste, ne condamnez pas sans merci et avec une autorité que vos études, je le crains, sont loin de pouvoir justifier, des doctrines que, malgré vos conseils et vos prévisions, l'Académie se donne la peine de discuter, et qui sont jugées dignes du plus consciencieux examen par des hommes, nos maîtres à tous, qui se nomment: *Malgaigne, Depaul, Marchal (de Calvi), Sperino, Seutin, Diday, Auzias-Turenne et tant d'autres.*

Un dernier conseil: Quand vous voudrez prêter votre appui, quelque faible qu'il soit, à une discussion scientifique quelconque, soyez sincère, soyez vrai; voyez quelle énormité vous avez commise en affirmant que ma *syphilisation* était d'autant plus concluante qu'elle avait été faite par la main et sous l'œil du maître!... Serait-ce M. Ricord que vous avez voulu désigner?

J'ai l'honneur etc.

PAGÈS,
Elève en médecine.

Chronique et nouvelles.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Malle, chirurgien-major de 1re classe, agrégé de la Faculté de Strasbourg, ex-chirurgien en chef des hôpitaux militaires d'Alger et de l'armée d'Italie, etc.;

Auteur d'un traité de médecine opératoire justement estimé et beaucoup moins connu qu'il ne le mérite, d'un volume sur la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, de plusieurs thèses et mémoires sur divers sujets de médecine, de chirurgie, de physiologie, etc.

Les obsèques ont eu lieu aujourd'hui.

Nous reproduirons les paroles pleines de dignité et de cœur prononcées par M. Michel Lévy au nom de M. Bégin, empêché par une indisposition de remplir lui-même cette mission.

Plusieurs officiers de santé des grades supérieurs assistaient à cette solennité, entre autres MM. Vaillant, Larrey, Hutin, Lacauchie, etc., etc.

— *Un incendiaire de quatorze ans.* — Nous publions comme un fait physiologique digne de l'attention des hommes qui s'occupent spécialement d'aliénation mentale, le résumé d'une accusation d'incendie jugée devant les assises de la Seine.

L'accusé est petit pour son âge, son front est étroit et ses yeux renfoncés. Il est vêtu proprement. Il appartient à une très honnête famille d'ouvriers du faubourg Saint-Antoine, et on ne peut attribuer d'autre motif à son crime qu'une sorte de monomanie ou d'idée fixe.

A l'audience, il répond avec sang-froid, et ses yeux restent secs, même en présence de son père et de sa mère, qui, eux, versent des larmes.

M. l'avocat général Croissant soutient avec énergie l'accusation. L'accusé étant âgé de moins de seize ans, la question de discernement devait être posée au jury. M. l'avocat général demande que le jury réponde affirmativement sur cette question et que le jeune Pascelot supporte toute la responsabilité de son crime.

Me Calmels soutient que son jeune client est en proie à une monomanie qui ne lui permet pas le libre usage de sa raison, d'ailleurs à peine formée; en conséquence, il demande que l'accusé soit rendu à ses parents.

Après le résumé de M. le président Poinsot, le jury entre dans la salle de ses délibérations et revient avec un verdict affirmatif sur la question d'incendie, et négatif sur la question de discernement.

La cour, usant du droit que lui accorde l'article 66 du Code pénal, a déclaré Pascelot acquitté de l'accusation dirigée contre lui, mais en même temps ordonné qu'il serait élevé et détenu dans une maison de correction jusqu'à l'âge de vingt ans.

Organisation du personnel de santé militaire.

5e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE METZ.

Médecins. — MM. Scoutetten, principal de 1re classe; — Finot, principal de 2e classe; — Grellois, Vatette, majors de 2e classe; — Larrivière, Vallin, Gueury, aides-majors de 1re classe; — Demenou, aide-major de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Dieu, principal de 2e classe; — Thomas, dit Collignon, major de 1re classe; — Metge, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Leroy, Sagne, Müller, Scoutetten.

HÔPITAL DE BITCHE.

Médecins. — MM. Calvet, major de 1re classe; — Miramont, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Poincelet, aide-major de 2e classe.

HÔPITAL DE LONGWY.

Médecins. — MM. Maillefer, aide-major de 1re classe; — Fleury, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Hallemès, aide-major de 1re classe.

HÔPITAL DE THIONVILLE.

Médecins. — MM. Méry, principal de 2e classe; — Bertrand, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Claude, major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Mathieu.

HÔPITAL DE SARREGUEMINES.

MM. Bernier, aide-major de 1re classe; — Mangis-Lasseignoure, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Jacob, aide-major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Jacquemart.

HÔPITAL DE NANCY.

Médecins. — MM. Leclerc, principal de 2e classe; — Chatelain, major de 1re classe; — Castex, aide-major de 1re classe.

Pharmaciens. — MM. Demonts, major de 1re classe; — Lanlenois, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Toussaint, Ferru, Bal.

HÔPITAL DE PHALSBOURG.

Médecins. — MM. Chevalier, major de 1re classe; — Devineau, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Levy, major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Gorvel.

HÔPITAL DE MONTMÉDY.

Médecins. — MM. Collin, major de 2e classe; — Potier Duplessy, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Ditte, aide-major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Jailliot.

Bulletin bibliographique.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme.* Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Névrologie ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic HIRSCHFELD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. LEVEILLÉ, dessinateur. — 9e livraison. Paris, 1852, in-4°, figures noires, prix, 5 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant,
Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 99. — SAMEDI 21 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 99. — SAMEDI 21 AOUT 1852

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en treites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois..... 16 » Un an...... 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — Note sur un nouvel instrument pour l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle. — Académie de médecine (addition à la séance du 17 août.)

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT

pour l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle.

Par le docteur S. Furnari.

Quoi de plus simple, dira-t-on, que l'aiguille de Scarpa et de Dupuytren pour abaisser le cristallin, que la curette de Daviel, les couteaux de Wenzel et de Richter pour l'extraire? Simplifie-t-on une méthode en multipliant et en compliquant les instruments destinés à la pratiquer? Cette objection serait très fondée, si toutes les cataractes étaient de la même nature, si elles avaient la même consistance et le même degré d'adhérence à l'iris; mais il n'en est pas ainsi, et pour ne parler que de cette dernière complication, ne sait-on pas que sur dix opérations de cataracte par abaissement il y a au moins trois cataractes secondaires qui résultent de fragments capsulaires restés adhérents, et que les aiguilles ordinaires n'ont pu détacher?

Notre nouvel instrument n'a d'autre but que d'éviter cet inconvénient; c'est une *aiguille-pince* pouvant servir pour la cataracte primitive et pour la cataracte secondaire; cette aiguille, supportée par un manche en ivoire, n'a pas plus de volume que celle de Scarpa. Elle est formée d'une tige se terminant par deux branches parfaitement égales, dont les extrémités réunies constituent une lance légèrement courbe. Au bord interne des branches il y a des aspérités ou dents destinées à saisir les parcelles opaques; une gaîne partant de l'intérieur du manche accompagne l'aiguille jusqu'à la base de sa lance.

L'instrument fonctionne à l'aide d'un nouveau mécanisme renfermé dans le manche; ce mécanisme se compose d'une boîte intérieure dans laquelle sont logés la bascule à engrenage, la canule et le ressort. Ces trois pièces sont solidement ajustées ensemble. En appuyant sur la bascule on fait rentrer la gaîne dans le manche; alors l'aiguille, abandonnée à elle-même, se sépare en deux, saisit et déplace les corps opaques qui obstruent le champ de la pupille, et lorsque le pouce abandonne la bascule, la tube remonte par la force du ressort logé à l'intérieur et fait rapprocher les branches de l'aiguille, qui forment une véritable pince.

Contrairement à ce qui existe dans les autres instruments employés jusqu'à ce jour, ici l'avantage est qu'on ouvre le mécanisme en appuyant sur la bascule et que dans les autres on le ferme; dans les premiers, l'instrument est constamment ouvert, et il faut exercer une pression continuelle sur la bascule pour le fermer; dans ce dernier, il est constamment fermé, et il ne s'ouvre dans l'œil qu'à volonté et dans les cas compliqués où l'on a besoin d'une pince. C'est là, en effet, l'idée nouvelle de l'instrument; il s'ouvre et fonctionne par un mouvement direct et non pas à l'aide d'une force soit de recul, soit de projection. Lorsqu'il en est ainsi, il y a un inconvénient grave, car, le chirurgien ne pouvant agir directement, il lui est difficile de coordonner avec exactitude ses mouvements et d'éviter dans tous les cas de blesser l'iris ou la cornée.

Dans les cas de cataracte simple, l'instrument fonctionne comme une aiguille ordinaire, avec cette différence que, sa lance pouvant, selon la volonté du chirurgien, prendre dans l'œil un certain développement et s'appliquer sur une grande partie de la surface du cristallin, le déplacement et le broiement du corps opaque deviennent plus prompts et plus faciles. En effet, si le cristallin se fragmente et qu'il ne puisse pas être abaissé en masse pendant les mouvements de rotation et d'avant en arrière que lui fait subir l'aiguille, on pourra l'écraser en le comprenant entre les branches de la lance; il en est de même des lambeaux capsulaires, opaques ou non, qu'on pourra facilement saisir, rouler autour de la lance et extraire en retirant l'instrument.

L'aiguille-pince trouve naturellement son application générale dans les cataractes secondaires, soit qu'elles proviennent des fragments capsulaires restés dans le champ de la pupille, soit des détritus du cristallin et de sa capsule. Dans ces cas, il est facile de comprendre qu'une aiguille-pince est préférable à la pince à coulant, dont la première idée appartient à Hunter; ces pinces, le serre-tête de M. Desmarres surtout, quelque simples et ingénieuses qu'elles soient, n'ayant pas de tranchant à leur extrémité, nécessitent une ponction de la coque oculaire avec un instrument tranchant avant de les faire manœuvrer dans l'intérieur de cet organe; notre aiguille-pince, remplissant cette double indication, n'a pas le même inconvénient. La principale difficulté à vaincre, c'était de faire une aiguille séparée par le milieu et, malgré le petit volume de la lance, malgré la jonction des deux branches à leur extrémité, d'obtenir une pointe lisse, acérée et solide pour faire la ponction aussi facilement que si la lance et la pointe étaient d'une seule pièce. Ce qu'il y a de plus important, c'est que, malgré la multiplicité des pièces qui composent cet instrument, il n'est ni plus lourd, ni plus volumineux que les aiguilles ordinaires, grâce au fabricant M. Mathieu, dont le zèle et le bon vouloir égalent l'habileté dans la mécanique chirurgicale.

On peut rendre le mécanisme de cette aiguille plus simple en supprimant le ressort extérieur et en la faisant manœuvrer comme l'aiguille de Baratta et de Luzardi avec un coulant à rondelle placé à la partie supérieure du manche, le mécanisme des pièces intérieures restant toujours le même; cependant nous préférons le ressort, parce qu'il donne plus de force de pression à l'instrument, empêche le chevauchement des branches et saisit plus solidement les corps opaques, ce qui est très important dans les cataractes dures ou dans les fausses membranes, qui, chez les vieillards surtout, prennent une consistance presque cornéenne. Les opérations que nous avons faites avec l'aiguille-pince et les résultats que nous avons obtenus nous font espérer qu'elle sera, sinon adoptée, du moins essayée par les praticiens.

Voulant faire une application plus générale du mécanisme que nous venons de décrire, nous avons imaginé un *couteau-pince* destiné à l'extraction de la cataracte et à l'opération de la pupille artificielle. Ce couteau, composé, comme l'aiguille, d'un mécanisme identique, renfermé dans un manche ordinaire, se termine par un corps de tranchant formé d'une lame mobile articulée à sa base, et venant s'appuyer sur le dos d'une lame fixe avec laquelle il forme un couteau de Richter se terminant par une aiguille-pince droite. Une double rainure pratiquée dans l'épaisseur interne des deux lames est destinée à en empêcher le chevauchement. La manœuvre de ce couteau dans la méthode par extraction est très facile à exécuter. On fait une ponction à la cornée au lieu d'élection, et l'on porte directement la pointe du couteau sur le cristallin pour déchirer la capsule; une légère pression du pouce sur la bascule fait ouvrir l'instrument, dont l'extrémité saisit quelques fragments capsulaires. On se hâte immédiatement après, sans retirer l'instrument de l'œil, de pratiquer la contre-ponction selon les règles générales de cette méthode. Une légère pression sur le globe suffit pour faire sortir la lentille. Dans le cas contraire, à l'aide d'une curette-pince fermée on déplacera le cristallin, et s'il y a des lambeaux adhérents de capsule, on les retire en ouvrant la curette.

Nous n'avons pas cru nécessaire de donner ici le dessin de ce dernier instrument; c'est un curette plus mince, plus creuse et plus recourbée que celle de Daviel, mais séparée en trois branches percées de trous formant pince à volonté à l'aide du mécanisme intérieur susindiqué. Cet instrument a quelque analogie avec la pince à double bascule que nous avons décrite, en 1841, dans notre *Traité des maladies des yeux*. Fermée, la nouvelle curette est très polie et n'offre aucune rugosité; ouverte, elle constitue un excellent moyen de prise et de dégagement à cause de ses trois branches et des petites griffes dont elles sont pourvues. Enfin, on pourrait utiliser notre nouveau mécanisme en le surmontant d'une petite paire de ciseaux, du crochet double de Beer, etc.

Pour ce qui concerne la pupille artificielle, il est facile de comprendre que l'aiguille et le couteau-pince, que nous venons de décrire, seront d'une grande utilité dans les différentes méthodes proposées pour cette opération, et surtout lorsqu'on voudra pratiquer la corétomie et la corectomie.

Fig. 1. Aiguille-pince ouverte pour l'opération de la cataracte et pour extraire les fragments capsulaires dans les cataractes secondaires. — Fig. 2. Aiguille-pince fermée. A, lance de l'aiguille. B, bascule à engrenage mettant en mouvement le mécanisme intérieur. — Fig. 3. Couteau-pince ouvert pour l'extraction de la cataracte et l'opération de la pupille artificielle. A, lame articulée mobile et lame fixe se terminant par une aiguille-pince. B, bascule pour le mécanisme intérieur. — Fig. 4. Couteau-pince fermé.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 AOUT 1852.

Discussion sur la syphilisation.

M. Ricord. Messieurs, mon intention bien formelle était de ne plus prendre la parole dans une question qui me paraît aujourd'hui jugée par tous les bons esprits; j'avais eu soin, à dessein, d'éviter tout ce qui n'était que personnel dans une question où il s'agit de science et non de personnes; mais un malheureux concours de circonstances a porté le dernier orateur de la précédente séance à insister sur ces attaques personnelles et à mettre en question la valeur de certains faits que j'ai rapportés.

Vous avez voulu, messieurs, que la discussion continuât; il faut que vous ayez la bonté de me prêter encore un peu d'attention pour pouvoir juger la valeur de ces faits, et si vous voulez bien le permettre, de leur moralité.

Je vais donc vous reparler un peu des animaux.

Ne craignez pas cependant que j'en recommence l'histoire tout entière. Je n'abuserai pas de votre patience à ce point-là.

Je demanderai seulement, à propos de la chatte dite affectée de syphilis constitutionnelle, à notre jeune collègue de la section d'accouchements, s'il connaît toutes les causes d'avortement chez les chattes, et s'il n'y en a pas d'autres que la syphilis; s'il connaît aussi assez bien les maladies de leurs nouveau-nés pour faire à coup sûr un diagnostic différentiel qui n'a pu être rigoureusement déterminé dans cette enceinte, du *pemphygus neo-natorum*; car si le nom n'a pas été dit, on a donné du moins à entendre que l'un des petits chats en était affecté au moment de sa naissance, qu'il avait un soulèvement d'épiderme auquel il n'en manquait que le nom.

Dans tous les cas, c'était une belle occasion de continuer à syphiliser cette chatte pour lui assurer de meilleurs descendants.

Ne craignez pas, messieurs, que je vous parle du chien de l'hôpital Saint-Louis; vous me permettrez, vous m'ordonnerez même de couvrir ce fait d'un voile très épais. Il n'eût pas, du reste, été très difficile à commenter.

Revenons aux singes, ou plutôt au singe de M. le docteur Langlebert, dont on vous a si pompeusement étalé l'histoire. Eh bien! CETTE HISTOIRE A ÉTÉ VOLONTAIREMENT TRONQUÉE et très légèrement acceptée.

La voici d'ailleurs écrite tout entière par M. le docteur Langlebert lui-même, qui, avec une franchise qui l'honore, est venu spontanément me l'offrir dans l'intérêt de la vérité.

« Monsieur et très honoré confrère,

» J'aurais désiré rester complétement étranger aux débats qui s'agitent devant l'Académie de médecine; mais, puisque mon nom a été prononcé dans la séance dernière, je me dois à moi-même, et je dois plus encore à la vérité, de compléter une observation dont la *moitié* seulement a été livrée *malgré moi*.

» Voici cette observation, que je vous prie de vouloir bien présenter à l'Académie.

» Au mois de juin 1850, voulant vérifier par moi-même et devant mes élèves les résultats de transmission du virus syphilitique de l'homme aux animaux, je me procurai un singe macaque âgé de deux à trois ans.

» Trois inoculations furent faites; deux derrière l'oreille gauche et l'autre derrière l'oreille droite de l'animal. Elles furent suivies de trois ulcérations qui durèrent environ vingt jours. La cicatrice de l'une d'elles présenta une petite dureté qu'on regarda comme une induration spécifique, mais qui me parut tenir au tissu inodulaire.

» Jusqu'au mois d'avril 1851, c'est-à-dire pendant dix mois, l'animal n'avait présenté aucun signe d'infection générale, lorsqu'à cette époque je découvris sur son dos, vers la région lombaire, *là où portait la ceinture*, deux petites croûtes qui, au premier abord, me parurent de nature suspecte. (Je passe sous silence une légère conjonctivite dont l'animal fut atteint vers cette époque, et qui ne dura que quarante-huit heures.)

» J'en prévins l'auteur de la syphilisation, qui pria MM. Cazenave et Gibert de venir examiner l'animal. De mon côté, j'invitai M. Cullerier à en faire autant. M. Cazenave, en présence de ces deux petites croûtes, déclara que si, on les lui montrait sur le cuir chevelu, il n'hésiterait pas à les regarder comme syphilitiques, mais qu'il ne connaissait pas assez la physionomie des affections cutanées chez le singe pour oser se prononcer d'une manière positive. M. Gibert resta dans le doute le plus complet. Quant à M. Cullerier, il n'hésita pas à affirmer que les croûtes n'étaient pas de nature syphilitique. Je continuai à observer très attentivement l'animal, et voici ce qui arriva: Deux ou trois jours après la visite de mes savans confrères, les croûtes étaient tombées sans laisser aucune trace, et nulle autre ne reparut depuis. Vers le milieu du mois de juillet, j'inoculai de nouveau mon singe derrière l'oreille droite pour essayer du pus d'un chancre que je voulais inoculer sur moi-même, dans un autre but que la syphilisation. Il survint encore un chancre qui dura cinq semaines. Ce chancre ne s'indura pas, et depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'un an, l'*animal n'a présenté aucun symptôme de vérole constitutionnelle.*

» Cette observation, comme on le voit, démontre que le virus syphilitique peut agir *localement* chez le singe comme chez l'homme; mais là se bornent les conséquences qu'on peut en tirer.

» Agréez, etc. E. Langlebert.

» 12 août 1852. »

J'ai à présenter quelques considérations sur la petite dureté de l'ulcère du singe que l'on prit pour de l'induration.

Les syphilisateurs, vous le savez, messieurs, ont une grande tendance à trouver partout l'induration spécifique. Le moindre engorgement, le plus petit empâtement, la plus légère dureté suffit pour cela. Il leur importe surtout de montrer cette induration chez les animaux. Je l'ai nié jusqu'à présent et je le nie encore, malgré le fait d'anatomie pathologique de mon savant ami M. Diday.

Sans doute l'induration spécifique est une des productions morbides les plus riches en tissu fibro-plastique, ce qu'a démontré

un de mes élèves distingués, M. le docteur Acton, qui vient de publier en Angleterre un ouvrage très remarquable sur les maladies vénériennes.

M. Acton est arrivé à ces résultats par des recherches microscopiques, dont il a donné les détails précis dans la *Lancette* anglaise bien avant qu'on en fît la découverte à Paris.

Mais est-ce à dire que le tissu fibro-plastique soit un signe pathognomonique du chancre infectant? Non, sans doute : c'est une production morbide commune à plusieurs maladies et qui ne présente rien de spécial dans la syphilis.

Vous savez combien on a insisté sur l'ophthalmie *chronique* du singe de M. Langlebert; c'était encore là une lésion due à la syphilis constitutionnelle. Eh bien! cette chronicité a été de *quarante-huit heures!* Il faut convenir que les maladies chroniques ne sont pas de longue durée chez les singes.

Je n'ai rien à ajouter à cette lettre au point de vue de la syphilis constitutionnelle. Quant aux accidents locaux, je vous ai dit ce que j'en pensais. On s'efforce de ne pas comprendre ce que j'entends par terrain de transplantation, et moi j'insiste pour expliquer ce que cela signifie. Cela veut dire, une fois pour toutes, que la syphilis n'est pas une affection naturelle aux animaux, qu'elle peut être momentanément transplantée sur eux, mais qu'elle se borne à sa manifestation locale la plus simple, sans que jamais l'art ait à intervenir. Il ne survient jamais la série des autres accidents qu'on observe chez l'homme.

Un mot maintenant sur M. Laval.

Je ne viens plus vous entretenir de ce que j'ai observé moi-même; le reste regarde mes élèves; c'est à eux de répondre, et ils ont répondu.

Mais ce que vous entendrez avec étonnement, c'est une lettre que je vais vous lire. Elle est de M. le docteur Lindemann :

« Cher maître,

» La tournure que la question de la syphilisation a prise au sein de l'Académie me force moralement de vous communiquer un fait qui pourrait être de nature à éclairer beaucoup d'esprits; ce fait, le voici :

» Il y a à peu près un mois, M. Laval, que je rencontrai par hasard dans la rue, me montra sur son bras gauche la cicatrice récente d'un chancre qui avait eu tout au moins la grandeur d'une pièce de cinq sous. M. Laval eut la franchise d'ajouter que, si l'année passée il avait paru syphilisé, cela n'avait dépendu que de l'impuissance du pus qu'on avait employé pour l'inoculation, mais qu'il n'avait jamais été dans l'immunité contre le virus chancreux.

» Agréez, etc. LINDEMANN.

» Paris, 15 août 1852. »

Nous voici arrivé à l'observation de M. J.... Le peu de mots que je vous en ai dits étaient l'expression des renseignements qui m'avaient été fournis par la jeune fille qui connaissait intimement M. J....

Quant à ce qui a rapport à la mort du malade, c'est l'opinion de notre très honorable confrère M. Piedagnel que je vous ai communiquée. On aurait dû me savoir gré de la réserve que j'ai mise. Du reste, voilà l'histoire plus détaillée de ce jeune homme écrite par un de ses amis, M. Roby, élève externe des hôpitaux dans le service de notre très honorable collègue M. Velpeau :

« On vous fait un crime, monsieur, d'avoir sévèrement flétri la doctrine de la syphilisation à propos d'un fait sur lequel vous me demandez des détails.

» Je dois à ma conscience, à la vérité de compléter autant que cela m'est possible l'observation de M. J..., mon malheureux ami.

» Mais n'est-il pas étrange que l'auteur de la syphilisation n'ait point songé de lui-même à publier une observation qui paraît favorable à son système? Pense-t-il que son dossier soit déjà trop volumineux ou plutôt n'est-il pas convaincu qu'un cas de ce genre devait à tout jamais rester enseveli dans les mystères de son cabinet?

» Je sais que, bien avant la campagne de la syphilisation en France, M. J... cherchait et m'avait demandé un traitement prophylactique contre les accidents primitifs, et qu'il fut le premier à me parler de M. Sperino et de ses élèves.

» Je sais qu'avant de se soumettre aux vaccinations virulentes, et à une époque où MM. Miallet et Guilbert n'étaient pas à Paris, il me montra un érythème fort simple qu'il prenait pour des manifestations secondaires; quelques étudiants en droit le confirmèrent dans cette idée. *Ces accidents ne durèrent que trois jours.*

» Qu'après plusieurs mois de syphilisation, il se crut en effet désormais à l'abri de tout accident. Dans cette certitude, il vit une femme plus que suspecte et contracta un chancre. Ce chancre fut *cautérisé par le maître!*

» Qu'après s'être soumis de nouveau à des inoculations faites avec un virus plus énergique, il tomba, deux mois avant sa mort, dans un état de chloro-anémie tel qu'en le voyant pâle et décoloré, atteint de fièvre quotidienne, redoutant le contact le plus léger des objets extérieurs, ses amis prévoyaient un malheur qu'ils ne croyaient pas si prochain.

» Telle est la série des faits dont je fus le témoin. J... fut pris d'un érysipèle qui a déterminé sa mort. Mais ne portait-il pas encore au bras des chancres en suppuration?

» Enfin, je dois vous dire, en terminant, que, de leur propre aveu, les auteurs de la lettre, qui a été lue dans la séance précédente, ne se soumettront jamais à la médication syphilisatrice; si ce n'est là le courage du professeur, c'est du moins un effet de la conviction à laquelle ils sont arrivés par l'observation attentive de leur ami M. J... Je dois ajouter aussi que ces messieurs avaient fait part à M. Depaul de la conviction où ils étaient que la syphilisation avait eu chez leur ami les résultats les plus fâcheux. Cependant ceux qui vous reprochent de n'avoir pas une observation complète n'auraient pas dû oublier cette partie importante de l'observation qu'on leur avait communiquée, et qu'ils ne connaissaient pas autrement.

» Agréez, etc. » FR. ROBY. »

J'ai à ajouter à cette histoire des particularités de la consultation que M. Piedagnel m'a racontés devant M. Giraldès.

M. Piedagnel fut appelé pour voir M. J..., affecté effectivement d'un érysipèle. Un confrère, que M. Piedagnel ne connaissait pas, se trouvait auprès du malade, dont on ne lui montrait que la poitrine. Mais voulant savoir d'où partait l'érysipèle, où il aboutissait, il trouva qu'il partait d'un bras couvert d'inoculations; comme preuve que l'érysipèle avait commencé par là, il existait une traînée de nitrate d'argent que l'on avait pratiquée dans l'espoir d'en entraver la marche.

M. Piedagnel demanda ce que c'était que ces ulcérations. Le médecin présent, que M. Piedagnel continuait à ne pas connaître, répondit que c'était des inoculations faites en vue de syphiliser le malade.

M. Piedagnel se mit alors à blâmer violemment cette manœuvre, et dit à son confrère : Est-ce que vous feriez chose semblable? A quoi celui-ci répondit aussitôt : Non assurément!

Le médecin qui faisait cette réponse était l'inventeur de la syphilisation et celui qui lui-même l'avait pratiquée.

Du reste, vous venez d'entendre la lettre de M. le docteur Piedagnel qui vous en dit encore bien davantage.

J'aurais bien voulu en rester là ; mais l'enthousiasme de M. Marchal (de Calvi) s'étant de nouveau manifesté dans une petite circulaire qu'il vous a lui-même distribuée, je me vois forcé de continuer.

M. Marchal (de Calvi) nous a reproché de vouloir arrêter les progrès de la science, de lui imposer des bornes en n'acceptant pas en aveugles la pseudo-doctrine de la syphilisation, comme l'a si bien appelée notre savant ami et collègue M. Larrey; c'est encore là une erreur de diagnostic de M. Marchal. Ce ne sont pas des bornes que nous avons voulu mettre à la science, mais bien des *garde-fous* pour empêcher les imprudents de tomber dans les précipices ouverts par la syphilisation.

Je ne reviendrai pas sur l'observation dont j'ai fait l'histoire, et qui n'a rien perdu de son authenticité, de sa force et de sa valeur par la quasi-dénégation de M. Marchal (de Calvi). Oui, c'est un malade auquel la syphilisation n'a rien fait, et chez lequel les accidents constitutionnels ont continué à s'accroître et à s'aggraver.

Ce que je vous disais des inoculations négatives faites de pus à ce malade par M. Marchal vient d'être répété par la commission académique de Turin. Pour les syphilisateurs, qui ne se gênent pas en fait d'explications, ce malade aurait pu paraître trop tôt syphilisé pour jouir des bienfaits de la syphilisation comme méthode curative de la syphilis constitutionnelle! On a dit bien des choses étonnantes en médecine; mais il faut convenir qu'on n'en avait pas encore dit de cette force.

J'ai bien envie de prendre au hasard une des observations racontées de mémoire par M. Marchal (de Calvi), car la syphilisation est vraiment malheureuse : tantôt l'observation est brûlée à la mort du malade, tantôt elles sont perdues; mais prenons-les pour ce qu'elles valent. M. Marchal (de Calvi) fait une inoculation à la cuisse d'un malade qui porte des chancres à la verge. Un bubon survient chez ce malade, que M. Marchal attribue à l'inoculation syphilisatrice, et, plus tard, les ulcérations de la verge s'améliorent : d'où M. Marchal conclut aux bienfaits de la syphilisation.

Vous savez qu'il est dit dans la pseudo-doctrine que les inoculations syphilisatrices guérissent les accidents primitifs qui précèdent, et qu'elles empêchent, font avorter ou résolvent rapidement les bubons. Or voici une inoculation syphilisatrice qui donne un bubon de toute pièce et avec toutes ses conséquences; mais que M. Marchal (de Calvi) se tranquillise : l'expérience m'a positivement appris que ce n'est pas son chancre d'inoculation de la cuisse qui a donné lieu au bubon, mais bien les ulcérations existant à la verge. Je suis étonné qu'un anatomiste et un physiologiste aussi distingué que lui, pour un fait comme celui-là, n'ait pas déterminé quel était le ganglion qui s'était infecté, si c'était un ganglion oblique de l'aine, ou bien si c'était un ganglion vertical de la cuisse; et je puis dire qu'il ne l'a pas déterminé, car cela a été discuté devant des confrères ici présents.

Je n'ai rien à vous dire de la circulaire qui a été adressée à tous les médecins par la commission académique de Turin; la réserve excessive avec laquelle elle est rédigée ne laisse que très difficilement soulever le voile qui cache les mystères. Cependant il y a déjà quelques points transparents, et une lettre particulière que M. le président de la commission instituée par M. le préfet de police a reçue nous permet de croire qu'il s'en faut de beaucoup que tout soit en faveur des prétentions de M. Sperino.

Les observations que mon ami Diday vient de publier sans commentaires (et il aurait pu en faire à son aise) sont-elles plus confirmatives pour la syphilisation que celles que vous connaissez déjà? Elles n'ont qu'un semblant de plus de précision, et voilà tout. Ou bien la syphilis ne se conduit pas à Turin comme elle se conduit à Paris, ou bien notre confrère de Turin ne comprend pas le chancre induré comme nous le comprenons ici. La succession de chancres indurés qu'il admet et à la distance qu'il indique est contraire à la plus vulgaire observation.

Un seul signe lui suffit pour constater l'induration; c'est l'engorgement dur de la base; tous les autres éléments du diagnostic, si précieux, si nécessaires pour arriver à reconnaître le chancre induré, font complétement défaut dans les observations de M. Sperino. Ce qui frappera surtout nos confrères qui sont chargés à Paris de services de femmes vénériennes, c'est la fatalité, la régularité de la reproduction des chancres indurés chez les femmes de M. Sperino, tandis qu'ici l'induration spécifique se formule si mal chez les femmes, que quelques-uns de nos confrères qui s'étaient seulement arrêtés à ce signe, ont pu croire que c'était le *chancre non induré* qui était le chancre le plus souvent infectant sur la femme.

Les observations de M. Sperino peuvent-elles être regardées comme précises? Mille fois non. Presque jamais on ne dit où a été emprunté le pus; les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades qui le fournissaient, le temps de durée, et l'aspect des ulcérations qui le fournissaient; pas d'expérimentation comparative du pus fourni : rien de tout cela n'existe dans ces observations.

Que voyons-nous le plus souvent? Une série d'inoculations qui réussit, une série qui échoue, une autre qui suit et qui réussit encore, en tout ou en partie.

Que voyons-nous? Des inoculations pratiquées sur des régions où, toutes choses égales d'ailleurs, elles ne prennent jamais une grande étendue.

Dans les quatre observations que renferme le dernier numéro de la *Gazette médicale*, on voit que les accidents primitifs des malades offraient eux-mêmes peu d'étendue, peu de gravité. Ces malades étaient dans des conditions idiosyncrasiques défavorables à l'évolution de la syphilis; ce que nous voyons d'ailleurs tous les jours par centaines dans les hôpitaux.

Un fait important à noter ici, et que nous avons observé chez M. le docteur L..., c'est que, tandis que les inoculations successivement pratiquées au bras donnaient lieu aux larges ulcérations que vous avez vues ici, les inoculations faites en même temps et avec le même pus sur les organes génitaux ne donnaient lieu qu'à des ulcères qui avaient à peine l'étendue d'une très petite lentille.

Est-il besoin de vous dire ce que vous devez penser des billets de sortie de ces malades, sur lesquels on inscrivait : *Presque syphilisés*, après avoir entendu la lettre de M. le docteur Lindemann à propos de M. Laval, le syphilisé par excellence?

Mon savant ami M. Diday a publié des observations sans commentaires; mais en voici une que je dois à son amour pour la vérité, et que je vous demande la permission de lire :

« Mon cher maître et ami,

» Quoique mon opinion diffère un peu de la vôtre sur l'avenir de la syphilisation, je partage en grande partie votre avis sur son impuissance actuelle. Je vous écris donc aujourd'hui pour vous rappeler un fait que j'ai incidemment consigné dans la *Gazette médicale*, année 1851, page 816 :

« Sans vouloir ôter à celui de mes confrères auquel il appartient » l'honneur de le faire connaître dans ses détails, je dois à la vérité » de dire dès à présent qu'un individu jeune, sain et bien portant » jusque-là, affecté d'un chancre primitif phagédénique récent au » gland, a été soumis, dans l'espace de six semaines, à plus de 80 » inoculations successives, réitérées tous les trois, quatre ou cinq » jours, au nombre graduellement progressif de 6, 10, 12 et 18 » chaque fois, sans qu'il ait retiré de l'opération, conduite selon » les règles que M. Sperino a suivies, d'autre bénéfice que : » 1° l'agrandissement continu de son chancre primitif; 2° la con- » version des *dernières* pustules d'inoculation en chancres phagé- » déniques; 3° le développement des symptômes secondaires (pa- » pules cuivrées, céphalée, engorgement des ganglions cervicaux » postérieurs) qui commencèrent à se manifester au bout de six » semaines d'expérience, et après 70 inoculations au moins.

» Je ne nie point pour cela les succès obtenus par d'autres ob- » servateurs; mais évidemment une méthode qui, *très fidèlement* » suivie, laisse la porte ouverte à de pareils mécomptes ne peut se » dire maîtresse de l'avenir. »

» Comme il appartient à l'un de mes confrères qui se propose de le publier, je ne pus malheureusement en donner qu'un court sommaire; mais je puis vous dire, et vous autorise formellement à déclarer à l'Académie que l'expérience dont il y est question fut faite par M. Rodet, mon successeur actuel à l'Antiquaille, homme intelligent, très sérieux et fort peu passionné; que je suivis, moi, presque jour par jour, les expériences; que M. Sperino et l'inventeur de la syphilisation, avec qui j'en causai, ne purent expliquer cet insuccès flagrant de la syphilisation curative qu'en invoquant une exception individuelle fort étonnante à leurs yeux.

» J'ajoute au sommaire contenu dans l'article de la *Gazette médicale* que cet individu (qui, n'ayant au début qu'un chancre phagédénique, dut probablement à la syphilisation son infection constitutionnelle), passa très rapidement, au bout de deux mois, aux accidents plus profonds; tels que *testicule vénérien*, *ulcère de la gorge*, et ne put être guéri de sa vérole constitutionnelle évidente que par l'association de l'iodure de potassium au mercure.

» Ce fait s'est passé publiquement à l'hospice de l'Antiquaille, en novembre, décembre 1851, janvier, février, mars 1852. Citez-le donc hardiment, mon cher maître, sans crainte qu'on vous démente ou qu'on puisse apporter une interprétation de ces circonstances capable d'innocenter la syphilisation. Sous ce rapport, ainsi que sous celui de son authenticité, il me semble incomparablement plus précieux que ceux qu'on a jusqu'à présent avancés, parce que chez ce malade toutes les règles tracées par M. Sperino, quant au nombre et aux intervalles des inoculations, ont été très rigoureusement suivies par l'expérimentateur.

» Aussi je crois rendre un véritable service à votre cause en vous rappelant, la veille du jour de votre réplique, que je voudrais bien pouvoir entendre, que vous avez dans votre camp et tout à votre disposition une arme aussi forte.

» Et malgré cela, cher maître, je suis de ceux qui sourient à l'idée de voir quelque chose sortir de la syphilisation. Mais je voudrais deux choses :

» 1° Qu'on négligeât l'*inoculation* pour chercher la vaccination;

» 2° Que ce fût vous qui vous missiez à la tête de ce travail d'investigation.

» Je vous serre les mains du meilleur de mon cœur. DIDAY. »

Messieurs, fidèle à mes premières conclusions, il ne me restait plus qu'à vous dire aujourd'hui que la syphilisation prophylactique doit être légalement probibée, et la syphilisation curative, telle qu'on nous la présente, rejetée d'une thérapeutique sage par tous les esprits prudents et sérieux.

Mais le nouveau discours de M. Malgaigne m'oblige encore à une réponse, que je vous prie bien de vouloir écouter.

M. MALGAIGNE. Je demande à l'Académie toute son indulgence; je suis souffrant depuis quelques jours, et j'aurais volontiers abandonné le débat si je n'avais cru avoir à remplir un double devoir, devoir envers la science, devoir envers l'Académie.

Je ne me dissimule pas non plus tout ce que la position présente de délicat et de difficile. Quand j'ai pris pour la première fois la parole, je ne prévoyais pas à quel point les passions allaient se mêler à la discussion, qu'elles n'ont pas, tant s'en faut, contribué à éclaircir. Et ce qui rend la lutte plus pénible, c'est que toutes ces passions, il faut le confesser, sont loyales et généreuses; c'est qu'elles mettent en avant les intérêts les plus graves et les plus légitimes; la dignité médicale, la dignité humaine, la santé du soldat, la santé du pauvre, la santé de tous, *salus populi*. Que puis-je leur objecter, moi qui les partage, moi qui, lorsque M. Larrey faisait vibrer ici le cri d'une noble conscience justement indignée, ai été obligé de me contraindre pour ne pas m'associer aux applaudissements qui l'ont accueilli de toutes parts?

Et cependant, messieurs, tout en faisant une large part à ces sentiments unanimes, je ne voudrais pas qu'on la leur fît trop grande. Si louable qu'elle soit, la passion risque toujours un peu de rompre l'impartialité nécessaire pour voir clairement la vérité; et pour mon compte, j'aurais à me plaindre du rôle qu'elle m'a attribué, de la position qu'elle a voulu me faire. En entrant dans ce débat, j'étais, messieurs, singulièrement neutre, et, comme je le disais, n'ayant rien vu, pareillement incompétent pour approuver ou pour combattre, je demandais seulement à être éclairé. Cela a suffi pour que l'on m'ait traité d'*avocat de la syphilisation*, inculpé de lui prêter *un appui complaisant*, pour que l'on m'ait appelé *quasi-syphilisateur*, que sais-je? La vérité, messieurs, je n'étais rien moins que tout cela.

Il m'avait paru, en lisant le rapport, que la question de moralité avait tellement préoccupé la commission, que la question scientifique en était restée un peu éclipsée. Et, pour le dire en passant, le soin avec lequel notre honorable rapporteur est venu, dans la dernière séance, traiter la question scientifique, et rendre ainsi à son rapport le complément qui lui manquait, a fait voir que ma critique, à cet égard, n'était pas sans quelque fondement.

Je voulais donc qu'on séparât soigneusement la question d'application, qui implique la question de moralité, et la question de fait, qui n'implique que la recherche de la réalité. Je m'unissais de toutes mes forces à la juste réprobation dont la commission avait frappé certaines applications de la doctrine, c'est-à-dire la syphilisation préventive; faisant toutefois mes réserves quant à la syphilisation curative. Faut-il que je le répète ici? Je trouve odieux, coupable, il répugne à ma conscience que l'on donne à un individu la vérole qu'il n'a pas, sous le frivole prétexte de la lui épargner à l'avenir. Tout ce qui a été dit sur ce point, je l'accepte; que dis-je! messieurs, j'irai plus loin que personne n'a été. A l'occasion de ces tristes expérimentateurs qui ont couru au-devant de cette dangereuse pratique, j'ai entendu ici des voix pour les plaindre; ailleurs même j'ai entendu vanter leur courage. Je réserve ma pitié pour des infortunes moins méritées, et mon admiration pour un courage mieux employé. Je blâme de toutes mes forces les expériences sur soi-même; je dis que c'est un attentat contre la morale plus grand et plus condamnable que ne serait le suicide. Le suicide, après tout, n'atteint que l'homme, tandis que l'inoculation de la vérole

risque d'atteindre dans l'avenir toute une génération qui ne l'avait point méritée. Ainsi donc, messieurs, pour la syphilisation préventive, nous sommes d'accord, nous étions d'accord; l'auteur même de la syphilisation l'avait répudiée; on avait lieu d'espérer qu'elle ne reparaîtrait plus dans le débat; comment se fait-il qu'elle y soit rentrée, qu'elle s'en soit emparée, qu'elle l'ait dominé?

M. Bégin a voulu du moins en donner la raison. C'est que, a-t-il dit, *la vérité scientifique ne comporte pas cet abandon de prétentions d'abord mises en avant*; elle est une et ne saurait se scinder; en sorte que, bon gré, mal gré, si vous admettez la syphilisation curative, il vous faut conserver la syphilisation préventive. Je signalerai d'abord une petite confusion dans l'argumentation de M. Bégin; la vérité scientifique est une, sans doute, et, lorsqu'elle est établie, on ne saurait la scinder, en garder une partie, en rejeter une autre. Mais autre chose est la vérité, autre chose est l'application de cette vérité. Est-ce que tous les jours, au lit des malades, on ne voit pas des médecins, partant du même point, acceptant les mêmes faits, différer sur l'application, les uns allant plus loin, les autres reculant, selon l'idée que chacun se forme du danger? M. Bégin a donc fait là une confusion regrettable. Et quant à cette autre assertion, que moi, par exemple, qui ne suis point contraire à la syphilisation curative, il me faudra, pour défendre mon opinion, me charger du lourd fardeau de la syphilisation préventive, messieurs, en vérité, cela ne peut pas se soutenir. Je parle de moi, et M. Bégin ne m'avait pas en vue sans doute. Mais quand il s'adresserait uniquement à M. Auzias, est-ce que sa prétention serait plus juste? Quoi! M. Auzias reconnaît qu'il a été dans l'erreur, et il se rétracte; et vous voulez l'en empêcher? Quoi! si cette rétractation était le résultat du beau rapport de M. Bégin, M. Bégin renierait son triomphe et voudrait obliger M. Auzias à retomber dans l'impénitence finale? De quelque côté que j'envisage la chose, messieurs, je m'étonne qu'elle ait pu être mise en avant; et c'est se préparer une victoire trop facile que de nous attaquer sur un point abandonné par les uns, et qui a été constamment et absolument repoussé par les autres.

Car, sur la sypbilisation curative, je l'ai déjà dit, ma conscience est parfaitement en repos; et quand un individu a la vérole, aucune considération morale ne s'oppose à ce qu'on lui inocule de nouveaux chancres, si seulement il est établi qu'il en peut résulter quelque bien. Alors il s'agirait de savoir si, en effet, cela peut être utile; mais cela nous menait à l'examen des faits; on a mieux aimé répondre par des exclamations et des théories. Quoi! cet homme n'a pas assez de sa vérole, vous allez lui en donner une autre! Quoi! dit mon honorable ami M. A. Latour, voilà un empoisonnement par l'arsenic, et vous voulez saturer le malade d'arsenic! J'ai rencontré à peu près partout cette préoccupation, messieurs, et, le dirai-je! jusque dans le discours récemment prononcé par M. Ricord, où il parlait de l'*irrigation* continue du virus chancreux.

Messieurs, je suis parfaitement rassuré à cet égard, et il y a longtemps. La vérole est une, et quand vous l'avez, vous l'avez; M. Ricord enseigne qu'on ne peut pas l'avoir deux fois, c'est possible; ce qui est certain, c'est que vous n'en aurez pas deux ensemble. Je me souviens, messieurs, que, quand on élevait aussi des objections de ce genre contre les premières inoculations de M. Ricord; un de mes maîtres, M. Desruelles, eut le malheur de laisser échapper du bout de sa plume qu'*une syphilis double coûtait plus à guérir qu'une simple*. Je me souviens aussi des sarcasmes impitoyables avec lesquels M. Ricord accueillit cette révélation d'une syphilis *double*, variété nouvelle, disait-il, qui jusque-là avait échappé à l'œil de tous les observateurs. La syphilis *double* fut bel et bien enterrée; est-ce que quelqu'un songerait à la ressusciter aujourd'hui? En ce cas, messieurs, je me déclarerais bien prêt à l'attaquer à toute outrance; mais je préférerais encore la renvoyer à une autorité plus haute que la mienne en matière de vérole; et dussé-je rappeler le personnage de la comédie, je déclare à mes adversaires que, s'ils m'attaquent sur ce point, ils auront affaire à M. Ricord.

Et finalement ne fallait-il pas plutôt soumettre la question au contrôle des faits? Mais la passion ne veut pas de ce contrôle, trop lent à son gré; il lui faut un arrêt prompt pour la satisfaire, et alors à qui en appelle-t-elle? Ah! messieurs, avec quel étonnement ai-je ouï M. Larrey, cet esprit si sage, si judicieux, si éclairé, nous dire qu'il regardait la question comme jugée à l'avance par le *bon sens et la raison médicale!* Je demanderais volontiers d'abord si ce sont là deux autorités différentes et si la raison médicale serait par hasard différente du bon sens? Mais peu m'importe la réponse; bon sens ou raison, ce sont des autorités, messieurs, que Bacon ne reconnaît pas. Il y a encore ici une confusion qu'il faut signaler: le bon sens, si j'ose le définir, dans la pratique médicale comme dans la pratique ordinaire de la vie, c'est le jugement personnel s'aidant de l'expérience antérieure et particulièrement personnelle pour décider ce qu'il convient de faire dans une difficulté présente. Que le bon sens suggère alors ce qu'il faut faire, à merveille; c'est encore l'application; mais que le bon sens prétende dicter ce qu'il faut croire, alors, messieurs, ce n'est plus que l'orgueil démesuré d'une opinion personnelle qui veut se mettre au-dessus de l'expérience; et les écarts les plus déplorables que l'histoire de la médecine ait à déplorer ont tous été commis au nom du bon sens. Vésale à vingt-huit ans réforme l'anatomie: il est déclaré *fou* par des gens qui, sans aucun doute, s'attribuaient le monopole du bon sens. Le plus grand chirurgien du dix-huitième siècle, J. Hunter, jeune encore, venait de tenter la ligature de la crurale pour un anévrisme poplité; un chirurgien vieilli dans les hôpitaux, Bromfield, déclare que c'est la *plus insigne extravagance*; et, le sujet ayant succombé, il s'appitoie sur la victime. N'avons-nous pas ouï de nos jours, c'était en 1828, un chirurgien doué au plus haut degré du bon sens pratique, mais qui le confondait volontiers avec l'expérience scientifique, n'avons-nous pas ouï Boyer, dans un rapport à l'Institut sur deux observations de luxations vertébrales réduites, s'écrier que c'était absurde? Vainement les représentants les plus éminents des sciences physiques, peu satisfaits d'un jugement ainsi formulé, demandaient qu'on les édifiât sur la valeur réelle des deux faits; ils ne purent rien obtenir, et les deux faits furent déclarés absurdes au nom du bon sens. Or, alors même, ces faits étaient appuyés par d'autres que Boyer aurait pu connaitre s'il eût voulu s'en donner la peine, et ce qu'il appelait une absurdité est aujourd'hui de la monnaie courante en chirurgie.

Au *bon sens*, à la *raison*, ces deux divinités décrépites de la philosophie cartésienne, M. Larrey en a joint une autre, l'autorité. Il nous raconte que, la syphilisation ayant été présentée à la Société de chirurgie, celle-ci l'a rejetée par *acclamation*. Par acclamation! Lorsque j'avais l'honneur de faire partie de la Société de chirurgie, je ne l'avais jamais connue si criarde. Et je connais assez bien l'excellent esprit de la plupart de ses membres pour dire que, s'il y a eu des acclamations, elles n'ont pas dû être unanimes. Dans tous les cas, la Société de chirurgie pourra recevoir de l'Académie nationale de médecine, son aînée dans la science, cette utile leçon: c'est que, pour des questions aussi graves, la discussion est de meilleure mise que l'acclamation.

Laissons donc de côté toutes ces fins de non-recevoir, et abordons la vraie question, la question scientifique.

Là encore, messieurs, afin de simplifier et de concentrer le débat, j'avais fait deux parts dans la syphilisation, la théorie et les faits. Quant à la théorie, soumettant à une critique sévère le mémoire de M. Auzias, la thèse de M. Laval et les autres documents publiés, j'avais montré combien les conclusions débordaient les prémisses, combien la démonstration était insuffisante et quasi nulle; et il faut que cette critique ait été jugée assez pénétrante, puisque plusieurs de mes collègues, que je ne voudrais pas appeler mes adversaires, ont affirmé que j'avais démontré l'*inanité de la doctrine*. En quoi vraiment ils sont allés un peu trop loin: j'ai démontré, à ce que je crois, l'*inanité de la démonstration*, et en effet jamais peut-être travaux scientifiques ne furent plus mal conçus que ceux-là; mais précisément je réservais les faits omis, ou dont on n'avait pas fait un légitime usage, réclamant plus de détails pour les uns, une vérification plus sincère pour les autres, et réservant mon jugement définitif. Ainsi donc, j'avais démoli tout cet échafaudage mal étayé de doctrines et de théories; je croyais en avoir débarrassé le terrain, afin de laisser la place libre aux faits, à la discussion des faits, à la vérification des faits.

J'ai regret de le dire, messieurs; mais mes espérances ont encore été trompées; les faits n'ont obtenu que la moindre place dans la discussion, et l'on s'est acharné de préférence sur des théories que personne ici ne défendait. M. Ricord, annonçant qu'il allait me répondre, a répondu précisément à ce que je ne demandais point; et il a déployé une verve, un talent, une énergie au-dessus de tout éloge, pourquoi? Pour enfoncer une porte ouverte. M. Bégin, avec une allure plus grave, a fait également le procès aux théories; en quoi il a en mille fois raison, mais peut-être aussi, messieurs, trop et trop facilement raison. Je n'insisterai pas davantage; je suis de leur avis, les théories, jusqu'à démonstration meilleure, sont insoutenables; mais les faits sur lesquels je réclamais l'examen, voyons les faits.

Les faits, messieurs, il est incroyable comme, du côté de la commission, ils sont pauvres, rares, incomplets; et si j'ai prouvé que la démonstration de M. Auzias est insuffisante, comme il me sera facile de prouver que la critique de la commission est tout aussi insuffisante! D'abord, chose assez curieuse, M. Ricord me reproche de demander des faits et de n'en pas apporter moi-même. « M. Malgaigne, a-t-il dit en propres termes, *n'en a pas vu plus que nous, n'est pas plus avancé que nous.* » C'est vrai, puisque c'est de vous que j'attendais la lumière, puisque vous aviez mission d'éclairer l'Académie; et si je n'en savais pas plus que vous, au moins n'avais-je pas la prétention de porter un jugement définitif. Je n'avais ni l'intention, ni le temps de recueillir des faits complets, suffisants, authentiques; ce n'est qu'à défaut de la commission qu'un fois j'ai voulu voir quelque chose, et je dirai tout à l'heure ce que j'ai vu. Mais auparavant je veux examiner à fond ceux qu'a produits la commission, et chercher à en apprécier la valeur.

Ils sont d'abord étrangement présentés. Je ne veux pas dire, non, cela est loin de ma pensée, je ne veux pas dire qu'ils soient altérés; mais, comme je l'ai dit, il y avait la préoccupation morale en vertu de laquelle la question était jugée par avance; dès lors les faits n'ont été regardés qu'à travers ce prisme, qui en a beaucoup changé les apparences.

Je prendrai d'abord les trois faits mentionnés dans le rapport. Ici, messieurs, mon embarras est plus grand que jamais. Je crois avoir trouvé une erreur des hommes que j'honore de toute mon âme, et il faut donc que je prouve l'erreur, et je crains par dessus tout que ma critique ne contienne seulement l'ombre d'une offense. M. Ricord est mon ami depuis vingt ans; et j'aurai tout à l'heure l'occasion d'en parler d'une manière digne de lui. M. Bégin est bien plus qu'un ami; il a été mon maître, et je n'acquitterai jamais envers lui ma dette de reconnaissance et de respect. Si donc, dans ce que je vais dire, un mot échappé, une allure trop vive risquaient de leur déplaire, je les retire et leur en demande pardon à l'avance; et j'aurais désiré de tout mon cœur que cette partie de ma tâche fût remplie par un autre que par moi.

Et même encore, après ces précautions prises, pour critiquer la partie scientifique de ce rapport qu'on veut faire adopter à l'Académie, j'ai besoin de prendre un détour, et je prie l'Académie de me permettre une hypothèse.

Au préalable, je ne pense pas faire grand tort à M. Ricord en présumant qu'il n'a pas fait une étude bien approfondie des cent dix-huit lois de la syphilisation. (M. Ricord fait un geste d'assentiment.) D'une autre part, on peut encore soupçonner que M. Bégin ne les connaît pas d'une manière particulière, d'autant plus que dans son rapport il en a tout juste oublié soixante. Ceci posé, voici mon hypothèse:

Mon excellent collègue et ami M. Soubeiran a inventé le chloroforme. Il y en a, comme chacun sait, du bon et du mauvais. Je suppose donc que M. Ricord apporte un flacon à l'Académie et qu'il dise: M. Soubeiran vante partout la suavité d'odeur du chloroforme: mettez le nez sur ce flacon, et vous verrez qu'il est détestable. M. Soubeiran se récrie et dit: Votre chloroforme est mauvais, mais assurément il n'est pas de moi. — C'est vrai, répond M. Ricord; mais il est d'un autre. — En ce cas, reprend M. Soubeiran, cet autre, j'en réponds, n'a pas suivi mon procédé. — C'est encore vrai, dit M. Ricord, et même il a déclaré qu'il ne voulait pas le suivre.

Là-dessus l'Académie nomme une commission. M. Soubeiran, un peu inquiet des suites, fait parvenir à la commission deux flacons de chloroforme bien pur. Que fait la commission? Elle déclare d'abord que, quoique le procédé de M. Soubeiran n'ait pas été suivi, il l'a été suffisamment pour qu'il en demeure responsable; quant aux deux flacons de chloroforme pur, *ou prétendu tel*, sans se donner la peine de les flairer, comme après tout l'emploi du chloroforme pourrait avoir des inconvénients, elle englobe le tout dans une condamnation générale.

Messieurs, ceci est l'histoire du malade à l'occasion duquel on vous a fait un rapport. M. Ricord présente à l'Académie M. L... atteint de vérole constitutionnelle à la suite de nombreuses inoculations. M. Auzias se récrie et dit: Je n'y suis pour rien; je n'en ai fait qu'une, après quoi le sujet m'a échappé. Le malade confesse, en effet, qu'il s'est inoculé lui-même. M. Auzias ajoute: Non-seulement je n'ai point fait ces inoculations, mais elles ont été faites contre toutes mes règles. Le malade, interrogé, déclare que c'est la vérité. La commission examine la chose, et, qui le croirait? elle affirme au malade qu'il se trompe, et qu'à son insu *il a procédé conformément aux préceptes*. Mais elle avait pu voir en même temps deux autres syphilisés. Quant à ces deux autres syphilisés, *ou prétendus tels*, c'est la commission qui s'exprime de la sorte, elle ne s'amuse pas à vérifier le fait; mais, comme la chose est susceptible d'inconvénient, elle conclut: A bas le chloroforme! Je me trompe: A bas la syphilisation!

Eh bien! messieurs, il y a un sentiment du juste chez tout le monde. Nous avons tous ou des procédés, ou des doctrines, ou des formules; que chacun se mette la main sur la conscience: que dirait-il si l'on procédait à sa condamnation de cette manière? Je ne veux pas demander à M. Soubeiran ce qu'il eût dit si par impossible mon hypothèse se fût réalisée; mais pour moi, messieurs, si l'on se comportait ainsi à mon égard, je dirais.... Je m'arrête, une expression trop faible trahirait ma pensée, une expression trop forte pourrait déplaire; je préfère laisser chacun suppléer à mon silence.

Voilà cependant toute la partie positive du rapport: trois faits, deux favorables et un défavorable. Les deux faits favorables, on les dédaigne; le fait défavorable, une critique un peu sérieuse l'eût fait rejeter; loin de là, on l'adopte, et l'on en fait la base d'un jugement définitif!

C'est que, messieurs, dans cette idée préconçue que la syphilisation est une chose honteuse, immorale, repoussante (ce que je n'admets que pour la syphilisation préventive), on est presque invinciblement porté à lui trouver des dangers, à lui trouver des victimes. M. Ricord, qui a apporté quelques faits nouveaux, n'a pas échappé à cette tendance: autant d'observations, autant de victimes. Mon Dieu! je ne puis pas assurer que la syphilisation n'ait rien à se reprocher en ce genre; je n'en sais rien; je serais même assez disposé à soupçonner le contraire; mais il est bien surprenant que M. Ricord soit si mal tombé, et que ce grand étalage de victimes se réduise à si peu de chose.

Le premier fait allégué a trait à un officier traité par M. Marchal (de Calvi). C'était un vieux vérolé qui avait passé à diverses reprises par l'iodure de potassium et par le mercure; il entre enfin au Val-de-Grâce avec un tubercule de la languo ulcéré à y mettre le hout du doigt. On l'inocule; *quatre à cinq jours après*, dit M. Ricord lui-même, *l'ulcère de la langue est modifié; la langue, qui était très gonflée et douloureuse, a repris son volume*. Cela n'est pas déjà si fâcheux, ce me semble. Puis, au bout d'un mois et demi, le malade sort guéri; mais, environ trois mois et demi après, il se présente à la consultation de M. Ricord avec d'autres accidents.

M. Ricord triomphe de cette rechute. A merveille; mais du moins la syphilisation n'en est pas cause, d'autant que M. Marchal dit que le traitement a été interrompu. L'aurait-il guéri radicalement? Je n'en sais rien, et j'en doute; mais ce dont je ne doute pas, c'est que, avec et pendant les inoculations, le malade a guéri d'un tubercule ulcéré de la langue. Ceci, dit M. Ricord, est une coïncidence, et l'on sait que les accidents analogues se guérissent sans traitement. Soit encore; je suis facile, j'admets la coïncidence; mais enfin la syphilisation n'a pas été nuisible à ce malade, puisque, coïncidence ou non, il a guéri. Et, messieurs, on a oublié un petit détail qui n'était pas sans importance. En combien de temps ce tubercule s'est-il cicatrisé? M. Marchal nous l'a appris depuis: *en huit jours.* Cela valait la peine d'être dit. Et si un fait unique justifiait mal l'enthousiasme de M. Marchal pour sa méthode, il faut convenir que, s'il avait rencontré par hasard dix-huit faits aussi frappants que celui-là, dix-huit coïncidences aussi heureuses, il eût été excusable de ne plus croire aux coïncidences. Je reviendrai plus tard sur ce point; dans tous les cas, je puis rayer, ce me semble, notre officier du nombre des victimes.

Le deuxième fait de M. Ricord est relatif à Mlle X... Cette intéressante jeune personne avait attrapé, en 1851, une superbe vérole constitutionnelle. Après sept mois environ, on lui fait des inoculations; elle ne guérit point, et aujourd'hui c'est M. Ricord qui la traite. Elle a ce qu'elle avait auparavant, des accidents secondaires. Celle-là, à ce qu'il paraît, n'a rien gagné; mais, en revanche, elle n'a pas perdu grand'chose. On ne peut pas l'appeler une victime.

Troisième fait; celui-ci est très href. M. J..., l'amant de la jeune personne en question, ayant la vérole, se fait inoculer, et parcourt une série de 150 inoculations, *que la mort termina*, dit l'orateur, *il y a quelques jours seulement*. Cela est hien concis, messieurs, dans la bouche de M. Ricord; et l'imagination alarmée se figure les accidents vénériens les plus graves conduisant l'infortuné jeune homme au tombeau. Je ne veux pas entrer dans la discussion de ce fait, dont nous avons déjà trois versions différentes; je prends la plus défavorahle à la syphilisation. Les piqûres d'inoculation auraient engendré, quoi? Un érysipèle! Rassurons-nous donc; une piqûre de saignée en aurait pu faire tout autant, et plût au ciel que les inoculations syphilitiques n'engendrassent jamais pis que des érysipèles!

M. Ricord dit ensuite un mot en passant du fait de M. Zelaschi, fait *déplorable*, ajoute-t-il, *et qu'il n'aurait pas le courage de vous raconter*. Mais, messieurs, il ne faut pas tant de courage pour cela, et le fait, à tout prendre, n'est pas si déplorable.

Un homme se présente à M. Zelaschi avec un chancre rongeant de trente-cinq jours de date, que la cautérisation avait exaspéré. Pendant dix-huit jours, M. Zelaschi fait 19 inoculations; le chancre marche toujours. Le praticien, effrayé, s'arrête; et pendant quarante jours, notez ceci, il essaie d'arrêter son chancre par un traitement plus rationnel. Rien n'y fait, le chancre continue sa marche; il s'y joint une syphilide et des douleurs ostéocopes. M. Sperino est appelé. M. Sperino, plus expert en syphilisation, veut que l'on recommence. Maintenant, messieurs, écoutez; la chose en vaut la peine. En huit jours, 43 inoculations. Le douzième jour de ce traitement nouveau, la syphilide s'arrête, les douleurs diminuent. Le dix-septième jour, plus de douleurs; le chancre commence à se cicatriser. Bref, en moins de deux mois la guérison est complète.

Eh bien! l'observation est-elle si déplorable? D'abord le malade a guéri; c'est un grand point. Puis il a guéri sous l'influence de l'inoculation; dites encore que c'est une coïncidence; du moins confesserez-vous qu'elle n'a pas nui à la guérison. Et au total, c'est encore une victime qui vous échappe.

Enfin je trouve dans le discours de M. Ricord une mention fort rapide d'un dernier sujet, M. P... M. Bégin a complété depuis cette petite histoire; il a vu, lui, M. P... *atteint après quatre mois et demi d'inoculation de la syphilis constitutionnelle la mieux caractérisée, et dans un état beaucoup plus grave que ne l'a jamais été celui de M. L...*

Vous avez lu, messieurs, les lettres échangées au sujet de M. P... Tout ce que j'en veux extraire, c'est que si ce sujet a eu la vérole, c'est qu'il a voulu l'avoir, comme il le déclare lui-même; et, chose assez singulière, il prend parti contre M. Ricord pour M. Auzias! Quant à son déplorable état, je suis en mesure de rassurer l'Académie. M. P... sort de chez moi il n'y a pas une heure, et il se porte à merveille. Et comment s'est-il guéri? Je lui laisse la responsabilité de son dire: *par la syphilisation.*

Mais puisque tout à propos on l'a comparé à M. L..., permettez-moi de faire jour à une réflexion qui m'obsède. On vous a présenté M. L... un jour dans un état déplorable, soit, moins déplorable cependant que celui de M. P... — M. P... est guéri; qu'est devenu M. L...? Il ne reparaît plus; la commission ne l'a plus revu; elle ne l'a vu qu'un jour, et a laissé son observation en suspens. Or tandis qu'il se dérobe à la commission, M. L... est parfaitement visible à l'un des membres de la commission, qui, après la lecture du rapport, est venu nous en donner des nouvelles. Tout ce que j'ai vu depuis quelques jours me ferait vivement dési-

rer de voir ce M. L... ; c'est bien le moins, pour le bruit qu'on fait de son observation, qu'on veuille bien nous la donner complète.

Après M. Ricord, M. Bégin a cherché aussi à rassembler quelques faits, çà et là, d'après les journaux; il mentionne un exemple de succès de M. Auzias ; un grand nombre d'individus présentés par M. Auzias dans des conférences publiques ; l'un d'eux attestant à l'Institut l'exactitude du fait qui le concerne ; et enfin cet *on dit* qu'il y a maintenant à Paris parmi les classes distinguées de la société des individus qui déclarent avoir fait avec profit l'expérience de la syphilisation. Tout cela, dit-il avec raison, est bien vague, tout repose sur des assertions. J'en tombe d'accord avec lui, et je pensais qu'il aurait conclu à la vérification de ces assertions merveilleuses. Pas du tout, il conclut que rien de tout cela ne mérite attention. A mon sens, messieurs, cette conclusion déborde encore les prémisses.

Était-il donc enfin si difficile de vérifier, si on l'avait sincèrement voulu ? Pour moi, messieurs, je n'ai eu qu'à dire un mot; j'ai vu tout ce que je voulais voir, tout ce que le temps me permettait de voir ; j'ai trouvé M. Auzias empressé à fournir ses preuves.

On disait, avec juste raison, que le fait de M. Marchal (de Calvi), étant seul, ne prouvait rien. N'était-on pas averti que M. Marchal avait dix-huit faits du même genre? Dix-huit faits dont il a bien voulu me mettre le résumé sous les yeux; et j'ose dire que, s'ils ne suffisent pas pour entraîner la conviction, ils suffisent pour frapper, comme ils m'ont frappé, tout homme sérieux et de bonne foi. J'ai vu ensuite plusieurs malades de M. Auzias; j'en ai vu un inutilement traité par M. Thiry, de Bruxelles, guéri par la syphilisation. Je n'ai pas pu voir, faute de temps, un autre malade traité plus de trois mois par M. Ricord lui-même, guéri par la syphilisation. J'ai vu un gentilhomme breton, dont je parlais dans une autre séance, porteur d'une vérole de vingt ans, ayant passé par les mains de vingt médecins, n'ayant trouvé, dit-il, de soulagement que dans la syphilisation; il doit être présenté demain à la commission de la préfecture de police, que préside notre honorable président; et c'est parce que cela pourra être vérifié demain que je répète ce qu'il me disait il n'y a pas une heure : « J'aurais donné un doigt » de ma main pour obtenir seulement dix jours du bien-être dont » je jouis depuis que je suis soumis aux inoculations ! »

Vous ne croirez pas, messieurs, que je donne tout cela comme des faits complets, assurés, dignes d'une foi absolue; l'enthousiasme enfle les récits des malades. Je n'ai vu d'ailleurs qu'un petit nombre de cas, tous heureux, et il faudrait voir les revers. Enfin, pour juger en dernier ressort une question thérapeutique, il est essentiel de suivre les malades du jour où a débuté le traitement jusqu'à la fin. Que veux-je donc conclure de cet ordre de faits ? Rien que ceci : c'est que de tels résultats sont trop importants pour être rejetés légèrement ; c'est qu'ils demandent impérieusement à être vérifiés avant d'être jugés.

Mais il y a un autre ordre de faits sur lesquels je serai plus affirmatif, pour lesquels ma conviction est pleine et entière. C'est ce fait si considérable sur lequel je voulais être édifié dans mon premier discours, et sur lequel M. Bégin et M. Ricord ont glissé si légèrement que l'Académie a fort bien pu en perdre la trace; ce fait de l'immunité acquise contre l'inoculation du chancre; ce fait qui me paraît à lui seul toute une révolution dans l'histoire de la syphilis. J'aurais désiré que la commission le mît en lumière; et puisqu'elle ne l'a pas voulu, de même que j'ai dû faire d'abord l'histoire des doctrines, je vais essayer de tracer l'histoire des faits. Je ne crains pas de dire que l'Académie ne la trouvera pas indigne de son attention.

Il y a de cela vingt ans; les doctrines sur la syphilis ne présentaient plus en France qu'un effroyable chaos. On en était venu à nier la syphilis même, et le virus était rejeté comme une hypothèse d'un autre âge. Un homme se leva alors, un homme que nous sommes fiers aujourd'hui de compter dans nos rangs; réunissant à l'observation patiente et souvent douteuse le levier bien autrement puissant de l'expérimentation, il reconstitua la syphilis tout entière; il lui rendit sa généalogie : accidents primitifs, secondaires, tertiaires, ayant tous pour père ou pour agent un auteur unique et commun, le chancre; ses manifestations furent réglées, soumises à une étroite discipline, et le traitement, régularisé à son tour, fut appliqué désormais avec une puissance et une sécurité inouïes. La doctrine n'est pas sortie en un jour de ce fécond cerveau; mais lentement, par accroissements, par progrès successifs; mais finalement, après ces vingt années, elle se présente à nous comme la plus complète qui ait jamais été produite, et assise sur des bases si profondes que naguère encore elle pouvait passer pour inébranlable. J'en puis parler ainsi, messieurs, car je ne suis pas un disciple de M. Ricord; mais, élevé dans d'autres opinions, j'ai été attiré, circonvenu, enveloppé par les siennes; je suis un converti, un prosélyte, encore un peu indépendant toutefois, comme vous avez pu vous en apercevoir. Ce n'est pas qu'il ne me reste quelques doutes; ce n'est pas que certains points ne me paraissent manquer d'une démonstration écrite suffisante; mais je tiens compte du talent de l'auteur et des incessantes démonstrations poursuivies depuis vingt ans à cette clinique retentissante où l'on vient écouter la parole du maître de tous les coins du monde civilisé. J'étais aussi frappé de ceci : bien des fois j'ai vu les doctrines de M. Ricord vigoureusement attaquées; bien des fois ces attaques ont renouvelé mes doutes; jamais je ne l'avais vu vaincu, forcé de battre en retraite, bien moins encore de capituler.

Ce jour est enfin venu, messieurs. Un des points de la doctrine de M. Ricord, c'est que la syphilis appartenait à l'homme tout entière, qu'on ne pouvait la faire passer aux animaux. Je ne reviendrai point sur les premières expériences de M. Auzias; on lui nia longtemps ses résultats; moi-même, je m'accuse d'avoir eu ma part de cette injustice; je me disais d'ailleurs : Quand on donnerait des chancres aux singes, à quoi cela mènerait-il? Préoccupation fâcheuse, messieurs : un fait est un fait, dût-il demeurer à jamais inutile; mais le plus souvent cette inutilité apparente ne provient que de l'ignorance où nous sommes de ces rapports. Pour moi, je l'ai déjà dit, le fait est désormais inattaquable. En écoutant le discours de M. Ricord, je n'ai pu trop démêler s'il l'admet ou s'il le rejette. (M. Ricord : Je l'admets.) Je suis donc très heureux de me trouver une fois de plus en accord avec lui; mais s'il l'admet, n'aurait-il pu s'épargner ces agressions sarcastiques à l'aide desquelles il semblait lutter contre sa conviction actuelle et éviter surtout de reproduire encore cette étrange théorie de la transplantation, qui ne le cède assurément pour l'excentricité à aucune des théories des syphilisateurs ?

Ce fait, si puéril en apparence, était une première brèche à l'édifice de M. Ricord. Pour la première fois, il était vaincu ; et, notez-le bien, c'est qu'il se trouvait attaqué cette fois avec les mêmes armes qui lui avaient servi tant de fois à vaincre, avec l'expérimentation. Mais bientôt le fait développe des conséquences inattendues. Ces animaux, rendus à si grand'peine dociles aux inoculations, tout à coup y deviennent plus rebelles; puis, malgré toutes les précautions, les voilà redevenus réfractaires. Quoi donc ! la même chose arriverait-elle chez l'homme? On essaie, on réussit; de là l'idée de la syphilisation.

M. Bégin, messieurs, a essayé de démontrer que cette idée ne pouvait s'étayer ni du raisonnement, ni de l'analogie. En quoi j'estime qu'il a commis une immense erreur. Tous les faits nouveaux, toutes les belles découvertes de M. Ricord y tendaient. C'était d'abord cette distinction capitale du chancre simple qui ne donne pas la vérole, et du chancre induré qui la donne fatalement, et qui serait ainsi le seul et véritable chancre syphilitique. C'était cet autre point de doctrine qu'un bubon sécrétant du pus spécifique garantit celui qui le porte de la vérole constitutionnelle. C'était encore cette troisième loi, qu'on n'a la vérole constitutionnelle qu'une seule fois : d'où, par une présomption assez légitime, M. Ricord penchait à conclure que les enfants d'un homme ainsi devenu réfractaire pourraient bien participer à cette immunité. Comment, quand la nature montrait elle-même tant de moyens d'échapper à la terrible maladie, ne pas espérer que l'art parviendrait à l'imiter un jour ? Ainsi, messieurs, l'idée de la syphilisation venait bien de cette école; M. Ricord l'a reconnu lui-même; bien longtemps avant M. Auzias il prophétisait la découverte du vaccin syphilitique, et plus tard frappé des indices d'une révolution prochaine, il n'hésitait pas à réclamer *la première part*. Plus tard encore, il a été vivement admonesté sur ce point par notre excellent ami M. Amédée Latour, et aujourd'hui il semble disposé à faire amende honorable. Mais ce qui est, est; qu'il le prenne à éloge ou à blâme, il est certain que l'idée de la syphilisation découlait directement des enseignements de M. Ricord.

Et d'une autre part, voyez. M. Ricord n'avait observé que l'immunité contre la syphilis constitutionnelle, M. de Castelnau, précédé, dit-on, par Parent-Duchatelet, arrive à signaler des cas étranges d'immunité contre le chancre lui-même. Combien de signes précurseurs !

Or cette immunité, peut-on artificiellement la produire ? La réponse désormais ne saurait plus être négative, et je suis surpris que les orateurs de la commission aient tous réclamé dans l'ombre un fait aussi capital. Vous vous rappelez l'observation du malade de M. Marchal (de Calvi); il a présenté cet état réfractaire. Comme M. Ricord passe rapidement sur ce fait ! Le malade de M. Zelaschi, si souvent cité, avait acquis la même immunité; ni M. Ricord, ni M. Bégin ne l'ont remarqué ; il a fallu que le fait leur fût signalé par M. de Castelnau, qui cependant ne passera jamais pour favorable à la syphilisation. Et le fait de M. Laval ? J'y viens dans un instant, messieurs; mais j'ai besoin de répondre à une objection préalable.

Quand le fait serait bien démontré, qu'a-t-il donc après tout de si important ? Ceux qui feraient cette question ne seraient pas bien au courant de la situation actuelle des doctrines sur la syphilis. J'ai signalé brièvement quelques-unes des doctrines les plus importantes de M. Ricord. Pour la plupart, messieurs, elles touchent de près ou de loin à une base commune, c'est l'inoculation limitée au pus du chancre, mais aussi forcée pour le pus du chancre. Ici, point de circonvolution, point d'ambage; « le pus du chancre, dit M. Ricord, est fatalement inoculable. » La variole et le vaccin trouvent des réfractaires; le pus du chancre n'en connaît point; et c'est ce qu'il exprimait admirablement par cet aphorisme, si énergique dans sa concision : « Tous les hommes sont égaux devant le chancre. » C'était, comme vous le voyez, une sorte de constitution politique qu'il imposait à la syphilis, c'était sa charte constitutionnelle.

Or voilà qu'un jour il est réveillé en sursaut par un fait révolutionnaire, qui rompt l'égalité promise, qui déchire sa charte, qui soumet ses sujets à d'autres lois. Je comprends bien alors, messieurs, que le législateur ait fait résistance ; je comprends toutes ses ardeurs belliqueuses ; je comprends qu'il ait voulu avoir sa bataille de Saltzbach avec le désir clairement exprimé d'enterrer son adversaire, et qu'à cette tribune même il ait tenté, selon ses propres expressions, une *nouvelle campagne d'Italie*. Cette résistance n'avait pas, d'ailleurs, attendu la discussion actuelle pour se produire. Aux premières annonces de l'immunité menaçante, il protesta, et l'amphithéâtre de l'hôpital du Midi retentit de ses défis et de ses appels. Du reste, digne et loyal, c'était à la vérification qu'il provoquait ses adversaires. *J'attends surtout*, s'écriait-il, *qu'on me présente un individu syphilisé et réfractaire, qui vienne, devant les cliniciens de l'hôpital du Midi ou devant l'Académie nationale de médecine*, ME DÉFIER, EN CHAMP CLOS, AVEC DES ARMES DE MON CHOIX !

Cet appel fut lancé par l'*Union médicale* le 12 août. Ici les dates sont précieuses. Le 22, M. Auzias accepte. Le 23 septembre, M. Ricord déclare qu'il attend; le rédacteur en chef de l'*Union médicale* s'écrie : *Des faits! des faits! Plus de théories!*

Et puis, messieurs! Et puis, le 4 novembre, M. Ricord annonce que les expériences sont commencées, et que le résultat en sera communiqué au journal. Cherchez bien, jamais cette communication n'est venue. Huit jours après, M. Ricord présente M. L... à la Société de chirurgie, et le 18 novembre à l'Académie de médecine. Pas un mot des expériences. Le 20, M. A. Latour donne l'observation de M. L... comme *la seule expérimentation publique et authentique qui soit encore connue*. Comme pour mieux faire ressortir ce silence, le 9 décembre, M. Marchal (de Calvi) écrivait à la *Gazette des Hôpitaux* que « M. Laval s'était présenté à M. Ricord, qui lui » avait fait en deux fois sept piqûres avec trois pus différents d'une » virulence constatée, et cela sans résultat aucun. » M. Ricord ne répond rien ; l'*Union médicale* ne souffle mot. Vous savez que le rapport de la commission a gardé pareillement le silence.

Pour moi, messieurs, qui connais toute la loyauté de M. Ricord et de l'honorable rédacteur de l'*Union médicale*, ce silence équivalait à une défaite; et cependant, j'aurais encore préféré un franc et public aveu. C'est pourquoi j'ai provoqué des explications sur ce point. Il est venu de plusieurs sources, je ne veux point m'y arrêter; je n'en veux croire ici que M. Ricord.

Que nous a donc dit M. Ricord ? Qu'il avait produit sur M. Laval « une pustule d'ecthyma assez caractéristique pour n'avoir pas be» soin d'une contre-épreuve, et que les autres inoculations, qui » avaient échoué sur le syphilisé, avaient aussi échoué sur les ma» lades auxquels le pus avait été emprunté. » Pas d'autre détail ; M. Ricord déclare qu'*il croirait manquer à sa dignité s'il en disait davantage*.

Ceci ne me plaît pas, messieurs. Quel rapport y a-t-il entre la dignité de M. Ricord et les détails d'une expérience? Au total, et de son aveu, sur son terrain, « en champ clos, avec des armes de son choix, » il n'aurait réussi qu'une fois sur sept. Mais d'autres malades ont été pareillement réfractaires, ce qui prouve que le pus n'était pas bon. Qui aurait cru, messieurs, que M. Ricord, après un défi si solennel, dans son service immense, ayant le choix des armes, en serait réduit à nous dire qu'il n'a pas pu trouver de bon pus? Mais enfin, une inoculation a réussi. Réussi! Quand vous n'avez pas fait la contre-épreuve, que vous-même, en toute occasion, vous déclarez indispensable, savoir si le pus produit peut être réinoculé !

Pour ce qui me concerne, messieurs, je regarde cette immunité acquise chez quelques sujets comme avérée, démontrée, incontestable. M. Ricord la conteste-t-il encore aujourd'hui? (M. Ricord : Je répondrai.) J'aurais préféré une réponse plus nette. (M. le président : Ceci n'est pas convenable ; M. Ricord répondra quand il le voudra.) Soit ; mais j'ai maintenant quelque chose à dire. Si M. Ricord élève des doutes, je me chargerai, moi, de lui fournir tous les éléments de conviction. Que la commision consente à assister aux expériences, je lui amènerai, j'y engage ma parole, un jeune homme qui se prétend syphilisé, qui porte défi à M. Ricord de produire chez lui un seul atome de pus inoculable. M. Ricord prendra ses précautions; s'il ne réussit pas une première fois, il recommencera; mon sujet se déclare prêt à se laisser faire 1,200 inoculations, et davantage si l'on en veut davantage. Maintenant, personne ne niera, je l'espère, avant d'avoir vérifié.

Voilà donc un fait capital qui sortira de cette discussion; et ne doutez pas que ce ne soit un fait considérable. Vous avez lu le beau livre de M. Ricord sur l'inoculation syphilitique; vous avez vu les résultats importants qu'il en avait obtenus pour le diagnostic, pour le pronostic, pour le traitement; vous vous rappellerez les belles applications qu'il en déduisait en médecine légale; tout cela est ébranlé, tout cela est moulu, dès que chacun n'est plus fatalement inoculable; le diagnostic redevient incertain, le pronostic faillible, la thérapeutique douteuse; et surtout la médecine légale, à qui, en pareille matière, il faut des certitudes, oserait-elle compter, comme autrefois, sur les inoculations ?

Ceci ne touche encore directement qu'à la syphilis primitive; il est à craindre que la doctrine n'ait à subir bientôt un autre échec touchant la syphilis constitutionnelle. Divers expérimentateurs sont unanimes à dire que le chancre induré peut être produit plusieurs fois chez le même sujet ; que les inoculations peuvent le faire reculer, dissiper l'induration, donner peut-être ainsi une garantie nouvelle contre l'infection générale. Ici je ne garantis rien ; j'attends les preuves; mais cette unanimité ne laisse pas de donner à réfléchir. Après tout, nul de nous ne prétend avoir atteint la vérité absolue; les vérités que nous découvrons sont plus ou moins voilées d'ombres que nos successeurs auront à dissiper. La doctrine de M. Ricord se fût-elle maintenue tout entière de son vivant, il est probable que, comme toute autre, elle aurait obéi plus tard à la loi générale; et je me réjouirais pour la science si elle réalisait dès aujourd'hui un progrès qui aurait pu se faire attendre un demi-siècle. Si la doctrine en souffre quelque dommage, l'homme n'en sera pas amoindri pour cela. Outre qu'il conservera toujours l'honneur de decouvertes qui subsisteront, je l'espère, dans la révolution qui en emportera quelques autres, il aura encore à réclamer une large part.

Quant aux autres prétentions de syphilisation, en admettant qu'elle guérisse les phénomènes présents de la vérole, arrivera-t-elle à garantir contre toute rechute, et même l'immunité assurée contre le chancre, préservera-t-elle les syphilisés des autres accidents? Sur ces questions nouvelles je ne veux rien dire. Je n'en sais rien; il me paraît même démontré que les quatre syphilisateurs ont promis au delà de leur puissance; qu'ils se sont trop hâtés de couclure. Je m'en tiens à ce qui est ; j'ignore si la nature, qui a déjà laissé relever ce coin de son voile, nous permettra d'aller plus loin. Mais en considérant la grandeur du progrès qui vient de s'accomplir, je ne saurais renoncer à de plus hautes espérances ; et dans ma conviction profonde, la syphilis n'est pas vaincue, mais elle est entamée.

Je me résume. Je n'aurai pas la présomption de dicter à l'Académie ce qu'elle a à faire, ni de lui proposer aucune espèce de conclusion. Si elle vote la condamnation de la syphilisation préventive, je la voterai des deux mains ; si elle comprend dans le même blâme la syphilisation curative, je m'abstiendrai, n'ayant pas d'éléments suffisants, et les faits acquis jusqu'à présent me paraissant plutôt favorables que contraires. Mais si, avant toute vérification et contre les vérifications déjà faites, elle enveloppait dans un arrêt commun les faits que je viens de signaler, je ne veux pas dire que je protesterais, ce serait la science tout entière qui protesterait contre un pareil jugement.

Et maintenant, qu'un dernier mot me soit encore permis. J'ai vu avec regret, avec douleur les façons dédaigneuses dont on a usé envers un confrère digne à tous égards d'un tout autre traitement. A cette tribune, il semblait que chacun eût peur de prononcer son nom ; en dehors de cette enceinte, il a été en butte à d'autres outrages, dont j'ai retrouvé un écho bien lointain, à la vérité bien affaibli, dans le dernier discours de M. Bégin. Ah ! si la commission avait voulu savoir, et cela lui était si facile, l'âme haute et généreuse de M. Bégin aurait frémi de s'associer, même de loin, à des insultes aussi imméritées. Nous avons tous commencé, messieurs; nous avons tous eu à surmonter des obstacles, à soutenir des luttes plus ou moins pénibles, et cette loi commune ne m'a pas épargné. Mais je me suis promis alors, si quelque part d'autorité m'arrivait un jour, et s'il se rencontrait sur mon chemin un confrère modeste, laborieux, à qui l'on voulût aussi barrer le chemin et faire porter la peine de ses découvertes, je me suis promis de lui tendre une main confraternelle et de lui venir en aide de tout mon pouvoir.

L'heure est venue aujourd'hui de me dégager de ma parole, et je n'y faillirai point. De cette tribune même, où l'on a tellement cherché à l'humilier, je lui adresse mes félicitations, mes encouragements, et ces encouragements en valent bien d'autres; je l'exhorte à poursuivre son œuvre commencée, à ne pas laisser sa conquête inachevée. Qu'il se presse moins de faire des théories, qu'il multiplie bien plutôt ses expériences en y mettant toute la prudence que l'honneur médical lui impose, et qu'il ait foi dans l'avenir. Celui qui le premier et le seul jusqu'à présent a fait ses brèches irréparables dans l'édifice si bien cimenté de M. Ricord, celui qui a démontré que l'homme pouvait se rendre impénétrable à l'inoculation du chancre, celui-là s'est fait dans l'histoire de la syphilis un nom qui ne périra pas !

Organisation du personnel de santé militaire.

HOPITAL DE STRASBOURG.

Médecins. — MM. Sédillot, principal de 1re classe; — Antoine, principal de 2e classe; — Martenet, major de 1re classe; — Bolu, major de 2e classe; Jacquin, Fourquet, Tisserand, Tabouret, aides-majors de 1re classe.

Pharmaciens. — MM. Roi, principal de 2e classe; — Vial, major de 1re classe; — Roger, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Demanet, Chignon, Thevenon, Templer, Tison, Brancas, Godin, Ragu, Gindre, Chasle, Ucciani, Friant, Gey, Quillaut, Pillon, Chauton.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 100. — MARDI 24 AOUT 1852.

(25e ANNÉE.)

N° 100. — MARDI 24 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40;
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c.	Six mois.... 16 »	Un an...... 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr.	Six mois....... 17	Un an........ 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr.	Six mois....... 20	Un an......... 38

SOMMAIRE. — PARIS. Oraison funèbre de la syphilisation, ou résumé de la discussion. — Académie de médecine, séance du 21 août. — Discussion sur la syphilisation. — Société de chirurgie, séance du 11 août. — De la couleur bleue que prend quelquefois le pus. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Depaul. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 AOUT 1852.

Oraison funèbre de la syphilisation,

OU RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION.

La syphilisation est indigne d'occuper des hommes sérieux; l'Académie devait la dédaigner et non la discuter. (VELPEAU.)

A l'état de théorie, la syphilisation est une mauvaise pensée, comme à l'état de pratique elle est ou serait une mauvaise action. (LARREY.)

En ce qui concerne la syphilisation préventive, j'irai plus loin que personne, je dirai qu'elle est un crime. (MALGAIGNE.)

Si la syphilisation devait prendre de l'extension, elle serait une véritable calamité publique. (LAGNEAU.)

En considérant ce que la syphilisation a de hideux, de compromettant, de dangereux pour le présent et pour l'avenir des personnes et de leur postérité, il est difficile de comprendre que cette manœuvre ait pu trouver un esprit pour la concevoir, des fanatiques pour s'y soumettre et des médecins pour l'exécuter. (BÉGIN.)

L'Académie est enfin sortie du bourbier où voulaient la maintenir plongée des esprits pour qui l'absurde paraît être une chimère et l'impossible un vain mot; elle en est sortie à sa gloire, c'est-à-dire en stigmatisant d'une réprobation *unanime* ces manœuvres immorales et dangereuses qu'on a décorées du nom de syphilisation. Ce vote n'a pas été un vote ordinaire, grâce au judicieux avertissement de M. Mélier; tout le monde y a pris part (moins M. Malgaigne, qui ne voulait condamner que la syphilisation préventive, et M. Depaul): ce vote a donc eu toute la gravité, toute la solennité d'un jugement de cour d'assises. Pour qu'il en eût aussi l'importance, sur la proposition de M. Michel Lévy, l'Académie a décidé que tous les éléments de cette discussion seraient transmis à M. le ministre de l'intérieur.

Honneur donc à l'Académie, honneur à son digne président, qui, dans le cours de cette discussion et dans la dernière séance en particulier, a su diriger les débats avec un tact et une fermeté dignes des plus grands éloges! Un grand acte de justice et de raison est donc accompli. Mais avant de retourner cette triste page des aberrations de l'esprit humain, qu'il nous soit permis d'y jeter un dernier coup d'œil et d'apprécier en quelques mots ce que chacun y a écrit de bien et de mal. Nous demandons comme une grâce à nos lecteurs de nous accorder quelques moments encore un peu de cette encourageante bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant la durée de cette discussion.

A M. LARREY.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de commencer par votre discours l'appréciation des arguments qui ont été produits de part et d'autre dans les débats dont l'heureuse fin pourra seule couvrir le scandale. J'ai d'ailleurs quelque intérêt, en commençant ce résumé, à me placer sous votre égide. Vous le savez, ces esprits calmes qui discuteraient volontiers sur le même ton avec Fénelon et Cartouche m'ont accusé itérativement de passion violente envers la syphilisation. En entendant ce reproche, j'ai dû regarder un peu autour de moi. Or, qu'ai-je vu? C'est que vous, dont tout le monde reconnaît et apprécie l'esprit de modération et même de réserve, vous avez, non pas en cédant à un mouvement oratoire d'inspiration, mais après mûres réflexions et par écrit, imprimé sur le front de la pseudo-doctrine, comme vous l'appelez, ce sanglant stigmate: « *En théorie, c'est une mauvaise pensée; en pratique, c'est une mauvaise action.* »

C'est qu'à côté de l'esprit de modération se trouve chez vous l'esprit de discernement, qui vous apprend à distinguer le vrai du faux et l'honnête du malhonnête, et l'esprit de justice qui oblige votre conscience à traiter l'un et l'autre suivant ses mérites. Vous ne croyez pas que le doute philosophique soit l'incertitude et l'hésitation, pas plus que la modération n'est de la faiblesse et de la complaisance. Ainsi ai-je pensé; si je me suis trompé, ce sera pour moi une consolation de savoir que je partage avec vous la responsabilité d'une pareille erreur. Mais en attendant qu'on nous le démontre, je continuerai à applaudir à votre discours, qui est un résumé lucide, nerveux, peut-être même passionné des éléments de la discussion, et plus que tout cela, le cri d'indignation d'une conscience qui ne transige pas.

Après ce juste hommage rendu à votre remarquable allocution, un mot d'observation sur une question spéciale que vous y avez traitée et heureusement résolue. En parlant des expériences entreprises au Val-de-Grâce, vous avez tracé avec autant de convenance que de raison les devoirs de l'administration et du médecin militaire envers les soldats qui sont obligés de venir réclamer des secours dans les hôpitaux. Les principes que vous avez exposés et qu'avait déjà rappelés avec non moins de bonheur dans une autre circonstance M. Michel Lévy, ces principes sont, je le répète, d'une parfaite équité; mais à voir l'insistance spéciale avec laquelle vous les avez rappelés, on pourrait croire qu'ils ne sont plus applicables aux hôpitaux civils. Ce serait une grave, une déplorable erreur que de le croire. Pour n'être pas soumis à la même discipline que les malades militaires, les malades de nos hôpitaux n'en sont pas moins sous une contrainte morale incontestable. Profiter de l'autorité ou tout au moins de l'ascendant que possède tout médecin d'hôpital pour tenter sur ses malades des expériences qu'il ne pratiquerait pas sur des clients qui l'honoreraient généreusement, c'est oublier les premiers devoirs de la profession; c'est se livrer à des écarts que l'administration ne doit pas tolérer, et il faut reconnaître que, sous ce rapport, l'administration des hôpitaux de Paris a bien quelques reproches à se faire. J'ai déjà plusieurs fois appelé son attention sur ce sujet; j'aurai occasion d'y revenir prochainement, et de vous démontrer par des faits ce que je me contente d'énoncer maintenant. J'ai hâte, d'ailleurs, de prouver par l'examen des discours de vos adversaires combien sont méritées les félicitations que je viens de vous adresser.

A M. DEPAUL.

Mon cher ami,

Vous savez avec quel regret je vous ai vu commencer la triste campagne (puisque ce mot est à la mode) que vous avez entreprise. Attaché par une affection sincère à votre personne, plein d'estime pour votre mérite, je ne pouvais, sans éprouver un sentiment pénible, vous voir embrasser une cause qui devait, selon moi, diminuer plus ou moins votre autorité devant l'Académie. Je désire vivement m'être trompé sous ce rapport, tout en reconnaissant que vous n'avez rien épargné pour justifier ma prévision.

A part quelques critiques de la doctrine de M. Ricord, justes pour la plupart, je dois le dire, à quoi se réduisent vos deux discours sur la syphilisation? Le voici:

Vous vous prononcez d'abord à peu près avec la même énergie que tous vos interlocuteurs contre la syphilisation préventive, et vous terminez votre dernier discours par ces mots: « Je suis complétement rassuré sur les dangers de la syphilisation; » et vous demandez que tous les hommes spéciaux se mettent à l'œuvre pour que la lumière se fasse, et vous répétez par deux fois qu'il faut que la syphilisation se juge par une expérimentation *sage et prudente.* Si vous êtes rassuré sur les dangers de la syphilisation, pourquoi ne pas être syphilisateur tout à fait au lieu de l'être à moitié? pourquoi ne pas faire sur vous, sur vos amis, sur vos enfants les expériences qui doivent faire briller aux yeux du monde médical la lumière nouvelle? Si, au contraire, vous pensez qu'il y ait des raisons sérieuses pour que l'expérimentation soit *sage et prudente*, pourquoi ne pas nous dire en quoi consistent la *prudence* et la *sagesse* dont vous parlez et que d'autres qui en ont parlé comme vous n'ont pas définies davantage? Cette prudence consisterait-elle à ne syphiliser d'abord que les malheureux ou les malheureuses que leurs désordres ou leur misère livrent à la merci de ceux qui sont chargés de leur donner des soins? Je n'ose le croire, et cependant quelle interprétation plus raisonnable donner à ces mots mystérieux: Sage et prudente?

Après cette déclaration de principes, non absolument exempte d'équivoque, vous arrivez à l'examen de quelques faits pour confondre vos adversaires. Hélas! mon cher ami, à quelle source êtes-vous allé les puiser, ces faits? Nous appartenons l'un et l'autre à une société où il est de règle qu'on n'affirme que ce que l'on a vu, et bien vu. Je ne m'attendais pas, je vous l'avoue, à ce que ce serait un fidèle membre de la Société d'observation qui nous donnerait un exemple aussi éclatant de l'oubli de tous les principes d'une saine observation. Sur la foi de qui venez-vous nous parler de cette chatte vérolée, de ses quatre petits décédés et de sa stérilité consécutive? et lors même que cette bouffonnerie ne vous viendrait pas d'une source suspecte, croyez-vous, la main sur la conscience, qu'elle ait une valeur quelconque dans la question qui s'agite, et qu'elle soit digne d'être débitée à une tribune académique?

Que signifie encore cette correspondance allemande et surtout cette légende immonde du chien de M. Gerdy qui n'a jamais servi qu'à égayer les soirées anacréontiques des salles de garde? Toutes ces facéties, d'un goût plus ou moins hasardé, étaient, je vous le dis avec sincérité, indignes de passer par votre bouche.

Quant aux faits de syphilisation observés dans l'espèce humaine, il ne me semble pas que vous ayez été plus heureux ni quant à leur exactitude, ni quant à leur interprétation.

S'agit-il de l'histoire de M. J..., vous prenez sur vous d'affirmer:

« 1° Que M. J... n'avait plus aucun chancre d'inoculation lorsqu'il a été pris d'érysipèle, qu'il n'en avait même pas depuis plusieurs jours;

» 2° Que les dernières inoculations qu'il avait subies avaient été faites au bras droit, tandis que c'est au-dessous du bras gauche que l'érysipèle a commencé. »

Evidemment vous n'avez point vu vous-même M. J..., puisqu'il était mort et enterré quand vous vous êtes livré à votre « *espèce* de contre-enquête » (singulière espèce en effet); de qui donc tenez-vous les renseignements dont vous osez prendre la responsabilité? Evidemment de ceux-là même qui vous ont dit que M. Piedagnel avait reçu une *confidence*, tandis que M. Piedagnel vous déclare lui-même que cette confidence n'était qu'un mensonge terminé par un aveu tardif et qu'il était d'ailleurs impossible de ne pas faire. Or, ce même M. Piedagnel vous déclare que sur le bras gauche existaient « une grande quantité de boutons saillants de 1 à 2 centimètres de diamètre, d'un rouge noir; c'étaient des pustules dont quelques-unes étaient recouvertes de croûtes épaisses et dures. » Entre le témoignage de M. Piedagnel et ceux que vous avez invoqués (car vous ne savez rien par vous-même), quel est le médecin qui balancera un seul instant?

Avez-vous été plus heureux en ce qui concerne M. P...? Ce qui a déjà été écrit à son sujet et les quelques remarques qui suivent votre lettre d'aujourd'hui, vous édifieront sur cette question, vous et tous ceux qui nous liront.

Enfin, avez-vous été mieux informé en ce qui concerne M. Laval? Il me semble que les renseignements donnés dans la dernière séance par M. Ricord ne peuvent guère vous laisser d'illusion. M. Laval ne se considère nullement comme syphilisé, ce qui ne prouverait pas grand'chose; mais il portait, il y a un mois encore, un chancre d'inoculation, ce qui est infiniment plus probant.

Vous avez cité par deux fois les observations de M. Sperino sans rappeler les..... *oublis* signalés plus ou moins volontairement par la commission de Turin, *oublis* qui sont plus que suffisants pour enlever tout crédit à ces observations. Vous affirmez encore et vous me faites dire en quelque sorte que les inoculations syphilisatrices n'ont pas entraîné *le plus léger accident* dans le fait de M. Zelaschi. Dieu me garde d'une telle énormité! Quel est donc l'homme de bon sens qui ne considérerait pas comme l'accident le plus léger 171 inoculations dont 114 ont donné lieu à des chancres? Mais ces 114 chancres ont-ils été tout ce qu'il y a de plus simple? M. Zelaschi, qui ne paraît pas sujet aux mêmes oublis que son maître M. Sperino, vous dit le contraire: il vous apprend que *plusieurs d'entre eux s'étaient enflammés, étaient devenus très douloureux,* et avaient forcé l'expérimentateur à recourir aux moyens ordinaires de traitement et à interrompre momentanément la syphilisation. Et j'aurais pu dire que ce n'étaient point là même de légers accidents! Rayez cela de vos papiers, mon cher ami; la syphilisation ne m'a pas encore aveuglé à ce point.

Quant à M. Lindemann, tout en faisant remarquer avec quelque orgueil sa prétendue fraîcheur, vous avouez que son histoire n'est pas très favorable à la syphilisation, mais il vous reste la ressource des règles de la syphilisation qui n'auraient pas été observées chez lui. Je vous dirai, en répondant à M. Malgaigne, ce que je pense de cette échappatoire de la syphilisation, dont vous avez eu le grand tort de vous rendre l'écho.

Mon cher ami, j'ai été heureux, très heureux de vous prêter mon faible concours lors de vos trois candidatures successives. Je suis loin de m'en repentir, car je connais votre mérite et je sais que les hommes comme vous se relèvent promptement d'un faux pas. Ne vous y trompez pas, cependant, celui que vous venez de faire est sérieux; il ne sera pas trop de tout votre talent pour le faire oublier. Puisse bientôt l'Académie vous en fournir l'occasion; c'est le vœu le plus cher d'un critique un peu sévère peut-être, mais qui s'honore toujours d'être votre ami. — H. de Castelnau.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro les réponses à MM. Malgaigne, Bégin, Michel Lévy, Ricord et Marchal.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 21 août 1852.—Présidence de M. MÉLIER.

Nous reproduisons aujourd'hui la lettre que le défaut d'espace nous a obligé de retrancher dans le discours de M. Ricord:

A M. RICORD.

« Cher maître,

» Dans la dernière séance de l'Académie, un des orateurs s'est écrié: « N'avez-vous pas été surpris, en effet, du nombre prodi-

» gieux d'inoculations faites par lui (M. Ricord) ou sous ses yeux, » dans le simple but de savoir si M. P... pouvait ou non contracter » la vérole? »

» Permettez-moi de vous adresser ces quelques lignes, dans l'unique but d'éclairer la vérité.

» Une des malheureuses victimes illuminées de la syphilisation, M. P..., quoique complétement étranger aux études médicales en général et à celles de la syphilis en particulier, suivit votre service à partir de décembre 1851 jusqu'au commencement de mars dernier.

» Son but était de se faire ou de se faire faire des inoculations de pus de chancre, afin de démontrer sur lui-même les vérités de la syphilisation.

» Tous vos efforts furent vains pour le dissuader de cette entreprise. Croyez-m'en, lui dites-vous un jour, cessez ces expériences dangereuses; tôt ou tard vous finirez par rencontrer une qualité de pus qui vous donnera soit un chancre phagédénique, soit une syphilis constitutionnelle.

» Rien ne put ébranler l'incroyable volonté de M. P... Il n'en persista pas moins à s'inoculer du pus chancreux, tantôt pris dans votre service, tantôt pris aux consultations et dans les autres services de l'hôpital, ne s'inquiétant en aucune façon ni de la qualité, ni de la source de ce pus.

» Sur l'insistance de M. P..., et après que ce dernier s'était déjà fait des inoculations, vous lui fîtes à trois ou à quatre époques différentes une à deux inoculations chaque fois.

» Une note exacte et détaillée du jour, du siége de l'inoculation et de la nature de l'ulcère, fut consignée sur notre cahier de clinique. Toutes les personnes qui suivaient votre visite à ce moment, et celles qui sont encore dans le service, ont été témoins de ces faits.

» La dernière inoculation faite à M. P... eut lieu le 21 février dernier. Il suivit encore la visite jusqu'au commencement de mars; mais à partir de ce moment il ne revint plus.

» Nous l'avions complétement perdu de vue, et nous n'y songions plus, lorsqu'une lettre insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 juillet dernier nous apprit que votre prédiction ne s'était que trop malheureusement réalisée. M. P... avait la vérole.

» Agréez, etc. E. SALLENEUVE. »

Paris, 15 août 1852t

Correspondance.

M. Marchal (de Calvi) adresse la lettre suivante :

Messieurs,

On m'a reproché, dans votre avant-dernière séance, de n'avoir pas présenté un tableau détaillé de mes observations de syphilisation. Comment je me suis trouvé dans l'impossibilité de le faire, vous le savez, messieurs, par ma première lettre. Mes observations, j'ai eu l'honneur de vous le dire, ont été égarées par celui-là même qui les avait recueillies sous ma surveillance. Je le regrette pour moi; je le regrette plus encore pour la cause de la vérité. Il s'agit de dix-huit faits; c'était un contingent de quelque importance. Mais tout n'est pas perdu, comme vous le verrez dans un instant.

Que j'aie quelque chose à dissimuler, c'est, j'espère, une idée qui ne viendra à personne. Elle ne viendra pas du moins à ceux qui me connaissent : ils savent que je serais le premier à réprouver hautement une doctrine que j'aurais crue fondée, et dont le souverain juge, l'expérience, m'aurait démontré la fausseté, et que je la haïrais d'autant plus, cette doctrine, que, précisément, elle m'en aurait imposé pour la vérité. Ils savent que, dans mon amour passionné pour le vrai et le juste, je m'infligerais, comme un châtiment mérité, l'exhibition impitoyable des faits qui me condamneraient.

D'ailleurs, M. Larrey ne vous a-t-il pas dit que j'ai adressé, d'après son invitation, un état sommaire des cas de syphilisation observés dans mon service, à l'autorité supérieure du Val-de-Grâce? Cet état, document officiel dont je suis maintenant autorisé à parler, puisqu'il a été mentionné, indiquait dans autant de colonnes : 1° le numéro de la salle; 2° celui du lit; 3° le nom du malade; 4° le régiment auquel il appartenait; 5° la date de son entrée à l'hôpital; 6° le genre d'accidents syphilitiques pour lesquels il était entré; 7° le nombre d'inoculations pratiquées; 8° enfin, l'état présent du sujet. De plus, j'ai montré mes malades à M. Alquié, directeur de l'école et du service hospitalier du Val-de-Grâce, et à M. Larrey, chirurgien en chef. Je n'ai donc rien caché, et, au contraire, j'ai fourni les moyens de tout voir, de tout contrôler. Qu'est devenu mon état?... Si je l'avais sous les yeux, il me serait facile de refaire mes observations, et même de représenter mes malades, ceux du moins qui sont encore en garnison à Paris.

J'ai rétabli, dans ma première lettre, l'observation de M. S. Je persiste à voir, dans cette observation, un succès, et même un succès marquant, de la syphilisation curative.

La rapide efficacité des inoculations, dans ce cas, produisit la plus vive impression sur plusieurs malades, qui demandèrent instamment à être syphilisés.

Parmi eux je citerai d'abord et surtout M. B., jeune officier d'un régiment d'infanterie légère. Il était déjà malade depuis plusieurs mois lorsque je pris le service de la salle dans laquelle il se trouvait. L'accident dont j'avais à le traiter, et pour lequel on lui avait déjà administré, à doses non modérées, le mercure et l'iodure de potassium, consistait en une angine syphilitique, caractérisée par des ulcérations qui se cicatrisaient et se rouvraient incessamment. M. B. se plaignait constamment de la tête. Sa constitution était tout à fait détériorée, et son moral extrêmement abattu. Le mercure, chaque fois qu'il y revenait, après une période consacrée à un traitement réparateur, causait des accidents toujours les mêmes, et dépendant de l'intolérance gastro-intestinale. C'est dans ces circonstances que M. B. me supplia de le syphiliser. Trois ou quatre inoculations lui furent pratiquées au bras; puis vint l'ordre de cesser toute expérience de syphilisation au Val-de-Grâce. Alors le malade, heureux des effets produits par les premières insertions de virus, s'inocula lui-même (à l'exemple d'un autre officier) au moyen d'une épingle. C'est ici que je sens vivement le regret de n'avoir pas l'observation détaillée. Je pourrais dire au juste en combien de jours la guérison s'opéra pour ne plus se démentir. Mais j'ai assez de mes souvenirs pour affirmer qu'à sa sortie de l'hôpital, cet officier, naguère pâle, étiolé, avait recouvré la jeunesse du corps et de l'esprit, et jouissait, à ma grande joie, d'une santé robuste. Hors de l'hôpital, M. B. continua à se faire inoculer pour arriver à l'immunité, et, comme il portait une tunique serrée à l'aisselle, comme il s'exposait, en faisant son service, à l'action du froid, il eut, à deux reprises, ces causes venant en aide à l'irritation produite par les ulcères spécifiques du bras, un engorgement ganglionaire dans le creux axillaire du côté droit, lequel engorgement, heureusement, n'arriva pas à suppuration et se dissipa complétement. Je ne veux pas oublier de dire, tant j'ai peur d'être involontairement partial à l'égard de la syphilisation, qu'à l'hôpital même, et sous mes yeux, un des ulcères d'inoculation manifesta une tendance phagédénique, avec engorgement inflammatoire notable des parties environnantes, et que, pendant plusieurs jours, je ne fus pas, à ce sujet, sans éprouver quelque inquiétude. M. B. est depuis six semaines aux eaux de Baréges, où je l'ai envoyé pour une dermatose antérieure à l'affection syphilitique. Aucune manifestation syphilitique nouvelle ne s'est produite : or, les praticiens savent quelle est la puissance de ces eaux pour tirer le virus des profondeurs de l'économie, si peu qu'elle en recèle, et le ramener à la surface.

Voilà un fait à ajouter à celui de M. S. Je passe, messieurs, à un troisième : Un soldat entre à l'hôpital avec trois chancres, dont le premier en date offre le type de l'induration planiforme; les deux autres reposent également sur une base dure. On inocule cet homme, le 7 novembre 1851, à la face interne de la cuisse gauche, avec le pus d'un chancre existant depuis douze jours chez un individu infecté pour la première fois. Le 13, pustule d'inoculation lenticulaire, à vive aréole. Le 14, l'*induration des trois chancres a complétement disparu*. Le 15, on fait une nouvelle inoculation à la face externe du bras droit avec le pus du chancre de la cuisse. Le 27 (vingt jours après la première inoculation), les chancres de la verge sont complétement cicatrisés, sans trace d'induration; leur place est marquée par une teinte plus rouge que celle du reste de la muqueuse. Je ne puis préciser l'époque à laquelle les chancres d'inoculation se cicatrisèrent.

On dira que je me suis trompé, et que j'ai pris pour une *induration syphilitique* chez cet homme une simple *dureté* inflammatoire, car on fait avec raison une grande différence entre le chancre *induré* et le chancre *dur*. J'ai quelque habitude de l'induration syphilitique, et je l'ai étudiée non-seulement avec soin, mais avec fruit, puisque M. Ricord a accepté les résultats des recherches qui me sont communes avec mon excellent ami M. Charles Robin, sur la structure élémentaire du tissu de l'induration. Néanmoins, et tant il est vrai que, loin d'être un fanatique, j'apporte dans cette question un esprit réservé et difficile aux preuves, ce fait, qui devrait me combler, me cause plus d'étonnement que de satisfaction, et me trouble autant qu'il me convainc.

Un homme entra dans mon service avec une éruption considérable de plaques muqueuses, très-humides et très-douloureuses, autour de l'anus. Il fit localement de simples lavages avec une décoction émolliente, et on l'inocula aux bras. Dans l'espace d'une vingtaine de jours, les pustules se séchèrent et disparurent. Mais, dira-t-on, elles auraient pu disparaître à la faveur des simples soins de propreté. Je le veux bien! On m'opposera le cas de M. Gosselin, dans lequel un grand nombre d'inoculations n'eurent aucun effet sur des pustules plates vulvo-anales, tandis que ces pustules s'effacèrent promptement lorsqu'on eut substitué le traitement ordinaire à la syphilisation. Soit! moi, je dis ce que j'ai vu.

Je retrouve encore dans mes souvenirs le cas d'un homme qui entra dans ma division avec un ecthyma syphilitique général, et chez lequel les croûtes tombèrent en peu de jours, laissant des cicatrices à leur place : on lui avait fait quatre inoculations aux bras; les ulcères, sans acquérir de grandes dimensions, suppurèrent longtemps.

Je pourrais citer d'autres résultats avantageux de la syphilisation curative; mais je me lasse moi-même, et, bien plus, je suis tout près de me défier, de ces simples citations auxquelles je suis obligé de me borner. J'arrive donc, messieurs, aux faits dont je vous disais, dans ma première lettre, qu'ils me paraissent avoir une grande importance quant au procédé à suivre dans la syphilisation curative.

Un homme était entré pour un chancre induré (bien positivement induré), et je l'avais inoculé au bras. Ses chancres d'inoculation s'étaient cicatrisés, et je n'avais pu faire de nouvelles insertions à cause de l'ordre contraire. L'induration du chancre primitif n'avait pas diminué. Je gardai cet homme en observation dans mon service. Au bout de quelque temps une des cicatrices du bras s'ouvrit et reproduisit un ulcère, qui suppura pendant plusieurs jours. J'examinai l'induration. *Elle avait diminué de moitié!* L'ulcère se cicatrisa de nouveau, et l'induration resta stationnaire. Mais bientôt la même cicatrice se rouvrit, suppura, et l'*induration disparut!*

Voilà, certes, un fait surprenant. Il n'est pas le seul. Un individu portait un phimosis induré. On l'inocula à la cuisse des deux côtés, puis, toujours pour le même motif, on cessa les inoculations. Le chancre de la cuisse gauche, assez large (comme une ancienne pièce de 75 cent.), à base dure, suppurait et restait stationnaire, aussi bien que celui de la cuisse droite. Le phimosis ne variait pas; on sentait, en le pressant, la résistance élastique de l'induration spécifique, et il était toujours impossible de découvrir le bout du gland. Mais bientôt un bubon se développa à gauche, et l'induration se dissipa rapidement, le prépuce put être ramené en arrière. M. Ricord m'a demandé si mes souvenirs étaient précis quant au siége du bubon. Je lui ai répondu que non. Si je disais aujourd'hui que je suis presque certain que le bubon s'est développé dans la région inférieure ou crurale, à deux travers de doigt environ au-dessous du pli de l'aine, il croirait que j'ai cherché à me faire illusion. Ce que je puis affirmer, c'est que, dans le moment, bien imbu de l'importance du siége du bubon inguinal pour la détermination de son point de départ, et y ayant insisté cent fois dans mes leçons et dans mes publications, habitué à voir des bubons cruraux ou sous-inguinaux chez nos militaires à la suite d'excoriations des orteils par l'effet des longues routes, je n'ai pas douté un instant que l'adénite spécifique de mon malade n'eût été produite par le chancre de la cuisse. Mais je veux passer condamnation là-dessus. Que l'adénite ait été produite par les chancres intra-préputiaux, comme le veut M. Ricord, ou par le chancre de la cuisse, il n'en est pas moins vrai, et c'est ce qui importe, que, consécutivement à la manifestation de cette adénite, l'induration préputiale et le phimosis ont disparu. A la vérité, M. Ricord prétendra que si le bubon a suppuré (et il a suppuré), c'est que les chancres du prépuce n'étaient pas indurés. Mais ce serait là une simple allégation théorique. J'ai vu des chancres indurés donner lieu à des bubons suppurés. D'autres l'ont vu. Cela est rare, mais cela est. Il y a peu de lois absolues en pathologie : M. Ricord, dont l'esprit s'élève naturellement et auquel sont familières les grandes questions de la pathologie générale, sait cela comme moi, et le savait avant moi. Si l'on veut, je réduirai le fait à ceci, et je lui accorderai encore une grande valeur : un phimosis avec dureté notable du prépuce existait depuis deux mois environ sans avoir éprouvé aucune modification; un bubon se forma, suppura, et dans le même temps l'induration préputiale et le phimosis disparurent.

Tels sont, messieurs, les deux faits dans lesquels j'ai cru trouver une indication du procédé à suivre pour la syphilisation curative. Je ne crois pas à la nécessité des nombreuses inoculations; j'éprouverais même une grande répugnance à pratiquer la syphilisation de cette manière, et je pense qu'un petit nombre d'inoculations, faites à un assez grand intervalle l'une de l'autre, suffisent au traitement de l'induration, par conséquent à la prophylaxie de la syphilis constitutionnelle, comme aussi au traitement des accidents généraux de la syphilis : en un mot, à la syphilisation curative. La roséole est l'accident syphilitique qui m'a paru résister le plus à l'inoculation. Je n'en parle, à la vérité, que d'après deux cas.

Ce n'est pas seulement contre l'induration que la syphilisation prévaut : elle arrête le phagédénisme, et l'on peut croire qu'elle serait un bienfait dans ces grandes et rapides manifestations syphilitiques qui dévorent les tissus et défigurent les malades avant que les médicaments aient eu le temps d'agir ou même malgré le long usage des mercuriaux et de l'iodure de potassium. Voilà les faits que j'avais surtout en vue lorsque, dès les premiers temps, je pris la défense de la syphilisation curative.

Je suis entré de bonne heure dans le mouvement des idées, et, certes, il a dû m'échapper, en mes commencements, quelques pages hasardeuses. Mais j'ai perdu l'heureux privilége, et il ne m'est plus permis d'en écrire de semblables. Voilà ce que je me dis au moment de conclure, et, bien averti, je me résume ainsi :

L'expérience tend à prouver que les inoculations syphilitiques successives dissolvent l'induration chancreuse et préviennent les accidents généraux en détruisant la diathèse, arrêtent le phagédénisme, guérissent ou atténuent les accidents constitutionnels; enfin, qu'elles modifient avantageusement la constitution quand elle a été altérée par la longue maladie et les longs traitements.

Est-ce à dire que la syphilisation curative entrera facilement dans la pratique? Non certainement; il suffit qu'un érysipèle puisse se produire autour d'une piqûre et amener la mort, pour qu'on doive redouter de la pratiquer. Cette éventualité, cependant, n'a pas arrêté les inoculateurs, bien avant la syphilisation, et l'on se demande comment des observateurs, qui ont fait des milliers d'inoculations pour étudier l'histoire naturelle du chancre, s'élèvent avec tant de colère contre la syphilisation et se refusent obstinément à l'expérimenter. Qu'y a-t-il au fond de ce ressentiment et de ce refus? Ce ne peut être la crainte d'être obligé de reconnaître soi-même la vérité et de devoir rendre hommage à celui qu'on avait insulté ou bafoué, à M. Auzias, qu'une voix éloquente a vengé solennellement du haut de la tribune académique. Qu'est-ce donc alors?...

Quant à moi, voici ce que j'ai fait pour la syphilisation. Dès le principe, je l'ai restreinte à sa seule application possible, je veux dire raisonnable, en excluant la syphilisation préventive, et j'ai rendu ainsi la question acceptable, d'intolérable et odieuse qu'elle était, pour la plupart des médecins; théoriquement, je l'ai rattachée à une grande loi thérapeutique, l'isopathie; j'ai fait voir que, si l'inoculation syphilitique guérissait la syphilis, on avait lieu de rechercher si l'inoculation de la morve ne guérirait pas la morve, et l'inoculation rabique, la rage; en un mot si l'on ne pourrait pas un jour, à la plus grande gloire de la science et pour le plus grand bien de l'humanité, établir cette loi : que, sous certaines conditions, toutes les maladies virulentes sont curables par l'inoculation de leur produit; j'ai rapporté en faveur de la syphilisation curative plusieurs faits qui, bien qu'incomplets, peuvent être regardés comme probants; enfin, dans cette lettre même, j'indique le véritable procédé à suivre dans la pratique de l'inoculation curative.

Je me suis entendu accuser d'enthousiasme par des hommes qui, en proie à une sorte de possession ou d'ataxie, jetant leur voix comme une fanfare, frappant à coups redoublés le chêne innocent de la tribune, semblaient prendre à tâche de justifier, et au delà, pour leur propre compte, l'accusation qu'ils m'adressaient. J'ai vu celui-ci écumer, cet autre larmoyer. J'ai entendu des orateurs véhéments et des orateurs mélancoliques, des diatribes et des homélies. Je suis resté froid au milieu de ces fureurs et de ces tristesses, bien plutôt craintif et défiant qu'enthousiaste, et demandant, comme un service égal, ou la preuve de la vérité ou la démonstration de l'erreur.

Messieurs, j'ai porté devant votre tribunal mon loyal témoignage. Je n'ai rien à ajouter, si ce n'est qu'il n'y a jamais à s'inquiéter pour la vérité : tôt ou tard elle prévaut.

Je suis, messieurs, etc. MARCHAL (de Calvi.)

Discussion sur la syphilisation.

M. DEPAUL demande à rectifier quelques erreurs qui se seraient glissées dans les narrations de M. Piedagnel et de M. Roby.

M. LÉVY. Messieurs, la discussion paraît toucher à son terme, et le moment est venu de formuler une conclusion.

Vous vous rappelez, messieurs, que le rapport qui nous a valu une si brillante série d'improvisations et de lectures sur la syphilisation s'est borné à l'examen d'un fait particulier. La commission, a dit M. Bégin, aurait craint de dépasser les limites de ses obligations en provoquant, par des conclusions générales, votre jugement sur une pratique dont vous n'étiez pas directement saisis.

L'Académie peut-elle rester aujourd'hui dans la réserve que s'est imposée la commission? Nous n'hésitons pas à répondre : non.

Si la commission n'a eu à s'occuper de la syphilisation que d'une manière incidente, et comme par rencontre, à propos d'un fait unique, le débat s'est élargi à cette tribune. La doctrine de la syphilisation a eu, à tort ou à raison, les honneurs d'une exposition complète et d'une critique non moins complète. Les principaux faits sur lesquels elle s'appuie, les arguments qu'elle fabrique, les espérances qu'elle se donne, les lois qu'elle promulgue, tout a été soumis à votre jugement. Les sujets sur lesquels elle s'est exercée, hommes, femmes, singes, chats, lapins, ont été passés en revue; elle a eu la fortune singulière de recruter, d'entraîner deux de nos nos plus savants collègues, et de faire passer l'un d'eux, en moins de quinze jours, du doute à la conviction, et jusqu'à l'éloquente ferveur du prosélytisme.

La situation de l'Académie n'est donc plus ce qu'elle était avant cette discussion, et le rapporteur lui-même, qui s'était d'abord restreint à l'appréciation d'un fait unique, est entré dans le plein du sujet avec cette puissance de raison et cette fermeté de doctrine qui ont fondé l'autorité de sa parole.

La syphilisation ne date pas d'hier; elle a eu déjà le temps de se montrer à l'œuvre; ce qu'elle peut en bien et en mal ressort de ses gestes et faits qui ont été racontés, analysés, discutés contradictoirement devant vous. Plus cette pratique est hardie, énergique, dangereuse, plus elle est de nature à révéler promptement sa valeur et ses effets réels. Eviter aujourd'hui de vous prononcer, ce serait déclarer que vous n'êtes pas suffisamment éclairés; par conséquent ce serait en appeler à de nouvelles démonstrations, à de nouvelles expériences, et vous assumeriez ainsi une part de responsabilité, je dirai plutôt de complicité, dans la propagande de la syphilisation.

Messieurs, à défaut de conclusion, le rapport de M. Bégin contient une solide exposition de principes. Eh bien! déclarez que ces principes sont les vôtres. Permettez-moi de relire le passage qui les résume :

« A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation » syphilitique ne peut donc se justifier. On comprend la vaccine et » l'inoculation variolique, parce qu'elles préservent d'une maladie » à peu près inévitable, toujours grave lorsqu'elle se développe spontanément, et très souvent mortelle en temps d'épidémie. On comprendrait encore une opération, non dangereuse, qui mît à l'abri » de la rage ou de la morve, encore bien que ces affections, chez

» l'homme, soient accidentelles, mais parce que nul ne peut être » assuré de ne pas se trouver dans le cas d'en être atteint, et qu'el- » les sont presque fatalement suivies de la mort. Mais pour se pré- » munir contre une maladie, qu'il est possible d'éviter, et que l'on » guérit sûrement dans l'immense majorité des cas, commencer » par se la donner, avec des circonstances aggravantes et avec tous » les dangers qu'elle comporte, ou, pour la guérir, en multi- » plier d'abord les accidents, se saturer d'un virus pour mieux » l'éteindre, c'est ce que ni la raison, ni la science ne sauraient » admettre. »

Ces appréciations, formulées avant la discussion, subsistent encore dans leur intégrité; elles présentent dans leur ensemble un jugement que sanctionnent à la fois la véritable science, le bon sens et la moralité professionnelle.

Approuver les principes énoncés dans le rapport de la commission, voilà donc ce que doit faire aujourd'hui l'Académie; elle a mission de discerner le vrai progrès des agitations excentriques et des nouveautés à outrance et à tout risque. L'Académie, justement affligée des résultats qu'a déjà fournis la pratique nouvelle, et attentive à décliner jusqu'à l'apparence de toute solidarité, stigmatisera de son vote la syphilisation dite préventive et curative.

La syphilisation préventive!... C'est maintenant à qui la repoussera. Dans le camp des syphilisateurs comme parmi les adversaires de cette pratique, on redouble de protestations, on rivalise d'énergie pour la flétrir; et, à notre sens, on n'en saurait trop apporter à cette tâche. Voilà, messieurs, un premier résultat de cette discussion, et qui suffirait pour en justifier l'opportunité.

Quant à la syphilisation curative, l'entreprenne qui osera sous sa responsabilité. L'exercice de notre art repose sur la conscience individuelle. La folie des malades fait l'audace des initiatives thérapeutiques; il ne nous appartient ni de les empêcher, ni de les encourager; notre rôle se borne à proclamer, en face de l'erreur ou de l'innovation dangereuse, les principes de la pratique régulière; celle-ci se contentera de combattre avec succès les diverses formes de la syphilis par les remèdes connus et éprouvés; elle continuera de compter sur le mercure, sur l'iodure de potassium, sur tout un ensemble bien coordonné de moyens hygiéniques et thérapeutiques, et quelquefois, il faut bien le dire, souvent même, sur les efforts spontanés de l'organisme.

Constatons que dans cette enceinte deux médecins seulement ont parlé, l'un sur la syphilisation, l'autre pour la syphilisation. Le premier n'a laissé percer qu'une sorte d'inclination platonique pour cette méthode; il n'est pas sorti d'une réserve qui le maintient à égale distance de l'affirmation et de la négation. Peu décidé probablement à l'essayer par lui-même, il faut voir, a-t-il dit, il faut expérimenter avec prudence, comme si la vérole, une fois inoculée, on était maître des accidents; comme si une maladie qui infiltre l'organisme tout entier et qui déroute par l'incertitude de sa marche, par la mobilité de ses formes, par l'imprévu de ses retours, par la persévérance de ses dangers occultes, pouvait être soumise à la discipline de vos recherches scientifiques. On ne saurait trop le redire à notre honorable collègue M. Depaul et aux esprits qui penchent dans la même direction d'idées, la syphilis ne ressemble pas à la variole, à la vaccine; elle n'a pas une évolution réglée, à périodes limitées, de courte durée; elle ne s'épuise pas dans un cycle de manifestations prévues; mais elle adhère, si je puis ainsi dire, à la constitution; l'imminence morbide qu'elle suscite est indéterminée; l'innocuité actuelle de vos inoculations syphilitiques n'est qu'apparente; elle ne garantit pas l'avenir. Dans cinq ans, dans dix ans encore, peuvent éclater les suites funestes des inoculations, qui, par un mécanisme ignoré, resteraient temporairement sans effet sur l'organisme.

L'autre orateur a débuté dans la discussion sur la syphilisation avec la même réserve que M. Depaul. Dans la séance du 27 juillet dernier, il disait : « Je n'ai rien vu par moi-même en fait de sy- » philisation; je suis pareillement incompétent pour la soutenir et » la proscrire..... Mais avant tout, je veux que les faits soient véri- » fiés; je veux que ses inventeurs et ses partisans soient bien aver- » tis que nous exigeons des preuves suffisantes, des preuves vrai- » ment scientifiques. » Assurément, puisque M. Malgaigne ne partage pas la répugnance profonde qu'inspire à beaucoup de ses collègues la continuation de semblables essais, il ne pouvait s'exprimer avec plus d'impartialité; c'est l'esprit d'examen dans la mesure de précision et de rigueur que nécessite la constitution d'un fait scientifique; et après avoir stipulé en si bons termes les conditions de la preuve, il ne pouvait manquer de les accepter pour lui-même.

Cependant, messieurs, qu'est-il arrivé? Dans l'intervalle de deux à trois séances, M. Malgaigne a voulu voir, il a vu et il s'est converti à la doctrine de la syphilisation curative. Dès la fin de la séance du 3 de ce mois, nous devions nous attendre à ce dénoûment, quand M. Malgaigne, réclamant la suite de la discussion, s'est écrié que la lumière commençait à se faire, et nous a promis pour la séance suivante le *fiat lux* de la syphilisation.

Or, l'orateur qui a promis la lumière, l'orateur qui, le 27 juillet, de son propre aveu, n'avait encore rien vu en fait de syphilisation et s'y déclarait incompétent, l'orateur qui s'annonçait difficile sur les preuves et les exigeait vraiment scientifiques, nous a apporté à cette tribune, quoi? Un brillant exorde contre la syphilisation préventive devenue le bouc émissaire de toutes les indignations, l'énumération piquante d'un grand nombre de découvertes méconnues à leur origine et de progrès niés *à priori*, un amusant apologue sur le chloroforme qui sent bon et sur le chloroforme qui sent mauvais, un nouveau commentaire de faits connus et des incidents qui ont marqué le travail de la commission, l'annonce de la ruine prochaine ou déjà consommée des doctrines de M. Ricord, et.... un fait nouveau, un seul fait, sans compter celui qui concerne un malade de M. Marchal, fait souvent invoqué dans cette discussion et où l'on voit un tubercule ulcéré de la langue guéri en huit jours par l'inoculation syphilitique, mais suivi de l'apparition de tumeurs gommeuses: cette observation répond-elle aux justes exigences de sévérité scientifique professées par M. Malgaigne? Quant au fait nouveau, il appartient à M. Malgaigne, mais il l'a énoncé sans détails; il s'est borné à nous annoncer la bonne nouvelle d'un syphilisé réfractaire.... réfractaire à combien d'inoculations? réfractaire à quelle qualité de virus? réfractaire pour quelle période de temps? réfractaire au prix de quelles atteintes portées à sa constitution? C'est ce qu'on n'a pas dit et ce qu'on ne peut nous dire définitivement dès aujourd'hui; on est parvenu à ensevelir momentanément le virus dans l'organisme comme la semence dans la terre: qu'en sortira-t-il? Nul ne le sait, et voilà le seul fait original du second discours de M. Malgaigne. Dans le premier, scepticisme scientifique, aspiration à la preuve; dans le second discours, l'enthousiasme déborde, et dans les magnifiques encouragements que de cette place il a prodigués à l'inventeur de la syphilisation, dans la péroraison presque lyrique où il a traduit si éloquemment à l'usage de M. Auzias le *Perge, puer, sic itur ad astra*, ce n'est plus la conviction seulement qui inspirait l'orateur, c'était l'admiration.

Messieurs, quand deux de nos plus distingués collègues accordent l'appui de leur talent à la syphilisation et s'y attachent l'un avec intérêt, l'autre avec conviction; quand une jeunesse avide de progrès et de vérité se presse aux discussions qu'elle soulève, on se demande, même après avoir constaté une fois de plus l'inanité des preuves et le danger de la pratique, ce qui peut motiver ce mouvement des esprits et s'il y a dans la doctrine nouvelle autre chose qu'une curiosité scientifique de haut goût, une trompeuse perspective de résultats et comme un mirage de découvertes! La syphilisation frappe d'abord comme toutes les recherches hardies qui s'attaquent à l'organisme, comme tous les faits étranges, insolites que produit une expérimentation téméraire; elle présente un spectacle nouveau, celui de l'organisme en conflit avec des doses sans cesse renouvelées de l'un des virus les plus subtiles, les plus pénétrants, les plus dangereux qui puissent compromettre la santé des individus et des familles. Puis les questions qu'elle met à l'étude ramènent au problème général et complexe de l'immunité morbide l'une des plus attrayantes thèses de la pathologie générale et jusqu'à présent aussi l'une des plus obscures, des plus litigieuses. Immunité des infirmiers et des sœurs hospitalières qui sont en lutte permanente contre toutes les variétés d'infection; immunité partielle dans l'intérieur des familles où s'est produit un foyer de contagion; immunité du médecin qui reste pendant cinq à six mois en contact avec des centaines de cholériques; tout cela ne s'explique pas exclusivement par le hasard, par la résistance morale, ni par je ne sais quelle vertu réfractaire de l'économie. Ces formules conventionnelles, que l'on dirait inventées par l'ingratitude des malades, n'expliquent rien; autant vaudrait dire que la sœur, l'infirmier, le médecin, plongés dans une atmosphère miasmatique ou contagieuse, absorbent des quantités successives de poison morbide qui les imprègnent et se neutralisent par leur accumulation même. Plus on examine ce grand fait de l'immunité, plus il offre d'intérêt, et cet intérêt, je dois le dire, malgré le dégoût que m'inspire la syphilisation, ne fait pas entièrement défaut dans les expériences qu'elle a tentées; il ne faut pas moins les déplorer et les proscrire, car elle a méconnu la limite des pouvoirs octroyés au médecin. Personne ici ne songe à enrayer le progrès scientifique; mais l'expérimentation a ses bornes, et l'Académie, sans prétendre au gouvernement de la pratique médicale, est tenue de répondre aux témérités qui l'interrogent : Vous n'irez pas plus loin!

Au reste, nous comprenons que l'autorité des jugements de l'Académie est au prix d'une réserve qui n'exclut jamais le progrès scientifique; les faits connus de la syphilisation curative et préventive suffisent pour en motiver le rejet; mais votre blâme ne frappera que cette pratique; vous laisserez à l'avenir le soin de prononcer sur la valeur générale de la méthode dont la syphilisation n'est qu'une application malheureuse. C'est là une distinction qui n'a pas encore été introduite dans ce long débat, et que je tiens à établir. Il y a deux choses en effet dans la syphilisation : la méthode et une application, le principe et un résultat, la généralité et l'espèce. Jusqu'à la fin du siècle dernier on inoculait la variole pour atténuer la gravité de ses symptômes et de sa marche, et la France, soit dit en passant, fut une des dernières à admettre cette pratique, comme plus tard elle se montra lente à vérifier, à propager le bienfait de la vaccine. Virus variolique, cow-pox, vaccine, voilà les trois phases qu'a parcourues cette spécialité prophylactique. Mais ne présente-t-elle qu'une pratique isolée, un procédé exclusivement applicable à la variole? — Où contient-elle le germe, le plan d'une méthode qui, dans son expression la plus générale, consisterait à poursuivre la guérison, peut-être même la préservation de certaines maladies par l'inoculation de matières identiques ou homologues aux virus dont elles sont le produit? — On ne peut repousser d'une manière absolue jusqu'à l'idée d'étendre utilement à d'autres affections virulentes ce qui a si merveilleusement réussi contre la variole; ce qui n'est encore qu'un acte de prophylaxie limitée à une seule maladie peut devenir pour plusieurs une méthode régulière de traitement; elle a échoué avec un triste éclat contre la syphilis; mieux comprise, mieux appliquée, diversifiée, perfectionnée, elle triomphera peut-être d'autres maladies diathésiques, virulentes, moins répandues que la syphilis et non moins redoutables. C'est à nos savants collègues de la section de médecine vétérinaire à nous apprendre le résultat des inoculations qui ont été faites récemment dans un pays voisin pour préserver l'espèce bovine de la péripneumonie contagieuse; mais est-il donc impossible que l'un d'eux vienne proclamer un jour à cette tribune que la morve peut être conjurée ou enrayée par un artifice de vaccination? Serais-je taxé d'indiscrétion par le savant directeur de l'École d'Alfort, en répétant dans cette enceinte qu'il a le dessein de diriger ses recherches dans la voie que l'on suit actuellement pour la péripneumonie contagieuse? La médecine humaine ne peut que profiter de ses tentatives; diverses espèces animales qui vivent avec nous sont en quelque sorte des milieux tout préparés pour l'élaboration de principes plus ou moins analogues à celui que nous sommes si heureux de puiser sur la vache. Le cow-pox est une conquête que nul conteste; il est naturel qu'on le considère aussi comme une promesse pour l'avenir.

Il ne faut donc pas que le rejet de l'étrange pratique des syphilisateurs implique la négation anticipée des ressources que la médecine pourrait trouver ultérieurement dans les inoculations d'un autre genre, et n'oublions pas que nous devons à cette méthode l'extinction progressive des épidémies varioliques. A la vérité, on doit peu compter sur les découvertes; mais les esprits généreux se plaisent à les pressentir, à les poursuivre.

Je propose de dire que l'*Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission en ce qui concerne la syphilisation préventive et curative.*

A cette conclusion j'espère que l'Académie voudra en ajouter une autre : l'autorité a pris en main l'affaire de la syphilisation; elle a institué une commission, elle demande des documents à l'étranger. Nous n'avons certainement charge ni velléité de pourvoir à l'espèce d'enquête qui se fait en dehors de nous; mais dans la sphère de ses relations officielles, l'Académie a le devoir d'éclairer l'autorité en l'informant de ses travaux et de ses délibérations; elle a pris, en d'autres circonstances, l'initiative de l'envoi de ses documents spéciaux au ministre de l'intérieur; c'est ainsi qu'à la suite de la discussion sur le goître et le crétinisme elle a décidé (séance du 29 janvier 1851) qu'une lettre sera adressée au minitre pour l'informer de ce qu'elle a déjà fait et de ce qu'elle se propose de faire relativement à cette question, en appelant dès lors l'attention de l'autorité sur les documents publiés dans le bulletin de ses séances. Je demande donc :

1° Que l'Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission en ce qui concerne la syphilisation préventive et curative;

2° Qu'une lettre soit adressée au ministre de l'intérieur avec envoi du rapport et des documents fournis par la discussion sur la syphilisation.

Après un résumé de M. Bégin et une réplique de M. Ricord, que nous publierons dans notre prochain numéro, l'Académie adopte ces propositions à l'unanimité, moins les voix de MM. Malgaigne et Depaul, qui s'abstiennent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 août 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Chassaignac, à l'occasion du procès-verbal. Je demanderai la parole pour faire remarquer à la Société que, dans le travail que je lui ai lu sur le chloroforme, je me suis abstenu de formuler aucune des indications de son emploi dans la médecine opératoire oculaire. Si j'étais entré dans cette voie, je dois dire à la Société que j'y aurais été précédé par M. Jungken, de Berlin, qui a traité des indications du chloroforme dans les opérations à pratiquer sur les yeux.

Mon travail ne porte que sur les phénomènes physiologiques oculaires pendant l'action du chloroforme. C'est une étude qui peut et doit régulariser les indications de son emploi; mais enfin il est de mon devoir de dire que ces indications mêmes ont été données, d'une manière fort contestable à la vérité, par M. Jungben.

Amputation du pied par le procédé de Lisfranc.

M. Chassaignac présente à la Société une malade à laquelle il a pratiqué, il y a deux ou trois mois, l'amputation partielle du pied par le procédé de Lisfranc. Il s'agissait d'un cas de gangrène par congélation.

Le but de la présentation est de faire constater

1° L'équilibre parfaitement exact qui existe entre l'action des muscles de la partie postérieure et ceux de la partie antérieure de la jambe. L'absence par conséquent de toute rétraction du tendon d'Achille et la direction rigoureusement perpendiculaire, au repos, de la jambe sur la portion tarsienne du pied;

2° Dans la marche, qui est possible chez cette malade sans le secours d'aucun appareil prothétique, toute la portion du pied qui a été conservée porte très exactement sur le sol dans toute sa longueur. De plus, le premier cunéiforme reste étranger à cette sustentation qui a pour principal agent le bord externe du tarse.

Correspondance.

M. le docteur Rigal (de Gaillac) écrit pour remercier la Société de la nomination de membre correspondant.

M. le docteur Bowman (de Londres) adresse également des remercîments à l'occasion du titre d'associé étranger qui lui a été conféré.

M. le docteur Risk (de Glascow) écrit à la Société pour l'informer que dans peu il lui adressera plusieurs travaux originaux.

M. le docteur Borelli (de Turin) adresse à la Société un travail sur les injections iodées et plusieurs observations imprimées sur le même sujet. Ces travaux sont renvoyés à la commission chargée de faire un rapport sur les diverses préparations d'iode employées en injection. M. Follin est adjoint à la commission.

M. Danyau dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine et médecin de l'hôpital français à Smyrne, une observation de carie et de nécrose du tibia, avec ablation totale du corps de cet os, suivie de guérison. MM. Laborie, Forget et Giraldès sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

On femoral rupture, its anatomy pathology and surgery with a new mode of operating applicable to cases of strangulated hernia generally; par le docteur John Gay.

Vierteljahrschrift für die Praktische Heilkunde herausgegeben von der medicinischen facultat in Prag., red. a Pr Halla und Dr Harner.

Grossesse anormale.

M. Huguier communique en entier toute l'observation de grossesse anormale dont il avait déjà entretenu la Société. Cette observation est renvoyée au comité de publication.

M. Danyau demande que quelques rectifications soient faites à cette observation.

M. Huguier. Je ne voudrais pourtant pas quitter ce sujet sans signaler à votre attention une disposition particulière du col de l'utérus chez certaines femmes enceintes pour la première fois. Cette disposition a peut-être été la cause d'erreurs graves dans les premiers mois de la grossesse. Quatre fois déjà j'ai rencontré sur trois jeunes femmes, deux fois chez la même, un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. A deux mois et demi, le corps de l'utérus s'élevait à 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis; le doigt porté dans le vagin ne pouvait que très difficilement, et en refoulant le périnée en arrière, arriver jusqu'à lui : il fallut, chez l'une de ces femmes, que la main gauche appliquée sur l'hypogastre le déprimât vers la vulve pour que le doigt explorateur le sentît.

Par le toucher vaginal, on reconnaissait que la partie du col située au-dessus de l'insertion du vagin était allongée, résistante, cylindrique, non évasée, excepté tout à fait à la partie supérieure. La portion sous-vaginale (museau de tanche) était restée conoïde, elle était un peu plus longue qu'à l'état normal; la lèvre postérieure descendait un peu plus bas que la lèvre antérieure, de telle sorte que la surface inférieure du col était dirigée obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. La totalité du col était courbée, elle offrait une concavité en avant. Le sommet, au lieu d'être en arrière, regardait l'arcade du pubis; il en résultait que cette portion de l'utérus ressemblait à un bec d'aiguière. Il y avait donc, chez ces femmes, élévation du corps de l'utérus, hypertrophie et antéflexion du col.

Instruments nouveaux ou modifiés.

M. Chassaignac présente quelques instruments qu'il a fait construire par M. Mathieu, et qui satisfont à certaines indications de manuel opératoire jusqu'ici négligées. Ces instruments sont :

1° Un spéculum de la bouche, qui permet de placer sans difficulté l'amygdalotome de Fanestock, même sur des sujets indociles.

2° Une aiguille à manche, dite *aiguille à résections*. Toutes les aiguilles à manche et dont le chas est fermé ne peuvent s'adapter à certaines exigences du manuel opératoire, parce qu'on est obligé, quand on veut dégager l'aiguille, de défiler le fil dans toute sa longueur; on remédie à cela en employant des aiguilles dont le chas est fendu en œil de perdrix, mais on a alors l'inconvénient d'accrocher les tissus avec les bords de la fente pratiquée à l'œil de l'aiguille. Il fallait parer à cet inconvénient : c'est ce qui a été fait par un mécanisme de clapet dans l'aiguille à résection, telle que vous la voyez.

3° Une algalie ou sonde urétrale ordinaire, dans laquelle, à l'emploi de la vis comme moyen d'articuler les deux pièces de l'ins-

trument, on a substitué un mécanisme analogue à celui d'une douille de baïonnette.

Les avantages résultant de cette modification seraient de diminuer beaucoup moins que dans les algalies à vis le calibre de la sonde, d'éviter tout cliquetis capable de troubler dans l'exploration diagnostique de la vessie, de permettre un maniement plus prompt pour la jonction des deux pièces, d'éviter l'usure rapide du métal inhérente au mécanisme de la vis.

M. Larrey. Je demanderai à notre collègue si l'aiguille qu'il vient de nous présenter n'offre pas quelque analogie avec celle que Fauraytier, ancien et regrettable élève des hôpitaux civils, avait imaginée pour la staphylorapbie et pour quelques autres sutures.

M. Chassaignac. La différence entre l'aiguille de Fauraytier et la mienne consiste en ce que, dans la première, le fil ne se dégage pas du cbas de l'aiguille; c'est celle-ci qui, étant très courte, passe tout entière à travers le tissu qu'on veut ligaturer et devient libre par de là le trou qu'elle a fait, ce qui oblige ensuite à la défiler. Dans l'aiguille à résection, au contraire, l'instrument est tout d'une pièce, et le fil peut être dégagé du cbas de l'aiguille par un simple mouvement de traction. L'aiguille de Fauraytier ne peut s'appliquer qu'à des membranes peu épaisses, tandis que l'aiguille à résections peut servir à contourner des os volumineux et traverser de grandes épaisseurs de tissus. Le principe de construction diffère essentiellement.

— A cinq heures, la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

SUR LA COULEUR BLEUE

que prend quelquefois le pus.

Par M. Henri Braconnot.

Les changements chimiques qu'éprouvent les humeurs animales sous l'influence des effets morbides, en produisant des combinaisons qui n'existent pas dans l'état normal, ont dû fixer depuis longtemps l'attention des médecins. Pour expliquer ces phénomènes, ils invoquèrent les secours de la chimie à une époque où cette science, à peine sortie du berceau, ne pouvait les conduire qu'à des théories imaginaires, souvent dangereuses, qui, loin de contribuer au progrès de l'art médical, en ont au contraire retardé la marche.

Malgré les découvertes que la science chimique a faites de nos jours, il faut en convenir, elle n'est pas encore en état d'expliquer d'une manière satisfaisante la formation de ces produits si variés que font naître les maladies, ni leur liaison avec ces dernières, de manière que l'on puisse en tirer des inductions curatives de quelque valeur. Ce n'est pourtant pas une raison pour négliger l'étude de ces productions singulières. C'est pourquoi j'ai cru devoir examiner celle qui colore assez souvent le pus en bleu, couleur attribuée sans preuves suffisantes à une production de bleu de Prusse.

M. le docteur Edmond Simonin, dont le zèle infatigable et les talents lui ont acquis un rang si distingué parmi les praticiens, avait déjà eu occasion d'observer un très grand nombre de fois du pus bleu. Il m'a remis dernièrement pour l'examiner du linge très blanc qui en était imprégné. Ces empreintes, dans leur état de dessiccation, étaient d'une belle couleur bleu d'azur plus foncée, tirant un peu au verdâtre.

Pour en isoler le principe colorant, je les ai mises en macération dans de l'alcool froid, qui n'a pas tardé à prendre une belle couleur bleue. Cette dissolution évaporée a fourni un résidu, lequel, repris avec un peu d'eau, s'y est dissous presque en totalité, sauf une très petite quantité de matière grasse jaunâtre. La dissolution aqueuse, évaporée à une douce chaleur, a laissé le principe colorant.

Ainsi obtenu, il est du plus beau bleu avec une légère nuance verdâtre.

Il est incristallisable, attire l'humidité, très soluble dans l'eau et dans l'alcool; insoluble dans l'éther. Exposé à l'air et à la lumière, il verdit peu à peu en prenant une nuance sale. Dissous dans l'eau et appliqué sur du papier rougi par le tournesol, il le colore en bleu; mais cette couleur n'est que superficielle, car elle disparaît par le lavage, en sorte que le papier de tournesol reparaît rougi comme auparavant.

Les acides les plus affaiblis, en s'unissant à cette matière colorante bleue, la font passer instantanément au rouge vif ou au rose, à peu près comme avec la teinture de tournesol; mais celle-ci est décolorée par l'acide sulfureux; ce qui n'a pas lieu avec la matière colorante du pus bleu.

Mélangée à une dissolution d'alun, la liqueur rouge qui en résulte produit une laque bleue par les carbonates alcalins.

Les alcalis ne paraissent faire éprouver aucune altération appréciable à cette matière colorante.

On pourrait aussi obtenir le principe dont il s'agit en plongeant le linge imprégné de pus bleu dans de l'eau rendue légèrement aigrelette par un peu d'acide sulfurique affaibli; il en résulte une liqueur rouge trouble, et cependant, malgré des lavages réitérés, ce linge conserve encore une teinte rosée.

Abandonnée au repos, la liqueur rouge obtenue laisse déposer facilement un précipité blanc abondant de matière animale; chauffée ensuite avec un peu de carbonate de chaux, elle reprend sa couleur bleue primitive avec une nuance un peu verdâtre, qui paraît lui être naturelle.

J'avais d'abord cru cette matière colorante analogue à celle que j'ai désignée sous le nom de cyanourine (*Annales de chimie et de physique,* 1re série, t. XXIX); mais ses propriétés physiques et chimiques sont sensiblement différentes. En raison de sa grande altérabilité et de la manière dont elle se comporte avec les réactifs, je ne puis mieux la comparer qu'à certaines matières colorantes bleues ou purpurines de la corolle dans un grand nombre de plantes, lesquelles couleurs, d'après Lamarck, seraient aussi produites sous une influence maladive. En effet, ce célèbre naturaliste a admis dans les fleurs, dès leur naissance, un état morbide, qu'il a comparé à celui des colorations automnales que les feuilles acquièrent sur la fin de leur vie.

En communiquant à M. Edmond Simonin les recherches qui précèdent, il m'a fait part d'une brochure qu'il venait de recevoir, sur la suppuration bleue, par M. Pétrequin, exchirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a fait, conjointement avec M. Burin du Buisson, plusieurs expériences d'après lesquelles il croit devoir attribuer la coloration du pus vert à du sulfure de fer et peut-être à du sulfure alcalin. La coloration bleue lui a offert des caractères bien différents; il a, en effet, remarqué que les pièces de pansement, plongées dans l'eau, lui communiquaient une belle couleur bleue, laquelle était décolorée par le chlore, passait au rouge par l'acide nitrique, et redevenait bleue avec l'ammoniaque. MM. Pétrequin et Burin du Buisson, cherchant à expliquer la cause de cette couleur, ont pensé qu'elle pouvait être due à la révivification de la préparation employée pour passer au bleu le linge lessivé; mais cette hypothèse ne paraît pas soutenable. (*Journ. de chimie méd.*)

CORRESPONDANCE.

A M. DE CASTELNAU.

Nous recevons de notre ami excellent et mal inspiré, M. Depaul, la lettre suivante, que quelques brèves remarques réduiront à sa juste valeur.

Mon cher ami,

Quoique vous n'ayez publié dans votre journal que la lettre de M. Hugot, et que l'*Union médicale* seule ait inséré celle de M. Lefèvre, je connais assez votre impartialité pour être sûr que vous donnerez place dans votre prochain numéro à la réponse collective que je me crois obligé d'adresser à ces deux futurs confrères.

Si je n'avais consulté que mon goût pour ce genre de polémique et les sentiments que m'ont inspirés les allures peu *parlementaires* de M. Hugot (spécialement), j'aurais gardé le silence, et je me serais contenté de protester à la tribune académique; mais il s'agit d'allégations si contraires à la vérité, que je crois devoir surmonter mes répugnances; car si je me taisais, vos lecteurs pourraient croire que je n'ai rien à répondre.

J'avais dit, en parlant de M. Hugot, que les détails qu'il avait donnés sur M. Pagès, qu'on peut maintenant désigner par son nom, étaient incomplets. J'ajoute aujourd'hui que la plupart sont inexacts; je ne lui reproche pas seulement de n'avoir pas dit à quelle source avait été puisé le pus des inoculations, mais d'avoir tu le nom de celui qui, à l'hôpital des Vénériens, en avait fait le plus grand nombre. Cela valait bien la peine d'être indiqué, quand il s'agit d'une méthode qu'on veut repousser pour des raisons diverses, et en particulier à cause des dangers qu'elle présenterait.

Plus que jamais je persiste à ne pas reconnaître M. Pagès dans le portrait tracé par M. Hugot. Grâce au ciel! tous les accidents formidables dont il a parlé (*sans en excepter le fameux lombago*) ont depuis longtemps disparu. Ses craintes, sans doute exagérées par l'intérêt que naturellement il doit porter à son ancien collègue, peuvent se calmer. Je lui conseille de lire la lettre à la fois si digne et si ferme insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* de ce jour, et il sera rassuré sur les conséquences d'une expérimentation dont il serait injuste d'ailleurs de faire peser les conséquences sur l'auteur de la syphilisation.

Quant à M. Lefèvre, quoique sa lettre porte la date du 10 août, elle n'a été remise chez moi que le 16 dans la soirée, c'est-à-dire la veille de la dernière séance de l'Académie. J'avais été tenté de la lui renvoyer, en lui disant qu'il s'était trompé d'adresse. N'est-il pas étrange, en effet, de le voir frapper à ma porte pour faire lire sa lettre à l'Académie? Ne devait-il pas se rendre à l'hôpital des Vénériens, là où il avait cru devoir déposer ses premières confidences? Mais puisque lui aussi veut que son nom retentisse dans le débat, je veux le satisfaire, et pour cela je me contente de transcrire une lettre que je reçois à l'instant même de MM. Guilbert et Mialet. C'est la seule réponse que j'ai à lui faire.

A M. DEPAUL.

« Monsieur,

» Diverses tentatives ont été faites pour affaiblir la valeur des renseignements si nets et si précis que nous vous avons spontanément transmis, et que vous avez fidèlement reproduits dans votre discours à l'Académie de médecine. Nous avions été conduits à faire cette démarche, après avoir entendu M. Ricord tracer une histoire incomplète et inexacte de la maladie de M. J..., que *seuls* nous avons soigné avec un autre de nos amis qui, toutefois, ne l'a vu que dans les vingt-quatre heures qui ont précédé sa mort.

» Le point capital de notre rectification était celui-ci : Il semblait résulter des communications faites à M. Ricord par MM. Piedagnel et Lefèvre que M. J... avait succombé par le fait de la syphilisation. Or, nous savions que depuis plus d'un mois aucune inoculation n'avait été faite sur le bras par où a débuté la maladie qui a conduit au tombeau notre malheureux ami; mais nous pensions que si M. Ricord n'avait point parlé de l'érysipèle qui, en définitive, l'a fait mourir, cela tenait à ce qu'il n'avait pas été complétement et exactement renseigné.

» Nous ne savons plus que penser aujourd'hui, quand nous trouvons dans deux lettres qui sont invoquées comme justification, l'une de M. Piedagnel, l'autre de M. Lefèvre, qu'il avait été mis au courant de tout ce qui se rattachait à cet érysipèle.

» Que maintenant, M. Lefèvre trouve que cette première partie de notre lettre est *sans portée*, libre à lui de formuler cette opinion. Pour nous, nous croyons que tous les esprits sérieux verront avec nous que là était le point capital.

» Quant à Mlle X..., jusqu'à l'époque où nous l'avons vue (le lendemain du jour où succombait M. J...), nous maintenons l'exactitude de nos assertions à son égard, mais nous ne nous portons pas garants de ce qui lui est advenu depuis.

» L'inexactitude que nous reproche M. Lefèvre appartient à M. Ricord. Nous savons parfaitement que Mlle X... a été soumise à l'inoculation vers la fin de février 1852, et ce sont les paroles de M. Ricord et non les nôtres que vous avez répétées dans votre discours.

» Quant à M. Roby, puisqu'il a cru devoir également intervenir dans ce débat, nous lui ferons observer, comme à M. Lefèvre, qu'il n'a pas vu une seule fois M. J... pendant tout le cours de sa maladie, et qu'il ne nous paraît pas beaucoup mieux renseigné sur la nature des accidents syphilitiques qui ont existé longtemps avant la mort, et qui s'étaient reproduits à différentes époques. Libre à lui de faire passer pour un érythème fort simple les manifestations secondaires que nous avons constatées. Mais nous avons l'observation tout entière, prise jusqu'au début de l'érysipèle, et nous pourrions lui montrer que, si pendant notre absence il a vu des accidents qui n'auraient duré que trois jours, il en a été bien autrement de ceux que nous avons observés, et qui n'ont disparu que trente à quarante jours après le début de la syphilisation, et c'est de ceux-là seulement que nous avons entendu parler.

» Mais, demande M. Roby, J... ne portait-il pas au bras des chancres en suppuration quand il fut pris d'érysipèle? Puisqu'il n'a pu rien voir de ce qui s'est passé, nous pouvons lui répondre hardiment que non. Il n'existait plus que quelques cicatrices croûteuses sur le bras gauche. L'épiderme fut soulevé en ce point par le progrès de l'inflammation cutanée; et d'ailleurs, les points où existaient ces cicatrices d'inoculation ne furent pas les seuls où se montrèrent des phlyctènes.

» Enfin, il est une dernière assertion que nous tenons beaucoup à rectifier, parce qu'elle est complétement erronée. Nous n'avons jamais dit à M. Roby que nous vous ayons même laissé entendre que, dans notre opinion, la syphilisation avait eu pour notre ami *les résultats les plus fâcheux*. Nous ne comprenons donc pas comment il a pu si légèrement vous accuser d'avoir supprimé une partie de notre communication sous ce rapport.

» Veuillez agréer, monsieur, etc. »

Suivent les signatures.

Paris, 19 août 1852.

Depaul.

REMARQUES. — A M. DEPAUL.

Mon cher ami,

Puisque vous avez de la répugnance pour le genre de polémique à laquelle vous avez recours aujourd'hui, je crois que vous auriez mieux fait, en cette circonstance, de suivre vos goûts plutôt que d'interroger votre raison. En vous engageant davantage dans la triste voie où mon amitié vous a vu entrer avec tant de regrets, vous lui imposez de nouveau la cruelle nécessité de vous démontrer combien vos reproches sont injustes et vos raisonnements peu dignes de votre esprit habituellement si judicieux.

Vous accusez d'être peu parlementaire un brave jeune homme aussi recommandable par son amour du travail que par son respect pour ses maîtres; mais vous avez oublié la sanglante injure que vous lui avez faite en l'accusant publiquement d'avoir signé, en quelque sorte par complaisance, une lettre dont il n'aurait pas été l'auteur; je dois vous avouer même que cette accusation ne portait pas exclusivement sur lui; car si M. Hugot avait été complaisant, quelqu'un l'avait sans doute poussé à la complaisance, et vous étiez le dernier, il me semble, dont je dusse attendre un pareil soupçon. Je ne saurais trop donc dire si M. Hugot a manqué aux règles parlementaires; mais ce que je sais, c'est qu'il n'aurait fait en cela que suivre le fâcheux exemple que vous lui avez donné.

Quant au reproche d'inexactitude, que vous fondez sur ce que M. Hugot n'aurait pas indiqué l'auteur des inoculations les plus nombreuses, permettez-moi d'augurer assez favorablement de la rectitude de votre jugement pour croire que vous n'attachez aucune importance *scientifique* à ce reproche, et que vous le considérez vous-même comme une puérile et piquante taquinerie. Que s'il en était autrement, je vous renverrais simplement à ce que je dis aujourd'hui de la parabole du chloroforme.

Enfin, mon cher ami, vous persistez encore à ne pas reconnaître M. P... dans le portrait qu'en a tracé M. Hugot. Voulez-vous vous convaincre combien votre perspicacité est ici en défaut, lisez les lignes suivantes :

Lorsque M. P... vint me demander d'insérer la lettre que vous avez pu lire dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, je lui dis, pour l'en dissuader : « Vous vous » plaignez de l'abus qu'on a fait de votre personne et de votre » nom. Pour votre personne, passe, la chose est discutable; » mais quant à votre nom, ni M. Hugot, ni M. Ricord ne » l'ont prononcé, et pour ma part je vous avoue que j'igno» rais complétement, il y a un quart d'heure, qui vous étiez. » Savez-vous, mon cher ami, ce que me répondit M. P..? Le voici :

« Monsieur, personne ne s'est trompé au portrait de M. Hu» got; toutes mes connaissances m'y ont parfaitement re» connu; je m'y suis reconnu moi-même, et c'est pour cela » que je ne puis garder plus longtemps le silence. »

Vous voyez, mon cher ami, que M. P... se connaît mieux que vous ne le connaissez vous-même. C'est pourquoi vous avez grand tort de reprocher à M. Hugot une observation où plus d'un détail manque assurément, mais où il y en a suffisamment pour démontrer que la syphilisation ne pourra jamais être qu'une exploitation dont les syphilisés fourniront la matière. Je dois ajouter d'ailleurs que les personnes qui vous ont renseigné sont loin d'avoir été plus complètes que M. Hugot; qu'elles ne vous ont pas dit un mot, par exemple, des engorgements ganglionaires sous-maxillaires et cervicaux, dont un a été, par parenthèse, ouvert il y a cinq jours, du psoriasis des mains et de l'alopécie dont l'infortuné syphilisé est atteint encore aujourd'hui; le tout, malgré la brillante santé dont le gratifie M. Malgaigne dans son dernier discours. — H. de Castelnau.

Chronique et nouvelles.

M. Liébig vient d'être nommé professeur public de l'Université de Munich, et en même temps directeur-conservateur du laboratoire chimique. Les honoraires du célèbre chimiste sont fixés à 16,000 fr. par an.

La Faculté de médecine de Munich a appelé en outre les hommes les plus distingués (les deux MM. Siébold, M. Pfeifer) pour remplacer les pertes qu'elle a éprouvées dans ces derniers temps.

— On nous écrit de Berlin :

«Dans le corps médical de notre ville on s'occupe du projet de constituer un tribunal pour les affaires d'honneur. Les principes fondamentaux, publiés par des lettres d'invitation et proposés par quelques praticiens des plus distingués, ont excité une vive résistance parmi leurs confrères, ces principes ne reconnaissant pour base que les punitions infligées par les tribunaux ordinaires.»

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 101. — JEUDI 26 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 101. — JEUDI 26 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Prix d'Argenteuil. — Oraison funèbre de la syphilisation, ou résumé de la discussion. — Académie de médecine, séance du 24 août. — Addition à la séance extraordinaire du 21 août. (Discours de MM. Ricord et Bégin.) — Des charbons végétaux. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 25 AOUT 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous n'avons que quelques mots à dire sur la séance du 24 août, l'Académie s'étant formée en comité secret immédiatement après la lecture de la correspondance pour discuter le rapport sur le prix d'Argenteuil.

Dans la séance prochaine commencera l'importante discussion relative à la transmission des accidents syphilitiques secondaires.

Nous donnons à nos lecteurs le discours prononcé par M. Dubois, d'Amiens, aux obsèques de M. Dizé; ils pourront juger par eux-mêmes combien était légitime l'accueil que lui a fait l'Académie.

Prix d'Argenteuil.

Nous apprenons à l'instant que le prix d'Argenteuil, qui a suscité tant de tracas à l'Académie, a été décerné tout entier, dans le comité secret qui a suivi la séance d'hier, à M. le docteur Reybard, de Lyon. Ce prix se monte aujourd'hui à 12,000 fr.

Oraison funèbre de la syphilisation,

OU RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION.

(Fin. — *Voir* le numéro précédent.)

A M. LE PROFESSEUR MALGAIGNE.

Monsieur le professeur,

Si je n'avais consulté que mes forces, j'aurais sans doute hésité à combattre directement la magnifique improvisation (je dis magnifique au point de vue de l'art) que vous avez faite dans l'avant-dernière séance de l'Académie, ou plutôt je n'aurais point hésité, j'aurais renoncé à prendre la plume et je me serais retranché derrière les réfutations et le jugement d'athlètes plus dignes de votre talent. Tels ne sont point mes principes. Convaincu qu'aucun effort n'est absolument perdu dans une lutte, je ne prends conseil que de ma conscience; là où me paraît être la vérité, là j'apporte mon faible bras, sans songer à la puissance de mes adversaires. Voilà pourquoi vous me trouvez devant vous.

Presque au début de votre discours se trouve un argument auquel j'étais loin de m'attendre de la part d'un esprit aussi original que le vôtre, tant est rebattu cet argument que venait de reproduire, il y avait huit jours à peine, M. Marchal (de Calvi) dans une lettre dont je parlerai plus loin. Vous avez dépeint un peu poétiquement, il faut bien en convenir, les obstacles puissants qu'ont eu à surmonter toutes les grandes découvertes avant de prendre une place définitive dans les annales du progrès de l'esprit humain. Mais alors même que la vérité historique ne contredirait pas vos allégations, que peuvent prouver de tels exemples? S'ensuivrait-il par hasard qu'on doive accueillir avec un aveugle enthousiasme les utopies de tous les illuminés, les mystifications de tous les charlatans qui se présentent modestement aux gouvernements et aux académies comme autant de Christophes-Colombs et de Galilées. A Dieu ne plaise que je vous fasse l'injure de vous attribuer une telle pensée! mais, à votre tour, accordez-moi que le rapprochement que vous avez invoqué était indigne d'un aussi éloquent interprète, et qu'il faut le laisser désormais pour ce qu'il est, l'argument *in extremis* de tous les malheureux incompris qui peuplent nos asiles et nos pénitenciers. Accordez-moi qu'il faut apprécier, juger chaque fait et chaque doctrine d'après les circonstances qui lui sont propres; accordez moi qu'il y a (en médecine comme ailleurs) un bon sens, une raison générale que vous avez confondue à tort avec le bon sens et la raison de Br[illegible]nfield et de Boyer, mais à laquelle vous vous êtes empressé de recourir, et qui vous a servi de *criterium* dans la presque seule partie de votre discours que vous n'aurez jamais à désavouer.

Sur quelles données, en effet, avez-vous prononcé contre [illegible] syphilisation préventive cette foudroyante proscription dont [illegible] discours écrit ne rappelle pas toute l'énergie? Ce n'est [illegible] d'après les faits de la syphilisation, puisque vous faites remarquer avec une satisfaction, qui à la vérité ne me paraît pas très légitime, mais qui l'est à vos yeux, que toutes les victimes de la nouvelle pratique se portent assez bien. C'est donc au nom du bon sens, de la raison médicale que vous avez lancé contre la syphilisation préventive le plus violent anathème de tous ceux qui l'ont si justement flétrie. Vous vous êtes dit avec tout le monde : La syphilis est une maladie accidentelle qui peut être facilement évitée, qui, en l'absence même de toutes précautions, n'atteint qu'une partie restreinte de la population; lorsqu'elle se généralise, elle compromet d'une manière grave non-seulement la santé de celui qui en est affecté, mais encore la santé et la vie de sa progéniture; il est donc odieux, *criminel* même de donner à un individu la vérole sous le *frivole prétexte* de la lui épargner à l'avenir.

Tel est, monsieur le professeur, le raisonnement que vous a dicté le bon sens médical, c'est-à-dire la science, l'expérience interprétées par une saine raison. Pourquoi faut-il que vous ayez abandonné bientôt des guides aussi sûrs pour vous renfermer dans la contemplation, dans la vérification, dans l'interprétation de prétendus faits qui vous ont conduit à des distinctions impossibles, à des suppositions sans fondement, à des contradictions flagrantes, et finalement à la plus triste conclusion qu'un médecin, qu'un académicien, qu'un professeur puisse jamais avoir à déplorer?

Vous avez reproché à M. Bégin, qui avait dit que la vérité scientifique est une, d'avoir fait une confusion regrettable; permettez-moi de vous dire que c'est votre double distinction qui mérite ce reproche.

Vous avez distingué d'abord la vérité et l'application de la vérité; en thèse générale, cette distinction est fondée; en syphilisation, elle ne l'est nullement. Pour étudier expérimentalement toutes les conditions de la prétendue doctrine (et la syphilisation est tout entière dans l'expérimentation), il faut expérimenter sur l'homme, c'est-à-dire commencer par appliquer la vérité que l'on cherche à démontrer. Donc première distinction illusoire et très *regrettable*. Voyons la seconde.

« Comment! vous écriez-vous, moi qui ne suis point contraire à la syphilisation curative, il me faudra, pour défendre mon opinion, me charger du lourd fardeau de la syphilisation préventive! »

Hélas! oui, monsieur le professeur, quelque singulier que cela vous paraisse, il le faut absolument; et, malgré vos boutades contre la raison médicale, je suis certain que vous ne serez point réfractaire au raisonnement suivant, qui n'est d'ailleurs, je vous prie bien de le remarquer, qu'une exposition et une conséquence rigoureuse des faits.

Tous les symptômes primitifs de la syphilis, vous le savez, ne sont point suivis d'accidents secondaires; en accordant à ces derniers la proportion de 1 sur 20, on leur fait encore une trop large part. Or, quand vous syphilisez (comme l'a fait M. Zelaschi, dont vous défendez l'observation) un malade atteint d'un chancre ou d'une blennorrhagie, est-ce pour le guérir de ce chancre, qui durerait de vingt à quarante jours, que vous lui en donnez deux ou trois cents dont la durée sera de trois à six mois! C'est trop déjà de vous adresser une pareille question; mais si tel n'est pas votre but, vous faites donc de la syphilisation préventive : c'est-à-dire que vous donnez la vérole constitutionnelle à 19 malades sur 20 qui ne l'auraient jamais eue, sans compter les menus inconvénients d'un traitement de plusieurs mois et quelques centaines de chancres sillonnant plus ou moins profondément le derme.

Reste donc le vingtième malade, celui qui a déjà la syphilis constitutionnelle. Oh! pour le coup, vous être vraiment à votre aise. « Quand on a la vérole, dites-vous, on l'a, et l'on n'en peut avoir deux en même temps; c'est donc bien ici de la syphilisation exclusivement curative qu'il y a à faire. »

Sur ce point, et en n'accordant aux mots que leur sens littéral, je suis de votre avis; mais avant d'arriver aux faits (et vous savez que je suis d'une école où on les respecte beaucoup), oubliez pendant quelques secondes votre antipathie pour la raison, et raisonnons un peu.

Vous ne vous imaginez point, n'est-il pas vrai, que la syphilisation agisse, soit préventivement, soit curativement, par les plaies locales qu'elle produit; que ce soit, en un mot, une médication révulsive? Non, vous admettez, vous êtes forcé d'admettre que l'absorption répétée du virus syphilitique modifie à la longue l'organisme de telle façon que celui-ci devient réfractaire à son action; qu'il se produit, après plusieurs inoculations de la syphilis, quelque chose d'analogue à ce qui a lieu après une seule inoculation variolique ou vaccinale, quelque chose que vous appellerez syphilisation, si vous voulez, pour la syphilis; variolisation pour la variole, etc. Or, que peut-on se proposer raisonnablement par une de ces intoxications virulentes? Evidemment une seule chose : c'est de surprendre l'organisme dans un moment où, ayant peu d'affinité pour le virus, peu de dispositions à se laisser pénétrer intimement par lui, il en triomphe plus facilement. Mais vouloir inoculer un virus quand déjà l'économie tout entière en est abreuvée, quand toutes les forces organiques luttent pour s'en débarrasser, c'est vraiment pousser trop loin le mépris du bon sens et des notions les plus positives de la médecine.

Ainsi, monsieur le professeur, *au point de vue scientifique*, une vaccination virulente quelconque, la syphilisation elle-même que vous répudiez, non *d'après les faits*, mais *au nom du bon sens*, la syphilisation elle-même se conçoit comme prophylaxie; mais comme méthode curative, elle est contraire à toutes les données médicales, elle n'a aucune raison d'être.

En revanche, elle ne manque pas de bonnes raisons pour n'être pas.

Si l'on ne peut avoir deux véroles à la fois, on peut du moins avoir une vérole légère, une vérole grave ou une vérole très grave. Que l'absorption d'une nouvelle quantité de virus syphilitique ne puisse augmenter la gravité de la diathèse vérolique, c'est ce que vous affirmez, permettez-moi de le dire, sans le savoir. Pour mon compte, je crois *à priori* tout le contraire; mais ce que je ne me contente pas de croire, ce que j'affirme avec tous les hommes qui ont étudié sérieusement l'évolution de la syphilis, c'est que les irritations locales répétées, les inflammations, même légères, et les suppurations produites par des douzaines ou des centaines d'inoculations auront inévitablement dans un certain nombre de cas une influence fâcheuse sur la marche de la maladie qu'elles ont la prétention de guérir. Mais, dites-vous, tout cela est de la théorie, il faut des faits. Non, monsieur, ce n'est point là de la théorie, c'est de l'expérience et de la logique; non, il ne faut point de faits, pas plus qu'il n'en est besoin pour savoir que vous serez empoisonné dans un quart d'heure si vous prenez actuellement un gramme de strychnine.

Ces faits d'ailleurs existent aujourd'hui; ils ont été suffisamment discutés, l'Académie et le public médical tout entier en ont apprécié la valeur. Je ne les discuterai pas de nouveau. Il en est un seul sur lequel je veux appeler un instant votre attention. « M. P..., avez-vous dit, sort de chez moi, » et il se porte *à merveille*. »

Avez-vous vu en effet M. P..., ou bien avez-vous été le jouet d'une indigne mystification? Je ne vois guère d'autre explication, je vous le déclare, pour sauver votre diagnostic. M. P..., ainsi que je l'ai écrit il y a deux jours, a un facies diathésique; il a une alopécie qui frappe à première vue; il a des engorgements ganglionaires sous-maxillaires et cervicaux; un des premiers, qui était abcédé, a été ouvert il y a sept jours. M. P... a un psoriasis syphilitique aux mains. Si l'on peut avoir tout cela et se porter à merveille, dites-moi donc ce que vous exigez pour accorder qu'on soit malade? Mais cette question est de trop; évidemment vous n'avez point vu M. P...

Ce qui m'étonne, c'est qu'étant si satisfait de la santé des syphilisés, vous vous efforciez, par une de ces contradictions que j'ai déjà signalées, de ne les point laisser à la charge de la syphilisation. Les règles de la méthode, dites-vous, n'ont pas été observées chez eux, et pour appuyer cette observation vient la parabole du chloroforme. C'est ici le moment le plus critique de ma lettre. Comment vous dire ce que tout le monde pense à bon droit de cette comparaison étrange entre la préparation d'un produit chimique et l'introduction jusqu'à saturation d'un virus dans l'économie? J'aime mieux y renoncer et dire avec vous : « Une expression trop faible trahirait ma pensée, une expression trop forte pourrait déplaire; je préfère laisser chacun suppléer à mon silence. »

Aussi bien ai-je hâte d'arriver à une partie de votre discours où il me sera permis de partager votre opinion et de vous adresser des éloges mérités. Oui, vous avez eu raison d'insister sur ce fait que le pus chancreux ne s'inocule pas fatalement, même alors qu'il est contagieux; que certains individus lui sont réfractaires, soit *accidentellement*, soit d'*une manière absolue*.(1); oui, vous avez eu raison de proclamer hautement que c'était là un fait capital qui renversait l'ingénieux échafaudage de votre illustre confrère M. Ricord; est-ce trop présumer de votre tolérance que d'espérer que vous voudrez bien vous rappeler dans l'occasion celui qui le premier, il y a déjà douze ans, a démontré ce fait, le même qui a aujourd'hui l'audace et l'honneur de s'attaquer à vous?

Monsieur le professeur, un sentiment de convenance que vous appréciez déjà, que vous apprécierez mieux encore quand

(1) Permettez-moi de réclamer de votre justice une légère rectification. Vous dites, dans un endroit de votre discours : « M. de Castelnau, précédé, dit-on, par Parent-Duchâtelet, arrive à signaler des cas étranges d'immunité contre le chancre lui-même. » Parent-Duchâtelet a vu, COMME TOUS LES OBSERVATEURS, que certaines individualités très rares étaient réfractaires à toute contagion syphilitique; mais il n'a jamais dit que cette immunité devenait une règle générale chez les filles publiques.

je vous aurai exposé en particulier les motifs dont ma dignité me défend d'occuper mes bienveillants lecteurs, un sentiment de convenance m'interdit de vous parler de votre péroraison. Mais rappelez-vous votre exorde ; n'oubliez pas que « la syphilisation préventive est un crime », et qu'elle continue néanmoins à chercher des victimes ; n'oubliez pas l'épigraphe qui décore la première page de votre *Traité de médecine opératoire*, et vous regretterez bientôt d'avoir cédé à une impulsion généreuse mais irréfléchie, qui ne peut que ranimer l'impudence et favoriser le charlatanisme.

A M. MARCHAL (DE CALVI).

Mon cher Marchal,

Après la franchise dont je viens de faire usage envers deux hommes aussi sérieux que MM. Malgaigne et Depaul, vous n'attendez pas sans doute que j'use d'une plus grande réserve à votre égard. Non, j'en userai avec vous comme avec eux, et avec d'autant moins de contrainte que vous avez plus de raisons de ne point douter de mon affection pour vous et de mon estime pour votre talent.

Dans le premier des deux opuscules dont vous avez enrichi la discussion sur la syphilisation, vous commencez par regretter en quelque sorte de n'être point atteint de cette affection que M. Ricord a caractérisée par ces mots : *enthousiasme continu,* tant vous estimez que c'est là « une belle et noble maladie. » Je sais qu'aux yeux de certaines peuplades de l'Inde il y a des maladies nobles et même sacrées qui valent aux malades la dignité de demi-dieux ou une dignité approchante. Que ce succès ne vous tente point, mon cher ami ; pour le médecin, il n'y a ni nobles maladies ni de maladies vilaines ; il n'y a que des malades dignes de compassion qu'il faut s'efforcer de guérir, et auxquels il faut au moins se garder de faire du mal, fût-ce au nom du progrès scientifique, quand on ne peut pas leur faire du bien.

Ces principes de saine pratique une fois posés, venons au fond de vos deux discours.

Il y a des œuvres qui peuvent se caractériser par un mot, et je crois que vos deux lettres, la première surtout, rentrent dans cette catégorie. J'ai cherché quelque temps ce mot caractéristique. Je ne puis me flatter de l'avoir trouvé ; mais en attendant que d'autres y réussissent, voici celui que je vous proposerai. Vous avez écrit : Une *hymne à l'impossible.* Quand j'ai vu avec quels transports l'impossible était loué, célébré, chanté et presque déifié dans votre lettre, l'idée m'est immédiatement venue que j'allais y trouver résolus les problèmes de la direction des ballons, de la fabrication du diamant, de la transformation des métaux, du mouvement perpétuel, etc. Au lieu de cela, qu'ai-je trouvé? Un modeste plaidoyer en faveur de la syphilisation curative, précédé de quelques imprécations contre la syphilisation préventive, pour laquelle vous semblez oublier que vous n'avez pas toujours eu la même horreur. Quelle chute, mon ami ! Et encore si ce plaidoyer, tout modeste qu'il est, renfermait des arguments solides ; mais, hélas ! jamais le vent qui passe n'en emporta de plus légers dans sa course rapide.

Avant d'examiner succinctement vos faits, voyons avec quel soin ils ont été recueillis. « Mes observations, dites-» vous, ont été égarées par la personne qui les avait recueil-» lies sous mes yeux. Je regrette profondément ce que je » puis considérer comme un malheur. » Je le regrette aussi, non pour la science, mais pour vous. Quand un observateur sérieux attache une grande importance à des observations, il ne les fait point recueillir, même sous ses yeux ; il les recueille, ou tout au moins il les dicte lui-même, et il ne les laisse pas traîner dans des lieux où elles puissent s'égarer. C'est la réflexion qu'ont faite tous les médecins qui ont lu votre confidence inattendue ; c'est celle que j'ai dû faire moi-même. Aussi, loin de regretter (pour la science, bien entendu) l'égarement de vos observations, je m'en réjouis ; car, en voyant des faits écrits, on aurait pu y attacher une importance imméritée, tandis que tels que vous les avez présentés, ils ont juste la valeur que peuvent avoir des souvenirs.

Au reste, en admettant que vos souvenirs aient été parfaitement fidèles, ils sont bien loin de justifier les tentatives auxquelles vous aviez cru pouvoir vous livrer.

D'abord, quant aux accidents dont vous voulez absolument absoudre la syphilisation, je ne vois pas que vos souvenirs soient si innocents à cet endroit. Sur dix-huit malades chez lesquels la syphilisation ne s'est pas prolongée bien longtemps (circonstance fort heureuse pour eux, bien loin de leur avoir été fatale), vous vous rappelez avoir produit deux tendances au phagédénisme, un abcès suivi d'un ulcère virulent et un bubon suppuré. C'est déjà une fort jolie proportion que d'obtenir un accident de ce genre sur quatre expériences et demie, surtout si vous considérez que vous parlez d'après des souvenirs.

Quant à la marche des symptômes dans tous les cas que vous mentionnez, cette marche a été celle qu'on observait à peu près constamment dans l'évolution de la syphilis, lorsqu'on ne songeait pas encore à la syphilisation ; il vous a fallu de grandes préoccupations pour que vous ayez pu voir quelque chose de « surprenant » dans un des faits dont vous parlez dans votre seconde lettre, et qui, autant qu'on en peut juger par le peu de détails de l'observation, est aussi ordinaire dans l'histoire de la syphilis que contraire à la syphilisation curative. Telle est, mon cher ami, l'exacte signification des faits que vous empruntez à vos souvenirs.

C'est assez vous dire que la nouvelle méthode, « le véritable procédé à suivre dans la pratique de l'inoculation » que vous avez découvert dans l'intervalle de votre première à votre seconde lettre, c'est assez vous dire que ce procédé ne me paraît pas destiné à un avenir plus heureux que ceux qui l'ont précédé. Il est sans doute moins dangereux, puisqu'il se borne à donner quatre ou cinq chancres au lieu de cent ou deux cents ; mais il l'est trop encore pour que tout médecin expérimenté et peu friant du merveilleux et de l'impossible ne s'empresse pas de le proscrire rigoureusement de sa pratique.

Avant de terminer ces lignes, qu'il soit permis à mon amitié de détruire une illusion qui ne peut que vous nuire. Vous dites à la fin de votre seconde lettre : « Je suis entré de bonne heure dans le mouvement des idées, et, certes, il a dû m'échapper dans les commencements quelques pages hasardeuses. Mais j'ai perdu l'heureux privilége, et il ne m'est plus permis d'en écrire de semblables. » Détrompez-vous, mon cher ami ; cet heureux privilége, vous en jouissez toujours ; les pensées, le style, tout dans vos deux lettres respire le poëte ; nulle part ne se montre le médecin. Si donc vous voulez absolument abandonner la poésie pour la science, travaillez encore à dépouiller le jeune homme, sans quoi il vous arrivera certainement derechef d'écrire des odes pour des mémoires, de prendre des fantômes pour des réalités, et de vilains rêves pour un beau progrès.

A MM. BÉGIN, RICORD ET LÉVY.

Très honorés académiciens,

Mon intention, quand j'ai entrepris ce résumé, était de chercher à apprécier, dans une lettre adressée à chacun de vous, le service signalé que vous avez rendu à la cause de la vérité, tout en discutant quelques-unes de vos opinions, spécialement celles qui se trouvent dans les discours de M. Ricord ; mais tout doit avoir un terme, et je m'aperçois, un peu tard peut-être, que ces lettres ont pris une proportion désespérante pour mes lecteurs. Je dois donc renoncer à mon projet et m'arrêter ici ; mais je ne terminerai pas sans vous remercier, au nom de la science et de la dignité médicale, des magnifiques efforts que vous avez faits dans le cours de cette discussion, qui restera dans les annales de l'art comme un des plus beaux titres de gloire de l'Académie. Sans avoir le goût ni l'habitude des prophéties, on peut prédire, en effet, quoiqu'en ait dit M. Velpeau, que la syphilisation sera prochainement arrêtée dans ses extravagances ; elle le sera, parce que son absurbité et ses dangers sont trop flagrants pour ne point frapper tous les esprits sérieux ; elle le sera, parce qu'aucun médecin jaloux de sa réputation n'osera prendre sur lui de se livrer à des manœuvres que l'Académie, malgré ses habitudes de réserve et de tolérance, aura condamnées avec une imposante unanimité. — H. de Castelnau.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 août 1852. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs lettres ministérielles avec envoi d'une série de remèdes secrets ;

2° L'état des vaccinations dans les départements suivants : Charente-Inférieure, Calvados, Nord et Vaucluse.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

L'Académie reçoit un mémoire intitulé : *Études sur les eaux thermales de Cauterets;* par M. Blondeau, professeur de physique au collége de Rodez.

Électricité.

M. Duchenne (de Boulogne) adresse un travail sous ce titre : *Recherches électro-physiologiques sur les muscles qui meuvent l'épaule sur le tronc et le bras sur l'épaule.*

Dans un prochain numéro, nous donnerons les conclusions de l'auteur.

Éloge de M. Dizé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Fréd. Dubois donne lecture du discours suivant :

Messieurs,

La mort semble frapper à coups redoublés sur notre Académie. A peine la tombe de M. Barthélemy, celle de M. Honoré et celle de M. Girard étaient-elles fermées, que nous nous sommes trouvés autour des cercueils de M. Rochoux, puis de M. Récamier, et aujourd'hui le même devoir nous ramène près de la dépouille mortelle de M. Dizé.

De M. Dizé, qui était en quelque sorte un des pères de notre Compagnie ; car il donnait la main à deux générations de chimistes : d'une part, à cette glorieuse lignée qui comptait dans ses rangs les Lavoisier, les Fourcroy, les Guyton, les Darcet, et à cette descendance directe qui brille par les noms des Thenard, des Chevreul, des Orfila, des Dumas, des Pelouze.

Michel-Jean-Jérôme Dizé était né à Aire (département des Landes) le 29 septembre 1764. Il vint à Paris à l'âge de seize ans, déjà plein d'instruction, d'espérance, de zèle et d'activité, mais n'ayant pour toute fortune qu'une lettre de recommandation adressée à Darcet.

Ce savant accueillit le jeune Dizé avec bonté, et le mit en mesure d'étudier, sous son patronage, les sciences chimiques.

Les progrès de Dizé furent tellement rapides, que dès 1784 Darcet crut pouvoir lui confier la direction de son laboratoire ; en même temps Lefèvre Gineau se l'était attaché comme préparateur de son cours de physique.

C'était l'époque des plus brillantes découvertes en chimie, et en même temps des applications les plus heureuses.

Il en était une à laquelle M. Dizé allait attacher son nom, et qui devait être une des plus glorieuses dont la France puisse s'honorer. On pense bien que je veux parler de la découverte de la *soude artificielle.*

M. Dizé était depuis trois ans dans le laboratoire de Darcet quand un chirurgien de Paris, nommé Leblanc, auditeur assidu du cours qui se faisait au Collége de France, conçut l'admirable idée de décomposer le sel marin pour en extraire la soude ; idée, je le répète, à jamais mémorable, mais qui, sans l'intervention du jeune Dizé, serait peut-être restée à l'état de simple vue de l'esprit, et cela pendant de longues années.

Mais s'il est une chose propre à frapper d'étonnement, c'est la persévérance, la ténacité, c'est le courage que mettent à poursuivre leurs entreprises ceux à qui le ciel a départi même une simple parcelle de génie.

Darcet, qui se défiait peut-être d'une découverte en chimie faite par un chirurgien, avait renvoyé Leblanc à son élève Dizé.

Les premières expériences, faites au Collége de France, ne furent pas heureuses ; Darcet voulait faire un rapport défavorable ; c'en était fait de la conception de Leblanc, et la grande découverte de la soude artificielle eût été peut-être indéfiniment ajournée.

Leblanc supplia Darcet de suspendre son jugement.

C'était la pierre philosophale du pauvre chirurgien, et il mettait à sa recherche toute la ténacité et la foi des anciens alchimistes. Il recommença donc à souffler ; mais c'eût été encore sans plus de résultats si cette étincelle de génie qui d'abord l'avait frappé n'eût été aidée des lumières du jeune Dizé.

Ici, messieurs, sur le bord de cette tombe, c'est la vérité seule qui doit se faire entendre. Or, la part que je vais essayer de faire à M. Dizé dans cette découverte de l'extraction de la soude est assez belle pour que son ombre puisse s'en enorgueillir !

Trois noms se rattachent à cet événement, mais à des titres très divers.

Ce sont les noms de Leblanc, de Dizé et de Darcet.

La part de Leblanc est immense, nous venons de le montrer. En vain invoquerait-on les prévisions de Delamethrie ; celles-ci ne datent que de 1789 ; les premiers essais de Leblanc remontent à 1787. C'est donc le chirurgien Leblanc qui, d'une part, a eu la première idée de la découverte, et c'est lui qui, par son inébranlable fermeté, a contribué si puissamment à en amener la réussite.

La part de M. Dizé est aussi très considérable. Après trois mois d'expériences Leblanc n'était pas plus avancé que le premier jour, quand M. Dizé, qui assistait à tous ses travaux, crut remarquer que la fusion d'un mélange fait avec une dissolution de soude hydrosulfurée, de carbonate de chaux et du charbon en poudre, donnait une soude beaucoup moins hydrosulfurée que celle qui provenait des nombreux essais antérieurs.

C'était la plus heureuse des observations ; Leblanc ne l'aurait peut-être jamais faite ; elle allait achever la découverte.

Darcet était resté jusque-là complétement étranger aux expériences de Leblanc ; il ne les connaissait que par les rapports de son élève Dizé. Celui-ci s'empressa de lui communiquer la remarque qu'il venait de faire. Darcet lui conseille d'exposer le mélange dans un creuset et d'élever la température jusqu'à fusion complète.

Les expérimentateurs suivent ce conseil, et dès le lendemain ils constatent pour la première fois des cristaux de soude carbonatée avec tous les caractères qui les distinguent.

La découverte était faite.

La France venait de gagner 20 millions par an !

Telle est, messieurs, en résumé, l'histoire de ce grand événement ; je le répète, l'initiative appartenait incontestablement au chirurgien Leblanc ; mais sans l'intervention de M. Dizé jamais peut-être il ne serait parvenu à *déshydrosulfurer* sa soude.

Le duc d'Orléans ayant fourni les fonds nécessaires, une grande fabrique avait été établie à Saint-Denis ; mais bientôt ce prince fut mis en état d'arrestation et transféré à Marseille ; M. Dizé, alors jeune et plein de résolution, s'ouvrit à quelques amis du prince et offrit, si on lui avançait les fonds nécessaires, d'aller à Marseille, de séduire le geôlier de la prison et de faire évader le duc d'Orléans ; on n'osa pas accepter son offre, et peu de mois après le prisonnier, ramené à Paris, y fut exécuté !

L'établissement de *Franciade* avait été confisqué ; désormais la vie de Leblanc et celle de M. Dizé vont se passer en réclamations incessantes, justes, légitimes, mais repoussées par tous les gouvernements ; on sait que l'infortuné Leblanc, privé de toutes ressources, finit par mettre fin à ses jours ; quant à M. Dizé, grâce à ses connaissances, à ses travaux, il occupa successivement les postes les plus importants.

Dès 1792, il avait été nommé pharmacien en chef dans les hôpitaux militaires du camp de Paris, et bientôt chargé de la direction de la pharmacie des armées établies au Champ-de-Mars.

En l'an IV, il reçut le titre de pharmacien en chef des armées et il en exerça les fonctions pendant quatorze ans.

En 1802, M. Dizé fut nommé affineur national des monnaies.

M. Dizé fut en même temps admis dans la plupart des sociétés savantes de l'époque.

Ainsi, en l'an IV, il fut nommé membre de la Société des amis des arts ;

Puis membre de la Société de médecine de Paris ;

Un peu plus tard, il reçut le titre de membre de la Société libre des pharmaciens de Paris ;

En l'an X, il fut nommé professeur d'histoire naturelle à l'École de pharmacie ;

Enfin, en 1823, M. Dizé fut élu membre de l'Académie de médecine.

Ce n'est pas ici le lieu, messieurs, de parler avec détail des travaux et des publications de M. Dizé ; outre la découverte de la dessiccation et de la conservation des viandes ; on doit à M. Dizé un grand nombre de procédés sur l'affinage, sur la baryte et le sulfate de baryte, sur les encres de sûreté, etc., etc.

M. Dizé n'avait jamais désespéré de l'avenir au sujet de la découverte de la soude ; toutefois, et pour unique indemnité, tout ce qu'il pût obtenir sous le gouvernement du fils de son ancien associé, le duc d'Orléans, ce fut la décoration de la Légion d'Honneur. Sa vieillesse d'ailleurs fut des plus heureuses. Agé de près de quatre-vingt-huit ans, il avait conservé un esprit plein de gaieté, une main aussi sûre, une vue aussi nette et l'ouïe aussi fine qu'en aucun temps.

Il s'est éteint doucement, laissant une renommée sans tache ; jamais l'Académie ne trouvera un membre plus assidu et plus heureux de lui appartenir. Sa mémoire restera parmi nous à jamais respectée ; que ce souvenir, que cette pensée consolante serve d'adoucissement à sa famille consternée !

— Immédiatement après cette lecture, accueillie par des applaudissements unanimes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission du prix d'Argenteuil.

ADDITION A LA SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 21 AOUT 1852.

Discours de MM. Ricord et Bégin.

M. Ricord. Je remercie M. Malgaigne des éloges pompeux qu'il a bien voulu me donner, et des roses dont il a couvert les épines qu'il a semées sur ma route, et qui, par cela même, ne m'ont point piqué.

Dans ce que j'ai dit du discours du dernier orateur de la séance précédente, j'ai répondu à presque tout ce que vient de répéter M. Malgaigne, qui n'a produit ni faits, ni arguments nouveaux.

Cependant, M. Malgaigne mérite encore une réfutation qui n'a pu être complète dans une réponse immédiate et improvisée, et qu'on me permettra de développer en transcrivant mon discours.

Je ne m'arrêterai pas au raisonnement de mon honorable collègue, qui tendrait à prouver que tout ce que la raison, le bon sens et l'expérience condamnent comme erroné ou absurde doit, par cela seul, être la vérité ou le progrès ; car, s'il en était ainsi, M.

Malgaigne devrait tout adopter dans la syphilisation, la théorie et la double pratique de la syphilisation préventive et curative, que la prudence, que la raison, que le bon sens repoussent également.

Pour combattre la double pratique erronée et dangereuse de la syphilisation, j'ai dû démontrer la nullité des faits sur lesquels elle s'appuyait et l'absurde de la théorie qu'elle voulait en déduire. Notre honorable collègue a prétendu, à ce sujet, que je n'avais enfoncé que des portes ouvertes; je crois, moi, avoir fait quelque chose de plus, car M. Malgaigne était en travers.

Mais suivons M. Malgaigne dans ses impressions, dans ses contradictions, dans ses rapides convictions.

La syphilisation préventive prophylactique l'a fâcheusement impressionné; il la repousse avec horreur, et, de tous ceux qui ont parlé contre elle, c'est lui qui l'a le plus violemment flétrie et condamnée comme CRIMINELLE. On ne comprend pas comment, dans un si énergique mouvement de réprobation, il a pu, comme il le dit, résister au désir d'applaudir au discours si bien inspiré de notre savant ami M. Larrey.

L'honorable orateur, en répudiant la syphilisation préventive, pour n'accepter que la syphilisation curative, croit qu'il peut ainsi aisément se débarrasser de ce premier et lourd fardeau. Il se trompe; car il n'a cessé de le porter péniblement jusqu'au terme de la discussion, et ici commencent les contradictions.

Du moment que la syphilisation est employée contre un accident syphilitique quelconque, M. Malgaigne ne la considère plus que comme curative; mais si c'est contre un accident primitif, contre un chancre, qu'on l'applique, non-seulement elle doit générer celui-ci, mais encore elle doit prévenir les accidents constitutionnels. Voilà donc la syphilisation préventive appliquée dans une très grande majorité de cas où elle n'a rien à prévenir; car un très grand nombre de chancres ne doivent pas être fatalement suivis de l'empoisonnement général. Les syphilisateurs ont dit à M. Malgaigne, qui n'a pas pu le vérifier lui-même, que lorsque la syphilisation est employée pour la curation des chancres ne constituant encore que des accidents purement locaux, elle doit les guérir sans rien ajouter à ce qu'avaient déjà les malades.

Pour soutenir cette proposition on s'appuie sur les raisons qui m'ont permis d'avoir recours à l'inoculation exploratrice. Mais il faut n'avoir pas lu ce que j'ai écrit, ne s'être pas donné la peine de comprendre, ou ne pas se souvenir des premiers préceptes de la syphiliographie pour me rendre responsable de pareilles énormités.

Lorsque j'ai dit qu'en faisant une inoculation exploratrice à un malade on n'ajoutait rien à ce qu'il avait déjà, j'avais raison, car je l'inoculais avec son propre pus; de telle façon que, s'il avait actuellement une vérole constitutionnelle, je n'avais pas à craindre de lui en donner une autre; *la diathèse ne pouvait pas être doublée.* Que si le malade n'avait qu'un chancre non induré, non infectant, le chancre d'inoculation artificielle puisé à cette source offrait les mêmes caractères, et n'était pas plus que le premier suivi d'accidents constitutionnels.

Mais sont-ce là les procédés que suit la syphilisation?

Si, dans la pratique de l'inoculation exploratrice, une ulcération de plus, et qu'aujourd'hui on arrête aussitôt qu'on en a obtenu ce qu'on désirait, ne constitue pas une addition grave, dangereuse, peut-on raisonnablement en dire autant de cent, de deux cents inoculations pratiquées pendant six mois et plus contre une ulcération unique qui aurait guérie seule en trois ou six semaines? Vous n'ajouterez rien, dites-vous, à ce qui existait déjà chez le malade qui n'avait qu'un chancre non induré, quand vous l'inoculerez avec d'autres pus que le sien puisé à diverses sources et pendant un espace de cinq à six mois.

Mais je vous dis qu'en procédant ainsi vous finissez par rencontrer un pus convenable, et un moment d'aptitude du malade à l'aide duquel vous donnez la syphilis constitutionnelle à des sujets qui ne devaient pas l'avoir, comme cela est arrivé chez M. le docteur L..., chez le malade dont mon ami M. Diday a raconté la déplorable histoire, et comme cela vient d'avoir récemment lieu chez M. Pagès, et qu'alors votre syphilisation, au lieu d'être curative des accidents existants, au lieu d'être préventive d'accidents consécutifs, que l'état actuel de la science vous apprenait à ne pas redouter, devient elle-même la cause de ce que vous aviez la folle prétention de lui faire empêcher.

Mais en supposant que vous fissiez du diagnostic un peu plus précis que celui que vous faites, que vous n'eussiez recours à la syphilisation que contre la syphilis constitutionnelle *aux doses* auxquelles vous employez cette détestable *isopathie*, vous ajouterez de graves accidents à ceux qui existent déjà, et qu'au lieu de les arrêter, vos *irritations chancreuses*, devenant des causes d'excitation et de réaction, donnent un violent coup de fouet à la diathèse, à la manière des autres causes occasionnelles des manifestations syphilitiques ou qui peuvent les compliquer. Si mon honorable collègue avait prêté un peu plus d'attention à ce que j'ai avancé, s'il s'était donné la peine de comprendre, il n'aurait plus été étonné de ce que j'ai dit des *irrigations chancreuses*.

Nous avons prouvé, messieurs, que la syphilisation qui ne pouvait pas s'appuyer sur sa théorie ridicule ne présentait aucun fait probant en sa faveur. Nous avons dit que ceux qui avaient plaidé pour elle n'en possédaient pas.

A cela M. Malgaigne a fait la plus étrange de toutes les réponses; il a prétendu que c'était à nous d'en fournir. Eh bien, nous lui en avons donné. Seulement, il en conteste la qualité.

Je ne vous rappellerai pas la comparaison qu'il a faite du bon et du mauvais chloroforme pour éveiller l'attention de l'Académie sur les bonnes et les mauvaises observations.

M. Malgaigne dit que les faits que nous avons rapportés n'appartiennent pas aux syphilisateurs de profession, que les malades n'ont pas été syphilisés d'après les règles de l'art, et que par conséquent ils ont droit de les répudier. Cela serait juste s'il y avait des règles d'après lesquelles on eût toujours opéré. Mais je vous l'ai déjà dit, les syphilisateurs n'ont jamais eu d'insuccès, bien qu'ils n'aient pas toujours opéré de la même manière, et aujourd'hui encore ils ne suivent pas tous les mêmes méthodes; ce qui ne les empêche pas de réussir toujours, tandis que les autres échouent en faisant, quoi qu'on en dise, ce qu'ils ont indiqué.

Du reste, au commencement de la syphilisation, on ne voulait que quelques chancres inoculés à distance et qu'on devait promptement détruire par la cautérisation, sans les laisser se développer. Cette période remonte à l'époque des inoculations de M. Welz. Plus tard, au moment des inoculations de Turin, il en fallait davantage. Mais je fus presque traité de calomniateur quand je donnai le chiffre des inoculations pratiquées par M. Sperino. Vous savez aujourd'hui où on est arrivé. Les observations que j'ai citées conservent donc, comme je l'ai montré déjà, toute leur valeur clinique, toute leur partie scientifique. Que leur reproche encore mon ami M. Malgaigne? Ce ne peuvent plus être les préceptes, mais bien de n'avoir pas fait plus de mal que je ne l'ai dit. Pour être en droit de faire des reproches à la syphilisation, il fallait quelque chose de plus sérieux que le fait de M. L..., de plus grave que celui de M. J... dont vient de vous entretenir M. le docteur Piedagnel et que je connais encore mieux aujourd'hui, que l'observation si complète de mon ami Diday, que celle de M. Gosselin.

Il fallait, pour prouver que la syphilisation n'était pas curative, des faits plus concluants que ceux encore de M. le docteur L..., de M. Gosselin, de Mlle X..., de M. Diday et ceux de M. Marchal (de Calvi). Pour prouver que non-seulement elle constituait un accident grave par elle-même, qu'elle n'empêchait pas des accidents constitutionnels de se produire sans qu'elle pût les guérir, mais qu'encore elle pouvait en devenir cause, on ne se contentait pas de l'observation écrasante de notre ami de Lyon, de celle de M. Zelaschi, dans laquelle on ne peut se féliciter que d'une chose, c'est que le malade ne soit pas mort, et qu'il ait fini par guérir *à l'aide des adjuvants rationnels* de la syphilisation curative en défaut. Quant à l'observation de M. Pagès, dont la constitution est gravement atteinte, quoi qu'en dise M. Malgaigne, dont je connais trop le profond savoir pour croire qu'il laisserait un de ses malades dans cet état, s'il la connaissait dans tous ses détails, elle lui inspirerait comme à moi la plus profonde répugnance, et il n'en aurait jamais parlé.

Mais notre honorable collègue, qui n'avait rien vu lors de son premier discours, qui nous demandait à nous des faits que ceux dont il prenait la défense auraient dû lui fournir, vient, dans les huit jours qui se sont écoulés depuis la dernière séance, vient, dis-je, d'acquérir une expérience complète. Il a cette fois vu! Je me garderais bien, messieurs, de dire à mon ami M. Malgaigne : « *Vous n'avez pas vu.* » Mais je lui demanderai ce qu'il a vu : sont-ce des expériences dont il a pu constater les effets? sont-ce des malades sur lesquels il a pu faire un *diagnostic* certain, irrécusable, et dont il a suivi le cours de la maladie et constaté les effets du traitement? Non! On est venu montrer à M. Malgaigne des faits prétendus accomplis; et, *sans autre contrôle*, notre savant ami les a acceptés, lui si expert en matière de vérification de faits scientifiques! Et voilà ce qui a entraîné les rapides convictions du zélé défenseur de la syphilisation curative; oui, rapides, trop rapides, hélas! car si notre collègue, avec sa sagacité ordinaire, sa grande habitude clinique, s'était donné la peine d'interroger les personnes qu'on lui présentait et que la commission dont je fais partie a pu voir et interroger avec soin, je suis convaincu que sa péroraison aurait été singulièrement modifiée et son enthousiasme moins bouillant.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit de la prétendue immunité des filles publiques. Je ferai seulement encore ici cette demande : Combien faut-il de chancres pour syphiliser autant que possible, *puisqu'on ne syphilise jamais plus complétement qu'on ne peut faire le vide*? Et combien de chancres avaient successivement contractés les filles publiques réputées syphilisées?

Mais l'immunité existe. On nous a offert un sujet réfractaire sur lequel on veut absolument que j'aie échoué, et sur lequel, moi, je vous ai dit que j'avais réussi. Eh bien! pour le syphilisé *émérite*, vous avez entendu la lettre de M. Lindemann. Il est encore inoculable, c'est lui-même qui l'a dit en faisant voir les traces de ses dernières inoculations datant seulement de quelques semaines; et il y a sept à huit mois qu'on le présentait comme invulnérable!

Il me resterait maintenant à étayer ma doctrine, que mon excellent ami M. Malgaigne a tant élevée que sa chute serait terrible: Deux pierres ont été enlevées à l'édifice que j'ai mis vingt ans à consolider: la première, par les mains d'un singe; la seconde, par les individus que la syphilisation a rendus réfractaires au chancre.

Si c'est là tout, que mon bon collègue n'ait pas d'inquiétude. La *transplantation* de l'accident primitif de l'homme au singe n'ôtera jamais rien au premier de la régularité de la maladie, et ne laissera jamais rien dans les mains du second de cet emprunt forcé.

Quant aux syphilisés, si tant est qu'on finisse par en trouver un et qui doivent ôter au chancre le plus beau fleuron de sa couronne et le priver de son signe diagnostic le plus précieux, c'est-à-dire la possibilité de l'inoculer, c'est une pierre de la base de ma doctrine qui ne fait pas encore défaut; car je n'ai tiré de conclusion absolue de l'inoculation que lorsqu'elle est positive, me réservant pour une autre occasion, qui n'est pas bien éloignée, de vous dire ce qu'on peut conclure des cas négatifs.

Messieurs, dans la dernière séance notre honorable collègue M. Malgaigne m'avait fait un nouveau et formidable défi. Je n'avais pas cru devoir y répondre après ce que je vous avais dit de M. Laval. Mais comme on avait pu croire que j'avais fui devant la menace et qu'on y revient aujourd'hui, vous comprendrez plus que jamais la cause de mon silence mardi passé. Le matin, j'ai rencontré M. Laval avec notre collègue de l'hôpital de Lourcine M. le docteur Gosselin.

Et ce que M. le docteur Lindemann m'avait écrit, M. Laval a eu la loyauté de me le confirmer en présence de M. le docteur Gosselin. Il m'a dit qu'il ne s'était jamais cru réfractaire au chancre et qu'il était convaincu que la pustule que je lui avais inoculée aurait pu être inoculée à un individu sain.

Quant à l'autre malade, celui qui paraît avoir le plus enthousiasmé M. Malgaigne, il a été vu par l'autre commission dont je fais partie et qui est présidée par l'honorable président de l'Académie.

Mon jugement est définitivement arrêté sur ce malade.

Voilà mes raisons, messieurs, pour repousser toute nouvelle provocation. Membre d'une commission, je jugerai; mais je jure ici de ne jamais plus toucher à aucun des sujets d'expérimentation des syphilisateurs.

M. BÉGIN. Le résumé de la discussion que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie dans son avant-dernière séance trouverait encore, malgré ce qui a été dit depuis, presque tout son à-propos.

L'honorable collègue M. Depaul, qui a pris la parole immédiatement après moi, n'a rien ajouté d'essentiel à son premier discours. Il a insisté sur des points de doctrine qui ne sont pas directement en cause; sur des histoires de syphilis constitutionnelle et de syphilis héréditaire mortelle provoquée chez les animaux par l'inoculation syphilitique, et qui sont loin d'encourager à l'emploi du même procédé chez l'homme; sur des attaques à des opinions personnelles, dont l'Académie n'a que très médiocrement à s'occuper; enfin sur un appel persévérant à des expériences ultérieures, à des lumières nouvelles qu'il croit indispensables pour déterminer son jugement et celui de l'Académie.

Avec d'admirables mouvements d'éloquence, notre semi-adversaire M. Malgaigne n'est guère sorti du même cercle. Ce qu'il y a eu de plus saillant dans son beau discours, c'est une très longue énumération de vérités méconnues, repoussées, bafouées même à leur origine, et qui, triomphant d'obstacles sans nombre que l'ignorance ou la prévention leur opposait, ont rendu les plus grands services aux sciences, à l'industrie, à l'humanité; c'est l'analyse des principales observations connues de syphilisation, qu'il interprète à sa manière et qu'il présente intrépidement comme favorables à ce[illegible] de de traitement de la syphilis, ou du moins comme justi[illegible]t encourageant la poursuite des expériences dont il a déjà [illegible]bjet; c'est enfin l'apothéose de l'auteur de cette grande découverte, qu'il adjure de poursuivre son œuvre, de ne s'arrêter devant aucune difficulté, et à qui il prédit, dès à présent, que son nom ne périra pas.

M. Ricord s'est attaché, et a réussi, pour les esprits non prévenus, à replacer sous leur véritable jour les faits plus ou moins tronqués, ou appuyés sur des témoignages incompétents invoqués par nos adversaires. Armé de documents authentiques, il a complété les observations, rectifié les erreurs et reconstruit par de lumineux rapprochements l'histoire désolante de cette syphilisation, dont les résultats funestes semblent dédaignés par des esprits plus curieux ou prévenus que pénétrés des devoirs de notre profession et des intérêts de l'humanité.

A quoi serviront ces suppléments d'instruction si instamment sollicités? L'expérience de la syphilisation n'a-t-elle pas déjà que trop été faite? Ceux qui, en présence des résultats qu'elle nous a donnés, ne sont pas encore convaincus, doivent renoncer à l'être jamais; ceux qui n'ont pas vu jusqu'à présent peuvent se considérer comme aveugles : des milliers de faits nouveaux ne les guériraient pas de leur cécité, car il est de la nature de certains esprits de trouver toujours matière à douter.

Il serait temps, enfin, de réduire à sa juste valeur et de rejeter de toute discussion sérieuse cet argument si souvent reproduit et développé avec tant de complaisance par mon savant ami M. Malgaigne au sujet des vérités méconnues auxquelles il assimilerait volontiers la syphilisation. De tous les rêveurs, pour ne rien dire de plus, dont les utopies sont repoussées, il n'en est pas un qui n'invoque l'exemple de l'Amérique découverte, de la rotation de la terre, de la vapeur enfantant des merveilles; ils y ajoutent maintenant celui de l'électricité, qui anéantit la distance. Ils se comparent modestement à Christophe Colomb, à Galilée, à Fulton; et, ne tenant compte ni du temps, ni des circonstances, supposent que ces grands hommes ont eu à lutter contre des partis pris, des mauvais vouloirs dont ils se prétendent aussi les victimes. Mais si de grandes vérités ont été lentes à se faire jour, combien, par une triste compensation, une confiance trop hâtée ne fait-elle pas naître de mécomptes!

Renonçons donc à invoquer ces exemples opposés ou se détruisant réciproquement; apprécions chaque chose par elle-même, d'après ses éléments propres, sans préoccupations d'antécédents étrangers. Là est le rôle de la raison; le reste n'est que déclamation surannée et oiseuse, indigne d'hommes sérieux.

Nous demandions à MM. les syphilisateurs des faits à l'appui de leurs prétentions; quatre viennent d'être publiés; ils viennent du Piémont, et appartiennent à M. Sperino.

Quatre observations sur cent deux publiquement annoncées; à savoir, cinquante-deux antérieures au 23 mai 1851, et cinquante recueillies depuis cette époque sous les yeux de la commission académique de Turin; la largesse n'est pas grande. Examinons si la qualité compensera le nombre.

Quatre jeunes filles, trois de seize ans et une de vingt-cinq ans, sont admises au Syphiliocome; deux de ces filles sont infectées pour la première fois, une pour la seconde, et une pour la troisième. Ces deux dernières ont été guéries de leurs atteintes antérieures à l'aide de frictions mercurielles et de pilules d'iodure de mercure.

Chez trois de ces malades, les accidents datent d'une quinzaine de jours, et d'un mois chez l'autre. Ils consistent en chancres médiocrement étendus, situés à la région vulvaire sur trois, et sur une au col utérin; celle-ci présente en outre une légère leucorrhée et des granulations au col. Une des trois premières porte, avec ses chancres vulvaires, d'autres chancres à l'entrée de l'anus et un bubon fluctuant à droite. Une autre encore laisse apercevoir des bubons inguinaux.

Les quatre malades sont d'une bonne constitution. Les accidents, sans être absolument simples, n'offrent chez aucune d'elles un degré notable de gravité.

La durée du traitement a été de 60, 79, 124 et 138 jours; le nombre des inoculations syphilitiques de 83, 85, 89 et 94, pratiquées aux régions hypochondriaques, sur les parties latérales du thorax et à l'abdomen.

On a observé une fois, pendant les inoculations, un peu de fièvre, peut-être syphilitique, dit l'auteur, et qui, ajoute-t-il, s'est montrée aussi dans plusieurs autres cas semblables.

Chez une des malades, on excisa, après soixante-neuf inoculations, une excroissance assez volumineuse, et plus tard d'autres petites végétations développées à l'entrée du vagin pendant le traitement, puisqu'il n'en est pas fait mention dans le diagnostic initial. Chez une autre, les dernières des quatre-vingt-quatorze inoculations qu'elle subit donnèrent encore des résultats incertains. Chez une dernière, la cinquante-cinquième produisait un chancre douloureux bien caractérisé.

Lors de la sortie de ces malades, les cicatrices sont indiquées comme s'effaçant et commençant à perdre la teinte cuivrée qui leur est propre. Quelques-unes ont jusqu'à 14 millimètres d'étendue.

A leur sortie, trois de ces filles sont notées comme *presque syphylisées*. Il n'est rien dit de la quatrième.

Tels sont les bénéfices de cette méthode merveilleuse : pour des accidents primitifs d'une intensité ordinaire, en moyenne trois mois de traitement et quatre-vingt-huit inoculations chancreuses.

Quant au résultat final, il est laissé dans l'ombre. Sous ce rapport, les observations ne sont pas achevées. De quel privilége pratique jouissent des filles *presque syphilisées*? L'auteur ne le dit pas. Quoique les filles dont il est question soient sorties du Syphiliocome depuis neuf, dix et onze mois, et qu'il eût été facile de les soumettre à une certaine surveillance, M. Sperino ne dit rien ni de ce qui peut leur être advenu, ni de leur état actuel.

Et remarquez bien que les quatre observations que je viens d'analyser ne sont pas prises au hasard. Il n'y est question d'aucun des accidents graves mentionnés par M. Sperino dans son mémoire ou signalés avec plus d'insistance dans le prorapport de la commission académique de Turin. Ce sont des exemples de succès, de succès saillants offerts aux syphilisateurs pour soutenir leur doctrine et encourager leurs expériences.

Trois mois de traitement, 88 inoculations, 60 à 70 ulcères au moins, autant de cicatrices longtemps cuivrées sur différentes parties du corps, tels sont, avec le privilége d'être *presque syphilisé*, les avantages offerts aux esprits crédules que nous nous efforçons d'entraîner. C'est à se laisser séduire immédiatement, et je comprends à peine qu'on y résiste.

Si certain fureteur de bibliothèque découvrait dans quelque manuscrit poudreux l'exposition de cette pratique funeste, il n'y aurait certes pas assez de voix pour s'exclamer contre l'ignorance des temps barbares où elle était en honneur, pas assez de louanges pour exalter les hommes de génie qui lui auraient substitué les méthodes inoffensives et simples que nous suivons. Ce serait à rendre jaloux notre bon Paré, qui délivra de la cautérisation les pauvres blessés par arquebusades! Et, maintenant que ces pratiques se produisent en plein dix-neuvième siècle, le monde médical sérieux peut-il avoir trop d'indignation pour les accueillir?

Admirez le tableau touchant et pittoresque qu'offriraient nos

grands services de vénériens, tels que ceux du Val-de-Grâce, de l'hôpital du Midi, de celui de Lourcine, de l'infirmerie de Saint-Lazare, si le traitement de la syphilis par l'inoculation syphilitique y devenait général! A certains jours, au local près, on pourrait s'y croire en face d'une réunion de lépreux nettoyant, comme Job, leurs ulcères plus ou moins phagédéniques!

Aux insuccès qui lui sont opposés, l'inventeur de la syphilisation répond que sa méthode n'a pas été suivie et que dès lors il cesse d'être responsable. Notre collègue M. Malgaigne lui est venu spirituellement en aide avec la comparaison du chloroforme préparé suivant une formule ou suivant une autre. C'est le cas de rappeler que comparaison n'est pas raison. Quelle est la formule de notre syphilisateur? Il en a trois, que j'ai indiquées dans mon rapport. M. Sperino en a inventé une quatrième. Il y en a peut-être d'autres encore. A laquelle faut-il s'arrêter? Quelle est la bonne? Le choix du pus doit être gradué, mais à quels caractères le reconnait-on sûrement? Toute inoculation amoindrit l'accident primitif, et voilà le malade de M. Zelaschi qui, sous l'influence de 19 inoculations pratiquées selon la première méthode française, voit ses accidents s'accroître jusqu'au degré le plus grave. Puis, sous l'influence d'une syphilisation plus énergiquement conduite, ces accidents s'apaisent, après toutefois quarante jours de traitement antiphlogistique. Si ces inoculations répétées à haute dose ont amené la guérison, comment dans d'autres cas les accusez-vous des accidents survenus? Et comment reconnaître dans ces explications forcées, dans ces subtilités sans logique les caractères d'une méthode fondée sur un ensemble de faits bien observés?

A cette observation que les syphilisateurs français n'ont présenté jusqu'ici aucun exemple authentique des succès de leurs inoculations, M. Malgaigne répond qu'il connaît enfin une personne complétement syphilisée, à laquelle il défie de donner des chancres. Que prouve ce phénix de la syphilisation? La commission académique de Turin n'a-t-elle pas constaté qu'il est possible, qu'il est même assez fréquent qu'un malade ne puisse plus être inoculé, tout en conservant sa maladie ou la voyant reparaître? M. L..., inoculable pendant un certain temps, n'a-t-il pas été inoculé depuis, n'est-il pas susceptible de l'être encore, et lui-même enfin ne déclare-t-il pas devant témoin qu'il ne se croit pas syphilisé? Ne s'est-il pas cru si bien inoculé par M. Ricord qu'il a reconnu que le pus de son chancre était susceptible d'être transmis? Après 27 inoculations inutiles, qui pouvaient paraître suffire pour attester la syphilisation, les trois suivantes produisirent cependant des pustules et des chancres. Des filles publiques restent six ans et plus sans être infectées et pourraient passer pour être naturellement syphilisées, lorsque, sans cause à elles appréciable, elles contractent la syphilis comme les autres. A quels signes dès lors constatera-t-on votre syphilisation prétendue, tant prônée et jetée en appât à la crédulité et à la démoralisation publique?

Quelques malades, ajoutez-vous, ont été guéris par la syphilisation; mais n'avons-nous pas vu, il y a vingt ans, des malades en bien plus grand nombre et plus gravement affectés que ceux que vous citez guérir sans aucun traitement spécial, syphilisateur ou autre? Le traitement simple, comme on l'appelait, et qui avait au moins l'avantage de ne pas nuire, a publié et livré à l'examen ses résultats, sa statistique comparative, en un mot tous les documents sur lesquels il s'appuyait. Pourquoi nos syphilisateurs ne l'ont-ils pas encore imité? Personne ne contesta qu'il ne guérît et assez rapidement la très grande majorité des accidents primitifs; les accidents consécutifs furent l'écueil qui réduisit les applications. Les faits en faveur ne furent pas des cas isolés et rares comme ceux que vous invoquez en les laissant dans l'ombre; on les compta bientôt par milliers: ils arrivèrent des hôpitaux militaires et civils, de toutes les parties de la France, des contrées étrangères, où je retrouve M. Fricke, de Hambourg. Jamais la syphilisation, je le lui prédis, n'aura ni un succès aussi grand, ni un concours aussi imposant de suffrages; et cependant le traitement physiologique est tombé, ou s'est transformé comme la doctrine dont il avait emprunté le nom. Vous avez, dites-vous, à votre disposition trois cents faits, et vous ne les avez pas rendus publics! Cette abstention, je le dis nettement, éveille mes doutes et justifie mes craintes sur les résultats que vous avez obtenus. Ce sont des faits analogues à ceux de M. Sperino; si la grande majorité d'entre eux avait été positivement favorable à votre traitement; si vous aviez obtenu des succès plus nombreux, plus rapides, achetés moins cher que ceux que procurent les méthodes généralement employées, vous l'auriez depuis longtemps proclamé avec les preuves à l'appui. Votre silence laisse donc aux faits déplorables qui sont publiés toute leur force.

A l'objection fondée sur la persistance des cicatrices, nos syphilisateurs répondent qu'ils ont l'attention de les placer sur des parties cachées du corps. Grande condescendance en vérité! Auraient-ils donc eu la pensée de les établir au milieu du front, afin que chacun pût dès l'abord savoir à qui il avait affaire?

Reproche injuste, ajoutent-ils, et notre honorable collègue M. Depaul s'est sur ce point constitué leur organe. Ces cicatrices, dont on fait un si grand bruit, s'effacent avec le temps. S'effacent! Et quand avez-vous vu, messieurs les syphilisateurs, s'effacer et disparaître des cicatrices résultant de plaie avec perte de substance ou d'ulcères qui ont détruit en totalité, ou seulement dans une partie notable de son épaisseur le tissu du derme? Elles peuvent bien perdre la couleur cuivrée que, de votre aveu, elles conservent si longtemps. Elles blanchissent, je le veux bien; mais je défierais volontiers qu'après m'avoir fait constater une de ces cicatrices, on me montrât plus tard entièrement indemne la partie qu'elle occupait. Je parle, bien entendu, non de taches provenant de piqûres restées sans effet, ou de pustules avortées qui peuvent ne pas avoir entamé le derme, mais de cicatrices véritables succédant à des ulcères qui ont eu une certaine étendue et une certaine profondeur.

Ici je me trouve porté, malgré moi, dans la partie morale de la question. Bien qu'elle n'ait été abordée par aucun des honorables membres qui ont pris part à cette discussion, je m'y laisse aller volontiers, car elle constitue manifestement un des côtés les plus intéressants du sujet.

Les cicatrices des ulcères artificiels produits par les inoculations syphilitiques restent donc; c'est indubitable. Et cette pensée qu'elles attesteront à toujours que les personnes qui les portent ont été atteintes de la syphilis n'arrête pas nos novateurs en syphilisation! La loi a supprimé pour l'infamie elle-même toute flétrissure corporelle, et vous, syphilisateurs, dans je ne sais quel délire d'expérimentation, vous imprimez à des jeunes filles de seize ans la flétrissure indélébile des désordres de leur jeunesse! La séduction, la misère, de mauvais exemples, de funestes conseils, auront pu les pousser jusqu'à la prostitution, et il leur sera, de par vous, presque impossible de sortir de ce bourbier sans s'exposer à des récriminations odieuses sur un passé qu'elles s'efforceront vainement de cacher ou d'effacer par le culte de toutes les vertus. Les cicatrices, dites-vous, existent sur des parties cachées du corps; mais la marque du crime était-elle apposée autrefois sur le visage? Est-ce qu'il existe sur le corps humain, en société, une seule partie qui puisse être dérobée aux regards d'une manière absolue? Est-ce que si vos détestables pratiques se généralisaient, les stigmates qu'elles laissent à sa suite ne seraient pas bientôt distingués de toutes les autres cicatrices, et recherchés avec anxiété sur les personnes suspectes, ou accidentellement reconnus?

Multipliez les expériences sur le singe, les chats, les chiens, les lapins, les pigeons, poussez-les et variez-les dans le règne animal aussi loin et autant que vous pourrez, tous les amis de la science applaudiront à vos efforts. Si des connaissances nouvelles sont acquises par cette voie sur les lois de la transmissibilité du virus vénérien, elles seront accueillies avec empressement. Mais épargnez l'homme, laissez le malade en dehors de vos études. Qui dit expérience dit succès ou insuccès, bien ou mal: chance aléatoire enfin, et jamais le médecin n'a le droit de faire mettre ses clients à cette loterie. Malheureusement, de même que les combats des animaux ont conduit les anciens à contempler de sang-froid les luttes de gladiateurs, les expériences sur les espèces animales ont conduit quelques médecins à agir avec la même liberté sur l'espèce humaine; et, pour me servir de l'expression de l'inventeur, de la syphilisation: « à ne considérer l'homme que comme un gros singe, plus difficile seulement que l'autre, à raison de sa masse, à syphiliser. »

On parle d'intérêt de l'humanité et d'intérêt de la science, comme si ces deux intérêts n'étaient pas confondus, comme si la science médicale avait quelque autre raison d'être que le service de l'humanité.

J'entends l'objection que soulève cette doctrine conservatrice: elle sera, dira-t-on, incompatible avec les progrès de l'art, qui ne sont dus en grande partie qu'à des tentatives considérées d'abord comme téméraires.

Un mot d'explication à ce sujet.

Toute expérimentation douloureuse compromettante pour la santé et pour la vie, faite sur l'homme sans nécessité réelle, dans le seul but d'élucider un point de doctrine, est un attentat flagrant à la morale, à la dignité de notre profession. Si cette manie d'expérimenter se généralisait, ce qu'à Dieu ne plaise, elle porterait une irréparable atteinte à la confiance illimitée que le médecin doit inspirer, et qui est fondée sur ce que le malade veut bien être traité suivant les lumières de ce médecin, mais non servir de sujet pour ses recherches. Lorsque en présence d'un danger imminent, d'une mort assurée, plus ou moins prochaine, et après avoir reconnu l'impuissance des ressources de l'art, le praticien, illuminé par son génie, use de quelque remède énergique nouveau, ou exécute une opération hasardeuse; il n'expérimente pas; il cède à la nécessité, il obéit au précepte d'un des plus grands législateurs de notre art, il suit l'exemple des grands maîtres.

Le plus mauvais résultat que puisse avoir sa tentative sera de laisser la nature achever son œuvre de destruction, de la hâter peut-être, ce qui fait qu'aux hommes éminents seuls appartient le droit de ces innovations; mais en compensation de cette chance malheureuse, il a celle de conserver une vie qui allait s'éteindre, et de doter la science d'une arme de plus contre des lésions jusque-là inévitablement mortelles.

Je le demande aux partisans désintéressés de la syphilisation: est-ce là le cas où se trouvent les syphilisateurs?

Loin de réunir les conditions que je viens d'exposer, et qui autorisent jusqu'à un certain point la plus extrême hardiesse, la syphilisation ne commence-t-elle pas par infliger des douleurs, des suppurations, des prolongations de traitement qui sont évitées par l'emploi des moyens ordinaires? N'imprime-t-elle pas sur le corps des malheureux malades plus de stigmates que ne pourraient le faire vingt atteintes d'accidents primitifs? N'expose-t-elle pas à des accidents secondaires qui pourraient ne se manifester jamais? Ne l'avons-nous pas vue produire dans les constitutions les plus robustes de graves et peut-être d'incurables désordres? N'a-t-elle pas même causé sur les animaux et sur l'homme des accidents suivis de mort? L'inventeur de cette étrange thérapeutique reconnaît lui-même un cas de ce genre. Et tout cela, pour produire une presque immunité, dont la réalité et les limites sont entièrement problématiques. Le mal inhérent à son emploi est immédiat, inévitable; le danger pour la santé et même pour la vie est attesté par des observations qu'il est impossible de récuser; l'avantage n'est qu'une promesse non justifiée d'impunité pour des désordres futurs.

Je persiste dans la conclusion finale du premier résumé que j'ai présenté à l'Académie dans l'avant-dernière séance.

DES CHARBONS VÉGÉTAUX.

Il serait presque impossible d'énumérer toutes les maladies contre lesquelles le charbon a été préconisé: Pline le recommande contre l'anthrax ou charbon, sans doute, disent MM. Mérat et Delens *par une sorte de signature;* Fréd. Hoffmann le présente comme anodin et Zacutus Lusitanus comme emménagogue; Martin Ruland administrait le charbon de tilleul dans l'épilepsie, la colique et la lienterie; enfin, à une époque où cet agent était très en vogue, une foule d'auteurs ont cité des succès de son emploi interne dans un très grand nombre de maladies; on est même allé jusqu'à le considérer comme un puissant aphrodisiaque.

Malgré les travaux et les observations de Breschet (de Paris), malgré le mémoire intéressant de M. Duval, le charbon, à cause même de l'abus qu'on en avait fait, était tombé dans un oubli à peu près complet, car on ne le trouve consigné ni dans le *Codex*, ni dans aucun traité moderne de matière médicale.

Cependant le charbon ne mérite ni tout l'honneur dont on l'entourait jadis, ni toute l'indignité dont on l'avait ensuite frappé; il doit occuper une place dans la thérapeutique, mais à la condition de circonscrire cette place dans des limites raisonnables et légitimées par l'expérience.

Sans nous arrêter aux idées purement spéculatives que l'on n'avait pas craint d'émettre sur l'action physiologique et thérapeutique du charbon, nous devons reconnaître avec les expérimentateurs modernes que cet agent est essentiellement inerte et qu'il n'agit que par ses propriétés physiques. Tout le monde sait que le charbon est surtout employé comme désinfectant et que l'extrême porosité dont il est doué lui permet d'absorber facilement les gaz de toutes sortes.

C'est à ce point de vue seulement qu'il faut se placer pour retirer de bons effets de l'administration du charbon; c'est aussi dans cette voie que sont entrés les expérimentateurs modernes, et leurs plus grands succès ont été obtenus dans ces affections nerveuses de l'estomac et des intestins qui sont la source d'un dégagement considérable de gaz et que l'on nomme gastralgie, gastro-entéralgie, etc.

Parmi les auteurs modernes qui ont fait une étude spéciale du charbon et qui sont parvenus aux résultats que nous venons de signaler, il faut citer en première ligne M. le docteur Belloc, qui a présenté sur ce sujet un mémoire des plus intéressants à l'Académie de médecine. M. Belloc a fait de nombreuses expériences: 1° sur les divers charbons de bois; 2° sur les modes divers de le préparer. Sous le premier rapport, il donne la préférence au charbon de peuplier; et, sur le second, nous lui laissons le soin d'expliquer lui-même les précautions dont il croit devoir entourer la fabrication de cet agent: « Pour préparer ce charbon, dit-il, je me sers du » peuplier, cet arbre dont la végétation si rapide fournit un » bois très blanc et très léger; je ne me sers pas du corps de » l'arbre, parce que le charbon fait avec ce bois trop vieux » irrite l'estomac. Je prends les pousses de trois ou quatre » ans, très vertes, qui n'ont jamais été émondées, et dont » l'écorce n'a pas souffert. Je n'emploie pas le peuplier qui » croît dans un terrain bas et humide, peu exposé au soleil; » son bois est plus compacte, son écorce est couverte de » mousse, et le charbon qu'il fournit impressionne désagréablement la bouche et irrite l'estomac. Le bois coupé au » moment de la sève est aussi bien préférable. Je fais placer » ces branches de peuplier coupées et dépouillées de leur » enveloppe dans des vases en fonte bien clos, que l'on fait » chauffer jusqu'au rouge blanc; on en extrait un charbon » léger, brillant, sans formation de cendres; on le place » dans des vases pleins d'eau pendant trois ou quatre jours, » en ayant soin de changer l'eau plusieurs fois; on le fait » sécher, puis on le réduit en poudre avant qu'il soit parfaitement sec. »

Toutes ces précautions ont essentiellement pour but d'augmenter la porosité du charbon, afin de lui donner la propriété de fixer une plus grande quantité de fluides gazeux et d'augmenter par conséquent l'action pour laquelle, ainsi que nous le disions plus haut, cet agent réclame une place dans la pratique médicale.

Les formes sous lesquelles le charbon peut être administré sont nombreuses; cependant on donne généralement la préférence aux pilules et à la poudre. La dose est variable; mais pourtant le charbon n'est réellement efficace qu'autant qu'il est pris à haute dose, c'est-à-dire de la valeur de quatre à cinq cuillerées à bouche par jour. Dans son administration, il ne faut jamais oublier que cette substance est inerte, qu'elle traverse l'estomac et l'intestin sans les irriter, et que M. Belloc assure en avoir pris sans accident jusqu'à 500 grammes par jour. MM. Husson, Fouquier, Dubois (d'Amiens), Patissier, etc., qui se sont livrés sur ce sujet à des expériences physiologiques et cliniques, sont tous du même avis sur ce point, et ont vu, sous l'influence d'une haute dose de charbon, les nausées, les vomissements s'arrêter, la douleur épigastrique disparaître et la constipation cesser.

Chronique et nouvelles.

Organisation du personnel de santé militaire.

6e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE COLMAR.

Médecins. — MM. Gilgencrantz, major de 1re classe; — Lanel, Legouest, aides-majors de 1re classe.

Pharmacien. — M. Gillet, major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Bousquet, Thomas, Schweing.

HÔPITAL DE BELFORT.

Médecins. — MM. Collette, principal de 1re classe; — Lasserre, major de 1re classe; — Pagnon, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Devresse, major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Séré.

HOSPICE CIVIL DE NEUFBRISACH.

M. Boulian, médecin aide-major de 1re classe.

7e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE BESANÇON.

Médecins. — MM. Thomas, principal de 2e classe; — Peyre major de 1re classe; — André, Baudin, aides-majors de 1re classe — Buges, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Royer, major de 2e classe.

Cherurgiens sous-aides. — MM. Henriquel, Vagney, Gaste.

HÔPITAL DE BOURBONNE.

MM. Villaret, médecin principal de 2e classe; — Cavillon, médecin major de 2e classe.

Souscription en faveur de deux confrères dans le malheur.

Les préoccupations scientifiques ne doivent pas nous faire perdre de vue la triste situation de deux malheureux confrères en faveur desquels nous renouvelons l'appel que nous avons fait à nos lecteurs.

PREMIÈRE LISTE.

La *Gazette des Hôpitaux*.	20 fr.
MM. Sichel.	10
Larrey.	10
Ferrant, D.-M. à Mer.	3
Casaugian, D.-M. à Paris.	5
Higgins, D.-M. à Paris.	10
Divers anonymes.	20
Total.	78 fr.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 102. — SAMEDI 28 AOUT 1852. (25e ANNÉE.) N° 102. — SAMEDI 28 AOUT 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Contusion de l'œil gauche. Hémophthalmie sous-conjonctivale. Luxation du cristallin. — Contractions partielles et non permanentes de l'iris. — Tumeur composée énorme siégeant sur la partie antérieure de la région axillaire. Ablation. — Fistule urinaire périnéale. Issue de la totalité de l'urine et du sperme par la fistule. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — Académie de médecine (addition à la séance du 24 août). — Académie des sciences, séance des 16 et 22 août. — Société de médecine pratique, séance du 1er juillet. — Nécrologie. — Nouvelle modification aux brise-pierres. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Ancelon.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Contusion de l'œil gauche. Hémophthalmie sous-conjonctivale. Luxation du cristallin.

Les faits de déplacement du cristallin survenant à la suite de violences traumatiques sont assez connus; mais le plus souvent cet organe reste dans l'œil; seulement, il quitte sa position normale pour occuper une position nouvelle, soit dans la chambre postérieure, soit dans la chambre antérieure, en franchissant l'ouverture pupillaire. Les cas de luxation avec issue au dehors par une plaie de la sclérotique sans déchirure de la conjonctive sont tout à fait rares, et l'on conçoit combien dans ces cas le diagnostic doit offrir de difficultés. Un exemple intéressant de ce genre de lésion a pu être observé à l'Hôtel-Dieu. Nous tenons de M. Dubreuil, interne du service, les détails circonstanciés de cette remarquable observation.

Voici le fait.

Une femme de soixante ans fut admise le 22 juillet 1852, dans la salle Saint-Charles, n° 15, service de M. Roux, M. Gosselin, remplaçant. Cette femme, d'une bonne constitution, d'une santé parfaite, exempte de toute espèce d'ophthalmie, avait conservé malgré son âge une vue excellente.

Le 22 juillet, à une heure de l'après-midi, en se baissant brusquement, elle se heurta violemment l'œil gauche sur l'extrémité d'une canne, appuyée par son autre bout sur le sol. Elle éprouva ce singulier phénomène que l'on qualifie par le terme vulgaire *de voir mille chandelles*. Du reste, à part un sentiment de commotion très prononcé, elle ne ressentit autant dire aucune douleur. Il s'écoula seulement quelques gouttes de sang. Elle se rendit à pied à l'hôpital, et dès lors on put constater les particularités suivantes :

Une ecchymose occupe l'angle interne de l'œil gauche, et s'étend en bas suivant le bord adhérent de la paupière inférieure.

Les paupières sont gonflées; mais la malade peut néanmoins les ouvrir sans avoir besoin de s'aider en les écartant avec les doigts.

La conjonctive oculaire présente un aspect rouge-vineux; elle est boursouflée et soulevée par un épanchement sous-muqueux qui masque toute la sclérotique; un épanchement de sang remplit la chambre antérieure de l'œil et ne permet pas d'apercevoir l'iris. La cornée transparente est intacte dans toute son étendue: on a noté seulement *qu'elle se laissait déprimer et comme aplatir* par la pression exercée médiatement sur elle à travers la paupière. — Huit ventouses scarifiées à la nuque; repos au lit; compresses imbibées d'eau froide sur l'œil et le front.

Le 23, pas de fièvre, pas de douleurs. — Deux portions d'aliments; pédiluve sinapisé; compresses imbibées d'eau blanche sur l'œil malade.

Les 24 et 25, même état. — Même prescription.

Le 26, le gonflement disparaît. L'épanchement sanguin sous-muqueux se résorbe; mais il est encore assez abondant pour constituer un certain degré de chémosis. La cornée reste transparente; elle est un peu bleuâtre. On ne peut voir l'iris; on n'aperçoit qu'une teinte rouge produite par les caillots encore accumulés dans la chambre antérieure. En un seul point, en haut et en dehors, on trouve derrière la cornée un point d'une couleur plus sombre. M. Gosselin dès lors fut d'avis qu'il devait y avoir en ce lieu un arrachement de l'iris. — Vésicatoire à la nuque.

Le 30, plus d'inflammation dans l'œil; on peut reconnaître la lésion dont M. Gosselin soupçonnait la présence. Voici la description de cette lésion :

L'iris a été déchiré en haut et en dedans à son insertion dans une étendue de 4 millimètres environ; en même temps, il a été divisé dans toute la largeur de la zone au point correspondant de manière à constituer deux petits lambeaux latéraux, lesquels, s'étant rétractés sur les côtés, ont agrandi la pupille par en haut et en dedans en doublant en ce sens la longueur de son diamètre oblique. La pupille présente donc la forme d'une parabole à convexité tournée en bas et en dehors.

Quoique le champ de la pupille paraisse tout à fait libre et que la cornée n'ait rien perdu de sa transparence, la malade ne distingue rien; elle a pu seulement, dit-elle, pendant la nuit reconnaître la lueur d'une lampe.

Sous la paupière supérieure, en haut et en dedans, au-dessus du grand angle de l'œil et immédiatement en avant du cul-de-sac conjonctival, on constate pour la première fois la présence d'une petite élevure arrondie de la grosseur d'un pois, ayant l'apparence d'un gonflement œdémateux. Lorsque les paupières sont fermées, cette petite tumeur est entièrement couverte.

Le 4 août, la vision reste abolie; la petite tumeur s'est accrue; M. Gosselin la ponctionne avec la pointe d'un bistouri, et, au grand étonnement des assistants, le cristallin s'échappe par cette ouverture au milieu d'un liquide clair et limpide. Le corps n'a perdu ni sa forme ni sa transparence; il offre seulement une légère teinte jaune-ambré.

Après cette petite opération, la phlyctène s'affaissa sur elle-même, et, même en pressant sur le globe oculaire, il ne sort plus aucune espèce de liquide.

Pendant les jours qui suivirent, il ne se passa rien d'extraordinaire, et le 7 août la malade put quitter l'hôpital.

La vision restait presque complètement abolie; seulement la malade pouvait distinguer la lueur d'une bougie.

Nous avons donné cette observation avec d'assez longs détails; il s'agit en effet, comme nous l'avons dit, d'une lésion excessivement rare; on en trouve très peu d'exemples dans les auteurs. Cependant Mackensie décrit ce mode de déplacement du cristallin, qu'il désigne sous le nom de luxation sous-conjonctivale; il en aurait observé deux exemples. Suivant M. Rognetta, Meddlemore en aurait aussi vu plusieurs cas. M. Heyfelder, sans rapporter des faits nouveaux, signale cependant comme fait accepté ce genre de luxation (Mémoire sur la commotion de l'œil, *Annales d'oculistique*, t. XIII). Dans ces derniers temps, MM. Rivaud-Landraud et Barrier, de Lyon, en ont fait connaître deux nouveaux exemples (*Annales d'oculistique*, t. XXI et XXIV). Il est remarquable que dans presque tous les cas la déchirure de la sclérotique occupait la partie supérieure et interne de l'œil.

Dans le fait particulier que nous avons relaté, on remarquera que l'ampoule formée par le cristallin contenait aussi une certaine quantité de liquide qui augmentait d'autant le volume de la tumeur et masquait la forme de l'organe déplacé. Le mécanisme à l'aide duquel s'est produite la lésion est facile à concevoir : l'œil, pressé violemment d'avant en arrière lors de son choc sur l'extrémité du bâton et retenu, d'autre part, solidement en place par les parois de l'orbite, a dû se rompre, et après cette rupture, la pression n'ayant pas cédé immédiatement, il en est résulté la hernie d'une partie des organes contenus dans son enveloppe. Si la pression avait continué, la conjonctive se serait rompue également. Nous avons noté dans le récit de l'observation la dépressibilité de la cornée, qui, sous l'influence d'une pression exercée avec le doigt, se portait en arrière. Ce sera un signe important à noter pour le diagnostic de ce genre de lésion.

Peu de temps avant que l'homme dont nous venons de relater l'observation ait été admis à l'Hôtel-Dieu, un autre malade avait aussi présenté une luxation du cristallin; mais la conjonctive n'avait pas résisté, et le cristallin s'était échappé au dehors.

L'homme dont il s'agit était entré le 19 juillet dans la salle Sainte-Marthe, au n° 23. La lésion avait été produite par le choc d'une planche lourde, longue d'un mètre et demi environ. De même que chez la femme de la salle Saint-Charles, la douleur fut presque nulle; le malade dit seulement avoir vu comme un éclair très brillant.

L'affaissement de la cornée était excessivement marqué; M. Gosselin présuma dès lors que le cristallin avait dû être expulsé. On vit, en effet, qu'il existait sur la cornée, à la partie supérieure, une plaie pénétrante occupant tout le tiers supérieur de sa circonférence; une petite portion d'humeur vitrée était engagée dans les lèvres de la plaie.

Le 17 août, le malade put quitter l'hôpital. Alors l'œil était dans un état assez satisfaisant; il existait une déformation marquée de la pupille, et la vision commençait à se rétablir.

Contractions partielles et non permanentes de l'iris.

Nous engageons nos lecteurs à visiter un malade couché au Val-de-Grâce (salle 28, n° 16), dans le service de M. Larrey. Cet homme, affecté d'une amaurose commençante, présente sur l'œil droit un phénomène assez remarquable et qui nous paraît devoir être signalé comme excessivement rare.

L'ouverture pupillaire subit les modifications de forme les plus variées se succédant avec une extrême rapidité; ainsi, en quelques instants d'examen, nous avons vu cette ouverture prendre successivement la forme d'un triangle, d'un cœur, d'un trèfle de carte à jouer, etc.

Tumeur composée énorme siégeant sur la partie antérieure de la région axillaire. — Ablation.

Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, nommé Pirrier, tonnelier, d'une belle constitution, est entré le 17 août 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 46.

Ce malade porte sur le relief antérieur du creux axillaire une tumeur d'un volume égalant au moins celui de la tête d'un enfant. Il en rapporte l'origine à une chute qu'il aurait faite, dit-il, il y a trois ans; il tomba du haut d'une voiture, et il eut au point contus une petite bosse sanguine. Mais nous n'attachons pas grande importance à cette étiologie; car pendant deux ans et demi le malade ne ressentit rien en ce point, et il ne sait nous dire si pendant tout ce temps il resta trace de cette petite grosseur.

Il y a six mois seulement, son attention se fixa de nouveau sur le lieu qu'occupe actuellement la tumeur. Elle commença dès lors à offrir un volume marqué, et jusqu'à ce jour elle ne cessa de s'accroître.

Actuellement elle offre le volume que nous avons signalé. Jamais le malade n'a ressenti de douleur ni dans la tumeur, ni dans l'aisselle, ni dans le bras, et, n'était la gêne mécanique qu'elle apporte aux mouvements du bras, le malade ne s'en plaindrait nullement.

Examinée avec soin, elle nous a paru développée au-dessous du muscle grand pectoral qu'elle soulève, s'arrêtant en dehors contre le relief deltoïdien, en dedans à 10 centimètres de la ligne médiane du tronc, en haut à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, laissant la région sous-claviculaire nette et parfaitement saine. Dans les environs, on ne trouve aucun engorgement ganglionaire; les doigts peuvent plonger facilement dans la profondeur de l'aisselle sans y rien rencontrer et sans réveiller la moindre douleur.

En saisissant à pleine main la tumeur, on voit qu'elle est mobile. Quant à ses caractères physiques, elle est d'une consistance inégale, assez molle dans toute son étendue. En certains points, surtout en bas, on éprouve un sentiment de fluctuation marquée; la peau n'adhère pas, si ce n'est en bas, ce qui est le résultat d'une petite plaie produite par une ponction qu'un chirurgien de province a cru devoir pratiquer à l'aide d'un bistouri. Par cette ponction, il s'est échappé du sang; quelques veines assez volumineuses rampent sous la peau.

Le diagnostic de cette affection pouvait offrir quelque obscurité. Si l'on s'en rapportait, en effet, seulement aux symptômes actuels, on pouvait croire que la tumeur n'était pas de mauvaise nature, vu l'état si parfaitement bon du malade, l'absence de toute douleur, l'absence d'engorgements ganglionaires dans la zone anatomique, le sentiment de fluctuation perçue manifestement sur quelques points.

Mais il faut dire que la rapidité d'accroissement de la tumeur devait faire craindre une affection maligne. Dans tous les cas, l'opération devait être tentée.

M. Gosselin, en présence de M. Roux, a procédé à cette opération. Un trocart explorateur, plongé préalablement dans la tumeur, ne donne issue qu'à quelques gouttes de sérosité, et seulement en passant dans certains points. Dans d'autres, il ne sortait rien.

Il devenait assez évident que l'on avait affaire à une tumeur composée formée de substance encéphaloïde, suivant toute probabilité parsemée de petits kystes.

L'ablation fut facile. Une seule incision oblique de haut en bas, partant de la poitrine et se rendant sur le bras, suffit pour mettre la tumeur à nu. On sacrifia seulement une petite étendue de peau.

A mesure que le bistouri pénétrait dans la tumeur, il ouvrait successivement de petits kystes ayant, quelques-uns, le volume d'un œuf; et, comme on le prévoyait, ces kystes étaient entourés d'une substance friable, mollasse, ayant les caractères du cancer encéphaloïde. Nous remarquons le peu de vaisseaux artériels ouverts pendant l'opération. Les suites de cette opération, quelles seront-elles? On ne peut malheureusement que trop les prévoir. Nous aurons soin, du reste, de tenir nos lecteurs au courant de ce qui pourra surveni[r]

Fistule urinaire périnéale. Issue de la totalité de l'uri[ne et du] sperme par la fistule.

Dans la salle Sainte-Marthe, au n° 40, on peu[t voir]
un cas fort remarquable de fistule urétrale qui s'es[t produite]
dans les conditions suivantes :

Ce malade, fort, robuste, doué d'une santé par[faite, était]
occupé, il y a trois ans, à des travaux de terrasse[ment, lors]
qu'il fut surpris par un éboulement qui couvrit u[ne partie de]
son corps. Dans la chute qu'il fit, il tomba sur l[e manche]
d'une pioche, et l'extrémité de cet instrument p[énétra dans]
le rectum et y fit une large plaie en avant, compre[nant]
un pouce du périnée. La douleur fut vive, et il s[...]

an ob- ant la avait était ui au- la poi- tion. ionaire, probable le tissu érieure :

assez grande quantité de sang. Dès lors le malade ne put uriner. Le lendemain on fut forcé de le sonder; et après peu de jours, comme on n'avait pas eu la précaution de maintenir la sonde à demeure, on ne put arriver dans la vessie, et une fistule urinaire urétrale s'établit vers le milieu du périnée, sur la ligne médiane.

Cette fistule a toujours persisté depuis. Pendant quelques mois l'urine sortait en partie par les voies naturelles; mais depuis dix-huit mois il n'en passe plus du tout par la verge. L'orifice de la fistule présente des replis cutanés nullement irrités par le contact de l'urine, et le pertuis qui laisse passer le liquide est presque imperceptible. On a tenté vainement par plusieurs procédés d'oblitérer cette ouverture. M. Roux a essayé, avec une sonde conique, de pénétrer dans la vessie par la plaie, mais il n'a pu y réussir. Une sonde introduite par le méat pénètre dans toute la longueur de la verge, jusqu'à environ 2 centimètres en avant de la fistule.

Nous avons interrogé avec soin le malade sur l'état fonctionnel des organes de la génération. Les désirs vénériens sont très rares; les érections incomplètes, et le sperme sort entièrement par l'orifice de la fistule.

C'est là une affection assez complexe. M. Gosselin se propose de tenter une opération pour oblitérer définitivement cette fistule. Après avoir rétabli le canal en avant et en arrière de la fistule, il se propose de conserver la cicatrice du périnée, qui servira à compléter la partie supérieure du canal; on réunira des lambeaux, pour former la partie inférieure du canal. Ce procédé est conseillé par M. Jobert, qui, du reste, ne l'a pas encore mis en usage, que nous sachions. M. Gosselin procédera sous peu de jours à cette opération, dont nous ferons connaître les résultats. Dr E. L.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Onzième leçon.)

Dans tous les cas de rétroversion qu'il nous a été donné d'observer, les malades ont accusé des douleurs spontanées; elles se sont plaintes principalement de ressentir, vers la partie inférieure du sacrum, des douleurs fixes, permanentes et très fatigantes.

Le siége spécial des douleurs, dans cette circonstance, s'explique facilement par les rapports du corps de l'utérus plus ou moins engorgé avec le rectum, rapports desquels résulte de nécessité une compression qu'on ne retrouve pas, ou qu'on ne retrouve qu'à un faible degré dans l'antéflexion et dans l'antéversion.

Constamment il a existé dans les cuisses des douleurs qui, dans quelques cas, ont pris le caractère lancinant.

Deux malades seulement ont eu des douleurs dans les aines, contrairement à ce que nous avons vu dans l'antéversion.

M. Simpson a signalé comme un symptôme constant des douleurs situées dans le côté gauche; ces douleurs, que nous avons rencontrées une seule fois, ont persisté après le redressement de la matrice, et n'ont disparu que sous l'influence d'un traitement particulier.

Chez trois malades, la pression, exercée suivant le trajet de la crête iliaque, nous a fait découvrir l'existence de névralgies lombo-abdominales.

Dans tous les cas, sans exception, la marche est devenue difficile, douloureuse et même impossible. Nous avons vu des femmes obligées, pour traverser leur appartement, de se soutenir à l'aide d'une chaise ou de s'asseoir après avoir parcouru quelques pas.

Chez six malades, le contact du doigt provoquait sur le col de l'utérus des douleurs légères, et chez quatre autres des douleurs très vives. Parmi les dernières, il en était deux auxquelles les rapports sexuels causaient des souffrances très marquées. Nous avons omis d'adresser, sur ce point, des questions aux deux autres.

Dans tous les cas, indistinctement, une pesanteur plus ou moins grande a existé du côté de la matrice. Nous avons trouvé une femme qui était gênée par un sentiment d'expulsion particulier, surtout lorsqu'elle allait à la garde-robe. Nous en avons vu une autre qui éprouvait la sensation d'un corps pesant tendant sans cesse à s'échapper par le vagin.

Un engorgement de la matrice plus ou moins prononcé a constamment coïncidé avec la déviation. Plusieurs fois nous avons trouvé une épaisseur considérable de tissus entre la sonde introduite dans la cavité cervico-utérine et le doigt conduit dans le vagin.

Toutes les malades ont présenté un écoulement leucorrhéique. Chez l'une d'elles seulement les flueurs blanches remontaient à une époque antérieure à la maladie.

L'état de la menstruation, à partir du début de la maladie, a été très variable. On peut dire d'une manière générale que des perturbations diverses sont survenues dans l'éruption des règles. La plupart des malades ont ressenti des douleurs qui leur avaient été jusque-là inconnues. Deux ont vu l'écoulement menstruel augmenter ou diminuer, une autre a été atteinte d'une véritable hémorrhagie.

La constipation peut être considérée comme un phénomène constant; elle a été ordinairement très opiniâtre.

Quatre malades ont éprouvé de fréquentes envies d'uriner; le col de l'utérus était, chez elles, engorgé et volumineux.

Le spéculum a toujours mis à découvert la face postérieure du col de la matrice, et nous a permis de constater l'augmentation survenue dans les dimensions de l'organe.

Nous avons pu, à l'aide du toucher vaginal, nous assurer de la ...tion du corps de l'utérus vers le sacrum, de l'absence de toute ..., et sentir une certaine étendue de la face postérieure de ... On sait que dans l'antéversion il est possible d'explorer ...endue de la face antérieure du corps de la matrice; il n'en ... même dans la rétroversion. La situation profonde d'une ... l'organe dans l'excavation sacrée s'oppose à ce que le ...oduit dans le vagin dépasse certaines limites. Le tou... seul permet d'atteindre le fond de l'utérus; il ne four...tions positives qu'autant qu'on a préalablement déter...ition du col.

...ant la matrice avec le doigt, il nous a été facile de ... qu'elle était plus pesante que dans l'état normal, et ...l, à l'augmentation du poids qu'elle avait subie s'était ...ain degré d'abaissement. Nous verrons plus loin les ...s qu'il importe de tirer de ce dernier fait relativement ... lequel se trouve la matrice après la disparition de la ...usieurs de nos malades avaient été considérées par les médecins qu'elles avaient consultés avant nous comme atteintes d'un simple abaissement.

Huit fois sur dix le cathétérisme a été facile et peu douloureux; deux fois l'utérus a opposé aux tentatives que nous avons faites en vue de le redresser une résistance qui ne s'est présentée ni dans l'antéflexion, ni dans l'antéversion. Cette résistance, que nous retrouverons dans la rétroversion, a pu être surmontée; il n'en est pas toujours ainsi. Les causes sous l'influence desquelles la matrice déviée perd sa mobilité accoutumée sont diverses dans leur nature: tantôt elles consistent en de véritables adhérences, tantôt en une sorte de rétraction des tissus qui suspendent l'utérus ou qui l'environnent; d'autres fois elles résident dans une inflammation légère du tissu cellulaire périphérique.

On comprend sans peine que les diverses lésions dont nous venons de parler doivent apporter des obstacles plus ou moins puissants à la réduction des déviations utérines.

Rarement nous avons trouvé des granulations sur le col de la matrice. Chez une seule malade nous avons rencontré une ulcération; elle n'a cédé à des cautérisations répétées et méthodiques que lorsque l'utérus a été redressé. Les circonstances dans lesquelles s'est accomplie la guérison de l'affection du col et de la rétroversion méritent d'être mentionnées.

Une femme d'un tempérament légèrement lymphatique, mais d'une assez bonne constitution, se maria à l'âge de vingt ans et devint enceinte au bout d'une année; elle eut un accouchement naturel et garda le lit pendant un espace de temps convenable; elle ressentit néanmoins, aussitôt qu'elle commença à se lever, les symptômes ordinaires des déviations utérines.

Elle vint nous trouver au mois de juillet 1848. Notre attention s'arrêta uniquement sur une ulcération qui occupait la lèvre antérieure et une partie de la lèvre postérieure du museau de tanche. Des cautérisations pratiquées pendant trois mois consécutifs n'amenèrent qu'une légère amélioration dans l'état de la surface malade; les phénomènes morbides augmentèrent d'intensité.

Au mois d'août 1851, la malade s'adressa de nouveau à nous. Le col de l'utérus était volumineux et largement entr'ouvert; ses deux lèvres étaient envahies par une ulcération granuleuse qui se propageait dans l'intérieur de la cavité cervicale aussi loin que l'œil pouvait la suivre.

La matrice, placée en rétroversion, était mobile. Le cathétérisme fut facile.

Nous introduisîmes un instrument redresseur dont la tige utérine avait 6 centimètres; nous le laissâmes en place pendant quatorze jours; il y eut un léger écoulement de sang et un peu de leucorrhée.

Les règles, qui apparurent après l'application de l'instrument, durèrent neuf jours; elles furent plus abondantes que de coutume. L'anémie dont elles furent suivies donna naissance à une névralgie intercostale et lombo-abdominale.

A partir du 13 septembre, nous cautérisâmes le col de l'utérus tous les huit jours; au bout de deux mois l'ulcération avait presque entièrement disparu.

Une légère fissure à l'anus, dont l'existence nous avait échappé, céda facilement à l'administration des laxatifs et à l'usage de mèches enduites d'une pommade au carbonate de plomb.

M. Danyau, qui avait suivi la malade depuis le commencement du traitement, l'examina le 4 octobre; il constata avec nous le retour de l'utérus à sa position naturelle et la disparition de l'ulcération. Il restait un abaissement peu marqué de la matrice; cet abaissement subsistait encore le 21 octobre, époque à laquelle M. Bennet, qui se trouvait en France, put vérifier l'exactitude des résultats que nous venons de signaler.

L'application unique de l'instrument redresseur, qui a suffi pour remédier à la rétroversion, a été faite cinq ans après la première apparition de la maladie.

Chez toutes nos malades, nous avons observé une diminution plus ou moins prononcée, et quelquefois un anéantissement complet des forces. Il était survenu de la perte d'appétit, de la pâleur et de l'amaigrissement. Nous n'avons trouvé qu'une femme qui ait sensiblement conservé son embonpoint ordinaire. Nous en avons rencontré une autre chez laquelle existaient tous les symptômes de l'anémie.

Le diagnostic a toujours été facile. Les tumeurs, dont la présence dans la concavité du sacrum peut compliquer la rétroversion, se reconnaissent par la dépression qu'elles déterminent à leur point de jonction avec l'utérus.

Sur dix malades, six ont été guéries, deux sont encore en traitement. Chez l'une de ces dernières, la durée, déjà très longue, de la médication et le peu d'amélioration obtenue doivent faire craindre un insuccès. Une autre malade n'a été soulagée qu'au bout d'un temps très long; une autre, après le redressement de l'utérus, a continué à éprouver des douleurs dans le vagin, la matrice, le rectum, les parties latérales du tronc et les membres. Ces douleurs, qui, à n'en pas douter, sont entièrement étrangères à la déviation de l'utérus, se rattachent, selon toute vraisemblance, à une fièvre intermittente qui a existé antérieurement à tout traitement, s'est accompagnée de souffrances très vives, et a cédé difficilement à l'action du sulfate de quinine.

Le mode de traitement suivi par nous a été le même pour toutes les malades; seulement, nous avons fait d'autant plus souvent usage de la sonde utérine, que nous nous sommes davantage rapproché de l'époque actuelle. Le cathétérisme a été pratiqué de deux à vingt et une fois, à part quelques difficultés qui ont tenu à des circonstances particulières; il n'a pas en général rencontré d'obstacles sérieux. Nous avons dû redoubler de précautions chez une femme qui était vierge; deux malades ont ressenti de grandes souffrances, toutes les autres ont éprouvé des douleurs supportables. Nous avons constamment trouvé la profondeur de la cavité cervico-utérine plus considérable que dans l'état normal; elle a varié entre 7 et 8 centimètres et demi. Le toucher vaginal, après l'introduction préalable de la sonde, nous a permis de constater une augmentation notable dans l'épaisseur des parois du col de l'utérus. Le cathétérisme seul ne nous a procuré aucune guérison, même dans les cas où il a été pratiqué le plus souvent. Il est bon de dire qu'à l'époque où nous l'avons mis en usage, nous n'avions pas, comme aujourd'hui, la coutume de redresser l'utérus au point d'exagérer sa position normale en sens inverse de la déviation primitive.

Quatre fois nous avons eu recours au redresseur à flexion fixe. L'introduction de l'instrument a été généralement difficile; nous nous sommes servi avec plus d'avantage du redresseur articulé.

Il est à remarquer que l'application des appareils a dû être renouvelée plus souvent chez les malades qui n'ont pas guéri que chez les autres. De là résulte la possibilité d'apprécier jusqu'à un certain point le degré de ténacité de la maladie par le nombre des applications successives.

La durée du séjour des instruments a varié entre deux et quatorze jours; ils ont été enlevés dans la plupart des cas à cause de l'imminence des règles qui se montraient plutôt que de coutume.

Nous n'avons eu à noter ni hémorrhagie, ni inflammation du col ou du corps de l'utérus. Quelques douleurs se sont manifestées sous forme de coliques.

Chez six malades, nous n'avons fait intervenir dans le traitement aucun moyen accessoire; chez six autres, nous avons ajouté à la médication ordinaire l'usage des préparations de fer et de quinquina, de bains et de lotions froides, qui n'ont eu qu'une part indirecte à la guérison.

La médication dont a été précédée la nôtre a en général consisté dans le repos, les applications émollientes, les saignées locales et générales; elle n'a jamais été suivie d'aucun effet avantageux. Les malades qui l'ont remplacée par l'usage des remèdes toniques et par une alimentation réparatrice sont ainsi parvenues à améliorer leur état de santé. Dans un cas unique l'application de vésicatoires volants a été de quelque soulagement. Deux malades ont été sans succès soumises à la cautérisation; une autre a porté un pessaire en forme de pelle, dont la présence a occasionné de vives douleurs.

Nous avons été témoin d'une rechute après une guérison complète en apparence; elle est survenue chez une femme que l'intensité extrême des symptômes morbides avait condamnée à une immobilité absolue avant l'introduction de l'instrument redresseur.

Nous devons nous arrêter ici sur un point qui mérite à plusieurs titres de fixer notre attention: nous voulons parler de l'abaissement de la matrice dans les déviations utérines. Cet abaissement, qu'on rencontre principalement dans la rétroversion, subsiste après le retour de l'organe à sa situation naturelle, par suite du mécanisme même suivant lequel s'opère la réduction, mécanisme qui se réduit à un mouvement de rotation exécuté par la matrice autour d'une ligne fictive par laquelle serait traversé le col de l'utérus.

Dans l'antéversion l'abaissement paraît se produire exclusivement dans les cas où le col de la matrice devenu très volumineux se porte fortement en arrière; c'est surtout dans la rétroversion et dans la rétroflexion qu'il persiste alors que la déviation a disparu. Ce fait est important à connaître; lorsqu'en effet l'utérus a repris sa direction naturelle, il permet de regarder la guérison comme complète toutes les fois que l'abaissement de la matrice ne dépasse pas certaines limites.

Chez les malades auxquelles nous avons donné des soins, nous avons vu l'engorgement de l'utérus et l'abaissement dont il s'accompagnait ne s'effacer souvent que quatre mois et même six mois après la cessation des symptômes morbides. De là résulte que ni l'une, ni l'autre des deux lésions précédentes ne suffit, comme l'ont pensé quelques auteurs, à engendrer les troubles fonctionnels que nous avons décrits comme se rattachant directement aux déviations utérines.

La durée du traitement a varié entre quinze jours et quatre mois et demi; la malade chez laquelle elle a atteint ce dernier terme se trouvait placée dans des circonstances exceptionnelles; elle était vierge, et présentait une tendance extrême aux hémorrhagies. Nous avons été doublement entravé par la difficulté de l'introduction des instruments et par l'imminence de métrorrhagies abondantes. La durée moyenne est de quarante jours.

Si nous envisageons notre médication dans ses résultats définitifs, nous voyons que six malades ont obtenu une guérison solide, que deux sont en traitement, qu'une autre n'a éprouvé qu'une simple amélioration, et que les douleurs ont persisté chez une dernière.

La guérison remonte à deux ans pour une malade, pour trois autres à dix-neuf, à dix-huit et à quinze mois; elle date de neuf mois pour une cinquième, et de trois mois et demi pour une sixième.

De la rétroflexion.

La rétroflexion doit être définie: la déviation du corps, ou la déviation du corps et du col de l'utérus en arrière. Il existe donc deux variétés de rétroflexion. Dans la première le corps de la matrice seulement subit un changement de position, le col conserve sa direction normale; dans la seconde le corps et le col sont à la fois déviés dans le même sens.

La dernière des deux variétés que nous venons de signaler correspond exactement à l'une des deux formes sous lesquelles peut se présenter l'antéflexion. Lorsque le col de l'utérus affecte une direction sensiblement horizontale, elle simule quelquefois l'antéversion au point que l'intervention du cathétérisme devient nécessaire pour lever les doutes qui subsistent après l'exploration de la matrice par le spéculum et par le toucher vaginal.

Les cas de déviation par nous observés sont au nombre de douze.

L'âge des malades chez lesquelles nous les avons rencontrés, pris au moment où elles se sont adressées à nous, a varié entre dix-huit et trente-six ans; il a donné une moyenne de trente et un ans. Pris au début de la maladie, il a eu pour limites extrêmes quatorze et trente-trois ans, et a été en moyenne réelle de vingt-quatre ans, plus une fraction. Ces chiffres confirment un fait qui ressort de ce que nous avons exposé plus haut; ils montrent que l'âge auquel surviennent les déviations est le même pour toutes les espèces et se trouve généralement compris entre vingt et trente ans.

Nous n'avons pas à présenter, relativement à la constitution et au tempérament des malades, à l'état de la menstruation et à l'origine de l'écoulement leucorrhéique dont elles ont été atteintes, d'autres réflexions que celles qui ont été faites à l'occasion des déviations utérines précédemment décrites.

Comme dans les autres déviations, les difficultés de l'accouchement ont contribué pour une très faible part à produire le déplacement de l'utérus; le fait même de l'accouchement a joué le principal rôle.

Nous n'avons pas rencontré de tumeurs.

A-t-il existé de véritables adhérences? Il n'est pas toujours facile de décider si les obstacles qui s'opposent au redressement de l'utérus tiennent à des indurations du tissu cellulaire péri-utérin ou à des brides péritonéales.

Nous avons vu une malade chez laquelle la matrice offrait trois flexions successives. Trois ans avant l'époque à laquelle elle était venue nous trouver, elle avait eu du côté gauche une inflammation aiguë du tissu cellulaire péri-utérin; ce tissu, en se rétractant, avait entraîné la matrice en arrière vers l'échancrure sciatique, et l'avait maintenue fixée dans cette situation.

Nous avons introduit, non sans de grandes difficultés, la sonde utérine, puis le redresseur à flexion fixe. Après quatre mois de traitement nous avons obtenu une amélioration assez marquée. La malade a quitté l'hôpital; elle y est rentrée après deux mois d'absence. Nous avons de nouveau appliqué l'instrument redresseur à plusieurs reprises, et nous sommes ainsi arrivé à une guérison définitive, que n'a pas compromise plus tard une chute faite sur le siége.

Il n'est pas douteux que, dans le fait dont nous venons de rappeler les principales circonstances, il n'ait existé une simple induration du tissu cellulaire. Nous n'avons remarqué aucun indice des

m...
volo...
intére...
Les c...
syphilitiq...
attesteront...
teintes de l...
La loi a sup...
porelle, et v...
rimentation, ...
trissure indél...
misère, de m...
pousser jusqu...
que impossible...
minations odie...
cacher ou d'ef...
dites-vous, exi...
que du crime é...
existe sur le co...

graves accidents qui auraient dû nécessairement succéder à la rupture de brides péritonéales, si la fixité de l'utérus avait eu pour cause des adhérences de cette nature. A.-H. MARGERIE.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 24 AOUT 1852.

Nous donnons les conclusions du travail adressé à l'Académie de médecine par M. le docteur Duchenne, de Boulogne.

I. Les muscles ou faisceaux musculaires auxquels on attribue la propriété de faire basculer le scapulum sur un axe fictif placé au centre de ces os, de manière à mouvoir ses angles interne et externe en sens contraire, n'exercent pas cette action physiologiquement; mais ils font tourner le scapulum sur l'un ou l'autre de ses angles supérieurs qui reste fixe, tandis que l'angle inférieur s'élève ou s'abaisse en se rapprochant ou en s'éloignant de la ligne médiane.

II. L'élévation volontaire de l'épaule s'effectue par la contraction isolée de la portion moyenne du trapèze quand elle n'exige point d'effort; mais sitôt que cette élévation rencontre de la résistance, d'autres muscles élévateurs s'associent en combinant leur action à la portion moyenne du trapèze, et cela avec d'autant plus d'énergie que cette résistance est plus grande.

Les muscles qui dans ces grands efforts d'élévation de l'épaule s'associent à la portion moyenne du trapèze sont: le rhomboïde, le grand pectoral par sa portion supérieure et l'angulaire de l'omoplate.

Quant au grand dentelé, auquel on attribue comme fonction principale celle de soutenir l'épaule chargée d'un lourd fardeau, l'électro-physiologie et la pathologie démontrent qu'il reste complétement étranger à cette action. Ce muscle a d'autres usages bien autrement importants; ainsi il concourt puissamment à l'inspiration, et son action est inséparable de celle du deltoïde pendant l'élévation du bras.

III. L'humérus, en s'élevant par la contraction isolée du deltoïde, déplace le scapulum de la manière suivante:

1° Il déprime son angle externe, pendant qu'il élève son angle inférieur de 1 à 2 centimètres au plus, en le rapprochant de la ligne médiane;

2° Il le fait pivoter sur son axe vertical, de telle sorte que son bord spinal, s'écartant des parois thoraciques de 4 à 5 centimètres, semble s'en détacher sous la forme d'une aile. Pendant cette expérience, on voit se former, entre le bord spinal du scapulum et la partie correspondante du dos, une sorte de gouttière profonde de 4 à 5 centimètres, et la tête de l'humérus a une tendance à abandonner la cavité glénoïde en se subluxant en bas.

Cette attitude vicieuse du scapulum, la volonté ne saurait la reproduire, car elle ne possède pas, comme l'électrisation, le pouvoir dangereux de faire contracter isolément le deltoïde.

IV. Pendant l'élévation volontaire du bras, le grand dentelé, placé pour ainsi dire sous les ordres du deltoïde, vient à l'aide de ce dernier, non-seulement, ainsi qu'on l'a dit, afin de fixer le scapulum, mais aussi pour compléter l'élévation verticale du bras, la limite d'élévation par ce muscle étant la direction horizontale. Le second temps de l'élévation du bras (l'élévation au-dessus de la ligne horizontale) est aidée aussi par la contraction synergique au tiers moyen du trapèze, surtout dans les mouvements de force.

V. L'atrophie ou la paralysie du grand dentelé occasionne un dérangement peu apparent dans l'attitude du scapulum, quand les bras pendent sur les côtés du tronc, l'angle inférieur de cet os est seulement un peu plus élevé, plus saillant et plus rapproché de la ligne médiane que celui du côté opposé. Mais dès que le bras s'écarte du tronc, on voit apparaître toutes les difformités qui résultent de l'absence de concours du grand dentelé et qui ont été décrites plus haut. (Proposition II.)

VI. Les fibres supérieures du grand dorsal excitées par l'électrisation, alors que les membres tombent parallèlement à l'axe du tronc, dépriment l'omoplate de dehors en dedans et d'avant en arrière, par l'intermédiaire de la tête de l'humérus qui appuie sur la cavité glénoïde; les fibres inférieures du même muscle abaissent le moignon de l'épaule. L'excitation simultanée de toutes les fibres des deux grands dorsaux produit de chaque côté non-seulement les mouvements précédents, mais encore l'extension énergique du tronc.

VII. Le tiers inférieur du trapèze et le rhomboïde jouissent, il est vrai, comme le grand dorsal, de la faculté d'effacer les épaules en associant leur action; mais l'attitude qui en résulte est vicieuse ou disgracieuse, parce qu'ils élèvent en même temps et inévitablement le moignon de l'épaule. Aussi n'agissent-ils physiologiquement que pour maintenir le scapulum solidement rapproché de la ligne médiane dans certains mouvements de force du membre supérieur, comme pour attirer à soi un corps résistant.

VIII. En conséquence, de tous les muscles qui meuvent l'épaule, le grand dorsal est un de ceux qui produisent la meilleure et la plus belle attitude, en raison de son double pouvoir, d'effacer les épaules et de les abaisser à la fois, en raison aussi de l'énergie avec laquelle il redresse le tronc. C'est lui qui, par exemple, donne, chez le militaire, l'attitude au port d'arme.

IX. Des trois muscles (le trapèze, le grand dorsal et le rhomboïde) qui, par la volonté ou l'excitation électrique, possèdent le pouvoir de rapprocher de la ligne médiane le bord spinal du scapulum, c'est le trapèze seul qui, par son tiers inférieur et par quelques fibres de son tiers moyen, maintient pendant le repos musculaire le scapulum à sa distance normale de la ligne médiane, qui est, chez l'adulte, de 5 à 6 centimètres. Il suffit, en effet, que ces fibres du trapèze soient détruites par l'atrophie musculaire pour que le scapulum s'éloigne du plan médian de 10 à 12 centimètres. Dans cette attitude vicieuse de l'épaule, le dos est arrondi transversalement, le moignon de l'épaule est porté en dehors et en avant et la poitrine se creuse.

X. La contractilité tonique du rhomboïde maintient par sa tonicité le bord spinal du scapulum solidement appliqué contre le thorax.

Quand ce muscle perd cette tonicité (dans l'atrophie progressive, par exemple), le bord spinal du scapulum fait une saillie sous la peau, et l'espace compris entre ce bord spinal et la ligne médiane se creuse profondément.

Si l'atrophie du rhomboïde s'ajoute à celle du grand dentelé au moment de l'élévation du bras, on voit entre le scapulum et le thorax une vaste excavation qui pourrait loger la main tout entière, et dans laquelle la peau s'enfonce en adhérant aux tissus qu'elle recouvre avec une telle force qu'on ne peut l'en détacher, comme si un vide s'était formé sous elle.

XI. La connaissance des faits établis par les recherches électro-physiologiques et pathologiques exposées dans ce travail permet d'expliquer le mécanisme des principaux mouvements de l'épaule et des attitudes vicieuses ou des déformations qui résultent des affections des muscles qui exécutent ces mouvements; la connaissance de ces faits, enfin, intéresse au plus haut degré le diagnostic différentiel de ces affections musculaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 août 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Propriété nutritive du blanc d'œuf.

M. Corvisart communique une note extraite d'un travail sur la digestion, relative à la propriété nutritive du blanc d'œuf.

L'auteur appelle l'attention sur les points suivants:

1° La présence dans l'œuf d'une substance pareille à celle qui prend naissance de l'albumine dans les digestions opérées par le suc gastrique; dès lors sans doute propre à la nutrition de l'embryon, comme elle est propre à la nutrition de l'animal parfait;

2° La transformation de l'albumine en cette substance dont les propriétés se modifient avec la plus grande facilité, circonstance favorable à la production des tissus;

3° L'impuissance où est l'albumine d'en fournir sous l'influence du suc gastrique au delà d'une certaine quantité, ce qui montre bien que toutes les substances azotées ne sont pas exclusivement et entièrement digérées par le suc gastrique, et que les fèces pourraient bien provenir, non d'une insuffisance accidentelle, mais d'une insuffisance constante de cette action;

4° La nécessité, pour obtenir cette matière, de présenter à l'albumine une grande quantité d'eau, en rapport avec l'usage populaire de boire un verre d'eau après un œuf;

5° La possibilité de donner aux malades dont l'estomac ne digère point *un gramme seulement de cette substance pour équivaloir à un blanc d'œuf entier*, résultat qui présente encore ses analogues. Ne sait-on pas combien nourrit un bouillon, quoiqu'il contienne si peu de matières, mais des matières très nutritives? C'est plus encore pour cette substance, *car elle est toute digérée*.

Séance du 23 août.

Origine du nerf sympathique.

M. J. Budge communique sur ce sujet la note suivante:

Des expériences que j'ai faites en commun avec M. Waller ont prouvé que l'irritation d'une certaine partie de la moelle épinière provoque la dilatation des pupilles. Mais, si l'on coupe le nerf sympathique d'un côté seulement, et qu'ensuite on irrite la moelle épinière, la pupille correspondant au nerf sympathique qui n'a pas été coupé est la seule qui se dilate; l'autre n'éprouve rien.

Il résulte de cette expérience que la dilatation de la pupille par suite de l'irritation de la moelle épinière n'a lieu qu'au moyen du nerf sympathique. Mais cela ne prouve pas encore que le nerf sympathique ait son origine dans la moelle épinière; car il est facile de trouver une autre explication de ce phénomène. En effet, on peut supposer que le nerf sympathique naît des ganglions spinaux, puisque l'on a observé que des fibres nerveuses primitives sortent des globules des ganglions périphériques. Dans cette hypothèse on pourrait regarder les ganglions comme des organes centraux, et penser que les fibres dont l'irritation provoque la dilatation de la pupille se dirigent vers les ganglions comme vers des centres, et que les ganglions ont la faculté d'opérer un mouvement réflexe, comme le fait la moelle épinière dans les cas ordinaires. Pour éclaircir cette question, j'ai fait les observations suivantes:

Après avoir mis à nu, sur un lapin, la première et la deuxième paire des nerfs pectoraux, à l'endroit où ils sortent de la moelle épinière, j'ai irrité, en la tenant isolée, la racine postérieure de la première paire; et cette irritation a amené la dilatation de la pupille. Aussitôt j'ai coupé cette racine tout près de la moelle épinière, et j'ai irrité de nouveau cette partie ainsi séparée de la moelle, sans que la pupille éprouvât la moindre dilatation. J'ai ensuite irrité la racine antérieure du même nerf, et il s'en est suivi une très grande dilatation de la pupille correspondante.

On peut en conclure que, dans ce cas, le ganglion n'est pas l'organe réflecteur; car autrement l'irritation de la racine postérieure aurait produit la dilatation de la pupille, même après que cette racine eût été coupée.

J'ai fait la même expérience sur la deuxième paire des nerfs pectoraux, et j'ai obtenu exactement le même résultat; d'où j'ai conclu que l'origine première du nerf sympathique est dans la moelle épinière.

Voici, en peu de mots, la relation des expériences de M. Budge:

1° Si l'on coupe le nerf sympathique sur une grenouille au-dessous du ganglion du nerf pneumo-gastrique, la pupille correspondante se rétrécit au bout d'une heure et demie, et la membrane nictitante s'avance plus ou moins sur la cornée.

2° Si l'on coupe la racine postérieure du deuxième nerf spinal (nerf brachial), la pupille correspondante se rétrécit également dans beaucoup de cas; mais ce phénomène n'a pas toujours lieu, et, lorsqu'il se produit, il ne dure pas longtemps.

3° Si l'on coupe la racine postérieure et la racine antérieure du même nerf, la pupille se rétrécit et persiste dans cet état.

4° La deuxième et la troisième expérience s'appliquent également au troisième nerf spinal.

5° On obtient des effets encore plus considérables en coupant les deux racines de ces deux mêmes nerfs.

6° Si l'on extirpe la moitié de la moelle derrière le troisième nerf, on ne remarque aucun effet sur la pupille correspondante. (Commissaires: MM. Magendie, Flourens et Pouillet.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er juillet 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance contient la livraison de mai 1852 des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. M. Terrier, rapporteur.

— M. DUHAMEL rend compte de l'ouvrage présenté à la Société de médecine pratique par M. le docteur Legrand et ayant pour titre: *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules*.

L'analogie de ces deux maladies est prouvée par leur réunion fréquente chez le même sujet et par la transformation par la filière de la génération des affections tuberculeuses en maladies scrofuleuses *et vice versâ*.

Souvent les scrofuleux guéris depuis longtemps meurent phthisiques.

Elles présentent aussi des différences: ainsi les scrofules sont le plus souvent curables, tandis que les tubercules le sont très rarement.

M. Legrand pense que le rachitisme chez les enfants en bas âge est de nature scrofuleuse, tandis qu'il est de nature tuberculeuse lorsqu'il survient à un âge plus avancé.

L'hérédité est sans contredit la cause la plus fréquente de la tuberculisation; aussi M. Legrand exprime-t-il quelques propositions qu'il considère comme des lois:

1° Le père et la mère scrofuleux engendrent presque toujours des enfants scrofuleux;

2° Le père sain et la mère tuberculeuse engendrent plus d'enfants tuberculeux que d'enfants sains;

3° La mère saine et le père tuberculeux peuvent espérer plus d'enfants sains que d'enfants tuberculeux;

4° La transmission est d'autant plus certaine que l'enfant a été conçu à une époque plus avancée du mariage ou de la maladie.

Comme le tubercule, la scrofule reconnaît pour cause la plus fréquente l'hérédité; rarement elle est acquise. Les enfants provenant de parents syphilitiques sont souvent scrofuleux.

La scrofule marche de l'extérieur à l'intérieur; ainsi, lorsqu'elle attaque les os, c'est au centre qu'on trouve quelques points sains, tandis que le tubercule débute dans le centre de l'os.

Les maladies éruptives ne peuvent pas donner naissance au tubercule ni à la scrofule, mais elles ont une influence fâcheuse sur leur marche. La grossesse accélère aussi la marche de la phthisie pulmonaire, qui fait toujours des progrès très rapides après l'accouchement.

On rencontre des phthisies qu'on pourrait appeler latentes, d'autres qui présentent la forme aiguë; rien de semblable ne se rencontre dans la scrofule.

M. Legrand examine comparativement les altérations subies par le sang chez les tuberculeux et chez les scrofuleux, et il termine par celles que présente l'urine.

Conclusions. — Remercîments adressés à l'auteur.

— M. MAGNE présente à la Société le dessin d'une tumeur verruqueuse de 8 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur occupant la partie moyenne et externe de la sclérotique et recouvrant une portion de la cornée. La partie de la cornée recouverte par cette tumeur est de 3 centimètres environ et s'avance presqu'au niveau de la marge pupillaire.

Il y a cinq ans, dit M. Magne, je fus appelé en consultation par notre honorable confrère M. le docteur Boutin de Beauregard pour la jeune personne qui fait le sujet de cette observation. Mlle B..., rue Basse-du-Rempart, 24, était alors âgée de dix ans; elle portait sur le globe oculaire une tumeur analogue à celle dont je viens de présenter le dessin; seulement les proportions étaient moins grandes et la cornée était intacte. Je proposai l'ablation de cette tumeur à M. le docteur Boutin de Beauregard et l'opération fut faite avec son assistance. Quelque temps après, la malade partit pour Londres, et nous n'en entendîmes plus parler jusqu'à il y a une quinzaine de jours environ.

Je reconnus alors que la tumeur avait récidivé et qu'elle occupait un espace double de celle que j'avais opérée jadis.

Je proposai une nouvelle ablation, laissant présumer que la cautérisation serait consécutivement indispensable.

La tumeur était d'un blanc nacré, sans aucun rapport avec le ptérygion ou le pannus; d'un coup de bistouri, je séparai du globe oculaire le noyau principal; j'excisai ensuite une petite portion de cette tumeur qui faisait saillie sur la cornée, et, frappé de la ressemblance de la plaie avec celles qui succèdent à l'ablation des verrues, je fis une forte cautérisation à l'aide du crayon d'azotate d'argent.

Je ne sache pas qu'il existe dans la science, ajoute M. Magne, une tumeur de même nature, occupant le même siége; les verrues des paupières sont communes, il n'en est pas ainsi des verrues du globe oculaire.

M. COURSSERANT considère la tumeur opérée par M. Magne comme parfaitement connue et décrite; pour lui, c'est une tumeur épithéliale, et il pense que c'est à tort que M. Magne a cautérisé; l'excision aurait suffi.

M. GUERSANT, tout en reconnaissant que la tumeur en question ne paraît point analogue par sa nature et par son siége à celles qu'on observe ordinairement, regrette que M. Magne n'ait pas mis sous les yeux de la Société la pièce pathologique.

M. MAGNE. Si je n'ai pas apporté à la Société la pièce que demande avec raison M. Guersant, c'est que j'ai adressé cette tumeur à M. Lebert, qui a eu la bonté de l'examiner avec l'habileté que nous lui connaissons tous. En m'écrivant que la tumeur présentait la plus grande analogie avec les excroissances verruqueuses de la peau, ainsi que je l'avais diagnostiqué, M. Lebert m'exprime le regret d'avoir été obligé de sacrifier la pièce anatomique pour pouvoir l'examiner sérieusement dans toutes ses parties. On me reproche, ajoute M. Magne, d'avoir cautérisé; une simple ablation eût suffi, dit-on. Deux motifs justifient le traitement que j'ai cru devoir employer:

1° La tumeur que j'avais enlevée il y a cinq ans a récidivé, ainsi que je l'ai déjà dit.

2° Ayant diagnostiqué une tumeur verruqueuse, la cautérisation m'a paru devoir être indispensablement associée à l'excision, et les expériences de notre honorable confrère M. Lebert, si compétent en pareil cas, sont venues justifier mon diagnostic et mon traitement.

— M. DUHAMEL. J'ai donné dernièrement des soins à un enfant atteint de fièvre typhoïde légère qui allait céder au dixième jour, quand survint une toux opiniâtre avec œdème du cou, suite de la rupture d'une vésicule pulmonaire. La toux avait paru diminuer de fréquence quand l'accident est arrivé. Je fis appeler M. Guersant, et deux jours après, malgré nos efforts réunis, la maladie se termina d'une manière fatale.

A la même époque, M. le docteur Legrand était demandé pour un accident semblable, mais moins intense, et son malade guérissait. Je ferai observer, à ce sujet, qu'il est rare que je rencontre un cas exceptionnel sans qu'il soit suivi au même moment d'une observation analogue.

Chez notre malade, nous avons employé avec M. Guersant la belladone. Nous avions aussi parlé de mouchetures; mais l'air avait pénétré dans le tissu cellulaire profondément, l'oppression était grande: je n'ai pas cru devoir recourir aux mouchetures, qui auraient été sans effet contre l'air contenu dans l'intérieur de la poitrine.

M. BOSSU demande quels ont été les résultats de l'auscultation.

M. DUHAMEL. Il n'y avait ni pneumonie, ni catarrhe pulmonaire, ni rien qui pût faire supposer que le poumon fût intéressé.

M. GUERSANT. L'autopsie n'a pas eu lieu; mais il est probable que la mort est survenue parce que l'air, ayant pénétré dans le tissu sous-pleural, a comprimé les poumons à leur partie supérieure: de là l'asphyxie.

M. Masson. En mars dernier, une artiste atteinte de pleuropneumonie fut traitée en province par les purgatifs. De retour à Paris, je fus appelé, et je constatai du râle muqueux; je n'oserais affirmer qu'il n'y a pas chez cette malade une tendance à la phthisie. J'employai les ventouses et les vésicatoires. Tout à coup la malade fut prise d'une douleur atroce au sein gauche; la sonorité était claire et étendue. Je prescrivis un vésicatoire pansé avec la morphine; le résultat fut nul. Dix jours après, la malade me dit qu'elle ne souffrait plus; qu'au milieu de la nuit elle avait été en proie à des douleurs horribles, mais qu'un gaz sorti avec un bruit violent de craquement prolongé (ce sont ses propres paroles) avait mis fin à ses souffrances.

Depuis lors, M. Masson n'a plus eu de nouvelles de la malade, qui est aux eaux.

MM. Guersant et Duhamel ne trouvent aucun rapport entre le cas cité par M. Masson et ceux dont il vient d'être parlé.

M. Bossu. Dans une observation du genre de celle dont parle M. Masson, aucun médecin n'étant présent, on doute que le gaz avec bruit de craquement ait eu lieu par le larynx, on est fondé à penser qu'il s'est fait jour par le pharynx, et alors l'observation n'a plus de valeur.

M. Guersant revient sur les deux malades dont a parlé M. Duhamel, et établit les différences des emphysèmes de cette nature avec ceux qui résultent des opérations chirurgicales.

M. Magne partage les opinions de M. Guersant, et fait observer que, dans les opérations chirurgicales, l'emphysème est limité; tandis que, lorsqu'il est spontané, il peut s'étendre à de larges surfaces, comprimer le poumon et déterminer l'asphyxie.

M. Bossu se demande si, dans le premier cas cité par M. Duhamel, il n'y a pas eu de point gangréneux.

M. Duhamel reconnaît qu'une eschare eût été chose infiniment grave; mais il se retranche dans les symptômes observés et dans l'auscultation dont les signes ont été négatifs.

Le secrétaire, Dr Al. Magne.

NÉCROLOGIE.

Nous donnons aujourd'hui les touchantes paroles prononcées par M. Lévy, au nom de M. Bégin, sur la tombe de notre regrettable confrère M. le docteur Malle.

Messieurs,

C'est un triste et douloureux spectacle, bien propre à exciter de mélancoliques retours sur notre faiblesse, que celui d'une intelligence distinguée et brillante s'éteignant graduellement par le fait même de son incessante et féconde activité. Ce spectacle navrant, Malle, que nous déposons dans cette tombe, non loin de son jeune fils que nous avons conduit, il y a deux mois à peine, dans ce champ de repos, nous l'a offert pendant plusieurs années. La médecine militaire perd en lui un de ses enfants les plus distingués par les qualités de l'esprit et du cœur, par l'amour pour la science, par le dévouement dans le service, par un zèle infatigable pour l'enseignement et pour l'instruction des élèves.

Malle (Pierre-Nicolas-François) naquit à Calais le 12 février 1805; après des études classiques signalées par les plus remarquables succès, il entra dans la carrière de la médecine militaire, en qualité de chirurgien surnuméraire, le 17 mars 1823, à l'hôpital du Val-de-Grâce, et vers le milieu de cette même année il obtint au concours, sur des compétiteurs anciens et nombreux, un second accessit et un emploi de chirurgien sous-aide provisoire à l'armée d'Espagne.

Ses progrès étaient dus à une vivacité d'esprit, à une promptitude de conception qui écartaient tout d'abord les difficultés et illuminaient pour lui les obscurités si profondes pour tant d'autres des abords de la science. Il réunissait à ces premières et précieuses facultés, ce qui est assez rare, une mémoire qui ne laissait rien perdre de ce qu'il avait appris, et un travail opiniâtre à l'aide duquel il augmentait avec une prodigieuse rapidité le trésor de ses connaissances dans toutes les branches des sciences médicales.

Aussi, à l'âge où l'étudiant n'est encore occupé qu'à recueillir les leçons des maîtres, Malle commençait-il à s'essayer au rôle de professeur. Il répétait à ses condisciples les cours d'anatomie, de physiologie et de chirurgie qu'ils avaient entendus en commun.

Promené, si je puis ainsi dire, de l'armée d'Espagne aux hôpitaux de Calais et de Nancy à Strasbourg, son amour pour l'étude ne lui laisse perdre aucun instant. Arrivé à l'hôpital d'instruction en 1827, il obtient tout d'abord les prix de la Faculté, puis le premier prix de l'hôpital militaire d'instruction, et couronne en 1829 cette série de succès par son admission, après de brillantes épreuves, au doctorat; sa vocation chirurgicale lui fait préférer au titre de docteur en médecine celui de docteur en chirurgie, qu'il aura probablement porté et honoré un des derniers.

L'année suivante, à vingt-cinq ans, après plusieurs années de service de guerre et de mutations multipliées, Malle concourt pour une place d'agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg et l'obtient à l'unanimité des suffrages. Il se met immédiatement à l'œuvre, et fait un cours d'anatomie pathologique dans lequel il s'applique non pas seulement à présenter des descriptions fidèles des altérations de nos organes, mais et surtout à rapprocher ces altérations des maladies qui les produisent.

En 1833, nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, je lui confiai le cours d'anatomie et de physiologie resté en souffrance par la maladie du professeur Goupil, et il sut par de solides qualités d'exposition et de connaissances du sujet captiver l'attention de ses nombreux auditeurs et ne pas trop faire regretter le brillant titulaire qu'il suppléait.

Pendant sept années, Malle trouva le temps de préparer cinq concours devant la Faculté de médecine de Strasbourg pour des chaires de physiologie, de pathologie externe et de médecine légale; de faire des cours officiels ou particuliers à la Faculté de médecine ou à l'hôpital militaire d'instruction, au nombre de quatorze, sur l'anatomie, la physiologie, la médecine légale, la pathologie externe et la médecine opératoire; de publier un très grand nombre d'ouvrages, de mémoires, de dissertations sur des points très variés de la science et de l'art; de rédiger pour différents journaux une foule d'articles souvent étendus, toujours intéressants; de remplir avec une activité jusque-là inconnue les fonctions de secrétaire de la Société des sciences, agriculture et arts du Bas-Rhin; enfin, de s'acquitter avec la plus constante ponctualité des fonctions dévolues à son grade dans l'hôpital militaire.

Si Malle n'obtint aucune des chaires pour lesquelles il concourut, il faut peut-être en accuser, en partie au moins, la multiplicité des sujets sur lesquels il promenait son incroyable et dévorante activité. Mais dans toutes les luttes où il parut, il disputa le prix avec honneur, approcha du but et laissa plusieurs fois les juges émerveillés des qualités d'instruction, d'intelligence facile, d'esprit délié et fécond dont il donnait des preuves.

La chaire d'anatomie physiologique normale et des maladies syphilitiques lui fut décernée au concours en 1837.

Il a obtenu deux fois le prix aux concours des annales d'hygiène et de médecine légale, qui ont si efficacement contribué aux progrès de cette branche de notre art.

Promu au grade de chirurgien aide-major en 1831, il attendit jusqu'en 1840 le grade de chirurgien-major, et malgré ce long retard son zèle ne se ralentit pas un instant. Jamais je ne lui entendis proférer une plainte, ni témoigner impatience ou mécontentement. Ses travaux l'absorbaient tout entier : s'instruire, instruire les autres, recueillir des faits, les rapprocher, en faire jaillir des aperçus souvent originaux, les faire servir d'appui aux saines doctrines, tels étaient les besoins de cette organisation délicate, à laquelle il n'a manqué qu'un milieu plus favorable et peut-être une direction plus mâle pour atteindre aux degrés les plus élevés de la renommée scientifique.

Malle a touché à presque toutes les branches des sciences médicales, non pas constamment avec une supériorité décidée, ce qui serait impossible, mais en excitant l'intérêt, en présentant des vues originales, en laissant des traces heureuses de son intervention dans les études qu'elles comportent. C'est ainsi qu'on le voit émettre des idées nouvelles sur le mécanisme des mouvements de la respiration considérée indépendamment des changements que l'air éprouve dans le poumon, sur l'anatomie des organes des sécrétions et des organes de la génération dans les deux sexes, sur les méthodes employées jusqu'à ce jour dans les recherches de chimie légale avec une méthode nouvelle d'isoler l'arsenic, sur l'histoire médico-légale de l'aliénation mentale, sur les tumeurs ganglionaires cervicales, sur l'introduction de l'air dans les veines et sur un grand nombre d'autres sujets moins importants que le mouvement précipité de la science mettait à l'ordre du jour.

Dans aucun de ses ouvrages plus que dans la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, Malle ne développa les qualités distinguées de son esprit.

Dans un discours rempli de vues philosophiques de l'ordre le plus élevé et riche de considérations et de faits pratiques puisés à des sources officielles chez différents peuples et à diverses époques, Malle s'est élevé avec autorité contre cette peine capitale, vengeance ultime des sociétés attaquées, vers la suppression de laquelle paraissent tendre graduellement toutes les législations de notre époque.

Transporté tout à coup de Strasbourg, où sa vie et ses travaux étaient si parfaitement réglés, sous le ciel de l'Algérie et dans un pays tout nouveau, Malle revint bientôt à ses habitudes, je dirais volontiers aux besoins de toute sa vie. Il amenait avec lui à Alger sa femme, ses deux jeunes enfants et cette respectable et sainte grand'mère de sa femme que nul n'a connue sans la vénérer. Il ne montra ni dépit ni mauvaise humeur. Chargé du service de l'hôpital alors important de Mustapha, il s'appliqua sans le moindre délai à l'instruction de ses jeunes collaborateurs.

Tout en s'acquittant des fonctions pénibles de chirurgien en chef d'un hôpital extra-muros, il fit pendant plusieurs années à l'hôpital du Dey, à une distance presque aussi considérable, de l'autre côté de la ville, des cours d'anatomie, de chirurgie et de médecine opératoire. Le ministre de la guerre, auquel il fut rendu compte par le conseil de santé des armées de ces labeurs quotidiens, de ce zèle infatigable d'un si précieux exemple dans cette contrée éloignée, fit transmettre à Malle, par le directeur de l'administration de la guerre, le témoignage honorable de sa satisfaction.

C'est pendant ce séjour à Alger, à travers tant d'occupations et de devoirs remplis, et sous l'action d'un climat qui réduit à l'inertie les faibles, et affaiblit les plus vigoureux, que Malle enrichit l'*Encyclopédie médicale* d'un des meilleurs traités dont elle se compose, du *Traité de médecine opératoire*; ce livre n'a pas reçu tout l'accueil qu'il méritait. Jeté dans le monde médical, en même temps qu'un trop grand nombre d'autres, traitant du même sujet, venant de loin, peu patronné, submergé sous les influences prépondérantes de la capitale, il n'obtint qu'un succès d'estime. Il n'en n'était pas moins parfaitement à la hauteur de la science, remarquable par l'exactitude et la clarté des descriptions, la sobriété des détails, la justesse des appréciations, et les lumières d'une érudition choisie : les élèves studieux le consulteront, ou plutôt le liront toujours avec fruit.

Mais tant de labeurs, ajoutés aux fatigues et à la responsabilité journalière d'un grand service chirurgical, pesèrent enfin sur cette intelligence excitable et toujours en action. Une affection nerveuse, à accès irréguliers, se développa graduellement. Malle dût-être rappelé en France. Quelque temps de repos améliora sa situation; mais désigné par la confiance du ministre de la guerre pour diriger le service chirurgical de l'armée expéditionnaire de la Méditerranée, il retrouva à Rome de nouvelles causes d'excitation, de fatigues, et une responsabilité qui réveillèrent les symptômes de sa maladie. Il perdit l'ange tutélaire de sa famille, l'excellente grand'mère de sa femme, qui, presque centenaire, n'avait pas quitté ses enfants. Envoyé à Valenciennes, il ne put suffire aux exigences de ce service, et se trouva enfin dans la nécessité de solliciter un congé, qu'il croyait ne devoir être que temporaire, mais que ses amis ne considéraient, qu'avec trop de raison, comme l'éloignant pour toujours de l'activité.

Malgré les circonstances favorables d'une vie paisible, de soins assidus, des secours éclairés de l'art, l'état de Malle s'est progressivement aggravé. Chacun a pu le voir se promenant calme et silencieux, au bras d'un serviteur, et jetant tout à coup, lorsqu'il rencontrait une personne amie, ou un ancien camarade, des éclairs soudains de sa raison absente. Il a succombé tout à coup, sans qu'une issue aussi fatale fût annoncée par aucun symptôme assez sérieux pour donner l'éveil aux personnes qui l'entouraient de leur affection.

La maladie de Malle et la mort prématurée, inattendue qui en a été la suite ont été manifestement le résultat des ébranlements portés à cette organisation d'élite par la fatigue du service, par des travaux excessifs, par des efforts sans limites pour les progrès de l'art et pour l'instruction des jeunes officiers de santé à portée de profiter de son zèle et de son dévouement. Il laissera dans le service de santé militaire et dans la science un long et honorable souvenir.

Les titres qu'il laisse à la bienveillance d'un gouvernement généreux, rémunérateur empressé de tous les services ne seront perdus ni pour sa veuve si cruellement éprouvée et sans fortune qui lui a prodigué jusqu'au dernier moment les soins les plus dévoués, ni pour son jeune fils à qui il ne lègue pour héritage qu'un nom sans tache et une réputation fondée sur le talent et les services rendus.

Malle était décoré de l'ordre de la Légion-d'Honneur, de l'ordre de Léopold de Belgique et de l'ordre de Pie IX. Presque toutes les sociétés savantes de la France et un grand nombre des académies et des sociétés étrangères l'avaient honoré du titre d'associé ou de correspondant. Ces distinctions étaient le fruit légitime d'une vie entière consacrée au travail consciencieux et au service de l'armée.

Adieu Malle, adieu mon cher camarade! Tous ceux qui t'ont connu t'accompagneront de leurs regrets; la trace que tu as laissée dans leur cœur ne s'effacera pas : c'est la plus belle, c'est la seule récompense que je t'ai entendu ambitionner. Adieu!

NOUVELLE MODIFICATION AUX BRISE-PIERRES;

Par M. le professeur Pagano, de Milan, chirurgien en chef à Novare.

Tous les brise-pierres généralement usités pour attaquer les calculs vésicaux ont l'inconvénient, quand ils sont ouverts, d'avoir l'un des mors plus court que l'autre. Celui antérieur, ainsi qu'on le voit fig. 1, est plus court, malgré qu'ils soient égaux étant fermés (fig. 2). Il s'ensuit tout naturellement que, malgré que le calcul soit aussi bien saisi que possible, le mors de la branche simple étant plus court que l'autre, le calcul ne peut pas être aussi bien fixé que si les deux mors tenaient la pierre avec la plus grande étendue réciproque de surface. Comme il doit arriver aussi dans beaucoup de cas que le calcul n'est pas saisi par son grand diamètre, dans ce cas le mors le plus court fonctionne encore d'une manière moins favorable, et laisse plus facilement glisser le calcul.

M. le professeur Pagano a, par un moyen bien simple, évité ces inconvénients, ainsi qu'on le voit fig. 3. Le mors antérieur est prolongé au-dessus de l'autre étant fermé, et quand il est ouvert il devient de la même longueur que le mors postérieur (fig. 4).

1. 2.

3. 4.

La description de cet instrument, que M. Charrière fils vient de nous communiquer, a été publiée dans le journal *Annali universali di medicina d'Omodei.*

CORRESPONDANCE.

Dieuze (Meurthe), 26 août 1852.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

La note *sur la couleur bleue que prend quelquefois le pus*, insérée dans le n° 100 de la *Gazette des Hôpitaux*, me rappelle un fait que j'eus occasion d'observer en 1842.

J'avais conseillé à un de mes clients, atteint de pertes séminales diurnes, de bien examiner, au moment de la défécation, ce qui se passerait dans le canal de l'urètre et de recueillir les produits, quels qu'ils fussent, qui pourraient s'en échapper, surtout s'ils lui paraissaient visqueux et filants. Au bout de quelques jours, il m'apporta, au fond d'une tasse de faïence, un liquide visqueux qui, d'abord blanc-opalin, avait passé, après quinze ou vingt minutes d'émission, au bleu d'azur. Nous cherchions en vain la cause de ce phénomène, lorsqu'en me rapprochant du vase je sentis une légère odeur d'amandes amères. Tout me fut expliqué alors. Le malade se rappela avoir versé dans la tasse le reste d'un gargarisme que je lui avais prescrit quelques jours auparavant pour une extinction de voix, et qui n'était autre chose que de l'eau distillée d'amandes amères. Il s'était formé du bleu de Prusse.

Si vous pensiez que cette communication pût être utile aux praticiens, qu'il faut tenir en garde contre les colorations anormales des liquides animaux, vous pourriez lui donner une place dans votre estimable journal.

Agréez, etc. E.-A. Ancelon, d.-m.

Bulletin bibliographique.

Abrégé de pathologie médico-chirurgicale, ou Résumé analytique de médecine et chirurgie; par le docteur Eug. Triquet, ancien interne à l'hôpital de Tours, lauréat et prosecteur de l'École de médecine de la même ville, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, et lauréat, médaille d'argent (1848), médaille d'or (1849). — Deux volumes in-8°. — Le t. Ier est en vente; prix, 6 fr. Le t. II paraîtra le 15 septembre prochain.

Cet ouvrage sera d'un grand secours aux jeunes gens qui aspirent au doctorat, à ceux qui se préparent aux concours des hôpitaux, en leur présentant un résumé analytique de médecine et de chirurgie, pouvant leur servir de guide dans leurs études.

Les praticiens, trop occupés journellement pour consulter les traités classiques, pourront aussi y retremper leurs souvenirs et s'assurer en un instant de ce qui peut faire l'objet d'un doute dans leur esprit.

Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien n° 4).

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — PARIS. Rapport sur un cas de rupture de l'utérus, par M. Danyau — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Nonat). Néphrite albumineuse aiguë. Traitement antiphlogistique et tonique suivi de guérison. — De l'emploi de la vapeur d'iode pour rendre sensibles, distinguer et caractériser les plus petites quantités de vapeur de mercure condensées sur les parois du verre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 18 août. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 30 AOUT 1852.

Rapport sur un cas de rupture de l'utérus.

Par M. DANYAU, médecin adjoint de l'hospice de la Maternité.

L'extension des discours prononcés à propos de la syphilisation nous a empêché de publier le rapport suivant, qui devait paraître dans l'avant-dernier compte-rendu de la Société de chirurgie.

M. le docteur Mavel, d'Ambert, a transmis à la Société une observation dont elle m'a chargé de lui rendre compte.

C'est un cas de *rupture utérine pendant le travail de l'enfantement* suivi du passage du *fœtus dans la cavité péritonéale*, dans lequel l'accouchement a pu être terminé par les voies naturelles et a eu une heureuse issue pour la mère.

Voici le sommaire de cette observation :

Une femme de trente-sept ans, mince, grêle, assez bien conformée, mais de très petite taille (1 mètre 36), qui de 9 enfants, dont deux jumeaux, n'en avait mis au monde que cinq vivants, était en travail depuis la veille, lorsque le 27 octobre 1851, à midi, dix heures après la rupture des membranes et l'écoulement d'une médiocre quantité de liquide amniotique, elle éprouva tout à coup, sans augmentation notable des douleurs et sans administration préalable de seigle ergoté, une sensation de déchirement accompagné d'un bruit distinctement entendu des assistants et poussa un cri annonçant avec frayeur que quelque chose venait de se rompre dans son ventre et que son enfant avait changé de place.

La décoloration instantanée de la face, l'altération des traits, les vomissements qui se succédaient, le refroidissement de la peau, l'effacement presque complet du pouls, l'accélération de la respiration, la brusque cessation du travail, le déplacement de la tête du fœtus, qui, d'abord fixée au détroit supérieur et facilement accessible, ne pouvait plus être atteinte, dénotaient l'existence d'une rupture et le danger imminent qui menaçait les jours de cette malheureuse femme.

Mandé par son confrère M. le docteur Sabatier, M. Mavel ne put se rendre auprès d'elle que trois heures après l'accident. Après avoir constaté, outre les symptômes énumérés plus haut, la déformation du ventre offrant deux tumeurs distinctes, l'une à droite constituée par le fœtus, l'autre à gauche d'une moindre consistance formée par l'utérus, M. Mavel, parfaitement édifié sur le diagnostic et convaincu de la nécessité d'une intervention immédiate, rejette d'une part la gastrotomie comme trop dangereuse pour la mère et sans utilité pour l'enfant, dont le déplacement a entraîné la mort, de l'autre l'application du forceps comme impraticable, et opte pour la version. On lui confie le soin de l'exécuter.

« Introduisant, dit-il, la main droite, je refoule légèrement » la tête, qui est sur le bord droit de la fosse iliaque, et je » la sens disparaître dans le ventre; là ma main se trouve en » contact avec le cordon ombilical et avec une masse d'intes- » tins que je distingue du cordon en ce que le mésentère » m'empêche de les circonscrire. En suivant le corps de l'en- » fant, j'arrive, en portant la main dans la pronation forcée, » jusque sur les pieds, qui sont placés au-dessus de la ma- » trice, presque dans la région splénique; la flaccidité de la » matrice ne mettant point obstacle à la manœuvre, je puis » sans difficulté amener à la vulve l'enfant jusqu'à la tête, » qui seule offre quelques difficultés à raison de son grand » volume proportionnellement à l'étroitesse du bassin. »

Les suites furent merveilleusement simples. Nous trouvons dans les détails qui suivent et que l'auteur donne de douze en douze heures pendant les cinq premiers jours que la peau se réchauffa peu à peu, que les vomissements cessèrent presque immédiatement, que l'altération des traits ne fut pas non plus de longue durée, que la fréquence du pouls diminua graduellement, que la respiration devint de plus en plus libre; que le ventre, douloureux plutôt par suite du météorisme que par toute autre cause, s'affaissa et s'assouplit de jour en jour, et que ces heureuses modifications furent dues au traitement le plus simple, à l'application longtemps continuée de fomentations sur le ventre, à l'usage d'abord de toniques diffusibles, puis de narcotiques en potion, à l'emploi de légers laxatifs, à une diète sévère.

Les détails cessent un peu brusquement. L'auteur, ayant noté le 31 octobre et le 1er novembre un point douloureux à gauche, termine ainsi : « Les jours suivants, la diminution » des douleurs nous permet de percevoir dans le flanc gau- » che une tuméfaction considérable causée par la présence » des matières que la matrice y a laissée en se retirant, telles » que caillots de sang, eaux de l'amnios, méconium. A ces » corps étrangers, il faut ajouter la lymphe plastique sécrétée » par le péritoine enflammé. Nous avons pu chaque jour » suivre la diminution de cet engorgement, et aujourd'hui, » 1er décembre, nous avons la satisfaction de le voir disparu » en entier. La malade se lève plusieurs heures chaque jour; » le pouls bat 60 fois à la minute; l'appétit est bon; toutes » les fonctions s'exécutent à merveille, et tout nous fait espé- » rer que rien ne viendra rappeler les accidents inflamma- » toires que nous devions tant redouter. »

Le cas rapporté par M. le docteur Mavel est un fait nouveau à ajouter à ceux que la science possède déjà (1), et qui démontrent les avantages de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, lorsqu'à la suite d'une rupture il est passé dans la cavité péritonéale. Le succès dépend de la décision de l'opérateur, de la rapidité de l'exécution et des ménagements observés dans la manœuvre. Sous tous ces rapports, la femme dont vous venez d'entendre l'histoire ne pouvait tomber en de meilleures mains.

Les félicitations bien méritées que nous adressons à notre habile confrère ne doivent pas nous empêcher de signaler quelques regrettables lacunes dans l'intéressante observation qu'il nous a envoyée.

Et d'abord, quel était le siége de la rupture? Etait-elle au fond, au corps, au col de l'utérus? Est-il bien démontré qu'elle fût en un point quelconque de cet organe? N'était-elle pas plutôt à l'union de l'utérus et du vagin?

Rien ne justifie l'idée d'une rupture de l'utérus proprement dite, ou au moins d'une rupture du corps. L'opérateur a-t-il dû franchir l'orifice utérin avant d'arriver à la crevasse? La main a-t-elle rencontré au delà une ouverture accidentelle plus ou moins resserrée qu'il lui a fallu traverser pour atteindre le fœtus dans la cavité péritonéale? Sur tous ces points, qui, bien connus, permettraient d'établir quelque chose de précis, l'observateur se tait absolument. Faut-il conclure à un oubli, ou ne doit-on pas plutôt admettre que notre confrère n'a rencontré ni orifice utérin, ni crevasse au-delà de cet orifice, mais seulement au fond du vagin une large déchirure n'intéressant peut-être que l'union de ce canal à l'utérus, ou tout au plus avec une portion du canal, le col utérin, à une hauteur ou dans une étendue transversale plus ou moins considérable? Cette supposition, que je crois vraie, explique la facilité de la manœuvre, au moins en ce qui concerne l'introduction de la main et la version du fœtus. N'eût-on pas éprouvé plus de difficulté à franchir, trois heures après l'accident, une crevasse dont la déplétion et la rétraction de l'utérus auraient certainement diminué la largeur et bridé la circonférence? M. Mavel parle, il est vrai, de la flaccidité de la matrice, circonstance heureuse qui aurait permis à la main d'agir librement. Mais ce sont là des détails bien insuffisants, et qui laissent le lecteur tout au moins dans le doute relativement au point qu'il me semblait important de bien préciser.

En exprimant l'opinion que M. Mavel n'a pas tout à fait rencontré ce qu'il donne à entendre, et ce qu'il croit consciencieusement avoir trouvé, nous n'avons rien pensé et encore bien moins n'avons-nous rien voulu dire de désobligeant pour cet honorable praticien. Nous savons ce que fait naître tout d'abord de trouble dans l'esprit un cas de rupture des voies génitales compliquée du passage du fœtus dans la cavité du péritoine. Nous savons quelle est, au milieu de ces circonstances si graves, le préoccupation dominante de l'opérateur, que, tout entier aux soins d'une délivrance dont la rapide exécution importe au salut de la mère, il peut bien ne pas prendre le temps de rechercher et de reconnaître ce qu'en toute autre occasion il n'oublierait pas de constater, et nous sommes d'avis que le succès l'absout aux yeux de l'art d'omissions qui ne laissent pas pourtant d'être regrettables pour la science.

C'est à ce point de vue, et tout en rendant justice, comme nous l'avons déjà fait, à la conduite de M. Mavel, que nous avons dû signaler le vague et l'insuffisance des détails sur le point capital de son observation. Ajoutons que nous ne sommes pas mieux renseignés sur l'étendue, la direction de la déchirure, et qu'il n'est pas davantage fait mention du côté antérieur, postérieur, droit ou gauche, qui avait subi cette grave lésion.

Si nous avons cherché à expliquer et à excuser quelques-unes des omissions de l'honorable médecin d'Ambert, il en est d'autres qu'il ne nous semble pas possible d'atténuer. Un renseignement qu'il n'aura pas manqué de prendre et qu'on regrette de ne pas trouver dans le récit des circonstances qui ont précédé la rupture, c'est l'état de l'orifice. Etait-il rigide ou souple? Quels progrès la dilatation avait-elle faits? L'indication de ces détails nous aurait peut-être permis, sinon de suppléer à l'absence de ceux qui nous manquent sur le siége, la direction, l'étendue de la déchirure, du moins d'ajouter aux présomptions que nous avons énoncées et peut-être déjà assez bien établies.

Dans une observation comme celle du docteur Mavel, devait-on se contenter de signaler l'étroitesse du bassin; le degré de la viciation n'aurait-il pas dû être indiqué? Les dimensions de l'enfant, également passées sous silence, n'importaient pas moins, et le sexe lui-même, auquel, depuis les remarques de Clarke, de Collin, et surtout de Simpson, on attribue une certaine influence sur les ruptures de l'utérus et du vagin, aurait dû être noté.

Il n'est pas question dans l'observation de M. le docteur Mavel d'hémorrhagie, cette complication fréquente des ruptures de l'utérus. Est-ce encore un oubli, ou bien n'y a-t-il eu qu'un écoulement de sang insignifiant? L'absence d'hémorrhagie serait pour nous une nouvelle présomption en faveur d'une simple rupture du vagin, une présomption, disons-nous, et rien de plus; car une rupture de l'utérus peut ne s'accompagner que d'un écoulement de sang médiocre, et exceptionnellement une rupture du vagin seul peut se compliquer d'une hémorrhagie véritable.

Cette absence de l'hémorrhagie, en supposant même que les lèvres de la déchirure n'eussent fourni qu'une quantité peu considérable de sang, se concilie mal avec la flaccidité de la matrice, à moins qu'on n'admette que le placenta fût resté adhérent à sa surface naturelle d'implantation et que le plus petit décollement ne se fût pas opéré pendant les trois heures qui s'écoulèrent depuis l'accident jusqu'à l'arrivée de M. Mavel. Or, non-seulement cela est peu probable, mais il est au contraire presque certain que le placenta, plus ou moins promptement décollé, aura été facilement expulsé, après l'enfant, de la cavité de l'utérus dans celle du péritoine. On s'étonnera sans doute de nous voir accumuler ces suppositions; mais toutes ces conjectures, dont quelques-unes, nous l'avouons, peuvent bien n'être pas vraies, une description plus circonstanciée nous les eût épargnées. N'est-il pas bien regrettable, par exemple, que l'auteur n'entre, relativement à la délivrance proprement dite, dans aucun détail? «*La délivrance terminée*, dit-il, la malade fut reportée dans son lit.» Telles sont, sur ce point, ses seules paroles: laconisme excessif qui équivaut presque à un silence absolu.

Nous craignons que M. Mavel n'ait pas été parfaitement renseigné sur toutes les circonstances qui ont précédé la rupture. Rien n'avait été observé, rien du moins ne lui fut communiqué relativement au caractère des douleurs. Les symptômes de la rupture éclatèrent sans augmentation préalable, sans modification sensible ou du moins constatée de ces douleurs, circonstance tout à fait exceptionnelle, et fort intéressante à opposer à ce que le travail présente sous ce rapport de caractéristique dans l'immense majorité des cas. Elle prouverait, s'il n'y a pas encore ici quelque inexactitude ou quelque omission, que le praticien le plus attentif peut être surpris par l'apparition subite et sans phénomènes précurseurs du terrible accident qui a failli coûter la vie à la femme d'Ambert, et que, s'il est des cas où le médecin averti par quelque prodrome peut utilement recourir à des moyens préventifs, il en est d'autres qui mettent en défaut la vigilance la plus exacte et la plus éclairée.

Il nous reste une dernière remarque à faire : elle est relative à cette tuméfaction considérable découverte au bout de quelques jours dans le flanc gauche, et que M. Mavel attribue à l'épanchement dans le ventre de caillots sanguins, de liquide amniotique et de méconium. En admettant qu'un épanchement fût réellement la cause de cette tuméfaction, il me paraît bien difficile d'accorder à notre confrère que les matières épanchées fussent celles qu'il a indiquées. Pour du sang liquide ou en caillots, point de doute assurément; mais pour du liquide amniotique et du méconium, je n'y crois guère, et M. Mavel me paraît avoir fait, à cet égard, une supposition gratuite que repoussent également l'expérience et le raisonnement. Il y avait dix heures déjà que les membranes étaient rompues, et il est probable qu'au moment de cette rupture tout le liquide amniotique se sera écoulé. En tout cas, l'élévation de la tête, que le rétrécissement du bassin retenait au-dessus du détroit supérieur, aura facilité l'écoulement de ce qui restait après le premier flot, et l'évacuation n'aura pas tardé à être complète. Au moment de la rupture il ne devait plus rester d'eau dans l'amnios, et il n'a pu, par conséquent, s'en épancher dans la cavité péritonéale. D'ailleurs, si la rupture existait dans un point déclive, et à plus forte raison si elle avait eu lieu à l'union de l'utérus et du vagin, ce qui restait de liquide, obéissant à son propre poids, ne se serait-il pas écoulé par la vulve?

L'épanchement du méconium, qui n'a été constaté dans aucun cas, à ma connaissance du moins, me paraît encore bien plus inadmissible. Que sous l'influence d'un long et pénible travail, d'une congestion cérébro-spinale prolongée, l'enfant rende une certaine quantité de méconium, c'est un

(1) Voyez notre Mémoire sur la rupture du vagin, etc. *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II.

fait de physiologie pathologique bien connu, et qui a fourni autrefois et fournit encore au praticien d'importantes indications. Mais peut-on comparer la souffrance croissante du fœtus que cet écoulement manifeste avec l'angoisse subite et la mort presque instantanée qui résultent de son passage à travers une large solution de continuité, dans la cavité péritonéale? Simplement menacé dans le premier cas, foudroyé dans le second, sont-ce là des circonstances comparables, et ce qui advient dans l'un doit-il advenir dans l'autre? Nous ne le pensons pas; et l'examen des cadavres n'a jamais, en effet, révélé l'épanchement que M. Mavel suppose. Notre confrère a-t-il bien songé, d'ailleurs, aux conséquences d'un épanchement de cette nature? S'il en eût été ainsi, une péritonite mortelle ne se serait-elle pas développée, et l'art, au lieu d'un nouveau succès dont il peut à bon droit se glorifier, n'aurait-il pas eu encore un malheur à déplorer?

Arrêtons-nous ici, messieurs, et sans plus rien mettre en question, bien que nous eussions pu nous demander peut-être si ce que M. Mavel indique comme le résultat d'un épanchement n'aurait pas été plutôt un phlegmon consécutif dans le voisinage de la rupture, terminons comme nous avons commencé, en payant un juste tribut d'éloges au bon jugement, à la prompte décision et à l'habileté de notre confrère d'Ambert.

Les conclusions que nous avons l'honneur de vous proposer sont les suivantes :

1° Adresser à M. Mavel une lettre de remercîments pour son intéressante communication;

2° Insérer son observation dans les Bulletins de la Société.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Nonat.

Néphrite albumineuse aiguë. Traitement antiphlogistique et tonique suivi de guérison.

Observation recueillie par MM. Linas et Ricard, externes du service.

Personne n'ignore à quel point sont infructueux les traitements habituellement mis en usage contre l'albuminurie. C'est à ce point que tous les médecins considèrent cette maladie comme à peu près inévitablement mortelle dans un temps plus ou moins long. Ce triste arrêt doit-il être sans appel? Nous osons espérer le contraire. Les deux observations qui vont suivre nous confirment dans cet espoir, et nous semblent prouver tout ce qu'on peut attendre de la médication antiphlogistique associée à la médication tonique. Ces deux observations ne font d'ailleurs que confirmer ce que plusieurs faits analogues nous avaient déjà appris. Nous les livrons donc aux sérieuses méditations de tous les praticiens.

Le 13 mai 1852, est entré au n° 12 de la salle Saint-Raphaël Charles Gérard, tonnelier, âgé de trente et un ans. Tempérament mixte; nuls antécédents morbides.

Depuis dix jours seulement il éprouve un malaise vague et général, accompagné d'inappétence, de céphalalgie et de douleurs légères dans la région des reins.

Le 10 mai, trois jours avant son entrée à l'hôpital, le malade trouve ses pieds gonflés. Il continue de travailler. L'œdème augmente et envahit successivement, et presque en même temps, les cuisses, la face, les membres supérieurs et le tronc.

C'est dans cet état d'infiltration modérée, mais générale, que le malade se présente à notre observation le 14 mai.

L'inappétence et la céphalalgie des jours précédents persistent.

La langue est humide et large; la soif n'est pas augmentée; il y a de la constipation.

La respiration est un peu gênée, sans que l'exploration du thorax révèle aucune modification pathologique, soit aux poumons, soit au cœur. Le pouls est plein et fréquent (85); nul bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

La peau est matte et décolorée; la face est bouffie; les paupières sont infiltrées; les membres, œdématiés, conservent quelque temps l'impression des doigts et même l'empreinte des plis des draps du lit.

Une percussion attentive, sans rien révéler d'anormal dans la région hépatique, permet toutefois de constater un commencement d'épanchement ascitique dans le ventre, qui est un peu tuméfié et rénitent.

N'ayant trouvé ni dans le foie, ni dans le cœur la raison de l'anasarque, nous avons porté plus spécialement notre attention sur les organes urinaires.

La région rénale est sensible à la pression. Le malade, pour nous servir de ses propres termes, pisse moins, mais plus souvent. La coloration des urines nous a paru normale; elles rougissent à peine le papier de tournesol. Traitées par l'acide nitrique, elles précipitent une notable quantité d'une matière blanchâtre et comme grumelée, qui ne se réduit pas par la chaleur, mais que redissout l'acide chlorhydrique concentré, en produisant la liqueur d'un beau bleu caractéristique de la présence de l'albumine.

Le malade, soigneusement interrogé sur toutes les causes qui auraient pu provoquer la maladie, nous apprend qu'il travaille journellement dans des caves froides et humides; il assure n'avoir jamais fait d'excès d'aucune sorte.

A cette même visite, on prescrit une saignée du bras de 200 grammes; diète; repos absolu.

Le 15 mai, le malade a rendu en vingt-quatre heures un litre d'urine transparente, sans coloration anormale, coagulant par la chaleur, et précipitant par l'acide nitrique une quantité déjà moindre d'albumine : on accorde au malade deux potages; huit ventouses scarifiées sont appliquées sur la région des reins.

Jusqu'au 17, nulle modification dans les urines; l'œdème reste stationnaire; mais le malade se dit soulagé. Ce jour-là les urines sont plus abondantes, mais aussi elles sont plus riches en albumine. Douze ventouses scarifiées sur les reins; même régime.

Le 18, la céphalalgie s'est dissipée, l'appétit est revenu au malade, ses selles sont redevenues normales; et déjà son état semble permettre l'essai d'une médication légèrement tonique : une portion d'aliments, eau vineuse, 90 grammes de vin de Bagnols coupé.

Le 20 mai, l'œdème des extrémités a disparu avec l'épanchement ascitique; la face demeure encore un peu bouffie; néanmoins, la respiration n'est plus gênée comme dans le principe, et le malade éprouve un véritable état de bien-être.

Expérimentées pour la première fois dans une éprouvette graduée, 60 parties d'urine traitées par 8 d'acide donnent 4 + 1/2 d'albumine. — 2 portions; eau vineuse de Bagnols.

Le 21 mai, le malade dit avoir ressenti dans la nuit un malaise vague, accompagné d'une sensation de froid pénible à l'hypogastre. Les urines sont plus pâles; elles n'ont pas varié de quantité, mais soumises à la même expérience que la veille elles précipitent 6 parties d'albumine.

Le malade est remis à une portion; on supprime le vin de Bagnols.

Le 22, on ne trouve plus que 3 + 1/2 d'albumine sur 60 parties d'urine par 8 d'acide.

Les jours suivants, jusqu'au 27 mai, les proportions d'albumine oscillent entre 3 et 1.

Les 26 et 27 mai. — Bagnols, 90 grammes.

Le 28 mai, plus de traces d'œdème; l'acide nitrique ne produit plus qu'un léger trouble dans les urines. — Bagnols, à la dose de 90 grammes; 2 portions d'aliments; côtelette.

Les jours suivants, les urines n'accusent plus par aucun réactif la plus petite quantité d'albumine.

Le 3 juin, le malade sort de l'hôpital avec les signes de la plus complète guérison.

Depuis ce temps-là, nous avons revu Gérard trois fois à huit jours d'intervalle; il avait repris ses occupations accoutumées sans le moindre préjudice pour sa santé.

Néphrite albumineuse aiguë traitée et guérie par les antiphlogistiques et les toniques sagement associés.

Lehmann (Jean-Baptiste), trente-huit ans, cambreur, tempérament lymphatique, entré le 4 juin 1852.

Le malade rapporte à cinq semaines l'invasion de la maladie. Sentiment de courbature, diminution de l'appétit, constipation, inaptitude au travail, douleurs passagères dans la région des lombes, tels sont les symptômes qui vinrent porter le trouble dans la santé du malade avant la manifestation d'une hydropisie, qui, partielle d'abord, devint promptement générale.

Il y a quinze jours, en effet, Lehmann, en se couchant, s'aperçut que ses jambes étaient notablement gonflées, et en moins de quarante-huit heures l'œdème avait gagné tout le corps.

Le malade va consulter à la Pitié M. Gendrin, qui lui donne des diurétiques et des révulsifs sur le tube intestinal.

Cette médication était inefficace : l'anasarque faisait des progrès. Le malade, pris d'une gêne insolite de la respiration, fit appeler un médecin.

Un des premiers soins de celui-ci fut d'examiner les urines, qui fournirent un abondant précipité blanc sous l'action de la chaleur. Sur son avis, le malade entre à l'hôpital de la Pitié.

A la visite du 5 juin, nous trouvons le malade pâle, les traits altérés, la face bouffie, les paupières œdématiées. Les membres et le tronc, infiltrés, reçoivent l'empreinte des doigts, qui ne tarde pas à s'effacer. Le péritoine offre un commencement d'ascite. La percussion du thorax révèle une matité beaucoup plus étendue à droite, où elle occupe la moitié inférieure de ce côté, qu'à gauche, où elle peut être limitée au quart inférieur, sans élasticité des parois ni vibrations sensibles à la main. A l'auscultation, absence du murmure vésiculaire au niveau de la moitié des deux côtés de la poitrine; bruit de souffle aux deux temps, égophonie, signes évidents d'un épanchement pleurétique, qu'explique la dyspnée accusée déjà par le malade deux jours avant son entrée à l'hôpital.

Il éprouve, en outre, un peu de céphalalgie, de la faiblesse générale, de l'inappétence. Sa soif est modérée, sa langue est large et blanche, ses selles sont rares. Le pouls, peu développé, donne 96 pulsations. Pas de chaleur anormale à la peau. Les veines du cou sont variqueuses; nul bruit de souffle dans les vaisseaux de cette région.

L'examen le plus attentif du cœur ne signale aucune lésion dans cet organe.

L'exploration scrupuleuse de l'hypochondre droit, l'absence d'ictère ne nous permettent de rien soupçonner du côté du foie.

Il n'en est pas de même de la région rénale, qui est douloureuse à la pression, sans qu'il soit possible de constater une augmentation de volume des reins.

Le malade assure que depuis le début de la maladie ses urines sont moins copieuses; il évalue à un demi-litre ce qu'il en rend dans les vingt-quatre heures. Nous les trouvons décolorées, à peine acides, et ne donnant qu'une faible odeur ammoniacale : 60 parties de ce liquide traitées par 5 parties d'acide nitrique donnent 9 parties d'un précipité blanchâtre. On obtient le même précipité par l'ébullition, et l'acide chlorhydrique concentré le réduit promptement en produisant une liqueur d'un beau bleu. Ces réactions ne nous permettaient pas de reconnaître la présence de l'albumine dans les urines.

Cependant dans les renseignements que nous fournit le malade, il nous est impossible de trouver la cause déterminante de la néphrite albumineuse. Sa vie a toujours été régulière; il se nourrit bien; mais seulement il travaille, ajoute-t-il, dans un lieu mal aéré.

Dès la première visite, le 5 juin, on prescrit une saignée du bras de 250 grammes; six ventouses scarifiées sur la région des reins (125 grammes de sang). — Chiendent nitré; diète; repos absolu.

Le 6, le malade a rendu trois quarts de litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Le pouls est tombé à 70 pulsations. L'œdème est stationnaire; mêmes phénomènes sthétoscopiques du côté du thorax; 60 parties d'urine par 5 d'acide nitrique ne donnent déjà plus que 5 d'albumine.

Dès le 7, l'œdème des extrémités inférieures disparaît; la bouffissure de la face est diminuée. Les urines sont plus abondantes; elles ne donnent plus que 2 parties d'albumine. — Une portion d'aliments.

Le 8, l'anasarque est entièrement dissipé; plus d'ascite; l'épanchement pleural se résorbe. Les urines se colorent en rose par l'acide nitrique; elles fournissent seulement 1 + 1/2 d'albumine. Le pouls est normal. — Bagnols, 90 grammes.

Le 9, trois litres d'urine dans les vingt-quatre heures; pas la moindre trace d'albumine. — Deux portions; eau vineuse de Bagnols.

Dans la nuit, le malade est exposé à l'impression du froid.

Le 10 au matin, mouvement fébrile léger; rougeur à la gorge; toux gutturale; angine passagère. — Une portion; Bagnols.

Les jours suivants, jusqu'au 14 juin, le mieux se confirme, les urines ne donnent plus de précipité par l'acide nitrique.

Dans la journée, le malade, en dépit de nos recommandations, descend dans la cour pendant plusieurs heures, et à la visite du lendemain nous trouvons les urines plus pâles et précipitant de nouveau par l'acide nitrique (4 d'albumine sur 60 d'urine par 5 d'acide). On fait appliquer six ventouses scarifiées sur les reins (125 grammes de sang). On n'accorde qu'une portion au malade; on supprime le bagnols.

Le 15, 1 + 1/2 d'albumine; l'épanchement pleurétique est entièrement résorbé.

Le 16, plus d'albumine. — Deux portions; côtelette; bagnols.

Les 17 et 18, absence complète d'albumine comme la veille. — Mêmes prescriptons. Vin de Bagnols, 60 grammes.

Le 19, aucuns des phénomènes précédents n'a reparu; le malade court impunément au dehors. Il demande instamment sa sortie, qui lui est accordée à la condition qu'il suivra pendant quelques jours encore le régime de l'hôpital.

Depuis lors nous avons revu deux fois notre ancien malade, la guérison était entièrement confirmée.

Après avoir soumis à l'attention de nos confrères ces deux observations qui nous paraissent démontrer l'utilité du traitement antiphlogistique et tonique, qu'il nous soit permis de formuler en peu de mots les préceptes qui nous semblent les plus propres à diriger ce traitement pour qu'il réponde aux espérances des praticiens.

Voici ces préceptes :

A. Le repos le plus absolu est nécessaire au succès du traitement.

B. Au début de la néphrite albumineuse, on aura recours à la saignée générale et aux saignées locales (ventouses ou sangsues sur la région des reins). L'opportunité de ces moyens, la durée de leur emploi, la quantité de sang à tirer, devront toujours se mesurer à l'intensité de la réaction et à l'état actuel du sujet.

C. Quand le mouvement fébrile a disparu, quand les symptômes généraux se sont amendés, dès que l'œdème est presque résorbé, qu'il n'y a plus ou qu'il reste à peine traces d'albumine dans les urines, on commencera, mais avec mesure, l'usage des toniques, que nous faisons surtout consister dans les aliments azotés et les vins généreux, ceux de Bagnols et de Bordeaux préférablement à tous autres.

D. Dès ce moment, les urines devront être surveillées avec plus d'attention que jamais, car l'état de ce liquide règlera jour par jour l'emploi du régime analeptique. Continuez et augmentez les toniques si l'albumine ne reparaît pas; diminuez-les, et même supprimez-les, si les urines précipitent de nouveau et si les proportions d'albumine deviennent trop considérables.

E. Ne recourez que rarement aux diurétiques, ils sont presque toujours superflus et quelquefois nuisibles. Vous pourrez tout au plus les employer non loin du début de la maladie, pour hâter la résolution de l'anasarque, mais à très faible dose et pendant peu de jours seulement.

F. A toutes les périodes de l'affection, nous croyons les *purgatifs* funestes.

Nous croyons utile de relater ici un commencement d'observation, que le départ prématuré de la malade ne nous a point permis d'achever, mais qui prouvera, peut-être, que les révulsifs sur le tube intestinal sont propres tout au plus à provoquer d'interminables diarrhées, qui prennent promptement le caractère coliquatif et font bientôt désespérer du traitement de l'affection par l'état de cachexie où elles jettent les malades.

Marie-Amélie Varlet, brodeuse, vingt et un an, constitution faible, tempérament scrofuleux, entrée le 8 juillet 1852, au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève. Avant l'âge de la puberté et dans l'intervalle de quelques années, cette fille a été atteinte successivement de la rougeole, de la scarlatine et de la fièvre typhoïde. Ses menstrues qui ont toujours été capricieuses, irrégulières, peu abondantes, se sont brusquement supprimées il y a une année environ, à la suite d'une vive frayeur. Elles ont reparu après cinq mois de traitement.

Mais depuis lors la santé de la femme Varlet est devenue chancelante et ses forces ont considérablement diminué.

Au mois de mars dernier, elle consulte à la Pitié M. Valleix, qui la soumet à un régime franchement tonique et lui conseille l'usage répété des pilules écossaises pour combattre une opiniâtre constipation.

La malade, soulagée par ce traitement, avait repris ses occupations accoutumées, lorsqu'il y a un mois environ, et sans cause appréciable, elle est prise de lassitudes dans les membres, d'étourdissements, de céphalalgie, de douleurs lombaires, d'inappétence et de constipation. Bientôt ses jambes s'in-

filirent et son ventre devient le siége d'un gonflement notable. Elle consulte les herboristes du voisinage, qui lui administrent force drastiques : la malade voit son mal empirer. Elle a recours aux pilules de Debaut, dont elle pousse la consommation jusqu'à concurrence d'une abondante diarrhée, qui la contraint de se présenter à la garde-robe jusqu'à douze fois dans les vingt-quatre heures.

Quand elle se présente à nous, le 7 juillet, la malade est pâle, défigurée : ses traits sont altérés, sa face est bouffie, ses paupières infiltrées ont peine à s'entr'ouvrir, ses lèvres sont épaissies et décolorées; sa peau est partout tendue par l'épouvantable anasarque, qui depuis huit jours environ a envahi le corps entier. L'abdomen est distendu à l'excès par l'épanchement ascitique, et les veines de sa paroi antérieure sont déjà variqueuses.

La langue de la malade est sèche et pâle; depuis quelques jours, elle éprouve des nausées, des vomituritions; son appétit est nul, sa soif est vive; ses selles sont abondantes, fétides et souvent teintes de sang.

Les urines, rares et troubles, précipitent par la chaleur et par l'acide nitrique d'*énormes quantités* d'albumine. Le pouls, petit, faible, mais fréquent, marque 108 pulsations. La respiration est normale. Un bruit de souffle léger accompagne le premier bruit du cœur et se prolonge dans les vaisseaux du cou; on ne l'entend pas au second temps, ce qui nous le fait attribuer à l'état chloro-anémique de la malade plutôt qu'à une altération organique du cœur. Dès les premiers jours, on s'applique à combattre la diarrhée opiniâtre qui affaiblit la malade. Déjà le 14 juillet, l'opium et la ratanhia avaient triomphé de cette désolante complication.

La malade, soumise à un régime diététique, au repos absolu, se trouvait bien soulagée. Ses selles étaient normales, sa soif moins vive, sa respiration plus libre, ses urines moins rares; son anasarque marchait vers une franche et prompte résolution, et déjà le 19 juillet on avait cru pouvoir tenter l'essai du bagnols à très faible dose, quand Marie Varlet, envers et contre nos justes représentations, réclama impérieusement sa sortie de l'hôpital, qui lui fut accordée le 20 juillet.

DE L'EMPLOI DE LA VAPEUR D'IODE

pour rendre sensibles, distinguer et caractériser les plus petites quantités de vapeur de mercure condensées sur les parois du verre;

Par M. J.-L. Lassaigne.

Les traces de vapeur mercurielle condensées sur les parois internes des tubes de verre ne sont pas toujours appréciables directement à l'œil ni à la loupe dans une foule de cas. Dans diverses opérations il importe souvent de constater positivement s'il existe ou non du mercure dans les substances qui sont l'objet d'un examen, et lorsqu'on a affaire à des traces à peine visibles de ce métal, il est extrêmement difficile de se prononcer.

Tous les chimistes connaissent la sensibilité pour les préparations mercurielles de la double lame d'or et d'étain proposée par Smithson. Dans une expertise où nous employâmes cet appareil, la lame d'or n'avait que très faiblement perdu sa teinte naturelle, et sa calcination dans un tube fermé ne fournit aucuns globules apparents à la loupe, mais seulement à 2 ou 3 centimètres du point chauffé, une trace circulaire qui ne pouvait être aperçue que sous un certain degré d'inclinaison.

Le frottement contre l'extrémité d'une baguette de verre n'ayant produit aucune agrégation de globules visibles, nous eûmes l'idée, après avoir retiré la lame d'or, de porter au fond du même tube une goutte d'un solutum alcoolique d'iode. Après quelques heures, l'iode étant complétement vaporisé, nous remarquâmes en regardant intérieurement, suivant l'axe du tube, qu'à l'endroit où préexistait la trace grisâtre *à peine visible*, il s'était formé un anneau rougeâtre d'*iodure de mercure*, qui ne pouvait être distingué qu'en plaçant l'œil dans la direction de l'axe du tube et non dans une autre position.

Cet effet, produit par la vapeur d'iode, pourra être mis à profit dans diverses circonstances analogues, et nous en recommandons l'application aux personnes qui auraient à se prononcer dans des cas semblables.

La vapeur d'iode, en agissant sur la vapeur de mercure condensée et la transformant en iodure rouge de mercure d'une couleur si intense, permet non-seulement d'en démontrer l'existence, même en quantité minime, mais de la caractériser d'une manière spéciale. C'est donc un réactif dont l'emploi sera plus ou moins avantageux dans diverses recherches chimiques et médico-légales. (*Journ. de Chimie méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 août 1852. — Présidence de M. Guersant.

De l'emploi des agents anesthésiques pour calmer des douleurs survenues à la suite d'une lésion du nerf sciatique.

M. Debout présente un jeune homme blessé d'un coup de feu dans les événements de décembre; c'est le malade sur lequel M. Huguier avait appelé l'attention de la Société dans la séance du 3 mars dernier, à propos de douleurs atroces survenues dès le lendemain de l'accident dans tout le membre blessé. La sensibilité avait été portée à ce point que le moindre mouvement, le moindre ébranlement mettaient le blessé hors de lui; il n'y avait pas de paralysie. Tous ces accidents, qui avaient cessé en grande partie à la suite de la ligature de l'artère fémorale, reparurent bientôt avec une nouvelle intensité; en vain tous les narcotiques furent-ils employés, aucune amélioration ne fut obtenue (on pourra se faire une idée de l'emploi qu'on en fit, car en laudanum seul il y eut pour plus de 150 fr. de dépensé). Quelquefois le malade éprouvait un calme passager en passant sur le membre blessé une éponge imbibée d'eau fraîche.

Tel était l'état du blessé lorsque M. Huguier demanda un avis à la Société. M'étant rendu au désir de notre collègue, je constatai une névralgie sciatique double : dans le membre gauche, l'affection dépendait de la blessure du nerf sciatique; au membre droit, elle s'était montrée sympathiquement. Des deux côtés, les douleurs étaient bien plus vives dans la partie du pied qui reçoit les extrémités terminales du nerf poplité externe. J'employai une pommade anesthésique dans laquelle entrait seulement l'éther chlorhydrique chloré. Dans la séance suivante (10 mars), il a été dit, à propos de ce blessé : «M. Huguier a employé une pommade anesthésique, etc. Elle n'a eu qu'un effet passager, elle n'agissait qu'au point de contact; au-dessus et au-dessous, la douleur était la même.» N'étant pas à la séance à ce moment, je ne pus donner quelques explications; aujourd'hui j'ajouterai que le malade, sous le bénéfice de l'emploi de ce moyen, put quitter son lit, dont il ne bougeait pas depuis trois mois. Je n'avais pas encore atteint le but que je me proposais, probablement parce que les moyens n'étaient pas assez actifs. J'ajoutai donc à l'action de l'éther chlorhydrique celle du cyanure de potassium, et dès lors la cure marcha plus rapidement. Voici la formule :

Ether chlorhydrique.	6 grammes.
Cyanure de potassium. . . .	4 —
Axonge récente.	30 —

Suivant le précepte de Cotugno et de M. Robert dans le traitement de la sciatique, ce fut sur le dos du pied que je fis les applications de la pommade. Au bout de quinze ou dix-huit jours de ces applications, les douleurs avaient entièrement cessé; le malade restait toute la journée dans un fauteuil, la jambe étendue.

Cette observation me semble intéressante : 1° par le fait d'une névralgie sympathique survenue dans le membre qui n'avait pas été blessé; 2° par l'emploi heureux des agents anesthésiques borné aux extrémités terminales du nerf atteint. Les applications furent d'abord bornées au dos du pied gauche; elles amendèrent la névralgie de ce côté et même celle du membre opposé : ce n'est que plus tard, afin d'agir plus rapidement, lorsque je vis l'amélioration se prononcer, que je fis faire également des applications sur le pied droit.

Un autre point sur lequel j'ai voulu à mon tour appeler l'attention de la Société, ce sont les suites de la blessure du nerf sciatique. L'action traumatique paraît avoir porté principalement sur les fibres du sciatique qui vont constituer le poplité externe; or voici maintenant ce qui en est résulté. L'attitude du pied est celle de l'extension forcée sur la jambe avec adduction légère; elle est le résultat de l'absence d'innervation des muscles tibiaux antérieurs et postérieurs. L'excitation électrique, localisée dans ces muscles, ne provoque point leur contraction; mais si les contractions sont nulles dans tous les muscles qui sont sous la dépendance du nerf poplité externe, elles sont complètes dans les muscles où se distribue le poplité interne.

Vous vous rappelez que, dans le travail que je vous ai lu sur les paralysies traumatiques, j'ai dit que, toutes les fois qu'un nerf était le siége d'une lésion matérielle, les muscles qu'il anime perdaient leur irritabilité et ne répondaient plus à l'excitation électrique; ce fait en est une preuve. Maintenant, quel sera le traitement à suivre? Bien que j'aie la conviction que l'emploi de l'électricité sur des muscles atteints de paralysie peut à elle seule triompher d'une attitude vicieuse, comme ce moyen n'est plus aujourd'hui en expérimentation, afin de déterminer plus promptement la guérison de ce malade, j'ai cru devoir user chez lui d'un appareil orthopédique qui vint empêcher une déviation plus prononcée du pied, pendant qu'avec la galvanisation on chercherait à ramener la contractilité tonique dans les muscles paralysés jusqu'à ce qu'ils puissent faire équilibre à leurs antagonistes.

Plus tard, je me propose de présenter de nouveau ce malade à la Société, lorsqu'il sera entièrement guéri.

Plaie d'arme à feu intéressant la face et l'intérieur de la cavité buccale.

M. Marjolin. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui, dans un moment d'oubli, s'est tiré un coup de pistolet dans la bouche : l'accident est arrivé le 19 juillet, dans la soirée. L'arme dont il s'était servi était un pistolet de poche chargé avec un cube de soudure d'étain d'un centimètre passé de diamètre. Le canon du pistolet était placé dans l'intérieur même de la bouche et dirigé vers le pharynx, mais en relevant légèrement, de telle sorte que le coup de feu a porté principalement sur la luette, les deux piliers du voile du palais et la portion la plus reculée de la voûte palatine. Sur l'instant même, le malade rendit une assez grande quantité de sang par le nez et par la bouche. En peu de temps les lèvres et la langue se tuméfièrent, de telle sorte que la parole devint impossible et la déglutition très gênée.

Lorsque je vis le malade le matin à la visite, je le trouvai tout défiguré. La peau des lèvres était fendue dans plusieurs points, comme si elle eût été directement contuse; dans plusieurs de ces points, la membrane muqueuse correspondante était intacte. La lèvre inférieure pendait détachée au niveau des deux commissures par une plaie intéressant toute l'épaisseur des tissus. Aucune des dents n'était brisée. Je cherchai à m'assurer de l'état de la voûte palatine et des parties situées plus profondément; mais j'eus beaucoup de peine à introduire mon petit doigt entre les arcades dentaires, qui ne laissaient qu'un passage assez étroit. En regardant avec une lumière le fond de la bouche, on ne voyait que la langue tuméfiée, noircie par la poudre et du sang desséché. Au niveau de la paupière gauche et de l'apophyse malaire, il y avait une large ecchymose. Nulle trace, du reste, de fracture des os de la face.

Malgré l'état de gonflement des lèvres, je n'hésitai pas à réunir les deux principales plaies; je passai donc trois aiguilles à la commissure gauche et deux à celle du côté droit.

Une saignée avait été pratiquée lors de l'entrée du malade, dans la nuit je me contentai de le mettre à l'usage des boissons délayantes, de prescrire des applications d'eau fraîche sur la face et de prévenir le développement d'accidents inflammatoires par l'emploi de moyens convenables.

Pendant les premiers jours, le malade eut de la céphalalgie, de la fièvre; une salive épaisse, un peu sanguinolente s'échappait de la bouche entr'ouverte. Peu à peu l'inflammation et le gonflement diminuèrent. L'exploration de la bouche démontra que la voûte palatine était lésée en arrière.

Le cinquième jour, je retirai les aiguilles : la réunion était complète à droite; mais à gauche, dans un point, elle n'était pas opérée. Je soutins alors la lèvre avec une fronde, et je fis continuer les applications d'eau fraîche.

Depuis, lorsque la tuméfaction de la langue eut diminué, nous pûmes examiner le fond de la bouche. La luette tenait par un pédicule très faible; de ses deux côtés partait une plaie irrégulière se prolongeant sur les deux piliers antérieurs du voile du palais, principalement du côté gauche. A cette époque, les mouvements de la mâchoire étaient douloureux, et il y avait de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

La septième jour après l'accident, le blessé, en crachant, rendit quelques portions d'eschares et le morceau d'étain qui, suivant toute probabilité, était resté enclavé dans la partie postérieure de la voûte palatine.

Depuis, à part quelques petits accidents fébriles dus au travail d'élimination de quelques esquilles, le malade s'est rétabli promptement. La tuméfaction des lèvres et des parties environnantes a entièrement disparu; partout la réunion est complète; il ne reste d'autres traces qu'une série de lignes rouges analogues à celles qui résulteraient d'une plaie par instrument tranchant encore récente. Lorsqu'on examine la bouche, on voit que la voûte palatine n'est nullement déformée. Au-devant du voile du palais, on voit un sillon transversal passant au niveau de la base de la luette et gagnant les deux piliers antérieurs. C'est le côté droit qui a le plus souffert; tout le pilier de ce côté a été déchiré, et malgré cela la réunion est complète. Deux petites brides s'étendent de ce point vers la partie latérale interne de l'os maxillaire inférieur. Ce matin j'ai encore extrait une portion d'os de la partie postérieure de la voûte palatine. Malgré cette mutilation, le malade parle très bien; les mouvements de déglutition ne sont nullement gênés, et la réunion des parties molles a été complète sur tous les points.

On peut conclure de ce fait :

1° Que dans certains cas, bien que l'explosion d'une arme à feu ait lieu dans la bouche, la peau des lèvres peut être déchirée de dehors en dedans;

2° Que, dans quelques plaies par arme à feu, on peut encore obtenir des réunions par première intention, lors même que la suture n'est pratiquée qu'un assez long temps après l'accident.

3° Qu'ici, comme dans des plaies faites par le chirurgien sur le voile du palais, la réunion peut avoir lieu par les seuls efforts de la nature.

Fracture comminutive de la jambe gauche. Fracture de la cuisse droite. Réunion par un cal latéral.

Le second malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, garçon de ferme, d'une solide constitution. Etant occupé, le 7 mai 1852, à charger des poutres sur un fardier, le levier qui sert à soulever le bois n'étant plus retenu par la corde, qui venait de se rompre, l'atteignit et lui fracassa la jambe gauche, la cuisse droite, et de plus donna lieu à un énorme épanchement de sang dans le côté droit du tronc. Cet homme, qui a échappé à des accidents fort graves, présente ceci de remarquable, c'est que, malgré une saillie latérale très prononcée du fragment supérieur du fémur, il y a à peine un centimètre de raccourcissement; il y a eu chez lui très probablement une consolidation, non pas bout à bout, mais par une jetée osseuse latérale, comme dans les greffes naturelles par approche. Il s'est passé là un phénomène de consolidation analogue à celui que vous voyez sur cette pièce, que je dois à l'obligeance de mon ami M. le docteur Kresz. Vous avez tous eu occasion de voir, dans les musées, des consolidations de ce genre; mais presque toujours elles sont accompagnées d'un raccourcissement considérable.

Tumeur du sinus maxillaire.

M. Monod. Le malade pour lequel je viens vous demander un conseil est âgé de soixante-cinq ans. Comme vous le voyez, le côté droit de la face est déformé par une tumeur qui s'est développée dans le sinus maxillaire. Il y a trois mois environ que le malade a commencé à s'en apercevoir. La narine de ce côté est entièrement obstruée; elle a quelquefois donné passage à un peu de sang. Dans le but de m'éclairer sur la nature de la maladie, j'ai fait une ponction; elle n'a amené qu'un peu de sang; j'ai introduit un stylet et j'ai trouvé l'os dénudé. Dans cette circonstance, je désirerais que la Société voulût bien donner son avis et sur la nature de la maladie, et sur le parti qu'il faut suivre.

M. Gerdy. J'ai eu occasion d'opérer à la Charité un malade ayant une tumeur analogue; elle avait chassé l'œil en avant, et faisait saillie dans la narine; son aspect était celui d'un polype. Je l'attaquai par la narine, afin de juger sa nature et ses rapports. La portion que j'enlevai ressemblait assez à un polype muqueux, mais elle était plus dense. J'introduisis alors mon doigt dans la narine, et voyant qu'elle provenait du plancher de l'orbite, je pratiquai une incision au niveau du repli de la paupière. Le sinus étant largement ouvert, il me fut facile d'arracher le reste de la tumeur avec une pince. La tumeur était plutôt de nature cancéreuse. Chez ce malade, le nerf sous-orbitaire fut détruit. Dans plusieurs points de la joue il y avait de la paralysie. Plus tard le nerf facial se paralysa, et l'occlusion des paupières devint impossible.

Chez le malade que M. Monod nous présente, si on peut introduire un doigt par la narine, l'opération sera plus facile. Bien que la voûte palatine soit saine, je crains que cette affection ne soit de mauvaise nature, et si on se décidait à l'opérer, il faudrait, je crois, l'attaquer par en bas.

M. Gosselin. J'ai eu occasion de revoir, ces jours derniers, à l'Hôtel-Dieu, le malade opéré par M. Gerdy, et malheureusement j'ai pu constater la récidive de l'affection.

M. Monod. Lorsque j'ai examiné ce malade pour la première fois je ne voulais pas l'opérer. Je ne crois pas que l'affection ne date que de trois mois; il est probable qu'elle existait depuis plus longtemps, et qu'elle a ensuite fait une irruption subite. Ce qui m'a fait hésiter, c'est que la peau de la joue est altérée dans une grande étendue, que la fosse nasale est remplie et qu'on ne peut pas être certain d'enlever le mal jusque dans ses dernières racines. Du reste, si l'opération est pratiquée, il faudra enlever la paupière inférieure et une grande partie de la joue.

M. Robert. J'ai examiné le malade avec soin, et je crois qu'il s'agit d'un ostéo-sarcome. Je ne tiendrai aucun compte de l'époque à laquelle l'affection a débuté; mais comme le malade est vigoureux et que la voûte palatine me paraît saine, je crois qu'il ne faut pas laisser cet homme dans l'abandon; car l'affection ne peut que continuer ses ravages. Dans ce cas, on pourrait peut-être conserver l'arcade dentaire.

M. Marjolin. J'ai eu occasion, il y a quelques années, de faire, à l'hôpital Saint-Antoine, avec l'assistance de MM. Kapeler et Lenoir, l'ablation du maxillaire supérieur chez un homme d'une trentaine d'années, en apparence d'une bonne constitution. Après l'ablation de la tumeur, je portai un fer rouge dans le fond de la plaie, afin de détruire jusqu'aux derniers vestiges du mal. Quinze jours après, la plaie extérieure étant réunie, lorsque je portai le doigt dans la bouche pour examiner l'intérieur, je trouvai un énorme champignon qui avait repullulé. Je reculai devant une nouvelle opération, suivant moi inutile, et renvoyai, sur sa demande, le malade dans son pays. Lorsqu'on examine le nombre des tumeurs cancéreuses qui ont récidivé après l'ablation du maxillaire supérieur, on est tenté de s'abstenir, dans un bon nombre de cas, soit à cause de l'âge du malade et de l'incertitude où l'on est sur les limites de la maladie. Je crois que, dans les conditions où se trouve le malade de M. Monod, il serait préférable de s'abstenir.

M. Robert. Je crois qu'ici les limites sont assez restreintes et

qu'on peut encore opérer. Si on abandonne le malade, ne peut-il pas se porter à quelque acte de désespoir? Deux fois j'ai vu des malades qu'on avait refusé d'opérer se suicider.

M. HUGUIER. Je voudrais qu'on fît un examen microscopique de la tumeur; car on peut avoir affaire à une simple hypertrophie des tissus, à une carie, à une nécrose des os; dans ces cas, il faudrait nécessairement agir, en conservant toutefois la voûte palatine. Si, au contraire, la tumeur est cancéreuse, mon avis est qu'il faut la respecter, non pas à cause de son étendue en profondeur, mais à cause de son étendue à l'extérieur; toute la peau de la joue est presque entièrement détruite; il n'y a pas d'autoplastie possible.

M. GERDY. Assez récemment, j'ai eu occasion d'observer la même maladie chez un homme âgé d'une soixantaine d'années; la tumeur était très volumineuse et située du même côté. J'ai ouvert le sinus par sa partie déclive ne sachant pas jusqu'où la maladie s'étendait; une partie de la paroi antérieure et la paroi interne étaient détruites; malgré ces désordres, je ne voulus pas enlever tout l'os et j'extirpai toute la tumeur, puis ensuite je portai le cautère dans le fond de la plaie. Malheureusement il survint de la diarrhée, et le malade succomba à la suite d'une entérite chronique. Cette perte me fut d'autant plus sensible que l'examen de la tumeur démontra qu'elle était de nature épithéliale.

M. DENONVILLIERS. Je crois que la tumeur est de nature cancéreuse et qu'elle occupe tout le sinus; le stylet que j'ai enfoncé a pénétré jusqu'à une profondeur de 6 centimètres; les tissus se laissaient facilement diviser; lorsque j'ai retiré le stylet, il était enduit d'une matière jaunâtre. Si M. Monod se décidait à opérer, je voudrais qu'il conservât la peau de la paupière malgré son amincissement et qu'il ouvrît ensuite le sinus comme M. Gerdy l'a proposé. Je crois, du reste, que c'est un malade voué à la récidive et, quelque parti qu'on prenne, la mort ne doit pas être bien éloignée.

Correspondance.

M. le professeur Bérard adresse à la Société la lettre suivante et les trois premiers volumes de son *Cours de physiologie* :

« Monsieur le président,

» Quelques paroles beaucoup trop flatteuses pour moi, prononcées en séance publique par M. le professeur Larrey, m'enhardissent à solliciter une faveur depuis longtemps ambitionnée, mais ambitionnée en silence, parce que je n'y avais pas de titres suffisants.

» Pour être autorisé à exprimer le vœu de prendre rang parmi les membres honoraires de la Société de chirurgie de Paris, il faudrait sans doute lui faire hommage de travaux plus importants et plus spéciaux que celui dont je dépose en ce moment un exemplaire sur son bureau. Mais la bienveillance dont vos collègues m'ont donné tant de témoignages et le nom d'un des fondateurs de votre Société viendront peut-être en aide à ma candidature.

» Agréez, je vous prie, monsieur le président, l'expression de mes sentiments affectueux et de ma haute considération. BÉRARD. »

Sur la propositon de M. Guersant, M. Bérard est nommé par acclamation membre honoraire de la Société.

M. le docteur Burgraeve, professeur à l'Université de Gand, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa demande est accompagnée d'un travail manuscrit sur l'entorse.

MM. Giraldès et Larrey sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

M. GIRALDÈS a la parole pour un rapport sur l'observation suivante adressée à la Société par M. le docteur Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine, médecin de l'hôpital français à Smyrne.

Carie et nécrose du tibia. — Ablation du corps de cet os suivie de guérison.

Messieurs, dit M. Giraldès, vous avez chargé M. Danyau et moi de vous faire un rapport sur une observation de carie et de nécrose du tibia. Voici cette observation telle que nous l'a envoyée notre honorable confrère; elle est trop intéressante pour ne pas être lue en totalité.

John Howship, sujet anglais, habitant une des baies de la partie anglaise de Terre-Neuve, voisine de ma résidence, attiré à Saint-Pierre pour affaire de commerce, me conduisit vers le commencement de l'hiver un de ses enfants, le jeune Peters, malade depuis longtemps et auquel il n'avait pu jusqu'à ce jour procurer les soins nécessaires.

Cet enfant, âgé de six à huit ans, né d'un père sain et vigoureux et d'une mère, irlandaise, assujettie depuis plusieurs années à toutes les souffrances que la misère entraîne sous un climat aussi rigoureux, pouvant à peine, ainsi que son mari, pourvoir aux besoins les plus urgents de leur famille, cet enfant est le sixième des neuf qui la composent.

D'après les renseignements que Howship me donne, tous ou presque tous ses enfants ont été ou sont actuellement atteints de scrofules; deux d'entre eux ont succombé fort jeunes, et l'aîné, qui l'accompagne, présente les indices d'une phthisie pulmonaire arrivée à un degré très avancé.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation paraît être assez bien développé (ses parents sont mal fixés sur son âge réel); mais son teint est pâle et son facies porte l'empreinte de souffrances prolongées. Il est sujet à de fréquentes diarrhées, mais n'a du reste éprouvé dans son enfance que quelques angines et de légères bronchites, maladies presque permanentes dans ces malheureuses populations, surtout chez les enfants. Peters porte les stigmates de quelques anciens abcès au-dessous de la mâchoire inférieure de chaque côté, et une des ouvertures de l'avant-dernier de ces abcès, qui date de six mois, a laissé un pertuis fistuleux qu'avoisinent quelques ganglions cervicaux tuméfiés et un décollement peu étendu de la peau.

C'est à une chute, faite par son fils il y a un an, que Howship attribue l'origine de la maladie de la jambe; cette chute, dans laquelle la crête du tibia porta sur l'arête d'un banc de sa pirogue, détermina un gonflement considérable de la jambe avec inflammation, abcès et finalement une ouverture en plusieurs points des parois de celui-ci, ouverture longtemps demeurée fistuleuse et enfin confondue par suite de l'érosion des téguments en une plaie suppurante unique avec dénudation de l'os.

La nécessité dans laquelle cet enfant s'est trouvé de prendre lui-même soin de la vaste plaie qu'il porte et les longues et cruelles souffrances qu'il a eues à subir paraissent lui avoir donné cette assurance et cette adresse qu'acquièrent souvent ces petits malheureux que l'incurie ou l'insensibilité de leurs parents laissent livrés à leur propre instinct. Peters déplace et replace fort adroitement et avec une précision remarquable les diverses pièces de son pansement d'après les souvenirs qu'il a conservés de celui que lui fit un jour le chirurgien d'un navire de pêche anglais et ses propres inspirations. Son appareil se compose de quelques brins de charpie mêlés à une sorte de mousse mollette et de plusieurs doubles d'écorce de bouleau assujettis par le moyen d'une ligne de pêche.

Bien que quelques personnes indiscrètes, en conseillant au père de cet enfant de me l'amener, lui aient donné à entendre qu'il y aurait probablement nécessité d'amputation, le jeune Peters n'en paraît aucunement ému et exprime avec résolution le désir d'être débarrassé de son mal à quelque prix que ce soit, afin de pouvoir assister son père dans quelques-uns de ses travaux de pêche et ses fréquents voyages.

Voici dans quelles conditions se présente la maladie : une plaie oblongue de 8 centimètres existe à la partie antérieure de la jambe; les bords en sont déjetés et décollés sur plusieurs points, violacés ou blafards en quelques autres, et laissent à nu la face antérieure de la diaphyse du tibia depuis 4 centimètres environ au-dessous de la tubérosité. L'extrémité de celui-ci est recouverte par la peau intacte; jusque vers la partie la plus inférieure l'os ne paraît offrir d'autre genre d'altération qu'une coloration brune ou noirâtre assez intense, visible encore, quoiqu'un peu pâlie, sur le fragment qui est joint à cette observation, et que M. le docteur Paléologue veut bien se charger de déposer. Ce n'est qu'à environ 6 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne que le tissu de l'os présente quelques points nécrosés encore adhérents, et les résultats d'une carie qui a réduit la presque totalité de l'épaisseur de l'os en une sorte de vermoulure baignée de pus. L'extrémité malléolaire est, comme la partie supérieure du tibia, recouverte par les téguments sains, et ne tient au reste du corps de l'os que par une lame de tissu compacte qui a été épargnée par la carie, et forme une sorte de pont. Les articulations du genou et du coude-pied sont intactes et libres dans leurs mouvements, et ne présentent aucune tuméfaction. Les parties molles de la jambe sont légèrement œdématiées; le péroné paraît sain dans toute son étendue, et semble présenter seulement une légère incurvation à convexité externe résultant de la pression du membre sur le sol pendant la marche. Ce n'est que depuis quelques semaines que le jeune Peters, qui observait attentivement les progrès de la destruction de l'os et en redoutait la rupture, a cessé de marcher autrement qu'avec le secours de deux béquilles; jusque-là il ne s'était servi que d'un simple bâton.

Pressé par la nécessité de son retour, Howship me demandait une prompte solution. Mais au lieu de lui conseiller une amputation qui ne me paraissait pas indispensable, je me bornai à proposer à cet homme et au jeune malade la résection non-seulement de la partie inférieure du tibia, mais encore d'enlever toute la partie du corps de l'os mise à découvert, qu'il me semblait impossible de pouvoir se conserver longtemps intacte. L'intégrité parfaite des deux articulations, surtout celle de la partie inférieure voisine du mal, me permettait d'espérer que les deux extrémités de l'os étaient intactes jusqu'à une certaine distance des articulations, et que l'union du corps de celui-ci avec les deux épiphyses ne serait pas encore assez intime pour s'opposer à sa séparation facile d'avec lui, en respectant les parties articulaires et en conservant ainsi la jambe, qui, bien que réduite dans sa charpente au seul péroné, pourrait encore rendre quelques services. Howship me promit donc de revenir dans quelques jours à Saint-Pierre, et me pria d'obtenir du gouverneur l'autorisation d'y résider pendant l'hiver avec sa famille pour y faire donner à son fils les soins que nécessitait son état. Cela fut facilement accordé, et dès qu'il fut de retour et établi, je me rendis auprès du malade accompagné de M. Dupuis, chirurgien de la marine, alors employé sous mes ordres, et ce collaborateur voulut bien assurer au jeune malade pendant le temps nécessaire des pansements réguliers et méthodiques, par suite desquels l'état de la plaie s'améliora promptement, la suppuration diminua, prit un meilleur aspect; quelques points indurés et les décollements disparurent. De nombreux détritus osseux furent retirés, et la lame osseuse intacte qui unissait en arrière du point carrié le corps de l'os à son extrémité malléolaire fut reconnue suffisamment solide pour permettre des tractions assez fortes. Enfin l'état général du malade était satisfaisant. L'enfant désirait ardemment l'opération, et elle fut pratiquée.

La nécrose et la carie n'avaient, ai-je dit, détruit que quelques parties antérieures et latérales de l'extrémité inférieure de la diaphyse du tibia, et au point correspondant au pont osseux que formait cette lame assez épaisse, il restait un engorgement douloureux; les parties molles étaient irritées, et je résolus de pratiquer la section à la partie moyenne et encore saine du tibia.

A l'aide d'une spatule et de quelques petits coups de bistouri, je parvins aisément à isoler latéralement les bords de la plaie en arrière, dans une étendue suffisante pour introduire l'aiguille mousse qui conduisait une scie à chaîne et contourner ainsi l'os. Seulement, au moment de cette introduction, Peters manifesta la crainte d'éprouver pendant la section de l'os une trop grande douleur; et pour s'assurer de ma véracité, lorsque je l'assurais qu'elle serait très supportable, il me pria de lui en donner la conviction, en promenant quelques traits de scie sur la partie découverte. (Cette trace est marquée sur le fragment de tibia joint à l'observation.).

Rassuré par l'absence de douleur, le malade me permit d'agir. Le tibia fut donc scié d'arrière en avant. La mobilité des deux moitiés de l'os me permit de soulever et de détacher entièrement chacune d'elles de la gouttière dans laquelle elles étaient enchâssées, et des tractions modérées, aidées de la dissection de quelques légères adhérences, rendirent facile l'extraction de l'une et de l'autre. Réunies, elles présentaient dans toute son étendue le corps entier du tibia. Comme je l'avais espéré, la lame osseuse que la carie avait épargnée en arrière et en has suffit pour faciliter l'extraction du fragment inférieur ou de l'extrémité juxta-malléolaire qui résta à sa place, comme à l'autre extrémité de la jambe, la tête du tibia à la sienne. Une seule artériole (la nutricière) fut tordue, et le rapprochement des bords de la plaie suffit pour tarir le léger écoulement de sang auquel donna lieu la division des rameaux de la tibiale antérieure.

Des pansements appropriés, faits avec soin et intelligence par mon collaborateur, amenèrent dans quelques semaines la guérison de la plaie, et lorsque la cicatrice fut assez affermie, Peters fut apporté par son père à l'hôpital. Je lui appliquai, depuis le genou compris jusqu'à l'extrémité du membre, un bandage dextriné fortifié de quelques attelles en carton, et lorsque la dessiccation en fut opérée, le malade rejoignit, en s'aidant du bras de son père, son domicile assez éloigné à travers des rues encombrées de neige. Il me venait visiter deux ou trois fois la semaine, sans autre secours le plus souvent qu'une béquille à main; et lorsque la débâcle vint lui permettre de songer au départ, je le débarrassai de la partie du bandage qui embrassait les articulations du genou et du coude-pied, en lui recommandant de conserver le reste et de ne pas abuser de l'usage de sa jambe.

Au commencement de l'hiver de 1848, Howship, ayant appris que je devais quitter la colonie, vint me voir avec son fils; il me raconta que pendant assez longtemps l'appareil dextriné s'était bien conservé, mais qu'enfin l'humidité résultant de plusieurs immersions l'avait en grande partie détruit. Peters s'était fabriqué lui-même, avec un morceau de cuir vert de caribou et une coque d'écorce de bouleau, un appareil solide et résistant, pourvu d'attelles en renfort qui soutenaient en dedans et en dehors sa jambe, et le tout était assujetti par quelques lacets de cuir. Depuis longtemps il se servait de sa jambe, et il secondait son père dans son rude métier de pêcheur. Sa santé s'était sensiblement raffermie, et sans une diminution dans le volume du membre; une légère claudication, surtout lorsqu'il fatiguait outre mesure sa jambe, une incurvation du péroné un peu plus sensible que celle qui existait avant l'opération, une cicatrice ferme et allongée étaient la seule trace apparente de cette opération.

— Après la lecture de cette observation, M. Giraldès a fait ressortir, dans une courte analyse, tout ce qu'elle présentait d'intéressant sous le point de vue pratique. Peut-être, a-t-il ajouté, aurait-on pu désirer quelques détails plus circonstanciés; mais si on veut se mettre un instant à la place de notre confrère, isolé dans une station lointaine, chargé de tout le service médical, on verra combien, dans certains moments, il est difficile, au milieu d'un service aussi pénible et aussi actif, de se plier à toutes les exigences scientifiques. Le rapporteur a ensuite exposé les divers titres scientifiques de M. Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine.

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Insertion de l'observation dans les comptes-rendus des séances;

2° Admission de M. le docteur Camescasse comme membre correspondant.

Ces conclusions ayant été mises aux voix et adoptées, M. Camescasse est nommé membre correspondant.

— M. DEBOUT commence la lecture d'un rapport sur la thèse de M. Lecomte sur les ectopies congéniales des testicules et les maladies de ces organes engagés dans l'aine.

Le secrétaire de la société, MARJOLIN.

Chronique et nouvelles.

Par un décret en date du 12 août, une École préparatoire de médecine et de pharmacie est instituée dans la ville de Lille.

Un arrêté du ministre de l'instruction publique a nommé :

Directeur de l'École : M. Cazeneuve, professeur de clinique interne.

Professeurs titulaires :

Chimie et pharmacie : M. Garreau, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille;

Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Brigandat, médecin de l'hôpital Saint-Sauveur, membre du jury médical du département du Nord;

Anatomie et physiologie : M. Fabre, médecin-major de 2e classe, ex-professeur à l'hôpital militaire de Lille;

Clinique interne : M. Cazeneuve, ancien professeur et médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille;

Clinique externe : M. Parise, ancien professeur à l'hôpital militaire de Lille;

Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Lestiboudois (Jean-Baptiste), chirurgien à l'hôpital général de Lille.

Professeurs adjoints :

Pathologie interne : M. Binant, D.-M.;

Pathologie externe : M. Moresson, D.-M.

Chef des travaux anatomiques : M. Chrestien, D.-M.

— M. le docteur François, professeur de médecine à l'Université de Louvain, vient, par arrêté de M. le prince-président de la République française, d'être décoré de la Légion d'honneur pour les services qu'il a rendus à Mons aux militaires français qui encombraient les hôpitaux de cette ville en 1813.

Organisation du personnel de santé militaire.

8e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE LYON.

Médecins — MM. Brée, Angelot, principaux de 1re classe. — Guéret, Magail, majors de 1re classe. — Durant, Laforest, Delaunay, Casse, Legouest, Beaucamp, aides-majors de 1re classe. — Dalgue, Darmandieu, aides-majors de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Laporte, principal de 1re classe. — Jat, major de 2e classe. — Naudin, Burin, aides-majors de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Planté, Liotard, Darieux, Rogues, Thévenon.

HÔPITAL DE BRIANÇON.

Médecins. — MM. Soucelyer, principal de 2e classe. — Quénot, Verdier, aides-majors de 2e classe.

Pharmacien. — M. Mongodin, major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Laffage.

HOSPICE CIVIL DE GRENOBLE.

M. Bonnet-Masimbert, médecin major de 1re classe.

Bulletin bibliographique.

Traité des affections de la peau symptômatiques de la syphilis; par le docteur Léon BASSEREAU. Un vol. in-8°. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par M. le docteur MAISONNEUVE, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — 1re partie, comprenant les affections cancéreuses en général. — In-8° avec planches, prix : 2 fr. — A Paris, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Névrologie ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic HIRSCHFELD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. LEVEILLÉ, dessinateur. — 9e livraison. Paris, 1852, in 4°, figures noires, prix, 5 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur LUBANSKI, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

LE SOURD.

Paris, Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 104. — JEUDI 2 SEPTEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 104. — JEUDI 2 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c.	Six mois.... 16 »	Un an...... 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr.	Six mois....... 17	Un an........ 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr.	Six mois....... 20	Un an........ 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DU MIDI (M. Vidal). Double vérole constitutionnelle. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Apoplexie pulmonaire intense. Emissions sanguines abondantes. Guérison. — Observations anatomiques pour servir à l'étude de la tératologie, avec des remarques sur la chirurgie de la première enfance. — Sur quelques procédés proposés pour constater quelques falsifications des farines céréales. — Académie de médecine, séance du 31 août. — Académie des sciences, séance du 30 août. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er SEPTEMBRE 1852.

Séances des Académies.

L'Académie devait, dans cette séance, discuter l'importante question relative à la transmission des accidents syphilitiques secondaires; mais on a dû renvoyer à mardi prochain cette discussion si impatiemment attendue par le public médical.

Plusieurs rapports officiels et une lecture de M. Leblanc, candidat dans la section des vétérinaires, ont rempli la séance. M. Velpeau a bien fait quelques réclamations sur cette modification apportée par le bureau à l'ordre du jour adopté précédemment. Mais promesse est faite pour mardi; et, en résumé, il faut reconnaître que ces quelques jours de repos ont été légitimement acquis après une discussion qui n'a pas pris moins de six séances.

— A l'Académie des sciences, M. le docteur Guyon, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Afrique, a fait une communication pleine d'intérêt sur les moyens de faire cesser les douleurs qui existent dans l'ophthalmie purulente. Nous en donnons l'analyse au compte-rendu de cette académie.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL.

Double vérole constitutionnelle.

On sait que l'exostose a été placée tout à fait aux confins de la vérole, qu'elle est l'expression la plus classique de l'état tertiaire, après lequel, dit-on, il ne peut plus surgir de nouvelles véroles. Eh bien, l'observation qu'on va lire contient la preuve du contraire.

En effet, on voit le malade, après plusieurs accidents primitifs, après une syphilide superficielle, rester quatre ans comme guéri, c'est-à-dire ne portant aucun signe de vérole, puis survient une exostose au tibia, c'est-à-dire un accident réputé tertiaire, et en même temps une syphilide profonde. Je me rappelle parfaitement cette phase de la maladie; je l'ai traitée avec succès par l'iodure de potassium. Mais, deux mois après, le malade contracta deux nouveaux chancres qui mirent deux mois à se cicatriser; et deux ans après il eut une blennorrhagie compliquée d'orchite. Enfin, en 1850, nouvelle syphilide à l'épaule droite, au bras, au ventre; elle a d'abord la forme squameuse, puis elle s'ulcère et suppure beaucoup; enfin, viennent des croûtes qui entourent de larges plaques rouges. Ne peut-on pas considérer cette dernière syphilide comme le résultat ou des derniers chancres, ou de la blennorrhagie qui a existé en 1848? N'est-ce pas là une nouvelle vérole? Je sais qu'on répondra qu'il s'agit seulement d'une récidive de la syphilide déjà observée chez le même individu; mais je ferai remarquer;

1° Que cette récidive arrive un peu tard, car on l'observe trois ans après;

2° Que cette dernière syphilide est moins profonde que celle qui l'aurait devancée, que celle qui a existé avec l'exostose.

En effet, les cicatrices des deux lésions de la peau existent encore; elles peuvent être comparées; on pourra se convaincre alors que la dernière est plus superficielle. Or, on sait que les syphilides sont d'autant plus profondes qu'elles arrivent plus tardivement. Au surplus, si la dernière syphilide n'est pas l'expression d'une nouvelle vérole, c'est toujours un accident secondaire qui serait survenu après un tertiaire. D'ailleurs, voici l'observation telle qu'elle a été rédigée par M. Codet, mon interne.

Le nommé L... Christian, âgé de trente-cinq ans, profession de vitrier; tempérament lymphatique; constitution faible; entré le 7 juin 1852, salle 12, lit n° 10.

En 1839, ce malade contracta un chancre sur le gland; il fut mal soigné et continua à voir des femmes. Bientôt apparurent de nouveaux chancres, et pendant trois ou quatre ans L... conserva des ulcérations sur la verge. A la même époque, il lui poussa des végétations sur le prépuce et le gland. Les ganglions inguinaux des deux côtés devinrent très volumineux, mais ne suppurèrent jamais.

En 1842, syphilis constitutionnelle; croûtes dans les cheveux; syphilides qui ont laissé des traces peu profondes. Ces accidents disparurent presque sans traitement; mais quatre ans plus tard (en 1846), L... fut atteint d'une exostose du tibia droit; il survint en même temps des ulcérations profondes sur les bras, les jambes et un peu sur le tronc. Les cicatrices de ces ulcérations sont encore très apparentes. L... entra à l'hôpital du Midi (service de M. Vidal). Soumis à l'iodure de potassium, il sortit guéri au bout de trois mois. Deux mois après sa sortie de l'hôpital du Midi, L... contracta un nouveau chancre. Les ganglions inguinaux ne se sont pas tuméfiés, dit-il, et le chancre s'est cicatrisé après deux mois de pansement avec de l'eau blanche.

Deux ans plus tard (1848), survint une blennorrhagie. A sa suite deux orchites du côté droit. Guérison. Le malade ne s'aperçoit plus de rien jusqu'en 1850.

A cette époque, l'épaule droite et la gauche présentent une large plaque rouge légèrement élevée. Bientôt l'épiderme se détache sous forme de squames; au-dessous la peau est rouge; de nouvelles écailles se forment et tombent à leur tour. Quelques mois plus tard, des plaques présentant une desquamation analogue apparaissent à la partie interne des bras (au niveau du coude) et à la partie inférieure de l'abdomen (du côté droit); toutes s'accroissent lentement pendant deux ans, lorsqu'au commencement de 1852 une suppuration abondante s'établit à leur surface. Le malade fut soigné par M. Gibert. La suppuration diminua assez rapidement. Il s'est formé des croûtes épaisses sur les ulcérations. Le malade reste dans cet état pendant quelque temps, et entre le 7 juin à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Vidal. Sa constitution paraît seulement un peu affaiblie. Les ganglions cervicaux sont presque normaux, ceux de l'aine très légèrement engorgés. Sur les points que nous avons signalés, on voit des ulcérations, dont quelques-unes (celle des épaules) sont presque deux fois aussi larges que la main; elles intéressent la peau; leur surface est couverte, en certaines parties, de croûtes épaisses, rugueuses et brunes. Le pourtour des surfaces atteintes est d'un rouge caractéristique.

Le 8 juin on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le 13, on voit déjà s'affaiblir la teinte cuivrée; la suppuration a diminué. Cet effet continue les jours suivants.

Le 15, quelques croûtes sont tombées; il n'y a presque plus de suppuration.

Le 20, il n'y a plus que quelques croûtes adhérentes, plus de suppuration. — Larges emplâtres de Vigo sur tous les points atteints par la syphilide. Sous l'influence de ce moyen, la syphilide se modifie promptement.

Le 25, toutes les croûtes sont tombées; il ne reste plus que des cicatrices rouges à surface encore un peu humide.

Le 30, le malade est guéri. Il ne reste plus qu'une coloration rouge-sombre où étaient les plaques formées par la syphilide.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Apoplexie pulmonaire intense. Emissions sanguines abondantes. Guérison.

Par M. le docteur SONRIER, médecin militaire.

M. B..., colonel d'un régiment de la garnison de Lyon, âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution athlétique, d'un tempérament nervoso-sanguin pléthorique.

En 1816, il est atteint d'une pleuro-pneumonie droite qui dure quarante jours. La même affection récidive en 1834. Enfin, dix-huit années plus tard encore, en janvier 1852, il est pris d'une légère hémoptysie qui s'arrête sous l'influence des astringents.

Depuis vingt mois de séjour à Lyon, il a été continuellement atteint d'une bronchite fatigante causée sans doute par les vicissitudes atmosphériques du climat lyonnais, et par les efforts pulmonaires qu'exige le commandement à des troupes nombreuses, où l'on est obligé, pour être entendu, de déployer largement l'organe vocal.

Appelé à Paris, aux fêtes du 10 mai, il éprouve, à la fin d'une journée brûlante, un profond malaise avec tintement dans les oreilles, vertiges; puis, un instant après, expectore le sang à gros bouillons (environ 150 grammes). Quelques boissons froides astringentes, du calme et un peu de sommeil suffisent pour enrayer les prodromes de l'affection que nous allons décrire.

Nous insistons sur les commémoratifs, que nous résumons ainsi: idiosynerasie, deux pleuropneumonies, bronchite chronique, efforts pulmonaires, émotion pénible, pour démontrer qu'en général l'étiologie doit être éclectique et s'adresser à des causes de diverse nature.

A peine arrivé à Lyon, le 16 mai à midi, le colonel voit reparaître avec plus d'intensité encore les mêmes accidents qu'à Paris. Appelé en toute hâte près de lui, nous le trouvons vomissant à flots un sang artériel spumeux (300 grammes), avec violents efforts de toux; pouls vibrant, rebondi (sans doute le pouls dicrote de Gallien), 75 à 80; respiration anxieuse; dyspnée considérable, matité droite remontant jusqu'au-dessus du teton; râle alternativement muqueux et sous-crépitant à chaque recrudescence du ruptus sanguin, donnant lieu à un bruissement sourd très bien perçu par le malade, par une augmentation de chaleur et d'asphyxie imminente toutes les fois que le sang s'arrête dans la trachée.

En présence d'accidents aussi graves, nous n'avons pas hésité à pratiquer une large saignée (800 grammes), et nous avons vu se dissiper tous les symptômes alarmants, se taire tous les bruits pulmonaires, le sang lui-même tarir dans les bronches à mesure qu'il s'écoulait par la veine. — Glace pour boisson; tisane avec eau de Rabel; lavement purgatif; chaleur et révulsifs aux extrémités inférieures.

Le soir nous revoyons le malade avec M. le professeur Brachet, de Lyon, appelé en consultation. Etat satisfaisant. Le sang de la saignée présente un caillot volumineux, ferme, sans fibrine, nageant dans une sérosité cendrée opaline. — Diète absolue; calme moral; tisane de grande consoude et jujube; looch avec 4 grammes de nitrate de potasse à prendre toutes les heures une cuillerée à soupe.

Le 17 mai, insomnie fatigante produite par de violents efforts de toux avec expectoration sanguine artérielle (deux assiettées); dyspnée; râles et matité comme la veille; pouls à 75, dur et développé. — Saignée de 500 grammes; 15 sangsues sur le côté droit, devenu douloureux; décoction de semences de coing avec eau de Rabel; eau de Brocchieri; continuer la glace et les révulsifs.

Le 18 mai l'hémopthysie continue avec un peu moins d'intensité; pouls développé, à 75. — Saignée de 600 gram.; mêmes boissons.

Le 19, toux pénible, singultueuse; expectoration moins abondante; crachats érugineux, pelotonnés, revêtant les caractères de ceux de la pneumonie; pouls à 70, moins développé. Le sang des deux dernières saignées présente une sérosité limpide citrine; caillot normal. — Mêmes boissons; eau de Brocchieri.

Le 20, insomnie persistante; expectoration pneumonique, mais plus aérée, mêlée de crachats naturels. Encore deux énormes crachats vermeils; moins d'oppression; matité plus sonore; expansion pulmonaire, râles muqueux sibilants; pouls à 70. Etablir une effusion continuelle de sang au bras droit par l'application de deux sangsues. — Potion mucilagineuse avec ratanhia. Tisane de bistorte et sirop d'airelles.

Pour calmer une toux violente survenue dans la soirée, on donne toutes les heures une cuillerée à soupe de la potion suivante: Cyanure de potassium, 0,10; sirop d'orgeat, 30 grammes; eau de laitue, 100 grammes.

Le 21, insomnie, spasmes nerveux, anxiété; expectoration *ut suprà;* continuer l'hémorrhagie brachiale; décoction de dates; potion gommeuse.

Le 22, expectoration identique à celle de la veille. On supprime l'hémorrhagie brachiale; vésicatoire au côté droit.

Le 23, nouvelle hémoptysie peu abondante; sirop de luctucarium, 20 grammes.

Le 24, amélioration; crachats noirâtres, pelotonnés; pas de selle depuis le 16. Les urines, jusqu'alors très rares, deviennent plus abondantes et jumenteuses. — Bouillon de poulet; lavement avec miel de mercurial.

A partir du 25, les caractères de l'expectoration changent chaque jour; les crachats de rutilants, rouge-brun, deviennent jaunes opalins, topaze, puis visqueux, puis ressemblent à ceux du catharre pulmonaire. On augmente chaque jour l'alimentation. Débilité extrême.

Le 8 juin, à la suite d'un refroidissement subit de température, le malade accuse un léger œdème des pieds. Les urines, devenues aqueuses et très abondantes, l'empêchent de dormir par un besoin fréquent et impérieux d'uriner. Atonie de la vessie; frictions avec alcool camphré.

Le 13, encore trois crachats visqueux ressemblant à de la gelée de framboise.

Enfin le 3 juillet, après avoir recouvré une partie de ses forces, le colonel part pour les Eaux-Bonnes, où sa santé s'améliore de jour en jour.

RÉFLEXIONS. — 2,500 grammes de sang tiré soit par la veine ou par les sangsues dans moins de trois jours, voilà, il nous semble, un exemple d'émissions sanguines peu commun dans les annales de la science, et qui peut-être sera qualifié de téméraire. Pour justifier cette médication énergique, nous n'invoquerons pas la terminaison heureuse de la maladie, mais bien les indications que nous avons voulu remplir, à savoir:

1° Diminuer la quantité absolue du sang, et par conséquent sa quantité relative dans le poumon et surtout dans les bronches, où il fait irruption (*molimen hemorrhagicum*);

2° Ralentir les mouvements du cœur (méthode débilitante de Valsalva), et par là enchaîner la force de projection du fluide sang (on n'a constaté aucune hypertrophie du ventricule droit, ni d'obstacle au retour du sang dans les orifices auriculo-ventriculaire gauche et aortique);

3° Enfin empêcher une pneumonie consécutive, qui ne pouvait manquer d'éclater dans un organe déjà deux fois phlogosé, et dont la texture est détruite par la présence du sang dans son parenchyme.

OBSERVATIONS ANATOMIQUES

pour servir à l'étude de la tératologie, avec des remarques sur la chirurgie de la première enfance.

Par M. A. Verneuil, prosecteur de la Faculté, etc., etc.

Depuis que je pratique dans les amphithéâtres, j'ai eu d'assez fréquentes occasions de disséquer des difformités congéniales ou acquises. Parmi ces faits, les uns ne présentent d'intérêt qu'au point de vue de l'histoire générale des monstruosités; les autres, au contraire, offrent un attrait plus pratique, car ils constituent des lésions contre lesquelles l'art peut avoir des ressources. Je choisis dans ces deux catégories quelques observations que je livre à la publicité. La tératologie, en effet, est une science dont le cadre, quoique bien tracé, demande encore à être rempli par des faits scrupuleusement et minutieusement anatomisés. C'est avec eux qu'on pourra répondre ultérieurement aux questions nombreuses soulevées par la théorie et par la pratique.

Description d'un fœtus à terme affecté d'une hernie diaphragmatique et d'une fracture congénitale de la mâchoire inférieure.

Le 15 novembre 1851, je trouvai à l'amphithéâtre un fœtus difforme. Je n'ai aucun renseignement à produire sur ses parents ni sur l'accouchement. Je n'ai pu me procurer le placenta.

Le cordon ombilical, tout frais encore, ne porte pas de traces de ligature. L'examen des poumons montre que la respiration ne s'est point établie. Le fœtus est très fortement constitué; je ne l'ai point pesé, mais son développement est évidemment plus considérable que celui des fœtus à terme ordinaires.

Le tronc et les membres ne présentent aucune *anomalie extérieure appréciable*. La face et le crâne offrent, au contraire, des difformités remarquables que nous allons décrire.

Voûte du crâne. — Le crâne, mesuré au niveau de l'union de sa voûte avec sa base, présente une circonférence de 38 centimètres (circonférence occipito-frontale). Le cuir chevelu, appliqué sur les os, est recouvert de cheveux. Au niveau de la fontanelle antérieure se voit une solution de continuité d'un centimètre et demi d'étendue, linéaire et communiquant avec l'intérieur de la boîte crânienne; un caillot en bouche l'ouverture : elle paraît avoir été faite par un instrument tranchant. A la place de la convexité de la voûte crânienne, se voit une dépression rectangulaire bornée par des bords arrondis, mousses, formés par les os de la voûte, repliés en dedans et formant quatre bourrelets osseux : les deux latéraux formés par les pariétaux, l'antérieur et le postérieur formés par le coronal et l'écaille de l'occipital. Aux quatre angles de cette profonde dépression, on sent des bords tranchants, des enfoncements, et l'on perçoit une mobilité qui décèle l'existence de fractures.

Les téguments du crâne, partout intacts, sauf dans le point indiqué précédemment, sont disséqués couche par couche et avec beaucoup de soin. Tout y est complet, peau, muscles auriculaires, occipito-frontal, aponévrose épicrânienne, péricrâne; ce dernier est déchiré dans les points qui correspondent à la plaie et aux fractures. On y trouve également des ecchymoses assez étendues et des caillots sanguins infiltrés dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le péricrâne des couches cutanées.

Les os mis à nu, on constate que la voûte est complète, mais qu'elle a été à son centre fortement refoulée en dedans du côté de la base, de telle façon que la suture sagittale n'est distante de cette base que d'un à deux centimètres. Il semble que le crâne a été soumis à une double violence : l'une, centrale, enfonçant la voûte vers la base; l'autre, périphérique, refoulant toute la circonférence vers l'axe vertical. Au premier abord, l'intégrité des téguments de cette énorme dépression centrale m'avait fait croire à une anencéphalie avec absence d'une partie des os de la voûte, comme cela a lieu presque toujours en pareil cas. Mais l'ablation de la voûte par un trait de scie circulaire me démontra qu'il existait ici une lésion traumatique. Les centres nerveux se retrouvent en effet, mais ils sont tellement réduits en bouillie et mélangés de caillots sanguins et de matière à injection (j'avais avant la dissection injecté les artères) qu'il est impossible de pouvoir distinctement reconnaître les diverses parties de l'encéphale. En plusieurs points, la dure-mère et ses sinus sont déchirés. La pièce a été soumise à l'examen d'anatomo-pathologistes compétents, MM. Houel, Depaul, Broca, Follin, et nous nous sommes arrêtés à cette opinion qu'à la suite d'une perforation des os et de l'issue d'une certaine quantité de substance nerveuse, une application de forceps avait été la cause de cette singulière déformation des os de la voûte, déformation exceptionnelle, il est vrai, mais qui néanmoins a déjà été observée et décrite par les anciens accoucheurs sous le nom d'*entournement*. Cette supposition est rendue probable par l'état des os et de l'encéphale, s'explique par la flexibilité des os du fœtus et enfin par le volume énorme de l'enfant, qui avait sans doute nécessité l'intervention de l'art.

Les oreilles, les régions oculaires, le cou sont normalement conformés. Je passe à l'examen de l'orifice buccal et du maxillaire inférieur. Le nez, la mâchoire supérieure n'offrent point d'anomalies; la lèvre supérieure présente du côté gauche un sillon très superficiel, vertical, situé à 7 millimètres de la ligne médiane au-dessous de l'ouverture de la narine gauche. Du côté de la muqueuse existe un sillon correspondant plus profond que le précédent et situé également à gauche du frein de la lèvre. Au bord libre de celle-ci, une légère dépression réunit les sillons antérieur et postérieur; il y a donc en ce point vestige d'un bec-de-lièvre, qui paraît cicatrisé. L'existence d'un double sillon, l'un à la face cutanée, l'autre à la face profonde de la lèvre, fait supposer, en effet, qu'à une époque antérieure la lèvre supérieure a été le siége d'une division complète.

La lèvre inférieure, à droite de la ligne médiane, au niveau de la narine droite, présente un sillon profond qui occupe la presque totalité de son bord libre et toute sa face cutanée, mais dont on ne voit pas de vestige à la surface muqueuse. Du bord libre de la lèvre, ce sillon se porte en bas et en dehors en décrivant une courbe à concavité supérieure et externe, et vient, environ au niveau du passage de l'artère faciale, se perdre dans un second sillon beaucoup plus profond qui sépare complétement la région de la joue de la région buccale proprement dite.

Cette rainure, verticale, plus externe que la précédente, naît à peu près à un centimètre de l'aile droite du nez, descend perpendiculairement, passe au niveau du bord externe de l'orbiculaire des lèvres; puis, décrivant une courbe à concavité interne, croise la branche horizontale de la mâchoire et vient se terminer en mourant dans la région sus-hyoïdienne, à peu de distance de la ligne médiane. La portion de la lèvre inférieure et de la mâchoire qui correspond à l'intervalle compris entre les deux sillons est fortement déprimée. L'enfoncement qui en résulte est rendu plus marqué par les saillies que forment la joue en dehors du sillon externe, la région mentonnière en dedans du sillon interne.

Si l'on explore l'état de la mâchoire inférieure, on reconnaît sans peine que l'os a éprouvé une solution de continuité, que les deux fragments sont mobiles, que le fragment droit est passé dessus le fragment gauche, et fait saillie dans la cavité buccale.

La région disséquée avec soin, on constate l'intégrité du peaucier et des muscles de la lèvre inférieure; le foyer de la fracture est mis à nu, et l'on reconnaît alors que l'os maxillaire inférieur est divisé au niveau de la symphyse. Les deux fragments ne sont point réunis; leur extrémité est mousse, comme dans les cas de pseudarthrose; quelques petites esquilles sont libres, d'autres adhèrent aux parties molles ambiantes. Le fragment gauche est passé au-devant du fragment droit; il y a un chevauchement suivant l'épaisseur, dans l'étendue de 1 centimètre. Les tubercules géni du côté gauche répondent à la face antérieure de la branche droite.

Le foyer de la fracture ne renferme point de caillots; il communique avec l'intérieur de la bouche au niveau du frein de la langue; les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse du côté droit sont déchirés près de leur insertion et relâchés par suite de la projection en arrière des fragments qui leur donneut insertion; le nerf dentaire sort comme d'habitude par le trou mentonnier; le périoste est décollé dans l'étendue de 1 centimètre de la face antérieure du fragment droit.

Nous avons affaire indubitablement à une séparation des deux branches du maxillaire dans la suture temporaire que cet os présente sur la ligne médiane dans les premiers temps de la vie; cette lésion est évidemment ancienne; peut-être est-ce à la division portant sur un point où l'os est cartilagineux qu'il faut attribuer l'absence de ce travail de consolidation. La dépression de la partie latérale et inférieure de la face, l'existence des deux sillons sont évidemment dues au chevauchement des fragments, car la difformité s'efface en grande partie lorsque l'on fait la coaptation de la fracture : ce qui s'exécute, du reste, sans difficulté.

L'examen de la cavité thoracique présente également des particularités intéressantes, quoique mieux connues; il s'agit d'une hernie diaphragmatique du côté gauche.

La cage thoracique, examinée à l'intérieur après l'ablation des parties molles qui la recouvrent, est un peu déformée; elle n'est plus parfaitement symétrique : ce qui est dû à une voussure de sa partie supérieure à droite, et à une seconde saillie qui correspond à l'hypochondre gauche; l'ouverture de cette cavité dévoile les anomalies suivantes :

Une partie des viscères abdominaux est venue se loger dans la poitrine à travers une ouverture du diaphragme. Les viscères herniés occupent la totalitéde la moitié gauche du thorax; le poumon gauche est atrophié; les autres organes thoraciques sont refoulés à droite; les organes déplacés sont :

1° La moitié au moins du gros intestin, c'est-à-dire tout le colon transverse et une partie des colons ascendant et descendant; cet organe forme une anse très vaste dont le sommet touche à la première côte. Fortement distendu par des matières fécales, il est coloré en brun et présente près de 3 centimètres de diamètre.

2° Un quart de l'intestin grêle, c'est-à-dire la fin du jéjunum et une partie de l'iléon, forme la partie inférieure et antérieure de la masse herniaire; il est médiocrement distendu par des gaz et du méconium.

3° La rate est également herniée; maintenue par un long mésentère qui croise la colonne vertébrale, elle va se loger dans une excavation comprise entre la face postérieure du cœur en avant. Le corps des vertèbres, l'aorte, l'œsophage en arrière, et enfin à droite la base du poumon droit fortement excavée pour la recevoir.

4° Le rein et sa capsule surrénale sont situés du côté gauche beaucoup plus haut que de coutume. La capsule est complétement passée dans le thorax; le rein est à cheval sur l'ouverture diaphragmatique, tout à fait en arrière des autres viscères; il est entouré par son atmosphère graisseuse.

Le cœur, renfermé dans le péricarde, a complétement abandonné le côté gauche du thorax. Il est refoulé à droite et devenu presque vertical. Au-dessus du cœur se voit le thymus très volumineux recouvrant la base du cœur et remplissant le sommet de la cavité pleurale droite, qu'il dilate de manière à produire la voussure dont j'ai déjà parlé. Ces deux viscères semblent remplir tout le côté droit du thorax; cependant, en les soulevant, on aperçoit derrière eux le poumon droit logé dans la moitié postérieure de la cavité droite du thorax. Ce poumon, assez bien développé, n'a pas respiré; sa forme est changée, la moitié antérieure de sa face interne regarde directement en avant; elle est excavée pour loger le bord droit du thymus et la face postérieure du cœur, et séparée de ces viscères par le nerf diaphragmatique droit. La base du poumon repose sur le diaphragme; mais elle est profondément échancrée en dedans pour loger la rate, qui est située au-dessus du diaphragme.

Le cœur n'est point en contact avec la colonne vertébrale; il en est séparé en bas par la rate, plus haut par l'aorte, qui croise la colonne vertébrale au niveau de la masse auriculaire.

Le poumon gauche, situé entre le cœur et l'intestin sur un plan très superficiel, est considérablement atrophié; ses deux lobes atteignent à peine ensemble le volume d'une noix ordinaire. Le nerf diaphragmatique gauche est aussi très superficiel; il descend verticalement derrière la face postérieure du sternum.

La première portion de l'aorte, l'artère pulmonaire, le canal artériel, ne présentent rien d'anormal; mais au point où l'aorte devient descendante, elle est fortement déviée, se place sur la partie antérieure du corps des vertèbres, puis se porte bientôt à droite de la colonne jusqu'au diaphragme, où elle reprend sa position normale; l'œsophage a éprouvé une déviation semblable, qui s'explique bien du reste par la présence des viscères abdominaux.

En poussant la dissection plus loin, on reconnaît très distinctement les deux nerfs pneumo-gastriques, les cordons du grand sympathique et la veine azygos.

La plèvre droite existe comme de coutume; la plèvre gauche se continue avec le péritoine; la séreuse thoracique ne présente aucune trace d'inflammation; les viscères abdominaux n'y ont pas joué le rôle de corps étrangers. Cette particularité intéressante a, du reste, déjà été notée par les auteurs.

L'ouverture du diaphragme siége à gauche, ce qui du reste est la disposition ordinaire dans les cas de ce genre; elle est circulaire; son diamètre est au moins de trois centimètres; elle siége entre le foliole gauche du trèfle et le corps des dernières fausses côtes; partout elle est circonscrite par les fibres musculaires : la hernie a donc eu lieu à travers un écartement de ces fibres. Le pilier gauche, les ouvertures aortique, œsophagienne, celle du nerf splanchnique sont très reconnaissables et seulement un peu déplacés vers la droite. Les viscères sont assez serrés dans l'ouverture du diaphragme; on a de la peine à y engager le doigt.

La cavité abdominale renferme encore la majorité de ses viscères malgré la migration de la rate; le pancréas et l'estomac sont restés en place. Le cœcum est situé beaucoup plus haut et plus à gauche que de coutume, il touche la paroi abdominale près de l'ombilic. La région lombaire gauche est occupée par le colon descendant distendu par le méconium; mais arrivé au niveau de la symphyse sacro-iliaque, la distension de l'intestin cesse brusquement. Le rectum semble converti en un cordon musculeux gros comme une plume d'oie. J'avais cru d'abord à une oblitération congénale de ce dernier segment du tube digestif, d'autant plus facilement, qu'une sonde cannelée introduite par l'anus pénétrait à peine à quatre centimètres. Cependant, on voyait l'orifice anal souillé par une petite quantité de méconium. Mes doutes ont été bientôt levés, car, après trois ou quatre jours de macération dans l'eau, la stricture s'est résolue d'elle-même, et j'ai été fort surpris de trouver au rectum son calibre et sa structure accoutumés. J'ai pu m'assurer depuis que ces sortes d'oblitérations temporaires ne sont pas rares sur divers points du gros intestin du fœtus.

J'ai disséqué tout le reste du sujet; je n'ai constaté aucune anomalie importante dans les organes de la locomotion, de la circulation et de l'innervation. Je n'ai constaté qu'une fusion complète des muscles deltoïde et grand pectoral existant des deux côtés; fait, du reste, fort insignifiant.

Remarques. — Cette pièce, présentée à la Société de biologie, a soulevé une discussion relative à l'enchaînement étiologique des détails si multiples que je viens de décrire. M. Guérin, voyant la coïncidence des lésions de la boîte osseuse, de la mâchoire inférieure, de la cavité thoracique, du rectum, a pensé qu'on pouvait généraliser la cause de toutes ces anomalies, en leur donnant comme point de départ l'altération de l'encéphale. Il a étayé son opinion en présentant un fœtus tiré de sa collection, et qui offrait des lésions ayant plusieurs analogies avec celles que je viens d'exposer. Tout en reconnaissant la compétence de M. J. Guérin dans les questions de tératologie, je ne puis partager sa manière de voir, et la plupart de mes collègues se sont rangés à mon avis. Il est toujours épineux de prononcer sur l'origine des difformités congéniales, surtout sans renseignements du côté des ascendants; néanmoins, je crois que le fœtus en question présente un exemple très net de lésions traumatiques exercées pendant la vie intra-utérine.

La lésion de la mâchoire me semble évidemment être une fracture, ou bien, si l'on préfère, une disjonction des deux pièces qui composent cet os dans les premiers temps de son développement. La lèvre supérieure offre d'ailleurs les traces d'une solution de continuité cicatrisée.

La hernie diaphragmatique peut également s'expliquer par une violence, une pression portée sur l'abdomen de la mère et transmise au fœtus; on peut, il est vrai, invoquer l'arrêt de développement; mais, outre que cette théorie s'applique surtout aux monstruosités qui siégent sur la ligne médiane, le diaphragme ici était complet, ses fibres étaient seulement écartées, et la déchirure concomitante des deux séreuses qui le tapissent plaide en faveur de la production brusque de la hernie. D'ailleurs, l'influence du traumatisme maternel sur la conformation du fœtus me paraît un fait acquis à la science.

Je me suis expliqué plus haut sur la stricture rectale qui me paraît un fait assez naturel, et qui pourrait expliquer pourquoi la première défécation est quelquefois tardive chez les nouveau-nés.

Quant aux lésions de la boîte encéphalique, fractures, en-

foncements, entournements des os, etc., etc., et à celles des parties contenues, broiement de la substance nerveuse, hémorrhagie intra-crânienne, etc., etc.; je les regarde comme complétement distinctes des précédentes, je les attribue sans hésitation aux manœuvres obstétricales. La déformation des os est insolite, il est vrai, mais tandis que les altérations de la mâchoire, des lèvres, du diaphragme ont un caractère d'ancienneté, on voit à la tête, au contraire, les signes incontestables de violences toutes récentes.

Le monstre de M. J. Guérin était anencéphale, il portait au crâne une déformation analogue au premier abord; mais il y avait absence des os de la voûte. J'ai dit, au contraire, que sur mon fœtus le squelette était au complet, ce qui éloigne l'idée d'une altération pathologique de cette nature.

Si l'accouchement avait pu se faire naturellement, l'enfant était-il susceptible de vivre? Je le pense; la hernie diaphragmatique n'est pas, en effet, incompatible avec l'existence; c'est une lésion sérieuse, il est vrai; mais les faits attestent que les sujets qui en étaient affectés ont pu survivre pendant un temps plus ou moins long. Le cas présent est exceptionnel, à la vérité, à cause du volume énorme de la hernie, de l'absence du sac, de la compression extrême des viscères thoraciques.

Je renvoie, pour le pronostic de la hernie diaphragmatique, aux traités modernes de chirurgie et aux *Bulletins de la Société anatomique,* 1846. J'ajouterai, comme renseignement précieux, que mon excellent ami M. Goubaud, professeur d'anatomie à l'école d'Alfort, a rencontré deux fois des hernies diaphragmatiques sans sac, c'est-à-dire avec communication directe des cavités abdominale et pleurale, chez des chevaux de trait faisant parfaitement leur service et ayant succombé à des maladies tout à fait étrangères.

La plèvre en contact avez les viscères abdominaux n'offrait aucune trace d'inflammation.

La division du maxillaire, sans influence immédiate sur la viabilité, eût été certainement la source d'un grand embarras pratique. On sait combien a été discutée la question de l'opération du bec-de-lièvre, relativement à l'époque à laquelle elle doit-être pratiquée. Or, la fracture congéniale non consolidée de la mâchoire aurait mis obstacle à l'allaitement naturel, et d'un autre côté, la réduction opérée, la succion n'aurait-elle pas à chaque instant détruit la coaptation, et nui à l'immobilité que réclame le travail du cal? Quoique les *à priori* de la thérapeutique chirurgicale soient souvent démentis par les faits, ne pourrait-on pas proposer en pareil cas :

1° De réduire immédiatement la fracture;

2° De la maintenir par des moyens convenables;

3° De suppléer l'allaitement maternel par l'introduction directe du lait dans la bouche?

La contention de la fracture serait chose difficile à cause du petit volume des fragments et de l'absence de dents pouvant fournir un point d'appui aux fils ou aux appareils. Ne serait-il pas indiqué de recourir ici à la suture osseuse, appliquée avec succès par M. Flaubert dans d'autres cas, et qui, avec les pointes métalliques et les griffes, constitue dans la thérapeutique des fractures une classe de moyens que de jour en jour les chirurgiens considèrent avec moins d'effroi?

SUR QUELQUES PROCÉDÉS

proposés pour constater quelques falsifications des farines céréales.

Par M. Biot, pharmacien à Namur.

Appelés en août 1849 par l'autorité judiciaire à procéder à l'examen d'un grand nombre d'échantillons de farine, nous sommes arrivés, en accomplissant notre mission, M. Lambotte et moi, à des résultats différents de ceux qui ont été obtenus par nos devanciers. Comme l'enseignement qui découle de cet examen intéresse la justice, la science et l'économie domestique, je me propose d'exposer dans cette note le résumé de la minutieuse expérimentation qui a amené nos conclusions.

Au nombre des procédés les plus en réputation pour contrôler les farines, on peut citer le procédé de M. Martens, professeur de chimie à l'Université de Louvain, celui de M. Donny, agrégé à l'Université de Gand, et celui de M. Louyet, professeur de chimie à Bruxelles.

Je rappellerai successivement ces trois procédés; je ferai suivre chacun d'eux de l'exposé du résultat de nos expériences comparatives, et j'y ajouterai quelques réflexions générales.

Sur le procédé Martens. — La falsification des farines céréales par la farine de légumineuses, étant une des plus communes, est aussi une des plus importantes à rechercher.

On doit à M. Martens un procédé très simple pour arriver à la découverte de cette falsification. Ce procédé consiste à rechercher la présence de la légumine, principe qui abonde, comme on sait, dans la farine des graines légumineuses, féveroles, haricots, pois, vesces, etc.

D'après ce chimiste, pour constater la présence des légumineuses dans une farine, on n'a qu'à mêler la farine suspecte avec deux fois environ son volume d'eau, et laisser macérer ce mélange pendant une ou deux heures à la température de 20 à 30 degrés centigrades, en ayant soin de le remuer de temps en temps; on jette le tout sur un filtre; on lave le dépôt sur le filtre avec un peu d'eau pour entraîner toute la légumine, et le liquide filtré, additionné d'un peu d'acide acétique ajouté goutte à goutte, se trouble fortement et devient lactescent, ce qui annonce la présence de la légumine. Le liquide filtré présente, en outre, les autres caractères d'une solution de légumine; il précipite par l'acide phosphorique trihydraté; le précipité se redissout par un excès d'acide acétique ou phosphorique, par l'ammoniaque. Ce même précipité, séché sur le filtre, se prend en une pellicule mince, luisante, qui, par l'action successive des vapeurs d'acide nitrique et d'ammoniaque, acquiert une couleur d'un beau jaune serin.

Ce procédé n'a jamais manqué de nous offrir des résultats satisfaisants lorsque nous opérions sur des mélanges de farine de céréales et de légumineuses. Tous nos essais ont produit des résultats constants; mais malheureusement plusieurs variétés de froment fournissent des réactions en tout point identiques; d'autres céréales, et notamment les farines d'épeautre pur, les fournissent à un très haut degré d'intensité, comme nous l'avons reconnu. En ceci, nous n'avons pu être induits en erreur sur l'application du procédé de M. Martens; car, outre les précautions que nous avons prises, nous avons répété nos essais un grand nombre de fois avec l'attention la plus scrupuleuse, et nos résultats ont été concluants.

Cette observation démontre clairement que le procédé en question ne peut fournir à lui seul des résultats rigoureux.

Sur le procédé Donny. — M. Donny, à la suite de nombreuses recherches sur les falsifications des farines de céréales, a proposé un procédé remarquable pour reconnaître la présence de la farine de féveroles ou de vesces dans des farines de céréales. Ce procédé a été perfectionné par les recherches de l'auteur et celles de MM. Mareska, Lecanu et Louyet. Voici en quoi consiste ce procédé :

On fait adhérer à la surface intérieure d'une capsule de porcelaine une couche très mince de farine en examen, en évitant que le fond de la capsule soit lui-même couvert de farine; on verse un peu d'acide nitrique au fond de la capsule de manière à ne pas atteindre la couche farineuse; on chauffe l'acide pour le vaporiser sans ébullition jusqu'à ce que l'enduit farineux ait pris une teinte jaune dans ses portions inférieures. On enlève alors l'excédant d'acide nitrique et on le remplace par de l'ammoniaque liquide, dont les vapeurs se dégagent immédiatement et atteignent l'enduit farineux. Si cette farine était de féveroles ou de vesces pures, elle produirait immédiatement une teinte rouge-cerise très intense; si la farine était de haricots, pois, lentilles, elle ne prendrait pas cette teinte; si elle était de froment, de seigle ou d'autres céréales, elle ne la prendrait pas non plus, suivant M. Donny. Enfin, si l'on examinait de cette manière un mélange de féveroles ou de vesces et de céréales en farine, on obtiendrait des indices de la couleur rouge d'autant plus marqués que les féveroles ou les vesces seraient plus abondantes. Dans ce cas, la coloration se manifeste en points rouges plus ou moins nombreux et bien caractéristiques.

On doit faire sur ce procédé les mêmes réflexions que celles qui ont été présentées plus haut sur le procédé de M. Martens pour la recherche des légumineuses en général : c'est que s'il donne généralement des résultats satisfaisants lorsqu'on l'applique à des mélanges de farine de céréales et de féveroles ou vesces, il donne malheureusement des indications semblables avec certaines farines de froment pur, comme nous avons eu occasion de le constater dans le cours de nos recherches.

C'est ainsi que la variété de froment du Caucase connue sous le nom de *Cubanca,* réduite en farine et traitée comme l'indique M. Donny, fournit un nombre considérable de points rouge-cerise, et offre tous les caractères assignés au mélange de féveroles et de froment. Nul doute que d'autres variétés de froment ou de céréales ne présentent les mêmes réactions, d'après les observations que nous avons faites sur ce sujet.

En effet, nous avons constaté que, dans les féveroles et les vesces, la coloration rouge-cerise, déterminée par l'action successive des vapeurs nitriques et ammoniacales, se développe dans le germe de la graine, et surtout dans les parties corticales de la plumule et de la radicule; elle est à peine marquée dans la substance des cotylédons. Dans le froment cubanca, la même chose a lieu : c'est dans le germe que se produit la coloration rouge-cerise; le périsperme farineux ne se colore que d'une teinte jaune-serin. Dans tous les froments que nous avons examinés sous ce point de vue, nous avons remarqué que le germe se colore toujours de la même manière, et qu'il en est de même dans les épeautres, l'orge, le seigle; en un mot, dans la plupart et peut-être dans toutes les céréales. Si le froment cubanca réduit en farine présente un aussi grand nombre de points rouges, tandis que la plupart des autres variétés connues n'en présentent que très peu et de plus petits, c'est sans doute parce que, dans cette variété, le germe est beaucoup plus volumineux que dans d'autres variétés.

Le procédé de M. Donny ne peut donc amener une certitude absolue dans la recherche des sophistications des farines par les féveroles ou les vesces; il peut donner lieu à erreur.

Etonnés d'un pareil résultat, nous avons pris toutes les précautions possibles pour nous assurer de l'exactitude de nos observations.

Sur le procédé Louyet. — Recherche de la farine d'orge. — On possède peu de données sur ce sujet. Toutefois, M. Louyet assure que l'infusion de farine d'orge non germée se trouble faiblement par quelques gouttes ou par un excès d'acide acétique; qu'il en est de même de l'acide phosphorique trihydraté; que le sous-acétate de plomb y forme un précipité blanc floconneux abondant, entièrement soluble dans l'acide ascétique, la liqueur restant trouble; que l'alcool y détermine un précipité floconneux et mucilagineux qui se sépare du liquide; qu'en ajoutant quelque peu de la teinture d'iode, la liqueur prend une teinte vineuse. D'après le même observateur, l'infusion récente du froment (bluté ou non bluté) devient opaline, visqueuse et très gluante. Cet observateur ne dit rien de la teinture d'iode.

En répétant ces essais, nous avons reconnu les mêmes effets de la part de l'acide acétique et de l'acide phosphorique trihydraté sur des infusions de farine d'orge pur perlé et d'orge simplement mondé. Nous avons également obtenu les mêmes résultats par l'emploi du sous-acétate de plomb sur l'infusion d'orge et de l'acide acétique sur le précipité obtenu. Mais nous avons produit, contrairement à l'observation de M. Louyet, les mêmes effets avec l'infusion de froment pur en farine, bien que le précipité fût moins abondant.

L'action de l'alcool nous a fourni des résultats identiques dans les infusions récentes d'orge pur et de froment pur, contrairement aux résultats annoncés par M. Louyet.

Quant à l'action de l'iode sur l'infusion d'orge, elle a été complétement différente de celle qui est indiquée par M. Louyet. Nous avons répété l'essai un très grand nombre de fois sur de l'orge mondé et sur de l'orge perlé, et nous n'avons obtenu qu'une seule fois une légère coloration vineuse.

Les essais nombreux que nous avons faits par la teinture d'iode sur l'infusion de froment ont toujours produit une coloration vineuse. Nous ignorons la cause de ces anomalies; mais il suffit qu'elles se présentent dans des cas où les précautions les plus minutieuses ont été prises, où l'on a varié de toutes manières le mode d'expérimentation, pour faire regarder ce caractère comme bien incertain.

Il est donc établi que les procédés proposés par MM. Martens et Donny, et adoptés généralement par les chimistes pour constater la nature des farines dans les expertises judiciaires, sont impuissants, en ce sens que certaines farines de céréales pures fournissent les mêmes résultats que des farines falsifiées au moyen de légumineuses.

Il en est de même des moyens d'essai proposés par M. Louyet pour la recherche de l'orge, attendu que les falsifications ordinaires avec la farine d'orge ne modifient pas d'une manière assez concluante les caractères de la farine des autres graines céréales pour qu'on puisse y recourir avec sécurité dans des cas de suspicion de fraude.

Tel est le résultat que nous avons obtenu par une longue et attentive expérimentation.

Ce résultat, aussi remarquable sous le point de vue moral que sous le point de vue scientifique, peut être pris pour exemple du peu de confiance qu'il est permis en saine raison d'accorder aux déductions de chimie organique de ce genre, et démontre combien il est difficile d'arriver à la connaissance de la signification exclusive d'un fait de cette nature.

Un fait chimique ayant ou pouvant acquérir une très grande importance ne saurait, dans une monographie, être exposé avec trop de soin pour en faire juger et pour faire éviter les effets plus ou moins funestes de l'erreur à laquelle il pourrait donner lieu, soit par une fausse application, soit par une fausse interprétation, etc.

A ce sujet, je crois encore utile de signaler quelques particularités sur les observations qui précèdent. Ainsi, nous avons remarqué, dans le cours de nos expériences, que la coloration rouge variait, dans le temps de sa production, sur une farine donnée, et que le nombre de points rouges variait également, dans des expériences semblables, sur des farines de même graine, mais de provenances agricoles différentes.

Cette remarque nous a conduits à constater que la coloration par l'action successive de l'acide nitrique et de l'ammoniaque se produit exclusivement dans les germes des graines céréales; de là nous dûmes conclure que plus les germes sont naturellement développés, plus est grand le nombre de points rouges dans la farine soumise à l'essai, comme le prouve d'ailleurs l'expérience directe.

Le siége de la matière colorable étant mis en évidence, il devenait au moins intéressant de pouvoir expliquer pourquoi la coloration rouge ne se développait pas avec la même rapidité dans des échantillons identiques. La recherche de l'explication nous a mis à même de démontrer que, quand une certaine quantité de vapeur d'eau frappe l'enduit farineux immédiatement après l'action de l'ammoniaque, le temps de la coloration ne varie pas sur ces échantillons.

En négligeant l'observation qui précède, la connaissance d'une condition essentielle de réussite nous échappait, car la quantité de vapeur aqueuse nécessaire à la coloration se produisait à l'insu de l'opérateur, de sorte que, dans des expériences qui paraissent les mêmes, les résultats pouvaient varier du tout au tout, ce qui avait échappé à l'observation jusqu'à l'époque de nos opérations. Dans nos expériences, la couleur rouge-cerise n'a jamais manqué de se produire sur toutes les farines céréales, lorsque, après avoir appliqué le procédé Donny, nous soumettions l'enduit farineux à une légère émanation de vapeur aqueuse.

En signalant ces erreurs de chimie légale, je fais connaître un résultat général négatif qui, en rendant certaines falsifications plus difficiles à constater, fournit du moins à l'innocence accusée les moyens de se justifier.

Ces réflexions donneront peut-être lieu à des recherches, et il faut espérer qu'il en sortira des données profitables à la science et à la justice, qui sont loin d'être satisfaites.

(*Bull. de l'Acad. royale des sc. de Belgique.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 août 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'intérieur transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Leviez, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné du mois d'août 1851 au mois d'avril 1852 dans la commune de Givenchy-en-Gohelle (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Ganard, médecin inspecteur des eaux minérales de Segrais (Loiret), contenant des renseignements sur la composition et les propriétés curatives de ces eaux (commission des eaux minérales);

3° Un rapport de M. le docteur Dorez, médecin inspecteur des eaux minérales de Provins (Seine-et-Marne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851 (même commission);

4° Un rapport de M. le docteur Buissard, médecin inspecteur des eaux minérales de La Motte (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1849, et un exemplaire d'une notice du même auteur sur la composition et l'action thérapeutique de ces eaux (*id.*).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Remèdes secrets.

M. Chérot père, colon agricole à Ben-Ismaël, commune de Castiglione (Alger), fait l'envoi d'une substance dont il demande l'analyse (commission des remèdes secrets).

Remède contre la rage.

M. Langlebert, de Loërhner, qui a déjà fait connaître par l'intermédiaire du ministre qu'il croyait posséder un remède sûr contre la rage, informe l'Académie qu'il se met à sa disposition pour lui fournir tous les éléments d'appréciation qu'elle pourra désirer.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit un premier rapport sur deux sources sulfureuses nouvelles découvertes à Cauterets (Hautes-Pyrénées). Ces eaux étant de la même nature que toutes celles de cette localité qui alimentent tous les établissements thermaux qu'on y connaît, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

— Le même rapporteur lit un deuxième rapport sur une source d'eau acidule alcalino-terreuse et ferrugineuse, dite de la Veyrasse (Hérault). Cette eau a fourni à l'analyse :

Pour 1,000 grammes,
Acide carbonique libre, un cinquième du volume environ.

Bicarbonate anhydre de soude. . .	0,562
— de potasse. . .	0,186
— de chaux. . .	0,523
— de magnésie. .	0,174
— de strontiaue, indices.	
— de fer. . . .	0,008
Sulfate alcalin et calcaire. . . } Chlorures alcalins et terreux. . }	0,101
Iodure et bromures, indices douteux.	
Silice. . . . . Alumine. . . . . Matière organique, peu. . . . Principe arsenical, très sensible et perte. . . . . . . }	0,090
	1,644 principes minér.

Vu la nature chimique de cette eau et son analogie de composition et probablement d'action médicale avec des eaux voisines et autres en pleine exploitation, la commission propose de déclarer qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation de l'exploiter.

— Le même rapporteur lit un troisième rapport sur une source salée iodo-bromurée de Roucas-Blanc, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

En voici la composition :

Pour un poids de 1,000 grammes,

Chlorure de sodium.	20,530
— de potassium.	0,600
— de magnésium.	2,000
Bromure. . } Iodure. . . } alcalins probables. . .	0,005
Sulfate anhydre de soude. . . . — de potasse. . . . — de magnésie. . . — de chaux. . . . }	2,100
Bicarbonate de chaux. . . . . — de magnésie, peu. . . }	0,470
Silice. . . . . Alumine. . . . . Phosphate terreux ou alum., indices. Lithine? . . . . Fer, fort peu. . . . . . . Matière organique, peu. . . . Perte. . . . . }	0,200
	25,930 princip. salins.
Eau pure.	974,070
	100,000

L'autorisation est également accordée. (Adopté.)

Etudes analytiques et comparatives sur la thermalité et la sulfuration des sources des Pyrénées.

M. Patissier lit sous ce titre, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lambron.

L'idée qui domine dans ce mémoire, c'est que la connaissance de la thermalité et de la sulfuration des nombreuses sources des Pyrénées permettra désormais d'asseoir l'action curative qu'on a droit d'en attendre et dirigera le médecin dans leur choix et leur mode d'application. Les commissaires ne partagent pas cette opinion trop absolue. Sans aucun doute, dit M. le rapporteur, dans l'étude des agents thérapeutiques il est essentiel de s'enquérir, de tenir compte de leurs propriétés physiques et chimiques, mais à notre sens ces notions sont insuffisantes pour guider le praticien. On serait dans l'erreur si l'on pensait que la notion exacte du degré de chaleur et de la quantité de sulfure de sodium contenu dans une source suffit pour fixer ses vertus médicinales. Peut-on croire, en effet, que les autres principes constituants, tels que le carbonate ou silicate alcalin, l'iode, l'arsenic, l'azote, l'oxygène, etc., ne sont pas solidaires de l'effet obtenu ? Peut-être qu'un jour un expérimentateur vous adressera un tableau indiquant dans chaque source sulfureuse des Pyrénées la dose de carbonate alcalin qu'elle recèle et invoquera cet élément minéralisateur pour formuler les propriétés thérapeutiques des eaux ; un autre en fera autant pour l'iode ; un autre pour l'arsenic, l'azote, etc., suivant les opinions régnantes. Dans quelle perplexité fâcheuse se trouvera le praticien éloigné des sources ? C'est donc une manière vicieuse d'apprécier la puissance curative des eaux minérales que d'étudier le *modus agendi* de chacun de leurs principes constituants et d'en déduire l'action générale du composé ; ce n'est pas ainsi que ces principes agissent sur nos organes lorsqu'on fait usage des eaux à l'intérieur et à l'extérieur ; ils sont alors mêlés, combinés tels que la nature les a réunis ; or de leur action réciproque doit nécessairement résulter une action médicatrice différente de celle que chacun possède dans son état distinct et isolé.

M. le rapporteur engage, au nom de la commission, M. Lambron à compléter son œuvre en transmettant à l'Académie un parallèle clinique des propriétés médicinales des diverses sources sulfureuses qu'il a si bien étudiées au point de vue chimique. Le travail de M. Lambron occupera une place distinguée dans le rapport général pour l'année 1851. En attendant, la commission propose de répondre au ministre que le mémoire de M. Lambron est plein d'intérêt au point de vue physico-chimique, et que cet honorable confrère mérite d'être encouragé dans ses recherches hydrologiques.

Cancer des animaux.

M. Leblanc, candidat pour la section de médecine vétérinaire, lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur le cancer des animaux.*

L'auteur résume son mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les auteurs qui, depuis des siècles, ont écrit sur la médecine vétérinaire ont négligé l'étude du cancer. Il n'y a guère que vingt-cinq ans qu'on a commencé à faire des recherches sérieuses sur cette maladie chez les animaux.

2° En combinant l'usage du microscope avec les moyens d'exploration habituels, on doit rarement se tromper sur le diagnostic d'une tumeur cancéreuse.

3° On a trouvé des tumeurs cancéreuses chez le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, le porc, le chat, le lapin et la souris.

4° On n'a encore rencontré le cancer ni chez les oiseaux, ni chez les reptiles, ni chez les poissons.

5° Le cancer des animaux est caractérisé par les mêmes éléments anatomiques, microscopiques que celui du cancer de l'homme, par la cellule multiforme à noyau, dite cellule cancéreuse. Cette cellule est, en général, plus petite chez les animaux, notamment dans les petites espèces. Elle présente les mêmes modifications chez les animaux que chez l'homme.

6° Les tumeurs dites cancéreuses, c'est-à-dire celles dans lesquelles on trouve l'élément cancéreux, se composent de cet élément et des autres productions variables que l'on trouve dans les tumeurs cancéreuses de l'homme. Elles ont reçu les dénominations principales de squirrhe et d'encéphaloïde, selon leur aspect, leur consistance et l'arrangement particulier de leurs parties intégrantes. Il existe toujours dans ces tumeurs un liquide trouble, lactescent à l'état d'infiltration, et que l'on a appelé suc cancéreux.

7° Les tumeurs cancéreuses peuvent se ramollir, se réduire en putrilage et renfermer des matières liquides libres.

8° Elles peuvent s'ulcérer.

9° Elles se propagent d'autant plus vite qu'elles sont plus anciennes, plus ramollies, qu'elles contiennent des substances putrilagineuses ou liquides et qu'elles sont ulcérées.

10° La substance gélatiniforme, dite colloïde, et la mélanose, qui ne sont pas des productions cancéreuses, peuvent se rencontrer dans les tumeurs cancéreuses.

11° Les animaux, les chiens et les chats notamment, sont exposés à une infection générale cancéreuse et à un état dit cachexie cancéreuse, quand bien même on ne trouve pas l'élément cancéreux dans tous les points de l'économie ni dans les liquides circulatoires, où d'ailleurs on ne l'a pas encore rencontrée.

12° On a trouvé le cancer à peu près dans toutes les régions du corps, dans tous les tissus et même dans les vaisseaux sanguins.

13° Le cancer est probablement incurable, du moins on l'a vu récidiver dans l'immense majorité des cas ; et alors même qu'une tumeur ne reparaît pas après son excision, ou qu'il n'en reparaît pas une autre sur un animal opéré, on ne peut pas affirmer que cet animal n'est plus cancéreux.

14° La plupart des causes du cancer sont inconnues. On a seulement remarqué que les carnassiers étaient plus souvent cancéreux que les herbivores et les carnivores, et que, parmi les carnassiers, ceux qui étaient sédentaires et qui mangeaient beaucoup de substances très animalisées étaient les plus exposés au cancer.

15° Les femelles sont plus sujettes au cancer que les mâles.

16° Le cancer est héréditaire ; on l'a du moins constaté chez le chien.

17° Il n'est pas contagieux, ni des animaux aux animaux, ni de l'homme aux animaux.

18° Le régime exclusivement animal paraît favoriser le développement du cancer chez les chiens et les chats domestiques, notamment chez ceux qui sont très sédentaires.

19° L'affection cancéreuse, et les tumeurs cancéreuses en particulier, ne disparaissent pas sous l'influence des médicaments.

20° Quand une tumeur cancéreuse bien caractérisée apparaît, il faut en faire l'ablation complète le plus tôt possible, ou la détruire par la cautérisation lorsqu'on ne peut pas l'atteindre avec l'instrument tranchant.

21° On recule les récidives des tumeurs cancéreuses en soumettant au régime presque exclusivement végétal les carnassiers domestiques cancéreux.

22° On avait à tort qualifié de cancer ou de squirrhe, chez les animaux, un grand nombre de productions morbides qui en diffèrent sous plus ou moins de rapports. (Telles les tumeurs exclusivement mélaniques, certaines tumeurs ganglionaires tuberculeuses ; des tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, fibro-celluleuses, épithéliales, etc.)

Le meilleur moyen curatif à employer contre la plupart de ces lésions est encore l'ablation des parties malades ; mais on peut et on doit en guérir quelques-unes, comme celles connues sous les noms de crapaud et d'eaux aux jambes, qui ne sont que des lésions hypertrophiques, sans exciser les tissus malades qu'il est très important de conserver.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 août 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Moyen de faire cesser les douleurs violentes qui existent dans l'ophthalmie purulente.

M. Guyon, inspecteur général du service de santé à l'armée d'Afrique, communique une note sur la principale cause des violentes douleurs qui existent dans l'ophthalmie purulente, et d'un moyen propre à les faire cesser immédiatement. On sait que dans l'ophthalmie purulente les vaisseaux de l'œil et de la paupière sont plus ou moins gorgés de sang, et forment même assez souvent des nodosités considérables. Le moindre glissement de la paupière sur l'œil occasionne alors des douleurs tellement vives, qu'on a vu des malades, ne pouvant plus les supporter, se donner la mort. Un moyen propre à les faire cesser immédiatement, si intenses qu'elles soient, consiste à interposer, entre l'œil et la paupière, un corps lisse quelconque, pourvu qu'il soit approprié à la disposition des parties.

Comme corps lisse propre à cette destination et se conformant assez bien à la disposition des parties, M. Guyon s'est d'abord servi de l'opercule dont les colons des Antilles se servent pour favoriser la sortie des corps étrangers qui pénètrent dans les yeux. Depuis, il a eu recours à des corps plus grands et mieux appropriés, par leur forme, aux surfaces inter-oculaires. Ces corps sont des disques en ivoire. Deux suffisent au but qu'on se propose, l'un sous la paupière supérieure et l'autre sous l'inférieure.

Pour procéder à leur introduction, il faut que le malade soit couché si on opère sur la partie supérieure de l'œil, et assis si c'est sur l'inférieure. Après quoi, ayant pincé la paupière verticalement, et de manière à obtenir entre elle et le globe de l'œil un léger écartement, on laisse glisser dans celui-ci le disque qu'on a approché, porté à l'extrémité d'une spatule ou d'une cuiller à café ; on l'y maintient ensuite un instant avec l'extrémité du petit doigt, et en l'y poussant légèrement s'il y a lieu.

M. Guyon se sert, concurremment avec le corps lisse inter-orbitaire, de terre à foulon réduite en poudre, terre que les indigènes connaissent sous le nom de *téfel*, et qu'ils emploient dans leurs bains en guise de savon. Ce seul moyen suffit même pour remplir le but dans les cas peu graves, c'est-à-dire dans ceux où les douleurs sont modérées et où les granulations par conséquent sont peu considérables, peu développées. Pour s'en servir, après avoir porté la tête du malade en arrière, on écarte les paupières avec le pouce et l'index de la main gauche, en même temps que, de la droite, on laisse tomber dans leur écartement une pincée de la poudre en question.

Quant à son mode d'action, la terre à foulon appliquée sur la peau la rend douce et lisse, et il est permis de supposer qu'il se passe quelque chose de semblable dans son application sur la conjonctive.

Chronique et nouvelles.

Organisation du personnel de santé militaire.

9e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE MARSEILLE.

Médecins. — MM. Froment, principal de 1re classe ; — Durand, Deslandes, majors de 1re classe ; — Mercier, Lapeyre, aides-majors de 1re classe ; Beaufils, aide-major de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Faseuille, major de 1re classe ; — Meley, major de 2e classe ; — Soulé, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — Crestin, Peigné.

HÔPITAL DE TOULON.

Médecins. — MM. Secourgeon, principal de 2e classe ; — Hecquin, Haspel, majors de 1re classe ; — Hansen, aide-major de 1re classe.

Pharmaciens. — MM. Campiomont, major de 2e classe ; — Monsel, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Rémy, Fouquet, Alezais, Bercegol, Billon.

RÉSERVE DE MÉDICAMENTS.

Pharmaciens. — MM. André, principal de 1re classe ; — Rodemaker, major de 2e classe.

10e DIVISION MILITAIRE. — HOSPICE CIVIL DE MONTPELLIER.

M. Gandineau, médecin-major de 1re classe.

11e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL MILITAIRE DE PERPIGNAN.

Médecins. — MM. Morgue, principal de 1re classe ; — Gassaud, principal de 2e classe ; — Maupin, major de 1re classe ; — Donnezan, Desjardins, aides-majors de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Ferran, Molinier.

Pharmaciens. — MM. Arvers, major de 1re classe ; — Gontier, aide-major de 2e classe.

HÔPITAL DU MONT-LOUIS.

Médecin. — M. Lenoir, aide-major de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Rivoire.

Pharmacien. — M. Veret, aide-major de 2e classe.

12e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE TOULOUSE.

Médecins. — MM. Vallet, principal de 1re classe ; — Aulagnier, principal de 2e classe ; — Chastanier, major de 1re classe ; — Cornac, Becane, aides-majors de 1re classe ; — Bouchery, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Bezard, Segur, Constantin.

Pharmaciens. — MM. Deplanque, major de 2e classe ; — Bourgeois, aide-major de 1re classe.

13e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE BAYONNE.

Médecins. — MM. Pascal, principal de 1re classe ; — Mialhes, major de 1re classe ; — Dareix, aide-major de 1re classe ; — Bédel, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Delpech, Prat, Larbès.

Pharmaciens. — MM. Coquelet, major de 1re classe ; — Bourgeois, aide-major de 1re classe.

HÔPITAL DE SAINT-JEAN-PIED-DE-PORT.

Médecins. — MM. Tellier, major de 2e classe ; — Py, aide-major de 2e classe.

Pharmacien. — M. Grise, major de 2e classe.

HÔPITAL DE BARÈGES.

Médecins. — MM. Duplan, principal de 1re classe ; — Campmas, principal de 2e classe.

Bulletin bibliographique.

LE SOURD.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 105. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1852.

(25e ANNÉE)

N° 105. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de la Société de chirurgie du 25 août. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Traitement palliatif du varicocèle. — Plaie par arme à feu. — Epanchement pleurétique unilatéral. Refoulement considérable des viscères. Thoracentèse. — Ascite communiquant avec la tunique vaginale. Ponction par le scrotum. Quelques observations sur le bruit produit par le passage du liquide à travers le canal inguinal. — REVUE CLINIQUE DES HÔPITAUX ANGLAIS. De la suture du périnée par le procédé de M. Brown. — Emploi de l'alcool en topiques pour la guérison des hypertrophies mammaires partielles. — Des cataractes congéniales. CORRESPONDANCE. Lettre de M. Magne.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1852.

Séance de la Société de chirurgie du 25 août.

Un fait important s'est produit dans la Société de chirurgie ; il intéresse à un trop haut point le corps médical pour que nous le laissions passer sans en dire quelques mots.

Voici une rapide analyse du fait :

Un médecin bien connu de l'Ecole de Paris, ancien prosecteur de la Faculté, fut consulté par un individu qui se présentait à lui dans les circonstances suivantes :

A la suite d'une discussion, cet homme reçut un vigoureux soufflet qui le fit tomber de côté sur le sol. Il en résulta immédiatement une douleur vive dans la région du dos, au niveau de l'omoplate ; le médecin reconnut une fracture de l'épine de cet os.

Tous les caractères de la fracture sont indiqués avec soin.

L'absence de déplacement permit de ne point appliquer d'appareil. Pour tout pansement, on maintint dans une écharpe le bras du côté malade.

Un procès intervint à propos du fait qui avait été cause de l'accident, et cela plus d'un mois après.

Deux médecins appelés comme arbitres nièrent la fracture ; l'un, disant que la fracture de l'épine de l'omoplate ne peut avoir lieu qu'à la suite d'un coup de *basse* ou d'un coup *d'arme à feu*, et que lorsqu'elle existe les mouvements du bras restent impossibles ; l'autre, se basant sur l'absence d'ecchymose et d'engorgement, et signalant comme preuve de la non-fracture l'absence de tout appareil. Un juge adopta ces raisons et les fit entrer dans ses conclusions.

« ... Si la fracture avait existé, dit le magistrat, le » moindre mouvement du bras eût été impossible. » (Textuel.)

On comprend quelle devait être, en cette circonstance, la position du premier médecin. Taxé d'ignorance dans un acte émané de la justice, acte dont la valeur s'accroissait en raison de l'appui donné par deux médecins, il n'avait pour se relever qu'un seul moyen, et ce moyen, il l'a saisi en soumettant avec loyauté les questions suivantes à la Société de chirurgie :

1° Une chute dans laquelle l'épaule porte sur le sol peut-elle déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate ?

2° Avec une fracture de l'épine de l'omoplate, le malade peut-il exécuter des mouvements, croiser les bras, se livrer à un léger travail ?

3° Une écharpe est-elle suffisante pour guérir sans difformité une fracture de l'épine de l'omoplate qui n'était compliquée d'aucun déplacement ?

4° De ce que, trente-huit jours après une chute sur l'épaule, on ne trouve ni ecchymose, ni engorgement, ni difformité, est-on autorisé à conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a pas existé ?

Après une discussion assez animée, la Société a procédé au choix d'une commission chargée de lui soumettre une réponse aux questions qu'on lui posait.

Cette commission, composée de MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur, a fait connaître, dans la séance du 1er septembre, le résultat de son travail. Nos lecteurs liront avec intérêt ce mémoire, rédigé avec une netteté et une rigueur de langage qui ne peuvent laisser aucun doute sur la pensée des honorables commissaires.

M. Robert a passé en revue chacune des questions, et en a donné la solution sous une forme éminemment pratique. Nous publierons en entier cette pièce intéressante.

M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, avait déjà donné l'appui de sa parole au médecin qu'intéressent ces débats, dans une leçon clinique relative à un fait analogue de fracture de l'omoplate.

La Société de chirurgie n'a voulu, du reste, s'engager en rien dans l'appréciation du fait spécial qui lui était soumis, et faisant en cela preuve d'une réserve prudente, elle a décidé que l'on ne répondrait absolument qu'aux questions purement générales. C'est suivant cette donnée que sera définitivement rédigé le rapport renvoyé à la commission pour y faire quelques modifications dans le sens que nous indiquons. E. L.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement palliatif du varicocèle.

Le varicocèle est une affection excessivement commune, mais il est assez rare qu'il devienne une cause de malaise. Tant qu'il reste peu volumineux, il ne trouble en rien les fonctions ; seulement, par l'accroissement du développement variqueux, il peut amener des douleurs assez aiguës, s'irradiant vers les reins et gênant la marche des malades. C'est en raison de ces accidents que l'on a proposé et exécuté un certain nombre de procédés chirurgicaux pour en obtenir la cure radicale. Nous sommes assez disposé à repousser pour les maladies des veines, à moins de nécessité absolue, l'action chirurgicale, et dans l'immense majorité des cas un traitement palliatif suffit pour faire disparaître les accidents.

Souvent l'usage du suspensoir remplit très convenablement le but qu'on se propose ; mais quelquefois ce moyen ne suffit pas. Dans ces cas, M. Hervez de Chégoin a proposé de diminuer le volume du scrotum en tirant en bas la peau des bourses du côté malade et en contournant à sa base cette partie inutile de l'enveloppe scrotale à l'aide d'un lien modérément serré.

Nous avons vu à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. Larrey, salle 28, un jeune soldat qui porte un varicocèle volumineux du côté gauche. Cet homme éprouvait du fait de cette affection un malaise assez grand pour ne pouvoir continuer son service. Un suspensoir convenablement disposé et bien appliqué ne modifiait en rien la souffrance et la gêne qu'il éprouvait. M. Larrey eut alors l'idée de recourir au procédé indiqué par M. Hervez de Chégoin, et depuis tout accident a disparu. Le malade peut rester longtemps debout et marche sans rien ressentir du côté malade. M. Larrey a eu déjà recours plusieurs fois à ce traitement d'une si grande simplicité et toujours avec le même succès.

Le lien dont se sert M. Larrey est formé à l'aide de bandelettes fines de diachylum. Nous signalerons comme simplifiant encore ce genre de traitement un petit anneau creux en caoutchouc vulcanisé fabriqué par notre confrère M. Gariel : cet anneau peut être rempli d'air à l'aide d'un insufflateur et devenir plus ou moins compressif suivant la quantité d'air qu'il contient.

Plaie par arme à feu.

On sait combien les balles lancées par la poudre à canon éprouvent par le fait des surfaces osseuses qu'elles rencontrent de modifications dans leur marche à travers les tissus. La direction imprimée à l'arme meurtrière ne peut le plus souvent donner avec certitude le trajet que devra suivre le projectile.

C'est ainsi que des coups de feu, en apparence dirigés d'une main sûre, manquent bien souvent le but que l'on voulait atteindre. Nous avons pu en observer un exemple intéressant à l'hôpital Beaujon.

Le 7 juillet 1852 est entré à l'hôpital Beaujon, n° 183, dans le service de M. Huguier, le nommé Bourdraux (Nicolas-Antoine), âgé de soixante-huit ans.

Cet homme, quelques instants avant son entrée, sous l'influence du chagrin qu'il avait éprouvé en voyant une place qu'il désirait, lui échapper, avait tenté de se faire sauter la cervelle. Il s'était rendu chez la personne qu'il considérait comme l'auteur du mécompte qu'il avait éprouvé, et là, armé d'un petit pistolet de poche qu'il tenait à une distance d'un demi-pied environ de sa figure, il tenta de se suicider.

Le pistolet, dont le canon avait environ deux pouces de longueur, était chargé jusqu'à la gueule.

Il y avait peu de poudre ; mais en revanche un lingot de plomb, long de plus d'un pouce, le remplissait en grande partie. Ce lingot était formé par une balle qui, beaucoup trop grosse pour le canon du pistolet, avait été allongée à coups de marteau de manière à former un cylindre. La balle, dirigée de bas en haut et un peu obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière, vint frapper au-dessous de la narine gauche, fendit la lèvre de haut en bas depuis son bord libre jusqu'au nez ; puis, rencontrant l'apophyse montante du maxillaire gauche, elle la fracassa. Suivant toujours sa marche oblique, elle traversa le sinus maxillaire, brisant une partie de sa paroi antérieure du bord, puis perforant la paroi supérieure de cette cavité et pénétrant enfin dans l'orbite.

L'œil fut ouvert à sa partie inférieure au-dessous de la cornée, et il se vida ; puis la balle, après avoir produit ces altérations, s'arrêta dans l'orbite et y demeura fixée.

Le malade resta debout après le coup de feu ; il n'éprouva qu'un peu d'étourdissement ; il put parler et manifester le regret qu'il éprouvait d'avoir manqué son coup.

Il arriva à l'hôpital à l'heure de la visite. M. Huguier constata les lésions que nous avons signalées et reconnut que la balle était restée dans la cavité orbitaire. A l'aide d'un débridement partant de la commissure interne des paupières et se rendant sur le nez, il agrandit la fente palpébrale et put facilement extraire le lingot, qui se trouvait déformé à l'extrémité qui la première avait frappé sur les os.

Les suites de cette lésion complexe furent on ne peut plus heureuses : on réunit la plaie de la lèvre ; on prescrivit successivement trois saignées du bras, et en outre, une fois, on appliqua des sangsues à l'anus.

Aujourd'hui nous avons examiné le malade ; il reste de cette grave plaie les traces suivantes :

1° Une cicatrice linéaire de la plaie labiale ; le nez ne présente aucune difformité ;

2° En pressant avec le doigt sur la face antérieure de l'os maxillaire supérieur, on sent à travers la peau des inégalités résultant de la fracture ;

3° Les paupières, déprimées en arrière, restent fermées ; en les écartant avec les doigts, on trouve le moignon de l'œil, et l'on reconnaît encore à une petite tache noirâtre le reste de la cornée transparente.

Du reste, nous ajouterons que l'état moral du malade est excellent. Sorti du mauvais pas dans lequel il a perdu un œil, il paraît décidé à ne pas recommencer sa tentative de suicide.

Incidemment nous signalerons une particularité assez singulière. Il y a trois ans, le frère de cet homme fut également reçu à l'hôpital Beaujon dans la même salle et dans le même lit, pour y être traité des suites d'une tentative de suicide. Il avait voulu se couper la gorge avec un rasoir. Il existait chez cet homme une large plaie de la trachée, qui avait été divisée en bec de flûte. De même que son frère, il paraît avoir renoncé à porter de nouveau atteinte à ses jours.

Avant de terminer, nous ajouterons que nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Huguier, examiner la balle qu'il a extraite ; elle est allongée, comme nous l'avons dit, et on peut voir l'action extraordinaire que l'os a exercée sur elle. L'extrémité qui, pénétrant la première, rencontra l'apophyse montante du maxillaire fut fendue dans l'étendue de plus d'un centimètre ; les deux branches du cylindre ainsi séparées présentent à leur extrémité un écartement de 6 millimètres. Sous l'influence de ce premier choc, la balle perdit sa direction, elle bascula, et ce fut l'autre extrémité qui prit la position la plus profonde. C'est ainsi qu'elle fut trouvée dans l'orbite ; c'est bien certainement grâce à cette évolution qui diminua la force de projection que le malade a dû de conserver la vie sauve. Plusieurs chirurgiens avaient admis avec une certaine répugnance la possibilité de ces divisions de balle contre les crêtes osseuses. Mais actuellement ces faits sont acquis à la science d'une manière incontestable. Nous rappellerons à ce propos un excellent travail de M. Huguier, communiqué à l'Académie de médecine. Dans son mémoire l'auteur, en outre des faits nombreux empruntés à sa pratique, a rapporté d'intéressantes expériences faites sur le cadavre, et qui ne peuvent laisser subsister aucun doute.

Épanchement pleurétique unilatéral. — Refoulement considérable des viscères. — Thoracentèse.

La présence d'une quantité considérable de liquide dans la cavité pleurale doit nécessairement produire des modifications marquées dans la situation des différents organes thoraciques et abdominaux.

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. Barth un malade présentant, à la suite d'un épanchement dans la plèvre gauche, un déplacement tellement marqué du cœur et de l'estomac, que l'on put croire qu'il existait chez cet homme une transposition viscérale. Nous tenons de l'obligeance de M. Dufour, interne de service, l'observation suivante, que nous donnons sommairement.

Le nommé Gabriel, âgé de vingt-six ans, est entré le 1er juillet à l'hôpital Beaujon. Cet homme, d'une bonne constitution, aurait eu successivement une pneumonie, puis une pleurésie. Cette dernière maladie l'avait retenu pendant trois mois à l'hôpital de Gonesse. Un traitement assez énergique n'avait pu faire disparaître un vaste épanchement qui existait lors de son admission dans le service de M. Barth.

Alors le côté gauche de la poitrine offrait une ampliation manifeste, qui, mesurée, se trouva être de 3 centimètres. Les espaces intercostaux étaient effacés. Il y avait du reste une dyspnée très violente.

Dans la région précordiale n'existait aucun battement. On le trouvait très manifeste au-dessous du sein droit. Le malade ne peut dire si cette disposition existait avant la maladie.

A l'auscultation, on reconnaît d'une façon positive l'impulsion de la pointe du cœur au lieu que nous avons indiqué.

On n'entend dans tout le côté gauche aucun bruit respiratoire, ni le retentissement de la voix.

Par la percussion on reconnaît une matité complète dans tout le côté gauche. Transversalement cette matité s'étend jusqu'au bord droit du sternum.

Enfin dans l'hypocondre gauche on ne trouve aucune trace de sonoréité pouvant annoncer la présence de l'estomac.

Dans le côté droit, au contraire, sonoréité partout, en arrière, latéralement, en avant et même au niveau du foie. Il n'y a qu'un point non résonnant, c'est sur la place occupée par le cœur.

La respiration se fait très bien à droite.

En résumé le diagnostic, quant à la maladie de la plèvre, était facile; mais il était difficile de dire si on avait affaire à un simple refoulement du cœur par l'hydrothorax, ou bien à une transposition congéniale des viscères.

La solution de cette question offrait de l'intérêt, car le traitement indiqué impérieusement, la thoracentèse pouvait offrir de la difficulté, et on pouvait craindre, en agissant sur un malade offrant des transpositions viscérales, de blesser un organe important. Nous avons noté la matité qui existait dans l'hypochondre droit. Etait-elle due au refoulement du diaphragme en bas par l'épanchement, ou à la présence d'un organe déplacé? Cette disposition rendait le diagnostic encore plus douteux. En présence de ces difficultés, M. Barth dut agir avec une extrême prudence; il fit la ponction dans un point assez élevé dans le 5ᵉ espace intercostal, au niveau de l'angle des côtes. Il se servit d'un trocart à robinet, armé d'un long tuyau de baudruche. L'instrument fut introduit sans incision préalable de la peau, très obliquement de bas en haut et d'arrière en avant.

L'écoulement du liquide s'opéra sans la moindre réaction pénible pour le malade, grâce à l'intermittence que ce robinet de la canule permettait d'établir dans le jet. A mesure que sortait le liquide on constatait le retour de la respiration dans la partie supérieure du poumon. On obtint cinq litres et demi de liquide. C'était une sérosité ressemblant assez à une infusion concentrée de thé, un peu trouble, inodore, précipitant abondamment par l'acide nitrique.

L'amélioration fut immédiate; pas de réaction fébrile. Le lendemain, la respiration était presque facile.

Après une semaine, il fut facile de reconnaître que les déplacements n'étaient pas le résultat d'une transposition d'organe, mais bien produits par le refoulement; le cœur reprenait insensiblement sa place; on retrouvait la matité du foie à droite et la sonorité dans la région stomacale.

Nous n'entrerons pas dans d'autres détails sur les phénomènes successivement remarqués dans la poitrine. Nous nous contenterons de dire que le malade est dans un état très satisfaisant. Il reste encore un peu d'épanchement qui semble être en voie de résolution.

Ascite communiquant avec la tunique vaginale. — Ponction par le scrotum. — Quelques observations sur le bruit produit par le passage du liquide à travers le canal inguinal.

Nous signalerons à nos lecteurs un autre fait intéressant que nous avons observé également dans le service de M. Barth.

Un malade, offrant une hydropisie ascite en communication directe avec la tunique vaginale, a été ponctionné le 22 juillet; le trocart a été introduit par le scrotum; le liquide s'est reproduit depuis; mais on peut observer actuellement sur ce malade un phénomène qui peut jeter quelque jour sur le mode de production des bruits qui sont le résultat du passage d'un liquide à travers un orifice plus ou moins rétréci.

Voici, en effet, ce qu'on remarque: lorsque par une pression méthodique on a fait remonter dans la cavité péritonéale la totalité du liquide contenu dans les bourses, si on applique un stéthoscope sur l'orifice externe du canal inguinal quand le liquide regagne la tunique vaginale, on entend comme un bruit de voiture roulant dans le lointain.

Ce bruit a son maximum d'intensité à l'orifice même du canal; si on ausculte à une certaine distance, la transmission va en s'affaiblissant et cesse à 5 ou 6 centimètres au-dessus et au-dessous du canal inguinal; en outre si, par une pression exercée sur le ventre, on précipite le cours du liquide, alors le son devient manifestement plus fort et en même temps d'un ton bien plus élevé.

Dʳ E. L.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

Les développements que nous avons dû donner depuis un mois aux débats qui se sont élevés à l'Académie au sujet de la syphilisation nous ont empêché de publier la suite des articles que notre honoré confrère M. A. Deville veut bien nous adresser de Londres. Nous reprenons aujourd'hui cette publication, et nous comptons bien que rien ne viendra plus l'entraver.

De la suture du périnée par le procédé de M. Brown (1).

La conséquence de tout ce qui précède, c'est qu'en combinant, comme il l'a fait, plusieurs moyens particuliers qui constituent par leur ensemble son procédé, M. Brown a perfectionné notablement la périnéoraphie, et aura contribué pour l'avenir à débarrasser bon nombre de malheureuses femmes d'une dégoûtante infirmité.

Parmi les détails de son procédé, il y en a un sur lequel il faut que nous insistions encore quelques instants.

En pratiquant deux incisions latérales sur l'anus, M. Brown pense qu'il agit seulement en coupant le sphincter anal, dont les contractions attireraient en dehors la partie postérieure des lèvres de la plaie. Je croirais volontiers que cette interprétation est insuffisante.

D'abord, je ferai remarquer que s'il s'agissait de couper seulement le sphincter, il ne serait pas nécessaire de pratiquer des incisions aussi grandes que les fait M. Brown; on pourrait même très bien inciser le sphincter par la méthode sous-cutanée. Eh bien, ce n'est pas trop s'avancer que de dire que la section pure et simple du sphincter ne donnerait pas à M. Brown, ni à d'autres, les résultats brillants qu'il a obtenus par ses larges incisions. Sans doute la contraction du sphincter anal est pour quelque chose dans la rétraction de la plaie; mais je crois que cette action est bien peu considérable.

Ce que M. Brown me paraît produire au moyen de ses incisions anales, c'est quelque chose d'analogue aux incisions latérales dans le procédé de Celse pour favoriser l'autoplastie. Lorsque M. Dieffenbach proposa les deux incisions tout à fait latérales surajoutées, c'est-à-dire le procédé de Celse pur, son avis ne fut pas généralement accepté. On crut beaucoup trop que les parties molles n'étaient pas trop tiraillées, et l'on s'est exposé à bien des insuccès en s'en rapportant à cette fausse opinion qui avait fait négliger le procédé de Dieffenbach.

Aujourd'hui il faudra bien reconnaître que l'on s'était trompé. Le cas de l'observation II est tout à fait concluant à cet égard. Le cas de l'observation I a bien aussi une certaine valeur à ce point de vue, puisque, malgré l'addition de deux incisions anales, les parties molles étaient tellement tiraillées, que la pression des chevilles des sutures avait ulcéré la peau. On n'aurait eu d'ailleurs qu'à remarquer de quelle rétraction latérale s'accompagne une déchirure complète du périnée existant depuis quelque temps, pour penser que l'application des deux lèvres de la plaie l'une contre l'autre ne devait pas être très facile à maintenir, contrariée qu'elle était par de nombreux tiraillements.

Cette rétraction en dehors est un fait trop important pour que le chirurgien doive la négliger. Afin d'y remédier, le chirurgien a maintenant à choisir entre deux procédés, celui de Dieffenbach ou de Celse pur, et celui de M. Brown. Auquel des deux accorder la préférence? La question est difficile à résoudre; mais le procédé de M. Brown a des côtés bien séduisants. Ainsi, il a parfaitement réussi cinq fois de suite sur cinq opérations. Il ne laisse presque pas de cicatrice, puisque les cicatrices se perdent dans les plis rayonnés de l'anus; cependant ce bénéfice a été perdu dans le cas de l'observation I, puisque l'ulcération de la peau a produit deux cicatrices latérales assez légères, il est vrai. On a l'avantage de se débarrasser de la contraction du sphincter, qui doit être mise en ligne de compte, bien que probablement ce ne soit pas la principale cause de rétraction des bords de la peau. Enfin, ce procédé paraît suffire d'ordinaire. — Cependant, comme nous ne connaissons pas le procédé de Dieffenbach dans ses résultats exposés dans des observations bien recueillies, il n'est pas possible de décider définitivement la question, quelque penchant qu'on ait pour le procédé de M. Brown, celui que pour mon compte j'emploierais plutôt en ce moment; il n'est pas possible non plus de décider si, dans un cas de rétraction considérable, une combinaison des deux procédés ne serait pas utile. Qu'on suppose la rétraction un peu plus considérable dans le cas de l'observation I, et cette combinaison me paraîtrait être volontiers indiquée.

En somme, tout en tenant compte de la suppression de la contraction du sphincter anal, je pense que la partie du procédé de M. Brown relative aux incisions anales est une simple nuance des incisions dans le procédé de Celse pour favoriser le glissement des lambeaux dans les autoplasties.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, de faire une petite digression vers un sujet assez analogue, la staphyloraphie. Là aussi, il peut arriver que les deux moitiés du voile du palais soient fortement rétractées, et ne permettent l'affrontement des bords après l'avivement qu'avec des tiraillements qui rendront l'opération infructueuse.

L'année dernière, M. Sédillot annonça à l'Académie des sciences un procédé particulier pour la staphyloraphie dans ces cas difficiles; et de même que M. Brown insiste sur la section du sphincter pour la périnéoraphie, de même M. Sédillot annonçait son procédé comme imaginé surtout dans le but de couper les muscles du voile du palais dont la contraction contrariait l'affrontement. — A la lecture de cette note, je n'avais rien compris à ce procédé. Couper des deux côtés les muscles du voile du palais! Calculons un peu, et rappelons-nous surtout que le voile du palais est divisé, dans ces cas, en deux moitiés en général peu larges. En mettant de côté, bien entendu, les muscles palato-staphylins, nous trouvons de chaque côté quatre muscles, les deux péristaphylins, le pharyngo-staphylin et le glosso-staphylin. — Le péristaphylin externe, aussitôt recourbé sous le crochet de l'apophyse ptérygoïde, s'étale en une aponévrose qui occupe toute la largeur de haut en bas du voile du palais; pour le couper, il faudrait diviser le voile du palais dans toute sa hauteur, le long de son bord latéral adhérent. — Le péristaphylin interne, après être descendu verticalement, ne se recourbe pas à angle droit, mais bien en courbe à concavité supérieure et interne, et ne rejoint la face supérieure du voile du palais qu'assez près de la ligne médiane; pour l'inciser certainement, il faudrait donc couper le voile du palais dans toute sa hauteur, assez près de la ligne médiane. Peut-être cependant que, par le fait de la rétraction du voile dans le cas de division médiane, la coudure de ce muscle est reportée un peu en dehors; néanmoins, sur un voile du palais sain, et dans beaucoup de cas de division, une incision faite au bord adhérent latéral du voile du palais n'atteindra pas le muscle péristaphylin interne. — Le muscle pharyngo-staphylin, si fort et si puissant, est en presque totalité logé dans l'épaisseur du pilier postérieur, et, pour le couper, il faudrait certainement diviser en travers tout le pilier postérieur. — Même chose à dire pour le pilier antérieur contenant le glosso-staphylin, moins important, il est vrai. — Or, si l'on voulait, pour favoriser la staphyloraphie, couper les muscles du voile du palais, une fois les incisions faites, il resterait en tout, de chaque côté, deux mauvaises languettes tenant chacune par un petit pédicule étroit au bord postérieur des os palatins. Certes, je ne pense pas que personne voulût faire une opération aussi hasardeuse, et j'étais resté, à l'égard du procédé annoncé par M. Sédillot pour la staphyloraphie, dans une perplexité qu'un hasard est venu lever.

Au mois d'octobre dernier, M. Sédillot est venu à Paris, et a eu l'obligeance de pratiquer sous les yeux de M. Nélaton et de ses élèves, sur le cadavre, quelques-uns de ses procédés opératoires dont j'aurai occasion de reparler, et en particulier l'opération de la staphyloraphie. La tête sur laquelle l'opération fut pratiquée se trouva, dans le courant de la journée, être portée dans le cabinet de dissection de notre ami Ludovic Hirchfeld, où je pus l'examiner à mon aise. M. Sédillot avait fait de chaque côté, sur la partie moyenne du bord latéral adhérent du voile du palais, une incision de 2 centimètres environ de longueur, traversant le voile de part en part. Pas une fibre des muscles glosso staphylins et pharyngo-staphylins n'était touchée. Les muscles péristaphylins internes n'avaient pas non plus été atteints. Il y avait seulement une simple boutonnière à travers l'aponévrose qui reçoit le tendon du muscle péristaphylin externe. A coup sûr, on ne peut pas appeler cela une section des muscles du voile du palais.

Tout ceci, est-ce une objection au procédé de M. Sédillot? Certainement non; M. Sédillot a eu une excellente idée, et son procédé, si utile entre ses mains habiles, le sera également entre les mains de tous les chirurgiens. Seulement ce procédé ne consiste pas dans la section des muscles du voile du palais; c'est tout bonnement le procédé de Celse pur et simple appliqué à la staphyloraphie. En un mot, dans son procédé pour la staphyloraphie, M. Sédillot croit, comme M. Brown pour la périnéoraphie, agir beaucoup sur les muscles. Or, je suis sûr pour le procédé de M. Sédillot, et je pense, pour le procédé de M. Brown, que tout cela revient en définitive et surtout au procédé de Celse pour l'autoplastie, c'est-à-dire à des incisions latérales pour faciliter le glissement et l'affrontement des lambeaux.

Emploi de l'alcool en topiques pour la guérison des hypertrophies mammaires partielles.

Depuis et pendant le temps que je me suis trouvé dans l'impossibilité de me livrer à mes études et de suivre le mouvement scientifique, M. Nélaton a cherché à vulgariser à son cours de clinique, dans ses leçons si remarquables que publie de temps en temps, dans l'intérêt de tous, la *Gazette des Hôpitaux*, un mode de traitement fort curieux des tumeurs des bourses séreuses de la paume de la main. Placé dans l'impossibilité d'avoir en ce moment une collection complète de la *Gazette*, je ne puis préciser la date ni le nom du médecin auquel M. Nélaton a emprunté ce mode de traitement; mais les lecteurs de ce journal se rappelleront facilement et l'exposé et la publication de cas incontestables de guérisons faits dans ce journal. Cela consiste essentiellement dans l'emploi topique de l'alcool.

D'après les conseils de M. B. Brodie, on emploie, en Angleterre, un mode de traitement assez analogue pour les hypertrophies mammaires partielles. Ce traitement est assez analogue; car malgré la complication un peu plus grande de la formule de M. Brodie, on sera aisément porté à croire, d'après les faits de M. Nélaton et d'après l'analogie des deux lésions, que ce qui agit surtout dans le topique de M. Brodie, c'est l'alcool. Voici d'ailleurs cette formule :

Alcool camphré. }
Esprit-de-vin. . } â â. . . . . . ℥ jjj ß.
Extrait de saturne liquide. . . . . ℥ j

On fait avec ce liquide des embrocations toutes les deux, trois ou quatre heures.

L'analogie est grande, ai-je dit, entre les deux lésions. En effet, le travail pathologique qui hypertrophie les parois des bourses séreuses ressemble considérablement à celui que M. Lebert nous a si bien montré dans les hypertrophies mammaires partielles. La connaissance de ces diverses lésions est fort peu répandue ici, à Londres, où on ne commence à les comprendre bien que depuis le travail de M. Lebert. Il en est de même en France, d'ailleurs; car, à part une forme particulière qui avait été décrite par M. Velpeau sous le nom fort exact de tumeur adénoïde, la plus grande anarchie régnait, il y a peu de temps, et règne encore à ce sujet. La preuve, on peut la puiser dans la répulsion à peu près générale qui a accueilli notre savant professeur d'anatomie pathologique, M. Cruveilhier, lorsqu'il a apporté à l'Académie de médecine de Paris ses idées si justes et si vraies sur ce qu'il appelle avec assez de raison les tumeurs fibreuses de la mamelle. Si ces idées nouvelles n'ont pas encore pénétré dans la masse, c'est que la description exacte de la lésion par M. Lebert ne date que de quelques mois, et qu'elles sont en opposition avec ce qu'on trouve dans les traités classiques. Néanmoins, elles avaient germé déjà partout, et les fomentations conseillées par M. Brodie prouvent que la même idée, déjà formulée partiellement par MM. Velpeau et Cruveilhier, était née aussi en Angleterre.

En tout cas, voici ce que j'ai vu à l'hôpital de Ste-Marie, dans le service de M. Ibre.

OBS. — Une jeune femme d'une trentaine d'années, bien portante, mais assez maigre, portait dans le sein gauche une tumeur du genre de celles que M. Lebert appelle hypertrophie partielle lobulaire de la mamelle. Cette tumeur, qui datait de longtemps déjà, allait s'accroissant graduellement, quoique lentement. Elle était indolente. A l'œil nu, on ne voyait dans le sein gauche qu'une augmentation assez notable et, en apparence, générale de volume, par rapport à celui du côté droit. Par le toucher, on reconnaissait que la cause de cette augmentation de volume était due à une tumeur placée profondément vers le centre et la partie externe du sein. La tumeur ramifiée se composait surtout de granulations dures, indolentes, du volume de gros pois, reliées entre elles par des espèces de tiges moins volumineuses, ou par des tissus un peu moins durs. Tout autour de cette tumeur, le reste du sein, les deux tiers au moins, étaient souples et parfaitement sains. Il n'est pas

(1) VOIR, pour le commencement de cet article, le numéro du 7 août.

nécessaire d'ajouter qu'il n'y avait dans l'aisselle aucun engorgement ganglionaire.

Un mois et demi de traitement par les fomentations faites avec le liquide de M. Brodie, ont suffi pour amener la guérison. Cependant, pour ne prendre la responsabilité complète que de ce que j'ai vu, je dois dire que j'ai constaté seulement une diminution considérable plusieurs jours avant la sortie de la patiente. C'est de M. Ibre que je tiens qu'il n'a renvoyé cette femme qu'après guérison complète.

Des cataractes congéniales.

La plupart des études faites sur les cataractes congéniales viennent de l'Angleterre. Tous les chirurgiens connaissent les travaux sérieux de MM. Gibson, Saunders, Lawrence, Middlemore, etc., qui ont jeté un si grand jour sur cette question, bien qu'il reste encore beaucoup à faire. Serait-ce dû en particulier à ce que les cataractes congéniales seraient plus communes en Angleterre? Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur cette présomption, à l'appui de laquelle on pourrait citer le nombre considérable d'observations publiées par les chirurgiens anglais. Trois cas viennent successivement d'être soumis à mon observation et méritent de nous arrêter, parce qu'ils soulèvent un grand nombre de questions relatives à des points douteux ou non encore éclaircis.

Obs. 1. — Une jeune enfant, nommée Anne Hall, âgée de dix ans, est amenée au mois d'avril dernier à la consultation externe de Saint-Mary's hospital pour avoir un avis sur ce qu'on appelle sa vue courte.

Cette fille est assez peu développée pour son âge; ses dents sont mal formées, irrégulières et quelques-unes sont déjà tombées. Son intelligence est assez faible. Attaques d'épilepsie auxquelles elle est sujette.

Elle a une démarche des plus niaises et des plus singulières. Elle va d'un pas chancelant, incertain, croisant parfois ses jambes, avançant ses mains en avant ou s'en servant pour cacher sa figure. Dans ses hésitations, elle tend toujours à se rejeter de côté; sa tête est fléchie, le menton abaissé dans la position d'une personne atteinte de photophobie et cherchant à fuir la lumière trop vive; la tête exécute, en outre, fréquemment des mouvements de latéralité. Les sourcils sont d'habitude froncés, et ce froncement ainsi que les convulsions des yeux augmentent notablement et se compliquent d'un extrême blépharospasme lorsqu'on cherche à ouvrir les paupières pour examiner l'œil. Les yeux roulent d'habitude dans leur orbite par des mouvements comme convulsifs, surtout latéraux.

La vue de cette enfant a été toujours très imparfaite, et en lisant de gros caractères, les seuls qu'elle puisse distinguer, elle met presque sa figure sur le livre, et les mots sont épelés lentement et difficilement.

Les deux yeux sont affectés de cataracte caractérisée par une teinte grise transparente générale légèrement pointillée çà et là de blanc. Cette coloration, uniforme partout, occupe toute l'étendue des deux lentilles cristallines. Tout autour existe un cercle noir complet et bien distinct, surtout lorsque l'iris est dilaté. Les deux cristallins ont, à part leur teinte, leurs formes et dimensions ordinaires. Ces caractères annoncent incontestablement de simples cataractes lenticulaires.

Le 21 avril, l'opération est pratiquée sur les deux yeux. Les spasmes de tous les muscles en rapport avec l'appareil oculaire l'auraient rendue très difficile sans l'intervention du chloroforme. Dès que l'anesthésie a été prononcée, les paupières fermées ont pu être soulevées avec la plus grande aisance; la tête ne remuait plus et les yeux étaient immobiles. M. White Cooper, aux soins duquel la jeune patiente était confiée, pratique alors l'opération. La paupière supérieure est tenue soulevée par le doigt d'un aide placé derrière la tête de l'enfant couchée; la paupière inférieure est maintenue abaissée par le doigt indicateur de l'opérateur. Celui-ci tient de la main droite, de la même façon qu'une aiguille pour l'abaissement, une simple et fine aiguille pointue, avec laquelle il perce perpendiculairement à sa surface la cornée près de son centre et un peu par côté. La pointe de l'aiguille passe ainsi à travers la cornée, la chambre antérieure et le centre de la pupille pour arriver sur le centre de la capsule antérieure du cristallin. Elle traverse cette capsule, puis est conduite plusieurs fois en haut et en bas et ensuite un peu par côté, de manière à déchirer la capsule sur plusieurs points du centre à la circonférence; il en résulte aussi à coup sûr un certain broiement de la lentille. Je ne puis dire, ne me trouvant pas placé assez près, dans quelle étendue a été pratiquée la déchirure de la capsule; mais le manche, vu à l'extérieur dans ses mouvements de bascule, décrivait à peu près un arc de 45 à 50 degrés. Pour terminer, l'aiguille est retirée après avoir été placée exactement dans la même position où elle était lors de la première ponction.

L'opération, terminée sur un œil, est immédiatement pratiquée de la même façon sur l'autre.

Aussitôt après, j'ai pu examiner avec soin les deux yeux. Il n'y avait aucune trace de l'opération autre qu'un peu plus d'humidité de la surface de l'œil. Il aurait été fort difficile de dire où la cornée avait été ponctionnée. Quant aux cataractes, sauf un peu plus d'obscurité peut-être, elles sont absolument dans le même état; pas de traces apparentes de déchirure.

Le lendemain, dès que les paupières sont soulevées, on voit à l'œil gauche un fragment de lentille molle faisant saillie comme un champignon en avant de l'ouverture de la capsule. M. White Cooper l'explique, suivant sa théorie habituelle, par des convulsions violentes des muscles des yeux survenues la veille, aussitôt après que le chloroforme a eu cessé son action. Cette raison est très acceptable sans doute; mais il y en a une autre bien plus plausible, et que M. White Cooper ne connaît pas, parce qu'il ne l'a pas vue et ne pouvait la voir, le fait s'étant passé pentant qu'il avait le dos tourné.

Aussitôt après l'opération, bon nombre de personnes se sont précipitées de l'amphithéâtre autour de l'enfant, pour examiner les yeux. Parmi elles s'en est trouvé une peu habituée à l'examen des yeux, et ne pouvant pas arriver à les voir à son aise parce qu'ils étaient pas mal tournés en haut, elle s'évertuait à presser sur les yeux pour y voir un peu, lorsque je suis arrivé lui soulever les paupières et lui permettre d'examiner pendant que j'examinais moi-même. Or, dans ces pressions mal dirigées, l'œil gauche est précisément celui qui a été le plus fatigué.

Le lambeau est resté suspendu dans la chambre antérieure pendant trois semaines; puis, le pédicule ayant été absorbé, la petite masse est tombée dans la chambre antérieure, où elle a disparu bientôt.

Les pupilles ont été constamment tenues dilatées par l'emploi de la belladone. Il n'est survenu aucune inflammation, malgré une complication fâcheuse, la rougeole, qui a attaqué l'enfant quelques jours après l'opération.

Le 26 mai, seconde opération pareille à la première, également sur les deux yeux. Les cataractes ont sensiblement diminué de volume, surtout celle de l'œil gauche, qui est bien plus petite par suite de l'expulsion du fragment. Les lentilles sont divisées très aisément. Aucun vaisseau rouge ne se développe après l'opération.

La semaine suivante, l'enfant commence à y voir à travers une fissure centrale du côté gauche; puis, cette fissure s'agrandissant assez rapidement, bientôt la moitié inférieure de l'opacité de cet œil a disparu. La vision devenue facile, un grand changement est survenu dans l'aspect général de l'enfant, qui a presque perdu sa démarche niaise. Les mouvements irréguliers de la tête sont presque nuls; les yeux s'agitent bien moins, et l'expression de la face s'est considérablement améliorée.

Le 24 juin, l'opacité persiste complétement à droite. Troisième opération sur cet œil seul. Le chloroforme n'est pas employé cette fois, ce qui rend l'opération extrêmement difficile, malgré que dans les premiers temps le petite fille ait très bien pu fixer volontairement son œil en place.

Quelques jours après, la vision s'améliorant toujours pour l'œil gauche, la petite enfant est renvoyée à la campagne. Elle revient de temps en temps à la consultation externe.

Le 31 juillet, je retrouve cette enfant à la consultation externe de St-Mary's hospital. Voici son état:

La taille de cette enfant est notablement plus grande, et la santé paraît assez bonne. Il y a certainement grande amélioration de ce côté. La démarche est nette, décidée; l'expression de la face a pris un petit air malin bien différent, certes, de celui qu'elle avait avant. Parfois encore quelques petits mouvements furtifs de convulsions: c'est peu de chose. Les yeux sont fixés et dirigés à la volonté de l'enfant: l'examen est des plus aisés.

OEil gauche. — La vision se fait bien. La cataracte a complétement disparu dans les deux tiers inférieurs. Dans le tiers supérieur, un fort lambeau opaque, blanchâtre, irrégulier, est adhérent en avant à l'iris, et se dirige ensuite obliquement en bas et en arrière, dans le corps vitré; il ne flotte pas. L'iris ne paraît pas déformé.

OEil droit. — Toute la place du cristallin est occupée par une opacité complète. Dans la moitié extérieure du pourtour, la teinte est d'un gris blanchâtre, et l'on dirait qu'il n'y a là qu'une membrane opaque d'une épaisseur assez mince. Le centre, ou la moitié intérieure de la masse opaque, est plus saillant; on dirait une sphère aplatie placée au sein de la membrane mince qui forme le pourtour et la soulevant. Ici la teinte est plus foncée, d'un blanc-jaunâtre sale. Ce centre est évidemment la lentille cristalline diminuée de plus de moitié de son volume, et devenue plus opaque, plus résistante dans la partie qui reste. Çà et là on y observe des lignes plus foncées, comme quelques crevasses.

Du reste, les cornées sont parfaitement saines, et pas un vaisseau anormal n'existe dans les deux yeux.

Que de réflexions ne pourrait-on pas faire à propos de cette observation! Arrêtons-nous sur quelques-unes seulement, en insistant sur quelques-uns des faits mentionnés dans l'ordre même où ils sont exposés dans le cours de la discription.

§ I. *Mouvements convulsifs.* — Ces mouvements, bien décrits depuis longues années par M. Gibson, sous les noms de roulement des yeux et de démarche incertaine et niaise, constituent un des traits symptomatiques les plus remarquables et les plus caractéristiques de la cataracte congéniale; ils étaient extrêmement marqués chez Anne Hall.

Leur origine est fort simple à concevoir. Ils n'existent pas dans les premiers jours de la naissance; ils ne commencent qu'au bout de deux, trois, quatre mois, alors que le petit enfant, commençant à avoir la conscience de son existence, cherche à se mettre en rapport avec le monde extérieur, et à acquérir des notions sur les objets qui l'entourent. De tous les sens qu'il peut appliquer dans ce but, celui de la vue lui est certes des plus utiles. Mais la lentille cristalline étant le siége d'une opacité grise semi-transparente, ne permet guère de distinguer que le passage du jour à la nuit, et reciproquement, à moins que, par exception, l'opacité ne soit si peu prononcée qu'elle permette jusqu'à un certain point le passage de quelques rayons lumineux qui viennent sur la rétine se grouper de manière à donner l'impression vague de la forme et des contours des objets extérieurs. Sauf ces exceptions rares, la vue à travers la lentille cristalline opaque n'est pas possible. Au pourtour de cette opacité, si la capsule n'est pas altérée, cas fréquent dans les premiers temps, il y a un étroit cercle noir intermédiaire au cristallin cataracté et à l'iris, petit espace par lequel certains rayons lumineux peuvent s'insinuer pour arriver au fond de l'œil. L'enfant, avide de se mettre en rapport avec le monde extérieur, cherchera évidemment, volontairement ou involontairement, à profiter le plus possible de ces rayons furtifs qui lui apportent des notions nouvelles. Mais l'espace est très étroit, très limité, et pour peu que l'objet extérieur examiné ait une étendue un peu considérable, une faible partie seulement de cette étendue sera vue au premier coup d'œil. Si l'enfant veut avoir notion de toute l'étendue de l'objet, il sera obligé de mouvoir son œil, de le déplacer en le promenant successivement vis-à-vis tous les points de la surface de l'objet examiné, de manière que les rayons lumineux provenant de chacun de ces points puissent, chacun à leur tour, venir s'insinuer à travers le petit espace circulaire libre placé à la circonférence de la cataracte. De là ce mouvement de roulement des deux yeux, dans lequel prédomine naturellement, chacun le conçoit, le mouvement de latéralité.

D'abord lent, le roulement, à mesure que l'enfant s'habitue à l'emploi du peu de vision qu'il possède et se perfectionne, devient bien plus rapide et prend les caractères d'un mouvement convulsif.

Bientôt, les mouvements imprimés par les muscles propres de l'œil ne suffisent plus à l'ardeur impatiente de l'enfant, et d'ailleurs la vue privée de la réfraction produite par le cristallin est extrêmement courte; il y a myopie. Alors les muscles des paupières entrent en jeu; les paupières sont rapprochées, comme elles le sont chez le myope quand il cherche à voir un peu plus loin que sa portée ordinaire. Il en résulte un clignement parfois analogue à celui que produit la photophobie, et surtout un froncement caractéristique des sourcils. Plus tard, tout cela ne permettant pas une perception assez rapide des objets, toute la tête entre, elle aussi, dans une sorte de mouvement convulsif, se déplaçant en même temps que les yeux, dans le même but, et exécutant, elle aussi, une espèce de roulement dans lequel doivent dominer et dominent aussi, en effet, les mouvements de latéralité.

Il est inutile d'expliquer maintenant, quiconque a un peu étudié de physiologie le comprendra aisément, comment cette instabilité de l'œil et de la tête, jointe au peu de netteté et d'étendue de la vision, finit par donner à la démarche de l'enfant cette incertitude, cette irrégularité, cette apparence niaise que nous trouvons décrite dans l'observation précédente.

Ces oscillations, cette agitation perpétuelle pour aller à la recherche de la lumière et de la vue, se développent rapidement dans les yeux et s'étendent tout aussi rapidement aux mouvements de la tête. Ceci mérite la plus grande attention de la part du chirurgien. Aussi M. White Cooper insiste-t-il avec raison là-dessus pour fixer, alors que la chose est possible, l'époque où l'opération doit être pratiquée, entre le deuxième et le troisième mois après la naissance.

Lorsqu'un chirurgien n'a pas été consulté, et que les choses sont restées en état, les convulsions deviennent une habitude tellement invétérée, que lorsqu'on vient plus tard à rendre la vue à l'enfant par l'opération, on n'arrive pas toujours à corriger dans la suite d'une manière complète ces mouvements irréguliers, surtout dans les yeux qui peuvent les conserver pendant longtemps, si ce n'est même toujours. Des exemples de ce genre ont été publiés. En voici un qui a été soumis à mon examen, et que je rapporte ici, parce qu'il nous servira en outre plus loin pour apprécier les suites de l'opération par la méthode du broiement.

Obs. II. — J'ai vu dans un autre hôpital que celui de Sainte-Marie un garçon d'une quinzaine d'années, entré dans un service de médecine pour y être traité d'une fièvre typhoïde. Au moment de son entrée à l'hôpital, ses deux yeux exécutaient des mouvements convulsifs si étendus et si continus, qu'on aurait pu un instant croire que c'étaient là les prodromes d'une complication ataxique. Mais bientôt le malade raconta que ces mouvements étaient la conséquence de cataractes congéniales dont il avait été opéré vers l'âge de six à sept ans. A mesure que la fièvre typhoïde s'améliora, les convulsions que cette maladie nouvelle avaient exaspérées se calmèrent un peu, tout en persistant néanmoins à un degré assez étendu; et après la guérison de la maladie intercurrente, j'examinai les yeux avec soin.

On peut sans exagération comparer la figure de ce garçon, à cause de sa petitesse, de son nez pointu un peu mobile, de petits mouvements latéraux qui l'empêchent d'avoir de la fixité, avec le museau d'une souris effarée qui vient d'être prise au piége. Les yeux sont à peu près constamment en mouvement, surtout quand ce garçon cherche à les fixer sur quelque objet. Les mouvements irréguliers sont suivis d'un moment de repos, puis recommencent dans ces alternatives continuelles. Dans ces convulsions, car on peut leur donner ce nom, les deux yeux se meuvent simultanément; l'œil droit, par exemple, est vivement porté en dehors, de manière qu'une petite partie de la cornée vienne se cacher sous l'angle externe; aussitôt il est reporté en dedans, jusqu'à ce que la cornée s'approche de l'angle interne, et après plusieurs oscillations de ce genre suivies régulièrement en sens inverse par l'œil gauche, il s'arrête un instant à sa place normale, regardant en avant, pour recommencer bientôt ses mouvements de latéralité. Cet état persiste sans amélioration depuis plusieurs années.

La vision se fait assez bien, quoique imparfaitement, soit à cause des mouvements convulsifs, soit à cause des lambeaux opaques qui restent dans les deux yeux.

Sur la cornée ni sur la sclérotique, on ne voit aucune trace de l'opération qui a été pratiquée il y a quelques années. Derrière la pupille est un espace bien libre, assez large, par lequel on voit le fond de l'œil, et par où peuvent passer sans obstacle les rayons lumineux. L'iris n'est pas déformé; mais sur sa face postérieure on voit adhérer des lambeaux d'un gris blanchâtre un peu luisants, entièrement opaques, qui plongent en arrière dans le corps vitré dans l'étendue de quelques millimètres, sans flotter. Une description minutieuse de ces lambeaux serait plus que superflue. Il suffira de dire qu'ils ont les mêmes caractères, sauf qu'ils sont plus abondants que celui signalé chez Anne Hall, dans l'observation I. Tout cela réuni, absence du cristallin, persistance de ces lambeaux, convulsions, rend la vue assez imparfaite pour que cet enfant demande toujours de lui-même instamment, mais inutilement, si l'on ne pourrait pas lui faire quelque opération susceptible d'améliorer sa vision.

Voilà bien un cas dans lequel les conditions ne paraissent avoir rien de bien défavorable, où l'opération a été pratiquée de bonne heure, où la vision a été assez bien rétablie, et où cependant les convulsions des yeux persistent depuis plusieurs années. Il est vrai qu'on a abandonné à la nature le soin de guérir les convulsions; peut-être l'emploi continuel de verres dépolis sont dans leur partie centrale semblables à ceux qu'on a conseillés pour certains cas de strabisme, aurait-il pu être d'une certaine utilité?

Les cas analogues de persistance des mouvements convulsifs des yeux, parfois même de la tête, sans être rares, ne sont pas cependant les plus communs. D'ordinaire, et d'autant plus que l'opération a été pratiquée à un âge moins avancé, ils disparaissent graduellement.

Voici comment M. White Cooper, fondé sur un grand nombre d'observations, décrit avec une grande fidélité cette disparition.

D'abord les yeux sont vraiment intraitables. A mesure que le patient, assistant, grâce à l'opération, à l'aube de la vision qui lui ouvre un nouveau monde, commence à percevoir les formes des objets, il cherche à amener les yeux à sujétion; il ne peut les fixer que pendant une seconde ou deux, puis ils se mettent à rouler en arrière et en dehors avec une vélocité augmentée. Peu à peu on voit s'établir la domination de la volonté; les muscles rebelles cèdent lentement jusqu'à ce que, à la fin, quelques secousses spasmodiques, indécises, comme les dernières lueurs d'un foyer qui s'éteint, terminent pour toujours l'ancienne et désastreuse oscillation.

Dans le cas d'Anne Hall, les convulsions si générales ont cédé très vite, ne laissant à leur suite que quelques petits mouvements brusques et fortuits, malgré que la vision n'ait été rétablie qu'à l'œil gauche. C'est un exemple de ces petites variétés individuelles qu'on rencontre toujours, et qui méritent à peine une simple mention.

En somme, les convulsions dont il vient d'être question sont si fréquentes dans les cas de cataracte congéniale et si caractéristiques, qu'elles méritent d'être soigneusement notées au moins autant au point de vue du diagnostic qu'à celui du pronostic. Ainsi, il est des cas de cataracte congéniale où le peu d'opacité du cristallin a fait méconnaître la lésion, et a fait diagnostiquer une pure myopie (qui en est une complication si fréquente) accompagnée ou non de lésion dans la sensibilité de la rétine. Ceci seul permettrait de se livrer à de longs développements sur cette singulière tendance de l'esprit humain à cacher sous des mots trompeurs, et d'autant plus gros qu'il y a plus d'ignorauce, ce qu'il ne connaît pas. Sans nous arrêter là-dessus, bornons-nous à citer un cas remarquable rapporté par M. Brown dans l'excellente leçon qu'il a faite à ce sujet à l'hôpital Sainte-Marie, et publiée dans le n° du *Medical times* du 17 juillet dernier.

Obs. III. — Un membre du parlement, âgé de trente-cinq ans, appela M. White Cooper pour le consulter sur sa myopie et sur les verres qu'il devait employer. De tout temps il avait eu la vue très courte, et avait pris bien des consultations sans avoir jamais rencontré de verres qui lui apportassent du soulagement. Par suite, on lui disait que sa myopie était compliquée d'une sensibilité imparfaite de la rétine.

L'attention de M. Withe Cooper fut éveillée par le froncement assez anormal des sourcils, et par la manière toute particulière dont le patient mouvait sa tête lorsqu'il cherchait à lire. L'iris agissait vigoureusement, ce qui portait à penser que la rétine fonctionnait régulièrement. Lorsqu'on l'eut dilatée à l'aide de la belladone, on vit nettement les lentilles cristallines d'un gris légèrement trouble, bigarré çà et là d'une teinte blanche plus décidée. La semi-transparence des lentilles permettait un certain degré de vision qui avait causé les méprises.

Opération par l'aiguille telle qu'elle est décrite dans l'observation I. Aujourd'hui l'opéré a une vue excellente, en se servant de verres.

§ II. *Opération. A quelle époque convient-il d'opérer ?* — Grâce aux recherches, aux observations précises et à l'insistance des chirurgiens anglais, on a fini partout par abandonner l'idée fausse de l'opération tardive. Ce n'est pas qu'on eût en faveur de cette idée d'excellentes mauvaises raisons; une opinion fausse en manque-t-elle jamais ? Non-seulement les chirurgiens anglais ont opposé des raisonnements précis et rigoureux aux raisonnements spécieux et faux, mais ils ont démontré, ce qui valait mieux, par des faits nombreux la justesse de leur pratique.

M. White Cooper, d'accord avec M. Lawrence, veut qu'on opère à une époque assez rapprochée de la naissance. Il a opéré de très bonne heure des cataractes congéniales: une fois à trois semaines, et une autre à cinq jours de la naissance. Tenant à juste titre grand compte du développement des mouvements convulsifs, il pense qu'on ne doit pas attendre au delà du quatrième au cinquième mois; en un mot, qu'il faut opérer avant leur apparition, qui est une complication grave et pour l'opération et pour les suites. Peut-être, dit-il, le deuxième ou le troisième mois seraient-ils l'époque la plus convenable. Il y a lieu de croire, en effet, que ce sera là l'époque qui finira par être adoptée, sauf contre-indications, par la plupart des chirurgiens. Toutes les raisons développées par les chirurgiens anglais et si bien exposées dans le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau, plus l'affaire des mouvements convulsifs, viennent à l'appui de la fixation de cette époque.

Malheureusement le chirurgien ne sera pas toujours consulté à temps. Par suite de la pauvreté, de l'habitude des souffrances dans les familles, d'insouciance bien inconcevable cependant qui en est presque toujours la suite, de préjugés ou de mauvais conseils; par suite, enfin, d'erreurs de diagnostic ou de refus de se laisser opérer lorsqu'il y a encore une semi-transparence, les parents ou les patients viendront encore consulter bien tard le chirurgien compétent; et il y aura encore longtemps des occasions d'opérer des cataractes congéniales dans une enfance avancée, à l'âge adulte, et même dans l'âge mûr.

§ III. *Choix de la méthode.* — L'ancienne méthode d'opération des cataractes par l'abaissement, ou ses modifications telles que le broiement, est décidément bien tenace. Repoussée avec perte dans les cas de cataracte ordinaire, elle s'est nichée dans une foule de recoins au sein desquels elle s'est blottie et fortifiée, les défendant avec obstination comme étant de son domaine. Un des recoins dans lesquels elle s'obstine le plus est celui qui comprend les cataractes des enfants, et par conséquent la plupart des cataractes congéniales. Suivons-la sur ce terrain; et malheureusement ici je constate à regret que l'opinion générale est en sa faveur en Angleterre comme en France, sauf de bien rares exceptions.

En première ligne, nous trouvons de mauvaises raisons. Cela doit être, suivant l'usage; et même nous ne trouvons que des affirmations sans preuves.

1° « Chez les enfants on ne doit pas songer à l'extraction, » l'abaissement paraît devoir l'emporter. » — Pure assertion; pourquoi ?

2° « C'est que l'on ne parviendrait que rarement à la terminer sans vider l'œil. » — Mais encore pourquoi ? et où est la preuve ? Dans le cas où il y a cataracte capsulaire ou secondaire, beaucoup conseillent précisément d'extraire les lambeaux; l'œil ne risquerait donc pas de se vider dans ces cas. Mais, au contraire, il me semble qu'il y est autrement exposé que lorsqu'il s'agit d'extraire une simple lentille opaque. Quelle contradiction ! N'opérez pas par extraction dans les cas simples, parce que vous vous exposez à vider l'œil; au contraire, dans les cas compliqués d'adhérences, d'opacité des capsules (qui exposent bien autrement à vider l'œil), opérez par extraction !

3° « Les cataractes congéniales étant le plus souvent liquides, il n'y a presque rien à extraire. » — Comment donc ? Mais ce n'est pas cela du tout. D'après le peu que j'ai vu, d'après l'opinion de beaucoup d'ophthalmologistes et d'après un relevé d'un grand nombre de faits, je constate que la grande majorité des cataractes congéniales au début, et souvent longtemps après, sont des cataractes grises demi-transparentes occupant la lentille qu'il faut extraire ou déplacer, ou faire dissoudre et absorber par le broiement. Ce n'est que plus tard qu'elles deviennent liquides; fait bien reconnaissable à la teinte blanche, laiteuse, et même dans ces cas la capsule est à peu près toujours devenue opaque et épaisse; de sorte qu'il s'en faut de beaucoup qu'il n'y ait rien à extraire ou à déplacer.

4° « La cornée plus lâche, plus épaisse, plus rapprochée » de l'iris, doit être respectée autant que possible. » Quelles misères ! La cornée plus lâche, plus épaisse, plus rapprochée de l'iris. De combien de dixièmes de millimètre tout cela ? Sans doute le voisinage de l'iris doit être pris en grande considération, pour ne pas s'exposer à le léser dans le premier temps de l'opération de la cataracte par extraction; mais à partir de l'âge de cinq à six ans surtout, et encore mieux avec l'aide du chloroforme parfaitement applicable à cet âge, quel est donc le chirurgien suffisamment exercé à l'opération par extraction qui ne puisse la pratiquer avec sécurité ?

5° Et puis ?... Plus rien. Et voilà pourquoi la méthode par abaissement paraît devoir l'emporter.

La conclusion, on en conviendra, est bien loin d'être tirée des prémisses. En voici une autre provisoire, en attendant que les faits aient parlé, qui a une bien autre valeur. Une bonne chose s'appuie toujours sur de bonnes raisons; par contre, une mauvaise chose ne s'appuie que sur des mauvaises. Or quand un précepte ne s'appuie que sur de mauvaises raisons, il y a gros à parier que le précepte est mauvais.

En somme, relativement à la question que nous examinons, y a-t-il possibilité en ce moment de poser quelques règles applicables? Non, parce que malheureusement l'extraction a été jusqu'à présent peu appliquée chez les enfants, et dans des cas exceptionnels ou compliqués parfois. Néanmoins, dans le peu de cas que l'on pourrait réunir, elle a eu assez de succès.

Je ne sais jusqu'à quel point l'opération par extraction serait favorable peu de temps après la naissance. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a un grand nombre de cas pour lesquels l'extraction serait préférable, et que la plupart des chirurgiens opéreraient ainsi, si, dès les premières notions qu'ils ont acquises sur l'ophthalmologie, ils n'avaient eu l'esprit arrêté sur ce prétendu précepte, que les cataractes des enfants, et par suite la plupart des cataractes congéniales, ne doivent pas être opérées par extraction. Pour en citer un exemple, jamais, certes, il ne s'est présenté un cas plus favorable pour l'extraction que celui d'Anne Hall (obs. I): cataractes simplement cristallines, yeux superficiels, cornées saillantes, tombées; immobilité avec situation fixe de l'œil produite par le chloroforme; les mains me démangeaient d'extraire ces cataractes. Et cependant un habile oculiste comme M. White Cooper, d'accord en cela avec presque tous ceux qui ont écrit sur les lésions des yeux, a opéré, suivant son habitude, par une autre méthode.

C'est que l'opération par abaissement et les procédés qui en dérivent sont encore acceptés beaucoup trop en chirurgie, et cela pour trois raisons :

1° C'est la vieille méthode, c'est la routine, qui ne cède pas si aisément la place, heureusement dans beaucoup de cas, malheureusement dans beaucoup d'autres.

2° Cette méthode a été préconisée par de grands maîtres (à l'époque où l'opération par extraction était peu connue, n'était pas analysée dans tous les temps que comprend son exécution, comme elle l'est aujourd'hui), Scarpa, Dupuytren, M. Velpeau, dans son hôpital surtout, d'après la recommandation qu'il donne à ce sujet dans son *Traité de médecine opératoire,* etc. Et à notre époque moutonnière, où l'on vante tant l'indépendance de pensée que la masse pratique si peu, on continue à ne jurer que d'après la parole du maître. *Magister dixit !* Quelle énorme influence ces mots n'ont-ils pas encore dans certaines écoles, dans celle en particulier formée par Dupuytren.

3° Et ceci, à part les maîtres qui ont été entraînés à soutenir l'abaissement par des considérations secondaires, qui ont néanmoins dominé leur esprit, est exprimé en longues périphrases dans tous nos traités de médecine opératoire, mais a besoin d'être dit en langage net, sans toutes ces longues phrases; en bon français, la méthode par abaissement est, pour la masse de ceux qui la pratiquent, la *méthode des maladroits.* Dépouillez les expressions employées par tous nos professeurs des précautions oratoires par lesquelles ils cherchent à adoucir cette vérité un peu rude, et vous en arrivez précisément à cela, véritable expression de l'opinion générale des maîtres.

Ce n'est pas mon intention de soutenir que l'abaissement et tous ses dérivés doivent être mis entièrement de côté. A Dieu ne plaise ! L'abaissement doit être pratiqué dans quelques cas. Seulement ces cas sont exceptionnels et la méthode est secondaire; elle devrait céder le pas à celle qui la domine, la méthode par extraction, principalement dans le procédé qui consiste à tailler le *lambeau supérieur* dans la cornée (1). Surtout les chirurgiens devraient avoir la méthode par extraction dans leur pensée, bien plus qu'ils ne l'ont maintenant, de manière à songer à l'appliquer au nombre si grand des cas où elle est si convenable. Espérons qu'à force de lutter, les partisans de l'extraction finiront par lui faire prendre définitivement le rang qui lui appartient.

En attendant, et pour rentrer un peu plus spécialement dans la question qui est le sujet du présent article, il ne faut pas plus se faire illusion sur les résultats obtenus par le broiement que sur ceux de l'abaissement proprement dit.

(1) Si l'on veut s'assurer du discrédit dans lequel l'extraction a été tenue si longtemps d'une manière systématique, il n'y a qu'à voir avec quelle persistance on faisait le lambeau iuférieur dans les cas rares où on l'appliquait. C'est absolument comme lorsqu'on fait de la réunion immédiate sans sutures.

C'est à ce point de vue surtout que les trois observations que j'ai pu faire sont intéressantes, d'autant plus que dans deux d'entre elles l'opération a été pratiquée par un habile opérateur et que toutes les précautions nécessaires avaient été bien prises. Qu'on ne dise pas que le hasard m'a fait tomber sur trois exceptions. Les cas de ce genre doivent être fort communs, comme dans toutes les opérations dans lesquelles on ne retire pas au dehors le corps opaque. Si je racontais tout ce que j'ai vu dans les hôpitaux de Paris en fait de conséquences fâcheuses de l'opération par abaissement, j'aurais un immense article à faire là-dessus; et quel désenchantement ! combien nous serions loin de ces beaux chiffres qu'on trouve partout et avec lesquels les partisans de l'abaissement sont enchantés d'embrouiller la question à défaut de bonnes raisons ! D'ailleurs les choses sont toujours en même état : l'abaissement a toujours à coup sûr ses mêmes imperfections, et les curieux qui désirent s'édifier n'ont qu'à regarder encore aujourd'hui dans plusieurs services des hôpitaux de Paris.

Que voyons-nous dans l'observatiou I ? Sur l'œil droit, trois opérations successives infructueuses, qui n'ont abouti qu'à rendre la lésion plus sérieuse, bien plus difficile à guérir désormais. Nous allons avoir occasion de revenir dans un instant sur la nature du travail pathologique qui s'est passé dans cet œil. A l'œil gauche, la vue est assez bien rétablie, mais il reste des lambeaux opaques assez volumineux par en haut; ces lambeaux sont certainement un obstacle à une vision parfaite; si nous devions en juger par la persistance de lambeaux pareils, longues années après l'opération, dans le cas de l'observation II, il y a peu lieu d'espérer que celui de l'œil gauche d'Anne Hall disparaisse facilement; ce lambeau adhérent à l'iris est une cause permanente d'irritation par lui-même et deviendrait une complication bien fâcheuse si jamais l'œil était pris d'ophthalmie sous l'influence d'une autre cause. Et encore le succès a été dû en grande partie dans ce cas à ce qu'un accident imprévu et tout de hasard a contribué à chasser au dehors de l'appareil cristalloïde un fragment de la lentille, produisant ainsi quelque chose d'intermédiaire entre l'abaissement et une demi-extraction.

Dans l'observation II, la vue est rétablie aux deux yeux d'une manière imparfaite seulement; des fausses membranes très étendues et opaques adhèrent en arrière aux deux iris; et si le patient peut s'estimer heureux de posséder encore une vue assez satisfaisante, on exagérerait néanmoins beaucoup si l'on considérait ce cas comme un beau succès.

Voyons maintenant les résultats dans une autre observation, la troisième de celles que j'ai vues par moi-même et qui est la quatrième de cet article. A. Deville.

(Nous sommes forcé de renvoyer à un prochain numéro la fin de cet article.)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

La *Gazette des Hôpitaux* donne, dans le numéro d'aujourd'hui, une analyse de la communication faite à l'Académie des sciences par notre honorable confrère M. Guyon, et qui consiste à interposer entre l'œil et la paupière un corps lisse quelconque approprié à la disposition des parties, dans le but de faire cesser les violentes douleurs de l'ophthalmie purulente au moindre glissement des paupières sur le globe oculaire.

L'idée de M. Guyon est ingénieuse et pleine d'intérêt sans doute; mais elle appartient à la pratique ophthalmologique depuis dix ans environ. J'ignore si le procédé a été publié quelque part; mais il y a bien dix ans que M. Lhommeau, chef de clinique ophthalmologique, l'a conseillé et employé sous la direction du regrettable professeur Auguste Bérard, à l'hôpital de la Pitié. J'ai moi-même conseillé l'emploi du procédé de M. Lhommeau dans les cas d'enchyloblépharon et de synblépharon.

Il existe cependant deux différences entre le moyen conseillé par M. Guyon et celui de M. Lhommeau.

M. Guyon emploie deux disques : l'un pour la paupière supérieure, l'autre pour la paupière inférieure.

Ces disques sont en ivoire.

M. Lhommeau et M. Bérard faisaient usage d'une seule lame de verre ou d'émail se moulant sur le globe oculaire et s'introduisant comme un œil artificiel.

Il me semble que, quant à la forme, un seul disque sans mobilité l'emporte sur les deux disques de M. Guyon, qui sont susceptibles de chevaucher plus ou moins l'un sur l'autre et d'agir sur la muqueuse palpébrale à la manière de certains spéculums à plusieurs valves sur la muqueuse vaginale.

Eu égard à la matière employée, je donne la préférence au verre, parce qu'il n'est pas susceptible d'être modifié comme l'ivoire, et qu'en outre il permet l'examen du globe oculaire, puisqu'il est transparent; condition si importante lorsqu'il s'agit d'ophthalmies purulentes.

On pourrait objecter la fragilité du verre; aucun accident n'a été observé jusqu'ici, le disque possédant une épaisseur suffisante.

Je n'ai pas eu, en vous écrivant cette lettre, l'intention de diminuer en rien le mérite des tentatives de M. Guyou, tentatives très louables, puisqu'il n'avait pas connaissance du procédé de M. Lhommeau; mais j'ai dû restituer à ce dernier une idée qui lui revient de droit, idée peu répandue, j'en conviens, puisque les ouvrages d'oculistique récemment publiés n'en font point mention.

Agréez, etc. Al. Magne,

Médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

Paris, 2 septembre 1852.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

M. le docteur Demarquay, médecin du bureau central;

M. le docteur Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an......... 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an......... 38	

SOMMAIRE. — PARIS. D'une nouvelle méthode imaginée par M. Doyère pour déterminer la composition du lait. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Observation de tétanos traumatique. — Société de chirurgie, séance du 24 août. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Raciborski.

PARIS, LE 6 SEPTEMBRE 1852.

D'UNE NOUVELLE MÉTHODE IMAGINÉE PAR M. DOYÈRE
pour déterminer la composition du lait.

Tout le monde connaît le rôle important que joue le lait en hygiène et en économie domestique; tout le monde apprécie à sa juste valeur ce précieux liquide qui fournit au physiologiste un aliment par excellence, au médecin un agent thérapeutique bienfaisant. Il est facile de comprendre, dès lors, que le lait ait été l'objet de nombreuses recherches ayant pour but de déterminer sa composition dans les différentes espèces animales, de découvrir les altérations qu'il peut subir, et de prévenir les sophistications que la fraude est d'autant plus intéressée à commettre que le prix du lait est assez élevé et que la consommation est fort considérable, puisque la seule ville de Paris en absorbe chaque jour trois cent mille litres!

Le lait, comme chacun le sait, contient du beurre, de la caséine, de l'albumine, du sucre de lait et quelques sels; pour évaluer les quantités absolues et relatives de ces divers éléments, on a proposé plusieurs procédés d'analyse, plusieurs instruments, et ces derniers ont pour principaux représentants le *crémomètre*, le *lactoscope* et l'*aéromètre*. Malheureusement aucun d'eux ne donne du problème une solution complètement satisfaisante.

Le crémomètre exige tout d'abord que le lait repose pendant vingt-quatre ou tout au moins douze heures, et c'est là déjà un grave inconvénient; mais la crème peut offrir des compositions très différentes dans deux laits possédant les mêmes proportions de beurre et de caséine, et il est facile de constater que les résultats fournis par l'instrument peuvent différer dans le rapport de 1 à 3, et que les erreurs, par conséquent, doivent osciller entre les mêmes limites.

Le lactoscope indique le degré d'opacité du lait; mais celle-ci n'est point proportionnelle à la quantité de beurre, ainsi que l'avait pensé M. Donné, et l'instrument accuse des chiffres dans lesquels le beurre et la caséine entrent pour des proportions inconnues.

Le lactodensimètre, proposé par M. Quevenne et très répandu aujourd'hui, est un instrument défectueux, plutôt nuisible qu'utile. La densité du lait de vache étant ordinairement comprise entre 1,030 et 1,035, on a proposé de considérer comme falsifié par une addition d'eau tout lait dont la densité est inférieure à 1,030. Mais le beurre a pour densité 0,93, et il en résulte qu'il peut, par son excès, diminuer mieux encore qu'une addition d'eau la densité du lait; il pourrait donc arriver que du lait fût refusé en raison même de sa supériorité. D'un autre côté, le lait entièrement dépouillé de beurre et de caséine a une densité très peu inférieure, égale ou même supérieure à celle du lait intact. « Ecrémez le lait, dit M. Doyère, ajoutez-y de l'eau, et, le lactodensimètre à la main, vous l'amènerez à la densité de 1,030. » Cela est tellement vrai, que l'on vend aujourd'hui à Paris, à 10 centimes le litre, un lait qui marque 1,030 au lactodensimètre et qui ne contient presque pas de traces de beurre.

L'instrument de M. Quevenne a d'ailleurs obtenu un succès fort singulier : il est devenu le régulateur d'une falsification qu'il ne dénonce plus, et il a été adopté par tous les débitants qui veulent pouvoir frauder en se mettant à l'abri de la juste sévérité des lois.

Frappé de l'insuffisance de ces divers procédés, M. Doyère, professeur à l'Institut agronomique, a été conduit, par de longues et laborieuses recherches, à leur en substituer un nouveau dont les avantages seront facilement appréciés.

« Pour connaître la valeur, le titre, pour ainsi dire, d'un lait, je détermine, dit M. Doyère, la quantité de fromage, c'est-à-dire de beurre et de caséine que contient ce lait. J'y arrive d'une manière très simple, si simple qu'il serait possible de n'acheter le lait dans les grands établissements qu'en raison de cette détermination même.

» Mon premier soin est de faire deux filtres égaux en poids, très petits, taillés dans la même feuille de papier. Je prends alors avec un tube gradué 10 grammes de lait, que je verse dans un verre; j'ajoute quatre fois le même volume d'eau, puis 4 ou 5 gouttes d'acide acétique jusqu'à coagulation. L'addition de l'eau a pour but de rendre les réactions plus nettes et les opérations plus promptes. Je jette le liquide sur l'un des filtres : la filtration s'effectue en quelques minutes, surtout si le papier est très peu collé. Dès qu'elle est terminée, je déroule le filtre qui m'a servi, de manière à ne plus le laisser que plié en deux; je l'introduis dans l'autre filtre sec et plié de même, et je les place tous deux entre des feuilles de papier joseph, où je les dessèche en passant la main dessus et comprimant fortement. Quand ils ne mouillent plus la feuille de papier joseph avec laquelle ils sont immédiatement en contact, ils ont perdu toute l'eau que la compression peut leur enlever. Il ne reste plus qu'à peser. Une petite balance de 10 francs suffit pour cette opération. Dans un des plateaux, on met le filtre contenant le résidu; dans l'autre, celui qui ne contient rien, mais que son application sur le premier a amené au même point d'humidité. La différence de poids indique évidemment celui du résidu, ou, en d'autres termes, la quantité de fromage que contient le lait soumis à l'expérience. »

Ce premier résultat a déjà une importance pratique qu'il est facile de saisir; mais M. Doyère ne s'en tient pas là; à l'aide d'un aéromètre, il évalue la densité du lait à essayer, celle du petit-lait, et ces deux nouvelles données lui permettent de mesurer rigoureusement et séparément la quantité du beurre et celle de la caséine au moyen de l'opération suivante, dont l'origine est expliquée dans le mémoire inséré par l'auteur dans les *Annales de l'Institut agronomique :*

S' étant le poids du fromage rapporté à 1 gramme de lait, D la densité du lait, D' la densité du sérum, X le beurre, X' la caséine, on a :

$$x = 0{,}4S' - 5{,}4\ (D - D').$$

En supposant S' = 0 gr., 144 D = 1,0324, D' = 1,0297, nous avons :

$$x = 0{,}4 \times 0{,}144 - 5{,}4 \times (1{,}0324 - 1{,}0297)$$
$$x = 0{,}4 \times 0{,}144 - 5{,}4 \times 0{,}0027$$
$$x = 0{,}05760 - 0{,}01458$$
$$x = 0{,}04302.$$

D'un autre côté :

$$x' = \frac{0{,}144 - 0{,}043}{3} = \frac{0{,}101}{3} = 0{,}34.$$

Ce qui veut dire que le lait contient 4,3 0/0 de beurre et 3,4 0/0 de caséine.

Nous engageons les médecins que toute cette algèbre pourrait épouvanter à résister à leur première impression de terreur, car tout se réduit, en définitive, aux quatre règles de l'arithmétique.

M. Doyère a poussé ses investigations plus loin, et, au moyen d'un procédé d'analyse chimique très exact et très ingénieux, il a fait plusieurs centaines d'expériences dans lesquelles il a déterminé :

1° Les matières solides;
2° Le beurre;
3° La caséine;
4° L'albumine;
5° Le sucre de lait;
6° Les sels.

Nous ne suivrons pas M. Doyère dans l'exposé de ses recherches, mais nous devons faire connaître les résultats qu'il a obtenus et qui présentent un grand intérêt.

M. Doyère prouve, en premier lieu, que l'albumine ne se montre pas seulement dans le lait pris peu de temps avant ou après le part, mais qu'elle est l'un des principes constants et constitutifs du lait normal, ainsi que le démontrent les chiffres suivants :

		COMPOS. MOYENNE.	MAXIM.	MINIM.
Lait de vache.	Beurre......	3,20	5,40	1,45
	Caséine......	3,00	4,30	1,90
	Albumine......	1,20	1,50	1,09
	Sucre......	4,30	5,25	3,90
	Sels......	0,70	0,88	0,65
	Matières solides..	12,40		
Lait de chèvre.	Beurre......	4,40	5,10	3,15
	Caséine......	3,50	4,00	2,00
	Albumine......	1,35	3,35	0,50
	Sucre de lait...	3,10	3,90	2,70
	Sels......	0,35	0,40	0,30
	Matières solides..	12,70		
Lait de brebis.	Beurre......	7,50		
	Caséine......	4,00		
	Albumine......	1,70		
	Sucre de lait...	4,30		
	Sels......	0,90		
	Matières solides..	18,40		
Lait de lama.	Beurre......	3,15		
	Caséine......	3,00		
	Albumine......	0,90		
	Sucre de lait...	5,60		
	Sels......	0,80		
	Matières solides..	13,45		
Lait d'ânesse.	Beurre......	1,50	1,72	0,30
	Caséine......	0,60	0,85	0,10
	Albumine......	1,55	2,05	0,92
	Sucre de lait...	6,40	7,30	5,90
	Sels......	0,32	0,35	0,27
	Matières solides..	10,37		
Lait de jument.	Beurre......	0,55	1,70	0,05
	Caséine......	0,78	1,00	0,35
	Albumine......	1,40	1,90	1,17
	Sucre......	5,50	6,70	3,10
	Sels......	0,40	0,47	0,36
	Matières solides..	8,63		
Lait de femme.	Beurre......	3,80	7,60	0,50
	Caséine......	0,34	0,85	0,00
	Albumine......	1,30	1,90	0,60
	Sucre......	7,00	8,20	5,90
	Sels......	0,18	0,23	0,16
	Matières solides..	12,62		

En comparant ces chiffres, on constate que le lait de vache contient beaucoup plus de caséine et beaucoup moins d'albumine que le lait de femme, et que le lait qui par sa composition se rapproche le plus de ce dernier est le lait d'ânesse. Or la caséine étant un aliment bien inférieur sous tous les rapports à l'albumine, on est autorisé à conclure que le lait de vache n'est pas celui qu'il faut choisir pour l'allaitement mixte ou artificiel, et que le lait d'ânesse est celui qui convient le mieux pour cet usage. C'est là un renseignement dont toutes les mères sauront gré au jeune et savant professeur de l'Institut agronomique.

Il résulte encore des recherches de M. Doyère :

1° Que le lait de femme est un des plus riches en beurre, mais qu'il est aussi celui où ce principe offre les plus grands écarts;

2° Que l'alimentation exerce une influence considérable sur la composition du lait. Une nourrice de quarante-cinq ans est régulièrement bien nourrie pendant les premiers jours de chaque semaine, et son lait contient alors :

Beurre........	7,60
Caséine........	0,85
Albumine......	0,40
Sucre........	7,31
Sels........	0,15
	16,31

Pendant les quatre derniers elle est réduite à ne manger que du pain et des légumes, en quantité à peine suffisante pour apaiser la faim, et l'on trouve

Beurre........	5,09
Caséine........	0,41
Albumine......	1,10
Sucre........	7,05
Sels........	0,18
	13,83

Cette même nourrice se livre à l'intempérance; elle est très fatiguée le lendemain, et son lait offre la composition suivante :

Beurre........	4,19
Caséine........	0,28
Albumine......	0,39
Sucres et sels....	8,00
	12,77

Tels sont les principaux résultats qui recommandent à l'attention des médecins l'intéressant travail de M. Doyère.

L. FLEURY,
Agrégé à la Faculté de Paris.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Douzième leçon.)

Nous avons vu la rétroflexion succéder à des efforts dans les circonstances suivantes.

Une femme d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, en transportant d'un lit à un autre sa mère qui était tombée malade dans le cours de l'année 1848, sentit tout à coup une vive douleur dans le bas-ventre; elle se vit forcée de garder le repos pendant 2 mois. Lorsqu'elle voulut se lever, elle éprouva des douleurs très intenses dans les reins, et ne put marcher qu'en se tenant courbée en avant; ses règles furent suspendues pendant deux mois, et au bout de ce laps de temps revinrent avec assez d'abondance pour constituer une véritable métrorrhagie.

Elle s'adressa à nous le 15 septembre 1851. Nous trouvâmes une rétroflexion qui s'accompagnait de tous les phénomènes morbides auxquels donnent lieu les déviations utérines lorsqu'elles re-

montent à une époque éloignée. Il y avait perte à peu près complète de l'appétit ; nous fûmes surtout frappé par les difficultés que présentait la marche, la fatigue et les souffrances que ressentait la malade lorsquelle venait de faire quelques pas, étaient portées assez loin pour causer une syncope imminente.

Nous eûmes d'abord recours à l'application de l'instrument redresseur. Il fut introduit à deux reprises différentes ; une variole intense qui se déclara d'une manière inattendue interrompit le traitement. Nous dûmes à cette époque quitter l'hôpital Beaujon.

La malade, heureusement rétablie au bout de deux mois, vint nous trouver le 5 mars 1852, à l'hôpital de la Pitié. La rétroflexion avait sensiblement persisté au même degré. Nous avons eu recours au cathétérisme utérin ; ce seul moyen, employé avec persévérance, a suffi pour nous procurer une guérison complète.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que la mère de la malade avait eu neuf enfants, sans jamais éprouver à la suite de ses couches aucun accident du côté de la matrice.

Dans tous les cas de rétroflexion qui se sont offerts à nous, nous avons rencontré des douleurs spontanées du côté des reins et des cuisses, ainsi que vers le siége et vers le sacrum.

Les douleurs dans la région du sacrum, il n'est pas besoin de le rappeler, ne se sont montrées dans l'antéversion que chez un petit nombre de malades ; circonstance qui s'explique facilement par la position même de l'utérus, tandis que les douleurs dans les aines se sont produites comme l'un des symptômes les plus constants de la maladie. Dans la rétroflexion, toutes les malades ont accusé des souffrances du côté du sacrum ; cinq d'entre elles seulement ont été atteintes de douleurs inguinales.

Les douleurs de côté, qui ont été considérées comme un phénomène caractéristique, n'ont été observées par nous que chez quatre malades.

Trois fois la marche a été difficile ; huit fois elle l'a été à un haut degré ; une fois elle est devenue presque impossible.

Dans tous les cas indistinctement, nous avons constaté une augmentation dans le poids de la matrice ; chez six malades, la pression a été douloureuse.

L'exploration à l'aide du spéculum et de la sonde nous a toujours révélé un engorgement plus ou moins marqué du col et du corps.

Une fois seulement des granulations ont compliqué la déviation. Les divers symptômes que nous avons signalés ne sauraient donc être attribués à un autre état pathologique qu'à la rétroflexion.

Le col de l'utérus s'est toujours présenté à nous, dirigé comme dans l'état normal, ou bien plus ou moins fortement infléchi en arrière. Le doigt introduit dans le vagin nous a permis de percevoir en avant la sensation particulière due aux circonvolutions intestinales et l'absence du corps de la matrice, en arrière l'angle résultant de la flexion de l'utérus, et plus loin la saillie globuleuse formée par le corps de l'organe.

Le toucher rectal nous a été rarement nécessaire. Trois fois l'introduction de la sonde a été difficile ; les obstacles que nous avons rencontrés ont eu pour cause, chez l'une des malades, l'existence d'une flexion qui s'est présentée avec des caractères exceptionnels.

Hors le cas dont nous venons de parler, les douleurs provoquées par le cathétérisme ont été médiocres.

Jamais nous n'avons eu à noter de fréquentes envies d'uriner ; chose facile à concevoir, si l'on considère que dans la rétroflexion la vessie n'éprouve aucune pression de la part du corps ou du col de la matrice. Une malade, chez laquelle nous avons substitué à l'aide de la sonde une antéversion à la déviation primitive, s'est plainte de sentir à chaque instant le besoin d'uriner.

Les modifications survenues dans l'appétit et dans les digestions, dans l'embonpoint et les forces, dans la coloration du teint, n'ont pas différé de celles que nous avons mentionnées à l'occasion des déviations précédemment décrites.

Trois fois il a existé une véritable anémie.

Chez huit malades, nous avons observé une constipation opiniâtre ; chez deux autres, des alternatives de constipation et de dévoiement ; deux malades ont eu les garde-robes faciles pendant le cours de leur affection.

Un phénomène important, et qui s'est montré dans tous les cas sans exception, a consisté dans une sensation d'expulsion comparable à celle qu'éprouvent les femmes pendant le travail de l'accouchement.

La marche de la maladie a toujours été graduellement croissante.

Les considérations qui ont trait au diagnostic de la rétroflexion offrent un intérêt et une importance que nous n'avons pas jusqu'à présent rencontrés dans l'étude des autres déviations utérines. Nous n'entendons pas parler ici du diagnostic absolu dont les éléments renfermés dans la description qui vient d'être faite découlent principalement des données fournies par le toucher vaginal et le cathétérisme de la matrice, nous avons uniquement eu en vue le diagnostic différentiel.

Il peut exister dans la paroi postérieure de l'utérus un engorgement considérable qui n'arrive pas jusqu'à l'extrémité inférieure du col, et simule ainsi l'existence d'une rétroflexion.

La proposition que nous venons d'énoncer n'est pas, comme on pourrait le penser, une pure hypothèse ; c'est ce que démontrera le fait suivant.

Une femme, âgée de quarante-quatre ans, entre le 24 septembre 1851 à l'hôpital Beaujon pour un embarras gastrique ; le 9 octobre suivant, elle était complétement guérie. A cette époque, elle nous apprit pour la première fois qu'elle avait des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, de la difficulté à marcher et quelques autres symptômes qui nous firent soupçonner une affection de la matrice ; nous l'examinâmes.

Le col de l'utérus était dans l'axe du détroit supérieur du bassin ; l'orifice inférieur du museau de tanche, entouré de granulations et largement entr'ouvert, pouvait admettre l'extrémité du doigt indicateur. Il y avait un peu d'abaissement. A la partie postérieure, il était facile de sentir un angle assez aigu, angle qui résultait de la jonction du col de l'utérus avec un corps dur, globuleux et légèrement sensible à la pression. Le doigt, porté en avant, suivait le col jusqu'à une certaine hauteur, au delà de laquelle il percevait la sensation que donne la présence des intestins.

La cavité de l'utérus avait une direction sensiblement verticale, elle ne présentait aucune inflexion. Le cathétérisme put être pratiqué sans obstacle ; la sonde atteignit le fond de la cavité cervico-utérine sans qu'il fût nécessaire de tourner en arrière la concavité de sa courbure : elle nous permit de constater que la longueur de cette cavité était de sept centimètres et demi, que les parois de la matrice étaient notablement engorgées, et que l'angle situé à la partie postérieure de l'organe restait invariablement le même, quels que fussent les mouvements imprimés à l'instrument explorateur.

Devant l'ensemble des données fournies par l'examen auquel nous venions de nous livrer, il ne resta dans notre esprit aucun doute sur la nature de la maladie à laquelle nous avions affaire.

Si la tuméfaction de la partie postérieure de la matrice ne nous avait pas présenté une surface égale et uniforme dans toute son étendue, de même qu'un certain degré de mollesse ; si elle n'avait pas occupé la portion médiane de l'organe, nous aurions dû peut-être penser à la présence d'une tumeur développée dans l'épaisseur de la paroi utérine. Dans cette supposition, nous aurions trouvé une déviation plus ou moins marquée dans la direction de la cavité de la matrice, déviation que déterminent constamment les tumeurs interstitielles en faisant à la fois saillie vers l'extérieur et l'intérieur.

M. Barth nous a communiqué un fait de tumeur fibreuse de l'utérus : un corps très dur et peu douloureux existait dans la paroi postérieure de la matrice.

Les tumeurs inflammatoires dont le tissu cellulaire qui environne la matrice et se prolonge dans les ligaments larges devient quelquefois le siége peuvent être confondues avec la rétroflexion ; elles se reconnaissent aux caractères suivants.

Un mouvement fébrile qui coïncide avec tous les symptômes locaux d'une inflammation commençante précède leur apparition ; le doigt, introduit dans le vagin, découvre une tumeur très douloureuse, qui proémine plus ou moins vers le conduit vulvo-utérin, et n'offre ni la forme globuleuse, ni la résistance propre au corps de l'utérus. Ajoutez que lorsque l'inflammation s'est propagée dans les ligaments larges, il est facile de sentir une continuité manifeste entre la tumeur que l'on atteint par le vagin et celle que le palper abdominal fait percevoir alors dans les fosses iliaques.

La sonde utérine pénètre directement dans la matrice, la concavité de sa courbure restant dirigée en avant.

Nous avons vu l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin se déclarer chez quelques-unes de nos malades à la suite du redressement de la matrice. La compression que subit ce tissu par suite de la position vicieuse de la matrice pendant un temps plus ou moins long, les tiraillements qu'il éprouve plus tard sous l'influence des moyens mécaniques mis en usage pour remédier aux déviations, seraient-ils de nature à augmenter l'intensité du raptus sanguin qui se fait à l'époque des règles, et à provoquer le développement d'une inflammation ? C'est une question qui, pour être élucidée, exige des observations nouvelles.

Une autre affection qui doit nous occuper ici consiste dans la présence de tumeurs sanguines intra-pelviennes ; ces tumeurs n'ont été bien étudiées que dans ces derniers temps ; elles ont pu être prises pour des tumeurs inflammatoires. Deux fois M. Récamier a commis cette méprise et pratiqué par le vagin une ponction qui, au lieu de donner issue à du pus, a livré passage à un liquide sanguinolent ; c'est ce que nous ont appris MM. Laugier et Bourdon. M. Velpeau, dans son quatrième volume de *Médecine opératoire*, nous a transmis l'exemple d'un fait analogue.

Des cas de tumeurs sanguines dans l'intérieur du bassin ont été publiés par MM. Viguès, Piogey et Juteau. M. Viguès, dans sa thèse inaugurale, a cherché à établir que ces tumeurs sont le résultat d'hémorrhagies interstitielles, qu'elles se produisent ordinairement à l'époque des règles, qu'elles sont douloureuses, d'un volume considérable et refoulent plus ou moins fortement l'utérus. La fluctuation qu'elles présentent est souvent obscure ; le sang qu'elles contiennent est en effet presque toujours à demi-coagulé, il ressemble à du chocolat très épais. Elles proéminent habituellement dans l'intérieur du vagin à la partie postérieure du col de l'utérus, en se portant latéralement à droite ou à gauche. Il est facile, en introduisant le doigt dans le vagin et en exerçant avec la main une pression méthodique sur les parois abdominales, d'apprécier leurs dimensions et de sentir la fluctuation dont elles sont le siége.

Le traitement de la rétroflexion, de même que celui des autres déviations, a eu pour base l'emploi de la sonde et des instruments redresseurs.

Le cathétérisme a été pratiqué de trois à quinze fois ; il a été en général facile, et n'a causé de vives douleurs que chez deux malades. Deux fois, sans l'intervention d'aucun autre moyen thérapeutique, il a été suivi d'une guérison complète.

Chez trois malades, nous nous sommes servi, non sans obstacle, du redresseur à flexion fixe ; chez sept autres nous avons fait usage du redresseur articulé ; sur les dix dernières malades, cinq ont été guéries.

En résumé, sept malades ont obtenu une guérison solide. Parmi les cinq autres, il en est deux chez lesquelles le résultat de la médication est demeuré incertain ; deux qui sont actuellement en traitement, et une dernière dont l'état de santé n'a éprouvé aucune amélioration par suite d'une interruption apportée volontairement au traitement.

La durée du séjour de l'instrument a varié entre huit et quatorze jours ; en général, elle a été limitée par l'imminence des règles. Chez cinq malades il y a eu augmentation dans l'abondance de l'écoulement menstruel, chez deux autres il s'est déclaré une hémorrhagie très légère qui a duré de vingt-quatre à trente-six heures.

Il n'est pas survenu de métrite ; nous avons vu dans un cas des douleurs très vives qui se sont calmées après l'application de l'instrument redresseur.

La durée du traitement a été de cinq mois chez une malade, de quatre mois chez deux autres, de vingt à vingt-neuf jours chez les deux dernières.

Il n'y a pas eu de rechute.

Quelques malades, après leur guérison, ont présenté l'une une névralgie, les autres une anémie légère.

Les préparations ferrugineuses, les calmants et les laxatifs ont été mis en usage à titre de moyens accessoires dans un petit nombre de cas.

Une variole, un embarras gastrique, une dysenterie légère, un coryza se sont manifestés incidemment pendant le cours du traitement.

La guérison remonte à deux ans et neuf mois chez une malade à laquelle Lisfranc avait donné des soins pendant quatre ou cinq ans sans aucun résultat satisfaisant ; elle date d'une année à quelques mois chez les autres.

La rétroflexion, comme les autres déviations, s'accompagne d'un abaissement qui persiste un temps plus ou moins long après le redressement de la matrice sans entraîner avec lui aucune perturbation fonctionnelle.

De la rétroversion avec flexion.

La rétroversion avec flexion est une affection qui offre la plus grande analogie avec la rétroversion ; elle consiste dans un renversement de l'utérus en arrière, renversement auquel s'ajoutent une ou deux flexions de l'organe.

Lorsque la flexion est unique, elle regarde par sa concavité tantôt en avant et tantôt en arrière ; lorsqu'elle est multiple, on peut rencontrer la disposition suivante : au corps de l'utérus, de l'utérus dirigé en avant et un peu en haut, succède, sur la face antérieure de l'organe, une première courbure qui occupe à peu près le point de jonction du corps et du col ; après cette première courbure, dont la concavité regarde en haut, viennent successivement une saillie, puis une nouvelle courbure à concavité supérieure. La face inférieure de la matrice offre une configuration réciproquement inverse.

Nous avons observé cette disposition chez trois malades ; elle se joignait à un engorgement et à un accroissement de volume considérable de l'utérus.

La rétroversion avec flexion ne saurait être considérée comme faisant partie de la classe de déviations à laquelle on a donné le nom générique de flexions ; l'utérus en effet, dans cette variété de déplacement, au lieu de deux axes distincts, dont l'un correspond à la direction du corps et l'autre à la direction du col, présente un axe sensiblement rectiligne et qu'on peut par conséquent regarder comme un axe unique. Cet axe, qui ne traverse pas exactement la matrice suivant le trajet de sa cavité, affecte une direction analogue à celle de l'utérus dans la rétroversion simple : aussi la rétroversion avec flexion, si elle ne méritait pas d'être l'objet d'une description spéciale, devrait-elle être plutôt rattachée à la rétroversion qu'à la rétroflexion.

Les causes de cette maladie sont les mêmes que celles de la rétroversion ; nous indiquerons les plus importantes.

La période de la vie dans laquelle elle s'est déclarée, en prenant l'âge des malades au moment où elles sont venues nous trouver, s'étend entre dix-huit et cinquante-quatre ans, limites qui sont beaucoup trop larges. En nous enquérant du début de la maladie, nous sommes arrivé à obtenir pour moyenne l'âge de vingt-cinq ans plus une fraction, au lieu de l'âge de trente et un ans.

Sur les douze malades auxquelles nous avons donné des soins, une seule était vierge ; trois avaient eu un enfant ; une seule en avait eu cinq, elle n'avait senti les premiers symptômes de la déviation qu'après ses dernières couches. Chez toutes, l'accouchement s'était accompli sans obstacles.

Dans un cas unique, nous avons vu la cavité de l'utérus atteindre une longueur de 10 centimètres et demi. M. Simpson a dit que, dans toutes les circonstances où la sonde pénètre à une profondeur de plus de 8 centimètres, on est en droit de supposer l'existence d'une tumeur fibreuse interstitielle ; cette proposition, en admettant qu'elle soit vraie, est au moins trop absolue. La malade, dans le cas auquel nous venons de faire allusion, a guéri de sa déviation et des troubles morbides qui en étaient la conséquence ; elle se trouve aujourd'hui dans des conditions qui ne permettent nullement de penser à la présence d'un corps fibreux dans l'intérieur du tissu utérin.

Deux d'entre nos malades ont fait une chute ; nous avons eu plus haut l'occasion de faire ressortir que les chutes constituent l'une des causes les plus puissantes des déviations utérines.

A.-H. MARGERIE.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observation de tétanos traumatique,

Par M. le D[r] MERLIN.

Krüg (Martinien), célibataire, âgé de vingt-sept ans, est né à Marmoutier (Bas-Rhin) ; son tempérament est lymphatique, sa constitution bonne.

Soldat au 66[e] de ligne, cet homme était en semestre dans sa famille, lorsqu'il reçut, dans les premiers jours de mars 1848, un coup de couteau sur l'os de la pommette, à 2 centimètres au-dessous de l'œil gauche. Rappelé à son corps avant la guérison complète, Krüg se mit en route et arriva à Besançon le 18 mars, après avoir été exposé pendant huit jours à une pluie à peu près continuelle. Pendant ce trajet, la plaie devint douloureuse, les tissus environnants se tuméfièrent. Krüg demanda à entrer à l'hôpital, où il fut admis dans la journée.

A l'examen, la plaie présente l'état suivant : fond grisâtre, bords boursouflés et érysipélateux ; œil gauche à moitié fermé ; du reste, état général bon. Cependant, en examinant attentivement le malade, on remarque en lui de la tristesse, de l'abattement, que l'on attribue à la fatigue de huit jours de marche.

Le 19 et le 20 n'offrent rien de particulier ; seulement une douleur lancinante se fait sentir de temps en temps au fond de la plaie ; mais elle est si légère qu'elle attire à peine l'attention du malade. La suppuration est de bonne nature, peu abondante. — Pansement avec cataplasmes émollients, puis bandelettes agglutinatives.

Le 21, Krüg ressent une légère douleur dans la partie postérieure du cou. Au moment du déjeuner, il remarque qu'il a de la difficulté à remuer la mâchoire, mais il n'en parle point au médecin. Il mange comme à l'ordinaire. La douleur se dissipe dans la journée.

Le 22, dès le matin la douleur reparaît au cou et s'étend bientôt jusqu'aux lombes. Le malade raconte alors au médecin ce qu'il a éprouvé la veille. — Diminution des aliments ; ventouses scarifiées le long du rachis. Soulagement ; mais la roideur dans le dos persiste toute la journée.

Le 23, même état que la veille au soir ; sommeil bon ; rien de nouveau du côté de la plaie. — Cataplasmes ; potage.

Le soir, à six heures, après avoir mangé, Krüg est pris subitement de crampes dans les jambes, et bientôt après, de contractions spasmodiques des muscles postérieurs, qui l'obligent à rester étendu dans son lit. Douleurs très vives qui arrachent des cris au malade. La mâchoire est immobile. Les muscles du ventre sont contractés et très durs. Cette crise dure de 8 à 10 minutes, après lesquelles le calme se rétablit.

Le 24, la nuit a été bonne ; mais les douleurs ont reparu ce matin sur tout le trajet de la colonne vertébrale et sur la partie latérale gauche du cou. — Ventouses scarifiées ; 12 décigrammes de calomel ; bouillon. Soulagement dans la journée.

Le soir, à cinq heures, même accès que la veille ; ce sont surtout les muscles antérieurs des extrémités inférieures qui sont convulsés : la crise ne dure que trois minutes. Un quart d'heure après, nouvelle crise, puis une troisième ; cela continue ainsi jusqu'à huit heures du soir. Les crises cessent alors, mais le malade est fatigué ; sa face est colorée, sa peau couverte de sueur. — Potion éthérée à 2 grammes, avec laudanum de Sydenham, 25 gouttes ; friction avec un liniment vol. camphré.

Le 25, la nuit a été assez calme, mais sans sommeil ; le malade est abattu ; sa figure exprime la souffrance et l'anxiété ;

sueurs abondantes, pouls à 110; la plaie est recouverte d'une croûte, les bords sont rouges et tuméfiés; la suppuration est supprimée; des spasmes, des contractions faibles reviennent de temps en temps et durent environ une minute. Les mouvements de la mâchoire sont difficiles; néanmoins le malade peut boire et parler. — Potion avec acétate de morphine, 20 centigrammes, à prendre par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure.

A quatre heures du soir, accès comme la veille; transpiration très abondante; le malade paraît en proie à une vive souffrance. — Potion avec éther et laudanum, de chacun 2 grammes.

Le 26, depuis trois heures du matin le malade est plus tranquille, les contractions sont faibles et éloignées; la transpiration est toujours abondante. — 6 décigrammes de sulfate de quinine avec opium; lavement huileux; bain; bouillon maigre.

Quatre heures du soir. — Le bain a produit beaucoup de soulagement; quelques secousses ont lieu à des intervalles éloignés et durent à peine quelques secondes. — Potion de sulfate de quinine à 6 décigrammes; lavement purgatif.

Le 27, la nuit a été mauvaise. Les accès convulsifs ont augmenté de violence. Pendant chaque accès la respiration est difficile, la déglutition se fait à peine, la peau est couverte de sueur; les urines sont rares, rouges et déposent un sédiment blanchâtre très abondant. Les muscles du ventre sont dans une rigidité permanente, ce qui n'existe pas pour les autres muscles. — Sulfate de quinine, 6 décigrammes en potion, avec éther, 2 grammes; lavement purgatif. On essaie pour la première fois les inhalations éthérées. Ethérisation incomplète; néanmoins, soulagement.

Le soir, l'état est le même. — Nouvelle potion de sulfate de quinine avec 2 grammes de laudanum; nouvelle tentative d'éthérisation, mais sans pouvoir provoquer le sommeil.

Les 28, 29 et 30, l'état du malade ne change pas. Ce sont toujours des contractions convulsives, tantôt violentes, tantôt légères et occupant alternativement différentes parties. — On continue le sulfate de quinine avec l'éther et l'opium; on essaie encore plusieurs fois l'éthérisation, mais sans succès. Le 29, la peau s'est couverte d'une éruption miliaire, qui disparaît dans la journée. Le 30, on donne 2 gouttes d'huile de croton tiglium; le soir, il y a quatre selles abondantes.

Le 31, la nuit a été très mauvaise. Le malade se plaint surtout du ventre, dont les muscles sont toujours d'une rigidité extrême, ce qui l'oblige à tenir constamment les jambes fléchies, ainsi que les cuisses. Les muscles de la face, du cou et de la poitrine sont pris toutes les cinq minutes de contractions convulsives violentes, mais qui ne durent qu'un instant. On soumet le malade à l'action du chloroforme, et on parvient, avec 5 grammes, à l'endormir au bout de deux minutes. On l'entretient dans cet état à peu près un quart d'heure. Pendant l'assoupissement, la respiration est très gênée, la peau couverte de sueur, le pouls très petit, mais régulier; il y a relâchement complet de tous les muscles. A son réveil, Krüg vomit quelques mucosités, puis il paraît jouir d'un bien-être qu'il n'a pas goûté depuis longtemps. Deux heures après, il prend un bain qui le soulage encore, vomit de nouveau dans la journée et finit par dormir quelques heures. Après son sommeil, de légères crampes se font sentir dans les jambes et dans le ventre, dont les muscles avaient perdu leur rigidité sous l'action du chloroforme. A cinq heures, une convulsion plus forte que toutes les autres a lieu; le malade semble devoir expirer à chaque instant. Cette crise ne dure que 4 à 5 minutes, et le calme le plus complet a lieu dans la soirée. — Potion laudanisée à 4 gram.

Le 1er avril, la nuit a été très bonne; le malade a bien dormi. Le matin, de nouvelles contractions se manifestent, mais moins fortes et à de grands intervalles. — Bain, potion opiacée à 4 grammes.

Le 2, la nuit a été très agitée. Le malade a cependant un peu dormi hier soir. Les muscles du ventre et des cuisses sont dans une contraction permanente depuis le matin. On lui fait respirer le chloroforme, et il s'endort après avoir été un moment fort agité. La journée se passe bien. Nouvelle chloroformisation, même effet que le matin. — Potion laudanisée à 2 grammes.

Le 3, nuit mauvaise, beaucoup de crampes dans les jambes. — Bouillon, bain et chloroforme.

La journée est assez calme, le malade repose un peu. A cinq heures, les contractions spasmodiques se renouvellent avec plus de force, mais durent à peine une demi-minute. — Potion opiacée à 3 grammes.

Le 4, nuit mauvaise, point de repos. Les genoux et les reins sont très douloureux pendant les convulsions. Chloroformisation suivie d'une détente générale. Le malade se sent soulagé. — Lavement huileux, 8 décigrammes de sulfate de quinine en pilules pour la journée.

A la contre-visite, il y a du mieux. Nouvelle chloroformisation, lavement purgatif.

Le 5, le malade a peu dormi, son sommeil étant de temps en temps interrompu par des convulsions légères. Cependant le mieux est manifeste; le facies du malade a changé; il n'exprime plus, comme les jours précédents, l'abattement et l'inquiétude; ses urines déposent un sédiment blanc-jaunâtre très abondant. — On augmente les aliments. 80 centigrammes de sulfate de quinine et opium, potion éthérée.

Le 6, le malade a un peu dormi cette nuit. Les convulsions cloniques diminuent en intensité et en durée et ne reviennent plus qu'à des intervalles assez éloignés. La soirée est toujours le moment de la journée où elles ont le plus de force. — Bain, 8 décigrammes de sulfate de quinine et opium, quart, vermicelle au lait, un œuf.

Le 7, le mieux continue; les jambes peuvent s'allonger facilement, quoique les muscles du ventre conservent toujours leur rigidité. La mâchoire devient plus libre, le malade peut manger seul, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours. Les urines sont claires et ne déposent plus. Même prescription.

Les 8 et 9, amélioration très sensible; sommeil très bon. Les muscles du ventre se relâchent. Même prescription.

Le 10, le malade va de mieux en mieux; la mâchoire est presque tout à fait libre; les muscles du ventre sont souples, le sommeil est bon; mais, lorsque le malade se réveille, il ressent une roideur générale qui ne le fait pas souffrir et qui disparaît promptement. La plaie est presque cicatrisée. Augmentation des aliments, sulfate de quinine.

Les jours suivants, le mieux continue; toute roideur disparaît; la guérison marche rapidement, et le malade sort parfaitement guéri le 23 mai 1848, plus d'un mois après la disparition complète de tous les symptômes tétaniques.

Je terminerai cette observation en faisant remarquer d'abord combien la marche de cette maladie a été différente de celle que l'on observe généralement. En effet, le tétanos, sauf les cas où il est promptement mortel, se présente ordinairement avec des paroxysmes et des rémissions se succédant d'une manière continue; pendant les rémissions, il y a cessation de la douleur et de la roideur convulsive; mais jamais on ne voit les muscles se relâcher tout à fait. Dans ce cas, il y a eu de véritables accès intermittents, laissant entre eux un intervalle plus ou moins long, pendant lequel les muscles convulsés recouvraient leur souplesse et leur liberté d'action comme dans l'état normal. Il faut en excepter cependant ceux de la mâchoire et du ventre, qui conservèrent leur rigidité pendant presque toute la maladie. Les accès du matin étaient peu intenses, mais plus longs que ceux du soir, qui éclataient avec une violence extrême. La périodicité n'a été bien régulière que dans le commencement; plus tard, il y a toujours eu accès et intermittence, mais alors la durée et l'invasion n'avaient rien de fixe. Je crois néanmoins que ce cas doit être rangé parmi les exemples de tétanos intermittent admis par les auteurs. Dance en rapporte quatre cas, qui tous ont eu une terminaison heureuse. La fin de l'accès s'annonçait par des sueurs abondantes; c'est ce qui est arrivé également dans ce cas-ci.

J'ajouterai quelques mots sur les effets obtenus par les inhalations d'éther et de chloroforme. Le premier de ces moyens, employé deux fois, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, et on l'a abandonné pour recourir au chloroforme. Sous l'influence de cet agent on a vu les crises cesser entièrement, l'insensibilité la plus complète succéder aux douleurs les plus vives, puis les accès diminuer de fréquence et d'intensité. Krüg ne fut soumis que six fois aux inspirations du chloroforme du onzième au seizième jour, après l'apparition des premiers symptômes de la maladie, et à dater de cette époque la guérison marcha assez rapidement.

L'opium et le sulfate de quinine furent employés en même temps que le chloroforme. Le premier de ces moyens n'a pas paru produire grand effet; on y eut recours dès le commencement de la maladie, qui n'en fit pas moins des progrès sensibles. Quant au sulfate de quinine, je crois devoir lui assigner une grande part dans la guérison. Personne n'ignore quelle influence il exerce sur les maladies intermittentes, et dans ce cas son emploi était parfaitement indiqué. Mais, son action eût-elle été assez prompte et assez énergique si le chloroforme n'eût agi en même temps comme modificateur des contractions musculaires, et n'eût empêché ainsi le malade de périr, soit par asphyxie, soit par une sorte d'épuisement nerveux? Il est permis d'en douter, puisque 3 grammes de sulfate de quinine ont été administrés avant la première chloroformisation sans produire aucun résultat. Ne peut-on pas admettre alors que l'agent anesthésique a favorisé l'action antipériodique du sel de quinine, puisque c'est pendant l'emploi simultané de ces deux moyens que les symptômes ont commencé à perdre de leur gravité.

Je ne connais pas les résultats que l'on a obtenus avec le chloroforme dans le tétanos; mais je sais que les inhalations éthérées ont été appliquées plusieurs fois avec des succès divers. MM. Velpeau, Yvonneau, Robert et Roux les ont essayées en vain; d'autres, au contraire, ont été plus heureux, et parmi ceux-ci M. Petit, d'Hermouville (Haute-Marne), en cite à lui seul trois cas, où l'éther semble avoir été le principal agent de la guérison. Ces quelques succès n'en doivent pas moins engager les médecins à faire de nouveaux essais et à tenter l'emploi de l'éther ou du chloroforme dans une maladie dont l'issue est si souvent funeste.

(*Bulletin de la Société de médecine de Besançon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 août 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Roux, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que toutes les tumeurs qui occupent le sinus maxillaire ne sont pas toujours de mauvaise nature; sur quatre malades qu'il a opérés cette année, il n'a point encore vu de récidive, et il cite, entre autres, un malade de Troyes dont M. Boinet vient de lui donner de très bonnes nouvelles.

Présentation de malade.

M. Demarquay. J'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société le jeune malade sur lequel elle a constaté, il y a quelques mois, une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la cuisse; de temps à autre, comme vous le savez, il s'écoulait par ces dilatations une grande quantité de lymphe. Aujourd'hui la guérison est complète; elle a été obtenue au moyen du caustique de Vienne. La cicatrice est solide et ne laisse voir aucun vaisseau lymphatique dilaté.

Correspondance.

M. le docteur Demeaux, ancien prosecteur de la Faculté, médecin à Puy-l'Évêque, écrit à la Société pour avoir son avis sur un cas de médecine légale.

Après une discussion assez longue, la Société décide que l'observation sera renvoyée à une commission.

Cette commission se compose de MM. Denonvilliers, Larrey, Robert, rapporteur.

M. Debout fait hommage à la Société du tome XLIIe du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

M. le docteur Prescott Heuwett, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée d'une observation sur une tumeur de l'abdomen.

Commission: MM. Boinet, Morel-Lavallée, Giraldès, rapporteur.

M. le docteur Coste, professeur de clinique externe à Marseille, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée de son *Manuel de dissection* et de deux mémoires originaux, l'un sur la cure radicale de la hernie, l'autre sur un nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre.

Commission: MM. Gosselin, Laborie, Follin, rapporteur.

Nomination de membres associés étrangers.

M. Giraldès donne lecture du rapport fait par la commission chargée de présenter une liste de quinze chirurgiens étrangers devant être nommés membres associés de la Société. La commission regrette vivement de n'avoir pu comprendre dans cette liste plusieurs chirurgiens dont les travaux et la position scientifique devaient à bon droit attirer son attention.

La commission a l'honneur de vous proposer, pour remplir les quinze places d'associés étrangers, les chirurgiens dont les noms suivent:

New-York (Amérique). Valentine Mott, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de New-York, etc.

Vienne (Autriche). Fr. Jœger, ancien professeur à l'Université de Wurzbourg, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

Heidelberg (duché de Bade). M. J. Chelius, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg, etc.

Wurzbourg (Bavière). Kajetan Textor, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Wurzbourg, etc.

Londres (Grande-Bretagne). Sir Benjamin Brodie, chirurgien de la reine, ancien président du Collège royal des chirurgiens, etc.

Londres. William Lawrence, ancien président du Collège royal des chirurgiens, etc.

Londres. Benjamin Travers, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, ancien président du Collège royal des chirurgiens.

Londres. George-James Guthrie, ancien président du Collège royal des chirurgiens, inspecteur général du service de l'armée, etc.

Edimbourg. Sir Georges Ballingal, chirurgien de la reine, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, etc.

Edimbourg. James Simpson, membre de la Société royale d'Edimbourg, professeur d'accouchements à l'Université, etc.

Dublin. Sir Philip Crampton, chirurgien en chef de l'armée en Irlande, etc.

Berlin (Prusse). Grimm, chirurgien du roi, chirurgien en chef de l'armée prussienne, etc.

Saint-Pétersbourg (Russie). Arendt, médecin ordinaire de l'empereur, chirurgien général de l'armée, etc.

Dresde (Saxe). F.-A. Ammon, médecin du roi de Saxe, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Genève (Suisse). Mayor, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Rapport de M. H. Larrey sur le Traité de chirurgie militaire de sir George Ballingall.

La Société de chirurgie a reçu dans l'une de ses dernières séances un livre de sir George Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, qui demandait le titre d'associé étranger; et vous m'avez chargé, messieurs, avec notre honorable collègue M. Giraldès, de vous faire un rapport verbal sur cet ouvrage intitulé: *Outlines of military surgery*, ou *Exposé de chirurgie militaire.*

L'analyse nous en est d'autant plus facile, que depuis longtemps nous connaissons ce livre, parvenu en 1844 à sa troisième édition. Mais, pour nous hâter de rendre à l'auteur l'hommage qu'il mérite, nous réduirons cette analyse à un résumé succinct.

Sir G. Ballingall, dans une dédicace pleine de convenance adressée au président et aux membres du Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, les remercie d'avoir introduit et favorisé dans l'Université l'enseignement de la chirurgie militaire pour les jeunes médecins destinés au service de santé des armées de terre et de mer.

L'auteur expose d'abord dans la préface l'ensemble de ses leçons pendant une période qui, aujourd'hui, compterait une trentaine d'années. Sa méthode, un peu arbitraire peut-être, est adaptée surtout aux convenances spéciales de cet enseignement divisé en trois parties:

La première embrasse les questions nombreuses en rapport avec la formation, la discipline et l'économie des armées au point de vue de la santé du soldat;

La seconde partie comprend les lésions accidentelles et les maladies chirurgicales auxquelles sont le plus exposés les gens de guerre et les marins dans tous les pays;

La troisième partie considère les maladies les plus importantes auxquelles les troupes sont sujettes dans les contrées étrangères. Elle fait connaître également les maladies apparentes plus difficiles quelquefois à combattre que les maladies réelles.

C'est non-seulement d'après sa longue expérience personnelle, soit en Angleterre et en Ecosse, soit aux Indes, que le professeur Ballingall a eu toute autorité pour écrire son ouvrage; c'est encore d'après l'observation directe des grands hôpitaux de la France, de la Prusse, de l'Autriche, de la Belgique, et d'après l'étude des divers règlements du service médical des armées.

Dans une savante introduction, notre célèbre confrère d'Edimbourg démontre que la chirurgie militaire occupe une assignation ancienne et honorée dans la science de la médecine. Il la définit et le caractérise bien en la rattachant à l'unité de l'art de guérir. Il fait même ressortir les inconvénients qui résulteraient, surtout en campagne, de la distinction des spécialités. La chirurgie militaire, en un mot, lui semble, pour ainsi dire, une et indivisible; elle résume et comprend toute la médecine, quant à l'état de santé ou de maladie du soldat.

Des considérations historiques pleines d'intérêt nous montrent successivement les conséquences de l'invention de la poudre à canon pour la chirurgie de bataille, une citation pathétique de Monro à ce sujet, un aperçu des travaux et des progrès de la médecine d'armée en France depuis trois siècles, et une digression biographique, toute dans le sujet, sur Ambroise Paré, qui en devint le véritable fondateur, en même temps qu'il fut le père de la chirurgie française.

L'auteur, ne pouvant passer en revue les divers travaux de la chirurgie militaire sur le continent, expose son histoire succincte en Angleterre. Toute cette partie de l'introduction nous offrirait un intérêt réel et nouveau peut-être, si elle pouvait être reproduite dans ce rapport.

Un passage spécial consacré à Richard Wiseman, chirurgien du roi Charles II, met en relief le mérite de son *Traité de chirurgie*,

et particulièrement le chapitre des Plaies d'armes à feu. Les noms de John Brown, J. Ranby, J. Hunter et J. Neale se présentent ensuite parmi les auteurs d'ouvrages sur la chirurgie des armées, ou du moins sur les blessures par armes de guerre. Le Traité de M. Guthrie, sur les *Plaies d'armes à feu des extrémités*, ainsi que les *Principes de chirurgie militaire* de Hennen, sont appréciés à part. Les *Observations pratiques de chirurgie*, par Copeland Hutchison, et ses *Observations sur l'époque de l'amputation dans les plaies d'armes à feu;* divers travaux de sir Stephen Hammick; le *Rapport* du docteur Thomson *sur les blessures de la bataille de Waterloo;* les publications de Samuel Cooper et de M. Allan; et à la tête de ces ouvrages, le *Traité des plaies* de John Bell; d'intéressantes *Observations sur les blessures*, par sir Charles Bell; et enfin le livre de M. Chevalier sur les *Plaies par armes à feu :* tels sont, en aperçu, les ouvrages analysés succinctement par M. Ballingall sur la chirurgie militaire anglaise.

L'honorable professeur joint à cette analyse une liste des principaux auteurs étrangers sur la chirurgie des armées, en France surtout, depuis Belloste et Ledran jusqu'à Percy et Larrey. Il mentionne à part le volumineux recueil des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires;* et à propos des anciens hôpitaux d'instruction en France, il cite la digne institution de Frédérick II, à Berlin, et l'Académie impériale Joséphine, à Vienne, établie sur de larges bases dans le but de former des médecins pour l'armée d'Autriche.

M. Ballingall fait connaître l'utilité des rapports statistiques adoptés en Ecosse sur les *Maladies, les infirmités et la mortalité parmi les troupes de terre et de mer.* Il revient, à cette occasion, sur quelques-uns des noms qui honorent la chirurgie militaire de son pays, et il cite notamment Pringle, Brocklesby, Monro, Clegborn, Lind, Blane, Trotter, Burnett, Hunter, Jackson, etc.

Notre respectable confrère démontre l'utilité d'un enseignement spécial de la chirurgie militaire dans l'école d'Edimbourg, et s'associe au regret qu'il n'y ait pas une semblable institution dans les autres universités. Le professeur Guthrie, dans ses leçons cliniques, a vivement sollicité, à ce sujet, l'attention du gouvernement; et il s'est étonné, à bon droit, que l'on fît plus pour fournir des médecins vétérinaires aux chevaux de l'armée, que pour assurer les secours de l'art aux hommes eux-mêmes. M. Ballingall ajoute à ce témoignage celui de Larrey, qui regrettait qu'une chaire de chirurgie militaire ne fût pas instituée à l'Ecole de Paris, en faisant valoir des raisons qu'un sentiment de réserve nous empêche de reproduire.

..... Mais, tout en exprimant ses généreuses pensées sur les vivants (ou sur ceux qui vivaient alors), l'auteur du livre n'oublie pas de rendre justice à la mémoire des morts. Il adresse un hommage à part à John Bell, à celui qui, sans avoir appartenu à la chirurgie des camps, l'avait honorée plus que personne; à celui qui avait tant fait pour cet enseignement spécial, et si bien défendu sa cause, en sollicitant du gouvernement la formation d'une école nationale de médecine militaire et navale.

Le professeur Ballingall termine l'introduction de son ouvrage par des paroles qui prouvent toute la valeur de la chirurgie des armées; et ces paroles, il les emprunte noblement à un auteur français :

« Il faut convenir, dit Dionis (1), de la nécessité de la chirurgie, » qui enlève tous les jours plusieurs personnes du tombeau. Combien, dans les armées, a-t-elle guéri de blessés? Combien de » grands capitaines seraient péris par des plaies épouvantables si » elle ne les avait pas secourus? C'est dans les armées, c'est » dans les siéges que la chirurgie triomphe; c'est là que tout recon» naît son empire et sa nécessité; c'est là que les effets et non les » paroles font son éloge. »

Le choix et la visite des recrues pour l'armée forment le premier chapitre du livre de sir G. Ballingall, comme une introduction naturelle à la pathologie et à la thérapeutique du soldat et du marin.

Le régime alimentaire, l'habillement et l'exercice des troupes, tel est le titre du second chapitre, dont nous ne pouvons faire ici l'analyse, non plus que des chapitres suivants, intitulés : *Organisation des troupes dans les campements, les baraques et les logements par billets; — Maladies dominantes dans les camps et les garnisons; — Proportion des malades et des blessés dans les armées et dans les flottes; — Hôpitaux; — Transport des malades et des blessés.*

Sous le titre : *Maladies chirurgicales des soldats et des marins*, l'auteur du *Traité de chirurgie militaire* passe en revue, et dans une série de chapitres distincts, *l'inflammation, les brûlures*, les *ulcères*, la *gangrène d'hôpital*, les *plaies diverses en général*, et *les plaies d'armes à feu en particulier*, les *plaies des artères*, etc.; les *anévrismes*, les *plaies des nerfs et le tétanos; les plaies de la tête et les plaies de l'épine*; les *plaies de la face et les plaies du cou*, les *plaies de la poitrine et les plaies de l'abdomen*, les *plaies et les fractures des extrémités*, les *luxations*, les *amputations;* et, comme autant d'appendices, *l'ophthalmie*, la *syphilis*, les *rétrécissements de l'urètre* et les *maladies de l'anus et du rectum.*

Chacune de ces questions permet au professeur Ballingall d'exposer d'une manière en générale les progrès de la science, en insistant, comme de raison, en particulier, sur les travaux de la chirurgie militaire en Angleterre, en Ecosse et en Irlande. Ainsi, Thomson et Hunter pour l'inflammation, James Earle pour les brûlures; Underwood, Everard Home, Baynton et Ward pour les ulcères; Wiseman, Blackadder et Trotter pour la gangrène d'hôpital; John Bell, Hennen, Samuel Cooper et bien d'autres, pour les blessures de tout genre; Hogson, Astley Cooper, Guthrie, etc., pour les lésions des artères et des veines; et tous les auteurs enfin dont les noms se rattachent aux autres questions, représentent autant d'autorités chirurgicales auxquelles le savant professeur rend hommage avec l'équité la plus impartiale.

Il a réservé, pour le complément de son ouvrage, des considérations pleines d'intérêt sur l'influence physique des *punitions militaires*, en faisant apprécier la nature et les conséquences de chacune d'elles.

Il expose ensuite avec beaucoup de soin les principales *Maladies des troupes anglaises dans les stations étrangères*, ainsi qu'une histoire abrégée de la *fièvre jaune*, de la *dyssenterie tropicale*, de *l'hépatite;* de la maladie appelée aux Indes *beriberi*, et de cette autre désignée sous le nom de *brûlure des pieds* (burning in the feet), du *dragonneau* enfin ou ver de Guinée.

La dernière partie du livre est consacrée à l'étude sommaire des *Maladies simulées ou factices.*

Et à tant de travaux accumulés dans un seul volume, se joint une liste bibliographique très étendue des ouvrages et des mémoires publiés par les officiers de santé des armées britanniques sur les maladies et les blessures des soldats et des marins.

« Telle est, messieurs, l'analyse trop succincte et bien incomplète du *Traité de chirurgie militaire* de M. le professeur Ballingall. On pourrait y signaler des lacunes ou des imperfections, on pourrait contester quelques-uns des principes qui s'y trouvent exposés, on pourrait enfin y substituer une autre méthode; mais on ne saurait trop apprécier l'excellent esprit qui a conçu l'idée de cet ouvrage, le noble sentiment qui a inspiré l'auteur à l'égard des opinions étrangères aux siennes ou à celles de ses compatriotes, et la valeur réelle d'une œuvre qui mérite l'approbation de tous les chirurgiens et la reconnaissance à part des chirurgiens militaires.

» La haute considération enfin qui s'attache au rang de sir George Ballingall parmi ses honorables collègues de l'université d'Edimbourg, me dispense, messieurs, d'ajouter un éloge de plus à ce simple rapport.

» J'ai donc l'honneur de vous proposer d'adresser une lettre de remercîments à M. le professeur Ballingall pour l'envoi de son important ouvrage, en lui annonçant qu'il n'a pas eu besoin de ce titre pour être compris sur la liste des associés étrangers de la Société de chirurgie. »

Les conclusions du rapport de M. Larrey sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

— M. MICHON a la parole pour un rapport verbal sur un travail de M. Adolphe Richard, ayant pour titre : *Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, l'écoulement par le mamelon.*

Ce travail, dit le rapporteur, est plutôt une ébauche. L'auteur, ayant entendu M. Nélaton formuler dans sa clinique quelques préceptes sur l'importance de ce signe, s'est mis à étudier ce point de pathologie. Il a réuni six observations; de ce nombre, cinq ont trait à des tumeurs bénignes, à des tumeurs mammaires chroniques. Dans une sixième, empruntée à M. Robert, il y a eu une hémorrhagie du bout du mamelon; elle ne peut pas être comprise avec les autres.

Il est bon de remarquer que l'apparition de ce signe n'a rien de constant; tantôt il apparaît au commencement, tantôt à la terminaison de la maladie. Pour sa nature, le liquide offre encore bien des différences; tantôt c'est un écoulement sanguin ou puriforme, ou semblable à du collostrum. M. Richard a joint à son travail imprimé une dernière observation survenue à la suite de la lactation; dans ce cas, c'était tout simplement un de ces engorgements si communs pendant l'allaitement.

M. Michon pense, d'après la lecture des observations, qu'il existait d'autres signes qui permettaient de bien distinguer ces engorgements. Ainsi, il y avait absence de douleurs; la tumeur était partielle, etc.; il n'y avait pas de glandes dans l'aisselle: on ne pouvait donc pas les regarder comme étant de nature cancéreuse. En cherchant à établir l'écoulement du mamelon comme un signe constant, M. Richard a été trop loin; il a trouvé une observation contraire à ses idées, un cas où il existait réellement un cancer, et alors il n'a pu expliquer autrement l'écoulement du mamelon que par l'existence de globules de la glande emprisonnés dans des masses cancéreuses : il a, comme on le voit, été trop loin.

Les recherches de M. Richard sont très intéressantes; mais jusqu'ici elles ne sont pas assez nombreuses, il n'y a pas assez de précision.

On peut admettre la première proposition, qui établit que l'écoulement du mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle; mais on ne peut pas dire avec M. Richard que son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein, car lui-même nous a fourni une observation qui prouve le contraire.

M. NÉLATON. J'ai constaté, à la vérité, plusieurs fois, chez des femmes atteintes de tumeurs du sein, l'écoulement d'un liquide jaune transparent, un peu visqueux, semblable à de la bière; c'est principalement dans les cas de tumeurs bosselées, de consistance inégale, et lorsqu'on vient à comprimer une de ces bosselures, on la vide par un des canaux qui se rendent au mamelon; mais je me suis borné à ce point.

M. MICHON. Je n'ai point dit que les idées exprimées dans le travail de M. Richard étaient celles de notre collègue; j'ai dit seulement que l'idée de ce travail avait eu pour point de départ une de ses leçons de clinique.

Il y a dans son travail un manque de précision et une incertitude qui fait qu'on ne peut pas encore attribuer à ce signe beaucoup de valeur au point de vue du diagnostic.

M. DEMARQUAY. Blandin s'était occupé, non des écoulements visqueux, mais des écoulements sanguins, et, pour lui, ce dernier signe annonçait l'existence du cancer. J'ai eu occasion de voir, dans le service de M. Jobert, une malade présentant un écoulement sanguin du mamelon : c'était un cancer, qui depuis a récidivé.

Plaie de l'artère carotide primitive; ligature. Mort au treizième jour.

M. MICHON. J'annoncerai à la Société que la malade chez laquelle j'avais pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive a succombé le treizième jour après l'accident à une excessive faiblesse. Le dernier jour il y avait eu quelques hémorrhagies assez importantes.

Voici ce que l'autopsie a fait voir :

Le couteau a pénétré obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans; la lame étant dans la direction de l'axe du corps a divisé peu de parties. Elle a passé entre les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qu'elle a éraillés sans les couper en travers, est arrivée entre la trachée et les gros vaisseaux du cou, a ouvert la gaîne de ceux-ci et a coupé la carotide et le nerf pneumo-gastrique droits, à 4 millimètres environ du tronc brachio-céphalalgique, laissant intact le tronc de la jugulaire; puis la lame a glissé en arrière de la trachée-artère et de l'œsophage, en entamant légèrement la tunique musculeuse de celui-ci, et en épargnant complétement la muqueuse; puis enfin a pénétré entre ces organes et la colonne cervicale dans la partie supérieure des médiastins, en arrivant jusqu'au tissu cellulaire qui double la plèvre droite. Ce trajet a été vérifié par l'autopsie.

En outre, voici les phénomènes consécutifs qui ont été observés :

1° Un épanchement de sang très considérable remplissant en haut la gaîne des vaisseaux et pouvant être suivi jusqu'à la base du crâne; s'infiltrant sur les côtés entre les muscles de la région cervicale droite, et en arrière entre l'œsophage et les muscles longs du cou. En bas, l'épanchement occupe la cavité des médiastins, et va en diminuant de haut en bas. Le sang épanché est en grande partie organisé. Il paraît résulter de l'hémorrhagie primitive, et partout où il se trouve il rend la dissection très difficile.

2° Le péricarde présente des ecchymoses à l'extérieur, et contient une assez grande quantité de liquide.

3° La plèvre droite, intacte dans sa continuité, est recouverte d'une couche pseudo-membraneuse, et présente des adhérences commençantes qui témoignent d'une inflammation récente.

4° Au point où aboutissent les deux plaies, celle du couteau et celle de la ligature, on trouve les deux bouts de l'artère dans l'état suivant : le bout inférieur a 4 millimètres de longueur; il est conique, et porte encore les fils de la ligature. Mais il existe autour de celle-ci des éraillures qui semblent le point de départ de l'hémorrhagie secondaire. A l'intérieur le caillot est très petit et obture à peine le calibre du vaisseau. La ligature du bout supérieur est tombée et flotte dans la plaie. A l'intérieur on trouve un caillot obturateur assez considérable, se prolongeant en haut sous forme d'un caillot conique jusqu'à la bifurcation de la carotide.

En terminant, M. Michon montre la pièce qui a été préparée avec beaucoup de soin par M. le docteur de Musset, prosecteur de la Faculté.

Cette pièce sera déposée au nom de la Société dans le musée Dupuytren.

Arrachement du doigt auriculaire gauche.

M. DENONVILLIERS présente un doigt auriculaire gauche qui fut pris dans la courroie d'une machine à vapeur et arraché par suite de l'effort violent que fit le blessé pour se dégager. La peau offre une section nette et oblique comme celle d'une amputation ovalaire. La première phalange, brisée vers sa partie supérieure, n'est pas entière. Au doigt tiennent :

1° Les tendons du fléchisseur profond et de l'extenseur propre du petit doigt, détachés du reste du corps par la rupture des fibres charnues qui se fixent à leur partie supérieure;

2° Les deux artères collatérales rompues un peu au-dessus du niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne;

3° Les deux nerfs collatéraux brisés, l'un à 5 et l'autre à 12 ou 15 centimètres environ, au-dessus de cette même articulation. Le tendon du fléchisseur sublime s'était déchiré dans le point correspondant à la fracture de la première phalange, de telle sorte qu'il n'avait pas été arraché.

Enfin, bien que le tendon de l'extenseur commun qui appartient au petit doigt eût été rompu un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, il avait cependant été arraché et d'une manière si singulière qu'il était en quelque sorte retourné. Sans relation avec le doigt séparé, il restait implanté par son extrémité inférieure sur la plaie, tandis que son extrémité supérieure, pourvue encore de ses fibres charnues, rompues et déchirées, pendait libre et sans soutien.

Cette circonstance donne une physionomie particulière à ce fait jusqu'ici sans exemple, et qui ne se reproduira peut-être jamais. M. Denonvilliers en présente une explication, basée sur la disposition anatomique des tendons du petit doigt, et reproduit artificiellement la lésion sous les yeux de la Société, sur un avant-bras du cadavre préparé à cet effet.

Après avoir coupé à fleur de la plaie le tendon renversé de l'extenseur commun, M. Denonvilliers fit faire un pansement simple, et au bout de quinze jours le blessé était guéri, n'ayant éprouvé aucun accident, comme c'est l'ordinaire dans ces sortes de blessures.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le derniers numéro de votre estimable journal, il est question d'un cas d'ascite communiquant avec la tunique vaginale. Une pression méthodique sur les bourses faisait refluer le liquide dans la cavité péritonéale, et permettait d'entendre alors distinctement avec le stéthoscope, appliqué au niveau du canal inguinal, un bruit *de voiture roulant dans le lointain.* Déjà, en 1838, j'ai eu l'occasion, étant chef de clinique, de signaler à mes élèves plusieurs exemples analogues dans mes conférences cliniques à l'hôpital de la Charité. Mais dans les cas observés par moi, les bruits anormaux ne se faisaient pas entendre, comme chez le malade de notre savant confrère M. Barth, au niveau du canal inguinal, mais au niveau de l'orifice ombilical.

Un épanchement considérable dans la cavité du péritoine écartait l'anneau ombilical, soulevait le péritoine et formait en cet endroit une sorte de doigt de gant que l'on pouvait faire disparaître par une assez légère pression et qui reparaissait aussitôt après. La première fois que j'ai fixé mon attention sur cette espèce d'appendice péritonéal, je fus surpris, en le faisant ainsi disparaître et reparaître alternativement, d'éprouver chaque fois, pendant le passage du liquide à travers l'anneau ombilical, un frémissement vibratoire des plus distincts.

Je fis constater ce phénomène par tous les élèves présents, et comme il m'eût été difficile de l'expliquer autrement que par le frottement du liquide contre les contours d'un orifice relativement étroit, je prédis à l'instant même que nous devions entendre au même endroit quelque variété de bruits analogues aux bruits anormaux du cœur ou des artères. Le stéthoscope réalisa complétement mes prévisions, et nous pûmes depuis produire à volonté la plupart des nuances de ces bruits, depuis celui de soufflet jusqu'à celui de râpe, en modifiant le degré de force et de vitesse pour faire refluer le liquide dans le péritoine, et en enlevant ensuite la main plus ou moins brusquement pour le faire remonter dans l'appendice.

Il est impossible de trouver parmi les faits pathologiques quelque chose de plus concluant en faveur de la théorie des bruits anormaux du cœur et des artères, qui est généralement admise aujourd'hui. Je serais tenté de croire que dans le cas signalé dans votre journal on doit pouvoir également distinguer un peu de frémissement vibratoire à la main; car les deux phénomènes en question, sans être liés d'une manière inséparable l'un à l'autre, ne se produisent pas moins par un mécanisme absolument le même; seulement, l'un est du ressort du tact, et l'autre de celui de l'ouïe.

Agréez, etc. RACIBORSKI

Ce 5 septembre 1852.

Bulletin bibliographique.

De l'or dans le traitement des scrofules des os. Deuxième mémoire présenté à l'Académie des sciences; par le Dr A. LEGRAND, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Paris, J.-B. Baillière.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme.* Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Traité des névroses des voies digestives (gastralgie et entéralgie); par M. VIGNES, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des armées en retraite. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c. En vente, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

(1) *Cours d'opérations de chirurgie*, Préface, p. VIII.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 107. — JEUDI 9 SEPTEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 107. — JEUDI 9 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38	

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS. Des cataractes congéniales. — Mémoire sur un cas de morve aiguë développée spontanément. — Académie de médecine, séance du 7 septembre. — Académie des sciences, séance du 6 septembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 8 SEPTEMBRE 1852.

Séances des Académies.

La correspondance de l'Académie de médecine a offert un intérêt tout particulier. M. le secrétaire a donné lecture d'une lettre adressée par un honorable négociant, M. Nadaud, qui met à la disposition de l'Académie une somme de 3,000 fr., destinée à récompenser l'auteur d'un *Traité élémentaire d'hygiène* résumé en vingt-cinq leçons. On trouvera au compte-rendu de la séance le programme des conditions imposées aux concurrents.

Après une rapide adoption d'une série de rapports sur des remèdes secrets, l'Académie a enfin abordé la question de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Deux orateurs, MM. Velpeau et Lagneau, ont pris la parole, tous deux partisans de la transmissibilité.

M. Velpeau fait l'historique des idées *huntériennes*, qui, d'abord abandonnées par la grande majorité des médecins, ont été reprises et patronées par M. Ricord, dans son enseignement de l'hôpital du Midi. Ces idées, il n'a jamais pu les partager. Dès le principe de sa carrière chirurgicale, dans un service spécial de vénériens, en suivant les leçons de M. Bretonneau, il a vu assez de faits pour acquérir un conviction opposée à celle de M. Ricord.

L'orateur passe successivement en revue toutes les circonstances au milieu desquelles il a vu se transmettre par contagion les accidents syphilitiques secondaires. Puis, après avoir exposé les faits qui lui sont propres, il analyse les observations publiées par les médecins français et étrangers. Ces observations lui paraissent irrécusables.

Pendant trente-six années de pratique, il a pu légitimer ses convictions; et pour donner plus de poids à l'observation clinique, il y a ajouté des expériences qui lui ont permis de constater d'une manière positive la contagion par inoculation ou par contact de certains accidents secondaires, tels que les excroissances, la pustule plate, certaines syphilides, etc.

M. Velpeau signale surtout les observations de M. Vidal, qui jugera sans doute opportun d'intervenir dans cet intéressant débat; et, puisant dans Hunter même des faits contraires à la doctrine huntérienne, il démontre combien il est facile de trouver dans les adversaires de la contagion des preuves positives de cette contagion.

Abordant ensuite la question de la transmissibilité par hérédité, il demande si ce n'est pas là une preuve de la contagion des accidents constitutionnels par d'autres voies que l'inoculation; et à ce propos il attaque cette importance donnée à l'inoculation, qui semble, pour les syphiliographes, devoir être considérée comme la seule preuve possible de la contagion.

Nous terminerons la rapide analyse de ce discours remarquable en rapportant les conclusions savantes de M. Velpeau :

« En résumé, dit l'orateur, je conclus à la contagion des accidents secondaires, en m'appuyant sur l'assentiment général des médecins, sur l'observation clinique et sur l'expérimentation. Je dis plus ; tout, dans la vérole, est contagion; mais pour juger cette question l'inoculation ne suffit pas ; il y a d'autres moyens de contagion que l'inoculation, et il est dangereux de prétendre que les accidents secondaires ne sont pas transmissibles. »

M. Lagneau succède à M. Velpeau, et commence la lecture d'un discours écrit qui sera continuée dans la prochaine séance.

— A l'Académie des sciences, nous notons deux communications intéressantes de physiologie ; l'une, de M. Waller, sur des expériences tendant à démontrer que le centre nutritif des fibres spinales se trouve dans les ganglions intervertébraux, et celui des fibres motrices dans la moelle épinière; l'autre, de M. Lucien Corvisart, est relative à l'administration des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux, aux malades dont l'estomac ne digère point.

Nous donnons une analyse complète de ces communications au compte-rendu de l'Académie des sciences.

Dr E. L.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

Des cataractes congéniales (1).

Obs. IV. — Thomas Bonner, le premier enfant de sa mère, était âgé de quatre mois lorsqu'il fut amené à M. White Cooper le 30 août 1851. Ses yeux présentaient un aspect singulier. Le droit était brillant, bien formé. Le gauche, au contraire, n'était qu'une miniature du premier, dont il avait à peine la moitié du volume; parfait, du reste, dans toutes ses proportions relatives, sauf une cataracte dont il est atteint. La cataracte était capsulo-lenticulaire et, par suite d'un travail inflammatoire antérieur, adhérait à l'iris, qui ne se mouvait ni par l'action de la belladone, ni par celle de la lumière. La capsule paraissait être dure, dit M. W. Cooper.

Une aiguille fut passée à travers la sclérotique pour tenter l'opération. Il ne fut possible cependant de faire à la capsule qu'une petite ouverture, quoique, ainsi que cela parut après, elle fût suffisante pour déterminer l'absorption d'une grande partie de la lentille cristalline. Pas la moindre inflammation consécutive.

Une quinzaine de jours avant le 24 juin 1852, l'enfant est ramené à M. W. Cooper. L'œil gauche avait, [illegible] ses proportions, pris du développement [illegible]ut comme le droit. [illegible] pupille, l'espace est toujours complétement [illegible]rmé par [illegible] épaissie et les restes de la lentille.

Le 24 juin, M. Withe Cooper pratique d[illegible] l'opération pour la seconde fois. Notre ami Giraldès, a[illegible] en Angleterre, assisté à l'opération. L'enfant, qui [illegible] quatorze mois, est d'abord chloroformisé sans aucune diffi[illegible] sans accidents. Après avoir introduit une aiguille à traver[illegible] cornée, M. W. Cooper cherche à faire à la capsule antérie[illegible]e ouverture centrale; mais la résistance de la capsule a d[illegible] toutes les tentatives. L'aiguille, une des meilleures possibles, excellente aiguille de M. Lüer, n'a pas pu faire la moindre impression. M. W. Cooper ajoute, après l'opération, qu'il suivra ce cas avec intérêt, et que, si l'obstruction continue, il *extraira* probablement, dans une occasion prochaine, les parties opaques.

Et pourquoi ce rang secondaire donné à l'opération par extraction ? Pourquoi n'y songer qu'après coup ? La raison, elle est donnée plus haut. C'est toujours cette tendance, même chez les meilleurs esprits, à part exceptions, à ne pas saisir toute l'importance de cette méthode. Le cas précédent était défavorable, il faut en convenir, pour tous les genres d'opération ; néanmoins, au moment où l'enfant est venu dernièrement à Saint-Mary's hospital, j'aurais donné bien vite la préférence à l'extraction.

Incidemment, et avant de quitter ce cas, citons à part la chloroformisation pratiquée avec la plus grande facilité chez un enfant de quatorze mois. Le fait est assez remarquable pour mériter une mention spéciale.

En somme, je le répète, vu le petit nombre de fois où la méthode par extraction a été sérieusement appliquée aux cataractes congéniales des enfants, il n'est pas possible de dire plus que ceci en ce moment : dans ces cas, la méthode par extraction est trop tenue dans l'ombre, et aurait certainement, sans la préoccupation générale des esprits, été appliquée un bien grand nombre de fois dans des cas où elle serait éminemment utile.

Quant à l'opération que pratique M. W. Cooper, semblable en cela à plusieurs autres, elle n'est en définitive que celle préconisée par Saunders, plus les perfectionnements survenus dans l'exécution, dans la fabrication des instruments et dans les soins antérieurs et consécutifs. Elle est assez exactement décrite dans les observations pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Ce n'est pas un broiement à proprement dire, bien que le broiement y entre pour beaucoup à coup sûr. Au moyen d'une aiguille fine introduite par ponction à travers la cornée, rarement à travers la sclérotique, on cherche à déchirer la capsule dans son milieu pour que l'humeur aqueuse puisse pénétrer la lentille, la gonfler et la ramollir, et par suite en favoriser l'absorption. En opérant ainsi, si la lentille est tout à fait molle, le liquide s'écoule aussitôt après et est absorbé dans la suite; si elle est un peu plus résistante, il peut arriver que quelques lambeaux tombent dans la chambre antérieure, où ils sont absorbés ; le plus ordinairement, l'absorption s'opère au sein même de la capsule, sur la lentille ramollie par le contact de l'humeur aqueuse, et on voit la lentille diminuer assez rapidement de volume. Au bout de trois semaines, si aucun travail inflammatoire n'est survenu, on peut recommencer l'opération une seconde fois ; seulement alors, comme la lentille est ramollie et ne risque plus de tomber en masse dans la chambre antérieure, on peut diviser la capsule dans une plus grande étendue que dans la première opération. Généralement, dit M. W. Cooper, trois opérations suffisent pour la disparition des cataractes congéniales. Moins suffisent quelquefois ; plus est rarement nécessaire.

Plusieurs fois M. W. Cooper dit avoir observé la marche suivante dans la guérison : une notable perforation centrale a été faite dans la lentille, assez large pour permettre de voir clairement le pigment noir de la partie postérieure de l'œil ; en trente-six heures cette perforation se ferme, les particules restantes de la lentille paraissent être entraînées les unes vers les autres par une attraction de cohésion ; la cataracte est bien réduite en épaisseur, mais sans la moindre ouverture perceptible. Au bout d'un certain temps, on voit dans un point les particules se désagréger ; puis elles sont absorbées ; une ouverture se reforme, et la vue est restaurée.

Quant aux inflammations venant compliquer cette opération, elles ne surviennent à peu près jamais chez les très jeunes enfants ; elles sont fort rares avant la puberté, et ne se présentent guère qu'après, quoique peu communes.

M. W. Cooper emploie toujours la belladone pour dilater la pupille avant l'opération. Il s'élève vivement contre ceux qui la proscrivent sous prétexte que l'on favorise ainsi la chute de la lentille dans la chambre antérieure. D'abord, dans la première opération, on n'a qu'à inciser la capsule d'une manière assez restreinte; et puis, si l'accident devait arriver, il est douteux que l'iris y mît un grand obstacle. Dans tous les cas, il resterait à savoir, dans le cas où l'iris s'opposerait à la chute, si la pression exercée par le cristallin contre cette membrane n'aurait pas de suites fâcheuses.

Il y aurait bien des objections à faire à cette opération si ce paragraphe n'était déjà bien long, et s'il ne nous en restait encore deux bien intéressants à parcourir. Elle a eu des succès, sans doute ; reste à savoir le nombre des revers et des demi-succès ; reste à savoir surtout si, dans un bon nombre de cas où elle a été appliquée, l'extraction n'aurait pas bien mieux convenu.

§ IV. *Transformations qu'éprouvent les cataractes congéniales.* — Scarpa avait déjà dit qu'il n'était pas rare de voir la capsule cristalline être absorbée ou se réduire à un petit noyau. Cette première lueur jetée sur ce point, examinée plus attentivement, a servi depuis à expliquer l'apparente contradiction qui existait entre deux auteurs savants et consciencieux. M. Gibson avait dit que les cataractes congéniales étaient généralement molles; M. Saunders, au contraire, d'après un relevé authentique d'un hôpital de Londres, relevé portant sur un grand nombre de cas, avait constaté que les cataractes congéniales étaient la plupart capsulaires et membraneuses. Tous deux ont raison, dans la sphère où ils ont observé. M. Gibson, plus en contact avec les familles, a été en mesure de voir les enfants de très bonne heure, à cette époque où un grand nombre sont purement cristallines, ou peu s'en faut. M. Saunders, au contraire, prenant ses cas dans un hôpital où les enfants, par suite de l'incurie dont il a déjà été question, ne sont amenés qu'à un âge plus avancé, alors les cataractes avaient déjà subi des transformations qui avaient diminué le volume des lentilles et rendu les capsules opaques.

Depuis, quelques esprits un peu superficiels ont cherché à généraliser le fait, et il n'est pas rare d'entendre dire que les cataractes congéniales sont généralement fluides chez les enfants, et deviennent ensuite capsulaires et membraneuses, prenant souvent cette forme qu'on a appelée siliqueuse, sans autre explication. Le fait est vrai, à la condition qu'on sache qu'il y a un très grand nombre d'exceptions :

1° D'abord il y a des cas où l'opacité est très limitée, et alors, de deux choses l'une: ou bien elle est très petite et gêne à peine la vision, ou bien elle est plus grande, et, quoiqu'elle gêne la vision, elle en permet jusqu'à un certain point l'exercice. Dans le premier cas, la lésion mérite à peine qu'on y fasse attention, et peut même passer très bien inaperçue.

Obs. V. — Un monsieur étant venu consulter M. White Cooper pour des mouches volantes qu'il apercevait, celui-ci, à première vue, apercevant des taches partielles dans les appareils cristalloïdes, lui dit qu'il avait des cataractes. Le monsieur se récria, disant qu'il ne concevait pas que tous les médecins qu'il avait vus lui eussent répété la même chose, alors que sa vue était excellente; et il le prouva en lisant immédiatement avec netteté des passages imprimés avec des caractères extrêmement fins.

Ce genre de cataractes, comme aussi celles qui sont plus générales, mais peu opaques, peuvent persister de longues années sans changement. Néanmoins ce changement peut arriver, quoique fort tard.

Obs. VI. — Une dame âgée de quarante ans est venue dernièrement consulter M. W. Cooper pour des cataractes. Venue au monde

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 septembre.

après sept mois seulement de vie intra-utérine, elle a eu de tout temps la vue imparfaite, sans avoir jamais éprouvé grands changements; dans son enfance, on lui a dit qu'elle avait des cataractes, et on lui a plusieurs fois proposé l'opération, à laquelle elle a toujours refusé de se soumettre. Depuis douze mois seulement, elle a entièrement perdu la vue de l'œil gauche.

L'œil gauche est affecté d'une cataracte capsulo-lenticulaire parfaitement formée, d'une couleur très blanche. A l'œil droit, opacité presque complète au centre; la circonférence conserve la teinte grise semi-transparente, légèrement tachetée de blanc, qui est si caractéristique de beaucoup de cataractes congéniales.

Nous pouvons encore citer à l'appui de la persistance pendant longues années de cataractes congéniales qui ne subissent pas de modifications le cas de l'observation III, sans compter tant d'autres.

2° La cataracte est beaucoup plus étendue et plus opaque; cependant, et surtout lorsque l'iris est bien dilaté, il y a entre la partie opaque et l'iris un cercle noir assez grand pour laisser passer beaucoup de rayons lumineux et permettre la vue assez nette des objets. Ces cataractes-là peuvent aussi durer longtemps sans changements. Il peut même arriver souvent qu'un chirurgien prudent ne conseille aucune espèce d'opération; il suffit de l'emploi continuel de la belladone pour tenir toujours l'iris dilaté. Les chirurgiens qui n'en ont pas l'habitude vont s'en étonner peut-être et croire que, comme beaucoup de médicaments, la belladone doit finir par ne plus agir ou n'agir que par suite d'un long usage. Il n'en est rien. La belladone conserve toujours son action telle quelle sur l'iris; beaucoup de praticiens l'ont constaté déjà; M. W. Cooper a connu un patient qui s'en servait constamment depuis *vingt ans* et toujours avec succès.

3° D'autres fois, les cataractes congéniales subissent, en effet, les transformations dont quelques chirurgiens avaient eu le tort de faire une règle trop générale. Primitivement, la plupart étaient cristallines, accompagnées ou non de quelques taches dans la capsule; leur teinte est grise, demi-transparente, piquetée de blanc; leur consistance ne peut, quoi qu'on en dise, être appelée fluide, car elle est celle d'une gelée épaisse, et par conséquent est plutôt solide. Ainsi constituée, la cataracte pourra ou persister longtemps dans cet état ou se transformer; et ce nouveau travail pourra se faire ou de très bonne heure, comme chez l'enfant de quatre mois de l'observation IV, ou quelques années plus tard, ou beaucoup plus tard encore (obs. VI). Il y aura divers degrés possibles. Ainsi le cristallin pourra se ramollir et devenir complétement liquide, laiteux, cataracte laiteuse bien reconnaissable aux caractères que chacun connaît, et qui, dans les cas congéniaux, est bien réellement une période plus avancée de la lésion, particularité qu'on a voulu aussi assigner aux cataractes ordinaires, mais avec moins de raison, je crois. Souvent (des oculistes prétendent que c'est à peu près toujours), en même temps que la lentille devient laiteuse, vraie cataracte liquide, la capsule devient opaque et s'épaissit; quelquefois même elle acquiert une dureté comparable à celle décrite dans l'observation IV, et dont il est toujours bon de se méfier dans les cataractes congéniales laiteuses. A un degré plus avancé, soit qu'une grande partie de la lentille ait été convertie d'abord en cataracte laiteuse, soit, et plus souvent, que la lentille, probablement après un ramollissement préalable, soit absorbée peu à peu, parties par parties, à mesure que la capsule devient opaque et s'épaissit, on voit très bien survenir ce qu'on appelle la cataracte siliqueuse; à son plus haut degré, elle consiste dans une lame dure, opaque, d'un gris blanchâtre, constituée par la capsule épaissie appliquée sur elle-même, sans lentille intermédiaire; sur un point seulement, fréquemment au centre, la capsule antérieure est soulevée en avant et séparée de la postérieure par un noyau dur, qui est le reste non encore absorbé du cristallin. L'aspect de ces cataractes siliqueuses est vraiment caractéristique; leur dureté dans certains cas est vraiment très grande (voir l'obs. IV).

La formation des cataractes siliqueuses peut être favorisée par l'opération généralement adoptée décrite plus haut. Dans l'observation IV, le travail avait spontanément commencé à l'âge de quatre mois, et l'on peut dire que l'opération n'a pu que contribuer à en hâter l'achèvement. Mais dans le cas d'Anne Hall (observation I), l'appareil cristalloïde de l'œil droit ne présentait aucune trace spontanée de ce travail, qui a été évidemment provoqué par l'opération.

Cette coïncidence de l'altération de la capsule marchant de pair avec l'absorption de la lentille donne lieu de présumer que les auteurs qui avaient soupçonné que les cataractes congéniales pouvaient guérir spontanément par désorganisation et absorption de la lentille sont allés peut-être un peu trop loin. En tout cas, le fait de cette prétendue guérison n'est pas démontré.

Il n'est pas besoin de faire observer combien ces notions bien établies sont favorables à l'opération par extraction, comparativement aux autres espèces d'opérations.

§ V. *Hérédité des cataractes congéniales.* — A côté de cette question, M. White Cooper en a effleuré une autre, que je n'ai pas bien comprise. Pour lui, beaucoup de cataractes congéniales seraient de simples arrêts de développements. Dans les raisons qu'il a données à l'appui, je n'ai remarqué que de simples coïncidences assez fréquentes pour mériter d'être citées. Quelquefois les individus porteurs de cataractes congéniales sont nés avant terme (exemple, observation VI). Beaucoup d'entre eux ont éprouvé des retards dans le développement de diverses parties. Exemple : le peu de développements et l'état de santé d'Anne Hall (observation I); la petite figure en museau du sujet de l'observation II. Enfin dans un certain nombre de cas la cataracte congéniale est compliquée d'une petitesse extrême des yeux (voir observation IV), de ce qu'on appelle le microphthalmos, compliqué lui-même si souvent par la présence de ce repli de peau à l'angle interne des paupières qu'on appelle épicanthus, et que M. Sichel a si bien décrit dernièrement.

Quant à l'hérédité proprement dite, tous les livres qui traitent des lésions des yeux en renferment cités des exemples nombreux. Il y a bien un peu de confusion dans ces faits, en ce sens que l'on confond souvent dans les citations les cataractes ordinaires et les cataractes congéniales. Néanmoins l'hérédité et des unes et des autres est largement démontrée.

En voici un exemple curieux cité par M. White Cooper.

Il tient de feu le duc de Sussex que la cataracte avait été importée dans la présente famille royale d'Angleterre par le mariage d'un de ses ancêtres avec une princesse de Saxe-Cobourg-Gotha; cette princesse devint aveugle par cataracte, et ses descendants ont depuis été affectés de cette lésion. Le duc de Cumberland, George III, George IV (quoique ce ne fût pas généralement connu), le duc de Glocester, le duc de Sussex lui-même et la princesse Sophie, en ont été affectés. Le roi actuel de Hanovre est aussi affecté de cécité, quoique ce ne soit pas par suite de simple cataracte.

A. Deville, D.-M.-P.

MÉMOIRE SUR UN CAS DE MORVE AIGUE

développée spontanément;

Par M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un cas de maladie qui soulève de graves questions de pathogénie vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service qui nous est confié. Dire que nous nous croyons autorisé à le regarder comme un cas de morve aiguë développée spontanément, et non communiquée, comme cela a lieu d'habitude, par inoculation ou par infection, c'est assez faire comprendre toute l'importance que nous attachons à ce fait; car si la transmission de la morve aiguë des solipèdes à l'homme est aujourd'hui admise par la plupart des pathologistes, si même la possibilité de transmission de cette maladie de l'homme à l'homme est admise depuis le fait d'un étudiant en médecine mort à l'hôpital Saint-Antoine, le développement spontané de la morve était considéré comme appartenant d'une manière exclusive aux animaux solipèdes.

Quand Breschet lut, en 1840, devant l'Académie des sciences, le mémoire dans lequel il avait consigné les recherches faites en commun par lui et M. Rayer sur la morve, mémoire qui a marqué l'état de la science sur cette question, il s'exprimait ainsi : « Le développement spontané de la morve n'a pas encore été observé chez l'homme; toutes les personnes sur lesquelles on a observé la morve avaient été, soit par la nature de leur profession, soit par celle de leurs études, en rapport avec des chevaux morveux ou farcineux. » Un peu plus tard, MM. Auguste Bérard et Denonvilliers écrivaient le passage suivant dans le *Compendium de chirurgie pratique* : « Bien que l'homme puisse se trouver dans des conditions analogues à celles qui paraissent déterminer, chez les chevaux, le développement de l'affection morveuse, cependant il n'existe encore aucun fait qui autorise à penser que ces circonstances suffisent à elles seules, dans l'espèce humaine, pour faire naître la morve ou le farcin. » Depuis cette époque la science en est restée au même point, et les ouvrages les plus récents reproduisent cette assertion, que jamais, jusqu'à ce jour, la morve ne s'est développée spontanément chez l'homme. Quelques faits de morve spontanée existent cependant dans les annales de la médecine, mais on ne leur a pas accordé l'attention qu'ils méritaient, soit parce qu'ils étaient mal établis, soit parce qu'ils ont été regardés comme impossibles.

Cette question est à revoir. Je crois que l'opinion des pathologistes est erronée sur ce point, et j'apporte un fait qui contribuera peut-être à l'ébranler. Mais pour cela, je sais combien il importe qu'il soit exposé avec rigueur. Je suis tenu de montrer : 1° que ce fait est évidemment un cas de morve aiguë; 2° que la maladie n'a pas été communiquée par inoculation ou par infection. Le premier point sera facile à prouver, puisque je puis invoquer le témoignage de la commission, composée de MM. Candy, Dime, Perrin et Peyraud, désignés par la Société de médecine de Lyon pour m'aider de leur concours éclairé; celui du directeur de l'École nationale vétérinaire, M. Lecoq, dont le contrôle nous était si utile en cette circonstance, celui enfin de plusieurs autres confrères, qui, par leur expérience, m'ont rendu plus facile la juste appréciation des faits.

Quant au second point, celui du développement spontané de l'affection, je ne puis invoquer que mon opinion personnelle; mais les raisons sur lesquelles je l'appuierai paraîtront, je l'espère, assez fortes et concluantes pour porter la conviction dans les esprits.

Voici d'abord l'observation; elle a été rédigée avec soin par M. Humbert, interne du service.

Le 8 juin 1852, on apporta à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Charles, une femme nommée Adélaïde James, âgée de 47 ans, demeurant aux Brotteaux, rue Godefroy, 9. Cette femme est mariée, mais depuis deux ans elle ne vit plus avec son mari; elle est ouvrière en soie, et n'a jamais travaillé que sur les satins noirs unis; elle habite un quartier parfaitement aéré; sa chambre est spacieuse, bien exposée, son ménage propre et sa nourriture assez bonne; elle sort fort peu et mène une vie sédentaire. D'après des renseignements pris avec exactitude auprès d'elle et auprès des personnes de son entourage, elle n'a eu aucun contact avec des chevaux, aucunes relations avec des cochers, palefreniers ou soldats de cavalerie, et n'a touché aucun objet capable de se charger du virus morveux. Elle demeure, il est vrai, dans une maison où se trouve une boucherie, mais cette boucherie n'est pas un abattoir, on y vend de la bonne viande, comme dans toutes celles qui existent dans les rues des grandes villes.

En 1849, elle contracta la syphilis; elle eut un bubon à l'aine droite, qui suppura et qui guérit très bien après deux mois de traitement.

Le 30 mai dernier, s'étant exposée à un courant d'air le corps couvert de sueur, elle éprouva un sentiment de froid intense et profond. Le frisson dura quatre jours et s'accompagna de faiblesse, de céphalalgie, d'anorexie et surtout de douleurs vives dans les jointures.

Le quatrième jour, quand la réaction de chaleur se fut établie, elle vit survenir sur la jambe droite, à la partie moyenne et antérieure, une pustule blanche entourée d'une auréole rouge.

Le cinquième jour, la face dorsale des deux pieds est couverte d'un érysipèle œdémateux, et sur les quatre membres, dans le sens de l'extension, apparaissent soudainement quelques tumeurs avec ou sans changement de couleur à la peau formées par des nodosités dures, plus ou moins douloureuses.

Les jours suivants, tous les phénomènes s'aggravent : un abcès s'est formé sous la pustule de la jambe. A ce moment, on fait appeler un médecin, qui ouvre cet abcès, et le lendemain 8 juin, dixième jour de la maladie, Adélaïde James est apportée à l'Hôtel-Dieu dans mon service. A son entrée, elle présente l'état suivant :

Facies anxieux, peau chaude, pouls accéléré, langue blanchâtre et sèche, céphalalgie, brisement général, soif vive, toux sèche. La malade répond avec un certain embarras aux questions qu'on lui adresse; elle est dans une grande agitation; elle se plaint de ne pas dormir ou bien d'avoir un assoupissement troublé par des rêvasseries pénibles.

Les jambes sont œdématiées et présentent des plaques érysipélateuses diffuses sur leur partie antérieure et sur la face dorsale des deux pieds. Le gros orteil et le deuxième orteil du pied gauche ne peuvent souffrir la moindre pression. Huit à dix tumeurs ou nodosités, les unes dures, douloureuses au toucher, avec ou sans inflammation à la peau, les autres fluctuantes et formées évidemment par des abcès, s'élèvent sur les membres inférieurs ou supérieurs; un pus séreux s'écoule de l'abcès de la jambe; deux pustules semblables à celles de l'ecthyma se montrent l'une sur l'apophyse styloïde du cubitus droit, l'autre sur le sommet d'un abcès de la cuisse. — Tisane diaphorétique, potion calmante, charpie cératée et cataplasmes sur la plaie.

Le 10, même état; de plus, formation d'autres abcès avec les mêmes caractères anatomiques. Les deux mains sont le siége, sur la face dorsale, d'un érysipèle œdémateux diffus, très douloureux au toucher. La langue est très chargée; la malade se plaint d'envies de vomir. — 5 centigr. d'émétique en lavage, tilleul et feuilles d'oranger, potion calmante.

Pendant deux jours la malade paraît un peu plus calme; cependant la fièvre est toujours intense, le facies est hébété; il y a un peu de subdélirium; la bouche est toujours pâteuse. — Orangeade, potion calmante.

A partir du 14 juin (seizième jour de la maladie), les phénomènes locaux et généraux vont en s'aggravant : de nouveaux abcès se forment, et quelques-uns de ceux que nous avons constatés paraissent s'être résorbés. La plaie de la jambe devient gangréneuse; elle gagne en profondeur et dissèque les muscles. La moindre pression sur les membres excite de vive douleurs, tandis que dans le repos la malade assure n'éprouver aucune espèce de souffrance. L'assoupissement augmente; il y a toujours parfois du subdélirium, mais il est plus calme. — Traitement de M. Tessier de Paris contre la diathèse purulente : potion avec 2 grammes de teinture d'aconit; pansement avec la poudre de kina et de charbon.

Sous l'influence de ce pansement antiseptique, la gangrène de la jambe s'est arrêtée; mais alors nous voyons apparaître deux nouvelles pustules semblables à celles de la variole, à la période de suppuration, et un abcès avec coloration violacée de la peau sur la pommette gauche.

Jusque-là j'avais traité cette malade sans bien me rendre compte de l'affection dont elle était atteinte. Je voyais un cas de fièvre grave avec tendance aux abcès multiples et aux érysipèles; mais quand je vis paraître sur la face les pustules varioliformes, un soupçon traversa mon esprit, et il me sembla que le fait que j'avais sous les yeux avait quelque ressemblance avec la morve aiguë. Cependant, comme il n'y avait pas de sécrétion purulente des fosses nasales, je suspendis mon jugement.

Les jours suivants, 16 et 17 juin, les pustules varioliformes deviennent plus nombreuses. La face exprime la stupeur, la langue est sèche, le ventre météorisé, l'assoupissement continuel. Malgré l'absence de jetage, la ressemblance avec la morve me paraît augmenter, et j'invite mes collègues de l'Hôtel-Dieu et M. Lecoq à venir voir la malade. M. Lecoq, ne voyant chez celle-ci ni engorgement, ni glandes, ni écoulement par les fosses nasales, ne voulut pas se prononcer encore.

Cependant les abcès et les pustules se multiplient toujours; le coude et le genou droit se tuméfient et deviennent très douloureux; l'accablement de la face et le délire augmentent, les lèvres deviennent bleues, la prostration est extrême; il y a des soubresauts des tendons et trois ou quatre taches pétéchiales sur la poitrine. — Potion avec 4 grammes de teinture d'aconit, lavement de kina additionné de musc.

Le 20 juin (vingt-deuxième jour de la maladie), il se forme un érysipèle de la face, au-dessous de l'angle inférieur des paupières, qui se développe rapidement, et prend le lendemain une teinte noirâtre et se recouvre de phlyctènes. Les pustules deviennent toujours plus nombreuses, ainsi que les abcès. Quant à l'état général, il est on ne peut plus grave. Le pouls est à 130 pulsations; la langue est comme rôtie, et l'on aperçoit de petites croûtes noirâtres à l'intérieur des fosses nasales, mais point de jetage. — Tisane avec 40 gouttes de chlore liquide; lavement musqué.

Néanmoins, la plupart de mes collègues, procédant comme moi par élimination, et ne voyant dans le cadre de la nosologie humaine aucune maladie semblable à celle-ci, se rangent à mon avis, et pensent que nous avons affaire à un cas de cette terrible maladie.

Enfin, le 21 juin, la diarrhée se manifeste, des phlyctènes apparaissent sur quelques-uns des abcès des membres, et le 22 Adélaïde James expire à six heures du matin.

A l'autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, en présence de la commission désignée par la Société de médecine, de M. Lecoq, directeur de l'école vétérinaire, et d'un grand nombre de médecins, on constate les lésions suivantes :

Surface externe du corps. — Six à sept bulles sur les membres contenant un liquide séro-purulent. Deux phlyctènes gangréneuses, une à la base du nez, l'autre à la cuisse sur un abcès. Vingt-neuf pustules opaques semblables à celles de la variole à la période de suppuration, mais sans être ombiliquées.

On n'aperçoit plus de traces d'érysipèle qu'à la face. Les plaques érysipélateuses des pieds et des mains se sont effacées; mais, à l'endroit qu'elles occupaient, on trouve du pus épais au-dessous de la peau.

Nous avons compté jusqu'à vingt-sept abcès, dont deux gangréneux. Les uns sont sous-cutanés, d'autres existent profondément et dissèquent les muscles, d'autres enfin sont intra-articulaires. Nous avons trouvé du pus dans les deux genoux, dans les coudes et dans quelques jointures des orteils. La suppuration est le plus souvent mêlée de grumeaux. Dans quelques abcès, elle avait les caractères d'un pus sanieux de mauvaise nature.

Intérieur du corps. — Le cerveau et le cervelet sont sains; l'a-

rachnoïde est légèrement arborisée; les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir.

Les fosses nasales sont le siége d'altérations importantes et significatives. La mnqueuse est épaisse, ramollie, d'un rouge très foncé; elle se détache facilement des os. Elle est infiltrée d'une sérosité sanguinolente dans presque toute son étendue. Dans quelques points, elle présente des érosions granuleuses et infiltrées de pus (caractère essentiel de la morve).

Les cornets offrent un aspect noirâtre; ils sont remplis de mucosités sanguinolentes et purulentes; ce qui nous fait penser que si la malade eût vécu deux ou trois jours de plus, on aurait observé le jetage par les narines.

La muqueuse de l'arrière-bouche a le même aspect que la pituitaire, mais à un degré moindre.

Les poumons ne contiennent aucun abcès, mais ils sont infiltrés d'un sang noir, et le gauche est le siége, surtout en arrière, d'un engorgement marqué qui a la forme lobulaire.

Le cœur est sain; l'oreillette et le ventricule gauches renferment quelques caillots rougeâtres et peu considérables.

Dans l'estomac nous avons trouvé une plaque ecchymotique de la largeur d'une pièce de 5 francs. Sur ce point la muqueuse était ramoltie.

Dans toute la longueur des intestins nous n'avons constaté que quelques rougeurs arborisées d'injection cadavérique. Les plaques de Payer et de Brunner étaient intactes.

Le foie, ta rate, le pancréas et les reins ont leur apparence normale.

Nous avons examiné avec soin les parties sexuelles, le vagin et la matrice, et nous n'y avons découvert aucune trace d'affection syphilitique; circonstance digne d'être notée à cause de l'existence antérieure d'un bubon qui, on se le rappelle, s'est ouvert au pli de l'aine en 1849.

L'absence d'altération des intestins est, comme on sait, un des points les plus importants de l'histoire anatomique de la morve aiguë.

Les ganglions lympbatiques n'étaient pas visiblement engorgés.

En présence de ces lésions cadavériques, M. Lecoq, prié par moi d'exprimer son opinion, n'hésita pas à affirmer que s'il rencontrait de pareilles altérations sur le cbeval, il diagnostiquerait une morve aiguë.

Cependant il manquait encore une contre-épreuve à ce jugement, c'était celle de l'inoculation; nous n'avons pas manqué d'y recourir.

Grâce à l'obligeance empressée de M. Lecoq et du chef de clinique de l'Ecole vétérinaire, M. Saint-Cyr, du pus ayant été recueilli pendant la vie dans un des abcès, fut inoculé à un cheval maigre, mais jouissant d'une bonne santé, et dix jours après le cheval succomba à tous les symptômes d'une morve aiguë évidente, comme on peut s'en convaincre par la lecture de la note suivante, rédigée par M. Saint-Cyr.

Le cbeval soumis à cette opération est âgé de dix à douze ans, maigre, mais encore assez vigoureux, et dans un parfait état de santé.

L'inoculation est pratiquée le 21 juin, 1° par trois piqûres sur la lèvre supérieure, du côté droit; 2° par le dépôt du virus sur la peau dépouillée de son épiderme, sur deux endroits de la joue droite; 3° et enfin par son introduction dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur la face droite de l'encolure.

Le tendemain, la plaie de l'encolure (où l'on a fait l'inoculation sous-cutanée) est un peu tuméfiée et douloureuse.

Rien de particulier le 23.

Le 24, les ganglions de l'auge commencent à se tuméfier, et quelques boutons sous-cutanés, durs et douloureux, se manifestent; leur nombre s'accroît les jours suivants, mais aucun ne passe à l'état d'ulcération. Une corde noueuse, mais peu volumineuse, s'étend sur l'encolure du point inoculé jusqu'à l'entrée du tborax. — Jusqu'au 27, l'état du sujet reste à peu près stationnaire.

Le 28, un jetage blanchâire, d'abord peu abondant, s'établit par les deux narines; quelques pétéchies se montrent sur la muqueuse nasale.

Les jours suivants, les pétéchies s'étendent, envabissent toute la pituitaire, qui se tuméfie au point de gêner la respiration, et reflète une teinte violette très foncée. Quelques petits points blancs apparaissent sur cette membrane dès le 29; ils se multiplient avec une grande rapidité les jours suivants; cependant un petit nombre seulement passent à l'état d'ulcération.

Bientôt la fièvre s'allume, l'appétit se perd, la soif est vive, les membres s'engorgent, le pouls s'améliore, la respiration devient de plus en plus laborieuse, les battements du cœur tumultueux, et enfin l'animal succombe le 1er juillet.

Parmi les nombreuses lésions qu'on trouve à l'autopsie, voici l'indication des principales :

1° Les piqûres faites à la lèvre droite pour l'insertion du virus, loin de se cicatriser, ont pris un aspect ulcéreux; toute la lèvre est indurée;

2° La pituitaire, trois ou quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal, est violacée, presque noire; elle se sépare avec la plus grande facilité du périoste ou du péricondre; sa surface est parsemée, tant sur la cloison que sur les cornets, d'une quantité innombrable de petits points blancs qui la rendent rude au toucher. Plusieurs de ces points ont déjà fait place à de petites ulcérations lenticulaires à bords durs et taillés à pic. On rencontre souvent une lésion semblable à l'ouverture des chevaux morveux. C'est ce que le professeur Dupuy appelait des *tubercules miliaires*.

3° Dans le larynx, surtout à la base des trompes d'Eustacbe, on trouve un assez grand nombre de cbancres, de grandeur variable, qui ne diffèrent en rien des *chancres morveux*. Leur fond est irrégulier, blanc ou grisâtre; leurs bords élevés, durs, taillés à pic; et, à la base du plus grand nombre, une injection limitée de la muqueuse leur fait une sorte d'auréole.

4° En passant la main à la surface du poumon, on sent une infinité de petites aspérités; ce sont des noyaux indurés, très circonscrits, formés par une matière fibrineuse, et entourés d'une petite quantité de sang extravasé. Ce sont encore là les tubercules miliaires de Dupuy.

Rien dans le cœur ni les autres viscères.

En résumé, je crois que si le cheval qui a présenté ces lésions fût mort d'une maladie contractée spontanément, aucun vétérinaire n'hésiterait à le déclarer bien évidemment atteint de la morve.

Saint-Cyr,
Chef de service de clinique à l'Ecole vétérinaire.

Lyon, 3 juillet 1852.

Ainsi, voilà une maladie dans laquelle on voit se dérouler successivement de vives douleurs articulaires, des symptômes de fièvre grave, des pustules varioliformes, des érysipèles gangréneux et des abcès multiples dont plusieurs sont surmontés de phlyctènes.

A l'autopsie on trouve des érosions granuleuses, une sécrétion sanguine et purulente dans les fosses nasales, et, de plus, l'inoculation pratiquée à un cheval lui donne la morve et le tue. Tous ces faits ont été constatés par un grand nombre d'hommes instruits et compétents, il ne saurait donc y avoir de doute.

Le tableau est complet, c'est bien celui d'une morve aiguë, *spécifique* et *virulente*. Et en effet, quelle autre affection aurait pu revêtir une pareille forme?

Cette question me conduit forcément à une discussion de diagnostic différentiel que je ne veux pas éluder, bien qu'ici les faits soient tellement positifs qu'ils la rendent en quelque sorte superflue; mais j'aurai soin d'écarter tout ce qui ne peut se rapporter d'une manière directe à notre observation particulière.

Je ne crois pas devoir m'attacher, par exemple, à prouver que nous n'avions affaire ni à une *variole irrégulière*, ni à une *pustule maligne*, ni à une *phlébite*, ni à une *angéioleucite*. Trop de traits de dissemblance séparent ces affections de celle que nous avons eue sous les yeux pour qu'on puisse les confondre. D'ailleurs MM. Rayer, Vigla, Tardieu, Fleury et Monneret ont si bien décrit les signes qui permettent d'éviter toute confusion dans ces cas, et M. Desgranges, l'année dernière, a présenté à son tour avec tant de netteté le diagnostic différentiel de ces maladies avec la morve, que je n'ai nul besoin d'y revenir.

On ne pouvait confondre le fait que nous avons mentionné qu'avec une *fièvre grave à forme charbonneuse*, avec la maladie décrite dans ces derniers temps sous le nom de *diathèse purulente aiguë*, ou bien encore avec une *syphilis constitutionnelle* compliquée de fièvre typhoïde.

Je ne mets pas en doute que si la maladie qui fait le sujet de cette discussion s'était présentée à l'observation d'un médecin avant les travaux de M. Louis sur les altérations anatomiques des fièvres continues, avant que les premiers faits de morve aiguë chez l'homme eussent été publiés, et même seulement avant que les recherches de M. Rayer eussent fixé l'attention sur cette terrible maladie, on ne l'eût désignée sous le nom de fièvre grave à forme charbonneuse. On ne se fût occupé que des phénomènes typhiques, des abcès et des érysipèles, et l'on n'aurait point vu dans cet ensemble de symptômes les caractères d'une maladie toute spéciale et virulente, car l'on ne pouvait prévoir ni l'absence de lésions des plaques de Payer, ni les altérations de la membrane pituitaire, ni surtout les résultats de l'inoculation. Et d'ailleurs comme il n'y a pas chez Adélaïde James de jetage par les narines, on n'aurait pu avoir l'idée d'une analogie avec la morve des solipèdes. Mais aujourd'hui que le vague qui existait autrefois sur la nature des fièvres graves est dissipé, qu'on connaît les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde qui les résume presque toutes, il ne serait pas permis de ranger parmi elles un fait dans lequel après vingt-quatre jours de maladie on ne trouverait aucune altération intestinale, et dans lequel on trouverait au contraire une foule de lésions qui ne lui appartenaient pas, comme les pustules, les érysipèles gangréneux, les abcès multiples et l'ulcération des fosses nasales.

J'ai fait des recherches dans les anciens auteurs, dans Huxam, Stoll, Sydenham, Sauvages, etc., pour voir si je ne trouverais pas dans le cadre des fièvres putrides quelques faits où les phénomènes généraux existeraient avec des abcès sous-cutanés, des érysipèles gangréneux et des pustules varioliformes ou pempbigoïdes. Je n'ai pu en trouver; mais si l'on venait m'en montrer, je les regarderais, non comme la preuve que les cas de morve aiguë qui ont été publiés n'étaient en réalité que des fièvres putrides; mais, au contraire, comme la démonstration que des faits de morve s'étaient déjà présentés à l'observation des anciens, et que, n'en connaissant pas les caractères dominants et pathognomoniques, ils les avaient confondus avec ces fièvres.

Pendant les premiers jours qui ont suivi l'entrée d'Adélaïde James à l'hôpital, on pouvait aussi prendre sa maladie pour une affection érysipélateuse diffuse avec diathèse purulente. Elle avait, en effet, éprouvé pendant cinq jours un sentiment de frisson profond et intense qui, avec la présence d'abcès multiples, pouvait très bien indiquer une intoxication purulente du sang. Un peu plus tard, quand l'abcès de la jambe est devenu gangréneux, on pouvait encore expliquer ce nouveau symptôme par la même cause; mais sur les derniers jours, quand de nombreuses pustules, des bulles pemphigoïdes, des phlyctènes sont venues se joindre aux abcès et aux érysipèles, le doute n'était plus permis. C'eût été commettre un étrange abus de langage que d'appeler diathèse purulente une maladie présentant des caractères aussi spéciaux; on pourrait alors à aussi bon droit appeler du même nom la variole et la miliaire.

Peut-être quelques personnes auraient-elles pu penser aussi que les pustules, les abcès et les érosions des fosses nasales qui existaient chez notre malade n'étaient que le réveil d'une ancienne affection syphilitique qui, latente depuis 1849, époque où Adélaïde James eut un bubon dans le pli de l'aine, se reproduisait tout à coup sous l'influence d'une maladie fébrile. Cette opinion n'était guère probable; cependant j'ai voulu faire trancher la question par un homme compétent, et j'ai prié mon honorable collègue et ami M. Diday de vouloir bien faire une visite à la malade. Il se rendit avec obligeance à mon appel, et déclara inadmissible la supposition d'une affection vénérienne, à cause de la soudaineté des accidents et de la rapidité de leur marche, en second lieu à cause de la préexistence d'un bubon suppuré, enfin à cause du long espace de temps pendant lequel la femme James n'avait présenté aucun symptôme.

Enfin, voici une dernière opinion que l'on peut encore émettre, et qui même s'est produite sous le patronage d'un médecin qui par ses importants travaux a acquis une grande autorité scientifique. Pour lui et pour quelques autres personnes, la maladie d'Adélaïde James est une individualité morbide non encore décrite, qui a quelques rapports avec la morve, mais qu'il ne faut pas regarder comme identique avec elle.

Cette opinion rappelle celle qu'exprimaient MM. Barthélemy et Magendie en 1836, époque où M. Rayer publia ses recherches sur la morve. MM. Barthélemy et Magendie refusaient de croire à la transmission, et soutenaient que les accidents décrits sous le nom de morve aiguë chez l'homme n'étaient pas identiques à ceux qu'on observe sur les animaux affectés de cette maladie. Depuis lors, les faits de contagion se sont tellement multipliés que la transmission constitue aujourd'hui une vérité acquise à la science, et qu'on admet généralement l'identité de la morve chez l'homme et chez les solipèdes. Eh bien! du moment que cette identité est admise et qu'on décrit maintenant la morve aiguë comme une maladie parfaitement spéciale dans la nosologie humaine, puisque le fait que nous portons à la connaissance du public offre la même marche et les mêmes caractères que la morve pendant la vie et après la mort, puisque l'inoculation donne les mêmes résultats, il me semble qu'il n'est pas possible rigoureusement de ne pas donner à ce fait le même nom, car, en fin de compte, il ne peut y avoir que des inconvénients à créer sans nécessité une nouvelle entité morbide, et d'ailleurs, en bonne logique et en bonne méthode, on doit rapprocher les faits dont tous les caractères principaux se ressemblent. Je conçois toute la réserve qu'ont dû apporter dans les premiers temps les médecins vétérinaires avant de reconnaître que les chevaux morveux, avec lesquels ils ont si impunément de fréquents rapports, pouvaient transmettre une maladie mortelle à ceux qui les touchent ou qui les pansent; ils redoutaient avec raison l'épouvante qu'une pareille assertion pouvait jeter dans l'esprit de tous ceux qui approchent des chevaux malades. Je conçois aussi très bien la peine qu'on a à admettre le développement spontané de la morve chez l'homme; mais quand les faits se révèlent avec évidence, quelque fâcheuse que soit celle-ci, il faut bien s'y rendre.

J'espère avoir répondu à toutes les objections qu'on pourrait faire sur ce point, et prouvé d'une manière irréfutable l'existence de la morve aiguë chez notre malade; il me reste maintenant à démontrer qu'elle s'est développée spontanément.

Avant d'arriver à la conviction que j'ai aujourd'hui que la morve s'est développée sans inoculation et sans infection cbez la femme James, je suis resté moi-même longtemps dans le doute: aussi ai-je étudié le fait avec toute l'attention que mérite un sujet aussi grave de pathogénie, et me suis-je imposé le devoir d'une enquête rigoureuse sur les causes qui ont pu le produire. Cette enquête, je l'ai faite avec tout le soin dont je suis capable.

Nous avons recueilli, l'interne du service et moi, des renseignements minutieux auprès de la malade, auprès des personnes qui vivaient avec elle, auprès des gens de son voisinage, auprès du médecin qui lui a donné les premiers soins, et toujours nous sommes arrivés à ce résultat: qu'Adélaïde James n'avait point eu de contact avec des chevaux. C'était, comme nous l'avons dit, une ouvrière en soie travaillant sur des satins noirs unis, vivant tranquillement dans une cbambre hygiéniquement disposée, et se nourrissant assez bien.

Pour expliquer la transmission de la morve à cette malheureuse, on peut supposer qu'elle avait des relations avec quelque cocher ou quelque autre individu ayant de fréquents rapports avec des chevaux malades; mais, outre que cette supposition n'a rien de fondé d'après nos renseignements, qui sont assez précis, il faudrait encore admettre ou que cet individu était malade lui-même de la morve, circonstance qui certainement n'eût pas été ignorée, ou qu'il a pu transmettre, soit par ses vêtements, soit par ses mains encore contaminées du mucus du jetage, la maladie qu'il n'avait pas, et alors on tombe dans une foule d'hypothèses qui n'ont plus de limites.

On pourrait également penser que la maladie virulente a été communiquée par un insecte qui, après avoir touché un animal morveux, aurait transporté le virus; mais cette supposition n'est pas plus probable, parce que la première pustule, celle de la jambe, ne s'est montrée que quatre jours après l'invasion des phénomènes généraux.

Ainsi, l'examen le plus rigoureux des causes qui ont pu occasionner une maladie aussi grave conduit à une négation complète sous le rapport de la transmission. Ce résultat m'a surpris autant qu'il peut surprendre qui que ce soit; il est en contradiction avec tout ce que nous savions sur la production de la morve, mais il ne faut pas le rejeter et nier sa valeur parce qu'on le croit isolé.

D'ailleurs, il n'est peut-être pas sans analogue dans la science; souvent des faits importants existent qui sont restés ignorés, parce que, étant en opposition avec des idées doctrinales qu'on croit inattaquables, on les regarde comme impossibles. D'autres fois on tourmente les faits pour les adapter aux théories reçues, quand bien même ils sont en désaccord avec elles par leurs caractères principaux, et l'on s'empare de quelques circonstances secondaires pour justifier une fausse interprétation. J'ai compulsé les livres et fouillé les recueils périodiques qui ont paru depuis une quinzaine d'années pour voir si, parmi les cas de morve aiguë qui ont été publiés, il n'y en aurait pas quelques-uns auxquels s'appliqueraient ces observations, et mes recherches n'ont pas été inutiles.

En 1848, le docteur Bouvier de Ruremonde inséra dans les *Archives* de la médecine belge un cas de morve farcineuse qu'il regardait comme spontanée, bien que le sujet de l'observation fût un lancier. « De nos démarches et de nos recherches, dit M. Bouvier à propos de ce malade, il est résulté la certitude que notre morveux n'avait communiqué avec aucun cheval infecté, ni manié aucun objet qu'on pourrait considérer comme véhicule de la contagion. » Si ce fait n'a pas modifié les idées qu'on a généralement sur l'impossibilité de la

morve spontanée chez l'homme, c'est certainement parce que le malade, par son état de lancier, était en contact fréquent avec des chevaux, et que l'observation n'a pas paru offrir suffisamment de garanties d'authenticité.

La même année un médecin irlandais, M. Frazer, publia dans la *Presse médicale de Dublin* un mémoire sur l'identité de la morve aiguë et de l'inflammation diffuse. Dans ce travail, dont je n'examine pas les idées plus que contestables, on trouve l'observation d'un nommé Patrick Geary, qui mourut avec les symptômes de la morve, et qui cependant ne s'était point exposé à l'infection de cette maladie. Cette observation n'aurait certainement pas passée inaperçue si elle avait été plus complète et un peu moins confuse.

En voici une, au contraire, qui a été recueillie avec beaucoup de soin dans le service de M. Trousseau et qui a été publiée en 1847 dans le *Journal de médecine*. Il s'agit d'une femme qui mourut à l'hôpital Necker avec les symptômes les plus manifestes de la morve aiguë. Cette femme n'avait été en rapport avec aucun individu atteint de morve ou de farcin; les renseignements les plus authentiques l'ont établi d'une manière certaine. Mais comme sa profession consistait à carder des matelas et à détresser des crins provenant des abattoirs, M. Trousseau, qui avait appris que les ouvriers qui travaillent ainsi meurent quelquefois de la pustule maligne, a trouvé plus logique d'attribuer à ces crins la propriété de se charger des miasmes ou du virus capable de produire la morve, que d'admettre le développement spontané de cette maladie. Si j'eusse observé le fait à la même époque que M. Trousseau, j'aurais tiré la même conclusion; mais aujourd'hui j'hésiterais, et je serais tenté de le classer dans la même catégorie que celui que j'ai décrit, parce que le développement spontané de la morve me paraît moins invraisemblable.

Dans le travail que M. Teissier, de Paris, a écrit sur la diathèse purulente, on trouve aussi l'observation d'un nommé Pouiller, terrassier, qui succomba à une affection présentant les caractères de la morve aiguë et qui affirma n'avoir jamais eu de contact avec les chevaux, et n'avoir jamais couché ni habité soit dans une écurie, soit dans une étable. M. Teissier argue de ces renseignements négatifs que la maladie avait l'apparence de la morve, mais que c'était une diathèse purulente : conclusion étrange, car il préjuge ainsi la question de la morve spontanée, rejette son existence, quoique rien n'en démontre l'impossibilité, et se trouve ainsi conduit à confondre deux maladies qui ont entre elles des différences symptomatiques et anatomiques tranchées.

Enfin, il y a peu de jours, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Huzard est venu raconter l'histoire d'un malade mort dans le service de M. Bouillaud des suites d'un érysipèle gangréneux de la face compliqué d'abcès musculaires dans les membres supérieurs, et chez lequel on trouva à l'autopsie les lésions des fosses nasales caractéristiques de la morve. Ce malade n'avait pas eu de contact avec les chevaux depuis plus de neuf ans. En présence d'un fait de cette nature, on aurait certainement songé à une morve spontanée si elle était considérée comme possible; mais l'idée contraire est tellement enracinée que M. Huzard, ne pouvant expliquer le cas ni par inoculation ni par infection, s'en est servi pour appuyer cette thèse, à savoir : que le groupe de symptômes et de lésions qu'on a désignés nouvellement sous le nom de morve aiguë, au lieu de dénoter une affection spéciale, indique plutôt la terminaison de certaines maladies typhoïdes et gangréneuses. Cette thèse ne me paraît pas justifiée, car une maladie qui a la propriété de se transmettre comme la morve par inoculation du cheval à l'homme et de l'homme au cheval est incontestablement une affection spécifique et virulente, et, pour moi, je trouverais plus rationnel de considérer le fait de M. Huzard comme un cas de morve aiguë spontanée chez l'homme.

Voilà une série de faits qui, pris individuellement, n'ont pas tous les caractères de certitude qu'on doit exiger en matière scientifique, car il leur manque à tous la preuve de l'inoculation, mais qui réunis en groupe prennent une valeur réelle. Seuls ils sont loin de pouvoir dissiper un doute que la prudence commande à un si haut degré; mais rapprochés de l'observation d'Adélaïde James, notre malade, qui présente toutes les garanties d'authenticité désirables, ils acquièrent une grande importance et sont bien faits pour ébranler l'opinion généralement admise que la morve aiguë appartient exclusivement aux solipèdes.

De tous ces faits, je me crois donc autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° Adélaïde James était certainement affectée d'une morve aiguë *spécifique et virulente*. L'inoculation pratiquée à l'École vétérinaire suffit à elle seule pour le démontrer.

2° Cette maladie s'est développée spontanément, puisque l'enquête la plus minutieuse n'a pu faire découvrir la moindre cause présumable de contagion.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

Le mémoire qu'on vient de lire mérite certainement d'être pris en sérieuse considération; nous croyons cependant devoir le faire suivre de quelques réflexions, pour corriger ce que les assertions de M. Teissier, de Lyon, nous paraissent avoir de trop absolu.

Et d'abord, nous ne comprenons guère comment des faits qui, *pris individuellement, n'ont pas tous les caractères de certitude qu'on doit exiger en matière scientifique*, peuvent prendre *une valeur réelle lorsqu'ils sont réunis en groupe*. Dans l'article Morve du *Compendium de médecine pratique*, MM. Fleury et Monneret ont discuté tous les faits cités comme des exemples de morve humaine spontanée, et ils ont montré combien ils sont peu probants. M. Teissier ne les réduit-il pas lui-même à leur juste valeur en reconnaissant *qu'il leur manque à tous la preuve de l'inoculation*.

Nous adoptons volontiers la première conclusion de M. Teissier, et ici, *la preuve de l'inoculation ayant été faite*, nous admettons qu'Adélaïde James a succombé à une morve aiguë spécifique et virulente.

Mais cette maladie s'est-elle développée spontanément? A cet égard, nous demandons à M. Teissier la permission de conserver quelques doutes. Voilà une femme qui depuis deux ans ne vit plus avec son mari, qui, en 1849, a contracté la syphilis, et parce que des renseignements *pris auprès d'elle et des personnes de son entourage* tendent à faire croire qu'elle n'a eu aucunes relations avec des cochers, palefreniers ou soldats de cavalerie; M. Teissier accorde toute confiance à ces renseignements, et les transforme en *une enquête minutieuse n'ayant pu faire découvrir la moindre cause présumable de contagion.*

Nous sommes plus difficile que M. Teissier en matière d'enquête et de preuve.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet neuf lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux, et un rapport de M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en décembre 1851 dans la commune de Vaudioux (Jura).

L'Académie reçoit quinze états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Reyhard, de Lyon, remercie l'Académie de la distinction flatteuse dont elle l'a honoré en lui accordant le prix d'Argenteuil.

M. le secrétaire perpétuel communique à l'Académie une lettre par laquelle M. Nadaud, négociant à Tonneins (Lot-et-Garonne), déclare faire don à l'Académie d'une somme de 3,000 francs destinée à être donnée en prix au médecin qui aura fait un cours public d'hygiène populaire en 25 leçons écrites et développées verbalement à partir d'octobre prochain jusqu'en mai 1853, et qui sera jugé digne de cette distinction par l'Académie de médecine.

RAPPORTS.

Bouts de sein et biberons en gutta-percha.

M. Danyau, en son nom et celui de M. Cazeaux, lit un rapport officiel sur une nouvelle espèce de bouts de sein et de biberons en gutta-percha de M. T....

La commission conclut en déclarant que les avantages du gutta-percha dans la fabrication des bouts de sein et biberons sont loin d'être démontrés, et que les appareils envoyés par M. T... n'ont pas sur ceux en usage la supériorité qu'il leur attribue. (Adopté.)

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit une série de rapports sur des remèdes secrets. Il n'y a lieu d'accorder pour aucun d'eux les bénéfices des décrets sur les remèdes. (Adopté.)

Transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la transmissibilité des accidents syphilitiques consécutifs.

Nous donnerons dans le prochain numéro le discours prononcé par M. Velpeau, que son étendue ne nous permet pas d'insérer aujourd'hui.

M. Lagneau a commencé la lecture d'un discours dont la suite a été renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 septembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Expériences tendant à démontrer que le centre nutritif des fibres sensitives spinales se trouve dans les ganglions intervertébraux, et celui des fibres motrices dans la moelle épinière.

M. Waller, de Bonn, communique un septième mémoire sur le système nerveux.

D'après ses expériences antérieures, l'auteur est arrivé à la conclusion que le centre nutritif des fibres sensitives spinales se trouve dans les ganglions intervertébraux, tandis que celui des fibres motrices est dans la moelle épinière. Pour obtenir la contre-épreuve de ces observations faites sur les racines spinales, il restait à examiner les effets de la section de la moelle épinière sur ces racines. A cet effet, M. Waller divisa la moelle lombaire d'un chien entre les troisième et quatrième vertèbres, sans dénuder la moelle. Il s'ensuivit une perte presque complète de sensibilité et de mouvement dans le train postérieur. Au bout de vingt jours il constata que les parties paralysées n'étaient que très faiblement améliorées. L'animal fut tué à cette époque. L'examen après la mort donna les faits suivants : la plaie de la moelle se trouvait cicatrisée, et n'était indiquée que par un léger étranglement circulaire et par des adhésions peu étendues des deux feuillets de l'arachnoïde, au même niveau. Dans le segment inférieur de la moelle épinière, les fibres du faisceau médullaire postérieur se trouvaient à l'état normal depuis le point de section jusqu'à sa partie inférieure. Sur toute cette étendue, la moelle épinière se composait de fibres larges à doubles contours, présentant de nombreuses varicosités.

Dans le segment supérieur, depuis le point de section jusqu'à environ 4 décimètres plus haut, le faisceau médullaire postérieur se trouvait désorganisé. Les grosses fibres, si abondantes dans cette partie de la moelle épinière à l'état normal, manquaient complétement dans ces limites. Cet état de désorganisation se trouvait non-seulement à la surface, mais jusque dans la profondeur du faisceau.

Dans le segment inférieur on trouva les fibres des racines antérieures des trois paires supérieures, c'est-à-dire les quatrième et cinquième lombaires, et première sacrée toutes plus ou moins désorganisées. Dans la quatrième paire, la racine antérieure était atrophiée. La racine antérieure de la cinquième paire se composait de fibres normales et désorganisées en proportions à peu près égales, etc.

Dans les racines postérieures qui correspondaient aux paires précédentes, les fibres se trouvaient toutes à l'état normal.

Sur un autre chien, la moelle épinière fut divisée entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires. L'examen des nerfs du côté gauche, situés au-dessous de la ligne de section, montra les fibres des racines motrices complétement désorganisées, et celles des racines sensitives à l'état normal.

Sur une grenouille, après avoir ouvert le canal vertébral, un segment de la moelle épinière de l'épaisseur d'une demi-ligne fut enlevé au-dessus des trois dernières paires. Au bout de cinq mois, le segment inférieur de la moelle était ramolli et diffluent. Les racines postérieures de ce segment étaient à l'état normal, ainsi que les ganglions correspondants. Les racines antérieures, au contraire, se trouvaient complétement désorganisées et à l'état granuleux. Ces observations confirment donc ce que l'auteur avait établi d'après la section des racines spinales, que le centre nutritif des racines antérieures se trouve dans la moelle épinière, tandis que celui des racines sensitives est dans les ganglions intervertébraux.

Les applications à la pathologie sont immédiates. Les premières expériences présentent les conditions qui existent dans les plaies ordinaires de la moelle épinière: aussi peut-on dire que dans tous les cas de ce genre, lorsqu'il y a division de cet organe s'étendant au faisceau antérieur, on trouvera des racines antérieures du segment inférieur désorganisées avec les racines postérieures correspondant à l'état normal.

La troisième expérience démontre encore avec quelle puissance, même dans des cas anciens de désorganisation de la moelle épinière, les fibres sensitives en connexion avec leurs ganglions gardent leur structure normale pendant que les fibres motrices sont toutes altérées.

Désormais, ajoute l'auteur, le médecin possédera donc un moyen sûr de reconnaître avec précision le siége et l'étendue des centres de tous les nerfs moteurs, spinaux et crâniens, et l'examen de ces fibres contribuera en même temps aux progrès du diagnostic de la pathologie et à la connaissance de la structure anatomique des centres cérébro-spinaux.

Administration des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux aux malades dont l'estomac ne digère point.

M. Lucien Corvisart communique sous ce titre de nouvelles recherches qui établissent, suivant lui :

1° Que les aliments, et spécialement certains aliments, subissent dans l'estomac une élaboration nécessaire, et que le suc gastrique est l'agent de l'élaboration digestive;

2° Que les aliments subissent les mêmes modifications, soit que le suc gastrique agisse dans la cavité stomacale, soit qu'il agisse dans des vases, toutes circonstances d'expérimentation égales d'ailleurs;

3° Que l'ouverture permanente causée par une balle à l'estomac du Canadien qu'observa M. de Beaumont et celles que pratiquèrent ensuite les physiologistes sur les animaux permirent de constater d'une manière irrécusable que la digestion chez les animaux dont l'organisation est voisine de celle de l'homme se passait (dans l'estomac ou les vases) avec les mêmes phénomènes que chez ce dernier, et donnait les mêmes résultats;

4° Qu'il est facile d'obtenir des quantités considérables de suc gastrique pris : 1° soit dans l'estomac d'animaux abattus, par exemple, dans la caillette des veaux, des bœufs, des animaux de boucherie; 2° soit, et mieux encore, sur des animaux vivants et pourvus d'ouverture permanente à l'estomac, où l'on peut puiser selon les besoins. L'espèce de ces animaux peut, au reste, presque varier à volonté.

Or il est des malades nombreux dont l'estomac n'est plus apte, faute de suc gastrique, à faire subir aux aliments les modifications nécessaires à l'entretien de la vie. Les nourrir en se passant *pour* ainsi dire de leur estomac est possible. On peut donner aux malades, suivant le cas :

1° Soit du suc gastrique liquide en nature;

2° Soit du suc gastrique desséché et réduit en poudre (il redevient actif en se redissolvant).

Dans chacun de ces cas, on peut donner le suc digestif soit directement, soit par l'intermédiaire de quelque véhicule ou support pourvu ou non soit de saveur, soit d'odeur.

3° On peut humecter ou saupoudrer les aliments de ce suc gastrique dans des conditions aptes à lui conserver ses propriétés.

4° Dans les cas les plus difficiles, on peut opérer dans des vases la digestion artificielle des aliments et ne les administrer que déjà tout digérés par le suc gastrique, sous la forme de bouillons, pâtes, gelées, etc.

L'économie n'a plus qu'à absorber et à assimiler ces matériaux, l'acte digestif est tout accompli.

Chacun sait que le suc gastrique liquide n'a dans sa transparence, sa couleur, son odeur ou sa saveur rien de désagréable. Sa poudre n'a pas d'action bien sensible sur le palais. Les aliments tout digérés peuvent recevoir, comme les viandes cuites, toutes sortes de saveurs par les procédés culinaires. (Commission précédemment nommée.)

Chronique et nouvelles.

La Société médico-psychologique vient d'être autorisée, par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau de la Société est ainsi formé pour l'année 1852 :

MM. Ferrus, président;
Gerdy, vice-président;
Dechambre, secrétaire général;
Brierre de Boismont et Michéa, secrétaire archiviste et trésorier;

Le comité de rédaction est composé de MM. Buchez, Cerise et Baillarger.

— Mme de C..., femme du colonel d'un des régiments qui tiennent garnison à Compiègne, vient d'accoucher d'une fille qui pesait, au moment de sa naissance, 5 kilogrammes 375 grammes. L'accouchement, qui pouvait avoir les conséquences les plus graves pour la mère et pour l'enfant, s'est terminé très heureusement, grâce aux soins de M. Blondin, médecin à Pierrefonds.

Bulletin bibliographique.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par Louis Fleury, professeur agrégé à ladite Faculté, etc. — La 3e livraison vient de paraître; elle renferme l'étude des viciations de l'atmosphère par le plomb, le zinc, le cuivre, l'arsenic, le mercure, le phosphore, le tabac, les poussières inertes; celles de la terre, des eaux, des influences géologiques, des climats, de l'acclimatement, des saisons, des localités, des villes et de l'hygiène municipale. — L'ouvrage formera six livraisons. — Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort volume in-8°, est fixé à 2 fr. — Librairie de Labé.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Nº 108. — SAMEDI 11 SEPTEMBRE 18

(25e ANNÉE.)

Nº 108. — SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40 ; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Paraplégie survenant chez une femme récemment accouchée et ayant éprouvé une métrorrhagie considérable. — Tumeur du ventre. Diagnostic probable. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Devergie). Leçon clinique sur la gale. — Empoisonnement par les amandes de noyaux d'abricots. — Académie de médecine (addition à la séance du 7 septembre). Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. A. Thierry. — Programme d'admission des médecins-majors des corps de troupes dans le service des hôpitaux et postes sédentaires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Paraplégie survenant chez une femme récemment accouchée et ayant éprouvé une métrorrhagie considérable.

On a récemment fixé l'attention des praticiens sur certaines paraplégies survenant à la suite d'hémorrhagies, sans qu'il soit possible d'en faire remonter la cause à une lésion appréciable des centres nerveux. Dans une des dernières séances de la Société de médecine des hôpitaux, M. Moutard-Martin a communiqué un travail intéressant sur ce sujet. Ajoutons encore que ces singulières paraplégies ont été signalées dans des conditions, sinon semblables, tout au moins analogues, c'est-à-dire lorsque la santé a subi un ébranlement et surtout un affaiblissement par le fait d'affections graves, telles que des diarrhées dysentériques, des maladies de la vessie et des reins, etc. M. Le Roy-d'Etiolles fils a fait une thèse dans laquelle sont consignées des observations nombreuses de ce genre empruntées à la pratique de M. Rayer, et puisées dans divers recueils scientifiques anglais.

Nous avons eu occasion d'observer dans le service de M. Grisolle, à l'hôpital de la Pitié, une femme qui nous paraît offrir une de ces paralysies qu'on ne saurait relier à une lésion appréciable de la moelle épinière.

Voici le fait :

Au nº 15 de la salle Sainte-Marthe est couchée la nommée Beuve (Sophie), âgée de vingt-quatre ans, domestique. Cette femme, d'une bonne santé, d'un tempérament sanguin manifeste, bien réglée tous les quinze jours, eut une première grossesse qui se termina heureusement. L'enfant est encore vivant.

Une deuxième grossesse normale s'est terminée le 30 juillet 1852 par un accouchement naturel et assez prompt. Immédiatement après la délivrance, il y eut une hémorrhagie foudroyante des plus abondantes. La malade resta exsangue, et depuis lors elle a une teinte chlorotique très remarquable. Les joues, les lèvres et les gencives présentent une teinte uniforme jaunâtre. Il y a de la bouffissure aux paupières. Du reste, aucune altération du côté du cœur.

Pendant les huit jours qui suivirent l'accouchement, elle donna le sein à son enfant. Lorsqu'elle cessa cet allaitement, il n'en résulta aucun accident, ni local, ni général.

Après onze jours de séjour à l'hôpital Saint-Louis, la malade sortit. Elle était alors d'une grande faiblesse; mais néanmoins elle pouvait encore marcher.

Pendant trois semaines elle resta chez elle, continuant à pouvoir s'occuper des soins de son ménage. Puis tout à coup, et sans que rien ait pu faire prévoir cet accident, il lui fut impossible de se tenir sur ses jambes.

C'est dans ces conditions qu'elle s'est présentée à l'hôpital de la Pitié.

Nous avons examiné cette femme avec le plus grand soin, et voici ce que nous avons observé :

Il existe un peu d'œdème répandu sur tout le corps, mais surtout sur la paroi abdominale antérieure; la circulation et la respiration sont dans un état normal; la malade se plaint d'avoir un peu de fièvre le soir; la chaleur de la peau est ordinaire. L'appétit est bon, les digestions faciles. Les garde-robes, volontaires, sont normales. L'urine ne présente rien de particulier; éprouvée par l'acide nitrique, elle ne paraît pas contenir d'albumine.

M. Grisolle, dont nous n'avons pas besoin de louer le talent d'observation, a examiné toute la région de la moelle épinière, et en aucun point la percussion de l'épine n'a paru déterminer de douleur.

Nous avons touché par le vagin pour nous assurer de l'état des organes pelviens. L'utérus a un volume ordinaire; il n'est pas douloureux; on peut facilement le faire mouvoir. Nous n'avons senti aucun gonflement dans les régions ovariques.

Quant aux membres pelviens, parfaitement sensibles à la moindre pression, ils sont tout à fait inertes; la malade ne les déplace qu'en s'aidant de ses mains, et les mouvements qu'elle leur imprime semblent un peu douloureux.

M. Grisolle a tenté devant nous de faire tenir la malade debout; mais il y a impossibilité absolue.

Le traitement est essentiellement tonique. Dans quelques jours on appliquera, s'il l'amélioration ne survient pas, de la strychnine par la méthode endermique.

Nous engageons nos lecteurs à visiter cette malade. Ce genre d'affection est encore peu connu; et s'il a vraiment quelque rapport de causalité avec l'hémorrhagie suite de couches, il faut avouer que c'est là une des suites les plus rares des pertes de sang.

Nous n'avons jamais vu survenir cet accident pendant plusieurs années à l'hôpital des Cliniques, et notre honorable confrère et ami M. le docteur Danyau nous a assuré n'en avoir jamais rencontré d'exemple dans sa pratique, tant en ville qu'à la Maternité.

Tumeur du ventre. Diagnostic probable.

Dans la même salle Sainte-Marthe, au nº 28, est couchée la femme Penot, âgée de 30 ans, entrée à l'hôpital le 2 août 1852. Elle est grêle, jaune, amaigrie. Sa santé, très bonne autrefois, s'est altérée depuis deux ans. Elle est réglée assez régulièrement pendant l'été; mais pendant toute la mauvaise saison, il y a disparition complète du flux menstruel.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants.

Il y a deux ans, elle commença à ressentir du malaise dans la région épigastrique, et depuis lors la pression des vêtements devint insupportable. Elle dut renoncer à l'usage du corset. En même temps qu'apparaissaient des douleurs au creux de l'estomac, la santé devenait moins bonne. La malade ne vomissait pas, mais les digestions étaient laborieuses. La nutrition se faisait mal, l'amaigrissement survenait, la peau devenait jaune. Du reste, pas d'enflure, pas de battements de cœur.

Il y a un an la malade reconnut pour la première fois la présence d'une tumeur dans l'épigastre. Depuis lors cette tumeur a fait des progrès; les malaises sont devenus de véritables souffrances. La santé générale a été en se détériorant.

Actuellement on trouve dans la région épigastrique, la remplissant presque en entier, une tumeur volumineuse comme les deux poings; elle est douloureuse quand on la presse. Sa consistance est assez grande; mais néanmoins, en l'examinant avec soin, on reconnaît qu'elle est fluctuante.

Quant à sa position précise, elle occupe la région épigastrique, s'arrêtant en haut à la pointe du sternum, mais ayant un prolongement manifeste vers la surface concave du foie, à laquelle elle adhère.

Quand la malade fut admise dans le service de M. Grisolle, l'état de sa santé était si déplorable, la teinte de la peau si mauvaise que l'on put soupçonner une affection de nature cancéreuse; mais en analysant avec soin les caractères de la tumeur, M. Grisolle s'arrêta à l'idée qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie, et dès lors il devenait possible de guérir la malade par une opération.

M. Laugier fut consulté, et tout en admettant que ce pouvait bien être un kyste hydatique, il ne voulut cependant pas prendre de décision quant au traitement chirurgical.

M. Michon, qui, sur l'invitation de M. Grisolle, a également examiné cette tumeur, partage l'opinion de M. Laugier; mais il ne veut pas se décider à opérer immédiatement.

Comme on le voit, le cas est difficile, et si des praticiens expérimentés conçoivent de tels doutes, on comprend combien nous devons être réservé pour émettre une opinion; cependant nous serions très disposé à faire l'opération, et c'est dans ces cas surtout qu'une opération en deux temps nous paraîtrait indiquée.

Nous avons pensé que ce fait pourrait offrir de l'intérêt; les tumeurs abdominales sont d'un diagnostic très difficile.

Nous signalerons, en terminant, une malade couchée à la Charité, dans le service de M. le professeur Cruveilhier, qui porte aussi une tumeur abdominale affectant la même position, tenant également au foie. Dans ce cas, la tumeur, grosse comme la tête d'un enfant de six mois, a des caractères bien plus tranchés. Il s'agit, sans aucun doute, d'un kyste hydatique. On pourra tirer un grand profit du rapprochement de ces deux observations. Dr E. L.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçon clinique sur la gale.

Aussi ancienne que le monde, si l'on en croit la plupart des interprétateurs de la Bible et des auteurs anciens, la gale a constamment attiré l'attention des médecins : de tout temps, elle a provoqué les recherches les plus assidues, tant au point de vue de sa nature qu'au point de vue de son traitement. Hier encore elle était l'objet des plus intéressantes découvertes de la part d'un observateur infatigable, dont l'Académie vient de couronner le remarquable travail. Et ne croyez pas néanmoins que tout soit dit à l'endroit de cette singulière maladie : vous allez voir que les plus justes controverses peuvent encore être soulevées à ce sujet, et que plus d'un point réclame encore les lumières d'une longue observation.

Pour les Grecs et les Romains, la gale était une maladie à forme spéciale, dont la *contagion* formait le caractère essentiel.

Les Arabes la considèrent comme contagieuse et en attribuent le développement, dans le plus grand nombre des cas, à la *malpropreté*. L'un d'eux, Avenzober, reconnaît chez les galeux la présence d'un *insecte* très petit dont il ne connaît pas le rôle, mais auquel il n'attribue aucune part dans la contagion de la maladie.

Comme la notion de cet insecte ne se rattachait à rien de bien intéressant, elle demeura oubliée jusqu'au seizième siècle, époque où presque tous les auteurs en parlèrent comme d'un ciron qui se loge sous la peau. Hauptmann, le premier, donne une description complète, sinon exacte, de cet insecte, qu'il compare à la mite du fromage[illegible]

Cestoni, en 1687, fait connaître plus explicit[illegible] encore l'insecte qui coexiste avec la gale, et, rejetant toutes les théories humorales inventées pour rendre compte des phénomènes que présente la maladie, il conclut à un traitement exclusivement externe.

Cependant avec Pinel s'inaugure le retour aux idées humorales de Galien. Pinel ne conteste pas l'existence de l'acarus, mais il ne lui fait jouer qu'un rôle fort secondaire : pour lui, l'acarus est seulement la cause du prurit qui accompagne l'éruption galeuse.

Vous savez qu'Alibert et Biett allèrent plus loin encore et nièrent formellement l'existence de l'acarus. Pour eux, la gale est simplement une éruption à forme spéciale et transmissible par la contagion, transmissible même par cette voie des animaux à l'homme.

Il n'y avait donc plus que doute ou négation absolue au sujet de l'acarus, quand Galis, par une imposture qui n'a pas de nom, vint démontrer dans les vésicules de la gale l'insecte qu'on ne savait pas y trouver. Le prétendu acarus ramené sur la scène valut à son inventeur, de la part de l'Académie, une récompense honorable, au lieu de la réprobation et du mépris qu'il méritait.

En effet, M. Raspail démontre que l'acarus de Galis n'est autre chose que la mite du fromage; grâce aux investigations de Renucci, qui apprit à Paris le lieu où résidait l'acarus et la manière de l'extraire du sillon qui le contient, il fit une étude fort étendue du véritable *acarus scabiei*, qu'il décrit sous le nom de sarcopte de la gale; seulement l'histoire tracée par M. Raspail ressemble un peu à un poëme où « l'imagination a étendu et embelli le champ de vision du micrographe. » (Bourguignon.)

Renucci lui-même soutint en 1835 une thèse qui résume ce qui a été fait de meilleur jusqu'alors.

M. Albui-Gras, élève à l'hôpital Saint-Louis en 1834, s'occupe aussi peu que Renucci de l'histoire naturelle de l'acarus; mais, à l'exemple de ce dernier, il fixe l'attention sur l'existence des galeries sous-épidermiques, ou sillons, dans lesquels se loge constamment l'acarus. De plus, il précise le fait de l'isolement absolu des vésicules et de ces galeries.

C'est sans doute après avoir vérifié ce fait incontestable que M. Rayer classe la gale parmi les *inflammations vésiculeuses*, et que, tout en reconnaissant qu'elle est entièrement le fait de l'acarus, il ne considère les vésicules et les pustules qui se produisent constamment que comme une complication de la maladie, et telle est encore l'opinion généralement acceptée.

En 1843, M. Bourguignon commença cette série de longues et patientes recherches qui aboutirent, sinon à des idées nouvelles sur la nature et le traitement de la maladie, du moins à une connaissance plus complète des mœurs, de l'anatomie et de la multiplication de l'acarus.

A la même époque, un médecin de Vienne, M. Hébra, publiait dans les *Annales des maladies de la peau* un travail dont les conclusions sont que l'acarus est la seule cause de la gale, que les sillons sont indispensables pour la reconnaître, que les topiques insecticides suffisent pour la guérir et que les prétendues métastases racontées par les anciens sont de pures chimères.

Enfin, un des points les plus importants de l'histoire naturelle de l'acarus, la distinction des sexes, qui avait jusqu'alors échappé à M. Bourguignon, ayant été mis en lumière au mois d'octobre dernier par M. Lanquetin, externe de l'hôpital Saint-Louis, il ne reste presque rien à désirer dans l'étude de cet insecte.

Cette identification de l'acarus avec la maladie dans laquelle on le rencontre n'est cependant, il faut bien le reconnaître, qu'une pure induction de l'esprit : et, comme il n'est aucune théorie en médecine qui ne retentisse plus ou moins directement dans la thérapeutique, celle-ci conduisit tout naturellement à la curation instantanée de la gale par un traitement insecticide purement local. Il y a quelques années, on croyait détruire l'acarus en le poursuivant dans son siége habituel, c'est-à-dire aux mains et aux poignets, et dès lors on

limitait les frictions à ces parties. M. Bourguignon, ayant reconnu que, si l'acarus se fixe de préférence dans l'intervalle des doigts, cela ne l'empêche pas de parcourir toutes les régions de la peau, ramena dans le traitement de la gale une modification essentielle pratiquée par Helmerick en 1815, c'est-à-dire les frictions générales. Au moyen des frictions générales, on obtient en trois jours des guérisons qui se faisaient attendre pendant trois semaines par l'ancien procédé. Enfin, on ne tarda pas à reconnaître que les mêmes frictions plus énergiques et un peu plus prolongées peuvent détruire tous les acarus et leur postérité en une seule séance, et dès lors le traitement de la gale en deux heures fut intronisé avec honneur à Saint-Louis.

Ce traitement énergique, en effet, détruit l'acarus en une seule séance ; mais la mort de l'acarus est-elle la guérison ?

Permettez-moi d'opposer à ces doctrines, captivantes en apparence, une opinion un peu différente qui flatte moins les esprits avides de merveilleux, mais que je soutiens avec d'autant plus de ferveur qu'elle touche plus directement aux intérêts du malade.

Pour moi, au lieu de ne reconnaître dans la gale qu'un effet de la présence d'un insecte, je n'hésite pas à avancer qu'elle consiste, avant tout, dans *une éruption qui s'accompagne d'un produit particulier, l'acarus.* Voulez-vous, maintenant, que je vous dise si cet acarus est l'effet ou bien la cause de l'éruption? Je crois que, si le plus souvent il en est la cause par le fait d'une transmission, il peut en être uniquement l'effet. Je suis ainsi conduit directement, comme vous le voyez, à une question que M. Bourguignon ne soulève qu'incidemment ; c'est celle de savoir si la gale peut être spontanée. Eh bien ! pour moi, l'éruption de vésicules, de papules ou de pustules qui constituent la gale peut se dévelop[illegible]us la seule influence de la malpropreté, par ex[illegible]'acarus lui-même, au lieu d'en être la cause, n'[illegible] le produit.

[illegible]-nous.

[illegible]rd que le fait capital et qui prime tous les autres par son [illegible]portance dans le développement de la gale, c'est, non la présence de l'insecte, mais bien l'éruption, quelle qu'en soit la forme. En faut-il d'autres preuves que ce fait journalier d'observation que vous avez pu vous-mêmes constater tout à l'heure (nº 25 de la salle Saint-Thomas), à savoir, que, dans une gale pustuleuse, par exemple, le nombre des sillons, autrement dit des acarus, est en raison inverse du nombre et du volume des pustules? Si l'acarus est la cause de l'éruption pustuleuse, expliquez-moi comment l'effet est d'autant plus intense que la cause est plus faible. Expliquez-moi comment, chez cette pauvre malade que vous avez vue toute couverte de pustules volumineuses, nous trouvions à peine quelques imperceptibles sillons pour nous assurer de la présence de l'acarus.

D'ailleurs, il résulte des observations les plus positives de M. Bourguignon lui-même que, lorsque l'acarus a été inoculé sur une peau parfaitement saine, une démangeaison générale vive et même diverses éruptions ont lieu avant que l'insecte ait eu le temps de se multiplier et sans qu'il ait changé de place. M. Bourguignon se demande en passant, et d'une façon incidente, si l'acarus ne serait pas porteur d'un venin qui, lancé dans la circulation, donnerait immédiatement lieu à une intoxication générale. J'avoue qu'une pareille hypothèse n'est pas dénuée de raison, et que si des tentatives d'inoculation avec des acarus broyés et introduits sous la peau n'ont pas réussi, on ne devrait pas désespérer si vite de voir triompher une opinion qui s'accorderait si bien avec les faits.

D'après les observations de M. Bourguignon aussi, l'inoculation de la gale peut se faire par un acarus mâle, par un acarus femelle non fécondé, par un acarus femelle fécondé, ou enfin par un ou plusieurs mâles avec une ou plusieurs femelles. Dans les deux premiers cas, il se produit une fausse gale qu'il est difficile de reconnaître ; dans les deux autres, un mois se passe au moins avant que de nouveaux acarus soient éclos et se soient développés. Cependant tous les observateurs sont parfaitement d'accord pour reconnaître que peu de jours après l'inoculation la maladie peut apparaître bien distinctement. D'où vient cette divergence, sinon de ce que M. Bourguignon s'est vu contraint de forcer les faits pour les soumettre à sa théorie, qui attribue à l'acarus dans l'évolution galeuse une importance qu'il n'a pas?

J'ai ajouté, comme conséquence de l'importance secondaire que j'attribue à la présence de l'acarus dans la gale, que cette maladie peut naître spontanément. Sur ce point, M. Bourguignon, fidèle à cette louable réserve qui le porte à n'avancer que ce qu'il a observé, semble ne pas se prononcer : « Qui soulèvera jamais le voile impénétrable qui cache la naissance pour ainsi dire spontanée des infiniment petits? Est-il même donné à la nature humaine de jamais pénétrer ces mystérieuses créations? Nous ne savons. Quoi qu'il en soit de cette question, un fait est incontestable : c'est que, dans tous les temps et dans tous les lieux, la transmission d'un acarus paraît avoir été nécessaire pour que la contagion de la gale pût reproduire. »

Je loue une semblable réserve; mais permettez-moi de vous soumettre les considérations suivantes.

M. Bourguignon nous apprend que l'insecte, unique cause de la gale, est constamment enterré sous l'épiderme, et que, s'il sort de sa retraite, ce n'est que le soir, lorsqu'il est poussé par l'instinct naturel de la réunion des sexes ; si bien, ajoute cet observateur, que, bien qu'ayant été très souvent des journées entières en contact avec des galeux, jamais cependant je n'ai contracté la gale. Et quant aux faits de gale contractée par une poignée de mains, il les révoque fortement en doute, ne reconnaissant comme circonstance propre à la contagion que le contact prolongé d'un individu sain avec un individu malade pendant la nuit. Or les cas de gale contractée sans aucun contact avec un galeux pendant la nuit sont loin d'être rares ; notre malade du nº 25 en est un exemple, et, dans la pratique, ils sont nombreux.

Ne serons-nous pas également contraints d'invoquer une autre origine que la contagion pour cette prédominance excessive des cas de gale chez les jeunes gens et chez les individus malpropres, tandis que les vieillards et les personnes soigneuses d'elles-mêmes en sont presque absolument à l'abri? Vous me direz que l'acarus a une prédilection pour la peau des enfants, et que les gens malpropres s'exposent davantage à la contagion ; mais ces raisons sont au moins insuffisantes. Outre cette prédilection pour les âges, la gale en a une aussi pour diverses régions de la peau ; c'est aux poignets, dans l'intervalle des doigts, aux pieds et au ventre qu'elle apparaît d'abord. Mais ne croyez pas que l'abondance de l'éruption dans ces divers endroits soit en rapport avec le nombre des sillons et des acarus ; loin de là : au ventre, par exemple, où fréquemment vous trouvez une multitude de boutons, les sillons sont extrêmement rares au contraire. En faut-il davantage pour refuser à l'acarus la production de cette éruption ?

Un autre fait m'a encore frappé, c'est la constance avec laquelle certaines formes de la gale coexistent avec les divers tempéraments; au point que, tel tempérament étant donné, on peut d'avance annoncer presqu'à coup sûr sous quelle forme la gale s'y développera.

Avec un tempérament nerveux apparaîtra la gale papuleuse; avec le tempérament sanguin, la gale vésiculeuse, et avec le tempérament lymphatique la gale pustuleuse. Eh bien! je vous demande comment une cause unique et locale, tout externe, peut donner lieu à des manifestations générales si diverses et si intimement liées à l'état général? Et n'est-il pas bien plus rationnel d'admettre dans la gale une cause générale qui nous échappe? Or, cette cause, tout nous porte à croire qu'elle agit de la même façon que celle de tous les exanthèmes, puisqu'elle se révèle dans les mêmes conditions et sous des formes analogues. Que si la gale peut être assimilée à un exanthème, elle naît spontanément, et l'insecte qui l'accompagne n'en est que le produit. Je sais bien que l'acarus peut lui-même être la cause du développement de l'éruption galeuse, puisque la plupart des expérimentateurs ont pu inoculer la gale au moyen de cet insecte. Cependant, je dois dire que, quant à moi, j'ai fait, avec M. Gruby, des expériences dans ce sens, et qu'elles ont complétement échoué, malgré toutes nos précautions. Ce fait, bien que négatif, me ferait incliner fortement vers un autre mode de transmission. Enfin, si la production spontanée d'un insecte tel que l'acarus vous répugnait à admettre, songez que cette spontanéité est un fait incontestable dans certains prurigo pédiculaires, où les poux apparaissent sans avoir été transmis d'aucune façon. Je vous citerai même des cas où la maladie, c'est-à-dire la faculté de voir naître spontanément des poux à la peau, a été transmise héréditairement; quoi d'étonnant alors qu'il en soit de même de l'acarus?

Est-ce à dire pour cela que toutes les gales soient spontanées, et que l'acarus n'en soit pas le mode habituel de transmission? Evidemment ce serait tomber dans l'absurde ; et si j'invoque le fait de la spontanéité, ce n'est que pour en signaler la possibilité et la réalité ; car non-seulement l'acarus peut transmettre la gale, et le pou le prurigo pédiculaire, mais encore ce mode de transmission est infiniment le plus commun.

Déjà j'ai essayé d'établir, il y a quelques années, dans le *Bulletin de thérapeutique*, année 1847 :

1º Que, bien qu'il soit avéré que la gale est une maladie essentiellement contagieuse, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse être souvent spontanée, alors que les individus se trouvent placés dans les mêmes conditions où elle s'est primitivement développée ;

2º Que si les médications employées pour la combattre la guérissent, il ne s'ensuit pas que ce soit par le fait de la destruction de l'acarus plutôt que par le fait de la guéris n des boutons, celle-ci amenant alors la mort de l'insecte ;

3º Que cet insecte peut tout aussi bien être considéré comme un produit morbide que comme une cause ;

4º Que les expériences faites dans le but de la démonstration de la contagion de la gale au moyen de l'insecte n'offrent pas peut-être un ensemble de preuves suffisantes pour admettre que ce soit là le seul moyen d'infection;

5º Que, dans l'hypothèse de la contagion uniquement au moyen de l'acarus, le contact d'individu à individu n'étant pas le même, il faut supposer que l'acarus se promène pendant un certain temps sur une grande partie de la surface du corps avant d'arriver au lieu d'élection pour le développement, les mains et les pieds, en négligeant d'ailleurs beaucoup d'autres parties qui, quelques jours plus tard, seront couvertes de boutons de gale ; que ce développement régulier et simultané sur les mêmes parties du corps d'une maladie de la peau est beaucoup plus en rapport avec une cause générale agissant sur toute l'économie, qu'avec une cause toute locale qui se rattacherait, par exemple, à un seul insecte transplanté d'un individu à un autre;

6º Qu'un ordre constant d'évolution de la gale n'est pas en rapport avec cette cause supposée;

7º Que si l'acarus est la cause du bouton de gale, on conçoit difficilement comment il pourrait s'échapper du point central du bouton pour en sortir en creusant au delà de lui une galerie plus profonde, et n'ayant presque jamais de communication avec un autre bouton ;

8º Qu'il n'y a rien de fixe dans la durée de la période d'incubation de la gale, ce qui s'accorde plutôt avec ce qui se passe à l'égard de toutes les maladies contagieuses connues, qu'avec une infection au moyen d'un insecte;

9º Que c'est dans la gale, où il existe des phénomènes morbides plus ou moins intenses, que l'on trouve le moins d'acarus;

10º Qu'il est extraordinaire de voir un seul insecte produire trois formes différentes de boutons ;

11º Que non-seulement il existe des différences notables entre les formes de la gale, qui seraient déterminées par un seul et même insecte, mais encore dans les effets que ces gales produisent, dans leur contagion plus ou moins facile et dans la multiplicité variable des insectes que l'on y rencontre ;

12º Que la statistique, établie sur une assez grande échelle, fait reconnaître que la gale est l'antécédent le plus commun de l'eczéma et du lichen ;

13º Que la gale peut disparaître pendant un laps de temps plus ou moins long, sous l'influence d'une maladie générale de l'économie, et à l'instar d'ailleurs de toutes les autres affections cutanées.

De ces corollaires, j'ai dû tirer les conséquences suivantes :

La gale peut être une maladie spontanée.

Si l'acarus est un des phénomènes de la gale, son existence comme produit morbide est tout aussi bien admissible que comme agent de transmission.

Si l'acarus, transmis d'un individu à un autre, peut développer la gale, rien ne prouve que les produits de sécrétion, l'atmosphère du galeux, les vêtements imprégnés de cette atmosphère ou des produits de sécrétion de la gale, ne puissent pas la faire naître.

La conséquence principale, au point de vue thérapeutique, que nous croyons devoir tirer de cette exposition de faits, c'est qu'il y a lieu, contrairement aux usages établis aujourd'hui, de traiter, non pas seulement l'acarus, mais bien la gale tout entière ; de la traiter comme toute autre éruption cutanée, c'est-à-dire d'après une thérapeutique d'ensemble, et non pas d'après une thérapeutique toute locale ; et cela est si vrai, qu'aujourd'hui, et depuis la date toute récente du traitement de la gale en trois heures, à l'hôpital Saint-Louis, mon honorable collègue M. Hardy, qui est arrivé à limiter ainsi la durée du traitement, fait déjà deux parts de galeux. La gale canine, ou lichénoïde, est traitée en trois heures ; mais la gale pustuleuse, dite lithymatoïde, et la gale aqueuse, ou phlycténoïde, sont traitées pendant huit jours par les émollients, puis par des frictions douces. Ainsi, on est forcément arrivé à des préceptes que nous avons cherché à faire prévaloir il y a plusieurs années.

Ces vues, plutôt anciennes que nouvelles, qui mettent l'éruption galeuse sous l'influence d'une cause générale, sont-elles une vaine théorie, et n'ont-elles d'autre but que de se substituer à quelque opinion également stérile? Gardez-vous de le croire. De même qu'en attribuant exclusivement à un insecte tous les symptômes de la gale, les auteurs modernes ont été conduits logiquement à la supprimer instantanément par les agents les plus propres à donner la mort à cet insecte, de même je crois agir aussi logiquement, puisque j'assimile la gale aux exanthèmes, en la traitant pour ce qu'elle est, en tenant compte à la fois de son ancienneté, de sa forme, de son étendue, de son intensité et de l'état général du malade qui en est atteint. Selon moi, l'acarus une fois détruit, il s'en faut bien que la maladie soit supprimée. Des eczéma, des lichens, des prurigo et des impetigo fort graves sont venus m'offrir le spectacle de ce qui peut succéder à la suppression instantanée de la gale par le procédé des frictions fortes. Evidemment, je me préoccupe avant tout de faire disparaître l'insecte dont la présence entretient la maladie; mais en même temps j'adresse à la maladie elle-même une thérapeutique spéciale.

Le procédé du service des galeux de l'hôpital Saint-Louis n'a pas donné à notre collègue M. Bouvier des résultats très heureux chez les jeunes enfants. Il a, je crois, été obligé de l'abandonner à cause des éruptions secondaires qu'il faisait naître.

Je ne vous énumérerai pas la liste des agents antipsoriques. Je vous dirai seulement quels sont ceux que je préfère. Je commence par rejeter deux pommades préconisées par M. Bourguignon, dont l'une a l'inconvénient de provoquer d'abondantes éruptions secondaires, d'après les expériences de Biett; c'est la pommade formée des semences de staphisaigre incorporée à de la graisse, et dont la seconde m'a donné deux récidives sur les trois cas où je l'ai employée : c'est la pommade formée de poudre de chasse et de fleur de soufre unies à la graisse.

Certainement les pommades mercurielles au sublimé, au calomel, au nitrate de mercure, etc., ont le double avantage de guérir la maladie et de ne donner aucune odeur désagréable ; mais la salivation qu'elles peuvent entraîner suffit pour les faire généralement proscrire.

Alibert préconisait, et j'ai vu employer avec avantage à l'Hôtel-Dieu ; par Dupuytren, une solution de 80 grammes de foie de soufre, dans un litre d'eau, avec addition de quelques grammes d'acide sulfurique. Trois ou quatre frictions avec cette liqueur et autant de bains sulfureux suffisaient pour amener une guérison complète.

Mais vers 1815, Helmerick proposait en Allemagne une pommade alcaline soufrée, avec laquelle il guérissait ses malades en trois jours. Cette pommade en effet guérit bien, et n'entraîne que peu d'éruption secondaire quand elle est employée avec ménagement. Aussi est-elle presque exclusivement préférée à Saint-Louis.

Telle est la formule donnée par Helmerick :

Axonge.	30 grammes.
Fleur de soufre.	8 —
Carbonate de potasse. . .	4 —

La dose de potasse est énorme dans cette formule. Aussi, bien souvent, ai-je soin de la diminuer de moitié et même davantage, ou bien de la remplacer par du carbonate de soude, qui a moins d'énergie.

Helmerick commençait le traitement par un bain savonneux; puis pendant deux jours il faisait faire une friction générale matin et soir, et le troisième jour il renvoyait ses malades après leur avoir fait prendre un second bain savonneux.

Pour mon compte, je me trouve surtout bien de quelques bains sulfureux entremêlés avec ces frictions. Je recommande aux malades de ne se frotter que légèrement, mais d'avoir le

soin de n'omettre aucune partie du corps dans leurs frictions, et de se faire aider pour que cette opération soit bien faite. Je proportionne en outre les doses de ma pommade à la finesse de la peau, à l'acuité de l'éruption et à la constitution du sujet. J'aime mieux faire durer le traitement quatre, cinq ou six jours, que de voir la gale disparaître comme par miracle au bout de deux heures, et être ensuite remplacée par quelque éruption beaucoup plus grave qu'elle.

Ce qui importe surtout dans le traitement de la gale, ce n'est pas tant la nature de l'agent antipsorique, que la manière de l'employer. Votre pommade tue l'insecte : c'est à merveille ; mais reste la démangeaison et le bouton ; la démangeaison, à laquelle l'économie s'habitue, et que vous ne supprimeriez pas sans moins de danger que celle de ces prurigo et de ces eczéma non sécrétant qu'il faut si religieusement respecter, et surtout l'éruption sécrétante de vésicules ou de pustules dont la répercussion ne saurait différer en rien de la répercussion si redoutable de toutes les affections sécrétantes.

En résumé, voici, suivant moi, la conduite que le médecin doit tenir vis-à-vis d'un galeux :

1° Tenir compte de la nature de l'éruption; traiter par les bains émollients, puis alcalins, puis légèrement sulfureux, les gales pustuleuses et vésiculeuses ; saupoudrer d'amidon, et graisser de saindoux les surfaces malades jusqu'à ce que toute inflammation soit tombée, que tout boulon ait disparu ; alors faire faire sur la surface du corps trois ou quatre frictions générales très douces avec une pommade sulfo-alcaline très mitigée. Purger le malade au déclin de l'éruption.

Si cependant la gale pustuleuse était ancienne, on pourrait agir directement par les bains sulfureux, puis arriver aux frictions sulfo-alcalines plus promptement, sauf à purger plusieurs fois le malade dans le cours du traitement.

2° La gale est-elle dite canine ou lichénoïde? Ici question de date. Si la gale est récente, qu'elle existe sur un sujet fort, vigoureux, un ouvrier, on peut la guérir en trois jours au moyen de la méthode d'Helmerick, sauf à recommander l'usage de bains de rivière après la guérison, afin d'enlever à la peau l'excès de sensibilité développée par le grattage.

3° La gale est-elle ancienne, datant de plusieurs mois? Mettez alors huit ou dix jours, quinze jours à la guérir, et ne cessez vos soins aux malades que lorsque la peau sera redevenue lisse, souple, et sans boutons. Débutez par des bains alcalins; faites faire par jour une seule friction, douce et générale sur toute la surface du corps. Répétez ces frictions avec la pommade d'Helmerick, mitigée d'abord, pendant quatre à cinq jours, puis remplacez cette pommade par du saindoux; les bains sulfureux auront succédé à un ou deux bains alcalins; puis vous reviendrez à ces derniers, et vous terminerez par des bains amidonnés ou simples.

Alors vous éviterez toute éruption secondaire ; vous éloignerez tous les inconvénients inhérents à la supression brusque d'une démangeaison habituelle de tous les jours, qui est devenue un besoin. Vous éteindrez progressivement et la démangeaison et l'éruption cutanée, et vous ne craindrez pas d'avoir ouvert une porte à des éruptions ultérieures.

MAHIEUX.

EMPOISONNEMENT

par les amandes de noyaux d'abricots.

Le fait suivant a été observé à Arles (Bouches-du-Rhône) il y a quelques jours. Un enfant, qui avait mangé deux ou trois de ces beaux fruits connus sous le nom d'abricots-pêches, voulut profiter des amandes que renfermaient les noyaux. A peine les avait-il avalées qu'il a été saisi de convulsions, auxquelles il a succombé malgré tous les secours qui lui ont été donnés par un médecin.

On sait que l'amande de l'abricot-pêche est amère, et que, pour ce fruit comme pour l'amande sauvage, ce goût est dû à la présence de l'acide prussique. Mais la quantité de ce poison contenue dans les noyaux est si faible que jusqu'à présent on n'avait pas supposé qu'une ou deux amandes pussent faire le moindre mal. Une disposition particulière de l'enfant, quelque altération du fruit auraient-elles amené ce malheur? C'est à la science à prononcer; mais, en attendant, il est indispensable de ne pas toucher aux noyaux d'abricots-pêches et à tous les noyaux amers et d'en interdire l'usage aux enfants.

Ce fait est curieux; on savait que les amandes amères pouvaient empoisonner; des faits qui le constatent sont signalés dans la *Bibliothèque germanique*, t. I, p. 102, dans les *Annales cliniques de Montpellier;* mais les amandcs amères avaient été ingérées en assez grande quantité.

(*Journ. de chimie médicale.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE.

Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Messieurs, l'Académie n'a pas oublié sans doute que le médecin allemand qui lui fut présenté l'année dernière offrait des accidents qui soulevèrent deux questions différentes. D'une part, ces accidents venaient protester contre la syphilisation ; ils avaient, d'autre part, pris leur sonrce dans une inoculation d'accidents syphilitiques constitutionnels.

Il ne me semblait pas que la première question fût digne ou valût la peine d'être discutée dans cette enceinte. L'Académie en a décidé autrement, elle a eu raison sans doute ; je n'ai rien à dire contre le parti qu'elle a pris, et je laisse ce premier fait de côté. L'autre question, celle que j'avais soulevée, la seule qui me parût importante, celle de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis, n'a point été touchée par la commission, et c'est de celle-là que je me constitue en ce moment le rapporteur ou que j'ai l'intention d'examiner aujourd'hui.

Permettez-moi de rappeler d'abord succinctement le fait.

Un médecin atteint d'un chancre induré le 15 avril s'en trouve guéri le 17 mai ; bientôt après il est pris d'accidents généraux, d'une roséole syphilitique, puis d'ulcères aux amygdales, de gonflement des ganglions cervicaux postérieurs, etc. M. L..., son ami, qui depuis le mois de décembre faisait sur lui-même des expériences dans un autre but, s'inocula le pus de l'amygdale ulcérée sur le bras, et obtint une ulcération syphilitique bien caractérisée. Or, comme la matière de l'inoculation venait d'accidents syphilitiques secondaires, j'ai trouvé là une preuve de plus en faveur de l'opinion qui veut que la syphilis constitutionnelle soit contagieuse.

Mais comme il existe aujourd'hui une école qui conteste la réalité, la possibilité même de cette contagion, il convient, avant tout, de reprendre la question dans son ensemble par ses bases comme dans ses détails.

Ce n'est point une question neuve; au surplus, elle date de plus d'un siècle. C'est Hunter, après Saxonia, qui l'a principalement posée et qui crut l'avoir résolue par la négative. Hunter, en effet, nie formellement que la syphilis constitutionnelle puisse se transmettre autrement que par hérédité, ou par l'existence préalable d'un chancre ou d'une gonorrhée virulente bien caractérisée. Cette opinion de Hunter, qui ébranla un moment les esprits, ne se propagea cependant ensuite qu'avec une extrême lenteur. Depuis, elle a trouvé des partisans et fait des prosélytes assez nombreux, en France surtout; il faut même ajouter que, chez nous, cette manière de voir a acquis une certaine vogue.

Les syphiliographes ne sont pas, au surplus, les seuls qui se soient emparés des travaux, des doctrines de Hunter, et qui cherchent à faire ressortir l'importance, l'étendue du génie de cet auteur. L'ardeur est même si grande à ce sujet, le *huntérisme* a pris une telle extension que cela menace de tourner à la *huntériomanie.* A en croire certains esprits, Hunter aurait tout dit, et tout ce qu'il a dit ou fait serait exact!

Pour moi, qui ne refuse pas à Hunter son mérite réel, je suis loin pourtant de partager à son sujet l'engouement auquel je fais allusion, et, pour en revenir à notre sujet, je commence par protester contre les doctrines relatives à la contagion de la vérole constitutionnelle. Non, il n'est pas vrai que ceux-là seuls qui ont eu des chancres ou une gonorrhée virulente, ou qui sont nés de parents vénériens, puissent être affectés de syphilis secondaire ; je n'hésite même pas à soutenir que toutes ou presque toutes les manifestations de la syphilis secondaire sont contagieuses.

J'appuie mon opinion sur différents genres de preuves. J'invoque d'abord l'assentiment universel. Est-il bien possible, en effet, qu'un fait aussi généralement admis depuis des siècles soit absolument faux dans tous ses éléments? Oh! si ce fait eût traversé les âges sans obstacles, sans contestations, s'il s'agissait d'un de ces faits rares qu'on se transmet par tradition, sans examen et comme par routine, sans doute que quelqu'un qui viendrait en annoncer la fausseté ou le caractère illusoire après l'avoir bien étudié pourrait avoir complétement raison. Mais de quoi s'agit-il ici? D'une maladie qui, alors qu'elle fixa pour la première fois l'attention en Europe, apparut avec les caractères d'une sorte d'épidémie et qui depuis lors est restée comme une des affections les plus fréquentes et sans contredit les plus matérielles qui puissent attaquer l'homme. Qu'il y ait eu là-dessus beaucoup de fables débitées, que la contagion de la syphilis par la sueur, la salive, l'haleine, admise par les praticiens des quinzième et seizième siècles, par Van-Swieten depuis et plus récemment encore par Daguerre, doivent être rejetées ; que les pieux moines indiqués par Victorius aient gagné la vérole autrement qu'à travers les grilles ou les murailles de leur cloître, je le veux bien ; mais en résulte-t-il que tous les exemples de vérole transmise par le pus, par le sang, par les ulcères, par les bubons, par toutes les manifestations de la syphilis générale et dont parlent les auteurs du temps soient fausses? Pour ma part, je ne le crois pas. Je le crois d'autant moins que depuis lors les mêmes faits se sont reproduits sans cesse, en proportion moindre sans doute, avec moins d'intensité peut-être, à mesure que les observateurs ont mis plus de soins, plus d'attention, plus de précision dans l'examen des faits soumis à leurs investigations, mais sans qu'il me paraisse raisonnablement permis de révoquer en doute le fond d'une semblable expérience.

Après les preuves tirées d'un assentiment aussi général et de l'observation journalière de tout le monde, j'invoque l'expérience des médecins de tous les pays. Qui doute aujourd'hui, à l'exception des huntériens, que la vérole constitutionnelle soit contagieuse? Qui ne sait, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, comme en France, que la vérole constitutionnelle est transmissible par différentes voies, par contagion, comme le chancre, comme la gonorrhée, seulement à des degrés ou par des moyens différents? En supposant que dans les observations de chacun il se soit glissé beaucoup d'erreurs, que beaucoup d'exemples donnés comme preuve de contagion puissent être expliqués d'une autre manière, il me paraît au moins évident que tout ne peut pas être faux dans une pareille masse de faits venant de sources aussi diverses, aussi variées.

Si, après tout, la science exige plus de précision encore, si l'espèce de vague qui enveloppe les preuves dont je viens de parler laisse de la place au doute, j'invoquerai l'observation et l'expérience clinique qui, dès longtemps, m'ont paru concluantes, alors que les doctrines de Hunter étaient encore peu connues en France. De 1815 à 1820, j'en fus frappé au début de mes études médicales, et de telle sorte qu'une série d'expériences fut entreprise par moi sous la direction de mon vieil ami et vénéré maître M. Bretonneau, dont tout le monde connaît l'esprit investigateur et la rare sagacité. La question relative à la transmissibilité de la vérole aux animaux fut examinée par nous. Le pus des chancres et des autres accidents vénériens furent inoculés à un certain nombre de chiens, et je dois dire que nous ne fûmes pas plus heureux que ne l'avait été Hunter, que ne l'ont été depuis M. Ricord et quelques autres. On me permettra même d'ajouter qu'après avoir entendu ce qu'on a dit de ce genre d'inoculation récemment, qu'après avoir vu le fait le plus concluant qu'on en ait cité, l'ulcère de M. Robert, de Wells, je reste encore avec la pensée qu'il ne s'agissait point là de chancres vénériens, et que la possibilité de transmettre aux animaux la vérole de l'homme est loin de se trouver encore à l'état de démonstration.

Ce premier fait me conduisit tout naturellement à celui de la contagion des accidents secondaires. Et voici, entre autres, quelques-uns des résultats qui ont servi à ma conviction finale.

Un jeune homme atteint de quelques végétations disséminées sur la verge, et qui avait eu des chancres six mois auparavant, présentait un peu à droite et à la partie supérieure de la rainure du gland, un tout petit choufleur. J'eus la pensée de rabattre le prépuce sur cette végétation, et de les tenir en contact sans aucun intermédiaire, d'abord pendant trois jours. Au bout de ce temps je nettoyai le reste du gland. Un peu de charpie avait d'ailleurs été placé entre le prépuce et les autres végétations; puis je rétablis mon petit bandage pour deux jours. A quelque temps de là nous vimes naître sur la place du prépuce tenu, en contact avec la végétation, une petite excroissance qui devint bientôt un petit choufleur véritable, en tout semblable au premier.

Sur une vingtaine d'expériences pareilles je ne réussis que trois fois, et comme il s'agissait tout simplement alors de satisfaire ma curiosité scientifique d'élève ou de jeune chirurgien, je me tins pour satisfait sur ce point.

Combien de fois n'a-t-il pas été observé d'ailleurs que des malades ont été pris de végétations semblables sans avoir jamais eu de chancres, et pour avoir cohabité avec des vénériens qui n'avaient pas d'autre symptôme que celui-là!

Qui n'a vu des plaques muqueuses nées d'abord sur l'un des côtés de la marge de l'anus être bientôt suivies sur l'autre côté de la même région de plaques tout à fait semblables aux premières, et en quelque sorte moulées sur elles? Combien de fois n'ai-je pas vu la peau des cuisses, naturellement en contact avec le côté correspondant du scrotum atteinte de plaques muqueuses, se prendre aussi de pustules plates! Voulant chasser jusqu'au dernier vestige de doute de mon esprit, j'ai saisi l'occasion, à plusieurs reprises, de malades qui n'avaient encore de plaques muqueuses que sur un côté de la rainure interfessière afin de voir si la contagion directe s'en opérerait facilement. A l'aide d'un bandage approprié, j'ai maintenu solidement en contact le côté malade avec le côté sain, tantôt en arrière, tantôt en avant de l'anus. Or il m'est arrivé plusieurs fois de voir cette expérience réussir, de voir des pustules plates se développer sur la peau préalablement saine, et que j'avais tenue coutre la peau malade et dans les points parfaitement correspondants avec le moule réel des plaques muqueuses primitives.

Des preuves pareilles, jointes à celle que je tire de l'expérience générale de l'assentiment universel, suffisaient déjà pour établir dans mon esprit la possibilité, le fait de la contagion des accidents secondaires de la syphilis.

D'ailleurs, écoutez M. Renaud, M. Baumer, et vous verrez si ces syphiliographes révoquent en doute la contagion des végétations vénériennes. De son côté, M. Vidal ne cite-t-il pas [illegible] fille qui, sans autres antécédents syphilitiques, eut la [illegible] de végétations par suite de ses rapports avec un [illegible] qui n'avait que des végétations sur le gland, et qui a[illegible]ans auparavant un chancre induré parfaitement cicatri[illegible]-on objecter à des faits semblables?

Ceux qui admettent les pustules plates à titre d'accidents primitifs n'en sont pas trop embarrassés dans la doctrine de Hunter, puisque la syphilis constitutionnelle est engendrée par les accidents primitifs de la vérole; et il est tout simple, diront-ils, que les pnstules plates, qui sont un accident primitif, se transmettent par contagion.

Il n'en est plus de même de ceux qui, comme M. Ricord, prétendent que la pustule plate est *toujours* un accident secondaire. Leur seule ressource, à eux, c'est de soutenir que la pustule plate, invoquée en pareil cas, appartenait au chancre ou était associée à quelque chancre. Fin de non-recevoir sans valeur. Pour tout homme qui a vu avec quelque soin les plaques muqueuses, il est facile, très facile de les distinguer du chancre et de toute autre ulcération vénérienne. Il est d'ailleurs bien clair que mes malades à végétations du gland, que ceux auxquels j'ai fait naître des pustules plates n'avaient point de chancres.

Il y a, du reste, dans cette question de la contagion quelque chose d'étrange. Hunter et ses partisans, qui ne veulent pas de la contagion des accidents généraux de la syphilis, admettent cependant l'hérédité de la maladie; et je crois que M. Ricord, qui défend avec tant d'ardeur et avec le talent que vous lui connaissez les opinions de Hunter à ce sujet, admet aussi, comme Fernel, comme Astruc, l'hérédité de la vérole; à tel point que, pour lui, *sans chancre préalable, sans père ou mère vérolés, il n'y a pas de syphilis possible.* Or, qu'est-ce donc que l'hérédité de la syphilis, si ce n'est la transmission d'une syphilis secondaire, d'une syphilis constitutionnelle? Les enfants nés syphilitiques, ou qui le deviennent par le fait de leurs parents, ne présentent-ils pas, les uns des plaques muqueuses, d'autres des squames, d'autres le pemphigus; et en est-il beaucoup qui commencent à avoir des chancres? C'est donc la vérole constitutionnelle ou secondaire qui leur a été transmise ; puis, que ce soit le fait du père ou de la mère, ce n'est pas par des chancres qu'ils transmettent la vérole à leurs enfants, car le plus souvent ils n'avaient plus ni chancre, ni gonorrhée au moment de la procréation. C'est donc parce qu'ils étaient eux-mêmes plus ou moins infectés, imbibés du principe contagieux. Vous admettez que cet homme, que cette femme, ont dans leur sang, dans leur organisme, un principe contagieux assez énergique pour se transmettre à l'enfant qui va naître d'eux, et vous ne voulez pas qu'ils puissent transmettre par contagion les manifestations extérieures d'une pareille maladie! Il y a là une contradiction flagrante. Il faut nier l'hérédité de la syphilis ou en admettre la contagion dans ses manifestations de toute sorte.

De l'hérédité, je passe, par une transition qui paraîtra assez naturelle, j'espère, à un genre de preuves dont tout le monde peut apprécier la valeur, à l'examen de la syphilis constitutionnelle des nourrices et des nourrissons.

La syphilis passée du nourrisson à la nourrice, ou réciproquement, a été rencontrée si souvent sous forme de vérole constitutionnelle, que pas un praticien un peu répandu ou avancé en âge n'a pu manquer d'en observer des exemples. Permettez-moi, messieurs, d'en indiquer quelques-uns. Ce qui paraîtra peut-être singulier, c'est que je trouve de ces exemples dans Hunter lui-même.

Un nouveau-né qui a l'anus et les lèvres comme échaudés, avec la physionomie syphilitique, est confié à une nourrice saine qui lui donne le sein gauche, réservant le sein droit pour son propre enfant. Au bout de cinq semaines, cette femme a le sein *gauche* malade ; il lui vient ensuite une éruption sur le visage, et puis les autres accidents d'une syphilis constitutionnelle. On lui retire alors l'enfant, qu'on donne à une autre femme fraîche et bien portante. Quelques jours après l'éruption se manifeste chez l'enfant, puis sur le sein de la nouvelle nourrice, dont le propre enfant ne tarde pas à être pris de la même manière. Ce nourrisson fatal est retiré à la seconde nourrice pour passer à une troisième, qui est promptement infectée à son tour de la même façon.

Qu'objecter à un pareil fait? Hunter, qui ne conteste pas ici la contagion, s'en tire à la manière des systématiques. Les accidents n'étaient pas de nature vénérienne, dit-il, quoiqu'ils en eussent les apparences! Et pourquoi n'étaient-ils pas de nature vénérienne? Uniquement parce qu'ils étaient contagieux et que, d'après la doctrine de Hunter, la syphilis secondaire n'est pas contagieuse. Pour prouver que ces accidents ressemblent à la vérole, mais qu'ils ne sont pas syphilitiques, au dire de Hunter, c'est qu'ils ne se sont dissipés que par un traitement mercuriel!

Voici un autre fait tiré de la même source :

Une dame qui a trop de lait donne le sein gauche à un enfant étranger et le sein droit à son propre enfant. Au bout de six semaines, elle a un ulcère au mamelon gauche, puis des ganglions à

l'aisselle, puis une éruption, puis des ulcères sur différents points du corps. L'enfant étranger, qui avait des ulcères à la gorge, des aphthes dans la bouche, meurt avec de nombreux ulcères cutanés. La dame, redevenue enceinte, accouche d'un enfant mal portant, qui a une éruption squameuse. Confié à une nourrice saine, il meurt au bout de neuf semaines. La nourrice est prise d'ulcères au nez et d'autres accidents vénériens, puis elle meurt à son tour.

Et ce ne sont pas là des preuves de transmission par contagion de la vérole ?

En supposant que ceux de Hunter soient trop anciens ou qu'il leur manque quelque chose, je puis en indiquer de plus modernes et de mieux circonstanciés encore.

M. Velpeau rappelle ici une série de faits consignés dans un mémoire de M. Valler.

Voulez-vous des exemples recueillis plus près de nous par des hommes qui nous sont personnellement connus ? Je n'aurai que l'embarras du choix. En voici un que j'emprunte à Cullerier, qui pratiquait aussi, comme on sait, à l'hôpital du Midi.

Une famille, composée du mari, de la femme et de quatre enfants, qui jouissent tous d'une bonne santé, reçoit au milieu d'elle un nourrisson couvert de pustules ou de boutons, et qui a des ulcères ou des plaques dans la gorge. Dans cette maison, où il y a moins de couverts et de verres que de personnes, la même cuillère, le même gobelet servent à tout le monde. Une des filles de la femme gagne le mal et en meurt; l'enfant étranger meurt aussi; le mal de gorge prend à leur tour la mère et deux autres filles, qu'un traitement mercuriel guérit; une des petites filles, cependant, revient bientôt à l'hôpital avec une éruption pustuleuse.

Est-il possible de rien trouver de plus concluant? A quelque supposition qu'on se livre, on ne parviendra point à faire croire que l'infection n'a pas été apportée dans cette maison par l'enfant étranger. Il est clair aussi que cet enfant, comme la nourrice, comme les trois autres enfants ont été atteints de manifestations constitutionnelles de la syphilis et nullement de chancres ou d'accidents primitifs; et pourtant Cullerier n'était pas un antagoniste prononcé des doctrines de Hunter.

M. Bouchut a rassemblé un certain nombre de faits de ce genre, et cite en particulier une nourrice parfaitement saine qui fut bientôt prise d'une syphilis constitutionnelle après avoir nourri un enfant étranger infecté de syphilis semblable. L'enfant de cette femme fut pris à son tour, et pourtant le mari n'avait rien et n'avait rien eu.

En voici un autre publié par M. Boucbacourt, de Lyon, esprit calme et réfléchi, homme aussi instruit que savant.

Un enfant de deux mois, nourri par une jeune femme dont les seins se sont ulcérés, est bientôt couvert de boutons et de croûtes. On donne ce nourrisson à une deuxième nourrice jusque-là bien portante, ayant quatre enfants en bonne santé; ses organes génitaux et ceux de son mari sont parfaitement sains. Cette femme est bientôt infectée; il en est de même de son plus jeune enfant, et sa fille aînée, qui caresse souvent le nourrisson, a bientôt aussi une syphilis constitutionnelle.

Les faits de ce genre sont innombrables, et en rapporter cent ou en rapporter dix reviendrait à peu près au même; on ne peut leur échapper, en éluder la signification propre qu'à l'aide de suppositions inadmissibles, d'objections dénuées de preuves ou de faux-fuyants.

Pourquoi, après tout, leur résister avec tant d'opiniâtreté, les repousser, les torturer de tant de façons diverses pour leur faire dire autre chose que ce qu'ils disent? Mon Dieu! il faut bien l'avouer, uniquement parce qu'ils renversent l'opinion de Hunter, parce qu'ils sont contraires à ce que j'ai entendu désigner ici et ailleurs sous le nom de doctrine de l'hôpital du Midi. J'ai besoin de dire, avant d'aller plus loin, que cette appellation ne pourra pas être employée par moi, par la raison que l'hôpital du Midi sert d'asile en ce moment à plusieurs doctrines distinctes, à deux au moins, qui semblent fort opposées l'une à l'autre. Il y a là, en effet, la doctrine de M. Ricord d'un côté, la doctrine de M. Vidal de l'autre: l'une que nous pourrions supposer au sud-ouest, et l'autre au sud-est, par exemple. Il me paraît donc plus convenable, pour être clair, d'indiquer M. Ricord lui-même plutôt que l'hôpital du Midi, quand j'aurai à parler de ses doctrines.

Eh bien! donc M. Ricord se roidit avec tant de vivacité, se livre à tant de suppositions contre les faits qui démontrent la contagion de la syphilis constitutionnelle, par la grande raison qu'il ne peut pas, qu'il n'a pas pu du moins transmettre la syphilis secondaire par l'inoculation.

L'inoculation..... voilà un fait qui joue pour le quart d'heure un grand rôle dans les affaires de la syphilis!... Sans l'approuver, je ne suis pas de ceux qui s'indignent contre elle, qui la repoussent comme immorale ou très dangereuse d'une manière absolue; mais pourtant ce serait une grande erreur de croire qu'elle ait élucidé de nombreuses questions jusqu'ici. Qu'a-t-elle fait, que peut-elle faire? Si elle réussit, elle prouve une chose qui n'a guère besoin d'être prouvée; quand elle échoue, il n'en résulte pas que le malade qui en a fourni les matériaux n'ait point la syphilis. Pour qu'elle réussisse, il faut des conditions nombreuses, dit-on. Le pus des bubons, du chancre induré ne la produira pas. Pour que le chancre s'y prête, il faut le prendre à de certaines périodes; il faut qu'il ne soit ni à la période de transformation, ni à celle de réparation. C'est à la période de progrès ou de *statu quo* spécifique qu'il faut le prendre; encore est-il possible alors que le pus des surfaces voisines vienne en détruire la propriété contagieuse. Il faut tant de choses enfin, qu'après son insuccès bien fou serait celui qui s'y fierait, qui oserait prononcer que la syphilis n'existe pas chez le malade atteint du chancre.

En admettant au surplus que l'accident primitif s'inocule facilement et constamment, s'ensuit-il que l'accident secondaire doive s'inoculer de la même façon, sous peine de ne pas être contagieux? Ce n'est point ainsi que la question doit être entendue. La syphilis constitutionnelle n'est évidemment plus la syphilis du point de départ. Pour devenir constitutionnelle, elle a dû pénétrer, traverser, constituer l'organisme, et par suite subir des modifications, quelque dissociation, quelque changement dans ses éléments constitutifs. Dès lors, qu'y aurait-il d'étonnant à ce que ses moyens de transmission fussent aussi différents? Est-ce que la contagion des maladies est la même pour toutes? Est-ce que les lois de la contagion ne sont pas un mystère dans le plus grand nombre de cas? La coqueluche est contagieuse, et pourtant elle ne s'inocule pas. La fièvre typhoïde est contagieuse aussi dans de certaines conditions; et qui a jamais inoculé la fièvre typhoïde? Le dirai-je? Oui; mais je le dirai tout bas, en attendant une occasion. Que le choléra, qui, lui aussi, est contagieux, n'est pas inoculable non plus. Puis, est-il besoin de rappeler que toutes les maladies contagieuses ne le sont pas au même degré; que les unes le sont presque toujours, tandis que les autres ne le sont presque jamais? Ce qui ne les empêche pas d'appartenir toutes à la catégorie des maladies contagieuses.

Aussi, ne serai-je en aucune façon ébranlé dans mes croyances par cette seule raison que la syphilis constitutionnelle n'est pas inoculable, en admettant qu'elle ne le fût pas en effet; mais enfin puisque cette fin de non-recevoir est devenue la grande objection des partisans de Hunter, je vais les suivre sur ce terrain, et prouver que la vérole constitutionnelle est inoculable.

Elle est inoculable; ce n'est plus aujourd'hui un fait douteux, un fait théorique, il y en a une trentaine d'exemples de connus aujourd'hui. Je dirai même tout d'abord qu'elle est inoculable dans plusieurs de ses manifestations; qu'elle est inoculable par les plaques muqueuses, par l'ectyma, par le pus des accidents tertiaires, et même par le sang des sujets atteints de vérole constitutionnelle.

C'est là un fait qui me paraît avoir été mis hors de doute, d'abord par M. Vidal chez nous, puis par MM. Boulay, Cazenave et Ricbet. A l'étranger on en trouve d'autres preuves non moins concluantes dans les faits de M. Wallace, en Angleterre, et dans un travail de M. Valler, en Allemagne.

Voyons d'abord les expériences de M. Wallace.

Dans une observation de cet auteur, qui paraît en avoir recueilli un grand nombre, on voit que l'inoculation faite avec le pus de condilomes ou de plaques muqueuses sur la peau dénudée d'un homme sain âgé de dix-neuf ans a produit les phénomènes suivants: Au bout de 18 jours, la plaie d'inoculation est guérie; le 28e, on y remarque des tubercules qui commencent à s'ulcérer le 51e, et qui ont un aspect fongueux le 65e. Le 72e, les ganglions du jeune homme, qui a mal à la gorge, grossissent, et le 75e une éruption de syphilide squameuse se manifeste. Enfin des douleurs ostéocopes arrivent le 95e jour.

Dans une autre observation, on voit l'inoculation artificielle de la matière d'un tubercule ulcéré sur les deux cuisses d'un jeune homme sain âgé de vingt ans. Ces plaies d'inoculation se cicatrisent le 17e jour. Il se forme à leur place une croûte épaisse, et sur une base saillante et indurée. Le 36e jour la croûte tombe et laisse à nu la surface d'un condylome ulcéré, qui prend l'aspect fongueux vers le 66e jour. Arrivent ensuite des syphilides papulo-tuberculeuses sur différents points du corps.

Voilà donc d'abord deux exemples bien circonstanciés, parfaitement authentiques d'inoculation d'accidents secondaires. Les objections qui leur ont été opposées ne sont vraiment pas sérieuses. Rien ne prouve, dit-on, que la matière inoculée ait été prise sur des accidents secondaires. Cela est parfaitement démontré, au contraire, et M. Wallace le démontre suffisamment dans la description qu'il en donne. Il ressort parfaitement, en effet, de cette description, que la matière inoculée ne venait en aucune façon de chancres, d'accidents primitifs; dans le premier cas comme dans le second, il s'agissait nettement de pustules ou de tubercules secondaires les mieux caractérisés. On ajoute que le malade pouvait bien avoir des chancres sur le raphé ou à la marge de l'anus. Ceci est une supposition toute gratuite, qu'on ne peut admettre quand on a lu les observations de M. Wallace.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

J'ai eu occasion par ma position, à cause de la réputation de mon grand-père et de mon père, de voir beaucoup de fractures et beaucoup de luxations. J'ai commencé très jeune la pratique de mon art; et ici il ne s'agit ni de théorie, ni de système. Je puis vous assurer que les fractures de l'omoplate sont assez fréquentes; que j'ai observé la fracture de l'épine de l'omoplate; que j'ai observé également la fracture du col de l'acromion. J'ai vu survenir à la suite de cet fractures des ecchymoses très considérables que j'ai traitées par les résolutifs et qui ont disparu. J'ai vu même, à la suite de ces fractures, des tumeurs sanguines semblables à celles que Louis Petit a décrites dans la région du crâne. Du reste, j'ajouterai qu'il y a près de vingt jours j'ai eu occasion de traiter pour une fracture de la partie supérieure de l'omoplate un postillon demeurant à Paris, qui est resté six jours dans son lit avec une énorme ecchymose. Six jours après il quitta son domicile, et alla à Belleville à pied, le bras en écharpe, sans bandage de corps, portant sur l'épaule des compresses résolutives qu'on renouvelait souvent.

Au bout de onze jours il pouvait se servir de son bras parfaitement. Il fit un voyage en Bourgogne. Un mois après l'accident, l'ecchymose ayant disparu, la fracture consolidée, il a repris son service. On peut encore apprécier une certaine mobilité entre les fragments. Du reste, les surfaces osseuses sont encore gonflées, et les confrères qui voudront l'examiner pourront constater son état aussi bien que moi.

Je partage donc l'opinion du médecin ancien prosecteur de la Faculté de médecine, et je puis vous affirmer qu'il arrive très souvent des erreurs de diagnostic qui compromettent les mouvements des articulations du malade, et qui sont le résultat de l'oubli ou de l'ignorance des principes de la chirurgie la plus élémentaire.

Agréez, etc. Dr THIERRY.

PROGRAMME D'ADMISSION

des médecins-majors des corps de troupes dans le service des hôpitaux et postes sédentaires.

MM. les médecins-majors de 1re classe et médecins-majors de 2e classe ayant au moins deux ans de grade, aujourd'hui employés dans les corps de troupes, qui désirent passer dans les hôpitaux, sont prévenus que les épreuves instituées dans ce but seront subies devant des jurys successivement réunis, sous la présidence de MM. les inspecteurs médicaux en tournée.

Les médecins aspirant aux fonctions de médecin traitant dans les établissements hospitaliers sont invités à faire connaître l'intention où ils sont de prendre part aux épreuves annoncées, savoir:

Les médecins-majors résidant dans les divisions de l'intérieur, la 17e exceptée, en adressant leur demande au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux) *avant le* 15 *septembre;*

Les médecins-majors résidant dans la 17e division, en adressant leur demande, *avant le* 20 *septembre*, à M. le général commandant ladite division;

Les médecins-majors résidant en Italie, en adressant leur demande à M. le général commandant la division d'occupation, *avant le* 25 *septembre;*

Les médecins-majors résidant en Algérie, en adressant leur demande *avant le* 1er *octobre*, pour la division d'Alger, à M. le gouverneur général, et, pour les divisions d'Oran et de Constantine, à MM. les généraux commandant les divisions.

M. le gouverneur général de l'Algérie et les généraux commandant les divisions de l'intérieur, de l'Italie, d'Oran et de Constantine feront connaître, en temps utile, aux candidats, l'époque à laquelle ils auront à se présenter devant leurs jurys respectifs. L'indemnité de route sera allouée, à cet effet, aux candidats qui justifieront avoir subi les diverses épreuves déterminées.

Le programme qui suit règle tout ce qui se rapporte aux épreuves à subir.

I. — NATURE DES ÉPREUVES.

1° Réponse écrite à une question sur le traitement d'une maladie interne;

2° Visite, en suivant les formes réglementaires, de huit malades, savoir:

Quatre appartenant au service de la médecine;

Quatre appartenant au service de la chirurgie;

3° Pratique de deux opérations chirurgicales, suivies du pansement qu'elles peuvent nécessiter, et application de deux appareils à fractures.

II. — MODE D'EXÉCUTION.

1° *Réponse écrite.*

Les questions seront tirées au hasard sur une liste numérotée arrêtée par le conseil de santé et remise à chacun des médecins inspecteurs, qui la communiquera au jury.

Autant de bulletins numérotés que la liste portera de questions étant déposés dans une urne, le candidat inscrit le premier tirera un de ces bulletins, qui indiquera par la correspondance du numéro la question à traiter, laquelle sera la même pour tous les concurrents.

Trois heures seront accordées pour la rédaction.

2° *Visite des malades.*

Les visites des fiévreux et des blessés seront faites en deux séances comprenant chacune quatre malades.

Les sujets seront choisis autant que possible parmi les entrants du jour et de la veille.

Après chaque visite, le candidat sera conduit dans une salle où il exposera devant le jury le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies ou lésions qu'il aura dû examiner.

La durée totale de l'épreuve relative à quatre malades ne devra pas dépasser une heure et demie.

3° *Opérations chirurgicales. — Application de bandages.*

Aucune limite de temps n'est assignée à cette épreuve. Le temps employé par chaque candidat sera noté exactement au procès-verbal.

4° *Actes des jurys.*

A. Pendant les épreuves, les membres du jury prennent des notes sur les qualités manifestées par les candidats; ils se réunissent à la suite de chaque épreuve et arrêtent le chiffre à donner au candidat en prenant la moyenne du nombre proposé par chacun des membres.

L'échelle d'appréciation est comprise entre les chiffres de 0 à 20. Cette échelle sera multipliée par les coefficients qui suivent:

a. Réponse écrite sur le traitement d'une maladie. . 6
b. { Visite des malades: — fiévreux. 8
{ id. blessés.. 8
c. Opérations chirurgicales, etc. 6

Le chiffre d'admissibilité est fixé à 308.

B. Après la dernière épreuve, le jury se réunira en séance particulière et procédera au dépouillement des bulletins, puis au classement des candidats par ordre de mérite.

C. Les réponses écrites, les procès-verbaux des séances et les tableaux de classement des candidats, signés par le président et les membres du jury, seront immédiatement expédiés au ministre de la guerre et transmis au conseil de santé des armées, qui, avec le concours des inspecteurs n'appartenant pas à ce conseil qui auront présidé des jurys, à l'aide des documents ci-dessus et d'après les renseignements complémentaires fournis par les présidents de jurys partiels, formera, dans les limites prescrites par le ministre, une liste générale, par ordre de mérite, des candidats jugés admissibles pour le service hospitalier, en spécifiant s'ils ont une aptitude plus prononcée soit pour le service de la médecine, soit pour le service de la chirurgie.

III. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Les candidats inscrits sur la liste du jury central qui n'auront pas été nommés pendant l'année ne pourront être portés sur la liste de l'année suivante qu'au rang que leur assignera le nombre de points qu'ils auront obtenus, à moins qu'en vue d'améliorer leur position, et par une louable émulation, ils ne se présentent à un nouvel examen. S'ils ne sont pas nommés pendant la 2e année, cette présentation à un nouvel examen leur devient obligatoire pour continuer de concourir aux emplois dans les hôpitaux.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 109. — MARDI 14 SEPTEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 109. — MARDI 14 SEPTEMBRE 1852

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an.........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — Paris. — HÔPITAL NECKER (M. Civiale). De la conduite à tenir après la séance de lithotritie. — Académie de médecine (addition à la séance du 7 septembre). Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. (Fin.) — Société de chirurgie, séance du 1er septembre. — Nécrologie. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Histoire et statistique de l'Académie nationale de médecine.

PARIS, LE 13 SEPTEMBRE 1852.

Le public médical se préoccupe vivement d'une question qui divise les esprits les plus éminents, et même, dit-on, le conseil des ministres ; d'une question à laquelle se rattachent de grands intérêts scientifiques et professionnels, et sur laquelle il faut que le pouvoir se prononce nettement et au plus tôt, une solution quelconque étant préférable à une incertitude qui compromet la dignité et l'autorité d'un corps enseignant officiel. Nous voulons parler de la mise à la retraite des professeurs de facultés de médecine qui ont dépassé certaines limites d'âge.

Les difficultés dont cette question est entourée ne nous semblent être qu'apparentes; on les fait facilement disparaître en substituant les *principes* aux *personnes*, en s'occupant de la *règle* de préférence à certaines *exceptions* plus ou moins contestables, et en plaçant l'*intérêt général* au-dessus de l'*intérêt particulier*.

Au risque de froisser quelques amours-propres et de déranger quelques chiffres, nous voulons exprimer notre opinion à cet égard, car c'est principalement dans des circonstances semblables que la presse indépendante et loyale a des devoirs à remplir. Nous espérons ne pas faillir à notre tâche; et à des insinuations malveillantes, à des reproches trop intéressés pour être justes, nous opposerions notre droit, notre conviction, notre désintéressement et nos intentions.

La limite d'âge imposée aux fonctionnaires publics doit être considérée comme un *principe* inattaquable, parce qu'elle repose sur la plus évidente des *lois naturelles :* la détérioration subie par l'homme sous l'influence des années. Il en résulte que la mise en retraite après un âge déterminé doit être une *règle*, et que l'on ne peut *raisonnablement* contester la justice et la nécessité d'une semblable mesure administrative. Nous croyons inutile, par conséquent, de discuter la doctrine émise par quelques personnes qui, en vue de certaines exceptions dont nous nous occuperons tout à l'heure, voudraient transformer la *règle* en une mesure facultative et individuelle, sans songer que l'on sacrifierait ainsi le tout à la partie, que l'administration serait incessamment tiraillée par des obsessions, des influences de tout genre, et que la mise à la retraite deviendrait une espèce de stigmate pour ceux auxquels elle serait appliquée.

« Mais, objecte-t-on, votre loi est soumise à de nombreuses exceptions dont il est impossible de ne pas tenir compte. Certaines organisations privilégiées résistent à l'action du temps, et conservent jusqu'à l'âge le plus avancé l'intégralité de leurs fonctions ; l'intelligence, le génie survivent d'ailleurs souvent aux forces physiques, » et l'on cite alors, pour justifier ces propositions, Villars, Radetzky, Talleyrand, Portalis, etc.

A ces objections, nous répondons : 1° que les exceptions dont on argue sont extrêmement rares, si rares que c'est à peine si l'on parvient à en rassembler une demi-douzaine, et que plusieurs d'entre elles fourniraient encore matière à discussion ; 2° que tout se lie et s'enchaîne dans l'organisme; *mens sana in corpore sano,* voilà l'homme complet. Un illustre philosophe a donné de l'homme une définition restée célèbre : « *C'est,* a-t-il dit, *une intelligence servie par des organes ;* » or, lorsque les organes se refusent à obéir, l'intelligence n'est que trop souvent condamnée à l'impuissance, et c'est principalement dans l'espèce que ceci est vrai ! Vous figurez-vous un professeur de clinique dont la main tremble, dont la vue est obscurcie, dont l'oreille est devenue dure, et croyez-vous que ceux qui livrent les pauvres malades de nos hôpitaux à ce vieillard, se confieraient à lui s'il s'agissait pour eux-mêmes de se faire ausculter ou de se laisser pratiquer une amputation ? Croyez-vous qu'un homme courbé par les années, à la parole inintelligible, resté depuis longtemps étranger à la marche de la science, soit encore dans les conditions voulues pour professer, *ex cathedrâ,* la pathologie dans la première Faculté de médecine du monde?

Mais allons plus loin; admettons l'existence des *exceptions ;* en résulte-t-il que celles-ci doivent renverser la règle? Aucun homme de bon sens n'oserait le soutenir. Si la société, si le gouvernement ont intérêt à ne point priver l'Etat des lumières que répand encore à son déclin une intelligence d'élite, n'ont-ils pas un moyen naturel et sûr de les utiliser ? Que le sénat, le conseil d'Etat, le conseil supérieur d'instruction publique ouvrent leurs portes à l'illustre vieillard ; qu'ils mettent à profit sa vaste expérience, ses connaissances spéciales, et qu'ils honorent ses cheveux blancs en les arrachant aux labeurs de la vie active et militante, aux caprices du public, aux sarcasmes d'une jeunesse irrévérencieuse !

Un homme dont nous admirons le talent et dont nous respectons le caractère, M. Dumas, voudrait que les *exceptions* pussent être maintenues dans leurs fonctions par décision spéciale du corps savant auquel elles appartiendraient. Nous ne saurions nous ranger à cette proposition :

1° Parce que nous pensons qu'un vieillard, quelque *bien conservé* qu'il soit, sera toujours mieux placé dans un aréopage que dans une chaire professorale ou dans une salle de clinique ;

2° Parce que cela serait ouvrir la porte à l'*abus des influences ;*

3° Parce qu'il ne faut point placer des hommes, des collègues entre leur conscience, leur devoir et les sollicitations de l'amitié, du respect, de la reconnaissance.

Une objection absolue a été dirigée contre la mise à la retraite appliquée aux hommes qui occupent une position élevée, laborieusement conquise et qui pendant de longues années ont rendu des services éminents à la société. La mise à la retraite, dit-on, brise des droits acquis, modifie brusquement une position qui devrait être respectée et impose des privations rendues plus pénibles par l'âge et par les habitudes contractées.

Autant que personne nous sommes disposé à tenir compte des considérations de cette nature; mais nous devons dire tout d'abord qu'elles ne se présenteront que rarement, les hommes auxquels elles s'appliquent ayant presque toujours une position de fortune capable d'assurer le bien-être de leur vieillesse. Que, s'il en était autrement, nous serions le premier à réclamer en leur faveur, et certes ce n'est pas le gouvernement actuel qui se refuserait à honorer généreusement les derniers jours d'une carrière noblement remplie.

Désirant que la position des professeurs de l'Ecole de médecine reste à l'abri de toute atteinte, l'honorable doyen propose de remplacer la mise à la retraite par une suppléance définitive confiée à un agrégé désigné par la Faculté et convenablement rétribué; c'est là une idée très confraternelle que M. Paul Dubois peut tenir à honneur de faire prévaloir, mais qui, suivant nous, a le tort d'être un moyen terme.

Nous croyons avoir démontré la nécessité d'une mesure que réclament depuis longtemps tous les hommes compétents et impartiaux ; nous pensons avoir mis à néant toutes les objections qu'on lui oppose; il ne nous reste plus qu'à adjurer la Faculté, au nom de sa dignité et de celle de l'un de ses membres, de nous épargner le triste et affligeant spectacle que nous réserve, dit-on, le commencement de la prochaine année scolaire. Si la résolution qui paraît avoir été prise devait recevoir son exécution, la presse médicale aurait un pénible devoir à remplir, et pour notre part nous n'y faillirions point. D.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

De la conduite à tenir après la séance de lithotritie.

Au n° 1 du pavillon d'en bas, vous avez été témoins d'un fait devenu vulgaire pour vous, parce que j'ai souvent appelé votre attention sur lui au lit du malade. Il s'agit d'un homme que nous avons guéri d'un rétrécissement il y a huit ans. Sa guérison se maintenait, grâce à une bougie de gros calibre qu'il s'introduisait toutes les quinzaines ou tous les mois. Mais cet homme est marin. Dans un voyage très long qu'il fit l'année dernière, ses bougies s'altérèrent ou se perdirent, et faute du cathétérisme la maladie se reproduisit. Il nous est entré cette fois avec une coarctation telle, que depuis quatre jours nous n'avons pu réussir encore à lui introduire de bougie; nous nous contentons de tenir appliquée pendant cinq minutes la pointe de la bougie engagée dans le commencement du point rétréci. Eh bien, quoique nous n'ayons pas

FEUILLETON.

M. le docteur Félix Roubaud veut bien nous communiquer les épreuves d'un travail sur l'Académie nationale de médecine, qui doit figurer dans son *Annuaire médical et pharmaceutique de la France.* Nos lecteurs liront avec plaisir cette étude statistique, qui, outre son importance historique et sa nouveauté, offre un intérêt particulier par les faits et les détails qu'elle renferme.

Nous laissons la parole à M. Félix Roubaud.

HISTOIRE ET STATISTIQUE de l'Académie nationale de médecine.

Avant la révolution de 1789, deux corps savants jetaient sur le monde médical un éclat à peu près pareil. L'*Académie royale de chirurgie* et la *Société royale de médecine* tenaient constamment la science à des hauteurs que l'on n'a pas dépassées depuis, et entretenaient dans les esprits une émulation regrettable à tous égards.

Comprises dans les dispositions du décret de la Convention du 8 août 1793, qui abolissait les corporations et les sociétés savantes, enseignantes et académiques, la *Société royale de médecine* et l'*Académie royale de chirurgie* disparurent, en laissant dans l'histoire leurs noms justement célèbres et justement honorés.

Cependant, à mesure que la France rentrait dans un état régulier, son gouvernement était souvent forcé de recourir à l'Ecole de santé, nouvellement constituée, et de la consulter sur des questions de médecine légale, d'hygiène publique, et sur tous les points d'intérêt général ressortissant de la médecine. De plus, si l'enseignement était rétabli, le corps qui la représentait n'avait pas en quelque sorte le caractère scientifique, et il était nécessaire de lui donner le cachet d'une corporation savante. En conséquence de tous ces motifs, le ministre de l'intérieur, par arrêté du 12 fructidor an VIII, forma dans le sein de l'Ecole une Société académique chargée, entre autres travaux, « de recherches relatives à la topographie médicale de la France, de la publication des anciens mémoires de la Faculté, de la Société royale de médecine et de l'Académie royale de chirurgie; enfin, de concourir par tous les moyens possibles au perfectionnement des sciences médicales. »

Cette nouvelle Société ne fut pas sans éclat, autant par le courage dont quelques-uns de ses membres firent preuve à l'occasion de diverses épidémies, que par ses travaux scientifiques, consignés dans ses Bulletins commencés en l'an XIII (1804). Pendant dix-sept ans, elle tint des séances, à des intervalles irréguliers, il est vrai, mais assez rapprochées les unes des autres, et ne ferma définitivement ses registres que le 1er mars 1821, après avoir pris connaissance de la lettre suivante, que le ministre de l'intérieur adressait, le 23 février 1821, à M. Duméril, alors son secrétaire :

« Monsieur,

» La Société de médecine établie auprès de la Faculté par arrêté ministériel du 12 fructidor an VIII, allant cesser ses fonctions par suite de la création de l'Académie royale, je ne fais qu'acquitter un devoir en vous chargeant de témoigner à cette Société la reconnaissance et la satisfaction dues à ses utiles travaux. J'éprouverais des regrets, alors qu'une institution plus grande et plus durable la remplace, si chacun de ses membres ne siégeait pas dans la nouvelle Académie, qui héritera ainsi de toutes ses lumières. »

L'institution plus grande et plus durable dont parle la lettre ministérielle était l'Académie royale de médecine, qui existe encore aujourd'hui, et dont je vais brièvement écrire l'histoire et dresser la statistique.

Elle fut créée par ordonnance royale du 20 décembre 1820. Cette ordonnance, signée par Louis XVIII et contresignée par M. Siméon, ministre de l'intérieur, ne fut rendue publique que le 14 janvier 1821. L'Académie ainsi instituée fut divisée en trois sections : médecine, chirurgie, pharmacie (art. 3); elle fut composée d'honoraires, de titulaires, d'associés et d'adjoints (art. 4). Le nombre des honoraires fut fixé à trente pour la section de médecine, à vingt pour la section de chirurgie, et à dix pour la section de pharmacie, tous pris hors de la classe des titulaires et choisis par voie d'élection (art. 5). Les titulaires étaient au nombre de quarante-cinq dans la section de médecine, de vingt-cinq dans celle de chirurgie et de quinze dans celle de pharmacie. Cinq membres de la section de médecine devaient nécessairement appartenir à l'art vétérinaire (art. 6). Les associés formèrent trois classes, appartenant tous à l'Académie, et n'étant désignés pour aucune des trois sections : *première classe*, associés libres, trente; *deuxième classe*, associés régnicoles, quatre-vingts, dont vingt seulement ayant leur résidence à Paris; *troisième classe*, associés étrangers, trente (art. 7); enfin, les membres adjoints furent divisés en deux classes : 1° ceux qui résidaient à Paris prirent le titre d'*adjoints résidants;* 2° ceux qui habitaient les départements ou l'étranger prirent le titre d'*adjoints correspondants.* Le nombre des premiers put égaler celui des titulaires de la section à laquelle ils appartenaient. Le chiffre des seconds resta indéterminé (art. 8).

L'article 9 donna à chaque section le droit d'élire ses membres honoraires, titulaires et adjoints; à l'Académie entière était réservé le droit de nommer les associés. Néanmoins, toute nomination n'était définitive qu'après avoir été approuvée par le roi, hormis celle des adjoints, qui ne réclamait que la confirmation de l'Académie tout entière.

L'Académie devait s'assembler en corps tous les trois mois, et par section deux fois par mois (art. 10).

Le bureau général de l'Académie fut composé d'un président d'honneur perpétuel, d'un président temporaire, d'un secrétaire et d'un trésorier. Le premier médecin du roi était de droit président d'honneur perpétuel; les autres membres du bureau étaient nommés par l'Académie tout entière parmi les titulaires (art. 14).

Chaque section avait son bureau, composé d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire, tous choisis parmi les titulaires de la section.

L'Académie fut pourvue d'un conseil d'administration, composé du président d'honneur, du président temporaire, du trésorier, des présidents et secrétaires des sections et du doyen de la Faculté de médecine de Paris, lequel était toujours de droit membre de l'Académie (art. 16).

Enfin, pour la première formation, le roi se réserva le droit de nommer une partie des honoraires, des titulaires et des associés (art. 20).

francbi, le calibre de son jet d'urine a doublé; et, ce qui est plus important encore, sa vessie se vide à peu près complétement. Je vous le répète, je vous ai déjà signalé des faits semblables, mais sans en expliquer la cause; car je vous avoue qu'elle m'échappe entièrement. Je vous le rappellerai encore auprès de cet homme. Vous trouverez, en effet, là le motif de l'amélioration souvent notable qu'éprouvaient certains malades après une première cautérisation; méthode pourtant aujourd'hui abandonnée à juste titre.

Chez un autre de nos malades, pris de l'inflammation des corps caverneux, ce dont nous avons triomphé au moyen des mouchetures et de l'application incessamment renouvelée de cataplasmes émollients, j'ai changé la sonde que nous sommes obligé de lui laisser à demeure. N'oubliez pas de prendre toujours, en pareil cas, la précaution que j'ai prise moi-même; c'est d'essayer la sonde, en la courbant à l'endroit des yeux. C'est là que les sondes en gomme se rompent. Quand pareil accident arrive, vous devez rejeter celles que vous faites *écailler* en les courbant ainsi. Plus même les sondes de gomme sont polies et brillantes, agréables, par conséquent, à l'œil, plus vous devez vous en méfier: ce sont celles-là qui se cassent.

En assez peu de temps, nous avons fait un grand nombre de lithotrities, et je vais en pratiquer tout à l'heure trois sous vos yeux. Cela vous apprend à connaître la manœuvre; mais, je vous l'ai déjà dit, souvent là n'est pas toute la lithotritie.

Dans l'application de cette méthode, il faut, en effet, considérer:

1° L'opération elle-même;

2° Ce qui la précède;

3° Ce qui doit la suivre.

Le manuel opératoire, chacun s'en est occupé avec des succès variables. Quant à tout ce que le chirurgien doit étudier et connaître avant d'entreprendre une opération, quelle qu'elle soit, sur un calculeux, nous en avons souvent parlé dans ces conférences, sans que pourtant nous ayons encore épuisé un sujet aussi important. Laissez-moi vous arrêter un moment aujourd'hui sur la conduite à tenir après la séance de lithotritie.

Que se propose-t-on dans cette opération? De réduire les calculs vésicaux en fragments assez petits pour qu'ils puissent sortir au dehors par l'urètre. Il faut, pour cela, outre la liberté du canal, que la vessie ait une certaine force expultrice; et, pour le dire en un mot, le fait capital qui domine les suites d'une séance de lithotritie, c'est le *degré de la contraction vésicale*. L'excès ou le défaut dans la contractilité du réservoir urinaire est l'écueil contre lequel le médecin, une fois l'opération faite, doit être constamment en garde.

Trop de force du muscle vésical expose à l'arrêt des fragments dans l'urètre, l'accident le plus grave des suites de la lithotritie. Quant à l'atonie vésicale, si fâcheuse, si insidieuse dans tous les cas, elle entraîne ici le séjour indéfiniment prolongé des fragments dans la vessie. Heureusement, l'emploi du même moyen vient conjurer les suites les plus immédiates de ces deux états si différents de la vessie. Ce moyen, c'est l'*injection*, et c'est de là que vient sa grande importance.

Le brise-pierre est retiré; on fait lever le malade, et quand il est debout devant le chirurgien, celui-ci lui introduit une grosse sonde métallique présentant à son extrémité deux yeux longuement ouverts, mais dont la longueur, pourtant, ne doit point excéder le calibre de la sonde. Le malade ne reste couché que dans les cas rares où une tumeur volumineuse prostatique y oblige. On pourrait sans doute, dans tous les cas, introduire la sonde d'abord, et ne faire lever qu'après cela le malade, mais ce serait lui procurer une douleur inutile. Dès que la sonde a pénétré dans la vessie, le liquide qu'on avait injecté avant l'opération sort, entraînant une quantité plus ou moins grande de débris qui le rendent blanchâtre ou rougeâtre, suivant la couleur de la pierre brisée et le degré de morcellement qui a été produit. On fait alors coup sur coup trois ou quatre injections d'eau tiède poussées avec force, jusqu'à ce que le liquide expulsé soit tout à fait limpide; puis on retire la sonde, mais en *ayant toujours le soin de laisser dans la vessie une certaine quantité de liquide*, trois ou quatre cuillerées environ, et l'opéré est envoyé au bain. Comme les yeux de la sonde ont une étendue inférieure au diamètre de celle-ci, les fragments qui y passent sont presque toujours chassés en dehors par la colonne liquide. Mais quelquefois, au contraire, et vous vous souvenez que cela nous est arrivé devant vous à plusieurs reprises, dans notre dernière réunion, par exemple, quoique la vessie soit pleine, le jet du liquide s'arrête ou diminue brusquement; c'est qu'alors un ou plusieurs fragments bouchent les yeux de la sonde. On a conseillé de briser ces fragments dans l'intérieur même de l'algalie, et un nom spécial, celui de *lithocènos*, est venu décorer cette opération nouvelle. Pour ma part, elle ne m'a jamais paru nécessaire, parce que nous avons à notre disposition des moyens beaucoup plus simples. Le meilleur de tous, et qui doit toujours être essayé le premier, c'est l'injection. Poussant avec force du liquide dans la sonde, presque toujours le bouchon pierreux est renvoyé dans la vessie, et le liquide injecté est facilement expulsé. Si on échoue pourtant, on peut introduire un gros stylet en baleine ou même une bougie flexible. Souvent aussi, comme vous me l'avez vu faire, on retire tout simplement la sonde, et on amène au dehors, engagé dans les yeux de l'instrument, le fragment qui s'opposait à l'écoulement de l'injection. Mais vous devinez ce qui peut malheureusement se présenter alors, c'est que le fragment engagé saillant en dehors des yeux de la sonde ne déchire l'urètre au passage, et on a cité des exemples d'un pareil accident. Il faut alors repousser l'instrument dans la vessie et n'avoir recours qu'à l'injection forcée et au mandrin de baleine, qui vous suffiront dans tous les cas.

Parmi les trois malades que nous allons lithotritier, le jeune homme qui nous a été envoyé par M. Bouvier, et qui porte deux testicules tuberculeux, nous présente bien l'exemple de ces sujets irritables dont la vessie pèche par excès de force; et, en effet, l'événement l'a prouvé. Remarquez en outre que ce n'est pas chez les vieillards dont la prostate est grosse que le col vésical est dilaté. Non, c'est, au contraire, chez les enfants ou chez les jeunes gens tuberculeux, comme celui-ci. Un fragment s'est donc engagé dans les parties profondes de l'urètre chez notre jeune homme, et j'ai dû le laisser repousser. Pour cela, après avoir introduit une grosse sonde jusque sur le corps étranger, j'ai poussé avec force une injection, tout en refoulant du même coup le bec de la sonde vers la vessie. Cette manœuvre m'a réussi; autrement j'aurais été forcé de briser le fragment dans le col lui-même. J'ai bien recommandé au malade de n'uriner que couché, précaution importante, que vous m'avez vu prendre souvent, et sur laquelle j'insisterai tout à l'heure de nouveau auprès de lui quand je l'aurai lithotritié. Mais, outre cela, je pratiquerai chez lui l'opération d'une façon toute spéciale. Je n'ouvrirai le litboclaste que d'une très petite quantité, de manière à respecter les gros fragments s'il en existe, mais à émietter les moyens fragments, les seuls qui soient dangereux en pareil cas. C'est une manœuvre qui demande beaucoup d'habitude, mais qu'on parvient pourtant à exécuter en y mettant le soin convenable. J'espère que vous en verrez les bons effets chez ce jeune malade, dont l'état exige les plus grands ménagements.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE.

Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis (1).

Comment l'auteur n'a-t-il réussi que deux fois? ajoute-t-on, D'abord cette assertion est inexacte. Wallace a réussi plus de deux fois, un assez grand nombre de fois: ce qu'il a soin de dire dans le travail qu'on lui attribue. Puis, qu'importe qu'il ait réussi deux fois ou cent fois? La question est uniquement de savoir si les deux faits que j'indique sont exacts, et personne, je crois, ne peut en détruire la signification réelle.

Notre collègue a oublié, en les rapportant à un chancre, que les succès obtenus par Wallace n'en seraient pas moins compromettants pour sa propre doctrine à lui, et par plusieurs côtés. Ainsi, dans ses deux inoculations, Wallace a remarqué une incubation de plusieurs semaines. Or, dans la doctrine de M. Ricord, il n'y a d'incubation ni pour la syphilis naturelle, ni pour la syphilis artificielle: l'inoculation du chancre, dit-il, réussit sur-le-champ quand elle doit réussir. Il résulte évidemment de là, puisqu'il y a eu incubation chez les malades de Wallace, que les accidents ne doivent pas être rapportés à l'inoculation d'un pus chancreux.

Autre difficulté: Supposer que Wallace a pu confondre les plaques muqueuses ou des pustules secondaires avec le chancre, avec le chancre inoculable surtout, ne mérite vraiment pas d'être discuté. Tout au plus pourrait-on songer à des chancres dégénérés, à un état de transformation ou de réparation, comme je l'entends dire quelquefois. Mais M. Ricord soutient qu'en dehors de la période de progrès ou de *statu quo* spécifique le chancre n'est plus inoculable: ce serait donc encore une loi de sa doctrine à renverser si un chancre devenu pustule, plaque muqueuse ou tubercule pouvait être inoculé d'une façon comme de l'autre. Les faits de Wallace restent donc sans réplique.

On se rattache cependant à une autre supposition: on se demande si les malades inoculés ont été entourés de précautions suffisantes, si on a mis les parties *sous verre*, laissant supposer que la vérole qui leur est advenue pourrait bien leur avoir été donnée plus tard par le contact de quelque autre malade ou de quelque objet contaminé de l'intérieur de l'hôpital; et vraiment, avec une telle logique, où ne peut-on point aller? Il sera toujours permis de supposer qu'un fait qui nous gêne est autre que celui qui le publie ne l'a cru, est arrivé par des voies différentes de celles qu'on signale. Mais la plus simple réflexion met à néant de pareilles suppositions. La matière inoculée a été fixée sur place au moyen de charpie d'une façon solide; au bout de quelques jours, les plaies se sont cicatrisées. Ce n'est que plus tard que la syphilis constitutionnelle est apparue. Ce serait donc après la cicatrisation des blessures que les malades se seraient inoculé à leur insu, à l'insu de Wallace, le pus de quelque chancre inaperçu dans les salles? Une supposition semblable, qui ne repose d'ailleurs absolument sur rien, a lieu d'étonner, puisque ceux qui la font ont établi en loi que, pour s'inoculer, le chancre a besoin d'une écorchure préalable. Mais laissons Wallace, et arrivons à M. Valler.

Celui-ci a fait aussi des inoculations; il en cite plus particulièrement deux. D'abord il inocule la matière de pustules plates sur un enfant de douze ans, parfaitement indemne de tout antécédent syphilitique. L'auteur, qui a procédé par scarification sur la cuisse de l'enfant, a soin de faire entrer la matière à inoculer dans les petites plaies, et de tenir dessus de la charpie imbibée de cette matière. L'inoculation réussit comme chez les malades de Wallace, et présente aussi sa période d'incubation.

Ce fait, on ne le conteste pas; seulement on retombe dans les mêmes suppositions que pour les malades de Wallace. La femme qui a fourni la matière à inoculer doit avoir des chancres; on ne l'a pas examinée au spéculum; on n'a pas mis les plaies de l'enfant sous cloche: il y a eu huit jours d'incubation. En somme, c'est une inoculation d'accidents primitifs avec toute la séquelle des accidents secondaires.

Vous le voyez, toujours même logique; nier ou supposer sans preuve. Admettre que M. Valler, qui est au courant de ces questions, qui les discute, qui veut les résoudre en connaissance de cause, a besoin du spéculum pour décider qu'une femme qu'il a sous les yeux est atteinte de plaques muqueuses et non de chancre, quand cet observateur dit formellement qu'il n'existait pas d'ulcères chez sa malade, n'est guère digne des hommes éminents qui se permettent un semblable langage. Quant à l'autre supposition, à savoir, qu'on n'a pas mis les plaies sous verre, que l'inoculation doit être venue d'une autre source, elle est vraiment trop futile pour qu'on prenne la peine de la repousser.

Chez son second malade, M. Valler s'est servi du sang d'un syphilitique constitutionnel. Ce sang est obtenu du fond bien essuyé des incisions d'une ventouse scarifiée, et transporté dans les scarifications préalablement bien abstergées d'un malade sain. Comme dans l'autre cas, les plaies se guérissent et les accidents n'arrivent qu'au bout de quelques semaines, mais avec des caractères tels qu'on ne peut en contester la nature syphilitique.

Pour se débarrasser d'un fait pareil, les adversaires de la contagion ne trouvent rien de mieux à lui opposer que de l'attribuer à

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Avant de poursuivre cet historique législatif assez aride, jetons, sous forme de digression, un coup d'œil sur cette première promotion, et voyons ce qui reste aujourd'hui de ce noyau primitif.

Les titulaires de la section de médecine, directement nommés par le roi, étaient au nombre de vingt-deux, dont voici les noms: Alibert, Bertin, Bourdois, Broussais, Chaussier, Coutanceau, Desgenettes, Duméril, Double, Esquirol, Fouquier, Geoffroy, Girard, Hallé, Huzard, Leroux, Lucas, Orfila, Portal, Pariset, Récamier et Royer-Collard.

A l'exception de MM. Duméril et Orfila, tous ont disparu de la scène du monde.

Parmi les honoraires de la section de médecine, pas un ne survit; l'histoire a enregistré les noms de Andry, Beauchêne, Borie, Bourru, Corvisart, Dalmas, Dufour, de Jussieu, Petit, Montaigu, Pinel, Sédillot (J.), Tessier et Wensel.

La promotion des titulaires dans la section de chirurgie fut de quatorze; en voici les noms: Béclard, Bougon, Boyer, Deneux, Distel, Dubois, Dupuytren, Evrat, Lallement, Larrey, Marjolin, Richerand, Roux, Yvan.

De ces quatorze chirurgiens, un seul subsiste encore; c'est M. Roux.

Les honoraires de la chirurgie n'ont pas eu une longévité plus grande que ceux de la médecine. Nous enregistrons ici leurs noms pour mémoire: Barbier, Deschamps, Pelletan, Percy et Valentin.

La section de pharmacie compta dans la première promotion neuf titulaires, qui furent: M. Boullay, Deyeux, Fabre, Henry, Laugier, Pelletier, Planche, Robiquet et Vauquelin.

Un seul de tous ces membres survit, c'est M. Boullay.

Les honoraires de cette section, à l'exception de M. Bouriat, ont tous subi le sort des honoraires des deux autres sections; ce sont Boudet oncle, Bouillon-Lagrange, Cadet-de-Vaux, Charlard et Chéradame.

Ainsi, du noyau primitif dont Louis XVIII forma en 1820 l'Académie de médecine, il ne reste plus que cinq membres: 1 dans la section de chirurgie et 2 dans chacune des deux autres sections. Une période de trente-deux ans a donc suffi pour renouveler presque entièrement une compagnie de savants composée de 70 membres et dont le plus jeune avait trente-trois ans. Celui-ci, à l'époque dont nous parlons, c'est-à-dire en 1820, était M. Orfila, qui, à la première séance de l'Académie, tint en cette qualité la plume de secrétaire.

S'il était permis de tirer une conclusion des chiffres qui précèdent touchant la mortalité relative des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens, on trouverait que dans les deux premières classes la mortalité est à peu près égale, puisqu'il reste 2 médecins sur 35 et 1 chirurgien sur 19; mais que les pharmaciens jouissent de l'heureux privilége de prolonger davantage leur existence, car il en reste encore 2 sur 15.

Si par pharmacie nous entendons ce qu'on est convenu d'appeler les sciences accessoires à la médecine proprement dite, la déduction que je viens de tirer des chiffres précédents trouve une nouvelle confirmation dans MM. Orfila et Duméril; de plus, de tous les associés libres nommés en 1820 un seul existe encore, et c'est un chimiste, M. Thénard.

Quelque curieux que soit le rapprochement que je viens de faire, je me garde bien de lui donner une importance que ne saurait comporter le peu de chiffres mis à ma disposition. Je reprendrai cette question intéressante à la fin de ce travail, alors que je pourrai opérer sur un champ plus vaste et avec des données plus étendues.

Pour le moment, je reprends et continue la partie historique.

Aux termes de l'article 6 de l'ordonnance du 20 décembre, les titulaires devaient être au nombre de 45 dans la section de médecine, de 25 dans la section de chirurgie et de 15 dans la section de pharmacie. Après la promotion faite par le roi, il restait donc, pour compléter chaque section, à nommer 23 membres dans celle de médecine, 11 dans celle de chirurgie et 6 dans celle de pharmacie.

Aux termes de l'article 9 de l'ordonnance constitutive, chacune des trois sections se réunit pour procéder à l'élection des membres titulaires qui devaient la compléter.

Ces nominations, soumises au roi dans un rapport du 6 février 1821, signé par le ministre de l'intérieur Siméon, étaient les suivantes:

Dans la section de médecine:

MM. Keraudren, Lherminier, Adelon, Guersant, Dupuy, Jadelot, Moreau (de la Sarthe), Marc, Renauldin, Alard, Bally, Husson, Landré-Beauvais, Louyer-Villermay, Desplas, Hip. Cloquet, Désormeaux, Rullier, Itard, Magendie, Delens, Léveillé et Desmarest.

(*L'Académie compte encore cinq membres dus à cette élection, ce sont MM. Adelon, Bally, Renauldin, Husson et Magendie.*)

Dans la section de chirurgie:

MM. Breschet, Jules Cloquet, Cullerier, Murat, Ribes, Duval, Lisfranc, Demours, Beauchêne fils, Hedelhoffer, Moreau.

(*Trois membres figurent encore sur le tableau de l'Académie, ce sont MM. Jules Cloquet, Duval et Moreau.*)

Dans la section de pharmacie:

MM. Boudet, Cadet-Derosne, Caventou, Clarion, Laubert.

(*M. Caventou est le seul survivant de cette promotion.*)

Si l'on compare de nouveau la mortalité relative dans chaque section, on trouve qu'elle est à peu près la même dans la section de médecine et dans celle de pharmacie, mais qu'elle est plus forte dans celle de chirurgie; de sorte qu'en rapprochant ce résultat les données fournies par la comparaison que j'ai faite plus haut, on est en droit de classer chaque section dans l'ordre suivant par rapport à la longévité: 1° pharmaciens; 2° médecins; 3° chirurgiens.

Avant d'aller plus loin, je dois inscrire ici le nom de l'homme qui, s'il n'eut pas l'initiative de la fondation de l'Académie, y contribua puissamment et en fut l'organisateur; cet homme est Portal, qui à cette époque était premier médecin en titre du roi, et qui, en cette qualité, fut nommé président d'honneur du corps savant qui lui devait tout à la fois la vie, l'organisation et la plus grande partie de ses membres.

Portal eut, en beaucoup de circonstances, Alibert pour collaborateur, et ce fut à leurs efforts réunis que la place de secrétaire perpétuel, créée par l'article 2 de l'ordonnance du 6 février 1821, fut accordée en 1822 à Pariset, dont la plume élégante devait buriner pour l'histoire et la postérité les noms de quelques-uns de ses collègues.

Mais poursuivons.

Félix ROUBAUD.

(*La suite à un prochain numéro.*)

une autre source. Sans s'inquiéter autrement de ce qu'ils avancent, ils disent hardiment : Ce sont des chancres venus à ce malade par une voie tout autre, et en dehors de l'inoculation qu'on invoque. Cherchez une preuve à l'appui d'assertions pareilles, et vous verrez s'il en existe ; sans compter qu'en admettant un instant leur supposition ils n'en tomberaient pas moins dans une contradiction flagrante, puisque cette inoculation, venue on ne sait d'où, se serait opérée alors qu'il n'y avait plus de plaie dans le lieu qui en est le siége.

Mais c'en est assez là-dessus ; il est parfaitement clair que les accidents secondaires de la syphilis ont été reproduits par inoculation par M. Wallace, par M. Valler comme par M. Vidal.

Il n'est pas jusqu'à Hunter lui-même qui n'ait remarqué des cas d'inoculation d'accidents secondaires. Ce chirurgien dont il parle et qui s'infecte par une écorchure du doigt en ouvrant sur l'épaule d'une négresse un abcès ayant les caractères de gommes suppurées, chirurgien qui eut ensuite des abcès successifs, une éruption d'aspect vénérien, dit Hunter, tous accidents qui ne cèdent qu'à un traitement mercuriel.

Après M. Vidal, nous trouvons à Paris M. Cazenave, et après l'inoculation des plaques muqueuses, l'inoculation de l'ecthyma. Ainsi un ecthyma de la cuisse est inoculé par M. Cazenave aux deux avant-bras, et l'inoculation réussit. M. Ricord contestera peut-être ; mais comme il ne s'agit en fait de science ni de M. Ricord, ni de M. Cazenave, ni de moi, le public impartial, obligé de choisir entre l'affirmative de M. Cazenave, très habile syphiliographe qui a suivi le fait, et M. Ricord, non moins habile, j'en conviens, mais qui n'a ni fait, ni suivi l'observation, on se tourne sans hésiter du côté de M. Cazenave.

Et M. Richet, dont mieux que personne je connais toute la capacité, toute la rectitude de jugement, niera-t-on aussi qu'il ait réussi à inoculer l'ecthyma vénérien? Une femme qui avait eu des chancres, depuis longtemps cicatrisés, est soignée à l'hôpital de Lourcine pour des plaques muqueuses. Au bout de quelque temps il survient à la jambe gauche de cette femme une pustule d'ecthyma, que M. Richet inocule sur le même point de la jambe du côté opposé, et il s'établit là une pustule semblable à la première. Ici, on ne dira pas que le mal est venu d'un chancre, ni par une autre voie. Le fait a été constaté publiquement, même par des adversaires de la contagion, et M. Richet a poussé la précaution jusqu'à placer un verre de montre sur la région inoculée, jusqu'au succès de l'inoculation.

Quant aux expériences de M. Vidal, elles sont déjà assez nombreuses. Cet auteur possède cinquante à soixante observations d'inoculation avec succès. Seulement, comme il serait fastidieux de les passer toutes en revue, je vais m'arrêter à la principale.

M. Vidal, comme M. Ricord, est chirurgien de l'hôpital du Midi, et il s'est également adonné à l'étude des maladies syphilitiques. Placé côte à côte avec les partisans de la doctrine de Hunter, témoin de ce qu'on dit en faveur de cette doctrine, il a dû naturellement se demander ce qu'elle avait de vrai au fond ; qu'on lui suppose un léger besoin secret d'obtenir d'autres résultats que ceux de son collègue, ou, ce qui est plus vrai, d'après ce que je sais de son caractère, qu'un vif désir de résoudre la question sans opinion préconçue, toujours est-il que cette question a pris une autre tournure depuis que M. Vidal y a mis la main.

Son premier fait important est celui d'un jeune élève parfaitement sain, n'ayant jamais eu de syphilis. Ce jeune homme, très dévoué à la science, comme on en trouve souvent dans nos écoles, se prêta de lui-même à une inoculation de la syphilis constitutionnelle. Pour cela, M. Vidal choisit un malade qu'il avait dans ses salles, malade qui avait eu un chancre induré six semaines auparavant, mais bien cicatrisé, et qui pour le moment était atteint de syphilis constitutionnelle. Le 28 octobre 1849, du pus d'une pustule d'ecthyma, située au côté droit de la poitrine, fut inoculé à la partie interne de chaque cuisse du malade, et des pustules semblables se développent à la place des piqûres. Du pus de ces pustules est ensuite à inoculer la partie supérieure des cuisses du même malade et y produit aussi de nouvelles pustules d'ecthyma. C'est le 1er novembre que le jeune interne est inoculé par M. Vidal avec du pus puisé dans une pustule située sur la poitrine du malade en question, pustule non ulcérée. On inocule d'abord la face palmaire de l'avant-bras gauche, puis l'avant-bras droit avec le pus d'une autre pustule de la même région ; de sorte que, soit chez le malade, soit chez le jeune homme, il y a eu trois inoculations faites avec le pus de *trois pustules différentes*. Or l'inoculation a si bien réussi que le pauvre jeune homme a fini par avoir une syphilis constitutionnelle.

Je le demande, y a-t-il rien de plus concluant qu'un fait pareil et que voulez-vous qu'on lui objecte à moins de le nier? Ce n'est pourtant pas ce qu'on a fait : on a essayé d'en dénaturer un peu le caractère en se servant des légères contradictions où serait tombé le jeune pharmacien dans la publication de sa propre observation. Dans ce qui en a été dit, on a paru insinuer que le malade avait fourni le pus de chancre au lieu de pus d'ecthyma et que le jeune inoculé avait eu lui-même des chancres au lieu d'accidents secondaires par le fait de son inoculation. Mais ce système d'interprétation est vraiment malheureux : tous ceux qui ont vu le jeune inoculé témoignent qu'il s'agissait chez lui de pustules d'ecthyma ; en décrivant l'évolution de son inoculation, il donne lui-même la description de l'ecthyma. Le malade qui a fourni le pus d'inoculation avait une éruption manifestement secondaire ; ce n'est point sur un chancre, sur des ulcères, mais bien sur des pustules encore *intactes* que M. Vidal a puisé la matière de l'inoculation. Et puis quelle singulière idée d'aller croire qu'en puisant à trois pustules différentes on soit tombé sur trois chancres primitifs qui seraient venus se placer là sur la poitrine au milieu d'une éruption générale !

Qu'ils me permettent de le leur dire, les adversaires de la contagion feraient mieux d'accepter ce fait capital pour ce qu'il est que de le torturer ainsi, que de chercher à en fausser la valeur réelle.

Ce n'est pas tout : il y a le fait du médecin allemand, de M. L..., auquel il faut revenir, car il y a bien là aussi un exemple incontestable d'inoculation des accidents secondaires. Chez M. L..., nous sommes d'accord sur le fait, l'inoculation et la nature de ses suites sont entendues par M. Ricord comme par moi ; maintenant il est douteux que nous l'interprétions de la même manière : pour le ramener à la doctrine huntérienne, il n'y a qu'à nier la nature du pus qui a servi à l'inoculation.

Voyons de quelle façon s'y prendre pour rattacher les ulcères de la gorge de l'ami de M. L... à une infection directe. Ce malade contracte un chancre le 15 avril et s'en trouve guéri le 17 mai ; il lui arrive bientôt après tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle : roséole, douleur profonde, puis mal de gorge et engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. C'est au mois de juillet seulement que l'amygdale paraît ulcérée et qu'une gerçure se laisse voir sur le côté de la langue. Remarquez bien que ce malade, qui est médecin, s'étudiait avec un soin extrême, à tel point qu'il restait une partie de la journée devant une glace à s'observer l'intérieur de la bouche, ce qui éloigne déjà toute idée qu'il se soit exposé d'une manière quelconque à contracter une syphilis nouvelle par la bouche. D'ailleurs, je le demande à tout le monde, comment un malade pourrait-il s'y prendre pour amener le contact d'un chancre extérieur avec le côté interne de son amygdale? Quant à l'ulcère de la langue, s'il eût existé dans le tiers ou même dans la moitié antérieure de cet organe, passe encore ; mais c'est sur le côté droit de sa racine et profondément qu'on l'a constaté. Pour compléter l'impossibilité, cette ulcération de la langue, qui n'était qu'une gerçure, n'a jamais offert les caractères du chancre, outre qu'elle ne s'est montrée qu'après l'ulcère de l'amygdale. Il y a plus : c'est que l'inoculation, opérée à l'aide de matière prise sur l'amygdale de ce malade sur le bras de M. L..., ne pourrait pas même s'expliquer dans la doctrine des huntériens, puisque leur inoculation avec la matière du chancre ne comporte point d'incubation, et que chez M. L... on a constaté une véritable incubation de dix jours, l'inoculation ayant eu lieu le 8 juillet et les effets ne s'en étant manifestés qu'à partir du 18. Ainsi, de quelque façon que l'on prenne, que l'on interprète, que l'on tourne ou retourne ce fait, il n'y a pas possibilité de le réfuter, de ne pas l'admettre comme preuve concluante de la possibilité d'inoculer les accidents secondaires de la syphilis.

Mais voici assez d'exemples pour le moment. De ce que je viens de dire il me semble résulter clairement que la vérole constitutionnelle est contagieuse, qu'elle est contagieuse par la plupart de ses manifestations ; qu'on trouve la preuve de sa nature contagieuse :

1° Dans l'assentiment général de plusieurs siècles, dans l'observation universelle, dans l'expérience vague de tout le monde, dans les faits innombrables fournis par l'expérience clinique de tous les jours, de tous les temps, de tous les pays, de tous les observateurss ;

2° Dans l'hérédité, qui n'est plus contestée aujourd'hui par personne, et qui n'est au fond qu'une générale transmission de la syphilis constitutionnelle des parents à l'enfant ;

3° Dans les exemples nombreux de syphilis passées de la nourrice au nourrisson, du nourrisson à la nourrice ;

4° Et même dans l'inoculation ; dans l'inoculation soit de plaques muqueuses, soit de syphilides pustuleuses, soit de l'ecthyma, soit même du sang ou du pus de malades atteints de vérole générale ;

Inoculation qui a réussi maintenant parmi nous, d'abord à M. Vidal, puis à M. Cazenave, puis à M. Richet, puis à M. Boulay, et voire même, selon toute apparence, à M. Puche ; qui a réussi entre les mains de M. Wallace en Angleterre, de M. Valler en Allemagne.

Du reste, je n'ai pas tout dit encore. J'aurais beaucoup d'autres faits à indiquer, de raisons à donner ; mais comme il est probable qu'un de nos collègues va combattre l'opinion que je viens d'émettre, comme je devine une partie de ce qu'il va dire ; enfin, comme je ne voudrais pas trop fatiguer l'attention de l'Académie, je demande la permission de m'en tenir à ce qui précède pour aujourd'hui, et je prie M. le président de m'inscrire de nouveau pour reprendre la question dès que M. Ricord aura parlé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er septembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. HUGUIER, à l'occasion du procès-verbal : Le malade que M. Demarquay vous a présenté me reporte tout naturellement à un fait analogue dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir : il s'agissait d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis chez un individu atteint d'une hernie inguinale et portant depuis longtemps un bandage. Je me demande si dans ce cas la pression de la pelote sur la région inguinale n'a pas été une des causes de cette affection ? Il serait intéressant de faire des recherches sur ce sujet et de voir jusqu'à quel point l'action du bandage ne peut pas être, par suite de la gêne dans la circulation, une cause de la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Correspondance.

M. le professeur BÉRARD écrit pour remercier la Société, qui l'a nommé membre honoraire.

M. le professeur ROUX a la parole pour la lecture d'un mémoire.

Des maladies du système vasculaire sanguin, particulièrement des artères; des principales ressources de la thérapeutique chirurgicale contre ces maladies.

Tel est le titre du mémoire que M. le professeur Roux a communiqué en partie aujourd'hui à la Société. Ce travail, qui a été précédé de quelques paroles très gracieuses pour l'auditoire, est, on peut le dire, le résumé de la longue pratique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu : il sera facile de le comprendre quand on saura qu'il embrasse plus de 82 ligatures d'artères dans des cas généralement graves.

Ce mémoire devant être dans l'une des prochaines séances l'objet d'une discussion, nous chercherons à en faire une analyse aussi complète que possible.

M. Roux n'a pas voulu positivement faire une statistique ; il a groupé les faits pour en tirer des conséquences pratiques.

Commençant par les anévrismes spontanés, il énumère d'abord la série des artères principales dans lesquelles il n'en a point rencontré : au membre supérieur, une seule fois, il a rencontré un anévrisme spontané de l'artère axillaire, de l'artère radiale et de l'artère cubitale.

Au membre inférieur, il a eu occasion de voir deux fois l'anévrisme au pli de l'aine, une fois avec Boyer, une fois dans sa pratique particulière. Le nombre des anévrismes de l'artère fémorale dans toute l'étendue de ce vaisseau n'est que de trois, mais pour l'artère poplitée il monte à 27 : la plupart occupaient la partie moyenne de l'artère. Parmi ces malades, il s'en est rencontré deux affectés d'un double anévrisme, et l'un des deux, à trois années d'intervalle, a été opéré deux fois par le procédé de Hunter.

Le nombre des anévrismes a été de beaucoup plus nombreux chez les hommes : il s'élève à 33 cas, 2 seulement ont été observés chez des femmes.

Cette différence porterait M. Roux à penser que l'anévrisme est bien plus souvent le résultat d'une cause externe que d'une altération pathologique des vaisseaux. Si l'anévrisme spontané en était le résultat, on devrait rencontrer plus souvent plusieurs tumeurs chez le même individu, ce qui est fort rare.

La cause externe, pour M. Roux, a une telle influence qu'il est tenté de regarder les anévrismes poplités comme à demi traumatiques. A l'exception d'un seul cas, celui d'un anévrisme de l'artère axillaire développé chez un sujet à peine âgé de vingt-sept ans, c'est généralement vers quarante ans que l'affection s'est montrée.

Ce sont aussi les professions fatigantes qui semblent y prédisposer, principalement celles qui, par certaines attitudes forcées ou souvent répétées, peuvent distendre les vaisseaux : ainsi, sur les 33 malades, 2 seuls avaient mené une vie exempte de grandes fatigues.

C'est toujours par la suspension soudaine du cours du sang, par la ligature, que M. Roux a combattu la maladie. Deux fois seulement il recourut à la méthode ancienne ; une fois en 1808, et l'autre fois en 1825. Dans ce dernier cas, il fut forcé par le volume de la tumeur qui remontait au-dessus de l'artère et la masquait. Ces deux opérations furent suivies de succès.

Toutes les autres opérations d'anévrismes spontanés ont été faites d'après la méthode de Hunter, toutes exactement de la même manière ; seulement tantôt assez près, tantôt au contraire un peu loin de la tumeur, selon qu'il s'agissait de tel anévrisme ou de tel autre. Toutes ont été faites par le procédé de Scarpa, quant à la manière d'agir sur l'artère seule autant que possible, et en suivant le précepte qu'il a donné pour les anévrismes poplités, de mettre l'artère crurale à découvert, non à la partie inférieure, comme le faisait Hunter, mais au bas de l'espace inguinal.

M. Roux fait ensuite remarquer combien on trouve de différences dans l'époque de la chute de la ligature, quelle que soit du reste l'issue de l'opération alors même qu'à aucune époque il n'y a eu d'hémorrhagie. Généralement la séparation s'est opérée du dix-huit au vingtième jour ; une fois elle a eu lieu dès le quinzième jour, et une fois elle a été retardée jusqu'au trentième.

Les ligatures des grosses artères ne sont point exemptes de danger ; aussi ce n'est qu'avec la plus grande circonspection que les chirurgiens sont arrivés peu à peu à pratiquer des ligatures importantes pour des affections du système artériel qui ne menaçaient pas la vie d'une manière imminente.

Au nombre des accidents consécutifs se trouvent :

1° Le sphacèle du membre, des eschares partielles ; dans les deux premières opérations pratiquées par M. Roux par la méthode d'Anel ou de Hunter, il y eut des eschares.

Trois fois seulement sur trente-trois ligatures de l'artère crurale, le sphacèle a eu lieu, et dans un de ces trois cas ce ne fut que vingt jours après la ligature. Cette fois, il n'y eut pas possibilité de pratiquer l'amputation ; chez les deux autres l'amputation n'empêcha pas la mort.

2° Comme dans toutes les autres opérations, on a à redouter après une ligature d'artère tous les accidents qui surviennent après une plaie faite par le chirurgien. Peut-être les malades sont-ils plus disposés à une artérite ou à une phlébite.

3° Enfin il est un troisième accident qui peut arriver dans l'opération d'anévrisme la plus heureusement exécutée, c'est l'hémorrhagie, accident plus fréquent dans l'ancienne méthode que dans celle de Hunter.

Dans toutes les opérations pratiquées par M. Roux par la méthode de Hunter, quatre fois il eut à combattre cette complication ; trois de ces hémorrhagies, dont l'une survint au cinquantième jour, entraînèrent la mort. C'est certainement le genre d'accident contre lequel il faut être le plus en garde tant que la plaie n'est pas cicatrisée.

En tenant compte de tous les accidents survenus à la suite de l'opération de l'anévrisme, il n'y a eu que dix revers sur 38 cas. Après avoir terminé ce premier relevé, M. Roux insiste sur les avantages que la science pourrait retirer si chacun voulait bien apporter son contingent, quelque minime qu'il pût être ; il y aurait là une source féconde d'enseignements pour comparer la valeur des méthodes, non-seulement dans le traitement des anévrismes spontanés, mais dans tous les cas où le chirurgien est obligé de recourir à la ligature pour suspendre le cours du sang.

N'abandonnant pas l'idée des hémorrhagies consécutives, l'auteur du mémoire énumère en passant quels sont les cas qui nécessitent la ligature de l'artère.

A cette occasion, il nous fait connaître que dans sa longue pratique, six fois il a été obligé de lier l'artère crurale au lieu d'élection après des amputations de jambe ou de cuisse, une fois l'artère brachiale près du creux axillaire après une amputation du bras, et deux fois l'artère sous-clavière après la désarticulation du bras.

Il rappelle que non-seulement les chirurgiens ont fait des ligatures pour s'opposer à des hémorrhagies plus ou moins imminentes, mais que ce moyen a été conseillé pour agir d'une manière physiologique dans certaines altérations des tissus. Ainsi Maunoir pour le sarcocèle, Mirault pour le cancer de la langue, ont proposé la ligature de l'artère principale de l'organe malade.

M. Roux abordant ensuite les anévrismes faux consécutifs, est étonné de la différence de résultats. Sur les dix cas qu'il a opérés, il a eu dix succès ; une seule fois il a ouvert le sac ; dans les 9 autres cas il a suivi la méthode de Hunter. C'est toujours au bras qu'il les a rencontrés ; huit provenaient de saignées malheureuses.

C'est la saignée qui cause aussi habituellement l'anévrisme artérioso-veineux qui a deux manières d'être : varice anévrismale et anévrisme variqueux, c'est-à-dire anévrisme faux consécutif avec varice anévrismale.

Dans ces cas il faut agir comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle toute récente ; il faut lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle communique avec la veine. Six fois M. Roux a eu occasion d'opérer, quatre fois seulement le succès a été complet. Chez les deux autres malades, la gangrène et des hémorrhagies étant survenues, l'amputation du bras a été faite une fois avec succès.

L'histoire de la ligature de l'artère a conduit tout naturellement M. Roux sur le terrain des tumeurs érectiles. Jamais il n'a eu occasion de pratiquer la ligature de l'artère principale d'un membre pour ce fait, mais il a lié la carotide primitive pour une tumeur érectile née de l'intérieur de l'orbite et occupant toute la partie supérieure droite de la face. Il n'y eut ni gangrène, ni hémorrhagie ; le succès fut complet, malgré l'indocilité du malade.

Trois fois au contraire il a lié l'artère principale du membre pour des tumeurs fongueuses sanguines des os. Une fois il y a eu récidive. Une autre fois, disparition complète de la tumeur ; dans le troisième cas, le malade a succombé épuisé par des hémorrhagies.

Les blessures des artères sont la cause la plus habituelle qui amène la ligature ; il ne s'agira ici que des grosses artères, et à cette occasion M. Roux se demande si tel ou tel procédé n'a pas une influence plus ou moins prononcée sur les hémorrhagies consécutives, sur la gangrène, etc.

Deux fois il a lié la carotide pour ces plaies d'artères situées au-dessus. Dans ces deux cas, succès.

Trois fois, dans le but de prévenir une hémorrhagie considérable, il a placé une ligature d'attente sur l'artère carotide ; c'était avant d'enlever des tumeurs volumineuses de la face ou du cou. Ce moyen a réussi.

Trois fois à la suite de plaies déjà anciennes de l'artère axillaire, il a été obligé de lier la sous-clavière à son passage ou en dehors

de son passage entre les scalènes. Dans ces trois cas, où les circonstances étaient aussi défavorables que possible, il n'y a eu aucun succès. Contrairement à son habitude, il n'avait pas placé de cylindre sous les ligatures avant de les nouer; il avait coupé l'artère entre les deux ligatures. Il a agi ainsi pour une ligature de l'iliaque externe.

Sept fois M. Roux a été obligé de recourir à la ligature secondaire de l'artère principale du membre après des amputations; c'est surtout pour le membre inférieur qu'il a dû y recourir. Quatre de ces blessés ont succombé, épuisés probablement par la quantité de sang qu'ils avaient perdue.

Nombre de fois M. Roux a eu à lier des artères considérables à la suite de plaies d'armes à feu ou de plaies des membres, et à ce sujet il cite plusieurs faits d'un haut intérêt pour la pratique; parmi eux, il en est un qui appartient à Boyer.

A cette occasion, il dit que, malgré la conviction profonde où il est que, dans les plaies artérielles récentes, comme dans tout anévrisme faux primitif, le mieux serait qu'on pût toujours découvrir l'artère là même où elle a été blessée pour pouvoir la lier au-dessus et au-dessous de la plaie, et que la méthode de Hunter appliquée dans des cas de ce genre expose à des chances fâcheuses, il est des circonstances dans lesquelles cette sorte de règle doit fléchir : ainsi dans les plaies de l'artère poplitée ou des artères de la jambe à leur origine, à cause des difficultés de l'opération, qui sont presque aussi grandes que dans la méthode ancienne.

L'iliaque externe a été liée deux fois par M. Roux pour des hémorrhagies provenant de la partie supérieure de l'artère crurale.

La première partie de ce mémoire comprend, outre plusieurs observations très intéressantes, les résultats de 82 ligatures pratiquées sur des artères considérables; à côté des causes, on voit quelle est l'artère malade et quel est le procédé qui a été employé :

Artère poplitée. . . . 1 pour un anévrisme spontané; méthode ancienne.
Artère crurale, 46. . 3 pour plaies récentes;
2 pour hémorrhagies consécutives à des plaies d'armes à feu;
2 pour ouverture imprévue de l'artère crurale dans une opération;
7 pour hémorrhagies consécutives à l'amputation de la cuisse ou de la jambe;
1 pour un anévrisme crural opéré par la méthode de Hunter;
2 pour un anévrisme crural opéré par la méthode ancienne;
2 pour tumeurs fongueuses du tibia;
27 pour des anévrismes poplités opérés par la méthode de Hunter.
Artère brachiale, 20. 10 pour anévrismes faux consécutifs du pli du bras;
6 pour anévrismes artérioso-veineux;
2 pour hémorrhagie consécutive à l'amputation du bras ou de l'avant-bras;
1 pour un anévrisme spontané de l'artère cubitale;
1 pour une tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité inférieure du radius;
Carotide primitive, 6. 1 pour une tumeur fongueuse sanguine de l'orbite;
2 pour plaies de la face ou du cou;
3 comme ressource préventive dans des opérations.
Axillaire. . . . . . . 4 ligatures, toutes faites immédiatement au-dessous de la clavicule;
1 pour un anévrisme spontané;
1 pour une plaie récente compliquée d'anévrisme faux primitif;
2 pour des hémorrhagies à la suite de l'extirpation du bras.
Sous-clavière. . . . . 3 fois pour des hémorrhagies secondaires.
Iliaque externe. . . . 2 fois pour hémorrhagies consécutives à la ligature de l'artère crurale.

Jamais M. Roux n'a pratiqué la méthode de Brasdor ou de Wardrop.

Sur les 82 opérations, 16 appartiennent à la méthode ancienne, 66 à la méthode d'Anel ou de Hunter, en suivant dans le procédé opératoire les préceptes de Scarpa.

Sur ces 82 ligatures, 3 ont été pratiquées comme moyen prophylactique contre des hémorrhagies dans des opérations difficiles;
5 pour des plaies récentes donnant lieu à un anévrisme faux primitif;
2 pour la lésion imprévue d'une grosse artère dans une opération;
19 pour des hémorrhagies consécutives d'origines diverses, dont 9 résultant d'amputations;
1 pour une tumeur fongueuse sanguine artérielle;
3 pour des tumeurs fongueuses des os;
6 pour des anévrismes artérioso-veineux;
10 pour des anévrismes faux consécutifs;
33 pour des anévrismes spontanés, dont 28 appartiennent à l'artère poplitée.

— M. Robert donne ensuite lecture, au nom de la commission, du rapport fait sur la demande de M. le docteur Demeaux sur un cas de médecine légale.

Sur plusieurs observations faites par quelques-uns des membres de la Société, le rapport est renvoyé de nouveau à la commission.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

NÉCROLOGIE.

Le corps de santé militaire vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. le docteur Lodibert, médecin-major de 1re classe de l'hôtel national des Invalides. Les honneurs funèbres lui ont été rendus le samedi 11 de ce mois, d'après le rite protestant. Le deuil était conduit par M. le docteur Dœnzer, son beau-frère, naguère encore pharmacien en chef de la maison.

Indépendamment du détachement d'infanterie qui escortait le char, les militaires invalides ont contribué à donner plus de solennité encore à cette triste cérémonie. M. le général Sauboul, commandant l'hôtel, avait fait mettre sous les armes un piquet de ces vieux braves, qui, tambours en tête, ont escorté leur médecin dans l'intérieur de l'établissement et l'ont accompagné jusqu'à la grille d'entrée; là, ce piquet a été remplacé par le détachement de troupes de ligne envoyé par la place de Paris, et celui-ci a suivi le corps au cimetière.

M. le général Sauboul et son aide-de-camp; M. le docteur Thiriaux, inspecteur du service de santé militaire; M. le colonel du génie Augoyat, conservateur des plans en relief des villes de guerre; un nombreux concours de médecins et de pharmaciens militaires des hôpitaux de Paris, au milieu desquels on distinguait MM. Larrey, Lacauchie, Chenu, etc.; MM. les officiers d'administration des mêmes hôpitaux, ayant à leur tête MM. les officiers principaux Bilco et Joubert; bon nombre de médecins de la garnison, d'officiers et de militaires invalides, ainsi que des employés de l'hôtel, s'étaient joints aux médecins et aux pharmaciens de la maison, et grossissaient ce cortége d'uniformes. M. l'intendant militaire Cristiani de Ravaran, qu'un ordre impératif appelait ailleurs, n'a pu l'accompagner jusqu'au cimetière; mais l'intendance militaire a été représentée jusqu'à la fin par M. le sous-intendant Hallouin.

Après la cérémonie religieuse, consistant en un discours plein d'onction de M. le ministre protestant du quartier des Invalides, M. le docteur Faure, médecin principal de 1re classe à l'hôtel et ami du défunt, a pris la parole en ces termes :

« Messieurs,

» La mort frappe à coups pressés dans les rangs du corps de santé militaire, et, il faut bien le reconnaître, c'est surtout parmi les médecins de l'armée d'Afrique qu'elle choisit ses victimes.

» Beaucoup ont succombé sur le champ de bataille épidémique; mais combien d'autres s'en sont retirés meurtris, épuisés, et n'ont revu la terre natale que pour mourir sans retentissement, et succomber dans l'ombre d'une vie modeste à des lésions qu'une modification profonde de l'innervation rendait rapidement mortelles! *Hæret lateri lethalis hirudo!*

» Peu de jours se sont écoulés depuis que nous avons déposé dans la tombe Gama et Malle, nobles victimes de ce dévorant service d'Afrique, dont l'importance et les dangers ne sont peut-être pas suffisamment appréciés par tout le monde.

» Aujourd'hui nous rendons le même devoir à Lodibert, enlevé aussi par une mort prématurée à la tendresse de sa famille et à l'affection de ses camarades!

» Permettez à celui qui s'honora trente ans de son amitié de rappeler succinctement ses services.

» Antoine-Théophile-Jules Lodibert est né le 24 août 1800, à Berg-op-Zoom. Son père, membre distingué de l'Académie de médecine, et placé dans les degrés les plus élevés de la pharmacie militaire, l'initia de bonne heure à des traditions d'honneur et de devoir héréditaires dans sa famille. Entré au service comme élève au Val-de-Grâce, le 30 novembre 1818, Lodibert fut nommé sous-aide le 8 novembre 1819, et servit dans ce grade aux hôpitaux de Strasbourg, du Val-de-Grâce et de la Garde.

» Aide-major le 9 mai 1826, il se lassa de bonne heure de la vie des régiments, qui ne convenait pas à l'indépendance de son caractère et à ses habitudes positives.

» En janvier 1837, il passa dans le service des hôpitaux, et fut successivement attaché au fort l'Ecluse, à l'hôpital d'Ancône, et aux ambulances de l'Algérie, où il échangea son grade d'aide-major contre celui de médecin-adjoint, le 13 février 1839.

» Chargé du service médical des hôpitaux de Guelma et de Philippeville de 1839 à 1848, il y acquit promptement la réputation de praticien habile et profondément dévoué à ses devoirs.

» Le grade de médecin ordinaire, la croix de la Légion-d'Honneur et la première classe lui prouvèrent dans cet intervalle que l'administration, ainsi que ses chefs directs, avaient su apprécier les services rendus dans l'organisation et la direction de ces deux établissements.

» Mais sa constitution robuste avait été fortement ébranlée par des atteintes répétés de fièvre endémique, et Lobibert dut rentrer en France pour y jouir d'un repos chèrement acquis.

» Appelé le 21 novembre 1848 à l'hôpital de Valenciennes, il passa six mois plus tard à l'infirmerie des Invalides, où nous nous sommes retrouvés, après avoir débuté ensemble au Val-de-Grâce. C'est là qu'il m'a été donné de constater l'atteinte profonde que dix années d'Afrique avaient apportée dans cette vigoureuse organisation. Dévoués tous deux aux mêmes devoirs, j'ai pu constater la patience infatigable, le zèle consciencieux que Lodibert apportait dans son service, et l'affectueuse reconnaissance dont le payaient ces vieux débris de nos guerres qui peuplent notre infirmerie.

» Esprit fin et cultivé, praticien sagace et esclave de ses obligations, indépendant par caractère, ennemi déclaré de l'ambition et de l'intrigue, homme de convictions fortes et tenaces, il n'admettait aucune concession toutes les fois qu'il avait à défendre l'intérêt sacré de ses malades, ou la dignité de son caractère de médecin militaire.

» Estimé de ses supérieurs, aimé de ses collègues et de ses subordonnés, il commandait au plus haut degré la confiance et l'affection de ses malades.

» Mais l'affluence honorable qui se presse dans cette enceinte dit mieux que ma faible parole les sentiments que Lodibert avait récoltés dans le cours d'une honorable carrière.

» Il ne me reste plus qu'à vous dire que Lodibert est mort victime de son dévouement professionnel.

» Dans le cours de la semaine dernière, il s'était multiplié pour prodiguer ses soins à une parente atteinte d'une maladie grave. Entré fort avant dans la nuit de vendredi à samedi, il fut saisi par un refroidissement qui amena le développement d'un érysipèle facial compliqué de bronchite capillaire.

» Malgré le traitement le plus énergique, cinq jours ont suffi pour ravir Lodibert à notre affection!

» Il est mort avec la sérénité du sage et le calme d'une conscience pure, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de son intelligence.

» Adieu, Lobibert, adieu! Ta mémoire vivra longtemps dans notre corps et dans le cœur de tes nombreux amis! »

Après ce discours, écouté dans un religieux silence, M. le docteur Hutin, médecin en chef des Invalides, s'est tourné vers l'assistance et s'est exprimé à peu près ainsi :

« Mon général, qu'il me soit permis de vous remercier publiquement de la généreuse pensée qui vous a conduit à venir jusque dans cette triste demeure rendre les derniers devoirs à notre pauvre camarade! Vous avez voulu, vous le commandant de l'hôtel des Invalides, non-seulement rendre un éclatant hommage à celui dont vous avez su apprécier le caractère bon et affectueux, le zèle et le dévouement incessants, mais encore témoigner de votre sympathie pour le corps auquel il appartenait. Au nom de ce corps, mon général, je vous remercie.

» Et vous tous, messieurs, qui avez si dignement répondu à l'appel que je vous ai fait de la part de la famille, en mon nom personnel et au nom du service de santé des Invalides, recevez aussi l'expression de notre reconnaissance. Vous avez prouvé par votre démarche que vous sentez, comme moi, que c'est s'honorer soi-même que d'honorer un camarade mort, surtout lorsque ce camarade a, comme Lodibert, passé sa vie à soulager l'humanité souffrante, à faire le bien et à éviter le mal! Merci encore de votre concours, merci. »

Chronique et nouvelles.

On lit dans la correspondance parisienne de l'*Indépendance belge* du 10 le passage suivant :

« ... Le prince-président se porte à merveille en ce moment; mais il y a, relativement aux souffrances intermittentes du prince (souffrances dues à une affection rhumatismale), deux partis, si l'on peut employer ce mot, dans le service médical de l'Élysée. Le prince a adopté un traitement hydrothérapique indiqué par un médecin que M. Fould a amené au prince; le docteur Conneau suivait un autre système. »

Ces lignes contiennent des inexactitudes que nous croyons être en mesure de rectifier.

Il n'existe point de *partis* dans le service médical de l'Elysée, et M. le docteur Conneau est trop éclairé pour être systématique; c'est avec sa coopération que M. le docteur Fleury, professeur agrégé à la Faculté, a appliqué à S. A. le prince-président la médication hydrothérapique, indiquée dans une consultation à laquelle ont pris part MM. les professeurs Andral et Velpeau.

— Congrès scientifique de France, séant à Toulouse (19e session). — La section des sciences médicales a constitué, le 7 septembre, son bureau par les nominations suivantes : MM. Bally, président; Ribelli (de Parme), Bessières et Delage, vice-présidents; Combes, secrétaire.

M. Roux (de Marseille) a proposé de nommer une commission de cinq membres pour s'occuper de l'association médicale. Il a fait observer que Marseille étant une ville de passage et d'abordage maritime, il arrive souvent que des médecins venant d'Asie et d'Afrique manquent des premiers secours, et que l'association y pourvoit libéralement. Il ajoute que ces mêmes associations fonctionnent à merveille à Strasbourg et à Orléans, par suite des vœux exprimés dans les congrès.

M. le docteur Tellier parle de celle de Toulouse, et il approuve la nomination de la commission pour lui donner du développement par son concours.

M. le docteur Bertini (de Turin) et le vice-président Ribelli font observer que ces associations existent à Turin, Parme et Milan, et obtiennent de grands résultats.

M. le docteur Serain, qui vit philosophiquement à la campagne, au milieu d'une immense bibliothèque, aborde avec esprit l'une des questions du programme ainsi conçue : *La médecine, considérée comme science et comme art, repose-t-elle sur un principe certain?* M. le président ajourne la discussion, parce que M. Combes doit traiter le même sujet dans une des séances prochaines.

Séance du 8 septembre. — L'élite de la médecine toulousaine était présente. M. Gariel a particulièrement fixé l'attention en exposant ses opinions et ses ingénieux procédés à l'occasion du caoutchouc vulcanisé; il en a fait connaître l'utilité dans l'emploi des pessaires et des sondes pour certains rétrécissements, comme aussi dans l'application des bandages. Ses vues ont déjà pu être appréciées par les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*; mais la vue des appareils et la démonstration ont fait comprendre ce que la simple description ne pouvait éclaircir. Aussi un membre s'est-il écrié que le caoutchouc vulcanisé par le procédé de M. Gariel, qui n'en fait pas un mystère, serait à la protèse chirurgicale ce que la vapeur a été à l'industrie.

Cette substance, préparée par une simple sulfuration, c'est-à-dire dans du soufre chauffé à 140 degrés, est d'une grande élasticité et d'une grande force, puisque, réduite à un fil, elle soulève encore un poids considérable. Elle revient toujours sur elle-même, quelle que soit sa dilatation; ce qui ne s'effectue pas avant la vulcanisation. Elle est insensible à l'action de la chaleur animale et au froid, de sorte que son pouvoir n'est point modifié dans les applications sur le corps humain. Le caoutchouc vulcanisé reste souple et ne se durcit jamais; il est insensible à tous les agents chimiques, excepté à l'acide azotique concentré.

La séance a continué sur d'autres questions qui, n'étant pas épuisées, seront reprises et, selon l'intérêt qu'elles inspireront, feront le sujet d'autres articles.

Organisation du personnel de santé militaire.

14e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE BORDEAUX.

Médecins. — MM. Philippe, Rollet, principaux de 1re classe; — Louvel, aide-major de 1re classe; — Vigié, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Dandreau, Dumas, Métadier, Dumont.

Pharmaciens. — MM. Jeannel, principal de 2e classe; — Bosc, aide-major de 1re classe.

HÔPITAL DE LA ROCHELLE.

Médecins. — MM. Malapert, principal de 1re classe; — Garreau, major de 1re classe; — Mérimée, aide-major de 1re classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Fontaine, Reboud.

Pharmacien. — M. Robillard, major de 1re classe.

HÔPITAL DE L'ILE D'OLERON.

Médecin. — M. Morgon, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Coquantin, aide-major de 2e classe.

15e DIVISION MILITAIRE. — ÉC LE DE SAUMUR.

Médecins. — MM. Majesté, principal de 1re classe; — Becœur, aide-major de 1re classe.

Pharmacien. — M. Destouches, major de 2e classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Gaudairi.

16e DIVISION MILITAIRE. — HÔPITAL DE RENNES.

Médecins. — MM. Saiget, principal de 1re classe; — Artigues, major de 1re classe; — Blanvillain, Nicod, aides-majors de 1re classe; — de Lafont, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Louail, Simon, Laugier, Bouteilloux.

Pharmaciens. — MM. Delestre, major de 1re classe. Cornillon, aide-major de 2e classe.

HÔPITAL DE BELLE-ILE-EN-MER.

Médecins. — MM. Broussais, major de 1re classe; — Herbin, Dufresne, aides-majors de 1re classe.

Chirurgien sous-aide. — M. Bedeau.

Mémoire et observations sur l'accouchement prématuré artificiel, par le docteur Rodenberg, médecin-accoucheur. In-8°. Prix : 1 fr. 25 c. — A Paris, chez les libraires de la rue de l'École-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 110. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 110. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par [illegible] :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c.	Six mois..... 16 »	Un an....... 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr.	Six mois....... 17	Un an........ 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr.	Six mois....... 20	Un an........ 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — REVUE CLINIQUE DES HÔPITAUX ANGLAIS. Amputations métacarpiennes et métatarsiennes, c'est-à-dire à travers la continuité du métacarpe et du métatarse. — Spiromètre de M. Sibson. — HÔTEL-DIEU DE LYON (M. Gromier). Hydropisie ascite guérie avec le secours de deux injections iodées. — Observation d'étranglement interne à travers une déchirure du mésentère. — Académie de médecine, séance du 14 septembre. — Académie des sciences, séance du 13 septembre. — CORRESPONDANCE. Lettres de MM. Letenneur et Conté de Lévignac.

PARIS, LE 15 SEPTEMBRE 1852.

Séances des Académies.

Au commencement de la séance, M. Bouchardat a donné lecture de la première partie d'un rapport officiel sur les divers traitements prophylactiques et curatifs de la rage. Immédiatement après, la discussion relative à la contagion des accidents secondaires de la syphilis a repris son cours.

M. Lagneau termine d'abord la lecture du discours commencé dans la dernière séance, puis M. Ricord a la parole pour répondre aux deux orateurs qui ont attaqué sa doctrine.

Que pourrions-nous dire du discours de M. Ricord qui n'ait été dit autant de fois que ce discours a été prononcé. Quant à présent, nous nous abstiendrons de toute appréciation. La question sera traitée dans ce journal quand tout aura été dit pour et contre les doctrines de M. Ricord. Nous nous contenterons de mettre avec impartialité sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du procès. Nous donnerons donc le résumé du discours de M. Ricord comme nous avons donné celui du discours de M. Velpeau. Nous appellerons spécialement l'attention de nos lecteurs sur les conclusions du chirurgien de l'hôpital du Midi; elles n'ont évidemment pas cette forme absolue proclamée par les élèves de M. Ricord : le maître nous paraît plus réservé. Ainsi, pour M. Ricord lui-même, le diagnostic différentiel des accidents dits primitifs offre des difficultés quelquefois insurmontables; et si, jusqu'à ce jour, il n'a pu voir les manifestations secondaires de la syphilis se transmettre par la contagion, il ne nie pas la possibilité de cette contagion; seulement il en attend la démonstration.

Il ne s'agit donc plus, comme on le voit, d'une de ces lois formelles qui ne laissent plus de place à la discussion; le dernier mot n'a donc pas été dit. Nous louons fort M. Ricord de cette sage réserve, que beaucoup de ses élèves trop ardents ne semblent pas comprendre.

Dans la prochaine séance, M. Velpeau répondra à l'argumentation de M. Ricord.

— L'Académie des sciences n'a entendu qu'une seule communication qui intéresse la physiologie comparée; c'est une courte note lue par M. le docteur Remak, de Berlin, sur le mode de développement des animaux vertébrés. D'après les observations de ce savant embryologiste, les œufs des mammifères, ceux des reptiles et même des batraciens, se développeraient d'après un plan uniforme et en tout semblable au développement de l'œuf des oiseaux pris pour types. Il assigne, ainsi qu'on le verra dans le résumé de son travail au compte-rendu de la séance, aux trois feuillets dont le compose le blastoderme de l'oiseau, une signification autre que celle qui leur avait été donnée jusqu'ici. C'est à de nouvelles recherches répétées et réciproquement contrôlées les unes par les autres de décider de l'exactitude des observations de M. Remak sur ce dernier point.

Quant à l'uniformité du plan de développement dans les diverses classes des animaux vertébrés, c'est, comme on le sait, une des questions d'embryogénie qui ont le plus profondément divisé les physiologistes de nos jours, et dont la solution définitive réclamera peut-être encore bien des travaux.

Dr E. L.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

Amputations métacarpiennes et métatarsiennes, c'est-à-dire à travers la continuité du métacarpe et du métatarse.

Tous les chirurgiens qui sont un peu au courant des progrès que la médecine opératoire a faits dans le commencement de ce siècle savent combien Lisfranc a fait d'opposition aux amputations dans la continuité du métacarpe et du métatarse; l'inflammation devait à coup sûr se transmettre à l'articulation voisine, dont les ligaments auraient été dangereusement tiraillés par l'action de la scie. Il n'y a qu'une petite difficulté, c'est qu'une bonne scie bien conduite ne produit que peu ou point de tiraillements et que l'inflammation ne se transmet pas plus aux articulations voisines dans les cas d'amputations métacarpiennes ou métatarsiennes qu'elle ne se transmet aux articulations placées plus en arrière dans la désarticulation métatarso-tarsienne. Puis, pour en finir avec le tiraillement des ligaments voisins, on pouvait bien aisément remplacer la scie dans beaucoup de cas par la cisaille de Liston.

Dans ces derniers temps, M. Malgaigne s'est élevé contre cette doctrine dans ses écrits d'abord et surtout dans ses cours. Beaucoup à Paris pourront encore se rappeler l'argumentation entre M. Malgaigne et M. Robert à ce sujet lors du dernier concours pour la chaire de médecine opératoire. Entraîné par le plaisir de montrer ses profondes connaissances historiques (plaisir auquel notre excellent maître cède toujours, comme s'il avait encore besoin de faire ses preuves), M. Malgaigne s'est montré dans cette occasion beaucoup trop modeste. A partir de Botal, qui avait inventé sa machine bien connue dans ce but, on peut certainement trouver çà et là, et encore à des périodes de temps assez éloignées, des observations d'amputations métacarpiennes ou métatarsiennes. Mais, à ma connaissance du moins, nul n'a posé d'une manière aussi précise, aussi nette l'indication de cette opération, déjà bien acceptée par M. Velpeau, que ne l'a fait M. Malgaigne; certainement c'est à la suite de son insistance que beaucoup d'entre nous ont mieux fixé leur attention sur elle. Comparée à la désarticulation, cette amputation a, en effet, des avantages tels qu'on ne comprend guère l'hésitation : facilité bien autrement grande d'exécution (avantage fort important et dont je puis parler à l'aise, les deux opérations m'étant parfaitement indifférentes, c'est-à-dire aussi familières), régularité de la surface saignante, facilités bien plus grandes pour la réunion immédiate, etc.

Pour achever de vulgariser plus qu'elles ne le sont en général les amputations métatarsiennes et métacarpiennes, pour faire cesser des préventions qui ne s'appuient que sur des raisonnements imaginaires, il est bon de publier tous les faits relatifs à ces opérations. C'est surtout à ce point de vue que l'observation suivante peut intéresser; car dans ce cas il n'y avait pas de discussion possible, ou bien il aurait fallu être étrangement partial en faveur de la désarticulation pour perdre son temps même à faire un simple parallèle.

OBS. *Amputation dans la continuité de quatre métacarpiens.*

Un enfant de 7 ans, pâle, lymphatique, à chairs molles, est entré le 19 mai 1852 à l'hôpital Sainte-Marie dans le service de M. Ure. Il y a quelques instants, sa main gauche s'est trouvée engagée dans une machine, qui a complétement enlevé quatre doigts, le pouce restant intact, et a coupé assez exactement la main en travers, un peu au-dessus de la tête des métacarpiens. Les parties molles sont assez nettement coupées à peu près carrément; deux ou trois irrégularités peuvent être observées seulement vers la face palmaire; en un mot, la plaie est un peu contuse. Les os sont coupés sans éclats notables au même niveau que les parties molles. Il y a un peu d'écoulement sanguin plutôt par suintement que par hémorrhagie.

Le jour même, M. Ure procède à l'opération suivante :

Il dissèque les parties molles de dessus les os, successivement sur la face dorsale, la face palmaire et les côtés. Les parties molles, naturellement coupées par la machine presque comme pour une amputation circulaire, sont aisément relevées et maintenues ainsi par un aide. Chacun des quatre métacarpiens est alors cerné tout autour par une incision faite avec le bistouri et coupé successivement au même niveau au moyen de la cisaille de Liston. Cette section conserve à chaque os une longueur équivalant à peu près à un peu plus que leur moitié supérieure. La cisaille était fine, neuve et paraissait bonne; cependant, il y a eu quelques éclats qui ont exigé pour trois de ces os une seconde application pour régulariser la section. On réunit par trois points de suture entrecoupée aidés de quelques bandelettes agglutinatives; quoique les muscles et les parties molles sous-jacentes soient coupés au même niveau, les deux bords cutanés de la plaie sont très bien venus et sans grand effort s'accoler l'un à l'autre suivant une ligne transversale. On applique par-dessus un morceau de linge-charpie trempé dans de l'eau froide et quelques tours de bande. Préalablement, M. Ure a lié trois artérioles qui donnaient du sang; un des bouts de chaque fil a été coupé près du nœud, et l'autre bout a été ramené au dehors par le plus court chemin et fixé au voisinage par une bandelette de diachylon.

L'enfant, qui souffrait un peu de sa blessure, a été chloroformisé pour l'opération; puis il a été placé dans son lit, l'avant-bras reposant sur un coussin, de manière que la main fût plus élevée que le coude.

Les suites de l'opération ont été assez simples. Les fils des ligatures sont tombés rapidement. Dès les premiers jours, les trois quarts de la plaie ont été cicatrisés par première intention. Vers le quart externe seulement, dans le point qui correspond au deuxième métacarpien, là où les chairs avaient été un peu plus mâchées par la machine, la cicatrisation immédiate n'a pas eu lieu; il s'y est formé un petit abcès dont le pus a très bien pu s'écouler ou être chassé au moyen de légères pressions par la plaie elle-même, sans incision nouvelle. Ce petit abcès a tardé à guérir, mais a fini par se cicatriser, et l'enfant est sorti bien rétabli dans les premiers jours de juillet.

Voici l'état de ce qui reste de la main gauche au moment de la sortie. Le pouce, complétement libre, exécute avec précision tous ses mouvements. Il trouve un point d'appui solide et très utile sur une espèce de palette quadrilatère comprenant le poignet et une grande étendue de la région métacarpienne, avec la paume de la main assez exactement conservée. Les articulations carpiennes sont encore roides, et le moignon de la main ne peut être encore qu'un peu fléchi sur l'avant-bras; mais il est certain que les mouvements deviendront autrement faciles, et que, par suite de son jeune âge surtout, l'enfant pourra s'exercer à se servir de son moignon d'une manière très utile.

Je le répète, j'ai cru devoir rapporter cette observation, identique à celle que l'on cite toujours de Louis, comme un beau succès dans un cas d'amputation métacarpienne, et non comme un cas qui puisse servir directement au parallèle entre l'amputation métacarpienne et la désarticulation carpo-métacarpienne. Pour que ce parallèle pût être fait sérieusement, il aurait fallu que la lésion remontât plus haut, jusqu'au voisinage des articulations; alors, si les extrémités supérieures des métacarpiens avaient été intactes, il aurait incomparablement mieux valu pratiquer l'amputation de préférence à la désarticulation, pour des raisons sur lesquelles ce n'est pas le moment d'insister et dont une partie seulement a été signalée plus haut.

Dans ce cas, il n'y avait aucune hésitation; les parties molles n'étaient pas trop mâchées et étaient coupées presque aussi bien que si un chirurgien les eût divisées pour une amputation par la méthode circulaire, une des bonnes méthodes pour cette opération. Il aurait pu très bien arriver que la plaie se cicatrisât toute seule sans que l'on fît aucune opération; il en existe pas mal d'exemples, quoiqu'on les trouve rarement cités dans les livres classiques. Mais la cicatrisation eût pu être bien longue à se faire et traversée par bien des difficultés. Retrancher par une opération simple un peu de la longueur des os métacarpiens n'offrait aucun inconvénient et permettait de tenter la réunion immédiate, cette première indication de toute amputation, quoi qu'on en puisse dire encore. L'opération pratiquée par M. Ure était donc parfaitement indiquée.

Je désire en terminant fixer l'attention sur l'action de la cisaille de Liston dans ce cas. Il s'agissait d'un enfant, et d'un enfant lymphatique, par conséquent d'os peu cassants. Eh bien! au premier coup de l'instrument, il y a eu quelques éclats. J'ai vu la même chose arriver à Paris. On aurait pu la rejeter sur la qualité des cisailles qui ne seraient pas bien coupantes. Il est bon alors de noter que cela arrive aussi à Londres avec des instruments fabriqués ici. J'aurai au reste à examiner plus tard la coutellerie anglaise au point de vue de la chirurgie et à en parler d'une manière spéciale. Déjà je puis affirmer, quant aux rasoirs anglais, qui ont une si grande réputation, que l'on peut avoir mauvaise chance quelquefois en en achetant; j'ai dû en acheter une paire pour mon service personnel; pour cela, je me suis adressé à une des premières maisons d'ici, la maison S... : pour un prix exorbitant, j'en ai eu deux assez médiocres; le fait est incontestable. Combien il y a loin de ces rasoirs à ceux si bons que j'avais eu presque à moitié prix de ce qu'on en demande ici chez notre excellent coutelier Charrière!

Spiromètre de M. Sibson.

Les lecteurs des *Archives générales de médecine* doivent se rappeler un extrait extrêmement intéressant, publié en 1848, d'un mémoire remarquable de M. Sibson, dans lequel il est question du spiromètre. Cependant cet instrument est à peu près inconnu en France, quoique bien simple et bien précieux. Ceci est assez singulier pour notre pays, où ont été inventés ou presque inventés, tant ils ont été perfectionnés, la plupart des procédés d'exploration locale, et où l'on tient tant, à juste titre, à la rigueur de cette exploration.

Le *spiromètre* de M. Sibson, dont je ne dirai que peu de mots aujourd'hui, me réservant d'en parler longuement plus tard, est un instrument destiné à mesurer avec une exactitude mathématique les mouvements des côtes ou de toute partie de la poitrine et de l'abdomen pendant l'inspiration et l'expiration, en état de santé ou de maladie.

Cet instrument se compose d'un disque du volume et de la forme d'une boîte de montre, sur chacune des faces duquel est tracé un cadran avec divisions numérotées et subdivisions, comme un cadran de montre. Un peu en dehors du centre, ce disque est traversé d'un bord à l'autre par une tige métallique plate, d'un décimètre environ de long, glissant à l'aise

dans la coulisse qui le reçoit ; nous nommerons pointe l'une des extrémités de cette tige, et base l'autre extrémité. La pointe porte attaché à elle un cordonnet de soie qui pénètre ensuite dans la boîte de l'instrument pour aller s'y enrouler dans un système de roues. De cette façon, lorsque la tige monte ou descend dans sa coulisse, son mouvement est transmis par le cordonnet aux roues intérieures, et par celles-ci aux aiguilles extérieures qui marquent exactement sur les cadrans l'étendue du mouvement par le chemin qu'elles parcourent. L'extrémité inférieure, ou base de la tige, est aplatie pour pouvoir reposer aisément sur la côte ou la partie dont on veut explorer le mouvement. — L'instrument est construit de manière à avoir une grande délicatesse et une grande sensibilité, par M. Becker, instrument-maker, 24, Museum street, Bloomsbury.

M. Sibson se sert de cet instrument ainsi qu'il suit, d'ordinaire du moins : Il le prend délicatement du bout des doigts de la main droite de manière à laisser les cadrans à découvert, et le présente de manière que la tige mobile se dirige perpendiculairement sur le point à explorer. Sur ce point, il place à plat un des doigts de la main gauche, et sur ce doigt il fait reposer la base de la tige. Dès lors on maintient ses deux mains immobiles, et, fixant ses yeux sur le cadran, on voit l'aiguille indiquer avec la plus grande précision les mouvements qu'on cherche à mesurer. — Si l'on craignait cependant que les deux mains ne restassent pas en place et intervinssent par de légers déplacements réciproques dans les mouvements des aiguilles, M. Sibson a fait construire une tringle en cuivre assez simple qui rend tout à fait mécanique l'application du spiromètre. Cette tringle se compose de trois tiges de cuivre réunies l'une à l'autre à angle droit, de manière à circonscrire les trois côtés d'un carré. Chacune de ces tiges est double, c'est-à-dire se compose d'un tube extérieur et d'un cylindre intérieur glissant l'un sur l'autre à frottement dans le sens de la longueur, de manière à rétrécir ou à élargir à volonté la capacité de la tringle et lui permettre de s'appliquer à tous les cas. Au moyen d'une petite vis, on fixe le spiromètre à l'une des extrémités de la tringle, et l'on place l'autre extrémité de la tringle sur le point de la poitrine ou du ventre opposé à celui que l'on veut explorer, de sorte que la boîte du spiromètre est ainsi tenue parfaitement immobile. — L'un ou l'autre de ces deux modes d'application peut être employé par le premier venu, sans avoir besoin d'aucune étude. Mais l'application au moyen de la tringle est bien plus frappante et satisfaisante pour un cours de clinique. — L'usage de la tringle est aussi indispensable lorsqu'on veut mesurer le mouvement total d'ampliation de toute la poitrine pendant l'inspiration.

Rien de plus curieux et de plus attrayant que de voir fonctionner ce petit instrument si simple. Mais il ne s'agit pas seulement d'une affaire de curiosité. C'est vraiment un aide précieux, et pour le diagnostic et pour suivre les degrés d'augmentation ou de diminution des lésions thoraciques, dans les cas de fractures de côtes, de pneumonie, de pleurésie, de phthisie, etc..., sans compter les études remarquables et nombreuses de physiologie qu'il a été permis. à M. Sibson de faire par son intermédiaire. Rien de curieux comme de voir les résultats fournis par l'auscultation et la percussion, confirmés à la vue par les mouvements de l'aiguille du spiromètre. Sans fatigue pour le patient, un grand nombre de personnes peuvent constater à l'instant le progrès d'une foule de maladies d'un seul coup d'œil. En un mot, c'est un instrument simple d'abord, et puis très précieux.

Encore un instrument ! dira-t-on. Est-il donc nécessaire d'augmenter le bagage du médecin? D'abord ce n'est pas une bien grande augmentation ; le spiromètre est un instrument aussi léger et aussi peu volumineux que peu compliqué, et pour des cliniques, l'objection, si objection sérieuse il y a, tombe immédiatement. J'ai vu en vogue assez longtemps, à Paris, un instrument fort ingénieux pour mesurer le degré de voussure de la région précordiale, et qui n'avait certainement pas l'importance et l'utilité du spiromètre.

Au reste, le meilleur moyen de prouver son utilité sera de rapporter des faits, ce que je ne manquerai pas de faire. En attendant, on peut prendre connaissance dans les *Archives de médecine* (*loc. cit.*) de quelques renseignements sur des résultats remarquables obtenus par M. Sibson au moyen de son spiromètre. J'aurai aisément l'occasion de revenir sur ce sujet, grâce à l'obligeance inépuisable avec laquelle M. Sibson accueille les visiteurs, et en particulier les étrangers, dans son service de l'hôpital Sainte-Marie.

A. DEVILLE, D.-M.-P.

— ERRATA. N° 93, page 369. *Opération de la suture du périnée par le procédé de M. Brown*, 7e ligne, *au lieu de* Balner, *lisez* Balker.

M. Coulson a été qualifié de membre du Collège des chirurgiens, c'est *membre du conseil de ce Collège* qu'il faut lire.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. GROMIER.

Hydropisie ascite guérie avec le secours de deux injections iodées.

Brumer, dit M. Abeille dans son *Traité des Hydropisies* publié en 1852, est le premier qui ait proposé les injections dans l'abdomen; il employait un mélange d'alcool camphré, d'aloès et de myrrhe. Warick en fit le premier essai avec les eaux de Bristol et guérit son malade. Deux insuccès firent ensuite abandonner ce procédé. Broussais voulut renouveler ces tentatives; il obtint deux succès, en injectant de la vapeur de vin. Lhomme se servit du même moyen sur un adulte qui avait subi plusieurs ponctions; Gobert agit de même sur un autre malade, et les deux sujets guérirent. C'était en 1824.

Puis vint le tour du protoxyde d'azote, qui fut injecté par Rosbreck (de Louvain) sur un homme et deux femmes qui en retirèrent de tels avantages, que Broussais essaya le même moyen sur un malade tellement désespéré, qu'on était surpris de le voir encore vivant huit jours après.

En 1833, M. Jobert injecta un mélange d'eau et d'alcool chez deux femmes ascitiques. Au rapport de M. Boinet, qui a publié en 1851 un très bon travail sur le même sujet, M. Vivielle, chirurgien de l'hospice de la Rochelle, réussit également, en 1834, au moyen d'une injection de quinquina. Lorsque MM. Velpeau et Bonnet (de Lyon) eurent substitué les injections iodées aux injections vineuses dans l'hydrocèle, M. Boinet fit une heureuse tentative de ce moyen dans un vaste abcès de la fosse iliaque; mais le premier succès après une injection dans le péritoine appartient incontestablement à M. Dieulafoy, de Toulouse. La formule dont il s'est servi est la suivante :

Teinture d'iode.	32	grammes.
Iodure de potassium. . . .	4	—
Eau.	150	—

Trois injections furent pratiquées à différents intervalles sur le même malade. A chaque injection la collection se reproduisait en bien moindre quantité ; à la troisième, la guérison fut complète.

En 1843, M. Velpeau voulut se rendre compte sur des chiens des effets produits par ces injections iodées. Il arriva aux conclusions suivantes : Lorsque la teinture d'iode n'est étendue que de deux, trois ou quatre parties d'eau, les chiens succombent à une violente inflammation; mais lorsqu'elle contient six parties d'eau, ils survivent. Dans le cas où la mort survient, l'inflammation n'est jamais purulente. Cette observation s'est confirmée depuis sur l'homme.

En 1845, M. Dieulafoy et M. Griffon réussirent de nouveau en employant la formule suivante :

Eau.	250	grammes.
Iodure de potassium. . . .	2	—
Teinture d'iode.	25	—

Notre confrère M. Leriche (de Lyon), en 1846, a obtenu une remarquable guérison, et échoué sans accident chez une autre femme de cinquante ans, en se servant d'une formule un peu plus riche en iode. Un nouveau succès fut obtenu sur un enfant de sept ans par M. Rule-Ogez, sur un enfant de treize ans par M. Vollant, et par M. Leriche chez une femme de trente-huit ans, en 1848.

Depuis cette époque, de nouveaux faits ont été signalés par MM. Burgraève (de Gand); Coste (de Bordeaux); Reynier, Deperrierre, médecins à l'hôpital de Saumur.

Ce qui porte le nombre des opérations publiées à vingt-sept, ainsi réparties :

	Nombre.	Guérisons.
Par alcool camphré, aloès et myrrhe. .	1	1
Par l'eau de Bristol.	3	1
Par l'injection vineuse.	4	3
Par le protoxyde d'azote.	4	3
Par la décoction de quinquina. . . .	1	1
Par l'injection alcoolique. . . .	1	1
Par l'injection iodée.	13	11

C'est-à-dire vingt et une guérisons sur ving-sept opérations.

Ces résultats sont certainement magnifiques; malheureusement nous ne pouvons les accepter comme exacts d'une manière absolue; car, à notre connaissance, tous les insuccès qui se sont produits n'ont pas été publiés avec le même empressement que les succès. Aussi lorsque, en 1850, M. Boinet présenta à la Société de chirurgie une observation détaillée d'ascite guérie par les injections iodées, ne fut-elle pas accueillie avec beaucoup de faveur; ce que nous comprenons difficilement, en réfléchissant à l'innocuité du moyen, lors même qu'il ne réussit pas. Ce que nous comprenons plus difficilement encore, c'est l'appréciation qu'en fait M. Abeille dans un ouvrage que nous estimons beaucoup et qui respire d'un bout à l'autre l'idée incontestable du progrès. Sans doute nous pensons avec lui que c'est un procédé inapplicable dans les complications de tubercules ou d'autres produits dégénérés, mais nous ne pouvons admettre qu'on ne doive avoir recours que dans quelques cas très exceptionnels à de pareils essais. C'est vouloir se priver d'une ressource puissante qui résulte de la modification imprimée au péritoine par le contact d'une substance étrangère et qui ne contre-indique nullement les autres moyens rationnels. La connaissance des faits publiés a développé dans notre esprit une série d'idées toutes contraires. Vivant dans un climat où les hydropisies ascites sont nombreuses, nous n'avons pas oublié que souvent aussi elles sont extrêmement rebelles, que nous en avons vu résister aux moyens les mieux combinés, et aux ponctions les plus nombreuses, et que dans ces cas on réussit avec les injections; qu'avec de la prudence on ne fait courir aucun danger à son malade, lors même qu'on n'est pas assez heureux pour lui rendre la santé. C'est avec ces convictions profondes que nous avons entrepris le traitement suivant :

Le 20 février 1852, nous avons reçu dans notre service, salle Saint-Bruno, n° 26, le nommé Jean-Pierre Drevard, âgé de dix-huit ans, natif de Chavannay, département de la Loire. Ce jeune homme, lymphatique, d'une faible constitution, nous raconte qu'il s'est bien porté jusqu'à l'âge de douze ans, mais qu'à partir de cette époque, après s'être couché sur la terre humide et s'être exposé au froid lorsqu'il était couvert de sueur, il lui survint un œdème des membres inférieurs qui remonta jusqu'à l'abdomen et qui disparut lorsque celui-ci fut fortement tendu.

Son père lui fit donner à plusieurs reprises des soins par différents médecins du pays; mais voyant que depuis six ans la maladie continuait à faire des progrès, il le conduisit à l'hôpital général de Lyon, où il fut placé dans notre service.

A son entrée, l'abdomen présente au niveau des fausses côtes une circonférence de. . . . . 1 m 10
et au niveau de l'ombilic. 1 20

Cet énorme développement ne permet pas d'apprécier l'état du foie ni de la rate, la matité est absolue, on sent parfaitement le flot du liquide. Les bruits du cœur sont clairs, le pouls petit, vif, accéléré; la peau sèche, rugueuse, brûlante. Une dyspnée légère est occasionnée par le refoulement du diaphragme; les poumons sont sains, la langue pâle; appétit conservé; selles rares, urines presque nulles, où l'acide azotique détermine un précipité abondant; la constitution du malade paraît encore assez bonne, malgré un état de maigreur très avancé. Il est plein de courage; il déplore son état, auquel il préfère la mort, et nous demande absolument de le faire mourir ou de le guérir.

Après avoir calmé l'état d'excitation causé par le voyage et cherché à faire résorber l'épanchement sans avoir pu y parvenir, nous pratiquâmes la ponction, qui nous donna deux seaux de liquide. Nous en laissons dans l'abdomen une petite quantité, et nous injectons 100 grammes du liquide suivant :

Teinture d'iode.	50	grammes.
Alcool camphré.	50	—
Eau.	50	—

L'injection est suivie immédiatement d'une douleur très vive dans l'abdomen et d'une sensation âpre au fond de la gorge. La figure se crispe, le pouls devient petit et accéléré. Sous l'influence de simples émollients tous ces accidents se dissipent rapidement; le troisième jour ils ont entièrement disparu. L'abdomen est entouré d'un bandage de corps. — Tisane de pariétaire nitrée; potion avec la teinture de cantharide.

Malgré ce traitement les urines se suppriment, les selles deviennent rares. — Vin blanc avec eau gazeuse; lavements purgatifs; frictions abdominales avec la pommade iodée.

Le 2 mars les douleurs ont disparu, mais le ventre commence à grossir. On constate un énorme développement du foie, et sur sa face convexe une crépitation très sensible déterminée probablement par la présence d'une lymphe plastique tendant à s'organiser. — On continue les frictions iodées; potion avec la scamonée d'Alep, 60 centigrammes.

Le 20 mars, l'épanchement est redevenu aussi considérable qu'avant la ponction; il reste stationnaire pendant tout le mois d'avril; enfin, le 4 mai, après avoir constaté, au niveau de l'ombilic, une circonférence de 1 mètre 20 centimètres, nous faisons une ponction par laquelle nous retirons deux nouveaux seaux de liquide; nous en laissons dans le péritoine une petite quantité, et nous injectons 100 grammes de la liqueur suivante :

Teinture d'iode.	75	grammes.
Eau distillée.	75	—
Iodure de potassium. . . .	1	—

Immédiatement après l'opération, nous retirons la canule en abandonnant le liquide dans l'abdomen, que nous entourons d'un bandage de corps. Le malade ne sent pas l'injection. Le soir, il éprouve un peu de fièvre et des douleurs abdominales.

Le 5, à la visite, les douleurs sont moins vives.

Le 6, le pouls est revenu à son état naturel, le ventre est indolent; on remarque seulement quelques rares tranchées et de la constipation; les urines sont peu abondantes. — Emulsion nitrée et opiacée; lavement purgatif.

Le 9, l'abdomen n'a pas grossi; il est souple, indolent, et permet d'apprécier le volume considérable du foie, qui dépasse les côtes de quatre travers de doigt. — Le malade est soumis à l'usage des pilules de ciguë et de calomel, à la dose de 2 par jour :

Ciguë.	0,05
Calomel.	0,05

suivant la méthode de M. Gama, et nous les continuons pendant trente-deux jours sans produire aucun accident du côté de la bouche.

Du 15 au 24 mai, le ventre grossit d'une manière sensible; la peau est brune, sèche, rugueuse. — Tisane de pariétaire; frictions sur l'abdomen avec la pommade mercurielle belladonisée; bains de vapeur.

Sous l'influence de ce traitement, les fonctions de la peau se rétablissent insensiblement; l'appétit devient très vif; le liquide se résorbe, et nous pouvons, comme dans la première opération, constater une crépitation très sensible sur la face convexe du foie. L'état général continue à être satisfaisant.

Le 4 juin, toute crépitation a disparu, mais les parois abdominales ont contracté des adhérences avec la face convexe du foie; il n'y a plus de glissement possible; il est même difficile de déplacer les organes abdominaux qui ont subi la même travail réparateur. Il n'y a plus aucune espèce de douleur. Le malade continue ses bains, il mange avec grand appétit les trois quarts, et peut être considéré comme guéri.

Pour maintenir les parois abdominales et resserrer la base de la poitrine, nous faisons confectionner une ceinture en cuir très large, lacée par derrière, avec bretelles et sous-cuisses, afin d'embrasser exactement la moitié inférieure de la poitrine et tout l'abdomen. Nous continuons l'usage des diurétiques, de l'eau de Vichy, les bains de vapeur, un régime tonique et réparateur.

Les parois abdominales reprennent de la vigueur, la base de la poitrine se rétrécit, le foie se réduit, toutes les fonctions s'exécutent parfaitement, les forces, les couleurs et l'embonpoint sont revenus; le malade peut être considéré comme radicalement guéri. Le 20 juin, la circonférence de l'abdomen est, au niveau de l'ombilic, de 75 centimètres; avant la ponction elle était de 1 mètre 20 centimètre; différence : 45 centimètres.

Plusieurs réflexions nous ont été suggérées pendant le cours de cette observation. C'est 1° la douleur violente déterminée par l'injection camphrée et iodée, et l'inflammation qui en est résultée sans empêcher le retour de l'hydropisie; 2° c'est l'innocuité de l'injection telle que nous l'avons pratiquée,

Teinture d'iode.	75 grammes.
Eau distillée.	75 —
Iodure de potassium.	1 —

contrairement aux conclusions qu'avait émises M. Velpeau, d'après ses expériences sur des chiens, qui n'ont survécu que lorsque l'injection ne présentait qu'une partie d'iode sur six; 3° l'augmentation de l'épanchement dans les premiers jours de l'injection, puis sa diminution et la perception de craquements indiquant la formation de fausses membranes; 4° l'organisation de ce tissu plastique, et consécutivement l'adhérence de la face convexe du foie et des parois abdominales et des intestins entre eux; et, malgré tous ces obstacles aux mouvements intestinaux, le rétablissement des fonctions digestives et de la santé générale.

Un autre fait qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est l'opiniâtreté avec laquelle nous avons combattu l'engorgement du foie, et la tolérance de l'organisme à supporter sans accident les préparations de ciguë et de calomel.

Enfin, si nous avons obtenu un succès définitif, nous pensons que nous ne le devons pas seulement à l'injection elle-même, mais à la médication interne qui l'a accompagnée, et qui a été dirigée contre le foie, les reins, la peau, dont nous avons ranimé les fonctions, tandis que l'iode agissant localement sur le péritoine changeait son mode de sécrétion, et par son absorption portait probablement dans l'organisme une puissance médicatrice que l'on n'a pas encore étudiée d'une manière suffisante. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Cette observation présente de l'intérêt parce que l'existence de l'ascite ne peut y être mise en doute. Il n'en est pas de même pour plusieurs faits analogues, dans lesquels nous avons lieu de croire qu'on a pris pour des ascites des hydropisies enkystées de l'ovaire.

OBSERVATION D'ÉTRANGLEMENT INTERNE

à travers une déchirure du mésentère.

Par M. le docteur COUTENOT.

M. Alday, capitaine au 2e léger, en garnison à Besançon, originaire d'un département méridional, âgé de quarante ans, est d'une constitution forte, d'un embonpoint marqué et d'un tempérament mixte bilioso-sanguin. Il est au moment de contracter un mariage ardemment désiré, préoccupation qui n'a pas été sans influence sur la longueur de la maladie occasion du volvulus.

Dès le 28 mars 1851, il souffre quelque peu de l'estomac et du ventre, mais sans y donner attention.

Du 3 au 6 avril, coliques, constipation, hypogastre douloureux. (Bains, lavements, diète.) Les coliques ne cessent pas; la langue se couvre d'un enduit blanc-jaunâtre, apyrexie. (15 sangsues à l'anus.) Les douleurs intestinales ne sont pas continues et fixes; elles abandonnent même le bas-ventre pour se porter à l'épigastre. (Limonade citro-magnésienne, lavement.) Evacuations abondantes sans coliques.

Du 6 au 12 avril, M. Alday se trouve beaucoup mieux; il mange avec retenue et sort rendre visite à la famille à laquelle il allait s'allier; la langue restait cependant blanche et épaisse; il y avait de l'inappétence, mais pas de fièvre. Les lavements provoquent, en un certain point du ventre, une douleur prompte mais marquée. — Bains généraux, lavements émollients et légèrement opiacés.

Le 12 avril, l'épigastre est un peu élevé avec douleur sourde, la langue toujours recouverte de son enduit blanc et épais, constipation, absence de céphalalgie, de chaleur de la peau et de fréquence du pouls. Je l'engageai à en finir avec une douleur qui persistait depuis douze jours, et il applique sur l'estomac 20 sangsues.

Deux heures après ma visite, vers dix heures du matin, on me mande à la hâte m'annonçant que M. Alday éprouvait une colique atroce : je trouvai effectivement chez lui les signes extérieurs de la plus grande douleur. « Quelque chose, dit-il, s'est détaché de l'estomac instantanément et avec une douleur affreuse. » Cette douleur affreuse avait fait place à ce qu'il appelait une crampe d'estomac, un resserrement des hypocondres avec douleur de toute la portion sus-ombilicale de l'abdomen; point de nausées; les piqûres de sangsues donnent beaucoup de sang. — Laudanum en frictions. Potion avec sirop thébaïque, 40 gr.

Je compris de suite qu'il y avait accident grave et sans prononcer encore le mot de *volvulus*, je demandai en consultation M. le docteur Corbet, qui ne le vit qu'à deux heures et demie du soir : pâleur générale, sueurs abondantes, pouls petit et très fréquent, vomissements depuis midi de tout ce qui a été pris; constipation, ventre ballonné. M. Corbet diagnostique un volvulus, sans y mettre aucun doute. — Huile de ricin, 60 grammes.)

Neuf heures du soir. — Ni vomissements, ni selles, ventre ballonné, moins douloureux à la pression, mais d'une chaleur brûlante pour le malade, qui signale le siége de la douleur la plus aiguë et la plus fixe à l'hypocondre droit. Face altérée, sueurs froides générales, extrémités froides, pouls plus petit et plus fréquent. Je vois sa position désespérée; M. Corbet, qui m'assistait de nouveau, partage mon opinion. — Lavement purgatif; applications froides sur le ventre; sinapismes.

Le 13 avril, trois heures du matin, le pouls est filiforme; tous les symptômes se sont aggravés; l'intelligence seule est intacte; un vomissement a lieu; on y retrouve la plus grande partie de l'huile de ricin; les lavements purgatifs sont rendus tels quels. — Friction abdominale avec huile fine et chloroforme, parties égales. — Le malade en éprouve un soulagement marqué. Enfin je lui administre la limonade citro-magnésienne, qui l'avait purgé si heureusement lors du début de sa maladie.

Neuf heures du matin. — Etaient présents MM. Corbet, Peyre, Chaumas, Héquin, médecin et chirurgiens militaires, M. Chenevier, élève interne. Le pouls a disparu; le refroidissement du corps est complet; les membres et la face sont glacés; un vomissement contenant quelque peu d'huile et probablement toute la limonade purgative. Les médecins consultants sont d'avis qu'on agisse énergiquement par les drastiques. (Lavement avec huile de croton tiglium, 8 gouttes.) Ce lavement est rendu comme les précédents et presque aussitôt. Tentative sur la contractilité du tube digestif avec un appareil électro-magnétique sans aucun espoir de réussite, la désorganisation organique étant certaine.

Vers trois heures du soir, l'intelligence se trouble; dix minutes d'une agonie qui se termine par un vomissement prodigieusement abondant de matières liquides, fétides, appartenant manifestement à l'intestin grêle, puis la mort.

Nécroscopie. — Quarante heures après la mort, l'autopsie du cadavre fut faite en présence de MM. Corbet, Merlin, Héquin, Chenevier et de quelques officiers.

L'abdomen distendu est incisé avec précaution. Toute la séreuse péritonéale, rougeâtre, est recouverte de pseudo-membranes molles, diffluentes; un liquide semi-purulent, de très récente formation, lubréfie la surface de la membrane. Les intestins grêles et l'estomac sont distendus par des gaz; ils ne contiennent ni liquides, ni solides. Le côlon est rétracté et vide de matières. Nous cherchons immédiatement dans l'hypocondre droit, mais nous ne trouvons rien. Surpris de cette absence de lésions, nous commençons à nous regarder avec un certain étonnement, lorsque, en détournant le paquet intestinal droit, une plaque gangréneuse vue sur une portion logée profondément nous conduisit à la découverte « d'une anse intestinale appartenant à l'iléon, d'environ » 7 à 8 centimètres, passant à travers une déchirure opérée » dans le mésentère près de son insertion au rachis. »

Cette anse étranglée, mortifiée à la période de ramollissement, n'était pas perforée. Les intestins voisins présentaient également des plaques gangréneuses, mais seulement à leur point de contact avec l'anse mortifiée; immédiatement après, l'intestin redevenait sain.

(*Bulletin de la Société de médecine de Besançon.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 septembre 1852. — Présidence de M. MOREAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend plusieurs lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets et un grand nombre d'états de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Liegey, de Rambervilliers (Vosges), communique une observation intitulée : *Fièvre intermittente pernicieuse éclamptiforme chez une femme enceinte de huit mois.* Guérison par les préparations de quinquina; accouchement spontané. (Commissaire : M. Cazeaux.)

— M. Beaumès (de Lyon) envoie un paquet cacheté.

RAPPORTS.

M. Bouchardat commence la lecture d'un rapport officiel sur les remèdes relatifs à la rage. Vu l'étendue de ce rapport, la suite de la lecture en est remise à la séance prochaine.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

M. Lagneau a la parole pour continuer la lecture qu'il a commencée dans la précédente séance.

Nous reproduisons l'ensemble de son argumentation.

Transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

M. LAGNEAU. La question de la transmissibilité des accidents secondaires est de la plus haute importance, moins encore par la démonstration qui peut résulter de la discussion au grand profit de la science, que par l'inoculation elle-même, qui, parce qu'elle constitue la base fondamentale d'une nouvelle doctrine des maladies syphilitiques, dont quelques autres données sont aussi assez vivement controversées, mérite le plus sérieux examen.

La faculté qu'ont les accidents syphilitiques consécutifs de se transmettre par l'inoculation est incontestable, comme il est avéré et hors de doute aussi, pour les médecins tant soit peu au fait de ce qui a rapport aux affections vénériennes, que de tout temps ces accidents se sont dans certaines conditions montrés contagieux dans les relations sexuelles.

Je m'expliquerai ici sur ce point de doctrine, afin qu'on ne m'attribue pas des opinions trop absolues, trop exclusives. Et d'abord, je conviendrai, avec tous les observateurs non prévenus, que la contagion de ces accidents, par cela seul qu'ils sont consécutifs, c'est-à-dire qu'ils annoncent une saturation virulente plus ou moins avancée, n'est pas à beaucoup près aussi facile et par conséquent aussi fréquente que lorsqu'il s'agit de symptômes primitifs ou d'invasion. Ceux-ci en effet sont plus facilement et plus sûrement inoculables, bien que je sois très loin d'accorder, même lorsqu'ils se présentent sous forme de chancre, qu'ils le soient toujours et fatalement, ainsi que tendrait à le faire croire l'exposé de la doctrine en question...

Cette différence dans le degré d'inoculabilité des produits de ces deux sortes de symptômes s'expliquera aisément, aux yeux des personnes tant soit peu physiologistes, pour les accidents consécutifs, dont la plus difficile et la moins fréquente transmission est principalement due au peu de vitalité dont ils sont presque tous le siége, par leur marche chronique, enfin; tandis que les accidents primitifs sont toujours plus ou moins inflammatoires, et que les matières qu'ils recèlent sont par conséquent d'une âcreté d'autant plus grande, qu'on les observe à un instant plus rapproché de celui de leur apparition.

Cette différence dans le degré d'inoculabilité des deux ordres de phénomènes syphilitiques locaux par suite de rapports sexuels est encore plus marquée, on doit le reconnaître, lorsqu'on expérimente par le moyen de la lancette. Le chancre primitif récent principalement se transmet le plus souvent par cette voie, bien que ce ne soit pas toujours et inévitablement, ainsi que le pense notre savant collègue M. Ricord; tandis qu'il est beaucoup plus ordinaire que l'ulcère consécutif se montre réfractaire à ce mode de transmission artificielle, beaucoup plus réfractaire, selon moi, qu'il ne l'est dans les rapports sexuels ordinaires. Je suis donc loin d'admettre que ces derniers, les accidents consécutifs, ne puissent quelquefois être inoculés avec un plein succès, ainsi qu'il en existe des exemples, recueillis surtout dans ces derniers temps, c'est-à-dire depuis que l'attention des médecins a été appelée sur ce point de syphiliographie par l'importance qu'on a eu la prétention de donner à l'inoculation comme moyen de diagnostic, pratique qui, à mon sens, a plutôt obscurci la question qu'elle ne l'a élucidée.

Les faits auxquels je fais allusion, rapportés par des hommes éclairés, consciencieux et exerçant à de grandes distances les uns des autres dans des hôpitaux spéciaux, constituent des exceptions d'une grande valeur à la loi posée d'une manière si générale, si absolue et si exclusive pour la théorie nouvelle dont elle est la base fondamentale.

Je passe à l'examen des preuves à l'appui de mon opinion.

La première de ces preuves, et qui n'est pas l'une des moins concluantes, je la trouve complète et avec tous les détails désirables dans l'observation de M. Lindmann.

M. Lagneau, après avoir rappelé les détails de cette observation que tout le monde connaît maintenant, continue en ces termes :

Il importe actuellement de nous rendre compte de la nature précise des ulcérations de la gorge dont l'inoculation a été faite avec un pareil succès. Quant à leur origine syphilitique, elle ne peut être douteuse pour personne. Reste donc à reconnaître si elles étaient primitives ou consécutives. Selon moi, elles présentaient tous les caractères qui constituent l'accident secondaire ou consécutif, et je n'hésite pas à les placer dans cette catégorie. Notre savant rapporteur lui-même en avait déjà le pressentiment lorsqu'il a appelé votre attention sur la transmissibilité de ces sortes de symptômes comme sur une question de haute importance pour fixer nos idées sur ce point essentiel de syphiliographie, symptômes dont la contagion n'est pas admise par l'auteur de l'inoculation du virus syphilitique comme moyen de diagnostique. Ces chancres, je le répète, étaient évidemment consécutifs, et ce qui le prouve, c'est 1° qu'ils siégeaient à une région où paraissent généralement ces sortes d'accidents, tandis qu'il est presque sans exemple que des chancres primitifs s'y développent, ce qui ne pourrait avoir lieu du reste que pour les cas très exceptionnels dans lesquels le virus aurait été directement porté jusqu'au fond de la gorge, circonstance tout au plus admissible quand le patient est une femme, mais qui ne peut même se supposer lorsqu'il s'agit de l'autre sexe. J'insiste fortement sur cette dernière considération.

J'ajouterai encore, comme un autre puissant motif de croire dans l'espèce à une infection générale, qu'il n'existait pas seulement un ulcère à l'amygdale sur laquelle on a pris le pus inoculé, mais qu'il y en avait un autre tout aussi profond au côté opposé. Et d'ailleurs les fissures de la langue, symptômes toujours caractéristiques d'une intoxication syphilitique au moins secondaire, ne sont-elles pas là pour corroborer mon opinion?

2° Une autre preuve du caractère consécutif des ulcères qui ont fourni la matière inoculée sur M. L... se trouve dans les précédents mentionnés à l'observation dont vous avez entendu la lecture et dans la marche de l'infection chez la malade sur laquelle cette matière a été prise. Chez lui, l'absorption virulente a commencé par un chancre induré, bientôt suivi d'une roséole et d'engorgements ganglionaires. Elle s'est enfin complétée par les ulcères de l'isthme du gosier et les gerçures de la langue, c'est-à-dire par un ensemble et une succession régulière de phénomènes morbides sur la nature spéciale et la connexité desquels il n'est pas possible d'élever le moindre doute.

Il résulte évidemment de ce qui précède :

1° Que les chancres consécutifs sont inoculables dans des conditions qu'il n'est pas toujours possible, il est vrai, d'apprécier avec précision;

2° Qu'ils ne le sont pas à l'égal des ulcères primitifs.

Le fait de la transmission des accidents secondaires par inoculation doit faire perdre, ce me semble, toute confiance dans l'inoculation syphilitique en tant que moyen de diagnostic; car il suffit d'un seul cas bien avéré contraire à ce qu'on s'était promis de cette opération pour engager le petit nombre de praticiens qui avaient cru, un peu légèrement, aux avantages qu'on pourrait en tirer à y renoncer à jamais.

Mais, il faut bien le dire, messieurs, ce fait n'est pas le seul : il en existe beaucoup d'autres de même nature et de même portée.

En France, M. le docteur Vidal (de Cassis); à Hambourg, M. le docteur Simon; à Prague, M. le docteur Waller; un autre praticien à Vienne, et beaucoup d'autres encore dont les travaux ne nous sont pas encore parvenus, mais dont on connaît déjà les résultats sommaires, ont tous recueilli des faits propres à convaincre les esprits les plus sceptiques de l'inoculabilité des accidents consécutifs de la syphilis.

MM. Ricord, Puche et Cullerier ont, il est vrai, tenté en vain d'inoculer ces accidents. Plusieurs autres praticiens également dignes de foi ont fait des essais semblables et sans plus de succès. Mais ces résultats ne doivent pas surprendre, puisqu'il est admis et bien reconnu que ces symptômes ne se transmettent, tant par le coït que par l'inoculation au moyen de la lancette, qu'avec beaucoup plus de difficulté que ceux primitifs. Que prouverait d'ailleurs cette simple différence dans le degré d'inoculabilité de ces deux ordres de phénomènes syphilitiques? Rien absolument contre la thèse que je soutiens. Cent inoculations négatives, je me plais à le répéter, ne pourront jamais prévaloir, dans l'importante question qui se discute aujourd'hui, contre un seul fait bien constaté dans lequel l'opération a eu une incontestable réussite, et à plus forte raison contre le nombre assez grand de ceux qui ont été bien et dûment constatés jusqu'à ce jour aussi bien en France que dans la plupart des autres centres scientifiques de l'Europe.

Ici M. Lagneau analyse les faits observés en France par MM. Vidal, Cazenave et Richet, et à l'étranger par MM. Wallace, Frederik Simon et Waller; faits qui lui paraissent concluants et suffisants pour décider la question. Puis il termine ainsi :

Terminerai-je cette revue, déjà très longue, par vous rappeler tous les motifs de l'opinion que j'ai toujours manifestée à l'endroit de l'inoculation syphilitique, dans quelque intention qu'elle fût recommandée? Le cri de ma conscience à ce sujet a été formulé depuis longtemps et d'une manière assez explicite pour m'en dispenser, tant dans le peu que j'ai écrit sur la matière (*voir* l'article SYPHILIS du *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*) que dans quelques rapports dont vous avez entendu la lecture. L'espèce d'anathème dont cette pratique est aujourd'hui frappée par des hommes d'expérience et d'un grand savoir me confirmerait, s'il en était besoin, dans ma répugnance pour une opération qui n'a plus aucune raison d'être, et surtout plus aucune chance plausible d'être vraiment utile à l'avancement de la science, dès qu'il est admis et bien constaté que d'autres symptômes que le chancre peuvent être transmis par l'inoculation artificielle, dès qu'il est rationnellement et expérimentalement reconnu que le chancre d'invasion lui-même n'est pas inoculable à toutes ses périodes et dans toutes les conditions de temps et de dispositions individuelles. C'est donc une

épreuve sans valeur, sur laquelle il n'est plus permis de compter pour nous édifier sur la nature réelle des ulcères vénériens.

On ne sera pas plus heureux avec ce nouveau moyen d'investigation pour ce qui peut concerner les autres symptômes d'infection, tels que blennorrhagies, végétations, excroissances, pustules muqueuses, ecthymateuses et autres. L'incertitude et la perplexité seront encore plus grandes, car les chances d'erreurs de diagnostic seront et plus faciles et plus nombreuses. Quel que soit le cas dans lequel on puisse y avoir recours, si l'opération n'a qu'un résultat négatif, ce qui est bien démontré possible par ce qui a été tant de fois observé dans les tentatives de syphilisation au moyen de piqûres multipliées dont un certain nombre restaient inertes et sans aucune manifestation morbide, on pourra être porté à regarder comme simples des accidents d'origine vraiment syphilitique, et, par conséquent, être conduit à adopter une thérapeutique contraire ou insuffisante, toujours pleine de dangers pour l'avenir des malades.

Je conclus en déclarant hautement que les accidents consécutifs de la syphilis, secondaires ou autres, sont transmissibles par l'inoculation artificielle, comme ils ont toujours été reconnus l'être par le rapprochement des sexes; que dans l'un et l'autre modes de contagion, ils agissent en produisant des accidents vraiment primitifs, qui donnent lieu à l'infection générale, à la manière de tous les autres symptômes d'invasion, en suivant une marche semblable, en général, à celle de la vérole causée par le pus provenant du chancre huntérien.

Quant à l'opération elle-même, je serais disposé à l'exonérer d'une partie de la responsabilité qui pèse sur elle, par la bonne intention qui l'a suggérée et malgré les mécomptes qui en sont résultés, en considération de ce qu'elle nous a fourni la démonstration positive et tout à fait mathématique de cette transmissibilité si controversée depuis quelque temps des accidents consécutifs de la maladie vénérienne.

M. Ricord monte à la tribune, qu'il occupe jusqu'à la fin de la séance, close à cinq heures un quart. Nous résumerons son argumentation dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 septembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Développement des animaux vertébrés.

M. Remak (de Berlin) lit sur ce sujet une note, dont nous extrayons les principaux passages qui suivent :

« Si l'on considère, dit l'auteur, le rôle que les parties de l'œuf des animaux vertébrés jouent dans les phases de leur développement, on peut établir deux catégories distinctes : ceux que nous désignerons sous le nom de *méroblastiques*, c'est-à-dire ceux dont l'embryon se forme d'une partie de l'œuf seulement, et ceux que nous désignerons sous le nom de *holoblastiques*, c'est-à-dire ceux dont l'œuf entier se segmente pour se convertir en embryon. La première catégorie aurait son type dans l'œuf des oiseaux, la seconde dans l'œuf des batraciens.

» Le germe de l'œuf des oiseaux est, comme on le sait, aplati, et comme Wolff l'avait déjà découvert il y a un siècle, il forme le tube alimentaire et les parois du corps de l'embryon, en se repliant par en bas.

» D'après les observations déjà publiées dans notre ouvrage d'embryogénie, il y a trois feuillets dans le blastoderme de l'oiseau; mais ils ont une autre signification que celle qu'on leur avait attribuée jusqu'à présent.

» Le feuillet supérieur serait, selon nous, le feuillet *sensoriel*, parce qu'il sert à la formation des organes des sens et de leurs centres nerveux. C'est en effet de l'axe de ce feuillet que se forme le tube médullaire, c'est-à-dire les rudiments de la moelle épinière et du cerveau, et c'est du cerveau que pousse la vésicule ophthalmique, qui devient plus tard le nerf optique, la rétine et la choroïde. La lentille pour l'œil et le labyrinthe pour l'oreille se détachent sous forme des vésicules utriculeuses observées déjà par Huschke, de leur partie périphérique du feuillet supérieur. Cette partie envoie aussi des prolongements utriculeux dans le feuillet moyen pour former les cavités de l'olfaction et de la dégustation, et les tapisser d'une couche celluleuse épithéliale. Le reste de la partie périphérique du feuillet supérieur, que je nomme feuillet *corné*, revêt les organes du tact en donnant aussi les plumes chez les oiseaux, les poils et les glandes cutanées chez les mammifères. Le feuillet supérieur servant à former les organes des sens et leurs centres nerveux, semble donc mériter le nom de *sensoriel*, que nous lui avons donné.

» Le feuillet moyen serait, selon nous, le feuillet *motoriel*, parce que sa destination et sa propriété spéciales, qui manquent aux autres feuillets, c'est de fournir les muscles tant volontaires qu'involontaires. La partie de ce feuillet correspondant à l'axe cérébro-spinal contient les rudiments de la colonne vertébrale et des côtes. Les vertèbres primitives donnent d'abord naissance à de grands ganglions et aux nerfs spinaux, ensuite aux muscles et aux os du rachis et aux parois costales. Les deux lames latérales (abdominales de Wolff) contiguës à l'axe cérébro-spinal se séparent en effet en deux couches; la couche supérieure, se réunissant avec les produits des vertèbres primitives et avec le feuillet corné, forme les parois thoraciques et abdominales, ainsi que les membres. La couche inférieure (la lame intestinale) sert surtout à former la couche musculeuse du tube alimentaire; c'est elle qui engendre les rudiments du cœur et des vaisseaux primitifs, de là son nom de feuillet vasculaire. Au moyen des lames médianes ou mésentériques, d'où sortent aussi les organes génitaux, elle passe dans la couche supérieure ou animale. La cavité formée par la séparation des lames latérales est la cavité séreuse ou pleuro-péritonéale. Du feuillet moyen, on voit sortir encore, outre les nerfs spinaux, les quatre groupes ou systèmes de nerfs viscéraux dont j'ai déjà entretenu l'Académie et qui se trouvent décrits dans mon ouvrage sur les nerfs intestinaux.

» Le feuillet inférieur, enfin, nous semble mériter le nom de *trophique* ou *nutritif*. Il sert surtout à former dans le canal alimentaire la couche celluleuse épithéliale dépourvue des nerfs et des vaisseaux, comme Reichert l'avait déjà signalé; tandis que les parois externes et musculeuses proviennent de la lame intestinale, c'est-à-dire du feuillet moyen. D'après nous, le feuillet inférieur, que nous appelons encore *glandulaire*, enverrait aussi des prolongements utriculeux pour former le parenchyme celluleux du foie, du pancréas, des veines et des petites glandes intestinales, ainsi que l'épithélium des poumons. De la partie pharyngienne de ce feuillet se détachent aussi la glande thyroïde et le thymus. Les enveloppes de toutes ces glandes, dès qu'elles sont pourvues de vaisseaux et de nerfs, proviennent de la couche externe du tube alimentaire.

» Le plan de développement esquissé plus haut pour l'œuf des oiseaux se trouve être le même chez les reptiles, les mammifères et même les batraciens. Chez ces derniers, on peut distinguer aussi les trois feuillets, dont l'inférieur seulement n'offre pas la forme aplatie à cause de la forme ronde du germe, c'est-à-dire de l'œuf. »

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Les articles que vous avez consacrés à l'examen d'une partie de mon mémoire sur l'extraction de l'astragale (*Gazette des Hôpitaux* des 16, 22 juillet et 7 août) ne me sont parvenus que d'une manière indirecte et très tardivement; c'est ce qui vous explique pourquoi je ne vous ai pas adressé plus tôt mes remercîments pour tout ce que votre critique contient de bienveillant pour moi.

Je regrette comme vous que les bonnes bibliothèques médicales soient si rares en province, et que les imprudents qui osent prendre la plume soient si facilement exposés à ce que vous nommez avec raison des infortunes bibliographiques.

Je vous remercie toutefois d'avoir démontré que je n'ai pas été la seule victime d'une semblable infortune, et d'avoir bien voulu me mettre en compagnie d'hommes aussi éminents que Astley Cooper, Auguste Bérard, Forbes et Rognetta.

Après avoir combattu quelques-unes de mes idées, vous ajoutez que je ne dois pas croire à la moindre intention malveillante de votre part, votre nom *m'étant sans doute inconnu.*

Permettez-moi, monsieur, de réfuter d'abord cette dernière assertion. Vous n'avez pas le droit de pousser si loin la modestie. S'il est vrai que je n'ai pas l'avantage de vous connaître personnellement, du moins ai-je eu plaisir et profit à lire vos travaux, que les journaux et les Mémoires de l'Académie nationale de médecine ont apportés jusque dans nos pauvres bibliothèques de province.

Aujourd'hui vous vous montrez à moi sous un nouveau jour, et je trouve en vous un critique habile et érudit, parfois sévère, mais toujours spirituel, et sachant, par son bon goût, se faire pardonner les coups qu'il sait si bien porter.

Je ne veux point me disculper d'une erreur à laquelle m'a exposé un texte à double sens. Un des plus grands inconvénients de cette erreur a dû être, à vos yeux, d'augmenter le nombre des faits que j'invoquais en faveur de l'*arthrotomie*, opération que vous condamnez.

Vous reconnaissez cependant que dans les deux cas où elle a été pratiquée pour réduire une luxation de l'astragale, l'arthrotomie a été suivie de succès. Vous reconnaissez également que parmi les malades qu'on a soumis à l'expectation, les uns sont morts ou ont subi l'amputation, et que chez d'autres on a été obligé d'extraire consécutivement l'astragale.

Enfin, ceux qui ont été guéris sans opération ont conservé une difformité qui a rendu la marche extrêmement difficile, ou même impossible; témoin la jeune fille qui, après une guérison de ce genre, est venue se faire enlever l'astragale par Dupuytren.

Si vous ne blâmiez l'arthrotomie que lorsque la luxation n'est pas portée très loin, c'est-à-dire lorsque la disposition des parties peut faire espérer que le *pied, bien que difforme, sera très utile et permettra au malade une marche assurée* (ce sont vos paroles), alors, mon cher confrère, je serais entièrement de votre avis. C'est ce que j'ai exprimé à la page 20 de mon mémoire, en disant que lorsque la luxation est incomplète la marche peut se rétablir, et que, dans ce cas, le chirurgien doit se borner à surveiller la guérison.

Mais toutes les fois que la luxation est complète et irréductible, il est impossible d'espérer une *marche assurée*. Il suffit d'avoir vu une seule luxation de l'astragale pour être convaincu de cette vérité.

La différence qui existe entre nous, c'est que vous condamnez l'arthrotomie d'une manière absolue, et que je la considère comme très utile dans certains cas.

Nous différons également d'opinion sur le moment où il convient de pratiquer l'extirpation de l'astragale dans les luxations compliquées. Vous croyez qu'il est toujours avantageux d'attendre; je suis, au contraire, partisan de l'opération immédiate.

Vous appelez à votre aide les faits et les chiffres; je puis invoquer contre vous les faits et vos propres chiffres.

Sur 36 malades qui ont subi l'extraction immédiate de l'astragale, il y a eu 9 morts; tandis que les 16 malades auxquels on a enlevé l'astragale consécutivement ont tous été sauvés.

Mais ces 16 malades ont été pris par vous sur un relevé de 57 cas de *luxations simples* de l'astragale, et, par cela même, ils étaient loin de ressembler aux malades de l'autre catégorie; ceux-ci avaient des *luxations compliquées de graves désordres dans les parties voisines*, et se trouvaient dès lors dans de très mauvaises conditions.

Lorsque la mort a eu lieu, elle a été, ainsi que je le fais observer dans mon mémoire, le résultat d'accidents indépendants de l'opération elle-même, et dont il faut chercher l'explication dans les *lésions produites sur les parties molles et sur les autres os que l'astragale au moment même de la luxation*; il faut aussi en chercher la cause dans les *traitements irrationnels auxquels on a soumis quelques malades.*

Vous avez donc comparé deux ordres de faits différents; vous arrivez ainsi à une conclusion que je ne puis accepter.

Vous paraissez croire que, lorsque les statistiques seront mieux faites, le nombre proportionnel de succès sera bien moins considérable. Ici encore, mon cher confrère, je pense autrement que vous.

Vous admettez sans doute que des soins éclairés et assidus, ainsi que de bonnes conditions hygiéniques, sont de puissants moyens de succès à la suite des opérations.

Etudions l'extraction de l'astragale sous ces deux points de vue :

L'extraction de l'astragale est une opération facile; les soins consécutifs présentent, au contraire, de grandes difficultés. Pour triompher de ces difficultés, il importe de savoir comment s'opère la guérison, quelle est la nature du travail qui a lieu dans les parties divisées, quel est enfin le but auquel doivent tendre tous les efforts du chirurgien.

Les auteurs se taisent à ce sujet, ou donnent des préceptes plus dangereux qu'utiles, lorsque, par exemple, ils conseillent d'imprimer de fréquents mouvements au pied dans la crainte de l'ankylose.

Les conséquences de ce silence et de ces erreurs ont été déplorables; les chirurgiens ont agi sans règle et sans méthode; ils n'ont su ni prévoir, ni combattre les accidents; souvent ils les ont fait naître. Enfin ils ont quelquefois abandonné les malades à eux-mêmes immédiatement après l'opération, comme si leur mission ne devait pas aller plus loin.

On doit espérer que ces fautes deviendront de plus en plus rares, grâce aux progrès de la chirurgie.

Peut-être aurai-je contribué un peu à cet heureux résultat par les idées que contient la seconde partie de mon mémoire.

Non-seulement les succès dépendent de la bonne direction donnée au traitement à la suite de l'opération; ils dépendent aussi beaucoup de la salubrité du lieu où se trouve le malade.

On peut dire d'une manière générale que nulle part la chirurgie n'est pratiquée avec autant de talent et d'habileté qu'à Paris.

On peut dire d'une manière absolue que nulle part (en France du moins) on n'a autant d'insuccès qu'à Paris.

De là le peu de valeur que doivent avoir aux yeux des chirurgiens de province les statistiques dont les éléments sont presque toujours puisés dans les grands centres de population.

Parmi les opérations que vous indiquez comme donnant des résultats bien moins favorables qu'on n'est généralement porté à le croire, vous citez les *amputations* et la *hernie étranglée.*

Je m'étais formé la même opinion que vous en recueillant pendant plusieurs années des observations à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Depuis ce temps, je me suis convaincu que loin de Paris les choses sont bien différentes, et que le chiffre des succès à la suite des opérations est en raison inverse du chiffre de la population du lieu où se pratique l'opération.

A Paris, les guérisons à la suite des grandes amputations, et après l'opération de la hernie étranglée, ne sont, il faut bien le dire, que d'heureuses exceptions.

A l'Hôtel-Dieu de Nantes, qui cependant laisse tant à désirer sous le rapport des conditions hygiéniques, on sauve à la suite des mêmes opérations les deux tiers des malades.

A l'hôpital de Napoléon-Vendée, qui se trouve dans une position extrêmement salubre, M. le docteur C. Merland n'a perdu que deux opérés sur trente à la suite des grandes amputations.

J'ajouterai que j'ai opéré à la campagne un grand nombre de hernies étranglées, et que j'assombrirais beaucoup le tableau si je disais que j'ai eu à regretter un malade sur dix.

Dirai-je encore que l'opération césarienne, toujours mortelle à Paris, compte de nombreux succès en province?

Enfin, la pratique des grandes opérations cesse de jour en jour d'être le privilége exclusif des chirurgiens des grandes villes : dès lors le nombre proportionnel des succès va sans cesse en augmentant.

Faites entrer de semblables éléments dans vos statistiques, et vous arriverez à un résultat opposé à celui que vous avez cru être l'expression de la vérité.

J'ose espérer, monsieur et très honoré confrère, que ces réflexions me justifieront à vos yeux d'avoir sur les dangers de l'extraction immédiate de l'astragale une opinion qui diffère de la vôtre, et d'avoir dans les ressources de la chirurgie une toute autre confiance que celle que m'avait inspirée autrefois et que vous inspire aujourd'hui l'observation des malades dans les hôpitaux de Paris.

Veuillez agréer, etc. G. Letenneur.

Nantes, le 25 août 1852.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans le numéro du 4 septembre courant de votre estimable journal l'article intitulé : *Traitement palliatif du varicocèle.* Vous y parlez du procédé de M. Hervez de Chégoin, que M. Larrey vient de mettre en pratique sur un jeune soldat fort incommodé par un varicocèle volumineux.

Ce procédé est simple et bon à suivre; mais il en est un autre plus simple encore que j'ai imaginé et que je mets en usage depuis environ huit ans. Ce procédé consiste dans l'application de mon suspensoir néo-hygiénique et des lotions d'eau froide acidulée avec de l'acide acétique, ou vinaigre, ou avec du sulfate d'alumine et de potasse, faites sur les bourses matin et soir, pendant une ou deux minutes seulement. A l'aide de ce simple traitement, les varicocéleux voient disparaître leurs souffrances et diminuer sensiblement leur infirmité, à tel point qu'au bout d'une année un varicocèle, volumineux dès le principe, a perdu plus de la moitié de sa grosseur; alors il ne gêne plus. Mais le malade ne doit pas quitter le suspensoir néo-hygiénique, qui a pour avantage de contenir toujours parfaitement les organes sans les fatiguer, ce que ne font jamais les suspensoirs ordinaires, parce que la confection en est tout à fait défectueuse.

Agréez, etc. Dr Conté de Lévignac.

Organisation du personnel de santé militaire.

17e DIVISION MILITAIRE. — Hôpital de Bastia.

Médecins. — MM. Besson, principal de 1re classe; — Minvielle, major de 2e classe; — Giuliani, aide-major de 1re classe.
Chirurgiens sous-aides. — MM. Gaillard, Portafax.
Pharmacien. — M. Fresneau, aide-major de 2e classe.

Hôpital d'Ajaccio.

Médecins. — MM. Frasseto, major de 2e classe; — Bouton, aide-major de 1re classe.
Chirurgien sous-aide. — M. Torrel.
Pharmacien. — M. Perrin, major de 2e classe.

Hôpital de Calvi.

Médecin. — M. Delassus, aide-major de 1re classe.
Chirurgien sous-aide. — M. Decan.

Hôpital de Corte.

Médecin. — M. Duplessy, aide-major de 1re classe.
Pharmacien. — M. Grignon, major de 2e classe.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans la vingt-cinquième année de son existence, sont devenues si rares aujourd'hui qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans un format in-4° qui ressemblait beaucoup à celui des *Débats* sous l'Empire.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin la *Gazette*, en 1851, c'est-à-dire au moment où commençait la seconde moitié du dix-neuvième siècle, a adopté son format actuel et les beaux caractères qui en rendent la lecture si facile. Pendant les vingt mois qui se sont écoulés depuis cette époque, un nombre considérable d'abonnés nouveaux sont venus nous prouver que le corps médical veut bien apprécier les efforts que nous ne cessons de faire pour lui rendre le plus de services possible. Ces abonnés ont presque tous voulu collectionner leurs numéros en partant de cette année 1851, si bien que ceux que nous avions en réserve se sont épuisés, et que nous venons d'être obligés de faire réimprimer cette année tout entière.

Nous la fournirons maintenant, moyennant 12 francs seulement, à ceux de nos abonnés qui voudraient se faire une collection à partir de cette époque.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Epanchement pleurétique. Thoracentèse. — Carie des os du pied. Amputation par la méthode de Chopart. Modification dans le manuel opératoire. — Affection occupant toute la région mammaire gauche. Difficultés du diagnostic. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Phlébite suppurative à la suite d'une saignée. Infection purulente. Guérison par le tartre stibié à haute dose. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Sédillot. — Staphyloraphie. — Académie de médecine (addition à la séance du 14 septembre). Discours de M. Ricord sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épanchement pleurétique. — Thoracentèse. — Évacuation par expectoration d'une partie du liquide de l'épanchement. — Ulcération fistuleuse de la plaie produite par le trocart.

Dans une de nos dernières *Revues*, nous avons donné l'histoire d'un malade de l'hôpital Beaujon, chez lequel un épanchement pleurétique abondant avait tellement modifié les rapports et la situation des viscères thoraciques et abdominaux, que l'on put croire un instant à une transposition d'organe.

Nous avons pu examiner, dans le service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, un malade qui présentait aussi un épanchement considérable. Les phases remarquables suivies par l'affection de la plèvre et du poumon, les phénomènes extraordinaires observés depuis que l'opération de la thoracentèse a été pratiquée, et enfin les difficultés du diagnostic et l'hésitation que l'on doit éprouver dans le choix d'un traitement, donnent à ce fait une importance assez grande pour que nous ayons cru être utile en l'insérant dans notre *Revue*.

Notre honorable confrère M. le docteur Empis, chef de clinique, a bien voulu mettre à notre disposition un résumé de l'observation.

Le nommé Adrien Desjardin, âgé de vingt-trois ans, ferblantier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 19 juin 1852. La santé de cet homme a commencé à s'altérer huit mois avant son entrée à l'hôpital. Il s'était bien porté jusqu'alors; il n'a dans sa famille aucun antécédent de tubercules : ses parents, frères et sœurs, jouissent d'une santé parfaite. Ce malade, après quelques jours de malaise, avait été pris d'une hémoptysie; il avait rendu, comme par vomissement, la valeur de deux verres de sang rouge et mousseux dont l'évacuation s'était accompagnée de toux. A partir de ce moment, il perdit ses forces, diminua d'embonpoint et cessa bientôt de travailler; il entra alors à l'hôpital de Bon-Secours, où il resta pendant deux mois. Quand il en sortit, il n'était pas encore complétement rétabli; mais cependant, se trouvant plus fort, il essaya de reprendre ses travaux. Au bout de quelques semaines, il fut pris brusquement d'une douleur très vive dans le côté gauche de la poitrine, qui, à ce qu'il nous dit, lui arracha un cri au moment où elle se manifesta; bientôt après il survint un peu de toux et, plus tard, un peu d'expectoration.

Le malade garda le lit dès ce moment, et fut traité chez lui par l'homœopathie. Sa santé s'altéra de plus en plus; il maigrit beaucoup. Son appétit diminua; cependant il a toujours pu manger un peu, et digérait ce qu'il prenait. Il toussait de temps en temps, rendait peu de crachats, avait la respiration gênée, souvent de la fièvre, qui augmentait principalement dans la soirée et que suivait de la sueur pendant la nuit.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, cet homme était très faible, très amaigri, très pâle; il avait la respiration très gênée, toussait un peu et rendait par expectoration quelques crachats muqueux sans caractères.

L'examen de la poitrine fournissait les signes d'un épanchement abondant dans la cavité gauche du thorax; il y avait saillie de ce côté, matité considérable remontant jusqu'à trois travers de doigt de la clavicule en avant, et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate; immédiatement dessous la clavicule et au-dessus, il y avait un son clair, exagéré et tympanique. L'auscultation permettait d'entendre le bruit respiratoire, très affaibli au niveau de la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, où la respiration était soufflante et rude; au-dessous de ces points, le bruit respiratoire cessait tout à fait jusqu'en bas. Du côté droit, le bruit respiratoire paraissait un peu exagéré; le son était normal. Mais le cœur était porté à droite et battait au niveau du mamelon droit, à trois travers de doigt de la ligne médiane. La peau était médiocrement chaude et le pouls à 104. Conservation d'un peu d'appétit et digestions régulières.

Malgré l'application d'un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine et l'administration des diurétiques, l'épanchement ne diminua pas et la dyspnée fit des progrès, ce qui détermina à faire l'opération de la thoracentèse le 26 juin.

L'opération fut pratiquée par la méthode de M. Trousseau; il s'écoula par la canule un pus séreux, mal lié, qui remplit trois grands bassins.

Vers la fin de l'opération le malade fut pris d'une toux convulsive très violente qui dura quelques minutes, après lesquelles il respira plus librement. On fit de nouveau l'examen de la poitrine, et l'on put constater que le poumon avait repris sa place dans le thorax. Le bruit respiratoire s'entendait jusqu'au sixième inférieur, et le cœur, refoulé à droite, avait également repris sa position naturelle.

On réappliqua un vésicatoire sur le côté gauche, on donna au malade une potion calmante et on le laissa tranquille.

Il y eut après cette opération une amélioration très notable. La respiration était redevenue libre; le facies du malade était redevenu meilleur, et l'on pouvait croire à une prochaine guérison.

Cependant, à partir du 5 juillet, les symptômes réapparurent peu à peu, et l'épanchement se reforma de manière à occuper les mêmes limites qu'il avait avant l'opération.

Le 10 juillet, pendant la nuit, le malade éprouva une dyspnée extrême, qui fut bientôt suivie d'une vomique considérable. Le malade rendit par expectoration la valeur de deux bassins d'une matière séro-purulente, miscible à l'eau, qui, évidemment, provenait de la plèvre; car le lendemain, à la visite, on put constater une diminution très notable de l'épanchement.

Un mieux momentané succéda à cette évacuation; mais les vomiques se répétèrent les 11, 13, 20, 24 et 27 juillet, sans qu'après aucune d'elles la cavité gauche du thorax se vidât complétement. La hauteur de l'épanchement restait toujours au-dessus de la moitié de la poitrine.

Le 30 juillet, il se manifesta un nouveau phénomène. Tout autour, mais surtout au-dessus du point où la ponction avait été pratiquée, il se forma de l'empâtement œdémateux qui, peu à peu, se transforma en collection liquide, si bien qu'entre la peau et les muscles intercostaux il existait un foyer de pus communiquant avec la plèvre. En effet, si l'on comprimait pendant quelques minutes le foyer, il disparaissait complétement; mais lorsqu'on cessait la compression, et surtout si on faisait tousser le malade, aussitôt la collection se reformait avec rapidité. Comme, d'un autre côté, les vomiques n'avaient pas reparu depuis le 27 juillet, ce qui permettait de penser que le trajet fistuleux du poumon était cicatrisé, et qu'en outre l'épanchement thoracique reprenait des dimensions extrêmes et refoulait le cœur au-dessous du mamelon droit, on se décida à une deuxième opération; mais à peine le malade était-il couché de manière à recevoir la ponction, qu'il fut pris d'une suffocation imminente suivie bientôt après d'une nouvelle vomique considérable. On ne fit pas alors l'opération, et on resta dans l'expectation. Il y eut encore du soulagement après l'évacuation d'une partie du liquide par les bronches; mais l'évacuation ne fut pas encore complète, et au bout de quelques jours la collection sous-cutanée se fit jour à l'extérieur par l'ouverture produite par le trocart le 26 juin, et dont la cicatrice n'avait été qu'apparente.

Depuis ce moment, le pus a toujours coulé goutte à goutte par le trajet fistuleux, mais sans que la quantité du liquide pleural en devint pour cela moins considérable; car encore aujourd'hui l'épanchement monte, en arrière, au niveau de l'épine de l'omoplate, et, en avant, jusqu'à la clavicule. Il y a toutefois un phénomène de percussion remarquable, et qui nous paraît se rapporter à ceux déjà décrits par Skode et M. Roger; savoir, dans une étendue de la largeur de la main, entre la clavicule et le mamelon, un son tympanique très prononcé, et dans la même étendue une respiration fort obscure. On ne constate ce phénomène que lorsque le malade est couché sur le dos; car si on le fait asseoir verticalement le son tympanique se déplace et reparaît au sommet de la poitrine, d'une manière toutefois beaucoup plus confuse. Il est probable que cette résonance tympanique est due à la présence du poumon, dont le déplacement suit celui du liquide; car il n'y a d'ailleurs ni respiration amphorique, ni tintement métallique, ni flot de liquide par la succussion de la poitrine.

Nous avons transcrit textuellement ces derniers détails sur l'état actuel de la poitrine du malade. Nous devons ajouter cependant que M. Gosselin assure avoir constaté la présence du souffle amphorique. Ce phénomène n'a pu être retrouvé ni par M. Empis, ni par nous. Cependant nous admettons très volontiers qu'il doive réellement exister; rien n'est plus vraisemblable.

Quant à la sonorité remarquable qui se rencontre à la partie supérieure de la poitrine, M. Empis croit devoir l'attribuer à la présence du poumon, qui, perméable à l'air, surnagerait et se placerait à la partie la plus élevée du thorax. Nous ne repoussons pas absolument cette opinion de notre collègue; cependant nous avouons avoir assez de disposition à croire que la sonorité serait plutôt due à un certain degré de pneumothorax. La manière dont cette sonorité se déplace quand le malade, au lieu d'être couché, se tient assis, nous semble bien plus indiquer le déplacement d'une masse d'air que le déplacement du poumon; et cela d'autant plus, que si le poumon se laissait ainsi déplacer facilement, il faudrait admettre qu'il a perdu une grande partie de son volume; et, dans ce cas, sa sonorité devrait être bien moindre par le fait de son retrait sur lui-même.

Quoi qu'il en soit, nous avons chez ce malade une affection complexe; la dyspnée va toujours en augmentant, cessant momentanément sous l'influence de vomiques, qui ne se font jour qu'au dernier degré de suffocation. Doit-on en rester à ce point, et l'intervention de la chirurgie n'est-elle pas impérieusement indiquée? Nous le croyons avec M. Empis et avec M. Gosselin. L'état fistuleux de la plaie thoracique permet de procéder sans crainte à une thoracentèse plus complète. La vie du malade est tellement compromise si on n'agit pas, que sans aucun doute ses plus grandes chances de salut se concentrent dans l'opération. Le malade hésite encore, mais ses souffrances incessantes la lui feront accepter avant peu. Nous espérons pouvoir revenir sur cette intéressante observation.

Carie des os du pied. — Amputation par la méthode de Chopart. — Modification dans le manuel opératoire.

Les amputations à lambeaux, qui nous paraissent offrir, au point de vue des suites de la mutilation, les plus grands avantages, ont aussi leurs inconvénients, et, parmi ceux-ci, nous citerons la difficulté que l'on éprouve à donner aux lambeaux la forme et l'étendue suffisantes. Dans les amputations du pied surtout, lorsque l'on veut tailler le lambeau plantaire, on arrive rarement à lui donner les dimensions voulues et surtout à le terminer d'une manière bien régulière. Déjà, dans ce journal, on a indiqué une modification proposée par M. A. Guérin (de Vannes) pour simplifier ce temps de l'opération. Ce chirurgien, après avoir ouvert largement les articulations, abandonne cette première partie de l'opération pour immédiatement dessiner le lambeau plantaire, dont il trace les limites avec la pointe du couteau; puis, achevant la désarticulation, il divise les parties molles de la plante du pied, n'ayant plus à s'occuper du chemin à suivre, une fois l'instrument engagé en dedans et en dehors dans l'incision préalablement pratiquée. Nous avons pu juger la valeur de cette modification dans le fait suivant :

Le jeune Guyon, âgé de seize ans, lymphatique, faible, est entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 4.

Il y a huit mois, il tomba dans un escalier et se foula légèrement le pied. A la suite de cet accident, il ne prit aucune précaution; il continua à marcher. Mais bientôt après il commença à ressentir de si vives douleurs au pied et au genou droits, qu'il fut obligé de renoncer à la marche; le pied se tuméfia, et il se forma sur sa face dorsale un abcès qu'on fut obligé d'ouvrir avec le bistouri. Les douleurs du genou cessèrent pour toujours, mais l'abcès ne se ferma pas; il en vint deux autres à côté, qui s'ouvrirent seuls et restèrent également fistuleux, et le malade entra à l'hôpital dans l'état suivant : La partie antérieure externe et dorsale de la région tarsienne est tuméfiée, douloureuse jusqu'à l'origine des orteils; il existe trois ouvertures fistuleuses qui conduisent le stylet sur des os cariés, et dans lesquels la pénétration de l'instrument est très facile. Un quatrième abcès, fluctuant, fut ouvert par M. Guérin, qui, à l'aide du stylet, put pénétrer sur le cuboïde, également malade.

En résumé, on pouvait facilement reconnaître que toute la région antérieure des os du tarse était malade. L'amputation médio-tarsienne suivant la méthode de Chopart était la seule possible; elle fut pratiquée le 13 septembre.

Après avoir dessiné le lambeau dorsal, M. Guérin ouvrit en partie les articulations; cela fait, avec le couteau il sculpta jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané tout le lambeau plantaire; ensuite il acheva les désarticulations, puis le lambeau, dont la forme et le volume étaient assurés, et eut un résultat des plus satisfaisants. La plaie fut réunie par des serres-fines et quelques sutures entortillées sur les côtés. L'examen anatomique du pied permit de constater combien l'opération était indiquée par la nature et la gravité des lésions.

Ainsi, les articulations calcanéo-cuboïdienne et scaphoïdo-astragalienne étaient très saines; mais le deuxième et le troisième cunéiformes et une grande partie du cuboïde étaient cariés, ramollis et pleins de pus, les deux cunéiformes surtout; leurs articulations et les têtes des quatre métacarpiens les plus externes étaient profondément altérées.

Affection occupant toute la région mammaire gauche avec hypertrophie de la peau et des tissus sous-jacents. — Difficultés du diagnostic.

Nous avons observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau, une malade qui offre une affection qu'il nous serait très difficile de classer dans un cadre nosologique quelconque; la difficulté du diagnostic est telle que M. Velpeau lui-même, après s'être livré à de nombreuses recherches, n'a pas encore dû se prononcer sur la

nature de la maladie. Nous nous contenterons de donner l'observation, qui nous paraît offrir le plus grand intérêt.

La malade est couchée au n° 4 de la salle Sainte-Catherine ; elle se nomme Fremy et est âgée de soixante-huit ans.

L'affection a débuté il y a environ un an par de petites taches isolées, livides, qui deviennent peu à peu saillantes au toucher; elles forment alors des tubercules ou petites tumeurs dures, indolentes, arrondies, du volume d'un grain de chènevis, rougeâtres; ces tumeurs s'accroissent tantôt une à une, tantôt s'accolent à de nouvelles pour former des *plaques* à surface inégale, rugueuse, mamelonnée, à bords irréguliers. Elles paraissent transparentes, vésiculiformes, mais en réalité ont une consistance solide; elles se laissent traverser par une épingle sans donner issue à aucun liquide. A leur niveau, l'épiderme, fort aminci, s'exfolie au moindre frottement, et un léger suintement séreux en est la suite; ce liquide se concrète et donne lieu à de petites croûtes jaunâtres; ailleurs, il n'y a qu'une simple desquamation; en d'autres points l'épiderme est sain, et l'on voit alors se dessiner à travers sa transparence des *varicosités* des capillaires du derme qui donnent à la peau une nuance bleuâtre, peu uniforme, dans une étendue variable. Ces parties variqueuses ne font point saillie; elles ont une teinte plus foncée que les tubercules; dans ceux-ci, la circulation paraît supprimée, tandis qu'au niveau des premières on peut encore faire refluer le sang par la pression, et cependant ces varicosités semblent être le point de départ des tumeurs isolées ou en masse. En effet, il est remarquable qu'elles se développent toujours sur le trajet des vaisseaux variqueux, puis la teinte bleuâtre disparaîtrait pour leur faire place, si l'on doit en croire les renseignements donnés par la malade; c'est du reste conforme à ce qu'il a été possible d'observer depuis deux mois qu'elle séjourne à l'hôpital. L'affection a débuté en dedans, puis à la partie supérieure de la mamelle; c'est là que les plaques sont le plus épaisses; elles sont plus disséminées à la partie inférieure et externe; enfin, le mamelon et l'auréole, qui sont longtemps restés sains, commencent depuis quelques jours à se couvrir à leur tour de tubercules tout à fait semblables aux premiers. C'est ainsi que de proche en proche cette sorte de développement érectile du tissu vasculaire d'Heicorn a envahi les deux tiers environ de la mamelle : ici par points isolés, là sous forme de plaques plus ou moins étendues qui donnent à cette région un aspect hideux.

La peau elle-même devait nécessairement être affectée pendant que le système chargé de sa nutrition subit une dégénérescence. En effet, elle s'hypertrophie, et sans doute avec elle les tissus cellulaire et adipeux sous-cutané, de manière à quadrupler aujourd'hui le volume de la mamelle et offrir ainsi une plus grande surface à l'envahissement des plaques. Partout où celles-ci existent, l'épaississement de la peau est caractérisé par une résistance plus grande que dans les points moins altérés, où la pression des doigts laisse une empreinte comme dans l'œdème. La glande mammaire ne participe pas à l'altération.

Cette horrible affection se développe d'une manière lente, sans accès, presqu'à l'insu de la malade, dont la santé est excellente, et qui ne ressent pas d'autres inconvénients de son mal que ceux qui résultent du volume et du poids de la mamelle. La sensibilité de la peau est obtuse; mais au début, la malade éprouvait des sensations de chaleur tellement vives, qu'elles lui nécessitèrent l'application de la glace.

Jusque-là, le mal a été local; mais depuis environ un mois, il lui survient de l'œdème aux membres inférieurs, surtout à gauche, et son apparition coïncide précisément avec le développement de petites tumeurs, semblables à celles du sein, au-dessus de la malléole interne du pied gauche. Cela n'indiquerait-il pas une prédisposition organique du système vasculaire ? Ces petites tumeurs disparaissent, et il n'en vient pas en d'autres régions ; mais aucune cause appréciable ne peut non plus expliquer la production de celles du sein. Elle a nourri trois enfants ; mais on ne peut songer à l'influence de la lactation, l'âge de la malade et le début récent de l'affection éloignent cette idée ; il n'y a jamais eu d'inflammation du sein, elle n'a pas reçu de coups. Ce n'est donc point dans l'étude des causes que l'on trouvera un élément de diagnostic pour classer cette maladie, dont la nature est tout à fait inconnue.

M. Velpeau avait pensé d'abord pouvoir rapprocher cette maladie de l'éléphantiasis des Grecs, qui en effet pendant la première période présente quelquefois de petites tumeurs arrondies ayant de l'analogie avec celles de notre malade ; mais il n'était pas possible de s'arrêter à cette idée; la marche et les symptômes de l'éléphantiasis offrent de trop grandes différences.

En résumé, le diagnostic, quant à présent, reste impossible ; on peut tout au plus avoir des idées sur le siége de l'affection, et encore devons-nous dire que l'élément vasculaire ne peut être considéré comme seul malade.

Quant au traitement, il reste aussi très difficile. M. Velpeau fait couvrir la surface malade avec une pommade contenant du *précipité blanc*. Depuis un mois, ce médicament a produit peu de résultats. Le poids du sein est énorme et fatigue la malade; mais, à part cette gêne, elle n'éprouve que peu ou pas de douleurs; la santé générale reste bonne. M. Velpeau ne songe pas à pratiquer l'amputation du sein. L'apparente innocuité du mal d'une part et d'autre part la nouvelle extension que paraît prendre l'affection, qui envahit les membres pelviens, doivent éloigner toute idée d'opération.

D[r] E. L.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Phlébite suppurative à la suite d'une saignée. Infection purulente. Guérison par le tartre stibié à haute dose.

Par M. le docteur Léon Gigot, de Levroux.

Lorsque, dans le cours d'une phlébite, les symptômes de l'infection purulente sont survenus, le malade est voué à une mort à peu près certaine, puisque le plus ordinairement l'art n'a aucun moyen efficace pour les combattre. C'est ainsi que l'on a employé sans succès les toniques, les bains, les affusions, les vésicatoires, les évacuants, les excitants diffusibles, les mercuriaux et les contro-stimulants. Il est vrai qu'un nouveau médicament, l'aconit, a fixé depuis quelque temps l'attention des praticiens, et paraît avoir produit de bons effets, principalement dans certains cas de phlébite des veines utérines. Bien que mon expérience ne me permette pas d'émettre un jugement sur la valeur de cet agent thérapeutique, je dirai cependant que, l'ayant employé inutilement dans un cas d'infection purulente survenue à la suite d'une phlébite chez un enfant de treize ans, je n'ai pas hésité, dans un cas à peu près semblable, à lui substituer un autre médicament dont j'ai retiré, je le déclare, des effets inattendus. Je veux parler du tartre stibié. Sans accepter à la lettre l'hyperbole du médecin anglais Cheyne, qui prétend « qu'il ne connaît pas le nom d'une maladie où l'émétique ne soit fort » avantageux, » on pourrait peut-être dire que ce précieux médicament n'est pas employé avec assez de hardiesse et de persévérance dans bien des cas où il rendrait des services signalés. La phlébite suppurative ne serait-elle pas de ce nombre?

D'après MM. Trousseau et Pidoux, l'action de l'antimoine dans la phlébite n'est guère moins constante que dans la pneumonie (*Thérap.*, t. II, p. 740). Ces deux auteurs, à l'appui de leur assertion, parlent d'un cas de phlébite avec symptômes typhoïdes, dont M. Récamier triompha en vingt-quatre heures au moyen de 6 grammes d'oxyde blanc d'antimoine. Cette observation, que tout le monde connaît, offre quelques traits de ressemblance avec celle que je soumets à l'attention des praticiens.

Le nommé Guillard, de Trégonces, fut pris de phlébite deux jours après une saignée pratiquée au bras gauche par une sage-femme.

Lors de ma visite, 7 juillet 1852, voici ce que je constatai :

Le malade, âgé de cinquante-trois ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, et qui s'est fait saigner plusieurs années de suite sans éprouver d'accidents, attribue l'inflammation de la veine à ce qu'il s'est servi de son bras peu de temps après la saignée. La piqûre faite sur la médiane céphalique est béante et laisse échapper quelques gouttes d'une sérosité roussâtre. Cette ouverture répond au centre d'un gonflement assez étendu, chaud, rouge et très douloureux. La veine se révèle sous la forme d'un cordon dur, noueux et très sensible à la pression. Point de gonflement aux ganglions axillaires. Le membre, demi-fléchi, ne se meut qu'avec beaucoup de difficulté. Céphalalgie, soif vive, inappétence, courbature, peau chaude et moite; pouls plein, vibrant, régulier et marquant de 90 à 100.

J'ordonnai une application de quinze sangsues sur le trajet de la veine, des onctions mercurielles, des fomentations émollientes et narcotiques, et une tisane laxative.

Au bout de deux jours, je fus mandé en toute hâte auprès du malade, que je trouvai dans l'état suivant : physionomie altérée; teinte plombée de la peau; prostration extrême; respiration normale; pouls petit, fréquent et facilement dépressible; langue molle, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; ventre ballonné; pas de dévoiement; gonflement considérable du bras; une légère pression exercée sur le trajet de la veine fait sortir quelques gouttes de pus. Dans la nuit qui précéda cette seconde visite, le malade a éprouvé un frisson très prononcé avec tremblement général. D'après ces symptômes, je ne doutai pas qu'il n'y eût infection du sang par le pus. Je fis appliquer immédiatement un vésicatoire à chaque jambe, et j'ordonnai 30 centigr. d'émétique, à prendre dans un verre de tisane par cuillerée toutes les vingt minutes. Au bout de douze heures, je revis le malade. Il avait eu quatre selles et deux vomissements. Une amélioration notable m'engagea à continuer la même médication. J'ordonnai donc de nouveau 30 centigr. d'émétique, à prendre de la manière et dans le même laps de temps. Il n'y eut, cette fois, qu'un seul vomissement bilieux; mais les selles furent très abondantes. Après vingt-quatre heures, tous les symptômes typhoïdes avaient disparu, et il ne restait plus qu'un peu de suppuration au pli du bras, car il s'était formé dans le tissu cellulaire entourant la veine un petit abcès qui s'ouvrit spontanément. J'établis une légère compression au moyen d'une bande appliquée à la distance de trois travers de doigt de la piqûre de la veine jusqu'au creux de l'aisselle. A partir de ce moment, quelques jours ont suffi pour obtenir une guérison complète.

— Une question se présente naturellement ici : « Comment a agi le tartre stibié pour guérir dans le cas que je viens de rapporter? » A cette question, je serais en droit de répondre ce que l'on est souvent obligé de répondre en thérapeutique : « Cela a guéri, peu importe le comment. » Cependant je me permettrai d'émettre une opinion à ce sujet.

Il y a dans la diathèse purulente deux phases distinctes : 1° infection du sang par le pus; 2° formation d'abcès métastatiques dans les viscères. Or tant que ces derniers n'existent pas, le malade est susceptible de guérir, car le pus porté dans le torrent de la circulation peut être éliminé par les émonctoires naturels et même par des abcès dans les chairs ou dans les articulations, comme on en cite quelques exemples (Vidal, *Archives générales de médecine*, octobre 1848; Lalaux, *Gazette des Hôpitaux*, 22 mai 1852). En présence des premiers symptômes caractérisant l'infection purulente, alors qu'il y a seulement viciation du sang par le pus, sans foyers dans les viscères, le médecin doit donc se hâter de déterminer l'élimination de ce liquide autant qu'il sera en son pouvoir.

L'émétique me paraît être l'agent le mieux susceptible de remplir cette indication. En effet, en même temps qu'il agit comme dérivatif en produisant la turgescence vasculaire de tout le système du tronc cœliaque, il augmente au plus haut degré la sécrétion des follicules muqueux, du pancréas et principalement du foie. Ajoutons maintenant à ces effets l'action contro-stimulante du médicament, et l'on pourra peut-être ainsi se rendre compte tant de l'élimination du pus qui viciait le sang que de l'arrêt de la phlegmasie.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. Sédillot une lettre et une observation que nous nous empressons de publier. Voici la lettre :

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Je lis aujourd'hui dans votre excellent journal (numéro du samedi 4 septembre 1852) un article de M. le docteur Deville, dans lequel il est question de mon procédé de staphyloraphie.

M. Deville a apprécié avec beaucoup de bienveillance les conditions opératoires auxquelles il attribue mes constants succès; et j'avouerai volontiers que dans les circonstances particulières où s'est trouvé cet habile et zélé confrère, il pouvait adopter l'opinion qu'il a exposée. Cependant ses explications sont trop complétement opposées à mes publications antérieures et à mon expérience journalière pour les laisser sans réponse; et afin d'éviter des incertitudes et des méprises fâcheuses, je vous demanderai la permission d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

La staphylorapbie était restée une opération délicate, difficile et sujette à de nombreux revers avant les modifications que l'y ai introduites, et qui m'ont procuré jusqu'à ce jour des résultats constamment heureux.

Ma méthode résulte d'un principe général auquel je me suis complétement rattaché depuis quelques années, et auquel j'attribue tous mes succès : éviter l'étranglement. Pour me conformer à ce principe, dans le cas spécial de la staphyloraphie, j'ai dû rechercher, en m'aidant des travaux d'illustres confrères, quelles étaient les causes qui compromettaient si souvent la réunion du voile du palais, et j'ai dû me convaincre, avec Dieffenbach, Warren, M. Fergusson, etc., que les tractions exercées par les muscles en constituaient le principal obstacle, et qu'il fallait les diviser, ainsi que toutes les parties molles susceptibles de produire une tension considérable, si l'on voulait réussir. C'est ce qui résulte, je crois, très nettement des diverses communications que j'ai adressées à l'Académie des sciences, et qui ont été reproduites avec beaucoup de fidélité par la *Gazette médicale de Paris*.

Si l'honorable M. Deville n'a pas compris tous les détails dans lesquels je suis entré, c'est faute d'une attention suffisante ou manque de clarté de ma part.

Je ne saurais accepter les raisons anatomiques qu'il m'oppose, car rien n'est plus facile que de diviser :

1° Le muscle glosso-staphylin;
2° Toute la partie antérieure du muscle pharyngo-staphylin;
3° Le corps du péristaphylin interne.

Ce dernier muscle ne s'épanouit en éventail qu'en se rapprochant de la ligne médiane; et en l'allant chercher un peu en dehors, on tombe sur ses fibres réunies en cordon, et on les incise sans beaucoup de peine.

J'ai dit ailleurs comment on pouvait produire presque de toute pièce un nouveau voile dans les cas d'atrophie ou d'insuffisance de cet organe, et si l'on veut se rappeler les beaux succès que l'on obtient aujourd'hui de la méthode de M. Jobert (de Lamballe) pour la restauration de la cloison vésico-vaginale, on verra à quels brillants résultats conduit notre principe bien appliqué.

Maintenant, comment se fait-il que M. Deville ait pu se tromper en s'appuyant sur une dissection précise habilement faite sur une tête où je venais de simuler la staphyloraphie?

En voici l'explication :

Après avoir pratiqué quelques-uns de mes procédés opératoires en présence de M. le professeur Nélaton, qui me l'avait fort obligeamment demandé, j'exposai les indications de ma méthode de staphyloraphie, et j'enfonçai un bistouri dans un voile intact du palais pour représenter l'incision des muscles péristaphylins internes en annonçant que l'on pouvait se contenter de ce débridement dans le cas où le voile n'était pas atrophié et où la tension n'était pas considérable. On réussit en effet de cette manière, que je ne conseille pas néanmoins, parce que c'est augmenter inutilement les chances défavorables de l'opération, et qu'on a l'avantage en coupant les muscles glosso et pharyngo-staphylins d'assurer la réunion des deux moitiés de la luette, qui n'est pas autrement sans quelques difficultés.

Il paraît, comme M. Deville le rapporte, et comme je n'ai aucune raison de le contester, que je ne divisai pas les muscles péristaphylins internes. Cela m'est arrivé dans plusieurs de mes opérations, où la vue du voile tiré en dehors et en arrière par les fibres encore intactes du muscle révélait la nécessité d'en achever la section.

N'ayant pas ce moyen de critérium sur le cadavre, je me suis borné à un seul coup de bistouri; mais l'erreur que la dissection a révélée n'aurait pu être commise sur le vivant, et la persistance du plissement du voile l'aurait signalée et aurait conduit à y remédier.

Ces détails se trouvent consignés dans l'observation que j'ai l'honneur de vous adresser, et ce ne serait pas le moment d'insister sur le rôle du péristaphylin externe, dont on atteint assez aisément le tendon en dedans de la poulie de réflexion que lui présente le crochet ptérygoïdien.

« Si l'on voulait (dit M. Deville) couper les muscles du palais » pour favoriser la staphyloraphie, il resterait en tout, une fois les » incisions faites, deux mauvaises languettes tenant chacune par » un petit pédicule étroit au bord postérieur des os palatins. » M. Deville oublie que les incisions verticales faites sur les côtés du voile ne le divisent pas complétement en bas, c'est-à-dire vers son bord libre, et que le voile reçoit des vaisseaux et un point d'appui, non-seulement dans sa continuité aux os palatins, mais encore par son bord libre antérieur adhérent au pharynx. Aussi est-ce *cette mauvaise petite languette*, comme l'appelle M. Deville, qui sert à reformer un voile palatin parfaitement régulier, et cela avec une facilité si grande, que nous n'hésitons pas à promettre et à affirmer le succès de l'opération.

J'espère, au reste, que les titres qu'acquiert chaque jour M. Deville par l'activité de son zèle scientifique et l'étendue de ses connaissances le rendront bientôt à ses amis et à la France, et que je pourrai alors lever directement et pièces en main tous ses doutes s'il lui en reste encore, et lui montrer l'exactitude et la sûreté des indications que je remplis.

Agréez, etc. C. Sédillot.

Voici maintenant l'observation telle qu'elle est relatée dans une lettre adressée par M. Sédillot à M. le docteur Spindler; médecin aux houillères de Champagney (Haute-Saône).

Division congéniale du voile du palais chez une jeune fille de 21 ans. — Écartement et atrophie considérable des deux moitiés du voile palatin. — Staphylorapbie par le procédé de M. le professeur C. Sédillot. — Guérison le sixième jour.

(La malade, opérée le 3 janvier 1852, quitta la clinique le 13 du même mois, parfaitement guérie.)

Mon cher confrère,

Vous serez peut-être surpris de revoir si promptement votre intéressante malade; nous vous la renvoyons cependant parfaitement rétablie des suites de sa staphylorapbie. Sa santé est excellente, son appétit très vif, et elle se flatte de parler déjà beaucoup mieux. Il me semble, en effet, que sa voix est avantageusement modifiée, et que le nasonnemennt est beaucoup moins marqué; mais je lui ai déclaré qu'elle continuerait à articuler d'une manière vicieuse un grand nombre de mots, et qu'il lui fallait plusieurs mois, si ce n'était une année, d'exercices soutenus pour assouplir ses organes vocaux et arriver à une prononciation nette et régulière.

Cette jeune fille n'a éprouvé aucun accident, ni aucun malaise depuis le jour de l'opération, et vous la reverrez aussi bien portante qu'il y a dix jours, lorsque vous nous l'avez amenée; la seule différence appréciable est son extrême gaieté et sa grande disposition à user et abuser des avantages qui lui ont été rendus.

Nous eussions pu la laisser partir dès le huitième jour de l'opération; mais nous préférâmes la garder un peu plus longtemps à l'hôpital, pour n'avoir pas de précautions de régime ni de conduite à lui imposer.

Je regarde ce succès comme un des plus remarquables; la division du voile était très large; les bords de la luette ne se remettaient pas en contact pendant les mouvements de déglutition, et les deux côtés du voile semblaient perdus sur les parties latérales de l'arrière-bouche. L'angle supérieur de la fente congénitale était arrondi en forme de cercle, et l'on n'en eût pas très probablement obtenu la réunion, même momentanée par le simple avivement et la suture des bords de la division. On eût fait tout au plus une sorte de treillis avec les fils, seul résultat possible, je crois, de l'ancien procédé dans de pareilles conditions.

La première indication était de reconstituer un voile du palais, et c'est ce que nous avons tenté sous vos yeux le samedi 3 janvier 1852. Nous avons commencé par faire une incision oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière à partir du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, un peu au-dessus de la dernière molaire inférieure (1). Cette incision, exécutée avec la pointe de ciseaux droits très tranchants, intéressa profondément le pilier antérieur et, plus bas encore, en arrière de la base de la langue, le pilier postérieur. Ce dernier organe, saisi avec une pince-érigne à trois dents, fut attiré en dedans sous la forme d'un repli triangulaire et divisé complétement avec les ciseaux. Ces premières sections répétées de chaque côté, et comprenant le glosso-staphylin et les portions de fibres du pharyngo-staphylin, dirigées vers la luette et vers la partie supérieure interne du voile, eurent pour effet de diminuer d'un tiers au moins la hauteur et l'écartement des deux moitiés du voile et d'en rétablir la disposition triangulaire.

Il y eut peu d'écoulement de sang et peu de douleur; et après avoir laissé reposer la malade, nous nous occupâmes de la section des muscles péristaphylins internes et des fibres longitudinales externes du pharyngo-staphylin.

Un bistouri à lame mince et étroite fut plongé d'avant en arrière, de haut en bas et un peu de dedans en dehors à un centimètre environ du bord interne de la moitié gauche du voile. L'incision, traversant cet organe de part en part, atteignit le faisceau du péristaphylin interne. Le retrait du voile s'opérait auparavant avec force de dedans en dehors et d'avant en arrière dans le point correspondant à la base de la luette, qui faisait un repli en arrière pendant les mouvements de déglutition et sous l'action irritante des instruments.

Ces dispositions cessèrent entièrement au moment de la section du péristaphylin, et toute la moitié gauche du voile resta verticale et immobile, sans qu'on pût y faire reparaître de contraction.

L'incision avait de 12 à 15 millimètres de hauteur et n'était nullement entr'ouverte.

La même manœuvre fut exécutée à droite, mais de ce côté le bistouri pénétra dans un point trop rapproché du bord libre de la division du voile, et il fallut prolonger davantage l'incision en bas pour atteindre toute l'expansion interne du péristaphylin.

Nous dûmes reporter plusieurs fois l'instrument tranchant dans la plaie pour diviser les fibres les plus inférieures du muscle, qui se révélaient par la persistance du plissement en dehors et en arrière du voile pendant les mouvements de déglutition.

Ces différents moments de l'opération exigèrent un temps considérable, en raison des intervalles de repos laissés à la malade, qui souffrit peu et n'accusa pas de douleur dans les oreilles, comme on l'observe lorsqu'on touche aux trompes d'Eustache ou à la muqueuse environnante.

Les deux moitiés du voile étaient pendantes, réunies en haut à angle aigu et très notablement rapprochées.

Il ne restait plus pour terminer l'opération qu'à procéder à l'avivement des bords de la division et à placer les points de suture.

Cette partie de la staphylorapbie n'offre, comme vous en avez été témoins, aucune difficulté avec les nouveaux instruments dont nous nous servons.

En moins d'une demi-heure, l'avivement fut opéré, et quatre points de suture noués alternativement à droite et à gauche avaient amené l'affrontement complet et la restauration régulière du voile.

(1) On se rendra très bien compte de la direction et de la profondeur de cette première incision en examinant sur la première personne venue la disposition normale de l'arrière-bouche, ou en l'étudiant sur soi-même devant un miroir.

Nous fîmes usage d'une aiguille à coudre très courte pour traverser les deux moitiés de la luette, et notre porte-aiguille nous rendra dorénavant, je crois, de très grands services pour cette partie de l'opération (1).

La malade assura qu'elle n'était pas fatiguée, et elle nous remercia avec effusion.

Une très légère complication apparente excita votre attention et celle des assistants. La plaie de section du péristaphylin interne droit, beaucoup plus étendue qu'à gauche, comme nous l'avons fait remarquer, s'entr'ouvrit et devint béante pendant la striction des ligatures. Nous avions déjà eu l'occasion d'observer un cas semblable, dont la terminaison fut très heureuse et n'entraîna aucun retard dans la guérison. Nous n'eûmes donc aucune inquiétude, et au bout de quarante-huit heures cette ouverture était comblée par le gonflement et le renversement d'arrière en avant des bords de la plaie, et la cicatrisation s'accomplit, comme d'ordinaire, sans aucun obstacle.

Notre seule recommandation à la malade fut de garder le silence, et nous lui permîmes de boire aussi souvent qu'elle en sentirait le besoin.

Une véritable épidémie d'érysipèles de mauvaise nature, de phlébites, d'angéioleucites, de pourriture d'hôpital régnant dans nos salles sous des influences inconnues et aggravées probablement par un état d'encombrement passager, nous eussions désiré placer notre opérée dans une chambre particulière; mais nous dûmes, faute de locaux disponibles, la laisser dans une salle commune de 40 lits, où couchaient momentanément une cinquantaine de malades.

Journée et nuit bonnes; pas de fièvre, pas de chaleur trop vive à la gorge, sommeil.

Le lendemain 4 janvier, même état. La plaie longitudinale droite est encore béante, mais a changé de forme. Elle représente un écartement triangulaire à sommet supérieur très étroit et à base inférieure de 5 millimètres environ d'écartement, disposition facile à expliquer par la direction des fibres musculaires du palais. Supérieurement l'incision comprenait des faisceaux mélangés du péristaphylin interne et du pharyngo-staphylin; inférieurement nous avions intéressé les fibres transversales de ce dernier muscle et leur rétraction devait se manifester plus facilement.

La malade boit beaucoup et crache peu. Toutes les plaies sont couvertes par une exsudation plastique de couleur blanchâtre, que plusieurs personnes s'imaginent à tort être du pus. La réunion médiane est parfaite et commence à se voûter un peu en arrière, ce qui est d'une observation constante.

Le lundi 5 janvier, troisième jour de l'opération, la plaie longitudinale droite est comblée. La membrane muqueuse s'est écartée de chaque côté attirée en dehors et en dedans par sa propre rétractilité; les cryptes muqueux ont suivi ce mouvement, et, en même temps que le segment du voile palatin compris entre la ligne médiane et le bord opposé de la plaie longitudinale faisait saillie en avant par une sorte de rotation de dehors en dedans et d'arrière en avant, le fond de l'incision se fermait par la rencontre des deux bords de la face postérieure du voile, ainsi que nous l'avions déjà constaté.

Le mardi 6 janvier, même état. La malade ne souffre nullement et prend des aliments liquides.

Le 7 et le 8, rien de particulier. La malade se promène et n'accuse aucune douleur. La réunion paraît complète, et nous pourrions enlever les fils. Mais, comme il n'y a pas de traces d'inflammation ni d'ulcération autour des sutures, en raison de l'absence de toute tension, nous préférons attendre un jour de plus.

Le vendredi 9 janvier, sixième jour plein de l'opération, nous enlevons les fils en saisissant successivement les nœuds avec une pince de pansement, les tirant légèrement en avant pour dégager et rendre un peu saillantes les ligatures, que nous coupons avec des ciseaux. Chacun des fils est ainsi enlevé. La réunion est très régulière et paraît très solide.

Néanmoins, par excès de précaution, nous engageons la malade à attendre vingt-quatre heures pour parler autant qu'elle le voudra et se laisser examiner par les élèves.

Le lendemain samedi 10 janvier, la malade n'est plus assujettie à aucune précaution, et chacun peut considérer les résultats obtenus. Les plaies accessoires ne sont pas complétement guéries, mais aucune ne suppure d'une manière apparente. La plupart semblent cicatrisées, telle que la plaie longitudinale gauche, qui est étroite et a peu d'étendue; celle de droite offre une surface encore granuleuse.

Les plaies transversales étendues des joues au fond du pharynx forment une ligne oblique de dehors en dedans, d'avant en arrière et de haut en bas.

Il faut, pour en apercevoir la terminaison pharyngienne, abaisser fortement la base de la langue.

Les deux piliers du voile, particulièrement le pilier postérieur, sont reformés, mais paraissent un peu épaissis et immobilisés par une sorte d'induration passagère.

La luette est rétablie avec un peu d'allongement de la moitié gauche: comme la muqueuse s'est rétractée en dehors de chaque côté et que les surfaces opposées de la luette sont des cryptes à nu et en voie de cicatrisation, nous ne doutons pas qu'il ne se fasse un affrontement régulier des quelques millimètres excédant du côté gauche. En tout cas, rien ne serait plus facile que de niveler d'un coup de ciseaux les extrémités de cet organe.

Le dimanche 11 janvier, la malade s'exerce à parler et se promène. Elle veut partir le lendemain, mais nous la décidons à ne nous quitter que le mardi matin 13, afin d'être vue une dernière fois par ceux de mes confrères et les élèves qui suivent notre clinique.

Le 13, dixième jour de l'opération, la malade est examinée par MM. les docteurs Schutzenberger, Coze, Tourdes, Michel, Wierger, Bolu, etc., etc., et par les élèves de la clinique.

(1) Nous avons fait construire un porte-aiguille spécial pour la suture de la luette, et on trouve cet instrument dans les boîtes à staphylorapbie de M. Elser.

Le voile du palais est déjà devenu plus souple et plus mobile; les cicatrices sont moins apparentes, la voix plus nette et l'opérée nous fait très joyeusement ses adieux.

Ce sera maintenant à vous, mon cher confrère, à compléter cette observation en nous disant quels progrès ultérieurs se seront accomplis dans la phonation.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de tous mes sentiments affectueux.

— Soit que cette lettre ne lui soit pas parvenue, soit par toute autre cause que nous ignorons, M. le docteur Spindler ne nous a pas répondu, ce qui nous empêche d'entrer dans plus de détails sur les progrès ultérieurs de la phonation. On remarquera, au reste, que l'observation, au point de vue opératoire, était complète à la sortie de la malade de nos salles.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE.

Discours de M. Ricord sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Messieurs, les accidents de la syphilis constitutionnelle peuvent-ils se transmettre autrement que congénialement ou par hérédité? Telle est la question qui nous intéresse tous à un si haut degré, au point de vue de la science pure, de l'hygiène publique et privée et de la médecine légale.

A l'époque où j'ai commencé l'étude des maladies vénériennes sans idées préconçues, peu satisfait des doctrines généralement admises, et si souvent démenties par l'observation, je me suis non-seulement adressé aux faits cliniques, mais je les ai rigoureusement interrogés aussi par l'expérimentation.

La voie était déjà ouverte par un de ceux qui ont placé leur nom le plus haut en syphiliographie, par le grand Hunter. Mais tout ce qu'avait annoncé ce maître de l'art ne me paraissant pas suffisamment démontré ou appuyé sur des observations assez nombreuses, je crus devoir tout vérifier.

Dès 1832, je démontrai à l'hôpital du Midi, à mes cliniques, suivies par beaucoup d'étrangers, et bien avant que Wallace n'eût rien enseigné et rien écrit à ce sujet:

1° Que le pus du chancre seul, à une période déterminée, était inoculable est susceptible de reproduire le chancre;

2° Que le bubon d'absorption, suite de chancre non induré, fournissait, comme le chancre, le pus virulent inoculable;

3° Que le bubon réputé vénérien pouvait ne pas fournir de pus inoculable:

Parce qu'on avait pris le pus phlegmoneux extra-ganglionaire;

Parce qu'on avait affaire à un bubon sympathique;

Parce qu'enfin il s'agissait d'un bubon idiopathique, ce que, par erreur de diagnostic, on appelle encore bubon d'emblée.

4° Que les accidents constitutionnels, secondaires ou testiaires, n'avaient pas pu être inoculés;

5° Que les accidents syphilitiques non inoculables ne paraissent pas devoir être contagieux;

6° Enfin, que la blennorrhagie essentielle, non symptomatique du chancre, n'était pas inoculable, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait jamais donner lieu au chancre et à ses conséquences.

Tous ceux qui ont loyalement expérimenté, et qui ont su expérimenter, sont arrivés aux mêmes résultats: MM. Puche, à l'hôpital du Midi; Cullerier, à l'hôpital de Lourcine; Baumès et Diday, de Lyon; Venot, de Bordeaux; Thiry, de Bruxelles; Renault, de Toulon; Broussonnet, Serre, de Montpellier; Acton et Méric, en Angleterre. Quelles sont les objections que l'on adresse aux principes que je professe?

Les accidents secondaires de la syphilis sont contagieux, dit-on, et cela est prouvé cliniquement par l'observation ordinaire et par l'expérimentation.

Ce qui m'étonne d'abord, c'est le petit nombre de faits qu'on m'oppose, ou la facilité avec laquelle on les accueille.

Aux faits contradictoires cités, je réponds d'abord, comme je l'ai déjà fait, en répétant qu'ils sont exceptionnels et que ce qui a permis de les admettre, c'est qu'on n'a pas tenu compte de toutes leurs conditions.

Si les accidents secondaires étaient vraiment contagieux, au lieu de former l'exception, ils devraient être la source la plus commune de la propagation de la syphilis.

En effet, si les accidents secondaires ne sont pas aussi fréquents que les accidents primitifs, ils ont un *cours plus libre dans le monde*, et permettent des contacts bien plus fréquents, avec bien moins de prévoyance et bien moins de garantie que pour les accidents primitifs.

Où voit-on dans Paris, dans ce Paris si suspect et si souvent accusé, de ces épidémies fabuleuses dans lesquelles tout un village était infecté par un nourrisson vérolé? Et cependant certaines maisons de Paris ne sont-elles pas des villages, et la vérole y fait-elle défaut?

Dans tous les cas, pour savoir si une contagion a été produite par le contact d'accidents secondaires, il faut d'abord bien établir qu'on a affaire à des accidents secondaires. Eh bien! quels sont les éléments d'un diagnostic absolu? Les antécédents. Mais les antécédents ont-ils la même valeur pour tout le monde? N'est-il pas un grand nombre de malades pour lesquels il suffit qu'un malade ait eu une blennorrhagie, à n'importe quelle époque antérieure, pour que tout ce qui va suivre, surtout dans certains sièges et sous certaines formes, soit réputé secondaire.

Dans la syphilis *acquise*, sait-on toujours comment a été contracté l'accident primitif, source de l'infection constitutionnelle? En supposant que les malades n'aient pas intérêt à nous tromper, ce qui n'arrive malheureusement que trop souvent, ont-ils toujours pu apprécier les circonstances dans lesquelles s'est effectuée la contagion, ont-ils pu toujours reconnaître les conditions dans lesquelles se trouvaient les personnes qui les entourent, les objets dont ils se servent? Les médecins appelés à résoudre ce problème peuvent-ils constamment se flatter d'avoir trouvé toutes les causes inconnues et d'arriver à la vérité? Pour les accidents qui ont des siéges insolites, cela n'est-il pas bien fréquent? S'il fallait vous rapporter tout ce que j'ai vu dans ce genre, depuis plus de vingt années, sur le grand théâtre du monde, ce serait à n'en plus finir.

Mais la difficulté de savoir le comment et le pourquoi n'existe pas seulement pour des accidents qui ont des siéges anormaux, excentriques. Sur les organes génitaux mêmes, on peut véritablement ignorer la cause d'un accident primitif, ainsi que cela nous est arrivé pour un malade que M. Chomel et M. Marjolin ont vu avec moi.

En présence de faits semblables et si vulgaires, est-il permis, parce que les malades ne savent pas vous mettre sur la voie de la contagion qu'ils ont subie et que vous ne savez par la trouver, de conclure légèrement, comme l'a fait M. Richet, comme l'a fait M. Cazenave, comme on l'a surtout fait dans mon voisinage de l'hôpital du Midi, que ces accidents devaient être constitutionnels?

Mais c'est surtout au point de vue de la syphilis héréditaire et congéniale que la question est le plus ordinairement tranchée. Il suffit au plus grand nombre des médecins qu'un homme ait eu une simple blennorrhagie vingt années auparavant, pour que, si un enfant qui lui est imputé vient à avoir la syphilis en nourrice, la maladie soit considérée comme héréditaire, et par conséquent secondaire.

Je n'ai pas à vous dire ici comment les nourrices peuvent être infectées avant ou pendant l'allaitement, comment les enfants peuvent être infectés après la naissance. Eh bien! lorsqu'il s'est agi du véritable point de départ des deux côtés, nourrices et nourrissons, l'a-t-on bien précisé? Voyez si cela a été fait dans la fameuse observation de Hunter, qui paraît être une des plus concluantes, et si surtout on l'a fait dans toutes les autres qu'on cite. Quand cela a été fait par MM. Cullerier fils, Nonat, Natalis Guillot, Venot (de Bordeaux), Seux (de Marseille) et moi, nous sommes arrivés à d'autres résultats.

Mais, dira-t-on, si on ignore comment un accident a pu naître, si on ne sait pas s'il est le résultat direct d'une contagion, ou la conséquence d'un état constitutionnel, le siége vous l'indiquera, comme dans le cas de M. Lindman; dans celui de M. Richet, le siége deviendra un signe pathognomonique de la nature primitive ou secondaire de l'accident que vous aurez à reconnaître. Comme si le siége était circonscrit à certaines régions pour l'accident primitif, et qu'il n'y eût que les accidents secondaires qui eussent un droit de parcours illimité! Quel est le syphiliographe, quel est le praticien qui, devant cette assemblée, oserait me dire qu'il est des régions réfractaires à la contagion lorsque le pus virulent y est convenablement déposé? Sans doute que certains siéges sont plus fréquemment, beaucoup plus fréquemment affectés que d'autres, mais voilà tout.

Il répugne, chez certaines personnes, d'admettre certains modes de contagion; d'accord. Mais est-ce là une raison scientifique, et, dans tous les cas, la contagion ne peut-elle avoir lieu que par des procédés immoraux, quand il s'agit surtout de la cavité buccale, comme chez l'ami de M. Lindman? Si les accidents secondaires étaient contagieux, comme on le dit, cela ne devrait-il pas avoir lieu fréquemment, de la manière la plus honnête, la moins irréprochable?

Mais, ajoute-t-on, si la cause présumée, si le siége ne vous suffisent pas, le nombre des accidents existants doit être pris en très grande considération. Les accidents primitifs sont ordinairement isolés, peu nombreux; tandis que les accidents secondaires sont toujours plus multipliés. M. Lagneau dit cela lorsqu'il s'agit de l'histoire de M. Boudeville; mais il ne dit plus rien lorsqu'il s'agit de l'ecthyma isolé de M. Richet, de M. Cazenave et de Wallace.

On invoque la forme des accidents pour prouver qu'on a bien eu affaire à des accidents secondaires lorsqu'on a cru à la contagion.

La forme est sans doute si différente dans un grand nombre de cas entre les accidents primitifs et les accidents secondaires, qu'une erreur de diagnostic est le plus ordinairement impossible. Mais aussi, ce n'est pas dans ces cas qu'on discute; ce n'est qu'alors que les accidents primitifs ressemblent aux accidents secondaires, et cela leur arrive si souvent, qu'on peut se tromper, et qu'on se trompe. La papule, la pustule plate humide, la pustule muqueuse, les plaques muqueuses, les tubercules muqueux, ce groupe si souvent mal apprécié, si superficiellement décrit et si banalement nommé *condylôme;* qu'est-il, quand il constitue vraiment un accident primitif, quand il a été le résultat immédiat d'une contagion, et qu'il a pu être contagieux? N'en déplaise à M. Velpeau, c'est le chancre pour ceux qui ont appris à connaître cette métamorphose de l'ulcère primitif; c'est alors l'*ulcus elevatum*, qui peut présenter encore les traces de ses bords, des restes de sa base, et ses retentissements obligés dans les ganglions lymphatiques voisins. C'est ce que l'on trouve dans l'observation de M. Bouley, entre autres.

Les signes qui servent à différencier la plaque muqueuse, alors *ulcus elevatum*, qui succède sur place au chancre, des plaques muqueuses nées dans le voisinage ou à distance, sous l'influence de l'empoisonnement général, ne sont pas toujours faciles à bien reconnaître; mais je suis convaincu qu'avec un peu d'attention notre savant collègue M. Velpeau pourrait y parvenir.

Bien qu'au moment où l'accident primitif passe à l'état d'accident secondaire sur place, il perd sa faculté de fournir du pus inoculable; il n'est pas indifférent de savoir qu'il a réellement existé quand il s'agit, comme dans les observations de Wallace et de Waller, de personnes qui sont sensées s'être contagionnées à l'aide de plaques muqueuses seulement et qu'on observe un certain temps après cette contagion. Je demande pardon de tous ces petits détails à M. Velpeau, lui ordinairement si précis pour les opinions qu'il défend. Mais si l'on peut confondre et si l'on a souvent confondu les plaques muqueuses avec le chancre, comme l'ont fait MM. Wallace, Waller et Bouley, il est encore plus facile quand le chancre affecte la forme pustuleuse, croûteuse, de confondre celle-ci avec les formes pustuleuses, croûteuses secondaires, ainsi que l'ont fait MM. Cazenave, Richet, et l'inoculateur M. Boudeville. Mais la forme pustuleuse du chancre a été niée, malgré les classiques qui l'ont admise, et, parmi eux, notre collègue M. Lagneau. Que sont, en effet, les pustules d'inoculation artificielles, du pus du chancre sur la peau? Quels noms les dermatologues les plus rigoureux peuvent-ils leur donner, autre que le nom d'ecthyma? Manque-t-il quelque chose à la description qu'ils ont donnée de ce type d'éruption: siége, nombre de pustules, volume, couleur et consistance des croûtes, forme, étendue, profondeur, bords, fond, base, durée des ulcérations, rien ne manque, et si quelques lacunes avaient existé, les excentricités de la syphilisation ne sont-elles pas venues les combler? Eh bien! ce que l'on peut faire, n'en déplaise à notre collègue M. Gibert, les accidents d'une autre contagion peuvent le réaliser. Mais alors comment différencier l'ecthyma primitif, le chancre cutané, de l'ecthyma secondaire? Demandez-le à ceux qui ont fait des inoculations de prétendus ecthymas secondaires, où qui en ont produit.

Est-on plus avancé pour les formes ulcéreuses? Demandez-le au livre de notre savant collègue M. Lagneau. Quelles sont les différences qu'il appelle les chancres primitifs et les chancres secondaires? Y a-t-il quelques signes fournis par ces ulcérations qui permettent de les différencier en dehors de certaines données plus ou moins rationnelles, plus ou moins trompeuses?

Quelle que soit la forme, si les accidents sont multiples, doivent-ils tous marcher de la même manière et arriver au même terme de leur évolution en même temps? Non, sans doute. Cela est tellement vulgaire, qu'on ose à peine le rappeler.

Des accidents primitifs existants à différents termes de leur évolution empêchent-ils d'en contracter d'autres qui sont inoculables quand les premiers auront cessé de l'être? Des accidents secondaires préexistant s'opposeront-ils à la contagion de nouveaux accidents primitifs et de même forme, telle que la pustuleuse? Non sans doute, l'expérience de tous les jours le montre.

Comment distinguera-t-on alors toujours à coup sûr? Que devient la valeur des accidents concomitants au point de vue du diagnostic de l'accident suspect? Quelle est, avec tout cela, la valeur absolue, incontestable, de l'observation de M. Lindman, de celle de M. Boudeville?

Avant donc d'affirmer que vous avez affaire à des accidents secondaires contagieux inoculables, commencez par prouver que votre diagnostic était précis, qu'il était dégagé des causes d'erreur que je vous ai signalées.

Maintenant, en supposant qu'on ait affaire à des accidents secondaires, comment prouve-t-on qu'ils sont contagieux?

1° Par l'observation clinique.

On cite de nombreux exemples d'individus ayant contracté la syphilis à des sources réputées secondaires et ayant même quelquefois vu, comme dans une des observations de Wallace, comme dans un grand nombre d'observations de nourrices et de nourrissons, des accidents d'emblée secondaires pour premiers résultats de la contagion. Mais dans ces cas à quelle époque a-t-on vu les malades? Est-ce dans les premiers jours des rapports en supposant qu'on ait toujours su apprécier la véritable source? Lisez les observations, et vous verrez que ce n'est que très tard et constamment alors que des accidents secondaires ont eu le temps de se produire que ces résultats ont été vus.

On a même mieux fait. Dans l'ardeur de trouver que les accidents secondaires étaient contagieux, on n'a plus exigé que ce fussent les parties en contact avec les accidents secondaires qui devinssent malades. Dans les contes des nourrices, vous verrez comme quoi des enfants qui avaient des accidents secondaires aux fesses ou à l'anus avaient communiqué du mal aux seins des femmes qui leur donnaient à teter et qui à leur tour les communiquaient par les rapports sexuels à leur mari.

En opposition à cela, que nous montre l'observation rigoureuse, journalière dans la pratique privée, dans les hôpitaux ouverts à tout le monde? Elle vous montre l'accident primitif, le chancre par milliers, comme point de départ régulier de la série des symptômes syphilitiques.

Tout cela est tellement vrai et les faits cliniques contradictoires invoqués ont paru si suffisants à leurs auteurs qu'ils se sont vus forcés de recourir à l'inoculation artificielle, à l'*ultima ratio.*

Lorsque j'ai fait mes recherches expérimentales sur la contagion des accidents secondaires, j'ai toujours opéré sur les malades eux-mêmes, et j'ai toujours échoué. Tous ceux qui ont répété mes expériences ont aussi échoué comme moi. D'où quelques-uns, avec M. Baumès, de Lyon, ont conclu que ce qui n'était pas inoculable pouvait bien être contagieux, et d'autres que ce qui n'était pas inoculable sur le malade lui-même pouvait l'être sur un autre sujet arrivé à une période plus avancée de la maladie, ou sur un individu sain, et en employant d'autres procédés que ceux que j'avais mis en usage.

Voyons d'abord l'argument qui veut que ce qui ne s'inocule pas soit contagieux. Sont-ce les faits cliniques que nous avons déjà examinés qui le prouveront? Non, sans doute, puisque pour leur donner de la valeur on n'a rien trouvé de meilleur que d'appeler l'inoculation à leur aide. Est-ce l'analogie que j'ai entendu invoquer ici et qui établirait que, parce que certaines maladies sont contagieuses sans être inoculables, celles qui sont inoculables devraient cesser de l'être pour devenir contagieuses? De ce qu'on n'inocule pas la gale comme le chancre s'ensuit-il que les plaques muqueuses sont contagieuses? Le vaccin est-il contagieux quand il n'est plus inoculable?

Ce que l'art, entouré de toutes les précautions qui doivent assurer le succès, est impuissant à produire, les actes physiologiques peuvent y donner lieu. Ce qu'une lancette bien chargée de pus, convenablement insinué dans les tissus, ne saurait produire, une pipe, un verre, une cuiller, un baiser plus ou moins rapide, va le déterminer. Le pus fort du chancre a besoin d'une solution de continuité pour agir; le pus faible et modifié des accidents secondaires se fraye lui-même la voie.

Si l'inoculation artificielle manque, si la contagion physiologique fait défaut, on invoque les aptitudes, le manque de prédisposition, et l'on cite les cas dans lesquels des individus se sont exposés à la contagion du chancre sans s'infecter. Mais s'il est vrai que dans un rapport plus ou moins rapide on puisse échapper à la contagion du chancre, en serait-il de même si ces rapports étaient continus?

Dans tous les cas, lorsqu'il s'agit de la contagion des accidents secondaires, les rapports sont-ils toujours rapides, passagers? Non sans doute. Je l'ai déjà dit, et surtout quand ces rapports ont lieu entre un nourrisson et sa nourrice, ce sont des mois, une année et souvent beaucoup plus. Eh bien! j'ai vu les rapports entre un nourrisson et une nourrice saine dans tout ce temps, sans que celle-ci eût jamais rien eu.

Sont-ce là des faits exceptionnels? Demandez-le à M. Natalis Guillot, chargé pendant plusieurs années du service des enfants trouvés; demandez-le à M. Nonat, chargé du service des nourrices de l'administration des hôpitaux; demandez-le à M. Vénot, médecin de l'hôpital des Vénériens de Bordeaux; interrogez M. Rey, ancien médecin de l'hôpital de la Charité de Marseille; M. le docteur Cauvière, et M. Seux, médecin en chef actuel de cet hôpital, qui vient d'envoyer à l'Académie un travail intéressant sur la non-contagion des accidents secondaires; appelez-en au témoignage consciencieux de notre savant confrère M. Cullerier, dont vous avez entendu le remarquable travail qui, basé sur un grand nombre d'observations, conclut à la non-contagion des accidents secondaires, et tous vous diront que c'est la règle générale; ils vous diront que cette innocuité des nourrices n'est pas un fait exceptionnel, car quelques-uns de ces nourrissons infectés ont pu changer plusieurs fois de nourrices, sans qu'aucune d'elles soit devenue malade.

Cependant des inoculations d'accidents secondaires ont réussi à inoculer les malades eux-mêmes.

Notre collègue M. Velpeau nous a dit que dans sa jeunesse, à Tours, sous un maître illustre, M. Bretonneau, il avait fait de nombreuses expériences, mais il a oublié de nous dire ce qu'elles étaient et quels avaient été leurs résultats. Il ne nous a fait connaître que celles qu'il avait faites depuis sur la végétation et sur ce qu'il appelle encore des condylômes.

Je ne discuterai pas ici la nature syphilitique des végétations; je ne dirai pas à M. Velpeau que, pour moi comme pour beaucoup d'autres aujourd'hui, il n'y a rien de moins syphilitique que les végétations; mais quand même elles le seraient, a-t-il bien pu prouver qu'elles étaient contagieuses par ses trois expériences? Comment! la cause qui les avait fait pousser dans un point ne pouvait pas les faire pousser dans un autre? Si, quoi qu'en dise M. Velpeau, il voyait autant de végétations à l'hôpital de la Charité qu'on en peut voir à l'hôpital du Midi, il trouverait des cas innombrables d'individus affectés de phimosis, en même temps que des végétations, et qui n'ont pas toujours, tant s'en faut, les parties opposées affectées. Ce que je dis des végétations s'applique aux plaques muqueuses, qu'elles siégent d'abord sur un côté du scrotum ou sur la face interne de la cuisse, qu'elles commencent d'abord par le creux d'une aisselle et qu'elles finissent par l'autre.

Des inoculateurs, après avoir inoculé le malade lui-même, ont inoculé des individus sains, ce qu'ils auraient bien dû se passer de faire après la première épreuve. Mais que prouve cela aux yeux même de leurs adhérents, qui nient la possibilité d'inoculer les accidents secondaires aux malades eux-mêmes, si ce n'est, ce que nous avons prouvé, que ce devait être des accidents primitifs, qui se sont conduits chez le malade qui avait fourni le pus comme chez le malheureux jeune homme auquel ils ont été inoculés à l'hôpital du Midi. A quoi avait-on reconnu qu'il s'agissait d'accidents secondaires? Est-ce à la forme, est-ce au nombre, est-ce au siége? Mais on sait tout ce que cela vaut. Et, dans tous les cas, depuis que cette observation malheureuse a fait tant de bruit, sans compromettre volontairement la santé de personne, n'aurait-on pas dû en avoir beaucoup d'autres?

Wallace n'a pas pu inoculer les accidents secondaires au malade lui-même; mais il croit les avoir inoculés à un autre malade actuellement affecté d'accidents secondaires. Lisez sérieusement l'observation de Wallace, et voyez comment ont été constatés les accidents auxquels on a emprunté le pus, et ce que pouvaient être les accidents développés sur l'autre malade déjà affecté de symptômes secondaires.

Mais ce que Wallace a tenté vient d'être fait sous mes yeux à l'hôpital du Midi. M. Lindman, qui a eu une syphilis secondaire, et chez lequel les accidents syphilitiques primitifs restent toujours inoculables, s'est inoculé plus de cinquante fois avec du pus d'accidents secondaires de toutes les variétés possibles de formes et de siéges, emprunté à autant de malades différents, sans jamais avoir eu de résultat, pas plus qu'avec les vingt inoculations qu'il a tentées avec la sécrétion de son premier chancre induré.

Nous arrivons maintenant aux inoculations d'accidents secondaires sur des tertiaires par la méthode du vésicatoire.

Oubliant la valeur des causes adjuvantes, les lois de l'évolution des accidents de la syphilis constitutionnelle; comparant les effets d'un vésicatoire irrité à ceux d'un vésicatoire simple; ne tenant aucun compte des recrudescences d'accidents déjà existants, de nouveaux accidents qui marchent malgré les traitements, qui probablement n'avaient pour mission que de guérir les anciens accidents sans influencer les nouveaux, on nous donne deux observations, celle de l'hôpital du Midi et celle de l'hôpital Lourcine, comme des preuves qui ne permettent plus de contestations. Qu'étaient après tout les accidents qu'ils ont produits; étaient-ils des ecthymas vulgaires, des ecthymas syphilitiques primitifs, nés d'accidents secondaires; étaient-ce des ecthymas secondaires d'emblée? On aurait bien dû nous faire un diagnostic différentiel. Nous avons aussi répété ces expériences en public, en suivant les mêmes procédés, et nous n'avons rien produit. M. Puche, dans le même hôpital, est encore arrivé au même résultat.

Voici le butin si pompeusement étalé de Wallace, et qui ne le cède en rien à celui de M. Waller (de Prague). Sans parler de la manière dont M. Waller a apprécié la source à laquelle il a emprunté le pus à inoculer, on se souvient de cet enfant qu'il inocula à la cuisse à l'aide de ventouses scarifiées, et qui, comme résultat de cette inoculation, vit pousser en même temps des tubercules sur la cuisse où on avait pratiqué l'inoculation, et sur une épaule où on n'avait rien inoculé.

Nous avons vu faire aussi des inoculations d'accidents secondaires sur des personnes saines. M. le docteur Rattier s'étant inoculé du pus qui avait échoué sur le malade, a échoué sur lui. Un élève, M. Sarros, s'est pratiqué seize inoculations avec du pus d'accidents secondaires, de formes variées et de siéges divers non inoculables au malade, et les résultats ont aussi été négatifs chez lui. M. Cullerier a répété bien des fois sur lui-même ces expériences, et a toujours échoué.

On a parlé de longues incubations dans les expériences faites; nous avons gardé nos malades assez longtemps pour pouvoir les constater si elles avaient eu lieu. Il y a au moins quinze ans que M. le docteur Rattier a expérimenté sur lui-même; il a toujours joui de la plus parfaite santé.

Je ne veux pas, par pur esprit de système, que les accidents secondaires ne soient ni contagieux, ni inoculables; mais je veux, pour me faire changer d'opinion, qu'on me donne des faits plus probants, car jusqu'à présent vous n'avez nullement prouvé, faute de précision dans le diagnostic, que les accidents secondaires fussent contagieux et inoculables.

Dans l'état actuel de la science et en vue de la difficulté quelquefois très grande d'un diagnostic absolu, en vue surtout des opinions dissidentes, je n'ai jamais conseillé, soit dans mes leçons, soit dans mes écrits, de permettre des rapports entre des personnes malades et des personnes saines. Comme aussi, devant un tribunal, je ne crois pas que mes adversaires puissent affirmer que des accidents secondaires ont dû être fatalement contagieux.

C'est en se tenant dans ces sages réserves qu'on peut satisfaire, autant que la science le permet aujourd'hui, et en attendant mieux, à l'hygiène privée et publique, à la morale et à la loi.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

SOMMAIRE. — Des différents procédés mis en usage pour sonder la trompe d'Eustache. Nouveau procédé pour exécuter ce cathétérisme. — MALADIES DES YEUX (M. Magne). Anchyloblépharon. — Du chocolat dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine. — Société de chirurgie, séance du 8 septembre. — FEUILLETON. Histoire et statistique de l'Académie nationale de médecine.

DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS

mis en usage pour sonder la trompe d'Eustache. — Nouveau procédé pour exécuter ce cathétérisme.

Des trois opérations principales que le chirurgien est appelé à pratiquer sur l'appareil auditif : 1° le cathétérisme des trompes; 2° la térébration de l'apophyse mastoïde ; 3° la perforation du tympan, les deux dernières sont à peu près généralement abandonnées aujourd'hui.

Le cathétérisme des trompes, au contraire, est devenu d'un usage familier, en raison des importants services qu'il rend chaque jour dans la guérison ou l'amélioration du plus grand nombre des cophoses.

Deux méthodes ont successivement régné dans la science pour pratiquer cette opération.

Dans la première, l'instrument est introduit par la bouche, derrière le voile du palais. Dans la deuxième, on va à la recherche de la trompe par les fosses nasales.

« L'idée de pénétrer dans la cavité du tympan par le pharynx est déjà fort ancienne. Valsalva, Munnicks, Busson, l'avaient sans doute présente à l'esprit lorsqu'ils conseillaient d'aspirer des vapeurs d'eau, de tabac ou autres, et de se *fermer le nez ainsi que la bouche avec force*, pour les obliger à se porter vers l'oreille pendant l'expiration. » (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. III, p. 634, 2e édit.)

Toutefois, ce procédé était complétement tombé dans l'oubli lorsqu'en 1824 un homme étranger à l'art de guérir fit connaître à l'Académie des sciences un nouveau moyen à l'aide duquel il portait des liquides dans la trompe d'Eustache.

Privé de la faculté d'entendre, M. Guyot, maître de poste à Versailles, après avoir étudié la structure de l'oreille, avait fabriqué une sonde coudée avec laquelle il s'injectait la trompe, et recouvra ainsi l'audition.

Pour arriver à l'orifice de la trompe, M. Guyot engageait sa sonde coudée derrière le voile du palais, en passant par la bouche. Ce procédé parut infidèle et peu sûr; car l'Académie des sciences déclara qu'il ne pouvait guère servir *qu'à laver* l'orifice de la trompe. Aussi cette opération ne reçut aucun accueil en France. (Itard.)

Vingt ans après, trois chirurgiens, Douglas, Cleland et Jon. Watben, la rappelèrent, en y apportant une modification très avantageuse, celle d'introduire l'instrument par les *voies nasales* (1).

Trois procédés principaux sont en usage aujourd'hui :

1° *Procédé d'Itard.* — La sonde dont il se servait, et qui est gravée dans son *Traité des maladies de l'oreille*, a la grosseur d'une de ces plumes de corbeau dont on se sert pour écrire. Sa longueur et sa courbure sont les mêmes que dans la sonde représentée dans les fig. 1 et 2 de ce texte.

Une échelle graduée tracée à une de ses extrémités était destinée à faire connaître, comme on le verra bientôt, tout ce qui doit entrer de sonde dans le nez pour arriver à l'orifice de la trompe d'Eustache.

(1) Itard, *Maladies de l'oreille*, t. II, p. 134.

Voici comment Itard procédait à l'opération : on cherche à s'assurer de la profondeur à laquelle est située la trompe dans les fosses nasales, ce qui varie dans les divers individus selon la longueur du nez et la convexité plus ou moins grande de l'arcade alvéolaire supérieure.



Pour acquérir cette donnée et épargner à la membrane pituitaire des tâtonnements intolérables, Itard mesurait la distance qui existe entre le rebord dentaire supérieur et la base de la luette; c'est-à-dire, par exemple, de H à K. (Fig. 1 et 2.) D'après Itard, cette distance étant à peu près la même que celle qui se trouve entre la commissure postérieure des narines et l'orifice de la trompe d'Eustache, on prend cette mesure avec la sonde même, dont on place le bec sur la luette et l'autre extrémité entre les deux premières incisives de la mâchoire supérieure. Or, cette partie de l'instrument offant plusieurs divisions linéaires marquées avec des chiffres, celle de ces divisions qui se trouve sous le rebord dentaire indiquera la profondeur de la trompe d'Eustache, et par cela même toute la portion de la sonde qui doit être introduite dans le nez pour arriver à l'orifice de ce conduit. Cela fait, on porte dans la narine qui correspond à l'oreille que l'on veut explorer la sonde enduite de cérat, ayant la *convexité de sa courbure tournée en haut, et son bec sur le plancher des fosses nasales.*

Quand la sonde a pénétré dans le nez jusqu'au point désigné sur l'échelle par l'épreuve indiquée tout à l'heure, on relève doucement le bec de la sonde vers la paroi externe de la narine, et on sent alors qu'il s'engage dans la trompe.

J'ai essayé bien des fois cette manœuvre, et j'ai pu me convaincre que l'épreuve conseillée par Itard pour éviter les tâtonnements est tout à fait illusoire, attendu que la distance qui sépare les incisives supérieures du voile du palais, ou H de K (fig. 1), est loin d'être la même que celle qui sépare l'orifice antérieure de la narine de l'orifice de la trompe, ou E de B (fig. 1).

Par conséquent le point de repère indiqué par Itard est complétement inexact; et, une fois la sonde introduite dans la narine, le reste de l'opération est abandonné au hasard, à moins qu'on n'ait acquis une habitude extrême du cathétérisme.

2° *Procédé de M. Gairal* (1). — Quand le bec de la sonde est arrivé à l'orifice postérieur des fosses nasales, c'est-à-dire au point M, M. Gairal lui fait décrire un *quart* de cercle par un léger mouvement de rotation en dehors; en avançant alors de quelques millimètres, *on arrive droit à l'orifice.*

Comme on le voit, ce procédé n'est qu'une modification de celui d'Itard, et doit exposer le chirurgien aux mêmes tâtonnements, à la même incertitude.

3° *Procédé de Kramer* (2). — Kramer emploie la sonde représentée dans nos planches 1 et 2. Le malade étant assis sur une chaise, le chirurgien se place au-devant de lui et saisit la sonde avec les trois premiers doigts de la main droite. L'instrument doit être tenu de façon que la concavité de sa courbure soit tournée en bas. Il est saisi près du pavillon, et l'extrémité opposée, appelée bec de la sonde, est introduite dans le méat inférieur de la fosse nasale. Cette introduction doit être faite *lestement*, mais avec prudence, et le bec de la sonde doit glisser sur le plancher de la fosse nasale. Le cathéter doit être poussé de prime abord jusque dans le pharynx. Arrivé là, l'instrument, qui a dû conserver sa position primitive, c'est-à-dire la concavité dirigée en bas, est doucement attiré au dehors, tout en lui faisant décrire un mouvement de rotation sur son axe. Ce mouvement a pour but de porter le bec de la sonde en dehors, ce qui est indiqué par la position que prend l'anneau soudé sous le pavillon du cathéter; et l'on sent alors le bec de la sonde franchir le bourrelet postérieur de l'orifice de la trompe. En continuant cette manœuvre jusqu'à faire un quart de conversion, le bec de la sonde revient jusqu'à la face postérieure du voile du palais, et alors le chirurgien, poussant la sonde en dehors et en haut, l'introduit dans le pavillon de la trompe, puis dans la trompe elle-même; et si l'on essaie de retirer le cathéter pendant qu'il occupe cette position, on sent qu'il est retenu par le bourrelet cartilagineux qui forme le bord antérieur du pavillon.

4° *Procédé de M. Ménière* (3). — « L'instrument est tenu de la main droite et la concavité de la courbure dirigée en bas. Le bec de la sonde parcourt toute la longueur du plancher de la fosse nasale et arrive au bord adhérent du voile du palais. Je crois inutile de s'arrêter en cet endroit, comme la plupart des chirurgiens le conseillent, et de chercher l'orifice de la trompe en passant aussitôt de ce plan incliné à la partie externe du pharynx. L'expérience m'a prouvé qu'il vaut mieux aller au delà, toucher la *paroi postérieure du pharynx* et ramener la sonde d'arrière en avant, afin de rencontrer le bord saillant du pavillon de la trompe. »

Ces deux derniers procédés supposent également que le bec de la sonde pourra toujours reconnaître, au milieu du pharynx et sur sa paroi externe, le point précis où se trouve l'orifice de la trompe, et qu'on ne pourra jamais s'égarer. Mais où trouver un point de repère, un guide conducteur ?

Rien ne semble facile au premier abord comme le cathétérisme de la trompe, en lisant les *descriptions* des procédés opératoires à mettre en usage; mais rien n'est plus difficile en pratique, sur une coupe préparée à l'avance; et sur le malade les difficultés sont bien autrement sérieuses.

1° En suivant avec le bec de la sonde le plancher des fosses

(1) Malgaigne et Velpeau, *Médecine opératoire.*
(2) Kramer, *Maladies de l'oreille*, p. 210. Traduit par le Dr P. Ménière.
(3) *Gazette médicale*, 7 novembre 1841.

FEUILLETON.

HISTOIRE ET STATISTIQUE
de l'Académie nationale de médecine.

(Suite. — *Voir* le numéro du 14 septembre.)

L'année 1821 avait vu le chiffre des titulaires de l'Académie au complet; mais la mort ne tarda pas à frapper à la porte du nouvel établissement, et le 21 octobre de cette même année mourut le premier titulaire de l'Académie royale de médecine. Comme pour donner un démenti aux déductions futures que l'on pourrait tirer des chiffres, ainsi que je l'ai fait plus haut, la mort atteignit d'abord un des membres de la section dont la vie relative est la plus longue, c'est-à-dire de la section de pharmacie; ce membre était M. Cadet de Gassicourt, élu par l'Académie elle-même.

Dans la même année, deux honoraires furent également atteints : Corvisart et Dufour. Ici encore le hasard déjoua les calculs à venir de la statistique, en respectant la section de chirurgie, jusqu'ici la plus sujette aux rigueurs de la mort.

Lorsque s'ouvrit l'année 1822, un seul titulaire manquait à l'appel. Le nombre des honoraires était loin d'avoir atteint les chiffres fixés par l'ordonnance du 20 décembre. Ces chiffres étaient, on se le rappelle, de 30 pour la médecine, de 20 pour la chirurgie, et de 10 pour la pharmacie. Le roi avait fait une première promotion : elle avait été de 14 pour la médecine, de 5 pour la chirurgie et de 6 pour la pharmacie. Il restait donc à élire 16 honoraires pour la médecine, 15 pour la chirurgie et 4 pour la pharmacie, en tout 35; mais si on ajoute les deux vacances dont nous avons parlé plus haut, on trouve un chiffre de 37 membres honoraires que l'Académie devait introduire dans son sein.

Elle procéda à ces nominations dans le courant de l'année 1823, par deux scrutins ouverts l'un le 16 avril, l'autre le 16 juillet.

En avril furent nommés :

MM. Abraham, Andral père, Bouvenot, Burdin aîné, Deguise père, Dubois-Foucou, Forestier, François, Gallée, Gratereau, Guéneau de Mussy, Guyart, Horeau, Lacournère, Loiseleur-Deslonchamps, Maret, Martin, Mérat, Picher-Grandchamps, Renault, Salmade, Sue, Thillaye et Vergès.

(*Sur ces 24 membres, 3 seulement existent encore. Ce sont : MM. Abraham, Andral père* et *Guéneau de Mussy.*)

En juillet furent nommés :

MM. Aulagnier, Caille, Capuron, Danyau, Demangeon, Dizé, Gardien, Gorse, Guerbois, Jaquemin, Mestivier, Métouart.

(*Pas un seul de ces douze membres ne se trouve aujourd'hui sur le tableau de l'Académie.*)

Pour se compléter conformément à l'ordonnance constitutive, l'Académie devait également élire des associés et des adjoints. Les premiers, on se le rappelle, étaient divisés en associés libres, en associés ordinaires et en associés résidants, et les seconds en adjoints résidants et en adjoints correspondants.

Des associés et des adjoints, je ne parlerai que des résidants; les associés devaient être 20, et les adjoints pouvaient atteindre un nombre égal à celui des titulaires de la section à laquelle ils seraient attachés.

L'Académie procéda en 1823 à ces diverses nominations :

Le 16 avril, elle élut comme associés résidants,

MM. Baffos, Barruel, Biett, Chardel, Chomel, Cullerier neveu, Ch. Derosne, Paul Dubois, Edwards (W.), Ferrus, Gasc, Honoré, Lagneau, Laurent, Margueron, Nacquart et Serres.

Le 22 avril, elle nomma adjoints résidants :

MM. Baron, Bouley jeune, Bricheteau, Manry, Richard, Rostan, Villeneuve.

Le 3 mai :

MM. Andral fils, Rayer, Villermé.

Le 6 mai :

M. Georget.

Le 3 juin :

MM. Bard, Baudelocque, Bégin, Boisseau, Burdin jeune, Desportes, Destouet, Devillers, Emery, Espiaud, Falret, Hamel, Heller, Hervez de Chégoin, Jadioux, Jourda, Jourdan, Kergaradec, Macartan, Maingault, Martin-Solon, Miquel, Oudet, Patissier, Piorry, Rochoux, Ségalas.

Le 1er juillet :

MM. Lebreton, Olivier, Poison, Réveillé-Parise.

Après quelques années d'expériences, on trouva que l'Académie était beaucoup trop nombreuse, et on reconnut aussi quelques vices dans son organisation première. En conséquence, sur le rapport du ministre de l'intérieur, parut le 28 octobre 1829, une ordonnance royale qui divisa l'Académie en onze sections : 1° anatomie et physiologie; 2° pathologie médicale; 3° pathologie chirurgicale; 4° thérapeutique et histoire naturelle médicale; 5° médecine opératoire; 6° anatomie pathologique; 7° accouchements; 8° hygiène publique, médecine légale, police médicale; 9° médecine vétérinaire; 10° physique et chimie médicales; 11° pharmacie. Les assemblées de sections furent supprimées, et l'Académie dut se réunir en corps tous les mardis. Le nombre des membres dut être consi-

nasales, on arrive fatalement à toucher le voile du palais au point M, et le malade est pris d'efforts de déglutition, d'envies de vomir qui gênent singulièrement la manœuvre et forcent à la suspendre quelquefois.

2° Je sais bien que le procédé de M. Ménière met à l'abri de cet inconvénient.

En allant toucher directement la paroi postérieure du pharynx avec le bec de la sonde, on évite sûrement le voile du palais ; mais la sonde peut encore s'égarer.

En effet, de chaque côté, dans l'angle d'intersection formé par la réunion de la paroi externe et postérieure du pharynx, se rencontrent vers le point C (fig. 1 et 2) des anfractuosités assez profondes, sortes de lacunes formées par la muqueuse, dans lesquelles le bec de la sonde, après avoir décrit son mouvement de rotation, vient s'engager très souvent, pendant qu'on ramène l'instrument d'arrière en avant vers le pavillon plus ou moins saillant de la trompe.

3° En général, chez les sujets adultes, ce pavillon se dessine en un relief de plusieurs millim. sur la paroi externe du pharynx, et le bec de la sonde peut quelquefois rencontrer cet orifice avec assez de facilité ; mais chez les enfants, les femmes ou les jeunes sujets, le relief du pavillon (marqué en B) est à peine sensible, ou même ne l'est pas du tout. Par quel moyen, dans ces cas, pourra-t-on savoir au juste le moment où l'instrument sera parvenu à ce niveau, point capital, pour faire pénétrer le bec de la sonde dans l'orifice pharyngien de la trompe ?

4° Un autre inconvénient qui n'est mentionné nulle part est celui-ci : la sonde, en parcourant le plancher des fosses nasales, produit une sensation désagréable et quelquefois assez pénible, pour que les malades ne se soumettent qu'avec peine et répugnance à ce genre d'exploration. Aussi, voyons-nous Kramer recommander d'agir *lestement*. Mais à quoi sert la prestesse quand le procédé n'est pas sûr?

Depuis plusieurs années j'ai répété tous ces procédés avec leurs modifications sur un nombre considérable de coupes de fosses nasales, et je n'étais pas complétement satisfait de leur exactitude.

Bien des fois je me suis trouvé embarrassé, dans des conférences publiques ou particulières, quand il fallait répondre à cette question : N'y a-t-il donc pas un procédé facile et sûr pour arriver à la trompe?

Celui que nous allons soumettre à l'appréciation du lecteur n'est sans doute pas à l'abri de tout reproche, mais je le crois moins infidèle que ceux précédemment décrits.

C'est la *Médecine opératoire* de M. le professeur Velpeau qui m'en a fourni la première pensée.

En effet, t. III, p. 635, on trouve ces quelques lignes : « Le chirurgien saisit la sonde enduite d'un corps gras, en » présente le bec à l'orifice du nez et la fait glisser sur le » plancher des fosses nasales par le méat inférieur, en ayant » soin d'en *tenir la convexité* tournée du *côté de la cloison* » et légèrement inclinée en haut, le bec correspondant à la » paroi externe. »

Remarques anatomiques. — Sur un grand nombre de têtes que j'ai examinées dans ce but, j'ai constamment trouvé (fig. 1 et 2) que le méat inférieur de E en L et l'orifice pharyngien de la trompe B étaient exactement sur *le même plan, sur la même ligne prolongée.* Si le cornet se trouvait prolongé suffisamment de L en B, la sonde, en suivant avec son bec la face inférieure du cornet ou supérieure du méat G (fig. 2), ne pourrait manquer l'orifice pharyngien de la trompe B ; mais le cornet, ou mieux encore le méat qu'il limite et qui nous sert de point *de repère,* s'arrête environ à 5 millimètres en avant de la trompe.

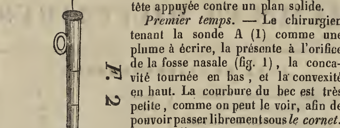
Il y a donc là sur la paroi externe, en arrière du cornet ou méat inférieur, un tout petit espace de L en B, où la sonde pourrait s'égarer ; mais on peut obvier à cet inconvénient de plusieurs manières :

1° Il faut sentir toujours avec le bec de la sonde la paroi externe du méat, sans jamais l'abandonner;

2° Procéder avec *une extrême lenteur,* surtout en arrivant au point difficile, c'est-à-dire en L;

3° Si le bec de la sonde rencontre assez souvent un petit repli muqueux, valvulaire, vers le point L, ce qui cause un petit obstacle ou un temps d'*arrêt,* on doit suspendre un moment la marche de l'instrument, et *tourner l'obstacle* par de petits mouvements de *latéralité,* sans chercher à le vaincre ou à le détruire, et néanmoins sans que le bec de la sonde abandonne la paroi externe de la fosse nasale ;

4° Pour franchir avec sûreté ce petit espace de L en B, où la sonde n'a plus de point de repère, l'expérience m'a démontré qu'il fallait prendre un *point d'appui* sur la cloison avec le dos de l'instrument. La sonde étant ainsi fixée, la main de l'opérateur agit plus sûrement.



Procédé opératoire. — Le malade est placé, comme à l'ordinaire, la tête appuyée contre un plan solide.

Premier temps. — Le chirurgien tenant la sonde A (1) comme une plume à écrire, la présente à l'orifice de la fosse nasale (fig. 1), la concavité tournée en bas, et la convexité en haut. La courbure du bec est très petite, comme on peut le voir, afin de pouvoir passer librement sous *le cornet.*

Deuxième temps. — Lorsque la sonde est arrivée vers le point F, on lui fait exécuter un mouvement de rotation complet (fig. 2, G), de façon que la concavité regarde en dehors et en haut et la convexité en bas et en dedans. Si l'on exécutait plus tôt ce mouvement, le bec de la sonde pourrait se heurter (en E) contre le repli muqueux qui obture inférieurement le canal nasal (E, fig. 1 et 2).

Troisième temps. — Une fois ce mouvement de rotation accompli (*voir* G, fig. 2), le bec de la sonde continue sa route, appuyé sur la paroi externe et supérieure du méat et du cornet, qui lui servent pour ainsi dire de *cannelure;* elle arrive ainsi en L; là, il faut aller plus *lentement* encore, et prendre un *point d'appui avec le dos de la sonde sur la cloison,* afin d'être plus sûr de ses mouvements.

Vers le point L se trouve presque toujours une petite bride muqueuse, valvulaire, qu'il faut tourner lentement avec le bec de la sonde, et sans *abandonner la paroi externe du meat;* on continue de porter l'instrument dans cette direction, *lentement, doucement, sans secousse aucune,* et il tombe de lui-même dans l'orifice pharyngien de la trompe et d'une manière certaine.

Pour apprécier ce procédé, il suffit de le répéter sur une coupe des fosses nasales (fig. 1 ou 2) avec les indications qui viennent d'être données, et l'on pourra facilement se convaincre de son exactitude.

(1) A. La sonde qu'on emploie ordinairement est la sonde d'Itard modifiée. (Voy. les fig. 1 et 2.)

MALADIES DES YEUX. — M. Magne.

Anchyloblépharon.

Anchyloblépharon, de ἀγκύλη, attache, lien, moyen d'union, et βλέφαρον, paupière. Union contre nature des paupières par leur tarse. Cet état peut exister isolément ou compliqué de synblépharon, c'est-à-dire d'adhérence des paupières au globe de l'œil. Quelques auteurs ont décrit ces deux vices de conformation sous la même dénomination; mais comme ils constituent deux affections différentes, puisque dans le premier cas la réunion a lieu entre les deux paupières, et dans le second entre celles-ci et le globe de l'œil, il est utile, pour éviter la confusion, de laisser à l'union des bords libres le nom d'anchyloblépharon et de réserver le mot synblépharon pour indiquer la soudure des paupières avec le globe de l'œil. Quelquefois congéniale, l'adhérence des paupières est la plupart du temps accidentelle. Les causes principales sont : les brûlures, les ulcérations qui surviennent pendant la durée des ophthalmies ou blépharophthalmies chroniques, les ulcères résultant de la cautérisation du bord libre des paupières. Il est à présumer que, dans les cas d'anchyloblépharon congénial, les paupières ont été le siége de quelque inflammation survenue pendant la vie fœtale à la suite de laquelle l'union s'est opérée. On ne peut en effet attribuer ce vice de conformation à un arrêt dans le développement de ces voiles membraneuses, car j'ai lu attentivement tous les exemples cités par les auteurs, et la présence des cils et du cartilage tarse indique suffisamment que chaque paupière avait reçu son développement complet. L'anchyloblépharon est le plus souvent partiel; dans quelques cas fort rares, on l'a vu occuper la totalité du bord libre, tel est le fait cité par le baron de Wenzel et opéré par lui à Boulogne-sur-Mer, en l'an X. Cette adhérence partielle ou totale est médiate ou immédiate; immédiate, quand les deux cartilages tarses se touchent; médiate, s'il existe une membrane intermédiaire.

Il est évident que cette maladie ne peut être confondue avec aucune autre, mais il est essentiel de s'assurer si elle est ou non compliquée de synblépharon. Dans les cas d'adhérence incomplète, on fait pénétrer à travers l'une des petites ouvertures interpalpébrales un petit stylet en or, en argent ou en baleine; il est facile en le promenant sur la surface oculaire de s'assurer s'il existe ou non des brides oculo-palpébrales, et même quels sont le lieu et la dimension de ces brides. Si l'anchyloblépharon est totale, saisissant les paupières entre le pouce et l'indicateur et les éloignant du globle de l'œil, le chirurgien prescrira au malade de tenter de mouvoir ce dernier; l'existence ou l'absence de ces mouvements établira qu'il y a aussitôt complication de synblépharon.

Une opération peut seule remédier à la difformité qui fait le sujet de cet article, et cette opération, qui pourrait de prime abord paraître très simple et très facile, est pourtant fort délicate et d'assez longue durée, surtout si on la pratique sur un enfant. Je noterai qu'on s'en abstiendra si l'on a acquis la certitude que la vue est abolie ou qu'il existe des adhérences cornéales dont la destruction ne doit pas être tentée.

Procédé opératoire.

1° *Anchyloblépharon partiel.* — Si le chirurgien emploie les ciseaux, ceux-ci seront courbes sur leur tranchant et boutonnés, on introduira la branche dont le dos est concave par l'ouverture restée libre dans l'intervalle des paupières, et la section se fera lentement et en une seule fois, si l'espace inter-palpébral est situé à l'un des angles; autrement on opérerait alternativement le côté interne et le côté externe. Si le chirurgien préfère le bistouri, il introduira par l'ouverture un stylet courbe, cannelé sur sa convexité et dont la concavité regardera le globe; il fera suivre à ce stylet la direction du sillon qui doit séparer les paupières, soulèvera ce sillon, l'écartant ainsi du globe de l'œil, et opérera la section en glissant le bistouri sur la cannelure du stylet.

2° *Anchyloplépharon total.* — Beaucoup plus rare que le précédent, comme je l'ai déjà fait observer. Voici comment le baron de Wenzel opéra le cas cité plus haut : il traça une ligne entre les deux rangées de cils avec la pointe d'un bistouai qui ne dépassait le bout des doigts qu'autant qu'il le fallait pour entamer les téguments qui joignaient les paupières; il plongea cette pointe plus profondément dans l'angle externe, afin de se faire jour jusqu'au globe, de pouvoir placer des ciseaux courbes et achever la séparation des organes réunis en suivant la ligne pratiquée par le bistouri. Les deux yeux étaient dans le même état, et l'opération réussit si complétement, que deux ou trois jours après on ne voyait aucun vestige d'incision. L'opération de chaque paupière avait cependant duré plus d'une heure, en raison des mouvements violents exercés par le malade.

On peut, à la rigueur, s'abstenir du premier temps de l'opération, quoique je trouve plus prudent de le pratiquer, surtout s'il s'agit d'un enfant, comme cela arrive la plupart du temps. Pour éviter plus sûrement la lésion du globe, il est convenable qu'un aide saisisse avec le pouce et l'indicateur la paupière supérieure, et la porte en haut en l'écartant du globe de l'œil; le chirurgien agira de même pour la paupière inférieure.

3° *Anchyloblépharon par l'intermédiaire d'une membrane.* — Le procédé opératoire est le même; seulement on le pratique en deux fois ; ainsi lorsqu'à l'aide du bistouri ou des ciseaux on aura décollé la paupière supérieure, on saisira

---

dérablement restreint, et l'on ne dut plus nommer d'honoraires ni d'associés résidants. Les titulaires furent réduits à 60, les adjoints à 40, et l'on conserva 40 associés non résidants, 20 associés étrangers et dix associés libres. Afin de rentrer dans les limites fixées par l'ordonnance, l'article IV ne permettait plus qu'une nomination sur trois extinctions. L'article VI accordait aux adjoints la faculté de prendre part aux discussions de l'Académie en matière de science, mais avec voix consultative seulement. Les adjoints non résidants eurent le titre de correspondants.

Arrêtons-nous un instant à cette phase de l'histoire de l'Académie de médecine. Neuf années se sont écoulées depuis sa fondation. Voyons ce qu'était devenu son personnel, soit par les acquisitions qu'elle avait faites, soit par les pertes qu'elle avait éprouvées.

Au moment où parut l'ordonnance du 28 octobre 1829, l'Académie comptait

Titulaires (toutes les classes réunies)	1re promotion.	38	78
	1re élection.	35	
	élections success. (de 1822 à 1829)	5	
Honoraires (toutes les classes réunies)	1re promotion.	11	52
	nomin. successives. (de 1822 à 1829.)	41	
Associés résidants.			16
Adjoints résidants.			64
Total.			210

Aux termes de l'ordonnance constitutive de 1820, l'Académie devait être composée de 280 membres. Ce nombre n'a jamais été atteint. A la fin de 1829, comme on le voit, elle ne comptait que 210 membres résidants à Paris.

Pendant les neuf années qui venaient de s'écouler elle avait perdu 35 membres; ces pertes avaient été supportées par :

Titulaires.	14
Honoraires.	18
Adjoints.	3
Associés.	0
Total.	35

En conservant la division admise par l'ordonnance constitutive, nous trouvons, pour chacune des trois classes, les pertes ainsi réparties :

Section de médecine.	22
— de chirurgie.	7
— de pharmacie.	6
Total.	35

Contrairement aux proportions de mortalité relative que nous avions trouvées plus haut, nous voyons ici que c'est la section de chirurgie qui a offert la moins grande mortalité ; en effet, en dédaignant les fractions de part et d'autre, il est mort, pendant les neuf premières années de l'existence de l'Académie, 1 chirurgien sur 6, 1 pharmacien sur 5 et 1 médecin sur 3.

Je ne tire encore aucune conséquence de ces faits; je les place comme des jalons, au fur et à mesure qu'ils se produisent, pour les réunir à la fin en un faisceau commun qui me permettra peut-être d'élucider cette curieuse question de statistique.

Pendant les dix années qui suivent 1830, c'est-à-dire du 1er janvier 1830 au 31 décembre 1839, l'Académie a perdu 65 de ses membres et en a acquis 13; par conséquent, le nombre des académiciens était tombé de 210 à 158.

Les nouveaux récipiendaires étaient MM. Velpeau, Chervin, Sanson, Civiale, Cruveilhier, Blandin, Fréd. Dubois, Gerdy, Auguste Bérard, Lecanu, Jolly, Bouvier et Gaultier de Claubry.

Les pertes étaient ainsi réparties :

Titulaires (toutes les classes réunies).	1re promotion.	20	32
—	1re élection.	11	
—	Elect. succes.	1	
—	(de 1830 à 1840).		
Honor. (toutes les classes réunies).	1re promotion.	6	24
—	Nominat. postér.	18	
Associés résidants.			3
Adjoints résidants.			6
Total.			65

Félix Roubaud.

(Extrait de l'*Ann. méd. et pharmac. de la France,* 1853.)

---

avec une pince le lambeau fixé à l'inférieure et on le détachera de celle-ci de la même manière. Si l'anchyloblépharon est compliqué de synblépharon, on pratiquera immédiatement l'opération que cette dernière maladie réclame.

Il s'agit ensuite de s'opposer à la reproduction des adhérences. Divers moyens ont été conseillés dans cette intention: laver les paupières avec un collyre astringent, enduire leurs bords libres d'un corps gras ou de blanc d'œuf; on joint à l'emploi de ces agents la recommandation de faire exécuter souvent des mouvements aux paupières; mais il est fort rare qu'on parvienne à prévenir une nouvelle réunion vers la commissure; ce qui fait que, comme on l'a dit, il faut recommencer l'opération plusieurs fois. Il est un moyen d'éviter sûrement les récidives qui n'a pas encore été indiqué. Il consiste à recouvrir le globe de l'œil d'une lame de verre convexe, semblable à celles qu'a imaginées M. Lhommeau pour tenter de préserver la cornée dans les conjonctivites purulentes. L'œil ainsi recouvert, il sera facile de produire l'écartement des paupières par une mèche de charpie cératée qui appuiera sans inconvénient sur la lame de verre, et pourra être maintenue à ses extrémités à l'aide de deux petites bandelettes de diachylon. Cette lame de verre rendra surtout, ainsi que je le dirai en son lieu, de grands services dans les cas de synblépharon. Elle sera un obstacle à de nouvelles adhérences bien plus fréquentes encore que dans l'anchyloblépharon, et elle remplacera très avantageusement tous les moyens employés jusqu'à nos jours.

DU CHOCOLAT

DANS SES RAPPORTS AVEC L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE.

Le chocolat joue un si grand rôle dans l'alimentation des convalescents, occupe une si large place dans les prescriptions de l'hygiène, et, à cause même de son usage si fréquent, est soumis à tant de falsifications, que nous croyons utile de rappeler les traits principaux de l'histoire de cette précieuse substance.

Son nom lui vient, dit-on, de deux mots mexicains, *choco*, son, bruit, et *latl*, eau, parce que l'on est dans l'habitude, au Mexique, de le préparer en le battant dans l'eau pour le faire mousser. Le chocolat n'est autre chose qu'une pâte composée d'amandes de cacao et de sucre, avec ou sans addition de substances aromatiques.

« Le degré de torréfaction que l'on fait subir à la pâte, dit Virey, » modifie les qualités du chocolat. En Italie, la torréfaction est » poussée assez loin, et le chocolat est plus amer et plus aromatique. En Espagne, on ne fait presque que sécher le cacao; le » chocolat a moins d'amertume et il est plus gras. Les chocolats » de France tiennent le milieu entre ces deux qualités. »

Les caractères du bon chocolat sont la couleur rouge-foncé, la surface lisse, l'absence de toutes gravelures dans sa cassure et la facilité de se dissoudre dans la bouche en y produisant un sentiment de fraîcheur. Il est soluble dans l'eau et dans le lait, auxquels il ne communique qu'une consistance moyenne, et cette solution est surnagée par des gouttelettes huileuses.

A ces caractères généraux, MM. Henry et Guibourt en ajoutent d'autres qu'il est utile de connaître: « Le chocolat, disent-ils dans » leur *Pharmacopée raisonnée*, et surtout celui de première qualité, ne se conserve pas longtemps en bon état. Peu de temps » après qu'il est fait, sa surface se ternit et se couvre d'une efflo- » rescence de beurre de cacao; mais cette légère altération ne doit » pas le faire rejeter. Un inconvénient plus grave, et qui perd les » meilleurs chocolats, c'est la facilité avec laquelle ils sont attaqués » par les larves des mouches, qui les percent en tous sens et les » réduisent en poussière. Cet effet se produit surtout sur les chocolats fabriqués dans la saison où les mouches déposent leurs » œufs sur les substances propres à les nourrir; sur ceux qui contiennent une grande proportion de cacao caraque, que la torréfaction et le broiement sur la pierre ne paraissent pas priver » entièrement des œufs qui s'y trouvent toujours renfermés; enfin, » sur ceux pour lesquels on emploie des sucres colorés provenant » d'une seconde ou d'une troisième cuite des sirops fabriqués dans » les raffineries. Les moyens de parer à cet inconvénient sont donc » d'éviter de fabriquer des chocolats de garde dans la saison des » insectes ailés; de n'employer que des cacaos bien torréfiés et du » sucre de première cristallisation, pulvérisés et assez fortement » chauffés sur la pierre; enfin d'envelopper le chocolat, aussitôt » qu'il est refroidi, dans des feuilles d'étain immédiatement appliquées sur sa surface. »

Le chocolat ainsi préparé est une excellente substance alimentaire; il convient, comme très restaurant, aux vieillards et aux personnes faibles et épuisées; mais il est, en général, nuisible, ainsi que le remarque Tourtelle, aux jeunes gens et aux individus d'une constitution bilieuse.

« Considéré comme aliment médicamenteux, il convient, dit » Planck, dans les cas d'atrophie, de marasme sénile et de con- » somption sans fièvre hectique. » Behrens raconte que le cardinal de Richelieu, tourmenté par une hypocondrie dont rien ne pouvait le débarrasser, recouvra la santé la plus parfaite par l'usage seul du chocolat; et il cite à l'appui de son assertion l'histoire d'un jeune littérateur qui ne dut la santé qu'à cette condition.

Mais pour que le chocolat produise tous les avantages qu'on est en droit d'en attendre, il faut qu'aucune sophistication n'altère sa composition. La fraude la plus ordinaire, celle qui se rencontre le plus communément dans le commerce, consiste dans l'addition d'une plus ou moins grande quantité de farine de riz ou de fécule de pommes de terre. Les chocolats ainsi fraudés ont pour caractère d'épaissir l'eau au point que, par le refroidissement, le liquide finit par se prendre en gelée.

De plus, lorsque la sophistication est constituée par l'addition de farine ou d'amidon, on peut constater *chimiquement* la présence des plus petites quantités de ces substances. Voici le procédé indiqué par M. Orfila: « On fait bouillir pendant huit ou dix minutes » une partie de chocolat avec six ou sept parties d'eau distillée, afin » de dissoudre la fécule faisant partie de la farine; on décolore le » liquide à l'aide d'une suffisante quantité de chlore concentré; il » se forme un précipité jaunâtre; on laisse reposer et on filtre; la » liqueur ainsi clarifiée est d'une couleur jaunâtre et contient la » fécule; elle devient d'un très beau bleu par l'addition d'une ou de » deux gouttes de teinture alcoolique d'iode. Le chocolat sans mé- » lange de farine, traité de la même manière, fournit un liquide » jaunâtre qui passe au brun par l'addition de la teinture d'iode. »

L'usage du chocolat est aujourd'hui si répandu, et il entre dans le régime alimentaire de tant de personnes que le praticien doit lui accorder une attention particulière, non-seulement au point de vue thérapeutique, mais encore et surtout au point de vue hygiénique. Comme nous le disions en commençant, la consommation incessamment progressive de ce précieux aliment a malheureusement encouragé la fraude. Nous avons fait à cet égard quelques expériences comparatives; et sans vouloir dresser un tableau de dégradation qui nous attirerait à coup sûr les anathèmes de plusieurs fabricants, nous avons constaté qu'un des chocolats qui réunissait les meilleures qualités était celui qui sortait de la maison Menier. Cette maison, fondée en 1760, a conservé l'habitude des anciens procédés exempts de sophistication, qu'adoptent trop facilement les inventeurs à leur début. Nous ne jugeons de sa valeur que par les résultats que nous avons obtenus, soit physiquement, soit à l'aide de la chimie, et nous n'en conseillons pas d'autres aux vieillards et aux valétudinaires.

Nous le répétons en terminant, le chocolat pur de toute fraude est une arme puissante entre les mains du médecin qui l'emploie, soit à relever des forces affaiblies, soit à soutenir une santé chancelante, et c'est parce que nous le croyons capable de rendre de grands services que nous avons attiré sur lui l'attention de nos lecteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 septembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture de deux lettres de remercîments adressés par MM. les professeurs Lawrence et Benjamin Travers. Ces deux lettres sont conçues dans des termes tellement honorables pour la Société de chirurgie qu'un sentiment de convenance nous empêche de les reproduire.

M. Jarjavay fait hommage à la Société du premier volume de son *Traité d'anatomie chirurgicale*.

M. Maisonneuve offre à la Société la première partie d'un ouvrage intitulé: *Leçons cliniques sur les affections cancéreuses professées à l'hôpital Cochin*, recueillies et publiées par M. le docteur A. Favrot.

Extrait du rapport fait sur la thèse de M. le Dr Lecomte.

(Ectopies congéniales du testicule et maladies de ces organes engagés dans l'aine.)

M. DEBOUT, dans une des dernières séances, en rendant compte de la thèse de M. Lecomte sur les ectopies congéniales du testicule et les maladies de ces organes engagés dans l'aine, avait d'abord fait ressortir tout ce que l'étude d'un pareil sujet avait d'intéressant, non-seulement sous le rapport physiologique, mais aussi sous celui de la pathologie chirurgicale.

Après avoir ensuite exposé le plan de l'auteur et lui avoir payé un juste tribut d'éloges pour le soin avec lequel il s'est acquitté de sa tâche, M. Debout a cru devoir ne pas laisser échapper l'occasion de soumettre à la discussion de la Société deux questions sur lesquelles la science est loin d'avoir dit son dernier mot. La première a trait à l'existence et à la nature de l'altération subie par les testicules inclus dans la cavité abdominale ou dans l'aine; la seconde comporte les moyens dont la chirurgie dispose pour triompher de cette évolution imparfaite ou vicieuse.

Hunter a émis cette opinion, que les glandes séminales restées dans l'abdomen ne possédaient pas les qualités qui les rendaient propres à la fécondation; cette assertion a été souvent discutée, et M. Debout a cherché à prouver, par l'examen des faits rassemblés dans un travail récent de notre honorable collègue M. Follin, qu'elle est loin d'avoir les caractères de loi qu'on lui accorde, et il a résumé ainsi la question:

Lorsque aucune cause morbide apparente n'est venue exercer son influence sur l'évolution des testicules situés dans la cavité abdominale, le petit volume de ceux-ci est dû seulement à un arrêt dans leur développement organique et non à une atrophie. Des faits observés par MM. Lallemand et Wilson prouvent que cet état observé sur des testicules descendus dans les bourses a pu disparaître sous l'influence des excitations vénériennes; on ne pourrait donc pas affirmer que, chez les individus encore jeunes, chez lesquels on observe une disposition semblable et double, l'évolution des organes inclus ne se complétera pas, et qu'ils seront atteints dans leur virilité. Reste encore la question d'aptitude à la reproduction; cette dernière ne peut être tranchée que par des expériences faites sur des animaux chez lesquels les testicules ne sont pas apparents.

De toutes les espèces de déviation du testicule, l'inclusion inguinale est celle qui prête aux considérations pratiques les plus importantes. Les points sur lesquels M. Debout a cru devoir fixer l'attention de la Société sont: 1° l'opportunité de l'intervention du chirurgien; 2° l'époque à laquelle elle doit avoir lieu; 3° quels sont les moyens les plus convenables à employer.

Un très grand nombre d'enfants naissent avec les testicules restés dans la cavité abdominale; plus tard ces organes descendent, mais ce n'est pas constant: les chirurgiens chargés du conseil de révision l'ont souvent observé. Le grand nombre de déviations que M. Debout a pu examiner dans divers services des hôpitaux de Paris lui fait demander si le praticien ne doit pas intervenir lorsqu'il se trouve en présence d'une semblable anomalie. Les chances d'erreur et surtout les exemples nombreux de lésions des testicules engagés dans l'aine paraissent au rapporteur des motifs plausibles d'intervention. A quelle époque faut-il intervenir? Faut-il provoquer la migration de l'organe, ou doit-on aider seulement son évolution? M. Debout, dans la pratique, s'est borné à ce dernier point; à propos de ce sujet, il a exposé les moyens divers dont le chirurgien peut disposer suivant l'âge des enfants.

La glande séminale renfermée dans le canal inguinal a été comparée à une anse intestinale. Or les mêmes causes qui favorisent dans l'enfance la formation des hernies peuvent aider à la descente des testicules; on en a vu des exemples: le chirurgien ne doit donc repousser aucun moyen naturel. Plus tard, vers la puberté, on peut s'adresser à des moyens directs plus actifs; tous les exercices gymnastiques peuvent être d'une grande utilité. Parmi les diverses ressources chirurgicales, M. Debout signale l'emploi du bandage que, d'après le conseil de M. Guersant, il a employé avec succès pour empêcher le testicule de remonter après avoir franchi l'anneau. Il blâme énergiquement toute opération sanglante dans laquelle on va chercher le testicule pour l'amener au dehors.

M. FOLLIN. M. Debout s'est élevé contre l'opinion de Hunter, qui regarde comme défectueux les testicules retenus dans l'anneau ou dans le ventre; par cela même il a été amené à discuter les faits que j'ai publiés dans un travail inséré aux *Archives de médecine* (juillet 1851). Ces faits venaient démontrer l'assertion de Hunter. Par des dissections et des examens microscopiques, je suis, je crois, parvenu à établir que presque tous les testicules retenus à l'anneau ou dans l'abdomen subissent dans leur volume ou leur texture des modifications profondes. Ainsi, la plupart de ces testicules sont atrophiés; la plupart aussi éprouvent une grave altération dans leur texture; les canalicules séminifères se résorbent, et les cloisons fibreuses, qui seules persistent, donnent à la substance testiculaire l'apparence du tissu fibreux. Dans d'autres cas, j'ai trouvé ces testicules envahis par une infiltration graisseuse. Les pièces que j'ai déposées au musée Dupuytren sont destinées à démontrer ces divers modes d'altération. Depuis, dans tous les cas où il m'a été possible d'examiner le sperme contenu dans ces testicules retenus à une place anormale, j'ai constamment remarqué une absence de spermatozoïdes. Quelques globules granuleux et des cellules d'épithélium infiltrées de graisse se laissaient seuls voir dans le fluide spermatique. Appuyé sur ces faits, j'ai été conduit à soutenir que de tels organes étaient impropres à la fécondation; car les expériences de Prevost et Dumas me semblent avoir établi que le sperme dépouillé de ses spermatozoïdes n'est plus fécondant. Comme confirmation de ce que j'avance, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des testicules pris chez un cheval anorchide. Ces testicules flottaient librement dans la cavité abdominale; leur volume est très médiocre, comparé au volume du testicule normal du cheval. L'un d'eux n'atteint pas en grosseur le quart d'un testicule sain. Ces organes sont flasques. Une coupe faite dans leur milieu n'y fait voir qu'un tissu fibreux jaunâtre mêlé à quelques canaux séminifères peu développés. Il ne m'a pas été possible d'extraire de ces testicules ni de leurs canaux déférents du véritable sperme; on n'en faisait sortir qu'un liquide jaunâtre, épais, entièrement dépourvu de spermatozoïdes.

En terminant, je ferai remarquer à la Société que les vaisseaux sanguins et les canaux déférents de ces testicules avaient éprouvé plusieurs torsions sur eux-mêmes. Ce mouvement de torsion, produit sans doute par les déplacements très fréquents qu'éprouvent les testicules au milieu du ventre, n'est peut-être pas étranger à l'arrêt de développement de l'organe. En résumé, d'après l'examen de tous ces faits, je suis porté à conclure que les testicules retenus pendant quelques années dans le canal inguinal ou dans l'abdomen, y subissent assez promptement des altérations qui compromettent gravement la sécrétion du sperme.

M. GOSSELIN. Je me suis occupé de faire des recherches sur les modifications que les testicules éprouvaient lorsqu'ils ne pouvaient franchir l'anneau inguinal; il ne m'est pas arrivé de rencontrer encore les deux testicules renfermés dans l'abdomen, mais constamment celui qui n'était pas descendu dans le scrotum m'a paru un peu atrophié. Je crois, du reste, que, dans ces cas, il faut toujours examiner au microscope si le liquide renferme des spermatozoïdes, surtout dans le canal de l'épididyme. Chez les monorchides, le testicule apparent a un volume normal.

Cette question ne me semble pas, du reste, avoir dans la pratique une grande importance.

Au point de vue médico-légal, si les deux testicules étaient renfermés dans l'abdomen, il faudrait agir avec une grande réserve, car jusqu'à ce jour on n'est pas suffisamment éclairé sur ce point.

Quel sera, dans ce cas, le rôle du chirurgien? Doit-il intervenir, comme Blandin l'a conseillé? Je ne le crois pas, il y a trop d'accidents à craindre.

Faut-il placer un bandage? C'est encore un point douteux; ainsi, lors même que le testicule est descendu, il ne faut pas oublier que constamment il a de la tendance à remonter et qu'il est exposé à être meurtri par le bandage. Lorsque chez des enfants de quatre ou cinq ans il existe une hernie, faut-il mettre un bandage? C'est encore une question bien difficile à résoudre; car si le bandage maintient la hernie, il empêche la descente et le développement du testicule. Je crois que, dans ces cas, ce qu'il y a de mieux, c'est d'observer l'enfant et de faire rentrer la hernie lorsqu'elle est gênante; il y a peut-être moins d'inconvénient à maintenir le testicule et la hernie réduits. Il me semble plus prudent d'attendre quelques années.

M. GERDY. Je pense qu'il est plus important pour la pratique que ne le croit M. Gosselin de savoir quelle conduite il faut tenir vis-à-vis des individus qui n'ont qu'un testicule descendu dans le scrotum. On peut être consulté pour ce sujet et se trouver fort embarrassé. Un jour, trois personnes, dont l'une devait se marier, vinrent me consulter pour savoir si un individu monorchide était apte à pouvoir devenir père. J'examinai le jeune homme, qui n'avait qu'un seul testicule descendu dans le scrotum, et répondis que, loin d'être incapable, il était peut-être plus apte que personne; malgré mon affirmation, l'une des personnes assistant répondit d'une manière un peu pittoresque que j'avais beau dire, mais que jamais elle ne voudrait d'un pareil gendre.

J'ai dans ce moment, à la Charité, un malade chez lequel le testicule est encore dans l'aine, et qui a en outre une hernie; j'ai fait construire pour lui un bandage à pelote échancrée pour ne pas léser le testicule. On obtiendrait un bon résultat si on pouvait séparer le testicule de la hernie.

Je disais tout à l'heure qu'il faut faire grande attention quand on est consulté sur de pareils sujets; il est difficile de se faire une idée des préjugés qui règnent dans certaines classes. Ce dont il faut surtout bien se garder, c'est d'affirmer qu'un individu est incapable d'avoir des enfants parce que les deux testicules ne sont pas très développés ou qu'ils sont inégaux.

M. CHASSAIGNAC. J'ai essayé d'employer la ventouse chez un individu dont le testicule était au voisinage de l'anneau. Ce jeune homme était entré dans mon service pour être opéré d'une bride résultant d'une brûlure. Pendant les trois mois qu'il resta à l'hôpital, j'appliquai journellement une ventouse dans le but de faire marcher le testicule; mais ce fut en vain. La ventouse n'était pas plutôt enlevée que le testicule remontait brusquement; il arriva même que, sous l'influence de ces manœuvres, il survint une hydrocèle, peut-être même un commencement de hernie. A cette époque le malade quitta l'hôpital, et depuis je ne l'ai point revu. A l'occasion de l'emploi de la ventouse, je dirai qu'il faut avoir soin, avant de l'appliquer, d'enduire la peau d'un corps gras pour ne pas attirer celle des parties voisines et ne pas causer une tension très douloureuse.

M. MICHON. Notre collègue M. Debout a demandé que la discussion de la Société de chirurgie fixât la science sur la question importante qu'il a soulevée. Pour mon compte, je viens apporter des doutes seulement. M. Follin présente des faits et des pièces anatomiques empruntés à la médecine vétérinaire. Dans les animaux comme dans l'homme, la question est complexe. Chez eux, en effet, les testicules présentent, comme chez l'homme, des vices de conformation et de position différents; l'âge de la vie auquel on les étudie doit être pris en grande considération.

Lorsque les deux testicules sont retenus dans l'abdomen, les animaux sont dits *anorchides* et *monorchides* lorsqu'un seul testicule présente ce vice de position. Mais les testicules retenus dans l'abdomen n'affectent pas toujours une position unique et dans une même région; ils peuvent rester dans la région lombaire, ou bien se présenter près de l'orifice de l'anneau inguinal. On comprend qu'ils peuvent avoir subi un arrêt de développement ou un travail d'a-

trophie ; il est certain aussi que, dans un bon nombre de cas, ils présentent du moins toutes les apparences d'un testicule normalement conformé.

J'ai vu plusieurs fois dans la race porcine des individus monorchides, qui avaient subi l'ablation du testicule sorti au dehors, être soumis (parce qu'ils étaient vicieux et réfractaires à l'engraissement) à l'extraction de l'autre testicule par l'ouverture de l'abdomen. Ces testicules, restés dans la région iléo-lombaire, étaient retenus par un cordon court, vasculaire et bien nourri ; ils m'ont présenté les apparences d'un testicule sain. Mais ils n'ont pas été examinés au microscope ; je ne pourrais pas dire s'ils contenaient des animalcules spermatiques.

Les poulains que l'on castre vers l'âge de deux ou trois ans sont quelquefois monorchides, et les opérateurs ambulants se hâtent de couper le testicule sorti au dehors, parce qu'ils ont la conviction que l'ablation de ce testicule détermine l'évolution complète de celui qui est resté en dedans, et alors la castration est opérée en deux fois. Eh bien, dans l'intervalle de ces deux opérations, avant que le second testicule fût sorti, il est arrivé plusieurs fois à ma connaissance que des paternités ont été attribuées à ces poulains monorchides, parce qu'il ne se trouvait pas dans les environs d'autres chevaux ayant des testicules. Je ne cite pas ces faits comme des preuves scientifiques, ils n'en ont pas tous les caractères. J'ai dit que j'apportais des doutes.

Tout récemment le *Recueil de médecine vétérinaire pratique* a traité un point de cette question à l'occasion d'un cheval de course célèbre qui se trouve être anorchide.

Un vétérinaire dont le savoir et le mérite sont d'une grande autorité, M. Roubaux, a émis l'opinion que les chevaux anorchides sont inféconds. Il a rapporté, à l'appui, l'observation qu'il a faite sur un cheval âgé, auquel un testicule avait été enlevé par la castration, l'autre étant resté dans l'abdomen. Cet animal a pu monter trois fois une jument dans un laps de temps assez court, et le liquide de l'éjaculation recueilli dans un vase fut immédiatement examiné au microscope sans qu'on pût y reconnaître d'animalcules spermatiques. Cette expérience n'autorise pas, selon moi, une conclusion absolue. D'abord l'animal ne se trouve pas exactement dans les conditions des anorchides. Il a perdu par l'opération un testicule normal, celui qui lui reste dans l'abdomen a probablement subi bien des vicissitudes, car l'animal est âgé.

L'observation journalière apprend que les testicules retardataires, soit qu'ils finissent par sortir, soit qu'ils restent inclus dans l'abdomen, sont soumis de temps en temps à des efforts d'expulsion comparables sous quelques rapports au travail qui se remarque dans la sortie difficile des dents de sagesse, et que ces inflammations répétées, capables dans quelques cas d'amener des adhérences avec les parties voisines, peuvent bien aussi conduire graduellement à l'atrophie de l'organe inclus. Il me semble que, tout en accordant beaucoup de valeur aux recherches anatomiques et microscopiques, il est à désirer que l'expérimentation physiologique vienne compléter les données anatomiques, et que plusieurs animaux anorchides soient, dans des conditions variées, essayés à la reproduction. Cela paraît d'autant plus nécessaire, que dans le même recueil on cite des exemples de chevaux anorchides qui auraient été de bons reproducteurs. N'est-il pas possible d'admettre que ces animaux ne se trouvent pas tous dans les mêmes conditions, et que parmi il y en ait avec des testicules occupant des positions différentes, les uns avec arrêt de développement, les autres avec atrophie, quelques-uns enfin peut-être avec des testicules normalement développés? Un fait bien remarquable reste acquis, c'est que presque tous montraient de l'aptitude à la copulation.

Dans l'homme, la question qui peut recevoir quelques lumières de l'étude des animaux au point de vue de l'anatomie et de la physiologie, prend une bien plus grande importance quand il s'agit de thérapeutique. La chirurgie doit-elle et peut-elle intervenir utilement pour favoriser la descente du testicule? La médecine opératoire me paraît devoir être mise de côté. Il importe de distinguer l'époque de la vie à laquelle on observe ce vice de conformation. Chez les adultes il y a peu de chose à espérer, peu de chose à tenter. Lors même que le testicule a franchi l'anneau, il ne descend pas dans le scrotum, non-seulement parce que la bourse ne s'est pas développée, mais surtout parce que le gubernaculum n'existe pas ou n'existe plus. J'ai vu dans un cas de ce genre, chez un adulte de vingt-cinq à trente ans, appliqué aussi, sans aucune espèce de succès, des ventouses. Ce jeune homme n'éprouvait aucune souffrance ; il avait le désir de se marier, et était surtout préoccupé de l'idée de se présenter à une femme dans cet état d'apparente infériorité, quoiqu'il parût poussé par un désir assez vif de rapprochement sexuel. Mes efforts ayant été inutiles, je l'ai perdu de vue.

A l'époque de la puberté, la chirurgie peut être d'une grande utilité, surtout si on saisit l'instant favorable. Il y a quelques années, alors qu'on regardait encore l'occlusion du testicule dans l'abdomen comme une circonstance plutôt favorable que défavorable à la génération, on fermait l'anneau par un bandage, dans la crainte que le testicule ne fût suivi par une hernie. Le précepte était donné et suivi par Marjolin, celui de mes maîtres pour la mémoire duquel j'ai le plus profond respect et la plus vive reconnaissance. Cette pratique a non-seulement le mauvais effet moral dont il a été question, de ne laisser apparaître qu'un seul testicule ; mais elle expose à des douleurs violentes chaque fois que le testicule est poussé par un travail, un effort de la nature qui tend à le porter au dehors. Un exemple de ce genre est à ma connaissance.

Il convient d'abandonner les choses aux efforts de la nature en exerçant une surveillance attentive, et de retenir le testicule au dehors en fermant l'anneau avec un bandage. C'est ce que j'ai fait deux fois avec un succès complet. Dans un des deux cas, la lutte fut fort longue et dura plus d'une année. Plusieurs fois le testicule sorti rentra dans l'abdomen, parce que je n'étais pas là pour placer le bandage, parce qu'un effort l'avait déplacé, et le testicule rentré restait un temps assez long, quelquefois plus d'un mois, avant de sortir de nouveau ; enfin l'anneau s'est refermé sous la pelote d'un bandage, et le testicule est resté logé définitivement dans le scrotum avec son développement ordinaire, sans que le jeune homme, aujourd'hui adulte, ait conservé de hernie ni d'incommodité.

Lorsque la descente du testicule est compliquée de hernie, il est manifeste qu'il ne saurait y avoir de règle générale ; si la hernie est sans adhérence avec le testicule, elle doit être retenue dans l'abdomen et le testicule maintenu au dehors. C'est la conduite que j'ai tenue chez un jeune vétérinaire chez lequel j'avais pratiqué l'opération de la hernie inguinale pour un étranglement très grave. L'entérocèle congéniale était accompagnée d'un testicule non complètement descendu dans la bourse ; j'ai réduit l'entérocèle et maintenu avec succès le testicule au dehors. Dans le cas d'adhérences de l'intestin avec le testicule, la conduite à tenir doit être différente ; elle n'est pas susceptible de préceptes généraux.

M. Larrey. La discussion qui vient de s'engager à l'occasion de la première partie du rapport de notre honorable collègue M. Debout aurait été plus opportune peut-être après la lecture de la seconde partie de ce rapport, en nous permettant mieux d'en apprécier l'ensemble et les détails. Il est à remarquer, en effet, que cette discussion a devancé sur plusieurs points l'étude et l'analyse des faits ; c'est pourquoi je réduirai aux termes d'une observation générale ce que j'ai à dire à cet égard : j'y suis, d'ailleurs, quelque peu engagé par le sujet même de la thèse, dont j'avais indiqué le choix à M. Lecomte, en lui fournissant une partie des matériaux nécessaires à son travail, sur les *ectopies congéniales des testicules*.

La fréquence des anomalies du siége de ces organes est telle, que les médecins militaires sont à même d'en observer un grand nombre. Les variétés que j'ai rencontrées, pour ma part, notamment dans les conseils de révision, m'ont engagé à les différencier sous les titres d'*inclusions pelvienne, inguinale, périnéale*, etc. La classification et l'étude de ces anomalies, ainsi que les recherches d'histoire, d'anatomie et de clinique me paraissent avoir été assez bien exposées par l'auteur de la thèse pour qu'il appartienne à M. le rapporteur seulement d'en apprécier la valeur.

Mais il me semble, et M. Debout me permettra de le lui dire, il me semble que son rapport, dans la première partie du moins, est plutôt une dissertation générale sur les ectopies testiculaires qu'une analyse spéciale de la thèse de M. Lecomte. L'appréciation qu'il a faite en même temps des *études* de notre honorable collègue M. Follin, *sur les anomalies de position et les atrophies du testicule*, quoique appartenant au même sujet, ne permet pas, d'après l'audition du rapport, de différencier nettement ce qui lui est propre de ce qui appartient à l'un ou à l'autre des deux travaux en question.

Si maintenant j'avais à me prononcer aussi sur la question délicate de la virilité, dans les cas d'inclusion abdominale du testicule, en admettant d'ailleurs les différents degrés d'altération, de transformation ou d'atrophie signalés par MM. Follin et Gosselin, je n'hésiterais pas à soutenir, comme le professeur Gerdy, que les cryptorchides se trouvent souvent placés dans des conditions telles, qu'ils peuvent inspirer aux femmes un éloignement absolu ou ressentir eux-mêmes un profond chagrin de leur apparente infirmité. Il faut dire *apparente*, parce que dans bon nombre de cas, ainsi que l'a observé M. Michon chez certains animaux, l'absence extérieure des testicules n'est pas incompatible avec la faculté procréatrice. Je suis d'autant plus porté à le croire, lorsqu'il s'agit d'une inclusion pelvienne plutôt que d'une inclusion inguinale, celle-ci exposant davantage le testicule à diverses altérations et à l'atrophie par compression.

Quant à l'intervention chirurgicale dans les anomalies de position du testicule, elle me semble aussi devoir être très-réservée, soit comme traitement mécanique, soit comme médecine opératoire, à moins d'indications spéciales. C'est, du reste, une question qui sera discutée plus à propos lorsque M. Debout aura complété la lecture de son savant rapport.

M. Debout. En donnant l'analyse de la première partie de la thèse de M. Lecomte, je crois n'avoir rien omis. M. Lecomte a exposé l'état actuel de la science ; il a, de plus, employé un mot heureux, celui d'inclusion, qui n'entraîne pas avec lui l'idée d'atrophie ou de modification de l'organe. Je crois aussi qu'il faut ne pas perdre de vue qu'il y a une grande différence entre la virilité et l'aptitude à la reproduction.

M. Guersant. Très souvent, à l'hôpital des Enfants, on nous amène de jeunes sujets chez lesquels l'évolution du testicule est incomplète, et voici la pratique que je suis habituellement dans ces circonstances :

1° Dans les cas où le testicule se présente à l'anneau seul, sans hernie, je conseille de ne pas s'en occuper et d'attendre les efforts de la nature.

2° Lorsque le testicule commence à sortir de l'anneau et qu'il y a hernie, je me trouve bien de faire porter le bandage herniaire en l'appliquant avec beaucoup de précaution, de manière à chasser le testicule et à maintenir la hernie ; mais ce moyen n'est bon qu'autant que l'enfant est docile et comprend la manière d'appliquer lui-même son bandage, ou que ses parents sont assez soigneux et assez intelligents pour surveiller l'enfant en l'absence du chirurgien.

3° Enfin, lorsque la hernie adhère au testicule, et que tous deux, en franchissant l'anneau, déterminent des accidents répétés, je crois qu'un bandage herniaire doit maintenir le tout réduit.

Ces différents cas se présentent très souvent à l'hôpital des Enfants, et je n'ai point eu à me plaindre de la conduite que je viens d'indiquer.

J'ajouterai qu'un bon nombre d'individus de douze à quinze ans restent avec un testicule engagé à l'anneau sans qu'il sorte jamais complétement.

M. Chassaignac. J'ai vu deux fois, à la suite d'un bandage mal appliqué, le testicule dévié de sa position naturelle, relégué au niveau de l'anneau crural et simuler une hernie.

M. Robert donne ensuite lecture du rapport suivant, adopté par la commission, en réponse à une demande de M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque.

Rapport sur une note relative à une fracture de l'épine de l'omoplate considérée sous le point de vue médico-légal, par M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque.

(Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.)

M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, a communiqué à la Société de chirurgie un fait qui n'a qu'un intérêt médiocre au point de vue scientifique, mais qui soulève une assez grave question sous le rapport de la médecine légale.

Le 23 mai 1852, un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution grêle, reçoit sur la joue gauche un vigoureux soufflet qui le renverse violemment à terre ; l'épaule droite porte sur le sol. Il se relève, peut mouvoir ses bras et les croiser sur sa poitrine ; mais le lendemain les douleurs qu'il ressent dans l'épaule droite lui interdisent tout mouvement du bras correspondant.

Le 25 au matin, M. Demeaux l'examine et constate l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate caractérisée par une vive douleur au siége de la lésion, la crépitation, la mobilité du fragment acromial. Le déplacement était nul, la rougeur et le gonflement peu prononcés.

Notre confrère se contenta de soutenir le bras avec une écharpe et de surveiller le malade.

Le 27 mai, les signes de la fracture furent de nouveau constatés sans peine. M. Demeaux revit le malade plusieurs fois dans le courant du mois de juin ; tout alla pour le mieux.

Les choses en étaient là lorsque deux confrères de la localité mirent en doute l'existence de la fracture. D'après le premier, « une » fracture de l'omoplate ne saurait avoir lieu qu'à la suite d'un » coup de barre ou d'un coup d'arme à feu, et d'ailleurs avec une » pareille lésion tout mouvement du bras eût été impossible. » Le second confrère, appelé par la partie adverse, a été judiciairement chargé de visiter le blessé. Il a fait son examen le 30 juin, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, et a déposé que, « d'après » la nature de la chute, attendu qu'il n'y avait ni ecchymose, ni » engorgement, ni difformité, et qu'il n'avait pas été appliqué d'appareil convenable, il conclut que la fracture de l'épine de l'omoplate n'avait jamais existé. »

La justice s'est prononcée, et a adopté des conclusions en rapport avec les dispositions et l'opinion des deux contradicteurs de M. Demeaux. Appel a été fait de ce jugement, et un autre tribunal sera bientôt appelé à statuer définitivement sur ce débat.

Tel est, en résumé, l'exposé du fait sur lequel M. Demeaux invoque aujourd'hui les lumières de la Société de chirurgie en la priant de répondre aux questions suivantes :

1° Une chute, dans laquelle l'épaule porte sur le sol, peut-elle déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate ?

2° Avec une fracture de l'épine de l'omoplate, le malade peut-il exécuter des mouvements, croiser les bras, se livrer à un léger travail ?

3° Une écharpe est-elle suffisante pour guérir sans difformité une fracture de l'épine de l'omoplate qui n'était compliquée d'aucun déplacement ?

4° De ce que trente-huit jours après une chute sur l'épaule on ne trouve ni *ecchymose*, ni *engorgement*, ni *difformité*, est-on autorisé à en conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a pas existé ?

Messieurs, la Société de chirurgie ayant manifesté l'intention de n'intervenir dans cette discussion que d'une manière générale et dans l'intérêt seul de la vérité, votre commission se bornera strictement à vous soumettre les réponses qui lui ont paru devoir être adressées à chacune des questions posées par notre confrère.

1° A la première question : il est certain qu'une chute sur l'épaule peut déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate. L'exemple suivant en démontre la possibilité :

Le 30 juin dernier, M. le professeur Velpeau a eu l'occasion rare d'observer une fracture de cette espèce : le blessé était tombé à la renverse sur un talus ; l'épaule gauche avait porté sur le sol, et au même moment une vive douleur s'était fait ressentir dans cette région (*Gazette des Hôpitaux*, 1852, p. 326).

A l'observation directe, on peut joindre les données fournies par l'induction. En effet, l'acromion, dont les fractures doivent survenir par le même mécanisme que celles de l'épine scapulaire dont elle est la continuation, se fracture souvent à la suite de chutes sur le moignon de l'épaule : ce fait est connu de tous les praticiens.

2° A la deuxième question : il n'est pas douteux qu'un blessé affecté de fracture de l'épine de l'omoplate ne puisse exécuter des mouvements variés avec le membre correspondant et même se livrer à un léger travail. En effet, ces fractures n'étant accompagnées d'aucun déplacement et les fragments étant maintenus par les masses charnues des muscles sus et sous-épineux, d'une part, et de l'autre par les aponévroses résistantes des muscles trapèze et deltoïde, les mouvements de l'épaule et du bras ne doivent être que médiocrement douloureux. Qui ne sait d'ailleurs que dans des conditions moins favorables diverses fractures n'apportent qu'un faible obstacle à la mobilité des leviers osseux? Qui n'a vu des malades faire usage de leur membre après des fractures de la clavicule, de l'acromion, de l'humérus, du col du fémur, etc. ?

Du reste, l'observation directe se charge de répondre péremptoirement à la question qui nous est adressée. En effet, chez le blessé observé par M. Velpeau, tous les mouvements du bras étaient possibles, mais seulement gênés et douloureux.

3° A la troisième question : L'emploi d'une simple écharpe est suffisant pour permettre la consolidation des fractures de l'épine de l'omoplate ; c'est même à ce moyen que se bornent la plupart des praticiens de nos jours. Il n'existe, en effet, dans cette espèce de fracture aucun déplacement à prévenir ou à combattre, et la seule indication est de placer le bras dans le repos.

4° A la quatrième et dernière question : La manifestation de l'ecchymose dans les fractures varie beaucoup trop pour être, en général, un signe de quelque valeur dans le diagnostic de ces lésions ; l'épine de l'omoplate, en particulier, étant recouverte par les aponévroses des muscles trapèze et deltoïde, ces plans fibreux demeurés intacts, ainsi que l'aponévrose sous-épineuse, ne doivent-ils pas empêcher le sang épanché autour du foyer de la fracture de pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané ?

Mais si l'absence de l'ecchymose, même après une chute récente sur l'épaule, n'autorise point à nier l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, à plus forte raison l'absence de ce symptôme au bout de trente-huit jours ne saurait-elle permettre une pareille conclusion ; en effet, l'ecchymose est un phénomène essentiellement temporaire ; et, en supposant qu'elle eût existé primitivement, trente-huit jours sur un sujet jeune ne sont-ils pas plus que suffisants pour faire résorber le sang infiltré dans le tissu cellulaire ?

L'absence de difformité et d'engorgement au bout de trente-huit jours n'autorisent pas plus que l'absence d'ecchymose à conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a point existé : en effet, 1° il ne saurait y avoir de difformité à la suite d'une fracture qui n'a donné lieu à aucun déplacement ; 2° quant à l'engorgement, il est aujourd'hui bien avéré que, lorsque les fragments d'une fracture sont restés au contact, le périoste qui les avoisine n'est le siége d'aucun épaississement, d'aucune induration, en un mot d'aucune saillie appréciable et capable surtout de révéler à travers les parties molles l'existence de la solution de continuité.

Telles sont, messieurs, les réponses que votre commission vous propose de faire aux diverses questions posées par M. le docteur Demeaux.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans la vingt-cinquième année de son existence, sont devenues si rares aujourd'hui qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans un format in-4° qui ressemblait beaucoup à celui des *Débats* sous l'Empire.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin la *Gazette*, en 1851, c'est-à-dire au moment où commençait la seconde moitié du dix-neuvième siècle, a adopté son format actuel et les beaux caractères qui en rendent la lecture si facile. Pendant les vingt mois qui se sont écoulés depuis cette époque, un nombre considérable d'abonnés nouveaux sont venus nous prouver que le corps médical veut bien apprécier les efforts que nous ne cessons de faire pour lui rendre le plus de services possible. Ces abonnés ont presque tous voulu collectionner leurs numéros en partant de cette année 1851, si bien [illegible] ceux que nous avions en réserve se sont épuisés, et que [illegible]s d'être obligés de faire réimprimer cette année tout enti[illegible]

Nous la fournirons maintenant, moyen[illegible]ancs seulement, à ceux de nos abonnés qui voudraient se f[illegible]llection à partir de cette époque.

[illegible] Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 [illegible]augirard.

N° 113. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 113. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Cazenave). Leçons cliniques sur les maladies de la peau. — Du favus. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Sur un cas de fièvre puerpérale terminée par la guérison. — Académie de médecine, séance du 21 septembre. — Académie des sciences, séance du 20 septembre. — Société de médeciue pratique, séance du 6 août. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 22 SEPTEMBRE 1852.

Séances des Académies.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Bouchardat a communiqué la dernière partie de son rapport officiel sur le traitement de la rage; nous en reproduisons les conclusions, qui ont été adoptées par l'Académie. Puis M. Velpeau a pris la parole pour répondre à M. Ricord.

Nous donnerons dans notre prochain numéro cette remarquable argumentation, qui, pendant plus d'une heure, a tenu l'Académie attentive. Il nous serait impossible de rendre l'impression profonde produite par cette parole sobre, sévère, toute scientifique. M. Velpeau a successivement repris toutes les parties saillantes du discours de M. Ricord; et, combattant un à un tous les arguments développés dans la dernière séance, il s'est attaché à démontrer que les observations sur lesquelles est basée toute la doctrine professée par M. Ricord sont loin d'offrir cette rigoureuse précision que le chirurgien de l'hôpital du Midi se plaint de ne pas rencontrer dans les faits rapportés par ses adversaires.

Après avoir successivement soumis à une analyse sévère tout ce qui est relatif aux modes de transmission de la syphilis, à la forme, au siége des manifestations syphilitiques secondaires, etc., il a examiné les observations qui lui paraissent prouver suffisamment la possibilité de la transmission de la vérole constitutionnelle; et à l'appui de son opinion il a déposé sur le bureau un recueil de dix observations rédigées par M. le docteur Bardinet, chirurgien en chef de l'hôpital de Limoges.

Agrandissant ensuite le champ de la discussion, M. Velpeau a examiné et combattu la plupart des lois générales posées et formulées en termes précis par M. Ricord.

Nous bornerons notre analyse à ces quelques mots. Quand la discussion sera définitivement close, alors seulement une appréciation indépendante résumant toute la discussion sera insérée dans ce journal. Jusque-là nous continuerons à mettre sous les yeux de nos lecteurs tout ce qui sera dit d'intéressant et d'important sur la question.

— Pendant que l'Académie de médecine se laissait absorber par une seule question, l'attention des auditeurs, à l'Académie des sciences, se trouvait, au contraire, divisée sur plusieurs sujets très divers (nous n'entendons parler que de ceux qui ont trait à la médecine).

L'un des jeunes professeurs de la Faculté de Montpellier, M. Alquié, est venu lire un travail sur le rôle du microscope dans l'étude des tumeurs cancéreuses, qui ressemble quelque peu à un défi jeté aux idées modernes et aux belles recherches dont ces affections ont été l'objet dans ces derniers temps. Nous n'avons pu donner, au compte-rendu, une analyse de ce travail, fort étendu d'abord, et que l'auteur n'a terminé ni par des conclusions nettes et explicites, ni par un de ces résumés qui en facilitent considérablement l'intelligence.

Cependant, si nous avons bien entendu, à la lecture, il nous a paru que M. Alquié ne contestait ni la réalité des résultats constatés par l'étude microscopique, ni leur exactitude; mais ce qu'il conteste, c'est leur signification et leur utilité pratique. Ainsi, M. Alquié admet l'existence dans certaines tumeurs d'une cellule particulière qui en constitue le caractère anatomique spécial, et que l'on ne retrouve point dans d'autres tumeurs extérieurement et en apparence semblables. Partant, il ne fait aucune difficulté de considérer comme fondée anatomiquement, mais anatomiquement seulement, la distinction que l'on a établie entre les cancroïdes dépourvus de cette cellule et les cancers proprement dits qui la présentent toujours. Mais pour lui, cette sorte de disjonction n'est nullement fondée en clinique, les tumeurs épithéliales, épidermiques, fibro-plastiques, etc., se reproduisant après l'opération tout aussi bien que les tumeurs à cellule cancéreuse. Toutes ces tumeurs ne sont, à ses yeux, que des degrés, des variétés du cancer, dont la nature est révélée, non par la présence ou l'absence de tel ou tel élément anatomique, mais par l'ensemble de leurs symptômes, par leur marche et par les phénomènes généraux qu'elles suscitent.

Nous n'avons pu juger, sur une simple audition, de la valeur des preuves et des faits que l'auteur invoque à l'appui de cette opinion. Nous devons donc provisoirement nous abstenir de la juger; mais nous ne craignons pas de prédire à M. Alquié que ses idées rencontreront une très vive opposition.

L'objet des autres communications est suffisamment indiqué dans le compte-rendu pour que nous n'ayons pas besoin d'y insister ici.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

DU FAVUS.

La dénomination de teigne, s'il est vrai qu'elle mérite d'être conservée dans la nomenclature des affections cutanées, doit être exclusivement réservée au favus proprement dit.

Le favus, le porrigo favosa, soit qu'on le considère sous le rapport de son évolution ou de sa ténacité, de sa nature intime ou de ses symptômes, soit qu'on l'envisage au point de vue des inconvénients dont il s'accompagne, ou des traces qu'il laisse après lui, constitue l'une des maladies dont l'étude offre le plus d'importance et d'intérêt.

Il consiste dans une inflammation spéciale de l'extrémité des conduits pilifères, qui donne lieu à l'épanchement d'une matière jaunâtre et tend fatalement à se terminer par alopécie.

Le favus débute ordinairement par un point jaune particulier, analogue à celui que pourrait produire une piqûre d'épingle. Ce point jaune, qui ne fait pas saillie au-dessus du niveau de la peau, paraît formé par une matière grasse évidemment liquide, dont la sécrétion dure un temps plus ou moins long. En général, au bout de vingt-quatre heures environ, cette matière se concrète; elle garde, bien qu'à un moindre degré, la couleur jaune qui lui est propre, couvre, en se desséchant, une plus grande surface, et, dans l'espace de quelques jours, donne naissance à une sorte de disque ou de tubercule exactement arrondi, saillant à la périphérie, déprimé au centre, qui a pour caractères principaux la proéminence qu'il forme sur le cuir chevelu, l'enveloppe épidermique dont il est recouvert, et la présence d'un cheveu par lequel il est traversé dans sa partie moyenne.

Les disques faveux, dans quelques circonstances, apparaissent en petit nombre et restent isolés les uns des autres; dans d'autres cas, au contraire, ils se multiplient, et dans leurs mouvements excentriques finissent par se confondre entre eux. C'est alors qu'on voit les cheveux se détruire par suite de l'adhérence intime qu'ils ont contractée avec le produit de la sécrétion et de la distension à laquelle ils sont soumis. L'épiderme qui revêt les favi se déchire, leur ombilication s'efface, une poussière plus ou moins sèche se détache des parties malades.

Les disques faveux, en se confondant les uns avec les autres, engendrent une vaste croûte dans laquelle on ne retrouve jamais que d'une manière incomplète les caractères de la lésion primitive. C'est ainsi qu'on trouve çà et là des moitiés ou des quarts de cercle, et qu'on reconnaît la coloration jaunâtre qui est particulière au favus.

Lorsque la maladie est moins confluente et que l'on cherche à énucléer les boutons faveux demeurés distincts les uns des autres, on observe des phénomènes qui méritent au plus haut point de fixer l'attention.

Si on prend un disque qui date de huit ou dix jours, et qui a atteint son entier développement, on éprouve pour extraire le produit de sécrétion une difficulté plus ou moins grande; on ne tarde pas à se convaincre que cette difficulté tient, d'une part, à l'adhérence solide qui unit le chancre au bouton faveux; de l'autre, à la présence de l'enveloppe épidermique dont nous avons déjà fait mention.

Cette enveloppe se continue manifestement avec l'épiderme du conduit pilifère. Lorsqu'on vient à en opérer la section, on donne facilement issue, à l'aide d'une épingle, à une sorte de gâteau dont la surface extérieure est sèche, dont la surface interne est lisse, grasse et humide.

Le point de la peau sur lequel repose le disque faveux présente une dépression au centre de laquelle est un point qui paraît se continuer avec un conduit.

A une certaine époque, les cheveux subissent sous l'influence de la maladie une altération particulière qui est, jusqu'à un certain point, caractéristique; ils perdent à la fois de leur éclat et de leur solidité; leur aspect devient lanugineux. Il est digne de remarque que ces changements surviennent exclusivement dans la portion des cheveux comprise entre leur point d'émergence et leur extrémité terminale. La portion que limitent le bulbe et l'orifice du conduit pilifère conserve son intégrité.

Pour peu que le favus dure depuis un certain temps, il se complique de symptômes qui se montrent avec la forme des inflammations ordinaires. Aux disques faveux se joignent souvent des vésicules d'eczéma ou des pustules d'impétigo, et plus souvent encore des plaques de pityriasis.

La maladie vient-elle à se prolonger encore, au milieu des croûtes qui recouvrent la tête se dessinent des espaces dans lesquels le cuir chevelu est complétement dénudé; les cheveux ont été détruits d'une manière définitive. Au niveau des points qu'ils occupaient existe une cicatrice dont l'aspect spécial est en rapport avec le mode de production.

Si aux lésions qui viennent d'être décrites on ajoute l'existence, chez la plupart des malades, d'ophthalmies ou d'engorgements ganglionaires, on aura le tableau de la variété de favus que l'on prend ordinairement pour de la maladie, du favus disséminé.

Le favus en cercles, la seconde des deux formes sous laquelle la teigne peut se manifester, présente des phénomènes singuliers qu'il importe de bien connaître. Au lieu de se développer par des disques isolés, il débute immédiatement par des plaques largement arrondies. Les premiers symptômes par lesquels il se révèle diffèrent de ceux qu'on observe dans le favus disséminé. On voit sur une étendue de surface plus ou moins grande se gonfler l'extrémité des conduits pilifères; des squames adhérentes se produisent; leur ensemble forme des plaques arrondies analogues aux plaques du pityriasis, dans les limites desquelles le cuir chevelu a l'aspect inégal d'une peau de chagrin.

Cet état de choses dure quelquefois assez longtemps, il explique comment des observateurs inattentifs ont pu confondre le favus avec le pityriasis.

Il arrive un moment où les squames sont remplacées par des points jaunes dont la couleur est un peu moins intense que celle des disques du favus disséminé; les plaques pityriasiques s'effacent et font place à de larges croûtes faveuses.

L'épaisseur des croûtes faveuses est moindre que dans la première variété de la maladie, il n'est pas rare de les voir persister pendant un long espace de temps sans altérer les cheveux dans leur éclat; néanmoins l'alopécie est constamment le résultat ultime de leur présence; plus facile à prévenir, elle n'est pas moins incurable que dans le favus disséminé.

Le favus a évidemment pour siége de prédilection le cuir chevelu; il peut, à la vérité, se montrer sur les différents points de la surface du corps, mais alors, presque toujours, il a occupé ou il occupe en même temps le cuir chevelu.

Les faits de contagion à la suite desquels on a vu le favus borné à des parties de la peau autres que celle qui recouvre la tête sont très rares; ils se rencontrent principalement chez les vieillards et chez les adultes. Tout le monde connaît l'histoire d'un médecin qui, après avoir passé une nuit en voyage et avoir appuyé sa joue sur l'une des parois d'une voiture publique, fut atteint de favus dans la partie du visage qui seule avait subi le contact.

Chose remarquable! le favus peut se développer spontanément sur les bourses, c'est du moins ce que nous ont appris nos observations personnelles; ses symptômes restent les mêmes; sa gravité seule diffère, elle est moindre qu'au cuir chevelu. On peut en dire autant du favus qui envahit les diverses régions du corps autres que la tête.

Quelle est la nature intime du favus?

Cette importante question est loin d'être résolue de la même manière par tous les pathologistes.

Les anciens attribuaient le favus, de même que la plupart des maladies de la peau, à une humeur mélancolique; vers la fin du siècle dernier on le considéra comme une affection pustuleuse ayant son siége dans les bulbes pileux; cette opinion, qui a été soutenue par Duncan et par Alibert, était fondée sur l'alopécie dont s'accompagne constamment la maladie, elle fut modifiée. Mahon et Baudelocque avec Sauvages et Murray pensèrent que le favus était localisé, non dans les bulbes pileux, mais dans les follicules sébacés; ils nièrent le caractère pustuleux de la lésion primitive. Cette négation marque un grand progrès dans l'histoire anatomique du favus.

Un ancien interne des hôpitaux, M. Letenneur, dans sa thèse inaugurale qui parut en 1839, démontra plusieurs faits importants. Il fit voir que le favus a son siége à l'extrémité des conduits pilifères, et qu'il consiste principalement dans une lésion de sécrétion des cryptes qui s'ouvrent au pourtour de l'orifice de ces conduits. On sait aujourd'hui que

les cryptes, dont l'altération de sécrétion est signalée, sont chargées de verser une matière grasse en l'absence de laquelle les cheveux deviendraient secs et cassants.

M. Letenneur poussa plus loin ses investigations, il étudia les cicatrices qui succèdent au favus et démontra qu'elles se forment de la manière suivante : Sous les croûtes faveuses s'établit un travail inflammatoire; une sorte d'exulcération se produit; à une certaine époque s'opère une cicatrisation qui a pour effet d'obturer les conduits pilifères. Sous la cicatrice transparente qui s'est formée, on peut apercevoir les cheveux dont la sécrétion continue, mais dont l'issue au dehors est devenue impossible; les bulbes pileux conservent pendant quelque temps leur intégrité, mais il arrive un moment où ils s'atrophient et cessent de remplir leurs fonctions.

Contradictoirement aux faits par lui observés, M. Letenneur considéra le favus comme une affection pustuleuse.

Les auteurs qui ont voulu voir dans cette maladie la présence d'un cryptogame ont invoqué, comme argument principal, la négation de l'existence d'une pustule.

L'opinion d'après laquelle le favus consiste dans un végétal parasite a été pour la première fois produite en France par M. Gruby, dans un mémoire présenté à l'Institut; elle a été appuyée de l'autorité de Remack, de Muller et de Vogel; MM. Lebert et Robin l'ont soutenue. Nous avons publié les recherches micrographiques de M. Bock; le cryptogame découvert par le professeur norvégien n'a pas les mêmes caractères que celui dont MM. Gruby et Lebert ont donné la description; la dissidence que nous mentionnons ici semblerait justifier le mot qui nous a été reproché, lorsque nous avons parlé des illusions dans lesquelles pouvait entraîner le microscope.

Il n'entre nullement dans nos intentions de critiquer les travaux d'observateurs aussi éminents que ceux dont nous venons de citer les noms. Nous devons néanmoins déclarer, en rendant hommage à leur talent et à leur mérite, que nous n'avons pas trouvé comme eux toutes les parties constitutives du végétal qu'ils ont décrit, le mycélium, les spores et le réceptacle.

Les partisans de l'existence d'un cryptogame ont dit que le favus n'était pas une affection pustuleuse. Nous partageons sur ce point leur manière de voir; mais nous rejetons formellement la présence d'un parasite végétal. Comment, en effet, concilier un pareil fait avec la disposition de l'enveloppe épidermique que nous avons dit exister constamment au début de la maladie, enveloppe solide et résistante qui s'oppose à l'énucléation des disques faveux?

On a objecté que le favus pouvait se développer sur des parties complétement dépourvues de poils, et qu'on l'avait vu occuper la surface du gland. Nous ne saurions accepter cette objection. Il est parfaitement démontré à nos yeux qu'il ne peut exister de favus que dans les points où existent des poils. Le fait est si vrai, qu'au cuir chevelu les disques faveux disparaissent aussitôt que les cheveux sont détruits. L'empirisme, aussi bien que la nature, ne nous a-t-il pas appris que l'unique mode de guérison de la maladie consiste dans la destruction des cheveux; destruction qui entraîne avec elle la cessation de la sécrétion sébacée dont l'altération engendre les disques faveux?

Ajoutez aux considérations précédentes qu'on rencontre des lésions pathologiques qui n'ont rien de commun avec la présence d'un végétal parasite, tels sont les produits d'inflammation divers, pustules d'impétigo, plaques de pityriasis, dont s'accompagne le favus disséminé; telles sont encore les altérations diverses des surfaces malades, la rougeur et les solutions de continuité dont elles deviennent le siége.

Il est à remarquer que les croûtes de favus se délayent entièrement dans la matière des cataplasmes que l'on applique en vue de les faire tomber. Ce fait concorde parfaitement avec l'état liquide des disques pendant la durée des premiers temps de l'éruption.

Le développement spontané du favus est tellement fréquent, qu'Alibert, par qui il a été observé un grand nombre de fois, ne croyait pas à la contagion de la maladie et la regardait comme héréditaire.

De même que plusieurs autres affections de la peau, le favus peut disparaître sous l'influence d'une maladie aiguë, d'un érysipèle, par exemple.

Telles sont les considérations sur lesquelles nous nous appuyons pour envisager la maladie qui nous occupe comme une lésion de sécrétion. Cette lésion a son siége à l'extrémité des conduits pilifères; elle est principalement caractérisée par une hypersécrétion du liquide destiné à lubréfier les poils et les cheveux; elle présente, avec l'acné, affection qui, elle aussi, consiste essentiellement dans une lésion de sécrétion, une analogie facile à saisir.

Il est une variété d'acné dans laquelle la matière sébacée se concrète en couches qui se superposent et finit par donner naissance à des écailles noires comparables à celles de l'ecthyma. Nous voulons parler de la variété d'acné que Willan et Bateman ont décrite sous le nom d'ecthyose de la peau. La lésion pathologique par laquelle elle se caractérise offre la plus grande ressemblance avec celle qui constitue le favus.

L'analogie de l'affection faveuse avec l'acné peut être poursuivie jusque dans les variétés de l'une et l'autre maladie; il existe des rapports manifestes entre le favus en cercles et l'*acne rosacea*, forme d'acné dans laquelle l'hypersécrétion, comme on sait, ne joue qu'un rôle secondaire.

Le favus, à nos yeux, est donc une lésion de sécrétion, mais une lésion de sécrétion dont les éléments sont multiples. Non-seulement la matière sébacée est produite en quantité plus grande qu'à l'état normal, elle est encore altérée dans sa nature intime; elle a subi une modification particulière qui nous est inconnue, modification qui se rapproche sans doute de celle en vertu de laquelle l'herpès circiné acquiert au cuir chevelu des propriétés contagieuses qu'il ne possède pas lorsqu'il occupe d'autres régions de la peau.

La cause la plus ordinaire du favus est la contagion. Alibert, qui ne croyait pas à son action, admettait que la maladie se développe tantôt d'une manière spontanée; tantôt par voie d'hérédité. L'opinion du savant dermatologiste est vraie dans une certaine limite. Ici, comme dans toutes les maladies de la peau, il importe de faire la part des circonstances occasionnelles et celle des dispositions individuelles; l'état général des malades est une condition qui mérite d'être prise en sérieuse considération. Le favus constitue, chez les enfants, une maladie très grave et très tenace; lorsqu'il atteint des hommes âgés de quarante ou de soixante ans, il cède facilement aux moyens qu'on lui oppose. L'un de nos malades, dont le père a eu un favus dans son enfance, a contracté la maladie au milieu d'une école; il convient évidemment de tenir compte ici de la contagion aussi bien que de l'hérédité.

Le favus a une physionomie spéciale qui permet, en général, de le distinguer aisément de toutes les autres affections cutanées. Les croûtes auxquelles il donne naissance offrent une couleur jaune caractéristique; lorsqu'elles sont en voie de formation, on rencontre des myriades de disques qui tendent à se confondre les uns avec les autres: ces disques se reconnaissent sans peine à leur forme spéciale et à leur coloration.

Il est quelques points de diagnostic sur lesquels nous devons nous arrêter, à cause des obscurités dont ils sont ordinairement entourés.

A une certaine période du favus en cercles, on ne découvre sur le cuir chevelu que des plaques bleuâtres recouvertes de squames, dont l'apparence peut faire croire au premier abord à l'existence d'une affection pityriasique. Si on examine avec soin l'état des parties malades, on aperçoit sur les confins de l'éruption des points dont l'aspect semble annoncer l'évolution prochaine de disques faveux, et on reconnaît que l'alopécie n'a pas les mêmes caractères que dans le pityriasis; les cheveux, au moment de leur chute, loin de présenter sensiblement leur intégrité ordinaire, offrent un état d'altération des plus manifestes. La circonférence exactement arrondie des plaques faveuses, le peu d'abondance des squames qui existent à leur surface, l'aspect grenu et chagriné de la peau qu'elles occupent établissent entre les deux maladies des différences fondamentales qui ne sauraient laisser place au doute et à l'erreur.

Mahon a très bien décrit l'apparence particulière de la peau que nous venons de signaler, apparence qui ne se retrouve nullement dans le pityriasis; seulement, il a eu le tort de rattacher à la teigne tondante un état pathologique qui correspond simplement à l'une des périodes du favus en cercles.

A une époque plus avancée de la maladie, les squames pityriasiques sont remplacées par des disques faveux qui diffèrent de ceux du favus disséminé par leur moindre épaisseur.

Le défaut d'aspect grenu de la peau, l'absence de squames dures et adhérentes, la forme spéciale et caractéristique de l'alopécie ne permettent pas, lorsqu'on est prévenu des difficultés du diagnostic, de confondre l'herpès tonsurant avec le favus en cercles, comme l'ont fait Mahon et les auteurs anglais, dont les ouvrages ont répandu sur l'histoire des affections du cuir chevelu une fâcheuse obscurité.

Le favus constitue une maladie sans gravité lorsqu'il se développe à une autre époque de la vie que dans l'enfance, et sur d'autres points de la peau que le cuir chevelu, surtout quand il survient d'une manière accidentelle. Dans les conditions opposées il emprunte à l'influence pernicieuse qu'il exerce sur les malades, et à la résistance qu'il oppose aux agents thérapeutiques, des caractères qui doivent le faire ranger au nombre des affections les plus sérieuses de la pathologie cutanée.

Il est incontestable que les enfants atteints de favus éprouvent dans leur état physique et moral un changement des plus marqués; on voit survenir chez eux de la diarrhée et des engorgements ganglionaires, ils restent maigres et chétifs, leur mémoire et leur intelligence s'affaiblissent, leur caractère devient morose et difficile.

Les anciens attachaient une grande importance, dans le traitement du favus, aux moyens propres à exercer sur l'économie une action générale, ils les faisaient varier suivant la constitution des malades. Est-il besoin de dire que les praticiens modernes doivent suivre leurs préceptes et leurs exemples?

Parmi les moyens topiques qu'on a proposés, le plus répandu consiste dans l'avulsion des cheveux par la calotte; il a été vanté par A. Paré.

La calotte, il faut l'avouer, est un procédé de guérison barbare, mais logique; elle remplit en effet l'indication principale du traitement, indication dont l'objet est de suspendre pour un temps la sécrétion des cheveux, et par suite, celle de la matière sébacée destinée à les lubréfier.

Le procédé de la calotte; tel que l'employaient les anciens, se réduisait à couvrir la tête des malades d'une couche de matières emplastiques, qu'on enlevait sans ménagement. Il a été modifié de plusieurs manières : ainsi, on a conseillé de substituer la gomme ammoniaque à l'empois, et de composer la calotte de bandes triangulaires qu'on peut enlever successivement et isolément.

On a imaginé une foule de pommades épilatoires; nous nous sommes servi dans ces derniers temps d'un liquide vanté par M. Martin; ce liquide se compose d'un mélange à parties égales d'eau et de chaux vive que l'on sature à l'aide d'un courant d'hydrogène sulfuré.

Les onctions résolutives ont dans quelques cas une incontestable utilité.

En résumé l'épilation est le seul mode de traitement rationnel. Les succès obtenus par les frères Mahon, s'ils peuvent être appliqués en partie par la confusion qui fait regarder comme de véritables teignes des affections qui ne sont nullement de la nature du favus, et par la facilité plus grande avec laquelle on guérit le favus disséminé, doivent aussi être attribués pour une large part aux soins manuels que reçoivent les malades.

A.-H. M.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Sur un cas de fièvre puerpérale terminée par la guérison,

Par M. le docteur AUG. FRÉDÉRICQ.

OBS. — Je fus appelé le 17 mai 1852 chez la femme G..., 23 ans, primipare, accouchée depuis 6 jours. L'accouchement n'avait pas été laborieux, s'était fait par les seuls efforts de la nature. Une personne du voisinage, non diplômée, qui assistait quelquefois des femmes en travail, avait été présente. D'après les renseignements des assistants, l'arrière-faix s'était présenté quelques instants après la sortie de l'enfant, la malade avait, disait-on, perdu peu de sang; et l'écoulement lochial dès le commencement avait été fétide.

A mon arrivée, la femme avait la fièvre depuis deux jours et demi, on s'était abstenu d'appeler un médecin; parce que l'on avait cru avoir affaire à une fièvre de lait.

Voici l'état de la malade à ma première visite :

Elle était couchée sur le dos, dans un état de semi-stupeur, dont on la retirait facilement par les questions qui lui étaient faites, le regard était affaissé, le facies était jaune, pâle, terne, tiraillé, un peu défait, surtout dans les traits qui environnent la bouche; le front, humide de transpiration, était couvert de taches hépathiques sales, les muqueuses des yeux et de la bouche présentaient une pâleur pareille à celle qui s'offre chez les personnes exsangues: il est à remarquer que la malade était sanguine et nullement chlorotique avant son accouchement; la langue aussi était pâle et humide, et présentait dans son milieu une strie longitudinale d'un brun noirâtre. La malade se plaignait d'une saveur excessivement mauvaise, elle demandait tout ce qui est acide.

L'exploration du ventre n'indiquait rien; il était souple, non météorisé, aucun point douloureux; le volume de l'utérus ne présentait pas de développement extraordinaire; les lochies étaient sanguinolentes et excessivement fétides, mais pas trop abondantes; depuis trois jours la malade n'avait pas eu de selle.

La peau, partout d'un jaune de paille, offrait des moiteurs partielles; sa température était presque au-dessous de la température ordinaire.

Le pouls, concentré et très fréquent, n'avait rien de franc dans ses allures, toutes les pulsations n'étaient pas les mêmes; il y avait irrégularité.

La malade se plaignait de céphalalgie frontale; il lui était impossible de dormir, disait-elle, ses membres pesaient comme du plomb.

D'après les renseignements de la malade, le mal avait commencé par un frisson, qui avait duré assez longtemps; depuis ce frisson initial elle n'en avait plus éprouvé.

Le diagnostic me sembla passablement obscur; j'eus recours à la médication préconisée par Trousseau :

Racine d'ipécacuhan. . . . . 2 dragmes.

Faites infuser dans l'eau bouillante jusqu'à la colature de six onces, et puis ajoutez une once de sirop de sucre.

A prendre une cuillerée toutes les heures.

Après les premières prises de la mixture, la malade eut quelques vomissements, qui furent bientôt remplacés par une abondante diarrhée d'une odeur très fétide.

L'abondance des évacuations fit que je diminuai le lendemain la dose du médicament au lieu d'une cuillerée par heure; la malade n'en prit qu'une toutes les trois heures.

Ces diarrhées copieuses semblaient avoir quelque chose d'inquiétant pour les assistants, qui craignaient de perdre la malade par la faiblesse qui devait en résulter. On vint me prendre en toute hâte, et dans l'impossibilité de m'y rendre à l'instant même, on eut recours au confrère Duthoit (de Courtray), que je trouvai à mon arrivée auprès de la malade.

En effet, le pouls étant tombé, la peau était froide, la malade venait d'avoir une lipothymie. Cependant son état général était plus satisfaisant; il y avait moins de stupeur. C'était alors le troisième jour du traitement.

Nous convînmes de suspendre momentanément le médicament, et d'administrer une mixture laudanisée. La diarrhée s'arrêta, bientôt la stupeur et la céphalalgie reprirent en intensité; l'ipécacuahana fut de nouveau administré avec succès, la diarrhée eut encore lieu; mais, une fois que la malade avait évacué encore durant deux jours, les assistants n'avaient point attendu l'avis des médecins pour reprendre l'administration de l'opium, qui encore une fois, en arrêtant la diarrhée, avait aggravé la maladie.

Cette fois-ci nous ajoutâmes à la mixture d'ipécacuhana, qui fut diminuée de la moitié de la dose, deux grains d'extrait alcoolique d'aconit de napel. La malade, durant une dizaine de jours, continua d'avoir une légère diarrhée sans vomissements; une amélioration marquante ne tarda pas à avoir lieu. La femme G..., touchait à la convalescence, lorsqu'une fluxion eut lieu sur le sein droit; un abcès s'y forma, qui occupait exclusivement la glande. Il est à remarquer que cet abcès, quoique inflammatoire, était accompagné de peu de douleurs; le pus en était d'une extrême fétidité. Au bout de quelques jours, un abcès pareil au premier se manifesta au sein gauche.

La convalescence de la malade a été entravée par quelques écarts de régime.

Nous cessâmes nos visites le 22 du mois de juin.

RÉFLEXIONS. — Sans aucun doute la femme G... était dangereusement malade, cependant il était impossible de trouver un seul organe atteint.

Il n'était pas question de métro-péritonite, tous les symptômes en faisaient défaut : comme nous l'avons déjà dit, le ventre était souple, indolent.

Les lochies fétides et les symptômes de stupeur auraient pu faire croire à une phlébite utérine, mais l'absence de douleurs, de frissons et de fièvre rémittente devaient faire rejeter cette supposition.

Nous ne pûmes pas non plus rattacher les symptômes de la maladie à la lymphangite utérine décrite par Cruveilhier : la marche de la maladie, l'absence de douleurs, l'existence d'abcès métastatiques dans les seins (1) faisaient rejeter cette supposition.

La maladie ne semblait pas être locale, on aurait dit un mal *totæ substantiæ*, tous les organes semblaient également atteints : il fallait bien admettre une modification imprimée au dynamisme vital.

(1) Ces abcès font défaut comme on sait dans les lymphangites utérines.

Les symptômes chez la femme G... avaient une grande ressemblance avec ceux que l'on observe chez les individus où le système circulatoire charrie des substances septiques. Il nous a été donné de voir succomber des femmes par suite de morceaux de placenta qui séjournaient dans l'utérus, elles offraient les mêmes symptômes. Des caillots retenus dans la matrice et qui s'y décomposent produisent encore le même effet.

L'intoxication putride, qu'elle vienne du dehors par l'encombrement, la contagion typhoïde, etc., ou qu'elle ait son origine dans la matrice de la femme en couches, produit des symptômes analogues.

A notre sens, chez la femme G... l'intoxication putride existait, l'écoulement fétide des lochies ne pouvait pas, comme nous l'avons déjà dit, accuser une métrite ni une phlébite; il se rattachait à un corps quelconque en décomposition, caillot ou morceau d'arrière-faix, dans l'utérus.

La diarrhée critique, les abcès des seins achèvent de prouver notre proposition.

Jetons un coup d'œil rapide, au point de vue séméiologique, sur chacun des principaux symptômes que la femme G... a présentés.

Frisson initial. — C'est un fait d'observation que presque toutes les maladies des femmes en couches graves ont une invasion brusque, signalée par un frisson. La fièvre de lait commence quelquefois de la même manière, ce qui cependant est rare. On peut établir d'une manière générale que ce frisson, qui survient du troisième au sixième jour chez la femme en couches, doit mettre l'accoucheur sur ses gardes, surtout en cas d'épidémie.

En dehors de l'état puerpéral, le frisson initial dans les fièvres continues est de bien meilleur augure que cette invasion lente et insidieuse du mal.

Le frisson initial ne doit pas seulement être considéré au point de vue de la nature de la maladie, mais encore d'après l'âge; c'est ainsi que ce symptôme chez les vieillards indique le plus souvent l'invasion d'une pneumonie ou d'une pleurésie toujours graves à cet âge.

Faciès. — La pâleur, ce teint jaune, sale, ces traits souffrants, cette décomposition dans l'ensemble de la figure, indiquent une affection grave, qui l'est d'autant plus que ces symptômes se sont développés avec plus de promptitude. Dans ces cas il y a défaut de réaction, le mal est en quelque sorte opprimé par l'étendue de la cause morbide.

Nous avons souvent observé des taches hépathiques chez les femmes en couches, elles coexistent quelquefois avec un état grave, d'autres fois se lient à des transpirations abondantes.

Peau. — Le teint jaune-sale des téguments et la pâleur extrême des muqueuses nous semblent devoir fixer l'attention dans les maladies puerpérales. Ces symptômes considérés au point de vue de leur origine soulèvent une question curieuse, surtout lorsqu'ils ne reconnaissent pas pour cause un état chlorotique antérieur ou des pertes abondantes; ils indiquent dans tous les cas une modification imprimée à la composition des humeurs; reste alors à rechercher si cette modification est primive ou consécutive.

Dans le cas de la femme G..., nous n'avons découvert aucune donnée capable d'expliquer l'ensemble de ces symptômes, sinon l'intoxication consécutive à la décomposition d'un corps dans la matrice; ce diagnostic, nous ne le donnons pas comme prouvé, mais comme entouré de beaucoup de probabilités.

Etat de la langue. — La bouche de notre malade était excessivement mauvaise; la langue, comme les autres muqueuses, était très pâle, humide et recouverte d'une strie brunâtre vers son milieu et dans toute sa longueur.

Plusieurs de ces symptômes, à notre sens, ne reconnaissent pas toujours exclusivement pour cause un état saburral de l'estomac. L'enduit brunâtre de la langue tient à une sécrétion vicieuse des muqueuses; les conditions pathologiques qui produisent cet état rentrent dans la catégorie de ce que l'on est convenu d'appeler embarras gastrique. Sans le moindre doute, l'état des muqueuses, envisagé de ce point de vue, indiquait chez notre malade un embarras gastrique. Mais le goût désagréable n'est pas toujours en raison directe de la nature et de l'étendue de l'enduit de la langue; bien souvent, surtout chez les nouvelles accouchées, nous avons rencontré des langues qui étaient belles, et le goût n'en était pas moins délestable. Cette circonstance se remarque dans les fausses convalescences; elle indique qu'il y a encore un restant du mal: c'est ce qui est arrivé chez la femme G...; la langue était déjà belle, cependant le goût était détestable; l'appétit n'est arrivé qu'alors que les abcès critiques des mamelles ont été percés.

Le mauvais goût de la bouche se lie quelquefois à l'absorption de certaines substances; c'est ainsi que des matières introduites dans le rectum impressionnent la langue par leurs qualités sapides. Les cancers ulcérés qui abandonnent à l'absorption leurs produits délétères occasionnent un très mauvais goût; il en est de même de l'infection produite par des morceaux de placenta qui se décomposent dans la matrice.

Pouls. — Le pouls de notre malade était d'une grande fréquence et très irrégulier, aucune pulsation ne ressemblait à celle qui allait suivre; il était en même temps petit, sans être dur, ce qui indique que la réaction n'était pas franche. La nature était impuissante à opposer une résistance régulière au mal, et, sans l'intervention de l'art, elle allait fléchir sous l'influence des substances septiques qui circulaient dans tout le corps et qui enchaînaient le dynamisme vital dans sa source.

La grande fréquence du pouls chez les femmes nouvellement accouchées est un signe qui n'est pas sans importance, ce symptôme accompagne toutes les maladies puerpérales graves; lorsqu'il se présente, il est bon d'interroger toutes les cavités, et si l'on découvre quelque point douloureux, ce sera prudence de le combattre et de ne point perdre de vue l'état de la malade.

Le pouls fréquent accompagné de frisson, alors même que tous les autres symptômes semblent avantageux, doit fixer l'attention du médecin; c'est ainsi que commencent les maladies puerpérales les plus graves.

Lochies. — Dans les fièvres puerpérales les lochies sont le plus souvent supprimées; elles cessent de couler avec l'apparition du frisson initial. Chez la femme G... les lochies coulaient, elles exhalaient une odeur très mauvaise; cette dernière circonstance se présente dans les infections purulentes. Chez notre malade, comme nous l'avons déjà vu, il n'y avait pas infection purulente; la fétidité avait une autre source, elle provenait d'un corps probablement en décomposition dans l'utérus. « Une modification des lochies, dit M. Voillemier, était leur mauvaise odeur. Que leur altération fût le produit d'un état morbide tout à fait local, ou bien qu'elle fût le résultat d'une infection purulente générale; dans ce dernier cas encore, l'effet pouvait devenir une cause puissante, et il fallait, par des injections fréquentes portées jusque dans l'utérus, entraîner les matières putréfiées et empêcher leur absorption. Cette odeur infecte des lochies n'appartient guère qu'à la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, et en cela c'était toujours un symptôme fâcheux. Mais je n'ai pas besoin de dire que, lorsqu'il se présentait seul, sans l'ensemble des autres symptômes qui ont été décrits, tout en exigeant quelques précautions, il ne suffisait pas pour inspirer des craintes sérieuses. » (1)

Diarrhée. — Si l'on se rappelle les détails qui se rapportent à la maladie de la femme G..., on sera convaincu que la diarrhée y a opéré la guérison; en effet, chaque fois que nous avons arrêté imprudemment cette évacuation, les symptômes ont repris en intensité pour prendre une meilleure tournure avec la réapparition des selles liquides et fétides.

Il nous reste à expliquer le fait.

Que l'importance du sujet nous permette de transcrire ce que nous avons publié l'année passée sur la même question:

Dans une des séances de l'Académie de médecine de Belgique, M. Le Roy-d'Etiolles appela l'attention de l'assemblée sur le fait suivant: « M. Fossion, dit-il, vous a parlé d'expériences faites sur l'absorption, sur l'empoisonnement par les substances introduites dans les veines, et il vous a dit qu'il y avait une différence entre les injections faites dans les veines mésaraïques. Il a pensé que l'action du foie pouvait être pour quelque chose dans cette différence.

» En effet, vous connaissez les expériences que MM. Flandin et Danger ont faites sur les empoisonnements par l'arsenic et l'antimoine; vous savez que pendant un temps donné le poison se trouve dans le foie, alors même que l'absorption a eu lieu par les veines des membres.

» Je crois qu'il peut en être de même pour les miasmes; et permettez-moi à cet égard de vous citer un fait qui m'est personnel.

» J'avais fait une autopsie dans un endroit très restreint; dans un cabinet, dans une alcôve, où il n'y avait aucun dégagement et où par conséquent la personne qui m'assistait et moi nous absorbions tous les miasmes. Bientôt je fus pris de tous les prodromes d'une fièvre grave. Le huitième jour j'eus des selles abondantes et exhalant une odeur de cadavre bien caractéristique.

» Je fus frappé de cette particularité et je demandai à des élèves d'observer si, après des autopsies, quelques-uns de ceux qui s'y seraient livrés n'éprouveraient pas ces mêmes symptômes graves, si des sécrétions ne s'ensuivraient pas et ne préviendraient pas, comme chez moi, la fièvre typhoïde, et ils m'ont répondu que plusieurs fois ils avaient observé absolument les mêmes phénomènes » (2).

Dans la même séance, M. Mareska dit avoir eu l'occasion de faire l'analyse du sang après un empoisonnement. Il a trouvé le poison dans le sang du foie, tandis que le sang des autres parties du cadavre n'en contenaient pas.

A côté des données dont il vient d'être fait mention, je crois pouvoir citer les faits suivants: En 1835, en plein été et par une chaleur brûlante, je disséquai avec un camarade les plexus nerveux à l'amphithéâtre de l'hôpital civil de Gand. Dans la matinée nous disséquâmes durant deux heures, et l'après-dîner de la même journée, six heures durant, le cadavre était en pleine putréfaction, les téguments en étaient verdâtres. Mon condisciple ne tarda pas à être atteint d'une fièvre typhoïde grave dont il s'est remis avec beaucoup de peine; pour ma part, je fus atteint d'une diarrhée très abondante, qu'heureusement je ne parvins pas à arrêter; les selles exhalaient l'odeur putride du cadavre, et se prolongeaient pendant sept jours.

En 1843, j'eus l'occasion de pouvoir étudier la fièvre typhoïde dans un hôpital où les cas étaient très nombreux; je passai la plus grande partie de la matinée dans les salles à observer les malades et à les ausculter, parce que plusieurs d'entre eux étaient atteints de pneumonie. Dans l'après-dîner j'assistai aux autopsies et aux dissections anatomiques; et cela dans un amphithéâtre très petit et où les miasmes étaient en quelque sorte condensés. Après avoir séjourné une quinzaine de jours dans cette atmosphère contaminée, je fus atteint de fièvre accompagnée d'une diarrhée des plus intenses. Cette fois-ci je crus prudent de laisser agir la nature, et n'employai plus aucun moyen pour boucher cet émonctoire.

Le docteur Sigg a pu observer l'empoisonnement par le *venenum botulinum* sur un grand nombre de personnes; dans les cas d'Andelfingen rapporté par lui, six cents personnes avaient pris le 10 juin 1839 leur repas sous une même tente, 444 furent affectées, 9 en moururent; les convives qui en ont été exempts où n'avaient pas mangé de la viande corrompue, ou n'en avaient pris qu'une quantité minime qu'ils avaient bientôt vomie.

Dans les cas décrits par le docteur Sigg, la maladie se manifesta chez quelques-uns peu de temps après l'ingestion des aliments corrompus par des vomissements et de la diarrhée; mais chez le plus grand nombre, ce ne fut que du cinquième au dixième jour que les symptômes se déclaraient. Alors il y avait du malaise, une lassitude douloureuse, de la céphalalgie, des frissons, de l'inappétence avec une langue chargée, quelquefois un goût de cuivre, des éructations, des vertiges, de l'insomnie, etc.

En 1850, la veille des vacances de Pâques, on servit pour souper aux séminaristes de Bruges un plat de viandes fricassées. La nuit suivante plusieurs de ces étudiants furent atteints de diarrhée, qui s'est prolongée pendant quelques jours; d'autres sont retournés dans leur famille avec des apparences de bonne santé, mais n'ont pas tardé, après avoir été quelques jours chez eux, à être atteints d'une fièvre qui a offert plusieurs symptômes typhoïdes. Ces malades ont même transmis l'affection à des personnes qui habitaient la même demeure.

Le cas des séminaristes de Bruges est curieux, parce que la maladie a eu pour point de départ un repas, et que chez ceux atteints de diarrhée il n'y a eu ni incubation, ni développement de fièvre, tandis que les séminaristes qui ont offert les symptômes typhoïdes ont présenté une période d'incubation.

En présence de cette donnée, ne serait-on pas autorisé à présumer que la période d'incubation, dans les observations du docteur Sigg et des séminaristes de Bruges, s'explique par le séjour momentané de l'agent intoxicant dans le foie.

D'après ces données, on comprend l'importance des purgatifs dans le début des infections septiques.

(*Observateur médical de Courtray.*)

(1) Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838. *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.* Tome X, n° 3; p. 217.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 septembre 1852.—Présidence de M. Moreau.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport final de M. le docteur du Garay, qui constate que la maladie épidémique qui s'était déclarée dans la commune de Champelauze, canton de Hay-le-Froid, arrondissement du Puy, a entièrement cessé. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Balano-posthite. — Syphilis constitutionnelle.

M. Raciborski adresse une observation de balano-posthite secondaire ayant donné lieu au développement de la syphilis constitutionnelle chez une femme, à la suite de rapports sexuels non légitimes. Quelques mois après la guérison apparente de la femme, grossesse suivie de la naissance d'un enfant légitime offrant, au bout de quelques semaines, les accidents secondaires de la syphilis. Transmission de ces accidents de l'enfant à sa nourrice.

L'auteur conclut de cette observation:

1° Que des accidents syphilitiques secondaires, et en particulier les ulcérations secondaires de la balano-posthite, peuvent transmettre la syphilis constitutionnelle de l'homme à la femme par les relations sexuelles, et développer chez cette dernière d'autres formes de la syphilis constitutionnelle;

2° Que l'inoculation est loin de pouvoir décider par elle-même la question de la transmissibilité des accidents secondaires;

3° Que, chez la femme, le principe syphilitique peut survivre aux accidents secondaires et donner lieu à la syphilis héréditaire chez l'enfant conçu et né au moment d'une apparente guérison de la mère;

4° Que les accidents syphilitiques secondaires, et en particulier des plaques muqueuses ou des pustules plates, peuvent être communiqués par l'enfant à sa nourrice.

Remèdes contre la rage.

M. Bouchardat lit la suite du rapport sur les remèdes proposés contre la rage. Il conclut en déclarant qu'aucun de ces remèdes ne mérite de fixer l'attention de l'autorité. — Ces conclusions sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les accidents secondaires. La parole est à M. Velpeau. Nous publierons son discours dans le numéro prochain.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 septembre 1852. — Présidence de M. Rayer.

De l'utilité clinique du microscope pour la connaissance des maladies cancéreuses.

M. Alquié, professeur de clinique chirurgicale à Montpellier, lit sous ce titre un mémoire très étendu, dont, faute de résumé et de conclusions formelles, il nous est impossible de présenter ici l'analyse. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Lallemand et Rayer.

Traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés.

M. A. Mercier communique des observations relatives à un nouveau traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés.

L'auteur se résume en disant:

1° La rétention d'urine peut résulter et résulte souvent de deux espèces de valvules survenant au col de la vessie, les unes musculaires et les autres prostatiques; les premières appartenant spécialement à la jeunesse et à l'âge mûr; les secondes à la vieillesse; les premières, tout à fait inconnues avant moi, les autres entrevues par quelques pathologistes, mais jamais décrites, et surtout traitées d'une manière rationnelle et efficace.

2° Les premières peuvent être opérées avec succès par l'incision et par l'excision; mais les secondes exigent presque toujours l'excision.

3° Cette opération est des plus innocentes.

4° Certaines petites tumeurs de la portion sus-montanale de la prostate, ainsi que certaines tumeurs plus volumineuses, mais étalées et à large base, que je serais tenté de nommer valvuliformes, peuvent et doivent être traitées par divers procédés.

5° Il résulte de là que, sur dix cas de rétention d'urine chez les vieillards, rétentions qui passent encore pour incurables, même aux yeux des médecins, huit au moins pourraient être guéries par cette opération si l'on avait soin de ne pas attendre l'apparition de complications plus graves que la maladie primitive.

6° L'âge du sujet n'est jamais, à lui seul, une contre-indication,

puisque j'en ai opéré de 76 et de 78 ans. Il en est de même du degré ou de l'ancienneté de l'affection, puisque l'un de mes malades a été guéri d'une rétention d'urine qui depuis sept années était complète. J'en ai également guéri qui étaient atteints de complications très graves.

7° Des faits datant de plusieurs années déjà prouvent que la guérison est radicale, et même que le temps peut ajouter à l'amélioration immédiate.

Moyen de faire cesser les crampes chez les cholériques.

M. Guyon, inspecteur du service de santé militaire, communique une note sur un moyen de faire cesser immédiatement les crampes des jambes chez les cholériques, en renversant le pied sur la partie antérieure de la jambe. A cet effet, on saisit le talon d'une main, tandis que de l'autre, avec laquelle on saisit également la pointe du pied, on opère le renversement de cette dernière partie.

Les crampes des doigts et des mains disparaissent, comme celles des jambes, par l'extension des doigts sur la main et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant bras d'une main, et après avoir saisi de l'autre les parties crampées, on les renverse sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

Maladies produites par le travail des coquilles de nacre de perle.

MM. Mahier, docteur en médecine, et A. Chevallier adressent un mémoire sur les ouvriers qui travaillent les coquilles de nacre de perle.

Le travail de la nacre, d'après ces auteurs, expose les ouvriers qui s'y livrent à contracter des affections diverses; ces affections sont la bronchite aiguë et surtout chronique, l'emphysème pulmonaire, l'hémoptysie et les ophthalmies plus ou moins graves, selon les individus. La poussière de nacre de perle, que l'on range parmi les poussières dures, ne détermine la phthisie que chez les individus qui y sont prédisposés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 août 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance comprend le numéro de juin des *Annales des maladies de la peau.* (M. Terrier, rapporteur.)

— M. MAGNE, à l'occasion du procès-verbal, donne à la Société des nouvelles de la malade dont il a parlé dans la dernière séance: « Vous vous rappelez, dit M. Magne, que j'ai traité par la cautérisation associée à l'excision la tumeur que portait cette malade, et qui, située à la partie moyenne et externe de la sclérotique, s'étendait sur une portion notable de la cornée. On m'a adressé le reproche d'avoir employé la cautérisation, tandis que l'excision seule aurait dû suffire. Si j'ai eu recours à la cautérisation, c'est que la simple excision avait déjà échoué il y a cinq ans, alors que j'opérai la jeune malade, assisté de notre honorable confrère M. Boutin de Beauregard. Les suites de la dernière opération ont justifié le traitement que j'ai conseillé et employé. Non-seulement une excision étendue n'a pas suffi, mais la cautérisation elle-même n'a pu s'opposer à la récidive; j'ai eu recours à une seconde cautérisation: aujourd'hui la cicatrice est complète.» M. Magne rappelle à la Société qu'un examen de cette tumeur, fait par M. Lebert avec toute l'habileté qu'on lui connaît, a démontré sa grande analogie avec les tumeurs verruqueuses de la peau.

— M. DUHAMEL lit le rapport suivant sur une brochure adressée à la Société de médecine pratique par M. le docteur Legrand, ayant pour titre: *De l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses des os.*

Déjà dans la dernière séance, dit M. Duhamel, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte d'un ouvrage de M. le docteur Legrand sur les analogies et les différences entre les tubercules et les scrofules; aujourd'hui c'est un travail de médecine pratique dont j'ai à vous entretenir.

Un premier mémoire sur le même sujet a été, ainsi que celui-ci, communiqué à l'Académie des sciences, et, dans ces œuvres, notre confrère démontre, au moyen de nombreuses observations puisées non-seulement dans sa pratique, mais aussi dans celles de médecins très distingués et très honorables, cette vérité: que c'est dans le traitement des maladies scrofuleuses des os que l'or exerce toute sa puissance curative, et, disons-le tout de suite, c'est dans cette forme que l'iode et ses préparations paraissent avoir le moins d'action sur les maladies scrofuleuses. Honneur soit donc rendu à M. le docteur Legrand d'avoir cherché à introduire dans la thérapeutique, à Paris, l'usage des préparations d'or dans les scrofules en général, médication qui est employée fréquemment dans nos contrées méridionales depuis que ces préparations ont été tirées de l'oubli par le docteur Chrestien, de Montpellier!

Tout en accordant une grande part aux préparations d'or dans la curation des scrofules des os, notre confrère ne néglige point de conseiller les soins hygiéniques les plus minutieux, et, pour cela, il passe en revue et avec beaucoup de détail les aliments et les boissons dont le malade doit faire usage; il s'occupe ensuite des logements, des vêtements et de l'exercice que doit faire le malade.

Les préparations d'or dont M. Legrand fait usage sont:

1° L'or divisé;
2° Le perchlorure d'or et de sodium;
3° Le stannate d'or;
4° Enfin l'oxyde d'or par la potasse.

De ces quatre préparations, celles qu'il emploie le plus souvent sont le perchlorure d'or et de sodium et le stannate d'or; les deux autres préparations sont réservées pour des cas particuliers et rares. Il me semble même, en compulsant la date de ses observations, qu'il serait disposé à donner la préférence au stannate sur le perchlorure, qu'il employait presque exclusivement, dans le commencement de sa pratique, en frictions sur la langue. C'est, du reste, la préparation qui a été employée primitivement par M. Chrestien, de Montpellier.

Ce mémoire est basé sur 31 observations, recueillies la plupart par l'auteur; quelques-unes lui ont été adressées par le baron de Girardot, de Varsovie; M. Arnal, de Beziers; M. Niel, de Marseille; M. Pourché, de Montpellier; M. Grenier, de Bollène (Vaucluse); M. Bertrand, de Marseille. La plupart de ces derniers confrères, dont les observations sont déjà anciennes (trente à quarante ans), ont employé le perchlorure d'or et de sodium, qui était alors la seule préparation connue. Je dois faire remarquer que M. de Girardot, qui exerçait la médecine à Varsovie, employait des doses énormes de perchlorure relativement à celles mises en usage en France.

Les maladies traitées avec succès par les préparations d'or avaient été, pour la plupart, déjà soumises à des traitements divers, soit par les toniques ordinaires, soit par l'iode; toutes étaient nécessairement graves, puisque, indépendamment d'engorgement glanduleux, elles avaient porté leur action sur les os ou leurs annexes, et quelques-uns même avaient leur siége à la colonne vertébrale. C'était donc des tumeurs blanches, des coxalgies, des maladies de Pott, des caries du tibia, du fémur, etc. La plupart de ces maladies, plus graves les unes que les autres, ont cédé au traitement mis en usage. Quelques-uns de ces malades ont été présentés à MM. les professeurs Roux et Magendie pendant leur maladie et après leur guérison.

Ces faits, qui pourront étonner les confrères qui ne sont pas familiers avec l'emploi des préparations d'or, me paraissent fort ordinaires, à moi qui les mets en usage depuis plus de vingt ans, et avec lesquelles j'ai obtenu de brillants succès.

Est-ce à dire que l'on doive constamment promettre un succès assuré de l'emploi de l'or dans les maladies scrofuleuses des os? Je ne le pense pas, ni M. Legrand, puisqu'il rapporte quelques observations d'insuccès. Comment en serait-il autrement dans des cas aussi graves qui résistent à tout autre traitement? Ne voyons-nous pas quelquefois échouer les moyens les plus rationnels ou empiriques? La saignée et l'émétique à haute dose guérissent-ils toujours la pneumonie? Le quinquina triomphe-t-il toujours de la fièvre intermittente? J'en dirai autant du mercure pour la syphilis.

M. Legrand termine son mémoire en hasardant quelques considérations sur le mode d'action de l'or appliqué au traitement des scrofules. Il exerce, dit-il, une action bienfaisante sur les organes de la digestion et de la nutrition; en effet, tous les malades soumis à son usage gagnent de l'appétit et par suite de l'embonpoint; les fonctions digestives sont plus régulières, et dans le cas où il n'y aurait pas une action spécifique, il agirait toujours comme tonique par excellence. Indépendamment de cette action, il produit aussi des phénomènes critiques par les sueurs ou par les urines qui, devenant plus abondantes ou prenant des qualités particulières, pourraient bien favoriser l'élimination d'un principe morbide qui constitue un scrofule.

Conclusion: Remercîments à M. Legrand.

M. BOSSU fait observer qu'il y a environ une douzaine d'années, M. Legrand préconisait le stannate d'or, dont l'effet consistait à faire passer un abcès froid à l'état aigu. Dans le mémoire actuel, l'action du médicament est bien différente.

M. DUHAMEL. M. Legrand applique aujourd'hui à l'état général la préparation dont il ne connaissait autrefois que l'effet local. Il a la prétention, sinon de neutraliser, du moins de combattre avantageusement le vice scrofuleux. L'action des préparations d'or, suivant M. Legrand, consiste surtout à tonifier la constitution.

M. MAGNE. S'il en est ainsi, M. Legrand n'aurait pas dû borner son mémoire à la thérapeutique des affections scrofuleuses des os. Il existe une foule de maladies sans aucun rapport avec l'état scrofuleux, qui exigent l'emploi des toniques. Il serait très intéressant pour nous de connaître à ce sujet les observations de M. Legrand.

M. DUHAMEL. M. Magne vient d'exprimer, en effet, la pensée de M. Legrand, qui, en ce moment, présente à l'Académie des sciences un mémoire sur les préparations d'or appliquées aux fonctions digestives.

Les conclusions de M. Duhamel sont adoptées.

— M. MAGNE. J'ai pratiqué dernièrement une opération dont les suites me paraissent présenter des obstacles invincibles, et sur lesquelles je désirerais avoir l'opinion de la Société. Voici le fait:

M. B..., demeurant place de la Madeleine, descendait dans une cave fermée par une trappe. Cette trappe, mal fixée, retomba sur l'œil gauche de M. B... et lui fit une plaie en forme d'angle aigu dont l'ouverture s'étendait jusqu'à la partie moyenne des paupières inférieure et supérieure de l'œil gauche. Le sommet de cet angle occupait la commissure externe des paupières. La plaie suivait, sur chaque paupière, la ligne des cartilages tarses, qui étaient respectées. Tel est l'état que j'ai constaté, le malade ne s'étant présenté à ma consultation qu'alors que la cicatrice était complète. Le travail de cicatrisation a singulièrement diminué l'ouverture palpébrale de l'œil gauche, et c'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai pratiqué l'opération suivante:

Un aide maintenant la paupière supérieure aussi élevée que possible, j'abaissai la paupière inférieure et fis une incision profonde à la commissure externe, laquelle incision comprenait la cicatrice du sommet de l'angle dont j'ai parlé. A l'instant même l'ouverture palpébrale reprit sa dimension normale. J'ai roulé en cylindre un morceau de diachylon, que j'ai placé entre les lèvres de la plaie, le tout maintenu par un bandage approprié. Je crains néanmoins que la nouvelle cicatrice ne me fasse perdre le terrain que j'ai gagné. En effet, pour que les lèvres de la plaie soient maintenues à distance et se cicatrisent isolément, il faudrait que le rouleau de diachylon appuyât sur le globe oculaire; ce qui est impossible, et les paupières étant fermées, l'écartement ne saurait être complet. Je compte visiter la plaie chaque jour et cautériser une des lèvres, tandis que l'autre se cicatrisera isolément. Malgré ces précautions, je ne suis pas entièrement rassuré sur le résultat.

M. BOYER. La guérison que tente M. Magne me paraît difficile à obtenir. Deux obstacles s'y opposent. Le premier, c'est la réunion immédiate des lèvres de la plaie. On s'y opposera, je n'en doute pas; mais ce qui est plus difficile, pour ne pas dire impossible, c'est d'empêcher la rétraction inodulaire consécutive. La seule chance de succès consiste à aviver de temps à autre l'angle de la plaie en le prolongeant.

M. GUERSANT. Je crains que M. Magne n'obtienne pas de la cautérisation succédant à la section le résultat qu'il désire. Ne pourrait-on pas, en pareil cas, employer le moyen préconisé par Ruttorfer pour les doigts palmés, et qui consiste à percer de part en part à son sommet le pli en question, et à maintenir la plaie ouverte jusqu'à cicatrisation à l'aide d'un fil de métal, comme cela a lieu pour les boucles d'oreilles; plus tard, on ferait l'incision de la bride en avant.

M. BOYER considère ce procédé comme très ingénieux, mais comme insuffisant dans le cas dont il s'agit. En effet, dit M. Boyer, quand on aura incisé en avant à la suite de la cicatrice due à la présence du fil métallique, il y aura encore insuccès; il restera toujours deux surfaces à cicatriser isolément, et qui deviendront le siége d'une cicatrice froncée. Le procédé de M. Guersant serait bon pour les doigts, par exemple, parce qu'on applique des points de suture de chaque côté; mais chez le malade de M. Magne, ce second temps est impraticable, et il n'est permis de songer ni à la suture, ni aux serres-fines.

M. MAGNE. Il ne faut pas perdre de vue que le malade est un jeune marié, et qu'il tient à l'aggrandissement de l'ouverture palpébrale, surtout pour la régularité du visage. Les cils n'ont été nullement déviés par la plaie primitive; les cartilages ont été respectés. En admettant même qu'à l'aide du fil métallique je puisse obtenir une cicatrisation isolée, il en résulterait que la paupière serait terminée par deux lèvres dépourvues de cils, et que le malade regretterait probablement son premier état.

Du reste, je surveillerai avec le plus grand soin le travail cicatriciel afin de m'y opposer autant que possible, et je tiendrai la Société au courant de cette observation.

— M. BOYER. Dans une de nos dernières séances, M. Duhamel a parlé d'une malade atteinte d'une tumeur thyroïdienne, dont la nature est difficile à déterminer. Notre honorable confrère m'a fait voir cette malade. Le résultat de mon examen est qu'il s'agit ici, non d'un anévrisme, non d'une collection purulente, mais bien d'un développement variqueux des artères thyroïdiennes, les autres éléments du corps thyroïde participant au gonflement.

M. GUERSANT a vu aussi cette malade; comme M. Boyer, il ne croit ni à l'anévrisme, ni à une collection de pus; mais, ajoute M. Guersant, on se trompe si souvent en pareil cas, que je n'ose encore me prononcer d'une manière positive. Je persiste à croire que c'est un développement du corps thyroïde qui réclame l'usage de l'iode.

M. DUHAMEL partage l'avis de M. Boyer.

M. TERRIER. J'ai été consulté par un malade qui portait depuis plusieurs années une tumeur à la région antérieure du cou. Cette tumeur avait fini par acquérir un volume énorme et envahissait à gauche le tiers du cou; elle s'agitait violemment, offrait des battements excessivement forts; l'auscultation faisait percevoir un bruit de soufle très prononcé vers la crosse de l'aorte, et moins apparent du côté du cœur. Il existait de la dyspnée; les veines des membres supérieurs étaient très gonflées.

Je conduisis le malade à deux chirurgiens; l'un diagnostiqua un goître; l'autre fut indécis et conseilla de temporiser. Un jeune confrère fut plus hardi, il assura la guérison à l'aide des moyens que l'on emploie habituellement à l'intérieur et à l'extérieur pour combattre le goître; les accidents disparurent avec la tumeur.

M. GUERSANT s'étonne que dans le doute on n'ait pas essayé les fondants; en semblable circonstance, dit M. Guersant, je tente toujours un traitement rationnel.

M. TERRIER fait observer qu'il ne blâme nullement le confrère dont il a parlé; qu'il a été seulement surpris de l'assurance avec laquelle la guérison avait été promise, dans un cas où les hommes les plus habiles sont parfois embarrassés de se prononcer. M. Terrier ajoute que les topiques conseillés pour combattre le goître ne sont pas toujours susceptibles d'être employés, surtout dans le cas où les parois de la tumeur sont considérablement amincies; ces topiques appartenant à la classe des irritants.

Le secrétaire, Dr Al. MAGNE.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, vient d'être chargé par M. le ministre de l'intérieur d'une nouvelle mission auprès des établissements de sourds-muets allemands, suisses et de la Grande-Bretagne. Le développement de la parole, les progrès de la science médicale et la possibilité de faire jouir la France de ces nouveaux perfectionnements, tel est le but de sa mission.

Organisation du personnel de santé militaire.

19e DIVISION MILITAIRE.

EAUX THERMALES DE VICHY.

M. Barthez, médecin principal de 1re classe.

DIVISION D'ALGER.

Médecins. — MM. Léonard, Huet, Laveran, principaux de 1re classe; — Beuré, Warmé, Malapert, Wabu, Lacger, Salleron, principaux de 2e classe; — Souriguère, Rietschel, Goze, Leuret, Pastureau, Barby, majors de 1re classe; — Meunier, Bruguière, Goret, Maignien, Moreau, Marmy, Dussourt, Colmant, Frey, majors de 2e classe; — Lacroix, Maignien, Barudel, Rouis, Lebrun, Songy, Ancinelle, Lacronique, Durand, Witlich, Gugelot, Maillefer, Henri, Michelet, Beaucamp, Monier, Vergé, aides-majors de 1re classe; — Barreau, Thiébaut, Leclerc, aides-majors de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Millon, principal de 1re classe; — Fortier, Duplat, majors de 1re classe; — Fournez, Lauras, Dupuis, Cooche, majors de 2e classe; — Piton, Legoux, Candelé, Reignier, Vandenkerchove, Beylier, Merchier, Landreau, Grimal, aides-majors de 1re classe; — Latour, Nicora, Desmorest, Jacquot, aides-majors de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Chapelynck, Lassus, Vincent, Bretet, Morazzani, Mulot (V.-J.-M.-J.), Mulot (H.-M.-J.), Cléramhoust, Lasnier, Dreyfus, Verdalle, Dours, Vezien, Verneau, Morand, Saint-Plancat, Blondeau, Latour, Castelli, Matrès, Luc, Parisy, Chotard, Rossignol, Martin, Guérin, Riolacci, Crazietti, Morio, Mardy, Malapert, Leguen, Rivière, Godot, Castéran, Précy, Pallé, Robbe, Thomas, Viriet, Lagarde, Coronat, Clédat de la Vigerie, Chalet, Petit, Félix, Deschuttlaëre, Pellerin, Duranty, Fristo, Sardou, Charles, Vallois.

DIVISION DE CONSTANTINE.

Médecins. — MM. Ceccaldi, principal de 1re classe; — Vital, Auberge, Isnard, Bertherand, Bonneau, Godelier, Riboulet, Marchal (de Calvi), principaux de 2e classe; — Mestre, major de 1re classe. — Marque, Plaisant, Bouffar, Bernès, majors de 2e classe; — Larivière, Mouchet, Fropo, Netter, Colo, Serrier, Ehrmann, Puel, Bonnard, Ridzeck, Poulet, Caubouc, Quesnoy, Saugerres, aides-majors de 1re classe; — G'œsel, Labouysse, Leclère, Carivenc, Ovide-Lallement, Moreau, Mignot, aides-majors de 2e classe.

Pharmaciens. — M. Choulette, major de 1re classe; — MM. Meurice, Mandet, majors de 2e classe; — Batigne, Lomel, Lisse, Roucher, Leprieur, Coulier, Dedigneulle, Prevost, Rateau, Granal, Massie, de Montèze, Coupard, Quatrefages, aides-majors de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Gélis, Dufay (dit Sanial Dufay), Mirassou, Taulera, Luzy, Fontez, Anselin, Panzani, Riolacci, Vernay, Boitel, Costa, Everard, Causse, Guiches, Lacombe, Duval, Maurel de la Pomarède, Gonin, Bertherand, Meige, Barthe, Chailan, Licke, Vidal, Riégé, Licardy, Chenu, Mutel, Castex, Devot, Dubest, Potier, Mercadier, Cousturier, Prieur, Rançon, Milhau, Bordères, Jourdan, Baëgert, Bernard, Rostan, Lacipière, Raoult, Jogand, Conzier, Foucault, Delune, Bailly, Dusevel, Clari, Anrich, Grimaldi d'Estra, Galand, Lagarde.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 114. — SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 114. — SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an.........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — Obscurité des causes de cette affection. — Néphrite albumineuse aiguë. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Abcès intra-musculaire de la vessie sous forme de tumeur à l'hypogastre. Mort. — HÔTEL-DIEU DE LYON (M. Valette). Perforation du diaphragme. Hernie et rupture de l'estomac. — Notice sur le meilleur mode d'administration du tannate de quinine comme fébrifuge. — Académie de médecine (addition à la séance du 21 septembre). Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. — FEUILLETON. Histoire et statistique de l'Académie de médecine.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané survenant chez un enfant de vingt-six mois. — Obscurité des causes de cette affection.

Nous n'avons pas besoin de dire tout ce que laisse à désirer l'histoire de la gangrène; de nombreux travaux entrepris en vue d'étudier avec soin cette maladie si complexe, si variée dans ses formes n'ont, en général, fourni que des appréciations toutes spéciales. Quant aux idées générales suffisamment élaborées pour permettre de tracer une histoire d'ensemble de cette affection, il faut avouer qu'elles nous manquent quant à présent. La définition même, qui semblerait devoir être simple, facile et la même pour tous, varie suivant les auteurs. Dans des articles de ce genre rapidement écrits, composés uniquement pour mettre nos lecteurs à même de suivre avec fruit les observations intéressantes dispersées dans les divers services de médecine et de chirurgie, nous ne pouvons nous appesantir sur des questions de pathologie générale; mais cependant nous croyons utile de rappeler tout ce qu'il y a de diffus, d'embarrassé dans les diverses définitions que nous trouvons consignées dans les auteurs qui ont traité de la gangrène. On peut voir que la plupart, s'appesantissant spécialement sur l'idée qu'ils se faisaient de la cause probable de la mortification des tissus, ont voulu par leur définition même indiquer l'étiologie de leur choix. Telle est, par exemple, la définition de M. Victor Andry, qui, admettant comme cause de la gangrène un arrêt dans la circulation, propose de la définir comme il suit : « Mort et putréfaction d'une partie du corps animal par suite de la cessation du cours du sang dans cette partie. » Cette définition rentre dans celle déjà donnée par Boerhaave. D'autres auteurs, avec Galien, joignent à leur définition l'idée de l'inflammation, qu'ils considèrent comme la source réelle de la lésion, et ainsi de suite.

Nous ne finirions pas de reproduire toutes les définitions proposées; nous nous abstiendrons de les critiquer; on peut se contenter de lire celle que nous avons transcrite au hasard et sans beaucoup d'efforts d'esprit; on appréciera combien il est facile de la prendre en défaut.

Nous dirons seulement en terminant que, si toutes ces définitions restent d'un usage borné, cela tient à ce qu'elles donnent trop ou trop peu. Les auteurs du *Compendium* ont bien compris ce que les définitions proposées offraient de défectueux, et c'est pour combler les vides qu'elles laissaient qu'ils en ont proposé une qui nous paraît sans aucun doute supérieure aux autres, mais qui toutefois présente bien aussi quelques inconvénients.

Un fait récent, que nous avons pu observer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Demarquay, qui remplace actuellement M. Boyer, nous a paru offrir un grand intérêt quant à la marche et à l'étiologie d'une gangrène envahissant avec rapidité et sans cause prochaine bien appréciable toute la peau du ventre et le tissu cellulaire qui la double. Voici cette observation :

Une jeune fille de vingt-six mois, demeurant rue Galande, n° 48, a été apportée à la consultation de l'Hôtel-Dieu par sa mère le 21 septembre 1852.

Elle est d'une bonne constitution, assez robuste, un peu lymphatique. Il y a environ quatre mois, elle eut une rougeole dont les évolutions furent assez lentes : elle dura trois semaines; mais, en résumé, elle suivit bien ses phases normales. Depuis ce temps, l'enfant n'a jamais bien recouvré sa santé; selon l'expression de la mère, *elle traîne depuis cette époque.*

Deux autres enfants, ses frères, ont eu la même éruption, mais leur santé est excellente depuis.

Quant aux conditions d'habitation, elles sont médiocrement bonnes. Depuis six mois la famille habite rue Galande, et tous les membres de cette famille ont été malades, tandis qu'ils jouissaient avant d'une parfaite santé. Ce logement, composé de deux pièces, est au troisième étage, exposé au sud-sud-ouest; le soleil y donne une grande partie de la journée; les fenêtres s'ouvrent sur une cour étroite, assez propre, mais d'où s'échappent quelquefois des émanations fétides provenant d'une arrière-boutique de tripier qui occupe le rez-de-chaussée. Un boucher occupe également une partie de ce rez-de-chaussée. En outre, malgré l'exposition au midi, ce logement est humide.

Le père de l'enfant, ouvrier aisé, entretient dans la famille un bien-être suffisant. La nourriture est bonne.

Vers la fin d'août, l'enfant fut prise de diarrhée abondante, elle devint triste, taciturne. Néanmoins l'appétit restait bon.

Le 3 septembre, la mère s'aperçut, en habillant l'enfant, qu'elle portait deux petits furoncles légers situés, l'un sur le ventre, au côté droit, l'autre au-dessous de la paupière inférieure gauche. Ils se guérirent rapidement.

Le 5, apparut sur la paroi abdominale antérieure, à la région iliaque droite, une tumeur mal limitée, peu saillante; la peau était rouge. En même temps se montrait un peu de gonflement œdémateux de tout le tiers inférieur de la paroi abdominale et des grandes lèvres.

Le 7, quatre sangsues furent ordonnées et appliquées sur la tumeur. Elles prirent vite, mais ne déterminèrent qu'une petite perte de sang. — Cataplasmes; bains; lavements; bouillon gras.

Le 8, pour la première fois, la malade fut présentée à M. Demarquay. La face était pâle, les yeux enfoncés. L'œdème que nous avons signalé existait sur les mêmes lieux. La peau de la région iliaque présentait une plaque rouge d'une étendue de 3 centimètres environ. Aucune fluctuation. — Cataplasmes; bouillon.

Le 9, une des piqûres de sangsues s'est ulcérée. Même état.

Les jours suivants l'ulcération s'accroît et la peau environnante se décolle et s'amincit. A partir de cette époque, chaque jour le décollement et la destruction de la peau font de nouveaux progrès; la gangrène ronge peau, tissu cellulaire, aponévrose, et laisse à nu les fibres musculaires, dont on peut facilement reconnaître la direction.

En même temps apparaît un point gangréneux sur le côté gauche du ventre, et la même destruction se montre en ce point.

Le 20, la plaie de la région iliaque droite est ovalaire, d'un diamètre de 10 centimètres dans sa plus grande étendue. Le décollement tout autour de la plaie est considérable. La plaie gauche, un peu moins étendue, communique par le décollement avec la plaie droite. Une grosse pince à pansement peut être conduite par-dessous la peau d'un côté à l'autre sans que la petite malade en paraisse éprouver de douleur.

Le 21, on trouve que du jour au lendemain les plaies ont grandi de plus de 2 centimètres.

A la paupière inférieure gauche apparaît une petite ulcération produite par gangrène de la peau. Au grand angle de l'œil, à droite, même phénomène.

Sur la grande lèvre droite la peau est violacée, noirâtre, et menace de tomber en gangrène.

Au milieu de ces désordres, la santé de la petite malade ne paraît pas profondément altérée, l'appétit se conserve; il n'y a pas de diarrhée

Le traitement prescrit par M. Demarquay consiste dans l'emploi du quinquina à l'intérieur, de lotions aromatiques, de pansements avec du styrax, etc.; mais rien n'agit sur cette affection, qui chaque jour gagne en surface.

Tous les détails bien exacts de cette observation ont été relevés par l'interne du service, M. Combessis, qui a bien voulu nous les communiquer.

La gangrène dans la marche rapide qu'elle suit nous a paru agir d'abord sur le tissu cellulaire sous-cutané, et c'est consécutivement à sa dénudation que la peau elle-même se mortifie. Quant aux résidus de cette mortification, ils sont peu abondants, et ne répandent pas d'odeur fétide. Il y a très peu d'humidité. Il semblerait qu'une partie des débris est absorbée. Inutile d'ajouter que la mort de la malade est imminente.

A quelle cause faire remonter cette affection? Le logement insalubre peut-il être considéré comme cause déterminante, ou devons-nous remonter à la rougeole passée depuis quatre mois, pour trouver une étiologie à cette gangrène? On sait que la gangrène rubéolique n'est pas très rare, et MM. Rilliet

---

FEUILLETON.

HISTOIRE ET STATISTIQUE

de l'Académie nationale de médecine.

(Suite. — *Voir* les numéros des 14 et 21 septembre.)

Afin de ne pas scinder la période décennale que j'ai adoptée comme terme de comparaison, j'ai dû conserver les divisions admises par l'ordonnance constitutive de 1820. Cependant, outre les changements qu'avait opérés au sein de l'Académie l'ordonnance du 28 octobre 1829, et que j'ai fait connaître plus haut, une ordonnance nouvelle, à la date du 20 janvier 1835, n'admit plus qu'une seule classe de membres résidants, jouissant des mêmes droits et prérogatives, et enjoignit à l'Académie de reviser ses règlements conformément à cette disposition. En conséquence, un arrêté du ministre de l'instruction publique confirma la répartition des membres de l'Académie en onze sections, de la manière suivante :

1re section.	Anatomie et physiologie. . . .	10
2e —	Pathologie médicale.	13
3e —	Pathologie chirurgicale.	10
4e —	Thérapeutique et hist. nat. méd. .	10
5e —	Médecine opératoire..	7
6e —	Anatomie pathologique.	7
7e —	Accouchements.	7
8e —	Hygiène publique, médecine légale, police médicale.	10
9e —	Médecine vétérinaire.	6
10e —	Physique et chimie médicale. . .	10
11e —	Pharmacie..	10
	Total. . . .	100

Ainsi, en 1840, cinq ans après la promulgation de l'ordonnance de 1835, l'Académie comptait 58 membres de trop, et quoique l'on ait continué à ne faire qu'une nomination sur trois extinctions, le chiffre des académiciens est encore aujourd'hui de beaucoup supérieur à celui que fixe l'ordonnance de 1835, qui régit ce corps savant.

Les 65 pertes éprouvées par l'Académie pendant la période de 1830 à 1840, ont été réparties ainsi qu'il suit, entre les médecins, les chirurgiens et les pharmaciens :

Section de médecine.	32
— de chirurgie.	25
— de pharmacie.	8
Total. . .	65

Si nous conservons les proportions établies dans l'ordonnance constitutive, c'est-à-dire que les médecins sont à peu près en nombre double des chirurgiens, et trois fois plus nombreux que les pharmaciens, nous trouvons, comme dans les premiers calculs que j'ai faits, que les pharmaciens ont éprouvé une mortalité bien inférieure à celle qu'ont eu à supporter les médecins et les chirurgiens, et que chez ces derniers la mortalité s'est montrée supérieure à ce qu'elle a été chez les médecins. En effet, il est mort 1 pharmacien sur 3; 1 médecin sur 2,30 et 1 chirurgien sur 2,14.

Lorsque fut rendue l'ordonnance du 20 janvier 1835, l'Académie comptait 184 membres, qui furent partagés de la manière suivante entre les 11 sections que j'ai fait connaître plus haut.

1re SECTION. *Anatomie et physiologie.* — MM. Bourdon, Castel, Cloquet (H.), Demangeon, Duméril, Edwards, Gasc, Gorse, Heller, Magendie, Mingault, Ollivier (d'Angers), Pariset, Piorry, Ribes, Salmade, Ségalas, Serres, Virey.

2e SECTION. *Pathologie médicale.* — MM. Abraham, Alard, Andral père, Andral fils, Aulagnier, Biet, Boisseau, Bouillaud, Bourdois, Bricheteau, Broussais, Chervin, Collineau, Falret, Ferrus, Hamel, Honoré, Horeau, Itard, Jadelot, Jadioux, Jourdan, Kergaradec, Landré-Beauvais, Lherminier, Macartan, Manry, Mestivier, Récamier, Roche, Rostan, Velpeau.

3e SECTION. *Pathologie chirurgicale.* — MM. Baffos, Barbier, Bégin, Bougon, Canin, Cloquet (J.), Dubois (le baron), Dubois (Paul), Duval, Espiaud, Gratereau, Guerbois, Jourda, Lacournère, Laurent, Marjolin, Oudet, Picher-Grandchamp, Réveillé-Parise, Sanson, Yvan.

4e SECTION. *Thérapeutique et histoire naturelle médicale.* — MM. Alibert, Bally, Bonastre, Bousquet, Chardel, Clarion, Delens, Desportes, François, Guersant, Jussieu (de), Loiseleur-Deslongchamps, Louyer-Villermay, Martin-Solon, Mérat, Patissier, Rayer, Richard, Sédillot.

5e SECTION. *Médecine opératoire.* — MM. Amussat, Civiale, Cullerier neveu, Demours, Dupuytren, Hervez de Chégoin, Larrey, Lisfranc, Poirson, Renoult, Richerand, Roux.

6e SECTION. *Anatomie pathologique.* — MM. Baron, Breschet, Chomel, Cornac, Fouquier, Husson, Louis, Petit, Rochoux, Rullier.

7e SECTION. *Accouchements.* — MM. Baudelocque, Capuron, Danyau, Deneux, Devilliers, Evrat, Gardien, Lebreton, Moreau, Murat, Villeneuve (11 membres).

8e SECTION. *Hygiène publique, médecine légale, police médicale.* — MM. Adelon, Canuet, Chevalier, Desgenettes, Deyeux, Double, Emery, Esquirol, Forestier, Gérardin, Jacquemin, Keraudren, Labarraque, Londe, Marc, Nacquart, Parent-Duchatelet, Renauldin, Tessier, Villermé.

9e SECTION. *Médecine vétérinaire.* — MM. Barthélemy, Boulay jeune, Desmarets, Dupuy, Girard, Huzard.

10e SECTION. *Physique et chimie médicale.* — MM. Barruel, Bouillon-Lagrange, Burdin aîné, Burdin jeune, Bussy, Caventou, Derosne (Charles), Gueneau de Mussy, Henry fils, Orfila, Pelletier, Rohiquet, Soubeiran, Thillaye.

11e SECTION. *Pharmacie.* — MM. Boudet, Boullay, Bouriat, Boutron-Charlard, Chéreau, Derosne aîné, Dizé, Fabre, Fée, Guiart, Guibourt, Lemaire-Lisancourt, Lodibert, Martin, Métouart, Pétroz, Planche, Robinet.

Une seule section, la médecine vétérinaire, était au chiffre voulu par la loi; toutes les autres, au contraire, le dépassaient d'une manière plus ou moins large.

De 1835 à 1840, l'Académie perdit 35 membres; ces pertes se partagèrent entre les diverses sections de la manière suivante :

et Barthez la signalent onze fois sur 167 cas de rougeole. Mais ajoutons que le plus souvent elle ne se montre que dans les cas compliqués d'une autre affection.

Chez notre malade la rougeole n'avait évidemment pas épuisé son action sur l'économie après l'éruption accomplie. La petite malade n'a jamais depuis recouvré la santé, et probablement l'état général mauvais, joint à l'insalubrité du logement, a joué un grand rôle dans la production de la maladie. Du reste, MM. Rilliet et Barthez signalent des cas de gangrène succédant à plus d'un mois d'intervalle à la rougeole. Aussi sommes-nous assez disposé, dans ce cas, à établir un certain rapport de causalité entre la rougeole et la gangrène.

Quant aux déductions pratiques découlant de ce fait, elles nous paraissent assez importantes, et nous ne saurions trop engager les médecins à ne pas perdre de vue les jeunes enfants qui, après une éruption de rougeole, restent comme notre petite malade dans cet état de souffrance qui n'est pas précisément de la maladie, et qui ne paraît pas assez grave pour fixer l'attention. L'aération convenable, les conditions hygiéniques favorables, quelques purgatifs légers nous paraissent indiqués, et suffiront peut-être pour empêcher une fin aussi déplorable.

———

Néphrite albumineuse aiguë.

Dans les modifications chimiques résultant de la présence dans l'urine d'un élément anormal avec analogue dans l'organisme sain, l'albumine est sans contredit le produit qui se rencontre le plus souvent.

Nous n'avons pas besoin de citer ici tous les cas dans lesquels existe à un degré plus ou moins marqué l'albuminurie. Rappelons seulement que cette modification chimique, bien avant les travaux les plus modernes, avait été reconnue et signalée comme survenant au milieu des affections pathologiques les plus diverses. C'est ainsi que Chopart et Desault l'avaient trouvée chez des calculeux, Peschier dans les rhumatismes, etc.

Bien plus, l'albumine se rencontre au milieu des circonstances les plus normales, pendant l'accomplissement de certaines fonctions physiologiques, comme la grossesse, par exemple.

Il semblerait donc rationnel d'admettre que le fait de la présence de ce produit dans l'urine ne doit pas constituer une maladie spéciale, et que les reins, qui secrètent ainsi un liquide offrant une composition anormale, ne sont pas pour cela affectés eux-mêmes de maladie. Telle n'est pas cependant l'opinion de beaucoup de médecins, et pour MM. Stuart-Cooper et Martin-Solon, comme pour Bright, la présence de l'albumine dans quelque circonstance que ce soit est l'indice d'une modification rénale, de l'hypérémie de l'organe.

Quoi qu'il en soit de ces opinions que nous ne pouvons discuter, il reste bien convenu et adopté qu'il existe une affection spéciale des reins parfaitement décrite par Bright qui se lie à la sécrétion de l'albumine dans l'urine, et que cette maladie peut se présenter à l'état aigu ou à l'état chronique. Il y a actuellement dans le service de M. Valleix, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 17, un malade qui a présenté cette affection très bien caractérisée; voici le fait.

Le nommé Vieux-Bochat, âgé de vingt-huit ans, un peu lymphatique, mais du reste bien constitué, jouissant d'ordinaire d'une bonne santé, exerçant l'état de peintre en bâtiments, *n'ayant eu jamais d'accidents saturnins*, est entré à l'hôpital le 7 septembre.

Voici les détails qu'il nous donne sur sa maladie :

Habitant d'ordinaire à Paris, il a fait un voyage en Bretagne, et là, pendant trois mois, il a travaillé de son état. Pendant tout ce temps il ne but pas de vin, et remplaça cette boisson par du cidre : c'est la seule modification qu'il ait apportée à son régime de vie. Vers la fin de son séjour, il devint malade, éprouvant de violentes céphalalgies, de la fièvre, et surtout une gêne excessive de la respiration : le tout s'accompagnait de douleurs sourdes dans la région des reins.

Dans ces conditions, il revint à Paris et resta encore huit jours chez lui; mais, voyant le mal empirer, il se décida à entrer à l'hôpital le 7 septembre. Déjà depuis quatre jours s'était manifesté un œdème général; la peau était blanche, tendue, et la pression laissait des empreintes, surtout aux membres inférieurs.

L'état général était franchement inflammatoire. Dès le commencement du traitement, on reconnut dans l'urine la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le 8, saignée de 300 grammes.

Le 9, le malade a un peu de délire; mais néanmoins il y a du mieux. — Julep ammoniacal; bain de vapeur.

Le 11, on examine l'urine, qui contient toujours beaucoup d'albumine. — Purgatif.

Nous ne suivrons pas le traitement jour par jour; nous indiquerons seulement un phénomène que le malade, homme fort intelligent, nous a dit avoir observé avec le plus grand soin.

Il éprouva une excessive faiblesse des jambes, et cette faiblesse était bien différente de celle qui résulte de la fatigue. En outre de cette modification dans l'action musculaire, il ressentit aussi une altération marquée de la sensibilité; et il en a été tellement frappé, qu'il a plusieurs fois expérimenté pour bien reconnaître qu'il ne se trompait pas. A peine, nous dit-il, avait-il le sentiment de la pression même forte qu'il exerçait sur la peau des jambes et des cuisses.

Sous l'influence du traitement, ces phénomènes se sont peu à peu effacés, et avec eux disparurent également et les douleurs de reins et l'œdème général.

Tandis que la santé du malade s'améliorait, on constatait la diminution des proportions d'albumine dans l'urine. L'acide nitrique, au lieu d'un précipité épais, ne formait plus qu'un petit nuage laiteux. Actuellement ce phénomène est encore moins marqué.

On peut voir, d'après ces détails, que tous les symptômes attribués au mal de Bright dans la forme aiguë se sont retrouvés chez ce malade. Un traitement assez énergique a promptement jugé la maladie, et en trois septenaires, comme cela est assez ordinaire, la guérison aura été complète.

— Nous avons pu observer dans le même service un malade affecté d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. M. Gallard, interne de M. Valleix, a mis à notre disposition l'observation complète de ce malade. Nous nous proposons d'en parler dans notre prochaine *Revue*. Dr E. L.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Abcès intra-musculaire de la vessie sous forme de tumeur à l'hypogastre. Mort.

Les cystites musculaires sont des maladies très rares, et le cas que je vais rapporter n'a jamais été observé, ou du moins je n'en ai pas trouvé un seul exemple dans les auteurs. Je commencerai d'abord par rapporter l'observation telle qu'elle a été recueillie au lit du malade, et je la ferai suivre de quelques réflexions puisées dans la leçon clinique de M. Velpeau.

Le 28 janvier 1852, est entré dans la salle Sainte-Vierge un homme âgé de soixante-dix ans, gardien au Musée d'artillerie, malade depuis un mois et demi, et souffrant du côté de la vessie. Il était couché au n° 35.

Voici ce qu'il raconte :

Doué d'une bonne constitution, il a eu à subir pendant sa vie bien des privations. Il a fait les campagnes d'Italie, d'Espagne, de Saint-Domingue. Il n'a été atteint d'aucune maladie grave. En Espagne, il a contracté une blennorrhagie, il a eu des bubons, une hydarthrose du genou, et il a passé un mois dans l'hôpital de Lisbonne.

Rentré en France, il jouissait d'une bonne santé, lorsque, il y a deux mois, il fut atteint d'une pneumonie qui fut traitée par la saignée et les sangsues. A peine était-il guéri, qu'il ressentit les premières atteintes du mal qui l'amène aujourd'hui dans nos salles. Ce fut d'abord de la difficulté à rendre les urines; bientôt, à ce premier symptôme, se joignit de la douleur en urinant. Les urines étaient épaisses, chargées de mucus; le jet de l'urine était irrégulier, sortait par saccades. Douleur à l'hypogastre exaspérée par la pression et la défécation. Voilà tout ce ce que nous tirons des antécédents.

29 janvier. *Etat actuel.* — Constitution débilitée; santé affaiblie; un peu de maigreur. Douleur sourde au niveau des pubis au moment de la miction. Cette douleur pendant l'émission des urines, et même un moment après, s'étend au canal de l'urètre et au périnée. Douleur sourde à la région vésicale, vive à la pression. Douleur sur le trajet des uretères, s'irradiant vers la région rénale, qui n'est toutefois pas sensible à la pression. Le jet de l'urine n'est pas petit; une sonde d'argent de calibre ordinaire traverse facilement l'urètre. Les urines sont chargées de mucosités purulentes, et répandent une odeur ammoniacale. De temps en temps, quelques légers frissons, un peu d'agitation. Fièvre; pouls petit, assez fréquent. Appétit à peu près nul; soif très vive. Pas de selles depuis deux jours. — Tisane de bourgeons de sapin.

Le 30 janvier, depuis hier le malade souffre davantage; les douleurs sont vives à l'hypogastre, surtout à la pression. Miction difficile et pénible. Les accidents généraux sont les mêmes. — Bains; frictions avec l'onguent mercuriel.

Le 1er février les douleurs sont un peu calmées; mais les urines sont toujours chargées de mucosités purulentes.

Le 2, douleurs vives à la région vésicale, s'irradiant vers les lombes, sur le trajet des uretères. Envies fréquentes d'uriner; mictions pénibles; urines troubles, peu abondantes.

Le 4 février, on sent dans l'hypogastre une tumeur allongée, douloureuse à la pression, et qui ne disparaît ni après elle, ni après le cathétérisme. Elle remonte vers l'ombilic et se déjette un peu à droite. Elle paraît assez concrète. Urines peu abondantes. Envies fréquentes d'uriner. Mêmes accidents généraux. Insomnie; pas d'appétit; garde-robes rares et douloureuses. — Trois cautères sont appliqués sur la tumeur pour tenter d'en obtenir la résolution.

Le 6 février, la tumeur augmente de volume; elle est très douloureuse, à la pression surtout. Les accidents généraux augmentent. Frissons plus fréquents; fièvre continue; agitation. Le malade est inquiet, très tourmenté.

Le 13 février, la tumeur, qui a dépassé l'ombilic, est toujours dure, tendue et très douloureuse. Urines peu abondantes; sensation de pesanteur au périnée; picotements et élancements dans le canal de l'urètre. Selles. Peau chaude; langue blanche et chargée; goût perverti. Facies altéré profondément. Céphalalgie; insomnie. Inappétence; soif intense. — Deux nouveaux cautères; boissons délayantes.

Le 15, même état de la tumeur hypogastrique. Ventre tendu à son niveau. Figure altérée, anxieuse; un peu de tremblotement dans les lèvres. Quelques nausées. On sent de la fluctuation à la partie supérieure de la tumeur.

Le 20, urines rendues involontairement. Crachats muqueux assez abondants.

Le 28, selles fréquentes. Crachats plus abondants. Pouls fréquent et petit; respiration pénible. Râles entendus même à distance. Haleine infecte.

Le 29, accidents généraux plus graves. Les plaies des cautères ne rendent plus de pus. Pouls à peine perceptible.

Mort le 1er mars.

Autopsie trente heures après la mort. — Les cautères avaient déterminé des adhérences entre la vessie et la paroi abdominale, de sorte que le bistouri pouvait être enfoncé sans crainte dans le foyer situé au sommet de la vessie. La vessie elle-même n'est pas très malade. Elle est réticulée, à colonnes. Le foyer est contenu en grande partie dans l'épaisseur de la tunique musculeuse, qui contient çà et là des foyers purulents disséminés d'un pus parfaitement lié.

Prostate énorme, triplée de volume, proéminant du côté

1re section.	. . . . .	3
2^e	—	6
3^e	—	7
4^e	—	3
5^e	—	2
6^e	—	1
7^e	—	3
8^e	—	5
9^e	—	2
10^e	—	2
11^e	—	1
		35

Les bénéfices de la longévité en faveur des pharmaciens sont ici bien remarquables : les deux dernières sections, composées presque exclusivement de pharmaciens, et qui, réunies, présentent un total de 31 membres, n'ont éprouvé que 3 pertes; tandis que la 2e section, pathologie médicale, composée de 27 membres, compte 6 morts, et que les 3e et 5e sections, pathologie chirurgicale et médecine opératoire, ayant à elles deux 32 membres, voient 9 membres rayés de leur liste.

A côté de ces pertes, l'Académie a fait, dans l'espace de ces cinq années, 9 acquisitions nouvelles, réparties ainsi dans ses diverses sections :

1re section :	1 :	M. Bouvier.
2e —	1 :	M. Dubois (d'Amiens).
3e —	2 :	MM. Blandin, Gerdy.
4e —	1 :	M. Jolly.
5e —	1 :	M. Bérard (Aug.).
6e —	2 :	MM. Cruveilhier, Gaultier de Claubry.
8e —	1 :	M. Lecanu.

De telle sorte qu'au commencement de l'année 1840, les diverses sections de l'Académie présentaient le personnel suivant :

1re section.	. . . . .	17
2^e	—	27
3^e	—	16
4^e	—	17
5^e	—	11
6^e	—	11
7^e	—	12
8^e	—	15
9^e	—	4
10^e	—	12
11^e	—	16
Total.	. . .	158

L'Académie comptait donc, en 1840, 58 membres de trop. Toutes les sections, excepté la 9e, profitaient plus ou moins de cette surabondance. La section de médecine vétérinaire seule n'était pas au complet.

Du 1er janvier 1840 au 31 décembre 1849, il est mort 59 membres de l'Académie de médecine. Ainsi, dans cette troisième période de dix ans et sur un personnel de 158, il est mort 1 académicien sur 2,40 et plus de 5 académiciens par an; par conséquent, si l'on eût voulu suspendre toute nomination jusqu'au moment où le nombre des académiciens aurait atteint le chiffre 100 fixé par l'arrêté ministériel, il aurait fallu attendre onze ans six mois et quelques jours.

Au lieu de suivre cette marche, on a procédé, au contraire, pendant cette période de dix ans, à 18 nominations nouvelles, et l'on s'est trouvé, en 1850, être encore assez loin des limites voulues par la loi; en effet, le personnel de l'Académie, déduction faite des 59 décès et de l'addition des 18 nominations, présentait, au 31 décembre 1849, un chiffre de 117. A ces 117 membres il faut ajouter M. Bérard, qui est entré à l'Académie par la porte du décanat, c'est-à-dire à cause du titre de doyen de la Faculté de Paris, titre qu'il a gardé pendant près de deux ans, et l'on trouve, à la fin de 49, le chiffre de 118 académiciens que porte en effet mon *Annuaire* de 1850.

Pendant les dix années que j'examine, l'Académie s'est donc adjoint 19 membres nouveaux, qu'elle a classés de la manière suivante :

1re section,	4 :	MM. Poiseuille, Longet, Baillarger et Bérard.
2e —	4 :	MM. Guérin, Mélier, Prus et Grisolle.
3e —	3 :	MM. Jobert, Huguier et Robert.
4e —	1 :	M. Gibert.
5e —	2 :	MM. Laugier et Malgaigne.
8e —	1 :	M. Royer-Collard.
9e —	2 :	MM. Renaud et Huzard.
10e —	2 :	MM. Dumas et Gaultier de Claubry (H.).

Si nous rapprochons ce tableau de celui que j'ai dressé pour les cinq années qui suivirent l'ordonnance de 1835, on voit que, pendant quinze ans, aucune nomination n'a été faite dans les 7e et 11e sections; cependant, dans la même période, chacune de ces sections a perdu : la 7e 6 membres (3 de 1835 à 1840 et 3 de 1840 à 1850), et la 11e 9 membres (1 de 1835 à 1840 et 8 de 1840 à 1850). D'ailleurs, voici comment les 59 pertes éprouvées par l'Académie de 1840 à 1850 se sont réparties entre chaque section :

1re section.	. . . . .	9
2^e	—	7
3^e	—	5
4^e	—	7
5^e	—	7
6^e	—	3
7^e	—	3
8^e	—	5
9^e	—	1
10^e	—	4
11^e	—	8
Total.	. . .	59

Félix Roubaud.

(Extrait de l'*Ann. méd. et pharmac. de la France*, 1853.)

(*La fin au prochain numéro.*)

du col de la vessie à la manière d'un polype. Cette tumeur arrondie n'empêchait pas la sonde de passer.

Reins. — Traces de néphrite chronique.

RÉFLEXIONS. — Tout d'abord, ce sont les symptômes ordinaires et constants dans toutes les inflammations du côté de la vessie : douleurs à l'hypogastre augmentant par la pression; envies fréquentes d'uriner; urines peu abondantes; pesanteur au périnée, etc., etc. Bientôt, en même temps que les symptômes généraux, les symptômes locaux augmentent, surtout la douleur et la tension à l'hypogastre. Une tumeur paraît, douloureuse, irrégulière, bombée, remontant vers l'ombilic, dure d'abord, puis devenant fluctuante. Cette tumeur ne se vide ni quand le malade urine, ni quand on pratique le cathétérisme, ni à la pression.

Il était bien évident qu'il existait une collection purulente tenant à la vessie, mais ne communiquant pas avec elle; il était bien évident qu'il y avait une tumeur purulente dans l'abdomen, et dès lors on devait redouter une terminaison funeste. Mais, outre cette tumeur, il y avait une rétention d'urine, qui avait amené le malade à l'hôpital. Or une rétention d'urine chez un homme de cet âge appelle de suite l'idée d'une maladie de la prostate. Cette affection avait été reconnue, et l'autopsie est venue prouver que le diagnostic était juste.

Une rétention d'urine que peut-elle amener?

Un catarrhe vésical? Mais dans un catarrhe vésical il y a peu et plus souvent point de douleurs; il y a des besoins fréquents d'uriner, et les accidents généraux sont peu graves dans la plupart des circonstances. La vessie ne se laisse pas trop distendre. Cette idée ne persistait donc pas longtemps dans l'esprit.

Une cystite aiguë? Mais la cystite aiguë s'accompagne de douleurs plus vives que celles que nous observions; mais la cystite aiguë s'accompagne d'envies d'uriner fréquentes et irrésistibles; mais dans la cystite aiguë la vessie est ratatinée. Or, chez notre malade les envies d'uriner n'étaient ni trop fréquentes, ni irrésistibles, et la vessie contenait une certaine proportion d'urine. L'idée de cystite aiguë s'en allait presque aussi vite que celle de catarrhe vésical.

A côté de ces deux affections, il en est une troisième à laquelle on avait songé et qui rendait bien compte de ce qui se passait. L'autopsie est encore venue donner raison au diagnostic. Cette maladie, c'était la cystite musculaire. La cystite musculaire cause des douleurs sourdes; les envies d'uriner ne sont pas très fréquentes, etc. : c'étaient les symptômes que nous avions sous les yeux.

Mais la cystite musculaire une fois admise, elle ne rendait pas compte de ce dépôt qui s'était formé sous nos yeux. Ces dépôts purulents sont des accidents fort rares, et encore ne les observe-t-on que dans les maladies anciennes, longues, quand il existe des calculs, par exemple. Nous n'avions aucune de ces raisons pour l'expliquer. C'était déjà une maladie insolite; mais la surprise est encore bien plus grande quand on songe que ce dépôt ne communiquait qu'avec la tunique musculeuse et nullement avec l'intérieur de la vessie. Or les abcès extra-vésieaux se forment presque toujours par suite d'une éraillure de la vessie et de la filtration lente de l'urine dans le tissu cellulaire. Il fallait donc supposer une inflammation purulente des parois de la vessie survenue à la suite d'une rétention d'urine chez un homme bien portant jusque-là, et avec les symptômes et la marche que j'ai signalés. N'avais-je pas raison d'annoncer au début cette observation comme peut-être unique dans la science? Je le répète, je n'ai pas trouvé un seul cas semblable dans les auteurs.

Cette tumeur reconnue, il fallait obtenir sa résolution ou donner issue au pus. Il n'y avait pas à espérer que le pus s'écoulerait par l'intérieur de la vessie; la tumeur ne communiquait évidemment point avec elle, à moins qu'une circonstance heureuse, qu'un travail pathologique favorable eussent créé cette voie. Des cautères sont appliqués d'abord en vue de tâcher d'obtenir la résolution; puis, quand on ne peut plus l'espérer, en vue d'obtenir des adhérences et de donner issue au pus sans qu'il s'épanche dans la cavité abdominale.

Le malade était âgé, d'une santé détériorée; les accidents généraux allèrent toujours s'aggravant; l'adynamie survint, et le malade mourut. Peut-être la phlébite, peut-être l'infection purulente n'ont-elles pas été étrangères à l'adynamie, étrangères à la cause de la mort. J'émets cette hypothèse; mais rien, je l'avoue, que les frissons et l'adynamie, n'est venu nous en fournir la preuve.

L'on aurait pratiqué l'ouverture de l'abcès la veille ou l'avant-veille de la mort, alors que les adhérences étaient formées, que l'on n'aurait rien gagné, vu l'état effrayant dans lequel se trouvait ce malheureux.

Un mot encore avant de terminer. J'ai signalé plus haut l'état de la prostate et le bourrelet proéminent au col de la vessie. Ce bourrelet n'empêchait pas le passage de la sonde, et cependant il était un obstacle au cours de l'urine, et l'on avait là, chose bizarre! ce que l'on rencontre assez fréquemment du reste, une rétention d'urine chez un malade facile à sonder.

L. BAUCHET.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. VALETTE.

Perforation du diaphragme. — Hernie et rupture de l'estomac.

(Observation recueillie par M. DELORE, interne du service.)

Les déchirures du diaphragme sont connues depuis fort longtemps. Ambroise Paré en avait observé; on en retrouve un certain nombre relatées çà et là dans les auteurs plus modernes. Elles peuvent se diviser en traumatiques et en spontanées; celles-ci sont plus rares. Une jeune femme dans les dernières douleurs de l'accouchement voit tomber son mari, pousse un cri et meurt; l'estomac avait pénétré dans la cavité thoracique, à travers une éraillure du diaphragme (Leroy). Budans rapporte l'observation d'un homme qui, après s'être gorgé d'aliments, fut pris de vomissements et ne tarda pas à succomber; le diaphragme, à l'autopsie, offrait une ouverture en étoile où s'échappaient l'estomac et l'épiploon. A côté de ces faits se range celui d'un vieillard pris de vin, d'un Allemand, qui succombe en faisant un violent effort. On a vu aussi de jeunes sujets présenter, à l'ouverture de leur cadavre, des hernies congénitales d'une portion des viscères abdominaux à travers le diaphragme; la vie, dans un cas, put se prolonger jusqu'à l'âge de quatorze ans.

L'estomac se rompt bien plus facilement et bien plus fréquemment; un choc, des vomissements, les désorganisations, l'altération cadavérique sont les causes de nombreuses solutions de continuité. Mais il est très rare de voir coïncider une rupture du diaphragme avec une rupture de l'estomac sans lésions préalables. C'est un fait de ce genre qu'il nous a été donné d'observer.

François Dubier, âgé de trente-huit ans, cultivateur dans le département de l'Ain, d'un tempérament sanguin, fortement constitué, vient dans la salle Saint-Sacerdos, n° 33, le 4 juin 1852. Cet homme était atteint d'une amaurose depuis dix-huit mois. Il entre, au début, à l'hôpital de Bourg, où il eut une application de sangsues, fut deux fois saigné, traitement parfaitement rationnel; en effet, son tempérament pléthorique, sa figure rouge, ses fréquents maux de tête indiquaient une amaurose congestive. Néanmoins, sa vue diminua rapidement; il retourna chez lui, et se fit placer un large cautère au bras droit.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, la cécité était complète depuis huit mois, les milieux de l'œil parfaitement transparents. Les fonctions digestives se font bien; l'appétit est excellent; la respiration n'est nullement troublée. Il y avait peu d'espoir de guérison. Instruit par l'insuccès des moyens déjà employés, M. Valette fit appliquer un séton caustique au chlorure de zinc, qui produisit une vive douleur; mais le lendemain, le malade trouvait ses yeux plus libres; le surlendemain, il croyait distinguer le jour de la nuit, et se félicitait des souffrances qu'il avait endurées dans l'espoir de recouvrer la vue.

Tout était bien, quand le malade devint triste, perdit l'appétit, fut pris de pesanteur de tête et d'une invincible tendance au sommeil; on peut encore le tirer de cet état en lui faisant des questions et le pressant vivement de répondre; mais dès qu'on l'abandonne à lui-même, il retombe dans sa somnolence habituelle. On aurait pu croire à une indigestion, si le malade avait pris quelque nourriture dans la journée; l'estomac, du reste, n'était point douloureux à la pression. Les sœurs, habituées à voir des malades, le croyaient menacé d'une attaque d'apoplexie; c'est qu'en effet son état comateux, sa violente céphalalgie, sa tendance à s'incurver sans cesse du côté gauche, son tempérament et ses antécédents donnaient du poids à cette opinion. Le pouls seul, calme et dépressible comme à l'état normal, fit penser qu'il n'en était rien. Qu'avait donc le malade? Dans l'incertitude, on lui fit appliquer des révulsifs aux extrémités et administrer un lavement purgatif à six heures du soir. A neuf heures, quelques vomissements; à dix heures, saignée qui semble soulager le malade. A onze heures, les vomissements redoublent; les matières rejetées sont en quantité considérable, semblables à du pus. A minuit, les vomissements cessent, et dès ce moment ne se reproduisent que lorsque la sœur veilleuse fait boire le malade, qui du reste n'a plus de connaissance. Cette série de phénomènes se déroula avec tant de rapidité que, le lendemain matin, M. Valette le trouva à l'agonie. Les matières vomies n'ayant pu être examinées, on supposa qu'un abcès formé depuis longtemps s'était ouvert dans les bronches. La mort survint le 19, à dix heures du soir.

Le 21, le cadavre est ouvert.

Cavité crânienne. — Les nerfs optiques ont leur grosseur et leur consistance ordinaires; les couches optiques, les corps striés ne montrent aucune altération. Dans les ventricules, on trouve une assez grande quantité de sérosité. Aucune trace d'épanchement dans les lobes cérébraux. Dans le lobe gauche du cervelet existe un kyste du volume d'une grosse noisette, il renferme une sérosité citrine; sa membrane, épaisse et bien organisée, atteste l'ancienneté de son origine.

Œil. — Son examen n'explique point l'amaurose; les veines ophthalmiques ne sont point variqueuses, comme Blandin l'a observé quelquefois.

Cavité thoracique. — Cœur, rien.

Les poumons sont crépitants, ne sont point enflammés, seulement le lobe inférieur gauche offre une coloration lie-de-vin; mais sa consistance est à peine légèrement augmentée. En soulevant le poumon gauche, qu'aucune bride n'attachait à la plèvre, on vit que la cavité pleurale du même côté contenait environ un demi-litre d'un liquide huileux, qu'on aurait dit imparfaitement mélangé à de la sérosité; il avait assez d'analogie avec la bile et offrait une couleur verdâtre. Ce liquide étonna tout d'abord; quelle était son origine? il semblait suinter du poumon gauche; mais on vit bientôt sa véritable source.

Le diaphragme présente une déchirure qui donne passage à une portion de l'estomac. L'ouverture est située entre le foliole moyen et le foliole gauche du trèfle aponévrotique, non loin du bord postérieur de l'organe; elle est ovalaire, à environ 4 centimètres de diamètre; ses bords sont frangés, un peu noirâtres. C'était la partie supérieure du grand cul-de-sac de l'estomac qui sortait à travers cet orifice; elle n'avait contracté avec lui aucune adhérence, pouvait aisément sortir et rentrer, et se trouvait à peine légèrement étreinte. Cette portion herniée présentait deux ouvertures séparées l'une de l'autre par une bride; on pouvait introduire la main dans la plus considérable, les bords étaient arrondis, d'une épaisseur un peu plus considérable que le reste des parois stomacales.

Cavité abdominale. — La muqueuse de l'estomac est le siége d'une inflammation peu intense; l'arborisation couleur lie-de-vin qu'on y observe semble être plutôt le fait d'un travail cadavérique que d'un influence pathologique; elle n'est point friable, son épaisseur n'est point augmentée; on n'y rencontre pas de trace de dégénérescence; vacuité complète de l'organe. Le pylore et le cardia ne laissent apercevoir aucune lésion. En ouvrant l'œsophage on voit sa muqueuse recouverte d'un enduit blanchâtre, facile à enlever, homogène, analogue à du chyme, sans mélange de sang ni de pus, c'était la matière vomie par le malade et que la sœur avait prise pour du pus.

Les intestins n'offrent rien de remarquable; tout l'espace compris entre la partie supérieure de la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac était rouge-foncé, sans trace de sang épanché ou de matières alimentaires.

On peut se demander, après cette observation, s'il était possible de reconnaître la lésion pendant les derniers instants de la vie? Notre malade ne présentait aucun des symptômes signalés par les auteurs; il n'avait ni cette dépression épigastrique, ni ce rire sardonique indiqué par Percy. L'attention était d'ailleurs distraite par les symptômes du côté de la tête, et puis pas de coups, pas d'effort violent; la robuste constitution de l'individu ne pouvait faire soupçonner une rupture musculaire.

Un signe avait peut-être une certaine valeur; aucun auteur ne l'a signalé, et c'est chose peu étonnante, la mort étant presque toujours instantanée, c'est cette incurvation à gauche que plusieurs efforts de redressement ne peuvent empêcher; la tête, le tronc et les membres inférieurs concouraient à décrire une ligne courbe; aucune paralysie n'accompagnait cette position.

L'ouverture du diaphragme était-elle ancienne? Cette hypothèse serait combattue par l'absence d'antécédents, l'absence de symptômes durant la vie, gêne de la respiration, de la digestion, efforts pénibles; ici aucune fonction n'était languissante. L'orifice diaphragmatique n'offrait pas de ces liens fibreux, preuves d'organisation, n'avait contracté aucune adhérence avec l'estomac; il est vrai que cette absence d'adhérence a été signalée plusieurs fois, même dans les hernies anciennes.

L'obscurité des symptômes permettrait aussi de discuter le moment de la rupture de l'estomac. Elle peut avoir été produite pendant la vie, ou n'être qu'une de ces altérations cadavériques dont M. Cruveilhier a le premier cité des exemples; le liquide épanché dans la plèvre aurait corrodé l'estomac d'après cet hypothèse, qui est infirmée, il faut l'avouer, par la régularité et l'épaisseur plus considérable des bords des deux ouvertures.

Supposons l'estomac rompu, les vomissements étaient-ils encore possibles? Ne pouvant préciser l'instant de cette rupture, nous ne pouvons affirmer s'ils se sont reproduits après qu'elle a été faite; mais la disposition des parties permet de le croire. C'était justement la portion déchirée de l'estomac qui était herniée, l'orifice étroit du diaphragme qui la resserrait légèrement sur le cadavre ne pouvait-il la comprimer sur le vivant au point d'interrompre toute communication pendant l'effort du vomissement? On ne retrouvait point à cet orifice improvisé les précautions que la nature a prises pour le passage de la veine cave et de l'aorte; pas d'anneau fibreux qui n'est point susceptible de contractilité; mais des fibres musculaires capables de se raccourcir, de se redresser et d'étreindre avec assez de puissance la portion de l'estomac qui les avait traversées.

(*Gazette médicale de Lyon*, août 1852.)

NOTICE

sur le meilleur mode d'administration du tannate de quinine comme fébrifuge.

Le tannate de quinine présenté à l'Académie de médecine par M. Barreswil a été depuis son introduction dans la thérapeutique soumis à un grand nombre d'expériences, qui ont prouvé l'efficacité de son action toutes les fois qu'il avait été donné à doses suffisantes.

Aussi croyons-nous devoir inviter nos confrères à se prémunir contre les habitudes qu'ils doivent à l'emploi presque exclusif jusqu'à ce jour du sulfate de quinine, et à tenir compte dans leurs prescriptions futures de la différence de nature qui existe entre le tannate de quinine et le sulfate de la même base.

Notre but en fixant ici le meilleur mode d'administration du fébrifuge dont nous devons l'emploi à M. Barreswil est d'éviter à nos confrères les tâtonnements, les écueils même auxquels ils pourraient être *exposés*.

Généralement le tannate de quinine réussit à merveille aux doses indiquées dans le rapport de l'Académie de médecine; mais il faut pour cela une précaution, qui est *de ne pas éparpiller le médicament*, c'est-à-dire de donner aux fiévreux les doses ordinaires de 50 à 75 centigrammes (2 ou 3 paquets); non pas en quatre ou cinq fois et à des intervalles de plusieurs heures, mais en une seule fois s'il est possible ou au moins en deux ou trois fois, mais alors coup sur coup et sans intervalle.

Chaque fois que ce mode d'administration a été suivi, le tannate de quinine a parfaitement réussi; et il n'en a jamais été employé pour un traitement plus de 2 à 3 grammes. L'expérience, au reste, a constamment prouvé que ce médicament, pris à la dose de 1 gramme et même 1 gramme et demi à la fois, ne fatigue jamais l'estomac.

D'où il suit que le tannate de quinine doit être préféré au sulfate dans un grand nombre de cas, non pas seulement en raison de son peu d'amertume et de son innocuité sur le tube digestif, mais parce qu'il se rapproche plus du quinquina tel que la nature nous l'a fait. Ce qui, du reste, confirme l'opinion de M. le docteur Fleury, qui dit que, s'il est vrai que le sulfate de quinine est un excellent fébrifuge, le quinquina est le véritable antidote de l'intoxication paludéenne.

Le tannate de quinine, qui représente à la fois l'élément

a stringent et l'élément fébrifuge, est en somme du quinquina réduit de volume et à proportion définie. Dr Bernard.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE.

Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Messieurs, en discutant la doctrine de Hunter sur le mode de transmission des accidents constitutionnels de la syphilis, je n'avais touché que légèrement aux opinions émises chez nous par les partisans de cet auteur ; mais je savais qu'ils interviendraient dans le débat ; j'avais même averti qu'un de nos collègues se chargerait probablement de me répondre, et que, me doutant de ce qu'il dirait, je demandais la permission de lui répliquer aussitôt : on a vu, mardi dernier, que mes prévisions se sont réalisées, que M. Ricord a fortement pris fait et cause pour Hunter. Il s'agit donc aujourd'hui de voir si mes propositions ont été amoindries, si ce que j'ai avancé en faveur de l'opinion qui veut que la vérole secondaire soit contagieuse est fondé ou non.

M. Ricord et les journaux qui le soutiennent sont persuadés qu'il a détruit toute la valeur des faits avancés par moi, qu'il n'a pas laissé subsister un seul de mes arguments ; et moi, je reste convaincu qu'il n'a pas porté la moindre atteinte aux preuves que j'ai invoquées à l'appui de mon opinion. Les esprits sont ainsi faits, tout le monde le sait, et personne n'y fait attention. A l'Académie et au public donc de juger, de voir en dernier ressort qui de nous deux a raison.

J'écarte d'abord le reproche banal de vouloir barrer systématiquement le passage à une doctrine et à des idées nouvelles.

Notre collègue s'est effrayé un moment de mes tendances rétrogrades ; il nous voit déjà remonter jusqu'au quinzième siècle ; il ne serait pas étonné que nous en vinssions à croire, comme du temps de Fallope, qu'on peut donner la syphilis en parlant à l'oreille des gens, en leur passant un bouquet sous le nez !

J'ai lieu, à mon tour, d'être surpris de son étonnement. N'ai-je pas trouvé, à ma grande stupéfaction, que, pour M. Ricord, les faits de vérole gagnée en touchant la lunette des lieux d'aisance, en couchant dans les draps, en se servant de rasoirs, de masques, etc., qui ont servi à des syphilitiques sont incontestables !

Ses vingt ans de recherches, d'expériences sans nombre autorisent M. Ricord à établir comme démontré que la syphilis secondaire n'est pas contagieuse ; il est arrivé de la même façon à formuler une foule d'autres propositions, et il affirme que tout ce que j'ai dit ici n'infirme en rien sa doctrine.

Je dirai plus tard ce que valent ses autres lois, ne quittant pas pour le moment les accidents secondaires.

Le chancre seul est contagieux ; sans chancre préalable, point de vérole constitutionnelle : voilà la règle. Les faits exceptionnels sont rares. Il y a donc des faits exceptionnels ? La vérole constitutionnelle a donc quelquefois lieu sans chancre préalable ? S'il en est ainsi, ce n'est plus la peine de discuter ; nous sommes d'accord. Je ne tiens point à prouver que la syphilis secondaire est *toujours* ni même *ordinairement*, ni même *souvent* contagieuse, mais tout simplement quelquefois contagieuse. Admettez le fait ; son degré de fréquence viendra ensuite.

Mais il ne faut pas s'y méprendre, notre collègue ne l'entend pas de la sorte. Les cas exceptionnels qu'il accepte ne sont exceptionnels que faute d'avoir été bien observés ou bien interprétés, et tous ceux que j'ai cités sont de cette espèce. Nos observations manquent de précision ou d'exactitude ; ce sont des contes de bonne femme, etc. Voyons donc, me suis-je dit, de quelle couleur est cette rigueur sévère dont parle tant M. Ricord. Que vois-je ? Des preuves négatives partout, bien entendu ; et quelles preuves ! L'Académie va en juger.

Ici M. Velpeau rappelle quelques-uns des faits consignés dans les *Lettres sur la Syphilis*, tels que l'histoire d'un individu qui se présente avec un chancre dans le dos, contracté pour avoir couché dans les draps d'un lit d'auberge. Celle du malade de M. Gubler, qui avait la vérole à la paupière, sans qu'il ait été possible d'en trouver la porte d'entrée ; celle du prince russe qui avait un chancre au frein de la verge, quoiqu'on ne pût pas en accuser des rapports sexuels, etc. Puis il reprend en ces termes :

Nos faits sont d'ailleurs en trop petit nombre, nous dit M. Ricord, pour ébranler la doctrine.

Je nie d'abord qu'ils soient en petit nombre ; ils sont au contraire très nombreux ; si nombreux, qu'on les trouve partout, qu'ils existent par douzaines et par centaines dans la science, et que la plupart des praticiens en possèdent. Qu'importe leur nombre ? après tout, il suffit que quelques-uns d'entre eux soient concluants pour décider la question. Vous ajoutez que si la vérole secondaire était contagieuse, elle devrait l'être très fréquemment, plus souvent que la vérole primitive ; les syphilitiques de cette espèce sont libres et nombreux dans le monde ; ils fréquentent la société, et ont des rapports incessants avec tous ceux qui les entourent. Si les accidents secondaires étaient contagieux, le monde entier devrait en être infecté, et la vérole constitutionnelle devrait exister sous forme épidémique.

J'en demande bien pardon à mes adversaires, mais ce n'est pas là un argument sérieux. De ce que les accidents secondaires se transmettent par contagion, il ne s'ensuit nullement qu'ils doivent être nécessairement plus contagieux que les accidents primitifs. Ces deux propriétés ne sont en aucune façon la conséquence forcée l'une de l'autre ; c'est tout le contraire que le raisonnement indique d'abord. La syphilis secondaire, en effet, par cela seul qu'elle est secondaire, doit être moins énergique, moins virulente qu'à l'état primitif. En traversant l'économie elle a dû subir l'action des éléments organiques, se modifier plus ou moins profondément, perdre enfin quelques-unes de ses propriétés avant de se manifester au dehors.

Puis, fût-elle plus contagieuse, en réalité, il est facile de comprendre qu'elle se communique moins d'un individu à l'autre, malgré son libre cours dans les relations sociales. On gagne les accidents primitifs par un contact dont l'intimité ne se retrouve dans aucun des rapports humains. L'individu qui a des papules, de l'ecthyma, des eczema, des squames, de l'alopécie, etc., n'a point de raison, que je sache, de se mettre à nu dans le monde et de s'aller frotter contre la peau des voisins.

Laissons donc cette objection pour ce qu'elle vaut. Savoir si les accidents secondaires sont plus ou moins contagieux que les accidents primitifs, n'est point ce que je cherche à élucider. Il me suffit, pour le moment, qu'ils soient contagieux à un degré quelconque.

Un autre argument, le plus grand aux yeux de M. Ricord, c'est que les faits invoqués par nous, et que nous croyons assez nombreux, n'ont point été rencontrés par lui, et que quand il les a cherchés avec toutes les précautions que la science exige, il n'a rien vu de semblable. Ainsi, pour les nourrices, il s'est assuré, et d'autres ont fait de même, en particulier MM. Cullerier, Chailly, Venot, que des enfants syphilitiques ont été pendant des mois sans infecter leurs nourrices, et que des nourrices malades n'ont point infecté leurs nourrissons. Mais, encore une fois, qu'est-ce que cela prouve contre ceux qui ont vu le contraire ? On est arrivé à ce résultat négatif, dit M. Ricord, quand on a tenu compte de tous les antécédents, de toutes les causes d'erreur, quand on a cherché avec tout le soin convenable. Curieux de voir comment sont faites ces observations si rigoureuses dont parle notre collègue, j'ai aperçu celle de M. Joux. Comme c'est la seule que donne M. Ricord dans le discours qu'il a prononcé devant vous, j'ai droit de croire qu'il la trouve très bonne. Voici pourtant à quoi elle se réduit : un enfant trouvé de la Maternité de Marseille est donné à une femme de campagne. Au bout de quelques semaines cette petite fille est atteinte de muguet et d'une double ophthalmie. Au bout de huit jours le muguet est guéri ; l'ophthalmie dure un mois.

Le mois suivant, la petite fille se porte bien. Il lui vient ensuite une éruption syphilitique aux fesses et à la vulve. La femme qui a nourri dans cet état l'enfant malade pendant un mois le rendit à l'hôpital et n'est point devenue malade. Voilà donc une de ces observations qui ne laissent rien à désirer. Et que prouve-t-elle ? Qu'un enfant atteint de syphilis secondaire aux organes génitaux, mais qui n'avait rien à la bouche ni sur le reste du corps, a pu prendre le sein d'une femme bien portante pendant un mois sans l'infecter. Eh ! vraiment quelle nécessité y aurait-il que la contagion eût lieu, puisque les parties malades de l'enfant ont bien pu ne point toucher les organes de la nourrice ? On aurait bien plus le droit de s'étonner de voir la contagion s'établir de la sorte que de ne point la rencontrer ; et c'est quand on admet de pareilles preuves comme accablantes que l'on se croit en droit de repousser les nôtres sans les discuter.

Ainsi l'observation de Hunter, par exemple, que M. Ricord a la bonté d'admettre comme une des plus concluantes, il ne trouve pas qu'elle suffise, parce qu'il lui manque des antécédents. Et de quels antécédents a-t-il donc besoin en pareil cas ? Comment ! voilà une femme bien portante : on lui donne un enfant affecté de syphilis constitutionnelle, bientôt après cette femme est prise de la même maladie ; on lui retire son nourrisson pour le donner à une deuxième femme jusque-là bien portante, qui devient malade à son tour, et l'enfant infecte une troisième nourrice qui le reçoit en dernier lieu, et avec cela vous n'avez pas la preuve que la syphilis constitutionnelle se communique du nourrisson à la nourrice ! Il vous faut je ne sais quels antécédents mystérieux !

Revenant à la science pure, M. Ricord prétend que les raisons tirées par nous du siége de certains symptômes n'ont aucune valeur, et que les accidents primitifs n'ont de respect pour aucun point de la surface tégumentaire. Là-dessus, il faut nous entendre. Je ne nie pas que le chancre puisse s'établir sur tel ou tel point aussi bien que sur tel autre. Je dis simplement qu'il ne peut pas se faire par contagion, par inoculation physiologique, uniquement à cause des obstacles mécaniques que certaines régions y opposent ; et, par exemple, cela nous ramène au fait de l'ami de M. L.... C'est pour soutenir que ce médecin avait sur les amygdales des chancres au lieu d'accidents secondaires que M. Ricord tient tant à ce qu'il nous a dit du siége possible des accidents primitifs. Eh bien ! ici je ne crains pas de le répéter, le chancre primitif ne pouvait pas exister, n'existait pas, d'après une des lois même de la doctrine qu'on nous oppose. Dans cette doctrine, il faut une écorchure préalable ; une solution de continuité est de rigueur pour que l'inoculation se fasse ; il faut, de plus, qu'il y ait contact. Dites-nous donc, je vous prie, comment la face interne d'une amygdale a pu prendre au dehors sur un autre individu le virus d'un chancre ? Sur les lèvres, sur le bout de la langue, à la rigueur cela se conçoit ; mais à la face interne des amygdales, veuillez me dire quel organe, quelle partie, quel corps étranger étant atteint de chancre a pu toucher, écorcher même le côté interne des tonsilles, et cela chez un homme, chez un homme médecin, naturellement pusillanime, craintif à l'excès, très effrayé de sa syphilis constitutionnelle, et qui passait la journée devant une glace à s'examiner la bouche dès qu'il y eut aperçu quelque chose ?

Vous supposerez donc qu'il aura pris le virus du bout des lèvres ou de la langue, et que, partant de là, ce virus aura gagné de proche en proche jusqu'au pharynx. Comme ce n'est pas une supposition sérieuse, je la laisse de côté, bien persuadé que le fait de ce monsieur restera, pour tous ceux qui voudront y réfléchir, parfaitement concluant et à l'abri de toute contestation raisonnable. Je me crois, en outre, autorisé à maintenir qu'à cause de leur siége les affections de la bouche et du gosier sont toujours secondaires.

De là, passons à la forme. M. Ricord veut qu'il soit presque impossible de distinguer par leur forme ou leur aspect extérieur certains accidents primitifs des secondaires, et il conclut de là que les partisans de la contagion n'ont cru à la contagion que par suite d'erreurs de ce genre. Vous avez vu un ecthyma se communiquer. Erreur, c'étaient des chancres, des chancres pustuleux. Un autre parle de pustule plate ; vous vous trompez, c'étaient des chancres ou primitifs ou à l'état de transformation. C'est là une logique commode, on en conviendra ; et d'ailleurs, s'il est si facile de confondre le chancre avec la pustule simple ou avec l'ecthyma, de manière que vous avez pu vous-même commettre de pareilles méprises, comment décidez-vous si vite, sans les avoir vus, que tel ou tel accident est primitif plutôt que secondaire ?

M. Velpeau, passant ici en revue quelques-uns des faits invoqués par M. Ricord, dont il fait ressortir à mesure tout ce qu'ils contiennent de contradictoire et d'illusoire, aborde ensuite en ces termes les expériences d'inoculation d'accidents secondaires :

A qui fera-t-on croire que l'éruption des pustules dont était atteint le malade qui a fourni la matière d'inoculation était composée d'une série de chancres, puisque le malade n'en avait plus depuis longtemps ? L'observation de M. Vidal est bel et bien un exemple concluant de transmission de la syphilis secondaire par inoculation.

Je ne sais où M. Ricord a pris que pour moi les maladies sont contagieuses par cela seul qu'elles ne sont pas inoculables, ou que celles qui seraient inoculables peuvent ne pas être contagieuses. J'ai tout simplement soutenu, comme je soutiens encore, que l'inoculation n'avait point la valeur que lui attribue notre collègue, que l'insuccès de l'inoculation n'est point une preuve absolue que la maladie inoculée n'est pas contagieuse, et j'ai invoqué à l'appui de ma proposition certaines maladies, la gale, la coqueluche, la fièvre typhoïde, etc., qu'on ne fait pas naître par inoculation et qui n'en sont pas moins très positivement contagieuses. J'ai voulu dire, enfin, que l'inoculation est un simple moyen artificiel de contagion, mais que la nature en possède d'autres qui nous échappent jusqu'ici, sans que nous soyons pour cela en droit de les nier.

Ces moyens que possède la nature pour transmettre par contagion certaines maladies portent M. Ricord à se demander comment il se peut dès lors que le pus du chancre, le plus énergique de tous, ait besoin qu'on lui ouvre une porte d'une écorchure préalable pour entrer, tandis que le pus des accidents secondaires, dont la vertu contagieuse est beaucoup moindre, arrive si facilement, sans solution de continuité, à contaminer les malades.

D'abord, je nie que le pus du chancre ait absolument besoin d'une écorchure préalable pour infecter, et cette prétendue loi est une de celles qu'il faut rayer du bulletin syphilitique. J'ai vu, positivement vu, des chancres naître là où il n'y avait pas la moindre apparence d'écorchure préalable. En second lieu, le chancre eût-il besoin de cette prétendue porte d'entrée, il ne s'ensuivrait en aucune façon que la contagion des autres accidents dût se faire de la même manière. Et puis, qui sait ! la contagion de la syphilis secondaire n'est peut-être si peu commune que par l'absence du contact d'accidents de ce genre avec des parties dénudées ou avivées des téguments. Toujours est-il qu'il n'y a pas là matière à diminuer la valeur de nos arguments.

Ma pensée est celle-ci : dans le sein d'une mère infectée de vérole, l'enfant ne peut devenir syphilitique que par les matériaux de la circulation ou de la nutrition générale ; le germe d'un père infecté ne peut pas l'être autrement. Il y a donc là une sorte de contagion indirecte qui, de tous côtés, conserve la syphilis secondaire ; car, au moment de la fécondation, les parents ne sont atteints eux-mêmes que d'accidents secondaires, outre qu'il est précisément impossible que l'accident primitif soit mis en contact ou du père ou de la mère. Aussi ne m'arrêterai-je pas davantage à cet argument de notre collègue. Comment, a-t-il ajouté, parce que la vérole est héréditaire, vous en concluez qu'elle est contagieuse ? A ce compte, là, la goutte, la pierre, la phthisie, le cancer, toutes les maladies héréditaires seront donc pour vous des maladies contagieuses. Eh, non vraiment ! vous faites là une confusion peu digne de vous. La syphilis est due à l'introduction d'un principe, d'un élément, d'un corps venu de l'extérieur, d'un virus dans l'économie, d'un être qui est par nature étranger et réfractaire. C'est ce principe, puisé à l'extérieur, que les parents transmettent au fœtus, tandis que dans la goutte ils ne transmettent à leurs enfants qu'une simple aptitude inhérente à leur propre économie.

Du reste, ajoute l'orateur, notre collègue ne demande pas mieux que de se rendre ; il ne refuse pas les faits, il les demande, il en attend ; mais il veut qu'ils soient concluants. La difficulté est d'en trouver qui soient concluants pour lui, et vous avez vu si, avec sa manière de les entendre, il y a lieu de désespérer qu'on lui en montre jamais. Peut-être y arrivera-t-il un jour. Je trouve même qu'il a fait quelques pas vers cette solution heureuse, que par moments il est sur le point de s'amender, de croire que la chose n'est pas tout à fait impossible.

Je ne désespère pas de voir un de ces jours M. Ricord venir nous annoncer qu'il a trouvé de son côté des exemples incontestables de contagion des accidents secondaires de la syphilis. Qu'il le sache bien, du reste, d'autres l'ont déjà fait. J'ai là, sous la main, dix observations qui appartiennent à M. Bardinet, chirurgien en chef d'un hôpital de Limoges, homme sérieux et des plus distingués. Je ne citerai qu'une de ces dix observations en résumé.

« Une femme simple, honnête, mère de plusieurs enfants, prend un premier nourrisson à l'hospice, le nourrit trente-cinq jours et le rend en bon état pour qu'on le donne à sa mère, qui n'est et ne devient point malade. Un deuxième nourrisson est donné à cette femme ; ce nourrisson est bientôt pris d'une éruption syphilitique aux parties génitales, au pourtour de l'anus et sur les membres inférieurs ; les accidents ne vont pas plus loin pendant trois semaines, et la nourrice n'éprouve rien. La bouche de l'enfant devient ensuite malade ; huit ou dix jours après des ulcérations se manifestent au sein. M. Bardinet et M. Tuilier examinent attentivement la bouche et les parties génitales de la nourrice, qui est parfaitement saine. Le mari de cette femme est examiné de la même manière, et n'a rien. » L'observation est donnée ici avec tous les détails désirables ; il en est de même des neuf autres. Dans les dix observations qui précèdent, on voudra bien remarquer que la bouche de l'enfant a toujours été malade avant le sein de la nourrice et que celle-ci n'a été atteinte qu'après un allaitement prolongé.

Voici donc une série de faits comme paraît en désirer M. Ricord, et qui mettent la question hors de contestation : d'où il suit qu'une des grandes lois établies par notre collègue, la non-contagion des accidents secondaires, doit être rejetée. Me sera-t-il permis d'ajouter qu'en parcourant le royaume de M. Ricord, j'y ai ainsi rencontré un assez grand nombre de lois qui ne me paraissent guère mieux établies ?

M. Ricord, adoptant l'opinion de Bell contre Hunter, veut que la chaude-pisse ne puisse pas infecter l'économie, à moins qu'elle ne soit compliquée de chancres dans l'urètre. Adoptant l'opinion de Hunter contre M. Ricord ici, je crois que la gonorrhée sans chancres peut donner lieu et donne souvent lieu à la syphilis secondaire. La raison de M. Ricord se tire de ce qu'il a, dit-il, trouvé des chancres dans l'urètre ; il en a montré, dit-il, autrefois deux exemples. Je me charge d'examiner ces deux observations avec lui, et de faire voir qu'on peut douter qu'il y eût de véritables chancres dans l'urètre de ses malades. Des chancres dans l'urètre, du côté de la prostate, par exemple ! ce n'est pas déjà si facile à comprendre, puisque, pour produire un chancre, il faut une écorchure préalable et le contact de la partie avec un autre chancre.

Le chancre est la seule source du virus vénérien, de toute vérole. Je crois, moi, qu'on peut avoir la vérole quoiqu'on n'ait point eu de chancre.

L'induration du chancre est la preuve absolue d'une infection syphilitique générale. Encore une loi que je crois fausse. J'ai vu des chancres indurés chez des malades qui n'ont point eu de syphilis constitutionnelle.

Le chancre induré seul cause l'infection constitutionnelle. Ceci est également faux. A ce compte, les femmes n'auraient presque jamais de syphilis secondaire, car chez elles le chancre ne s'indure habituellement pas.

Le chancre non induré n'infecte jamais l'économie. Loi à révoquer. J'ai vu des chancres simples, sans induration aucune, produire la vérole constitutionnelle.

Le chancre induré s'accompagne toujours de bubons. Erreur. J'ai vu des chancres indurés sans bubons appréciables.

Les bubons du chancre non induré fournissent un pus constamment inoculable, et ne sont jamais suivis d'infection générale. Cela n'est pas plus vrai que le reste.

Jamais il ne se passe six mois après les accidents primitifs sans que les accidents secondaires se manifestent, s'il doit en survenir. Oh ! voilà une loi qu'il faut se hâter de renverser, car elle est aussi dangereuse que fausse ; et je dis, moi, que la manifestation des accidents secondaires après la disparition des accidents primitifs n'a point de terme fixe, et qu'elle peut attendre un an, deux ans, dix ans, vingt ans, même aussi bien que quelques mois pour se faire.

Mais pour faire voir l'inanité de ces prétendues lois, il faudrait les discuter une à une et y consacrer beaucoup de temps. Nous nous en occuperons une autre fois.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

SOMMAIRE. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Delasiauve). Des diverses formes de l'aliénation mentale. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — Conservation des fruits pectoraux. Observations pratiques. — Cigarettes pectorales d'espic. — Société de chirurgie, séance du 15 septembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Histoire et statistique de l'Académie nationale de médecine.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DELASIAUVE.

Des diverses formes de l'aliénation mentale.

(Leçons recueillies par MM. BIGNON et PÉGAND, élèves de la deuxième section des aliénés.)

(Suite. — *Voir* le numéro du 17 août.)

Messieurs,

Recherchant dans l'étude psychique l'origine des déviations mentales, nous avons essayé d'en fonder une nomenclature exacte et rationnelle. Pour la justifier, il nous reste à préciser les signes diagnostiques des diverses formes que nous avons admises. Nous commencerons cet exposé par les aliénations intellectuelles, et notamment par la manie.

MANIE.

La manie est, par excellence, le type de l'aliénation mentale. C'est sous cet idéal que les personnes du monde se représentent les fous. L'incoercibilité des maniaques, le désordre absolu de leurs idées sont assurément de nature à frapper les esprits. Aussi ce genre de délire est-il assez fidèlement décrit dans la plupart des traités, même anciens. Pinel surtout, avec cette précision méthodique qui le distingue, en a tracé un tableau auquel ont largement emprunté ses successeurs, y compris Esquirol, qui, en véritable artiste, n'a négligé aucun des traits de ses modèles.

Esquirol cependant pèche par son abondance même. Sa description renferme des signes qui, comme nous le verrons plus loin, s'observent beaucoup moins communément dans la manie qu'au début de la paralysie générale ou dans le délire alcoolique. On confondait alors facilement ces deux formes avec la précédente. D'un autre côté, en s'attachant à reproduire ces nuances individuelles, il ne s'est peut-être pas assez efforcé de remonter au principe de leurs affinités ou de leurs dissemblances. La base lui a manqué ainsi pour une division formelle de la maladie en genres, espèces ou variétés; et il en est résulté une certaine confusion qui nuit singulièrement à l'appréciation diagnostique.

Du reste, en fait de classification, nous en sommes encore à l'ancienne méthode des démentologistes, qui, au lieu d'appuyer leurs distinctions sur les caractères invariables de l'élément anatomique, s'en rapportaient aux symptômes apparents si souvent trompeurs. Si l'on en excepte quelques aliénistes anglais et allemands, Arnold, Cox, Prichard, Heinroth, etc., qui n'ont d'ailleurs que faiblement réussi, les auteurs se sont généralement abstenus, quelques-uns volontairement et par répugnance des théories métaphysiques, de systématiser les maladies mentales. Ils n'ont pas senti tout ce qu'une donnée fondamentale et explicite pouvait procurer de vie à leurs descriptions.

Pour toute interprétation psychologique, Esquirol, par exemple, s'est borné à dire, et l'on a répété après lui, que l'instabilité de l'attention constituait la lésion culminante de la manie. La divagation naîtrait de l'impossibilité de saisir les rapports des sensations, lesquelles, se multipliant sans une attention soutenue, ne sauraient admettre ni enchaînement dans les discours, ni régularité dans les actes; mais l'attention n'est qu'un des modes de l'exercice intellectuel. Il en est de plus directs encore et non moins importants. N'est-ce pas le jugement qui perçoit les idées et les compare, l'imagination qui les évoque et les marie, le raisonnement qui en suit les déductions les plus éloignées, la réflexion qui les contrôle, le goût qui les épure, la volonté qui s'en inspire dans ses déterminations? Evidemment, on serait à aussi juste titre fondé à localiser l'affection dans chacune de ces dernières facultés que dans la première; à faire dériver l'inattention d'une association imparfaite des idées, que celle-ci de l'autre. Cette association est un mystère qui défie notre sagacité; et il est improbable qu'ignorant à cet égard les conditions de l'état normal, nous soyons mieux renseignés sur les anomalies de l'état pathologique.

Objectera-t-on, argument avancé par Esquirol, que les maniaques font souvent des réponses sensées quand on parvient à captiver leur attention? Le fait fût-il vrai, il conviendrait d'examiner dans ce cas l'étendue relative de la force logique en comparant avec l'intensité de la perturbation psychique le degré des manifestations raisonnables. Mais l'observation ne nous semble que médiocrement favorable à une pareille thèse. Les maniaques doués de quelque attention ne sont pas rares, certains même ont une sorte d'aperception de leur folie : ils écoutent, réfléchissent et font des efforts visibles autant que stériles pour ressaisir le lien des pensées qui leur échappe. La théorie de l'attention instable suppose d'ailleurs une mobilité d'impressions qui manque souvent sans que la coordination reparaisse.

On s'égare aisément dans la recherche des causes prochaines. Il s'agit moins ici de découvrir l'origine immédiate de la lésion mentale que d'en constater le véritable caractère. A ce point de vue, deux faits saillissent dans le délire maniaque : c'est, d'abord, dans les actes mêmes du raisonnement et de la volonté une défectuosité dénotant une altération des pouvoirs, quels qu'ils soient, qui président à l'enchaînement des idées; puis, comme conséquence, l'assujettissement de l'esprit à toutes les impressions fortuites qui viennent l'assaillir.

Cette double particularité est importante à considérer si l'on veut approfondir les phénomènes de la manie. Le fond de l'affection est l'obstacle à la liaison des idées. On conçoit que cet obstacle soit plus ou moins absolu : et de fait on pourrait dresser de ses nombreuses va[illegible] finiment graduée, depuis la simple p[illegible] nement jusqu'à l'incohérence la plus [illegible] mie du délire, au contraire, ne relève qu'en partie de l'imperfection intellectuelle. Elle est principalement subordonnée à l'action générale du cerveau, soumise elle-même à l'influence de toutes les vicissitudes physiques, comme de la modification nerveuse qui trouble les opérations de l'entendement. Il s'ensuit que la manie peut revêtir toutes sortes d'aspects : être furieuse ou tranquille, expansive ou triste, loquace ou taciturne, sans apporter de mutations sensibles dans l'étendue de la gêne intellectuelle. Ces diversités ont sans contredit leur valeur pratique; il appartient au médecin d'en tirer des inductions. Mais, mobiles et changeantes, elles ne sauraient servir de base à une catégorisation utile : il n'y a pas de maniaque furieux qui n'ait ses moments de répit, pas de maniaque paisible chez lequel on ne constate des paroxysmes d'irritation et de violence.

La distinction ne saurait rationnellement porter que sur l'impuissance à associer les idées. Or, bien que très variables, les degrés de cette impuissance peuvent être ramenés à deux types autour desquels se grouperont aisément les nuances intermédiaires : ou l'enchaînement est encore permis dans une certaine limite, ou il est à peu près entièrement détruit : signalons chacun de ces cas. Au premier, nous donnerons le nom d'excitation maniaque, réservant pour le second celui de manie, qui caractérise le genre lui-même.

Excitation maniaque. — Ce terme est employé dans la science sans acception déterminée. Il représente ordinairement une divagation générale légère, une sorte d'état mitoyen entre l'exaltation physiologique et l'exaltation morbide. Il doit avoir ici un sens un peu plus large. En l'adoptant, d'ailleurs, nous ne faisons que maintenir une expression familière, sans nous dissimuler son impropriété à certains égards, puisque, comme nous allons le voir, l'excitation n'est pas une absolue condition de la maladie.

Dans son moindre degré, l'excitation maniaque a quelque analogie avec les premiers phénomènes de l'ivresse. On y remarque souvent une suractivité cérébrale, dénotée, il est vrai, par les saillies de l'imagination, la vivacité et la variété des souvenirs, plutôt que par la solidité et la suite des raisonnements. L'esprit s'abandonne au torrent de ses pensées avec l'incertitude du pilote qui lutte contre les flots violemment soulevés par la tempête. Le fil aisément lui en échappe, comme on peut s'en convaincre par l'analyse des entretiens ou des écrits; mais surtout il observe encore la filiation des mots; il combine une série de phrases que déjà il ne possède plus la perception de la valeur des sentiments. Discours, attitude, actes décèlent cette transformation de la vie morale. Il y a oubli plus ou moins prononcé du milieu dans lequel on

FEUILLETON.

HISTOIRE ET STATISTIQUE

de l'Académie nationale de médecine.

(Fin. — *Voir* les numéros des 14, 21 et 24 septembre.)

Ainsi, au 1er janvier 1850, les 118 membres de l'Académie de médecine étaient partagés de la manière suivante dans chaque section :

1re Section.	13
2e —	21
3e —	16
4e —	11
5e —	8
6e —	8
7e —	5
8e —	12
9e —	5
10e —	10
11e —	9
Total. . .	118

Comme on le voit, c'était 17 membres de trop que comptait l'Académie au début de 1850; et si depuis cette époque elle n'avait fait aucune nomination, elle ne serait même pas aujourd'hui (1er septembre 1852) rentrée dans les limites voulues par la loi.

En effet, depuis le 1er janvier 1850 jusqu'à aujourd'hui, elle a éprouvé 17 pertes qui se sont ainsi réparties entre chaque section :

2e section, 4 : Prus, Alard, Honoré, Récamier.
3e — 3 : Marjolin, Espiaud, Bougon.
4e — 1 : Mérat.
6e — 2 : Fouquier, Rochoux.
7e — 2 : Capuron, Baudelocque.
8e — 2 : Labarraque, Royer-Collard.
9e — 2 : Barthélemy, Girard.
11e — 1 : Dizé.

Dans le même espace de 32 mois, c'est-à-dire du 1er janvier 1850 au 1er septembre 1852, l'Académie a procédé à 9 nominations, dont 5 en remplacement de membres morts en 1848 et en 1849. Il lui reste deux nominations à faire pour compléter son tableau. Ses 9 nouvelles acquisitions se sont réparties de la manière suivante :

2e section, 1 : M. Michel Lévy.
3e — 2 : MM. Ricord, Larrey.
7e — 4 : MM. Danyau, Cazeaux, Chailly, Depaul.
9e — 1 : M. Delafont.
11e — 1 : M. Bouchardat.

Ainsi, au moment où j'écris, l'Académie est composée de 110 membres répartis de la manière suivante dans ses 11 sections :

1re section.	13
2e —	19
3e —	14
4e —	10
5e —	8
6e —	6
7e —	7
8e —	10
9e —	4
10e —	10
11e —	9
Total. . .	110

Quatre seulement de ces sections sont au chiffre voulu par la loi : ce sont la 4e, la 7e, la 8e et la 10e. Trois autres sont incomplètes : ce sont la 6e, la 9e et la 11e. Toutes les autres, enfin, sont plus nombreuses qu'il ne faut.

Des deux élections à faire, l'une est destinée à donner un membre à la 9e section, ce qui ne la complétera pas encore. La section à laquelle appartiendra le candidat de la seconde élection n'est pas encore désignée.

Tel est l'état statistique de l'Académie nationale de médecine depuis sa création jusqu'à nos jours. C'est avec beaucoup de peine et grâce à la bienveillance de M. le secrétaire perpétuel qu'il m'a été possible de le dresser. A ses débuts, l'Académie était surchargée de divisions qui en rendaient le dépouillement difficile; plus tard les difficultés se sont accrues par le mode de recrutement, qui n'admettait plus qu'une nomination sur trois décès; si à toutes ces causes d'embarras on ajoute la négligence dans les registres, le désordre dans les bureaux, l'absence d'annuaires ou l'incohérence de ceux qui existent en petit nombre, on comprendra les obstacles que j'ai dû vaincre et les difficultés que j'ai dû surmonter. Mais, je suis heureux de le dire ici, M. Dubois (d'Amiens) met à réparer les fautes de ses devanciers un zèle admirablement secondé par l'intelligence et un grand amour pour l'Académie. Déjà en 1848 il avait tenté de jeter un rayon de lumière sur ce chaos bureaucratique, et l'*Annuaire* qu'il publia à cette occasion m'a fourni les principaux jalons sur lesquels ma marche incertaine s'est appuyée.

Avant de clore ce travail, jetons un regard d'ensemble sur les faits dont j'ai donné les détails et tâchons d'en tirer quelque conséquence instructive ou tout au moins quelque induction curieuse.

Depuis sa fondation jusqu'à nos jours, 287 individus ont eu le titre d'académicien résidant : en effet, au 1er janvier 1830, l'Académie avait perdu 35 de ses membres et présentait un personnel de 210 membres.

Morts avant 1830.	35
Personnel de l'Académie en 1830. . .	210
Acquisitions de 1830 à 1840. . . .	13
— de 1840 à 1850. . . .	18
M. Bérard, nommé par décret. . . .	1
M. Olivier (de Paris), démissionnaire (1). .	1
Acquisitions de 1850 à 1852. . . .	9
Total. . .	287

Dans aucune période les nominations n'ont été dans la propor-

(1) L'Académie compte trois démissionnaires : M. Larochefoucauld, associé libre; M. Desgenettes, réélu presque immédiatement après sa démission, et M. Olivier (de Paris), dont l'éloignement a été définitif.

se trouve, du respect d'autrui, du soin de sa propre dignité. Les plus modérés par tempérament comme par habitude, transportés par une sorte de fougue, deviennent turbulents, loquaces, irascibles, impertinents, mutins, querelleurs, violents, effrontés, obscènes. Cette disposition se définirait volontiers l'*effacement* de la notion des convenances.

Je ne saurais vous en citer un exemple plus frappant que celui d'un malade avec lequel j'ai dîné dans un asile privé d'aliénés. Il sortait d'un accès maniaque et devait au retour du calme la faveur qui lui avait été accordée. Sa tenue ne fut pas d'abord très indécente; mais bientôt, l'animation du repas aidant, sa figure se colore, son regard brille et ses idées montent à un diapazon étrange. Il parle avec véhémence et enthousiasme, avec éclat même, quoique sans coordination. Aucun sujet ne l'épouvante, et les licences hardies qu'il entremêle à ses propos font plus d'une fois rougir le front des dames. Toute contradiction l'irrite, et les plus bienveillantes observations sont sur-le-champ accueillies par quelque apostrophe blessante. L'âge ni le rang n'exempte personne de ses excentricités, ce qui ne laisse pas de mettre tout le monde fort mal à l'aise. En vain le directeur s'interpose, l'effet de son ascendant est momentané, et il se voit contraint de faire disparaître son pensionnaire.

A la verve déployée par le malade, on eût dit un talent supérieur. L'étude avait, en effet, développé en lui d'heureuses facultés naturelles; il possédait notamment des connaissances historiques assez étendues. Toutefois, les manifestations de l'homme sain étaient loin de faire supposer les reparties soudaines et les traits d'érudition variée dont l'homme morbide venait d'étaler la preuve. Serait-ce qu'une réflexion moins sévère favoriserait, dans ces cas, le cours des inspirations?

Certaines influences, les réunions, les visites médicales, la présence de personnes étrangères émeuvent facilement les excités dont il est question. Dans l'isolement, ils sont beaucoup plus tranquilles; quelques-uns même se montrent retenus, craintifs, défiants de leur force. La lésion ne se trahit alors que par une sorte d'inconsistance mentale.

Lorsque l'altération est plus prononcée, les symptômes de l'excitation maniaque diffèrent sensiblement de ceux que je viens de décrire. On ne constate plus la même apparence de supériorité intellectuelle, bien que l'imagination puisse être encore active et la mémoire précise. C'est l'enchaînement qui communique de la vigueur aux pensées. Les raisonnements perdent nécessairement de leur éclat par des intersections trop rapprochées.

Ici, d'ailleurs, le désordre de l'intelligence se révèle par des symptômes plus évidents. Toute lumière du for intérieur n'est pas, il est vrai, éteinte; on voit poindre encore quelques rayons de volonté dans les déterminations isolément envisagées. Mais la portée des choses échappe au malade; ses idées sont disparates, ses sentiments mobiles, ses actes extravagants, ses combinaisons logiques les plus compliquées réduites à quelques phrases. Nos maisons sont fertiles en types sur lesquels peut être étudiée dans toutes ses particularités cette variété de pathologie psychique.

Vous vous souvenez d'un nommé Le F..., âgé de cinquante-deux ans, sorti guéri d'une quatrième attaque, il y a quelques semaines. Tantôt l'agitation était grande. Il se promenait en gesticulant, déclamant, chantant. Une posture qu'il affectionnait était de regarder le ciel en étendant les bras; il s'agenouillait, coudoyait les malades, courait s'asperger la tête sous le robinet de la fontaine. A la visite, on avait peine à le contenir. Il fallait le faire revenir à son rang. Sa physionomie expansive et narquoise annonçait plus de turbulence que de fureur. Il écoutait volontiers en affectant de clignoter de l'œil droit et de hocher la tête. Quelquefois à un silence obstiné succédait brusquement une loquacité intarissable. Son langage ne manquait pas d'une certaine suite; mais il passait d'une matière à l'autre sans à-propos, s'occupant de ses voisins, de sa sortie, de ses projets, de nous-mêmes. Selon que la fantaisie le guidait, ses réponses étaient plus ou moins justes et polies, excentriques ou impertinentes; il lui arrivait même, en guise de réponse, d'enlever sa capote, de retrousser l'une des manches de sa chemise jusqu'à l'épaule et de tendre fièrement le bras comme pour se faire saigner ou tâter le pouls. Sa poitrine était bariolée de rubans d'une signification bizarre: l'un d'eux, *de couleur noire*, appartenait à l'*ordre de la mort*.

Le F... avait des intervalles de rémission. L'indécision remplaçait alors l'impatience, sans un notable retour de la coordination des idées.

B..., que vous voyez dans la cour des Colonnes, ne présente pas des particularités moins intéressantes. Doué d'une vive intelligence, ce jeune homme se fatiguait à l'étude et à la lecture dans les courts loisirs que lui laissait le métier qu'il apprenait. Soutenu par un cousin, il songeait avec amertume au terme encore reculé des sacrifices que ce parent s'imposait généreusement d'ailleurs pour son apprentissage. Il avait aussi des habitudes solitaires. Cette triste circonstance paraît avoir concouru au dérangement mental. Rarement la folie est le produit d'une cause unique. Il y a des périodes alternatives d'agitation et de calme. Quant au vice du raisonnement, le mal a peu varié depuis l'admission, qui date de deux ans. Dans les paroxysmes, la figure s'anime tout en conservant un cachet de singulière hébétude. B... déclame, gesticule, engage des rixes, violentes souvent, mais toujours passagères. Quelquefois il demeure immobile et taciturne dans des attitudes grotesques. Si on le questionne, l'attention qu'il prête a quelque chose d'ironique. La plupart de ses réponses sentent la moquerie; il fuit en lançant ou un trait puéril, ou une remarque piquante à l'adresse de quelque assistant. Par moment, enclin au bavardage, vingt fois il se trouvera sur notre passage pour nous assaillir d'intempestives réclamations: son cynisme éclate par le désordre de ses vêtements, la licence de ses paroles, l'obscénité de ses démonstrations.

Pendant les rémissions, la figure reprend sa placidité, les extravagances diminuent sans que l'irrégularité intellectuelle soit beaucoup moins manifeste. L'indifférence reste la même. B... s'inquiète rarement de sa séquestration, de sa famille, de son avenir. Interrogé sur les œuvres qu'il a méditées, il exprime, en hésitant, il est vrai, sur leurs titres, leur caractère, leurs auteurs, des jugements assez justes, mais isolés, insuffisants, sans développements, sans suite, et si on l'invite à poursuivre, il demeure court ou s'interrompt par des réflexions décousues. A la classe, où son talent pourrait lui assigner un rôle utile, nul ne contribue autant à provoquer le trouble. Un exercice est-il commencé, il quitte sa place pour nous venir adresser quelque proposition malencontreuse. Lit-il un passage, c'est en se balançant, en variant sans cesse ses intonations, en affectant de séparer les doubles consonnes. Chante-t-il en chœur, sa voix prend tous les diapazons et brave toute mesure; on lui confia dernièrement un violon qu'il dut rendre aussitôt, tant il en jouait d'une façon ridicule. B..., en un mot, même avec les apparences de la raison, ne sait que se montrer extravagant.

Exceptionnelle chez les précédents malades, l'irritation et la colère se remarquent fréquemment chez d'autres aliénés appartenant à la même catégorie. T..., que nous avions au quartier de sûreté il y a quelques années, poussait, tout le jour, des vociférations qui s'entendaient à un quart de lieue. A peu près à la même époque, deux excités, rendus depuis à la liberté, M... et G..., le regard sinistre, se répandaient en injures et en violence contre le médecin, les surveillants, les élèves et les gardiens.

Où s'empreint surtout le dévergondage intellectuel et moral? C'est dans les écrits. Tout s'y amalgame: prétentions, projets, compliments, enthousiasme, cynisme, injures, menaces, supplications, etc. Vous en avez un exemple dans les nombreuses lettres de Le T..., qui, après nous avoir assuré de son respect, prié de lui procurer du tabac, annonce qu'il va nous déférer à la justice. B..., mort depuis de démence, paralytique, en écrivait d'analogues à sa femme. Ainsi tour à tour, dans l'une d'elles, il l'informait de sa santé, lui demandait un couteau, des chaussettes, du papier, un canif; accablait, elle et sa sœur, des épithètes les plus flétrissantes, les vouait à la cour d'assises et à la prison. Ce qui ne l'empêchait pas à la fin de promettre à toutes deux de magnifiques cadeaux, de leur prodiguer les protestations de la plus affectueuse tendresse.

Manie. — Dans le cercle où nous l'avons circonscrite, la manie est le terme le plus élevé du désordre des fonctions intellectuelles. Elle a pour caractère essentiel une incohérence absolue. Ce phénomène est ordinairement si saillant, que certains auteurs s'en sont autorisés pour décrire comme variété distincte la manie incohérente. Aucun principe, du reste, ne les a guidés. Frappés par le seul fait extérieur, ils ont adopté cette forme, comme on avait admis les manies furieuse, tranquille, expansive, etc., sans en déduire logiquement un ensemble de signes différentiels.

Souvent les maniaques ne sauraient ajuster deux phrases, ou même deux mots qui se suivent. Cette impuissance entraîne nécessairement des conséquences faciles à prévoir. Soumis à la tyrannie des impulsions aveugles, les maniaques, par leurs manifestations, doivent en rendre tous les contrastes et toutes les discordances. Dans les cas ordinaires, la mobilité des sentiments correspond, en effet, à la mobilité des idées. On voit la folie, dans la même journée, dans la même heure, d'un moment à l'autre, prendre les expressions les plus variées de colère, de joie, de terreur, de chagrin, d'enthousiasme, d'ambition, de vanité, d'orgueil, de découragement, d'humilité, etc. La machine cérébrale, qu'on me passe cette comparaison, change ses airs, comme ferait un orgue de Barbarie incessamment dérangé par la main du joueur. Les excitations produites par l'aspect des lieux et des personnes, par la visite du médecin, la répression des gardiens, les cris des malades, contribuent à multiplier ces variations.

Quelquefois cependant la direction forcée du cerveau donne à telle ou telle disposition morale une persévérance singulière. Certains maniaques ont un délire invariablement ou furieux, ou expansif, ou tranquille, ou triste, etc., tandis que chez d'autres ces formes se succèdent ou alternent par périodes plus ou moins longues et rapprochées. B..., aujourd'hui paisible sans cesser d'être loquace et incohérent, est resté pendant plusieurs mois dans un état d'agitation et d'irritation constantes. L'inverse a lieu chez S..., dont l'exaltation revêt l'aspect un jour de la gaîté la plus folle, et le lendemain de l'humeur la plus difficile.

En général les maniaques, malgré leur apparente fureur, sont relativement peu dangereux. Toute violence suppose un calcul incompatible avec l'absence de la réflexion. Leurs actions étant toutes fortuites, un coup porté par eux ne saurait être qu'un accident instantané. Ils diffèrent en cela des simples excités capables encore de déterminations éclairées par le demi-jour de la conscience.

On a signalé comme appartenant à la manie des phénomènes qui ne se retrouvent guère, très fréquemment du moins, que dans la forme incohérente. L'excité a trop le sentiment de la réalité pour se tromper sur les lieux et les personnes. Ce genre d'illusions est au contraire commun chez les maniaques, qui prennent pour leur maison celle de leurs voisins; pour leur mairie, leur église; pour des palais, les salles des hospices; et pour leurs parents ou amis, les surveillants, les médecins, les élèves, les infirmiers. Quelle est l'origine de telles méprises? On en a donné une explication, sinon exacte, au moins spécieuse et acceptable. Les impressions, dans ce cas, trop peu durables pour devenir des idées pleinement correspondantes, s'achèveraient en quelque sorte par une combinaison mystérieuse avec les conceptions fugitives de l'imagination ou les souvenirs évoqués du malade.

Les hallucinations ont également été données comme des symptômes habituels de la manie. Elles sont rares, au contraire, et sans importance diagnostique, sinon par cette rareté

---

tion des décès, et le chiffre des nominations et des décès n'a été le même dans aucune période. Il est à peu près certain qu'il en sera de même pour la troisième période décennale de 1850 à 1860, car dans 32 mois seulement l'Académie a déjà élu 9 membres. Je dis que cette inégalité est probable si l'on considère que la mortalité moyenne par année dans l'Académie s'élève au chiffre de 6. La mortalité la plus forte s'est offerte en 1840: elle a été de 13; l'année 1843, au contraire, n'a vu s'éteindre aucun académicien. Les deux épidémies de choléra qui en 1832 et en 1849 ont désolé Paris n'ont eu aucune influence sur la mortalité académique: en 1832, il est mort 7 académiciens et deux de plus en 1849. Les événements politiques n'agissent pas davantage sur la santé des académiciens: l'année 1848, marquée par une révolution et par la plus épouvantable guerre civile qu'ait vue Paris, ne présente que 7 décès académiques, et 1830, également marquée par une révolution, n'en compte que 6. Evidemment MM. de l'Académie de médecine jouissent d'une constitution et d'une force d'âme à l'abri de toute épreuve.

Ce double privilége est d'autant plus remarquable qu'en prenant leur âge moyen les académiciens se trouvent dans la période descendante de la vie, c'est-à-dire à l'époque de l'affaiblissement et des infirmités; l'âge moyen des 110 académiciens actuellement existant est de 58 ans (1).

L'âge moyen auquel ils entrent dans la docte Compagnie est d'environ 43 ans; par conséquent, si nous prenons comme base de la mortalité moyenne le chiffre 6 que j'ai trouvé tout à l'heure, nous reconnaîtrons que la vie moyenne d'un académicien est d'à peu près 19 ans, et que la mort le frappe à l'âge moyen de 62 ans: ainsi, il y a tout bénéfice à pénétrer dans le sanctuaire académique où l'on prend l'habitude et le goût de sa future immortalité.

Cependant tous les membres de l'Académie ne jouissent pas à un égal degré de cet heureux privilége de longévité; à l'exception des neuf années qui suivirent la fondation de l'Académie, plusieurs faits ont déposé d'une plus longue existence en faveur des pharmaciens et de chances de mort plus nombreuses contre les chirurgiens. Il me reste, pour compléter la démonstration de cette vérité, à dresser le bilan des douze dernières années, c'est-à-dire de 1840 à 1852.

Le personnel de l'Académie était, en 1840, de 158 membres. De 1840 à 1850 elle a acquis 19 membres, et, de 1850 à 1852, 9 autres membres: total, 28. — De 1840 à 1852, elle a perdu 72 membres. — Dressons donc le tableau, avec les signes algébriques + et —, de ces additions et de ces pertes, afin que dans un seul coup d'œil on embrasse la mortalité relative dans chaque section.

	En 1840.	De 40 à 1852.	Décès	Proportion.		
1re section.	17 + 5	= 22	— 9	1	décès sur	2,4
2e —	27 + 5	= 32	— 10	1	—	3,2
3e —	16 + 5	= 21	— 8	1	—	2,7
4e —	17 + 1	= 18	— 8	1	—	2,2
5e —	11 + 2	= 13	— 7	1	—	1,6
6e —	11..... 0	= 11	— 4	1	—	2,3
7e —	12 + 3	= 15	— 5	1	—	3
8e —	15 + 1	= 16	— 7	1	—	2,2
9e —	4 + 3	= 7	— 2	1	—	3,1
10e —	12 + 2	— 14	— 4	1	—	3,2
11e —	16..... 0	= 16	— 8	1	—	2

En jetant un coup d'œil rapide sur ce tableau, on est tout d'abord frappé de l'énorme mortalité qu'accuse la section de médecine opératoire; il meurt dans cette section près de deux membres sur trois!! C'est la section de la chirurgie active, de la chirurgie armée. D'un autre côté, la section de pathologie chirurgicale l'emporte également, pour les décès, sur la section de pathologie médicale; mais celle-ci, analogue à la section de physique et de chimie, offre, contrairement à ce que nous avons vu ailleurs, une mortalité inférieure à celle de la section de pharmacie. Cette exception, cet écart à la règle s'explique par les faits antérieurs à la période décennale que nous examinons. Tandis que la section de médecine avait fourni chaque année un contingent raisonnable à la mort, la section de pharmacie avait été peu éprouvée jusqu'à la période de 1840 à 1852, de telle sorte que ses membres, presque tous très avancés en âge, ont simultanément payé leur tribut à la mort, ce qui a fait un total considérable pour un certain laps de temps; tandis que cette mortalité, éparpillée, pour ainsi dire, dans le cours des années précédentes, n'eût pas énormément grossi le chiffre de leur mortalité moyenne.

Un fait analogue et plus saillant encore s'est produit dans la section d'accouchement. De 1840 à 1850, c'est-à-dire pendant dix ans, cette section ne perd que deux membres et ne fait aucune nomination; tout à coup, et dans l'espace de quelques mois, elle éprouve trois extinctions et jouit des bénéfices de trois nominations.

Je laisse à la sagacité et à la curiosité du lecteur le soin de comparer la mortalité relative dans chaque section; mais, je le répète, dans le spectacle qu'offre constamment la chirurgie, et surtout la médecine opératoire, il y a pour le philosophe et le physiologiste un vaste sujet de réflexion et d'étude. La sensibilité de l'opérateur, constamment mise en jeu et constamment comprimée, n'userait-elle pas plus rapidement l'énergie vitale que la légère émotion du médecin et que le calme du pharmacien? Lisfranc, vers les dernières années de sa vie, voulait, comme il disait, désarmer la chirurgie; était-il las d'imposer silence à sa sensibilité, ou sa puissante énergie s'était-elle usée aux cris déchirants des victimes? Il serait intéressant de rechercher la nature de la mort des grands chirurgiens et de vérifier jusqu'à quel point le système nerveux, et particulièrement la sensibilité générale, participent à l'anéantissement de la vie.

Félix Roubaud.

(1) Pour déterminer exactement l'âge moyen des académiciens, il m'aurait fallu la date précise de leur naissance à tous, ce qu'il m'était presque impossible de me procurer. J'ai dû avoir recours à la méthode dont je me sers dans des appréciations moins rigoureuses et que l'habitude m'a convaincu être la moins défectueuse: cette méthode consiste à considérer l'âge de 25 ans comme l'âge moyen auquel les docteurs prennent leur titre et celui de 27 ans à l'égard des pharmaciens. Ce procédé peut être excessivement défectueux pour quelques individualités; mais, je le répète, il est le seul qui m'ait permis l'appréciation la moins inexacte.

même dans le triple degré de cette forme mentale. Aucun des cas précédents n'en a présenté, et nous pourrions citer beaucoup d'autres faits analogues.

Cette particularité aurait droit de surprendre, à cause de l'affinité qui unit ballucinations et illusions. Mais on se l'explique aisément en jetant un simple coup d'œil sur la diversité originelle de l'un et l'autre ordre de délire perceptif. On conçoit en effct la fréquence des illusions ayant leur principe dans les impressions extérieures auxquelles le malade ne saurait se soustraire ; tandis que procédant d'une action purement psycho-cérébrale, les hallucinations n'auraient d'occasion de se produire qu'autant qu'elle serait fournie par le mode pathologique du cerveau lui-même.

L'incohérence, qui est le propre de la manie, favorable d'ailleurs à la formation des illusions, l'est beaucoup moins à celle des ballucinations, qui s'alimentent par des conceptions morales brisées en cette circonstance. Pour que le délire ballucinatoire apparaisse, il faut, en général, ou qu'une certaine stupidité complique la manie, ou que celle-ci s'accompagne d'extase. Nous verrons que les fausses sensations sont un des caractères saillants de ce double état, qui s'observe surtout dans la manie de la première grossesse, sans qu'on en ait assigné, quant à présent, ni la réalité, ni les conditions. J'ai traité déjà sept ou huit enfants maniaques entre douze et seize ans. Leur folie, à l'exception de deux d'entre eux, offrait une physionomie remarquablement commune, et dont Q..., actuellement dans nos salles, permet de se faire une idée. Ce pauvre garçon, âgé de quinze ans, demeure presque toujours ou dans un engourdissement stupide, ou dans l'immobilité de l'extase. Ses réponses n'ont ni à-propos, ni suite. Il s'obstine à prendre le surveillant pour son oncle. Nous n'avons point, du reste, constaté chez lui les hallucinations qui avaient sailli entre autres chez le jeune N..., guéri au bout d'un mois après récidive. L'intimidation et l'onanisme sont en pareil cas les causes les plus actives du délire. Serait-ce de l'influence de ces causes sur le cerveau que dépendrait la forme du dérangement mental ?

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Treizième leçon.)

Les symptômes qui se rattachent à la rétroversion de l'utérus compliquée de flexion sont susceptibles de varier dans des limites très étendues. Nous avons observé une malade chez laquelle ils se sont présentés avec des caractères particuliers ; on ne verra pas sans intérêt la série d'erreurs de diagnostic à laquelle ils ont donné lieu.

Une jeune fille, d'une constitution nerveuse, qui avait été réglée à quatorze ans et avait toujours joui d'une bonne santé, fit à l'âge de dix-huit ans une chute sur le siége. Elle ressentit immédiatement de vives douleurs dans les reins et dans les cuisses ; les garde-robes devinrent très difficiles. Au bout de quelque temps se déclara une leucorrhée, à laquelle se joignirent bientôt les signes d'une anémie commençante.

Des douleurs assez intenses existaient dans la région fessière. Le médecin chargé de donner des soins à la malade crut découvrir une névralgie sciatique; il fit appliquer un moxa.

Les phénomènes morbides continuèrent ; il survint de la perte d'appétit, des vomiturition, et enfin de véritables vomissements. On pensa qu'il s'agissait d'une dyspepsie : un vomitif fut conseillé.

Dans ces conjonctures la malade fut prise d'une toux sèche et fatigante qu'on crût devoir attribuer à une gastrite chronique. Des sangsues furent appliquées.

Peu de temps après, des douleurs aiguës se manifestèrent dans la région de l'hypochondre droit, et firent croire à la présence d'une affection du foie que l'on traita par des saignées locales et des vésicatoires volants.

De l'œdème et des palpitations ne tardèrent pas à se produire. Le médecin, considérant l'inefficacité des agents thérapeutiques qu'il avait mis en usage, pensa qu'il avait affaire à une affection du cœur; il eut recours à un nouveau mode de traitement; l'œdème et les palpitations persistèrent. Il crut alors à l'existence d'une maladie des reins.

Cependant l'état de la malade allait s'aggravant de jour en jour. De temps en temps elle avait des métrorrhagies ; elle fit un voyage à Vichy. Il se produisit une amélioration passagère. L'année suivante les phénomènes morbides revinrent avec une intensité nouvelle, et amenèrent une maigreur et un affaissement extrêmes. On conseilla les eaux de Néris ; elles ne procurèrent aucun soulagement.

Vers cette époque il s'établit une dysménorrhée, qui s'accompagna des accidents les plus alarmants. La malade pendant la durée de l'époque menstruelle était en proie à de vives douleurs et à des attaques d'hystérie d'une violence excessive.

Des crachements de sang, qui se lièrent à l'état de la menstruation et alternèrent avec des hémorrhagies utérines, firent naître l'idée d'une affection tuberculeuse du poumon.

Dans le cours de l'année 1849, la malade alla de nouveau à Vichy, qu'elle quitta bientôt ; elle avait été prise de convulsions en prenant un bain pour la seconde fois.

Elle vint nous trouver dans le mois de juin 1850. Nous savions qu'elle était vierge. Cette circonstance ne nous empêcha pas de nous en quérir, au moyen d'un examen convenable, de l'état de la matrice. Nous trouvâmes une déviation de l'utérus en arrière, compliquée d'une double flexion.

Des circonstances particulières s'opposèrent à ce que la malade fût immédiatement soumise à un traitement régulier. Ce traitement ne commença que le 28 novembre 1850 ; la sonde utérine fut introduite à six reprises différentes ; le redresseur à flexion fixe fut appliqué trois fois. Dans l'espace d'un mois et de quatre jours nous obtînmes une amélioration qui persista malgré les fatigues d'un voyage de plusieurs mois.

Lorsque la malade vint nous trouver à la suite de ce voyage, elle ne conservait de son ancienne affection d'autres traces qu'une dysménorrhée légère et une tendance peu marquée de l'utérus à s'incliner en arrière. Une nouvelle application de l'instrument redresseur suffit pour compléter la guérison, qui s'est maintenue jusqu'à ce jour et paraît devoir être définitive.

Toutes nos malades ont éprouvé des douleurs spontanées dans les reins et dans les cuisses. Huit d'entre elles ont accusé des souffrances vers le siége ; neuf seulement ont ressenti des douleurs dans les aines.

La pression nous a révélé l'existence de douleurs de côté chez quatre malades ; douleurs qui, de même que dans les déviations précédentes, se sont montrées le plus souvent indépendantes du changement de position de l'utérus avec lequel elles coïncidaient.

La marche a été difficile dans tous les cas indistinctement. Nous avons vu une femme qui ne pouvait se baisser qu'avec une gêne excessive, et qui, lorsqu'elle s'était baissée jusqu'à terre, se trouvait dans l'impossibilité de se relever sans le secours de bras étrangers.

Chez toutes les malades, la matrice nous a offert une augmentation dans son poids naturel ; chez cinq d'entre elles, elle a présenté une sensibilité anormale.

Nous avons trouvé à l'aide du spéculum le col de l'utérus situé en avant. Si nous exceptons une malade chez laquelle il avait à peu près conservé ses dimensions ordinaires, il nous a paru constamment plus volumineux que dans l'état normal. La malade à laquelle nous venons de faire allusion avait un engorgement du corps de la matrice. La variété de déviation qui nous occupe a donc toujours été compliquée d'un engorgement plus ou moins considérable de l'organe dévié.

Deux fois seulement nous avons rencontré des granulations. On peut juger par ce seul fait qu'il n'existe pas un rapport bien manifeste entre la métrite granuleuse et les déviations utérines.

En suivant la face antérieure et la face postérieure du col, il nous a été permis, à l'aide du toucher vaginal, de reconnaître d'une manière exacte les flexuosités ajoutées à la rétroversion. Chose digne de remarque, toutes les fois que les flexuosités se sont présentées au nombre de deux, elles ont été en rapport avec un état de mollesse du col de l'utérus tellement prononcé, que nous n'avons pu imprimer à cet organe les mouvements de bascule qu'on lui fait exécuter lorsqu'il est doué de sa résistance ordinaire.

L'introduction de la sonde a été difficile chez sept malades. Chez quatre, elle a été douloureuse. Une jeune fille qui antérieurement à sa maladie était sujette aux syncopes a ressenti de vives souffrances à l'occasion des premières tentatives de cathétérisme.

Cinq fois nous avons observé la fréquence dans les envies d'uriner.

Il s'est trouvé parmi nos malades une jeune femme chez laquelle le besoin de la miction se renouvelait à des intervalles assez rapprochés et d'une manière assez impérieuse pour constituer une véritable infirmité. Le redressement de l'utérus, que nous opérâmes sous les yeux de M. Danyau, à l'aide de l'introduction de la sonde utérine et de l'instrument redresseur, n'apporta aucun changement à son état. Après le retour de la matrice à sa position normale, de fréquentes envies d'uriner continuèrent à se faire sentir pendant quatre mois environ ; elles disparurent plus tard sous l'influence de l'administration à l'intérieur de l'extrait de belladone. Leur persistance dans les conditions que nous venons d'indiquer tenait sans nul doute aux modifications pathologiques qu'avait dû amener dans l'état de la vessie une compression énergique et longtemps prolongée de cet organe. Nous avons eu soin, en cette circonstance, de nous assurer qu'une inclinaison, même légère, de l'utérus en avant n'avait pas remplacé la déviation primitivement existante.

Toutes nos malades ont eu de la constipation. L'une d'elles a présenté des phénomènes gastro-intestinaux dont la prédominance et le mode de manifestation étaient de nature à induire en erreur sur l'origine véritable des troubles survenus dans l'état de sa santé.

Voici les principaux traits de son histoire :

Une dame âgée de trente ans vint nous consulter le 7 février 1851. Douée d'une constitution ordinaire, elle a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle s'est mariée à l'âge de vingt et un ans ; elle a perdu son mari au bout de trois mois et n'a pas eu d'enfants.

Peu de temps après son mariage, à une époque qu'il lui est impossible de préciser exactement, elle a éprouvé quelques symptômes vagues et fugaces du côté des voies digestives.

Plus tard, il est survenu de l'inappétence, de la pesanteur dans la région de l'estomac et des rapports nidoreux après les repas. Les divers phénomènes qui se montraient dans le jour étaient suivis pendant la nuit de coliques accompagnées de deux ou trois garde-robes, après lesquelles la malade tombait dans un état de défaillance presque complète. Ils ont augmenté progressivement de durée, de fréquence et d'intensité.

Des questions sont adressées par nous dans dans la supposition de l'existence d'une affection de la matrice ; elles nous laissent dans une incertitude que les répugnances de la malade à un examen physique ne nous permettent pas de dissiper.

Le traitement que nous crûmes devoir prescrire eut pour base l'opium, les préparations ferrugineuses et l'usage de légers laxatifs ; il fut suivi d'une amélioration incomplète que troublèrent à plusieurs reprises des récidives plus ou moins sérieuses.

Le 27 novembre 1851, la malade vit de nouveau ses règles, qui avaient reparu pendant quelque temps, se supprimer complétement ; elle consentit enfin à une exploration, qui nous révéla la présence d'une rétroversion compliquée de flexion, et nous apprit qu'elle éprouvait du côté du périnée une sensation analogue à celle d'un corps pesant tendant à s'échapper au dehors, des douleurs dans les aines et de la difficulté à marcher. Toutes les fois qu'elle était prise de coliques, elle croyait sentir vers la partie postérieure du sacrum une sorte d'obstacle qui s'opposait à la libre expulsion des matières fécales.

Le 13 septembre nous commençâmes un traitement qui, en rendant à l'utérus sa position naturelle, eut pour effet de déterminer le retour des règles et de rétablir l'intégrité des fonctions digestives.

Nous n'avons rien observé relativement à l'état d'embonpoint, à la constitution et à la santé générale des malades qui diffère des résultats exposés plus haut dans l'histoire de la rétroversion et de la rétroflexion.

Le diagnostic de la rétroversion avec flexion doit avoir pour base les données fournies par le toucher vaginal et le cathétérisme utérin. En général, il ne présente aucune difficulté ; il importe dans tous les cas que l'introduction de la sonde soit précédée de l'exploration avec le doigt, autrement on pourrait attribuer à un rétrécissement de l'orifice supérieur de la cavité cervico-utérine les obstacles qui résultent de la flexion de la matrice, obstacles que l'on surmonte sans peine en faisant tourner l'instrument sur lui-même.

Les malades dont nous avons obtenu la guérison ont été traitées par l'emploi combiné de la sonde utérine et des instruments redresseurs. Le cathétérisme plusieurs fois répété nous a procuré une amélioration notable chez une femme qui est encore aujourd'hui dans nos salles.

Les manœuvres nécessaires pour l'introduction, soit de la sonde, soit du redresseur, ont été un peu plus difficiles que dans les autres variétés de déviation, surtout lorsque l'état de mollesse de l'utérus, que nous avons signalé plus haut, est venu s'ajouter à l'affection principale.

Dix malades ont été soumises à l'action de l'instrument redresseur, qui a été appliqué une fois seulement sur un certain nombre d'entre elles. La plupart l'ont porté quatre, huit ou dix jours ; il en est deux qui l'ont gardé, l'une quarante-huit, l'autre quarante-neuf jours : la première, qui, au moment où elle s'est adressée à nous, présentait, avec un état de malaise général et un affaiblissement extrême, les symptômes les plus alarmants, avait été considérée comme atteinte de phthisie pulmonaire.

Jamais nous n'avons vu survenir de véritable hémorrhagie ; dans la moitié des cas, l'abondance de l'écoulement menstruel a subi une légère augmentation.

Dans le cours du traitement et pendant le séjour de l'instrument redresseur à l'intérieur de la cavité utérine, une femme a été prise de fièvre et de bronchite ; presque aussitôt se sont manifestés les signes d'une métrite dans laquelle l'inflammation affectait une certaine tendance à se propager du côté du péritoine. Nous ne saurions trop insister sur ce fait : bien qu'ici le développement de la métrite ait pu être favorisé par la trop grande longueur de la tige intra-utérine, il n'en reste pas moins démontré que, dans les cas de maladies intercurrentes, il convient de soustraire immédiatement la matrice déviée à l'influence des moyens mécaniques destinés à opérer le redressement.

La durée du traitement a varié entre vingt jours et quatre mois. Nous avons obtenu six cas de guérison, un cas d'amélioration très marquée, et deux autres cas d'amélioration qu'on pourrait considérer comme équivalant à une véritable guérison, s'il n'existait une tendance marquée de l'utérus à reprendre sa position vicieuse.

Deux autres cas nous restent à mentionner : dans l'un la malade, après un redressement complet de la déviation, a conservé de fréquentes envies d'uriner ; dans l'autre, le traitement, commencé depuis quelque temps seulement, a été entravé par une inflammation utérine survenue dans le cours de l'éruption menstruelle.

Des latéroflexions.

Nous avons dit plus haut ce qu'il fallait entendre par latéroflexion ; ce genre de déviation comprend deux variétés : lorsque le corps de l'utérus se porte vers la partie latérale gauche du bassin, il y a latéroflexion gauche ; lorsqu'il s'incline vers le côté opposé, il y a latéroflexion droite.

Jamais nous n'avons rencontré des latéroflexions à l'état de simplicité ; constamment nous avons vu coïncider avec celles qu'il nous a été donné d'observer soit des déviations en avant, soit des déviations en arrière. Toutefois, même dans ces circonstances, le déplacement latéral subi par le corps de l'utérus a pu quelquefois nous rendre compte de certains symptômes, tels que les douleurs situées dans la région inguinale correspondant au sens dans lequel s'était faite la latéroflexion.

M. Dezaneaux, auquel on doit des recherches sur les déviations utérines pendant l'état de grossesse, a trouvé que la latéroflexion droite est plus fréquente que celle du côté opposé.

A.-H. MARGERIE.

CONSERVATION DES FRUITS PECTORAUX.

Observations pratiques,

Par M. le docteur STANISLAS MARTIN.

Les pharmaciens qui habitent la campagne sont forcés, par leur éloignement des grandes villes, d'avoir en magasin une certaine provision de médicaments. Malheureusement, parmi ces médicaments, il y en a de très altérables ; aussi est-on forcé de chercher les moyens de remédier à cet inconvénient, sans nuire pour cela à l'action thérapeutique de la substance. Les fruits pectoraux sont dans ce cas.

Si l'on ouvre une caisse de figues, de dattes ou des jujubes, on voit que l'air atmosphérique réagit sur ces fruits d'une manière fâcheuse, car en peu de temps les figues se couvrent de mites, des vers éclosent dans les dattes, et les jujubes se moisissent ou se dessèchent, à ce point qu'il ne reste que la peau et le noyau. Puis, l'altération continuant, ces fruits subissent la fermentation vineuse, acétique et putride ; alors leur décomposition devient complète, et il faut les rejeter comme dangereux.

On prévient cette perte en suivant le procédé qu'a indiqué M. Viel pour la conservation du seigle ergoté. Il consiste à enfouir la substance entre deux couches de sucre blanc grossièrement pulvérisé.

Des fruits pectoraux peuvent être conservés d'une année à l'autre sans perdre aucune de leurs propriétés physiques et médicales ; seulement il faut avoir l'attention de fendre par moitié les figues et les dattes.

CIGARETTES PECTORALES D'ESPIC.

L'expiration du brevet qui protégeait la vente de cette préparation nous engage à mettre cette formule sous les yeux de nos lecteurs. L'emploi journalier de ces cigarettes réussit très bien dans les cas d'asthme nerveux.

Belladone.	0,30 centigr.
Stramoine.	0,15 —
Jusquiame.	0,15 —
Phellandrie.	0,05 —
Extrait d'opium.	0,013 milligr.
Eau de laurier-cerise. . .	Q. S.

Les feuilles, séchées avec soin et mondées de leurs nervures, seront hachées et mélangées exactement. L'opium sera dissous dans quantité suffisante d'eau de laurier-cerise, et le soluté réparti également sur la masse.

Le papier (brouillard) qui sert à confectionner les cigarettes est préalablement lavé avec le macératé des plantes ci-dessus décrites dans l'hydrolat de laurier-cerise, et séché convenablement.

Deux à quatre cigarettes par jour. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 septembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Bertini, de Turin, assiste à la séance.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion de cette lecture :

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance, notre honorable collègue M. Michon est entré dans quelques détails de médecine vétérinaire qui peuvent aider à élucider certains points d'une question encore en litige. Comme dans ces circonstances il est bon de rassembler le plus de faits possible, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous communiquer un cas d'atrophie des testicules chez un cheval; ce fait a donné lieu à un débat judiciaire dans lequel plusieurs vétérinaires distingués furent appelés à émettre leur avis.

Voici l'analyse du rapport fait par M. Bouley jeune. (Cette observation et le rapport sont consignés dans le tome 1er, 1832, du *Recueil de médecine vétérinaire pratique.*)

La question est ainsi posée :

Un cheval chez lequel les testicules n'ont acquis que le cinquième environ de leur développement normal, vendu et garanti cheval entier, doit-il être considéré comme tel ? (Résolution négative.)

Un cheval avait été vendu 1,124 fr. et garanti entier. Comme ses testicules n'étaient point apparents, l'acheteur crut que le cheval était bongre et le refusa. M. Bouley, appelé comme arbitre pour déterminer si le cheval était entier, remarqua qu'il n'existait à l'extérieur aucune apparence de testicules, et que le scrotum n'offrait aucune cicatrice. La main droite introduite dans le rectum et dirigée vers les anneaux inguinaux, ne fit pas reconnaître la présence des testicules dans l'abdomen. Les parties supérieures et latérales du fourreau ayant été examinées, il fut reconnu que l'animal portait, du côté droit, à l'extrémité d'un cordon très court, un testicule du volume d'un petit œuf de poule, que la même disposition existait à gauche et que le testicule était encore moins développé.

Dans un premier rapport, M. Bouley répondit qu'il résultait de son examen que le cheval portait deux testicules, et qu'il n'était point hongre; mais, attendu que les testicules n'avaient acquis que le cinquième environ de leur développement normal, qu'ils étaient atrophiés, ils ne pouvaient par conséquent remplir qu'imparfaitement leurs fonctions. En conséquence, le marché devait être annulé. Appel ayant été fait de cette décision, une commission composée de MM. Yvard, Huzard fils, Vatel et Blandin examina de nouveau l'affaire, et les conclusions furent en tout semblables à celles de M. Bouley, qui pensait qu'un cheval semblable ne pouvait être employé à la reproduction.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture de deux lettres de remercîments adressés à la Société de chirurgie, l'une par le professeur Guthrie, l'autre par sir Benjamin Brodie, à l'occasion de leur récente nomination d'associés étrangers.

M. le docteur Richet, chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours, écrit à la Société pour obtenir le titre de membre titulaire. Cette lettre est accompagnée d'un travail manuscrit.

M. le docteur Lucas Championnière adresse le numéro de septembre 1852 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. le docteur Mavel, d'Ambert, adresse une observation de dystocie causée par une inversion du vagin.

M. DANYAU est chargé de rendre compte de ce dernier travail.

M. le docteur Nivet, de Clermont, adresse à la Société une note sur les goîtres estivals épidémiques et variqueux observés dans le département du Puy-de-Dôme.

M. DEGUISE fils est chargé d'en rendre compte.

M. DANYAU informe la Société que, M. Cullerier étant malade depuis quelque temps, il lui est impossible de prendre part à ses travaux.

M. LE PRÉSIDENT désigne MM. Michon, Danyau et Gosselin pour se rendre, au nom de la Société, près de M. Cullerier.

Développement anormal du frein de la lèvre avec fissure médiane.

M. LIONNET, de Corbeil, membre correspondant de la Société, présente une jeune fille de dix ans, chez laquelle il y a, outre un développement anormal du frein de la lèvre, une fissure médiane qui, pendant l'hiver, se convertit en une fissure très douloureuse. Le hourrelet muqueux n'est pas très prononcé.

M. Lionnet désire avoir l'avis de la Société sur la conduite à tenir dans cette circonstance. Son opinion serait d'enlever une portion du hourrelet muqueux et ensuite de refouler la lèvre en dedans.

M. FORGET. J'attribue la persistance des fissures labiales au vice de conformation de la lèvre qui, renversée en dehors, a sa face muqueuse constamment au contact de l'air et des corps extérieurs. Pour remédier à ce vice de conformation, je conseillerai de pratiquer une excision de la bride et d'en emporter un lambeau triangulaire assez considérable pour qu'après la cicatrisation la difformité ne se reproduise plus.

M. GUERSANT dit qu'il ne trouve pas chez l'enfant les caractères d'une constitution lymphatique. Si M. Lionnet a recours à une excision, il devra la faire très largement.

Tumeur de la fosse iliaque droite causée par un calcul rénal.

M. GIRALDÈS lit un rapport sur la candidature de M. Prescott-Gardner Hewett, adjoint à l'hôpital de Saint-Georges, etc.

Un chirurgien distingué des hôpitaux de Londres, M. Prescott-Gardner Hewett, sollicite l'honneur d'être inscrit au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie. A l'occasion de sa demande, il vous adresse une observation d'anatomie pathologique très rare, peut-être même unique dans les annales de l'art.

Avant de vous faire connaître cette observation, permettez-moi de vous rappeler que les différents travaux qui accompagnent les demandes du titre de membre correspondant ne doivent être que l'occasion de vous faire connaître et apprécier les titres scientifiques et la position chirurgicale des postulants. Ce ne sont pas des titres absolus à vos suffrages. Quelle que soit la valeur de ces travaux, la Société de chirurgie a le droit d'être sévère dans ses choix; elle ne doit accorder le diplôme de membre correspondant qu'à des chirurgiens connus par leurs travaux ou par leur position chirurgicale.

L'observation qui vous est adressée par M. Hewett a trait à une tumeur de la fosse iliaque droite, formée par un calcul logé dans le bassinet du rein droit. Je traduis cette observation.

Dans le mois de février 1847, dit M. Hewett, j'ai été appelé pour faire l'ouverture du corps d'une dame âgée de soixante-seize ans, morte à la suite d'accidents cérébraux après quelques jours de maladie.

Avant de procéder à l'autopsie, le médecin de la malade appela mon attention sur une tumeur volumineuse située dans la fosse iliaque droite. La maigreur du cadavre permettait d'en bien constater le volume et la forme régulière.

Cette tumeur avait le volume du poing ; elle était dure, et remplissait la fosse droite en se prolongeant en haut vers la colonne vertébrale; en dedans, vers la cavité pelvienne, où elle semblait continue.

Sur ce fait j'ai recueilli les renseignements suivants : La malade était sujette à des constipations. Il y a quatre à cinq ans, en explorant l'abdomen à la suite d'un de ces accidents, on découvrit dans la fosse iliaque droite une tumeur dure. Comme la malade ne s'en plaignait pas, on supposa qu'elle était produite par des matières fécales accumulées dans le cœcum. Des purgatifs ont été administrés; la malade rendit beaucoup de matières, et à la suite de cette évacuation la tumeur sembla diminuer de volume; on ne s'en occupa plus, surtout en raison de la répugnance qu'avait la malade à se laisser explorer. Plus tard on la retrouva une ou deux fois dans la même région, à la suite des constipations.

Depuis cette époque il n'en fut plus question. Quelques années avant sa mort, la malade avait rendu des urines sanguinolentes chargées de mucus et alcalines; elle ne s'est jamais plainte d'accidents du côté de la vessie, elle parlait seulement de douleurs qui avaient leur siége dans la région des reins.

Voici ce que nous trouvons à l'autopsie :

Le cœcum, distendu, est repoussé dans la région hypogastrique. On constate que la tumeur dont il vient d'être question est formée par le rein droit descendu dans la fosse iliaque, et dont le bassinet est distendu par un calcul volumineux; la substance est atrophiée. Le bassinet, distendu par le corps étranger, recouvre l'urétère replié sous lui. Le calcul a une forme globuleuse lisse; il est formé par de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque. Deux petits calculs sont logés également dans le bassinet.

La vessie est mince; ses parois sont saines; sa membrane muqueuse offre quelques plaques congestionnées. Le rein du côté opposé est plus petit ; sa substance est atrophiée et granuleuse. Les poumons sains. Le cœur est mou, atrophié. Les artères coronaires sont incrustées d'un dépôt calcaire. Les valvules sont saines. L'aorte offre beaucoup de plaques stéatomateuses. Les tuniques artérielles se détachent facilement les unes des autres. La portion horizontale de la crosse de l'aorte est le siége d'un anévrisme disséquant, assez volumineux et de date récente.

Le cerveau est mou; il présente l'atrophie de quelques circonvolutions dont les intervalles sont remplis par un fluide séreux. Les membranes enveloppantes sont épaissies. Néanmoins la substance du cerveau n'est pas congestionnée, et ses ventricules ne contiennent point de liquide. Les artères de la base sont incrustées de matière stéatomateuse.

Cette observation, messieurs, est intéressante sous plusieurs points de vue. Elle montre l'existence d'une variété nouvelle, très rare, j'en conviens, de tumeur de la fosse iliaque, et dont il faut tenir compte dans le cas d'un diagnostic difficile et complexe.

Supposez que le rein déplacé, distendu par un calcul, se trouve dans une région siége d'une grande variété de tumeurs, qu'il s'enflamme, ou qu'un uretère et un bassinet distendus par l'urine donnent lieu à une tumeur compliquée d'accidents, et il ne sera pas difficile d'imaginer l'embarras du chirurgien ;

Qu'une tumeur de cette espèce soit observée par un chirurgien aventureux qui regarde une opération chirurgicale comme devant être toujours l'*ultima ratio* de la chirurgie, on verrait alors se renouveler des tentatives hasardées dont la science moderne a enregistré plus d'un exemple.

J'arrive à une partie plus importante de mon rapport; je désire vous faire connaître: 1° les travaux publiés par l'auteur de cette observation ; 2° sa position scientifique.

TRAVAUX. — M. Prescott a publié dans les *Collections de la Société médico-chirurgicale de Londres* les mémoires et observations suivants :

1° Un mémoire important sur l'étranglement des hernies par une anse épiploïque (*Medic.-ch.*, 2, vol. XXVII) ;

2° Un mémoire sur les épanchements de sang dans la cavité arachnoïde avec formation d'une nouvelle membrane (vol. XXVIII);

3° Observation d'anévrisme (vol. XXIX) ;

4° Deux observations d'encéphaloïde du cœur (vol. XXX) ;

5° Observations pour éclairer le diagnostic des productions morbides de la mâchoire supérieure (vol. XXXIV) ;

6° Dissection d'un anévrisme de l'artère poplitée traité par la compression (vol. XXXIV).

Dans les *Transactions de la Société pathologique*, M. Hewett a publié :

1° Observations de rupture du cœur à la suite de lésions traumatiques;

2° Observations de rupture de la vessie par cause traumatique.

POSITION CHIRURGICALE. — M. Prescott Hewett occupe la place importante de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Georges à Londres, un des hôpitaux les plus renommés de cette capitale.

Ce chirurgien est chargé de l'enseignement de l'anatomie à l'école de médecine du même hôpital.

Nous vous proposons de nommer M. Prescott Gardner Hewett, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Georges et professeur d'anatomie à l'école de médecine de cet hôpital, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les conclusions de la commission ayant été mises aux voix et adoptées, M. Prescott Hewett est nommé membre correspondant.

Sur la possibilité de la réduction de la luxation de l'humérus et du fémur avec fracture.

M. RICHET a la parole pour la lecture d'un mémoire sur la possibilité de réduire la luxation de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur compliquées de fracture de ces os.

MM. Chassaignac, Laborie, Gosselin devront examiner ce travail et faire un rapport.

De la brûlure.

M. le professeur GERDY communique sur la brûlure un travail encore inédit, dont voici une courte analyse :

Après avoir défini la brûlure comme étant un ensemble de lésions ou d'affections diverses produites par la chaleur ou le calorique, ou par des caustiques et des vésicants, M. Gerdy passe à l'étude des causes nombreuses qui déterminent ces accidents, et examine quelle est l'influence de ces diverses causes au point de vue de la gravité. En traitant des effets de la brûlure, l'auteur de ce travail a cherché si on ne pourrait pas les étudier d'une manière plus précise sans tomber dans une nomenclature aussi minutieuse que celle que Dupuytren avait adoptée; Boyer, suivant lui, avait établi une classification préférable en ne comptant que trois degrés. Ce qui semble avoir été un peu trop négligé par les auteurs, c'est de considérer la brûlure au point de vue de son étendue ; ce point étant d'une grande importance pour le pronostic, M. Gerdy a établi pour l'étendue de la brûlure trois degrés :

1° Brûlure érythémateuse de la peau, rubéfaction ;

2° Brûlure étendue;

3° Brûlure immense.

En profondeur, nous retrouvons également trois degrés :

1° L'érythème ;

2° Brûlure avec vésication;

3° Brûlure avec eschare ou escarification.

En étudiant les divers degrés de la brûlure, soit en surface, soit en profondeur, M. Gerdy a retracé avec beaucoup de soin les causes, la marche, les effets de chacun de ces divers états et tous les accidents locaux ou généraux, primitifs ou consécutifs qui les accompagnent.

Le diagnostic, si facile qu'il soit en apparence, présente encore des difficultés, car il n'est pas toujours bien aisé de déterminer ce degré de brûlure.

Le traitement a donné à M. Gerdy l'occasion de passer en revue plusieurs méthodes générales souvent préconisées, et ce paragraphe, qui comprend la brûlure dans tous ses états, dans toutes ses périodes, renferme de nombreux préceptes de pratique.

M. Gerdy a terminé sa lecture par un aperçu historique dans lequel il a passé en revue tous les auteurs qui s'étaient occupés de ce sujet depuis Galien jusqu'à nos jours. Dans cette dernière partie de son travail, il a fait ressortir la part que M. Hervez de Chégoin avait prise tout récemment dans l'étude de cette partie de la pathologie externe.

Tumeur fongueuse de nature cancéreuse.

M. DEMARQUAY présente une tumeur fongueuse de nature cancéreuse qu'il a enlevée ce matin sur une malade de son service; la tumeur occupait la cloison recto-vaginale. M. Demarquay donnera à la Société le complément de cette observation.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Boudant, ancien interne des hôpitaux et lauréat à la Faculté de médecine en 1828 et 29, médecin de l'hôpital de Gannat depuis vingt et un ans, maire de cette ville dans les circonstances difficiles que nous venons de traverser, et membre du conseil général de l'Allier, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Il en a reçu les insignes des mains de S. A. I. le président de la République lors de son passage à Moulins.

C'est sur les instances et d'après les projets de M. le docteur Boudant que le conseil général de l'Allier a voté, dans sa dernière session, une somme temporaire de 18,000 fr. pour organiser la médecine cantonale dans ce département, et pour venir au secours des indigents des campagnes privés des ressources des hôpitaux et bureaux de bienfaisance.

Espérons que cette institution des médecins cantonaux, déjà organisée dans le Loiret, dans les Haut et Bas-Rhin et dans quelques autres départements, et qui, nous assure-t-on, a produit d'excellents résultats, sera bientôt généralisée et étendue surtout aux départements pauvres du centre et du midi de la France.

Organisation du personnel de santé militaire.

DIVISION D'ORAN.

Médecins. — MM. Pingrenou, Guerre, principaux de 1re classe; — Chaumas, Ferrus, Scrive, principaux de 2e classe; — Brest, Cazalas, Catteloup, majors de 1re classe; — Heysch, Robert, Roder, Depaeuw, majors de 2e classe; — Mallet, Strauss, Cordier, Prud'homme, Definance, Bonnal, Saint-Supéry, Lamonta, Lantelme, Pauli, Didiot, aides-majors de 1re classe; — Savaëte, Bonnard, Bauchet, Pujade, aides-majors de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Baudelicque, major de 1re classe; — Léger, major de 2e classe; — Servoisier, Gallois, Jullier, Alix, Dulierre-Boyer, Cassaigne, Delezenne, Lapertot, aides-majors de 1re classe; — Robaglia, Danyaud, aides-majors de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Kremer, Bernard, Imbert, Simon, Fretin, Duponchelle, Senaux (C.-F.-G.), Bertrand, Chalvignac, Robert, Bouillancy, Deschamps, Leclerc, Girand, Senaux (M.-E.-C.-P.), Delon, Carpentier, Bryon, Vidal, Durruty, Caron, Dupeyron, Reuille, Chabert, Louis.

DIVISION D'OCCUPATION EN ITALIE.

PERSONNEL DE SANTÉ DES HÔPITAUX ET AMBULANCES.

Médecins. — MM. Petronelli, Mayer, principaux de 2e classe; — Bartharès, major de 1re classe; — Gramaccini, Philippe, majors de 2e classe; — Moussu, Jacquot, Nicolas, Lasserre, Gronnier, aides-majors de 1re classe; — Souhaut, Lavigne, aides-majors de 2e classe.

Pharmaciens. — MM. Dusseuil, Roman, majors de 2e classe; — Lapeyre, aide-major de 1re classe; — Couderc, aide-major de 2e classe.

Chirurgiens sous-aides. — MM. Bonnet, Couquet, Michot, Viennet, Cazenave, de Aldrovandi, David, Bernard, Geoffroy, Barthet.

Bulletin bibliographique.

Traité d'hygiène populaire, par H. DUCLOS et BOUTEILLER fils, docteurs en médecine et internes des hôpitaux de Paris. — Un vol. grand in-18. Prix : 50 c. Chez tous les libraires de médecine. Ce Traité, envoyé à l'Académie de Rouen pour le concours de 1852, a valu aux auteurs une médaille d'or de 200 fr.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

LE SOERD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33	Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

SOMMAIRE. — Hopital Saint-Antoine (M. Chassaignac). Cancer de la main. — Hôpital du Roule (M. Abeille). Quelques mots sur la thoracentèse, suivis d'une observation remarquable sous plusieurs rapports. — Hôpital de Tours (M. Herpin). Tétanos guéri par les opiacés et le sulfate de quinine. — Traitement du varicocèle par l'application topique de la solutioi de gutta-percha dans le chloroforme. — Académie de médecine, séance du 28 septembre.

PARIS, LE 29 SEPTEMBRE 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Aujourd'hui s'est continuée à l'Académie de médecine la discussion sur la transmission des accidents secondaires de la syphilis. M. Gibert a le prmier pris la parole, et dans un discours concis, subtantiel, a combattu les doctrines professées par M. Riord.

M. Roux, inscrit après M. Gibert, a cité deux observations qui lui paraissent prouver la tranmission des accidents secondaires. Il termine en disat qu'il a la conviction profonde que les accidents secodaires de la syphilis peuvent se communiquer, mais non aussi fréquemment, non aussi facilement que les accidents primitifs; il croit donc la doctrine de M. Ricord très attaquable.

M. Ricord monte à la tribune, et l'occupe pendant le reste de la séance.

— La séance de l'Académie des sciences a été entièrement consacrée à des objets étrangers à la médecine.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Cancer de la main.

Comparé au cancer des organes parenchymateux, et particulièrement des appareils glandulaires, le cancer des membres est d'une rareté assez grande. Il est moins bien connu dans ses caractères cliniques et dans sa évolution. Aussi croyons-nous pouvoir avancer, sans crainte d'être contredit par les praticiens, que les hésitations diagnostiques et les erreurs sont beaucoup plus fréquentes dans ce genre de cancer que dans celui du sein, du testicule et de la matrice. Il y a encore, nous le croyons, une autre différence pratique bien importante. Elle réside, autant qu'il nous a été donné de le reconnaître, en ceci : que les cancers des membres reconnaissent habituellement une cause déterminante, une violence extérieure, par exemple; tandis que la chose est beaucoup plus rare et très souvent problématique pour les cancers parenchymateux.

Le diagnostic différentiel entre le cancer des membres et les affections qui peuvent avoir avec lui une sorte de parenté symptomatologique mérite donc d'être étudié avec un soin particulier. Ces affections, ce sont : 1° fongus bénin des tendons; 2° certains fongus articulaires; 3° ces superfétations cartilagineuses connues sous le nom d'enchondromes; 4° les destructions syphilitiques par ulcérations chroniques.

Nous avons été témoin d'erreurs de diagnostic ayant pour objet la confusion temporaire de chacune de ces affections avec le cancer. Dans l'observation que nous allons rapporter, on verra un exemple de ce genre de méprise commis par tous ceux qui ont successivement traité le malade. Ici la méprise consistait à croire que l'affection qui était bien réellement un cancer, pouvait être une ulcération syphilitique chronique. On y verra que chacun, soit dès le début, soit consécutivement à de premières tentatives de traitement, était ramené à considérer l'affection comme syphilitique; c'est là du moins ce qui ressort des traitements successifs qui ont eu lieu. Or, il faut bien se révéler une chose, c'est que le traitement mercuriel, par exemple (je ne parle pas de l'iodure de potassium), aggrave et précipite presque toujours, comme toutes les médications dissolvantes, la marche du cancer. On se livre donc avec trop de facilité peut-être à l'emploi du traitement mercuriel comme ballon d'essai, en paraissant se dire : *S'il ne réussit pas, son insuccès même sera notre pierre de touche, et tout sera dit.* Non, tout ne sera pas dit, car vous aurez aggravé l'état de votre malade. Ce ne sera pas une simple inutilité, mais une inutilité nuisible. Quand le doute est bien fondé, bien raisonné, l'expérience est légitime; elle ne l'est pas pour celui qui s'est donné la peine de bien vérifier qu'il y avait matière à doute. Pour tout autre, il n'est pas permis de remplacer par une pareille expérience ce que l'étude plus attentive des symptômes aurait pu dévoiler, et de se donner ainsi aux dépens du malade le mot d'une énigme qui n'eût demandé qu'un sacrifice d'attention. Ce langage, un peu sévère peut-être, nous ne l'appliquons à personne en particulier, ou plutôt si, et c'est à nous-même que nous l'adressons; car, dans le fait qui va suivre, on verra que nous avons fait comme les autres, tout averti que nous fussions par l'insuccès de leurs tentatives. Voici l'observation :

Cauvain, âgé de trente et un ans, employé de chemin de fer, entre le 25 janvier 1850, au n° 28 de la salle St-François, à l'hôpital St-Antoine.

Cet homme est d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte. Il a encore son père et sa mère, qui se portent bien; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel on l'a saigné quatre fois en deux jours, et qui l'a retenu quatre mois au lit. Il a eu trois ou quatre écoulements, mais jamais de chancres ni de bubons, ni orchite, jamais de taches à la peau, etc.

Il y a environ quatre ans, un chien qui lui appartenait, et dont il a été à même de suivre la santé, le mordit au pouce de la main droite. Le doigt fut, au dire du malade, mâché à deux ou trois reprises, bien qu'en résumé il ne portât l'empreinte que de quatre dents. Un pansement fut fait; mais le malade, obligé d'entreprendre un voyage, resta quatre jours sans changer les linges qui recouvraient le pouce. Un pharmacien le pansa ensuite avec une pommade. Les plaies se cicatrisèrent rapidement sans aucun accident. Le chien n'était pas enragé; on l'a gardé longtemps sans trouble aucun dans la santé de l'animal.

Au bout de six mois, pendant lesquels le malade ne sentit aucune douleur au pouce et travailla sans y songer, il commença à souffrir de ce doigt. Du gonflement, de la rougeur s'ajoutèrent à la douleur.

Un médecin de province mit le malade au repos quinze jours, lui posa 10 sangsues au pouce; mais le soulagement fut très faible. Le malade reprit son service, et même on lui confia un travail plus fatigant; en sorte que le soir il souffrait jusque dans le bras et l'aisselle.

Le 7 janvier 1850, il entra à la Charité, dans le service de M. Velpeau. Son pouce et le premier espace intermétacarpien étaient alors gonflés, rouges et douloureux. On lui fit des frictions mercurielles; on lui fit prendre des pilules, et au bout de quarante-sept jours on le renvoya en assez bon état.

Le malade resta pendant quelques mois chez lui, faisant toutes sortes de remèdes de commères.

Il rentra ensuite à la Pitié, dans le service de M. Michon. On lui mit des cataplasmes pendant cinq semaines. C'est dans ce moment qu'une petite perforation se fit dans le premier espace intermétacarpien. M. Michon proposa au malade l'amputation des deux premiers doigts avec leurs métacarpiens? Mais elle fut refusée, malgré la menace de la perte prochaine de la main tout entière.

Le malade sortit de l'hôpital de la Pitié et se confia aux soins d'un médecin que nous ne nommerons pas pour deux raisons : d'abord parce qu'il fut beaucoup trop affirmatif dans les espérances de guérison qu'il donna au malade; ensuite parce qu'il trouva de bon goût de critiquer le jugement porté par M. Michon, dont le diagnostic, ainsi que l'événement l'a prouvé, était d'une justesse parfaite. Toujours est-il que ce médecin débrida l'ouverture fistuleuse du premier espace intermétacarpien pour y introduire une pommade caustique. Au bout d'un mois, débridement plus considérable; extinction successive de quatre cautères potentiels dans la plaie. Au bout de trois mois, nouvelle application du fer rouge. Pansements ultérieurs au camphre et au citron. Des hémorrhagies abondantes eurent lieu; et en fin de compte, l'amputation de la main fut déclarée nécessaire par celui-là même qui avait si fort blâmé l'amputation proposée pour les deux doigts primitivement malades. C'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital St-Antoine, le 25 janvier 1851.

Il présente un large et profond ulcère dans le premier espace intermétacarpien, à la face dorsale de la main. Le fond de l'excavation est rempli d'une sérosité de couleur brun-rougeâtre, que le malade expulse de temps en temps en renversant la main face pour face. Les parois de l'excavation constituent des surfaces suppurantes de mauvais aspect. Le tissu propre des premier et deuxième métacarpiens est lui-même envahi par l'ulcération. Le pouce et l'index sont tous deux gonflés et un peu rouges. Un peu de rougeur avec gonflement de nature suspecte s'étend sur la région radiale du carpe, et donne à craindre l'altération commençante des os et des articulations de cette partie du squelette.

Quoique bien découragé par l'insuccès des tentatives faites antérieurement pour éviter l'amputation, la question encore indécise de l'envahissement du carpe par l'affection cancéreuse obligeait à temporiser. En effet, le carpe malade, ce n'était plus d'une extirpation des deux premiers métacarpiens, mais bien d'une amputation d'avant-bras qu'il s'agissait. On voit donc que la temporisation nous était imposée par l'état même de la question locale.

On met ce malade à l'usage de l'iodure de potassium, de bi-iodure de fer. On donne deux fois par jour une douche d'eau tiède sur la plaie.

Le 9 février, ce traitement semble améliorer considérablement la plaie. Des bourgeons de bonne apparence s'y développent; mais le doigt fait reconnaître une carie des deux premiers métacarpiens. Il y a eu ces jours derniers, à plusieurs reprises, un écoulement de sang assez notable; il y a eu des douleurs assez vives dans la main et les doigts; mais ces accidents sont calmés.

Le 12, M. Chassaignac retire à l'aide d'une pince des fragments d'os nécrosés.

Pendant un mois on continue encore le traitement, sans observer aucun changement.

Le 18 mars, le mal semble avoir fait des progrès; il y a du gonflement vers la paume de la main, vers le carpe; il y a plus de rougeur et de tuméfaction au pouce et à l'index. La plaie semble être élargie; les douleurs sont assez vives; ce sont des élancements; pas d'hémorrhagies. De plus, il est survenu un gonflement œdémateux, de la rougeur vers la partie interne de l'extrémité inférieure du bras. Enfin la santé générale est altérée; il y a perte d'appétit, langue sale, lèvres décolorées, teint terreux, du dévoiement, quelques frissons et quelquefois mouvement fébrile le soir.

On ordonne l'alcoolature d'aconit, le vin de quinquina, des pilules de Sédillot.

Le 31, la santé générale est un peu améliorée, mais cependant toujours perte d'appétit. Un peu de dévoiement; lèvres décolorées; fièvre le soir. Le mal local fait des progrès vers la paume de la main et le carpe.

Le 9 avril, le traitement général et local continué jusqu'à ce jour est évidemment impuissant pour arrêter les progrès du mal local, et neutraliser ses fâcheux effets sur l'économie. La santé est un peu meilleure. Il y a un peu d'appétit; mais il y a toujours du dévoiement, des frissons le soir, suivis de sueur dans la nuit.

Du côté de la main, les progrès du mal sont considérables. La paume de la main est fortement gonflée; une ouverture spontanée s'est faite à cette partie entre les deux premiers métacarpiens. La peau est amincie et rouge; il y a de la fluctuation dans un autre point, entre le deuxième et le troisième métacarpien. La consistance générale de la paume de la main est très grande. Au dos de la main l'ulcération est énorme, de mauvais aspect; on voit une sanie noire au niveau des métacarpiens nécrosés. Les bords et le fond de l'ulcère paraissent d'un tissu cancéreux. Le gonflement du pouce et de l'index est très grand. A la partie externe du carpe il y a aussi du gonflement et de la rougeur. A la partie interne et inférieure du bras il y a un empâtement œdémateux de mauvais augure; dans le creux de l'aisselle on sent des ganglions engorgés. Enfin depuis deux jours le malade a eu deux hémorrhagies assez abondantes à la surface de l'ulcère. Voilà assez de raisons qui réclament l'amputation de la main; mais c'est une dernière ressource qui offre elle-même peu d'espoir, en raison de la mauvaise nature du mal et de l'engorgement des ganglions axillaires.

On se décida néanmoins à l'amputation, dans le but d'ouvrir au malade la seule chance de salut qui lui restât.

Le 10 avril, amputation du bras à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

On espère, en reportant la ligne d'amputation à un point aussi élevé, augmenter les chances d'enlever complétement tout ce qui est un tant soit peu suspect. On suppose, sans en avoir la démonstration, que l'engorgement qui existe aux ganglions axillaires n'a peut-être pas d'autre origine qu'une irritation purement phlegmasique.

Rien de particulier dans l'opération. Après les ligatures, pansement par occlusion.

Le soir, nulle douleur dans le moignon. Sensation de prurit rapportée aux doigts, où elle s'était fait sentir un certain temps avant l'opération.

Le 11, il y a eu du sommeil; pas de spasme du moignon; pas de fièvre, pas de céphalalgie.

Anatomie pathologique du membre amputé. — Toute la paume de la main est remplie d'une masse lardacée, consistante et ferme à la surface, ramollie dans sa profondeur et creusée intérieurement d'une large cavité à parois ulcéreuses d'un rouge vif, déchiquetées, évidemment encéphaloïdes et avec épanchement sanguin. L'éminence hypothénar et le cinquième métacarpien sont les seules parties saines. Les vaisseaux et nerfs viennent se perdre dans le tissu malade; les tendons sont englobés de toutes parts dans son épaisseur. Les os du carpe paraissent sains dans leur tissu; ils sont vascularisés, mais non ramollis. Le grand os seul dans son articulation avec le deuxième métacarpien est carié, noir; mais les synoviales du carpe, les articulations radio-car-

pienne et métacarpo-phalangienne sont fortement injectées. Du reste, pas d'épanchements. Radius et cubitus sains à leur extrémité inférieure.

Les quatre premiers métacarpiens sont altérés. Le premier est nécrosé, creusé d'une longue et profonde cavité renfermant une matière d'apparence cancéreuse. Le deuxième est entouré sur sa face palmaire et sa face dorsale par une matière semblable. Celle-ci s'enlève assez facilement en grattant avec le scalpel. Elle adhère cependant directement au tissu osseux, qui n'a plus de périoste. Le troisième métacarpien présente les mêmes altérations. Les deux derniers offrent, en outre, des stalactites osseuses. D'une manière générale, c'est surtout l'extrémité carpienne des métacarpiens qui est cariée, entourée de productions osseuses anormales et cancéreuses.

On n'a pas trouvé de ganglions sus-épitrochléens cancéreux.

M. Lebert, qui examine les tissus malades, qualifie la tumeur de cancer encéphaloïde non douteux.

Le 12 avril, il y a eu du sommeil cette nuit et un peu de sueur, mais pas de frissons; le dévoiement continue; nulle douleur dans le moignon. Pouls à 76.

Le 13, un peu plus de rougeur aux pommettes. Quelques douleurs dans le moignon. Pouls à 80. Renouvellement du pansement externe sans toucher à la cuirasse.

Le 15, élancements dans le moignon. On le palpe; pas de douleur au toucher. On laisse la cuirasse. Le dévoiement diminue sensiblement. Pouls à 70.

Le 16, élancements assez vifs dans le moignon. On renouvelle le pansement. Lavage à l'eau tiède avec addition d'alcool camphré. Les bords de la plaie sont linéaires, sans aucun gonflement. Peu de suppuration, pas de fièvre, plus de dévoiement. Pansement par occlusion.

Le 17, appétit, langue nette, un peu décolorée; pas de selles; un peu de sueur la nuit; moins d'élancements.

Le 18, l'engorgement axillaire paraît en voie de résolution. Pansement externe.

Le 19, la figure du malade commence à perdre sa teinte terreuse.

Le 21, pansement complet. La plaie a très bon aspect. Les bords de celle-ci sont toujours linéaires; très peu de gonflement et de suppuration. Solution à 5 grammes. Pansement par occlusion.

L'engorgement axillaire, qu'on peut aujourd'hui palper plus facilement, est encore assez notable et paraît lié à une traînée que l'on sent à la face interne du bras. L'alcoolature d'aconit est toujours continuée.

Le 23, le malade est très bien; appétit vif, langue belle, muqueuses mieux colorées; teint meilleur. Plus de dévoiement, toujours quelques sueurs la nuit. Le malade explique très nettement qu'il ressent exactement le même genre de douleurs qu'il éprouvait dans sa main et les rapporte à cette partie absente. Cela, quoique n'étant pas sans gravité, est considéré par nous comme beaucoup moins mauvais que des douleurs nouvelles qu'il éprouverait dans le moignon.

Le 25, hier douleurs très vives.

Le 26, pansement complet; aspect vermeil de la plaie; les ligatures ne sont pas encore tombées. En pressant le moignon, on fait sortir une petite quantité de pus qui vient d'une assez grande profondeur et que l'on attribue à la présence des fils. Lavage, solution; pansement par occlusion; santé générale en bon état, mais toujours sueurs nocturnes. De plus, quelques élancements rapportés, il est vrai, à la main. Cicatrisation presque complète. Les quatre cinquièmes de la plaie d'amputation s'étaient réunis par première intention. En effet, il faut considérer comme plaie dans une amputation toute la surface interne de la manchette musculeuse et cutanée qu'on a disséquée et non pas seulement les surfaces qui séparent les lèvres de la plaie visible extérieurement.

Le 29, depuis deux jours il y a moins d'élancements.

Le 2 mai, pansement complet. Aucun accident n'existe dans le moignon, sauf un peu de flaccidité à la partie postérieure. A la pression, on ne fait plus suinter de pus. Les ligatures sont tombées. Ceci, coïncidant avec la diminution très notable des élancements, donne lieu de penser que les douleurs dépendaient peut-être de la ligature simultanée d'un nerf avec l'artère. Nous avons lieu de croire que ce dernier accident est peut-être plus fréquent avec l'emploi du ténaculum qu'après celui de la pince à ligature. — Solution; occlusion.

Le 5, on renouvelle le pansement total, à cause du peu de solidité de l'appareil.

Le 9, pansement complet. Plaie presque entièrement cicatrisée. L'engorgement axillaire n'a pas complétement disparu; il n'y a presque plus de douleur.

Le 12, pansement complet. Deux petits bourgeons seulement ne sont pas encore couverts de tissu cicatriciel.

Le 20, pansement. Toujours quelques élancements dans la journée. Un peu d'empâtement à la face interne du bras. Pas de diminution des ganglions axillaires.

Le 26, le malade sort. La plaie est complétement fermée. La santé générale est bonne. Le malade a beaucoup engraissé.

Ce malade a été revu plus d'une année après l'amputation; il ne s'est manifesté aucune tendance à la récidive, et la santé est parfaite.

Cet heureux résultat doit-il être attribué à ce que l'amputation avait été faite à une grande distance du foyer primitif de la maladie? Supposerait-il que le cancer de l'extrémité terminale des membres est moins souvent que les autres suivi de récidive? Ce sont là des questions dont la portée pratique ne saurait échapper à aucun chirurgien, mais qui ne peuvent être résolues que par la comparaison d'un nombre imposant de faits analogues.

Afin de commencer dès aujourd'hui la recherche des faits analogues, je mentionnerai deux exemples de non-récidive, seulement, il est vrai, après dix-huit mois, deux ans, à partir de l'opération.

Le premier cas est celui d'un jeune homme de l'hôpital Saint-Antoine dont l'histoire se trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* pour 1852, et que j'ai été à même de suivre plus de deux ans après l'ablation de deux tumeurs encéphaloïdes développées dans la gaîne des tendons fléchisseurs. Il n'a eu, tant que je l'ai suivi, aucune récidive de cancer. Je l'ai revu ces jours derniers, 20 septembre, avec M. le docteur Thomas.

Je suis, du reste, le premier à convenir que deux ans, d'une part, dix-huit mois, de l'autre, ne sont pas des espaces de temps suffisants dans une question aussi importante que celle de la récidive.

Je retrouve, parmi mes notes, un exemple de cancer encéphaloïde du doigt chez un enfant qui, observé dix-huit mois après l'opération, n'avait point encore eu de récidive.

Blanc (Jean), quinze ans, ramoneur, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 23, le 1er mai 1845 (je faisais alors le service de M. Breschet). Cet enfant, d'une constitution grêle, peu développé pour son âge, présente à la première phalange du médius gauche une tumeur qui offre dans sa forme et dans son ensemble l'aspect de ce qu'on a désigné sous le nom de spina ventosa. Un point ulcéré existe déjà à la surface de la tumeur. Le petit malade nous assure que l'affection a commencé à la suite d'une piqûre d'épine.

Je pratique la désarticulation du doigt malade le 8 mai. Je taille le principal lambeau à la face dorsale, attendu qu'à la face palmaire du doigt les téguments étaient trop altérés pour qu'on pût songer à en recouvrir le moignon. Pansement par occlusion; potion calmante. Il n'y eut chez ce malade aucune apparence de fièvre traumatique.

Quelques jours après l'opération, apparition d'un abcès à la face dorsale du carpe; ouverture. — Pansement par occlusion.

Le 15 mai, autre abcès à la hauteur du condyle interne du fémur gauche; ouverture. — Pansement par occlusion.

Jusqu'à la fin de mai, il ne se reproduisit pas d'autres abcès.

Le malade sortit guéri vers la fin du mois de juin. Jusqu'au dix-huitième mois après l'opération, époque à laquelle j'eus occasion de voir l'opéré, aucun cancer ne s'était reproduit.

HOPITAL DU ROULE. — M. Abeille, médecin major.

Quelques mots sur la thoracentèse, suivis d'une observation remarquable sous plusieurs rapports.

La thoracentèse, mise en pratique, comme chacun le sait, par le vieillard de Cos, préconisée par Galien et ses disciples, a eu à subir dans les siècles qui se sont succédé tantôt un oubli absolu, tantôt des récriminations exagérées. Tour à tour reprise et abandonnée, prônée par les uns, dénigrée par les autres, elle est arrivée jusqu'à nous en laissant dans les esprits souvent plus que de l'incertitude au sujet de son efficacité comme de son innocuité.

Depuis le milieu du dix-huitième siècle, si parfois elle a trouvé de l'appui, c'est presque toujours dans le camp des chirurgiens; la dénigration, c'est un fait constant, lui a été infligée en grande partie par les médecins.

Aujourd'hui les avis sont encore partagés à son égard; on pourrait même dire que la balance penche en faveur de la proscription, ce dont on a lieu de s'étonner en plein dix-neuvième siècle. Les sociétés les plus compétentes et composées des hommes les plus éminents de notre art ont abordé dans ces dernières années la question de la thoracentèse. De tous les débats qu'elle a soulevés dans leur sein, il n'en est sorti aucune solution définitive, ce qui équivaut, suivant nous, à sa proscription dans la pratique et surtout dans la pratique au dehors des hôpitaux; car ne pas pouvoir avouer hautement que cette opération est efficace dans un bon nombre de cas et inoffensive par elle-même dans tous, c'est jeter sur son compte une sorte d'interdiction aux yeux des médecins que des considérations de toute espèce obligent à être très réservés en face de leurs malades.

Si nous osions émettre une opinion, nous dirions que, sur cette question comme sur quelques autres, les débats retentissants qui ont surgi au sein de ces sociétés ont parfois entraîné plus de doute que produit de lumières réelles. Ce n'est point la faute des hommes qui ont pris part à la discussion dans ces circonstances; il faut en accuser simplement le peu d'exactitude comme le manque d'authenticité des faits apportés par les uns et les autres. Pour la thoracentèse en particulier, cette proposition nous paraît incontestable, et on n'a qu'à consulter les savantes discussions qui ont eu lieu à son sujet à l'Académie de médecine et aux sociétés de chirurgie et des médecins des hôpitaux de Paris pour se convaincre que nous n'exagérons rien.

Il semblerait que, puisant laborieusement non dans les faits anciens et redits par tous les auteurs, ni même dans ceux de date peu reculée, mais seulement dans ceux que la pratique journalière des hôpitaux lui offre et qui sont pourvus de cette exactitude que commande aujourd'hui notre manière d'observer, un seul homme pouvait arriver à résoudre le problème si, dégagé de toute idée préconçue, il abandonnait aux faits tels qu'ils sont leur valeur absolue et relative.

Disons-le hardiment, la question de la thoracentèse ne peut être qu'une question de faits.

Dans notre *Traité des hydropisies et des kystes,* que nous venons de publier, nous n'avons pas craint, à l'occasion de l'hydrothorax, d'aborder de front ce sujet, et nous avons la conviction que nous lui avons donné une solution qui satisfera pleinement les esprits.

L'opération est-elle, par elle-même, nuisible ou inoffensive? peut-elle, à elle seule, entraîner la guérison? dans d'autres cas, peut-elle l'aider ou la hâter? doit-on l'employer quelquefois à titre de palliatif? enfin, quels sont les cas qui la réclament et ceux qui l'excluent? tels sont les points capitaux que nous avons posés et résolus à son égard. Nous avons voulu tenir compte des statistiques fournies par différents auteurs, sans attacher, toutefois, plus d'importance qu'elle ne mérite à cette méthode numérique portant, le plus souvent, sur des faits incomplets: ce sont des faits récents et authentiques, vérifiés par plusieurs notabilités médicales de Paris et recueillis à l'hôpital du Val-de-Grâce en 1850, qui ont servi de base à notre jugement.

Ces faits ne sont pas très nombreux, il est vrai; mais qu'importe le nombre! Cent observations, fussent-elles complètes, prouvent-elles plus que douze, si surtout, comme dans le cas actuel, ces dernières ne laissent rien à désirer? Nous ne le croyons point dans l'espèce, car s'il fallait s'attacher rigoureusement au nombre, il pourrait arriver que des esprits exigeants ne fussent jamais satisfaits.

De ces douze sujets opérés au Val-de-Grâce, dans des conditions très variées, par M. Jules Guérin et sous le patronage du médecin en chef, M. Lévy, dix l'ont été dans le service de ce professeur et deux dans le nôtre. Ce n'est pas le moment de donner ici des détails sur ces douze observations; le savant inspecteur de santé saura les faire ressortir en temps et lieu avec toute leur valeur, en les appuyant de l'autorité de son talent et de sa lumineuse exposition. Ces nouveaux faits nous ont prouvé d'une manière irrécusable:

1° Que la thoracentèse est une opération inoffensive, à la condition d'être pratiquée suivant la méthode sous-cutanée avec les instruments de M. Jules Guérin (sa nocuité ou son innocuité est donc une question de méthode);

2° Qu'elle guérit souvent seule;

3° Que, dans d'autres cas, elle favorise la guérison;

4° Qu'elle ne doit jamais être négligée quand les autres traitements restent sans succès;

5° Qu'enfin on ne s'expose à aucun danger en opérant un peu plus tôt; tandis qu'en opérant plus tard on diminue le nombre de chances favorables pour le malade, en raison de son épuisement progressif.

Nous n'avons pas voulu, ici, traiter la question de la thoracentèse, ce que nous avons déjà fait dans notre livre; mais nous n'avons pu nous empêcher d'en dire quelques mots avant de citer l'observation qui va suivre.

Plus familiarisé avec la méthode, et ne redoutant pas d'accidents, nous mettons aujourd'hui cette opération plus fréquemment en pratique.

Nous promettons aux lecteurs une série d'observations personnelles bien exactes et détaillées, qui, mieux que toutes les théories, les mettront à même de juger eux-mêmes.

Le cas que nous allons rapporter, et dans lequel nous avons pratiqué deux ponctions dans la même séance, et sur le même individu, sans obtenir une goutte de liquide, nous le faisons intervenir moins comme argument pour ou contre l'opération, que comme offrant un intérêt pratique très prononcé.

Obs. — *Épanchement pleural de tout le côté gauche, survenant chez un sujet profondément détérioré par une péritonite antérieure. — Deux ponctions dans le côté siége de l'épanchement, sans pouvoir évacuer une goutte de liquide. — Résorption presque complète vingt-neuf jours après ces deux opérations.*

Le nommé Lagache, chasseur au 15e léger, est entré à l'hôpital, deuxième division de fiévreux, le 14 juin, accusant dix-huit jours d'invasion; et le cahier de visite porte pour son diagnostic: irritation gastro-intestinale.

Le 22 juin, jour de notre entrée en service, nous trouvons ce malade dans un état d'amaigrissement considérable et voisin du marasme. Depuis dix jours il a éprouvé dans tout le côté droit de l'abdomen des douleurs plus ou moins vives, augmentant à la pression et avec l'inspiration. Plusieurs applications de sangsues et de ventouses, des vésicatoires ont dû être mis en usage pour les combattre. Nous ne savons si, avec ces douleurs, il y a eu vomissements, constipation ou diarrhée, etc.

A notre première visite, Lagache présente l'abdomen développé, proéminent, tendu, encore très douloureux dans tout le flanc droit.

Il y a une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. La percussion et la palpation l'indiquent de prime abord; et c'est à la présence de ce liquide que la cavité doit son ampliation.

Quand on fait coucher le malade sur le côté gauche, le liquide se portant sur les points déclives, on peut embrasser avec les deux mains une tumeur intra-péritonéale, de la grosseur de la tête d'un fœtus, occupant le flanc droit, fixe, immobile, aucun mouvement ne la déplaçant, et siégeant précisément dans le point central où le malade avait ressenti des douleurs parfois si violentes. La pression de cette tumeur est encore assez douloureuse, ainsi que les diverses manipulations qu'on exerce sur elle. Elle rend un son complétement mat à la percussion; et quelles que soient les manœuvres employées, on ne peut découvrir sûrement des traces de fluctuation à l'intérieur. D'ailleurs, comme le ventre est presque plein de liquide, il est difficile de pouvoir arriver à préciser quelque chose à cet égard. Le malade a des alternatives de constipation et de diarrhée. La tumeur ne fait aucune saillie au dehors; les parois du ventre semblent seulement un peu plus tendues sur les points qui lui correspondent; mais à l'intérieur, et dans la position que nous avons indiquée, on peut assez bien la circonscrire; elle n'a aucun rapport de continuité avec le foie.

Le pouls est faible, concentré, sans fréquence notable (79); la peau est sèche, légèrement terreuse; la face hypocratique. Cependant le malade a de l'appétit et demande à manger. Il a peu de soif.

Nous diagnostiquâmes une ascite de moyen développement avec un épanchement purulent circonscrit et enkysté, suites de péritonite partielle.

Les grands bains peu prolongés, les laxatifs, des frictions avec une pommade composée de trois quarts d'onguent mercuriel et d'un quart d'extrait de belladone sur la moitié latérale droite du ventre: tel est d'abord le traitement mis en usage. — Quart de portion pour aliments.

Sous l'influence de ce traitement les choses allèrent bien, et le 15 juillet la tumeur que nous venons de décrire avait considérablement diminué; l'ascite elle-même avait diminué aussi; les digestions étaient bonnes. En raison de l'anémie existante, nous prescrivîmes alors le sous-carbonate de fer à la dose de 2 grammes;

du vin. Les préparations de digitale et l'oxymel scillitique sont également administrés, et des frictions irritantes sont faites sur toute l'étendue de la surface cutanée.

A la visite du 19 au matin, nous pouvions constater encore une assez bonne quantité de liquide dans le péritoine; le ventre était encore développé.

Le 20 au matin, notre malade se plaint d'une douleur vive siégeant à la partie antérieure gauche du thorax, au-dessus du sein, et correspondant d'avant en arrière. Cette douleur entrecoupe la respiration et a tous les caractères de la douleur pleurale.

Nous exerçons la percussion; et, à notre grand étonnement, nous trouvons une matité occupant tout le côté gauche du thorax, tant en avant qu'en arrière et latéralement. Ce n'est que sous la clavicule, jusqu'au troisième espace intercostal, le malade étant couché sur le dos, que nous percevons un peu de résonnance.

A l'auscultation, nous trouvons une absence absolue de bruit respiratoire tant en avant qu'en arrière et sur le côté. Au-dessous de la clavicule, dans l'espace où existe de la sonorité, nous percevons du souffle tubaire; le même souffle a lieu en arrière dans la fosse sus-épineuse et dans la gouttière vertébrale correspondante jusqu'à 3 centimètres en dessous.

Tout le côté droit résonne bien et laisse entendre le bruit vésiculaire un peu exagéré.

Il n'y a pas de doute, nous avons affaire à un vaste hydrothorax du côté gauche, et cela a d'autant plus lieu de nous surprendre, que, deux jours avant, ce même côté, comme l'autre, examinés avec soin, n'avaient offert aucun indice d'épanchement. Le malade est oppressé, il a 31 inspirations à la minute; son décubitus est latéral gauche.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la cavité abdominale, examinée la veille, et contenant alors encore une bonne quantité de liquide, est affaissée, ses parois sont presque accolées à la colonne vertébrale, et la percussion, exercée dans différentes positions données au malade, ne décèle plus une seule goutte de liquide. La tumeur peut être maintenant plus nettement et plus sûrement explorée; elle peut être embrassée avec les deux mains comme si elle était tout à fait sous-cutanée. Son volume a diminué, sa forme a changé; au lieu d'être arrondie, sphérique, nous trouvons une masse aplatie, ovalaire, accolée contre les parois du côté droit, ne se déplaçant nullement dans ses mouvements, ni par les manipulations. Le malade étant maigre, nous pouvons pincer la peau, qui est complètement isolée de la tumeur; celle-ci paraît adhérente à l'intérieur, et le côlon ascendant nous semble se confondre avec elle en plusieurs points. Sa consistance, sans être dure, est assez ferme, sans tension, ni rénitence.

Le malade n'a pas plus uriné dans les dernières vingt-quatre heures que les jours précédents; il n'y a pas eu de diaphorèse. La brusque disparition de l'ascite, concordant avec l'apparition subite du vaste hydrothorax du côté gauche, peut donc être considérée comme une véritable métastase suscitée par la pleurite survenue dans ce même côté. Il est probable, en effet, que l'irritation, l'inflammation de la plèvre ont déterminé à la surface de cette membrane une explosion d'afflux séreux tout au bénéfice de la collection péritonéale. On ne peut guère expliquer autrement le phénomène qui a eu lieu, et cette métastase séreuse ne ressemble en rien à celles rapportées par quelques auteurs, Itard et M. Andral, entre autres, où le liquide, disparaissant subitement d'une cavité, était sécrété dans une autre cavité sans douleur préexistante, où, repris par les absorbants, il restait en très grande partie dans le torrent circulatoire. Ces métastases, au dire de ces auteurs, étaient presque toujours funestes.

Quoi qu'il en soit, pour notre malade, le traitement était tout indiqué, et il y avait urgence en face d'un sujet profondément détérioré.

Nous faisons appliquer six ventouses scarifiées sur le point douloureux; nous prescrivons une infusion de tilleul chaude pour exciter la diaphorèse, et, le soir, un large vésicatoire saupoudré de camphre sera appliqué sur la partie postérieure gauche du thorax.

Le 21, la douleur pleurale est appaisée, mais non détruite complètement. La respiration est encore fort gênée; le malade est en proie à une toux sèche, qui augmente avec le moindre mouvement. La peau est chaude et légèrement humide; le pouls, faible mais plus large que la veille, bat 80. — Encore quatre ventouses scarifiées sur le point douloureux; oxymel scillitique, 120 grammes; potion avec 15 gouttes de teinture de digitale.

Le 22, la douleur pleurale est tout à fait effacée; le malade est plus calme, il a pu reposer un peu la nuit; mais il accuse toujours de la gêne dans la respiration. Le vésicatoire et les plaies des ventouses nous empêchent de percuter la poitrine. A l'auscultation, nous ne trouvons aucun changement. Souffle tubaire au sommet; absence de bruit respiratoire partout ailleurs.

Le 24, un second vésicatoire est appliqué sur la face antérieure du côté gauche. Il est prescrit, avec la continuation des médicaments sus-mentionnés, un purgatif salin à la dose de 30 grammes (sulfate de soude).

Le 26, le vésicatoire de la partie postérieure étant sec, on en applique un semblable sur la partie latérale. — Chiendent nitré; purgatif salin; oxymel scillitique; frictions irritantes sur les membres avec les teintures de scille et de digitale.

Le même traitement est suivi jusqu'au 30. A cette date, le malade dit avoir la respiration un peu moins gênée; cependant les inspirations sont encore à 30. Le côté gauche est saillant, les espaces intercostaux sont distendus; la mensuration donne à ce côté un développement de deux centimètres en plus que le côté droit. La percussion rend un son mat dans toute son étendue, tant en avant qu'en arrière, quelles que soient les positions qu'on fasse prendre au malade. Un peu de sonorité au-dessous de la clavicule gauche. Cependant la respiration, pour être bronchique dans ce même espace et dans la fosse sus-épineuse, n'a plus la même intensité qu'auparavant; ce n'est plus le souffle tubaire si bien caractérisé. Il y a absence d'égophonie et même de bronchophonie. La main, appliquée sur les divers points de l'étendue des parois, ne perçoit aucune vibration de la voix quand on fait parler le malade. Les battements du cœur sont insensibles; ses bruits sont éloignés, profonds et à peine perceptibles; mais c'est plutôt vers la ligne médiane du sternum qu'immédiatement en dedans du sein qu'on les perçoit, en sorte qu'on dirait que cet organe est refoulé un peu sur la droite. Du reste, la matité s'étend jusqu'à la ligne médiane du sternum sans la déborder du côté droit.

L'état d'amaigrissement dans lequel se trouve Lagache, l'inefficacité des traitements mis en œuvre contre cet hydrothorax, la crainte de voir se perpétuer un épanchement aussi considérable, qui finirait probablement par entraîner le malade, nous font penser à recourir à la thoracentèse. Nous proposons l'opération à Lagache en lui faisant entrevoir, mais sans aucune exagération, le bénéfice qu'il pourra en retirer. Il l'accepte, et le 1er août nous la pratiquons.

Le huitième espace intercostal est choisi pour faire et c'est vers l'angle des côtes qu'elle devra être pratiquée. Après avoir fait un pli transversal à la peau, c'est à la base de ce pli que nous enfonçons le trocart, et nous arrivons dans la poitrine par l'espace indiqué. Le malade ne ressent que la douleur causée par la piqûre de l'instrument à travers les parties charnues. Le trocart est enfoncé jusqu'au pavillon de la canule. Le dard est ensuite retiré, et, à notre grand étonnement, il ne s'écoule rien, ni sérosité ni sang. Nous faisons basculer la canule dans la cavité thoracique; aucun obstacle solide n'est rencontré, mais on dirait qu'elle se meut sur quelque chose de peu consistant qu'elle peut refouler avec facilité. Il n'y a pas de doute pour nous, nous sommes tombé au milieu de pseudo-membranes gélatiniformes de récente formation; nous ne sommes pas arrivé jusqu'au liquide.

La canule est retirée et la plaie cutanée recouverte d'un morceau de sparadrap. Nous proposons au malade une seconde ponction en lui expliquant pourquoi nous ne sommes pas arrivé jusqu'au liquide. La souffrance a été si peu vive et de si courte durée qu'il accepte presque avec joie.

Cette fois nous choisissons le sixième espace intercostal, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. La ponction est faite d'après le même procédé; le trocart est encore enfoncé jusqu'au pavillon de la canule, puis le dard retiré; nous n'obtenons encore aucun écoulement de liquide. Cette fois nous faisons basculer la canule dans la cavité thoracique avec une plus grande attention encore. Elle se meut avec facilité, mais nous sentons que l'extrémité engagée rencontre et déplace à chaque mouvement quelque chose de pulpeux et mollasse.

Cette manœuvre, réitérée pendant cinq minutes, ne donne lieu à aucun écoulement. Le malade ne s'en sent nullement incommodé; il n'éprouve ni plus de gêne à respirer, ni la moindre quinte de toux. Nous restons convaincu que toute la cavité est tapissée de pseudo-membranes épaisses et de récente formation, et que le liquide est tout à fait central, hors d'atteinte de l'instrument.

Cette seconde tentative, aussi infructueuse que la première, nous fait renoncer à tout essai ultérieur. D'ailleurs une telle disposition de la part de l'épanchement indique une résorption commencée et qui ne peut tarder à s'achever.

Le malade, vu à trois heures de l'après-midi, n'éprouve aucune souffrance; il est gai, et nous assure même avoir la respiration plus libre, ce qui n'est qu'une pure illusion sans doute. Il demande à manger et à se lever.

Le 2 août, Lagache dit avoir passé une bonne nuit; peu de toux, peu de sueur, pouls souple, encore faible, à 77; vingt-cinq inspirations à la minute. Il y a évidemment une amélioration, et les deux ponctions pratiquées la veille l'expliquent difficilement, à moins que l'extrémité de la canule promenée dans le sein de la cavité, et ayant déchiré en plusieurs points les paquets gélatiniformes que nous avons supposés garnir les parois, n'ait fourni une ou plusieurs issues au liquide, qui, cloisonné supérieurement et refoulant le poumon, aurait pu filtrer vers la base et laisser plus de liberté à l'organe respiratoire.

Nous percutons le malade couché sur le dos. La sonorité, qui dans cette position occupait la veille l'espace compris entre la clavicule gauche et le troisième espace intercostal correspondant, descend maintenant jusqu'à 2 centimètres au-dessous du sein; il y a également de la sonorité dans tout le creux axillaire jusqu'au rebord du grand pectoral en arrière et jusqu'au cinquième espace intercostal en bas. Tout le restant du côté rend un son mat.

A l'auscultation, la respiration bronchique, la veille dans tout le sommet, est beaucoup moins soufflée aujourd'hui dans cette région; et, à mesure qu'on descend vers le sein, en avant, le souffle diminue et est remplacé par l'expansion vésiculaire, qui est faible et lointaine. Respiration soufflée dans le creux axillaire. A partir du sixième espace intercostal, en avant, absence complète de bruit respiratoire jusqu'en bas. Les bruits du cœur sont plus nettement perçus, et ils sont perçus aujourd'hui à la région précordiale. Ces résultats nous confirment dans l'idée qu'il y a eu un déplacement de liquide par suite des manœuvres opérées avec l'extrémité de la canule. — Demi-portion; vin; 2 grammes de sous-carbonate de fer; chiendent nitré; oxymel scillitique, 120 grammes; vin de canelle. Frictions sur les membres avec les teintures de scille et de digitale.

Le 3, le malade a passé une très bonne nuit; il a pu se coucher sur l'un et l'autre côté. Il s'est levé la veille, et a pu se promener sans gêne notable de la respiration. — Mêmes prescriptions.

Pendant les huit jours qui suivent l'appétit est devenu tellement vif et impérieux, que nous sommes contraint d'accorder les trois quarts de portion. Rien n'est changé du reste au traitement, et nous nous abstenons à dessein de tout examen direct pour mieux constater les résultats après cet espace de temps.

Le 12, le malade va de mieux en mieux. Examen direct de la poitrine dans la position assise. Le côté gauche ne présente plus cette dilatation, cet aspect bombé qu'il avait avant l'opération; les côtes sont saillantes, et les espaces intercostaux rentrés.

A la percussion, bonne résonnance dans toute la moitié supérieure, en avant et sur le côté; en arrière, la même résonnance s'étend depuis le sommet jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate; matité au-dessous.

A l'auscultation, murmure vésiculaire énergique de la clavicule au sein gauche, en avant, s'affaiblissant au-dessous du sein pour disparaître complètement à 4 centimètres au-dessous. En arrière, respiration encore un peu soufflée dans la gouttière vertébrale et dans la fosse sus-épineuse, dégénérant dans la fosse sous-épineuse en murmure vésiculaire exagéré jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. De ce point à 2 centimètres au-dessous de cet angle, ce même murmure devient obscurci, à peine perceptible, et finit par disparaître complètement plus bas. En faisant parler le malade, l'oreille appliquée à 2 centimètres au-dessus et en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, là où le murmure vésiculaire commence à perdre de sa force, on perçoit une égophonie confuse, une sorte de bronchophonie. La main appliquée sur les parois thoraciques pendant qu'on fait parler le malade perçoit la vibration produite par la voix sur toute la moitié supérieure, tant en avant qu'en arrière; la même sensation fait complètement défaut à la base du tiers inférieur. La respiration donne vingt inspirations à la minute. Il demeure constant que l'épanchement se résorbe avec activité, et que les plaques membraneuses qui garnissaient les parois s'amincissent considérablement de jour en jour par suite de cette même résorption. Rien n'est changé au traitement.

Du 13 au 30 août, Lagache se lève, se promène dans la cour toute la journée, reprend des forces et de l'embonpoint. Il demande sa sortie le 30, nous assurant qu'il a assez de forces pour aller jouir d'un congé de convalescence qui lui avait été accordé fin juillet.

Dernier examen. — Disparition de la maigreur considérable observée au début; réapparition des forces et d'un certain embonpoint.

Le ventre est affaissé, ne contient pas une goutte de liquide, et la palpation la plus minutieuse ne trouve pour tout vestige de l'ancienne tumeur, située dans le flanc droit et considérée comme une collection purulente enkystée, qu'une sorte de plaque ovalaire peu épaisse faisant suite au côlon ascendant, et présentant encore une certaine résistance. Elle n'est, du reste, le siége d'aucune douleur, même à une pression forte.

Le côté gauche, siége de l'hydrothorax, résonne bien dans toute la partie antérieure, le malade étant assis. Il n'y a de matité en arrière que dans la moitié du tiers inférieur, et latéralement dans l'étendue de 3 à 4 centimètres à partir de la base au-dessus.

Le murmure vésiculaire s'entend à l'état de pureté dans toute la face antérieure, sur le côté jusqu'à 3 centimètres de la base, et en arrière depuis le sommet jusqu'aux deux tiers inférieurs de la base de ces deux derniers points au-dessous, il y a absence de bruit respiratoire. La vibration de la voix est perçue par la main dans presque toute l'étendue du côté gauche, excepté dans les points inférieurs qui donnent encore de la matité à la percussion. Le malade peut donc être considéré comme à peu près guéri de sa double affection péritonéale et pleurale.

Cette observation présente quelques côtés éminemment remarquables. D'abord la disparition spontanée de l'ascite sous l'influence du vaste épanchement qui succède avec non moins de promptitude à la pleurite du côté gauche; ensuite la prompte coagulation du liquide épanché dans la cavité pleurale: disposition résultant de la nature inflammatoire du travail morbide qui a présidé à son apparition, et qui fait que ces épanchements sont ceux qui se résorbent avec le plus de facilité. Puis les deux tentatives de thoracentèse qui ne donnent lieu à aucun écoulement de liquide, et qui prouvent mathématiquement que la cavité était garnie en très grande partie de matières plastiques, coagulées, gélatiniformes; l'innocuité absolue de ces deux tentatives, leur bénéfice même pour la malade, puisqu'elles nous paraissent avoir permis le déplacement de la portion liquide concentrée au milieu du plasma. Enfin, terminons en faisant remarquer comme conséquence des deux derniers corollaires la rapidité avec laquelle s'est effectuée la résorption sur un malade d'ailleurs considérablement détérioré, rapidité qui tient à la nature de l'épanchement, et peut-être un peu aux effets des deux ponctions.

HOPITAL DE TOURS. — M. Herpin.

Tétanos guéri par les opiacés et le sulfate de quinine.

Le nommé Chauvet, ouvrier à Joué, voulant détacher les trois derniers wagons d'un train qui transportait du sable, fut saisi par un crochet en fer à la partie supérieure du bras gauche, et dans l'effort qu'il fit en sens contraire pour se dégager (le train marchant toujours), occasionna une blessure assez grave pour être immédiatement transporté à l'hôpital.

Le crochet avait pénétré à la partie interne et postérieure de l'extrémité supérieure du bras, et lui avait labouré les chairs jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la tubérosité interne de l'humérus.

Le 29 août, à la visite du matin, le chirurgien en chef, après l'inspection de la plaie, ordonna de la glace et de la limonade sucrée pour boisson.

Le 31, le malade avait de la diarrhée; on ordonna: riz sucré; décoction blanche; potion laudanisée à 15 gr.

La plaie est pansée avec du linge fenêtré enduit de cérat, et par-dessus un large cataplasme.

Le 5 septembre, le pus ayant fusé à la partie supérieure de l'avant-bras, on fit deux larges incisions qui dégorgèrent aussitôt les tissus.

Le 9, la plaie était belle; la suppuration, quoique très abondante, était de bonne nature, lorsque tout à coup le malade se plaignit d'une douleur assez vive à la nuque. Son cou, disait-il, était roide; il y avait un sentiment d'oppression à la poitrine; la mâchoire inférieure était moins libre dans ses mouvements, et on remarquait surtout une gêne assez forte dans la déglutition. Tous ces symptômes réunis firent facilement reconnaître le trismus.

Pour combattre ces accidents, on prescrivit:

Riz sucré et décoction blanche.		
Potion:	Eau de camomille. . .	100 grammes.
	Laudanum.	1 —
	Liqueur d'Hoffmann. .	3 —
Lavement:	Eau.	250 —
	Sulfate de quinine. . .	1 —
	Extrait de valériane. .	4 —
	Camphre.	2 —

De plus, acétate de morphine (0,05 en deux paquets) pour appliquer sur le cou, au moyen de la pommade de Gondret.

Cérat opiacé pour pansement.

Cette médication antispasmodique, continuée jusqu'au 12, fit disparaître entièrement tout symptôme de tétanos.

Le traitement du malade, depuis le 12 septembre jusqu'au 7 octobre, est essentiellement tonique. Potion avec extrait de quinquina, 2 grammes, et sulfate de quinine, 0,60; aussi les forces du malade se soutenaient-elles malgré la suppuration.

Enfin, le 8 octobre la plaie est très belle; elle marche rapidement vers la cicatrisation.

Le 18 novembre, la cicatrisation est complète, et sous peu de jours le malade a pu sortir de l'hôpital et reprendre ses travaux ordinaires.

— Cette observation fait partie d'un travail important que M. Herpin prépare en ce moment, et nous le publions aujourd'hui seulement pour appeler l'attention des chirurgiens sur ce sujet important.

Dr E. Triquet.

TRAITEMENT DU VARICOCÈLE

par l'application topique de la solution de gutta-percha dans le chloroforme,

Par M. le docteur Carey.

Depuis quelque temps on a proposé divers procédés pour la curation du varicocèle, tous ayant pour but de soutenir le scrotum et d'exercer une compression douce sur les veines variqueuses.

Jusqu'à quel point peut-on espérer, à l'aide de ces procédés, une cure définitive? C'est ce qu'il est bien difficile de dire; mais comme palliatifs, ce sont là des moyens qui méritent d'être connus. En voici un du même genre et qui est dû à un chirurgien des Etats-Unis, M. Carey.

Ce chirurgien emploie la solution de gutta-percha dans le chloroforme de la manière suivante: le malade est couché sur le dos; au moyen du froid, on provoque la corrugation du scrotum jusqu'à ce qu'il vienne s'appliquer étroitement sur le testicule et sur la base du pénis; alors, après avoir préalablement rasé le scrotum, on applique la solution de gutta-percha assez largement avec un pinceau, en dépassant de tous côtés les limites du scrotum correspondant au varicocèle; on applique ainsi plusieurs couches, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une poche artificielle offrant la résistance convenable et n'apportant néanmoins aucune gêne.

L'application de la solution est marquée immédiatement par une sensation de brûlure qui ne dure que quelques instants. A part ce petit inconvénient, cette application ne peut avoir de conséquences fâcheuses. (*Western Lancet.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 septembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Nomination d'une commission mixte du choléra.

La correspondance officielle comprend cinq lettres ministérielles: par l'une de ces lettres, le ministre informe l'Académie que, d'après une décision qu'il vient de prendre, il sera formé une commission mixte chargée de dépouiller les tableaux relatifs à l'enquête sur le choléra morbus de 1849 et de résumer dans un rapport spécial les déductions scientifiques et administratives qui résulteront de cette opération. Cette commission se composera de six membres, dont trois seront désignés par l'Académie nationale de médecine et trois par le comité consultatif d'hygiène publique. M. le ministre prie, en conséquence, le président de vouloir bien inviter l'Académie à lui désigner les trois personnes qui devront la représenter au sein de la commission.

Les quatre autres lettres sont relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Etiologie des fièvres en Algérie et dans l'Italie centrale.

M. Armand, aide-major au 36e de ligne, adresse un mémoire très étendu ayant pour titre: *Etudes étiologiques des fièvres en Algérie et dans l'Italie centrale avec esquisses topographiques.* Ce mémoire porte pour épigraphe: « Le miasme paludéen est l'X, » l'inconnu à éliminer du problème étiologique des fièvres. » (Commissaires: MM. Bousquet et Michel Lévy.)

Colique de plomb.

M. Mahier, docteur en médecine, communique une note sur une colique de plomb observée chez un fondeur en caractères d'imprimerie. (Commissaires: MM. Chevallier et Grisolle.)

Transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Gibert.

M. Gibert. Il y a, messieurs, une vérité qu'il ne me semble pas possible de méconnaître, et que je crois devoir rappeler à l'occasion de la discussion actuelle: c'est que pour sortir de la foule et s'élever au succès il faut presque nécessairement quitter les sentiers connus de la science, battre en brèche les traditions classiques, réformer autant que possible les principes qui semblent reposer sur l'expérience commune et le bon sens vulgaire. De là la nécessité qui pousse trop souvent les hommes éminents, que la nature semble avoir créés pour régenter la foule, à enfanter ces systèmes qu'un de nos collègues désignait dans la précédente discussion sous le nom de doctrines *carrées.* Ces doctrines, dont toutes les parties offrent une harmonie et une perfection séduisantes, excitaient chez cet habile orateur une sorte d'admiration et d'enthousiasme, tandis qu'à juger plus froidement, peut-être devraient-elles au contraire inspirer des sentiments de défiance et de réserve. Hélas! surtout dans les sciences naturelles, l'esprit humain est enfermé dans un cercle, et ceux-là trop souvent me semblent en chercher la quadrature, qui veulent reculer indéfiniment les limites posées par l'arbitre souverain des hommes et des choses!

Pour la médecine, en particulier, que de doctrines prétendues *carrées* rejetées aujourd'hui comme de pures illusions! Et quant à la *syphilis*, qui seule doit nous occuper ici, combien d'interprétations forcées et de suppositions gratuites pour soumettre les faits récalcitrants à une théorie commune! C'est ainsi que pour restreindre au *chancre* la syphilis primitive il faut *supposer* un chancre urétral dans certaines blennorrhagies, faire des *chancres* avec les *tubercules plats primitifs* ou pustules muqueuses, contester le *bubon d'emblée*, nier le caractère contagieux de certaines *végétations*, transformer en chancres certaines *ulcérations consécutives* des amygdales, de la bouche ou de la peau; torturer et interpréter à sa guise les exemples d'apparition tardive des accidents *secondaires* de la syphilis, et les cas de transmission de quelques-uns de ces accidents, transmission qui s'est opérée plus d'une fois dans les rapports intimes et habituels qui s'établissent entre un mari et une femme, entre une nourice et son nourrisson, entre celui-ci et les autres enfants qui cohabitent sous le même toit... Il faut enfin récuser le témoignage des observateurs les plus dignes de foi, accuser d'erreur ou de crédulité tous ceux qui ne veulent donner des faits cliniques que l'explication qui leur semble la plus simple et la plus légitime... En un mot, il faut choisir, tailler, râcler, polir, réduire à une mesure tracée à l'avance tous les matériaux de la science pour qu'ils puissent entrer dans le fameux *carré* sans en déranger les lignes régulières et surtout sans en altérer la solidité. On réussit ainsi, en effet, et nous en avons eu un exemple bien frappant et bien récent dans la propagation rapide du *broussaisisme*, à fasciner la foule, à se créer des admirateurs fanatiques qui ne permettent point la contradiction, et qui accusent tout naïvement d'ignorance ou d'un arrêt de développement cérébral les antagonistes du système.

Toutefois, ce n'est pas dans cette enceinte qu'on peut craindre de voir régner une pareille tyrannie. Déjà des voix puissantes se sont élevées contre les prétentions d'une doctrine qui, selon moi, a eu dès le début le tort de vouloir soumettre le fait clinique au fait expérimental.

On a pu voir dans la discussion précédente et dans celle actuelle combien l'*inoculation*, invoquée comme la base la plus sûre du diagnostic et même de l'histoire tout entière de la syphilis, était une base mal assurée, et ceux qui en ont poussé la théorie et la pratique jusqu'à la *syphilisation* ont rendu un véritable service à la science, en prouvant, par l'abus, combien l'usage même pouvait être infidèle.

Pour moi, je l'avoue, je ne m'attache pas aux expériences invoquées pour ou contre la transmissibilité des accidents *primitifs* ou *secondaires* de la syphilis, et je m'en tiens à ce qu'apprend l'observation clinique qui confirme tous les jours les opinions généralement admises par les auteurs du siècle dernier sur les caractères, la marche et la transmissibilité de ces accidents.

Je m'explique d'ailleurs comment il y a toujours eu quelque désaccord sur ces matières entre les médecins de l'hôpital du Midi et ceux de l'hôpital Saint-Louis: là sont réunis tous les malades récemment atteints de syphilis; ici se rencontrent un grand nombre d'exemples de syphilis ancienne et tardive.

Je ne viens pas prolonger une discussion qui ne saurait avoir de solution dans de pareils débats, mais je veux unir ma protestation à celle des praticiens consommés qui m'ont précédé et qui ont cru devoir poser des limites à des innovations d'autant plus dangereuses qu'elles sont répandues et popularisées par un homme dont le talent éminent et la grande habileté chirurgicale ne peuvent être contestés par personne.

Je me bornerai donc à rappeler que j'ai publié moi-même dans mon *Manuel des maladies vénériennes*, dans mon mémoire académique sur les *syphilides*, dans mon mémoire sur l'usage du *sirop de deuto-iodure-ioduré*, etc., des exemples incontestables de syphilis tardive et de transmission des accidents *secondaires* de la syphilis dans les conditions spéciales qui permettent exceptionnellement à la contagion de se produire en pareil cas.

Quant à l'objection tirée de la rareté de ces exemples et du grand nombre des syphilis *secondaires*, je me permettrai de demander à M. Ricord s'il pourrait tirer un argument contre la contagion de la gale de la fréquence de la maladie et de l'absence de la transmission aux médecins de l'hôpital Saint-Louis qui vivent au milieu des galeux?

Parmi les accidents secondaires que mes observations particulières m'ont permis de constater, je citerai les ulcères consécutifs des systèmes muqueux et tégumentaire, la syphilide papuleuse et squameuse, les végétations consécutives, la syphilide tuberculeuse et pustuleuse... qui se sont communiqués d'un mari à une femme saine, d'un nourrisson à une nourrice et à d'autres enfants habitant sous le même toit, en relations intimes habituelles avec le sujet infecté.

Je sais bien qu'à l'aide d'une critique qui s'appuie sur des interprétations, des suppositions assaisonnées de quelque peu de raillerie, il y a moyen de révoquer en doute la contagion des accidents secondaires..... mais je sais aussi que, pour les esprits prévenus et les faiseurs de systèmes, il n'y a de vérités que celles qui cadrent avec leurs théories, d'observations authentiques que celles qu'ils ont eux-mêmes rédigées, d'interrogatoires bien faits et de commémoratifs bien recueillis que ceux opérés sous leur direction.

Je sais enfin que, s'il peut arriver qu'on soit induit en erreur par le récit mensonger de certains malades, il n'est pas rare non plus qu'en les tourmentant de questions dirigées vers un but fixé à l'avance on réussisse à leur faire dire tout ce qu'on veut, et l'on arrive à tracer un historique qu'on a bien et dûment composé soi-même pour les besoins de la cause.

Je me résume en posant les assertions suivantes comme des propositions que sanctionne l'observation clinique:

1° Les symptômes primitifs de la syphilis sont multiples;

2° La marche rigoureuse et régulière qu'on a voulu fixer au développement des accidents *secondaires* est loin d'être constante;

3° Ces accidents peuvent exceptionnellement se montrer contagieux dans des conditions particulières de communications intimes et de cohabitation assidue;

4° L'inoculation expérimentale ne me paraît devoir être introduite dans la pratique commune ni comme moyen préventif, ni comme moyen thérapeutique, ni même comme moyen de diagnostic... attendu qu'elle ne prouve pas absolument la non-contagion quand elle échoue, et que, lorsqu'elle réussit, outre qu'elle n'est pas sans inconvénients, elle peut être suppléée par les autres éléments de diagnostic clinique.

P. S. — Je n'ajouterai plus que quelques mots pour me défendre contre certaines critiques de M. Ricord qui ne me paraissent nullement fondées.

D'abord il feint de croire que ceux qui se refusent à admettre la doctrine rigoureuse et précise qu'il regarde comme un progrès constaté et définitif sont nécessairement des partisans de ces erreurs depuis longtemps condamnées et vouées à l'oubli, qu'il est si facile aujourd'hui de tourner en ridicule. Qu'il veuille bien ne pas nous juger si crédules, mais surtout qu'il ne se vante pas trop d'un progrès qui compte au moins trois siècles. Voici, en effet, ce que disait Fernel vers le milieu du seizième siècle:

« Il faut regarder comme des fables les récits qui ont pu faire croire au développement du mal par des influences aériennes ou alimentaires, dans des couvents de filles cloîtrées qui n'avaient eu aucun commerce avec l'homme, etc., etc. »

Ce même Fernel, non-seulement admettait, comme M. Ricord, des périodes successives dans le développement des accidents consécutifs de la syphilis, mais même il comptait quatre périodes au lieu de trois.

Un autre auteur contemporain, Botal, fixait entre deux et quatre mois d'infection le développement de la syphilis consécutive, que M. Ricord veut aujourd'hui enfermer dans une période de six mois.

On pourrait encore, sans parler de B. Belle, citer plus d'un auteur de la fin du siècle dernier ou du commencement de celui-ci, qui, pour caractériser la blennorrhagie syphilitique, avaient admis l'hypothèse d'un chancre dans l'urètre.

Et quand, d'ailleurs, M. Ricord lui-même se tire si difficilement de l'argumentation qui lui oppose la contagion des papules muqueuses, des végétations, des syphilides de l'enfant nouveau-né, etc., il faut bien qu'il avoue qu'il y a encore, même pour lui, des points obscurs et difficiles dans l'histoire de la syphilis.

Dois-je répondre à la petite critique qu'il m'a adressée personnellement sur la forme prétendue pustuleuse du chancre primitif? Mais qu'ai-je dit? Et cela à propos d'une méthode ectrotique qui posait en principe, pour une cautérisation préventive efficace, le déchirement avec la pointe d'une lancette de la vésicule ou de la pustule initiale du chancre. J'ai dit: Le chancre primitif, c'est-à-dire le chancre ordinaire du prépuce ou du gland ne se présente point sous la forme pustuleuse. C'est là une question de fait qu'il était bien facile à M. Ricord de trancher dans sa position spéciale. Croit-il avoir répondu en disant: La forme pustuleuse est celle du chancre cutané produit par l'inoculation?

Félicitons-nous, d'ailleurs, messieurs, de toutes ces luttes, de toutes ces discussions; elles tendent à nous rendre plus soigneux, plus attentifs, plus laborieux; et, en définitive, elles doivent tourner au profit de la science et de l'humanité.

M. Roux. Tout en reconnaissant ce qu'il y a de beau, de grand, d'important dans la doctrine de M. Ricord, je ne puis cependant tout adopter, et sur certains points, en particulier sur la transmissibilité des accidents consécutifs qui font l'objet de cette discussion, je pencherai plutôt vers l'opinion que MM. Lagneau et Velpeau ont émise dans les précédentes séances, et celle que vient d'émettre à l'instant M. Gibert.

Je suis profondément convaincu, pour ma part, que ces accidents consécutifs sont susceptibles de se transmettre; et je me fonde en cela sur les observations, dont je tiens compte beaucoup plus que des expériences sur l'homme et sur les animaux. Bien que je n'aie pas été en position de voir de ces faits autant que M. Ricord, je ne suis pas cependant sans avoir aussi, à cet égard, quelque expérience.

Parmi les faits que j'ai vus, il en est quelques-uns qui m'ont paru si évidents, si clairs, si concluants, que je n'ai pu me défendre de leur impression. Je demande la permission d'en citer deux ou trois, ceux qui sont plus présents dans mes souvenirs.

Je fus consulté, il y a quelques années, par un jeune homme qui avait une énorme végétation, un chou-fleur, au prépuce. C'était le seul symptôme de vérole constitutionnelle qu'il eût en ce moment. Ce jeune homme allait se marier, et son embarras était grand, parce que le mariage était irrévocablement fixé et dans un terme si court qu'il était impossible qu'il pût être guéri dans l'intervalle. Sur les observations que je lui fis relativement aux dangers auxquels il allait exposer la jeune femme, il me promit qu'il allait se soumettre immédiatement au traitement que je lui prescrirais, et que jusqu'à ce que sa guérison fût complète il se comporterait vis-à-vis de sa femme comme s'ils n'étaient point mariés; il ne s'agissait pour cela que de trouver quelque prétexte que l'extrême jeunesse et l'ingénuité de sa future rendraient facile. Mais le diable est bien malin! Ce pauvre jeune homme ne put tenir sa promesse, et quelque temps après il m'amena sa jeune femme avec la plus belle vérole primitive que j'aie jamais vue. En présence d'un pareil fait, je ne sais comment on pourrait dire maintenant que les symptômes consécutifs de la vérole ne se transmettent pas.

En veut-on un autre exemple? Le voici: une dame d'une cinquantaine d'années me fut amenée par notre ancien collègue Marc. Cette dame portait une magnifique ulcération syphilitique à la gorge. Elle n'avait eu auparavant et n'avait en ce moment même aucun autre symptôme syphilitique. Son mari n'avait rien non plus, et j'étais parfaitement convaincu que cette dame n'avait point failli à la foi conjugale. Je l'interrogeai avec la plus grand insistance sur l'origine probable de cet accident, dont elle ne pouvait se rendre compte, lorsqu'enfin, poussée de questions, elle finit par se souvenir qu'elle avait été embrassée naguère avec ardeur par son fils qui revenait de voyage et qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Or ce fils avait en ce moment des accidents syphilitiques constitutionnels et notamment des ulcérations syphilitiques à la langue.

Je livre ces faits à l'appréciation de l'Académie. J'en pourrais citer d'autres; mais ceux-là me semblent suffisants pour démontrer que la doctrine de M. Ricord n'est pas assise sur des bases tellement solides qu'elle soit inattaquable.

M. Ricord monte à la tribune et prononce un discours que le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire aujourd'hui. Nous le résumerons dans notre prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Martin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Lille, est désigné pour la direction de l'administration de la guerre.

M. Dezotteux, médecin aide-major de 2e classe au 42e de ligne, est désigné pour le 41e de ligne.

M. Beurdy, médecin aide-major de 2e classe au 41e de ligne, est désigné pour le 42e de ligne.

M. Levie, médecin aide-major de 2e classe au 7e de dragons, est désigné pour le 27e de ligne.

M. Girard, médecin aide-major de 2e classe au 27e de ligne, est désigné pour le 7e de dragons.

M. Tempier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour l'hôpital de Valenciennes.

M. Mirassou, chirurgien sous-aide à la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

Bulletin bibliographique.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie. Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la chlorose et de l'anémie; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc.; par Louis Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, l'un des auteurs du *Compendium de médecine pratique.* — Librairie de Labé.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par le M. docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidents de la dentition chez les enfants en bas âge* et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme.* Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 117. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 117. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Anévrisme de la crosse de l'aorte. — Gangrène du tissu cellulaire et de la peau. — Fracture de la jambe compliquée de plaie et d'emphysème traumatique sur tout le membre fracturé. — Des cas dans lesquels le cathétérisme des trompes peut être employé. — Note sur un symptôme nouveau de certaines fractures du crâne. — Résumé d'une épidémie qui a sévi dans quelques communes du département de l'Aisne. — Correspondance. Lettres de MM. Audubert et Ch. Marchal. — Prix d'Argenteuil. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anévrisme de la crosse de l'aorte.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier article, nous donnons une observation d'anévrisme de la crosse de l'aorte. Le malade dont il est question est couché salle Saint-Michel à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Valleix. On sait à combien d'accidents peut donner lieu la tumeur anévrismale par suite de la pression qu'elle exerce sur les organes voisins, et de la gêne qu'elle apporte dans le jeu des fonctions. Dans ce cas, on trouvera un exemple de névralgie produite, suivant toute probabilité, par le fait de l'anévrisme.

Voici, du reste, l'observation. Nous devons la communication de tous ces détails à l'obligeance de M. Gallard, interne du service.

Le nommé Camus, Benjamin, âgé de trente-huit ans, corroyeur, est entré à l'hôpital le 18 juin 1852.

Lors de son entrée, cet homme accusait une douleur régnant dans toute la région sus et sous-claviculaire gauche, gagnant jusque derrière le cou, s'irradiant dans toute la longueur du bras, de l'avant-bras et de la main du même côté. Dans tout le membre existait un engourdissement très marqué. Ces accidents apparurent pour la première fois en octobre 1851.

Dans un autre hôpital, le malade, ayant demandé une consultation pour obtenir la guérison des douleurs qu'il éprouvait, fut mis à l'usage des bains de vapeur, sans résultat, comme on le pense bien. Cependant, après avoir abandonné son travail pendant une quinzaine de jours, il put reprendre ses occupations, pour les cesser définitivement en juin 1852, époque, ainsi que nous l'avons dit, de son entrée dans le service de M. Valleix.

On a pu suivre et noter avec exactitude le trajet des douleurs. Ainsi on les trouve :

Le long des vertèbres cervicales,
Au bord externe et supérieur du trapèze,
Au niveau de l'articulation acromio-claviculaire,
Au plexus brachial,
Au nerf circonflexe,
A l'insertion deltoïdienne,
Au tiers interne de l'humérus,
A l'épitrochlée,
A l'épicondyle,
A l'apophyse styloïde du cubitus.

Les douleurs ne se montrent pas partout avec la même intensité; mais on ne les trouve absolument que sur les points que nous venons de désigner.

Quelquefois cependant elles se sont montrées sous forme de crises violentes, mais passagères, dans la région occipitale et au sommet du crâne. Jamais l'œil n'a été atteint.

En étudiant les antécédents de ce malade, nous apprenons qu'en 1848 il avait déjà éprouvé des douleurs névralgiques répandues sur les mêmes points, mais elles cessèrent et ne reparurent qu'en 1851. M. Valleix lui avait donné des soins lors de cette première invasion de la maladie.

Interrogé sur les accidents qu'il aurait pu éprouver antécédemment du côté de la poitrine, cet homme raconte qu'il aurait eu quelquefois des palpitations, mais légères, ne l'empêchant en rien de se livrer à ses occupations, de courir, de monter rapidement un escalier. Il prétend n'avoir jamais eu d'oppression; il a souvent toussé et a eu la voix enrouée; il a quelquefois craché un peu de sang.

Examen de la poitrine. — La poitrine présente, du côté gauche, une déformation marquée. On trouve, en effet, une saillie assez considérable à la partie supérieure; l'extrémité sternale de la clavicule est soulevée. En percutant, on reconnaît qu'il existe une tumeur qui détermine la saillie de la poitrine et la projection en avant de la clavicule; cette tumeur s'étend en dehors jusqu'au milieu de la première et de la deuxième côte, et descend en bas presque jusqu'à la base du cœur.

La main appliquée sur ces points perçoit des impulsions assez faibles.

La respiration de ce côté est faible; les battements du cœur sont forts et énergiques; on entend un bruit de souffle au premier temps.

Le pouls radial est bien moins fort à gauche qu'à droite.

Les symptômes relatés ne peuvent laisser de doute sur la présence d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. Néanmoins, le malade n'est pas entré à l'hôpital pour cette affection; il vient seulement réclamer du secours contre cette névralgie cervico-brachiale qui détermine des douleurs intolérables.

Voici rapidement le traitement qui a été suivi jusqu'à ce jour.

Dès le premier jour, on prescrivit 15 gouttes de teinture de digitale, plus trois vésicatoires, un sur le cou, le second sur la région deltoïdienne, le troisième sur la partie inférieure du bras, et enfin une saignée de 300 grammes.

Dès le lendemain, 20 juin, il y avait déjà un soulagement marqué.

Le 24 juin, après trois jours d'un calme assez grand, les douleurs se sont réveillées avec une grande intensité, surtout dans la région occipitale. Nouveau vésicatoire à la nuque; application sur la plaie d'un centigramme de morphine matin et soir. Les douleurs continuèrent, malgré ce traitement, jusqu'au 31. Alors seulement les douleurs du cou et du bras diminuèrent.

Le 7 juillet, les douleurs apparaissent très violentes au sommet de la tête; insomnie.

A la base du sternum existe également de la douleur. On remarque une augmentation manifeste dans la saillie de la poitrine. La tumeur anévrismale fait évidemment des progrès, et, sous cette influence, apparaissent des symptômes de compression des voies aériennes.

Le 8 juillet, les douleurs sternales augmentent malgré l'application de ventouses au point douloureux.

L'état de souffrance du malade va en augmentant jusqu'au 28 juillet. Alors on remarque un extrême gonflement des veines du bras.

La saillie va toujours en augmentant, et enfin, le 2 septembre, on trouve que la tumeur s'est fait jour au dehors; on la sent directement sous la peau. Le cartilage costal a été détruit.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour (21 septembre), les douleurs ont sensiblement diminué.

On sera frappé en lisant cette observation de la manière dont l'anévrisme chez notre malade a manifesté sa présence. La relation entre la tumeur et la névralgie cervico-brachiale ne nous paraît pas douteuse, et ce serait le seul symptôme qu'aurait déterminé tout d'abord la tumeur naissante. Quant à des troubles du côté de la circulation ou de la respiration, le malade n'en signale que de très légers, et ce n'est que vers la fin de l'histoire que nous venons de retracer qu'apparaissent enfin des symptômes dus à la pression exercée sur les voies aériennes.

Aussi le malade ne parut-il attacher qu'une attention bien secondaire à la grave affection qu'il porte; il ne s'occupait que des symptômes nerveux qu'il éprouvait.

Signalons encore en terminant l'amélioration survenue après que la tumeur a pu se développer au dehors.

Gangrène du tissu cellulaire et de la peau.

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié l'observation (voir le numéro du samedi 20 septembre) de la jeune enfant affectée de gangrène spontanée succédant, suivant toute probabilité, à une rougeole.

Comme il était facile de le prévoir, la mort n'a pas tardé à survenir sans que la pauvre petite malade ait présenté du reste des symptômes généraux autres qu'un affaiblissement qui augmentait journellement; l'appétit a persisté jusqu'au dernier moment, et le 25 au matin elle réclamait encore des aliments : le soir même, elle succombait.

Le 27, trente-six heures après la mort, M. Combassis pratiquait l'autopsie en présence de M. Demarquay, et voici les détails qu'il a bien voulu nous donner. Ainsi qu'on le verra, il n'a pas été possible de trouver sur le cadavre la cause de l'affection qui a déterminé la mort d'une manière aussi fatale sans qu'il ait été possible un seul instant de mettre obstacle à la marche de la gangrène. On a noté avec soin l'étendue des parties mortifiées.

Toute la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale antérieure n'est [illegible] 'une vaste plaie. Les bords sont formés par de la [illegible] ollée dépourvue de tissu cellulaire dans un espace [illegible] imètre.

Voici du rest[illegible] ion et l'étendue exactes de la solution de continui[illegible]

La taille de l'[illegible] t de 0,90 centimètres. L'ulcération comprend toute [illegible] limitée, en haut, par une ligne oblique qui, pa[illegible] oite de 2 centimètres au-dessous du rebord des côtes [illegible] outir à 7 centimètres au-dessous du rebord des côtes [illegible], en passant sur la ligne médiane à 2 centimètres au [illegible] de l'ombilic; et limitée, en bas, par une ligne courbe [illegible] sur les cuisses à 15 millimètres au-dessous du pli fémoro-abdominal, ayant la même direction en ce point que l'arcade de Fallope et pénétrant sur la ligne médiane jusqu'à la moitié de la hauteur des grandes lèvres.

On lui trouve en hauteur 14 centimètres sur la ligne médiane, 8 centimètres à gauche et 11 à droite. De l'extrémité droite à l'extrémité gauche, elle mesure 30 centimètres.

Au fond de cette espèce de cadre, se montrent les fibres rosées des deux muscles grands droits de l'abdomen et les deux obliques. Il n'y a pas la moindre trace d'aponévrose.

Rien dans l'examen nécroscopique ne peut nous donner la cause de cette gangrène.

Le péritoine est parfaitement sain, la vessie intacte, les intestins dans leur état normal. Le foie anémique.

Dans la cavité thoracique, épanchement léger dans les plèvres, quelques filaments pseudo-membraneux. Les poumons offrent quelques noyaux d'hépatisation rouge. Le cœur est flasque, mou; le sang qu'il contient dans ses cavités est à peine coagulé.

Fracture de la jambe compliquée de plaie et d'emphysème traumatique sur tout le membre fracturé.

Nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 10, un malade qui a été affecté d'une fracture qui se présentait avec l'apparence la plus grave, et dans des conditions telles qu'il pouvait paraître certain qu'on aurait affaire à des accidents extrêmement sérieux. Mais, comme on va le voir, il n'en a rien été, et le traitement a été suivi du plus heureux résultat.

L'observation nous a été communiquée par M. Rabaut, l'interne du service.

Le nommé Galhaut, manœuvre, âgé de quarante-deux ans, est né de parents bien portants; il est lui-même d'une bonne santé. Il nous donne sur ses antécédents des détails intéressants. Cet homme a présenté, en effet, une série singulière de fractures. Il est impossible d'être plus malheureusement prédestiné. Ainsi, à quatorze ans il fit une chute de sa hauteur, tomba sur le côté et se fractura le fémur droit à sa partie supérieure, à 2 pouces environ au-dessous du grand trochanter. Au bout de six semaines, dit le malade, on rompit le cal de la fracture pour remédier à un raccourcissement notable. Trois mois après l'accident le malade marchait sans boiter. Nous ne pouvons dire si le membre a la même longueur que l'autre, à cause de la fracture qui existe de l'autre côté. Mais l'affrontement des fragments n'est pas parfait : l'extrémité inférieure du fragment supérieur fait saillie au dehors.

Vers la même époque, le malade fut atteind d'abcès nombreux ayant leur siége le long de la face interne de la cuisse droite et au pli de l'aine gauche. Ces abcès se succédèrent presque sans interruption pendant six mois. Ils furent ouverts par le bistouri : ils ont laissé des cicatrices adhérentes.

A seize ans, chute du haut d'un arbre de 3 mètres de hauteur environ. Le malade tomba sur le dos. Il put se relever et marcher, malgré la douleur lombaire qu'il ressentait. Rentré chez lui, il se mit au lit. Pendant huit jours on fut obligé de le sonder pour donner sortie à l'urine. Du reste, la sensibilité et la motilité des membres inférieurs restèrent intactes.

Après huit jours il allait à la selle et urinait spontanément.

Cette chute a été suivie d'une gibbosité qui, suivant le malade, se serait produite lentement, et dont il ne se serait aperçu que plusieurs jours après l'accident. Cette déformation de la colonne vertébrale a son siége au niveau de la douzième vertèbre dorsale. L'apophyse épineuse de cette vertèbre fait une saillie notable.

La concavité postérieure du rachis à la région des lombes est complétement effacée, et remplacée par une convexité qui se continue avec celle de la région dorsale. Le rachis n'est infléchi ni à droite, ni à gauche.

Six mois après l'accident, le malade se levait sans autre phénomène morbide du côté de la moelle; mais il marchait avec peine, les jambes écartées et en appuyant la main sur ses genoux, comme dans le mal de Pott.

A vingt ans la colonne vertébrale était un peu redressée, et le malade pouvait marcher sans douleur. Enfin, en 1851, il a eu deux côtes fracturées.

Galhaut n'avait pas encore épuisé sa mauvaise chance, et le 25 août 1852 il entrait à l'Hôtel-Dieu pour une fracture de jambe, compliquée de plaie et d'emphysème. La fracture s'était produite à la suite d'une chute dans un escalier.

Au moment de l'accident, il y eut une perte de connaissance qui persista pendant deux heures.

Etat du blessé lors de son entrée. — On remarque :

1° Des contusions légères à la jambe droite et à la tempe, et un épanchement sanguin vers l'orbite du même côté;

2° Une fracture du tibia gauche à l'union du 1/3 infé-

rieur avec les 2/3 supérieurs, oblique de haut en bas et de debors en dedans; une fracture transversale du péroné à un centimètre environ au-dessous de la précédente;

3° Dans l'intervalle des deux os, au niveau de la fracture, une plaie pénétrante de 1 centimètre et demi, produite par le fragment supérieur du péroné, qui faisait saillie au travers de la plaie.

On observait une saillie en avant du fragment inférieur du tibia, une rainure entre les fragments, une crépitation évidente. On pouvait en outre constater sur le membre un emphysème assez considérable. Cet emphysème occupait presque toute la longueur de la jambe, surtout la partie interne. Par une pression légère on sentait sous le doigt le phénomène de la crépitation.

Le gonflement du membre était peu considérable.

Traitement. — M. Demarquay a pratiqué la réduction sans difficulté, les fragments ayant été affrontés exactement. La plaie fut recouverte par des bandelettes imbriquées, de façon à réaliser le pansement par occlusion de M. Chassaignac. Le membre a été placé ensuite dans un appareil de Scultet, et mis dans une position élevée. Des irrigations d'eau froide ont été faites plusieurs fois dans la journée.

Vingt heures après l'accident, le malade ne conservait plus qu'une légère stupeur de la commotion cérébrale. Le pouls était lent et plein. On a pratiqué une saignée de 400 grammes. — Diète.

Le deuxième jour, le malade est calme, sans réaction générale. Le pouls reste à 72. Il est facile de percevoir la crépitation de l'emphysème. Saignée de 300 grammes. — Un potage.

Le dixième jour (4 septembre 1852), il ne s'est manifesté aucun symptôme de réaction fébrile.

Pendant cette période de temps le membre n'a pas été le siége d'un gonflement notable; la plaie n'a point suppuré et sa réunion s'est faite par première intention; la cicatrice est parfaite. La fracture avec plaie et emphysème se trouve réduite à une fracture simple.

On cesse les irrigations froides continuées jusqu'à ce jour. On place simplement l'appareil de Scultet.

Le vingt-huitième jour (22 septembre), la fracture ne présente aucun phénomène extraordinaire. La formation du cal a lieu d'une manière régulière. L'appareil de Scultet est remplacé par un appareil dextriné.

Ainsi chez ce malade, l'affection a été ramené à un état de simplicité extrême, et sans aucun doute cet heureux résultat doit être attribué an soin qu'on a pris de fermer immédiatement la plaie et de la maintenir à l'abri du contact de l'air. J.-E. L.

Des cas dans lesquels le cathétérisme des trompes peut être employé (1).

Le cathétérisme des trompes peut être employé dans un double but:

A. Comme moyen de diagnostic;

B. Comme moyen thérapeutique.

A. La sonde, en pénétrant dans la trompe, permet de reconnaître si celle-ci est libre, si elle est rétrécie, oblitérée. Elle permet encore de reconnaître si les fluides élastiques ou gazeux qu'on injecte arrivent jusque dans la caisse.

Un certain nombre de lésions situées dans cette cavité laissant la trompe non pas tout à fait saine, mais du moins perméable à l'air qu'on y injecte, la sonde pénètre plus ou moins loin, et l'on peut apprécier le degré de résistance que produit la tuméfaction de la muqueuse: cette tuméfaction peut être plus ou moins considérable; on la peut reconnaître à la petite quantité d'air qui arrive dans la caisse et au bruit pharyngien que fait naître l'air insufflé en revenant sur les côtés de la sonde et du conduit (Ménière).

La profondeur à laquelle arrive la sonde, la quantité d'air qui entre dans la caisse du tympan indiqueront d'une manière assez exacte la partie de la trompe qui est rétrécie, ou plus ou moins oblitérée, ou bien seulement tuméfiée, comme cela arrive si souvent à la suite des inflammations catarrhales.

Il ne faut cependant pas croire que ce cathétérisme fera connaître positivement toutes les altérations de l'oreille moyenne; mais l'air et les injections, en arrivant dans la caisse, nous apprendront si cette cavité contient ou non du liquide (mucus, pus, etc.).

De plus, comme l'a très bien fait remarquer M. Ménière, les affections morbides situées plus profondément, c'est-à-dire dans l'oreille interne, peuvent encore être reconnues à l'aide de ce même moyen (cathétérisme), en raison des symptômes négatifs que l'on peut constater dans l'oreille moyenne et externe: dès lors la maladie doit résider dans l'oreille interne ou les centres nerveux.

B. Comme moyen thérapeutique: les cas sont nombreux:

1° Le canal est libre, et en le traversant il peut être utile de porter dans la caisse des liquides tièdes ou médicamenteux (Itard) qui agissent tantôt en nettoyant la cavité tympanique du sang coagulé ou du mucus qu'elle contient, tantôt en modifiant des ulcères profonds de la caisse ou des cellules mastoïdiennes: alors il n'y a plus un simple cathétérisme, mais injection de liquides par le moyen d'une canule (Itard). Au lieu de liquides, on peut aussi porter des fumigations de nature diverse ou de l'air atmosphérique: telles sont les *douches* d'air de M. Deleau.

2° Si le canal n'est pas libre, on peut introduire un stylet dans le but de rompre une adhérence inflammatoire à l'orifice ou dans un point de l'étendue du canal, et agir de la même manière dans le cas d'une cloison membraneuse congéniale; ou bien si, au lieu d'une oblitération, il se rencontre un simple rétrécissement ou un engouement par épaississement de la muqueuse ou par amas de mucus épaissi, l'introduction du stylet peut encore désobstruer le canal.

Mais ici se présente une difficulté: est-il possible dans tous les cas que nous venons d'énumérer de pénétrer dans la caisse à travers la trompe?

Il doit souvent arriver que l'on pense avoir pénétré dans le conduit guttural et dans la caisse, quand l'instrument ne dépasse pas l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache.

En effet, il suffit de se rappeler l'étroitesse du canal osseux qui fait communiquer le pharynx avec les cavités tympanique et mastoïdienne, pour être convaincu des difficultés que l'on doit éprouver à faire pénétrer la sonde profondément dans l'intérieur du conduit.

Nous devons ajouter que ce canal se trouve encore très souvent rétréci par la phlegmasie, la tuméfaction ou l'induration de la membrane muqueuse qui le tapisse à l'intérieur; par conséquent, il paraît bien difficile, sinon impossible, d'introduire même un stylet assez fin dans toute sa longueur. Cependant sur une coupe des fosses nasales faite sur un sujet sain, cette expérience a réussi. En doit-il être de même sur le malade? Chez ceux que l'on soumet au cathétérisme des trompes, il y a presque toujours un rétrécissement plus ou moins considérable du canal par un boursouflement de la muqueuse, et alors on éprouve des difficultés assez sérieuses pour faire parcourir à l'instrument la plus grande partie de la longueur de la trompe. C'est surtout dans ces cas que les injections liquides ou gazeuses sont utiles (Itard), portées dans l'intérieur du conduit à l'aide de la sonde préalablement introduite.

On peut lire dans Itard les succès nombreux qu'il attribue à ce moyen thérapeutique. M. Deleau (Mémoires) donne la préférence aux *douches d'air*, et les résultats paraissent tout aussi favorables. Kramer adopte une méthode de traitement mixte.

Nous devons donc étudier avec soin les maladies de la trompe et celles qui peuvent se guérir par le moyen des injections *gazeuses ou liquides*, et celles qui réclament d'autres moyens, la *dilatation*, par exemple, et nous trouverons encore ici de nombreuses occasions de démontrer que la thérapeutique des maladies de l'oreille ne diffère pas sensiblement des autres moyens que l'art de guérir met chaque jour en usage. Dr Eug. Triquet.

(1) Voir les numéros des 7, 9, 14, 16 janvier 1851 et 21 septembre 1852.

NOTE SUR UN SYMPTÔME NOUVEAU

de certaines fractures du crâne;

Par M. le docteur Aubry, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux civils de Rennes.

Les deux observations qui font la base de ce travail sont destinées à attirer l'attention des praticiens sur un phénomène très curieux de quelques fractures du crâne; phénomène dont la connaissance nous semble devoir ajouter plus de précision au diagnostic de ces lésions et fournir des indications pratiques de quelque valeur.

Nous ignorons si d'autres chirurgiens ont été témoins du même phénomène; mais comme nous n'avons jamais rien lu qui pût s'y rapporter, nous avons cru utile de le faire connaître.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, rappelons en peu de mots l'histoire des mouvements physiologiques de l'encéphale, mouvements auxquels, nous le disons d'avance, se lie intimement le fait que nous désirons mettre en lumière.

La physiologie enseigne que la masse encéphalique est soumise à des alternatives de pression ou de plénitude, et d'affaissement ou de laxité. Ces deux états opposés sont en rapport avec les mouvements respiratoires et les contractions du cœur. Pendant l'inspiration, le sang affluant en abondance dans la veine-cave supérieure, une véritable respiration se produit sur le liquide contenu dans les veines jugulaires et dans les sinus de la dure-mère; les veines encéphaliques se dégorgent. Il y a donc alors diminution de la quantité de liquide contenu dans la substance nerveuse; les molécules de celle-ci sont moins pressées les unes contre les autres, et, s'il n'y a pas diminution réelle de volume, il y a du moins diminution de la masse.

Pendant l'expiration, le sang des veines jugulaires est repoussé de bas en haut par suite de la compression éprouvée par la veine cave supérieure; les colonnes sanguines des sinus sont immobilisées ou du moins gênées dans leur mouvement progressif, et par suite les veines cérébrales sont distendues, le liquide qu'elles renferment stagne dans l'encéphale, en augmente la masse et tend à lui donner plus de volume; mais, les parois osseuses de la boîte crânienne offrant une résistance plus considérable que la force d'expansion due au reflux veineux, il en résulte seulement un rapprochement, une condensation des fibres cérébrales et une pression plus forte de la surface du cerveau contre la face interne de la cavité crânienne.

Les contractions du cœur exercent aussi des effets mécaniques sur les centres nerveux encéphaliques: à chaque systole des ventricules, une ondée de sang artériel tend à soulever, à distendre la masse cérébrale, imprime à sa base, par l'intermédiaire de l'hexagone artériel, une secousse pulsative, un ébranlement général.

Mais tant que l'enveloppe osseuse du crâne est intacte et complétement ossifiée, tant que la pression atmosphérique ne peut s'opérer à l'intérieur, soit à travers les fontanelles, comme chez les enfants en bas âge, soit à travers une perforation artificielle ou accidentelle des os du crâne, alors la masse encéphalique n'exécute aucun mouvement; c'est du moins ce qui semble prouvé par l'expérience ingénieuse de M. Bourgougnon. (*Thèse inaugurale*, 1839.)

Il en est tout autrement quand l'air trouve accès dans l'enceinte osseuse, que sa dure-mère soit déchirée ou non. Si l'ouverture pratiquée au crâne est assez large, on peut constater par la vue et le toucher les faits suivants:

A chaque inspiration le cerveau s'éloigne de son enveloppe osseuse; à chaque expiration il s'en rapproche et tend à faire hernie à l'extérieur. Outre ces mouvements, qui sont isochrones à ceux de la respiration, et dont l'explication se trouve dans les remarques qui précèdent, il en est d'autres qui coïncident avec la contraction du cœur. Chaque fois que la systole ventriculaire a lieu, on voit le cerveau agité d'un léger mouvement de soulèvement, d'une sorte de pulsation.

Au reste, non-seulement ce double mouvement du cerveau peut être démontré par l'examen direct à travers une ouverture artificielle chez les animaux ou de larges lésions accidentelles chez l'homme; mais encore il peut être mis en évidence par une expérience qui nous servira beaucoup pour mieux faire comprendre le phénomène qui nous a frappé chez nos deux blessés.

Cette expérience, déjà faite en 1811 par un physiologiste italien, Ravina, et perfectionnée en 1839 par M. Bourgougnon, cette expérience, disons-nous, consiste à appliquer une couronne de trépan sur le crâne d'un chien; à visser dans l'ouverture un tube de verre dont les deux extrémités sont ouvertes, et à verser de l'eau dans le tube. On voit alors la colonne du liquide osciller et traduire ainsi le double mouvement dont il est question.

Dans les observations qu'on va lire, on verra que la nature s'est chargée de nous préparer pour pour ainsi dire cette même expérience, à cela près que le tube était remplacé par une plaie, et l'eau par du sang dans un cas, et par du pus dans l'autre.

Obs. I. — Le 7 juin 1847, M. R..., étudiant en droit, âgé de vingt-deux ans, d'une belle et vigoureuse constitution, reçut, dans une rixe, un coup de canne plombée qui l'atteignit au niveau de la bosse frontale gauche. Un peu d'étourdissement, la sensation d'un bruit de cloche, furent les seules impressions éprouvées, et le blessé porta encore plusieurs coups de poing à son adversaire.

Un quart d'heure environ après l'accident, je constatai les lésions suivantes:

Au niveau de la bosse frontale gauche est une plaie contuse arrondie, d'un centimètre de diamètre et ne fournissant presque plus de sang. Les bords sont excoriés et tuméfiés. A l'aide du doigt indicateur porté au fond de la plaie, je constate une fracture avec dépression du fragment ou des fragments. La partie déprimée est solidement fixée; elle semble arrondie et d'une étendue d'un ou deux centimètres.

M. R... ne manifeste pas de douleur; il est pâle, et dit ressentir un peu de faiblesse. Du reste, rien du côté des fonctions cérébrales; intelligence intacte, réponses nettes et faciles; absence de paralysie, soit du mouvement, soit du sentiment; intégrité des organes des sens; pas d'épistaxis ni d'écoulement de sang par l'oreille.

Quelques instants plus tard, le blessé avait regagné, à pied, sa demeure, éloignée de cinq ou six cents mètres du théâtre de l'accident; il s'était couché et je m'apprêtais à le panser, lorsque mon attention fut singulièrement attirée par le phénomène que voici:

La plaie des parties molles du front formait une sorte de petit cratère ou de petite cupule d'un centimètre ou deux de profondeur; du sang y était contenu. A chaque systole ventriculaire, la colonne de ce liquide éprouvait une secousse; son niveau montait de quelques millimètres, puis redescendait immédiatement après.

Le malade ayant fait un effort, le sang fut chassé brusquement hors de la plaie au moment de l'expiration. Pendant une minute, je ne vis plus rien, puis le même phénomène se reproduisit; après quoi M. R... ayant toussé, la colonne de sang fut encore brusquement soulevée et déborda complétement.

Evidemment ces oscillations du sang dans la plaie étaient liées aux mouvements de l'encéphale. A chaque contraction du cœur, une ondée de sang communiquait au cerveau ce mouvement d'expansion, de soulèvement déjà indiqué; le cerveau comprimait un épanchement de sang contenu entre les os du crâne et la dure-mère; une portion du liquide passait à travers une fente de la fracture, et venait dans la plaie produire les pulsations qui nous avaient frappé.

Après les détails physiologiques que nous avons donnés sur l'influence de l'expiration sur la masse encéphalique, il serait tout à fait inutile d'expliquer par quel mécanisme un effort ou la toux faisaient déborder le sang en le poussant par-dessus les lèvres de la plaie.

En présence de cette lésion, je crus devoir m'attacher à maintenir une facile communication entre la plaie et l'intérieur du crâne.

En fermant la plaie, on avait à craindre que le sang, retenu entre les os et la dure-mère, ne s'y accumulât et ne vînt à comprimer le cerveau. En outre, il ne fallait pas perdre de vue la possibilité d'une suppuration, d'une collection purulente à laquelle il n'importait pas moins de ménager un libre écoulement à l'extérieur.

Etant donc pénétré de l'importance de cette indication, qui ressortait surtout pour moi du symptôme nouveau que j'avais constaté, je fis un pansement en conséquence. Un plumasseau trop peu épais pour obstruer la plaie fut posé sur celle-ci, afin d'absorber les liquides qui devaient s'écouler; puis une compresse imbibée d'eau froide fut mollement appliquée sur la région lésée. — Une saignée du bras de 500 grammes, la diète absolue et de la limonade pour boisson, tels furent les moyens qui complétèrent le traitement.

Le 8 au matin, aucun symptôme grave n'est survenu; l'intelligence, la motilité, la sensibilité sont intactes; pas de céphalalgie. Pouls à 60, régulier, assez résistant. Les pièces de pansement sont imbibées de sang; il m'a paru s'en être écoulé 30 à 60 grammes.

Que serait-il advenu si une partie de ce liquide eût été retenue entre les os et la dure-mère?

Le 9, même état. J'introduis dans la plaie un stylet, que je dirige sur la fracture; je constate de nouveau les inégalités, l'enfoncement, et je promène circulairement l'instrument dans l'intention d'empêcher la formation d'adhérences qui mettraient obstacle à l'écoulement des liquides. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; trois bouillons.

Le 10, pouls à 54, faible, présentant quelques irrégularités; langue blanche; tendance au sommeil. — Mêmes manœuvres que le 9 à l'aide du stylet.

Jusqu'au 15, aucun changement appréciable; le pouls varie entre 54 et 60. Mais rien dans les phénomènes intellectuels, sensitifs ou moteurs ne vient annoncer le début d'une des complications des fractures du crâne. Le phénomène produit par les mouvements de l'encéphale ne s'est pas reproduit depuis le premier pansement, ce qui me fait supposer que la voie de communication entre la plaie et l'intérieur du crâne est obstruée soit par un caillot, soit par le

gonflement des tissus. J'ai continué à maintenir les bords de la plaie écartés.

M. R... prend quelques aliments solides.

Du 19 au 22, le blessé reste levé une partie de la journée et mange suivant son appétit.

Le 29 juin, la cicatrisation est complète, de sorte que la guérison n'a exigé que dix-neuf jours : résultat bien digne de remarque.

Au mois de septembre de la même année, j'ai eu occasion de revoir M. R..., qui ne se ressent nullement de sa blessure. La cicatrice, peu appareute, offre une légère dépression sensible au doigt : elle n'est le siége d'aucun battement.

Obs. II. — Le 15 septembre 1851, Pierre Bastard, journalier, âgé de cinquante-huit ans, jouissant d'une parfaite santé, fait une chute dans un escalier et sa tête rencontre le bord d'une marche.

Le lendemain 16, le blessé ayant été transporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes, je constate les faits suivants :

Il existe une plaie contuse située à 3 centimètres au-dessus du sourcil de l'œil gauche; le doigt, introduit entre les lèvres de la plaie, me fait reconnaître une fracture du frontal avee dépression du tissu osseux sans mobilité des fragments; la paupière supérieure gauche est le siége d'une infiltration de sang assez notable; il n'existe pas d'ecchymose sous-conjonctivale, mais ce symptôme se manifeste le lendemain 17. Au reste, Bastard possède toutes ses facultés intellectuelles; la sensibilité générale, les sensations spéciales, la motilité sont intactes. Pouls à 65; intégrité de toutes les fonctions nutritives. — Saignée du bras de 500 grammes; tartre stibié, 10 centigrammes dans un litre de petit-lait; bouillons; solution de sirop de groseilles; compresses réfrigérantes sur la plaie.

Jusqu'au 20 septembre aucun accident ne vint compliquer la blessure, et tout faisait espérer une heureuse terminaison lorsque le 21 au soir survint un frisson de près d'une heure de durée, suivi de soif, de chaleur et de fréquence du pouls. — Saignée de 500 grammes; diète. Je reviens à l'usage du tartre stibié en lavage, dont j'avais depuis le 19 suspendu l'emploi.

Le 22, le blessé accuse du mal de tête; la peau est brûlante, le pouls fort, à 100 pulsations par minute. Aucun changement appréciable dans l'état des bords de la plaie; pas de troubles du côté des fonctions du système nerveux central. — Limonade citrique; émétique en lavage.

Le 23, la peau du front est le siége d'une rougeur érysipélateuse; on y remarque un peu d'empâtement. Les compresses réfrigérantes sont remplacées par des cataplasmes de farine de graine de lin. L'irritation du tube digestif me force à cesser le tartre stibié.

Le 24, même état local des téguments du front. En examinant la plaie, je constate et je fais remarquer aux élèves qui m'accompagnent un phénomène en tout semblable à celui que j'ai rapporté dans l'observation précédente.

La plaie, irrégulièrement arrondie et pouvant admettre l'extrémité du doigt, renferme un pus jaunâtre et de bonne qualité. Ce liquide est agité de mouvements très sensibles. A chaque contraction du cœur son niveau monte de quelques millimètres, puis redescend immédiatement.

Après avoir à loisir étudié ces oscillations, je parviens à faire tousser le malade, et voici ce qui a lieu :

Au moment de l'inspiration, qui forme le premier temps de la toux, la colonne de pus s'enfonce et disparaît; puis au moment de l'expiration, c'est-à-dire au moment de la toux, elle reparaît et monte presque au niveau de la surface extérieure de la peau. Il était donc évident :

1° Que sur notre blessé la fracture du crâne intéressait toute l'épaisseur du frontal;

2° Qu'entre les fragments existait une fissure plus ou moins large, par laquelle le pus que contenait la plaie pouvait alternativement pénétrer dans le crâne et en sortir : condition très heureuse, puisqu'elle rendait impossible ou du moins difficile une compression du cerveau.

Malgré cela, les traits du malade s'altèrent; il répond encore avec assez de lucidité aux questions qu'on lui adresse; mais par intervalles il parle seul et prononce des phrases sans suite et dépourvues de sens. Rien de nouveau du côté des mouvements musculaires, qui sont libres aussi bien d'un côté que de l'autre. Pouls à 110, faible, régulier. — Lavement purgatif; limonade; bouillon.

Le 25, nous sommes encore témoin des oscillations de la plaie. L'érysipèle occupe toute la face; mais la rougeur de la peau est peu vive; les paupières ne sont pas tuméfiées, comme on le voit ordinairement en pareil cas. Pouls à 120. Le délire ayant augmenté, on est contraint de fixer le blessé à l'aide de la camisole. Les mains et la tête sont agitées de tremblement. Langue sèche et tremblante.

Mort à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie, 24 *heures après la mort.*

Face violacée, téguments des oreilles gorgés de sang noir, nombreuses vergetures sur les membres. Engouement hypostatique des deux poumons, qui sont sains partout ailleurs et exempts d'abcès métastatiques. Pas de traces d'inflammation des plèvres. Cœur et gros vaisseaux à l'état normal.

Les organes contenus dans la cavité abdominale n'offrent rien de pathologique. Le foie et la rate ne renferment pas d'abcès métastatique.

Examen de la fracture. — Le périoste est décollé au fond de la plaie dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Le tissu osseux est fracturé au niveau de la bosse frontale gauche. Une fissure de forme circulaire circonscrit une portion d'os déprimée vers la cavité crânienne dans sa partie inférieure, tandis que par sa partie supérieure elle est restée au niveau de la surface du frontal, auquel elle adhère fortement; de sorte qu'on ne peut lui communiquer le moindre ébranlement. Cette lame osseuse a 2 centimètres dans le sens vertical, et 1 centimètre et demi dans le sens transversal. Son extrémité inférieure se trouve à 3 millimètres au-dessous du niveau de la surface du frontal.

Le fragment ainsi déprimé est, du reste, partagé en quatre pièces principales par des fissures; mais elles sont immobiles et fortement enclavées les unes dans les autres.

Entre la saillie circulaire qui limite la dépression et les fragments qui en forment le fond existe, dans la moitié inférieure de celle-ci, un écartement assez notable dont quelques points peuvent admettre l'extrémité d'un stylet ordinaire : il va sans dire que c'est par là que le pus avait établi son courant de va-et-vient.

De l'extrémité inférieure de la fracture circulaire (extrémité qui se trouve à 2 centimètres de l'arcade orbitaire) descend une fissure occupant toute l'épaisseur de l'os, et dans laquelle on introduit facilement la pointe d'une épingle. Cette fissure tombe sur le trou sus-orbitaire, gagne la voûte de l'orbite, où elle se termine après s'être bifurquée vers le trou orbitaire interne postérieur. Le long de cette irradiation de la fracture principale, le périoste a été conservé; mais, entre cette membrane et l'os, est une tache d'un rouge foncé indiquant l'infiltration d'une certaine quantité de sang. Il importe de faire remarquer qu'à la voûte orbitaire le périoste n'offre aucune solution de continuité apparente par laquelle du sang aurait pu passer pour s'infiltrer dans le tissu cellulaire périoculaire : aussi les parties molles de l'orbite ne nous ont-elles offert aucune trace d'épanchement de sang. On comprend qu'il en eût été autrement si le périoste eût été déchiré. Il résulte aussi de là que l'ecchymose sous-conjonctivale a dû être produite par du sang infiltré dans la paupière et qui, à travers quelque éraillure de l'aponévrose palpébrale, sera arrivé sous la conjonctive.

La voûte crânienne étant enlevée par un trait de scie dirigé circulairement, on reconnaît d'abord qu'au niveau de la fracture principale la dure-mère n'est pas déchirée, mais bien soulevée par le fragment osseux, de manière à faire une légère saillie à l'intérieur du crâne; elle offre en ce point une coloration foncée due au contact des liquides épanchés entre sa face extérieure et les fragments osseux. On peut aussi suivre la fracture de la voûte orbitaire à travers la dure-mère à la coloration rouge qu'elle présente.

L'arachnoïde et la pie-mère sont à l'état physiologique; elles n'offrent ni altération de couleur, ni produits morbides d'aucune sorte.

L'encéphale, retiré de la boîte osseuse, n'offre pas la moindre altération à sa surface; il n'est pas possible d'apercevoir de différence entre la partie qui se trouvait en contact avec le lieu de la fracture et le reste des circonvolutions : c'est dire assez qu'on n'y remarquait ni changement de couleur, ni affaissement, ni ramollissement. Des coupes nombreuses faites dans les différentes parties de l'encéphale et dans le bulbe rachidien lui-même offrent partout l'aspect normal.

Un premier fait qui ressort de cette observation, c'est l'absence de lésion appréciable dans l'encéphale, bien que le délire observé dans les derniers jours de l'existence dût faire croire à une encéphalite. Est-ce un exemple à ajouter aux faits assez nombreux qui montrent que nos moyens d'investigations sont souvent insuffisants pour apprécier certains désordres intimes de la substance nerveuse ?

Nous noterons aussi, en passant, l'irradiation de la fracture principale à la voûte orbitaire, genre de lésion sur laquelle a beaucoup insisté M. Aran dans un travail publié dans les *Archives* (octobre 1844), et qui peut, dans certains cas, faire croire à des fractures par contre-coup.

Relativement au phénomène que nous avons donné comme un symptôme nouveau, nous pensons qu'il pourra trouver d'utiles applications dans certaines fractures avec plaie, lorsque les autres signes feront défaut. Comme dans ces cas il peut se faire qu'il n'y ait dans la plaie ni pus, ni sang, nous conseillons de verser dans celle-ci une certaine quantité d'eau, dont les mouvements, s'ils ont lieu, lèveront tous les doutes.

RÉSUMÉ D'UNE ÉPIDÉMIE

qui a sévi dans quelques communes du département de l'Aisne ;

Par le docteur Corlieu, médecin à Charly.

Les variations de température que nous venons de subir, les fortes chaleurs qui sont venues remplacer les pluies continuelles du mois de mai ont exercé une funeste influence sur la santé publique. Les fonctions digestives surtout ont été troublées d'une manière toute particulière. C'est principalement pendant les étés fort chauds ou pendant l'automne que les maladies de l'appareil digestif présentent ordinairement leur plus grande intensité. Ainsi, M. Andral a remarqué que sur 50 épidémies de dysenterie, elles s'étaient présentées dans l'ordre suivant :

Eté. . . . . ,	36
Automne. . . .	12
Hiver.	1
Printemps. . . .	1

Les enfants, principalement, ont eu à souffrir de l'épidémie; ils étaient atteints presque tout à coup d'un peu de dévoiement, devenaient maussades; puis les symptômes s'aggravant, les parents appelaient le médecin.

Beaucoup d'adultes ont payé leur tribut. Quelques jours de repos, un diète tantôt légère, tantôt absolue, ont souvent suffi pour guérir les malades en peu de temps. D'autres, en plus petit nombre il est vrai, n'ont pas été aussi heureux. Des symptômes graves se sont promptement manifestés : vomissements, diarrhée séreuse, crampes, diminution notable du pouls, sueur froide, marbrure des membres, coloration bleuâtre des ongles, face grippée, nez effilé, yeux caves, aphonie, dyspnée, dysurie, etc., tels étaient les symptômes que l'on pouvait observer chez quelques malades. C'étaient, comme on le voit, ceux du choléra. Je n'ai eu à déplorer aucune victime chez les adultes.

Chez les enfants, l'épidémie se présentait avec tous les signes de la diarrhée catarrhale, qui restait à cet état chez les uns, et passait, chez d'autres, à l'état d'entéro-colite aiguë. Quelques-uns ont succombé comme foudroyés. Un petit pays contenant mille habitants a eu cinquante victimes parmi les enfants. Il n'y avait aucune distinction d'âge ni de sexe. L'épidémie prenait aussi bien les enfants robustes, qui n'avaient jamais eu la moindre indisposition, que les enfants faibles.

Cette épidémie n'était nullement contagieuse; car une grande partie des femmes de ces pays ont des nourrissons, et je me rappelle n'avoir observé qu'une seule fois les deux enfants malades en même temps : l'un des deux succomba.

On ne peut suspecter en rien les soins des nourrices; car la maladie atteignait aussi bien leurs propres enfants que leurs nourrissons. Il n'y a donc rien de positif à ce sujet.

Les renseignements ne sont pas plus précis pour les adultes. Cependant j'ai cru, dans les quelques cas de choléra sporadique, pouvoir trouver la cause dans des excès de travail ou de nourriture. Je l'ai observé chez un carrier travaillant au milieu d'un air toujours frais, exposé aux refroidissements et soumis à une alimentation peu saine; une autre fois, chez un ancien officier extrêmement sobre, à la suite de l'ingestion du melon, le corps étant en moiteur.

Rien de certain pour les autres cas.

La marche des symptômes était assez régulière. Tous les praticiens qui ont exercé à la campagne savent que le médecin est rarement appelé au début de la maladie. En effet, les enfants devenant un peu maussades, ayant un commencement de diarrhée, les parents, les commères ne voient là qu'un phénomène dû à la dentition, à la présence des vers; ils attendent et ne réclament souvent les soins du médecin qu'un peu tard, trop tard même quelquefois.

Voici, du reste, les principaux signes que l'on pouvait observer.

Les petits patients sont promptement abattus par la maladie; ils sont pâles, ont les yeux cernés, maigrissent vite. Les fesses, les cuisses deviennent flasques, mollasses; elles sont couvertes d'un érythème qui s'étend quelquefois jusqu'aux malléoles internes. Le pli des cuisses est rouge, enflammé.

La langue est blanche, piquetée. L'enfant vomit ses aliments quand il en prend, puis des matières caséuses, séreuses, bilieuses même quelquefois; le plus souvent il refuse les aliments et le sein de la nourrice. Le ventre n'est pas tendu; les selles sont jaunes, vertes, panachées, toujours liquides, plus ou moins fréquentes, cinq, six, jusqu'à quinze par jour. Le ventre ne paraît pas douloureux à la pression, et si l'enfant pousse des cris, c'est plutôt d'impatience que de douleur.

J'ai essayé à plusieurs reprises de constater si les selles étaient acides, alcalines ou neutres; je n'ai obtenu aucun résultat satisfaisant. Voici le procédé que j'employais : je faisais dissoudre les selles dans un peu d'eau fraîche; quand la dissolution était restée à l'air pendant quelques heures, j'y trempais un papier de tournesol. Les résultats ont toujours été négatifs. J'ai été plus heureux dans l'examen de la salive, que j'ai presque constamment trouvée acide.

Le pouls était parfois fréquent, au point, dans quelques cas, de ne pouvoir être compté. Il y avait toujours, dans la journée, des instants où la fièvre redoublait d'intensité; mais il n'y avait rien de fixe à cet égard : tantôt c'était dans le jour, tantôt la nuit, tantôt plusieurs fois dans la journée, mais sans caractère intermittent bien tranché.

La chaleur de la peau suivait la même marche.

Nul phénomène du côté du cerveau.

L'amaigrissement était la conséquence nécessaire de ce dérangement d'entrailles; il ne se faisait pas longtemps attendre, et en peu d'heures on pouvait déjà remarquer un changement notable dans la figure de l'enfant. Bientôt c'étaient les jambes, puis les fesses dont le volume diminuait le plus; et si la maladie durait quelque temps, on ne tardait pas à observer, chez quelques malades, cet amaigrissement, cette face voltairienne, comme l'a dénommée M. le professeur Trousseau.

Jamais je n'ai eu à constater la présence d'ulcérations aux fesses.

La marche de la maladie a été variable dans les cas que j'ai pu observer. Dans les uns, la mort a été très prompte; les enfants ont succombé en douze ou vingt-quatre heures. C'était un véritable choléra des enfants, sans crampes, mais avec un amaigrissement très rapide, des selles et des vomissements intarissables. Si l'enfant résistait pendant quelques jours, j'étais presque certain du succès.

La convalescence était très longue à s'établir, et les petits malades conservaient pendant longtemps une pâleur et une maigreur considérables. Il y eut quelques rechutes; les attribuerai-je à l'épidémie elle-même, ou à l'usage intempestif d'une alimentation parfois trop forte ou trop abondante? C'est ce qu'il est difficile de préciser ici, les parents n'osant presque jamais avouer qu'ils ont dépassé les bornes qui leur ont été assignées et mettant tout naturellement sur le compte de l'épidémie ce qui, à la campagne surtout, est le plus fréquemment le résultat de soins et de précautions mal entendus.

Voici le traitement que j'ai suivi dans cette épidémie :

Quand la fièvre était peu intense, la salive un peu acide; quand il y avait, en un mot, les signes de la diarrhée catarrhale, je prescrivais habituellement un peu de diète, le sein de la nourrice, un peu d'eau de gomme, une légère décoction de riz, de gruau, etc.; quelques lavements simples émollients, quelques bains d'eau de son, d'eau de guimauve et de lait. Si la maladie persistait, je faisais prendre dans la journée deux ou trois paquets ainsi composés :

Sous-nitrate de bismutb.	0,15
Magnésie décarbonatée.	0,05 à 0,10

Mêlez.

Si le dévoiement était considérable, s'il y avait insomnie, etc., je faisais ajouter à cette poudre 1 centigramme de poudre d'opium. On faisait prendre ce mélange dans un peu de sirop de gomme, dans du miel. Je lui ai généralement vu produire un excellent résultat.

D'autres fois, quand les vomissements étaient opiniâtres, apyrétiques et surtout au déclin de la maladie, j'avais recours à la poudre de columbo, que j'associais au sous-nitrate de bismuth (de chaque, parties égales, 0,15).

L'administration de cette poudre est très facile; les enfants la prennent sans résistance. On peut d'ailleurs augmenter ou diminuer un peu les doses, selon les indications thérapeutiques.

Quand, au contraire, il y avait fièvre, bouche sèche, dévoiement abondant, pouls fréquent, peau chaude, etc., je commençais par faire boire au petit malade de l'eau albumineuse, que je formulais ainsi :

Eau de gomme.	500 gr.
Blancs d'œufs battus.	q. s.

Passez les blancs d'œufs à travers un linge et ajoutez :

Eau de fleur d'oranger.	qq. gouttes.
Sirop de guimauve ou de pavots blancs.	q. s.

Pour les lavements, que je prescrivais par quart, j'employais la même formule, dans laquelle je remplaçais l'eau de fleur d'oranger par 2 ou 3 gouttes de laudanum et quelquefois le sirop de guimauve par une cuillerée de poudre d'amidon.

A cela ajoutez l'application continuelle sur le ventre de cataplasmes simples ou laudanisés, et vous aurez le résumé des moyens qui m'ont le mieux réussi.

Dans les diarrhées chroniques, j'ai essayé quelquefois l'extrait de monésia, de ratanhia, le sirop de ratanhia, etc.

Quand les vomissements étaient trop rebelles, j'avais recours aux cataplasmes sinapisés à l'épigastre. Dans le choléra, chez les adultes, j'employais plutôt les sinapismes, dont l'action était plus prompte et l'effet plus certain.

Je combattais chez eux les crampes par des frictions avec de la flanelle imbibée de vinaigre chaud, d'eau-de-vie chaude; les vomissements, par l'eau froide vinaigrée, l'eau de Seltz. Souvent à la campagne, quand on est éloigné de toute pharmacie, il faut savoir tirer parti de tout. Aussi m'est-il arrivé plusieurs fois, en attendant la farine de moutarde, d'appliquer des sachets de cendres, de sable chaud au creux de l'estomac. Je cherchais à ranimer la chaleur en entourant les jambes de bas de laine remplis également de sable très chaud. Puis quand l'estomac ne vomissait plus, je cherchais à provoquer la réaction au moyen d'une infusion de camomille, de vin chaud, de café, etc. Les lavements étaient faits avec des blancs d'œufs, selon la formule citée plus haut. J'augmentais les doses selon la force du malade et l'intensité de la maladie.

Je suivais pour le reste les indications connues.

Tel est le résumé de l'épidémie qui a sévi pendant plus de deux mois dans quelques communes du département de l'Aisne. Elle commence heureusement à disparaître, et on ne rencontre plus que de loin en loin quelques enfants indisposés, mais dont la position n'est nullement inquiétante. Il n'y a plus de cholérine.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans votre estimable journal (nº du 9 septembre 1852) un mémoire de M. Teissier, sur un cas de morve aiguë. L'observation a été suivie trop rigoureusement et par un homme trop compétent en pareille matière, pour que l'on puisse lui refuser une grande importance; aussi n'ai-je pas le moins du monde l'intention d'en contester le mérite; mais un fait qui arrive à ma connaissance me fait un peu tenir sur la réserve. Je vous le livre; c'est à vous d'en juger.

Une petite fille de deux ans, appartenant au sieur Barry, charpentier au pont de Meymac, fut tout à coup couverte de bulles occupant la partie postérieure du tronc. Un de nos confrères, M. Armand Bardou, fut immédiatement appelé, et reconnut qu'elles avaient tous les caractères des phlyctènes charbonneux. Notez que cette enfant avait joui jusqu'à ce jour de la plus parfaite santé, et qu'elle se trouvait dans de bonnes conditions hygiéniques. Comme il n'y avait point d'animaux malades dans les environs, le doute nous serait resté si le hasard n'était venu nous éclairer. Deux jours après, Jean Mazard, du village du Croq, est atteint d'une pustule maligne qui l'enlève le lendemain, malgré une cautérisation profonde et un traitement des plus toniques. On put alors parvenir à savoir que cet homme avait écorché en grand secret une vache charbonneuse, et qu'il en avait déposé la peau dans le ruisseau; et enfin, de renseignements en renseignements, il se trouva que la femme Barry avait baigné son enfant dans ce même ruisseau, à 3 kilomètres du lieu où avait été déposée la peau, et que quelques heures après avait paru l'éruption dont j'ai parlé.

Ainsi, voilà l'eau qui sert de véhicule à un virus, et qui laisse à ce virus la faculté de se reproduire à 3 kilomètres de distance!

Je me demande si, en face d'un pareil cas, on ne doit pas se tenir sur la réserve, et s'il ne pourrait pas en être de la morve comme du charbon, surtout si l'on se rappelle les précautions que l'on prend pour cacher cette maladie à cause des règlements de police.

Agréez, etc. Dr Audubert.

Tulle, 27 septembre 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

Je crois devoir vous communiquer une observation ayant beaucoup d'analogie avec celle de M. le docteur Demeaux, qui a été récemment l'objet d'un rapport à la Société de chirurgie. Si vous jugez qu'elle puisse avoir un intérêt d'actualité, veuillez lui donner une place dans les colonnes de votre estimable journal.

Le 3 septembre dernier, le nommé J. Reiter, de Hauconcourt (Moselle), âgé de trente-trois ans, luttant dans une grange avec un de ses camarades, est renversé violemment à terre, et l'épaule droite vint heurter contre le sol.

Relevé immédiatement, il éprouve dans cette épaule une douleur assez vive, qui, toutefois, n'empêche pas les mouvements du bras correspondant. Il peut même, avec peine il est vrai, croiser ce membre sur sa poitrine, et porter la main sur sa tête. Cette possibilité des mouvements lui faisant croire qu'il n'existe point de fracture, il se contente d'appliquer sur l'épaule des cataplasmes de farine de graine de lin. Mais la nuit suivante il survient un gonflement considérable et une douleur intense qui le prive de sommeil, et le lendemain, 4 septembre, je suis appelé.

Voici alors ce que je constate :

Gonflement sans rougeur bien marquée de l'épaule droite; pas de déformation; mouvements du bras correspondant possibles, mais gênés et douloureux. Le deltoïde, préalablement mis dans le relâchement, je saisis l'acromion, et lui imprimant des mouvements, il m'est facile de produire dans toute l'étendue de l'épine de l'omoplate une crépitation très manifeste perçue par le malade lui-même.

Ce sont bien là, si je ne me trompe, les signes d'une fracture de l'épine de l'omoplate sans déplacement; aussi ai-je dirigé mon traitement en conséquence; comme celui du malade de M. Demeaux, il fut très simple : les fragments ayant conservé leurs rapports normaux, je me contentai d'appliquer l'écharpe de Mayor, et de plus je prescrivis une application de 15 sangsues et des compresses imbibées d'une liqueur résolutive dans le but de combattre la douleur et le gonflement qui existaient à l'épaule droite. Jusqu'ici tout va pour le mieux; le malade en est au vingt-cinquième jour du traitement, et je me propose de lui enlever son appareil dans une dizaine de jours.

Ch. Marchal, d.-m.-p.

Mondelange (Moselle), 29 septembre 1852.

PRIX D'ARGENTEUIL.

Le rapport de la commission pour ce prix a été inséré dans le dernier numéro du *Bulletin de l'Académie de médecine;* il n'occupe pas moins de 45 pages; nous en extrayons le préambule et les conclusions :

« Malgré la sévérité des jugements que l'Académie a portés jusqu'à ce jour sur les travaux qui lui avaient été adressés, le zèle des compétiteurs ne s'est point ralenti; ces derniers sont au nombre de dix: MM. Blanchard (de Reims), Guillon, Ivanscbich, de Vienne (Autriche), Le Roy-d'Etiolles, Mercier, Missoux (de Fournolles), Pérève, Reybard, Vernbcs (de Béziers) et Wertheimber.

» Parmi ces praticiens, quelques-uns se présentent pour la première fois au concours; plusieurs autres s'y sont déjà honorablement distingués.

» Leurs travaux peuvent être classés en trois catégories: les uns sont relatifs à la lithotritie, les autres à certaines lésions organiques du col vésical; les derniers, enfin, aux rétrécissements de l'urètre.

» Liée par la volonté expresse du marquis d'Argenteuil, votre commission ne peut placer tous ces travaux sur la même ligne, au point de vue du droit qu'ils ont à la munificence du testament. Elle doit, en effet, récompenser d'abord, s'il y a lieu, ceux qui ont pour objet les rétrécissements de l'urètre, et ne couronner les autres qu'en l'absence de perfectionnement apporté à la thérapeutique des premiers. Nous examinerons donc tout d'abord les travaux relatifs aux rétrécissements de l'urètre. »

Vient ensuite l'analyse des travaux de chacun des concurrents.

« En définitive, trois candidats nous ont paru devoir être principalement signalés: ce sont MM. Le Roy-d'Etiolles, Mercier et Reybard.

» Si l'Académie était appelée à récompenser des efforts persévérants, des travaux nombreux et variés, une pratique riche de procédés ingénieux et de modifications utiles, sans doute le nom de M. Le Roy-d'Etiolles devrait sortir victorieux de la lutte; mais s'il est vrai que, par leur ensemble, les travaux de ce chirurgien constituent des titres scientifiques imposants et réels, aucun des perfectionnements qu'il a apportés dans la cure des rétrécissements de l'urètre, isolément considéré, ne peut mériter la récompense instituée par le marquis d'Argenteuil. Par ce motif, votre commission se voit, avec regret, obligée d'écarter ce concurrent.

» L'exposé que nous avons fait des recherches de M. Mercier prouve que, en ce qui regarde les rétrécissements de l'urètre, cet auteur a émis, sur l'étiologie et la nature de ces lésions, des idées d'une haute portée, mais qu'il n'a presque rien ajouté aux ressources connues de la thérapeutique. Ses études sur les valvules musculaires du col de la vessie sont beaucoup plus complètes et présentent un grand intérêt. Toutefois, il s'agit ici d'une lésion qui peut, il est vrai, simuler ou compliquer les rétrécissements de l'urètre, mais qui, au point de vue nosologique, en est essentiellement distincte. C'est pourquoi, tout en rendant justice à ces remarquables travaux, nous ne pouvons les admettre comme répondant au programme formulé par le fondateur de ce concours.

» Le troisième compétiteur dont il nous reste à parler est M. Reybard. Son mémoire sur les rétrécissements de l'urètre se distingue à plus d'un titre: une pensée unique y règne constamment; toutes les idées s'y enchaînent et s'y coordonnent d'une manière irréprochable. On y trouve un point de départ nouveau, basé tout à la fois sur l'anatomie, la physiologie pathologique et l'expérimentation. Enfin, une série de déductions conduisent logiquement l'auteur à rejeter les moyens de traitement connus, et à proposer une thérapeutique nouvelle dont il démontre l'efficacité par des faits nombreux. M. Reybard a réalisé le perfectionnement le plus important pour la cure des rétrécissements de l'urètre.

» Ce travail remplit donc les conditions du programme de ce concours. En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de décerner à M. Reybard, pour la période de 1844 à 1850, le prix institué par la munificence du marquis d'Argenteuil. »

Le procédé de M. Reybard consiste à pratiquer par l'intérieur de l'urètre de profondes et longues incisions dont les bords se cicatrisent isolément. La nouvelle surface qui en résulte, s'ajoutant à ce qui reste de la circonférence des parois de l'urètre, agrandit d'une manière définitive le diamètre de ce canal, ou du moins en reproduit un nouveau, à calibre permanent.

Voici l'instrument au moyen duquel se pratique l'opération :

Les fig. 1 et 2 représentent l'urétrotome avec ses deux bandelettes dilatatrices en acier, C, C, qui écartent les lèvres de la plaie.

Le chirurgien fait saillir la lame D de 2 centimètres environ; il la tire d'arrière en avant, et lui fait parcourir, en glissant dans une rainure, un espace de 4 centimètres au moins, puis il écarte les bandelettes en tournant l'écrou ailé B, B. Les rondelles A A règlent la sortie de la lame et servent de point d'appui pour la faire rentrer dans sa gaîne.

Les fig. 2, 3 représentent un urétrotome simple, dépourvu de bandelettes élastiques et d'un calibre moindre, tel qu'il a été exécuté par M. Mathieu, sur la demande d'autres chirurgiens.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Réveillé-Parise, membre de l'Académie de médecine (section de pathologie chirurgicale), vient de succomber à une longue et douloureuse maladie.

M. Réveillé-Parise avait été longtemps le collaborateur de notre journal; il était un des rédacteurs habituels du *Moniteur* et de la *Gazette médicale*; il avait publié tout récemment un livre intitulé: *Traité de la Vieillesse*, dont nous rendrons compte prochainement. Il est également auteur des trois ouvrages suivants: *Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit*, 2 vol. in-8°; *Études de l'homme dans l'état de santé et de maladie*, 2 vol. in-8°; *Guide pratique des goutteux et des rhumatisants*, 1 vol. in-8°.

— Un congrès général d'hygiène, dans lequel se trouvaient réunis un nombre assez considérable de médecins et de savants appartenant à toutes les nations de l'Europe, s'est réuni à Bruxelles le 20 septembre dernier, et s'est prolongé pendant quatre séances. Les questions suivantes y ont été discutées :

« I. Quelles sont les règles qui doivent présider à l'organisation de l'hygiène publique?

» II. Quels sont les principes et les règles qui doivent présider à l'alimentation spéciale des enfants, de manière à fortifier leur constitution et à prévenir ainsi les vices et les affections qui l'altèrent fréquemment?

» III. Quelles sont les mesures à prendre pour prévenir et réprimer les fraudes et falsifications dans la fabrication et la vente des substances alimentaires (aliments et boissons médicamenteuses)?

» IV. Quelles sont les règles et les conditions applicables aux établissements industriels en général, tant dans l'intérêt de la santé des ouvriers qui y sont employés, que dans celui de la santé publique?

» V. Quelles sont les mesures à prendre pour l'assainissement des quartiers et l'amélioration des habitations occupées par la classe ouvrière et indigente, tant dans les villes que dans le campagnes? Quelles sont les règles à suivre pour la construction de ces habitations?

» VI. Quelles sont les règles à suivre pour l'établissement de bains et de lavoirs publics dans les principaux centres de population et dans les petites villes?

» VII. Quelles sont les règles essentielles qui doivent présider à la ventilation des édifices publics et des habitations particulières, et quels sont les procédés qui paraissent susceptibles d'être spécialement recommandés à cet effet?

» VIII. Quel est le système à suivre pour la construction des égouts publics et des latrines, au triple point de vue de la salubrité, de la sûreté et de la conservation de résidus utiles à l'agriculture?

» IX. Quelles sont les conditions essentielles à observer pour la construction et l'arrangement intérieur des hôpitaux et hospices?

» X. Quelles sont les mesures à prendre pour arrêter les progrès et diminuer les inconvénients et les dangers de la prostitution?

» XI. Quelles sont les règles à suivre pour les inhumations ainsi que pour les cimetières? Quelle peut être l'utilité des dépôts mortuaires, et pour le cas où cette utilité serait reconnue, quel devrait être leur mode d'organisation? »

Nous aurons à revenir sur ces questions quand nous aurons reçu le compte-rendu de ce congrès.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Bretet, chirurgien sous-aide à la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Bernard, chirurgien sous-aide à la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Mulot (L.-F.), chirurgien sous-aide à la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital de Rennes.

M. Fretin, chirurgien sous-aide à la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Dreyfus, chirurgien sous-aide à la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital de Bitche.

M. Senaux (C.-F.), chirurgien sous-aide à la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital de Toulouse.

M. Deschamps, chirurgien sous-aide à la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Lecler, chirurgien sous-aide à la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital d'Ajaccio.

M. Grazietti, chirurgien sous-aide à la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital de Nancy.

M. Malaper, chirurgien sous-aide à la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Bailly, chirurgien sous-aide à la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Dusevel, chirurgien sous-aide à la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

Bulletin bibliographique.

Traité des névroses des voies digestives (gastralgie et entéralgie); par M. Vignes, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des armées en retraite. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c. En vente, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Névrologie ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. Léveillé, dessinateur. — 9e livraison. Paris, 1852, in-4°, figures noires, prix, 5 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Manuel pratique de l'hydrothérapie; par le docteur Lubanski, directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Long-Chênc, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852. Chez Germer-Baillière et chez tous les principaux libraires.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 118. — MARDI 5 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 118. — MARDI 5 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — Paris. — HÔTEL-DIEU (M. Demarquay). Phlegmon gangréneux de la région cervicale. — Mort causée par l'inhalation du chloroforme. — Académie de médecine (addition à la séance du 28 septembre). Discours de M. Ricord sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. — Société de chirurgie, séance du 22 septembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 4 OCTOBRE 1852.

Dix-sept années ont séparé l'épidémie cholérique de 1832 de celle de 1849; quatre ans à peine s'écouleront entre la seconde et la troisième invasion du fléau, qu'il faut s'attendre à voir reparaître au printemps prochain, sa marche devant, selon toutes les probabilités, être ralentie par l'hiver qui s'avance. L'épidémie suit d'ailleurs le même itinéraire qu'en 1832, et l'on pourrait, sans courir risque de se tromper beaucoup, marquer sur la carte les étapes qu'il lui reste à franchir pour parvenir jusqu'à nous.

Que présage pour l'avenir ce retour si précipité? Les populations de l'Europe vont-elles désormais être décimées à courts intervalles? Le choléra va-t-il s'acclimater, élire domicile parmi nous, et prendre rang dans nos cadres nosologiques à côté de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, de nos grandes pyrexies, en un mot? Nul ne saurait répondre avec certitude à ces questions. Tout ce qu'il est permis de dire et d'espérer, c'est que le génie épidémique finira par s'épuiser, et que la maladie deviendra moins grave à mesure qu'elle aura sévi un plus grand nombre de fois. Il faut avouer, néanmoins, que l'invasion actuelle s'annonce comme devant être au moins aussi meurtrière que celle de 1832.

En présence des préoccupations très légitimes que fait naître l'attente du fléau, quels sont les principaux points sur lesquels il convient d'appeler l'attention de la science et de l'administration sous le triple rapport de l'étiologie, de la prophylaxie et de la thérapeutique?

Il est inutile de répéter ici toutes les hypothèses, toutes les idées plus ou moins ridicules qui ont été émises quant à la cause prochaine du choléra. Tous les médecins véritablement instruits savent que cette cause déjouera probablement les investigations de la science, ainsi que le fait celle de la plupart des maladies épidémiques. Deux indications capitales se présentent cependant ici. Il importe au plus haut degré de détruire dans l'esprit des populations la doctrine contagioniste, et de transformer des craintes chimériques et dangereuses en craintes salutaires. Il suffira pour obtenir ce résultat de substituer à la contagion les modificateurs hygiéniques dont l'influence ne saurait être contestée, et dont par un aveuglement singulier, qui n'est que trop fréquent, on s'occupe si peu.

Il existe en France de nombreuses localités que le choléra a deux fois épargnées, en 1849 comme en 1832, bien que sévissant avec violence dans les lieux environnants. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, Bellevue a joui deux fois de cette heureuse immunité, *pas un seul cas de choléra ne s'y est montré;* tandis que Meudon, le Bas-Meudon, Sèvres, Chaville, toutes les communes voisines ont été cruellement décimées. Il faut que les localités privilégiées deviennent l'objet d'une étude approfondie et sérieuse, au double point de vue de la géographie et de l'hygiène. On comprend sans peine toute l'importance d'un tableau qui indiquerait les conditions diverses dont la réunion forme une barrière devant laquelle le fléau est tenu de s'arrêter. Mais pour arriver à un résultat véritablement utile, il faut que les recherches soient complètes et précises; il faut qu'elles soient confiées à des hommes instruits et intelligents, capables, en premier lieu, de déterminer avec soin la constitution géologique du sol à laquelle on attribue la principale influence, de déterminer ensuite la position géographique du lieu (*altitude, latitude et longitude*), la disposition qu'y présentent les cours d'eau, les forêts, l'agriculture et l'industrie, de recueillir des observations météorologiques rigoureuses à l'aide de l'hygromètre, du thermomètre, du baromètre, de la girouette, de l'anémomètre, etc.; enfin d'étudier toutes les questions qui se rattachent à la salubrité publique et à l'hygiène.

Est-il possible de se préserver du choléra? Non, d'une manière absolue; oui, d'une façon relative. Il importe, par conséquent, de mettre de son côté autant de chances favorables que possible. Il serait bon que des instructions claires, concises fussent adressées aux populations, et que l'on combattît à l'avance les erreurs, les préjugés que ne manqueront point d'exploiter à leur profit les charlatans et les industriels. On se rappelle l'énorme et fâcheux abus auquel les *chlorures* ont donné lieu en 1832, et que le *camphre* a fait revivre en 1849.

L'intempérance, les excès alcooliques, les fatigues excessives, le froid humide occupent le premier rang parmi les causes prédisposantes. Les fonctions de l'intestin et de la peau doivent être surveillées avec un soin extrême. Il est fort utile de maintenir la liberté du ventre au moyen de petites doses de calomel, et je suis convaincu que l'hydrothérapie est la plus puissante et la plus efficace prophylaxie que l'on puisse opposer au choléra. J'ai déjà signalé ailleurs ce fait remarquable observé en 1849, à savoir, que pas un des malades soumis à l'action de l'eau froide n'a présenté le plus léger dérangement intestinal, tandis que la cholérine sévissait sur les habitants de Bellevue, et même sur les personnes attachées à l'établissement (voyez *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie,* page 420).

En temps d'épidémie cholérique, il est de la plus haute importance de combattre immédiatement, par un traitement approprié, les troubles qui se manifestent du côté des voies digestives, quelque légers qu'ils soient d'ailleurs. C'est là un précepte qu'on ne saurait assez répandre parmi le peuple, et c'est ici surtout qu'il faut surveiller les manœuvres de la cupidité et de l'aveuglement. M. Raspail, qui remplit les grands journaux politiques de ses recettes infaillibles contre la *rage* et l'*apoplexie foudroyante*, ne manquera pas d'appliquer sa panacée au traitement du choléra, et ses dangereuses promesses trouveront plus de créance que les paternels avertissements de l'administration et de la science! Que de fois n'ai-je pas vu le choléra enlever en quelques heures des malheureux qui pendant quinze jours ou trois semaines n'avaient voulu combattre une cholérine plus ou moins intense que par le camphre, l'homœopathie ou quelque remède de bonne femme!

Les boissons chaudes aromatiques et toniques, les opiacés et les purgatifs salins sont les moyens que l'on emploie avec le plus de succès contre la cholérine; mais on ne saurait recourir indifféremment aux uns ou aux autres, et un médecin instruit peut seul apprécier les indications sur lesquelles doit reposer le choix.

Organiser sur la base la plus large possible le service des hôpitaux et de l'assistance; établir des postes médicaux nombreux; satisfaire à toutes les exigences de la salubrité publique, de la mortalité, etc., ce sont là des devoirs auxquels l'administration ne faillira point, et dont sans doute elle se préoccupe déjà.

Et maintenant vienne le choléra, quel est le traitement qu'il conviendra de lui opposer? A cet égard, il ne faut pas craindre de l'avouer, nous ne sommes pas plus avancés qu'aux premiers jours de l'épidémie de 1832. Quel est le médecin qui pourrait s'en étonner? Le traitement *spécifique* du choléra n'est pas plus facile à trouver que la *cause prochaine*, et celle-ci étant connue, aurions-nous la puissance de l'anéantir? Existe-t-il un traitement spécifique contre la peste, la fièvre jaune, la fièvre puerpérale, etc.? Ne savons-nous pas à quoi nous en tenir sur les prétendus remèdes héroïques qui ont été vantés tour à tour, depuis les sangsues jusqu'au sel marin?

Combattre les symptômes, obéir aux indications, telle a été, telle sera encore la tâche du médecin, et ici nous ne pourrions rien dire qui ne soit connu de tous. Nous signalerons néanmoins une médication qui n'a pas encore été convenablement expérimentée, et de laquelle nous pensons que l'on obtiendrait les effets les plus heureux.

Lorsque la circulation capillaire s'arrête, lorsque le système nerveux est frappé de stupeur, lorsque tous les efforts de l'homme de l'art tendent à provoquer la *réaction*, il y a lieu de croire que l'hydrothérapie sera, de tous les modificateurs connus, le plus puissant et le plus efficace; M. Burguières, qui l'a employée dans quelques cas désespérés, lui a dû des guérisons remarquables, et, pour notre part, nous ne manquerons pas, le cas échéant, de la mettre en usage. L. FLEURY,

Agrégé à la Faculté.

HOTEL-DIEU. — M. DEMARQUAY.

Phlegmon gangréneux de la région cervicale.

Le 21 septembre 1852, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n° 20 (service M. Ph. Boyer), le nommé Jean-Denis Collet, âgé de cinquante-sept ans, exerçant la profession de serrurier.

Cet homme, robuste, d'une constitution éminemment sanguine, se plaint d'avoir vu sa santé s'altérer depuis quelques années.

Une affection cardiaque accompagnée de catarrhe pulmonaire lui laisse rarement un long repos.

Il y a deux jours, sans cause connue, apparut une tumeur sur la partie latérale droite du cou. Depuis, elle a fait constamment des progrès. Voici la description exacte de cette affection lors de l'entrée du malade :

A la droite de la ligne médiane et au-dessous du maxillaire inférieur, se trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, rouge, avec une teinte légèrement bleue. Quand on la presse sous le doigt elle donne la sensation de crépitation qui fait présumer la présence d'un gaz dans les mailles du tissu cellulaire. Quand, par une pression continue, on a déplacé le gaz, on arrive sur une surface résistante, douloureuse, engorgée. Mal circonscrite, la main ne peut pas la déplacer. Elle ne proémine pas dans la bouche; cependant elle gêne la respiration, et surtout la déglutition.

En même temps on observe tous les signes du catarrhe pulmonaire : sonorité du thorax, murmure respiratoire remplacé par des râles humides abondants; expectoration spumeuse, etc. Il existe aussi une affection du cœur qui se traduit par une matité très étendue en avant et de chaque côté du sternum par des bruits cardiaques forts, sonores, irréguliers, intermittents, par le pouls, qui est dépressible, irrégulier, avec des intermittences très fréquentes.

L'état fébrile est modéré. — Le soir, 12 sangsues ont été appliquées sur la tumeur. Aujourd'hui, 15 nouvelles sangsues; cataplasme; diète.

Le 23, la tumeur s'est étendue en haut derrière la branche du maxillaire inférieur; en bas, du côté de la trachée; son volume est au moins double de celui d'hier. Elle présente, au reste, les mêmes caractères physiques. La crépitation est plus évidente; la dyspnée persiste; la déglutition reste difficile. — Cataplasmes; diète.

Le 25, la tumeur a pris des proportions énormes; elle s'étend du maxillaire inférieur jusqu'au niveau de la clavicule. La peau qui la recouvre est fortement œdématiée, d'un rouge transparent avec une teinte bleuâtre. La crépitation se fait sentir sous le doigt sur une très large surface. En un point, une sensation de fluctuation se mêle à celle de crépitation. M. Demarquay pratique une ponction avec le bistouri à cet endroit. Il en sort un pus noir-grisâtre, ayant l'odeur caractéristique de la gangrène, mêlé à de nombreuses bulles d'air en quantité très considérable.

Mêmes signes du côté du cœur et des poumons, avec cette différence que l'expectoration, toujours spumeuse, a une légère teinte rouge, comme si elle était mêlée à un peu de sang. — Onctions avec styrax sur la tumeur; cataplasmes émollients; 2 pots de décoction de quinquina.

Le 27, le soir du délire s'est manifesté; la peau s'est d'abord mortifiée sur le point où l'incision a été faite; la mortification a gagné ensuite de proche en proche en s'irradiant autour du point central. Aujourd'hui le tégument manque sur une surface de 4 centimètres de diamètre. Le fond de cette plaie est noir, sanieux, offrant de nombreux filaments de tissu cellulaire privés de vie, que l'on excise avec soin au-dessus de la plaie. Du côté du maxillaire inférieur, les tissus se sont affaissés, ont perdu de leur rougeur et de leur dureté, sont dans un état sensiblement meilleur. Au-dessous, l'inflammation a dépassé le niveau de la clavicule de 2 centimètres. A ce niveau la peau est rouge, boursouflée et luisante, présentant le phénomène de crépitation observé déjà sur d'autres points. Quelques ponctions pratiquées dans le but de donner issue au gaz laissent échapper du pus sanieux d'une odeur fétide, mêlé à des bulles d'air. Au-dessous de la peau, le tissu cellulaire est frappé de mortification.

Le délire n'a pas cessé depuis avant-hier. Les selles et la miction ne sont plus spontanées; l'expectoration est toujours

abondante, spumeuse, rosée; le pouls est plus fréquent, faible, irrégulier, intermittent. — Même prescription.

Le 28 septembre, la mortification a fait des progrès en surface et en profondeur. Dans ce dernier sens, elle a détruit la peau et le tissu cellulaire sous-jacent, dont il ne reste pas le moindre filament, de telle sorte que la couche musculaire est à nu. On voit parfaitement disséqués les muscles sterno-cléido-mastoïdien, scapulo-hyoïdien, sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien du côté droit. Il est important de remarquer que la gangrène attaque d'abord le tissu cellulaire, et que la peau tombe ensuite au même niveau. Le décollement précède la gangrène des téguments. En surface, la plaie est considérable; elle a 11 centimètres en longueur de droite à gauche, et 5 centimètres de largeur dans le sens vertical. Au-dessus d'elle, vers le maxillaire inférieur, les parties sont revenues à l'état normal, quoique ce soit par là que le mal ait débuté. Au-dessous, la gangrène du tissu cellulaire a dépassé la clavicule; elle arrive jusqu'à la troisième côte, en s'étendant un peu à gauche de la ligne médiane. La peau qui recouvre cette région est rouge, un peu bleuâtre, subissant évidemment les phases de la mortification.

Rien de nouveau du côté des appareils de la circulation et de la respiration. Il y a eu des selles et des urines involontaires. Le délire n'a pas cessé. — On excise avec soin les tissus mortifiés; on applique au cou de la charpie imbibée de vin aromatique; à l'intérieur, on donne le quinquina.

Le 29, le malade succombe.

Autopsie, 24 heures après la mort.

A la région cervicale, on a trouvé les lésions observées sur le malade avant-hier, avec la seule différence que la dénudation des muscles existe sur une plus grande surface, 15 centimètres sur 8. On ne voit aucune communication de la plaie ni avec la trachée, ni avec le pharynx, ni avec l'un des organes de la région.

Le cœur présente une hypertrophie remarquable :

1° Par le volume énorme du viscère;

2° Par l'absence d'altérations anatomiques des orifices et des valvules, et par une proportion exacte entre les cavités et les parois.

Nous avons devant les yeux un exemple rare d'hypertrophie excentrique. (Anévrisme actif de Corvisart.)

Dans les poumons, on rencontre des lésions qui appartiennent au catarrhe. Le lobe inférieur du poumon gauche est le siége d'une congestion sanguine considérable.

BOSCREDON,
Interne du service.

MORT CAUSÉE PAR L'INHALATION DU CHLOROFORME;

Par le docteur MAJER, à Ulm.

Mme W..., âgée de trente-deux ans, de constitution très forte; sauf quelques varices aux jambes et des abcès laiteux aux seins, elle a toujours joui d'une excellente santé.

Le 27 juin, cette femme fit appeler le dentiste Fischer pour se faire extraire une dent. De très bonne heure et n'attendant que la fin de l'opération pour prendre part au dîner qu'on venait de servir, elle se mit sur une chaise, la tête appuyée contre son mari placé derrière elle, pour se faire chloroformer. Elle demanda au chirurgien : Quels sont ordinairement les premiers phénomènes du chloroforme? A quoi celui-ci répondit : Des bourdonnements d'oreilles. Le dentiste verse vingt à vingt-cinq gouttes de chloroforme sur une éponge entourée d'un mouchoir et le place à quelque distance encore (*nitcht allzu grosser nache*) de la bouche et du nez. Après quatre ou cinq inhalations, l'opérateur demande à la femme W... si elle ne ressentait pas encore des bourdonnements d'oreilles; la réponse affirmative fut tremblotante, râlante; en même temps elle étendit fortement ses membres, la face devint bleuâtre, les yeux hagards, la tête et les bras s'affaissèrent; elle était morte.

D'après le récit du mari, le temps entre l'inhalation et la mort fut tellement court, qu'on aurait pu à peine prononcer oui et non.

Des aspersions d'eau froide, l'insufflation de l'air, la compression et les mouvements du thorax, les excitants sur la peau, la titillation de l'arrière-gorge, etc., restèrent sans succès.

L'autopsie fut faite vingt-cinq heures après la mort, par une température de 15 degrés.

Il n'existait ni rigidité, ni odeur cadavériques, sauf les lividités cadavériques assez prononcées et le boursouflement de la face et du cou, il n'y avait pas de signes de putréfaction. En ouvrant la tête il s'écoula beaucoup de sang spumeux; les vaisseaux des membranes du cerveau étaient gorgés d'un sang contenant beaucoup de bulles d'air assez volumineuses pour être roulées sous les doigts.

L'aspect, la consistance du cerveau et du cervelet à l'état normal, mais substance cérébrale manifestement plus riche en sang qu'à l'ordinaire; vaisseaux inférieurs de la dure-mère plus gorgés de sang que les supérieurs.

En incisant la carotide cérébrale et l'artère vertébrale, il s'en écoula du sang peu épais contenant aussi des bulles d'air; en général, tout le sang offrait une consistance ténue et une couleur d'un rouge très foncé. La cavité buccale, le gosier, l'épiglotte, la glotte, à l'état normal, n'étaient ni rouges, ni couverts de mucosités ou d'écume; par contre, la muqueuse de la trachée, depuis le cartilage arythénoïde jusqu'à la bifurcation des bronches, était fortement injectée de sang et d'un aspect bleu-rougeâtre. Les deux poumons, légèrement adhérents aux plèvres, présentaient au tiers supérieur une coloration d'un gris pâle, d'un rouge bleuâtre aux deux tiers inférieurs remplis d'un sang rouge-foncé, spumeux, ténu, sans vestige d'emphysème.

Cœur de grandeur et de position naturelles, d'un rouge grisâtre, de consistance molle, flasque, sèche. Vaisseaux coronaires gorgés d'un sang contenant de nombreuses bulles d'air. Oreillettes boursouflées non pas de sang, mais d'*air*. Pas de vestiges de sang dans l'oreillette droite, dans les deux ventricules; une petite cuillerée dans l'oreillette gauche. Artère pulmonaire, aorte, veines caves, à leur entrée dans le cœur, vides de sang.

Muqueuse de l'estomac fortement injectée; ventricule complétement vide. Foie et reins gorgés d'un sang rouge spumeux. Rate, pancréas à l'état normal. Intestins ballonnés. Le peu de sang que renfermait la veine cave inférieure dégageait continuellement des bulles d'air.

La putréfaction est peu avancée dans l'intérieur du cadavre; on ne perçoit nulle part l'odeur du chloroforme. Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du chloroforme qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé complétement pur.

— Cette observation, reproduite consciencieusement avec tous ses détails, a beaucoup de rapports avec le cas de M. Gorré; elle ne laisse certes pas de doute sur la cause de la mort, évidemment due à une disposition particulière de la victime; car il est impossible de prendre plus de précautions que dans cette circonstance, et nous croyons fermement que cette issue fatale serait arrivée au médecin le plus expérimenté dans l'emploi du chloroforme.

Comment expliquer la formation de ces nombreuses bulles de gaz? De quelle nature est ce gaz? Doit-on lui imputer la mort? Est-il l'effet de la putréfaction? Ce sont là des questions réservées à l'avenir. (*Gaz. méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE.

Discours de M. Ricord sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Messieurs, je voulais ne plus prendre la parole dans la question aujourd'hui en litige; mais je m'y vois encore obligé pour répondre à ce que viennent de dire MM. Gibert et Roux. Je n'ai pas à discuter en particulier ce que M. Gibert a très sagement appelé ses assertions. Elles trouvent leur complète réfutation dans ce que j'ai dit dans mon premier discours.

M. Gibert, qui ne veut pas d'innovations et qui en a donné la preuve dans son *Manuel des maladies vénériennes*, dans lequel il est resté fidèle à tous les anciens errements, semblerait croire, d'après ce que je viens de lui entendre dire des travaux de Fernel, de Botal, de B. Bell, que je n'ai pas connu ou que je me suis approprié ce qu'avaient déjà fait ces maîtres de l'art. Je n'ai pas la prétention d'avoir inventé la syphilis, et personne plus que moi n'est disposé à rendre justice à qui de droit et à reconnaître ce que nous devons à nos prédécesseurs. Mais ce à quoi je prétends, à part ce que j'ai pu faire moi-même, c'est d'avoir remis en lumière, c'est d'avoir fait revivre des vérités, des dogmes qu'on avait perdus et qu'on ne devait plus retrouver dans la route où l'on veut rester.

M. Gibert prétend que si les opinions de l'hôpital du Midi sont différentes de celles qu'on professe à l'hôpital Saint-Louis, c'est qu'à l'hôpital du Midi on ne voit guère que les accidents primitifs de la syphilis, tandis qu'à l'hôpital Saint-Louis la syphilis arrive à ses périodes les plus avancées et avec tout son cortége d'accidents tardifs.

Cette croyance de Saint-Louis, que M. Gibert partage et qui est écrite dans l'ouvrage de M. Cazenave, est entièrement erronée. On pouvait croire cela il y a vingt ans passés. Oui, alors la plupart des maladies de la peau n'étaient pas reçues à l'hôpital du Midi ou étaient renvoyées à l'hôpital Saint-Louis, tandis que les affections plus profondes des os ou des autres organes étaient adressées à d'autres hôpitaux. Mais depuis vingt-deux ans que je suis chargé du service de l'hôpital du Midi, la scène est complétement changée, et je défie qu'on trouve au monde une plus belle, une plus riche collection de toutes les formes, de toutes les périodes des maladies vénériennes ou réputées telles. C'est là où rien ne manque, que tout peut être étudié; tandis qu'à l'hôpital Saint-Louis, le véritable accident primitif faisant toujours défaut, on tire des conséquences sans prémisses.

Maintenant, je ne saurais trop remercier mon illustre maître M. Roux et de la haute sanction qu'il vient de donner à ma doctrine, et pour les deux observations qu'il nous a communiquées. Pour la première, M. Roux m'a fourni lui-même mon argument : « Le diable est si malin! » En effet, comment, sans faire intervenir une malice du diable, comprendre que des végétations, des choux-fleurs que portait ce jeune époux dont nous parle notre maître aient pu transmettre une *belle vérole* à sa jeune femme. Si la jeune femme a eu la vérole, ce dont je ne doute pas, puisque c'est M. Roux qui l'a diagnostiquée, c'est que le diable s'en est mêlé; car s'il y a quelque chose de sûr, de certain en syphiliographie, c'est que les végétations, les choux-fleurs sont ce qu'il y a de plus étranger à la syphilis comme cause, comme conséquence, comme traitement.

La seconde observation de M. Roux, que M. Velpeau ne peut pas refuser, prouve que par un baiser qu'un fils fait à sa mère celle-ci peut contracter un accident syphilitique à la gorge. C'est une femme, nous dit M. le professeur Roux, qui n'a rien autre, et qui ne peut avoir pris la vérole autrement. Maintenant, quelle que soit l'opinion de M. Roux sur la nature des accidents que le fils de cette dame portait à la langue, ce qui n'a pas été déterminé, il admet que la gorge a pu être contagionnée seule, et que la syphilis a commencé par là chez elle. Or, si l'accident de la gorge a été le premier résultat de la contagion, autrement dit l'accident primitif, il devait être contagieux et inoculable à son tour, comme l'ulcération de l'amygdale de l'ami de M. Lindman.

Je reviens à M. Velpeau.

A la rigueur, l'argumentation de M. Velpeau contre moi pourrait se réduire à ceci : ce qui est blanc pour moi est nécessairement noir pour lui, et *vice versâ!* Ce parti pris, nous devrions bien ne pas continuer la lutte; car, assurément, nous n'avons pas la prétention de nous convertir mutuellement.

Voyons cependant ce que M. Velpeau me conteste; nous verrons ensuite ce qu'il prouve et quelles sont ses doctrines.

Et d'abord, mes *lois*, en syphiliographie, l'offusquent, le révolutionnent. Il ne veut pas de lois. Cependant M. Velpeau est trop homme de science et a trop fait pour elle pour supposer qu'il veuille laisser la médecine dans le domaine de l'empirisme, sans préceptes, sans règles. Eh bien! ces préceptes, ces règles, quand ils sont bien établis sur des faits nombreux et convenablement observés, je les appelle lois. Si ce langage vous paraît trop ambitieux dans une science aussi mobile que la médecine, si souvent révolutionnée, je vous en fais volontiers le sacrifice; mais alors vous devriez vous garder de la tendance irréfléchie que vous venez de manifester à faire aussi des lois contraires à l'observation de tous les jours.

Je disais, dans l'avant-dernière séance : Vous ne m'avez pas prouvé cliniquement et expérimentalement que les accidents secondaires fussent contagieux et inoculables; il manque quelque chose, ou beaucoup de choses à tous vos faits, soit au point de vue de l'étiologie, soit sous le rapport du diagnostic.

Que m'avez-vous répondu quand je vous ai dit qu'on ne connaissait pas toujours la source à laquelle on devait rapporter une contagion? Qu'avez-vous opposé aux faits que j'ai rapportés, et dans lesquels le point de départ était ignoré, ou pour lesquels j'ai pu donner quelquefois une explication rationnelle, sans y attacher d'autre importance? Avez-vous pu nier l'existence de ces faits?

Vous avez eu la bienveillante attention de citer une des plus piquantes anecdotes en faveur de la contagion médiate pour contester que du pus de chancre déposé dans le vagin d'une femme infidèle pût transmettre la syphilis à un mari complaisant. Vous croyez cela impossible, malgré les expériences précises de mon savant ami M. Culterier.

On peut, selon vous, impunément se souiller les doigts du pus de chancre, en porter n'importe où, aux yeux ou autre part, sans crainte, sans dangers. L'observation que je vous ai citée d'un chancre de la paupière supérieure, et à laquelle M. Londe veut, en ce moment, que j'ajoute celle du neveu d'un de nos collègues qu'il m'a adressé il y a peu de temps, vous paraît impossible? Après tout, ce sont peut-être de ces faits que vous *reconnaissez*, *mais que vous n'admettez pas*. Ce n'est de votre part qu'une dénégation, pour le plaisir de combattre mes opinions. Je vous sais cependant trop prudent professeur pour mettre les préceptes que vous avez exposés en pratique.

Quand ensuite je vous disais que l'accident primitif peut siéger partout, vous êtes forcé d'en convenir; seulement vous leur défendez l'entrée de la cavité buccale. Là tout, de par vous, doit être secondaire, parce que vous ne comprenez pas comment peut se faire la contagion des accidents primitifs; et cependant vous admettez cette contagion, selon vous-même, bien plus difficile, du sein de la nourrice à la bouche de l'enfant!!!

Pour vous procurer le plaisir de me faire une petite ou une grosse malice, comme vous le dites, vous me prêtez des opinions qui ne sont pas les miennes.

J'ai dit qu'il n'y avait pas de syphilis sans effraction, sans une porte d'entrée, sans un accident primitif précurseur; j'ai dit que la meilleure manière de faire développer le chancre était l'inoculation, que le plus grand nombre des chancres avaient un début mécanique, ce qui est mille fois vrai; mais si vous saviez ce que j'ai dit sur le début du chancre en général, vous y auriez vu tous les autres débuts, et le chancre folliculaire entre autres, et la possibilité, par conséquent, pour le chancre, de se développer partout où ces conditions se trouvent, dans la cavité buccale comme ailleurs; plus rarement, sans doute, dans les parties profondes que dans celles qui sont plus immédiatement exposées, telles que les lèvres et la langue, mais voilà tout.

A ce propos encore, notre collègue nous a dit des choses qui m'ont paru bien étranges, à savoir, qu'il ne comprenait pas comment le pus virulent traverserait toute la bouche pour arriver sur un côté de la langue et sur une amygdale sans infecter le trajet parcouru. M. Velpeau était-il sérieux dans cette objection? J'aime mieux croire que non. Comme aussi pour ce qui a trait au chancre urétral, M. Velpeau vous a dit qu'il ne comprenait pas comment le pus du chancre pouvait s'introduire dans l'urètre. Je ne lui répondrai pas par la théorie de l'horreur du vide, invoquée par les anciens, dans les rapports sexuels, pour expliquer l'infection urétrale; mais je lui dirai : cela se fait par le même procédé qui vous donne la blennorrhagie urétrale, avec seulement une différence dans la cause et dans les effets. Je dirai encore à M. Velpeau, pour le chancre urétral, assez fréquent et d'observation journalière, que s'il n'en voit pas dans le petit nombre de malades qui se présentent à la Charité, j'en vois assez à l'hôpital du Midi, et que ses faits négatifs ne sauraient détruire mes faits positifs, comme il le dit lui-même.

Je cite l'observation d'un enfant affecté d'accidents syphilitiques ayant pour siége les régions génito-anales. Le père, la mère et la nourrice se portent très bien, et je crois, d'après les renseignements qui me sont donnés dans la consultation, qu'on doit attribuer la contagion aux personnes qui touchent habituellement cet enfant, et M. Velpeau ne veut pas de cette explication. Mais si le père, la mère et la nourrice se portent bien; si la mère est vertueuse, d'où vient la syphilis de l'enfant? Que M. Velpeau me le dise; il me prouvera toujours ce que j'ai voulu prouver que des enfants en nourrice pouvaient contracter par d'autres personnes des accidents syphilitiques alors contagieux, et qui dans tous les cas n'empêchaient pas la nourrice d'être malade de son côté et pour son compte.

M. Velpeau, qui n'*admet* la contagion du chancre que dans les rapports bibliques, ce qui fait honneur à son caractère, ne veut pas qu'un mari vicieux, affecté de chancre à la verge, obéissant à un préjugé que M. Velpeau doit connaître et ayant eu des rapports *à prepostera venere*, ait communiqué un chancre de la partie inférieure du rectum à sa femme, chez laquelle le premier accident a débuté par là et a été suivi *dans le temps voulu* des manifestations secondaires. Que M. Velpeau nie encore ce point de départ de la syphilis chez cette dame, il peut le faire; mais si je me suis trompé, il me donne encore raison en convenant que le point réel de départ des accidents syphilitiques et les conditions de la contagion ne sont pas toujours faciles à trouver; car il ne nous a pas dit qu'il admettait la sypbilis spontanée ou la sypbilis générale d'emblée sans une première manifestation, ce qui me mettrait encore plus à l'aise.

M. Velpeau ne veut pas que du pus de chancre déposé n'importe où et appliqué ensuite sur des surfaces disposées à en recevoir l'action puisse agir. Les observations de Fabrice, les observations de Fallope, de Hunter et toutes celles qui ont suivi lui paraissent naïves. Du pus de chancre déposé sur des draps de lit, sur la lunette de lieux d'aisance, un instrument souillé de pus virulent ne peuvent transmettre la maladie! Et vous osez professer de pareils principes, vous dont les justes prétentions encyclopédiques ne vous permettent pas d'ignorer que l'inoculation artificielle se fait avec une lancette, une épingle, un bistouri, un rasoir si vous le voulez, chargés du pus virulent volontairement ou accidentellement.

Vous trouvez que j'ai tort d'attribuer à un contact de ce genre un chancre développé sur le dos d'un de mes malades, chancre dûment diagnostiqué et suivi régulièrement des accidents secon-

daires *dans le temps voulu*. Mais le hasard veut qu'en ce moment je donne des soins à un monsieur étranger que vous avez vu et sur lequel vous avez diagnostiqué un ulcère syphilitique du *dos*, et pour lequel vous avez prescrit un traitement mercuriel. Or, ce monsieur n'*ayant jamais eu d'autre accident*, en supposant que vous n'eussiez pas fait d'erreur de diagnostic, comment cet ulcère se serait-il produit ?

Par une confusion que je ne comprends pas, vous m'avez attribué une opinion de M. Cazenave que j'ai combattue et qui veut que tout individu affecté d'un accident vénérien quelconque soit une sorte d'*outre virulente* qui permette de faire sortir le virus et de déterminer un accident virulent partout où on fait une simple piqûre ! Je vous cite une observation qui, mal analysée, pourrait faire admettre une aussi grossière erreur, celle d'une femme chez laquelle des piqûres de sangsues aux environs d'une malléole se transforment en chancres, mais qui portait dans ce moment des chancres inoculables à la vulve.

Pour preuve que tout cela est le résultat d'une contagion, d'une inoculation accidentelle, je fais mettre d'autres sangsues à la malléole du côté opposé, et aucun accident ne survient cette fois, parce que j'ai le soin de garantir les piqûres de tout contact, et cette observation vous paraît contestable. Mais cette même expérience ne la failes-vous pas tous les jours avec les mêmes résultats ? Toutes les saignées que vous pratiquez, toutes les sangsues que vous appliquez à des individus affectés d'accidents primitifs se transforment-elles en chancres ? Non, jamais, à moins qu'elles ne soient souillées après coup, comme cela a dû arriver dans les observations de M. Simon, de Hambourg, dignes d'un autre siècle. L'observation journalière enseigne, au contraire, et ceci est important pour la pratique, que chez des malades affectés de chancres encore à l'état d'accidents locaux on peut pratiquer toutes sortes d'opérations sans danger, pourvu que ce soit au delà de la sphère d'activité virulente des accidents primitifs et qu'on garantisse les plaies de toutes souillures.

Je passe à une autre opinion de M. Velpeau, à un autre argument. M. Velpeau semble admettre, avec raison cette fois, que pour qu'une contagion ait lieu, il faut qu'une surface malade soit appliquée sur une surface saine et pendant un temps assez long. Eh bien ! par ce procédé que j'accepte, il élague les trois quarts des observations de nourrissons qui n'avaient que des accidents des organes génitaux, de l'anus, des fesses, etc., comme dans l'étonnante observation que M. Raciborski a communiquée mardi passé à l'Académie de médecine.

Dans cette observation de M. Raciborski, que vous vous rappelez, sans doute, on trouve que la nourrice n'a que des plaques muqueuses à l'anus, rien autre part, et on conclut qu'elle a été infectée par son nourrisson ! Je voudrais bien que M. Velpeau m'expliquât par quel genre de contact prolongé cette contagion a pu s'effectuer. C'est la même histoire que je vous ai déjà reppelée de la nourrice de Waller, et que M. Velpeau admet. Mais je ne vois pas comment il n'admettrait pas cela, lui qui croit, avec M. Babington, qui a au moins pour excuse les mœurs anglaises, qu'un homme qui n'a rien peut donner du mal à sa femme, parce qu'il a vu longtemps avant, dans un voyage, une autre femme dont on ne sait pas l'état de santé, et qu'il ne devient malade qu'après que des accidents se sont montrés chez sa femme depuis plusieurs jours.

Depuis ces débats, de nouvelles observations de transmission d'accidents secondaires de nourrissons à nourrices ont été adressées à M. Velpeau par M. le docteur Bardinet, de Limoges, homme distingué et méritant toute confiance, mais dont le nom, quel qu'il soit, ne suffit pas pour le mettre, plus que tout autre, à l'abri des erreurs si faciles dans cette obscure question. J'espère, en examinant ces observations, quand elles seront connues, qu'on trouvera quelque chose de plus en leur faveur, que la preuve que nous donnait notre collègue, de la vertu de la nourrice dont il a choisi l'observation. Cette preuve consistait en ce que cette femme était allemande et qu'elle ne parlait pas français, ce qui devait, à coup sûr, dispenser d'un diagnostic précis des accidents de l'enfant, et de chercher, si elle n'avait pu contracter la syphilis autrement que par l'allaitement, comme chez la malade de M. Raciborski.

J'arrive à l'hérédité, comme preuve que les accidents secondaires sont contagieux.

M. Velpeau vous a dit que ma réfutation n'était pas digne de moi. Je répondrai à M. Velpeau que l'explication qu'il a donnée de l'influence de l'hérédité dans la syphilis n'est pas digne de lui. Il a évidemment oublié comment se développent les accidents chez les enfants par voie d'hérédité, les formes diverses qu'ils peuvent affecter, les époques plus ou moins tardives de leur apparition ; s'il s'était souvenu de tout cela, il aurait vu que, pour la syphilis comme pour les autres maladies héréditaires, il y a une disposition transmise des parents aux enfants, avec une différence, sans doute, qui fait que la syphilis héréditaire n'est pas le cancer ou l'affection tuberculeuse. Mais M. Velpeau ne nous a-t-il pas dit qu'il n'était pas loin de considérer le cancer, la phthisie, et presque toutes les maladies, comme étant contagieuses ? Il m'a semblé même qu'il avait comparé l'allaitement aux rapports qui existent, dans la vie intra-utérine, entre le fœtus et sa mère. Il est vrai qu'avec un peu de bonne volonté on peut trouver des ressemblances plus éloignées.

Maintenant, messieurs, vous parlerai-je de ce que veut et de ce que ne veut pas M. Velpeau ; et de ce que les faits m'ont appris à vouloir, à mon tour, ou à rejeter.

Je vais un instant sortir de la question, mais ce n'est pas ma faute, c'est M. Velpeau qui en est sorti le premier et qui m'oblige à le suivre.

M. Velpeau, qui ne veut pas de lois, décrète que la blennorrhagie, sans chancre, donne lieu à la syphilis constitutionnelle.

Mes faits, à moi, me défendent cette croyance, qui conduit à toutes sortes d'erreurs de diagnostic et à l'abus des médications mercurielles, dont nous sommes heureusement revenus.

M. Velpeau décrète que le chancre induré, *dûment diagnostiqué*, n'est pas accompagné d'une adénopathie spéciale, et n'est pas fatalement suivi d'accidents constitutionnels.

Les faits m'imposent une autre croyance.

M. Velpeau décrète qu'on doit confondre tous les chancres, toutes les adénopathies, lui qui a visé et failli atteindre la précision germanique en ophthalmologie.

Les faits m'obligent à établir de grandes et importantes distinctions.

M. Velpeau décrète qu'il n'y a pas de terme pour l'apparition des accidents de la syphilis secondaire, ce qui devrait logiquement l'empêcher de savoir à quel accident primitif plutôt qu'à tel autre il peut rapporter ces accidents, et d'affirmer que les chancres indurés ne sont pas suivis d'accidents généraux, puisque le temps d'apparition est illimité.

Moi qui obéis au code pénal de la syphilis jusqu'à ce qu'il soit réformé, je suis forcé d'accepter les condamnations à temps *bien déterminé*, quand les traitements n'ont pas amené de circonstances atténuantes.

Enfin, par un dernier décret, M. Velpeau veut que les accidents secondaires soient contagieux et inoculables.

Moi j'attends sans système que les faits m'imposent cette croyance.

Jusque-là, puisque M. Velpeau n'a pas cassé les vitres de ce qu'il a si poétiquement appelé mon palais de cristal, il pourra voir à l'exposition de l'hôpital du Midi, dans la division de M. Puche et dans la mienne, tout ce que la syphilis peut produire au dix-neuvième siècle.

Une aile de ce palais, qui a une autre distinction, exposera sans doute un jour ses produits secondaires, et les soumettra, j'espère, à un jury choisi dans cette Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 septembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Luxation de l'humérus.

M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, communique à la Société une observation de luxation de l'humérus réduite au cinquante-sixième jour par le procédé du talon.

M. R..., ingénieur des ponts et chaussées, fait le 8 juillet 1852 une chute sur le bras étendu pour atteindre une personne qui fuyait.

La luxation était sous-coracoïdienne.

Une tentative de réduction eut lieu le jour même de l'accident. On pensa qu'elle avait abouti, de sorte que ce ne fut qu'au cinquante et unième jour de l'accident qu'on reconnut à n'en pas douter que la tête de l'humérus était toujours luxée. Le fait fut constaté par plusieurs chirurgiens très distingués et placés à la tête de services de chirurgie dans un grand hôpital.

Ces honorables confrères eurent recours au chloroforme et à l'emploi des moufles jusqu'à ce que l'aiguille du dynamomètre marqua dans trois tentatives différentes 90, puis 100, puis 140 kilogr. Après quoi, le bras étant toujours luxé, le malade nous fut adressé par l'un d'eux.

A l'examen du membre luxé, nous constatons l'existence de la luxation sous-coracoïdienne du côté gauche avec cette particularité que le coude s'éloigne beaucoup moins du thorax que cela n'a lieu dans la luxation récente. De plus, le membre est considérablement tuméfié, surtout aux environs du coude, et excessivement douloureux. Dans les vingt-quatre heures qui précèdent la nouvelle tentative de réduction, un bandage compressif bien appliqué est placé sur le membre.

Le 1er septembre, cinquante-sixième jour après l'accident, nous procédons à la réduction de la manière suivante :

Le malade est couché tout à fait horizontalement sur une table peu élevée. Il est soumis à l'inhalation du chloroforme jusqu'à la période caractérisée par ce que nous appelons l'état cadavérique des paupières. Des lacs mouillés sont appliqués sur la partie inférieure du bras et sur le poignet.

On fait alors exécuter au membre, converti par la flexion de l'avant-bras en une espèce de levier coudé, des mouvements de rotation en dedans et en dehors dans une très grande étendue. Pendant ces mouvements, on perçoit d'une manière bien nette des craquements qui paraissent indiquer la rupture des adhérences.

C'est après ces manœuvres préparatoires que le procédé du talon est appliqué. Une première et une seconde tentative échouent ; à la troisième, la tête de l'os rentre dans la cavité glénoïde et le membre reprend sa conformation normale.

Une fois la réduction obtenue, on place un coussin dans l'aisselle et on assure l'immobilité du membre au moyen d'un appareil à fracture de la clavicule.

La douleur et la tuméfaction furent combattues les jours suivants par des ventouses scarifiées placées au nombre de plus de 40 en quinze jours.

On insiste auprès du malade pour qu'il reste un mois à cinq semaines avant de se servir de son bras. Quand en pareille circonstance les mouvements sont repris prématurément, la capsule devient très vaste et les mouvements du membre perdent de leur *précision*.

Quoique les tentatives faites avec les poulies fussent restées sans succès, elles ont peut-être préparé le résultat définitif de l'emploi du talon. C'est là du moins ce qu'on a cru pouvoir déduire de la facilité avec laquelle se déchiraient les adhérences au moment des manœuvres rotatoires imprimées à l'articulation. On est, en effet, obligé d'admettre ou bien que des adhérences de cinquante-cinq jours d'origine n'offrent presque aucune résistance quand la résolution musculaire est complète, ou bien que, les premières adhérences ayant été rompues au cinquante-cinquième jour, celles qui cédaient si facilement au cinquante-sixième étaient de formation tout à fait récente. Cette dernière supposition nous paraît la plus vraisemblable.

— M. DANYAU, au nom de la commission nommée pour aller visiter M. Cullerier, annonce que l'état de la santé de cet honorable membre de la Société ne lui permet pas encore d'assister aux séances. Un congé est accordé à M. Cullerier.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Alquié, de Montpellier, assiste à la séance.

Présentation de malades.

M. DEMARQUAY présente à la Société un malade de son service affecté d'anévrisme poplité. Il donnera plus tard à la Société tous les détails nécessaires sur cette observation.

— M. le professeur GERDY présente un malade chez lequel il a enlevé une tumeur cancéreuse du sinus maxillaire ; le plancher et le bord antérieur et inférieur de l'orbite gauche étaient détruits, ainsi que le nerf sous-orbitaire ; néanmoins la sensibilité à la douleur, aux piqûres persiste dans toute la joue. Dans certains points peut-être elle est un peu altérée, affaiblie ou moins précise, mais nulle part elle n'est entièrement paralysée. Les membres de la Société qui ont examiné ce malade reconnaissent sans contestation la persistance de la sensibilité dans la joue gauche. (Cet homme, chez lequel la maladie a récidivé, est celui dont M. Gosselin parlait dans une des dernières séances.)

— M. MARJOLIN. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade âgé de vingt-quatre ans, affecté d'une tumeur blanche du genou datant de cinq ans. Ce jeune homme habite un pays humide dans les environs du Havre. Sa constitution, comme vous le voyez, est loin de sembler affaiblie ; il n'a jamais eu aucune affection rhumatismale ou vénérienne, ni aucun engorgement scrofuleux. Il y a environ cinq ans, sans aucune cause appréciable, il sentit un craquement dans le genou droit. A dater de ce moment, l'articulation devint douloureuse, se tuméfia, et force fut au malade d'interrompre pendant quelque temps ses travaux. Du repos, quelques sangsues sur le genou et l'emploi de cataplasmes émollients constituèrent tout le traitement. A aucune époque il n'a été fait usage soit de vésicatoires, de moxas ou de raies de feu. Lorsque le malade reprit ses occupations, l'articulation du genou avait perdu sa mobilité, la jambe était étendue sur la cuisse ; cependant, malgré cette infirmité, il marchait et pouvait se livrer à tous les travaux de l'agriculture sans éprouver beaucoup de douleurs. Malgré la déformation considérable de l'articulation et l'hypertrophie bien manifeste des parties molles ou osseuses, les symptômes inflammatoires ont passé en quelque sorte d'une manière inaperçue. Rarement le malade a interrompu ses travaux. Mais depuis cinq mois il s'est manifesté une nouvelle complication. A la suite d'une course un peu longue, la jambe a commencé à se fléchir sur la cuisse, et l'articulation est devenue un peu sensible. Cette nouvelle position du membre gêne beaucoup le malade, qui ne peut plus marcher autrement qu'avec une béquille. Dans cette circonstance, je demanderais à ceux de nos collègues qui voudront bien examiner le malade quelle marche il faut suivre. Vaut-il mieux, dans l'état actuel, qui paraît peu inflammatoire, procéder lentement, graduellement à l'extension du membre, ou le ramener brusquement à sa rectitude normale par les moyens en usage aujourd'hui ?

M. ROUX. Je crois que notre confrère doit, dans ce cas, suivre franchement son impulsion, en ayant le soin d'observer attentivement les complications qui surviendraient pour les combattre.

M. GERDY. Il arrive souvent que les tumeurs blanches qui guérissent se terminent par l'ankylose de l'articulation affectée ; mais j'ajouterai que le plus habituellement ce ne sont pas de véritables ankyloses, ce sont des ankyloses incomplètes. Si actuellement le genou malade n'est pas le siége d'une inflammation trop vive, il faut le redresser. J'ai souvent, de cette manière, obtenu de bons résultats. Avant tout, ce qu'il faut éviter, c'est de laisser l'articulation prendre une forme gênante pour le malade.

Avant d'en venir à un parti extrême, il faut employer tous les moyens ; et à ce sujet je rapporterai le fait suivant :

Un malade avait été amputé d'un membre pour une tumeur blanche ; au bout de peu de temps une autre tumeur blanche se manifesta au coude ; des abcès survinrent, puis des hémorrhagies. L'épuisement était extrême ; une seule chance restait, l'amputation ; je la proposai timidement au malade, qui s'y refusa et sortit de l'hôpital. J'ignore ce qui fut fait depuis ; mais deux ans après je fus très étonné de retrouver mon malade à la Charité, ayant conservé son coude.

Lorsque les articulations ne sont déformées que par la rétraction des tissus fibreux, il arrive souvent qu'elles reprennent leur forme normale lorsque cette rétraction a cédé par suite de l'emploi de l'extension ou des antiphlogistiques. Cette rétraction cède avec autant de promptitude qu'elle se produit. Cela se voit souvent pour l'articulation de la mâchoire. Les paupières, dans leur occlusion, présentent un phénomène analogue.

M. ROBERT. Je partage entièrement l'avis de M. Gerdy sur les avantages que l'on peut retirer de l'extension. Je crois que c'est un moyen dont on use trop peu. J'ai vu chez deux femmes la flexion de la cuisse tellement prononcée que le talon touchait la tubérosité de l'ischion ; je priai notre honorable confrère M. Bouvier de venir dans mon service, et pendant que les malades étaient chloroformées on procéda à l'extension : les douleurs cessèrent de suite.

Tout récemment encore j'ai vu un homme dont la jambe était fortement fléchie sur la cuisse ; il y avait de la douleur ; l'extension fut pratiquée avec succès.

Il me semble que la chirurgie devrait agir avec plus de hardiesse dans ces cas ; car on ne peut pas se dissimuler que quelquefois des manœuvres faites par des gens inexpérimentés n'ont été suivies d'aucun accident.

M. DEGUISE fils. Je crois que M. Robert a été trop loin en accordant que souvent ces manœuvres sont innocentes. Loin de là, plusieurs fois j'ai été à même de constater des accidents tellement graves, qu'il a fallu recourir à l'amputation. Au nombre des faits dont j'ai été témoin, je pourrais citer le fils de l'économe de la maison de Charenton. Comme beaucoup de personnes, la mère, lassée de voir une maladie se prolonger, alla consulter une personne étrangère à la médecine, qui fit si bien, qu'il fallut peu de temps après amputer le pied.

M. GUERSANT. Je partage aussi l'opinion de plusieurs de nos collègues sur l'opportunité de l'extension en se servant du chloroforme ; et si plus tard des accidents survenaient, il ne faudrait pas hésiter à employer une méthode énergique.

M. MARJOLIN. Tout en remerciant ceux de nos collègues qui ont bien voulu, dans ce cas, m'aider de leurs conseils, je dirai que la plupart des réponses me laissent encore dans le doute. L'affection dont il s'agit est une affection complexe ; non-seulement les os qui concourent à former l'articulation sont malades, mais il semble qu'il existe à la partie interne de l'articulation un corps étranger assez mobile. Mon but en consultant la Société était de savoir quelle était, dans cette circonstance, la méthode la plus avantageuse, ou de l'extension lente, ou de l'extension brusque, comme on l'a proposée dans ces derniers temps ? Je suis étonné qu'on ait sitôt perdu de vue les accidents immédiats qui ont accompagné les premières tentatives d'extension brusque faites à une autre époque. Pour ma part, j'ai toujours cru que l'extension lente graduée était préférable. C'était sur ce point de la question que je désirerais avoir un avis bien précis.

Quant aux guérisons des tumeurs blanches en général, avant de se prononcer sur leur validité, il faut laisser écouler un laps de temps assez considérable, autrement on risque de commettre une erreur. Tout récemment encore, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai eu occasion de pratiquer avec succès deux amputations de cuisse pour des tumeurs blanches datant de plusieurs années et qu'on croyait guéries. Dans un cas où il existait une flexion très prononcée de la jambe sur la cuisse, j'étais parvenu, à force de soins, à rendre au membre sa rectitude naturelle. Dans les derniers temps, un appareil dextriné avait été appliqué, et je croyais avoir atteint ce but, lorsque tout d'un coup des accidents se manifestèrent sans cause connue, des abcès survinrent ; en vain j'essayai, en désespoir de cause, les injections d'iode ; je dus, pour sauver le malade, recourir à l'amputation.

A l'examen du membre, je reconnus que jamais il n'avait pu exister de véritable guérison ; les désordres de toute nature étaient trop considérables ; j'avais été témoin d'une période de répit, et rien de plus.

Aussi, en terminant, je crois qu'il serait à désirer 1° que l'on voulût bien s'expliquer sur la nature des affections articulaires qui avaient nécessité l'extension ; 2° faire connaître quelle avait été la durée réelle de la guérison.

Pour ma part, je ne connais qu'un cas bien réel de guérison de tumeur blanche du genou, qui a eu lieu après une extension

lente. C'était chez une jeune fille placée dans le service de mon père, à Beaujon ; il y a de cela actuellement vingt ans, et la malade jouit d'une bonne santé.

Suite de la lecture du mémoire de M. le professeur Roux sur les anévrismes.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. le professeur Roux s'est attaché particulièrement à mettre en relief un des accidents qui compliquent le plus souvent la ligature des artères, les hémorrhagies consécutives. Cet accident peut dépendre de la nature de l'opération et de la manière dont elle a été pratiquée, ou même du procédé mis en usage.

Mais avant tout il faut bien distinguer le siége des hémorrhagies ; ainsi les unes s'observent au lieu même de la ligature, les autres dans un point plus ou moins éloigné.

Pour bien saisir les principales différences qui existent entre les hémorrhagies consécutives, il faut tenir compte de toutes les circonstances qui se rattachent à la ligature.

C'est dans l'application de la méthode de Hunter qu'on est le plus à même de juger la valeur des procédés. Quant aux hémorrhagies consécutives, et malgré le grand nombre d'expériences faites sur des animaux et le nombre considérable d'observations cliniques, les chirurgiens sont encore très divisés d'opinion.

M. Roux n'ajoute pas une très grande confiance aux expériences faites sur les animaux vivants.

Il se plaint de ce qu'on manque encore aujourd'hui d'éléments pour traiter la question. Le jour où l'on aura sous les yeux un nombre suffisant de faits pour les comparer, on aura un des éléments les plus précieux pour fixer la science sur ce sujet.

M. Roux apporte un contingent considérable, et toutes ses observations ont un caractère d'unité bien précieux pour établir une statistique. Depuis 1814, où il fit sa première opération par la méthode de Hunter, il n'a jamais dévié de cette voie ; constamment il a suivi le procédé de Scarpa.

Malgré les nombreuses occasions qui se sont offertes dans sa pratique, il n'a pas voulu essayer les autres méthodes pour connaître leur valeur respective ; il a repoussé constamment la ligature avec un fil unique.

Si M. Roux eût partagé en trois ou quatre séries le nombre de ses opérations, son résultat n'aurait pas la même importance. Ce n'est pas de prime abord qu'il s'est pris d'une prédilection exclusive pour cette méthode, c'est par degrés qu'il a été conduit à persister dans un voie marquée par plusieurs succès obtenus par Boyer, et ces succès contribuèrent à vulgariser la méthode de Hunter et de Scarpa.

Il n'est pas ennemi du progrès ; mais il a peine à abandonner ce qu'il croit être bon. Son exemple nous apprend à être réservés dans les changements.

Relativement aux hémorrhagies ayant leur source au lieu même où l'artère a été liée, M. Roux a eu aussi des insuccès. Sur le nombre de 66 cas opérés par le procédé de Scarpa dans la méthode de Hunter, il faut défalquer un certain nombre de cas, dans lesquels le sphacèle ou d'autres accidents n'ont pas permis d'observer complètement l'effet des ligatures sur l'artère elle-même ; déduction faite de ces cas, il en reste encore 57, sur lesquels le séjour de la ligature a été assez prolongé pour qu'on pût bien en connaître les avantages ou les inconvénients. Six seulement ont eu des hémorrhagies consécutives. Cinq fois l'hémorrhagie seule a compromis la vie des malades ; une fois seulement elle a coïncidé avec d'autres accidents graves. Un seul malade a survécu à ces hémorrhagies. Chez lui la ligature était tombée le vingt-deuxième jour, et l'hémorrhagie eut lieu le trente-quatrième.

Y aurait-il plus d'avantages à pratiquer autrement la méthode de Hunter ? C'est une question que pose M. Roux. Il a apporté son contingent ; il veut que les autres chirurgiens en fassent autant ; car on n'arrivera à la solution de cette question que par l'examen d'un grand nombre de faits.

Comme complément de son travail, M. Roux a donné quelques-unes des observations qui lui sont propres.

La première dont il a fait mention est une observation bien importante. Il s'agit d'un anévrisme inguinal qui a donné lieu à une erreur de diagnostic.

Ce fut à l'hôpital du Midi, en 1816, que le fait fut observé. Cullerier, qui était alors à la tête du service chirurgical, observa la maladie sur une femme de cinquante-sept ans. La tumeur, qui était mal circonscrite, était située dans la région inguinale droite. Les renseignements qui furent donnés par la malade étaient nuls ; l'inflammation qui avait envahi depuis peu les téguments contribua à favoriser l'erreur. Le mal ayant fait quelques progrès, une fluctuation sourde s'étant manifestée au centre de la tumeur, il fit une ponction avec un bistouri étroit. Après quelques cuillerées de pus, du sang artériel mêlé de caillots s'échappa. Sur-le-champ la compression fut faite, et Cullerier, ne voulant pas dans ce cas s'en rapporter à ses propres lumières, envoya de suite quérir Boyer à la Charité. M. Roux l'accompagna.

Lorsqu'ils arrivèrent, l'hémorrhagie était arrêtée par l'appareil. Faute de comprimer l'aorte, on comprima l'iliaque. La tumeur avait repris son volume. Le seul parti à prendre pour sortir de toute incertitude, c'était d'agrandir la plaie. Ceci fait, on reconnut qu'on était dans un sac anévrismal. On débarrassa les caillots, et alors on vit au fond le sang artériel arriver ; mais il était impossible de pouvoir préciser le point qui lui donnait passage. La malade était dans des conditions générales très fâcheuses, et on ne pouvait se dissimuler que, quelque parti qu'on prît, il n'y eût de grandes chances d'insuccès.

M. Roux nous donne ici le récit de la consultation qui eut lieu. Son avis était de lier l'artère iliaque externe ; il se fondait sur ce qu'il avait observé en Angleterre. Cullerier et Boyer fermèrent l'oreille à sa proposition, ainsi qu'à la proposition d'agir suivant l'idée de Scarpa, en profitant de l'ouverture faite au sac pour engager deux ligatures sous l'artère malade, et s'en servir pour l'embrasser au-dessus et au-dessous de l'ouverture de communication. Boyer, dans cette mémorable circonstance, crut qu'il fallait se contenter d'arrêter le cours du sang dans l'artère par une compression forte et soutenue. En conséquence, un tamponnement méthodique, fait avec de petits disques d'agaric et des boulettes de charpie, fut exercé sur le fond de la poche anévrismale, de façon toutefois à agir principalement sur l'artère crurale. Le tout fut maintenu à l'aide d'un spica. Cette opération, qui avait été faite en désespoir de cause, mais dont les suites furent surveillées avec la plus grande sollicitude, fut suivie d'un succès inespéré.

L'appareil ne fut levé que le vingtième jour ; tout l'intérieur du sac était en pleine suppuration. Ce ne fut que lentement que la plaie entra dans la voie de la cicatrisation. Au bout de la dixième semaine la guérison était complète. Cette malade, étant sortie de l'hôpital, cessa d'être soumise à une observation régulière, et a même été entièrement perdue de vue.

Après ce fait si remarquable et si instructif sous tous les rapports, M. le professeur Roux a cité la première de ses opérations faite suivant la méthode ancienne. C'était en 1808 ; à cette époque il était encore à l'hôpital Beaujon, lorsqu'on lui adressa le nommé Charlet Grelet, cordonnier, et caporal de sapeurs pompiers, comme atteint d'anévrisme poplité. Depuis quelque temps le membre était devenu œdématié ; le malade y éprouvait des crampes douloureuses ou de l'engourdissement, hien que M. Roux eût, comme il le dit, un penchant bien prononcé pour la méthode de Hunter : il se décida pour le procédé le plus généralement adopté en France, l'opération par l'ouverture du sac.

Il craignit de heurter l'opinion générale. Deschamps, Boyer, Dupuytren assistaient à cette opération. Tout étant disposé, le malade couché sur le ventre, l'artère crurale étant comprimée à l'aide d'un tourniquet, la tumeur fut mise à nu dans l'étendue de vingt centimètres ; le nerf sciatique, qui était déjà un peu aplati, fut soulevé et écarté vers le bord externe. M. Roux insiste sur cette précaution, ainsi que sur la nécessité d'inciser largement les parties molles et le sac, pour rendre l'opération moins pénible. Aussitôt le sac ouvert, une grande quantité de sang et de caillots s'échappa ; au fond de la plaie existait une ouverture frangée qui était le point de communication de l'artère avec le sac. Une sonde de femme fut introduite pour faciliter la ligature, et deux ligatures rubanées furent successivement portées au-dessus et au-dessous à l'aide de l'aiguille de Deschamps. Les deux ligatures d'attente au-dessus et au-dessous ne furent pas serrées. Toutes les précautions convenables furent ensuite prises pour assurer le succès de l'opération. Tout se passa pour le mieux. La ligature supérieure tomba le onzième jour, et la ligature inférieure le treizième ; quelques jours après, les ligatures d'attente furent retirées. La cicatrisation était complète le soixantième jour. Pendant quelque temps, il resta encore un peu de roideur dans le genou ; mais au bout de quelques mois, le malade put reprendre ses occupations et son service habituels.

C'est à l'occasion de cette observation d'anévrisme poplité guéri par l'emploi de la méthode ancienne que M. Roux fait ressortir tous les avantages de la méthode d'Anel, tirée de l'oubli à la même époque par Hunter et Desault.

Vient ensuite une autre observation d'anévrisme de l'artère crurale traité par la méthode ancienne.

Au mois de mai 1826, le nommé Michel Berthaud, charpentier, entra à la Charité pour un anévrisme de l'artère crurale. Cet homme, qui connaissait toute la gravité de sa position, avait quitté l'Hôtel-Dieu parce qu'il avait vu Dupuytren, à plusieurs reprises, témoigner à son lit de l'incertitude sur le meilleur parti à suivre. La tumeur était située à la partie supérieure de la cuisse, et devait être très rapprochée de l'origine de l'artère profonde. Cette circonstance rendait le choix des méthodes difficile, car chacune avait ses avantages et ses inconvénients. Tout bien considéré, et d'après l'avis de Boyer, la méthode ancienne fut regardée comme plus favorable dans cette circonstance pour faciliter le rétablissement de la circulation : l'événement vint justifier les prévisions des deux chirurgiens de la Charité.

M. Roux, qui pratiqua cette opération, croit que c'est la dernière de ce genre qui ait été faite à Paris pour un anévrisme spontané ou pour un anévrisme faux consécutif. Il fait remarquer à ce sujet que, tandis que dans le traitement de ces deux sortes d'anévrismes la ligature après l'ouverture du sac est la méthode exceptionnelle, la même opération, légèrement modifiée, est presque la seule applicable à l'anévrisme variqueux et à la varice anévrismale. La compression fut faite, cette fois, par un aide qui se servait d'une pelote ; la tumeur fut incisée couche par couche : toutes les précautions usitées furent suivies. Deux ligatures rubanées furent placées au-dessus et au-dessous, comme dans le cas précédent. Les deux supérieures furent serrées de manière, non pas à étrangler l'artère, mais à l'aplatir sur un petit corps cylindrique ; pour la ligature inférieure, il n'y eut pas d'interposition de corps étranger. La plaie fut ensuite pansée comme une plaie simple, et aucune des précautions nécessaires pour entretenir la chaleur du membre ne fut négligée. Dès la fin de la première semaine, on s'aperçut que le membre pouvait conserver sa chaleur naturelle, ce qui n'empêcha pas de recourir encore aux moyens artificiels. Tout continua à marcher suivant les désirs de l'opérateur : la double ligature supérieure tomba le vingt-quatrième jour, entraînant le petit cylindre sur lequel elle était nouée ; la ligature inférieure était tombée cinq jours plus tôt. La plaie, qui fut pansée le cinquième jour après l'opération, fut lente à se déterger, et il fallut deux mois pour arriver à la cicatrisation parfaite. Lorsque ce malade sortit ensuite de l'hôpital, on sentait d'une manière obscure les battements de la pédieuse ; depuis cette époque, il a été perdu de vue.

Après avoir cité ces trois faits, M. Roux, laissant de côté la méthode ancienne, qui n'est plus employée actuellement en France que pour des cas exceptionnels, examine les autres ressources chirurgicales, en dehors de la méthode de Hunter, dans les diverses sortes d'anévrismes :

L'emploi des réfrigérants dans le but d'amener la coagulation du sang dans le sac anévrismal ;

L'amputation, à laquelle Boyer fut obligé de recourir dans un cas de diathèse anévrismale. A cette occasion, M. Roux dit que l'existence simultanée de plusieurs anévrismes n'est pas une contre-indication absolue à l'opération que chacun d'eux peut réclamer.

L'amputation de la cuisse pratiquée pour un sphacèle du membre consécutif à un anévrisme poplité donne à M. Roux l'occasion de combattre l'opinion de Deschamps, à savoir, que dans les cas d'anévrisme les amputations sont rarement heureuses.

Enfin, la compression immédiate est le motif dont M. Roux profite pour communiquer une observation bien intéressante par les conséquences fâcheuses qui suivirent l'emploi de ce moyen. Il s'agissait d'un anévrisme faux consécutif du bras pour lequel on employa la compression sur toute l'étendue du membre.

C'était chez un homme de quarante-cinq ans environ, atteint d'une hypertrophie du cœur ; saigné pour cette affection, il eut l'artère ouverte, et un anévrisme faux consécutif ne tarda pas à se manifester malgré la compression. L'état général du malade, qu'on croyait voir succomber d'un moment à l'autre, fit ajourner la ligature de l'artère brachiale ; on se décida pour une simple compression exercée sur tout le membre, à la manière de Theden. Au bout de quinze jours, une première hémorrhagie ayant eu lieu, on appliqua sur le premier bandage un appareil plus serré ; de nouvelles hémorrhagies arrivant, on se décida à faire passer le malade dans une salle de chirurgie. Lorsque M. Roux découvrit le membre, il trouva une eschare pénétrant jusqu'au sac. Boyer, qui vit aussi le malade, voulait qu'on pénétrât dans le sac à travers l'eschare ; c'est ce qui fut fait après une première tentative infructueuse de l'opération par la méthode de Hunter, à laquelle Boyer avait consenti. La ligature de l'artère brachiale à la partie moyenne était à peine faite qu'une nouvelle hémorrhagie se manifesta. Que faire ? Recourir au procédé ancien ? C'est ce qui fut fait. Dès lors toute hémorrhagie cessa ; la ligature de la brachiale, étant inutile, fut enlevée. Mais ce peu de temps où la constriction avait été opérée suffit pour oblitérer l'artère, comme on put le voir plus tard, lorsque le malade, qui était remonté en médecine guéri au bout de sept semaines de sa double opération, succomba à une affection du cœur. L'artère brachiale était convertie vers le milieu du bras en un cordon fibreux d'un pouce environ d'étendue.

Après quelques réflexions pratiques sur l'ensemble des faits si remarquables qui sont contenus dans cette observation, M. le professeur Roux a terminé la lecture de cet intéressant travail par quelques mots sur l'électro-puncture et la méthode opératoire de Wardrop.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Chronique et nouvelles.

Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours prononcé sur la tombe de M. Réveillé-Parise par M. Jules Guérin, au nom de la presse médicale :

« Les amis qui accompagnent Réveillé-Parise jusqu'à sa dernière demeure ne se lasseront point d'entendre ceux qui l'ont vu de plus près, qui l'ont le plus aimé. Réveillé-Parise a collaboré durant sa longue carrière à plusieurs recueils médicaux. Mais il en est un qu'il affectionnait plus particulièrement, qu'il regardait plus spécialement comme sien, que pendant plus de vingt années il a enrichi des précieux produits de sa plume spirituelle et savante. Qu'il me soit permis, à moi qui ai eu le honbeur de le connaître autant comme ami que comme collaborateur de ce journal, de vous dire quelques mots de ses travaux, de son talent, des rares qualités de son cœur et de son caractère.

» Quoique collahorateur assidu de plusieurs journaux, Réveillé-Parise n'était point un homme de presse proprement dit. Il aimait à voir figurer ses écrits parmi les éphémérides de la science, parmi les improvisations de chaque jour ; mais ce n'était point comme soldat de cette milice avancée, dont la mission est de signaler le progrès dès qu'il se manifeste, ou de combattre l'erreur dès qu'elle fait mine de vouloir pénétrer dans la science. S'occupant moins des hommes que des idées, il aimait à se mêler au mouvement des unes sans s'exposer au froissement des autres. Ou bien, s'il acceptait la périlleuse mission de rendre compte des travaux contemporains, il s'occupait surtout de l'œuvre et très peu de l'ouvrier. Ainsi, vous l'avez tous remarqué, durant sa longue collaboration à tous nos recueils, il s'est soigneusement renfermé dans l'exposition des doctrines, dans la peinture des mœurs médicales, dans la défense des intérêts professionnels, dans la critique des abus généraux ; ne touchant pour ainsi dire aux personnes que quand elles n'étaient plus de ce monde, que quand elles ne pouvaient plus s'émouvoir de ses critiques ou lire l'éloge qu'il leur consacrait.

» Réveillé-Parise n'improvisait pas, mais il travaillait sans cesse. Ainsi qu'il convient à la spécialité de ses écrits, c'était un homme d'observation plus que d'imagination : non qu'il ne réunît à une conception élevée et à un esprit étendu une grande fécondité d'aperçus ; mais ces qualités, il les tempérait par une raison calme et un caractère sérieux. Chacun de ses ouvrages l'atteste. Son *Traité d'hygiène des gens livrés aux travaux de l'esprit* est le produit le plus heureux de cette réunion de qualités. Dans cet ouvrage, où la perfection du style le dispute à la finesse d'observation, l'auteur envisage l'homme de cabinet dans ce qu'il a de plus caractérisé : c'est l'esprit qui fonctionne au détriment et presque à l'exclusion des autres fonctions, avec excès, avec abus. Réveillé-Parise s'empare de cette idée, il la creuse, l'analyse dans ses moindres détails, l'étudie à tous ses points de vue, l'enricbit de mille observations puisées dans sa longue fréquentation des hommes de plume, et dans sa plus longue et plus féconde fréquentation de lui-même. Il fait un livre où tout s'enchaîne, où les principes partent d'une idée juste et féconde, et où les règles sont rigoureusement empreintes de la justesse des principes. Cet ouvrage, que chacun de nous possède, restera comme un modèle du genre, et aussi comme la plus fidèle expression de l'intelligence, du savoir et du talent de l'auteur.

» Ce n'est pas le lieu de rappeler tous les écrits de notre regrettable ami ; son édition de Guy-Patin, où les trésors de l'érudition sont fondus sur la palette de l'écrivain, et où la malice contenue de l'éditeur a quelquefois aimé à se faire jour sous les allures plus vives de la verve mordante de l'original ; ses *Galeries* et *Portraits*, où nous avons revu nos contemporains, nos collègues, nos amis relevés avec finesse dans ce qu'ils offraient de distinction et de talent, et toujours amoindris avec art dans ce qu'ils avaient de faiblesse ou de défauts ; et cette quantité innombrable d'articles consacrés à la peinture de nos mœurs, à la défense de nos droits et à la glorification de notre profession. Tous ces écrits où brillent à un si haut degré la perfection du style, tous les trésors d'une lecture savante incorporés dans les produits d'une observation patiente et fine sont encore plus remarquables par les dons du cœur et du caractère de l'homme que par les rares qualités de l'écrivain. Tous ceux qui ont eu le honheur de voir notre ami, non pas à l'œuvre, mais avant l'œuvre, savent quelles étaient la noblesse, l'élévation, la sûreté et la moralité de l'ouvrier. Plein d'abnégation pour lui-même et de dévouement pour les intérêts de tous, on peut dire qu'il n'a eu dans sa longue carrière qu'un orgueil et qu'une haine : l'orgueil du corps médical et la haine du charlatanisme. Ces deux sentiments planent sur tous ses écrits, comme ils ont été la préoccupation de sa vie entière.

» Vous tous, messieurs, les amis de Réveillé-Parise, vous n'avez pas besoin que je vous dise quelles étaient ses qualités privées : chacun de vous a dans son cœur et dans ses souvenirs un portrait fidèle de cet homme excellent parmi les excellents, de cet ami si plein d'indulgence et de honté, de ce cœur si simple et si parfait, de cet homme enfin qui a touché à tous les hommes, à toutes les doctrines, à toutes les idées, à toutes les préoccupations du temps, qui a brillé parmi nous d'un talent rare et non contesté, et qui néanmoins s'est endormi du sommeil du sage sans avoir connu un ennemi. Heureuse quoique modeste destinée ! Heureux souvenir, messieurs, qui tempère la douleur d'une perte cruelle et à jamais irréparable ! »

— M. le doctsur Domanget (de Chambéry), ancien chirurgien major de la garde impériale, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— La maladie connue sous le nom de *clavelée*, et qui a attaqué quelques troupeaux de l'espèce hovine à Montpellier et dans les environs, s'est également déclaré dans le canton de Lunel. Il paraît que, dans cette dernière localité, on a employé l'inoculation comme moyen préventif, et qu'aucun des animaux sur lesquels on l'a pratiquée n'a été atteint de la contagion.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 119. — JEUDI 7 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 119. — JEUDI 7 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Note sur quelques accidents éprouvés par les dentellières en application. — HÔPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES (M. Joly). Observations de cancroïdes. — Recherches et observations sur le mal de vers ou de bassine. — Traitement du ganglion par l'emploi topique de l'iode aidé de la compression. — Sur une maladie du placenta. — De l'huile de foie de morue dans le traitement du lupus. — Utilité des galbules de cyprès dans les hémorrhoïdes asthéniques avec chute de la muqueuse rectale. — Moyen aisé et économique d'administrer l'huile de foie de morue. — Précautions à prendre. — Académie de médecioe, séance du 5 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 6 OCTOBRE 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après la lecture d'un rapport officiel sur les eaux minérales, M. Gerdy a été appelé à la tribune pour la continuation de la discussion sur la transmissibilité des accidents syphilitiques secondaires.

Nous n'entreprendrons pas l'analyse de ce discours, qui a duré plus d'une heure et demie. L'orateur, à plusieurs reprises, a vivement impressionné l'auditoire. Ne s'en tenant point à l'appréciation des points en litige, il a grandement élargi le champ de la discussion, et toute la doctrine de M. Ricord a été énergiquement attaquée.

Nous nous abstenons de juger la forme de ce discours; nous dirons seulement que M. Gerdy, retournant avec une extrême vivacité les arguments personnels que nous avons vus se produire bien souvent pendant le cours de cette discussion, a froissé la susceptibilité de M. Ricord, qui a cru devoir protester contre les attaques dirigées contre lui et annoncer en quelques mots son intention de renoncer à poursuivre ces débats.

L'Académie, du reste, paraît aussi éprouver le désir de mettre un terme à la discussion; et, suivant toute probabilité, la clôture sera prononcée dans la prochaine séance. Alors nous aurons à résumer et à apprécier tout ce qui aura été dit sur cet intéressant sujet, et cette tâche sera remplie avec l'indépendance et l'impartialité que l'on devrait toujours apporter dans les questions scientifiques.

NOTE SUR QUELQUES ACCIDENTS éprouvés par les dentellières en application.

On sait que les blanchisseuses de dentelles de Bruxelles font usage de préparations plombiques qui, parfois, donnent naissance à tous les accidents qui caractérisent l'intoxication saturnine, et M. Chevallier a depuis longtemps signalé ce fait à l'attention des hygiénistes et des médecins. Une cause identique produit chez les dentellières en application des effets analogues, mais moins graves, ainsi que l'a constaté M. le docteur Champouillon, qui nous adresse à cet égard la note suivante :

« La fabrication des dentelles fausses se pratique en fixant sur du tulle des fleurs de fil qui, à l'état brut, ont une couleur grisâtre qu'il importe de faire disparaître. Comme ces fleurs sont d'une délicatesse extrême, il serait impossible, sans les déformer, de les soumettre aux procédés ordinaires du blanchiment par l'eau, et les ouvrières ont alors recours à un autre expédient; elles battent ces fleurs dans une poudre connue sous le nom de *blanc d'argent,* et qui n'est autre chose que du carbonate de plomb ou *blanc de céruse.* Cette opération assez longue finit par soulever un nuage de poussière plombique qui se condense sur la peau, pénètre dans les voies respiratoires, et donne bientôt naissance à une série d'accidents, principalement caractérisés par les phénomènes suivants :

» Céphalalgie plus ou moins intense, oppression, colique sèche, d'une intensité peu commune. La peau prend une teinte ardoisée ou jaunâtre; l'appétit diminue, et les forces déclinent jusqu'au degré de la prostration complète. Les malades cherchent en vain la cause de leurs souffrances, et le médecin lui-même éprouve quelque embarras à donner un nom à l'ensemble de ces désordres, parce qu'il n'en soupçonne pas toujours la véritable origine.

» Le travail des dentellières en application est en réalité aussi dangereux que celui qu'exécutent les cérusiers, les broyeurs de couleurs lorsqu'ils manipulent des composés de plomb susceptibles de se répandre dans l'atmosphère des atelicrs à l'état d'émanations; mais tandis que ces ouvriers prévenus des accidents auxquels ils sont exposés prennent les mesures nécessaires pour garantir leur santé de toute atteinte fâcheuse, les dentellières, au contraire, subissent sans méfiance les effets d'une substance dont on leur dissimule la nature pernicieuse sous une dénomination mensongère.

» L'intoxication saturnine étant le résultat presque inévitable de cette adultération commerciale, ne serait-il pas possible de contraindre les marchands à débiter les substances vénéneuses sous leur véritable titre? Une simple ordonnance de police suffirait à cette mesure de préservation.

» Quant à la prophylaxie applicable aux ouvrières en application, elle est fort simple en principe; elle consiste à empêcher l'absorption des particules de céruse. On a proposé dans ce but l'emploi des masques de cuir ou d'éponge imbibée d'eau acidulée, en même temps qu'une blouse en toile cirée enveloppant tout le corps d'une gaîne impénétrable. Mais malheureusement l'expérience n'a pas confirmé les espérances d'utilité fondées sur ces diverses pratiques.

» Ne vaudrait-il pas mieux, comme le conseille un jeune chimiste, M. Humbert, et comme l'a déjà proposé M. Ruolz, remplacer la céruse par l'oxyde blanc d'antimoine dans la fabrication des dentelles par application? C'est aux geus d'ateliers seuls qu'il appartient de répondre à cette question; et s'ils reconnaissent que l'oxyde d'antimoine *couvre* bien, comme on dit en termes d'art, nous pouvons leur affirmer, de notre côté, que son maniement est d'une innocuité complète. »

Dr CHAMPOUILLON.

HOPITAL ST-PIERRE DE BRUXELLES. — M. JOLY.

Observations de cancroïdes.

Le cancroïde de la face occupe un des premiers rangs parmi les sujets pathologiques qui ont fait l'objet des recherches de notre époque.

La confusion qui, naguère encore, faisait considérer ces maladies, sous le nom de *noli me tangere,* comme des affections incurables de leur nature, se dissipe tous les jours; il résulte, en effet, d'observations nombreuses recueillies dans divers pays, que les tubercules isolés, à marche lente, qui apparaissent à la face, ne sont primitivement, dans la plupart des cas, que des tumeurs constituées par l'hypertrophie des papilles et l'accumulation de l'épiderme, tumeurs généralement désignées aujourd'hui sous le nom de cancroïdes, mais qui sont susceptibles de subir une véritable dégénérescence cancéreuse sous l'influence d'un traitement mal dirigé, tel que cautérisation superficielle ou excision partielle.

OBS. I. — Jorin (François), tisserand, âgé de soixante-cinq ans, se présente le 14 juin à la consultation, avec une tumeur sur le côté gauche de la lèvre inférieure, offrant à peu près la forme et le volume d'une coque de grosse noix; elle constitue un énorme mamelon à surface couverte de bourgeons charnus, et s'étend très bas sur le bord libre de la lèvre. De plus, comme cela arrive ordinairement quand l'affection gagne la peau, il y a un ganglion engorgé près du menton, phénomène qui s'explique ici par l'absorption de l'épiderme accumulé et infiltré, attendu que l'examen microscopique du ganglion nous a permis de reconnaître distinctement la cellule épithéliale; la commissure labiale est profondément corrodée par une ulcération serpigineuse qui se fait voir vers la joue.

Il est digne de remarque que cet homme portait depuis quatre ans un petit tubercule de la grosseur d'un pois, tout à fait indolent, lorsque, dans le mois de septembre dernier, des cautérisations furent faites à diverses reprises avec le nitrate d'argent. Depuis cette époque, la tumeur prit peu à peu du volume, et dans le mois d'avril de cette année, elle était de la grosseur d'une cerise; il fit alors usage d'un remède secret qui n'était qu'une solution caustique, et bientôt les bourgeons ulcératifs et végétatifs se manifestèrent avec tant d'énergie, qu'en moins de quatre mois la moitié de la lèvre, la muqueuse correspondante jusqu'aux gencives et toute la commissure ont été envahies. Irritée sans cesse depuis un an, cette tumeur se trouve bien dans les conditions convenables pour avoir changé de nature; nous en jugerons par l'examen microscopique.

Dans le but d'extirper les parties ulcérées et infiltrées, M. Joly pratique avec le bistouri une incision verticale à partir du milieu de la lèvre, et comprenant toute son épaisseur, jusqu'au-dessous du ganglion affecté. Il incise transversalement la partie saine de la joue, au-dessus des ulcères de la commissure; puis, par une troisième ineision, il vient rejoindre la première en dessous des ganglions engorgés; après s'être assuré que toutes les parties dures sont bien circonscrites, il en achève la section en disséquant le plus de peau possible. Les bords des lambeaux sont rapprochés et affrontés par une suture en surjet, avec ménagement d'une ouverture en bas, pour le cas de suppuration; un aide, en maintenant la tête, comprimait les artères faciales. L'hémorrhagie n'a pas été considérable. La torsion de deux artérioles en a fait raison; le pansement se compose de bandelettes agglutinatives, compresse et charpie et bandages en fronde. L'opéré est mis à l'usage des bouillons féculents, soupe au lait et limonades vineuses.

Le quatrième jour, les fils à suture sont coupés; pas de suppuration; réunion parfaite, et le huitième jour l'adhésion est assez ferme pour se dispenser de tout bandage, et permettre au sujet de reprendre son régime habituel.

L'ouverture buccale est diminuée de moitié, et ne présente d'autre difformité qu'une légère déviation avec saillie de la lèvre supérieure.

L'observation de la tumeur au microscope fait voir une quantité considérable de cellules épithéliales elliptiques et polygonales, et çà et là une cellule plus développée contenant de gros noyaux; ces derniers, qui semblent suspects, n'apparaissent qu'après beaucoup de recherehes. Sur la coupe on voit à la loupe et même à l'œil nu des groupes de tubes dont la périphérie est couverte de cellules polygonales. Ce sont là les papilles hypertrophiées et revêtues d'étuis épidermiques.

OBS. II. — Ipersial (Fr.), cultivateur, âgé de soixante-dix ans, arrive à la visite le 8 juillet, avec ulcération et épaississement de la moitié gauche de la lèvre inférieure. On n'observe pas ici le groupe de végétations que nous avons rencontré dans le cas précédent. Le travail ulcératif n'a pas dépassé la muqueuse de la lèvre et de la commissure; la peau voisine a été entièrement épargnée, et il n'y a aucun engorgement ganglionaire.

La maladie date de six ans. Le bouton du début ne s'est pas sensiblement accru pendant les trois premières années; c'est vers cette époque que, probablement irrité par le contact de la pipe, il commença à s'ulcérer. L'ulcère s'étendit peu à peu en surface, et comprend aujourd'hui la muqueuse de la moitié gauche de la lèvre et un centimètre et demi de la muqueuse de la commissure, qui sont dures et infiltrées.

M. Joly enlève les parties malades par deux incisions en V; l'une transversalement pour la commissure, l'autre verticale, qui s'étend jusqu'au tiers inférieur du menton.

Après l'excision profonde de ces deux parties, les bords de la plaie sont rapprochés et maintenus au menton par une suture entrecoupée, et à la commissure par des épingles. Le tout est recouvert d'une bandelette agglutinative et d'un bandage en fronde. Le régime se compose exclusivement de substances liquides. Après cinq jours on enlève les fils et épingles, et l'on soutient par des bandelettes; mais l'indocilité du malade, qui s'est procuré des aliments trop consistants, a occasionné la rupture des adhérences à la commissure. On rapproche les bords pour tenter une nouvelle réunion: elle n'a pas lieu; toutefois il se fait une bonne cicatrisation, et douze jours après l'opération le sujet est bien guéri; la bouche seulement est un peu déchiquetée à gauche.

OBS. III. — Charlier (Jean), cultivateur, âgé de soixante-huit ans, portait, il y a deux ans, un petit bouton très dur sur le côté gauche de la lèvre inférieure; l'ulcération a commencé il y a un an, et paraît avoir été hâtée par le frottement d'une courte pipe que cet homme fume habituellement. Il nous offre encore un exemple de la marche rapide que prend l'ulcère quand il atteint muqueuse; celle-ci est rongée jusqu'à la gencive et sur une étendue transversale de trois centimètres environ en dehors; la peau et le bord libre de la lèvre ont été repoussés par des ganglions engorgés; la commissure n'est pas entamée; épaississement et dureté de la partie malade. L'incision en V est ici applicable sans modification; M. Joly la pratique à l'aide des ciseaux de M. Seutin. La section est petite et prompte, l'hémorrhagie nulle. Réunion par trois épingles; bandelettes agglutinatives et bandes en fronde.

Le cinquième jour, on enlève les épingles; l'adhérence des bords est très bien effectuée. Pas de suppuration.

Le septième jour, l'opéré reprend son régime et ses occupations ordinaires.

On ne découvre au microscope, dans cette masse, que des cellules épithéliales en grand nombre. A la base du corps papillaire est une couche de substance friable qui présente les caractères de la matière épidermique infiltrée.

Obs. IV. — Beaugnies (Ferdinand), sabotier, âgé de soixante et un ans, avait, il y a deux ans, sur la partie moyenne de la lèvre inférieure un petit bouton, qui fut alors incisé transversalement, puis cautérisé profondément avec le nitrate d'argent. Ce traitement enraya le développement des tubercules, qui sont remplacés aujourd'hui par une cicatrice dure. Sept mois après, il apparut sur le côté gauche de la lèvre un nouveau bouton, qui commença à s'ulcérer quatre mois plus tard, il y a de cela cinq semaines. A son entrée à l'hôpital, on remarque que le travail ulcératif s'est fait exclusivement aux dépens de la muqueuse, qui est détruite jusqu'au repli inférieur. Le tiers externe de la lèvre est infiltré, épaissi et dur; la commissure et la peau n'ont rien souffert, il n'y a pas de ganglion atteint. L'état diffus de la tumeur fait qu'on ne peut pas l'attaquer par une incision en V régulier. M. Joly donne aux deux côtés de l'incision un certain degré de courbure, et parvient ainsi à détacher complétement les parties malades. Pas d'hémorrhagie; réunion par des épingles. Le pansement et le régime ne diffèrent pas de ceux qui précèdent.

Le quatrième jour, les épingles sont enlevées.

Le sixième jour, l'adhésion est assez solide pour ne plus demander de bandage.

L'examen microscopique décèle la présence de cellules épithéliales nombreuses et quelques globules de graisse; il n'apparut sur le champ du microscope aucune trace de cellules cancéreuses. Simon, interne du service.

(*Presse médicale belge.*)

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

sur le mal de vers ou de bassine;

Par M. Potton, médecin de l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon.

Le mal de vers ou de bassine est une maladie toute spéciale, une éruption vésiculo-pustuleuse qui se manifeste sur les doigts, sur le dos et dans la paume de la main, *uniquement* chez les femmes qui se livrent à la filature de la soie.

Pour opérer la filature de la soie, les ouvrières sont assises auprès d'une bassine remplie d'eau chaude, et elles s'appliquent à dérouler et à réunir les fils provenant des cocons détrempés et ramollis qui surnagent au liquide.

Lorsqu'une femme travaille ainsi régulièrement la journée entière, elle voit constamment, au bout d'une semaine environ, de deux au plus, la maladie se produire sur les mains, et de préférence sur la main droite.

C'est à la naissance des doigts, dans leur intervalle entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur le dos et dans les plis de la main que l'*éruption vésiculo-pustuleuse* débute. Une démangeaison se fait sentir, une teinte érythémateuse l'accompagne; bientôt la rougeur devient plus forte, elle est semblable à celle de l'érysipèle. Plus marquée entre les doigts, l'extension et la pression la dissipent momentanément. Le gonflement ne tarde pas à se produire, il augmente avec la douleur, qui devient irritante; la chaleur est âcre, exagérée; la peau se couvre de marbrures, de plaques brunâtres; l'épiderme se soulève: on voit surgir d'abord une éruption miliaire, de petites vésicules qui s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque arrondies; leur volume, leur proéminence varient: tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection, ce sont de véritables bulles. Tous les mouvements deviennent pénibles; ils ont pour résultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un profond sentiment d'engourdissement et de gêne, continuent leur travail, de faire crever les vésicules; la sérosité s'échappe, un soulagement momentané, quelquefois permanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les lésions qu'elle détermine, les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation et la douleur cessent à l'instant. Après sept ou huit jours, il ne reste aucune trace du mal autre que celles laissées par l'exfoliation de l'épiderme.

Mais, en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres se dissipent; une deuxième période s'annonce, des symptômes nouveaux plus sérieux la révèlent; ou bien les vésicules subissent une véritable transformation, prennent le caractère des pustules; ou bien dans l'intervalle, entre les boutons vésiculo-pustuleux dès l'origine, de franches pustules se montrent. C'est un liquide purulent qui suinte à la surface du corps muqueux enflammé et soulève l'épiderme. Ces pustules offrent d'habitude les dimensions des boutons de vaccine; elles ne sont pas ombiliquées; deux parfois se réunissent en une seule; elles peuvent s'étendre sur tous les doigts; mais c'est surtout entre le médius, l'indicateur et le pouce de la main droite qu'elles sont disséminées. Elles se répandent aussi sur le dos et dans l'intérieur de la main; tout exercice de cet organe occasionne des souffrances très aiguës. Il est impossible de plier complétement les doigts.

Si aucune cause ne vient troubler l'éruption dans sa marche naturelle, elle arrive à son apogée du cinquième au sixième jour de sa naissance; mais il est rare qu'elle suive ce cours prompt et régulier. Si, par un effort quelconque, par un traitement intempestif, les pustules s'ouvrent d'une manière prématurée et artificielle, la maladie ordinairement n'est pas guérie; il surgit d'autres boutons supplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidents. Mais lorsque les pustules sont arrivées à terme, avant même que le pus soit évacué ou desséché, toutes les souffrances cessent; les fileuses dès ce moment s'exposent aux causes premières déterminantes, bien que le derme soit à nu, les surfaces ulcérées et tuméfiées. Les douleurs prurigineuses, la sensation de brûlure, la chaleur qui l'accompagne ont cessé d'une manière brusque et comme par enchantement; la main est loin d'être revenue à son état normal, et cependant les fileuses, ne souffrant plus, n'ont pas hésité à reprendre leur ouvrage. Tel est l'ensemble des phénomènes que l'auteur nomme le *second degré*, la seconde période du *mal de bassine*.

Le *mal de vers* chez certains sujets, dans quelques circonstances, revêt des formes plus fâcheuses. Ainsi parfois, dès que les pustules se développent sans qu'elles soient confluentes, l'inflammation pénètre plus profondément, toute la peau est altérée dans les points compromis et à l'entour; le tissu cellulaire sous-cutané est envahi, le gonflement devient énorme; les doigts, la main sont déformés; une tuméfaction œdémateuse se prolonge au poignet, à l'avant-bras, au bras lui-même; ses vaisseaux lymphatiques, ses ganglions, les glandes de l'aisselle s'engorgent et s'endolorissent dès le cinquième ou le sixième jour; on voit apparaître de petits phlegmons arrondis, circonscrits, pour l'ordinaire situés sous les pustules; la peau est violacée, la fluctuation manifeste; la fièvre locale que les malades accusent, comme dans le panaris, est ardente. Les symptômes généraux éclatent; il y a des frissons, des maux de tête, de l'insomnie, du dégoût, des envies de vomir; en un mot, les fonctions, soit du système circulaire, soit du système digestif, sont troublées; les accidents sympathiques se développent. Deux faits méritent d'être notés. L'auteur n'a jamais vu la maladie locale, même à son plus haut degré, attaquer les ongles et l'extrémité des doigts; l'inflammation gagne à l'intérieur la gaîne tendineuse et les tendons eux-mêmes. Cependant au premier aspect la main semble gravement compromise. Du huitième au dixième jour, l'érosion de la peau donne issue au pus sous-jacent soit par les pustules, soit à proximité dans un autre point. Dès cet instant, la scène change; un bien-être immédiat se produit, la phlogose se dissipe avec promptitude comme dans le second degré; après dix-huit ou vingt jours au maximum, la guérison est parfaite; il ne reste pour toute trace qu'un peu de rougeur; on ne reconnaît que de très petites cicatrices sans signe particulier.

Le *mal de bassine* se présente donc sous trois formes principales, ou plutôt sous trois degrés différents d'intensité. Cette affection est toujours aiguë; elle ne laisse jamais après elle d'altération chronique; elle se montre également dans toutes les saisons. Un de ses traits les plus dignes de remarque est le suivant: sauf quelques exceptions, lorsqu'une ouvrière a été atteinte, elle peut en quelque sorte espérer d'exercer ensuite sa profession sans avoir ultérieurement à redouter, sinon la maladie, du moins ses accidents les plus graves; il est presque permis de dire qu'il y a eu pour elle une sorte de vaccination. Si elle abandonne la filtration pour ne la reprendre que longtemps après, il arrive bien encore qu'elle contracte derechef une éruption miliaire vésiculeuse, mais sans phénomènes sérieux, sans lésions profondes; la maladie, en général, reste bénigne, au premier degré, ne nécessite plus le chômage. Les rechutes paraissent, en quelque sorte, se montrer en raison inverse de la gravité des accidents primitifs.

M. Potton a recherché si l'éruption vésiculo-pustuleuse dont il vient de tracer les caractères généraux et distinctifs était susceptible de se communiquer par inoculation; toutes les expériences ont été négatives. Le pus inoculé n'a jamais déterminé d'éruption identique; il n'a occasionné que de petits boutons purulents, suites de la piqûre, de l'introduction d'un corps étranger sous l'épiderme. Les conditions d'un travail suivi sont nécessaires pour la production du mal.

Quelle est sa cause? D'après M. Potton, cette éruption doit exclusivement son origine à la présence du ver, à sa décomposition intime, à une première altération qui s'est faite lentement au sein même du cocon dans les magasins. Cette altération puise une force nouvelle, une plus grande énergie dans l'action de l'eau chaude, qui n'a pas le temps ou le pouvoir de détruire les émanations dégagées du corps de l'animal pendant la filature. Si on n'emploie que des cocons nouveaux, étouffés seulement depuis peu, l'effet morbide n'apparaît pas; mais si les cocons sont anciens, s'ils ont été gardés une année et plus, on est presque certain de voir éclater l'éruption chez les ouvrières.

Le *mal de bassine* n'est pas une affection redoutable; elle ne compromet jamais l'existence des organes frappés. Mais on doit compter pour quelque chose les douleurs aiguës et l'ensemble des accidents qu'éprouvent les fileuses. Ces motifs sont bien suffisants pour chercher les moyens de le prévenir et de le soulager. Voici, à cet égard, les préceptes formulés par M. Potton:

Si, lorsque les premiers symptômes, la rougeur, le prurit, se manifestent, on fait immédiatement suspendre le travail, la miliaire, les vésicules, caractères du premier degré, ne se produisent pas ou avortent. Mais ce n'est qu'un moment d'arrêt; l'ouvrière voit les accidents renaître sitôt qu'elle reprend son ouvrage. Il est indispensable ou qu'elle subisse l'inoculation complète, ou qu'elle abandonne le métier. Cette condition est si bien connue des ouvrières, qu'elles se gardent de suspendre la filature, de faire aucun remède jusqu'au développement des pustules.

Mais la deuxième période nécessite l'emploi de quelques moyens thérapeutiques dirigés en même temps contre l'inflammation et les vives souffrances qui l'accompagnent. Il importe de modérer les désordres locaux, sans les supprimer trop brusquement, afin d'éviter leur retour. Ce qui prouve que le caractère de cette affection n'est point une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les antiphlogistiques, les émollients se montrent sans aucune efficacité sur les symptômes, et même, loin d'arrêter cette inflammation aiguë, ils semblent parfois l'exaspérer; les pustules suivent constamment leur marche, malgré les moyens empruntés à cette méthode. Les topiques calmants, les narcotiques, n'ont pas mieux réussi. Au contraire, pour faciliter la résolution en calmant les douleurs et en permettant à la maladie de passer par ses phrases naturelles, M. Potton a retiré de avantages incontestables des toniques légers, des bains dans les décoctions de plantes aromatiques, de feuilles de noyer, de ronces ou d'écorce de chêne; des manuluves dans le miel rosat étendu d'eau. Les corps gras, les préparations sulfureuses ou alcalines ont été plutôt nuisibles qu'avantageuses. Par l'emploi de ces premiers moyens alternés ou combinés, suivant les circonstances, on parvient à tempérer les accidents, à les maintenir à un tel degré, que les ouvrières, pleines de confiance, préservées ainsi des phénomènes généraux les plus pénibles, résistent très bien, ne suspendent pas leur ouvrage un seul jour. Durant la nuit, elles ont soin de tenir sur les organes affectés les préparations prescrites, ou bien elles substituent avec avantage des solutions d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de cuivre ammoniacal, de sulfate de zinc, etc.

Mais c'est surtout lorsque le chômage est inévitablement commandé par la violence du mal, lorsque tous les signes du troisième degré subsistent, que les bains, les fomentations avec les divers liquides indiqués plus haut sont indispensables. Les cataplasmes avec la camomille, le quinquina, le camphre, procurent du soulagement; le froid, qui calme dans la première période, est ici une cause sinon des souffrances, du moins de leur prolongation. C'est seulement lorsque les pustules sont ouvertes que les pommades avec le tannin, l'acétate de plomb, deviennent utiles. Des cautérisations rapides, superficielles avec l'azotate d'argent, sont encore, à cette époque, d'un précieux secours. Lorsque les petits dépôts sous-cutanés tardent à s'abcéder, lorsque l'œdème de la main et du bras est prononcé, on active la résolution par les bains dans le vin aromatique, très affaibli dans la solution d'eau blanche laudanisée. Souvent les malades percent elles-mêmes avec une aiguille les abcès retardataires, et les cicatrices plus tard sont imperceptibles. Sous l'empire de ces divers moyens, on voit disparaître avec une extrême rapidité des désordres qui, quarante-huit heures auparavant, offraient le plus mauvais aspect. Le seul symptôme qui persiste pendant quelques jours est une démangeaison assez vive. On la diminue par les bains et les lotions acidulées; des frictions sèches sur la main, sur le trajet des lymphatiques, des embrocations avec les huiles, les baumes légèrement excitants, viennent activer la résolution. Afin de combattre les symptômes généraux, M. Potton n'a jamais employé que les prescriptions indiquées dans les accidents analogues, les boissons acidulées gazeuses, les laxatifs, les infusions aromatiques ou amères, suivant la constitution individuelle des sujets, ou suivant les phénomènes prédominants.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

TRAITEMENT DU GANGLION

par l'emploi topique de l'iode aidé de la compression.

Par M. le docteur J.-B. Rottenburg.

Le ganglion, dit M. Dechange (1), se montre assez fréquemment chez les militaires depuis que les exercices gymnastiques ont été introduits dans le cadre de leur instruction. Cette considération m'engage à faire connaître une méthode curative que j'ai employée pour guérir le ganglion et qui m'a constamment réussi. Chacun sait que les ganglions constituent une maladie peu grave: ces tumeurs, en effet, ordinairement indolentes, acquièrent rarement beaucoup de volume; le plus souvent, après avoir atteint la grosseur d'une noisette ou seulement d'un gros pois, elles restent stationnaires, et dès lors cessent, en général, de fixer l'attention des malades. Cependant dans quelques cas les ganglions deviennent douloureux ou fort incommodes en gênant les fonctions de la partie qui en est le siége. Cela s'observe surtout dans les ganglions qui ont leur siége au pied et dans ceux qui s'étendent à la main. En effet, les ganglions du pied, continuellement irrités par la chaussure, produisent ordinairement des douleurs plus ou moins vives et gênent les mouvements de la partie malade; ceux qui ont leur siége à la paume de la main s'opposent quelquefois à la flexion des doigts. Ces inconvénients peuvent aussi se manifester dans les ganglions qui se montrent au poignet, quand ils ont acquis un certain développement. J'ai donné des soins à une lavandière qui offrait un ganglion au poignet droit, et qui ne pouvait fléchir les doigts sans éprouver de vives douleurs dans la tumeur et la partie correspondante du carpe.

L'affection qui nous occupe mérite donc d'attirer l'attention du médecin, d'autant plus qu'il est reconnu aujourd'hui que parmi les diverses méthodes de traitement auxquelles on a eu recours pour la guérir, celle qui consiste dans l'emploi des applications résolutives, telles que les dissolutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, les décoctions de tan, de noix de galle, les frictions mercurielles, etc., produit rarement la cure radicale des ganglions. Il en est de même de la rupture du kyste, qui est un moyen douloureux; on a vu des ganglions qui avaient été rompus se reproduire et nécessiter de nouvelles ruptures. Quant aux autres méthodes curatives applicables à ces tumeurs, comme l'extraction du kyste, le séton, l'incision et la ponction, elles ne sont pas sans danger. MM. Cruveilhier et Cloquet ont vu plusieurs fois des accidents graves survenir à la suite de l'ouverture des ganglions. Notre collègue M. Dechange rapporte des cas du même genre dans lesquels les malades, après avoir couru les plus grands dangers, sont restés estropiés.

Je crois donc faire chose utile en communiquant à mes collègues de l'armée un mode de traitement qui dans trois cas a été suivi d'un succès complet. Ce traitement consiste dans l'emploi de l'iode combiné avec la compression.

J'ai fait pour la première fois en 1840 l'application de cette méthode sur un enfant d'un officier du 3e régiment de ligne, qui était affecté d'une hydrocèle enkystée du cordon spermatique. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, se prolongeait vers le canal inguinal; elle s'était développée

(1) *Archives belges de médecine militaire*, novembre 1850.

avec lenteur à la suite d'une chute dans laquelle l'aine droite avait porté sur un corps saillant.

J'eus recours au traitement suivant : frictions sur la tumeur deux fois par jour avec un mélange de teinture d'iode et d'eau (deux parties de teinture pour une partie d'eau); application d'un spica médiocrement serré; un purgatif tous les trois jours.

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminua sensiblement de volume, et au bout de trois semaines elle avait entièrement disparu. Ayant eu l'occasion de revoir cet enfant un an après, j'ai pu constater que la guérison avait été radicale.

En 1841, une femme de compagnie du même corps vint réclamer mes soins pour un ganglion de la grosseur d'une noisette ayant son siége sur le dos de la main droite. Bien que la tumeur fût indolente et qu'elle ne causât que peu de gêne, cette femme me pressait vivement de la débarrasser de son mal pour lequel elle avait déjà employé sans succès les frictions mercurielles, les solutions d'acétate de plomb et d'hydrochlorate d'ammoniaque et la compression. Je proposai tout d'abord la rupture du kyste, mais le souvenir du fait précédent m'engagea à recourir préalablement au traitement par l'iode.

En conséquence, je prescrivis la pommade iodurée dans la proportion d'une partie d'iodure de potassium sur quatre parties d'axonge. Cette pommade fut employée en frictions sur la tumeur. A l'aide de ce moyen et d'une légère compression exercée avec une petite bande, le kyste disparut en moins de vingt jours et ne reparut plus.

Depuis cette époque, j'ai eu deux fois l'occasion de traiter cette affection. L'un des sujets portait depuis plus d'un an un ganglion au poignet droit; la tumeur, du volume d'une noisette, s'était développée à la suite d'un mouvement forcé de la main en tordant du linge. La flexion des doigts provoquait chez cette malade une douleur vive dans la tumeur et la partie correspondante de l'articulation radio-carpienne. La pommade iodurée, aidée de la compression, fut employée comme dans le cas précédent. La tumeur diminua de volume, mais avec lenteur; au bout de deux mois, elle était encore de la grosseur d'un pois. A partir de ce moment, le ganglion ayant cessé d'être incommode, la malade discontinua le traitement. Trois semaines plus tard, la tumeur avait acquis le volume qu'elle offrait deux mois auparavant. Le traitement fut repris et continué pendant trois nouvelles semaines, au bout desquelles l'affection avait entièrement disparu. Plus d'un an s'est écoulé depuis la guérison, et le ganglion ne s'est pas reproduit.

L'autre malade portait depuis quinze jours seulement au pied gauche un ganglion un peu moins gros que le précédent et qui avait été produit par une chaussure trop étroite. Le même traitement ayant été employé, ce malade fut guéri en moins de quinze jours.

Je donne actuellement des soins à une demoiselle affectée d'un ganglion au poignet droit : le kyste, qui, il y a trois semaines, était gros comme une noisette, n'a plus maintenant que la grosseur d'un pois. Nul doute que dans ce cas encore les frictions iodurées, aidées de la compression, ne triomphent de la maladie.

Ce mode de traitement pour la cure radicale du ganglion est si simple et d'un effet si constant que, bien qu'il n'ait encore été appliqué qu'à un petit nombre de cas, il mérite d'être préféré à ceux qui ont été préconisés jusqu'à ce jour. Reste à savoir si les résultats seraient les mêmes dans les ganglions qui renferment des corps étrangers, car rien ne prouve que ces corps d'apparence fibro-cartilagineuse soient susceptibles de résolution. L'expérience seule peut éclairer cette question. (*Arch. belges de méd. milit.*)

SUR UNE MALADIE DU PLACENTA.

Par M. le docteur Fr. M. Kilian, de Mayence.

Les rapports de causalité qui peuvent exister entre les maladies du placenta et la mort du fœtus sont encore très obscurs; il est en général assez difficile d'établir si les lésions morbides du placenta sont primitives et ont entraîné la perte du fruit, ou si, au contraire, elles sont consécutives à la maladie et à la mort du fœtus. Le fait observé par le docteur Kilian, quoique difficile à expliquer, est intéressant parce qu'il nous révèle une altération du placenta que personne n'avait encore signalée, et nous montre combien il est important d'avoir recours au microscope dans les recherches d'anatomie pathologique.

M. Kilian, ayant examiné le placenta d'un fœtus qui était mort quatorze jours avant l'accouchement, trouva les extrémités des vaisseaux de la surface utérine du placenta entièrement remplies de globules graisseux serrés les uns contre les autres et obstruant la lumière des vaisseaux au point de les rendre opaques; il n'y avait plus aucune trace de corpuscules sanguins. Le tissu du placenta était en partie ramolli et présentait, sur un point seulement, un très petit foyer apoplectique de la grosseur d'une noisette. On trouva d'un autre côté une forte extravasation sous le cuir chevelu et une coloration rougeâtre de la pulpe cérébrale, qui était réduite en bouillie par suite du long séjour du fœtus dans la matrice. Le cordon ombilical était fortement congestionné, d'un rouge brunfoncé, les parois de ses vaisseaux ramollis; leurs éléments fibreux, c'est-à-dire les fibres musculaires lisses, renfermaient quelques gouttelettes de graisse, premier indice d'une métamorphose régressive.

Cherchant à se rendre compte des lésions du placenta et de leurs rapports de causalité avec la mort du fœtus, l'auteur s'arrête d'abord à l'idée que la mort a été produite par une congestion vers le cerveau, et que la production de la graisse dans les vaisseaux du placenta n'a eu lieu qu'après la mort, par suite de la décomposition du sang. Mais le docteur Kilian élève lui-même des doutes sur cette interprétation; il ne connaît pas de fait qui montre que le sang stagnant dans les vaisseaux puisse se changer en véritable graisse, et d'ailleurs cette altération aurait dû exister dans toute l'étendue des vaisseaux, tandis qu'on ne la rencontrait que dans leurs dernières ramifications; le reste du vaisseau renfermait des globules sanguins intacts ou peu altérés. Il paraît donc que la transformation du sang en graisse a eu lieu pendant la vie du fœtus, soit qu'elle ait précédé l'état morbide de ce dernier et déterminé la congestion cérébrale par l'obturation des vaisseaux, soit qu'elle ait accompagné les derniers instants de sa vie et qu'elle n'ait été que l'effet de son état de langueur et de dépérissement.

Virchow et Reinhard ont établi que l'apparition de la graisse dans les cellules et dans les fibres est l'expression de la mort de la cellule et annonce un commencement de décomposition déterminée par la cessation de certaines conditions intérieures sans lesquelles la cellule ne peut plus exister comme atome organique. La cellule se remplit donc peu à peu de graisse, puis sa membrane propre éclate ou se dissout et la graisse devient libre. L'auteur a observé cette dégénérescence graisseuse dans la caduque, dans le tissu cellulaire du cordon et dans les fibres annulaires des artères ombilicales, de même que dans le placenta; ce qui doit la faire regarder comme une métamorphose régressive ou comme un phénomène d'involution qui se manifeste dans l'organisme vivant.

D'après cela, M. Kilian pense que les cellules épithéliales des vaisseaux se sont d'abord remplies de gouttelettes graisseuses, et que celles-ci se sont ensuite répandues dans l'intérieur des tubes vasculaires. Cependant, s'il en était ainsi, on pourrait se demander ce que sont devenus les corpuscules sanguins; on devrait les retrouver au milieu des amas de vésicules graisseuses, ce qui n'est pas. Il nous semble plus naturel d'admettre que ce sont les corpuscules sanguins eux-mêmes qui, n'étant plus soumis aux influences qui les maintenaient dans leur nature propre, ont subi la dégénérescence graisseuse. Une observation que l'un de nous vient tout récemment de faire sur des poissons nouvellement éclos nous semble de nature à montrer que les globules sanguins eux-mêmes peuvent se changer en graisse dans l'intérieur des vaisseaux. Ayant mis sur une plaque de verre une petite perche âgée de quelques jours et dont la vessie vitellaire était réduite de plus de moitié, il remarqua que les corpuscules sanguins, à mesure qu'ils cheminaient moins rapidement et s'accumulaient dans les vaisseaux, changeaient de forme, augmentaient de volume et finissaient par prendre l'aspect de gouttelettes huileuses qui se déformaient quand elles étaient pressées les unes contre les autres.

Cette observation fut répétée maintes fois, et toujours avec le même résultat, et quand on déchirait le corps du poisson pour en faire sortir les corpuscules sanguins, ceux-ci prenaient immédiatement la forme sphérique et ressemblaient tout à fait à des globules de graisse liquide. Il est hors de doute que cette dégénérescence se produisait sous les yeux de l'observateur pendant la vie même de l'animal; elle commençait dès que l'activité de la vie se ralentissait sensiblement et produisait des stases dans les vaisseaux. Il est possible que cette remarquable altération des corpuscules sanguins n'ait lieu que pendant la vie fœtale et qu'elle soit liée à des stases sanguines.

Le fait que nous venons de citer nous semble du même ordre que l'observation du docteur Kilian; mais nous ne saurions dire si c'est la transformation des corpuscules sanguins en graisse qui a produit les stases dont le cerveau surtout paraît avoir offert des traces évidentes, ou si plutôt la dégénérescence graisseuse n'a pas été ici, comme dans les petits poissons, l'expression d'une grande perturbation dans l'organisme, par suite de la cessation lente et progressive de la vie.

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

dans le traitement du lupus;

Par M. le docteur Mareska, de Gand.

M. Emery, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et M. le professeur Teirlinck ont publié, le premier dans la *Revue médico-chirurgicale* (août 1848), le second dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, plusieurs cas de lupus (estiomène, herpès excedens) guéris par l'huile de foie de morue à haute dose. Je puis ajouter aux guérisons qu'ils ont obtenues un nouveau cas, mais dans lequel je n'ai point élevé la dose du médicament au delà de la dose ordinaire, savoir, deux à trois cuillerées par jour.

Il est entré, il y a un an environ, dans la maison de force, un détenu maltraité par cette hideuse maladie, au point que M. le directeur me demanda de l'isoler, tellement sa vue était repoussante et faisait horreur aux employés et aux autres prisonniers. Les paupières, les joues, le nez étaient détruits par l'ulcère rongeant. Le malade avait été traité dans plusieurs hôpitaux. Vainement y avait-on essayé de cautériser la plaie avec des composés de cuivre et avec le nitrate mercureux acide, et de donner à l'intérieur des iodures et la teinture arsenicale de Fowler, le mal avait constamment empiré et avait envahi les deux côtés du cou et une partie de la poitrine.

Le malade, quand il nous arriva, fut immédiatement soumis à l'usage de l'huile; sous l'empire de ce seul remède, l'ulcération ne tarda pas à s'arrêter, et la peau, devenue d'abord plus pâle, tendit bientôt vers la cicatrisation. La cicatrisation, commencée à la poitrine et au cou, s'étendit plus tard aux joues et aux autres parties malades de la face, et aujourd'hui, partout où existait le mal, on voit une peau fine et blanche comme celle des cicatrices superficielles. L'ectropion des paupières inférieures, la perte d'une partie du cartilage du nez et quelques boutons font encore du malade un objet d'aversion pour ceux qui ne sont pas habitués à voir des infirmes; mais il n'en est pas moins constant que la vie est sauve, que le germe du mal est détruit et que les plaies sont fermées. (*Arch. belges de médecine militaire.*)

UTILITÉ DES GALBULES DE CYPRÈS

dans les hémorrhoïdes asthéniques avec chute de la muqueuse rectale.

L'usage des galbules ou noix de cyprès, que l'on trouve à peine indiqué dans les formulaires modernes, était préconisé par les auteurs anciens, à cause de l'astringence prononcée de cette substance contre diverses affections asthéniques. Quelques-uns même en avaient fait une sorte de panacée, ce qui n'a peut-être pas peu contribué à les faire tomber en désuétude. Quoi qu'il en soit, la saveur amère, astringente et résineuse de ce fruit, riche en tannin et en acide gallique, semblait devoir suffire pour rappeler sur lui l'attention. C'est ce qui a conduit M. le docteur Sère, de Muret, à l'employer dans plusieurs cas de tumeurs hémorrhoïdales et de collapsus du rectum, ce qu'il assure avoir fait avec succès. Voici un fait dont le résultat justifie pleinement cette tentative :

Une personne de cinquante-deux ans, à la suite d'un grand chagrin, avait pris l'habitude de n'accomplir l'acte de défécation qu'incomplétement et en lui consacrant un certain temps seulement. Cette mauvaise habitude finit par déterminer d'abord une constipation opiniâtre, puis de nombreuses tumeurs hémorrhoïdales, et enfin la chute d'une portion de la tunique interne du rectum.

Appelé pour traiter ce dernier accident, M. Sère constata qu'une portion de 4 à 5 centimètres de la muqueuse rectale s'échappait à travers l'anus, et qu'une série de marisques en couronnait l'orifice. Après avoir obtenu la réduction, prenant en considération le tempérament du malade, sa sobriété et l'impression incessante d'un chagrin qui durait toujours, il pensa que la maladie était essentiellement asthénique et tout à fait locale. Il prescrivit, en conséquence, une alimentation douce et restaurante; localement, le jour, des bains et des fumigations avec une forte infusion de galbules de cyprès concassés, et la nuit, un cataplasme de ces mêmes galbules bien broyés. Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs hémorrhoïdales ne tardèrent pas à se flétrir, quelques-unes même disparurent entièrement; la muqueuse rectale finit par ne plus céder aux efforts de la défécation. Bref, après deux mois de traitement, le malade se trouva complétement guéri. (*Revue médico-chirurgicale.*)

MOYEN AISÉ ET ÉCONOMIQUE

d'administrer l'huile de foie de morue.

Par M. Benedetti.

Malgré les divers véhicules qu'on a imaginés pour dissimuler la saveur nauséeuse de ce médicament, l'administration en est toujours tellement répugnante que l'on est privé par là d'un remède très énergique; car, alors même que le malade parvient à surmonter son premier dégoût, il arrive bien rarement qu'il puisse continuer pendant un temps assez long et à des doses assez élevées.

Un progrès réel consiste dans l'emploi des capsules. Mais il n'y en a ni partout, ni surtout à la portée de toutes les fortunes; car, pour avaler 30 grammes d'huile, le malade est forcé de consommer 48 capsules.

Pour parer à cet inconvénient, M. Benedetti a eu l'idée de faire avec l'huile de foie de morue une pâte en y ajoutant de la poudre d'amidon, ou mieux de la fécule d'arrow-root pulvérisé. On prépare de cette manière un opiat qu'on avale, enveloppé dans un morceau d'hostie mouillée. Seize de ces bols le matin et autant le soir suffisent au commencement. Plus tard, on a la ressource d'en augmenter le nombre ou de les faire plus volumineux, car la déglutition en devient plus facile par l'habitude.

L'auteur a obtenu du remède ainsi préparé non-seulement une administration plus facile, mais encore des effets thérapeutiques remarquablement avantageux. S'il est vrai, dit-il pour l'expliquer, que l'efficacité de l'huile de foie de morue doive s'attribuer non-seulement à l'action de l'iode qu'elle contient, mais plutôt à sa propriété éminemment nutritive, il est positif que l'adjonction d'une fécule amylacée peut sensiblement augmenter cette dernière qualité. (*Gaz. méd.*)

PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

Une mort cruelle vient d'être causée par un insecte, dans la ville d'Attigny.

M. Marguet, marchand tamisier, fut, il y a quelques jours, piqué par une mouche qui lui a inoculé la maladie du charbon, dont était affecté un porc du voisinage. La morsure, en s'enflant d'une manière effroyable, a produit une mort atroce et prompte.

Le danger des piqûres causé par des mouches a été observé dans le département d'Eure-et-Loir. Des charbons sont, chaque année, dit-on, déterminés par des mouches qui ont picoré sur des animaux morts abandonnés dans les champs; animaux qui doivent, d'après les ordres des maires, être enfouis avant qu'ils n'aient pu entrer en putréfaction.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 octobre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémie de fièvre typhoïde.

Le ministre de l'intérieur et du commerce adresse un rapport de

M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le 1er août 1851 jusqu'au 25 mars 1852 dans la commune de Chevigny (Jura).

Remèdes secrets.

Le même ministre transmet trois lettres relatives à des remèdes secrets.

Traitement de l'éclampsie puerpérale.

MM. S. Feldmann, docteur en médecine, et Frédéric Weil, chimiste, adressent un mémoire sur le traitement de l'intoxication urémique puerpérale (éclampsie puerpérale). (Commissaires : MM. P. Dubois et Danyau.)

Transmission des accidents secondaires de la syphilis.

M. Fourcault, correspondant de l'Académie, communique deux observations de transmission des accidents secondaires de la syphilis.

Premier fait. — Il y a environ vingt-six ans, dit M. Fourcault, exerçant la médecine à Houdan, je fus consulté par une pauvre jardinière de soixante-cinq ans, mariée à un homme de soixante-dix ans, dont la conduite était à l'abri de tout soupçon. Cette femme se plaignit d'une douleur dans la gorge, et en l'examinant je vis, avec étonnement, sur la paroi postérieure du pharynx, un ulcère de la largeur d'une pièce de 2 francs, au fond grisâtre, aux bords perpendiculairement taillés. A son aspect je reconnus un ulcère syphilitique.

Malgré ce premier diagnostic, connaissant parfaitement les conditions physiques, morales et sociales des deux époux, j'hésitais devant une impossibilité, et je crus un instant que cet ulcère était de nature cancéreuse. Cependant, pour dissiper mes doutes, je fis quelques questions vagues à la pauvre femme. Je lui demandai si, dans son jeune âge, elle n'avait pas allaité quelque enfant malsain. A l'instant même, ses yeux se remplirent de larmes; elle m'avoua, en pleurant, qu'elle venait de renvoyer à Paris l'enfant de sa fille, atteinte de rougeurs et de gros boutons aux fesses, à l'anus. Elle lui donnait de la bouillie, et la cuiller passait alternativement des lèvres de la grand'mère à celles de son enfant.

Pour moi, ajoute M. Fourcault, il n'y avait plus de doutes, l'ulcère n'était point cancéreux. Cependant j'engageai la bonne femme à faire venir le nourrisson et sa mère à Houdan, désirant vérifier l'exactitude de mon diagnostic. Ne pouvant obtenir ce moyen de contrôle, je lui conseillai de se rendre à Paris et de consulter Dupuytren, en lui présentant la mère et l'enfant.

Les choses se passèrent comme je l'avais désiré; Dupuytren, après avoir examiné avec attention la gorge de la malade, prit la plume et m'annonça que j'avais affaire à un ulcère cancéreux sur lequel il fallait porter un cautère rougi à blanc. Ensuite il visita la mère et l'enfant, que dans ses préoccupations il n'avait pas eu l'idée d'examiner, et à l'instant même, au bas de la page où il avait émis sa première opinion, il reconnut son erreur et m'engagea à soumettre ma malade au traitement antisyphilitique. Je suivis, comme on le pense bien, le conseil de l'illustre chirurgien, et j'obtins une guérison complète.

Deuxième fait. — Vers la même époque, je donnais des soins, dans le village de Saint-Aubin-de-la-Haie, à un enfant allaité par une nourrice dont le mari, jeune, bien portant, n'a jamais été atteint d'affection syphilitique. Le nourrisson avait de grosses pustules sur la peau et notamment à la marge de l'anus, avec rougeur à cette dernière partie; la nourrice avait une ulcération *sui generis* au fond du pharynx, avec gêne dans l'acte de la déglutition. Le diagnostic était facile, et je prescrivis le traitement antivénérien. Néanmoins, avant d'en faire l'application, je crus devoir instruire la mère de l'enfant de ma résolution. Mais cette jeune femme, devenue furieuse à la lecture de ma lettre, vint dans le village pour s'opposer au traitement dont je démontrais l'utilité. Mme ..... dit assez vivement que je me trompais, et que ses médecins avaient constaté l'existence des mêmes boutons (pustules) sur la peau de son mari et la sienne; mais que tout cela provenait uniquement de l'âcreté de son lait, puisque aujourd'hui elle était bien portante, ainsi que son mari, qui l'avait tetée après le départ de son enfant.

Malgré sa colère et ses raisonnements, j'insistai; je l'engageai à se laisser visiter par moi séance tenante, et enfin, de guerre lasse, elle m'avoua qu'elle conservait depuis quelque temps une irritation à la gorge provenant de l'âcreté dont elle venait de parler. J'examinai avec soin cette partie, où je vis un ulcère de même nature que celui dont la nourrice était atteinte. Alors la généalogie de ces accidents consécutifs ne fut pour moi l'objet d'aucun doute; il est inutile d'ajouter que le succès complet du traitement mercuriel a confirmé mon diagnostic. (Ces deux observations sont renvoyées à la commission du mémoire Cullerier.)

Mort de MM. Réveillé-Parise et A. Richard.

M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Réveillé-Parise, mort le 28 septembre à l'âge de soixante-dix ans. M. Gibert, qui a prononcé un discours au nom de l'Académie sur la tombe de Réveillé-Parise, est prié d'en donner lecture.

M. Gibert s'est exprimé en ces termes:

« Messieurs,

» Je viens, au nom de l'Académie nationale de médecine, dont il était membre depuis vingt et un ans, donner un témoignage public de haute estime et de profond regret à la mémoire de notre excellent collègue et ami Réveillé-Parise, mort à l'âge de soixante-dix ans, après une carrière bien dignement et bien laborieusement remplie. Doué de toutes les qualités affectueuses du cœur et des dons à la fois les plus brillants et les plus solides de l'esprit, Réveillé-Parise était de ces hommes d'élite que Dieu semble avoir créés pour interposer au milieu des passions humaines cette douceur, cette tolérance, cette bienveillance dont les précieux éléments, fécondés par la foi et soutenus par l'espérance, concourent à former la base de cette sublime vertu révélée au monde par la religion catholique, la charité!

» Les vertus de Réveillé-Parise le retenaient nécessairement dans une honorable médiocrité; mais les qualités éminentes de son esprit suffisaient à le faire distinguer de la foule.

» Ses écrits si nombreux et si recherchés attestaient une tolérance éclairée, une science profonde et variée, un esprit judicieux et ferme, allié à des sentiments de délicatesse et de générosité qui le portaient plutôt à s'affliger qu'à s'irriter des erreurs et des torts de l'humanité.

» Si quelquefois une douce ironie, et même quelque peu de mélancolie et de découragement se faisaient sentir dans ses articles critiques, toujours sa bonté native savait tempérer l'expression de ces sentiments si naturels à tout écrivain philosophe, et particulièrement au médecin!

» Hélas! messieurs, c'est surtout au temps où nous vivons, au sein d'une société si agitée par les passions, si avilie par les révolutions, si abrutie par le culte des intérêts matériels, qu'il faut regretter ces hommes simples, doux, modestes, conciliants, affectueux, qui savent faire aimer la religion et respecter la vertu!

» Que nos regrets pourtant soient adoucis par l'espoir de cette couronne immortelle qui attend au dernier jour les hommes morts dans les sentiments religieux, et qui ont su traverser le monde sans être salis de sa boue! »

— M. le président annonce une nouvelle perte plus récente, celle de M. le professeur Richard, décédé de la veille, à l'âge de cinquante-huit ans.

Commission du choléra.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination de trois membres qui devront faire partie de la commission mixte du choléra instituée par M. le ministre de l'intérieur et du commerce.

Le dépouillement du scrutin donne la majorité à MM. Chomel, Andral et J. Guérin. En conséquence, ces trois membres seront désignés au ministre comme devant faire partie de la commission.

Eaux minérales de Viterbe (Etats romains).

M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur les eaux minérales de Viterbe (Etats romains).

En 1850, des documents relatifs à diverses sources d'eaux minérales de Viterbe avaient été adressés au ministre de la guerre par des officiers de santé de l'armée d'occupation d'Italie; l'Académie, à laquelle ils furent transmis, les renvoya à la commission des eaux minérales. Dans le rapport de M. O. Henri à leur sujet, il résulta que ces documents, insuffisants ou incomplets, ne pouvaient éclairer sur la véritable nature des eaux auxquelles ils se rapportaient et qu'il y avait lieu d'en demander de plus positifs. D'un autre côté, M. le professeur Poggiale, de l'Ecole d'application de la médecine militaire, avait présenté au conseil de santé un rapport analogue, et sur la proposition de ce conseil M. le ministre de la guerre décida qu'une série de questions serait adressée aux officiers de santé de l'armée d'occupation qui seraient chargés de procéder à de nouvelles recherches.

Ce sont ces divers documents qui font l'objet du rapport de M. Gaultier de Claubry, qui résume en ces termes les résultats constatés par la commission :

L'eau sulfureuse de Viterbe renferme par mille grammes 2,8897 de substances solubles composées de gaz carbonique et sulfhydrique, carbonates et sulfates de chaux et de magnésie, chlorures de calcium et magnésium, iodures et bromures de sodium, alumine, carbonates de fer, fluorure de calcium et matières organiques. La proportion d'iodures est considérable, 0,013; celle de bromures très faible.

Les boues renferment du soufre, des sulfates et carbonates de chaux, des chlorures de calcium, des carbonates de fer, de l'acide silicique et des matières organiques.

L'eau ferrugineuse iodurée et bromurée renferme les mêmes éléments et une quantité sensible d'arsenic. La proportion de produits solubles est de 2,757 par 1,000 grammes.

Les boues sont composées de sulfate de chaux, chlorures de calcium et magnésium, carbonates de fer en grande proportion et de chaux, alumine, acide silicique, matières organiques, et de l'arsenic en proportion considérable, 0,14 pour 100.

La connaissance exacte de la nature des eaux minérales de Viterbe offre un intérêt tout particulier pour notre armée d'occupation en fournissant aux officiers de santé chargés du service des moyens de traitement qui peuvent être utiles dans beaucoup de circonstances. Les détails fournis par MM. Gillet, Dusseuil et Monsel sur l'état de l'établissement et ce qu'il présente de défectueux pourront conduire à des améliorations qui tourneront au profit des nationaux comme à celui de nos braves soldats. Si les sources non exploitées offrent les caractères thérapeutiques que prévoient les officiers de santé, ils auraient rendu un service important en appelant sur elles l'attention. La publication des rapports qu'ils ont adressés au conseil de santé et du mémoire de M. le professeur Poggiale serait de nature à procurer de très utiles résultats. La commission a pensé qu'il était de son devoir de l'indiquer et que c'était la meilleure réponse que pût faire l'Académie à la demande que lui a adressée M. le ministre de la guerre en lui transmettant le rapport qui a donné lieu au travail complémentaire de M. le professeur Poggiale.

Ces conclusions sont adoptées.

Transmission des accidents secondaires de la syphilis.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmission des accidents syphilitiques secondaires.

La parole est à M. Gerdy.

M. Gerdy. L'histoire de la syphilis est pleine de mystères et d'ignorance. Mystères dans la manière dont elle se propage, ignorance des lois qui doivent servir de base à une bonne doctrine. Il est d'autres motifs encore qui concourent à augmenter notre ignorance sur ce sujet, c'est la pudeur ou la crainte des malades toujours plus ou moins intéressés à dissimuler la vérité; c'est enfin, de la part des praticiens eux-mêmes, l'amour de la renommée, la cupidité ou l'esprit de système. Telles sont les circonstances nombreuses qui ajoutent à l'obscurité naturelle de la syphilis.

Quel est le remède? Le jugement et la critique; mais une critique sérieuse, sévère, et non pas cette critique complimenteuse et congratulatoire, que nous avons entendue dans ces dernières séances.

Cette sévérité est plus nécessaire aujourd'hui que jamais en présence des deux doctrines opposées, que nous avons vues se produire à cette tribune.

De ces deux doctrines, l'une croit à la multicontagion, et s'intitule elle-même la doctrine *multicontagioniste.* Comme les partisans de cette doctrine croient à la nature syphilitique et contagieuse de la blennorrhagie, nous les appellerons encore les *blennorrhagiens.* L'autre doctrine, au contraire, ne voit de lumière que dans le chancre. Le chancre est pour eux le point de départ de tous les autres accidents; c'est toute la vérole. Ceux-ci, nous les appellerons les *chancriers.* Il y a encore d'autres dénominations que se donnent ces messieurs. Ainsi ils disent: la *doctrine de l'hôpital du Midi.* Mais cette expression n'est pas juste. Il n'y a pas un seul service à l'hôpital du Midi, il y en a trois; de sorte que chacun des chefs de service pourrait prendre ce titre pour sa part. Il faudrait donc dire: l'Ecole du tiers de l'hôpital du Midi.

Mais examinons la doctrine des chancriers; c'est de l'un d'entre eux que je tiens ce que je vais dire. Je ne fais que rapporter le résultat d'une conversation que j'eus avec un partisan de la nouvelle doctrine.

Les chancriers se mettent sous le patronage du plus grand nom scientifique des temps modernes; ils invoquent la méthode expérimentale, la méthode baconienne. C'est par la méthode des inoculations expérimentales qu'ils prétendent éclairer l'histoire de la syphilis.

Pourquoi ces inoculations? Pour apprendre à distinguer le chancre. On ne connaissait donc pas le chancre? Mais non, disent-ils. De sorte que Hunter lui-même, qui a donné son nom au chancre type, ne le connaissait pas. Nous ne connaissions rien de la maladie vénérienne. Soit, je l'accepte. Mais l'inoculation, du moins, est-elle un moyen infaillible pour reconnaître le chancre? Suivant ces messieurs, ce moyen ne manque jamais. Là-dessus je me permis quelques objections. Je rappelai, entre autres, une expérience d'inoculations qui fut faite avec la matière recueillie sur une plaque muqueuse avec le pus d'un ulcère du col utérin et les mucosités recueillies dans la cavité même du col. Deux inoculations furent pratiquées avec chacun de ces produits, et pour chacun il y eut un succès et un insuccès. Où est donc dès lors la certitude? Mais à cela il me fut répondu : C'est impossible.

Alors je changeai de question. N'y a-t-il pas de danger dans la pratique des inoculations? Rien de plus innocent, me dit mon interlocuteur. Mais j'ai lu quelque part que chez deux jeunes gens, un élève en médecine et un ouvrier, ces inoculations ont eu des conséquences funestes. J'ai vu aussi que souvent il en résultait des ulcères rongeants très difficiles à guérir. Mais j'aime mieux vous raconter l'histoire de ce malheureux élève en médecine qui, ne pouvant parvenir à se guérir d'un chancre d'inoculation, mit un terme à ses chagrins en s'enfonçant un couteau dans le cœur; et celle plus grave encore, parce qu'il n'y avait point eu volonté de se prêter à une expérience, de cet autre jeune homme qui, pour le même motif, se vit réduit à se jeter à l'eau pour échapper aux conséquences fatales de l'inoculation. Lorsque Hunter faisait ses expériences, c'était sur lui-même. Cela est noble, cela est beau. Mais pratiquer de pareilles expériences sur autrui, voilà ce qu'on ne saurait trop blâmer. (Une voix : très bien.)

Mais, demandai-je à mon interlocuteur, l'inoculabilité ne prouve-t-elle pas la contagionabilité? — Sans doute. — C'est que j'en doute un peu moi-même; car je vois tous les jours le pus de la blennorrhagie s'inoculer naturellement, tandis qu'il ne s'inocule pas par la lancette. Il résulterait donc de là que certains accidents non inoculables par voie artificielle sont transmissibles par voie naturelle.

M. Gerdy, poursuivant sur le même ton l'examen des divers points de la doctrine de M. Ricord, conteste successivement l'exactitude des diverses propositions relatives au chancre spécifique en progrès ou en *statu quo*, considéré comme la seule source du virus syphilitique, ou chancre de l'urètre, comme expliquant le développement des symptômes constitutionnels à la suite de la blennorrhagie, à la généralisation de l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic des chancres profonds. Puis, passant en revue quelques-unes des observations invoquées par les partisans de la doctrine nouvelle et celles de ses adversaires, il signale la légèreté des premières et s'efforce de faire ressortir ce que les observations de MM. Baumès, Wallace, Waller, Vidal, Bouley, Cazenave, Gibert, etc., ont au contraire de rigoureux et de concluant contre elle.

En définitive, dit M. Gerdy en terminant, ténèbres et mystères, obscurité et incertitude, voilà ce que l'on trouve dans la syphilis. La doctrine syphilitique n'est pas plus avancée aujourd'hui qu'avant la propagation du nouveau système. Il est possible que plus tard il sorte quelque lumière de ces discussions; mais cela n'empêchera pas que l'on ne doive juger, dès à présent, l'inoculation comme une licence, une sorte de débauche d'expérimentation condamnable quand on la pratique sans utilité. Il restera enfin cette vérité démontrée : c'est que contagion et inoculation ne peuvent être mises sur la même ligne.

M. Ricord monte à la tribune et déclare qu'il est bien déterminé à ne plus prendre la parole dans cette discussion; s'il la prend encore, c'est uniquement pour protester contre l'argumentation toute personnelle de M. Gerdy. Si M. Gerdy, ajoute-t-il, ainsi qu'il l'a déclaré, ne connaît pas la syphilis; s'il a besoin de tiers pour lui fournir des arguments mille fois réfutés, qu'il aille l'étudier d'abord, je lui répondrai après. (Nombreux bravos.)

La séance est levée à cinq heures.

Chronique et nouvelles.

Depuis un mois la mort frappe sans relâche l'Académie de médecine. Il y a peu de semaines nous annoncions le décès du vénérable M. Castel; il y a huit jours à peine M. Réveillé-Parise succombait à une grave affection de la prostate; aujourd'hui nous avons encore à enregistrer la mort de M. A. Richard, professeur d'histoire naturelle à la Faculté, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine (section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale).

—Un concours public pour la nomination de dix élèves internes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les quatre hôpitaux et hospices civils (l'Hôtel-Dieu, la Charité et l'Antiquaille, à Lyon; le Perron à Oullins, près Lyon), sera ouvert le lundi 8 novembre prochain, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les élèves internes titulaires de l'Hôtel-Dieu et de la Charité ne sont logés et nourris dans ces établissements que pendant les jours de garde.

Ils reçoivent un traitement annuel, fixé ainsi qu'il suit : Première année d'internat, 650 fr.; deuxième année, 750 fr.; troisième année, 850 fr.

Les élèves internes titulaires de l'hospice de l'Antiquaille y sont logés et nourris. Leur traitement est de 50 fr. pour la première année d'internat, de 150 fr. pour la seconde, de 250 pour la troisième.

Les élèves internes titulaires attachés à l'hospice du Perron y ont la table et le logement; ils reçoivent la première année d'internat 150 fr., la seconde 250 fr., la troisième 350 fr.

— *Justice administrative.* — Conseil d'Etat (section du contentieux), 8 juillet. — Lorsqu'un médecin habite en commun avec ses sœurs et que la partie de son habitation personnelle ne vaut que 600 fr. de location, tandis que l'habitation totale a une valeur de 1,100 fr., les taxes de patente et de contributions mobilières du médecin ne doivent porter que sur la partie de son habitation personnelle et non sur l'ensemble de l'habitation qui est commune à lui et à ses sœurs.

Ainsi jugé sur la demande de M. Dubouchet, médecin à Lyon, par annulation d'un arrêté du conseil de préfecture du Rhône, du 23 juin 1851. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Nº 120. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) Nº 120. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Priapisme. Ponction des corps caverneux. — Fièvre typhoïde d'apparence très bénigne d'abord. Hémorrhagie intestinale grave ne cédant pas aux moyens ordinaires. Guérison rapide par l'emploi de la térébenthine. — Tumeur intra-pelvienne rétro-utérine. — Du traitement de l'ascite par les injections iodées. — De la dilatation instantanée des rétrécissements de l'urètre. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Priapisme. Ponction des corps caverneux.

Les faits de priapisme sont assez rares, et par cela seul l'observation que nous transcrivons mériterait de fixer l'attention de nos lecteurs. Mais ce n'est pas seulement pour cette raison que nous pensons devoir donner avec soin tous les détails se rattachant à l'histoire du malade que nous avons examiné et suivi dans le service de M. le professeur Velpeau à l'hôpital de la Charité. Nous verrons, en effet, que, pour amener la guérison de la maladie, il a suffi de pratiquer une opération très simple, en apparence du moins, opération qui, nous le croyons, n'a jamais été mise en usage dans des circonstances analogues. Nous avons en vain fait des recherches pour trouver dans les auteurs quelques indications relatives à l'opération appliquée par M. Velpeau; en outre, bon nombre de chirurgiens, qui ont bien voulu nous renseigner à ce sujet, nous ont également donné l'assurance que jamais ils n'avaient eu recours à une opération chirurgicale pour amener la cure du priapisme.

Nous n'avons trouvé en fait de traitement, autre que le traitement purement médical, que l'indication empirique et irrationnelle de la castration, et encore s'agissait-il de véritables satyriasis, et l'opération n'était-elle faite que par les malades eux-mêmes poussés à cet excès par un véritable délire : « *Novimus*, dit Aëtius, *quosdam audaciores qui sibi ipsis testes ferro resecarunt.* »

Le malade qui fait le sujet de cet article ne présentait pas évidemment un exemple de satyriasis, mais bien un priapisme aussi évident que possible et né dans des conditions telles qu'il est et demeure à peu près impossible d'en indiquer la cause. Il n'y a eu, en effet, ni dans les habitudes de vie du malade, ni dans quelque accident survenu avant l'apparition et le développement de l'affection rien qui mette sur la voie de l'étiologie, qui reste obscure. Voici du reste le fait. Nous avons pris nous-même avec soin tous les renseignements, et nous devons les croire d'une rigoureuse exactitude, car nous avons eu affaire à un malade très intelligent et qui nous a paru d'une excessive bonne foi.

Le nommé L... (François), âgé de trente-quatre ans, ébéniste, est entré à la Charité le 24 septembre. Il a été couché au nº 24 de la salle Sainte-Vierge.

Cet homme, très intelligent, ouvrier laborieux, marié depuis plusieurs années, ne se livrant à aucune espèce d'excès, n'a jamais eu d'accidents syphilitiques. Il est fort, robuste, d'une excellente constitution.

Le 22 septembre, dans la nuit, à la suite d'un coït simple, sans excitation extraordinaire, l'érection persista sans douleur aucune. Cet état de congestion des corps caverneux ne cessa pas le reste de la nuit, et le matin, sans en éprouver aucune gêne, le malade se rendit à son atelier de travail. Il put toute la journée se livrer à ses occupations, le tout sans éprouver plus de malaise.

La nuit se passa dans des conditions absolument semblables. Le malade nous assure qu'il n'éprouva aucune espèce de désir vénérien.

Le 24 au matin, il se rendit encore à son atelier; mais, après deux heures de travail, commençant à ressentir un peu de douleur à l'extrémité de la verge et surtout commençant à se tourmenter de la persistance de cet état, il demanda conseil à un pharmacien, qui l'engagea à prendre un grand bain. Ce bain amena un peu de soulagement, mais l'érection ne fut en rien modifiée. C'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, où il fut admis dans la soirée du 24 septembre.

L'interne du service prescrivit un lavement camphré; la nuit fut très calme, mais il ne survint aucune modification dans l'état des organes génitaux.

Le 25 au matin, à l'heure de la visite de M. Velpeau, l'état général du malade était des plus satisfaisants; il n'existait aucune gêne, aucune douleur dans les testicules, dans le trajet des conduits spermatiques. La verge, toujours en état d'érection, n'était pas douloureuse. On prescrivit l'application de 20 sangsues au périnée, un bain, friction avec la pommade mercurielle mêlée d'extrait de belladone.

Ce traitement tout rationnel n'amena aucune modification; l'érection persista avec le même degré de force; le malade présentait un peu de fièvre; néanmoins il avait de l'appétit.

La nuit du 25 au 26 se passa dans l'agitation, et le 26 au matin le malade ressentait des douleurs assez vives à l'extrémité de la verge, et un sentiment pénible de pesanteur et de malaise dans la région périnéale. Du reste, depuis le début de la maladie, les urines ont toujours été rendues avec facilité et sans douleurs, et le malade nous assure qu'il n'a jamais vu sortir par le méat un liquide filant ayant de l'analogie ou avec le sperme ou avec les sécrétions filantes et limpides qui se font d'ordinaire sous l'influence de l'érection.

M. Velpeau prescrivit un lavement camphré avec addition de belladone. Sous l'influence de ce médicament, il y eut un peu de diminution dans la tension du corps caverneux, et le malade vit en partie cesser la douleur qu'il éprouvait à l'extrémité du pénis.

Mais le 27 et le 28 ce mieux disparut; l'érection, quoique moins forte, persistait toujours.

Ce fut alors que le chirurgien, en présence de la persistance de l'affection que les moyens ordinaires ne pouvaient vaincre, eut l'idée de pratiquer la ponction des corps caverneux.

L'opération fut faite à l'aide d'un petit trocart explorateur qui fut introduit transversalement de droite à gauche, à environ trois centimètres en arrière de la base du gland; les corps caverneux furent traversés de part en part. Cette ponction fut excessivement douloureuse. Par la petite plaie d'entrée, il s'écoula du sang en assez petite quantité, et cette petite hémorrhagie dura pendant environ une heure.; le sang suintait, et il n'y en eut, en somme, qu'une très faible quantité qui fut reçue sur un linge.

La ponction fut extrêmement douloureuse, mais immédiatement elle fut suivie de la cessation complète de la turgescence des corps caverneux; la verge s'affaissa, reprit sa forme et son volume ordinaires, et depuis lors il n'y a plus eu de trace de la maladie. Le 3 octobre, nous avons revu le malade; il n'a plus eu d'érection, et tout sentiment de gêne et de douleur a disparu. Autour de la plaie produite par le trocart, on peut constater la présence d'une ecchymose non limitée, sans gonflement du tissu cellulaire sous-cutané. Le malade, qui se trouve tout à fait guéri, désire quitter l'hôpital.

Ainsi que nous le disions, l'opération a été des plus simples, et son succès a été immédiat; mais les suites seront-elles aussi simples? Est-il certain que la blessure même si légère des corps caverneux ne sera suivie d'aucun accident, et l'organe restera-t-il dans des conditions physiologiques normales? On peut bien éprouver quelques hésitations pour donner la solution de cette question. On sait, en effet, que les plaies même peu étendues des corps caverneux peuvent devenir la cause de désordres fonctionnels assez sérieux; et, en outre, on doit se demander si un épanchement, même peu abondant, résultant d'une plaie du tissu érectile ne peut pas donner lieu à la formation de ces petites tumeurs que l'on remarque souvent dans les corps caverneux, tumeurs considérées par beaucoup de chirurgiens comme étant déterminées par de petits foyers sanguins succédant à des déchirures? Jusqu'à ce jour, on ne remarque, en examinant attentivement l'organe, aucune trace de tumeur sanguine, et il n'existe aucune sensibilité; mais il faudrait pouvoir poursuivre plus loin l'observation pour lui donner toute sa valeur.

M. Velpeau a été amené, du reste, à pratiquer l'opération que nous avons décrite par un fait qui lui a été raconté par un médecin auquel il communiquait l'observation du malade de la Charité. Voici ce fait. Le médecin dont nous parlons avait été lui-même affecté d'un priapisme qui n'avait pas cédé aux traitements habituels. Dans ces conditions, et involontairement, l'extrémité aiguë d'un canif vint pénétrer dans les corps caverneux; immédiatement l'érection cessa. Depuis lors aucun accident n'est survenu, et les fonctions de l'organe se sont accomplies comme devant. C'était donc, pour l'habile chirurgien de la Charité, un motif suffisant de pratiquer son opération; seulement on pourrait peut-être la modifier, et ainsi rendre moins probables des suites fâcheuses, en se contentant, comme dans le deuxième fait que nous avons rappelé, d'une simple ponction, dût-on la répéter en plusieurs points : en ne traversant pas les corps caverneux dans toute leur étendue, on éviterait plus sûrement et la formation d'un épanchement sanguin, et la production consécutive d'une bride cicatricielle.

Signalons, en terminant, la singularité de cette affection survenue spontanément chez un homme en parfaite santé, n'ayant subi aucune lésion préalable soit sur les organes génitaux, soit sur le trajet de la colonne vertébrale, soit dans la région occipitale. L'érection, qui a duré pendant six jours et six nuits, n'a déterminé que très peu d'accidents, et pendant quarante-huit heures le malade a pu continuer ses tra-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'emploi médical de l'air comprimé; par le Dr C.-G. PRAVAZ. Paris et Lyon. 1850. Un vol. in-8°.

La date que nous venons de reproduire montre combien nous sommes coupable envers nos lecteurs et envers M. Pravaz. Nous espérons cependant que ce dernier nous accordera un généreux pardon; car rendre compte d'un ouvrage deux ans après sa publication, c'est porter en sa faveur un témoignage de haute estime. Le livre de M. Pravaz n'a rien à craindre, en effet, de l'épreuve du temps; il repose sur des faits dont la valeur ne saurait varier avec les vicissitudes des doctrines, des théories, des systèmes, et il sera toujours utile et opportun de les signaler à l'attention des praticiens. L'ouvrage dont nous avons à rendre compte est divisé en deux parties distinctes : la première, exclusivement physiologique; la seconde, essentiellement médicale.

Dans la partie physiologique, M. Pravaz étudie d'abord le *mécanisme* de la respiration dans ses rapports avec la pression atmosphérique.

Après avoir rappelé les idées émises quant aux phénomènes physiques de la respiration par les physiologistes, M. Pravaz établit que l'on n'a point suffisamment pris en considération la *réaction vitale* des poumons, dont il apprécie le rôle de la manière suivante, en supposant que la pression atmosphérique part de 0 et augmente progressivement :

« Tant que cette pression n'égalera pas au moins la réaction des poumons à son *minimum*, ces organes resteront sans contact avec les parois de la poitrine et réduits au plus petit volume. Les muscles inspirateurs lutteront avec désavantage contre la résistance croissante du poids de l'atmosphère agissant sur la face externe du thorax, dont la cavité n'acquerra qu'un faible degré d'expansion.

» Lorsque la pression de l'air commencera à dépasser la résistance du tissu pulmonaire, les cellules aériennes éprouveront un certain degré de dilatation, bientôt limité par l'accroissement de l'élasticité de leurs parois, qui est proportionnelle à la distension qu'elles ont subie. Si cette dilatation n'a pas réussi à mettre en contact la plèvre pulmonaire avec la plèvre costale, les muscles inspirateurs n'auront éprouvé aucun soulagement dans leur effort, et la cavité thoracique aura acquis à peine un faible développement.

» En continuant à faire croître la pression atmosphérique au delà du point où elle commence à agir efficacement contre la réaction du poumon, il arrivera un moment où les deux plèvres seront contiguës; c'est alors seulement que la pression interne et la pression externe de l'atmosphère pourront être considérées comme tendant à se faire antagonisme, quoiqu'elles ne soient pas *immédiatement* opposées l'une à l'autre, parce que la seconde est employée d'abord à vaincre la réaction pulmonaire, de telle sorte que l'effort des muscles inspirateurs contre la pression externe n'est secondé, en réalité, que par la différence qui existe entre la pression atmosphérique interne et la réaction du tissu pulmonaire.

» La dilatation du poumon, quoique consécutive à l'expansion de la cavité thoracique, et supposant celle-ci comme condition nécessaire, n'en est pas néanmoins le résultat *mécanique*; l'air extérieur ne pénètre point, comme on l'a dit, dans les cellules pulmonaires, parce que celles-ci ont été préalablement dilatées; mais ces cellules ont été dilatées, parce que la pression à laquelle elles étaient soumises de la part de l'atmosphère a cessé d'être équilibrée lorsque les muscles inspirateurs ont opposé leur effort au poids de la colonne atmosphérique qui s'appuie sur les parois extérieures de la poitrine. »

Après avoir montré comment les choses se passent dans l'état normal, M. Pravaz recherche les causes qui peuvent les modifier, et ces causes, il les trouve soit dans les organes eux-mêmes, soit dans le milieu ambiant.

Deux sortes de dyspnée, dit M. Pravaz, paraissent dépendre d'une altération des propriétés vitales du poumon; dans l'une, qu'on peut rattacher à l'asthme spasmodique des auteurs, il y aurait exagération de la contractilité des parois des divisions bronchiques; dans la seconde, qui se rattache à l'emphysème pulmonaire, cette puissance de contraction serait au contraire plus ou moins paralysée.

Les phénomènes qui se rattachent au milieu ambiant varient suivant que la pression atmosphérique est diminuée ou augmentée.

Dans le premier cas on observe encore de la dyspnée, et celle-ci se produit, non-seulement parce que l'air inspiré contient moins d'oxygène sous un volume donné, et parce que la dissolution de ce gaz dans le sang est moins facile sous une pression plus faible, mais encore parce que la surface où s'établit le conflit du sang veineux avec l'air atmosphérique a perdu de son étendue, la diminution de l'élasticité de l'air mettant obstacle à l'expansion simultanée du thorax et du poumon. « Il est manifeste, en effet, que lorsque cette élasticité est diminuée de deux cinquièmes ou de moitié, comme on l'observe au sommet du Mont-Blanc ou des Cordilières, elle doit rester fréquemment inférieure à la réaction du poumon, et devenir par conséquent insuffisante pour développer pleinement cet organe dans les mouvements d'inspiration exécutés par les parois thoraciques. »

« C'est là, dit M. Pravaz, un phénomène qui n'a jamais été mentionné parmi les causes déterminantes des symptômes divers éprouvés par l'homme et les animaux pendant l'ascension des hautes montagnes; on n'a eu égard qu'aux conditions chimiques de la respiration, et c'est toujours au défaut d'une quantité d'oxygène insuffisante pour l'hématose dans l'air raréfié, combiné avec la fatigue d'un exercice plus ou moins pénible, qu'on a attribué exclusivement la dyspnée, l'état de malaise et de faiblesse extrême signalés par la plupart des observateurs. »

vaux. La coloration, la chaleur de l'organe malade n'ont rien présenté d'extraordinaire; et de cette congestion si longtemps prolongé, immédiatement après l'opération il ne restait plus trace.

— Cette observation et les réflexions qui l'accompagnent étaient déjà rédigées lorsque nous avons reçu d'un de nos honorables confrères et amis, M. Dumont, le renseignement suivant.

Le père de notre confrère aurait traité, à l'hospice de Bicêtre, un malade atteint de priapisme par un procédé, sinon semblable, offrant tout au moins de l'analogie avec celui employé par M. Velpeau.

Après avoir en vain mis en usage la médication indiquée par tous les auteurs, Dumont père eut l'idée de recourir à l'acupuncture. Quatre aiguilles furent introduites dans les corps caverneux et les traversèrent de part en part; la guérison fut ainsi obtenue, non pas aussi instantanément, mais en très peu de temps. Nous nous empressons de signaler ce fait, qui nous a paru d'un grand intérêt.

Fièvre typhoïde d'apparence très bénigne d'abord. — Hémorrhagie intestinale grave ne cédant pas aux moyens ordinaires. — Guérison rapide par l'emploi de la térébenthine.

Nous avons vu dans le service de M. Andral (M. Sée remplaçant) une jeune fille qui a été affectée d'une fièvre typhoïde tellement simple à son début, qu'on eût pu la méconnaître sans la présence de quelques taches caractéristiques. Mais après avoir séjourné quelque temps dans les salles, au moment où la convalescence paraissait franche, apparut une hémorrhagie intestinale des plus graves. Comme on le verra, les moyens de traitement usités dans ces cas avaient été sans effet, lorsque M. Sée eut l'idée de recourir à l'emploi de la térébenthine. Ce médicament, employé en Angleterre et surtout en Amérique, a été préconisé comme souverain par un médecin américain non-seulement dans les cas d'hémorrhagie, mais encore dans toutes les périodes de la fièvre typhoïde.

Dans l'observation que nous allons rapporter, il ne nous paraît pas douteux que la guérison doive être attribuée à l'action de ce médicament, et nous pensons être utile aux praticiens en portant à leur connaissance le succès obtenu par M. Sée. On sait en effet combien le plus souvent l'art devient impuissant dans les cas d'hémorrhagie, surtout se présentant dans des proportions aussi abondantes. Si le fait que nous rapportons était isolé, il aurait déjà une assez grande signification; mais il en acquiert bien plus si nous le rapprochons des cas nombreux indiqués en dehors de notre pays.

Voici l'observation qui nous a été communiquée par l'interne du service, M. Maingauts.

Le 18 septembre est entrée à la Charité, salle Saint-Vincent, une jeune femme de vingt-trois ans, nommée Joséphine Lecomte. Elle est d'une constitution délicate, tempérament lymphatique, membres grêles. Sa santé est habituellement assez bonne; jamais elle n'a fait de maladie sérieuse; elle vit dans de bonnes conditions. Malade depuis huit jours et alitée dès cette époque, elle rapporte qu'elle éprouva de violents maux de tête, des troubles de la vision, des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, une faiblesse excessive; elle a eu aussi un peu de dévolement.

A un examen attentif, on trouve un ensemble de symptômes qui dénotent une fièvre typhoïde légère. On aperçoit sur le ventre deux taches caractéristiques. Sous l'influence d'une médication expectante, les accidents diminuèrent, puis disparurent, et la malade paraissait entrer en convalescence, lorsque le 28, à la visite du matin, elle se plaignit d'avoir rendu dans la nuit et par les selles une quantité assez considérable de sang, environ un demi-litre. De plus, l'état général était mauvais, la face pâle, les traits tirés, la peau froide et sèche, le pouls petit, filiforme, à 96-100. La langue est sèche, la soif vive, l'haleine mauvaise, le ventre ballonné, douloureux, surtout à la pression, dans la fosse iliaque droite. En présence de symptômes aussi graves, M. Sée prescrivit une médication aussi active que possible. — Limonade sulfurique avec eau de rabel; potion avec extrait de ratanhia. Lavements froids; glace à l'intérieur.

Le soir, la malade a rendu encore une certaine quantité de sang; le lendemain, le sang évacué dans la nuit est d'environ un litre. L'état général est de plus en plus mauvais; les forces sont prostrées; la face pâle, amaigrie; les réponses sont nettes, mais la voix est d'une extrême faiblesse; la langue est toujours sèche, ainsi que les lèvres; le ventre toujours ballonné, des douleurs assez vives s'y font sentir. Le même traitement est continué, mais sans aucune amélioration.

Le 30, à la visite du matin, le vase de nuit est plein d'un sang noirâtre, sans traces de matières alvines. Le pouls est d'une petitesse excessive, la peau froide.

M. Sée ordonna alors de faire prendre une potion contenant huile de térébenthine, 8 grammes, dans un julep.

On continue les lavements froids au ratanhia, la glace à l'intérieur; on supprime la potion de ratanhia. Le soir, M. Maingauts, interne du service, trouve la malade dans le même état que le matin. Le vase de nuit est plein de sang. D'après les indications de M. Sée, il fait donner une nouvelle potion avec térébenthine, la première ayant été complétement prise.

Le 1er octobre, le vase de nuit ne contient qu'environ un verre de sang. — Même traitement.

A la visite du soir et à celle du 2, pas de traces de sang. La malade a rendu par les selles des matières de couleur et de consistance normales. — Bouillons froids. Même traitement.

Le 3, pas de traces de sang. La malade n'est point allée à la garde-robe; la face est moins pâle, les traits moins tirés; la faiblesse est moindre; le pouls s'est un peu relevé; la peau est chaude; la langue commence à devenir humide; le ventre n'est point douloureux, même à la pression; il est souple.

Le 4, le mieux continue. La potion ne contient que 8 gr. d'huile de térébenthine au lieu de 16.

Le 5, M. Sée supprime la térébenthine.

Aujourd'hui 6, le sang n'a point reparu; l'état général est des plus satisfaisants, et tout fait espérer que la guérison est assurée.

Tumeur intra-pelvienne rétro-utérine.

Depuis quelques années, l'attention des médecins et des chirurgiens a été fixée sur certaines affections intra-pelviennes jusqu'alors peu connues. Ces affections, beaucoup plus fréquentes qu'on ne saurait le croire, peuvent être de diverses natures. Les unes purement inflammatoires, constituent de véritables phlegmons, le plus souvent logées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal en arrière de l'utérus, et s'annoncent par des symptômes si franchement inflammatoires, qu'il devient difficile de les méconnaître. Aussi les travaux modernes n'ont-ils pas eu beaucoup à faire pour éclairer leur histoire, déjà suffisamment connue.

Mais d'autres affections bien autrement difficiles à apprécier, dont la production, entourée de mystères, reste encore toute problématique, sont caractérisées par un épanchement de sang qui occupe aussi la partie postérieure de l'utérus.

Les lecteurs de ce journal n'ont sans doute pas oublié les intéressantes leçons de M. Nélaton sur ces tumeurs sanguines. Plusieurs chirurgiens les ont étudiées avec soin; et si l'on ne peut dire encore que l'histoire en est faite d'une façon bien satisfaisante, toujours est-il que dès maintenant on possède déjà des notions d'une haute importance, qui, basées sur l'observation clinique et sur l'anatomie pathologique, permettent déjà, sinon d'apprécier sans aucun doute la cause de la maladie, tout au moins de tracer un traitement convenable.

Dans une discussion soulevée sur ce sujet à la Société de chirurgie, de nombreux faits ont été exposés, et déjà des classifications ont été proposées, ayant pour point de départ la situation occupée par l'épanchement. M. Huguier, entre autres, a indiqué de nombreuses subdivisions qui présentent un véritable intérêt. Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans des détails qui ne sauraient convenir à la forme de ces articles, nous rappellerons seulement qu'un fait constamment observé dans tous les cas connus est le suivant: le développement de la tumeur sanguine coïncide toujours avec un dérangement dans le flux menstruel.

Dans le service de M. Andral se trouve actuellement une fille qui nous paraît offrir une affection de ce genre. Nous engageons nos lecteurs à la visiter. Voici sommairement l'observation de cette malade.

La nommée Hue (Marie), âgée de vingt ans, domestique, est d'ordinaire d'une excellente santé. Réglée à l'âge de quinze ans, elle a depuis constamment vu chaque mois avec une grande régularité. Née en Normandie, elle n'habite Paris que depuis trois ans, et depuis lors elle a été sujette à des névralgies frontales très douloureuses.

Ces accidents devenant intolérables par leur fréquence et leur force, la fille Hue se fit admettre à la Charité, dans le service de M. Piorry. On prescrivit, nous dit-elle, des douches froides qui la soulagèrent assez rapidement. Mais après huit jours de traitement elle fut prise tout à coup d'une hémiplégie droite complète, avec paralysie de la myotilité et de la sensibilité.

Ces accidents, sous l'influence d'un traitement convenable, se dissipèrent assez rapidement, et un mois après la malade était admise comme infirmière dans les salles de M. Andral. Elle faisait son service sans rien éprouver d'extraordinaire, lorsque le 25 septembre, au milieu de la santé la plus florissante en apparence, et à l'époque d'une période menstruelle, elle fut prise subitement de violentes douleurs dans le bassin.

Les règles apparurent un peu, mais cessèrent immédiatement. Les douleurs abdominales étaient si violentes dès le début, que l'on dut envoyer chercher l'interne de service, qui fit immédiatement appliquer 20 sangsues.

Le 26 au matin, le pouls marquait 120 pulsations; il était petit, faible; il y avait des vomissements. M. Sée, examinant la malade, trouva dès lors des traces de gonflement dans la région rétro-utérine. Le toucher en ce point déterminait d'intolérables douleurs. — On applique 30 nouvelles sangsues; cataplasmes; huile de ricin.

Le 27, même état. Quinze sangsues. Pas encore d'évacuation. — Huile de ricin; lavement.

Le 28, il y a de l'amélioration dans l'état général et dans l'état local. En touchant la malade, on reconnaît la présence de la tumeur signalée dès le deuxième jour par M. Sée. La douleur provoquée par le toucher était bien moindre. Cette tumeur paraît égaler le volume d'un œuf; elle repousse en avant le col de l'utérus; elle est semi-fluctuante.

A dater de cette époque, les accidents allèrent toujours en diminuant.

Quelle est la nature de cette affection? Est-ce un phlegmon? est-ce une tumeur sanguine? Nous serions assez disposé à admettre cette dernière hypothèse. Nous avons peine à croire, en effet, qu'une tumeur phlegmoneuse ait pu se développer avec autant de rapidité, et que l'inflammation se soit si nettement limitée dans la région intra-pelvienne.

La tumeur sanguine, au contraire, se forme rapidement; elle apparaît dans les conditions absolument semblables, c'est-à-dire lors des époques menstruelles, et, dans ces cas, les règles, après s'être montrées, s'arrêtent souvent brusquement ou apparaissent sous forme de pertes.

Ajoutons encore que, s'il s'agissait d'un abcès phlegmoneux, l'état général ne serait pas aussi bon. La malade, que nous avons revue il y a deux jours, se trouve très bien; elle voudrait se lever, et cependant on retrouve toujours la tumeur.

Quoi qu'il en soit de la nature de l'affection, le traitement ne présente pas de grandes difficultés. La fluctuation n'est pas assez franche pour qu'on puisse songer à donner un coup de bistouri dans la tumeur; on doit attendre.

Si nos prévisions sont justes, la première époque menstruelle deviendra le signal de nouvelles douleurs et de nouveaux symptômes inflammatoires; alors seulement le diagnostic sera définitivement établi. Dr E. L.

Nous avons voulu placer toute cette discussion sous les yeux du lecteur, parce qu'elle se rattache à une importante question de physiologie encore assez obscure, celle du *mécanisme de la respiration*; mais nous ne nous chargeons point de résoudre toutes les difficultés qu'elle soulève.

Quel rôle l'élasticité de l'air atmosphérique joue-t-elle dans le phénomène de l'ampliation pulmonaire pendant l'inspiration? Qu'adviendrait-il si cette élasticité était *inférieure* à la réaction du poumon? La pression de dehors en dedans diminuant autant que la pression de dedans en dehors, le rapport, quant à la réaction du poumon, ne reste-t-il pas toujours le même, tant que la pression n'est pas au-dessous de cette force de contractilité? Si l'influence attribuée par M. Pravaz à la diminution de l'élasticité de l'air est réelle, pourquoi, dans les ascensions des montagnes, la dyspnée cesse-t-elle ou ne se manifeste-t-elle point pendant la halte? pourquoi est-elle presque nulle dans les ascensions aérostatiques les plus élevées?

Ce sont là des questions ardues sur lesquelles nous appelons l'attention de M. Pravaz lui-même, dont les opinions, trop absolues à notre avis, se modifieront probablement par un plus mûr examen.

Lorsque la pression atmosphérique est augmentée, deux circonstances concourent à rendre plus facile et plus étendu le développement des cellules pulmonaires. En élevant la force qui lutte contre la réaction du poumon, on étend la limite supérieure de son développement propre et consécutivement celle de l'expansion de la cage thoracique sous l'effort des muscles inspirateurs. D'un autre côté, l'accroissement de la pression atmosphérique a pour effet de comprimer l'abdomen, d'augmenter l'élasticité des gaz intestinaux et par suite leur réaction contre l'effort du diaphragme, de telle sorte que ce muscle, rencontrant un point d'appui plus solide, oblige les côtes et le sternum à prendre une plus grande part au mécanisme de la respiration.

Des expériences nombreuses ont conduit M. Pravaz à formuler les propositions suivantes:

1° L'étendue de l'inspiration forcée ou le développement du poumon croît avec la pression atmosphérique jusqu'à une certaine limite, qui paraît déterminée en général par la vigueur des sujets.

2° La pression atmosphérique cesse de favoriser l'ampliation des organes respiratoires lorsqu'elle arrive à dépasser la différence toujours décroissante qui existe entre l'effort des muscles inspirateurs et l'élasticité des parois thoraciques.

3° La quantité d'acide carbonique exhalé dans le bain d'air comprimé s'élève au dessus des proportions de l'état normal jusqu'à la pression de 10 à 12 centimètres; au-dessus de cette limite, le poumon exhale moins d'acide carbonique qu'avant le bain.

4° L'effet consécutif de l'air comprimé à la sortie de l'appareil est l'accroissement de l'exhalation de l'acide carbonique. Cet effet, qui se prolonge pendant plusieurs heures, n'atteint son maximum qu'un certain temps après le bain.

5° Le bain d'air comprimé réduit parfois des deux cinquièmes le nombre des pulsations artérielles, surtout lorsqu'il existait un état fébrile antérieur.

6° Sous l'influence de l'accroissement de la pression atmosphérique, le système capillaire se vide plus facilement dans les veines, car non-seulement l'action périphérique de la force qui comprime ce réseau, ainsi que les veines où il se décharge, est devenue plus énergique, mais encore la tendance au vide produite dans le péricarde et le médiastin pendant l'inspiration est plus prononcée.

Les chapitres IV et V, qui terminent la première partie, sont consacrés *à la discussion des phénomènes physiologiques observés dans les excursions sur les hautes montagnes et les ascensions aérostatiques*, et *à l'examen des effets physiologiques déterminés par la condensation de l'air*. Ils renferment un exposé historique et critique fort complet, que le lecteur lira avec intérêt, mais qui ne lui fournira aucune donnée nouvelle, si ce n'est à la page 110, où il trouvera une description de l'appareil à bain d'air comprimé imaginé par M. Pravaz, et une indication des phénomènes observés chez les individus soumis à son action.

Dans la seconde partie de son livre, M. Pravaz fait connaître les résultats obtenus par lui dans le traitement de la *phthisie tuberculeuse* au premier et au second degré, du *mal de Pot* et de certaines *coxarthrocaces*, du *rachitisme*, des *déviations de l'épine* et des *déformations de la poitrine*, de la *chlorose* et de l'*anémie*, de la *surdité*, des *congestions chroniques de l'encéphale et de la moelle épinière*, de quelques *névroses*. Ici, nous ne pouvons qu'engager les praticiens à lire les observations produites par l'auteur; car ce n'est qu'à l'aide des faits que l'on peut apprécier convenablement la valeur thérapeutique d'une médication. Quant à nous, sans nier les bons effets souvent obtenus par le bain d'air comprimé, nous reprocherons à M. Pravaz la manière incomplète dont ses observations ont été recueillies. Certes, nous sommes bien éloigné, à cet égard, des fastidieuses exagérations d'une certaine école; mais nous voulons du moins que les faits soient présentés de manière à ne laisser aucun doute sur le diagnostic et sur l'action du traitement. Or, on n'en trouve que fort peu dans l'ouvrage de M. Pravaz qui répondent à cette double exigence.

Que M. Pravaz se remette donc à l'œuvre, et qu'il nous donne le plus tôt possible une bonne *clinique*, riche d'observations concluantes. Nous sommes convaincu que les éléments ne lui en feront pas défaut; mais pour les réunir, qu'il ne compte guère que sur lui-même. Les praticiens expérimentent volontiers un médicament qu'ils peuvent administrer eux-mêmes; mais lorsqu'il s'agit de se séparer du client et de l'adresser à un confrère, l'amour de la science et de l'humanité lutte souvent avec désavantage contre les inspirations de l'amour-propre et de l'intérêt personnel. M. Pravaz a déjà conquis une position qui lui aplanira les difficultés de la route, et il ne dépendra point de nous que celle-ci ne lui soit rendue plus facile encore. L. F.

DU TRAITEMENT DE L'ASCITE

par les injections iodées.

Observations recueillies dans le service de M. TEISSIER par M. HUMBERT, chirurgien interne des hôpitaux de Lyon.

Une importante question de thérapeutique est agitée en ce moment : celle des injections iodées dans le traitement de l'ascite et des hydropisies enkystées de l'ovaire. On connaît le mémoire publié l'année dernière par M. Boinet dans la *Gazette médicale de Paris*, et nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les diverses observations que nous avons données à ce sujet, notamment dans les numéros des 4 septembre et 18 novembre 1851. Nous reproduisons aujourd'hui la première partie d'un travail étendu, inséré par M. Humbert dans la *Gazette médicale de Lyon*; et après avoir ainsi placé sous les yeux de nos lecteurs ce nouvel élément du procès, nous essaierons de résumer la question et de formuler des conclusions en rapport avec l'état actuel de la science.

La méthode des injections irritantes dans le péritoine, et notamment des injections iodées, tend à prendre une place importante dans le traitement des *hydropisies ascites*. Les faits se multiplient. On peut ajouter à ceux déjà connus et résumés par M. Boinet le succès de M. Gromier, de Lyon (*Gazette médicale de Lyon*, août 1852). Nous savons, en outre, que d'autres médecins, entre autres M. Fuster, professeur de clinique médicale à Montpellier, ont fait de semblables injections, et il est probable que leurs recherches seront bientôt connues.

C'est à M. Boinet que revient l'honneur non d'avoir proposé cette méthode, mais d'en avoir favorisé la diffusion. C'est lui qui, en analysant les faits publiés sur cette matière depuis 1841, a montré combien ces essais étaient encourageants. Son excellent mémoire (*Gazette médicale de Paris*, 1851) a éveillé l'attention des praticiens en leur faisant voir que ce moyen, d'une innocuité à laquelle on était loin de s'attendre, pouvait guérir un certain nombre d'ascites.

M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui s'est occupé spécialement du traitement des hydropisies et qui a déjà publié des travaux pratiques à cet égard (1), a voulu s'éclairer expérimentalement sur la valeur de ces injections. Il a opéré six malades. Ce sont ces cas que nous avons vus et suivis que nous nous proposons de faire connaître. Il importe, en effet, d'amasser les observations pour que les médecins puissent apprécier la méthode à sa juste valeur.

La gravité des ascites, la difficulté de les guérir par les moyens pharmaceutiques justifient suffisamment de pareils travaux.

On peut voir, en effet, dans les ouvrages d'Hippocrate, de Celse, d'Arétée, de Galien, à quel point les anciens redoutaient la ténacité de cette affection ; et, sans remonter si haut les œuvres de F. Hoffman, de Sauvages, de Morgagni, de Cullen, de Baglivi, de Portal, de Hufeland, etc., les savantes recherches de MM. Rostan, Bouillaud, Andral, si bien analysées par M. Dalmas dans le *Dictionnaire de médecine*, sont là pour attester à la fois les travaux nombreux qu'elle a fait naître et les remèdes innombrables fruits d'efforts mal couronnés dont elle s'est presque toujours jouée.

Le pronostic fâcheux et l'insuffisance de l'art devaient donc conduire les médecins à chercher un moyen curatif en dehors de ceux employés. Pourquoi leurs essais n'ont-ils pas été d'abord accueillis avec faveur ? Il est facile de le comprendre. L'effroi et les idées professées faisaient repousser naguère et font encore redouter comme mortelle toute injection irritante dans le péritoine. Aussi, était-ce toute une révolution médicale que Brumer et Varrick soulevaient en 1824, en injectant dans des cas d'ascites, le premier un mélange d'alcool camphré, de myrrhe et d'aloès; le second, des eaux de Bristol. Hardie et heureuse innovation que le succès a couronnée même entre leurs mains. Après eux on a vu coopérer à la réussite de cette idée, par des résultats heureux et des moyens divers, M. Gobert, Broussais, M. Lhomme, en employant la vapeur vineuse; M. Jobert (de Lamballe), en se servant d'eau alcoolisée; M. Vivielle, avec la décoction de quinquina; M. Rul-Ogez, par le protoxyde d'azote, etc. (2). Mais ces essais divers ne devaient être élevés à la hauteur d'une méthode curative que par M. Boinet et M. Dieulafoy (de Toulouse), qui ont impatronisé les injections iodées en 1841.

« Lorsque M. Velpeau et M. Bonnet (de Lyon), dit M. Gromier (*Gazette médicale de Lyon*, 1852), eurent substitué les injections iodées aux injections vineuses dans l'hydrocèle, M. Boinet fit une heureuse tentative de ce moyen dans un vaste abcès de la fosse iliaque; mais le premier succès après une injection iodée dans le péritoine appartient incontestablement à M. Dieulafoy (de Toulouse), qui se servit de la formule suivante :

» Eau.	150	grammes.
» Teinture d'iode.	32	—
» Iodure de potassium. . . .	4	—

» Trois injections furent pratiquées à différents intervalles sur le même malade ; à chaque injection la collection se reproduisait en bien moindre quantité, et à la troisième la guérison fut complète...

» En 1845, M. Dieulafoy et M. Griffon réussirent de nouveau en employant la formule suivante :

» Eau.	250	grammes.
» Teinture d'iode.	25	—
» Iodure de potassium. . . .	2	—

» Notre confrère M. Leriche (de Lyon), en 1846, a obtenu une remarquable guérison et échoué sans accident chez une autre femme de cinquante ans, en se servant d'une formule plus riche en iode.

» Un nouveau succès fut obtenu sur un enfant de sept ans, par M. Rul-Ogez; sur un enfant de treize ans, par M. Volland et par M. Leriche chez une femme de trente-huit ans, en 1848.

» Depuis cette époque de nouveaux faits ont été publiés par MM. Burgraève (de Gand), Costes (de Bordeaux), Requin, Deperrière, médecin à Saumur. »

Cet aperçu historique sur les cas connus, auxquels il faut ajouter le succès de M. Gromier, me conduit naturellement à aborder les observations de M. Teissier. Elles sont au nombre de six.

OBS. I. — *Ascite idiopathique. Une seule injection iodée. Pleurésie intercurrente. Guérison.*

Antoinette Roche, demeurant à Longecombre, petit village situé dans les montagnes du Bugey (Ain), est âgée de trente-cinq ans et a six enfants.

Elle est brune, d'un tempérament nerveux; sa constitution, sèche mais robuste, rappelle celle des personnes qui s'occupent des travaux de la campagne. Jamais elle n'a été malade : tous ses accouchements ont été heureux et ses règles toujours régulières.

Dans les premiers jours d'avril 1852, à l'époque de ses menstrues, cette femme se refroidit en lavant du linge : ses règles coulèrent plus que d'habitude pendant huit jours, et s'accompagnèrent de douleurs vives à l'hypogastre et dans la région des reins. Quelques jours après elle avait un commencement d'ascite avec œdème des jambes. Cet œdème céda à des vésicatoires, mais l'ascite continua à augmenter, et bientôt le développement de l'abdomen, la difficulté de la marche, l'impossibilité de travailler, déterminèrent la malade à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Elle entre dans la salle Saint-Charles, n° 27, service de M. Teissier, le 5 mai 1852, et présente l'état suivant : l'ascite est évidente, le ventre est très gros, tendu, mat, ondulant; il mesure en circonférence 91 centimètres, et du pubis à l'appendice xyphoïde 40 centimètres. Le diaphragme refoule les organes de la circulation et de la respiration ; aussi y a-t-il, sans lésion organique ni bruit anormal, oppression, toux, palpitations. Le tube intestinal est sain et ses fonctions régulières. Le sommeil est conservé en partie. La sécrétion urinaire est diminuée, mais les urines ont leur couleur normale, et l'acide azotique n'y détermine pas d'albumine. On ne sent aucune tumeur. On présume que l'ascite est essentielle.

M. Colrat, qui remplace M. Teissier, absent pour quelques jours, ordonne de la tisane de pariétaire avec 4 grammes de nitre ; 3 prises de poudre de digitale, 0,05; nitrate de potasse, 0,05. Malgré ce traitement, qui est continué pendant dix jours, le ventre s'élargit.

Le 18 mai, M. Tessier prescrivit alors deux vésicatoires sur l'abdomen ; une potion avec 0,50 poudre de jalap ; tisane de spirée.

La spirée augmenta la quantité des urines; le jalap produisit des évacuations faciles. Cette médication fut continuée avec un peu de succès jusqu'au 24.

A cette époque, le jalap, n'étant plus supporté, fut remplacé par les sirops scillitique et des cinq racines et les frictions de teinture de scille sur le ventre, qui furent infructueuses. A dater de ce jour on tenta successivement les pilules de Bontius, l'acétate de potasse, les frictions napolitaines sur l'abdomen jusqu'à salivation, la décoction de seconde écorce de sureau avec persévérance et méthode; mais tous ces moyens furent inutiles.

La fin de mai et le mois de juin se passèrent à faire ce traitement. Vers la fin de juin, M. Teissier administra des pilules faites avec parties égales de scille, digitale et cannelle. Ces pilules, tirées d'Huffeland, eurent un effet assez notable ; elles fortifièrent la malade et augmentèrent la sécrétion urinaire.

Le 8 juillet, cette femme est dans un état satisfaisant ; plus de toux, plus de palpitations ; sommeil et digestion passables. Mais le ventre a continué à se développer en largeur; il offre une circonférence de 97 centimètres, 6 de plus qu'il y a deux mois.

Alors M. Teissier se décida à pratiquer une injection iodée dans le péritoine. Cette opération fut faite le 19 juillet.

La ponction fut faite à gauche ; elle donna issue à huit à dix litres d'une sérosité citrine, filante, onctueuse et albumineuse. Puis on injecta le mélange suivant :

Eau.	200	grammes.
Teinture d'iode. . . .	50	—
Iodure de potassium. . .	5	—

On malaxa le ventre pendant deux à trois minutes, puis on laissa sortir la moitié du liquide injecté. La femme éprouva sur-le-champ des douleurs assez cuisantes, elle eut des défaillances et un commencement d'ivresse iodique, son front se couvrit d'une sueur froide ; mais cet état ne dura que quelques minutes. — Collodion sur la plaie; bandage de corps; diète; spirée; potion, 15 grammes de sirop diacode.

Le 20, la malade a reposé pendant la nuit; il y a rétention d'urine. Le pouls marque 100 pulsations, mais il y a peu de chaleur à la peau et pas d'agitation ; quelques douleurs abdominales, tantôt sourdes, tantôt lancinantes.

Le 21, les urines s'écoulent après trente heures de rétention ; elles contiennent beaucoup d'iode (1).

Le 22, la fièvre diminue ; l'abdomen est légèrement tympanisé et le siége de quelques douleurs hrûlantes ; iode encore dans les urines.

Le 23, plus de fièvre ; encore quelques légères douleurs dans le ventre ; plus d'iode dans les urines, qui n'ont pas été augmentées de quantité. — 2 pilules, scille et calomel, 0,05 ââ; spirée ; potion calmante.

Du 25 au 29, rien de notable, sinon que le ventre a grossi.

Le 30, le ventre commence à diminuer ; cette diminution fait des progrès jusqu'au 9 août.

Le 10 août, refroidissement à un courant d'air; symptômes de pleurésie à gauche. Cette complication est combattue par les vésicatoires, les purgatifs, les pilules de scille, calomel et digitale, la tisane de pariétaire nitrée.

Le 13, l'épanchement pleurétique a augmenté : il occupe toute la cavité thoracique gauche, et il s'est étendu à la moitié de la cavité droite; toux, oppression, dyspnée, égophonie, matité, absence de respiration. — Nouveau vésicatoire; le reste *ut suprà.*

Le 20, l'épanchement a beaucoup diminué à droite, peu à gauche. — Mêmes remèdes.

Le 23, plus de liquide dans la cavité thoracique droite; diminution considérable à gauche. — 2 pastilles de potasse sur le côté gauche; le reste comme plus haut.

Le 9 septembre, il n'y a plus qu'une légère matité et pas d'égophonie ; on entend la respiration assez bien partout, sauf pourtant à la base du poumon gauche, mais dans une région très restreinte. La pleurésie peut être regardée comme guérie.

D'un autre côté, l'abdomen est légèrement gros, à cause de l'augmentation de volume du mésentère; il ne présente pas de fluctuation, pas de gêne, pas de bosselures, pas d'adhérences entre les intestins et la paroi antérieure. La marche est facile, sauf la faiblesse dans les jambes. En un mot, la malade se dit guérie, et retourne très contente dans sa montagne.

Dans cette première observation, les effets heureux de l'injection iodée ressortent d'une manière évidente. La guérison est complète et l'innocuité du procédé remarquable.

L'impuissance des autres moyens est notable, quoiqu'ils aient été continués pendant deux mois avec persévérance et méthode. On ne peut attribuer le résultat au calomel, puisqu'il avait été employé inutilement avant l'injection.

Ce fait a présenté trois particularités qu'il est bon de noter :

1° Une rétention d'urine pendant trente heures ;

2° Une pleurésie intercurrente. On peut se demander si cette pleurésie n'est pas une métastase, si ce n'est pas la fluxion péritonéale qui s'est portée sur la séreuse des plèvres. Il nous semble qu'il n'en est rien ; car il est infiniment probable que, dans cette hypothèse, la guérison de l'épanchement pleurétique aurait ramené la collection péritonéale. Nous sommes donc porté à ne voir dans ce phénomène qu'une affection purement intercurrente et tout à fait indépendante de l'hydropisie ascite.

3° L'élimination rapide de l'iode. Ce point n'a été signalé dans aucun travail, et cependant il n'est peut-être pas sans importance. M. Teissier paraît, avec raison, considérer cette élimination rapide de l'iode comme un signe de pronostic favorable après l'opération. En effet, on peut en inférer que l'absorption du péritoine est plus active, que la texture anatomique de cette membrane séreuse n'est pas gravement altérée, et que conséquemment on peut espérer obtenir plus facilement la modification qui doit empêcher la reproduction de l'hydropisie. Cette proposition n'a rien de certain, mais elle mérite d'être étudiée.

OBS. II. — *Ascite essentielle. Une seule injection iodée. Guérison.*

Jeanne-Marie Poirieux, âgée de cinquante-trois ans, mariée, dévideuse, d'un tempérament sanguin, d'une constitution bonne.

Cette femme offre un exemple d'ascite survenue à la suite de la cessation des règles et sous l'influence de l'humidité. Elle habite en effet aux Brotteaux, dans un rez-de-chaussée, à côté d'une basse-cour où les eaux du Rhône viennent souvent croupir. Les murs et les draps de lit sont continuellement humides. Elle a eu des douleurs de rhumatisme. Les règles, qui ont cessé depuis peu, lui ont laissé une leucorrhée peu intense. Un séjour à l'Hôtel-Dieu, il y a plusieurs mois, ne lui a procuré qu'un soulagement faible et passager.

Quand, le 19 mai 1852, elle entre dans la salle Saint-Charles, n° 86, service de M. Teissier, elle porte une ascite volumineuse datant de dix-huit mois. Le ventre, dont la peau est luisante et sillonnée de cordons bleus formés par les veines, présente une résistance, une matité sensible : l'ondulation est des plus évidentes ; l'abdomen a 105 centimètres de circonférence et 43 du pubis au sternum. Cette ascite, que tout porte à croire essentielle, se complique de bronchite, de constipation, de palpitations, d'oppression. La marche est très pénible, pour ne pas dire impossible; encore faut-il qu'on soutienne la malade par le bras.

M. Teissier, pendant quarante jours, déploie un traitement varié et méthodique. Il essaie successivement les remèdes suivants : la spirée, la pariétaire nitrée, des pilules avec parties égales de scammonée, scille et digitale, la crème de tartre, le jalap, le calomel, le rob de sureau, l'acétate de potasse, les pilules de Hufeland, les frictions sur le ventre avec la teinture de scille, etc.; tous ces moyens sont inutiles. En dernier ressort, il a recours à l'injection iodée.

Le 28 juin, M. Teissier fait la pontion du côté droit de l'abdomen. Issue de 16 à 18 litres environ d'un liquide onctueux, albumineux, couleur de café. Malgré tous les efforts, le ventre reste gros à cause de l'augmentation de volume du mésentère. Toutes les explorations sont négatives; aucun organe intra-péritonéal ne paraît affecté. Le liquide injecté contient :

Iodure de potassium. .	4	grammes.
Teinture d'iode . . .	30	—
Eau.	200	—

Le ventre est malaxé pendant deux à trois minutes; puis on laisse écouler environ la moitié. La malade accuse une chaleur, une ardeur modérée dans les intestins. La plaie est fermée par du collodion, le corps entouré d'un bandage en ceinture convenablement serré. — Diète, spirée, potion calmante.

Les jours suivants, pas le moindre indice de péritonite ; la malade accuse seulement quelques picotements. Le pouls s'élève de huit à dix pulsations, mais il ne dépasse pas le nombre de 80. La peau conserve sa fraîcheur naturelle. Aucune envie de vomir, pas d'insomnie, appétit.... Aussi la malade a-t-elle pu manger dès le lendemain de l'opération.

A la suite de l'injection, la sécrétion urinaire a été augmentée notablement. On constate dans l'urine la présence de l'iode pendant trois jours et demi; après ce temps, il n'y en avait plus de traces.

Le ventre, au bout de quelques jours, a grossi modérément, puis il n'a pas tardé à rester stationnaire.

Le 15 juillet, il a déjà décru et il continue à décroître. Il n'a plus que 88 centimètres au lieu de 105 de pourtour et 30 au lieu de 43 de hauteur. La malade marche seule et avec assez de facilité; jamais elle ne s'est trouvée si bien depuis vingt mois. Elle veut absolument partir, au grand regret de M. Teissier, qui désirait voir les suites définitives et craignait que l'humidité de son habitation ne vînt compromettre un aussi heureux résultat.

Nous avons revu deux fois cette femme depuis qu'elle a quitté l'hôpital : la première fois dans Lyon, où elle vendait des fruits, la deuxième fois à son domicile le 15 septembre 1852, c'est-à-dire deux mois et demi après l'opération. Le ventre est encore gros, mais il ne paraît pas contenir de liquide ; on sent des bosselures du côté gauche, où il y a des tiraillements. La marche est très fa-

(1) Voir, dans la *Gazette médicale de Lyon* et dans le *Bulletin de thérapeutique*, les monographies de ce médecin sur le *vin blanc laudanisé*, sur la *spirée*, sur la *noix vomique*, etc.

(2) Voir le mémoire de M. Boinet, où ces observations sont reproduites et suivies d'une excellente critique (*Gazette médicale de Paris*, 1851).

(1) M. Bonnet, de Lyon, qui a fait des recherches sur l'absorption de l'iode par les surfaces dénudées, indique le moyen de retrouver ce médicament dans les sécrétions de l'économie. Pour les urines, ce moyen consiste à verser dans un verre contenant de l'urine de l'eau amidonnée et de la liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude, chlorure de soude). Immédiatement il se forme de l'iodure d'amidon d'un bleu plus ou moins foncé, qui ne tarde pas à disparaître.

cile, l'appétit excellent, les fonctions intestinales faciles; la constitution s'est améliorée, car elle a pris de l'embonpoint.

On ne peut pas, certes, exiger plus d'innocuité à la suite d'une opération; pas de fièvre, pas la plus légère péritonite; aussi quelle rapidité dans la guérison! Seize jours après l'injection, la malade se trouve tellement bien qu'elle veut partir. « Peu m'importe que mon ventre soit encore gros, dit-elle, je puis marcher, c'est tout ce que je désire. »

Comme dans la première observation, nous voyons l'iode s'éliminer en moins de quatre jours.

La femme qui fait le sujet de cette observation a été évidemment arrachée à une mort plus ou moins éloignée; ce succès et le précédent doivent faire passer bien des revers et encourager beaucoup d'essais.

Obs. III. — *Ascite, tumeurs de l'abdomen. Trois injections iodées. Résultat douteux.*

Jeanne-Françoise Tbollon, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, d'une constitution faible, est atteinte d'une ascite datant d'un an, et survenue pendant les quatre derniers mois d'une grossesse qui s'est terminée heureusement.

En arrivant le 12 juin 1852, à la salle Saint-Charles, n° 32, service de M. Teissier, elle présente: abdomen développé, tendu, mat, ondulant; peau luisante, sillonnée par les veines; douleurs vives, continues aux lombes, parfois dans l'hypogastre; urines normales, de couleur jaunâtre, sans albumine par l'acide nitrique, déjections alvines comme à l'ordinaire; appétit et digestions passables; oppression; rien au cœur ni dans les poumons; absence des règles depuis la grossesse; ponction il y a trois mois.

L'hydropisie est due probablement à une tumeur abdominale, que le développement du ventre empêche de limiter.

M. Teissier fait un traitement pendant douze jours; il unit les diurétiques aux purgatifs, et prescrit successivement la tisane de spirée, des potions avec l'acétate de potasse, des purgatifs secs, des pilules avec parties égales de poudre de scille digitale et cannelle, des lavements émollients, des frictions sur l'abdomen avec la teinture de scille. Ce traitement n'ait suivi d'aucun changement.

M. Teissier alors a recours à la ponction suivie d'injection, et le 23 juin il évacue le liquide péritonéal, qui présente les caractères ordinaires, 20 litres environ de sérosité. On reconnaît une tumeur de l'ovaire droit du volume d'un gros poing, bilobée; une autre grosseur est sentie dans la région de la rate. Toutes deux sont indolores à la pression.

L'injection est faite avec:

Eau.	200 grammes.
Teinture d'iode. . . .	30 —
Iodure de potassium. . .	4 —

L'opération n'ayant déterminé aucune douleur, on ne retire que le quart du liquide environ après une malaxation de trois à quatre minutes. — Collodion, bandage, repos, diète, spirée, p. col.)

Les jours suivants il y a de la fièvre, de la chaleur et de la moiteur à la peau, de l'insomnie; le pouls s'élève jusqu'à 112 pulsations; mais cet état est passager et n'inspire aucune crainte. Au troisième jour, plus rien d'insolite.

Les urines sont plus abondantes et plus rouges; l'iode s'y retrouve pendant sept jours. Cette élimination faible fait mal augurer de l'opération.

Malgré les diurétiques et les pilules de scille, digitale et cannelle que M. Teissier ordonne de nouveau, le ventre ne tarde pas à grossir, il se remplit même avec une grande rapidité, et au 12 juillet il présente déjà 89 centimètres de circonférence, 12 centimètres de moins que la première fois. Nouvelle ponction. Cette fois le liquide est moins abondant, plus épais, purulent vers la fin: mêmes tumeurs.

La deuxième injection est faite avec la formule suivante:

Eau.	200 grammes.
Teinture d'iode. . . .	50 —
Iodure de potassium. . .	5 —

Quoique plus chargé, et tout abandonné dans le péritoine, le mélange cause moins de douleurs et moins de réaction que la première fois. Le pouls ne dépasse pas 100 pulsations; les urines sont augmentées; on trouve l'iode pendant cinq jours et demi dans ce liquide.

Cette fois, le ventre grossit moins vite; il met plus de temps à se remplir. M. Teissier cherche à favoriser l'absorption de la collection qui se reforme par des pilules de scille et de calomel, la tisane de pariétaire nitrée, des lavements émollients ou purgatifs, l'oxymel scillitique, la scammonée, le nitrate de potasse. Inutiles efforts, la collection se reproduit.

Le 4 septembre, M. Teissier fait une nouvelle ponction nécessitée par l'oppression, l'affaissement général, l'accumulation du liquide. Le ventre mesure 110 centimètres; évacuation de 20 litres de sérosité, épaisse, filante, lactescente, semblable à des urines jumenteuses. Les dernières gouttes contiennent des grameaux purulents. Tout le liquide se réduit en albumine par la chaleur et l'acide nitrique. Le mélange injecté a la même composition que la dernière fois. On en laisse ressortir le tiers à peu près, après avoir suffisamment malaxé le ventre. Sur le moment aucune douleur; une demi-heure après, froid des pieds et défaillances passagères. Le soir la malade est dans un bien-être qu'elle n'a jamais éprouvé.

Les jours suivants, on voit se succéder les mêmes phénomènes que pour la deuxième injection. L'iode a persisté pendant sept jours dans les urines, qui ont été augmentées de quantité. — Deux pilules, calomel et ciguë, reine des prés, potion avec acétate de potasse.

Le 16, la malade veut aller passer quelque temps dans sa famille. A ce moment le ventre est peu développé, il se remplit plus lentement encore que la deuxième fois; c'est à peine s'il contient trois à quatre litres de sérosité, dont un litre environ restait.

On la laisse partir, la constitution ne présentant plus cet affaissement que nous avons noté avant la troisième opération.

Evidemment nous ne pouvons pas considérer ce fait comme un succès; mais nous ne pouvons pas non plus y voir un insuccès complet; car si nous étudions la marche de la reproduction du liquide, nous voyons que la sérosité se reforme rapidement après la première injection; à la deuxième, elle revient plus lentement. Au moment du départ de la malade, douze jours se sont déjà écoulés depuis la troisième opération, et la collection péritonéale ne dépasse pas quatre litres, dont un litre restait. Ce dernier résultat est d'autant plus remarquable, que c'est pendant les dix premiers jours qui suivent l'injection que le liquide se reproduit le plus activement.

Cette marche décroissante semble indiquer qu'on ne doit pas se lasser trop vite, et en continuant pendant longtemps, dans ce cas ou dans d'autres semblables, il est possible que le péritoine modifié finisse par s'habituer au contact des tumeurs sans sécréter trop de sérosité. M. Deperrière, médecin à Saumur, a guéri une femme qui portait une tumeur abdominale (*Gazette médicale de Paris, loco citato*), et M. Gromier (*Gazette médicale de Lyon*, 1852, mois d'août), un homme avec engorgement du foie. Vu l'innocuité et le résultat favorable des trois premières injections, M. Teissier se propose de répéter encore l'opération si l'hydropisie ne disparaît pas complètement, et si, comme elle l'a promis, cette femme revient dans quelque temps.

Nous ferons remarquer aussi que les douleurs des reins ont été considérablement diminuées, et qu'après chaque injection la malade a repris une tonicité générale, due probablement à l'introduction de l'iode dans toute l'économie. Cette action organique, qui n'a pas été suffisamment étudiée, mérite une attention particulière.

Enfin, la persistance de l'iode dans les urines pendant cinq et sept jours, vient confirmer l'opinion que nous avons émise au sujet du pronostic à tirer de la rapidité ou de la lenteur de l'absorption péritonéale.

DE LA DILATATION INSTANTANÉE

des rétrécissements de l'urètre;

Par M. le Dr Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

Quand un malheureux patient vient à vous avec un rétrécissement de l'urètre assez considérable pour que l'urine s'écoule goutte à goutte, et qu'il souffre des douleurs intolérables à cause de la tension de la vessie dont le globe rénitent se présente en saillie au-dessus du pubis, que faut-il faire? Recourir à une dilatation lente, progressive? S'en tenir à la méthode de M. Amussat, qui consiste à introduire successivement, les unes à côté des autres, dans l'urètre, des bougies fines en faisceau, bientôt remplacées par une sonde de gros calibre? Mais le malade continue à souffrir cruellement, et la vessie peut se rompre. Tenter le débridement? Il est bien décrié, malgré les succès de M. Reybard. Employer la dilatation instantanée? Mais la méthode de Mayor, de MM. Montain et Perrève, qui permet de vider instantanément le réservoir de l'urine, après quelques minutes d'essai est considérée comme dangereuse: on l'accuse de produire des hémorrhagies, de la fièvre et les accidents inflammatoires les plus graves.

Néanmoins, on aurait beaucoup exagéré, à ce qu'il paraît, les accidents reprochés à ce moyen précieux; et M. le professeur Rigaud, de Strasbourg, loin de croire aux dangers de la dilatation instantanée, la met en pratique dans tous les cas de rétrécissement de l'urètre. A cet effet, il a inventé un *cathéter dilatateur parallèle* dont il a dû, ce me semble, prendre les données principales dans l'instrument de M. Perrève, modifié par M. Civiale (voir l'Atlas du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1849).

A tous les autres moyens, je préférerais de beaucoup le dilatateur parallèle de M. Rigaud, si ce chirurgien avait eu la pensée de le rendre rectiligne.

L'instrument, construit comme je le désire, serait plus conforme aux données rigoureuses de la mécanique: tous les petits leviers articulés destinés à écarter les deux moitiés parallèles du cathéter seraient parallèles entre eux; mais ceux de ces leviers qui sont destinés à se mouvoir dans la partie courbe de l'instrument, tel qu'il est, ne sauraient marcher parallèlement avec ceux qui en occupent les points rectilignes que dans le moment où les deux branches du cathéter sont le plus écartées. Cette violation des lois de la mécanique expose le chirurgien à voir l'instrument se fausser vers l'extrémité courbe ou vésicale, lorsqu'on le fait manœuvrer dans l'urètre, sous la pression de rétrécissements durs, fibreux, résistants; à pincer ensuite la muqueuse urétrale dans l'extrémité courbe du cathéter dès que l'on veut en diminuer l'écartement pour le retirer, et occasionner ainsi de graves lésions. Enfin cette malencontreuse courbure prive le chirurgien de l'avantage d'imprimer à l'instrument des mouvements de rotation qui permettraient de dilater le canal dans tous les sens: avantage précieux, s'il est vrai que l'écrasement exact des brides a pour résultat de conserver la dilatation acquise.

Si donc l'instrument de M. Rigaud était rectiligne, il serait irréprochable; il serait singulièrement propre à frayer toujours et sans danger aux sondes de Mayor un passage que celles-ci, par une introduction fréquente et longtemps employée, maintiendraient dans les meilleures conditions.

Les réflexions qui précèdent m'ont été suggérées par l'observation suivante, où j'ai mis en œuvre le procédé et le cathéter de M. Rigaud.

Stroh (Nicolas), de Wiverswillers (Meurthe), âgé de cinquante-sept ans, est entré le 1er juin dernier à l'hôpital de Dieuze pour y être traité d'un rétrécissement considérable de l'urètre. Cet homme, laborieux et de mœurs simples, n'a jamais eu de blennorrhagie.

Il avait toujours eu le prépuce trop long et beaucoup trop étroit, lorsque, il y a cinq ans, cet appendice s'étant enflammé au point de gêner la miction, on fut obligé de recourir à une excision; mais cette petite opération fut d'abord mal faite, et on dut la recommencer au bout de quinze jours pour le même motif qui l'avait nécessitée une première fois.

Le malade fut sondé, et l'urine vint immédiatement.

Aujourd'hui, 1er juin 1852, on voit par la cicatrice qu'une partie du gland, à la hauteur du méat urinaire, a été emportée dans l'opération première. Le canal de l'urètre, qui paraît avoir été fort large autrefois, ne permet pas l'introduction d'une bougie de plus d'un millimètre de diamètre. La vessie forme un globe énorme au-dessus du pubis. Le malade, sans cesse tourmenté, urine goutte à goutte.

Un stylet conique, d'un millimètre à son extrémité et de deux de diamètre à son plus fort renflement, enduit de pommade belladonée, pénètre avec difficulté dans le canal et traverse trois rétrécissements, le premier, fort dur, à l'orifice du méat urinaire; le second, immédiatement en arrière de la fosse naviculaire; le troisième, à deux centimètres plus loin.

Les deux premiers offrent une saillie oblongue peu prononcée; le troisième a le volume d'un gros pois. On sent d'ailleurs que les trois saillies sont reliées entre elles par les points intermédiaires du canal induré. Le reste de l'étendue du canal, jusqu'à la vessie, est fort large.

Du 2 au 11 le malade prend des bains tièdes; on passe trois fois par jour à travers les points rétrécis des bougies graduées, en attendant que le cathéter dilatateur, que j'ai fait confectionner à Strasbourg, soit arrivé. Le malade rend un peu plus d'urine.

Le 11, à trois heures après midi, introduction du dilatateur parallèle (3 millim. de diamètre) de M. Rigaud jusque dans la vessie, sans aucun obstacle; seul le méat urinaire induré est difficile à franchir; toute l'étendue des autres rétrécissements l'est beaucoup moins. L'instrument, graduellement écarté jusqu'à 7 millimètres, reste en place cinq minutes. Lorsqu'après l'avoir fermé à demi je veux le retirer, je m'aperçois, par la résistance que j'éprouve et par la douleur ressentie par le malade, que l'extrémité vésicale en est faussée et pince la muqueuse urétrale. Je me livre à diverses manœuvres pour éviter un éraillement, et je suis presque obligé pour l'extraire d'ouvrir complétement ce dilatateur, ce qui ne saurait se faire sans causer beaucoup de douleur. Il y a une gouttelette de sang au bout de la verge.

Je substitue immédiatement au dilatateur la sonde de Mayor n° 1, qui reste en place toute la nuit. — Diète; boissons délayantes.

Le 12, le malade a bien dormi. Il y a très peu de boursoufflure au restant du prépuce qui avoisine le frein. L'extraction de la sonde, à onze heures du matin, est suivie d'une goutte de sang. Le malade urine bien toute la journée; le jet est fort, point contourné. — Bains tièdes dans l'après-midi.

A sept heures du soir, la sonde n° 1, repassée avec la plus grande facilité, est laissée en place pour la nuit. L'urine a passé à côté de la sonde. — Diète; boissons délayantes.

Le 13, nuit très bonne. Point de douleurs, point de fièvre. Toujours très peu de boursouflement à la peau du frein. La sonde n° 1, qui a été retirée à dix heures du matin, est immédiatement remplacée par la sonde n° 2. A trois heures après-midi je substitue avec la plus grande facilité la sonde n° 3 à la sonde n° 2, et je la laisse en place toute la nuit. — Diète lactée, boissons délayantes.

Le 14, nuit très bonne. Pas de douleurs; point d'inflammation, point de fièvre. Léger suintement par l'urètre. La sonde n° 3 est retirée à dix heures du matin. Le malade urine bien sans sonde; jet volumineux, fort, point contourné. La même sonde est replacée à six heures et demie du soir.

Le 15, le rétrécissement semble un peu revenu sur lui-même, et la sonde n° 3, introduite matin et soir, passe difficilement à travers le méat urinaire, ce qui m'oblige à le fendre. Dès lors, il n'y a plus d'obstacle. Je conserve encore le malade, auquel je continue de passer la sonde n° 3 jusqu'au 18. Il sort guéri.

Je l'ai revu le 11 juillet et le 27 septembre. Rien n'est changé dans sa position depuis sa sortie de l'hôpital. Le jet d'urine est toujours aussi gros, aussi fort; il n'est plus contourné.

On voit en analysant cette observation:

1° Que j'ai pu en cinq minutes dilater de 7 millimètres, sans accident aucun, un rétrécissement fort ancien qui permettait à peine l'introduction d'une bougie de 2 millimètres; que j'ai pu en trois jours passer impunément les trois premiers numéros des grosses sondes de Mayor: je n'ai provoqué ni hémorrhagie, ni douleurs, ni inflammations, ni fièvre, mais seulement un suintement modéré et salutaire au point de vue thérapeutique;

2° Que si je n'avais point prévu le vice de construction du cathéter dilatateur courbe, j'aurais pu arracher en cherchant à extraire l'instrument une portion de la muqueuse urétrale.

D'où je suis amené à conclure, en tenant compte des résultats obtenus, que la méthode de M. Rigaud a de l'avenir, et que son dilatateur sera à peu près parfait lorsqu'on lui aura donné la forme rectiligne.

Les obsèques de M. le professeur A. Richard ont eu lieu hier jeudi à l'église de Saint-Jacques-du-Haut-Pas, au milieu d'un grand concours de professeurs, d'académiens et d'élèves en médecine. Les coins du poêle étaient tenus par MM. Duméril, professeur à la Faculté de médecine; Brongniart, membre de l'Institut; Gaultier de Claubry, membre de l'Académie de médecine, et Michon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. Après le service divin, le convoi s'est dirigé vers le cimetière Mont-Parnasse, où des discours ont été prononcés par MM. Duméril, au nom de la Faculté; Brongniart, au nom de l'Académie des sciences, et Gaultier de Claubry au nom de l'Académie de médecine.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 121. — MARDI 12 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 121. — MARDI 12 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

SOMMAIRE. — LYON. — Lettre de M. H. de Cestelnau à M. le docteur Fleury. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 29 septembre. — Correspondance. — Rapport sur un cas de dystocie causée par une inversion du vagin. — Lecture. — Discussion. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

LYON, 14 SEPTEMBRE 1852.

A M. le Dr FLEURY, *professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris* (1).

Mon cher ami,

Forcé par les obligations impérieuses que mes fonctions m'imposent chaque année de quitter Paris avant la fin de la grande discussion sur la syphilis, j'ai dû laisser inachevée l'appréciation critique que j'en avais commencée; mais je n'en suis pas moins toutes les phases avec attention, et je vous remercie de m'avoir réservé la tâche de terminer mon œuvre à mon retour. En attendant ce moment, que toutes les distractions du voyage ne m'empêchent pas de désirer avec ardeur, permettez-moi de vous adresser, des principales stations de mon itinéraire, quelques lignes, sans importance sans doute, mais qui trouveront, j'espère, leur excuse dans votre amitié et dans l'inépuisable bienveillance de mes lecteurs.

Celles que je vous écris aujourd'hui sont datées de cette vaste, industrieuse et pittoresque cité qui, par l'activité de son mouvement scientifique et médical, par la distinction des hommes qui y cultivent notre art et par le mérite de leurs travaux, semble être la seconde Faculté de la France, et qui, par des raisons que je ne chercherai point à apprécier aujourd'hui, n'est cependant qu'une école préparatoire.

Ce n'est pas, toutefois, par la rigoureuse application des principes d'hygiène publique que l'étranger pourrait, au premier coup d'œil, soupçonner tout ce que Lyon renferme de médecins distingués. Vos susceptibilités d'hygiéniste seraient singulièrement excitées à la vue de ces belles maisons dont les allées servent de vespasiennes à tous les passants, de ces quais magnifiques couverts de matières en putréfaction. On se demande tristement, en voyant un tel abandon des premiers principes de la salubrité, à quoi sert à la ville de Lyon de posséder des hygiénistes comme les Poliuière et les Montfalcon!

L'Hôtel-Dieu lui-même, dont la construction architecturale a une réputation européenne méritée, est bien loin d'être à l'abri de tout reproche. Dans ce monument comme dans bien d'autres, l'architecte (qui n'est autre que le célèbre Soufflot) s'est beaucoup plus occupé des règles de l'art et du soin de sa renommée que des exigences du service médical; aussi trouve-t-on dans l'Hôtel-Dieu de Lyon ces salles immenses que nous proscrivons avec tant de raison dans les constructions contemporaines.

(1) Une erreur dans la direction qu'a suivie cette lettre pour nous parvenir ne nous a point permis de la publier plus tôt.

Mais si la disposition des bâtiments laisse à désirer, il serait difficile de trouver des services plus régulièrement, plus consciencieusement faits, au point de vue médical proprement dit. Sous ce rapport, la réputation de l'Hôtel-Dieu de Lyon n'a rien que de bien mérité, et l'excellente tradition établie parmi les médecins qui se succèdent dans les services est de nature à la maintenir longtemps. N'ayant que peu de temps à donner à ma visite, je ne pouvais parcourir toutes les salles; je dus, en conséquence, me borner. MM. Gromier et Teissier furent les deux médecins dont je mis l'extrême complaisance à contribution.

Parmi les faits intéressants qui passèrent sous mes yeux, j'arrêtai plus particulièrement mon attention sur plusieurs malades affectés d'ascite et traités par les injections iodées intra-péritonéales. Ces malades avaient un double intérêt pour moi et, me semblait-il, pour les praticiens : un intérêt de statistique, ou, comme dirait avec plus de raison notre ami Boudin, de géographie médicale et un intérêt de thérapeutique sur uue question tout à fait à l'ordre du jour.

Vous savez, mon cher ami, combien sont rares à Paris les ascites simples, c'est-à-dire qui ne s'accompagnent d'aucune autre hydropisie ni d'aucune lésion *organique* du foie ou des autres organes abdominaux. Eh bien! il semble n'en être point ainsi à Lyon. Dans ma courte visite, j'ai pu en voir trois exemples dans les salles de MM. Gromier et Teissier, et il paraît que c'est à peu près là la situation normale des services. A quoi tient cette fréquence d'un affection si rare à Paris? Je ne le saurais dire. La première idée qui m'est venue a été de la rapporter à l'influence des miasmes paludéens; mais l'un des malades de M. Gromier habitait un pays très sain et n'avait jamais eu de fièvre intermittente. Il y a donc là un sujet de recherches intéressantes.

Quelle que soit d'ailleurs la cause de la maladie, vous voyez que la question des injections a ici un intérêt tout spécial; mais cet intérêt ne fera pas défaut ailleurs, après les discussions qui ont eu lieu il y a quelques années entre M. Vidal et quelques autres praticiens touchant les injections intra-utérines, et le danger de voir une péritonite mortelle succéder à ces injections. Certes, les tentatives de MM. Gromier et Teissier ne contribueront pas médiocrement à résoudre la question soulevée par M. Vidal; et, tout porte jusqu'à présent à le croire, à la résoudre en sa faveur.

Vous avez déjà lu une observation de M. Gromier, insérée dans notre numéro du 9 octobre, ainsi que l'opinion de ce praticien distingué, qui pense que les injections iodées *pratiquées avec prudence* ne font courir aucun danger aux malades. Je vais mettre sous vos yeux quelques détails sommaires sur les deux malades que j'ai observés dans le service de M. Gromier, et qui viennent à l'appui de sa manière de voir. Mais vous verrez un peu plus loin que M. Teissier a de bonnes raisons pour n'être point tout à fait aussi rassuré (1).

(1) J'ai extrait les détails qui suivent de deux notes qui m'ont été communiquées par M. Michel, interne laborieux et distingué des hôpitaux de Lyon.

OBS. I. — Le premier de ces deux malades, entré le 22 juillet, est un jeune homme de vingt et un ans, grand, fort, bien constitué (André Cabin), ouvrier en étoffes, né et demeurant à Montagny (Loire), pays sain. Il n'a pas eu de maladie antérieure et ne peut attribuer celle dont il est affecté aujourd'hui qu'à ce qu'il a été mouillé souvent et qu'il a fréquemment dormi ayant des vêtements mouillés sur le corps. Le début de la maladie remonte à sept mois et a commencé par de la dyspnée, que le malade a éprouvée pendant longtemps avant de s'apercevoir de l'augmentation de volume du ventre; celle-ci ne remonterait qu'à six mois, ayant éprouvé de nombreuses alternatives d'augmentation et de diminution sans qu'aucune médication fût employée, sans qu'aucune cause apparente produisît ces alternatives.

Voici quelle est aujourd'hui la circonférence de l'abdomen :

A l'ombilic, 93 centimètres;

A un pouce de l'appendice xyphoïde, 92 centimètres;

Distance du sommet du sternum au pubis, 60 centim.

Distance de l'appendice xyphoïde au pubis, 38 centim.

Le ventre n'étaut pas très tendu, le palper permet de s'assurer que le foie dépasse les fausses côtes de deux à trois travers de doigt; il est indolent et non bosselé; on ne sent pas la rate. Le cœur est calme; il ne fait entendre aucun bruit anormal; l'expiration est un peu prolongée, sans rudesse, un peu plus forte à droite qu'à gauche.

Il y a une légère teinte ictérique sur la peau et les conjonctives; les urines sont abondantes; il y a un amaigrissement assez prononcé. On prescrit :

Tisane de graine de lin émulsionnée;

Cataplasme sur le ventre;

Potion avec teinture de catharides, 6 grammes.

Du 22 juillet au 12 août, le même état persiste.

Le 12 août, on essaie le traitement de M. Abeille, qui, continué vingt et un jours, ne produit d'autres résultats que des selles, des vomissements sans la diurèse annoncée; il fatigue beaucoup le malade.

Le 27 août, on essaie de faire l'injection iodée, mais la canule se dérange pendant l'écoulement du liquide abdominal et l'opération reste inachevée.

Du 27 août au 10 septembre, le ventre reprend son volume primitif avec même un léger accroissement.

Le 6, on prescrit 4 pilules avec la ciguë et le calomel et des frictions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone.

Le 10, on extrait de l'abdomen 15 litres de sérosité citrine et limpide, et l'on fait une injection avec 150 grammes du liquide suivant :

Eau distillée	500	grammes.
Iodure de potassium. .	4	—
Iode.	3	—

Au moment de l'injection, coliques violentes; le malade se tord sur son lit; il survient des sueurs; le pouls ne s'ac-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles; par M. le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital militaire du Roule.

Il n'y a pas longtemps encore, il y a soixante ans à peine, *l'hydropisie était une maladie.* On faisait des volumes sur l'hydropisie; elle avait sa thérapeutique, composée, il ne pouvait en être autrement, des formules les plus bizarres, des éléments les plus hétérogènes, les plus irrationnellement réunis. De tout cela que résultait-il? C'est qu'ignorant la cause première de l'affection, la nature de la lésion organique productrice de la maladie, on marchait dans les ténèbres, et que la guérison, quand on l'ohtenait, n'était qu'un pur effet du hasard.

Aujourd'hui il n'en est plus ainsi. L'entité morbide *hydropisie* a disparu du cadre nosologique. Il ne reste plus que l'hydropisie *symptôme* d'affections aussi nombreuses que variées et qui réclament l'emploi de moyens thérapeutiques en rapport avec la nature des altérations qui les ont produites.

A première vue donc, et à en juger tout d'abord sur son titre, le livre de M. Abeille paraîtrait une monstruosité à notre époque, tout comme le serait, par exemple, un traité des *paralysies*, etc. Heureusement que dès les premières lignes, et la lecture de l'ouvrage entier ne fait que le démontrer de plus en plus, dès les premières lignes, disons-nous, l'auteur prend soin de nous avertir qu'il regarde l'hydropisie comme *un des phénomènes morbides qu'on rencontre le plus souvent dans l'exercice de la médecine.* De cette phrase découle logiquement cette conséquence, que ce n'est pas un traité des hydropisies qu'a voulu faire et qu'a fait l'auteur, mais bien un traité des *affections* dont les hydropisies peuvent être ou sont forcément un symptôme. Et alors doit changer complétement la manière d'envisager le travail dont il est question.

C'est une idée qui pourra, à quelques esprits trop méthodiques, sembler bizarre, mais qui, à notre avis, devrait plaire au contraire par un certain côté d'originalité, que celle qui a déterminé M. Abeille à faire un livre sur la donnée suivante : Une hydropisie locale ou générale existant, passer en revue et étudier à propos de ce phénomène si commun l'histoire de toutes les affections dans lesquelles il peut se rencontrer. A l'occasion d'un symptôme, M. Abeille a fait un livre, qu'on nous passe le mot, de *pathologie et de thérapeutique différentielles* dans lequel il a réuni une foule de maladies bien distinctes, mais qui se touchent par un point commun. Cette donnée une fois admise, voyons comment l'auteur en a su tirer parti.

Le livre de M. Abeille se divise en deux parties : la première, consacrée aux hydropisies des cavités closes naturelles; la seconde, aux hydropisies, ou mieux aux collections séreuses ou mixtes des cavités closes accidentelles, c'est-à-dire aux kystes.

Après quelques considérations préliminaires et un aperçu historique concis, suivi de l'examen critique des divisions émises dans les hydropisies, exameu dans lequel il prouve aisément que les systèmes exclusifs basés sur l'humorisme, le solidisme ou le vitalisme purs ne pouvaient et n'ont jamais pu conduire à une classification logique et rationnelle de maladies d'origines aussi multiples et aussi variées, M. Abeille fait observer que, jusqu'à ces dernières années, les divisions modernes ne différaient guère de celles que nous avaient léguées les anciens médecins, que leurs fondements n'étaient guère plus solides, et il arrive à proposer à son tour une classification plus en rapport avec l'état actuel de la science.

Pour les hydropisies en général, M. Abeille établit trois grandes classes :

1° Hydropisies par altérations des solides. Deux ordres seulement se partagent cette classe. Le premier comprend toutes les hydropisies par altérations des membranes séreuses; le second, celles résultant d'altérations des solides en dehors des séreuses, et qui sont susceptibles de donner naissance aux collections séreuses par leur existence plus ou moins prolongée.

2° Hydropisies par altération du sang, prévues par les anciens, oubliées à une certaine époque où prévaut le solidisme exagéré, bien mieux étudiées et mieux connues de nos jours.

3° Enfin, hydropisies mixtes, ou provenant simultanément d'une altération des solides et du sang; quelle que soit la première de ces deux altérations qui ait déhuté. Dans cette classe rentrent aussi les hydropisies où l'influence nerveuse semble avoir été le premier point de départ, mais où elle a été bientôt suivie d'une altération des solides ou du sang pour que la suffusion séreuse ait pu s'effectuer.

Nous n'avons rien à dire du chapitre consacré au premier ordre de la première classe; c'est, on le voit, le fruit d'une longue et sérieuse observation. Pour ce qui est du second ordre, hydropisies par altérations de tissus en dehors des séreuses, ce n'est pas sans un vif étonnement que nous avons vu M. Abeille attribuer la démonstration de la réalité de leur existence à certain auteur moderne qui n'a fait que reprendre en sous-œuvre des faits signalés déjà depuis longtemps et incontestés. M. Abeille est un homme trop instruit pour que nous prétendions lui indiquer une source qui lui aurait échappé. Mais par quelle inconcevable distraction ne s'est-il pas souvenu que, dans une foule de passages de ses lettres, et en particulier dans les lettres 7, 39, 40, 50, 56, Morgagni avait cité des cas authentiques et très réels d'hydropisies résultant d'oblitération des veines, d'obstacles au cours du sang, et qu'il considérait ce fait comme tellement vulgaire qu'il ne prenait même pas la peine d'y insister? Si du temps de Morgagni ces résultats étaient déjà partout acceptés, nous sommes surpris, nous le répétons, que M. Abeille ait cru devoir en faire honneur à des modernes qui ne sont ici, après tout, comme souvent, que des écrivains à la suite.

Dans ce chapitre, comme dans le suivant, on lira avec le plus vif intérêt des recherches originales faites par M. Aheille sur les hydropisies chez des sujets atteints de cachexie paludéenne. Déjà, dans un mémoire publié en 1851 dans ce jonrnat, l'auteur avait signalé des faits excessivement curieux résultant de l'observation de plus de cent malades affectés depuis plus ou moins longtemps de cet état cachectique. Les couclusions développées de ce mémoire, accompagnées d'observations nouvelles, sont consignées dans les deux

célère pas. — Bandage de corps; potion avec laudanum, 30 gouttes; diète.

Le soir, pouls petit, fréquent; pas de chaleur anormale à la peau; langue légèrement pointillée; le malade a vomi quelques gorgées de tisane. Le ventre est un peu tuméfié, douloureux à la pression; mais les coliques ont presque entièrement cessé.

Le 11, le ventre est un peu ballonné et toujours un peu douloureux; faciès naturel; pouls régulier, à 96; langue un peu pointillée; les dents sont douloureuses comme si le malade avait mâché des substances très acides.

Le 12, à peu près même état; il y a eu des selles.

Le 13, teinte ictérique de la peau et des conjonctives; selles; langue sèche, chargée, rouge à la pointe; pouls à 96, régulier. Le ventre s'est affaissé; il n'est ni tympanisé ni douloureux. — Limonade, cataplasme sur le ventre, lavement émollient.

Le malade est évidemment hors de danger maintenant.

OBS. II. — Le second malade que j'ai vu, entré le 27 août, est encore un jeune homme âgé de dix-neuf ans, ouvrier en étoffes, né et demeurant à Saint-Maurice-le-Château (Saône-et-Loire), pays sain. Son père est aveugle et couvert d'abcès froids, de tumeurs qui suppurent; sa mère est bien portante.

Deux ou trois ans avant la maladie, accès de fièvre intermittente au printemps et à l'automne; on n'observa aucune tuméfaction du côté du ventre; en outre, le malade était maigre et toussait habituellement. Au mois de mai 1851, maladie grave, que le médecin du pays dit être une fièvre typhoïde; c'est après la terminaison de cette maladie que le développement du ventre a commencé.

Le malade a suivi sans résultat plusieurs traitements : on lui a mis des cautères à la région épigastrique. Deux mois avant son entrée, on lui a pratiqué la paracentèse; l'écoulement du liquide s'est arrêté après quelques instants, et le médecin a annoncé qu'il existait probablement plusieurs poches. Aujourd'hui l'abdomen a les dimensions suivantes :

A l'ombilic, 1m,07 centim.

A quatre pouces au-dessus, 1m,07 centim.

A l'appendice xyphoïde, 92 centim.

Du sommet du sternum au pubis, 64 centim.

Il y a beaucoup de dyspnée; la position horizontale est impossible à conserver. Respiration puérile, bruyante; expiration un peu rude, non prolongée. Le cœur est refoulé très haut; ses battements sont énergiques, mais ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal. L'abdomen étant très tendu, on ne peut constater l'état des organes abdominaux. Le sujet, quoique amaigri et affaibli, conserve un bon appétit; langue un peu rouge, selles rares; le pouls est petit, fréquent; la peau sèche et terreuse. On prescrit :

Tisane de pariétaire nitrée;

Potion avec gomme-gutte, 0,25 (potion de M. Abeille).

Le 30 août, il n'y a pas de modifications dans l'état du malade; la mensuration donne exactement les mêmes résultats.

On fait une ponction, qui donne issue à 15 ou 18 litres de sérosité citrine, et l'on pratique une injection avec 150 grammes du liquide formulé ci-dessus.

Après l'injection, douleurs commençant par une sensation de brûlure. On malaxe l'abdomen pour faire pénétrer le liquide partout, et l'on met un bandage de corps. Le pouls n'est pas sensiblement accéléré. On constate que le foie est volumineux, non douloureux. — Potion avec laudanum, 30 gouttes; diète.

Le soir, à quatre heures, la douleur est presque entièrement apaisée; il n'y a que quelques tranchées intermittentes; la peau est chaude, le pouls fréquent, dur; la langue est pointillée, rouge à la pointe; le ventre, à travers le bandage, est souple, presque indolent à la pression.

Le 31, presque pas de coliques. Point de chaleur à la peau; pouls bon; le ventre est un peu développé et douloureux à la pression. — Même prescription que la veille.

Le soir, le pouls est fréquent; il y a un peu de chaleur.

1er septembre. Hier au soir le malade, ayant mangé des pruneaux, a été pris de coliques fréquentes et violentes. Ce matin, ventre un peu grossi; quelques coliques peu vives; pas de selles; peau chaude, sèche; pouls fréquent; langue pointillée; soif prononcée. On enlève le bandage de corps, et l'on prescrit :

Potion laudanisée, 30 gouttes;

Cataplasme sur le ventre;

Lavement laxatif;

Friction sur le ventre avec onguent napolitain et extrait de belladone;

Bouillon.

Le soir, il a eu deux selles; moins de coliques; même état pour le reste.

Le 2, même état; le ventre se développe; il y a de l'appétit. Selles.

Le 3, même état.

Le 4, le ventre grossit toujours; il n'y a ni fièvre, ni coliques.

Le 6, même état. On prescrit quatre pilules avec de la ciguë et du calomel.

Le 7, on pratique de nouveau la mensuration de l'abdomen, qui donne à peu près les mêmes résultats qu'avant l'opération. — Les selles sont normales.

Le 8, il y a un peu de diarrhée. On prescrit un lavement avec diascordium.

Le 9, un vomissement ce matin; le ventre ne grossit plus; il n'est pas douloureux; la peau est toujours sèche et terreuse.

Le 11, il y a de la chaleur à la peau; le pouls est dur et un peu fréquent; selles rares. — Lavement laxatif; saignée de 150 grammes.

On se propose de renouveler l'injection.

Telle est, mon cher ami, en résumé très succinct, l'histoire de deux malades qui se trouvent dans le service de notre excellent confrère M. Gromier. Avant de vous dire mon sentiment sur la méthode qu'il expérimente concurremment avec son collègue M. Teissier, permettez-moi de vous faire connaître l'opinion de ce dernier, homme éclairé autant que praticien prudent.

Voici comment il s'exprime dans une note qu'il a eu la bonté de me rédiger à la hâte :

« J'ai pratiqué jusqu'à ce jour l'injection iodée chez *six* femmes affectées d'ascite.

» Sur ce nombre, *deux* ont été guéries de leur ascite.

» Chez une troisième, le résultat est encore incertain, parce que l'injection est récente; mais il n'y a pas eu d'accidents, et les suites de l'injection sont favorables jusqu'à présent.

» Chez deux autres l'opération a été *innocente*, mais *infructueuse*. L'ascite s'est reproduite peu de temps après.

» Chez la sixième malade, l'opération a été suivie rapidement des accidents de la péritonite, et *a amené la mort* en quarante-huit heures.

» Dans ce cas, j'avais affaire à une fille de vingt-deux ans, arrivée à la dernière période de la cachexie scrofuleuse, et qui n'offrait aucune chance de succès par d'autres méthodes de traitement.

» Ainsi :

» Chez deux malades, guérison. Leur ascite avait résisté à tous les moyens ordinaires; purgatifs diurétiques, vésicatoires, onctions mercurielles.

» Chez un malade, résultat douteux.

» Chez deux, innocuité parfaite, mais insuccès complet.

» Chez un, péritonite. Mort.

» Je dois dire que dans ce dernier cas il m'a été impossible de faire sortir le liquide iodé injecté.

» Le liquide dont je me suis servi est composé ainsi qu'il suit :

Eau.	200	grammes.
Teinture d'iode de. . . .	30 à 60	—
Iodure potassique. . .	4 à 8	—

» Il me paraît évident que cette opération est appelée à rendre de grands services; mais elle ne sera certainement pas *toujours* innocente. »

Le paragraphe qui termine la lettre de M. Teissier me paraît exprimer le véritable jugement qu'il faut porter sur les injections iodées pratiquées dans la cavité péritonéale dans les cas d'ascite; je me range donc complétement à son avis, et je crains que, dans la phrase que j'ai citée, notre excellent et distingué confrère M. Gromier ne se soit laissé séduire par ses succès personnels et n'y ait puisé les motifs d'un pronostic trop favorable et que l'avenir ne confirmera pas complétement. C'est en vue de cette crainte que je désire vivement, dans l'intérêt de la pratique, que MM. Gromier et Teissier, ainsi que tous ceux qui se trouveront dans les mêmes conditions qu'eux, arrivent prochainement à déterminer les cas d'ascite dans lesquels les injections sont indiquées, cas dont la condition essentielle me paraît être, dans l'état actuel de la science, d'avoir résisté à toutes les méthodes de traitement, et qui sont d'une manière certaine sans danger pour la vie des malades.

Quoi qu'il en soit, vous voyez clairement, par les observations extrêmement intéressantes de MM. Gromier et Teissier, que la question relative aux injections utérines se trouve résolue. Comment supposer que, lorsque 150 grammes d'un liquide aussi irritant que la teinture iodée, injectés dans le péritoine, n'y produisent que des accidents en général si éphémères; comment supposer, dis-je, qu'une goutte de solution de nitrate d'argent, qui pénétrerait par les trompes, puisse causer une péritonite mortelle, en admettant que la pénétration ait lieu réellement! M. Vidal me paraît donc très justifié aujourd'hui des tentatives qu'il a faites, il y a déjà douze ans, au moins quant au danger de ces tentatives. En ce qui concerne leur utilité, c'est une question que je n'ai pas à examiner en ce moment.

— Voilà, mon cher ami, ce que j'avais à vous dire de ma trop rapide visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Je pourrais vous entretenir encore d'un nouveau cas de mort produit par l'inhalation de 60 grammes, non plus de chloroforme, mais d'éther. Je suis presque arrivé à temps pour assister à ce nouveau malheur, qui est, à ce qu'il paraît, le cinquième de la même nature qu'on observe à Lyon. Je ne vous en entretiendrai pas plus longuement, voulant laisser au chirurgien, moins heureux qu'habile, dans le service duquel il a eu lieu, le soin de le faire connaître avec tous les détails désirables et que je ne pourrais vous donner.

— Avant de terminer, j'aurais voulu vous dire quelques mots de l'hôpital militaire de Lyon, dont la renommée est également européenne, et qui, malgré tous ses mérites, ne vaut cependant pas sa réputation. Entre autres médecins et chirurgiens distingués, j'ai rencontré dans cet hôpital notre excellent confrère M. Durand (de Lunel), qui m'a fait les honneurs de l'établissement avec cette exquise complaisance que tout le monde lui connaît. Mais je suis déjà bien long, et vous me saurez gré sans doute de m'arrêter ici. Je ne le ferai point cependant sans vous signaler un fait qui me paraît bien digne d'attention; c'est que l'hôpital militaire est encombré de fièvres typhoïdes (un malade sur trois en est atteint), pendant qu'il y en a très peu à l'hôpital civil. En outre, plusieurs de ces fièvres se développent dans l'intérieur même des salles d'hôpital, et vous savez combien il est rare d'observer un semblable fait dans les hôpitaux de Paris; c'est tout au plus si M. Louis, dans sa longue et fructueuse carrière, l'a observé, si j'ai bonne mémoire, deux ou trois fois. Il y a donc dans les détails des deux faits que j'ai observés à l'hôpital militaire peut-être de quoi éclairer l'étiologie de cette fatale affection. Je les recommande à toute la sagacité de M. Durand.

J'ai fini, mon cher ami; puissiez-vous, et puissent mes lecteurs surtout, ne pas trouver que c'est un peu tard!

H. DE CASTELNAU.

---

chapitres dont nous parlons, et constituent certainement quelques-uns des passages les plus intéressants du *Traité des hydropisies*.

Dans la seconde section de la première partie, sont passées en revue les hydropisies en particulier, en commençant par celle du tissu cellulaire, l'anasarque, produite par tant de causes différentes, puis l'ascite, l'hydrothorax, l'hydropéricarde, l'hydrocéphale, l'hydrorachis, l'hydrocèle et l'hydarthrose. On conçoit que nous ne puissions guère qu'indiquer en passant chacun de ces chapitres. Cependant il est certains points que nous devons plus particulièrement signaler. Tel est entre autres le passage dans lequel M. Abeille rend compte de la découverte qu'il a faite d'une singulière propriété de la gomme gutte employée à haute dose dans les hydropisies. Dans ces circonstances, cette substance perd son effet purgatif drastique, est tolérée d'autant mieux qu'on en élève les doses, et produit une diurèse qui juge souvent l'hydropisie. Certes, c'est là une importante découverte dont M. Abeille a enrichi la thérapeutique, et qui fait honneur à la sagacité de cet habile observateur.

Nous attirerons également l'attention sur le traitement de l'hydarthrose par la méthode puissante dont nous avons été par nous-même appelé à juger l'efficacité fréquente, celle de M. Gimelle, par le tartre stibié à haute dose, et sur le traitement de la même affection par les injections iodées, méthode plus aventureuse peut-être au premier abord, mais dont M. Abeille a, depuis 1849, eu de justes raisons de proclamer bien haut les heureux résultats. Déjà, à cette époque, il avait envoyé à la Société de médecine de Toulouse un mémoire qui fut couronné, et dans lequel il avait rassemblé des faits nombreux de succès. Ajoutons que dans le travail dont nous rendons compte aujourd'hui, M. Abeille trace avec soin les règles à suivre dans l'emploi de ces injections iodées qu'il serait imprudent de pratiquer sans précautions et dans tous les cas indistinctement.

Nous arrivons à la seconde partie, à l'histoire des kystes. Comme la première, l'auteur la divise en deux sections, où il les étudie en général d'abord, puis en particulier.

La première section comprend les modes de formation des kystes, les divisions que l'on peut établir dans leur histoire, leur gravité relative suivant leur situation, l'importance qu'il y a à connaître la structure de leurs parois, enfin les matières que contiennent ces cavités; le tout accompagné de deux observations très curieuses de kystes, l'un contenant un fœtus enkysté dans l'abdomen d'une fille de douze ans, l'autre un morceau de lame de poignard fixé dans le corps d'une vertèbre.

La division adoptée par M. Abeille est fort simple. Il examine les kystes dans les parties molles et dans le système osseux, et ceux des parties molles : 1° suivant qu'ils existent à la périphérie du corps, tête, tronc, extrémités, qu'ils soient sous-cutanés, sous-aponévrotiques ou sous-musculaires; 2° suivant qu'ils siégent dans les cavités splanchniques. Enfin, où que siége les kystes, il les distingue encore en : 1° kystes à contenu liquide ou semi-consistant; 2° kystes à contenu solide.

Le premier ordre, disons-nous, renferme les kystes des parties molles. Sous ce titre se rangent les hydropisies des bourses séreuses sous-cutanées ou profondes, les kystes séreux, les kystes hydatiques, les loupes, les kystes mammaires, purulents, squirrheux et encéphaloïdes.

Le second ordre est consacré aux kystes des cavités crânienne, buccale, thoracique, abdominale. En traitant de cette dernière, l'auteur a introduit une nouvelle subdivision. Il distingue les kystes de la cavité abdominale en intra et extra-péritonéaux. Parmi les premiers, nous trouvons les kystes du foie, de la rate, des ovaires, des reins; les autres sont distingués de ceux qui appartiennent à la paroi antérieure, ceux qui appartiennent à la paroi postérieure : hydromphale, kystes de la matrice, de la vessie, etc.

Enfin le troisième ordre comprend les kystes des os.

Chacun des chapitres dans lesquels sont étudiées ces différentes espèces de kystes est accompagné d'une ou de plusieurs observations, le plus souvent propres à l'auteur, et qu'il présente à l'appui des doctrines qu'il émet dans le cours de son ouvrage. Outre que ces faits ont une valeur et une importance réelles, car, ainsi que le dit M. Abeille, en raison de sa position de médecin militaire, obligé de changer souvent de résidence, il lui est souvent arrivé de rencontrer des cas d'un intérêt saisissant dans des contrées éloignées de Paris, où les maladies chroniques pullulent à l'écart d'une investigation rigoureuse et éclairée; outre ce mérite, ils ont permis à l'auteur de contrôler par une discussion consciencieuse, les opinions émises par les hommes mêmes dont les noms jouissent de l'autorité la plus méritée.

Et ici insistons bien sur ce point, à savoir, que M. Abeille n'a pas voulu faire un livre de compilation, une de ces œuvres de cabinet qui encombrent aujourd'hui la science, et servent la plupart du temps à égarer la pratique, en lui présentant des faits dépourvus d'un contrôle rigoureux, des expérimentations sans contre-épreuve. Il a mis à contribution les livres, traités et mémoires originaux des meilleurs maîtres, des cliniciens les plus distingués; mais il a toujours eu la prétention, et, à notre avis, la prétention bien fondée de redresser l'erreur là où elle a pu se glisser, de battre en brèche et la routine et le paradoxe; enfin de faire un livre utile et éminemment pratique.

Nous ne pouvons que féliciter M. Abeille de cette publication. Elle le place à un rang des plus honorables parmi les savants et habiles praticiens de notre époque; elle fait également honneur au corps distingué de la médecine militaire à laquelle il appartient, et conserve avec bonheur les traditions que nous ont laissées les Broussais, les Percy, les Larrey, et que continuent plus près de nous deux hommes du plus haut mérite; nous avons nommé MM. Bégin et Michel Lévy.

Dr A. FOUCART.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 septembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le président annonce que M. le docteur Liljevalcb, médecin du roi de Suède, assiste à la la séance.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de remercîments adressée par sir Philip Crampton, nommé membre associé étranger;

D'une lettre de remercîments adressée par le docteur Prescott Hewet, nommé membre correspondant.

M. Larrey communique également une lettre de remercîments adressée par sir George Ballingall, membre associé étranger.

Ces lettres, comme les précédentes, seront déposées dans les archives de la Société.

— M. le docteur Deguise fils annonce que son père, à la suite d'une chute, s'est fracturé les deux os de l'avant-bras.

M. le président prie M. Deguise de vouloir bien témoigner à son père la part que la Société prend à cet accident. Une commission, composée de MM. Huguier, Forget, Deguise fils, est nommée pour se rendre chez M. Deguise.

— M. le professeur Alquié, de Montpellier, écrit à la Société pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa lettre est accompagnée d'un mémoire sur un nouveau procédé de chéiloplastie. MM. Debout, Lenoir, Chassaignac et Laborie sont chargés de faire un rapport.

— Lettre du bureau de la Société météorologique de France annonçant sa fondation.

— M. Demarquay fait hommage à la Société d'un mémoire ayant pour titre : *Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate.*

— M. le docteur Compérat adresse un mémoire sur la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil, et son traitement.

M. Larrey est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. Danyau fait, sur un travail de M. le docteur Mavel, d'Ambert, le rapport suivant, dont les conclusions sont adoptées.

Dystocie causée par une inversion du vagin.

La chute du vagin n'est point un fait rare; mais dans l'observation suivante elle s'est présentée à un degré tel pendant le travail de l'accouchement, que je cherche vainement son analogue dans les auteurs qui sont à ma disposition : Baudelocque, Mme Lachapelle, MM. Velpeau et Dagès, en parlant de cet accident pendant le travail de l'accouchement, non-seulement ne citent aucun fait semblable, mais par leur silence ils semblent n'en avoir pas même prévu la possibilité.

Le 25 août dernier, à onze heures du soir, je suis appelé à la campagne auprès de Mme Prat, sage-femme, pour l'aider à délivrer la femme Sauvade. Celle-ci est âgée de trente-six ans, mère de quatre enfants. Il y a quatre ans, deux jours après cette couche, elle se leva, monta pour les ranger sur les métiers de son mari, qui est passementier, et y travailla depuis ce jour à faire aller la barre. A cette époque il se montra à la vulve une tumeur qu'elle prit pour la matrice; elle ne consulta cependant point.

Une couche survint il y a deux ans, elle se fit sans accident; la sage-femme n'aperçut rien d'anormal. Dès ce moment, la tumeur augmenta de volume; elle continua à rentrer pendant la nuit. Il y a neuf mois, une nouvelle grossesse se manifesta; la tumeur augmenta peu à peu de volume, au point de ressembler, pour la grosseur et pour la forme, au corps d'une bouteille. Depuis près d'un mois, elle ne rentrait plus pendant la nuit. La sage-femme m'apprend qu'à son arrivée les douleurs, très actives, ont chassé la tête hors du bassin, mais qu'un renversement vaginal est un obstacle insurmontable à la sortie définitive de l'enfant: cet état dure depuis deux heures.

Au-devant de la vulve, l'on voit une tumeur plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme : c'est la tête de l'enfant complétement dégagée de dessous l'arcade des pubis, mais coiffée par la muqueuse vaginale; on aperçoit cette tête à travers une ouverture de 7 centimètres de diamètre; les rebords de cette ouverture ont 1 centimètre d'épaisseur; ils paraissent fibreux et sont complétement inextensibles, malgré les contractions énergiques et réitérées de la matrice. Pendant ces douleurs, la tumeur augmente de volume, mais la tête ne fait point une plus forte saillie à travers l'ouverture vaginale; il s'écoule du méconium. J'applique le forceps avec la plus grande facilité, mais les tractions les plus énergiques ne distendent aucunement l'ouverture vaginale; la tumeur en masse semble se détacher de la vulve : je crains d'opérer une rupture. La sage-femme s'applique à retenir la tumeur, à opérer une espèce de contre-extension, mais c'est en vain; ses deux index, placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, tendent à en opérer la dilatation pendant les tractions que j'opère avec le forceps; tous nos efforts sont inutiles.

En présence d'un fait si nouveau, et vu la presque certitude de la mort de l'enfant, car il était là depuis deux heures, depuis longtemps il s'écoulait du méconium et l'auscultation ne me permettait pas de retrouver les bruits du cœur de l'enfant, la sage-femme me prie d'épargner la mère en pratiquant la craniotomie; mais après la sortie de la tête, il m'aurait fallu dégager les épaules, ce qui n'eût pas été plus facile. Alors je me décide à pratiquer l'opération césarienne vaginale (cette dénomination convient bien plus, je crois, à cette opération qu'à la section du col utérin). Un commencement d'éraillure en arrière et à gauche me détermine à opérer de ce côté. Au moyen d'un bistouri et d'une sonde cannelée, je fais une incision de 4 centimètres; la malade n'accuse qu'une faible douleur, après quoi je peux, sans peine, terminer l'accouchement de la manière la plus heureuse pour la mère. L'enfant mort présente un volume ordinaire. La plaie donne peu de sang; il reste à la vulve un bourrelet énorme que je réduis facilement après avoir opéré la délivrance; celle-ci n'offre rien d'anormal; elle vient à la moindre traction. La malade est consignée au lit, avec recommandation expresse de ne pas renouveler les imprudences commises après les couches précédentes.

Le 27, je revois la malade; elle se trouve très bien; le pouls bat 80 fois à la minute; les seins ne sont ni gonflés, ni douloureux; le ventre est souple. Je retrouve facilement le globe utérin dans l'hypogastre, un peu à droite.

Le toucher me fait reconnaître le col vaginal que j'incisai, formé comme il l'était au dehors avec les deux lèvres de la division, que j'opérai. Les portions adossées de la muqueuse qui formaient le col, n'ont point repris leur place respective : elles sont soudées ensemble par du tissu cellulaire densifié; les bords de ce col offrent la même épaisseur qu'au moment de l'accouchement.

Le 4 septembre je vois la malade de nouveau; je la trouve levée; elle est sans fièvre; elle a bon appétit; elle ne souffre nulle part; le palper abdominal me fait reconnaître dans l'hypogastre, un peu à droite, le corps utérin du volume des deux poings. Quand la malade fait un effort, il paraît à la vulve, ce qu'elle appelle sa matrice, et qui n'est autre chose qu'un col anormal formé par le renversement du vagin, mais qui, au toucher, représente assez bien le volume et la forme de l'ouverture de l'utérus; peu après l'accouchement on y retrouve en arrière et à gauche les deux lambeaux provenant de l'incision que je pratiquai pour terminer l'accouchement. Après avoir franchi ce col, mon doigt arrive à quelques centimètres au-dessus, sur le véritable col utérin, qui permet à peine l'introduction du doigt.

Je conseille encore, mais peut-être inutilement, à la malade le séjour au lit, dans le double but de prévenir des accidents inflammatoires qui pourraient encore survenir, et de prévenir la sortie de l'inversion vaginale, me proposant d'appliquer un pessaire lorsque les suites de couches auront complétement cessé.

Maintenant, est-ce bien une descente de vagin que j'ai observée? Pour moi, il n'y a pas le moindre doute. A ma visite du 4 septembre, le toucher m'a permis de retrouver le col anormal du vagin opéré et, au-dessus, le véritable col utérin. Si je me rappelle, d'autre part, que, sur la fin de la grossesse, la tumeur pendait hors de la vulve, du volume d'une bouteille, force est bien d'admettre que ce n'était point une descente de matrice.

Après la rentrée de la tumeur dans le vagin, je croyais voir s'effacer le col que j'avais incisé; mais il avait resté si longtemps au dehors que les frottements avaient dû l'irriter, l'enflammer, lui faire perdre les qualités des muqueuses et procurer l'adhésion des deux portions de la muqueuse adossées.

Comme je vous l'ai dit en commençant, si vous pensez que cette observation présente quelque intérêt, je vous prie de la communiquer à la Société de chirurgie.

Agréez, etc. Mavel.

Rapport sur un cas de dystocie causée par une inversion du vagin.

L'auteur de cette observation, M. le docteur Mavel (d'Ambert), nous a déjà communiqué un fait intéressant de sa pratique obstétricale, sur lequel la Société m'avait chargé de lui faire un rapport qu'elle a entendu il y a quelques séances. L'observation que nous adresse aujourd'hui notre honorable confrère est plus curieuse encore à cause de son extrême rareté. Le fait n'est cependant pas unique, comme il semble le croire, et votre rapporteur en a observé un presque entièrement semblable à celui qui vient de nous être communiqué.

Voici d'abord le fait de M. Mavel. Plus tard nous donnerons l'analyse du nôtre.

Une femme de trente-six ans, mère de quatre enfants, avait vu apparaître à la vulve, quatre ans auparavant, une tumeur dont la présence était due à l'imprudence qu'elle avait commise de se lever deux jours après son accouchement, et d'aider, en faisant aller la barre, son mari, qui exerce l'état de passementier. Depuis lors, la tumeur, qui rentrait pendant la nuit, reparut chaque fois que la malade se levait. A la longue elle augmenta de volume, et dans la dernière grossesse elle acquit la grosseur et la forme d'un corps de bouteille. Enfin dans le neuvième mois elle cessa de se réduire même dans la situation horizontale.

C'est dans ces conditions que le travail s'était déclaré, et lorsque M. Mavel arriva auprès de la patiente, le 25 août dernier, il y avait deux heures que, sous l'influence de violentes contractions utérines, la tête de l'enfant avait été expulsée et se trouvait au dehors enveloppée par le vagin, et ne pouvant franchir l'ouverture existant à sa partie inférieure.

Cette ouverture a bien 7 centimètres de diamètre; mais ses bords, épais d'un centimètre, paraissent fibreux et sont complétement inextensibles. Aussi résistent-ils aux contractions utérines les plus énergiques.

M. Mavel essaie de terminer l'accouchement avec le forceps. L'application de l'instrument n'offre aucune difficulté; mais les tractions, faites avec tous les ménagements possibles, pendant que la sage-femme cherche à retenir la tumeur à l'aide de ses deux indicateurs placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, restent absolument sans effet.

M. Mavel se décide alors à débrider cette ouverture. Il fait en arrière et à gauche une incision de 4 centimètres avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée, et termine ensuite l'accouchement sans difficulté. L'enfant, d'un volume ordinaire, avait cessé de vivre. La délivrance opérée, M. Mavel réduisit l'énorme bourrelet qui était au dehors.

Les suites de cet accouchement furent très heureuses, et voici ce qui fut constaté dix jours après : « ... Quand la malade, dit M. » Mavel, fait un effort, il paraît à la vulve ce qu'elle appelle sa » matrice, et qui n'est autre chose qu'un col anormal formé par le » renversement du vagin; mais qui, au toucher, représente assez » bien le volume et la forme de l'ouverture de l'utérus peu après » l'accouchement. On y trouve, en arrière et à gauche, les deux » lambeaux de l'incision pratiquée pour terminer l'accouchement. » Mais après avoir franchi ce col, l'index arrive, à quelques centi- » mètres au-dessus, sur le véritable col utérin, qui permet à peine » l'introduction du doigt. »

M. Mavel se demande si c'est bien une descente du vagin qu'il a observée. Il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Nous ne croyons pas non plus qu'il y ait de doute à cet égard. La démonstration eût été toutefois plus complète s'il eût décrit l'état de la cavité séparant ces deux orifices, s'il eût indiqué la facilité que le doigt devait avoir à s'y maintenir; car il n'y aurait pas eu alors, même pour les esprits les plus difficiles, d'incertitude sur l'existence d'une portion du vagin au-dessus de l'orifice inférieur.

La présence antérieurement à l'accouchement d'une tumeur en dehors des parties génitales est un renseignement précieux dont M. Mavel fait ressortir la valeur, et sur lequel il s'appui pour repousser l'idée d'un prolapsus de la matrice. Sans ce renseignement, qui le mit sur la voie d'un diagnostic plus exact, notre confrère aurait certainement pu se croire en présence d'un cas semblable à celui dont Portal (*Pratique des accouchements*, obs. X, p. 68) donne la curieuse relation. Cet auteur raconte qu'il fut appelé le 14 janvier 1666 auprès d'une femme au terme de sa grossesse, chez laquelle existait à la vulve une *tumeur prodigieuse de la grosseur d'un ballon*, offrant au milieu de sa partie inférieure une très petite fente qui était l'orifice de l'utérus. *Le corps de la matrice*, dit Portal, *s'était affaissé par le renversement de son col*, ce qui, en se reportant au langage du temps, signifie que la matrice, avec la tête de l'enfant, s'était précipitée au dehors, enveloppée par le vagin renversé. Cette tumeur avait paru la veille, et était survenue après quelques douleurs que la femme *avait souffertes en s'efforçant.* Il y avait bien eu antérieurement à la grossesse une *relaxation de la matrice* que la femme réduisait elle-même avec facilité, mais lorsquelle était enceinte, le prolapsus ne s'était plus produit, si ce n'est la veille même de la visite de Portal. L'orifice dont nous avons parlé se laissa assez facilement dilater avec les doigts, et lorsque la voie eut été ainsi préparée, les efforts maternels expulsèrent le fœtus, qui était vivant.

Quel que fût, dans cette observation de Portal, l'organe en prolapsus avant la grossesse, que ce fût le vagin seul ou l'utérus avec le vagin, la réduction s'était maintenue d'elle-même pendant toute la durée de la gestation. Lorsque le déplacement se reproduisit, le travail était à peine commencé, et l'orifice était encore absolument clos. La tumeur se présenta tout de suite avec un volume tel que, le vagin eût-il été renversé d'abord, il était évident que la partie inférieure de l'utérus n'avait pas tardé à suivre avec la tête de l'enfant; en sorte que, dans ce cas, il s'agissait, à n'en pas douter, d'un prolapsus utérin survenu à l'approche ou tout au plus au début même de l'accouchement.

Il en fut tout autrement dans le cas de M. Mavel. Comme dans celui de Portal, il y avait avant la grossesse un prolapsus habituel; mais, loin de se réduire et de se maintenir réduite pendant la gestation, la tumeur, après avoir subi pendant les huit premiers mois ses alternatives ordinaires de sortie dans la station et de réduction spontanée dans la situation horizontale, devint, dans les quatre dernières semaines, tout à fait irréductible, offrant une forme allongée, cylindroïde, qui ne rappelait en rien celle de l'utérus gravide incomplétement précipité, mais bien celle du vagin.

Il y a ici une remarque importante à faire. S'il se fût agi d'une inversion simple du conduit vulvo-utérin, les progrès du travail, loin d'augmenter le volume de la tumeur, en auraient graduellement opéré la réduction. L'orifice, une fois franchi, serait remonté au-dessus de la tête, entraînant le vagin qui se fixe à son pourtour, et l'accouchement n'aurait rien offert ensuite de particulier. C'est ainsi que les choses se passèrent dans un cas que nous eûmes occasion d'observer à la Maternité au mois de mars 1840.

Pourquoi la réduction ne s'opéra-t-elle pas de même dans le cas de M. Mavel? Pourquoi, sous l'influence des contractions utérines, se développa-t-il au contraire une tumeur beaucoup plus volumineuse formée, non plus seulement par le vagin renversé, mais par la tête du fœtus coiffée des parois de ce canal? C'est qu'au point le plus déclive de la tumeur, à l'union de la partie renversée avec le reste du conduit, les tissus s'étaient altérés par leur exposition presque continuelle à l'air et le contact des corps extérieurs; qu'un resserrement, une sorte d'orifice, s'était formé, dont la circonférence fibreuse et inextensible ne pouvait se prêter à une dilatation naturelle ou artificielle complète. L'impossibilité où se trouvait, en conséquence, le vagin de glisser à la suite de l'orifice suffisamment dilaté sur la tête du fœtus et de se réduire spontanément, comme dans le cas que nous venons de citer tout à l'heure, devait amener le résultat constaté par M. Mavel. La tête aura franchi l'orifice de la matrice, puis le détroit inférieur dont il devait être rapproché, et aura été arrêtée à l'orifice accidentel du vagin. C'est là qu'était le véritable obstacle, ce que le titre de l'observation n'indique pas du tout; aussi, pour donner une idée de l'obstacle réel, ce titre aurait-il besoin d'être complété. Personne, en effet, ne comprendra qu'une simple inversion du vagin puisse être une cause de dystocie, puisqu'il est bien démontré qu'à une certaine époque du travail cette inversion, quand rien d'ailleurs ne la complique, se réduit d'elle-même et se maintient réduite jusqu'après l'expulsion du fœtus, sauf à se reproduire bientôt. Il ne faut donc pas s'étonner, comme le fait notre confrère, de ne pas trouver dans les auteurs, là où ils parlent du prolapsus du vagin pendant la grossesse et l'accouchement, l'indication des difficultés qui se sont offertes à lui dans le cas qu'il vient de nous communiquer.

Celui que nous avons emprunté à Portal n'est pas le seul exemple de prolapsus de la matrice chargée du produit de la conception que la science possède. Des faits bien curieux en ce genre, décrits sous le titre de grossesse extra-abdominale, ont été réunis dans un mémoire du savant M. Guillemot inséré au tome XXVII, 1re série, des *Archives générales de médecine*; mais ils diffèrent bien plus encore que celui de Portal du cas observé par M. le docteur Mavel, et aucune idée de comparaison ne pourrait, à leur sujet, se présenter à l'esprit. Entre ces faits pourtant et celui de l'honorable médecin d'Ambert, il y a presque parité sous un rapport essentiel, celui de la dégénérescence fibreuse de l'orifice destiné à donner, après dilatation suffisante, passage au produit de la conception. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, c'était à l'orifice utérin lui-même que cette dégénérescence avait établi un infranchissable obstacle; dans celui de M. Mavel, c'était à un orifice accidentel formé à la partie la plus déclive du vagin renversé. Cette différence de siége n'entraînait pas de différence dans la nature de l'obstacle; dans les deux cas il était le même, reconnaissait la même cause, et réclamait par conséquent l'emploi des mêmes moyens. Aussi avons-nous été quelque peu surpris de voir M. Mavel s'efforcer d'entraîner, à travers un orifice beaucoup trop étroit et d'une invincible résistance à tout effort dilatant, la tête facilement saisie d'ailleurs avec le forceps. L'idée si simple d'un débridement n'aurait-elle pas dû se présenter tout de suite, et cela en l'absence même d'un diagnostic bien précis et au seul souvenir des nombreux succès dont l'art est redevable à des incisions convenables et faites à propos.

C'est à cette précieuse ressource pourtant, mais après d'infructueuses tractions qui pouvaient avoir de bien tristes conséquences, que M. Mavel recourut enfin. Ici notre étonnement n'a pas été moindre, et bien que l'absence d'accidents quelconques puisse paraître une justification suffisante, nous ne pouvons laisser passer sans remarque le procédé de débridement suivi par notre honorable confrère.

Le débridement multiple si justement préféré et si généralement adopté convenait sans aucun doute au cas de M. Mavel. Il pouvait procurer, malgré le peu d'étendue de chacune des incisions, un élargissement plus que suffisant et au moins égal à celui obtenu par une incision unique de 4 centimètres faite à la partie postérieure. C'est ce que chacun sait, et que, pour notre part, nous avons constaté bien des fois quand nous avons dû débrider des orifices fibreux ou simplement rigides. Dans le cas où il n'y aurait pas eu, au point incisé, simple adossement de muqueuses, mais double épaisseur des parois tout entières du vagin avec une couche du tissu cellulo-graisseux de la cloison recto-vaginale, n'aurait-on pas exposé, par une incision profonde, au contact prolongé d'écoulements plus ou moins irritants des parties facilement susceptibles d'inflammation diffuse ou de gangrène? Nous l'aurions craint assurément; dans un cas semblable à celui de M. Mavel, et dans tous ceux qui s'en rapprochent par l'existence d'un rétrécissement fibreux qui arrête la progression du fœtus, le débridement multiple nous paraît-il bien préférable et le seul même qui doive être conservé?

C'est celui auquel nous avons recours, en nous conformant aux préceptes consacrés, dans le cas presque semblable à celui de M. Mavel que nous avons observé il y a une douzaine d'années à l'hospice de la Maternité, et dont nous avons donné l'histoire détaillée dans le tome X, page 3, 3e série des *Archives générales de*

médecine. Permettez-moi, messieurs, de vous en donner un extrait.

Une jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, primipare, en travail, fut amenée à la Maternité le 5 septembre 1840, à neuf heures du soir.

Hors de la vulve existait une tumeur de forme conique, saillante de 6 à 7 centimètres, dont le sommet obtus, dirigé en bas, présentait un orifice circulaire un peu plissé; sa surface était couverte d'une membrane muqueuse peu ridée; sa base remplissait la vulve. La mollesse de la tumeur éloignait toute idée d'un prolapsus de l'utérus. Le doigt, introduit dans l'orifice qui existait à son sommet, le franchissait sans difficulté, parcourant un canal à parois contiguës assez fortement ridées, un vagin, en un mot, au fond duquel on atteignait avec quelque peine l'orifice utérin entr'ouvert, et au delà la tête frontale. La réduction de cette tumeur était très facile, et lorsqu'elle était opérée, voici ce qu'on trouvait par le toucher : le vagin offrait une laxité considérable, et sa surface était accrue par un si grand nombre de plicatures, que le doigt éprouvait véritablement quelque peine à s'en dégager pour atteindre l'orifice de l'utérus. On n'y arrivait qu'après avoir traversé un orifice à bords minces et tranchants. En résumé, dans l'état de prolapsus il y a deux vagins encaissés l'un dans l'autre, et dont l'utérus renversé offrait sa membrane moyenne en dehors. La réduction opérée, ces deux vagins étaient au contraire superposés et séparés par un diaphragme perforé à son centre.

Le prolapsus ne datait que du quatrième au cinquième mois de la grossesse. La femme assurait que depuis sa première apparition il n'avait pas été constant, et que, facilement réductible, il ne se reproduisait que par la marche ou une station un peu prolongée. La réduction fut maintenue pendant toute la durée du travail.

Les douleurs ne devinrent un peu fortes que dans l'après-midi du lendemain 6 septembre. Lorsqu'après la dilatation complète les membranes furent rompues, la tête franchit l'orifice, vint occuper le vagin supérieur et s'appliquer sur la cloison, mais ne produisit sur son ouverture, malgré d'énergiques contractions, ni dilatation, ni déchirure. A ce moment la disposition des parties était telle, qu'un accoucheur, appelé alors pour la première fois, eût facilement pris la cloison pour le segment inférieur de l'utérus, et son ouverture pour l'orifice utérin lui-même dans un état d'invincible rigidité.

Six incisions de 7 à 8 millim. furent successivement pratiquées sur cette ouverture; le forceps fut alors appliqué, et le bord antérieur de la cloison maintenu par un aide pendant les tractions, qui amenèrent facilement un enfant vivant d'un petit volume.

A la sortie de cette femme, huit jours après l'accouchement, il eût été difficile, sans la connaissance des antécédents, de se faire une exacte idée de ce qui avait été antérieurement observé. On ne trouvait plus qu'une cavité sans trace aucune de cloison, d'orifice, d'incision. Au fond du vagin on sentait une ouverture à bords épais, peu saillants, interrompus par des fentes peu profondes, si semblables à l'orifice utérin lui-même quelques jours après l'accouchement, que la méprise était en vérité bien facile, et d'autant plus que le doigt ne pouvait pas pénétrer dans le vagin supérieur.

Il n'y avait pas en ce moment de prolapsus, mais il était bien probable qu'il se reproduirait. C'est ce qui arriva en effet, et, lorsque cette femme vint me consulter le 16 novembre suivant, je retrouvai les parties presque dans l'état où elles s'étaient offertes à ma vue lors de son entrée à la Maternité. C'étaient, à s'y méprendre, les apparences d'un prolapsus de la matrice, et, malgré tout ce que j'avais si bien constaté moi-même, j'avoue que tous mes doutes n'auraient pas été levés si je n'étais parvenu à reconnaître au-dessus de l'orifice très rétréci que j'avais sous les yeux la présence du vagin supérieur. Je ne pus y introduire le doigt; mais seulement une sonde de femme, qui pénétra, sans occasionner la moindre douleur, à la profondeur de 12 centimètres et demi. La facilité de cette introduction, celle non moins grande des mouvements de la sonde une fois introduite attestaient que l'instrument n'était pas entré dans l'utérus, mais dans une cavité à parois lâches. Une résistance m'ayant averti que son extrémité appuyait sur le col, je déprimai fortement la région hypogastrique, et, soulevant la sonde, je reconnus entre elle et la main placée au dehors la présence de l'utérus avec le volume qu'il offre dans l'état de vacuité. La réduction fut opérée et maintenue d'une manière durable à l'aide d'un pessaire rond en gomme élastique.

Qu'a-t-il manqué au fait dont nous venons de reproduire les principales circonstances pour faire l'exact pendant de celui de M. le docteur Mavel? Rien, si ce n'est la complication dernière, qui n'aurait pas manqué de se produire par de longs et infructueux efforts si l'art ne fût intervenu à temps. Appelé plus tôt, notre confrère aurait fait sans doute ce que nous avons fait nous-même; rien ne s'opposant plus alors à sa progression ou à son extraction, la tête du fœtus se serait avancée ou aurait été amenée au dehors sans le vagin, dont elle n'avait pu, faute d'un débridement fait à propos, se dégager en franchissant le détroit inférieur. Notre observation montre donc les avantages d'une intervention opportune, celle de M. Mavel les inconvénients d'une intervention trop tardive. C'est un enseignement qui ne pouvait résulter que du rapprochement de ces deux faits, et, comme la science n'en *possède* ni de pareils ni d'analogues, nous n'avons pas craint de donner dans ce rapport une place importante à celui que nous avions fait connaître il y a douze ans, et qui, perdu dans un recueil moins répandu que des journaux à publications plus rapprochées, était demeuré inconnu à notre confrère d'Ambert et sans doute à beaucoup d'autres.

La femme à laquelle nous avons donné des soins était primipare, et chez elle le prolapsus du vagin ne datait que de quatre à cinq mois. Nous avions donc cru pouvoir considérer la cloison perforée qui existait dans le canal comme une disposition congénitale. Mais le fait de M. Mavel, qui se rapporte à une femme multipare, dont les accouchements antérieurs n'avaient offert ni difficultés ni complications, a fait naître dans notre esprit quelques doutes sur cette étiologie, et nous nous sommes demandé si l'explication qui nous a paru rationnelle pour le cas nouveau n'était pas également applicable au cas ancien; en un mot si, dans l'un comme dans l'autre cas, le resserrement observé en un point du vagin n'était pas consécutif au prolapsus. C'est un point que de nouvelles observations pourront seules élucider. Si elles confirmaient nos présomptions actuelles, on pourrait à bon droit considérer le prolapsus du vagin comme une prédisposition à une espèce nouvelle de dystocie résultant de l'altération des tissus fréquemment ou constamment soumis au contact de l'air extérieur et des corps étrangers, et de ces conséquences reconnues devrait découler l'indication très urgente d'une réduction et d'une contention exacte de la tumeur, alors même que sa présence au dehors ne produirait pas une grande gêne.

L'observation de M. Mavel nous a paru, messieurs, digne à tous égards de votre intérêt. Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à cet honorable confrère;

2° D'insérer son observation dans les bulletins de la Société.

Lecture.

M. le docteur JARJAVAY, chirurgien du bureau central, qui dans la dernière séance avait écrit pour obtenir le titre de membre titulaire, donne lecture d'un mémoire sur la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale.

MM. Demarquay, Marjolin et Forget devront faire un rapport sur ce travail.

Discussion.

M. LE PRÉSIDENT, après ces diverses communications, annonce que la discussion sur le mémoire de M. le professeur Roux est ouverte.

M. GERDY. Avant de commencer la discussion, je féliciterai la Société d'avoir entendu un travail qui a une si grande importance au point de vue clinique.

Lorsqu'on voit quel a été le grand nombre de succès obtenus par M. Roux en suivant dans sa pratique le procédé de Scarpa, on est en droit de se demander si cette méthode n'est pas plus avantageuse que celle de Hunter, qui employait les ligatures rondes et fines, et, bien que ce soit cette dernière que j'ai suivie dans ma pratique, parce qu'elle se trouve plus en rapport avec mes idées, je me demande si on peut dire de quel côté est l'avantage.

Même en tenant compte de la grande habileté de l'opérateur, comment ne pas admettre que ce rouleau de diachylum interposé entre la ligature et l'artère ne sera pas un obstacle à la guérison, à la prompte réunion des bords de la plaie? A l'avance, on doit être prévenu contre cette méthode.

Jeune encore, j'avais été témoin des succès de M. Roux, mais j'étais loin de penser que le nombre des opérations fût aussi considérable, et, il faut bien l'avouer, ce grand nombre de succès est un résultat magnifique.

Puisque M. Roux a parlé de la méthode de Hunter, j'aurais désiré que l'honneur de cette méthode fût rapporté à son véritable auteur, Anel. Il me semble que de nos jours on a trop perdu de vue ce point de l'histoire des anévrismes; on a peut-être même été injuste en demandant si ce n'était pas plutôt par hasard qu'en réfléchissant qu'il était arrivé à ce procédé.

Qu'on relise Anel, et on verra qu'il a bien agi avec discernement. Quel était son but? Il voulait éviter d'ouvrir le sac, opération toujours difficile et qui expose parfois les malades à une cicatrice vicieuse gênant les mouvements du bras : il voulait, en un mot, simplifier autant que possible l'opération. Avant lui, Guillemeau avait également lié l'artère au-dessus de la tumeur, comme étant le procédé le plus simple et le plus avantageux.

Si même on veut remonter plus loin, on trouvera que le procédé est encore plus ancien; car Aetius dit qu'on peut lier au-dessus et au-dessous, qu'on ouvre le sac ou qu'on le laisse intact. Il vaudrait donc mieux, je crois, pour être dans le vrai, dire la méthode d'Anel et non de Hunter.

Desault, qui suivit ce procédé, n'a pas donné de raison, comme Hunter, pour justifier cette méthode. En effet, ce dernier cherchait autant que possible à s'éloigner du siége de la maladie et des collatérales voisines.

Puisque le travail de M. Roux a amené la discussion sur les anévrismes, je saisirai cette occasion pour dire combien la nomenclature actuelle me semble défectueuse. Les anciens n'avaient aucune idée fixe sur la véritable dilatation des artères; ils croyaient tout simplement à la dilatation des pores. Plus tard est venue la nouvelle classification, et alors on a tellement tout confondu, qu'il est impossible de s'entendre.

En étudiant mieux cette nomenclature, il serait pourtant possible d'éviter la confusion.

Dans l'anévrisme vrai, où il y a simplement dilatation de l'artère, on voit déjà que les caractères distinctifs ne sont pas bien décrits. Scarpa avait bien dit que dans ce cas l'ouverture était large et non étroite; mais il s'est arrêté, et il est fâcheux qu'il n'ait pas poursuivi son idée.

L'anévrisme vrai peut quelquefois être fusiforme.

Dans l'anévrisme faux, au commencement l'ouverture de communication est toujours étroite, Scarpa l'a dit; mais dans la seconde période, les anévrismes finissent par se ressembler; il faut alors les nommer enkystés.

Dès lors, comme vous le voyez, il n'y a plus que deux sortes d'anévrismes, le vrai et l'enkysté, et on peut faire disparaître toute cette série de termes, faux primitif, faux consécutif, mixte interne, mixte externe, qui ne font que rendre la division obscure.

Trop souvent on a confondu avec des anévrismes de simples blessures artérielles. Je ne veux pas, du reste, parler ici de l'anévrisme artérioso-veineux, affection tout à fait distincte.

Si l'on adoptait cette classification, on simplifierait beaucoup l'étude des anévrismes.

Pour moi, l'anévrisme est une tumeur circonscrite. Il faut retrancher de la classe des anévrismes l'anévrisme cirsoïde. Scarpa et Breschet, en parlant de ces dilatations vasculaires générales, n'ont pas peu contribué à augmenter l'embarras. Il faut également ranger dans une autre catégorie d'affections ces vastes dilatations de l'aorte et d'autres vaisseaux.

Un autre point sur lequel je dois fixer votre attention est le suivant : parmi les nombreux cas d'anévrismes qui ont été cités par M. Roux, vous avez dû remarquer que le plus grand nombre des anévrismes avait été observé chez les personnes laborieuses. C'est chez l'homme, le plus habituellement, qu'on l'observe, et c'est aussi au jarret qu'on en a rencontré le plus. Pelletan et Richerand pensaient que les mouvements brusques d'extension étaient une des causes dont il fallait le plus tenir compte. Je ne puis pas admettre cette opinion; je ne crois pas que les artères soient assez fragiles pour éprouver ces ruptures. J'ai été à même de vérifier ce que j'avance dans de nombreuses expériences que j'ai faites pour produire des luxations. Dans les cas où ces muscles et les nerfs éprouvent de nombreuses déchirures, j'ai toujours vu les artères résister. M. Follin, qui a répété à son cours les mêmes expériences, n'a jamais trouvé les tuniques artérielles éraillées. C'est par l'effort que la dilatation a lieu; et, en effet, dans l'effort, le cœur agit d'une manière bien plus énergique, comme on peut le voir dans les expériences de M. Poiseuille. Si on pouvait se servir d'une comparaison, je dirais que le cœur, dans les efforts, ressemble au vent, qui d'abord ride les flots, puis les pousse au rivage. Supposez des efforts considérables, et vous n'aurez pas de peine à reconnaître la véritable cause de l'anévrisme.

Maintenant, un autre point important, c'est l'étude des méthodes de traitement; eh bien! aujourd'hui tout nous porte à croire que quelques-unes des méthodes les plus usitées vont disparaître pour faire place à de nouvelles, qui, d'après la statistique faite par les Anglais semblent plus avantageuses.

L'histoire des anévrismes me ramène naturellement vers la médecine opératoire, et, à ce sujet, je crois devoir dire que généralement, lorsqu'on pratique des ligatures, on se dirige d'après des données assez vagues; le meilleur guide se trouve dans la connaissance exacte des formes. C'est un point qu'on a trop négligé, et lorsqu'on est familier avec ce genre d'anatomie, on peut arriver facilement à lier des artères peu importantes. De cette manière, même dans les plus mauvaises conditions, je suis parvenu promptement à lier la tibiale antérieure dans un cas de plaie d'arme à feu. Il ne faut pas suivre le précepte de Lisfranc, qui, dans l'embarras, incisait obliquement au trajet de l'artère. Je crois aussi qu'on abuse de la sonde cannelée pour mettre à nu l'artère et l'isoler; très souvent on la dénude dans une trop grande étendue. Je préfère, dans ce cas, me servir de deux bonnes pinces à dissection à dents de rat; de cette manière, je saisis facilement le tissu cellulaire, je l'écarte sans risquer de saisir des filets nerveux et de faire des déchirures constamment nuisibles.

De ces faits, il résulte, pour moi, qu'il faut nécessairement modifier la classification des anévrismes, ainsi que les procédés opératoires actuellement en usage.

M. GIRALDÈS. Je crois que M. Gerdy attribue à l'observation d'Anel plus d'importance qu'il n'en attachait lui-même; j'en trouverais une preuve dans les nombreux certificats qu'il demandait partout comme preuve de son mérite : dans aucun il n'est fait mention de cette ligature. Hunter, au contraire, avait raisonné son opération si bien, qu'il disait qu'on pouvait la porter jusqu'à la carotide ou l'iliaque externe.

M. GERDY. Si Anel n'avait pas imprimé ses raisons, on pourrait peut-être dire qu'il n'en avait pas pour agir comme il a agi; mais il a donné ses raisons assez longuement, et elles sont des plus sérieuses.

Si Anel n'a pas revendiqué dans ses certificats en faveur de son opération, c'est qu'avant tout il était oculiste, et il craignait de faire croire qu'il eût pu s'occuper d'autre chose que de sa spécialité.

Mais en rendant justice à Anel, je n'en reconnais pas moins la justesse des raisons pour lesquelles Hunter liait au-dessus du sac et recommandait de ne lier que là où l'artère était saine.

M. LARREY. L'argumentation de M. Gerdy, en rendant hommage au mémoire de M. Roux et à l'expérience considérable qui fait la base de cet important travail, semble s'être écartée du principe de la discussion pour s'engager dans une étude générale du sujet, et pour changer tout d'abord la classification des anévrismes.

La dénomination d'*anévrisme enkysté*, établie et admise par M. Gerdy, ne saurait, je crois, malgré l'acception qu'il lui donne, et malgré l'autorité de son opinion personnelle, obtenir l'assentiment des autres chirurgiens. Le mot kyste, nous le savons tous, exprimant l'idée d'une poche sans ouverture, exclut par cela même la signification d'un anévrisme, et ne représente d'ailleurs qu'un caractère accessoire. La division essentielle au contraire d'anévrisme spontané ou vrai, et d'anévrisme traumatique ou faux, préjuge à elle seule, jusqu'à un certain point, la nature de la cause, la forme de la maladie, l'état d'altération ou d'intégrité organique de l'artère, et surtout enfin la conséquence pratique si différente selon les deux cas; autant de raisons, sans doute, qui justifient la nomenclature classique des anévrismes.

M. MAISONNEUVE. Je ne pense pas que Lisfranc mérite le reproche que notre honorable collègue lui a adressé; loin de là, personne peut-être ne s'est autant attaché que lui, dans les cours de médecine opératoire, à démontrer l'importance des saillies musculaires ou osseuses, comme étant indispensables pour diriger dans les opérations, principalement dans les ligatures; et tous ceux qui ont suivi ces préceptes ont conservé dans le manuel opératoire une justesse et une précision qui ne dépendent que de la méthode.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Huet-Desprès, médecin de la maison d'arrêt des Madelonnettes, est nommé médecin de la maison cellulaire des Jeunes-Détenus.

M. le docteur de Pietra Santa, médecin adjoint à Mazas, passe en qualité de médecin aux Madelonnettes.

M. le docteur Brémond, médecin adjoint au dépôt de mendicité de Villers-Cotterets, est nommé médecin adjoint à la Roquette.

— Le choléra éclaté, dans le courant de septembre, à Cracovie et dans quelques districts occidentaux de la Gallicie; mais jusqu'ici il n'est pas épidémique.

Il a fait peu de victimes à Berlin. Le 29 septembre, on ne comptait que 40 décès.

La température moins chaude de ces jours derniers paraît arrêter sa marche, et les craintes qu'on éprouvait dans cette ville commencent à se dissiper. Suivant un rapport officiel sur les progrès du choléra en Prusse, il ne s'est point propagé dans la Marche de Brandebourg, où il n'y a eu que quelques cas isolés.

Les nouvelles de la Perse apprennent que le choléra vient de reparaître dans la province de Tauris.

Il sévissait tellement au mois d'août à Ourmiah, petite ville de 5 à 6,000 âmes, qu'il emportait chaque jour une centaine de personnes.

Aux Etats-Unis, il a fait quelques victimes à Rochester, Chambersburg et Cincinnati. Ce sont les seuls localités où nous apprenions qu'il ait paru cette année.

— La commission d'hygiène publique instituée près du ministre de la guerre vient d'être reconstituée. Elle est composée ainsi qu'il suit :

MM. le général Bougenel, président;
Magendie, membre de l'Institut, président honoraire.

Membres :

MM. Legrand, colonel du 7e de lanciers;
Demont de Lavalette, lieutenant-colonel du 12e de dragons;
Rayer, membre de l'Institut;
Bouley, vétérinaire civil, membre de l'Académie de médecine de Paris;
Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort;
Raynal, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de la Société centrale vétérinaire;
Riquet, vétérinaire principal en retraite;
Laborde, vétérinaire principal;
Lacoste, vétérinaire principal.

LE GÉRANT.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 122. — JEUDI 14 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 122. — JEUDI 14 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... / Six mois..... / Un an......	8 fr. 50 c. / 16 » / 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... / Six mois....... / Un an........	9 fr. / 17 / 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... / Six mois....... / Un an........	10 fr. / 20 / 38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Nonat). Apoplexie méningée encéphalo-rachidienne. — COCHIN (M. Maisonneuve). Destruction complète du nez par la syphilis. Rhinoplastie. Guérison. — Du traitement abortif de l'amygdalite. — De l'emploi du colorimètre comme moyen de résoudre diverses questions dans certains cas d'expertises chimiques. — Introduction du fulminate de mercure dans une lettre. — Académie de médecine, séance du 12 octobre. — Chronique et nouvelles. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Charrière.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après la lecture du discours prononcé par M. Gaultier de Claubry aux obsèques du professeur Richard, la discussion sur la syphilis a repris son cours. MM. Velpeau et Ricord ont successivement occupé la tribune.

Nous nous abstenons de faire une analyse du très remarquable discours de M. Velpeau; nos lecteurs pourront le lire dans notre prochain numéro. Disons seulement que l'impression produite par le savant professeur a été profonde. La netteté et la vigueur de son argumentation ont porté la conviction dans l'esprit de la grande majorité des assistants.

La réponse de M. Ricord a paru insuffisante. L'attaque, en effet, avait été vive et avait porté non pas sur un point, mais bien sur tout l'ensemble de la doctrine professée par le chirurgien de l'hôpital du Midi. Il fallait à la défense plus d'espace, plus de temps pour se développer. Après une lutte aussi longue, les forces s'épuisent, la fatigue de l'orateur était évidente et, du reste, facile à concevoir; car pendant toute cette discussion il a été seul contre tous. Cet isolement n'a-t-il pas aussi sa signification; n'est-ce pas là, en effet, un fait singulier, unique peut-être dans les annales de la science? Un chef d'école, après vingt années de travaux, après avoir réuni autour de lui, par un enseignement brillant, une masse imposante d'élèves zélés et enthousiastes, attaqué un jour dans le sein d'un corps savant qui l'a admis, ne trouve pas une seule voix pour l'appuyer et le soutenir !

Dans le résumé que nous publierons prochainement, nous chercherons s'il est possible de déterminer les causes de cet isolement, qui aura sans doute été remarqué de tous.

La discussion est actuellement définitivement close; mais elle pourra renaître un jour; car il a été décidé qu'une commission serait nommée pour étudier expérimentalement et pratiquement l'importante question de la transmissibilité des accidents secondaires de la vérole.

A la fin de la séance, M. Maisonneuve a présenté un malade sur lequel il a pratiqué avec succès une opération de rhinoplastie. Nous publions l'observation de ce malade, que nous avons examiné avec soin, et qui présente en effet un des plus beaux résultats de rhinoplastie que nous ayons eu occasion d'observer.

Le nez de nouvelle formation est en harmonie parfaite, tant pour la forme que pour la couleur, avec le reste du visage, et bien certainement, à moins que d'être prévenu, on ne se douterait pas qu'il a été constitué de toutes pièces.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Apoplexie méningée encéphalo-rachidienne.

(Observation recueillie par M. B. SELMEPF, lauréat de la Faculté de médecine, interne des hôpitaux de Paris.)

Le 25 août dernier est entrée à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Nonat, la nommée B..., âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution lymphatique et nerveuse, étant assez bien musclée, d'un teint coloré. Elle a eu à deux reprises différentes un écoulement blennorrhagique. Ses menstrues sont régulières; elle a eu un enfant à terme et à fait une fausse couche d'environ trois mois, il y a déjà quatre ans. Depuis cette époque les périodes menstruelles sont annoncées et accompagnées par des douleurs dans les lombes et le bas-ventre. La marche prolongée, l'abus du coït, les réveillent également.

Dans l'intervalle des règles, persistance de la leucorrhée, assez abondante quelquefois pour tacher le linge. Ses digestions sont bonnes; et n'ayant pas d'autres troubles fonctionnels, elle ne se préoccupe pas de ses maux de reins.

Le 26, depuis deux jours elle souffre d'un mal de tête dont l'intensité va croissant, et il lui semble que des coups de marteau vont lui briser le front et chasser les yeux de leurs orbites. La lumière vive, le bruit qui se fait autour d'elle, le mouvement l'exaspèrent encore. L'intensité de la maladie récente l'empêche de se plaindre de l'ancienne. Le pouls, assez élevé, peu fort, bat 72 fois par minute; les bruits du cœur sont normaux; les vaisseaux du cou n'offrent rien de particulier; la chaleur est modérée, la respiration normale. La langue est sèche, la soif assez vive, l'appétit nul. Il y a eu quelques nausées le matin; pas de vomissements; le ventre est indolent, les selles régulières, les urines peut-être un peu plus abondantes qu'à l'ordinaire, peu chargées en couleur. L'intelligence est saine, mais la malade est vivement préoccupée de personnes du dehors qui semblent l'oublier. — Saignée de 120 grammes; limonade; un lavement émollient.

Le soir, quatre heures après l'émission sanguine, la malade se lève sur son séant, pousse des gémissements plaintifs; ses yeux deviennent fixes, de faibles convulsions agitent ses membres, surtout les supérieurs. De la salive mousseuse apparaît sur les lèvres; la respiration devient pénible, et elle ne répond plus aux demandes qui lui sont faites; tout cela ne dure pas plus d'une minute, puis elle boit quelque peu de tisane, qu'elle vomit bientôt après avec de la bile.

Nous la retrouvons enveloppée dans ses couvertures, se plaignant toujours de ses maux de tête. L'œil est terne, excavé; la pupille, peu contractée, est à peu près immobile; le faciès, bien prostré, exprime la souffrance; le pouls, assez faible et lent, ne bat que 70 fois par minute. Les membres sont presque froids, de même que le bout du nez. La malade accuse la sensation de froid aux extrémités; la sensibilité et la motilité sont intactes; la respiration se fait bien; il y a quelques nausées encore, surtout à la suite de l'ingestion de la boisson; la soif est assez vive. La malade éprouve le besoin d'aller à la garde-robe : elle ne peut le satisfaire. — Cinq gouttes de laudanum de Sydenham sur un morceau de sucre; sinapismes promenés sur les membres inférieurs; un lavement émollient; des fragments de glace à sucer, selon la soif.

La première moitié de la nuit est calme; mais la malade se soulève vers le matin, saisit son pot à tisane, boit, se recouche sans cesser de pousser les plaintes; puis elle se retourne sur le côté gauche, s'écrie que sa vue se trouble, qu'elle ne voit presque plus. Presque en même temps elle jette les mains en avant et tombe en bas de son lit. Ses membres s'agitent de quelques mouvements convulsifs; de la salive mousseuse sort par la bouche et les narines; en même temps elle lâche des urines en abondance. En la plaçant sur son lit, on remarque que les membres supérieurs sont un peu roides et que les jambes ne le sont pas. La face est d'une pâleur livide. Il n'y a plus ni pouls, ni mouvement respiratoire : elle est morte.

Autopsie, 30 heures après le décès.

L'embonpoint est assez prononcé; la blancheur des téguments est remplacée au cou et dans la région dorsale par une teinte d'un rouge violâtre, comme ecchymotique; la rigidité des membres est médiocre.

Les poumons sont sains. Une adhérence solide ancienne existe entre le tiers moyen du lobe gauche et la paroi thoracique correspondante. Le parenchyme pulmonaire est sensiblement congestionné par un sang noir qui s'en échappe, sans apparence spumeuse, quand on l'incise.

Le cœur est flasque, d'un volume à peu près normal, complétement exsangue, aussi bien dans la partie droite que dans la gauche. Les orifices des valvules ne présentent rien d'anormal. Le péricarde contient quelques cuillerées d'une sérosité citrine.

Le foie est volumineux, d'une consistance plus ferme qu'à l'état normal, présentant, à la coupe, une teinte noirâtre uniforme avec des reflets brun-foncé tirant sur le vert. La coagulation sanguine et bilieuse est portée au point qu'on ne peut distinguer la structure granuleuse du parenchyme, si, au préalable, on ne le lave sous un filet d'eau.

La rate, les reins et le tube digestif ne présentent rien à signaler.

L'utérus et ses annexes sont dans l'état normal. Cependant les ovaires sont augmentés de volume; leur parenchyme est distendu par de petits kystes granuleux remplis d'une sérosité transparente, mais dont l'un, dans l'ovaire gauche, est du volume d'un gros œuf de pigeon, contenant une masse gélatineuse amorphe, qui ne paraît être qu'un magma d'albumine avec de la sérosité ambrée, comme celle au milieu de laquelle nage cette partie solide.

La calotte du crâne étant enlevée, la dure-mère encéphalique laisse suinter des gouttes de sang noir; le sinus longitudinal est médiocrement distendu. L'enveloppe fibreuse, tapissée du feuillet pariétal de l'arachnoïde, est enlevée; la cavité séreuse ne présente aucune trace de lésion. Les circonvolutions cérébrales offrent leurs saillies, leurs voussures ordinaires; les sillons sont franchement dessinés sur la convexité supérieure des deux lobes; mais au niveau de la courbure pariétale, de chaque côté, le feuillet séreux est comme soulevé, écarté par une mince nappe de sang noir coagulé de la membrane vasculaire sous-jacente, comblant ainsi les anfractuosités qui à l'état normal séparent les circonvolutions. En soulevant les lobes antérieurs et moyens du cerveau, nous rencontrons des lacunes plus considérables à la base de la masse encéphalique enveloppant le bulbe rachidien, le comprimant au point de le fixer dans l'anneau osseux du trou occipital et se prolongeant de cette région comme centre dans les espaces sous-arachnoïdiens les plus évidents des lobes moyens, antérieurs et cérébelleux, d'une part, et le long de la moelle dans le fourreau rachidien.

L'axe cérébro-spinal est enlevé avec les plus grandes précautions.

L'encéphale, reposant sur sa convexité, nous présente une face inférieure dont les anfractuosités sont comblées par des lames de sang, espèces de sinus compris entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère. En effet, la portion de cette séreuse qui s'étend du chiasma à la face inférieure de la protubérance est tendue, lisse, séparée de la membrane vasculaire par un espace réel, visible, par suite de cette préparation pathologique, et contenant des caillots diffluents, d'un sang noir, comme de la gelée de groseilles, entourés d'une faible proportion de sérosités sanguinolentes. Cet épanchement s'étend dans l'espace sous-arachnoïdien, formant çà et là des dépôts, laissant de petits caillots surtout là où les ponts ont le plus d'étendue. Le chiasma et le tuber cinereum sont complétement enveloppés par le sang extravasé sous le feuillet séreux. Le renflement terminal des nerfs olfactifs est comme soulevé par une ampoule pleine de sang que les lacunes forment au-devant et en dedans de l'espèce de gouttière qui loge la première paire. Un dépôt semblable suit les contours de la scissure de Sylvius, de la fente de Bichat, cache l'origine apparente des nerfs moteur oculaire externe, glosso-pharyngien, pneumogastrique, spinal, et, contournant le bulbe de toutes parts, l'épanchement distend l'espace sous-arachnoïdien postérieur par des caillots semblables à ceux que nous avons trouvés dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur.

Dans tous ces points, de même qu'au niveau des sillons profonds, il est aisé de constater que par la pression on déplace l'épanchement en nappe suivant le plus grand diamètre des lacunes, et cela tant qu'on conserve dans leur intégrité les feuillets séreux et vasculaire. Quand on incise avec précaution le premier, on fait refluer le sang fluide par la boutonnière; et si, au moyen d'un petit filet d'eau, l'on enlève caillots et sérosités, on voit aisément que les deux membranes ont conservé chacune ses caractères propres et qu'elles sont parfaitement saines. Ce qui frappe cependant, c'est l'augmentation du calibre des veines, qui rampent dans le feuillet vasculaire.

La pie-mère se détache facilement de la substance cérébrale, surtout au niveau des sillons dans lesquels l'épanchement est le plus abondant. La masse encéphalique, ainsi dépouillée de ses enveloppes, est lisse, de coloration et de consistance normales; en la coupant par lames minces parallèles au plan du corps calleux, nous n'y trouvons rien d'anormal. Les ventricules latéraux contiennent une sérosité sanguinolente qui peut être évaluée à environ 20 grammes dans chacun. Les toiles choroïdiennes n'offrent rien de particulier. De la sérosité semblable existe avec la même abondance dans le quatrième ventricule.

Les corps striés, les couches optiques, les tubercules quadrijumeaux, la glande pinéale, la protubérance, le bulbe sont complétement sains.

Les enveloppes de la moelle épinière sont le siége d'un désordre semblable à celui que nous avons constaté dans les méninges de l'encéphale.

Entre le feuillet séreux et la membrane fibro-vasculaire existent des lacunes contenant du sang extravasé, diffluent, caillebotté et analogue à celui que nous venons de décrire dans les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau. Les membranes elles-mêmes sont parfaitement saines. La substance médullaire est d'une coloration normale et sa consistance est peut-être un peu augmentée, mais elle ne présente dans toute sa longueur pas la moindre lésion.

— Les physiologistes, pendant leurs expérimentations sur le système cérébro-spinal, ne sont pas très rarement surpris

de voir l'animal soumis à l'expérience frappé d'apoplexie foudroyante ; ils peuvent alors aussitôt constater que la mort est arrivée par suite d'une hémorrhagie comprimant le bulbe rachidien dans le trou occipital. La pathologie humaine ne renferme pas beaucoup de cas de lésions anatomiques semblables, et nous n'en connaissons aucun autre que celui de Hennen, rapporté par Abercrombie et transcrit par M. Gendrin (*Traité philosophique de médecine pratique,* t. I, page 461). « Un caillot de sang du poids de 2 onces environ entourait le trou occipital. »

Les ouvrages classiques ne nous apprennent presque rien sur les apoplexies méningées, et le travail de M. Serres (*Ann. méd.-chir. des hôpitaux,* 1819) ne renferme, sur cent analyses d'apoplectiques, que deux cas dans lesquels l'épanchement se trouvait entre l'arachnoïde et la pie-mère, comme dans notre cas ; seulement ils en diffèrent par cela que l'hémorrhagie ne s'était faite que sur les deux lobes du cerveau. D'ailleurs, nous pensons aussi, avec les auteurs du *Compendium de médecine* et avec M. Serres lui-même, qu'il a réuni sous le nom d'apoplexies méningées des affections qui offrent des lésions morbides bien différentes, et que ce genre de maladies, qu'il a le premier cherché à séparer, sous le rapport de la symptomatologie, d'apoplexies cérébrales, quoique Valsalva et Morgagni aient déjà rencontré dans les méninges, grâce aux soins avec lesquels ils faisaient leurs autopsies, des épanchements qui avaient donné lieu à des apoplexies foudroyantes, que ce genre de maladies, disons-nous, comprend deux variétés : les apoplexies primitives et les secondaires.

Dans l'affection primitive, une intégrité parfaite des méninges et de la substance cérébrale coïncide avec un épanchement sanguin apoplectique ; mais si l'hémorrhagie, ou l'hypersécrétion de la sérosité, ou la présence du pus, etc., succédant à une phlegmasie, à un ramollissement ou à toute autre modalité morbide, deviennent cause d'une apoplexie, celle-ci n'est plus qu'une épigénésie, une maladie secondaire. Cette seconde variété comprendrait les observations que Morgagni rapporte dans ses IV[e] et V[e] Lettres, et surtout celles dans lesquelles l'épanchement consistait en sérosité, pus séreux, sérosité glutineuse. Celles où toute la lésion anatomique consistait en une réplétion d'abcès et qu'Avicenne avait déjà signalées avant lui, puis ces cas où Morgagni a cru, après Wepfer, Brunner, Ruysch, Valsalva, Redi, trouver la cause de l'apoplexie dans la présence de l'air distendant les veines cérébrales, ne peuvent davantage se ranger parmi les apoplexies primitives.

Ne pouvant suivre Morgagni dans les considérations, d'ailleurs bien intéressantes, sur la présence de l'air dans les veines, et en éloignant les apoplexies méningées consécutives ou secondaires pour n'envisager que la forme primitive et la variété sous-arachnoïdienne cérébro-spinale, il convient de ne pas confondre les deux cas de M. Serres, dans lesquels l'épanchement recouvrait seulement les lobes cérébraux, avec celui de Hennen et le nôtre, qui seuls présentent quelques points d'analogie. Mais, ainsi que le reconnaît M. Gendrin, les détails que le médecin anglais donne sur cette observation sont insuffisants ; ils annoncent l'existence « d'un caillot de sang entourant le trou occipital », sans le limiter ni du côté de l'encéphale, ni de celui du rachis ; toutefois, ils nous apprennent que les vaisseaux de la base encéphalique sont engorgés, distendus, et que la substance cérébrale est dans toute son intégrité. Mais les produits de cette hémorrhagie, ainsi accumulés autour du bulbe, sont-ils dans la séreuse, entre celle-ci et la membrane fibro-vasculaire, ou au-dessous de la pie-mère? Ce sont là autant de lacunes qui cependant n'ont pas empêché M. Gendrin de former, avec ce seul exemple, une variété particulière sous le nom d'apoplexie rachidienne.

Dans l'observation que nous avons recueillie, il nous a été possible de mettre plus de précision. L'hémorrhagie s'est faite dans le tissu conjonctif, entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère, de l'encéphale et de la moelle épinière. Ces deux membranes sont écartées par des caillots gélatiniformes accumulés principalement dans les anfractuosités de la base de l'encéphale et autour du bulbe, qui s'est ainsi trouvé comprimé par la dilatation latérale considérable des espaces sous-arachnoïdiens antérieur et postérieur. L'épanchement sanguin forme ainsi, entre le feuillet séreux et la pie-mère, un véritable bourrelet qui resserre le bulbe rachidien dans l'anneau osseux du trou occipital. Des dépôts semblables, quoique moins considérables, remplissent les sillons de la face inférieure des lobes cérébraux et se prolongent, sous l'apparence de lacunes, entre l'arachnoïde viscérale et la pie-mère jusque vers l'extrémité inférieure de la moelle épinière. Le sang épanché paraît s'être pris comme une gelée dans le liquide encéphalo-rachidien, qui est normal sous le rapport de la quantité, mais dont la coloration rouge-vineux indique bien qu'il contient des globules de sang en suspension. Les enveloppes fibreuse, séreuse et vasculaire de l'axe cérébro-spinal tout entier, lavées au moyen d'un filet d'eau, prennent leurs caractères propres, normaux ; seulement les veines de la pie-mère qui revêt la face inférieure de l'encéphale sont dilatées, flasques et à moitié vides. La substance cérébrale, cérébelleuse, ainsi que la moelle épinière, sont dans une intégrité parfaite.

Il ne nous a pas été possible de trouver une rupture soit d'un des sinus, soit d'une veine ; et l'aspect de gelée de groseilles que présentent les caillots de l'épanchement, la dilatation anormale des veines de la membrane vasculaire qui enveloppe le foyer hémorrhagique nous font penser que l'hémorrhagie est veineuse, qu'elle dépend d'une rupture que nos moyens d'investigations ont été impuissants à découvrir. Quelques auteurs pourraient bien aussi ne reconnaître ici que le résultat d'une exhalation sanguine. Les anciens médecins soutenaient la possibilité de l'exsudation de tous les éléments du sang à travers les parois des vaisseaux, et Morgagni lui-même ne rejette cette opinion pas bien loin ; mais les physiologistes modernes, malgré quelques expériences inadmissibles qui semblent être favorables à cette opinion, ne l'admettent cependant pas en général.

Conformément aux lésions anatomiques que nous avons rencontrées à l'autopsie rapportée plus haut, notre observation, unique dans l'espèce, que nous sachions, forme, dans le genre apoplexie méningée encéphalo-rachidienne primitive, une variété toute spéciale par le siége de l'épanchement ainsi accumulé autour du nœud vital, par la marche foudroyante et par les autres particularités que nous allons passer en revue.

La symptomatologie des apoplexies méningées est bien pauvre ; c'est à peine si l'on en trouve quelques traces dans les ouvrages qu'on dit classiques et dans les recueils périodiques. Toutefois M. Serres, dans son mémoire, croit pouvoir les distinguer des apoplexies cérébrales par l'absence de la paralysie. L'observation de Hennen, que nous avons rapprochée de la nôtre, ne vient pas à l'appui de cette opinion ; car nous y lisons ce passage : « Le malade fut pris subitement d'un étourdissement, suivi immédiatement de la chute du corps. Aussitôt qu'il fut relevé, il se plaignit d'une violente céphalalgie et de faiblesse, et il vomit ; il conservait d'ailleurs toute sa sensibilité, mais il avait perdu le mouvement des extrémités supérieures et inférieures. » (*Traité philosophique de médecine pratique.* Gendrn, tome I[er], page 461.)

Mais en analysant ce cas, M. Gendrin trouve lui-même qu'il n'a pas été recueilli avec toutes les garanties désirables, de sorte que l'existence de la paralysie, en opposition avec la classification de M. Serres et avec notre observation, pourrait bien avoir dépendu d'une lésion non contrôlée. En effet, notre malade a conservé la sensibilité et la motilité après la première attaque, qui a donné lieu à quelques convulsions des membres accompagnées de fixité des yeux, d'un peu de salive mousseuse sur les lèvres, et d'une perte de connaissance qui a duré quelques secondes à peine. Il y a de la soif, et l'ingestion d'un peu de tisane amène des vomissements bilieux. Le besoin d'aller à la garde-robe se fait sentir ; la céphalée est intense ; le pouls petit, serré, bat 84 fois par minute. Les extrémités se refroidissent ; la face est pâle, prostrée ; la respiration s'accomplit normalement ; la parole, l'intelligence, sont intactes. Cet état se maintient pendant douze heures. Puis la malade s'écrie tout à coup que sa vue s'obscurcit ; l'air lui manque ; elle se jette en bas de son lit ; de la salive mousseuse s'échappe de sa bouche et de ses narines ; elle rend de l'urine ; ses membres, d'abord convulsés et roides, se relâchent ; on la relève ; elle était morte !

Dans l'observation de Hennen, nous voyons qu'après le premier accès il se fit pendant quelques minutes de profondes inspirations, et que le malade mourut « en moins de deux minutes. »

La rapidité avec laquelle ces deux apoplexies sont foudroyantes n'a rien qui doive surprendre, maintenant que nous savons que l'épanchement hémorrhagique dans les deux cas comprimait le bulbe rachidien. Il ressort d'ailleurs de la lecture attentive des observations de Morgagni, et M. Littré le rappelle déjà dans son article sur l'Apoplexie méningée (*Dictionnaire de Médecine,* 30 vol.), que le pronostic des apoplexies méningées est plus grave que celui des hémorrhagies dans la substance encéphalique.

D'autres observations sont nécessaires pour pouvoir poser sûrement le diagnostic des apoplexies, des méningées, et les distinguer des hémorrhagies qui se font dans la substance, afin d'instituer assez tôt un traitement capable d'enrayer la marche de cette maladie si promptement mortelle.

Nous devons encore faire cette remarque que chez notre malade l'émission sanguine a été impuissante à conjurer l'accès funeste.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure des observations et réflexions précédentes que :

1° Les apoplexies méningées sont primitives ou secondaires ; les unes et les autres peuvent d'ailleurs être encéphaliques ou rachidiennes, ou bien encéphalo-rachidiennes à la fois, comme notre cas.

2° L'absence de la paralysie, après une apoplexie du système cérébro-spinal, doit nous faire penser que nous avons affaire à une hémorrhagie dans les méninges.

3° L'apoplexie méningée a une marche bien plus rapidement funeste que l'apoplexie dans la substance ; cette gravité est cependant en rapport avec le siége de l'épanchement ; elle est à son maximum quand il existe autour du bulbe rachidien.

4° A l'hémorrhagie méningée qui enveloppe et comprime le bulbe rachidien, ne peut être opposé qu'un traitement prophylactique ; l'attaque apoplectique amène l'asphyxie du malade d'une manière foudroyante.

5° Les deux observations que nous venons de rapporter confirment, en pathologie humaine, l'opinion de M. Flourens, qui localise dans le bulbe rachidien le centre, le nœud vital, dont les lésions sont de la plus haute gravité.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Destruction complète du nez par la syphilis. — Rhinoplastie. Guérison.

(Présentation faite à l'Académie de médecine dans la séance du 12 octobre.)

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué, le 26 juin 1852, une opération de rhinoplastie au moyen d'un lambeau de peau pris sur la région frontale.

Ce malade, nommé Meunier Léger, âgé de quarante-cinq ans, était depuis plusieurs années affecté d'accidents syphilitiques contre lesquels on n'avait jamais employé que des traitements incomplets. Au mois d'août 1851, cet homme fut atteint d'un ozène à la suite duquel survint une destruction complète des os propres du nez, des parties molles de cet organe, ainsi que de la cloison et de la sous-cloison ; un traitement par l'iodure de potassium enraya la maladie ; mais après la cicatrisation ne put réparer la perte de substance énorme résultant du travail ulcératif. L'ouverture antérieure des fosses nasales était complétement à découvert ; il restait seulement sur les parties latérales deux petits lambeaux irréguliers qui suffisaient à peine à en recouvrir la partie supérieure. C'est dans cet état qu'il se présenta à l'hôpital Cochin le 24 juin 1852, où il fut reçu dans le service de M. Maisonneuve.

Il désirait ardemment une opération qui dissimulât sa difformité.

M. Maisonneuve y procéda de la manière suivante :

Le 26 juin, le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien taille sur la région frontale un large lambeau cutané ayant à peu près la forme d'un as de pic, dont la pointe est laissée adhérente au niveau de la rainure fronto-nasale. Ce lambeau présente à sa partie supérieure et moyenne :

1° Un prolongement quadrilatère destiné à former la sous-cloison ;

2° Sur les parties latérales et supérieures, deux saillies arrondies destinées à reconstituer les ailes du nez ;

3° La pointe inférieure est taillée obliquement de manière qu'une des incisions qui la circonscrit descend beaucoup plus bas que l'autre, afin d'en permettre la torsion facile.

Le lambeau est ensuite disséqué avec précaution, de manière à conserver une épaisseur convenable, sans que néanmoins l'os frontal ait été dénudé de son périoste. Les parties destinées à former la sous-cloison et les ailes du nez sont ensuite repliées sur elles-mêmes de manière à se doubler et sont maintenues dans cette position au moyen d'un fil passé dans leur épaisseur.

M. Maisonneuve pratique sur les deux côtés de l'ouverture des fosses nasales et sur la portion de la lèvre correspondant à la sous-cloison des incisions profondes destinées à recevoir l'insertion des parties latérales et supérieures du lambeau.

Les petites portions de peau qui représentaient le reste de l'ancien nez sont ensuite dépouillées de leur épiderme, afin de leur permettre d'adhérer à la face profonde du lambeau qu'elles sont ainsi destinées à soutenir en augmentant son épaisseur par leur fusion avec sa partie moyenne. Tout étant ainsi préparé, le lambeau tordu sur son pédicule est appliqué sur l'ouverture antérieure des fosses nasales. Ses parties latérales et son extrémité supérieure sont fixées dans les incisions préparées pour les recevoir, et maintenues par de nombreux points de suture entrecoupée.

De petits tampons de charpie sont ensuite introduits dans les fosses nasales pour soutenir le lambeau, pour lui donner la forme et la saillie convenables.

M. Maisonneuve s'occupe ensuite de rétrécir, autant que possible, la plaie du front au moyen de quelques points de suture. Tout étant terminé, deux sangsues sont immédiatement appliquées à l'extrémité inférieure du nez et sur la nouvelle sous-cloison, avec recommandation de les remplacer aussitôt qu'elles viendront à tomber. Cette précaution a pour but d'entretenir une circulation continue dans le lambeau, afin d'empêcher son sphacèle.

Aucun accident grave n'est venu entraver la marche de la cicatrisation. L'adhérence du lambeau s'est opérée d'une manière rapide dans presque toute l'étendue de la circonférence ; quelques points seulement ont exigé de petites opérations secondaires, consistant en un nouvel avivement et l'application de quelques nouveaux points de suture. Aujourd'hui, 12 octobre, la cicatrisation est parfaite dans tous les points ; la plaie du front est presque entièrement cicatrisée, et le nez présente une forme régulière et une solidité complète.

DU TRAITEMENT ABORTIF DE L'AMYGDALITE;

Par M. le docteur Dezotteux, ex-aide de clinique de M. Baudens.

Sous l'influence du froid et de l'humidité, causes les plus fréquentes parmi celles qui amènent le développement des diverses espèces d'angine en général, et de l'amygdalite en particulier, j'ai eu l'occasion d'observer vingt-deux cas de cette affection venant sévir sur les cinq compagnies du 41[e] régiment d'infanterie de ligne en garnison à Alençon.

Me rappelant un traitement que j'avais vu employer en 1847 par M. l'inspecteur Baudens, alors chirurgien en chef du Val-de-Grâce, je me proposai d'en faire de nouveau l'application ; car déjà en France et en Algérie j'en avais obtenu de très bons résultats, mais dans des cas isolés.

Ce traitement consiste dans l'administration de l'émétique à la dose de 15 à 20 centigrammes donné dès le début de la maladie, ou même après quelques jours d'invasion de celle-ci ; car dans les deux cas, ce médicament doit interrompre la succession des phases de l'inflammation des amygdales et en déterminer l'avortement.

Pour appuyer l'efficacité de cette méthode de traitement, je dirai que sur les vingt-deux cas que j'ai observés, cas où l'amygdalite était complétement caractérisée, et par les phénomènes généraux et par les phénomènes locaux, toujours le tartre stibié administré aux doses ci-dessus indiquées a amené la rémission de tous les symptômes, a procuré une sédation à la suite de laquelle les malades, complétement soulagés, ont pu tous reprendre leur service après une moyenne de quatre jours de repos.

Je crois donc ce mode de traitement préférable aux saignées générales et locales, et surtout à la cautérisation avec l'azotate d'argent, dont je ne parlerais pas si je ne l'avais vu employée dans la période aiguë par un trop ardent partisan de l'homœopathie en cette circonstance.

Toutefois, si les symptômes inflammatoires et asphyxiques étaient trop prononcés, on pourrait saigner d'abord et faire vomir ensuite.

Comment agit dans cette maladie le tartre stibié? Il combine ici son triple mode d'action, et il le fait:

1° En diminuant la circulation, et ainsi moins de sang se rend à la partie enflammée;

2° En amenant la stupéfaction du système nerveux, et cette action seule suffisait pour diminuer la phlogose qui a pour siége les amygdales;

3° En déterminant la concentration de la circulation dans les organes de l'abdomen, et de là révulsion puissante.

Je ne parle pas de l'influence favorable que le vomissement pourrait amener dans le cas de formation d'abcès dans ces glandes, car cette médication arrête la maladie avant qu'une collection se soit formée.

Ainsi donc le tartre stibié a les avantages d'arrêter la marche de la maladie, par conséquent d'abréger sa durée, de ne pas débiliter le malade comme le font les déplétions sanguines générales et locales, car il y a eu sédation momentanée; mais celle-ci passée, le malade retrouve ses forces, qui ont été endormies, mais non détruites.

Je crois, en terminant, devoir surtout insister sur ce que l'on peut donner avec succès l'émétique même après quelques jours de début.

En appliquant cette donnée thérapeutique, je n'ai fait que mettre à profit un souvenir de l'enseignement pratique que M. Baudens faisait au Val-de-Grâce sur les maladies les plus fréquentes de l'homme de guerre, et dont il a publié le résumé dans ses travaux sur les plaies d'armes à feu, sur les fractures, sur l'entorse, etc.

Nous ajouterons à la note que veut bien nous communiquer notre honorable collaborateur quelques mots sur un traitement abortif de l'angine (tonsillaire ou pharyngienne) au moins aussi efficace que le tartre stibié et d'un emploi bien moins désagréable pour les malades. Ce mode de traitement ne rappelle pas moins d'ailleurs que celui dont parle M. Dezotteux les principes thérapeutiques de M. Baudens. Il consiste dans une sorte d'irrigation continue, c'est-à-dire dans une *gargarisation* continue, si l'on peut ainsi s'exprimer, simplement avec de l'eau froide. Cette irrigation ne doit pas durer, à la vérité, moins de trois à quatre heures quand l'angine est au début et moins de sept à huit heures lorsque déjà l'inflammation est franchement établie; elle exige donc une patience assez soutenue de la part du malade; mais c'est là un inconvénient qui ne nous paraît pas comparable à l'administration de 15 à 20 centigrammes de tartre stibié, qui chez certaines personnes produit des phénomènes extrêmement pénibles. Nous engageons donc notre honorable correspondant, ainsi que tous les praticiens qui se trouveront dans les mêmes conditions que lui, à expérimenter une méthode aussi simple qu'efficace, du moins dans tous les cas que nous avons pu observer.

DE L'EMPLOI DU COLORIMÈTRE

comme moyen de résoudre diverses questions dans certains cas d'expertises chimiques.

Par J.-L. Lassaigne.

L'instrument que M. Honton Labillardière a le premier appliqué à la détermination du rapport des principes colorants dans les substances tinctoriales et qu'il a désigné sous le nom de *colorimètre* peut rendre dans divers cas plus d'un service à la chimie. Indépendamment de l'usage auquel il est spécialement destiné dans les arts, nous l'avons employé avec succès pour apprécier, par les nuances colorées que produisent certains réactifs, les proportions relatives de diverses substances simples ou composées.

Les exemples que nous allons présenter en feront concevoir l'utilité.

Si on avait à déterminer dans deux solutums aqueux d'iode les proportions respectives de ce corps simple, on pourrait *sans opération chimique et sans pesée*, à l'aide du colorimètre seul, obtenir ce résultat soit en comparant l'intensité relative dans les tubes gradués de cet appareil, soit en ajoutant un même volume de solutum d'amidon pour former un iodure dont la teinte bleue se trouvera en rapport avec la proportion d'iode libre contenue dans chaque solutum. Pour déterminer le rapport en poids, il faudrait composer un solutum type d'iode en dissolvant dans de l'eau alcoolisée un poids connu d'iode, examiner comparativement sa teinte dans le tube colorimétrique et ajouter de l'eau à la solution plus foncée pour obtenir deux teintes égales.

Le volume des liquides observés donnerait le rapport qui permettrait de calculer aussi rigoureusement que l'appareil le comporte le poids de l'iode contenu dans le solutum qu'on a examiné.

Un moyen analogue a été employé par nous pour apprécier la proportion minime d'oxyde de fer contenue dans un résidu d'eau minérale, en mesurant la teinte bleue produite dans la dissolution chlorhydrique du résidu, par une goutte de cyanure de fer et de potassium avec celle formée par le même réactif dans une dissolution tirée du fer.

La proportion de glucose introduite dans un sirop incolore non acide peut encore être évalué approximativement en mesurant l'intensité de la couleur brune, développée dans ces sirops par l'hydrate de potasse, à l'aide de la chaleur.

Lorsque des principes médicamenteux solubles se colorent sous l'influence de certains réactifs, on peut mettre à profit cette propriété pour en accuser, à l'aide du colorimètre, non-seulement la présence dans certaines préparations pharmaceutiques, mais encore pour en estimer la proportion en opérant comparativement avec une solution titrée du même principe.

Nous avons eu l'occasion dernièrement de mettre à exécution ce procédé dans l'examen des pastilles d'ipécacuanha, qui ne renfermaient pas la proportion de poudre d'ipécacuanha prescrite par le *Codex*.

Une même quantité de ces pastilles, traitée par l'eau froide, a fourni un solutum qui a pris, par le persulfate de fer, une faible teinte vert bouteille. Cette teinte, comparée à celle produite dans le solutum d'un même poids de pastilles préparées en dehors de la formule du *Codex*, était beaucoup moins foncée.

L'emploi du colorimètre nous a démontré que les intensités étaient égales dans ces deux solutums, lorsque le volume du solutum des premières pastilles a été étendu de deux fois autant d'eau, c'est-à-dire quand le rapport a été : : 3 : 1.

Ce résultat nous a donc permis de conclure que la proportion de poudre d'ipécacuanba dans les pastilles suspectes n'était que le tiers de celle contenue dans les pastilles préparées d'après la formule du *Codex*.

Si l'emploi du colorimètre ne permet pas d'arriver à un résultat aussi rigoureux que le comporte l'analyse chimique, il a l'avantage de pouvoir être utile dans une foule de circonstances où les procédés chimiques ne peuvent être appliqués d'une manière directe à la détermination de certaines substances organiques. (*Journ. de Chim. méd.*)

INTRODUCTION DU FULMINATE DE MERCURE DANS UNE LETTRE.

Le lundi 31 mai, pendant que l'employé Joseph Lehmann était occupé, à Rostock, grand-duché de Mecklembourg-Schwerin, à timbrer les lettres qui devaient être expédiées par le courrier du soir, l'une de ces lettres fit explosion, et le sieur Lehmann fut grièvement blessé à la main droite et à la figure.

Il a été reconnu que cette lettre avait renfermé une assez grande quantité de poudre fulminante. Elle se composait d'une feuille de papier très fort, d'un gros grain, et qui n'a pas été entamé par le feu, mais seulement noirci. A l'extérieur, on n'a pu découvrir aucune trace d'écriture; la suscription était en langue allemande et se composait du mot: *monsieur*, écrit en petits caractères; puis venaient deux mots en gros caractères, tracés avec soin, mais tout à fait indéchiffrables; au bas, on lisait: *Postdam, près Berlin.*

Des *fac-simile* de cette suscription ont été immédiatement exécutés par la lithographie et remis à la police, afin de faciliter la recherche de l'individu qui a jeté la dangereuse lettre à la poste; mais jusqu'à présent tous les efforts pour le trouver sont restés sans résultat.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 octobre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend huit lettres du ministre, dont sept sont relatives à des remèdes secrets et la huitième à une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Dogneville (Vosges), rapport de M. le docteur Thiriat.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Prix Nadaud.

M. J. Massé informe l'Académie qu'il se met en mesure de concourir pour le prix fondé par M. Nadaud (de Tonneins).

Choléra.

M. Valat, d'Autun, communique une note sur les corrélations du choléra de 1849 avec les épidémies de dysenterie qui l'ont suivi pour être transmise aux membres composant la commission mixte.

Observations d'obstétrique.

M. Pamard, d'Avignon, communique des observations propres à éclairer deux questions obstétricales : la première est relative à un cas d'abcès de la fosse iliaque avec menstruation difficile; la deuxième est intitulée: *Présentation céphalo-iliaque gauche. — Côté gauche. — Sortie totale du bras. — Contractions convulsives de l'utérus. — Nouveau mode de terminaison de l'accouchement.* (Commissaires : MM. Depaul et Danyau.)

Cure radicale de l'hydrocèle.

M. Defer, médecin des hôpitaux civils de Metz, adresse un mémoire sur la cure radicale de l'hydrocèle par une méthode nouvelle, la cautérisation de la tunique vaginale. (Commissaires: MM. Gimelle, Malgaigne et Velpeau.)

Prophylaxie de la syphilis.

M. le docteur Conté de Lévignac adresse la lettre suivante :

« La dernière discussion soulevée au sein de l'Académie de médecine sera-t-elle avantageuse à l'humanité, car ce doit être toujours là le but de toute discussion de ce corps savant? Je pense, pour ma part, que le résultat de cette grande querelle, survenue entre les partisans de l'inoculation syphilitique proposée comme moyen thérapeutique et ses antagonistes, sera la disparition d'une erreur introduite par les premiers, erreur qui serait devenue très préjudiciable à l'espèce humaine. Un autre avantage ressort encore, selon moi, de cette discussion, c'est la démolition de la doctrine huntérienne, soutenue avec tant d'ardeur et d'esprit par M. Ricord, et combattue, ou plutôt sapée jusque dans ses fondements par M. Velpeau.

» Mais l'Académie, malgré tous ces avantages, n'aurait-elle pas mieux fait d'ouvrir une discussion sur les moyens de prévenir la syphilis, si elle existe, ce que je crois; et s'il n'en existe pas, à sa connaissance, de provoquer des recherches sur cet important sujet? Il me semble qu'une discussion de cette nature, ou que des investigations sur une pareille matière, suscitées par un corps aussi savant et aussi recommandable, eussent été plus utiles. Pénétré de cette vérité, je ne viens pas lui proposer un remède secret, une nouvelle panacée, ni augmenter le nombre déjà trop grand des arcanes, mais je viens lui faire connaître un moyen qui, par sa simplicité et son utilité, mérite peut-être quelque attention, c'est l'*eau de savon* employée immédiatement avant et après l'acte de la copulation.

» Je dirai avec un publiciste célèbre de nos jours, M. Emile de Girardin : *Riez tant que vous voudrez, mais essayez et jugez ensuite.* Si je propose ce moyen, c'est parce que j'ai devers moi des faits très positifs qui me prouvent qu'on peut ainsi voir des femmes sans crainte d'en être infecté, pourvu toutefois qu'on ne fasse pas des excès avec elles.

» Si l'Académie ne dédaigne pas de s'occuper de ce sujet, voici ce que j'aurais l'honneur de lui proposer: ce serait de vouloir bien prier M. le préfet de police de recommander, par une instruction particulière, à toutes les prostituées qui sont sous son autorité d'avoir toujours chez elles une provision de savon ordinaire ou de toilette pour être mis à la disposition des individus qui viennent les voir, et de les engager à ne communiquer avec eux qu'après qu'ils auraient fait quelques ablutions savonneuses, comme elles-mêmes seraient tenues de faire des injections vaginales de même nature avant et après l'acte.

» Ce moyen, comme on le voit, est d'une telle simplicité qu'il n'est personne qui ne puisse en faire usage. Si j'ai une crainte sur son emploi, c'est de le voir rejeter à cause de sa simplicité même, parce que l'homme, en général, n'attache de l'importance qu'aux choses compliquées, difficiles, du moins en apparence, et n'ose pas croire, dès le premier moment, à l'efficacité des moyens communs ou trop à sa portée: c'est là le propre de l'esprit humain ou plutôt de sa faiblesse. Cependant, comme je m'adresse à un corps aussi savant et aussi recommandable sous tous les rapports, je pense que mes craintes sont mal fondées, et que l'Académie voudra bien s'occuper sérieusement de l'objet que je lui indique, puisqu'il s'agit, au fond, de prévenir un mal qui vicie la race humaine jusque dans sa source. »

Eloge de M. Richard.

M. H. Gaultier de Claubry, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Richard au nom de l'Académie.

Nous en extrayons les principaux passages :

« Achille Richard, dont nous accompagnons en ce moment les dépouilles mortelles, faisait depuis 1824 partie de l'Académie, où il avait été appelé, bien jeune encore, avec le titre d'adjoint résidant lors de la seconde élection qui avait eu lieu dans son sein : c'est qu'à cette époque déjà il avait acquis des droits pour figurer au nombre des plus dignes. Nul n'en doit être surpris : sous les yeux d'un père dont le nom se trouve inscrit d'une si honorable manière dans les fastes de la science, ses dispositions naturelles ne pouvaient manquer de se développer et de recevoir une direction utile.

» Si, dans chaque science, à quelques-uns il appartient de briller d'un éclat tout particulier par le nombre et la nature de travaux qui modifient profondément la science ou la transforment, à beaucoup d'autres il est donné de la perfectionner d'une manière moins brillante, mais souvent non moins utile: tel a été le collègue dont nous déplorons la perte..... Dès son jeune âge, Achille Richard s'était passionné pour l'étude de la botanique; suivant avec une attention peu commune les travaux de son père, qu'il accompagna bientôt dans ses herborisations, il s'était familiarisé avec les plus minutieuses méthodes et se les était appropriées par l'usage. Aussi, dès vingt ans à peine, le trouvons-nous aide de botanique au Muséum d'histoire naturelle, où son assiduité au travail faisait facilement présager le zèle qu'il déploierait dans la carrière vers laquelle il se trouvait tout naturellement entraîné. C'est là, en effet, que nous le rencontrons bientôt, et que nous pouvons distinguer en lui les qualités qui ont fait de son enseignement l'un des plus brillants comme des plus solides que l'on puisse citer. A cette époque, l'âge auquel il était parvenu ne permettait plus à Richard père et Laurent de Jussieu de se livrer avec la même étendue à un enseignement qui attirait à leurs leçons tant d'étudiants avides d'instruction. C'était un vide immense qui laissait d'amers regrets et présageait de tristes destinées. Plus tard, malgré des talents qui n'ont pas été méconnus, Clarion, qui avait été appelé à cette chaire, ne la trouvait pas entourée comme elle aurait dû l'être. Aussi, dans les cours particuliers qu'il professait à l'Ecole pratique, quel concours d'auditeurs ne voyait-on pas se presser autour d'Achille Richard, quel concert unanime de louanges n'entendait-on pas sortir de la bouche de chacun d'eux! C'est qu'en effet notre collègue était doué à un degré peu commun des qualités que l'on doit désirer trouver chez un professeur. Aussi, lorsque, arrivé par concours agrégé à la Faculté, il prenait une position plus déterminée, la joie du professeur n'équivalait pas à la satisfaction de ceux qui profitaient de son enseignement. Aussi enfin, quoique ne faisant partie de la Faculté de médecine que depuis vingt et un ans, les générations médicales qui se sont succédé depuis trente-cinq ont-elles, en réalité, puisé dans son enseignement les connaissances d'histoire naturelle qu'elles ont reçues. C'était une noble tâche qu'il a remplie d'une telle manière qu'elle n'a soulevé dans aucun temps la critique la plus légère: exemple rare et par là même digne d'être signalé.

» Lorsqu'en 1831 la réorganisation de la Faculté de médecine ouvrit à Achille Richard la carrière du professorat public, il se présenta hardiment pour y pénétrer, et s'il se trouva sans compétiteurs, comme par un hommage rendu à la mémoire du père par la justice faite au fils, il n'en déploya pas moins dans les épreuves des qualités qui prouvèrent qu'une compétition n'aurait fait que donner plus d'éclat à ses succès.

» Dans la chaire de la Faculté, Richard justifia toutes les espérances qu'il avait fait concevoir. L'immense amphithéâtre suffisait à peine pour contenir les flots pressés qui s'y disputaient une place, et cela chaque année, pendant toute la durée du cours, quelles que fussent les circonstances qui pouvaient occasionner des modifications dans l'auditoire.

» Les liaisons intimes que les rapports d'âge et de travaux avaient établies entre Claude Richard et notre célèbre Laurent de Jussieu avaient naturellement pour résultat la liaison de leurs enfants. Aussi la jeunesse et l'adolescence d'Achille Richard se passèrent-elles dans le commerce si doux et si profitable d'une famille dans laquelle les talents héréditaires, comme la vertu, se propagent de génération en génération. C'est dans ce précieux commerce, on ne peut en douter, que se développèrent chez Achille Richard cette affabilité, cette grâce, ces manières douces et si délicates, que chacun de ceux qui l'ont approché sont unanimes à reconnaître. C'est là sans doute aussi que notre collègue a puisé cette rectitude de jugement, cette clarté d'expressions qui l'ont particulièrement caractérisé.

» Elevé à l'école d'un homme aussi distingué que Claude Richard, notre collègue avait su apprécier tout l'avantage qu'il tirerait de ces prémisses. Aussi le trouvons-nous conservant précieusement, et sachant appliquer avec l'intelligence du savant les instruments de son père, et les faisant servir aux plus délicates recherches. Le respect pour la mémoire de cet habile botaniste était si profondément gravé dans le cœur d'Achille Richard, que, par son testament, il le recommande à l'un de ses fils, qui l'assistait comme aide depuis sept ans. Que l'on n'aille pas croire cependant que ce respect pût, chez notre collègue, dégénérer en faiblesse. Les méthodes se sont perfectionnées comme les instruments au moyen desquels on peut les mettre en pratique. De ce nombre, le microscope, dont Richard savait si habilement se servir : c'était avec les plus parfaits qu'il se livrait à ses travaux.

» La nomination d'Achille Richard à l'Académie des sciences fut pour notre collègue l'un des moments les plus heureux de sa vie. L'un des plus grands motifs de joie qu'elle lui procura fut de s'y trouver appelé dans la section même où son père y avait longtemps occupé une place au milieu des plus illustres botanistes.

» A peine la vie s'ouvre-t-elle devant l'homme, qu'il rencontre des compétiteurs, souvent des ennemis. Dans ses maîtres, Richard ne trouva jamais que des protecteurs dévoués; dans ses camarades et ses rivaux, que des amis sincères. MM. Adrien de Jussieu, Adolphe Brongniart, Cambessèdes et le regrettable Guillemin luttaient avec lui dans les combats de la science, où les efforts pour se vaincre n'ont j'amais altérés, chez aucun d'eux, les sentiments d'une fraternelle liaison, où les succès ont réjoui le vaincu d'un moment, qui devait bientôt être à son tour le collègue de celui qui l'avait momentanément dépassé. Lutte glorieuse en même temps que douce, qui ne laissait aucun regret et n'engendrait aucune inimitié.

» Nous l'avons dit, nous le devons répéter encore, l'enseignement d'Achille Richard offrait des caractères qui le distinguaient éminemment entre tous. Si la facilité d'élocution, la clarté dans le langage, la propriété dans l'expression, étaient chez lui chose habituelle, et qui ne faisaient jamais défaut, nous retrouvons sous sa plume ceux de ces caractères qu'elle comportait : aussi ses *Eléments de botanique et d'histoire naturelle* sont-ils dans toutes les mains, et huit éditions du premier comme quatre du second sont-elles devenues nécessaires.

» A la Faculté de médecine comme à l'Ecole de pharmacie, où depuis son avénement au professorat il a été délégué alternativement avec deux autres de ses collègues, Richard apportait la même méthode, les mêmes qualités dans les interrogatoires, sachant à propos adresser une observation sévère, toujours tempérée par la bonté, une louange qu'il faisait tourner au profit du candidat sans exciter son orgueil. Il instruisait en exigeant des réponses; il obligeait l'élève à des efforts qui tournaient tous à son avantage. Précieuses qualités dans un examinateur, qui lui attiraient la reconnaissance de celui-là même auquel le sort n'avait pas été favorable.

» Vous rappellerai-je, messieurs, les qualités de Richard comme collègue, comme ami? Il en est beaucoup parmi vous qui ont été d'une manière plus particulière à même de les connaître et de les apprécier. Je m'estime heureux que le choix de l'Académie m'ait fourni dans cette triste circonstance l'occasion de les proclamer, après les avoir si longtemps comprises et en avoir goûté les douceurs.

» D'un cœur droit, d'un esprit éminemment éclairé, Richard ne pouvait rester indifférent aux graves questions qui intéressent si vivement notre existence tout entière. C'est par une étude sérieuse qu'il s'attacha aux principes religieux qui ont fait le bonheur de ses dernières années. Ses voyages en Italie, dans l'un desquels il visita la Sicile avec notre savant géologue M. Elie de Beaumont, ne restèrent pas sans influence sur ses déterminations à ce sujet, dans lequel, sans ostentation comme sans faiblesse, il sut vivre suivant ses convictions profondes.

» Son attachement à tous ceux qui lui étaient chers formait une partie essentielle du caractère de notre collègue. Nous avons été témoins de ses appréhensions et de ses légitimes douleurs, alors qu'au milieu des luttes homicides dont les rues de la capitale devinrent les témoins en 1848, il voyait exposé à de graves dangers l'un de ses fils frappé dans les rangs des citoyens qui s'élançaient si courageusement au milieu des combats pour sauver la société ébranlée jusque dans ses fondements. Heureusement ses craintes n'eurent qu'une faible durée; mais sa santé en reçut un choc dont il eut peine à se relever.

» Sa vie, longtemps pleine de calme et de douceurs, fut, on peut le dire, détruite le jour de la mort de sa femme, la plus jeune des filles d'Antoine Dubois, et, coïncidence étrange et douloureuse, le 5 octobre, date de la mort d'Achille Richard, est aussi la date de la mort de sa femme, cinq années auparavant. Dès cette époque, son désir d'être réuni à la compagne de sa vie n'était que tempéré, mais non détruit par ses sentiments religieux, l'amour pour ses enfants, l'amour surtout pour ceux de sa fille, auxquels il portait une affection si tendre, et sur lesquels il faisait reposer les espérances de sa vieillesse.

» Depuis longtemps une affection grave des reins donnait sur sa santé de légitimes inquiétudes. Notre collègue M. Civiale lui sauva une fois la vie, avec des soins et une prudence tels, que quatre séances de lithotritie qu'il subit lui permirent cependant de continuer son cours, tant on le trouvait fidèle à l'accomplissement de ses devoirs.

» Il y a quelques mois que des signes d'albuminurie se montrèrent chez lui. Il n'en continua pas moins ses fonctions, acceptant les secours de l'art, et les suivant avec obéissance, mais sans espoir. Il ne songea plus désormais qu'à bien mourir, et sa seule préoccupation fut pour ses trois enfants qu'il allait abandonner, et dont il reçut les plus touchantes marques de piété filiale.

» Je m'arrête, messieurs, l'expression des regrets elle-même doit avoir son terme.

» Laissez-moi, en finissant, le proclamer hautement : Heureux, messieurs, heureux celui de qui l'on peut dire en toute vérité en présence de la mort, non pas seulement ce fut un savant distingué, un professeur habile, mais ce fut un homme de bien dans l'acception la plus étendue de ce mot. La postérité a déjà commencé pour notre collègue; je n'ai pas à craindre qu'elle désavoue une seule des paroles que je viens de prononcer. »

Luxation traumatique de l'articulation occipito-altoïdienne sans fracture.

M. Bonisson communique un fait relatif à une luxation traumatique de l'articulation occipito-altoïdienne sans fracture.

L'auteur, d'après ce fait et d'après quelques cas pathologiques qu'il lui a annexés dans ce travail, se croit fondé à présenter le résumé descriptif suivant de la luxation traumatique de l'articulation occipito-altoïdienne :

Bien que la nature ait entouré l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale de toutes les précautions qui assurent à la fois la solidité et la mobilité, bien que le mode d'articulation de l'occipital avec l'atlas, renforcé par le secours que prête à la résistance l'union de l'axis avec l'occipital, rende extrêmement difficiles les déplacements traumatiques entre ce dernier os et la première vertèbre, ces déplacements sont possibles et peuvent présenter plusieurs degrés.

Il peut s'opérer entre les condyles de l'occipital et les facettes articulaires de l'atlas un écartement ou diastasis qui s'accompagne d'une rupture plus ou moins considérable des ligaments.

Les surfaces de l'occipital et de l'atlas peuvent s'abandonner d'une manière incomplète en constituant des subluxations. Les exemples de ces subluxations sont fréquentes lorsque les surfaces articulaires ont été déformées par des lésions organiques et que les ligaments ont été ramollis. Elles peuvent s'opérer aussi pendant la vie intra-utérine de la même manière que d'autres difformités arthralgiques.

Les os peuvent s'abandonner d'une manière plus complète encore en constituant une véritable luxation, laquelle peut être unilatérale ou bilatérale.

Le sens dans lequel se déplacent les surfaces osseuses est antéropostérieur. On n'a point vu de luxations d'un côté à l'autre, et l'on comprend qu'elles doivent s'effectuer encore plus difficilement que les premières. Dans les luxations antéro-postérieures, le déplacement le plus fréquent est celui qui consiste dans le transport des condyles de l'occipital en arrière des facettes articulaires de l'atlas. Suivant le mode d'action de la cause, on peut considérer ces déplacements comme une luxation des condyles de l'occipital en arrière ou comme une luxation de l'atlas en avant. On n'a point vu de luxation traumatique qui plaçât les condyles de l'occipital sur un plan antérieur à l'atlas. Ce mode de déplacement n'a été observé que pour des subluxations congénitales dans lesquelles la tête est très fortement inclinée en arrière sur le rachis.

Les causes des luxations traumatiques de l'articulation occipito-altoïdienne consistent en des chutes de corps sur la partie postérieure de la tête : si celle-ci est très fortement fléchie sur la colonne vertébrale, il en résulte une déchirure des ligaments avec hiatus postérieur des articulations et glissement en arrière des condyles de l'occipital sur les facettes de l'atlas. Le même résultat peut avoir lieu à la suite de chutes sur la tête, lorsque cette partie est déjà fléchie et qu'on tombe d'un lieu assez élevé. Si par des circonstances particulières la tête est rendue immobile par un point d'appui, tel que le choc pendant le décubitus abdominal, et qu'un coup violent soit porté sur la nuque, ce coup peut porter l'atlas en avant et produire un résultat analogue au précédent. Si l'articulation occipito-altoïdienne est déjà le siége d'une lésion organique qui ait ramolli ses ligaments et déformé ses surfaces, cette lésion constitue une cause prédisposante locale qui peut favoriser l'action d'une cause accidentelle traumatique.

Dans les luxations traumatiques de l'occipital en arrière ou de l'atlas en avant, la tête est fortement fléchie dans ce dernier sens. Tous les signes de la compression ou d'une commotion instantanée et profonde du bulbe rachidien s'établissent. Il en résulte une paralysie générale immédiate et une mort prompte. Ce dernier résultat pourrait rigoureusement n'avoir pas lieu, s'il n'existait qu'une diastasis ou une subluxation; mais il n'existe pas d'observation qui ait encore éclairé la pratique sur ce point. Il serait très difficile, au point de vue du diagnostic, de distinguer une luxation occipito-altoïdienne d'une luxation altoïdo-axoïdienne ou d'une fracture de cette région, tant à cause de la prompte léthalité attachée à cet accident qu'à cause de l'identité des symptômes.

Les complications connues de cette luxation sont la fracture des vertèbres et la rupture des artères vertébrales; mais ces complications ne sont pas inévitablement annexées à la luxation, qui peut, à elle seule, constituer la lésion physique.

L'histoire de cette luxation se réduit à peu près à ses parties étiologique, pathologique et anatomique. Le traitement n'en est pas plus avancé aujourd'hui que du temps de Celse. La presque instantanéité des effets mortels annule les secours de l'art.

Transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les accidents syphilitiques secondaires.

MM. Velpeau et Ricord occupent successivement la tribune.

Nous résumerons ces deux discours dans notre prochain numéro.

Rhinoplastie.

M. Maisonneuve présente un malade auquel il a pratiqué une rhinoplastie par son procédé. (*Voir* ci-dessus.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

Chronique et nouvelles.

Voici le discours prononcé sur la tombe de M. le professeur Achille Richard par M. Fulgence Rouet, au nom des étudiants de première année :

« Messieurs, en présence de cette foule imposante et majestueuse qui représente ce que la France a de plus illustre, permettez à un enfant, à un étudiant en médecine de première année, de prendre la parole au nom de ses condisciples, pour exprimer les regrets qu'ils éprouveront en apprenant la mort d'un père, d'un maître chéri dont la voix s'est pour ainsi dire éteinte au milieu d'eux.

» Qu'il me soit permis en effet, messieurs, de rappeler que c'est nous qui l'avons suivi cette année dans l'unique et dernière excursion botanique qu'il se croyait avoir encore la force de faire; mais au milieu de cette promenade scientifique, il a été forcé de nous quitter, et nous confia pour le reste de la journée aux soins de son fils, qui partageait avec lui sa tâche pénible.

» Je rappellerai encore, messieurs, les paroles qu'il nous adressa dans sa dernière séance à la Faculté de médecine. Après nous avoir donné de nombreux conseils, il nous dit : « Messieurs, mes bons » amis, je ne puis plus continuer, je me sens faiblir, c'est avec » peine que je me vois obligé de vous quitter; mais ce qui me con» sole, c'est que je vous laisse un fils que j'ai rendu capable de » vous initier aux sciences naturelles. »

» Telles furent ses dernières paroles, et les élèves le couvrirent d'applaudissements, hélas! pour la dernière fois.

» Pleurons donc, messieurs, un maître si dévoué; et nous ses derniers élèves, nous nous rappellerons de ses conseils avec un plaisir toujours nouveau et mêlé de respect pour le grand homme auquel vous venez tous en ce moment offrir le témoignage de votre reconnaissance. »

—M. Calmeil vient d'être nommé médecin en chef de Charenton, par suite de la démission de M. Archambault.

M. Deguise fils, déjà chirurgien en chef adjoint, est nommé médecin adjoint.

M. Deguise père reste chirurgien en chef de l'établissement.

— M. le docteur Porret est nommé médecin directeur de l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche), en remplacement de M. Fornasari.

— M. le docteur Dagron est nommé médecin directeur de l'asile d'aliénés de Napoléon-Vendée, qui vient d'être récemment réorganisé.

— L'importante colonie d'aliénés de Gheel (Belgique) vient d'être érigée en établissement de l'Etat. Son personnel médical se compose de MM. les docteurs Debacker fils, Bouckmans et Vanitsem, médecins de section, et de M. le docteur Parigot, médecin inspecteur.

— La Société des Annales médico-psychologiques vient d'être autorisée par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau est ainsi composé pour l'année 1852-53 :

MM. Serres, président;
Gerdy, vice-président;
Dechambre, secrétaire général;
Brierre de Boismont, secrétaire archiviste;
Michéa, secrétaire trésorier.

Le comité de rédaction se compose de MM. Buchon, Cerise et Baillarger.

— M. le docteur Maisonneuve reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin le mardi 19 octobre. Les leçons auront lieu comme précédemment les mardis, jeudis et samedis, de huit heures à dix heures du matin.

CORRESPONDANCE.

AIGUILLE-PINCE POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Nous avons reçu aujourd'hui seulement de notre habile fabricant M. Charrière la réclamation suivante, que nous nous empressons de publier.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié dans le n° 99 de votre excellent journal un article de M. le docteur Furnari, qui a pour titre : *Note sur un nouvel instrument pour l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle.*

Dans cette note, M. Furnari présente comme nouvelle une aiguille-pince qu'il destine à extraire des capsules ou cataractes secondaires. Il considère cet instrument comme plus avantageux que la pince dite Serretelle. Je n'ai rien à dire à ce sujet : ce n'est pas mon affaire; mais je prie M. le docteur Furnari de me permettre de lui rappeler que dans ce même journal (n° 91) a été publiée une observation de la clinique de M. Gerdy sur l'emploi d'une double aiguille à cataracte fabriquée par mon fils, et au bas de cette note on y rappelle la mise en pratique par M. Guersant en juillet 1851, à l'hôpital des Enfants-Malades, d'une aiguille-pince (voir fig. 1) également présentée par M. Charrière fils.

Au reste, mon fils n'a pas la prétention d'être le seul qui ait eu cette idée; un de nos confrères en a fait une aussi, et à l'exposition de Londres nous en avions de plusieurs modèles assez variés, que chacun a été à même de voir, et que nous avons mentionnés dans notre notice publiée à l'occasion de cette exposition, page 96 bis, sous le nom d'aiguille-pince, à l'article des instruments pour les yeux.

Cette circonstance m'a rappelé qu'en 1834, à l'exposition nationale de l'industrie, j'ai présenté et publié dans ma notice de cette exposition, page 1re, une aiguille que j'appelais alors aiguille mécanique, de M. le docteur Canuet, praticien bien connu à Paris. Cette aiguille-pince, que j'ai été chargé de fabriquer avant 1830, et que ce médecin a bien voulu me confier tout récemment, est composée de deux branches-aiguilles (voir fig. 2), d'une canule comme celle de M. Furnari, ou, comme le dit le docteur de la Serretelle, que le premier j'ai fabriquée, exposée et publiée dans ma notice de 1844, page 59, ainsi que le savent très bien MM. Comperat, Desmarres et Sichel; elle ressemble à la pince de Hunter, ce qui n'est pas pour nous une comparaison désavantageuse; car l'ingénieuse pince de Hunter est un instrument comme il serait à désirer, pour nous fabricants, qu'on en fît souvent d'aussi pratiques.

Le retard que j'ai mis à vous adresser cette lettre vient de mon absence de Paris.

Agréez, etc.

CHARRIÈRE.

Bulletin bibliographique.

AVIS. — **Agenda médical pour 1853**, à l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires; contenant un Mémento du praticien, par M. le Dr Alp. CAZENAVE, médecin de l'hôpital St-Louis, et un Résumé pratique des eaux minérales, avec leur classification méthodique et l'indication des maladies pour lesquelles on les prescrit, par M. le Dr Constantin JAMES.

Nota. — Cet Agenda devant être mis sous presse le 20 octobre courant, MM. les médecins de Paris et des environs sont priés d'envoyer leur changement d'adresse, ou autres rectifications, avant cette époque, à M. LABÉ, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — Un nouvel avis fixera la mise en vente.

Manuel d'accouchements, à l'usage des élèves sages-femmes; par F.-C. NÆGELÉ, professeur d'accouchements à l'Université de Heidelberg. Nouvelle traduction de l'allemand sur la dernière édition, par M. le docteur SCHLESINGER-RAHIER, augmentée et annotée par M. le docteur JACQUEMIER, ancien interne de la maison d'accouchements de Paris, suivi d'un appendice contenant la *saignée*, les *ventouses* et la *vaccine*, et d'un QUESTIONNAIRE complet. (Ouvrage placé, par décision ministérielle, au rang des livres classiques des élèves sages-femmes de la Maternité de Paris.) Un volume grand in-18 de 558 pages avec 45 figures intercalées dans le texte. Prix, 4 fr. 50 c. — Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 123. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 123. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Nouveau procédé pour remédier à la division du voile du palais. — Affection cancroïde de la lèvre inférieure. Extirpation. Chéiloplastie. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — Académie de médecine (addition à la séance du 12 octobre). Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau procédé pour remédier à la division du voile du palais.

Dans les livres de pathologie chirurgicale, il est un chapitre à peu près oublié et qui nous paraît cependant mériter de fixer l'attention des chirurgiens ; nous voulons parler du traitement des divisions du voile du palais à l'aide d'appareils mécaniques. La staphyloraphie, dont on ne saurait trop admirer les avantages, n'est pas cependant toujours applicable, malgré les heureuses modifications qu'on a imaginées dans ces derniers temps. Elle ne réussit pas constamment, et ajoutons encore que beaucoup de malades la repoussent, et refusent absolument de s'y soumettre, préférant conserver leur infirmité avec toutes ses conséquences. Il nous paraît donc d'une haute importance pratique de ne pas négliger, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, cette espèce de prothèse. Les difficultés d'exécution sont grandes sans doute, mais pas insurmontables, ainsi que nous allons le démontrer par le fait suivant. Comme on le verra dès le premier essai, la question a fait un grand pas, et le moyen prothétique imaginé par notre confrère Gariel, modifié en quelques points par M. le docteur Gosselin, est déjà presque parfait. Nous reproduisons l'observation de ce fait, telle qu'elle nous a été communiquée par M. Régnier, élève externe du service. Nous ajouterons une description exacte de l'obturateur de M. Gariel, et par avance nous pouvons dire que la malade de M. Gosselin est actuellement aussi bien que possible ; elle s'est habituée à mettre et à ôter son appareil avec facilité, et elle apprécie tous les avantages qu'elle en retire.

Le 16 juin est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 1, la nommée D..., Euphrasie, âgée de trente-huit ans.

Cette femme est malade depuis environ quinze ans. A cette époque, elle a fait un séjour à Lourcine, dans le service de M. le docteur Michon, pour une maladie de la gorge, qui a nécessité l'ablation des deux amygdales. Avant cette époque, elle avait déjà subi un traitement, dont nous ignorons la nature. La malade prétend avoir été infectée par un nourrisson, et ne se rappelle cependant avoir eu aucune manifestation qu'on puisse rapporter à la syphilis. Elle a eu, dit-elle, continuellement mal à la gorge depuis cette époque. Cependant la voix n'était pas nasonnée, et la déglutition était régulière. Il y avait seulement une douleur habituelle. Depuis quatre ans la voix s'est altérée ; les liquides ont repassé par le nez.

Il y a eu deux accouchements depuis le premier séjour à Lourcine ; l'un des enfants est encore vivant et se porte bien ; l'autre est mort à six ans, après avoir eu des engorgements ganglionaires multiples.

Il faut noter, en outre, que depuis le premier séjour à Lourcine, la malade, qui jusque-là avait été maigre et délicate, sans avoir été cependant malade, a eu quatre abcès à marche chronique sous la mâchoire inférieure et au cou. Elle a pris pendant longtemps de l'iodure de potassium ; mais elle ne suivait ce traitement régulièrement que pendant huit ou dix jours de suite, puis laissait passer un intervalle plus ou moins long, selon la recrudescence des accidents.

Aujourd'hui, la constitution de cette malade est un peu délabrée ; les règles ont toujours paru régulièrement ; la malade est maigre, sèche.

Comme manifestations locales, on trouve :

1° Un ulcère à contours festonnés, occupant les restes du voile du palais, dont la moitié au moins a disparu, particulièrement du côté droit ; la portion gauche est détachée de la voûte palatine, et représente un lambeau flottant, à bords déchiquetés ; la surface supérieure de ce lambeau se continue avec un ulcère de la partie latérale du pharynx, qui semble remonter du côté de la trompe d'Eustache. Les piliers existent encore, et il n'y a point d'ulcération à leur niveau.

2° Surdité incomplète des deux oreilles, laquelle, au dire de la malade, diminuerait par instants.

3° Nasonnement ; impossibilité de manger autre chose que des aliments presque liquides, tels que de la bouillie et de la soupe ; la malade peut boire sans rendre le liquide par le nez, à la condition d'aller lentement et de renverser un peu la tête en arrière : ce qui empêche la déglutition des aliments, c'est la douleur occasionnée par leur passage.

4° Douleurs habituelles de la gorge, que la malade compare à un déchirement ; ces douleurs s'exaspèrent la nuit, et réveillent souvent la malade.

5° Quelques douleurs à la partie postérieure de la tête et à l'épaule gauche.

6° Aucune manifestation syphilitique, ni sur les os, ni sur la peau.

7° Le fond du pharynx est sensible, mais non douloureux, au contact du doigt ; on ne trouve rien de remarquable à l'ouverture supérieure du larynx.

8° Aucun engorgement ganglionaire.

9° Hypertrophie des papilles de la langue ; il ne paraît pas y avoir eu jamais de salivation mercurielle. — Cautérisation avec le nitrate d'argent, tous les deux ou trois jours, des surfaces ulcérées ; 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 24 juin, depuis deux ou trois jours la malade ne ressent presque plus de douleurs ; elle peut avaler toutes sortes d'aliments, dort bien, et se trouve, sous ces trois rapports, dans de meilleures conditions que celles où elle se trouvait depuis quatre ans. — 1,50 d'iodure de potassium.

Le 30, nous remarquons un coryza chronique avec quelques croûtes près des narines, sans nécrose appréciable. Encore un peu de céphalée nocturne. L'ulcère du palais est presque cicatrisé et indolent. — 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 10 septembre, le coryza persiste avec des croûtes à l'entrée des narines. Il y a encore un peu de céphalée nocturne. Il n'y a plus de douleur à la gorge. Depuis quelques jours, la malade fait usage, mais par intervalles seulement, d'un obturateur en caoutchouc vulcanisé, s'adaptant assez bien à la destruction du voile du palais. La malade en a deux modèles : l'un est pourvu d'une soupape qui s'ouvre de bas en haut, laquelle ne permet que l'expiration par les fosses nasales ; l'autre a une soupape s'ouvrant de haut en bas, et ne permet que l'inspiration. La malade est obligée de l'enlever pour se moucher. Elle ne le place que difficilement elle-même. En outre, le dernier, qui est le plus commode, en ce sens que la valvule, étant à la face inférieure, pourrait empêcher les aliments de remonter dans les fosses nasales, ne pare cependant point complètement à cet inconvénient, parce que la valvule a son bord libre tourné du côté de la bouche et non du côté du pharynx.

Cet obturateur a été construit par M. le docteur Gariel, qui avait d'abord placé la soupape à la face supérieure de l'appareil, c'est-à-dire s'ouvrant du côté des fosses nasales, pour l'expiration ; mais, la malade respirant difficilement avec cet appareil, M. Gosselin a engagé M. Gariel à disposer la soupape pour l'inspiration, ce qui est devenu en effet beaucoup plus commode pour la malade. En outre, frappé de l'inconvénient que nous signalions tout à l'heure, c'est-à-dire que les aliments s'introduisent dans les fosses nasales par l'orifice de l'obturateur, en raison de la disposition de la valvule, M. le docteur Gosselin indique encore un perfectionnement nécessaire : c'est de tourner le bord libre de la soupape du côté de la paroi postérieure du pharynx.

Le 5 octobre, la malade a eu quelque peine à s'habituer à garder l'obturateur et à le remettre elle-même en place ; aujourd'hui, elle y est parvenue ; elle l'ôte et le remet avec facilité, respire librement, peut se moucher, mange et boit sans que les aliments ou les boissons passent dans les fosses nasales, et parle beaucoup mieux, quoique la voix soit encore un peu nasonnée, surtout pour certains mots. Elle est obligée de manger avec un peu plus de lenteur que quand l'instrument n'est plus en place, et le bord libre de la valvule étant tourné en avant est quelquefois abaissé par les aliments. Le coryza a disparu. La perte de substance du voile du palais comprend la portion médiane, et la cicatrisation l'a beaucoup plus resserrée que ne l'aurait fait croire l'étendue de la destruction. La paroi postérieure du pharynx et les portions restantes du voile du palais souffrent le contact du doigt sans qu'il provoque des efforts de vomissement : il faut arriver profondément sur la base de la langue et sur l'épiglotte pour provoquer ces efforts.

Le 6 octobre 1852, la malade sort donc aussi complètement guérie que possible.

Comme on peut le voir en lisant l'observation, la malade n'a accepté qu'avec peu d'empressement l'appareil réparateur, et c'est seulement avec le temps et par l'appréciation de ses avantages qu'elle s'est décidée à en poursuivre l'application. Actuellement elle en sent toute l'importance et son infirmité se trouve tout à fait palliée. On trouve dans quelques traités de chirurgie dentaire des essais assez imparfaits de réparation. Nous rappellerons aussi qu'un Américain avait imaginé pour son usage un instrument qui offrait déjà un certain degré de perfection ; nous n'avons pu nous en procurer la description ; mais, à part cela, comme nous l'avons dit, les traités de chirurgie ne nous donnent rien ou que fort peu de chose sur ce sujet.

Nous joignons ici la note que nous a donnée notre confrère M. Gariel ; nous eussions désiré joindre une planche explicative, mais elle n'est pas encore achevée. Dans un prochain numéro nous la donnerons à nos lecteurs.

M. Gariel avait déjà imaginé un obturateur pour les perforations simples de la voûte palatine ; c'est une modification de cet obturateur qui constitue le procédé de réparation mécanique du voile du palais. Aussi, pour rendre plus claire la description du nouvel appareil, joignons-nous la description de l'obturateur.

Les perforations de la voûte palatine donnent lieu à une ouverture ronde ou ovale lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de destruction du voile du palais ; dans ces cas, l'obturateur en caoutchouc vulcanisé se compose de trois plaques de cette substance superposées et soudées ensemble.

La plaque du milieu *a* doit avoir la forme exacte de la perforation palatine (moulée avec la cire). La plaque supérieure *b* doit dépasser celle-ci d'un millimètre pour arc-bouter sur le plancher des fosses nasales ; la plaque inférieure *c*, d'un centimètre environ, pour augmenter les points de contact avec la voûte palatine et supprimer entièrement la possibilité d'un courant d'air entre les fosses nasales et la bouche. Il est inutile d'insister sur la facilité d'application et de retrait de cet appareil. Mais dans les cas semblables à celui que je dois à l'obligeance de M. Gosselin, dans lesquels la perforation palatine est compliquée de destruction du voile du palais, dans lesquels cette perforation ne représente plus une ouverture complète, mais une échancrure plus ou moins profonde qui se trouve pour ainsi dire faire partie du pharynx, l'obturateur doit subir une modification profonde. Son bord antérieur et ses bords latéraux représentent la même configuration ; mais son bord postérieur, celui qui devrait arc-bouter contre la partie détruite du voile du palais, doit être prolongé assez loin pour venir prendre appui sur la partie postérieure du pharynx contre la colonne vertébrale. Chez le premier malade auquel j'ai fait l'application de l'obturateur ainsi modifié, le nasonnement disparut immédiatement ; mais la gêne de la respiration résultant de l'absence de communication entre le pharynx et les fosses nasales me força de pratiquer au milieu de l'obturateur une ouverture de très petit diamètre, qui suffit, il est vrai, pour rétablir le passage de l'air, mais ramena en même temps un peu de nasonnement : c'est alors que j'eu l'idée de placer sur cette ouverture une valvule flottante. L'on a vu plus haut les modifications heureuses qu'a fait subir M. Gosselin à cette valvule.

Affection cancroïde de la lèvre inférieure. Extirpation. Chéiloplastie.

Si l'autoplastie ne constituait, en chirurgie, qu'un procédé destiné à voiler les difformités, il faut convenir que ses applications seraient bien restreintes ; mais il n'en est pas ainsi, et dans beaucoup de cas, la réparation de perte de substance devient un moyen puissant de détruire des infirmités insupportables, dont la persistance est pour les malades une cause incessante de destruction.

Ajoutons encore qu'un autre avantage de l'autoplastie réside dans les modifications de vitalité que doit apporter dans un point malade l'implantation d'une portion de tissu plus ou moins éloigné du siége occupé par la lésion.

Dans les ablations de tumeurs malignes siégeant sur les lèvres, on est amené bien souvent à enlever une si grande quantité de tissu, que les suites de l'opération devraient rester déplorables si on n'était parvenu à réparer la perte de substance à l'aide de procédés ingénieux. Les exemples remarquables de chéiloplastie sont si nombreux maintenant, qu'il devient presque inutile de les consigner dans les recueils scientifiques. Cependant, nous ferons une exception pour un cas extrêmement intéressant observé à l'hôpital de la Pitié, dans le service de notre honorable confrère M. Michon. Le malade dont il s'agit est actuellement complètement guéri, et a été présenté à la Société de chirurgie dans la dernière séance. Nous devons à M. Pinaud, interne de M. Michon, les détails de cette observation, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Le 10 septembre 1852, est entré au n° 1 de la salle Saint-Louis le nommé Chairenton, âgé de soixante-huit ans, propriétaire, demeurant à Corencey (Nièvre).

Ce malade a vu se développer, voilà trois ans, un petit bouton sur le milieu de la lèvre inférieure. Ce bouton saignait quelquefois, surtout lorsqu'on le touchait. Cependant il n'était le siége d'aucune douleur. Il est resté à peu près stationnaire pendant les deux premières années ; mais pendant le cours de la troisième il s'est ulcéré, et a pris en peu de temps des dimensions considérables, et voici quel est actuellement l'état de la partie malade :

L'ulcération, entourée de chaque côté d'indurations bosselées, offre une surface malade qui représente assez bien la

forme d'un triangle dont la base correspondrait à la lèvre, et le sommet au menton. Cette base a 3 centimètres et demi; la hauteur est de 4 centimètres. Par l'ouverture de la plaie, on aperçoit les dents et les gencives; il en résulte de la difficulté dans la prononciation, dans la mastication, et enfin une déperdition continuelle de salive. Cependant la santé générale est assez bien conservée, et le malade, qui jusqu'ici a toujours pu vaquer à ses travaux, se présente à nous, sous ce rapport, dans les conditions les plus avantageuses pour l'opération.

L'opération a lieu le 21 septembre. Après avoir chloroformisé le malade, on fit de chaque côté de la tumeur deux incisions qui, partant de la lèvre inférieure, vinrent aboutir en se joignant sur le milieu du menton, et qui permirent d'enlever aussitôt la tumeur dans sa totalité. Mais pour réparer la perte de substance, on fit une autre incision qui, partant du point d'intersection des deux premières, fut prolongée jusqu'à l'os hyoïde. On eût ainsi deux lambeaux qu'il fallut disséquer et détacher du maxillaire inférieur dans une assez grande étendue, afin de faciliter le glissement. Puis, comme il ne restait que 3 centimètres de la lèvre inférieure, 1 centimètre et demi à droite et à gauche, on fit partir des deux commissures des incisions transversales, et par conséquent perpendiculaires aux deux premières incisions en V, qui furent prolongées dans l'étendue de 3 centimètres. Ces incisions furent faites avec soin, surtout en approchant de la muqueuse buccale, qu'il fallut disséquer et détacher un peu plus haut, afin d'en couvrir la surface saignante de l'incision destinée à fermer le bord muqueux de la lèvre nouvelle; elle y fut maintenue au moyen de quelques points de suture.

Il ne restait dès lors plus, pour terminer l'opération, qu'à faire glisser sur le maxillaire inférieur les deux lambeaux qu'on avait déjà disséqués, et qu'à les réunir au moyen de six points de suture entortillée.

Pour tout pansement, on mit des compresses d'eau fraîche qui furent renouvelées de temps en temps. Pendant la journée, on put faire boire le malade à l'aide d'un biberon.

Le 22, il y a un peu de tuméfaction; cependant les parties sont parfaitement reprises, et c'est à peine s'il existe de la fièvre. On enlève deux épingles. Même pansement. Le malade prend dans la journée un peu de bouillon.

Le 23, les sutures qui maintiennent les muqueuses à la surface de la nouvelle lèvre sont enlevées avec quelque difficulté, à cause du gonflement qui persiste encore. La réunion est parfaite. On enlève aussi le reste des épingles, en ayant toutefois soin d'en conserver une dernière au-dessous du menton. La réunion est encore ici aussi parfaite qu'aux lèvres.

La santé générale est toujours satisfaisante, et le malade continue à prendre du bouillon.

Le 24, la tuméfaction a diminué beaucoup, et en enlevant la dernière épingle on peut voir que toutes les parties sont réunies parfaitement, excepté toutefois au niveau de l'os hyoïde, où on a laissé exprès une solution de continuité pour laisser sortir les liquides.

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux. La petite ouverture située au-dessous du menton se bouche, et le malade peut enfin manger des aliments solides sans trop de difficultés.

Aujourd'hui, 11 octobre, le malade est complétement guéri. En examinant l'intérieur de la bouche, on peut voir à la paroi interne des joues des cicatrices qui se continuent dans le sens du grand diamètre de la bouche, et il est possible de constater que toutes les portions qui ont été décollées du maxillaire inférieur y sont maintenant parfaitement adhérentes, et qu'il s'est même formé un nouveau frein.

En examinant extérieurement, on voit que le menton est un peu allongé; que le sillon naso-labial est exagéré; qu'enfin au-dessous du menton la peau rapportée adhère à l'os maxillaire dans une petite étendue, et par ce fait détermine une dépression semblable à celle qui existe dans l'état normal.

Quant à la lèvre inférieure, longue de 9 centimètres, elle se compose de deux parties: 1° une partie centrale formée par les commissures de l'ancienne lèvre, et longue de 3 centimètres et demi; 2° une partie externe droite et gauche, longue, la première, de 3 centimètres; la deuxième, de 2 centimètres et demi.

Nous avons examiné ce malade avec la plus grande attention, et nous avons pu constater tous les avantages du procédé suivi par M. Michon. La bouche est un peu grande, et on pourrait sans doute en diminuer la largeur; mais pour obtenir ce résultat, le chirurgien compte avec juste raison sur la rétraction consécutive à l'opération. La nature a du reste bien secondé l'opérateur, et la manière dont les parties divisées adhèrent à l'os maxillaire ne laisse rien à désirer; on retrouve des dispositions qui se rapprochent de la manière la plus remarquable de l'état normal. Nous trouvons même, au niveau du repli muqueux maxillo-labial sur la ligne médiane, un véritable frein qui fixe la lèvre nouvelle et l'empêche de se déplacer.

Quant aux fonctions physiologiques, elles s'accomplissent toutes aussi bien que s'il n'y avait jamais eu ni maladie ni opération; le malade retient sa salive et les aliments liquides; il mange facilement, et sa voix ne présente rien d'anormal.

Dr E. L.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Quatorzième leçon.)

Considérations générales sur les déviations utérines.

Il nous reste pour compléter l'histoire des déviations utérines à réunir dans un exposé d'ensemble les faits généraux qui ressortent de la description particulière de chacune d'elles.

La définition que nous avons proposée au commencement de ces leçons a été justifiée par les développements dans lesquels nous sommes entré à l'occasion de chaque genre de déviation. Il serait inutile d'en discuter ici la valeur; nous allons donc aborder immédiatement les considérations relatives à la pathogénie des affections qui nous occupent.

C'est presque toujours chez des jeunes femmes que se produisent les déviations utérines: le début de la maladie, dans la grande majorité des cas observés par nous, a varié entre 20 et 30 ans; si les auteurs sont arrivés à des résultats différents de ceux que nous signalons ici; si, guidés par des considérations théoriques, ils ont attribué à l'âge critique une influence que nous lui contestons, il faut l'attribuer principalement à ce qu'ils n'ont pas étudié les faits avec assez d'exactitude, à ce qu'ils ont confondu l'époque initiale de la maladie avec celle à laquelle les malades sont venues réclamer leurs soins: c'est ainsi qu'ils ont rapporté à la période de la vie comprise entre 45 et 52 ans des déviations dont l'existence datait d'une vingtaine d'années. Toutes les femmes qui se sont adressées à nous, comme on a pu le voir, étaient malades depuis un temps assez long: les changements survenus dans la position naturelle de l'utérus remontaient chez quelques-unes à trois mois, chez d'autres à vingt ans et même davantage; chez le plus grand nombre, ils existaient depuis un espace de temps dont les limites extrêmes étaient comprises entre trois et dix ans.

En prenant pour base nos observations, on est conduit à estimer que l'âge de 25 ans est celui dans lequel se déclarent le plus ordinairement les déviations utérines; or l'âge de 25 ans représente pour les femmes l'époque moyenne de la parturition: cette remarque nous amène naturellement à rechercher l'influence de l'accouchement.

Disons d'abord que les diverses causes auxquelles on a coutume de rattacher les déviations de l'utérus, si l'on excepte l'état de la matrice après l'accouchement, les chutes et les efforts, nous paraissent n'avoir qu'une importance véritablement secondaire. On a émis l'opinion que l'habitude où seraient quelques femmes de se lever et de marcher trop tôt après leurs couches constitue l'une des causes les plus puissantes des déviations; nous avons examiné les faits à ce point de vue: sur 68 malades, nous en avons trouvé 2 ou 3 seulement qui, à la suite de leur accouchement, n'aient pas gardé le repos pendant un temps convenable.

La moitié des femmes auxquelles nous avons donné des soins présentaient les attributs du tempérament lymphatique ou du tempérament lymphatico-sanguin: pour tirer de ce fait une conclusion légitime relativement à l'influence des tempéraments lymphatique et lymphatico-sanguin, il convient avant tout de déterminer dans quelle proportion ces tempéraments existent à l'égard des autres variétés de tempérament. Si l'on considère que le tempérament lymphatique est celui qu'on rencontre le plus communément chez les femmes, on sera porté à regarder comme une circonstance naturelle qu'il se soit trouvé chez un grand nombre de nos malades et à révoquer en doute la part d'action qu'on aurait pu au premier abord lui accorder dans la production des déviations utérines.

Rarement nous avons eu à noter des perturbations très marquées dans l'éruption menstruelle.

Examinons maintenant sous ses différentes faces la question de l'accouchement.

Sur 68 malades, 58 ont eu des enfants; sur les 10 qui n'en ont pas eu, 3 étaient vierges. Les déviations de la matrice ont-elles été pour quelque chose dans la stérilité des 7 autres? Nous inclinons à le penser, d'après la considération que ces femmes n'avaient aucun motif qui pût leur faire redouter de devenir enceintes.

Parmi les 58 femmes qui ont eu des enfants, il s'en est trouvé 26 qui n'ont eu qu'un seul accouchement ou que des fausses couches; auprès d'elles, il convient de placer une malade qui a rendu une môle. Du moment où se sont manifestés des symptômes de déviation, ces femmes ont été atteintes d'une véritable stérilité, bien qu'aucune d'elles n'eût dépassé l'âge de la parturition. Il ressort de là que la stérilité, comme nous l'avons montré plus haut, est une des conséquences des déviations de la matrice.

Les malades qui n'ont eu que des fausses couches sont au nombre de 10; chez trois d'entre elles, l'accident s'est répété deux fois. Ici encore il est vraisemblable qu'une déviation utérine a fait obstacle, au moins dans la plupart des cas, à l'évolution régulière de la grossesse.

M. Dezaneaux, qui en 1835 a publié une brochure sur l'obliquité antérieure de la matrice, a signalé les difficultés que certaines déviations entraînaient dans la gestation et, plus tard, dans l'accouchement, lorsque la grossesse arrivait à terme. Si, chez une femme qui a eu des enfants et dont les parois abdominales sont flasques, l'utérus, à la suite d'une fécondation nouvelle, se porte en avant, la situation vicieuse qu'il contracte, et que favorise le défaut de résistance habituelle de l'enceinte abdominale, fait qu'au moment de l'accouchement les efforts de la mère ont pour résultat de pousser la tête du fœtus vers l'excavation sacrée et de rendre ainsi l'expulsion du produit de la conception longue, pénible et pleine de dangers. C'est dans le but de prévenir ces dangers que M. Dezaneaux a imaginé une ceinture propre à soutenir l'abdomen et à maintenir l'utérus dans sa direction normale; cette ceinture a été conseillée par nous avec succès pour une malade qui, après plusieurs accouchements, avait été atteinte d'une déviation de l'utérus en avant, était demeurée stérile pendant cinq ans, et avait pu devenir enceinte à la faveur d'un traitement sous l'influence duquel la matrice avait repris sa position naturelle.

La difficulté avec laquelle s'accomplit l'accouchement dans quelques circonstances a-t-elle une part réelle dans la production des déviations utérines? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi; l'accouchement a été facile chez le plus grand nombre de nos malades.

On sait déjà ce qu'il convient de penser des adhérences envisagées comme causes des divers déplacements de la matrice. Nous avons fait remarquer en effet que, chez nos malades, nous n'avons pas eu à constater l'existence d'adhérences; en général, nous avons trouvé l'utérus mobile et les déviations faciles à réduire.

En ce qui concerne les engorgements, il nous a été absolument impossible de nous assurer qu'ils avaient précédé la maladie dans les observations que nous avons été à même de recueillir. Les auteurs qui ont rangé cet état pathologique au nombre des causes de déviation de la matrice ont omis de prouver, d'une part, qu'il était antérieur aux déviations existantes; de l'autre, qu'il ne s'était pas produit sous l'influence de ces mêmes déviations. Dans un tel état de choses, l'opinion qui nous paraît la plus rationnelle et la plus conforme aux vraisemblances est celle qui consiste à penser qu'après l'accouchement l'utérus ne revenant pas complétement sur lui-même cède à l'action de causes qui, dans l'état de vacuité, seraient impuissantes à lui imprimer une direction anormale.

Chez 9 de nos malades, les déviations ont eu pour causes manifestes des chutes sur le siége ou des efforts plus ou moins énergiques.

Les déviations utérines ont eu pour symptôme commun, chez nos malades, des douleurs spontanées qui se sont montrées dans les lombes, le sacrum, l'hypogastre, les aines et les cuisses.

Ces douleurs, quant à leur siége, n'ont pas été complétement indépendantes de la variété de déviation avec laquelle elles ont coïncidé. En résumant les faits, on trouve que les douleurs inguinales ont existé 25 fois sur 35 dans les déplacements en avant, et 16 fois sur 33 dans les déplacements en arrière. Ces douleurs, du côté du sacrum, ont été un phénomène constant dans les déviations en arrière, et ne se sont manifestées que 13 fois sur 35 dans les déviations en avant. La dernière de ces différences est facile à expliquer. Dans le premier cas, en effet, la sensation douloureuse éprouvée par les malades est due à la pression qu'exerce le corps de la matrice; dans le second, elle résulte de celle qu'exerce le col de l'organe. Or, on sait que le col utérin est souvent engorgé et volumineux, mais jamais au point d'atteindre les dimensions du corps.

Nos malades ont accusé de fréquentes envies d'uriner 22 fois sur 35, dans les déplacements en avant; 9 fois sur 33 dans les déplacements en arrière. Cette notable différence, plus tranchée encore que celles dont nons venons de faire mention, est susceptible d'une interprétation analogue à celle qui a été donnée plus baut. Cette interprétation trouve une confirmation éclatante dans le fait suivant:

Une dame qui portait une rétroflexion vint nous consulter dans le cours de sa maladie; elle avait principalement éprouvé des douleurs dans la région sacrée, de la difficulté à aller à la garde-robe; mais elle n'avait jamais ressenti de fréquentes envies d'uriner. Nous essayâmes de ramener l'utérus à sa direction naturelle avec le secours de la sonde; après quelques tentatives, au moment où la malade était en voie de guérison, il se produisit sous l'influence même du traitement une légère déviation en avant. Cette déviation se révéla immédiatement par une augmentation dans la fréquence des urines.

Les garde-robes ont été difficiles 18 fois sur 35 dans les déplacements en avant, 19 fois sur 33 dans les déplacements en arrière. Ce double fait, nous n'avons pas besoin d'en faire la remarque, est en rapport avec la nature et le degré de la pression exercée sur le rectum dans l'une et l'autre circonstance.

Si l'on en croit M. Simpson, la rétroversion peut coïncider avec un petit nombre, et même avec une absence complète de symptômes. Le professeur d'Edimbourg n'a pas rapporté de faits dans lesquels il ait observé cette double particularité. Pour notre part, nous n'avons jamais vu de déviation de l'utérus en arrière qui n'ait donné lieu à des manifestations symptomatiques nettement déterminées.

Suivant le même auteur, la rétroversion peut entraîner des incontinences d'urine. Jamais nous n'avons eu occasion de constater ce dernier phénomène.

Ici nous arrivons à rechercher la part d'influence qui revient à l'engorgement de la matrice dans la génération des manifestations morbides par lesquelles, suivant nous, se révèlent les déviations utérines.

Dans une discussion à l'Académie de médecine, discussion dont tout le monde médical a gardé le souvenir, on a reproché à M. Velpeau d'avoir nié les engorgements de la matrice. M. Velpeau, dans le discours qu'il a prononcé à cette occasion, a dit qu'il ne niait pas la réalité des engorgements; mais qu'à son avis on prenait habituellement les déviations de l'utérus pour des engorgements, et qu'on rapportait à la dernière de ces deux lésions des symptômes qui appartenaient à la première. Ainsi formulée, l'opinion du professeur de la Charité trouve une complète justification dans les faits observés par nous. Si, en effet, on admet comme conséquence de la proposition avancée par lui que l'engorgement simple de l'utérus détermine rarement par lui-même des symptômes, il nous sera facile de produire à l'appui de cette assertion des preuves nombreuses et concluantes.

Chez la presque totalité de nos malades, on a vu les manifestations morbides cesser aussitôt que l'utérus a été rendu à sa position naturelle. Nous rappellerons à ce sujet l'histoire d'une malade atteinte d'un renversement en arrière. Le redressement momentané de la matrice à l'aide du cathétérisme suspendait complétement les symptômes dont elle se plaignait habituellement jusqu'au moment où l'organe reprenait sa direction vicieuse.

On connaît l'histoire d'une autre malade qui, après avoir porté l'instrument redresseur pendant un temps assez long, avait conservé une tendance au renversement de la matrice en arrière. Aussitôt que, chez elle, se faisait sentir l'imminence d'une récidive, l'application du redresseur utérin faisait immédiatement cesser les symptômes par lesquels s'annonçait le retour de la maladie.

Il est un point sur lequel nous avons déjà eu soin d'insister, et que nous devons néanmoins signaler de nouveau; nous voulons parler de la disparition définitive des symptômes dans les déviations compliquées d'engorgement; disparition qui avait lieu aussitôt que l'utérus reprenait sa position normale, et se maintenait, malgré la persistance de l'engorgement, pendant des mois entiers.

Nous ne nous arrêterons pas sur les phénomènes communs à toutes les déviations, sur les troubles qui surviennent dans les fonctions digestives, non plus que sur le dépérissement et la faiblesse qui en sont la suite.

Nous avons eu l'occasion d'exprimer plus haut notre opinion sur la valeur séméiologique de la leucorrhée dans les déviations utérines. L'abondance et la constance avec lesquelles elle se présente habituellement doivent, malgré l'incertitude qui règne souvent sur son origine, la faire considérer comme un symptôme ordinaire des affections qui nous occupent.

Nous ne reviendrons pas sur l'explication que nous avons donnée de la transformation réciproque des antéversions en rétroversions, et des rétroversions en antéversions.

A.-H. MARGERIE.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 OCTOBRE.

Discours de M. Velpeau sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Messieurs, l'Académie a trouvé sans doute un peu longue notre discussion actuelle. J'ai besoin cependant de la prolonger encore quelques instants: d'abord, parce que le seul collègue qui ait attaqué mes arguments en faveur de la contagion m'a répondu sur une foule de choses que je n'ai point dites, ou qui sont contraires à mes opinions, en même temps qu'il a laissé de côté la plupart des preuves réelles que j'ai invoquées. J'ai besoin d'ajouter en outre quelques faits, quelques arguments nouveaux à ceux que j'ai déjà donnés.

Si M. Ricord m'a souvent fait dire le contraire de ce que je soutiens, cela tient, je suppose, à ce que, croyant avoir sous les yeux

ce qu'il appelle mon *discours officiel*, il est parti de simples fragments ou des analyses donnés par les journaux, à la place de discours réels. C'est dans le Bulletin de l'Académie que ce discours se trouve imprimé, et c'est de celui-là seul que j'entends répondre.

Il faut donc commencer par établir exactement les faits entre mon adversaire et moi.

Ainsi, je me suis permis de lui demander, messieurs, comment il était sûr qu'un ulcère situé au niveau du sphincter supérieur fût un véritable chancre plutôt qu'une fissure, lui qui trouve le diagnostic du chancre si difficile même à l'extérieur, à ciel découvert, et voilà qu'il s'écrie que je nie la possibilité de la transmission de la syphilis par l'anus.

Eh! non, vraiment, je n'ai jamais songé à nier cette possibilité, j'ai tout simplement dit que la preuve donnée ici par vous ne prouvait rien, et j'ai choisi ce fait pour montrer avec quelle facilité, vous si difficile pour les autres, vous admettez les faits qui cadrent avec vos opinions préconçues.

Ailleurs il soutient que, selon moi, on peut se souiller impunément les doigts de virus sypbilitique, et se les porter aux yeux, partout où l'on voudra, sans danger. Je voudrais bien savoir, en vérité, où j'ai pu dire de pareilles choses. J'ai dit que l'un des malades qui avait un ulcère à la paupiére, qu'un autre qui en avait aux lèvres, qu'un autre qui en avait à l'angle de l'œil, qu'un autre qui en avait à la figure, etc., malades qui sont considérés par vous comme ayant de véritables chancres primitifs, pouvaient bien avoir gagné la vérole d'une autre façon, et que l'auteur de toutes ces observations était loin en tout cas d'en avoir démontré l'étiologie. En d'autres termes, j'ai dit et je soutiens que les observations de ces malades sont on ne peut plus incomplètes, qu'elles ne prouvent absolument rien, et que celui qui en donne de pareilles n'a guère droit de critiquer celles des autres. Mais de là que je nie la possibilité de s'inoculer la syphilis aux yeux, à la bouche ou ailleurs, avec les doigts chargés de virus vénérien, c'est aller un peu loin et faire usage, on en conviendra, d'un raisonnement assez étrange.

M. Ricord, en citant ces faits, a voulu, dit-il, établir combien il est difficile de savoir au juste d'où est venue la vérole de certains malades; mais je ne conteste pas cette difficulté. Je sais aussi bien que lui que cela est souvent embarrassant, très embarrassant; je vais même plus loin, car je trouve que cela est souvent tout à fait impossible.

Si vous n'acceptez pas mon explication, dit-il, donnez m'en une autre qui soit plus satisfaisante et je l'accepterai. Volontiers. Je le remercie de sa déférence; seulement, voici ma manière d'agir en pareil cas. Si en présence de faits semblables je n'en trouve point d'explications plausibles, et qu'on me demande d'où ils viennent, je réponds tout honnement que je n'en sais rien, et je ne me crois nullement obligé d'expliquer des faits dont je n'ai pas d'explication, et de mettre des suppositions à la place des preuves.

Ailleurs, il me fait soutenir que pour la transmission des accidents secondaires il faut le contact des organes; et là-dessus il m'honore de ses félicitations. Pour tempérer son éloge, il ajoute bien vite que cette opinion va me priver des trois quarts de mes exemples de contagion par les nourrissons, attendu que la plupart des enfants qui ont infecté leurs nourrices n'avaient rien à la bouche.

Un instant, s'il vous plaît, vous êtes encore là à côté de mon opinion. Parmi les faits négatifs que vous avez cités se trouve l'observation de M. Seux (de Marseille), le seul au surplus que vous ayez invoqué dans vos discours écrits. J'ai repoussé ce fait d'abord, parce que, comme preuve négative, il ne signifie rien, et ensuite parce que, l'enfant n'étant malade qu'au voisinage de l'anus et des organes génitaux, ayant la bouche saine, il n'était pas bien étonnant qu'il n'eût point infecté sa nourrice; mais je n'ai point tiré de là de règle générale; j'ai seulement dit que si vous n'admettiez point, vous, de transmission sans contact, vous n'aviez pas le droit d'invoquer cet exemple en faveur de votre thèse. Quant à mes exemples, à moi, outre que presque tous les nourrissons qui ont infecté leurs nourrices avaient mal à la bouche en même temps qu'ailleurs, j'ajouterai que, même dans nos doctrines et en n'invoquant que la centième partie des suppositions dont vous êtes prodigue, il serait bien permis de croire qu'en allaitant ces enfants infectés, les femmes se seront transporté avec le doigt, sur le sein, des matières virulentes prises sur les organes malades de l'enfant.

M. Ricord est revenu de nouveau sur cette fameuse histoire du jeune mariage qui a déjà tant fait rire; et là, comme pour le reste, il me prête une opinion que je n'ai point exprimée, et qu'il combat ensuite de son mieux, à savoir, que je nie la possibilité de la contagion médiate de la syphilis, et il associe à ce fait l'observation de Babingthon, que j'avais rapprochée de la sienne.

Encore une fois je n'ai entendu nier ici ni la contagion, ni les faits. Comme ailleurs, j'ai voulu montrer que ce que M. Ricord trouvait étrange ou naïf chez les autres lui paraissait tout naturel quand il s'agit de ses propres preuves. Il y a, du reste, là-dessous une question sérieuse qu'il faut examiner un instant. Un monsieur revenant de voyage a des rapports avec sa femme, qui se trouve prise de syphilis au bout de trois ou quatre jours. Étonné du fait, le mari va trouver Babingthon, auquel il confie que trois jours avant il s'était exposé aux chances d'une affection vénérienne, et il demandait avec anxiété s'il avait pu infecter ainsi sa femme, quoiqu'il n'eût encore rien d'appréciable au moment des rapports matrimoniaux. (Traduction de Hunter, p. 167.) Or c'est là-dessus que M. Ricord s'écrie (*Lettres sur la Syphilis*, pages 12 et 13), et après la relation d'un autre fait semblable : « Si Babingthon eût cherché à s'assurer par une inspection sérieuse, il aurait certainement vu que dans ces cas la cause infectante n'était pas dans les organes génitaux de ces candides maris. »

A cette occasion, j'ai raconté la fameuse histoire de fromage, que je trouve semblable à celle de Babingthon, et je me suis demandé si en la racontant M. Ricord ne devait pas craindre d'être pris aussi pour un observateur candide! Mais cela ne veut dire en aucune façon, pour moi, que les faits, soit de Babingthon, soit de M. Ricord, soient absolument impossibles. Je dis tout simplement que, si l'observation de notre collègue doit être acceptée, il est singulier de le voir rejeter si loin celle de Babingthon. Quelle différence y a-t-il, en effet, entre les deux faits? Dans les observations de l'auteur anglais, un homme cohabite avec une femme infectée; trois jours après, alors qu'il n'a encore rien de visible, il a des rapports avec sa propre femme, qui, trois jours plus tard, se trouve malade. Dans l'exemple de M. Ricord, un homme malade voit la femme de son ami; cette femme, qui n'a rien d'appréciable, a des rapports avec son mari, qui se trouve infecté au bout de quelques jours. Dites-moi, je vous prie, où est la différence scientifique entre ces deux faits?

Il y en a une pourtant dans le texte de M. Ricord, et cela prouve qu'après notre collègue il n'est pas mal de retourner à l'origine des faits qu'il cite. Pour rendre l'observation de Babingthon tout à fait invraisemblable sans abandonner la sienne, il y introduit cette petite variante, à savoir : que le mari repentant du praticien anglais s'était exposé à la syphilis *longtemps* avant de rentrer chez lui.

J'en suis bien fâché, mais ce système-là ne peut pas être accepté : ce n'est pas *longtemps*, c'est *trois jours*, entendez-le bien, *trois jours* avant de rentrer au foyer domcstique que ce pauvre homme s'était rendu coupable.

Voulez-vous au surplus un autre fait que M. Ricord ne récusera pas? « Un jeune homme eut des rapports avec une femme infectée de chancre, et eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut infectée de la même maladie sans que lui-même en fût atteint. » Eh bien! n'est-ce pas à la différence de quelques heures dans l'intervalle des cohabitations exactement la même chose que dans l'observation de Babingthon? Savez-vous à qui j'emprunte ce dernier fait? C'est à M. Ricord lui-même! Tout cela, je le répète, n'a été pris à d'autre intention par moi que de montrer la manière peu rigoureuse avec laquelle M. Ricord interprète, présente ou discute les faits soit en faveur, soit à l'encontre de ses opinions.

Maintenant qu'il nous répète que ces faits sont relatifs à la contagion médiate de la syphilis, qu'il a démontré la possibilité de cette contagion, c'est une autre question que je ne veux point discuter en ce moment.

Nous voilà revenus aux lunettes des fosses d'aisances, aux masques, au rasoir, qui transmettent la syphilis, et là-dessus notre collègue de me faire dire qu'on ne peut pas faire naître la vérole en mettant des objets contaminés en rapport avec les tissus vivants convenablement disposés.

Mais non, mille fois non, ce n'est pas là ce que j'ai prétendu prouver. Cette histoire des lunettes et des draps de lit n'est pas venue de moi; je vous l'ai opposée à l'endroit d'une de vos provocations. Dans notre première argumentation, vous vous êtes agréablement moqué de notre crédulité, de nos idées arriérées, en disant que nous finirions par admettre, comme au temps de Victorius, qu'il suffit de parler à l'oreille des gens ou de leur passer une fleur sous le nez pour transmettre la syphilis. A cela, j'ai répliqué que vous étiez tout aussi attardé que ceux-là, puisque vous regardez comme *incontestables* les exemples cités de vérole transmise par la chaise percée ou des draps de lit. Savoir après cela ce que je pense de la question au fond est une autre affaire; je ne suis point obligé de le dire, cela n'est point en discussion; je dis seulement que si la contagion est possible d'une façon, elle ne l'est guère moins par l'autre.

Je ne puis me dispenser de faire remarquer néanmoins que ce genre de contagion m'effraye quelque peu; car vraiment si, comme vous le dites, les exemples en sont *incontestables*, je ne vois pas pourquoi nous n'en sommes pas, tous tant que nous sommes, plus ou moins victimes. Il y a là-dedans de quoi faire trembler le genre humain tout entier; voyez donc : les lunettes de fosses d'aisances! Comment être sûr de ne s'y être pas présenté après quelque syphilitique? Sous ce rapport, il n'y a de sûreté pour personne et nulle part; c'est pour le coup qu'il devrait y avoir dans toutes les grandes villes de véritables épidémies. Dans les casernes, les usines, les fabriques, partout où les hommes vivent en commun, où des centaines de personnes se présentent le même jour aux mêmes lieux d'aisances, il est bien difficile de ne pas y rencontrer quelque trace de vénérien. Et les tailleurs, et les marchands d'habits, et les blanchisseuses surtout, ces pauvres créatures qui passent leur vie à nettoyer toutes sortes de linges, de chemises, de robes, comment tous ces gens-là peuvent-ils vivre un jour sans être infectés de syphilis? Il y a là en vérité de quoi transporter la vérole d'un bout du monde à l'autre sans que personne puisse s'étonner de rien, car il n'est pas jusqu'aux stations de chemin de fer, jusqu'aux banquettes des voitures, jusqu'à la selle des chevaux, etc., qui ne puissent nous la communiquer. Sans m'expliquer sérieusement sur la possibilité de ce mode de contagion, il me vient pourtant un scrupule : en connaissez-vous? pourriez-vous m'en citer un exemple bien authentique?

Passons. De ce que j'ai montré à M. Ricord qu'un fait invoqué par lui était inexact, il veut faire croire que je nie l'existence de ce fait ou que je n'en admets pas la possibilité. Je n'ai point été compris, à ce qu'il paraît, en parlant de ce fait, par notre collègue. En le rappelant, c'était le même point de vue qui me dirigeait : je voulais montrer que vos faits étaient souvent dépourvus de preuves ou inexacts et quelquefois même tout à fait contraires à la vérité. A cette occasion, j'ai pris dans vos *Lettres* (p. 105) un exemple que vous racontez en ces termes : « Il s'agissait d'une petite fille d'un négociant de Paris...., et qui était affectée d'ulcérations syphilitiques aux régions ano-génitales; les parents étaient parfaitement sains et la nourrice très bien portante, quoiqu'elle eût pu être soupçonnée; on en était à se demander d'où pouvait provenir la contagion, lorsqu'on apprit qu'un commis de la maison, actuellement malade, avait l'habitude d'asseoir cette enfant à nu sur ses mains souvent souillées et qu'il n'avait pas toujours le soin de laver. Sans cette découverte, comment aurait-on expliqué la maladie de cette petite fille, si la nourrice avait présenté quelque trace ou quelque suspicion de syphilis? »

Ainsi voilà qui est clair : un commis avait des chancres, ce commis prenait l'enfant sur ses doigts à nu et qui n'étaient pas propres. Une première difficulté que vous n'apercevez pas, c'est que ce commis, qui avait des chancres, accidents primitifs, venait de donner à l'enfant des plaques muqueuses, accidents secondaires incapables, selon vous, d'être produits par contagion; mais n'épiloguons pas; voici qui est plus fort : le commis avec ses chancres, avec ses mains souillées, avec ses caresses à l'enfant, tout cela est de la pure invention; M. Richet, qui vous avait fait appeler dans cette famille, dont il été le médecin, m'a donné à ce sujet la note que voici : « Non, positivement non, nous n'avons vu le commis ni M. Ricord ni moi; nous avons supposé lui et moi que ce *pourrait bien être* un commis qui, en jouant avec la petite fille, aurait donné la vérole aux parties génitales, mais nous n'avons acquis aucune conviction à ce sujet. »

Voilà donc comment vous écrivez l'histoire, comment vous arrangez les faits; vous ne savez d'où vient la maladie, vous supposez que cela peut bien être ceci ou cela, et une fois dans le champ des suppositions, que ne peut-on pas supposer! puis, une fois la supposition admise, l'esprit va un peu plus loin, et cela devient un fait acquis : voilà que ce pauvre commis, qui pourrait bien avoir la vérole, mais qui pourrait bien ne pas l'avoir aussi, se trouve l'avoir véritablement dans votre observation, parce que cela convenait à votre thème! Je n'accuse assurément ni votre bonne foi, ni votre loyauté en pareille matière; mais convenez qu'il y a là quelque chose de bien singulier et qui n'est pas de nature à rendre très confiant dans les faits rapportés ou cités par vous. Vous me répondez qu'on vous l'a raconté : d'abord vous ne le dites pas, vous affirmez; ensuite, vous admettez donc sans preuves sur de simples ouï-dire, sous la dictée du commun? Et, grand Dieu! que reprochiez-vous donc à quelques-unes de nos preuves au commencement?

M. Ricord me reproche, de son côté, de lui avoir prêté une opinion qui n'est pas la sienne, à savoir : que le chancre ne s'établit point sans écorchure préalable. Je ne voudrais point mériter un pareil reproche; si donc je l'ai mal compris, je suis tout prêt à me rétracter sous ce rapport : je cherche toujours à combattre mes adversaires dans ce qu'ils pensent et disent réellement, et non pas dans ce qui a pu leur échapper par inadvertance ou dans ce que j'aurais mal entendu moi-même.

Voyons, toutefois : j'ai cru que, pour M. Ricord, le chancre n'était possible que là où il y avait quelque solution de continuité; n'étais-je pas autorisé à le croire, quand je trouve, page 90 de ses *Lettres*, cette phrase : « Mais la présence d'une écorchure est de rigueur; s'il en était autrement, sortirais-je jamais de l'hôpital sans avoir un chancre au bout de chacun de mes dix doigts? » Après avoir dit ailleurs qu'avec un tégument intact et parfaitement sain on pouvait se plonger impunément les organes dans les lieux infectés de syphilis, et que sans *effraction*, sans une *porte d'entrée* il n'y a point de chancre possible.

Je sais bien que mon adversaire dit ailleurs que le virus vénérien déposé dans les follicules, dans les replis du vagin, du prépuce, peut aussi, en ulcérant les tissus, faire naître des chancres; car, quoi qu'il en dise et qu'il en pense, je sais assez ce qu'il a écrit sur ce sujet. Mais tout cela ne détruit pas sa loi, et, dans le cas contraire, pourquoi l'a-t-il posée? Cela ne change rien d'ailleurs à ce que j'ai soutenu, et je ne vois pas l'intérêt, ni la gravité de son reproche.

Plus loin, il revient sur des inexactitudes de ma part; il cite, je ne sais dans quel but, un malade que j'ai vu et qu'il voit pour une ulcération du dos. Serait-ce pour dire que ce malade a gagné son ulcère, comme celui qu'il nous a indiqué l'autre jour, en couchant dans un lit d'auberge? Je l'ignore complétement. J'ai trouvé chez ce malade un ulcère qui *ressemble* à de la syphilis, et chez ce jeune homme aucun antécédent syphilitique; je m'en suis tenu là. Si l'ulcère est vénérien, ne sachant pas d'où il peut venir, je ne me suis pas cru en droit de faire des suppositions; sans être sûr qu'il soit de nature vénérienne, comme il avait résisté à tout jusque-là, je n'en ai pas moins, comme il m'arrive souvent, conseillé un traitement antisyphilitique, par la raison que, selon moi, ce traitement n'expose à aucun risque, et que je l'ai vu réussir dans des cas pareils, quoique la nature vénérienne du mal ne fût pas démontrée.

Voici revenir le fait de M. Boudeville, cette observation dont, je ne sais pourquoi, M. Ricord ne veut à aucun prix nommer l'auteur, le fait d'inoculation publié par M. Vidal, en un mot. Vous objectez que je n'ai été exact ni pour le nombre des pustules, ni pour leur siége, ni pour l'époque de leur apparition, et que, d'ailleurs, je n'ai pas vu le malade plus que vous, que nous nous en sommes rapportés, chacun de notre côté, aux renseignements qui nous ont été donnés. Je ne puis accepter cet argument; je n'ai point vu le malade, ni vous non plus; mais moi, j'en parle d'après l'observation publiée par le chirurgien qui l'a recueillie, qui a traité le malade; tandis que vous paraissez en parler d'après des renseignements pris à une autre source. A moins donc que vous n'accusiez M. Vidal de l'avoir falsifiée, et vous ne l'oseriez pas, je maintiens qu'elle est telle que je l'ai donnée, et qu'elle rend incontestable le fait d'inoculation des accidents secondaires de la syphilis.

J'aurais bien envie de revenir avec vous un instant à l'hérédité; mais c'est une trop vaste question que vous ne m'avez pas en l'air de vouloir comprendre, et sur laquelle je m'en tiens pour le moment à ce que j'en ai déjà dit. Je pourrais, d'ailleurs, vous renvoyer sur ce point à ce qu'en a dit M. Dechambre dans la *Gazette médicale*. Il est bon cependant de soumettre à M. Ricord une particularité qu'il a peut-être oubliée, et qui ressort de son dernier discours. En parlant de l'hérédité, il a dit : « On sait que la mère n'est pas fatalement infectée par le fruit contaminé qu'elle porte, même que ce mode de propagation, *qui ne me paraît pas impossible*, ne doit pas être admis. »

Si ce fait, qui ne lui paraît pas impossible, d'un fœtus infecté qui donne la vérole à sa mère est vrai, comment donc M. Ricord peut-il nier que la syphilis secondaire puisse être transmise de la nourrice au nourrisson, comme du nourrisson à la nourrice? Car il paraîtra clair aux yeux de tout le monde que la syphilis transmise par le fœtus avant la naissance à sa mère est bien une sorte de contagion comparable à la transmission de la vérole d'une nourrice à son nourrisson.

Revenant à l'argument favori, le défenseur de Hunter rejette de nouveau comme incomplets les faits que je lui oppose; ces faits, dit-il, sont très exceptionnels; à l'en croire, c'est moi et non pas lui qui les aurais donnés comme tels : là-dessus, je m'en rapporte aux souvenirs de chacun et à ce qui se trouve imprimé dans nos discours réciproques. J'ai toujours soutenu que ces faits étaient très fréquents au contraire, en ajoutant, il est vrai, que leur nombre m'importe peu. Peut-être n'y a-t-il dans cet argument qu'un malentendu. S'il suffit, pour que les exemples de contagion soient exceptionnels, qu'il y en ait moins que de faits contraires, j'accorde volontiers qu'ils sont exceptionnels; seulement le mot convenable serait alors qu'ils sont en minorité, car, dans le sens propre, *exceptionnel* veut dire *rare*, et les faits que j'invoque sont loin d'être rares.

Ils sont si peu rares que j'en ai déjà cité des centaines et qu'il m'en arrive encore chaque jour; j'en ai même là une liasse de tout nouveaux. En voici, par exemple, de M. Eagle; mais notre collègue n'en voudra pas sans doute, parce qu'ils viennent de l'Angleterre. En voici d'autres qui appartiennent à M. Simon, de Hambourg, lequel publie une doctrine de la syphilis toute contraire à celle de Hunter; mais M. Ricord en fait tout aussitôt justice en disant que l'auteur semble venir d'un autre siècle!

Serai-je plus heureux en lui offrant ceux de M. Sommer, de Copenhague, qui s'est livré, lui, à de nombreuses expériences sur l'inoculation? Je crains que M. Ricord ne les repousse, parce qu'ils viennent du Danemark. S'il y tient, je reviendrai en France. Je ne lui parlerai pas de ceux qui me sont venus des côtes de la Gironde, attendu que je devine la réponse qu'il leur ferait. Mais, tenez, en voici qui me sont adressés par le docteur Ferry, chirurgien en chef de l'hôpital d'Alais :

« Le 17 juillet 1842, la sœur de charité à la surveillance de laquelle étaient confiés les jeunes orphelins élevés à l'hôpital me pria, dit ce praticien distingué, d'en visiter quatre d'entre eux qui, selon elle, devaient *avoir du mal*, parce que depuis quelque temps leurs draps se trouvaient salis par une matière purulente. Examinés à l'instant, ces quatre enfants, dont le plus âgé avait onze ans et le plus jeune six, portaient au pourtour de l'anus, à la partie supérieure et interne des cuisses, des *tubercules muqueux les mieux caractérisés, sans aucun* autre accident syphilitique.

» Pressés de questions sur la cause de leur affection, ils déclarèrent tous, non sans hésitation, qu'un Espagnol, qui couchait dans leur chambre, venait les trouver la nuit, à tour de rôle, dans leur lit et se livrait sur eux à des actes de pédérastie.

» Cet Espagnol était un jeune réfugié à l'hôpital depuis six mois, et que l'on avait commis pour la nuit à la garde des enfants. L'autorité nous chargea de le visiter; l'anus, le scrotum et la

» partie supérieure des cuisses étaient recouverts chez lui de *tubercules muqueux*, et, malgré les plus *scrupuleuses recherches*, nous » n'avons pu trouver d'autres traces de syphilis dans ses organes. » Il nous fit, d'ailleurs, les aveux les plus complets.

» Ce n'est pas tout; averti par les enfants qu'un de leurs camarades, à l'hôpital depuis trois jours seulement, devait avoir le » même mal qu'eux, puisqu'ils avaient vu l'Espagnol se glisser sous » les draps du nouveau venu dans la nuit du 15 au 16 juillet, nous » le visitâmes et ne rencontrâmes rien. Mais sept jours plus tard, » l'anus était garni de nombreuses *plaques muqueuses*. »

Qu'objecte M. Ricord à de pareils faits? Il dira, comme pour les autres, qu'on ne sait pas dans quel état étaient les enfants avant leur commerce avec l'Espagnol, ou bien qu'on ne connaît pas les antécédents de l'Espagnol lui-même, ou bien qu'il avait des chancres à l'état de *réparation* ou quelques autres accidents; que sais-je? il dira aussi que les enfants avaient des chancres au lieu de plaques muqueuses, ou bien que M. Ferry s'est trompé dans son diagnostic. Mais ces fins de non-recevoir tombent d'elles-mêmes devant le fait. Les quatre enfants, examinés d'abord, avaient de nombreuses plaques muqueuses, et ils n'avaient que cela; M. Ferry l'affirme après les avoir soigneusement examinés. D'ailleurs, le cinquième a été examiné le lendemain du contact, et il n'avait rien encore; et quand on a pu constater, chez lui, quelque chose, c'étaient bien des plaques muqueuses. Il n'y a donc pas possibilité de supposer, chez ces enfants, des accidents primitifs préalables.

Quant à l'Espagnol, c'étaient bien aussi des plaques muqueuses dont il était affecté; le chirurgien le dit nettement; et quand même il aurait eu préalablement des chancres, qu'est-ce que cela fait à la question? Avec cette supposition on retomberait dans une autre impossibilité; car il faudrait admettre, contrairement à l'huntérisme, qu'un malade atteint de chancres, c'est-à-dire d'accidents primitifs, transmet par le contact des plaques muqueuses, c'est-à-dire par un accident secondaire. Mais, en vérité, à moins de nier qu'il fait jour à midi, il n'y a pas moyen de révoquer en doute la valeur d'un tel fait. En voici un autre qui vient de m'être transmis par un praticien répandu et connu de Paris, M. Henri de Saint-Arnaud. Ici, une jeune femme atteinte pendant sa grossesse d'une éruption ecthymateuse met au monde une petite fille délicate. On choisit pour l'enfant une nourrice parfaitement saine. Cette enfant est bientôt prise de tous les accidents d'une syphilis générale, et plus tard la nourrice est infectée elle-même. Tout cela, accompagné dans l'observation des détails nécessaires, s'est passé sous les yeux de M. Henri, qui connaît intimement la famille, le mari et la femme depuis leur enfance, qui est parfaitement sûr de la conduite et des mœurs de la jeune femme avant le mariage, et qui a su que le jeune homme avait eu une syphilis cinq ans auparavant. Le fait a d'ailleurs été constaté par plusieurs médecins et présenté à une société de médecine.

La facilité, je dirai même, si je l'osais, la légèreté avec laquelle M. Ricord rejette ces observations, qu'il prétend avoir réfutées mille fois, est vraiment inconcevable pour tous ceux qui les ont lues.

Ainsi, je lui offrais l'autre jour, non pas une, mais dix observations de M. Bardinet. De ces dix observations, j'en citais une en particulier pour exemple, et voilà que notre malin collègue croit avoir détruit cette observation en me répliquant que la nourrice, quoique Allemande, pouvait bien avoir eu autre chose que la syphilis secondaire! N'est-ce pas se moquer du monde que d'invoquer de pareils arguments? M. Ricord a d'ailleurs une antipathie assez prononcée contre l'Allemand; il y revient à dix fois en analysant les observations de Vallès, et tout cela est pour lui de l'allemand; il ne comprend rien à l'allemand. Quant à toucher aux preuves réelles et sérieuses qui existent dans tous ces faits, il s'en garde bien. De véritables raisons sont en effet plus difficiles à trouver que quelques plaisanteries. Je me vois forcé de la sorte à redonner textuellement ici l'abrégé de cette première observation de M. Bardinet.

« Anne Rayet prend à l'hospice un premier nourrisson, qu'elle » garde trente-cinq jours; elle le rend en bon état à sa mère, et » ne lui communique aucun mal. La femme Rayet prend à l'hôpital un deuxième nourrisson, qui paraît sain pendant les quinze » premiers jours de sa vie. Alors il est atteint d'une éruption syphilitique aux parties génitales, au pourtour de l'anus, et sur les » membres inférieurs. Pendant une vingtaine de jours ces parties » sont seules atteintes, et la nourrice n'éprouve rien. Mais la bouche de l'enfant devient malade, et huit ou dix jours après des » ulcérations se manifestent autour du sein d'Anne Rayet. Abstraction faite de ces ulcères du sein, cette femme ne présente aucun symptôme de syphilis.

» Nous constatons avec le plus grand soin, M. Tuillier et moi, » que sa bouche et ses parties génitales sont parfaitement saines. » Nous examinons avec la même attention le mari de la nourrice, » dont la bouche et les parties génitales ne présentent pas la plus » légère altération. »

Inutile d'ajouter que dans le corps de l'observation se trouvent tous les détails nécessaires pour montrer qu'il s'agissait bien chez la femme et l'enfant d'une affection vénérienne générale. Et après cela, que cette femme soit Allemande oui ou non, je vous laisse à dire s'il en peut résulter quelque chose qui infirme la valeur du fait. Je demande aussi si quelque chose peut être mieux prouvé que la contagion d'une syphilis secondaire passée de l'enfant à la nourrice dans une observation semblable.

M. Ricord est revenu souvent sur une objection dont je ne comprends pas la valeur. Il manque à plusieurs de vos faits, dit-il, l'histoire des antécédents; l'évolution de la syphilis chez vos malades n'a pas été suivie du commencement à la fin. Vous ne savez pas, par exemple, où les enfants infectés l'ont prise.

Je me suis demandé souvent ce qu'il pouvait y avoir dans cet argument. Si je voulais faire usage de suppositions à l'instar de mon adversaire, je pourrais facilement lui dire d'où cette vérole du nouveau-né est venue. J'aurais, j'imagine, la vraisemblance de mon côté, en disant qu'elle est venue par hérédité. Mais à quoi bon? L'enfant est affecté de syphilis secondaire; voilà le fait évident, incontestable. Qu'elle vienne de droite ou de gauche, qu'est-ce que cela fait à la question?

La gonorrhée est une phlegmasie diffuse qui peut gagner de proche en proche, et aussi bien d'avant en arrière que d'arrière en avant. Puis je le demande aux esprits sérieux qui voudront réellement creuser la question, n'y a-t-il pas dans le mécanisme de la blennorrhagie elle-même quelque chose de singulier et qui mérite d'être étudié très soigneusement.

Arrive la loi des chancres, et M. Ricord s'écrie que je confonds tous les chancres, sans distinction aucune. Où ai-je dit quelque chose de pareil, s'il vous plaît? Il n'en est pas sorti un mot de ma bouche: *Le chancre non induré*, ai-je dit, *est quelquefois suivi de vérole constitutionnelle*. Voilà mon *décret*, contrairement à votre loi qui veut que cela soit impossible. J'ai ajouté que le chancre induré n'était pas *toujours* ni *fatalement* suivi d'infection générale: de même pour les bubons. Le bubon du chancre non induré qui suppure et dont le pus est inoculable n'empêche pas *toujours* le malade d'avoir la syphilis secondaire. De même que le bubon du chancre induré, qu'il suppure oui ou non, n'est pas une preuve absolue, ni de l'infection générale, ni de l'immunité pour l'avenir. Voilà ce que j'ai dit, et pas autre chose là-dessus. Des preuves contre les lois de votre façon! mais elles abondent dans la pratique de tous les jours. En voici un exemple tout nouveau recueilli dans un hôpital de vénériens, à Paris, par un interne que vous devez connaître, par M. Schnepf. Dans cette observation, on voit un chancre *non induré*, puis un *bubon sulfuré*, et puis une syphilis constitutionnelle. Ce sont ces lois-là que je prétends renverser, auxquelles j'oppose ce que vous appelez mes décrets.

Pour le terme de la syphilis, vous m'avez réfuté d'une manière qui ne m'a pas paru sérieuse. Peut-être, du reste, avais-je un peu prêté à votre argument. Quand vous dites que je ne saurai jamais si un individu est à l'abri de la syphilis secondaire, puisque j'admets que l'apparition de cette dernière n'a point d'époque fixe, vous avez un peu raison là-dessus; mais au fait, vous savez bien ce que j'ai voulu dire. Votre loi veut que la vérole secondaire se manifeste *toujours* après l'accident primitif dans les six premiers mois. Par mon *décret*, j'établis que l'accident secondaire ne naît pas *toujours* dans les six premiers mois, qu'il peut se présenter au bout de six mois, d'un an, de six ans, de dix ans, et voilà tout.

En somme, ce que je blâme dans vos prétendues lois, ce sont les expressions de *toujours* et *jamais* qui s'y rencontrent partout; et ma présomption est de mettre à la place de ces négations ou de ces affirmations absolues, les mots *quelquefois* ou *souvent*, qui leur sont contraires; d'autant plus qu'à l'appui de l'infaillibilité de vos lois absolues, vous n'avez que l'argument de l'inoculation. Voulez-vous que je vous le dise? l'inoculation sera pour vous une invention malheureuse. Elle a déjà mal tourné pour votre doctrine, et elle s'apprête encore à vous rendre de mauvais services. Elle n'a d'ailleurs rien *démontré* de ce que vous vouliez prouver, rien éclairci d'utile. Dans le principe, c'était pour rendre manifeste l'existence du virus vénérien, dites-vous; mais vraiment, en 1830, à l'exception de quelques enfants perdus de la doctrine de Broussais, qui est-ce qui songeait à nier l'existence du virus vénérien? Ce qu'elle a engendré de plus clair jusqu'ici, c'est la syphilisation, vous aurez beau vous en défendre, dont vous êtes devenu le père; je dirai même dont vous êtes le père et la mère. Voici: comment on n'a, dites-vous, la vérole complète qu'une fois; quand on a eu une bonne fois la vérole, on est pour la syphilis ce qu'est un individu bien vacciné pour la variole.

La base de la syphilisation n'est-elle pas là, je vous le demande? Si cela est, vous l'avez donc inventée, vous en êtes donc le père. Vous en êtes ensuite devenu la mère; car, si je ne me trompe, c'est vous qui avez fourni à ses adeptes le pus des premières syphilisations. Vous vous êtes promptement aperçu, il est vrai, que par cette sorte d'hermaphrodisme vous veniez de donner le jour à un monstre qu'il fallait se hâter d'étouffer. Mais, vous l'avez vu, M. Malgaigne vous l'a déjà fait remarquer, ce monstre, en se débattant sous vos coups, s'est retourné contre vous, et s'est mis à déchirer les entrailles même de votre doctrine. Voilà le premier service que l'inoculation vous ait rendu. Aujourd'hui elle s'y prend d'une autre manière. Il ne faut pas vous le dissimuler, elle travaille de tous côtés à saper les bases de votre école.

Depuis que M. Vidal a commencé l'inoculation des accidents secondaires, ne voyez-vous pas que ce travail s'étend et gagne. A l'étranger, M. Waller, M. Soumet, M. Simon, etc. Voyez ici même, avec M. Vidal, qui en possède une vingtaine d'exemples, M. Richet, M. Boullay, M. Cazenave, tous se servent de votre inoculation contre votre loi, qui veut que la syphilis secondaire ne soit pas contagieuse.

Je vous en avertis donc, cette inoculation, que vous préconisez depuis vingt ans, comme l'avait fait Hunter, que vous avez tant vantée, que vous donnez imprudemment comme base à votre édifice, l'inoculation, dis-je, menace de s'introduire dans le corps de votre école si pleine de la syphilis, comme pour en attaquer les racines et s'y établir à la manière d'un ver rongeur.

Je comprends, après tout, que M. Ricord se roidisse avec tant d'opiniâtreté contre l'évidence de la contagion des accidents syphilitiques secondaires. Ce fait une fois admis, toute la doctrine semble, en effet, devoir crouler. Avec l'accident secondaire contagieux, le chancre perd son omnipotence, et alors que deviennent toutes les lois relatives au chancre induré, au chancre non induré, aux bubons successifs, aux bubons spécifiques, aux bubons non spécifiques, à l'origine des pustules plates, de la nécessité des écorchures, des effractions; toutes ces lois, en un mot, qui servent de colonnettes à l'édifice si habilement construit par notre collègue? Aussi n'ai-je point été surpris de le voir, l'autre jour, s'écrier avec un petit mouvement de mauvaise humeur qu'on ne se laissait pas ainsi dépouiller du résultat de vingt années de recherches et de travail. Là-dessus qu'il me permette de le rassurer; je n'ai ni l'intention, ni le pouvoir de détruire tout le fruit de ses veilles. D'ailleurs, ce n'est pas ma faute si le moindre choc imprimé à sa galerie en fait tomber tant de matériaux. Ceci n'est point un mal, au fond; après la chute de tels fruits, fruits d'automne qui tombent avec les feuilles, l'arbre n'en restera pas moins vivace et fort; l'hiver ne sera pas long, et un printemps nouveau lui permettra de refleurir, de se charger de fruits mieux élaborés, plus savoureux ou plus persistants que les premiers.

M. Ricord oublie, quand il se plaint ainsi de mon opposition, quand il avance que je dis blanc quand il a dit noir, que j'invoque des faits pour le plaisir d'attaquer ses opinions; il oublie, dis-je, que dans tout cela je ne fais que me défendre, que c'est lui qui m'attaque, que ce que je soutiens aujourd'hui je le soutenais il y a vingt-cinq ans et même davantage, depuis que je me livre à l'enseignement, en un mot, bien avant qu'il s'occupât de ces questions par conséquent; que tout ce qu'il a dit depuis, comme tout ce qu'il soutient aujourd'hui et que je combats, se résume en des attaques réelles contre les opinions que j'ai toujours professées. C'est donc moi dès lors qui aurais droit de me plaindre, s'il était jamais permis dans les sciences de se plaindre de ceux qui attaquent loyalement nos doctrines ou notre manière de voir.

Non, il n'est point entré dans ma pensée d'amoindrir la valeur de notre collègue; j'aime ma patrie; je me trouve toujours honoré de ce qui fait la gloire de mon pays; à ce titre, c'est toujours avec orgueil que je vois le nom de mes compatriotes grandir et s'illustrer aux yeux du monde, et jamais on ne m'a vu, on ne me verra dénigrer le véritable talent dans les sciences.

Un aveu philosophique vous fera mieux sentir encore combien je suis éloigné de combattre les hommes ou de les attaquer dans les questions que je discute: il ne dépend ni de vous ni de moi que ce qui est soit ou ne soit pas, que l'un et l'autre nous restions ou ne restions pas quelque chose. Ce que nous pouvons dire l'un de l'autre n'empêchera point l'impitoyable temps qui nous emporte tous deux de laisser dans l'histoire la toute petite place qui peut nous être due. Ne nous abusons donc pas sur l'importance ou la portée de nos critiques réciproques. Si la syphilis secondaire est réellement contagieuse, vos négations, votre habileté dans la discussion n'y feront rien, et je soutiendrais cent fois plus mal encore la thèse combattue par vous que le fait n'en persisterait pas moins. Si, comme vous le croyez, la syphilis constitutionnelle n'est véritablement pas contagieuse, soyez tranquille; ce n'est pas ce que j'ai pu dire ni ce qu'en pourront dire nos disciples ou successeurs qui la rendra contagieuse.

Vous le voyez donc, je ne m'abuse en aucune façon sur la valeur de nos luttes, et il serait difficile avec cet état de l'âme ou ce genre d'esprit que je songeasse à rétrécir, à noircir la case que l'avenir nous réserve au temple de la gloire!

P. S. — Je voulais ajouter un mot encore en terminant. L'autre jour, vous m'invitiez à visiter le *palais* où vous exercez pour y voir exposés tous les produits de la syphilis au dix-neuvième siècle. Je vous sais gré de la politesse, mais je regrette de ne pas pouvoir en user; peut-être, au surplus, n'y verrais-je pas tout. Il paraît qu'on n'y voit point, par exemple, les plaques muqueuses à titre d'accidents primitifs, ni la contagion des accidents secondaires, ni l'inoculation de l'ecthyma vénérien; or, comme tout cela se voit ailleurs, se voit à la Charité en particulier, à mon cabinet de consultations quelquefois, et quelquefois aussi dans la pratique de la ville, m'est avis que je m'instruirais peu en visitant chaque jour votre exposition du Midi.

Vous ne devez point perdre de vue, en effet, que la question, entre nous, n'est pas de savoir si vous parvenez à inoculer le pus du chancre et à démontrer que la pointe de votre lancette ne reproduit pas les autres accidents, mais uniquement de savoir si les exemples de contagion que j'ai signalés résolvent ou non la question, sont ou ne sont point concluants. Permettez-moi donc de vous laisser dans votre école, dans votre palais, et d'ajouter que le palais voisin de votre hôpital, là où se trouve aujourd'hui ce que j'appellerai l'école du levant, en laissant à la vôtre le titre d'école du couchant pour bien les distinguer, et que c'est dans la première que j'irais plutôt chercher les produits qui m'intéressent ou dont je pourrais avoir besoin. Il est clair, au surplus, que je n'ai point entendu discuter à fond vos *lois*, je vous en ai prévenu dès le début; j'ai simplement voulu protester contre elles, en attendant qu'il plaise à vous ou à l'Académie de les reprendre une à une et de consacrer à cette nouvelle discussion le temps convenable.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le discours de M. Ricord, répondant à M. Velpeau.

Chronique et nouvelles.

Le corps médical vient de faire une nouvelle et sensible perte; M. le docteur Troussel a succombé à Paris le 11 de ce mois, à l'âge de 55 ans, à la suite d'une maladie assez longue, dont l'origine remonte au décès d'un jeune élève en médecine auquel il portait un vif intérêt.

M. le docteur Troussel était chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien-major du 15e bataillon des gardes nationales de la Seine, ancien médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement. Il a publié plusieurs ouvrages, parmi lesquels nous citerons:

1° *Mémoire sur le mal de gorge des enfants connu sous le nom de croup* (Paris, 1819);

2° *Des premiers secours dans les maladies et accidents qui menacent promptement la vie* (Paris, 1823);

3° *Des écoulements particuliers aux femmes* (Paris, 1842);

4° *Relation d'une opération de tumeur développée dans les parois de l'utérus par M. Amussat*, dont il avait été l'élève et était demeuré l'ami.

M. Troussel était doué des plus heureuses qualités et a laissé de bien vifs regrets parmi ses nombreux amis, qui se sont réunis en grand nombre à son convoi.

— Erratum. — On a tellement défiguré en l'imprimant le nom du collaborateur qui a bien voulu nous donner la clinique de M. Nonat, insérée dans le dernier numéro, que nous croyons nécessaire de le rétablir ici. Ce collaborateur est M. *B. Schnepf*.

Bulletin bibliographique.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un Précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine et de la Société nationale d'agriculture, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. 6e édit., corrigée et augmentée. Un vol. in-18 de 540 pages. Prix: 3 fr. 50.

Voyage à Terre-Neuve. Observations et notions curieuses propres à intéresser toutes les personnes qui veulent avoir une idée juste de l'un des plus importants travaux des marins français et étrangers, recueillies pendant plusieurs séjours faits dans ces froides régions; par M. Carpon, chirurgien de la marine du commerce. — Un vol. in-8° de 248 pages. Prix, 2 fr. 50 c.

Causeries médicales avec mon client, par M. le docteur Bourdet, ancien médecin des maisons centrales. — Un volume grand in-18 de 384 pages. Prix, 4 fr.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques; par M. le docteur Jamain, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, etc., suivi d'un précis d'*embryologie*, par M. le docteur Verneuil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. gr. in-18 de 900 pages, avec 146 fig. intercalées dans le texte. Prix, 12 fr.

Ces ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité théorique et pratique de la maladie scrofuleuse; par Vincent Duval, directeur des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, lauréat de l'Institut, etc. Un vol. in-8°. Prix, 8 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Névrologie ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. Léveillé, dessinateur. — 9e livraison. Paris, 1852, in-4°, figures noires, prix, 5 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 124. — MARDI 19 OCTOBRE 1852. (25° ANNÉE) N° 124. — MARDI 19 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38	

SOMMAIRE. — Hôpital Necker (M. Civiale). Constatation de la guérison après la lithotritie. — Hôpital Saint-Louis (M. Malgaigne). Observation de tétanos partiel suivi de mort en quarante-huit heures, avec une contraction spéciale des muscles de l'abdomen. — Clinique départementale. Luxation de l'os maxillaire. Réduction deux mois après. — Académie de médecine (addition à la séance du 12 octobre). Discours de M. Ricord sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. — Société de chirurgie, séance du 7 octobre. — Société de médecine pratique, séance du 2 septembre. — Note sur un nouvel instrument de M. E. Bachelay pour la ligature des vaisseaux situés dans les plaies profondes. — Sur les pilules de Vallet.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Constatation de la guérison après la lithotritie.

Voilà nos opérés entièrement débarrassés de leurs calculs; au moins nous le pensons. Il s'agit de s'en assurer matériellement. Eh bien, puisque je vais vous dire quelques mots à cet égard, avant de procéder pour eux à la dernière séance exploratrice, je tiens à vous dire que c'est un des points les plus délicats, les plus difficiles dans l'histoire et la pratique de la lithotritie, pour le malade comme pour le chirurgien.

C'est par là qu'on a le plus espéré combattre la nouvelle méthode. Votre opération, disait-on, ne sera souvent qu'incomplète; car, comment reconnaître par les instruments les débris les plus fins d'un calcul? et s'il en reste quelqu'un, si petit qu'il soit, c'est la récidive du mal assurée. Et on citait des faits à l'appui. Mais que prouvaient ces faits, si ce n'est que plusieurs fois, par défaut d'expérience, par négligence des moyens précieux dont l'art dispose actuellement, on avait procédé d'une façon vicieuse?

C'est l'emploi de ces moyens que je veux vous rappeler brièvement, et qui sont d'une rigueur telle, qu'on peut, quand on les a appliqués avec soin, affirmer l'absence de fragments calculeux aussi bien, mieux peut-être, qu'en explorant la vessie par le doigt ou tout autre instrument, la vessie ouverte par l'une ou l'autre des méthodes de lithotomie.

D'abord, faut-il explorer pour s'assurer de la guérison? Oui, à coup sûr. On a voulu se fier uniquement à la sensation du malade, et on a dit que le malade était guéri quand il ne souffrait plus. C'est une erreur. Car dans les cas simples c'est une règle très générale que la douleur va en diminuant avec les séances, pour souvent disparaître entièrement avant que tout le corps étranger soit expulsé. Des trois malades que nous opérions ensemble, deux ont été très remarquables sous ce rapport.

Il faut donc explorer. Vous savez toute l'insuffisance de la sonde à ce sujet, surtout quand on se contente, à la façon encore de tant de praticiens, de l'introduire et de la promener en divers sens dans la vessie. Si vous commencez par la sonde, ce sera avec les précautions ordinaires : sonder le malade couché, explorer pendant que l'urine s'écoule, pousser à plusieurs reprises des injections, et à chaque fois que la vessie se vide multiplier les recherches. De cette manière, la sonde toute seule peut vous faire découvrir des fragments très petits. Mais pour une certitude complète, il n'en faut pas moins recourir à l'instrument lithotriteur courbe ou droit. Le petit lithoclaste explorateur à mors plats, larges et courts, percé au besoin pour laisser couler le liquide, est l'instrument que vous me voyez employer, et qui me suffit maintenant toujours. Mais de ce que j'use aujourd'hui rarement du trilobe, de la pince à trois branches, ne croyez pas qu'il ne puisse remplacer ici le lithoclaste. Au contraire, l'exploration est encore plus rigoureuse avec le trilobe. La vessie ayant reçu quelques cuillerées seulement d'eau froide, on l'explore dans tous les sens avec la pince ouverte, de manière que l'écartement des branches n'excède pas un pouce. On fait tourner l'instrument sur lui-même avec ménagement; et comme la capacité du viscère est très petite, les trois branches, en tournant, agissent à la fois sur toute sa face interne. A mesure que le liquide de l'injection s'échappe, on rapproche les branches en faisant rentrer la pince dans la gaîne, afin que le volume de l'instrument ouvert diminue dans la même proportion que la capacité de l'organe. Pendant toute cette manœuvre, on exécute aussi quelques mouvements de va-et-vient, et on parvient ainsi à découvrir le plus petit corps qui s'interposerait entre les branches.

Ainsi, dans les cas simples, vous arrivez à une certitude complète. Dans les cas compliqués, il n'en est plus de même. Si vous avez affaire à une vessie sans force, sans contractilité, atonique, en vain vous faites des injections froides; le viscère ne se vide pas, et conséquemment ne peut venir embrasser l'instrument. Alors multipliez les recherches, poussez avec force vos injections et coup sur coup.

Mêmes difficultés encore dans les cas de tumeurs prostatiques ou de fongus. Mais, il faut le répéter, ces cas sont exceptionnels, et ne sauraient engager la pratique générale.

Quelquefois la vessie saigne avec une grande facilité, quelle qu'en soit la cause; alors des caillots peuvent se former, entourer les fragments et les faire échapper aux recherches. C'est une circonstance souvent bien embarrassante, mais que l'eau froide injectée, la promptitude de la manœuvre peuvent quelquefois surmonter. Les injections répétées seront encore plus utiles pour débarrasser les fragments masqués sous des mucosités très consistantes. Poussez alors du liquide jusqu'à ce qu'il sorte parfaitement clair.

En résumé, à part ces cas compliqués et exceptionnels, l'homme de l'art peut affirmer la guérison radicale après la lithotritie. Et remarquez, en effet, que pour l'exploration dernière et décisive le chirurgien est dans d'excellentes conditions. Ayant déjà fait plusieurs séances de lithotritie, il connaît tout de son malade : sa vessie, l'urètre, le col. De plus, la sensibilité de toutes les parties est presque éteinte, et cela permet de mettre à l'exploration tout le soin, toute la lenteur même qu'il eût été imprudent et dangereux d'employer au début de l'opération.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Observation de tétanos partiel suivi de mort en quarante-huit heures, avec une contraction spéciale des muscles de l'abdomen.

Nous avons publié récemment dans ce journal un cas de trismus rapidement mortel, et où la mort paraissait due essentiellement à l'occlusion spasmodique du larynx. En voici un autre cas aussi promptement fatal, et où les phénomènes ont été tous différents, et la mort semble être arrivée d'une tout autre manière. Ces deux exemples si divers d'une même affection montreront combien elle est encore peu connue, et appelleront sans doute l'attention des observateurs.

Lombard (Eugène), âgé de vingt-deux ans, entra à l'hôpital le 15 juillet 1852. Quelques heures auparavant, comme il nettoyait des carreaux, le pied lui ayant manqué, son bras droit avait passé au travers des vitres, d'où était résultée une déchirure de 10 centimètres de longueur, occupant le côté interne du bras. Une hémorrhagie très abondante s'était produite par la plaie; on établit une compression avec de l'agaric et de la charpie, et le malade fut transporté à l'hôpital.

Comme l'écoulement du sang était arrêté, le pansement fut respecté; et pendant quatre jours le malade garde le repos au lit, sans qu'il survînt aucun accident.

Le 18 juillet, on enlève la compression, qu'on remplace par des bandelettes de diachylon. L'aspect général de la plaie est satisfaisant, seulement la lèvre supérieure de la plaie est renversée en dedans, et la partie interne de la peau fortement comprimée est un peu sphacélée, mais dans une très petite étendue.

Pendant toute la semaine qui suit, la plaie est pansée à plat, et paraît aller à merveille; la santé du malade ne paraît affaiblie en rien par l'hémorrhagie qui a eu lieu antérieurement.

L 25 juillet au soir, sans cause connue, le malade se plaint de roideur du cou; il a de la peine à avaler et à écarter les mâchoires. Une sueur abondante est survenue avec ces graves symptômes et le fatigue beaucoup.

Le 26, à la visite du matin, en examinant attentivement le malade, on constate tout d'abord une constriction de l'orbiculaire des paupières et une forte contraction des pupilles. Les muscles de la face présentent aussi quelque chose de roide et de convulsif. Les muscles des mâchoires sont fortement contractés; cependant, après un certain effort de volonté de la part du malade, elles finissent par s'écarter de 2 à 3 centimètres; la langue peut sortir de la bouche de la même manière, et déborder les arcades dentaires d'environ 3 à 4 centimètres; elle est aussi mobile dans la bouche, et ne présente pas cette roideur à sa base que nous avons observée chez notre premier malade. Le voile du palais n'offre rien à noter. La déglutition des liquides s'opère encore, mais avec quelque gêne; car le malade est obligé de se mettre sur son séant pour boire, sans quoi il avale de travers, et l'on peut observer que l'ascension du larynx est lente et pénible. Les muscles du cou sont roides, violemment tendus, les sterno-cléido-mastoïdiens font une saillie très prononcée sous la peau. Les muscles des parois thoraciques se contractent bien; la respiration est normale, le thorax s'élève et s'abaisse régulièrement, les contractions du diaphragme sont pareillement régulières; mais les muscles de l'abdomen sont assez vivement rétractés. Il n'y a aucun râle dans la poitrine. Le pouls est à 84 pulsations. Une sueur très abondante couvre le malade, et surtout la tête et la partie supérieure du tronc; on a beau lui essuyer souvent le visage, presque immédiatement après il est inondé de sueur. La soif est vive. La quantité d'urine rendue depuis hier est peu abondante. L'aspect de la plaie est toujours satisfaisant et n'est en rien modifié. Il n'y a aucune douleur dans les membres, le malade ne souffre absolument que de la roideur du cou et de la sueur abondante qui le fatigue. — Huit pilules d'opium de 5 centigrammes chacune; une toutes les heures.

A la visite du soir, ce qui le frappe le plus c'est le progrès de la roideur du cou et des mâchoires. Les mâchoires sont tellement serrées, qu'à peine avec de la patience peuvent-elles s'écarter de 1 centimètre; la langue ne peut plus sortir de la bouche. L'intelligence est cependant aussi nette, aussi précise que le matin; la parole, à part quelques mots, est clairement articulée. Les parois thoraciques paraissent immobiles, et la respiration est entièrement diaphragmatique; l'auscultation indique que l'ampliation du poumon est incomplète; ce n'est qu'en haut qu'on distingue le murmure respiratoire; celui-ci est d'ailleurs normal; il n'y a aucun râle dans la poitrine. Les parois abdominales sont toujours très rétractées; aucune rigidité ni aucune douleur dans les membres. La sueur est toujours très abondante, la miction rare, et, malgré un lavement avec deux gouttes d'huile de croton, il y a de la constipation.

En somme, l'état du malade est plus grave que le matin; l'anxiété respiratoire semble due entièrement à l'immobilité des parois thoraciques et à la rigidité des muscles de l'abdomen; au cou, bien que la roideur soit peut-être un peu plus exagérée que le matin, l'air passe facilement dans la trachée et le larynx. Cependant le malade étant calme et sans douleur, et l'état d'agitation du matin ayant disparu sous l'influence de l'opium, on se borne à prescrire un lavement avec dix gouttes de chloroforme pour faire cesser la contraction manifeste du sphincter de l'anus.

A dix heures et demie du soir, le malade est mieux; il y a manifestement rémission des symptômes tétaniques. La respiration est moins précipitée, les parois thoraciques sont moins immobiles, les muscles du cou moins durs, moins tendus; les mâchoires s'écartent l'une de l'autre de 2 centimètres et demi. Seulement le ventre est toujours très rétracté. Il n'y a aucun râle dans la poitrine; le malade n'éprouve pas de douleurs, et sent au contraire une amélioration dans sa situation.

Le 27, à cinq heures et demie du matin, la nuit a été assez tranquille; cependant le malade est moins bien; il est survenu des douleurs dans les membres et des contractions involontaires dans les muscles. La roideur musculaire au cou et à l'abdomen n'offre rien d'exagéré en la comparant à ce qu'elle était hier dans la journée, mais elle est plus considérable qu'hier soir à dix heures. Les muscles de la face sont roides et convulsivement agités. La sueur est toujours aussi abondante. Les idées du malade commencent à s'embarrasser.

A huit heures, la tête est un peu fléchie sur le tronc; les muscles du cou sont redevenus roides et tendus, les paupières sont fermées et vivement contractées ainsi que les pupilles; les narines, au contraire, largement dilatées; la respiration est haletante, les parois thoraciques, immobiles, ne fonctionnent plus, tandis que le diaphragme paraît se contracter régulièrement. Le ventre est très rétracté, les muscles droits de l'abdomen sont durs, roides et font une saillie très marquée sous la peau. Il n'y a rien dans les poumons à l'auscultation, le murmure respiratoire est pur et s'entend surtout dans les fosses sous-claviculaires. Le pouls est à 95 pulsations; les membres supérieurs sont demi-fléchis et animés de temps en temps de soubresauts convulsifs qui, partant de là et des membres inférieurs, se propagent dans le reste du corps. Le malade entend les paroles qu'on lui adresse, mais il jette les mots et répond par saccades et avec effort. Il dit souffrir beaucoup et surtout de son bras blessé.

A midi, le malade ne reconnaît pas la personne qui s'adresse cependant à lui à plusieurs reprises. Il a toujours des soubresauts convulsifs. La roideur du cou et de l'abdomen est la même; l'état respiratoire et l'aspect de la face sont les mêmes que le matin.

A la visite du soir, il s'est produit une nouvelle rémission des symptômes. Les muscles du cou sont presque dans un état complet de résolution; le ventre bien moins rétracté que le matin, la respiration moins haletante. Les mâchoires s'écartent d'environ 1 centimètre, la langue se meut assez facilement dans la bouche. La soif est assez vive et le malade peut boire seul. La sueur est toujours très abondante, les urines sont rares, la constipation persiste. Aucun râle muqueux dans la poitrine; le pouls est régulier, 84 pulsations. L'intelligence est nette, précise. Il n'y a plus de douleurs dans les membres ni de soubresauts dans les muscles; seulement le malade accuse un engourdissement général dans le bras malade.

A huit heures et demie, la fièvre s'est allumée, le pouls est plein, rebondissant, précipité, à 130 pulsations. Toutes les deux ou trois minutes, le malade est pris d'un mouvement

convulsif qui parcourt tous ses membres et se termine par le soulèvement du tronc. Les muscles du cou ont conservé l'état de résolution qu'ils offraient à quatre heures, mais le ventre est plus rétracté que jamais. Les parois de la poitrine se soulèvent un peu de bas en haut, mais elles ne se dilatent plus; la respiration est entrecoupée; il n'y a pas de râle dans la poitrine. L'intelligence est encore présente, mais la parole est brève; il jette à la hâte ses réponses. La sueur inonde la tête et le tronc. Le malade peut remuer le cou, mais incomplètement; il avale aussi facilement qu'il y a trois heures. Les mâchoires sont toujours très serrées et s'écartent à peine de 1 centimètre.

Jusqu'à onze heures, le malade reste dans l'état que nous venons d'indiquer; l'infirmier qui est de garde près de lui ne remarque aucune modification dans sa position. L'intelligence reste la même. Le malade vient de demander à boire et a avalé facilement, lorsque tout à coup il est pris d'une violente convulsion. On n'a que le temps d'accourir pour le maintenir dans son lit, et il est mort.

L'autopsie n'a pu être faite : il y avait opposition formelle de la part de la famille. M. Rémilly, interne.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Luxation de l'os maxillaire. — Réduction deux mois après.

Par M. Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.

Les luxations de l'os maxillaire n'offrent aucune difficulté dans le diagnostic; mais il n'en est pas de même pour la réduction lorsqu'on est appelé longtemps après l'accident. L'observation suivante en offre une nouvelle preuve.

Françoise Astier, épouse Arnaud, de Saint-Laurent-des-Arbres (Gard), âgée de vingt-huit ans, adonnée aux travaux de la campagne, d'une constitution assez grêle, en voulant mordre sur une poire éprouva une vive douleur dans l'articulation de l'os maxillaire inférieur et resta dans l'impossibilité de fermer la bouche et de mettre en contact les arcades dentaires; l'inférieure faisait une saillie considérable en avant sur la supérieure.

La malade consulta le lendemain de l'accident un médecin de la ville la plus voisine et plus tard un autre médecin d'Avignon, qui tous deux méconnurent la nature de la lésion.

Si je dois m'en rapporter au dire de la femme Astier, ils conseillèrent des applications de cataplasmes, des pommades belladonées et annoncèrent que dans quelque temps les mâchoires pourraient se rapprocher, que la gêne éprouvée provenait du déplacement de quelques dents molaires qu'il faudrait plus tard arracher.

Bercée par cette espérance pendant près de deux mois, la malade attendait patiemment le rapprochement de ses mâchoires; mais comme elle ne le voyait pas arriver, elle se décida à venir me consulter, ne se doutant pourtant pas de la gravité de sa position.

Le 15 février 1851, elle se présenta à ma visite à l'hôpital; il ne pouvait exister de doute sur la nature de la maladie; l'écartement des arcades dentaires était d'au moins 3 centimètres; l'inférieure faisait une saillie en avant de 1 centimètre et demi sur la supérieure. Il était donc évident que nous avions affaire à une luxation de l'os maxillaire.

Si le diagnostic était facile, il n'en était pas de même pour obtenir la réduction, et nous annonçâmes aux élèves qu'elle serait entourée de difficultés avec d'autant plus de raison que nous étions dépourvu du dilatateur de Stromeyer, qui nous paraissait être un instrument indispensable dans ce cas.

Nos prévisions furent malheureusement réalisées; après avoir soumis la malade aux inhalations du chloroforme, nous essayâmes vainement, soit avec les mains, soit à l'aide d'une forte pince à mors plats, d'obtenir l'éloignement de la partie postérieure des arcades dentaires et l'abaissement de l'os maxillaire; nous dûmes y renoncer, étant privé du moyen mécanique qui seul paraissait capable de vaincre la résistance opposée par les muscles puissants qui relèvent la mâchoire inférieure aggravée par l'ancienneté du mal.

Nous conseillâmes à la malade d'aller à l'hôpital de Montpellier, qui possède un arsenal complet de chirurgie, et nous l'adressâmes à notre ami M. le professeur Bouisson, qui dès le premier jour essaya vainement la réduction à l'aide des mains et des moyens ordinaires.

Nous lui avions signalé dans la lettre qui accompagnait la malade les difficultés que nous avions rencontrées et l'opinion où nous étions que le dilatateur de Stromeyer était l'instrument indispensable à la réussite de l'opération.

Le 17 février, après avoir chloroformisé la malade de manière à la plonger dans une anesthésie complète, le dilatateur de Stromeyer fut introduit entre les arcades dentaires, dont on obtint avec assez de facilité l'éloignement; on put donc ramener l'os dans sa position normale, sans que la malade eût conscience de l'opération qu'elle subissait.

Lorsqu'elle fut revenue de son sommeil chloroformique, elle put remuer sa mâchoire, tout en conservant encore de la gêne dans les mouvements, surtout dans celui de constriction; elle éprouvait une douleur marquée dans le point correspondant à l'articulation temporo-maxillaire. Ces accidents se dissipèrent pourtant avec assez de rapidité, et, huit jours après, la femme Astier revint à Avignon parfaitement guérie.

Cette observation me semble devoir fixer l'attention pour plusieurs motifs; d'abord, comment s'expliquer que deux docteurs aient pu méconnaître un accident dont le diagnostic est si facile? Et, dans le cas où ils l'auraient reconnu, pourquoi n'ont-ils pas procédé immédiatement à la réduction, et ont-ils exposé ainsi la malade aux difficultés qui devaient plus tard entraver cette opération?

On doit aussi regretter que l'instrument de Stromeyer soit tellement tombé en désuétude, qu'on ne le trouve que dans de très rares arsenaux, à tel point que M. Charrière, dont les connaissances sont si vastes et si complètes en ce qui regarde les instruments de chirurgie, en ignorait l'existence lorsque je le lui demandai il y a peu de jours. On doit peut-être s'expliquer l'oubli où est tombé cet instrument par la facilité avec laquelle on réussit, dans la généralité des cas, à opérer la réduction lorsqu'on agit peu de temps après l'accident.

Enfin, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est le succès obtenu par M. Bouisson deux mois après l'accident, ce qui est, je crois, un fait unique dans la science, et dont je suis heureux de faire honneur à mon savant ami.

(*Rev. méd.-chirurg.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 OCTOBRE.

Discours de M. Ricord sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Messieurs, autant que M. Velpeau, je comprends la lassitude que doit éprouver l'Académie; autant que lui je voudrais mettre un terme à cette discussion. Mais l'Académie me rendra cette justice, c'est que je ne l'ai ni provoquée, ni entretenue, et que je n'ai fait qu'user de mon droit de défense. M. Velpeau vient de persister dans des objections que je croyais avoir détruites, il faut bien que l'Académie tolère de me les entendre réfuter une fois encore. Au demeurant, je serai bref; car je suis plus fatigué que personne d'être obligé de répéter constamment les mêmes choses.

M. Velpeau s'est livré une fois encore à une critique ingénieuse, mais facile, de faits et d'observations produits par moi, et auxquels il persiste à donner un caractère, une valeur, une importance que je ne leur ai jamais attribuée. Mon contradicteur se trompe étrangement s'il croit que ce sont là les états et les fondements de ma doctrine. Non, messieurs, ce ne sont pas là des faits basiques, si je puis m'exprimer ainsi; et puisqu'on s'y méprend encore, il faut bien que je leur restitue moi-même encore leur signification véritable.

Qu'ai-je voulu prouver par ces faits? Uniquement ceci : c'est que la porte d'entrée de la syphilis constitutionnelle n'est pas toujours facile à trouver; c'est qu'il faut beaucoup de soins, beaucoup de recherches, une investigation minutieuse, pour remonter à l'origine des accidents constitutionnels qu'on a actuellement sous les yeux, et que, lorsque ce sévère et rigoureux examen n'a pas été fait, on n'est pas en droit de conclure à l'inexactitude des doctrines que je défends. Et remarquez, messieurs, qu'avec toutes les précautions que j'indique on n'arrive pas toujours à la détermination rigoureuse et physique de l'origine de la syphilis; mais alors que faire, si ce n'est d'avoir recours, comme je le fais, au diagnostic rationnel?

Eh bien! c'est ce que M. Velpeau me reproche de faire. Mais, en vérité, je ne comprends pas cette objection. Ainsi, une dame se présente à moi avec une syphilide. J'interroge, et j'apprends que son mari, affecté d'un chancre de la verge, et imbu de ce préjugé populaire que les organes génitaux seuls peuvent s'infecter, a des rapports avec sa femme *a præpostera venere*. Cette dame se plaint bientôt d'accidents douloureux du côté du rectum, que l'on traite de fissure à l'anus. Quelque temps après une syphilide se montre. Cette dame m'arrive, j'apprends les circonstances qui précèdent, je touche le rectum, j'y trouve une induration, et M. Velpeau ne veut pas que, logiquement, rationnellement, je voie dans cette induration la preuve d'un chancre qui a préexisté, lequel chancre a été l'origine et la porte d'entrée des accidents secondaires que j'ai maintenant sous les yeux! Mais alors que faut-il admettre, que faut-il rejeter dans les sciences? Certainement j'étais en droit de penser que M. Velpeau ne croyait pas à la possibilité de contracter la vérole par l'anus. Il se défend aujourd'hui de cela, et il assure qu'il n'est pas assez naïf pour ne pas savoir que le rectum est une des portes ouvertes à la syphilis. Pourquoi donc rejette-t-il mon fait? Serait-ce qu'il le rangerait dans la catégorie de ceux que notre savant collègue *reconnaît*, mais qu'il n'*admet* pas?

Pour prouver toujours la difficulté fréquente de remonter à l'origine de la vérole, j'ai cité des faits de contagion primitive par les doigts souillés de pus chancreux, par des draps de lit, par des instruments contaminés, par la lunette des lieux d'aisances, etc. Après la critique si spirituelle et si vive qu'en a présentée M. Velpeau, que pouvais-je penser et conclure, si ce n'est que mon contradicteur n'admettait pas ce genre de transmission? Mais M. Velpeau se ravise aujourd'hui, ce sont encore des faits qu'il reconnaît, mais qu'il n'admet pas. Et pourquoi cela? Parce qu'ils sont vagues et peu rigoureux. Mais je ne dis pas autre chose, je ne les donne pas comme des vérités démontrées et mathématiques; je dis seulement : Voilà mon explication, trouvez-en une meilleure, sinon vous êtes forcé d'admettre la spontanéité de la syphilis, opinion qui vous répugne. Je ne dis pas comme Cullerier l'ancien : Il faut admettre les faits de Fallope, de l'un des Fabrice, ne serait-ce que pour expliquer des faits inexplicables; non, mais quand j'ai épuisé toutes les hypothèses, toutes les conjectures, et que je vois une circonstance qui, rationnellement, satisfait mon esprit, je l'adopte plutôt que de recourir à une exception que l'expérimentation et la clinique me défendent d'admettre.

M. Velpeau s'était beaucoup égayé à l'occasion du fait, si souvent reproduit dans cette discussion, de l'amant qui infecte son ami par l'intermédiaire de sa femme qui, elle, reste indemne. N'étais-je pas autorisé à penser ou que M. Velpeau niait le fait ou qu'il n'admettait pas ce genre d'infection par dépôt du pus virulent sur une muqueuse qui reste saine. Mais non, M. Velpeau ne conteste ni le fait, ni la possibilité du fait; seulement il lui manque la démonstration. Assurément, je n'ai pas vu la molécule virulente déposée dans le vagin de cette femme et puis reprise par l'infortuné mari. Mais, ce que j'ai vu, le voici, et je le répète et je l'affirme : Un jeune couple vient me consulter; le mari porte un chancre à la verge, et proteste sur son honneur qu'il n'a vu que sa femme; j'examine celle-ci, rien. Le lendemain, cette femme revient avec un autre homme, et me dit : voilà le coupable. Je l'examine, il porte un énorme chancre du gland à l'état de progrès. J'apprends que cet homme a eu des rapports avec cette femme quelques instants avant le mari, et vous ne voulez pas que je conclue, que j'admette comme un fait rationnel, irrésistible, que l'amant a déposé le pus dans le canal de cette femme et que le mari est venu s'infecter à cette source! Où donc trouver les éléments de la certitude rationnelle si ce n'est là?

Et remarquez, messieurs, que mon savant contradicteur, si incrédule, si sceptique à l'endroit de mes faits, me reproche vivement les doutes que j'ai élevés à l'occasion du fait cité par Babingthon; vous vous rappelez bien ce fait dans lequel un mari en voyage ayant eu des rapports avec une femme suspecte plusieurs jours avant sa rentrée sous le toit conjugal....

M. Velpeau. Trois jours avant.

M. Ricord. Soit, trois jours avant sa rentrée, et ne présentant alors aucun accident syphilitique, a des rapports avec sa femme, à laquelle il donne la blennorrbagie, car il ne s'agit que de blennorrhagie, laquelle blennorrhagie ne paraît chez lui que quelques jours après celle de sa femme. Babingthon en conclut et M. Velpeau admet que c'est le mari qui a infecté la femme. M. Velpeau trouve des rapports entre cette observation, que je rejette, et celle du jeune couple de tout à l'heure, que j'admets. Pour moi, je ne peux établir aucune espèce de rapprochement entre mon fait, où je trouve une cause visible et tangible de l'infection, et le fait de Babingthon, où je ne trouve rien. Si ce mari n'avait rien, il n'a pu rien donner; car c'est un fait incontestable, une loi fatale celle-ci, que la transmission du chancre ou de la blennorrhagie exige une surface sécrétante et un produit de sécrétion. Rien de semblable dans l'observation qu'on m'objecte, et dès lors je suis autorisé à donner à ce fait une autre explication que celle qu'il a reçue et de l'observateur et du mari, et cela sans porter atteinte à la vertu des dames anglaises que personne n'honore plus que moi.

M. Velpeau s'est livré à une sorte d'enquête relativement au fait de ce jeune enfant que j'ai vu en consultation avec M. Richet; cet enfant qui était atteint de syphilis et dont le père, la mère et la nourrice étaient indemnes de tout accident syphilitique. Si M. Velpeau a voulu jeter des doutes sur ma véracité et ma bonne foi....

M. Velpeau. J'ai déclaré très expressément, au contraire, et je déclare encore que M. Ricord me prête une intention que je n'ai pas. J'ai parlé d'erreur, je crois à une erreur, et je ne dis pas autre chose.

M. Ricord. Je remercie M. Velpeau de sa déclaration; eh bien! l'erreur, si erreur il y a, de quel côté se trouve-t-elle? J'ai écrit ce passage de mes *Lettres* de souvenir, avec les éléments que l'on peut recueillir dans une consultation. J'ai parlé d'un commis de la maison qui avait la vérole, ce commis portait souvent cet enfant sur ses bras; j'ai cru trouver là l'origine de la syphilis de l'enfant: tels sont les faits que ma mémoire m'a reproduits. M. Richet les conteste aujourd'hui; sa mémoire, à lui, ne les lui rappelle pas, voilà tout. Il ne s'agit que de savoir qui, de M. Richet ou de moi, a la mémoire meilleure. Notez bien, d'ailleurs, que je n'avais pas besoin de ce fait, et qu'en éloignant l'explication que j'ai donnée, mes adversaires n'en sont pas moins en présence de ce problème que je les défie de résoudre : voici un enfant syphilitique, le père n'a rien, la mère n'a rien, la nourrice n'a rien; d'où lui est venue cette syphilis? Et que prouve-t-il, ce fait, en dernière analyse, si ce n'est ce que j'ai voulu qu'il prouvât, à savoir, que l'origine de la syphilis est souvent très difficile à trouver? Vous ne voulez pas de mon explication, soit; donnez m'en une meilleure, et je l'accepterai.

Mais M. Velpeau ajoute : Je ne suis pas tenu à vous donner une explication, je ne la cherche pas. Prenez garde, lui répondrai-je, si vous ne cherchez pas une explication, vous cherchez au moins une interprétation, et celle-ci vous la tournez contre mes doctrines. Eh bien! je dis que vous n'y êtes pas autorisé, parce que dans un cas donné vous ne trouvez pas la porte d'entrée de la syphilis, vous n'avez pas le droit de dire que mes principes sur l'origine fatale de la vérole ne sont pas l'expression de la vérité, tandis que moi j'ai toujours le droit de vous dire : Vous n'avez pas cherché partout, vous avez mal cherché; cherchez encore, parce qu'il en est ici comme dans l'Evangile : cherchez et vous trouverez.

L'hérédité! oh! ici M. Velpeau s'écrie avec un petit air de victoire : Quoi! vous admettez que le fœtus dans le sein de sa mère peut infecter la mère, et vous rejetez la contagion des accidents secondaires par les nourrices? Mais n'est-ce pas le même moyen de transmission dans l'un et l'autre cas?

Non, mille fois non, monsieur Velpeau, vous être trop savant physiologiste pour vous satisfaire de cette assimilation décevante. Le fœtus, qu'est-ce autre chose, si ce n'est une sorte d'organe de la mère, liée à elle par les liens de la plus intime vascularité, vivant de sa vie et de son sang; mère, fœtus, n'est-ce pas tout un, n'est-ce pas la même solidarité vitale qu'il est impossible de rompre? Et comment penser, sans bouleverser toutes les notions acquises sur la transmission des maladies, à assimiler celle qui se fait du fœtus à la mère avec celle que l'on voudrait établir entre la nourrice et le nourrisson? Cet argument, dont je voudrais pouvoir développer la réfutation, n'a donc pour moi aucune valeur, et je m'étonne de le trouver dans la bouche de mon savant contradicteur.

M. Velpeau me reproche de n'avoir opposé qu'une plaisanterie aux faits de M. le docteur Bardinet, de Limoges. Je ne connais pas les faits de cet honorable observateur. M. Velpeau n'a cité qu'un fragment de l'une de ses observations, et dans ce fragment se trouve la circonstance que j'ai rappelée, à savoir, que cette femme était Allemande et n'entendait pas le français, circonstance que l'on donnait comme une garantie de sa vertu. A cela, j'ai répondu que l'amour parlait toutes les langues, et qu'il me fallait d'autres preuves d'innocence pour me convaincre. Si les observations de M. Bardinet sont publiées, je les examinerai avec tout le soin qu'elles méritent.

Le temps et votre impatience me pressent, messieurs; cependant je voudrais répondre quelques mots aux *décrets* de M. Velpeau qu'il oppose à mes *lois*.

M. Moreau. Je demande la parole pour une motion d'ordre. Il s'agit de la question de la transmissibilité des accidents secondaires, et pas d'autre chose. Je voudrais que l'orateur fût invité à rentrer dans la question.

M. le président. Je fais remarquer à M. Moreau que M. Ricord n'est pas un instant sorti de la question, et que, dans ce qui lui reste à dire, il ne fera que répondre aux objections qui lui ont été faites par le précédent orateur.

M. Ricord. La motion de M. Moreau me paraît un peu tardive; il fallait la produire lorsque les précédents orateurs ont mis en cause et en discussion toute ma doctrine; maintenant qu'à cette heure avancée, et que je n'ai que quelques minutes pour répondre spontanément à un discours médité et réfléchi, on veut encore étrangler ma réponse, je m'arrête...

Plusieurs voix. Non! non! parlez!

M. Ricord. Je m'arrête, dis-je, et je termine en disant à l'Académie qu'elle a autre chose et mieux à faire que d'écouter des discours; c'est de nommer une commission qui soit chargée de vérifier cliniquement la vérité des doctrines que je professe. Je me fais fort de lui démontrer la réalité de tous ces principes qu'elle a entendu contester. On a parlé de concession, je n'en ai fait aucune. Si je ne conseille pas les rapports d'une personne saine avec une personne affectée d'accidents secondaires, c'est parce que je connais la difficulté de préciser le diagnostic dans certains cas, et qu'il faut tenir compte dans la pratique de cette circonstance importante. Ce n'est pas là une concession scientifique, c'est une réserve de pratique, et voilà tout.

M. MOREAU. Concluez-vous que les accidents secondaires ne sont pas contagieux ?

M. RICORD. Je conclus que tout ce que j'ai vu, observé et expérimenté me prouve que les accidents secondaires de la syphilis ne sont pas transmissibles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 octobre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Langenbeck, de Berlin, assiste à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur fibro-plastique récidivée deux fois à la hanche.

M. LARREY présente un malade du Val-de-Grâce dont il a déjà entretenu la Société dans les séances du 21 janvier et du 10 mars de cette année, au sujet d'une tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe. Cette tumeur, développée depuis l'enfance sans cause primitive appréciable, s'était accrue progressivement sous l'influence de causes mécaniques et des fatigues du service militaire. L'extirpation en a été faite pour la première fois au mois de mars 1851, et a offert à l'examen anatomo-pathologique et au microscope les caractères les plus exacts des tumeurs fibro-plastiques. La récidive, survenue sur place quelques mois après avec un développement plus considérable, a nécessité une seconde opération, qui fut pratiquée le 15 janvier 1852. La cicatrisation, obtenue après quelques accidents, a été suivie enfin d'une autre récidive locale sans engorgement des ganglions lymphatiques et sans indice de diathèse générale. La tumeur, largement étalée sur toute l'étendue de la cicatrice, offre à peu près les mêmes caractères qu'à son origine; mais elle semble cependant ramollie vers un point de sa surface, et elle est devenue plus profondément le siége de douleurs lancinantes. M. Larrey, en soumettant de nouveau cette tumeur à l'observation de ses collègues, s'accorde avec eux sur la nécessité d'une troisième extirpation, qu'il pratiquera le lendemain, et il insiste sur la nouvelle démonstration que ce fait apporte aux savantes recherches de M. Lebert pour différencier les tumeurs fibro-plastiques des tumeurs cancéreuses.

Suite de la discussion du mémoire de M. le professeur Roux sur les anévrismes.

M. GIRALDÈS (à l'occasion du procès-verbal). Dans la dernière séance, à propos des objections adressées à M. Roux par M. Gerdy au sujet de la méthode de Hunter, qu'il croit devoir attribuer à Anel, j'ai fait remarquer qu'il ajoutait à l'opération pratiquée par ce chirurgien plus d'importance qu'il n'en donnait lui-même, et que l'opération en question avait été faite d'après des considérations très secondaires et qu'on pourrait même dire sans connaissance de cause.

Comme ces objections ne reposaient que sur des souvenirs, j'ai dû voir si ma mémoire ne m'avait pas fait défaut et si je devais les modifier.

Après avoir consulté de nouveau le travail d'Anel (*Suite de la nouvelle méthode de guérir les fistules* ou *Discours apologétique dans lequel on a inséré différentes pièces*, par Dominique Anel; Turin, 1714, p. 255) où il est question de cette opération, je crois pouvoir les maintenir comme j'ai eu l'honneur de les présenter. Il est facile d'en trouver la preuve dans le mémoire apologétique composé par Anel en réponse aux critiques du chirurgien Signoretti : dans ce mémoire, il énumère complaisamment les différentes opérations qu'il a pratiquées; il entre dans tous les détails, et, lorsqu'il s'agit de l'opération de l'anévrisme pratiquée en 1710 sur le missionnaire Bernardin de Bolseno, il ajoute des réflexions qui prouvent de la manière la plus évidente qu'aucune donnée générale n'avait précédé ou suivi son exécution.

Anel découvre l'artère humérale, lie le vaisseau le plus près possible de la tumeur, et après avoir relâché le tourniquet, s'apercevant que du sang est fourni par une artère musculaire divisée pendant l'opération dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, il lie derechef l'artère humérale dans un point plus élevé. Cette manière de pratiquer l'opération, les détails et les réflexions qu'il ajoute permettent de conclure qu'il n'est pas le créateur de la méthode connue sous le nom de Hunter.

M. GERDY. Historiquement on doit admettre que c'est Anel qui a le premier lié l'artère au-dessus du sac, si toutefois on excepte les anciens chez lesquels on retrouve aussi quelques indications pour respecter la tumeur. Toutes les raisons que M. Giraldès vient de donner confirment les droits d'Anel. Ce qu'il redoutait en ouvrant le sac, c'était d'avoir des hémorrhagies. Guillemeau, qui connaissait ces dangers, avait également lié au-dessus du sac; Anel avait pris ce parti, parce qu'il lui suffisait de faire une petite incision au-dessus du sac; si maintenant on objecte qu'il ne connaissait pas la circulation collatérale, je dirai que ce n'est guère que depuis Haller et Scarpa qu'on s'est occupé de ce point de la science, qui est loin d'être encore bien connu, comme vous avez pu le voir dernièrement à propos de la pièce qui vous a été présentée par M. Verneuil.

J'ai employé le mot enkysté, que M. Larrey semble trouver mauvais, non pour faire une nouvelle classification, mais pour simplifier l'ancienne; tous les anévrismes, après la rupture du sac, deviennent enkystés, même les anévrismes traumatiques, qui ne sont d'abord qu'une simple blessure artérielle.

Tous les anévrismes ne sont-ils pas constitués par un sac celluleux rempli de caillots et de sang plus ou moins fluide? Il est, je crois, très important de débarrasser la science de toutes ces superfétations qui ne peuvent que l'obscurcir.

Dans les remarques relatives à la médecine opératoire que j'ai faites dans la dernière séance, je n'ai point cherché à attaquer Lisfranc : la proposition que j'avais émise n'est pas nouvelle; seulement j'ai insisté sur ce point qu'on ne s'était pas assez occupé de l'anatomie des formes; quant à l'incision oblique, qu'il pratiquait dans la ligature de la tibiale antérieure, je n'ignore pas que c'était pour mieux distinguer l'interstice musculaire; seulement je préfère inciser parallèlement à la direction de l'artère.

M. ROUX. Je crois que la discussion s'est un peu écartée du sujet; la question que j'ai traitée devant vous est une question essentiellement pratique; je croyais donc que les objections porteraient principalement sur le choix des méthodes; mais, puisque la Société a permis que la discussion portât sur d'autres points, je lui demanderai la permission de les discuter aussi.

Comme l'a très bien fait remarquer notre honorable collègue M. Larrey, il est impossible d'admettre la division que M. Gerdy propose; je crois qu'il faut conserver l'ancienne division qui admettait des anévrismes spontanés et des anévrismes traumatiques, car il existe une telle différence dans la marche et les suites de ces deux maladies qu'on ne saurait les confondre.

Dans les anévrismes spontanés, bien que la cause première soit plutôt extérieure que spontanée, il arrive toujours au bout d'un certain temps que la poche anévrismale se confond avec l'artère, tant l'ouverture de communication s'est agrandie.

Au contraire, dans les anévrismes traumatiques, il y a une véritable solution de continuité qui peut changer un peu de forme avec le temps; mais jamais cette ouverture de communication ne présente ces hords frangés irréguliers qu'on observe dans les anévrismes spontanés.

Plutôt que d'incorporer dans la science des mots nouveaux, je crois qu'il vaut mieux se contenter de l'ancienne classification, tant il est difficile d'en avoir une bonne.

Lorsque M. Giraldès objectait à M. Gerdy qu'Anel n'était pas véritablement l'auteur de la méthode qui consiste à lier l'artère au-dessus du sac, je crois qu'il avait raison. Autant que personne, je suis heureux lorsqu'un Français fait une découverte; mais ici, il faut rendre à chacun la part de gloire qui lui appartient. Oui, historiquement, Anel, antérieurement à Hunter, avait fait la ligature de l'artère en respectant le sac; mais si on recherchait ailleurs, il serait facile de démontrer par des exemples analogues que bien souvent dans les découvertes le second éclipse à juste titre la gloire du premier, et il est bien possible que si Anel a agi ainsi, c'est qu'il ne pouvait pas faire autrement.

Plus tard Hunter et Desault ont la même idée; au lieu d'ouvrir le sac dans un cas d'anévrisme poplité, ils substituent la ligature de l'artère crurale, opération regardée alors comme très hardie. Quel était leur but? C'était d'agir sur un point où l'artère n'était pas malade.

Hunter, qui venait de faire cette révolution dans la science, fut blâmé par Pott; et cependant à cette époque on pratiquait l'amputation de la cuisse pour un anévrisme poplité. Une fois ce pas immense fait, de jour en jour on a porté les ligatures plus haut en se rapprochant du tronc, et on est arrivé à des résultats merveilleux. Certes, sans cette méthode, il est douteux qu'on eût jamais obtenu d'aussi beaux succès.

Si on veut mettre fin à ce point de la discussion, il faut allier ensemble ces deux noms glorieux, et dire méthode d'Anel ou de Hunter; mais, à mon sens, la part de gloire de ce dernier doit être plus considérable, car c'est lui qui a donné à la science cette immense impulsion.

Que les anévrismes pour notre honorable collègue M. Gerdy ne soient pas la suite de la déchirure des membranes, qu'il n'ait pas surpris la nature sur le fait et que ses expériences ne lui aient jamais fait voir de ruptures des membranes artérielles, c'est possible; mais il ne faut pas perdre de vue que le plus grand nombre des anévrismes a été observé au jarret chez des individus qui par profession ont souvent les jambes fléchies, comme les remouleurs, les tailleurs, etc. Si l'anévrisme est la suite d'un effort, pourquoi les artères n'y sont-elles pas toutes sujettes dans une égale proportion?

Je n'entends cependant pas soutenir la doctrine de Scarpa; je crois qu'elle est trop absolue. Cet illustre chirurgien voulait défendre la méthode de Hunter, en disant que l'artère est toujours malade là où elle se rompt; peut-être est-il mal de dire quelques mots qui sembleraient attaquer sa mémoire; mais la vérité est qu'il s'est laissé aller à des préventions. Ainsi au moment où en France Pelletan, Deschamps, Boyer, pratiquaient avec succès l'opération des anévrismes en ouvrant le sac, Scarpa niait la possibilité de ces succès. Boyer ne tenait autant à cette méthode que parce qu'elle lui avait réussi.

Dans trois cas d'anévrismes opérés à la Charité, et qu'il n'avait pas vus, Scarpa dit qu'il y avait altération des artères. Comme vous le voyez, les moyens que le professeur de Pavie employait pour atteindre son but n'étaient pas d'une parfaite loyauté.

Ces divers points ne devaient pas ressortir de la discussion de mon travail, et je remercie M. Gerdy de m'avoir donné l'occasion d'exposer mes opinions sur cette partie si importante de la pathologie externe.

Reste maintenant la question des procédés pour le genre de ligature. Je ne prétends en aucune manière dire que le procédé de Scarpa l'emporte sur les autres; je n'ai par devers moi aucun terme de comparaison; seulement, comme mes succès l'emportent sur mes revers, je veux rester fidèle à mon procédé, ne voulant pas m'engager dans l'inconnu.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai vu avec peine que M. Roux semblait vouloir s'élever contre le langage chirurgical nouveau. Quant aux objections de M. Giraldès qui conteste à Anel le titre d'inventeur de cette méthode, je crois qu'elles sont sans importance. Anel, après sa première ligature, trouve une artère qui donne du sang. De là l'obligation de faire une nouvelle ligature. Hunter, à sa place, eût agi de même. Toutes les explications données par Anel dans son mémoire justificatif sont de nature à lui en assurer la priorité. J'ai toujours été vivement affecté de voir attribuer à Hunter l'honneur de cette découverte; Hunter a simplement fait un procédé dans une méthode.

M. GIRALDÈS. Je ferai remarquer à M. Morel-Lavallée que l'appréciation des faits, en matière scientifique, diffère suivant les renseignements plus ou moins exacts qu'on possède sur la question en litige. J'ajouterai aussi qu'il n'est pas possible d'établir la moindre confusion dans des faits aussi divers; qu'on ne peut pas attribuer à Hunter ce qui appartient à Anel, pas plus qu'on ne peut attribuer à ce dernier ce qui appartient à Guillemeau.

Anel, pour guérir un anévrisme traumatique du pli du coude, lie le vaisseau le plus près de la tumeur sans ouvrir le sac, et cela seulement pour éviter une cicatrice dans cette région. Hunter, en 1785, lie l'artère fémorale pour guérir un anévrisme poplité, et il place la ligature le plus loin possible de la tumeur afin d'éviter de lier l'artère dans un point malade, crainte d'hémorrhagies. Il va même plus loin; car de son opération il déduit toute une doctrine et une méthode opératoire qu'il croit applicable à la guérison des anévrismes des différentes régions. Je crois donc, jusqu'à preuve du contraire, que Hunter est le créateur de la méthode qui porte son nom.

En terminant, je dirai que, malgré le nombre considérable de succès obtenus par M. Roux, j'ai été frappé du nombre des insuccès en comparant toutes les statistiques; c'est environ un tiers. Je crois donc qu'il serait du devoir du chirurgien d'appliquer le traitement qui a donné les plus beaux résultats, la compression.

Correspondance.

M. le docteur MAYOR, de Genève, nommé associé étranger, adresse une lettre de remercîments à la Société.

— M. HUGUIER, au nom de la commission, annonce que M. Deguise père va aussi bien que possible, et qu'il n'est survenu aucun accident.

M. LE PRÉSIDENT prie la commission de vouloir bien conti[nuer ses] visites près de notre honorable confrère.

— M. le docteur GENSOUL, de Lyon, membre correspond[ant,] adresse la lettre suivante à la Société :

Fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate.

« Monsieur et très honoré confrère,

» Une question de responsabilité médicale relativement à un cas de fracture de l'omoplate est actuellement soumise au jugement des tribunaux. Je ne connais que très imparfaitement les faits de la cause, et ne puis avoir l'intention d'intervenir dans le débat; mais parmi plusieurs cas de fracture de l'omoplate que j'ai observés, il en est un qui est tellement rare qu'il sera, je pense, lu avec intérêt. Les conclusions à tirer de ce fait sont tellement évidentes que je dois me horner à le rapporter.

» Le nommé Revenu, cultivateur à Sainte-Foy-lès-Lyon, se présenta dans mon cabinet le 3 février 1834. Il se plaignait d'une douleur vive au bas de l'épaule lorsqu'il exécutait des mouvements. La veille, me dit-il, en descendant une côte très rapide et pavée, mon pied droit a glissé; j'ai failli tomber en arrière sur le dos, mais je me suis retenu sur la main droite et me suis redressé sans que mon dos ait *touché* la terre. Je souffrais un peu; mais comme je n'étais pas tombé, je regagnai mon domicile, pensant que la douleur disparaîtrait bientôt; mais aujourd'hui je souffre davantage, et je viens me faire examiner. Je fis dépouiller de ses vêtements cet homme vigoureux, alors âgé de quarante-huit ans, et je reconnus une fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate. Le fragment inférieur était si sensiblement écarté qu'en portant l'épaule en arrière il était facile de le mouvoir, de le faire crépiter contre le corps de l'omoplate. Le docteur Perouse, mon secrétaire à cette époque, constata sans peine et à l'instant cette fracture, qui se reconnaissait, passez-moi l'expression, à pleine main. Il était évident que les efforts spontanés et convulsifs des muscles grands ronds et des faisceaux musculaires du grand dorsal, qui s'insèrent à l'angle inférieur de l'omoplate, avaient rompu cet os et détaché son angle inférieur; cependant l'action des autres muscles du tronc avaient suffi pour que le malade pût se redresser et regagner son domicile sans douleur trop vive et sans qu'il fût privé de mouvoir son bras. Je plaçai le bras demi-fléchi, appuyé sur les côtés du tronc; je le maintins dans cette position quarante-cinq à cinquante jours, et la guérison a été si complète que, quelques mois après, il était impossible de reconnaître le lieu de la fracture.

» Dans le courant de l'année 1848, le même malade se présenta de nouveau dans mon cabinet; il venait de tomber sur le dos en marchant dans une rue dont une pluie fine avait rendu les pavés glissants : le côté gauche et postérieur du tronc avait violemment frappé le sol. A peine eut-il dépouillé ses vêtements que, portant la main sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche, je reconnus une fracture semblable à celle que j'avais constatée quatorze ans auparavant à l'angle de l'omoplate du côté opposé. Les mouvements du bras étaient douloureux, mais ils pouvaient s'exécuter presque dans tous les sens. Le traitement fut le même; la guérison eut lieu de la même manière. Aujourd'hui le malade travaille la terre avec vigueur, malgré ses soixante-six ans.

» Je dois ajouter que Revenu n'a jamais été affecté de maladies vénériennes, n'a jamais éprouvé d'autres fractures, et la seule prédisposition que l'on pourrait supposer chez cet homme robuste serait une petite épaisseur congéniale des tissus osseux des omoplates.

» Agréez, etc. GENSOUL. »

— M. GOSSELIN a la parole pour lire, au nom de la commission, le rapport fait sur le mémoire de M. Richet. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire de la société, MARJOLIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 septembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance comprend :

1° Un rapport sur la pratique médico-chirurgicale et le mouvement des dispensaires de Paris pendant l'année 1851, par M. Compérat (M. Masson est prié d'en rendre compte à la Société);

2° De nouvelles études chimiques sur le sang, par M. Lecanu (M. Carron, rapporteur);

3° Le numéro de juillet des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (M. Terrier, rapporteur);

4° Le discours de M. Larrey à la Société de chirurgie dans la séance du 7 juillet 1852 (M. Magne est chargé d'écrire à M. Larrey pour le remercier au nom de la Société).

Du traitement des scrofules.

M. CARRON. En vous parlant, dans une de nos dernières séances, de l'affection scrofuleuse, je vous disais que je considérais cette maladie comme le résultat d'une assimilation mauvaise, et que le moyen qui m'avait réussi par excellence était l'acide chlorhydrique. Dans son rapport sur les travaux de M. Legrand, M. Duhamel a cité comme agents héroïques le stannate d'or et le chlorure d'or; d'un autre côté, si nous consultons les annales de la science, nous voyons toujours préconiser les chlorures de baryte, d'or et d'ammoniaque. Ne serait-on pas fondé à penser que les succès doivent être attribués à l'action de l'acide hydrochlorique seul, et que l'or, la baryte et l'ammoniaque peuvent être mis de côté comme à peu près nuls? Ce point est d'autant plus important qu'il en résulterait une économie dans l'achat des médicaments, et l'on sait qu'en général les scrofuleux sont loin d'appartenir à la classe aisée.

Je donne en ce moment, au sixième dispensaire, des soins à une femme atteinte de psoriasis. A la suite de nombreux traitements, elle en était réduite à vivre avec son infirmité. Sous l'influence de l'acide hydrochlorique, associé au quinquina et à la tisane de douce-amère, l'affection lépreuse s'est tellement améliorée qu'il en reste à peine quelque trace. En moins de quinze jours il existait déjà un mieux sensible. Le traitement a été commencé il y a six mois, et malgré les règlements des dispensaires, qui ne permettent qu'un séjour de trois mois, cette malade a été autorisée à demeurer jusqu'à complète guérison.

Durant le cours de ce traitement, j'ai essayé plusieurs fois de cesser l'usage de l'acide chlorhydrique; mais chaque fois les fonctions digestives se ralentissaient, et le psoriasis reparaissait. En somme, je crois que l'acide hydrochlorique remplace les autres préparations, et, de plus, il a l'avantage d'être meilleur marché.

M. DUHAMEL fait observer que l'agent qui a donné à M. Legrand les meilleurs résultats est le stannate d'or; ce médicament ne con-

tient pas de chlore, et, lorsqu'il est prescrit, même à dose élevée, ne revient pas à plus de dix centimes par jour.

M. Carron ne prétend pas que l'acide hydrochlorique guérisse à l'exclusion de tous les autres agents thérapeutiques, mais il croit que c'est à lui que revient l'action bienfaisante des préparations dans lesquelles il se trouve.

M. Guersant ne pense pas que M. Carron puisse avec certitude attribuer ses succès à l'acide chlorhydrique, puisqu'il a été associé au quinquina et à la douce-amère. Du reste, ajoute M. Guersant, lorsqu'il s'agit des affections scrofuleuses, il faut présenter des observations de plusieurs années; on voit souvent des enfants qui après trois mois de traitement semblent parfaitement guéris, et chez lesquels la récidive se manifeste quelques mois après.

M. Carron possède de nombreuses observations; ses expériences remontent à quatre années; il attend, pour les publier, comme le veut M. Guersant, la sanction du temps. M. Carron a toujours donné l'acide chlorhydrique associé au vin de quinquina ou à l'élixir de Garus.

M. Guersant. Il faut se garder dans les maladies scrofuleuses d'attribuer facilement la guérison à un mode de traitement; c'est la plupart du temps la variation de ce traitement qui donne le plus de succès. Aussi est-il avantageux de changer de temps en temps les agents que l'on emploie; autrement, la cure étant de longue durée, les malades s'habituent au médicament qui avait tout d'abord semblé réussir et le vice scrofuleux ne tarde pas à reparaître.

M. Carron. Je partage d'autant plus l'avis de M. Guersant qu'un de ses malades, soigné longtemps par lui pour une coxalgie et de nombreuses fistules, est venu me trouver et a guéri par l'acide chlorhydrique.

M. Guersant. C'est la confirmation de mon opinion. Je demanderai actuellement à M. Carron s'il s'abstient de traitement local; on sait que M. Lugol administrait l'iode à l'intérieur sans se préoccuper de l'état local.

M. Carron. Elève particulier de M. Lugol, dans certaines circonstances j'ai fait comme lui; mais j'ai reconnu l'abus de cette méthode, et dans ma pratique spéciale un traitement local vient toujours en aide au traitement général. Je réserve l'acide hydrochlorique seul pour les cas où je veux faire purement de la science.

M. Guersant. Je prends acte de ce fait, et je tiens à ce qu'il soit consigné, attendu que M. Lugol a toujours été exclusif en pareil cas.

Cicatrice vicieuse d'une plaie des paupières.

M. Magne rend compte du malade qu'il a opéré pour remédier à une cicatrice vicieuse d'une plaie des paupières et dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Ce malade, dit M. Magne, est guéri, c'est-à-dire que l'ouverture des paupières, qui avait singulièrement diminué par suite de la cicatrice dont je vous ai parlé, est aujourd'hui presque aussi grande que du côté de l'œil sain. Pour éviter que le tissu inodulaire ne vînt diminuer la commissure palpébrale, j'ai eu à couper plusieurs brides et j'ai cautérisé chaque jour une des lèvres de la plaie, tandis que l'autre se cicatrisait isolément. En somme, l'ouverture palpébrale ne présente pas de différences sensibles dans les deux yeux et les cils ont conservé leur direction normale.

Corps étranger dans l'oreille.

M. Guersant. Je vous ai parlé des injections que je dirige dans l'oreille pour expulser les corps étrangers, pratique bien supérieure à celle qui consiste à faire usage d'instruments plus ou moins douloureux. Il faudrait cependant se garder de généraliser ce moyen, qui rencontre quelques exceptions.

Ainsi, une mère m'amène dernièrement son enfant, qui souffrait de l'oreille. J'aperçois seulement un peu de cérumen. Je pousse une injection; j'entrevois un petit corps blanc et brillant, que deux autres injections ne réussissent point à expulser. J'introduis alors la curette articulée dont je me sers pour extraire les petits calculs du canal de l'urètre, et je retire avec quelque difficulté un petit bouton de nacre percé de trous et placé en travers. On conçoit qu'en pareil cas l'injection n'a pas de prise, eu égard à la forme et à la position du corps étranger.

M. Chalut. J'ai vu, il y a quelque temps, deux petits garçons qui s'étaient introduit dans les oreilles des noyaux de cerises. Les tentatives de la mère pour les extraire à l'aide d'un passe-lacet n'avaient réussi qu'à les enfoncer. Je conseillai des injections, mais on préféra conduire les enfants à l'hôpital d'une petite ville voisine, où les manœuvres employées furent infructueuses. La mère eut recours alors aux injections, qu'elle fit pendant trois jours, et qui, au troisième, expulsèrent les corps étrangers.

M. Guersant ne confie pas aux parents ces injections, qui ont besoin d'être faites avec habileté, et que l'on dirige parfois à un demi-mètre de distance.

Réductibilité des luxations de l'humérus.

— M. Boyer. Il y a deux mois, M. X..., âgé de soixante-deux ans, conduisant lui-même son tilbury, fut, par suite de la chute de son cheval, projeté en avant, et frappa le sol du moignon de l'épaule. Le médecin du pays diagnostiqua une simple contusion, et prescrivit des sangsues, des cataplasmes et des applications résolutives. Plusieurs praticiens des environs furent appelés, qui partagèrent l'opinion de leur confrère. Dix jours après, M. X... vint pour affaires à Paris, et plein de confiance dans les personnes qui lui donnaient des soins, il ne jugea pas à propos d'avoir recours à un autre avis. On lui conseilla l'usage des bains de mer. Il s'y rendit, et consulta alors un de nos confrères, ancien interne des hôpitaux, qui reconnut l'existence d'une luxation de l'humérus. J'étais aux bains de mer à cette époque, et j'ai eu occasion de constater aussi la luxation, même à travers les vêtements. Aucun signe ne manquait; la tête de l'humérus était dans l'aisselle; le coude abaissé et éloigné du corps; le deltoïde aplati, et une excavation existait au-dessous de l'acromion.

Les personnes que M. X... avait consultées tout d'abord lui conseillent aujourd'hui de ne rien faire, attendu que toute tentative de réduction produirait de grandes déchirures et des accidents graves. Je désirerais à ce sujet avoir l'opinion de la Société sur cette question : Quelle est la limite du temps de réductibilité des luxations de l'humérus?

M. Guersant rappelle qu'il existe des exemples de luxations réduites passé soixante jours, et pense que chez le malade dont parle M. Boyer on peut faire sans inconvénients des tentatives dirigées avec prudence.

M. Carron a lu dans le journal de M. Malgaigne un exemple de luxation réduite au troisième mois.

M. Boyer pense qu'il est rationnel de tenter la réduction à l'aide du chloroforme et de l'emploi méthodique des moufles.

Le secrétaire, Dr Al. Magne.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT DE M. E. BACHELAY

pour la ligature des vaisseaux situés dans des plaies profondes.

Les petites difficultés qui se présentent dans la pratique de la chirurgie sont souvent plus embarrassantes que les grandes, contre lesquelles on est toujours prémuni. Ainsi, par exemple, à la suite des opérations il arrive fréquemment qu'une ligature portée sur une artère divisée, mais qui s'est rétractée, ou qui est située dans une plaie profonde, embrasse seulement les mors de la pince, ou bien une portion du vaisseau trop courte pour être convenablement serrée.

Presque tous les chirurgiens ont été frappés de cet inconvénient et ont cherché, par de nombreux essais, *à porter plus sûrement la ligature sur le vaisseau*, si profondément qu'il se trouve placé, et à *en embrasser une longueur assez considérable* pour qu'on n'ait pas à craindre l'hémorrhagie.

Cette double indication paraît complétement remplie par un instrument très simple imaginé par M. Bachelay, et qui depuis un an a rendu de grands services, tant entre les mains de son inventeur qu'entre celles de plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris. Cet instrument, confectionné par M. Mathieu, a déjà été adopté par plusieurs praticiens étrangers qui viennent chercher dans notre capitale les perfectionnements qu'on ne trouve point ailleurs.

L'instrument primitif de M. Bachelay est une pince à ligature ordinaire, à laquelle est jointe, sur l'une de ses branches, un cône creux dont le sommet est dirigé en bas, et qui peut descendre de façon à dépasser l'extrémité des mors de cinq à six millimètres. Le chirurgien peut aisément saisir avec la pince l'artère, si petite et si profondément qu'elle soit; puis, poussant le bouton fixé sur le coulant du verrou, qu'il presse avec le pouce, il fait glisser le cône sur les mors, qui entraînent ainsi dans sa cavité un centimètre au moins d'artère; en même temps la pince se trouve fermée, et c'est alors que l'anse de fil est portée sur la base du cône.

On conçoit aisément que la ligature, venant à être serrée, glisse vers le sommet du cône et étrangle l'artère justement à ce point, qu'il aurait été impossible ou du moins très difficile d'atteindre avec les doigts. Il suffit de tirer le bouton et d'ouvrir la pince pour voir l'artère liée solidement, faisant un relief très prononcé, et donnant en conséquence la plus complète garantie contre les hémorrhagies consécutives, qui sont regardées comme une des complications les plus à craindre des opérations, tant à cause de la perte du sang que par l'impression fâcheuse qu'elles font sur l'esprit des malades.

M. Bachelay vient de perfectionner son instrument en adaptant à l'extrémité opposée de la pince un *ténaculum* garni également d'un cône mobile un peu aplati, et qui, manœuvré de la même manière, fait saillir la portion des parties molles où se trouve le vaisseau qu'il s'agit de lier, et permet de porter le fil aussi profondément qu'il est nécessaire.

Ainsi construit, l'instrument de M. Bachelay est tout à fait commode et portatif. Il a donc sa place marquée désormais dans toutes les trousses au rang des instruments indispensables au chirurgien; et d'ailleurs il n'en augmente pas le nombre, puisqu'il réunit, au contraire, la pince et le ténaculum, qui avaient été séparés jusqu'ici; et que, de plus, dans le nouveau modèle, le cône peut être séparé de la pince.

Explication de la figure. — A. Le cône poussé au delà des mors de la pince qui est fermée, l'artère étant saisie. — B. Le bouton qui pousse le cône et fait mouvoir en même temps le verrou. — E. Le ténaculum renfermé dans le cône. — D. Le vaisseau étant amené pour être lié.

SUR LES PILULES DE VALLET.

Il est certaines préparations qui ont le privilége de croître dans l'estime des praticiens au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de leur apparition, et qui puisent dans les succès de chaque jour la meilleure garantie de leur valeur thérapeutique. Les pilules de Vallet sont au nombre de ces heureuses préparations, et elles ont su, malgré les progrès de la chimie et de la pharmacie, conserver l'engouement qui les accueillit à leur début. Il est, en effet, peu de préparations ferrugineuses qui réunissent autant d'avantages que les pilules de Vallet :

« Il ne saurait être indifférent en thérapeutique, disions-» nous en 1839, d'employer telle ou telle préparation ferru-» gineuse : si les oxydes de fer insolubles ne sont absorbés » qu'avec beaucoup de difficulté et très imparfaitement, les » sels de fer solubles, de leur côté, peuvent, à part leur sa-» veur désagréable, ne pas être sans danger sur l'économie » animale. Reste donc le *carbonate ferreux*. Ce composé, » dont la base est puissante, se dissout très aisément dans » les acides des voies digestives, et l'on n'a pas à craindre » qu'il traverse le canal alimentaire sans produire l'effet at-» tendu; il offre des avantages que l'on chercherait vaine-» ment ailleurs. Mais jusqu'à ce jour son *existence à l'état* » *de pureté sous forme solide* était encore problématique... » M. Vallet a, le premier, résolu le problème : il a su faire » plier le protocarbonate de fer pur à la forme pilulaire; il a » fait plus encore. Tous les thérapeutistes savent avec quelle » facilité les oxydes et le carbonate de fer se dessèchent et » prennent de la cohésion, et combien cette propriété fâ-» cheuse nuit à leur action médicale : cet inconvénient a dis-» paru dans les pilules de Vallet. En raison de leur excipient, » que l'on ne peut jamais amener à l'état de siccité complète, » le protocarbonate de fer pur n'y prend jamais de cohésion; » aussi, sa dissolution dans les acides de l'estomac et son » transport dans les voies circulatoires y sont-ils des plus » faciles. *Ces pilules ne se dessèchent et ne durcissent ja-* » *mais.* »

Ce que la théorie annonçait, l'expérience l'a pleinement confirmé. Les observations sont aujourd'hui innombrables, et il n'est pas un médecin qui, ayant à soigner une chlorose, ne recoure d'abord, à l'exclusion de tout autre médicament, aux pilules de Vallet. Nous avons, au hasard, cité la chlorose; car il est beaucoup d'autres cas où cette préparation rend de grands services. Quel est le praticien qui ignore leur action bienfaisante dans les convalescences longues, dans l'affaiblissement occasionné par des saignées abondantes ou des hémorrhagies répétées? Qui ne se rappelle les avantages qu'on en a retirés dans les fièvres intermittentes prolongées, dans certains accidents syphilitiques, etc.?

Une telle valeur thérapeutique justifie pleinement l'approbation dont les pilules de Vallet furent honorées par l'Académie nationale de médecine, et il serait à désirer que les encouragements de ce corps savant s'adressassent toujours à des médicaments d'un tel mérite.

Ces considérations nous ont amené à tenir constamment fixée sur les pilules de Vallet l'attention des praticiens, et à leur redire les services qu'ils en peuvent attendre. Nous finirons en leur rappelant le mode d'administration de ces pilules d'après les prescriptions de l'auteur lui-même.

« Elles doivent être prises à des doses graduellement croissantes et au commencement des deux principaux repas, dans la première cuillerée d'aliments : ainsi,

» Le premier jour, on en prendra 1 le matin et 1 le soir;

» Le second jour, 1 le matin et 2 le soir;

» Le troisième jour, 2 le matin et 2 le soir, et ainsi de suite, en augmentant de 1 chaque jour, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en prendre 8 ou 10 par jour, suivant l'âge ou la constitution des malades qui, parvenus à ce nombre, les continueront jusqu'à la disparition de tous les accidents. « Il » résulte de nos expériences, dit le rapporteur de la commis-» sion formée au sein de l'Académie de médecine, que cette » nouvelle préparation ferrugineuse peut être administrée » facilement à la dose de 1 à 10 pilules par jour; que cette » dose, que l'on peut dépasser sans inconvénient, suffit pour » produire la modification du sang et de l'économie que l'on » désire obtenir dans la chlorose; qu'elle agit favorablement » sur la menstruation, et que les résultats qu'elle donne » semblent plus facilement obtenus que par la plupart des » autres préparations ferrugineuses. » Néanmoins, il sera bon de continuer leur usage pendant quelque temps encore, malgré le rétablissement de la santé, et revenir graduellement aux premières doses. Cette pratique prudente a pour but de prévenir les rechutes.

Pendant tout le temps que dure le traitement, le régime alimentaire doit être fortifiant, mais non pas irritant.

Concours pour la nomination des internes et les prix des externes dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Les docteurs désignés pour faire partie du jury du concours qui va s'ouvrir le 27 du courant à l'administration générale de l'assistance publique pour la nomination des internes et les prix des externes dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sont MM. Bernutz, Fremy, Hardy, Dubois (Paul), Maisonneuve, Becquerel et Nélaton. 250 élèves sont inscrits pour subir les épreuves de ce concours. Le nombre des places se trouve extrêmement limité; 20 places d'internes sont seulement vacantes pour cette année.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans la vingt-cinquième année de son existence, sont devenues si rares aujourd'hui qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans un format in-4° qui ressemblait beaucoup à celui des *Débats* sous l'Empire.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin la *Gazette*, en 1851, c'est-à-dire au moment où commençait la seconde moitié du dix-neuvième siècle, a adopté son format actuel et les beaux caractères qui en rendent la lecture si facile. Pendant les vingt mois qui se sont écoulés depuis cette époque, un nombre considérable d'abonnés nouveaux sont venus nous prouver que le corps médical veut bien apprécier les efforts que nous ne cessons de faire pour lui rendre le plus de services possible. Ces abonnés ont presque tous voulu collectionner leurs numéros en partant de cette année 1851, si bien que ceux que nous avions en réserve se sont épuisés, et que nous venons d'être obligés de faire réimprimer cette année tout entière.

Nous la fournirons maintenant, moyennant 12 francs seulement, à ceux de nos abonnés qui voudraient se faire une collection à partir de cette époque.

Le Gérant,
Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 125. — JEUDI 21 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 125. — JEUDI 21 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Diagnostic et parallèle des tumeurs du sein. — Cancers. — Du traitement abortif de l'amygdalite. — PHYSIOLOGIE COMPARÉE. Analyses du sang d'un cheval auquel on avait coupé les pneumo-gastriques. — Quelques considérations sur la nature de l'anasarque aiguë, suite de fièvre scarlatine. — Académie de médecine, séance du 19 octobre. — Académie des sciences, séance du 18 octobre. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Krettly.

PARIS, LE 20 OCTOBRE 1852.

Séances des Académies.

M. le docteur Lombard (de Genève) a lu un travail intéressant sur la météorologie médicale de Genève. Une commission composée de MM. Rostan, Soubeiran et Villermé devra en rendre compte à l'Académie.

Après cette lecture, M. Danyau a fait un excellent rapport sur une observation communiquée par M. Barrier (de Lyon). Cette observation est relative à un cas de renversement complet de l'utérus que M. Barrier a pu réduire quinze mois après l'accident qui l'avait produit.

Pour faciliter les manœuvres de réduction, le chirurgien avait amené l'anesthésie complète de la malade.

Nous renvoyons, pour l'analyse du rapport de M. Danyau, au compte-rendu de la séance. Nous signalerons seulement les judicieuses remarques de M. Velpeau. L'honorable professeur a fait ressortir tout l'intérêt que présente cette observation, qui, suivant son expression, doit être popularisée. On serait, en effet, très disposé à admettre l'impossibilité de cette réduction; car, après un certain temps, et surtout après quinze mois, il semblerait que toute tentative pour remettre l'organe dans ses conditions normales devrait rester infructueuse, en raison de la résistance et de la dureté presque cartilagineuse qu'il acquiert au contact de l'air extérieur.

Cependant M. Danyau a vu dans un recueil anglais la relation d'un fait analogue à celui communiqué par M. Barrier. La lésion datait de quatorze mois, et néanmoins le succès a été complet. On doit d'autant plus insister sur ces succès, que la persistance du renversement de l'utérus devient la source d'accidents graves, tels que des pertes incessantes, des inflammations, etc.

Nous signalerons encore un rapport sur des eaux minérales, par M. Boullay, et une lecture sur les suites du traitement de l'hydrocèle à l'aide des injections iodées, par M. Hutin, chirurgien en chef de l'hôpital des Invalides.

— A l'Académie des sciences, la nouvelle communication de M. Marshall-Hall est la seule qui ait attiré l'attention de la section de médecine, par la persévérance que met l'honorable chirurgien anglais à expérimenter une méthode que repousse le plus simple bon sens médical. Le nouveau fait que l'auteur rapporte mérite d'être mis au même rang que tous ceux qui l'ont précédé. Un affaiblissement de l'intelligence produit par des attaques épileptiques qui durent depuis vingt ans, et qui disparaît en trois semaines à la suite de la trachéotomie, c'est là un fait trop merveilleux pour qu'on puisse le voir avec d'autres yeux que ceux de la foi. L'Académie, en entendant la nouvelle communication, a d'ailleurs très visiblement laissé percer ce sentiment, malgré toute la déférence avec laquelle elle est habituée à accueillir tout ce qui vient de M. Marshall-Hall.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Diagnostic et parallèle des tumeurs du sein.

(Leçon recueillie par MM. TRIQUET et TRÉLAT, internes du service.)

CANCERS. (Premier article.)

Messieurs, plusieurs malades atteintes de tumeur au sein se trouvent en ce moment dans nos salles; et cette circonstance me permet aujourd'hui de m'entretenir avec vous sur ce sujet.

Bien que les affections du sein aient été depuis à peu près un demi-siècle l'objet de recherches actives et de travaux importan s (et en première ligne il faut citer ceux d'Astley Cooper, de M. Velpeau), leur étude n'en est pas moins pour cela restée difficile; et ces difficultés, qui se rencontrent si souvent dans la pratique, doivent être signalées à votre attention.

La première de nos malades est une femme couchée au n° 1; elle est âgée de cinquante-trois ans, peu intelligente, et nous ne pouvons obtenir aucuns renseignements positifs sur le début de sa maladie, les circonstances qui l'on accompagnée, etc. La douleur était à peine marquée; aussi n'a-t-elle jamais pris soin de l'examiner avec attention.

Puisque les antécédents nous font complétement défaut, passons à l'inspection directe.

Voici ce que le sein droit nous permet de constater en ce moment : tout ce sein est déformé par un certain nombre de tumeurs et dépressions placées vers le bord inférieur du grand pectoral. En cet endroit le tissu de la peau offre des altérations diverses :

1° Ici les téguments présentent des indurations isolées et bien manifestes;

2° Un peu plus loin, ils sont transformés en une plaque violacée, coriace, d'une dureté ligneuse;

3° Çà et là nous trouvons en outre des ulcérations plus ou moins larges, plus ou moins profondes; leurs bords sont déchiquetés et grisâtres, leur fond est couvert de sanie fétide.

Les plaques coriaces et ligneuses dont nous venons de parler sont irrégulières. Incrustées dans le tissu de la peau, dont elles font partie, elles auraient des prolongements dans la rainure qui sépare le sein de la poitrine. Nous trouvons en outre des ganglions en chapelet dans l'aisselle, sous forme de corde allongée. On en rencontre aussi dans le creux sous-claviculaire.

Rien ne semble facile, au premier abord, comme de déterminer si une malade porte ou non des ganglions axillaires, et la solution de cette question est importante pour le pronostic de certaines tumeurs du sein. Cependant il existe ici plusieurs causes d'erreur, et vous apprendrez à les éviter en employant le mode d'exploration suivant :

Ces ganglions sont situés dans le grand dectoral, au-dessous de la clavicule. Mettez le grand pectoral dans le relâchement, en rapprochant le bras du tronc; plongez alors vos doigts à travers le muscle; aucun obstacle ne s'opposera plus à votre exploration, et vous pourrez apprécier la forme, le volume, la situation des engorgements ganglionaires dont l'aisselle peut être le siége. Ces précautions sont importantes, car on a pu quelquefois se tromper : ainsi le bord inférieur ou axillaire du grand pectoral, à l'état de tension, a été pris pour une masse de ganglions indurés, et Boyer nous indique déjà le moyen d'éviter cette méprise. Il en est de même de l'apophyse coracoïde, etc.

La tumeur que nous avons ici sous les yeux est mal limitée : elle présente un noyau plus considérable que les autres dans le côté gauche du sein; mais à sa surface nous trouvons en grand nombre des plaques indurées, de petits noyaux durs, mamelonnés, hérissés d'aspérités. Le mamelon lui-même est déprimé, rétracté vers le centre de la mamelle, et il a pour ainsi dire disparu au milieu d'une ligne de circonvallation.

Si nous faisons contracter le muscle grand pectoral, il est facile de voir que la tumeur y adhère intimement. D'un autre côté, les plaques indurées de la peau sont comme soudées aux muscles sous-jacents (grand dentelé, intercostaux).

Voici donc un mode particulier de cancer du sein : c'est le *cancer ligneux atrophique en plaques* et en masses si bien décrit par M. Velpeau.

Cette forme de cancer est assez commune, et je l'ai rencontrée bien souvent. Une des particularités de son histoire est l'extrême lenteur avec laquelle ce cancer procède. Notre malade croit que chez elle le mal remonte à un an; je ne le pense pas, sa marche est beaucoup plus lente.

Quelquefois même ces cancers vont si lentement que les malades peuvent encore vivre très longtemps.

En général, il n'est point utile d'opérer ces tumeurs, et dans ce cas particulier un traitement palliatif est le seul qui nous reste à mettre en usage. Nous reviendrons un peu plus loin sur cette question.

Chez notre deuxième malade, le cancer se montre sous des formes un peu différentes : elle est âgée de soixante-trois ans; son embonpoint est assez marqué. Rien n'est grave comme un cancer du sein chez une femme grasse, car on trouve constamment des ramifications qui se perdent à travers la graisse, et les récidives sont plus faciles et partant plus à craindre.

La tumeur est grosse comme un œuf; elle est placée au centre de la mamelle; son origine paraît remonter à trois ans. A cette époque, on ne trouvait qu'une toute petite tumeur au niveau du mamelon.

La cautérisation fut employée pour la détruire; mais une récidive se manifesta bientôt et produisit la tumeur que nous voyons aujourd'hui.

Cette tumeur est dure : une plaque rouge, du diamètre d'une pièce de 5 francs, occupe sa partie moyenne; cette plaque est d'un rouge violacé, grenue; en cet endroit, une simple pellicule cutanée semble la recouvrir et disposée à fournir une hémorrhagie abondante au moindre attouchement. Nous trouvons encore ici des ganglions dans la paroi interne de l'aisselle seulement.

Nous avons déjà appris à les reconnaître : je n'en parlerai pas.

En résumé, nous trouvons là une autre variété des cancers du sein, et, pour mieux les graver dans votre mémoire, je vais les rappeler l'une après l'autre dans une courte description.

Le cancer de la mamelle présente cinq formes ou variétés principales.

Première forme. — Apparition d'une *ride froncée dans les téguments*, et à ce niveau on trouve une *petite plaque indurée*, en corde, avec quelques ramifications étendues plus ou moins loin.

Deuxième forme. — Chez les femmes âgées, le cancer débute par une *tumeur cutanée* incrustée dans le tissu même de la peau, et cependant saillante à l'extérieur. Cette tumeur est recouverte par une peau lisse, avec des tons violets à la surface; on dirait une pomme de terre rouge. Sa dureté est considérable; les douleurs sont rares et peu violentes.

Quelquefois, la tumeur n'est pas aussi régulière; elle est pédiculée, mais toujours dure, lente dans son développement; elle ne s'ulcère pas : une pellicule de téguments, toujours complète, existe à sa surface. Ce genre de tumeurs peut durer dix, quinze, vingt ans, sans compromettre la vie des malades qui en sont affectées.

Troisième forme. — Cette forme de cancer est caractérisée par une *tumeur profonde* dans l'intérieur de la mamelle : c'est un noyau central avec irradiations périphériques. On la rencontre plus particulièrement chez les femmes douées d'un certain embonpoint. Le plus souvent, et à une époque voisine de son début, on trouve des adhérences entre la peau et la tumeur.

Quatrième forme. — Dans cette variété, la tumeur est parfaitement limitée, *globuleuse, molle au toucher;* les téguments restent *mobiles*, exempts d'*altération;* les ganglions s'engorgent lentement.

Cinquième forme. — *Squirrhe d'emblée.* — Au début, la mamelle est grosse et dure sur tous les points de sa surface. Si l'on fronce les téguments de manière à les rapprocher de la partie centrale, on voit les plis correspondre à une foule de dépressions indurées, bosselées. Cependant, certaines femmes vous présenteront leur sein encore assez régulier avec des couleurs médiocres, et au premier abord on serait porté à croire que l'affection n'est pas encore caractérisée; mais le signe indiqué tout à l'heure existe déjà.

Dans un temps fort court la mamelle va présenter un autre aspect, elle va s'indurer; la peau participera bientôt à l'altération, et (chose remarquable!) le plus souvent le cancer s'étend des deux côtés à la fois et avec rapidité; en même temps le tissu cellulaire profond et toutes les parties molles sont envahies. C'est une sorte de *plastron* si dur, et la compression qui en résulte pour le thorax peut être telle que, d'après M. Velpeau, les malades peuvent succomber à une véritable asphyxie. En effet, les côtes sont fixées en place par cette sorte de carapace *ligneuse* de la peau; les mouvements respiratoires sont donc très limités ou impossibles, et la mort, qui est inévitable, ne saurait beaucoup tarder.

Avec des caractères aussi tranchés que ceux précédemment décrits, il doit vous sembler, messieurs, que le diagnostic n'offre pas de chances d'erreur bien sérieuse, et cependant, au commencement de cette affection, l'erreur est très facile.

Je me rappellerai toujours une malade, jeune encore, qui présentait un aspect *induré, grenu*, des téguments du sein. On avait pu croire à une tumeur mammaire chronique, et porté un pronostic favorable. Pour moi, en raison des signes énumérés plus haut, je regardais la tumeur comme cancéreuse et même *inopérable* à son début.

Je crus devoir annoncer que les progrès seraient malheureusement rapides, car les granulations ou indurations étaient répandues en grand nombre dans les parties molles malades.

L'événement ne justifia que trop ces prévisions.

Que faire à ces malades? La tumeur qui se présente ici (première malade) sous forme de plaques cutanées est lente, mais marche toujours; l'opération pratiquée, même au début et dans les meilleures conditions, est suivie constamment de récidive.

Règle générale. — Toutes les fois que les téguments sont envahis, le cancer est grave; la récidive est certaine et ne se fera pas attendre, surtout pour les deuxième et troisième variétés, formées de tissus encéphaloïdes.

Dans certains cas (deuxième malade) la maladie est comme indolente; mais sa marche est néanmoins envahissante; les

téguments restent intacts jusqu'au dernier moment ; ils sont amincis, se déchirent. Des fongosités s'échappent à travers les ulcérations, et des hémorrhagies abondantes ne tardent pas à se produire.

Au milieu de ces désordres, l'aisselle reste longtemps exempte d'altération. On peut opérer cette variété encéphaloïde avec espoir d'une récidive tardive. Nous avons ici cette variété, qui est assez défavorable. Il y a des ramifications dans le sein, quelques ganglions dans l'aisselle. Cependant la malade réclame une opération, et nous pensons que la récidive n'arrivera que dans un temps éloigné. Seulement, pour faire une opération utile, nous pratiquerons une large extirpation afin de dépasser autant qu'il sera possible les limites du cancer.

Chez notre première malade, on ne peut songer à aucune opération : cancer ligneux par plaques, ulcérations nombreuses, ganglions volumineux dans l'aisselle.

Tout ce cortége de symptômes doit arrêter la main du chirurgien :

1° Parce que l'étendue de l'affection locale ne permet guère de songer à une ablation complète ;

2° Parce que la diathèse ou cachexie cancéreuse existe chez cette femme au plus haut degré. Notre traitement doit donc se borner à être palliatif, en calmant ce mal incurable.

On remplit cette indication en diminuant les douleurs au moyen de l'opium pris à l'intérieur et appliqué sur la partie malade. On augmente graduellement les doses de narcotique, et l'on conduit doucement les malades à la mort, heureux lorsqu'elles peuvent joindre à l'oubli d'une partie de leurs maux les douces illusions de l'espérance !

DU TRAITEMENT ABORTIF DE L'AMYGDALITE.

Par M. le docteur C.-A. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

Les méthodes exclusives, quelle qu'en soit la valeur, après avoir été la source de nombreuses déceptions, finissent toujours par tomber dans l'oubli. Dès que nous en voyons les défectuosités, nous n'en voulons bientôt plus apercevoir les utiles applications.

Personne n'ignore que l'on a tour à tour préconisé et proscrit l'emploi de l'émétique, des déchirements, des scarifications, de la saignée, de la cautérisation superficielle, de l'astriction alumineuse, etc., etc., dans le traitement abortif de l'amygdalite ; mais il semble qu'en s'évertuant à rendre à chacun de ces moyens une prédominance usurpée sur les autres, on ne veuille ni rechercher ni reconnaître les motifs de leurs vicissitudes thérapeutiques.

Est-ce que toutes les angines pharyngiennes, toutes les amygdalites sont les mêmes et de même nature en tous lieux ? Est-ce qu'elles ne varient pas comme les idiosyncrasies ? Seraient-elles par hasard moins influencées par les causes climatériques que les autres maladies de l'espèce humaine ? Pour peu que l'on soit d'accord sur ce point d'étiologie, que l'on fasse en regardant autour de soi ce que j'appellerais volontiers de la géographie médicale.

I. Dans les contrées humides, marécageuses, à cachexies paludéennes, comme la partie de la Lorraine que j'habite, on rencontre un grand nombre d'enfants et d'adultes, lymphatiques ou scrofuleux, affligés d'un gonflement particulier et indolent des amygdales ; la plupart des femmes sont sujettes à un engorgement chronique et strumeux de l'utérus : tous sont destinés à devenir la proie d'angines pharyngiennes spéciales dans la saison. Peu de sujets à tempérament sanguin sont atteints d'angine tonsillaire, à moins qu'elle ne soit franchement inflammatoire et qu'elle n'ait la plupart du temps une cause traumatique.

Bien souvent je me trouve dans la nécessité d'enlever des amygdales indurées soit pour remédier à une gêne fonctionnelle du pharynx, soit pour dissiper des menaces de surdité par compression, inflammation des trompes d'Eustache.

Au printemps, l'angine pharyngienne ou l'amygdalite qui vient s'enter sur des tonsilles hypertrophiées prend la forme érysipélateuse, diphthéritique ou catarrhale ; en automne, c'est la forme ulcéreuse, escharotique qui domine ; chez la femme qui souffre de l'utérus, c'est le plus souvent la forme érysipélateuse. L'inflammation franche et le phlegmon sont infiniment rares.

J'ai parlé d'angine escharotique ; je vais en dire quelques mots, parce que je ne la trouve décrite nulle part ; elle est bien moins grave que l'angine gangréneuse, avec laquelle d'ailleurs on ne saurait la confondre. Elle se montre ordinairement dans le cours des automnes secs et froids qui succèdent à des étés pluvieux (1852) ; elle attaque plutôt les femmes que les hommes, les jeunes filles de seize à vingt et un ans, plus que les femmes d'un âge mûr. Elle débute par une douleur gravative qui se fait sentir sous l'angle des mâchoires, et se prolonge le long des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Si l'on examine le fond de la bouche dès le premier jour, on remarque sur l'une des tonsilles des taches très légères, bien circonscrites, de 4 à 5 millimètres de diamètre, d'un blanc nacré. Dès le second jour, la muqueuse enflammée s'élève au-dessus de la tache qui paraît plus blanche et plus épaisse. Le troisième jour, la seconde amygdale se prend comme la première, et la tache ou les taches primitivement développées se transforment en une eschare qui intéresse toute l'épaisseur de la muqueuse phlogosée, et qui commence à se détacher sur plusieurs points. Enfin les eschares tombent du cinquième au sixième jour, laissant de petits ulcères dont la cicatrisation s'opère en peu de temps. Une douleur vive accompagne toujours cette variété de l'amygdalite.

A la suite de quelques amygdalites chroniques il se produit parfois une sécrétion caséeuse, fétide, assez dure, qui, faisant l'office de corps étrangers, enflamme la muqueuse des tonsilles ; cette matière blanche, caséiforme, que l'on aperçoit à travers la muqueuse, ne peut être prise pour les eschares dont il vient d'être fait mention.

II. *a.* Employé au début de l'érysipèle pharyngien, l'émétique contribue à l'accroître en étendue et en profondeur. Je l'ai presque toujours vu transformer le mal en un véritable phlemon. Il est impuissant contre la diphtérite ou contre le catarrhe ; de plus, il a le grave inconvénient de débiliter des malades déjà cachectiques. Chez les femmes atteintes de métrite chronique dont l'angine n'est qu'un symptôme, l'émétique est un moyen toujours dangereux, soit qu'il porte localement son action dynamique sur le pharynx enflammé, soit qu'il produise des secousses capables d'ébranler l'organe que je considère comme le point de départ de la maladie gutturale. Il y a quelques années j'ai vu succomber une jeune femme atteinte de métrite chronique à une effroyable péritonite causée par un éméto-cathartique dirigée contre une angine commençante.

Le tartre stibié, comme abortif, ne saurait trouver son application que dans les cas de phlegmasie franche et peu profonde, où la saignée générale et les scarifications locales sont d'une utilité incontestable.

On pourrait trouver encore à l'émétique de nombreuses et utiles applications, soit dans l'angine abcédée, soit dans certaines formes chroniques ; mais le titre de cette notice m'impose l'obligation de ne point perdre de vue le traitement abortif de l'amygdalite.

b. Les scarifications (je rejette comme dangereux et cruels les déchirements pratiqués sur les amygdales avec l'érigne de Museux) et la saignée m'ont paru agir d'une manière favorable quand j'ai eu affaire à des sujets sanguins, pléthoriques (bouchers, etc.), dans le cours de saisons froides et peu humides (1830, 1834, 1846). Pratiquées sur des tonsilles hypertrophiées et indurées, dans le but de provoquer l'avortement d'une amygdalite aiguë, les scarifications sont suivies la plupart du temps de dégénérescences fâcheuses, dégénérescences squirrheuses qui commandent l'ablation de l'organe. Dernièrement j'ai dû enlever à un jeune homme de vingt-cinq ans une amygdale que l'on s'était avisé de déchirer avec les dents d'une érigne de Museux ; il s'était formé une cavité suppurante au centre de l'organe induré et considérablement développé, quoique le pus se fît jour à travers une fistule béante.

Je réserve encore la saignée générale et copieuse pour combattre l'angine générale précédée de fièvre violente, ou celle qui est uvulaire avec gonflement et issue de la langue ; mais dans le second cas, la saignée ne peut plus être considérée comme un moyen abortif.

c. Que l'on ait eu l'intention de faire de l'homœopathie, en promenant sur des amygdales diphthéritiques un crayon ou une solution d'azotate d'argent, cela n'est guère supposable. Quelques médecins ont pensé produire une *inflammation substitutive ;* d'autres ont cru pouvoir arrêter ainsi une tendance exagérée de la sécrétion épithéliale, et tous ont réussi, quelle que soit la valeur de la théorie, à faire avorter la diphthérite tonsillaire. Cette maladie, dans nos contrées, étant toujours l'indice de quelque cachexie, j'ai dû chercher à en tarir la source par des moyens généraux appropriés à l'état des patients. Quant au moyen local, je puis dire que jusqu'à présent il ne m'est tombé sous la main qu'une médication au moins aussi efficace que la cautérisation superficielle : je veux parler de l'alun en poudre.

d. A moins que l'angine ne débute par une fièvre inflammatoire violente, auquel cas il faut recourir à une copieuse saignée générale, l'alun cru et pulvérisé peut être employé localement dans toutes les formes de la maladie. Il suffit de charger d'alun l'index préalablement humecté, de le promener trois fois par jour et pendant deux ou trois jours sur tous les points affectés, pour obtenir une résolution complète. Les malades n'ont à redouter que l'inconvénient fort léger de la sensation désagréable que produit dans la bouche le sel astringent. Ils n'ont d'ailleurs rien à changer ni dans leur régime, ni dans leurs habitudes.

e. Les gargarismes froids avaient déjà été conseillés par Sydenham ; quelques Allemands, après lui, les ont employés avec succès. Ce moyen, populaire parmi nos ouvriers et dans nos campagnes, réussit généralement bien dans l'angine érysipélateuse.

Les angines, abstraction faite de celles qui sont symptomatiques, ayant souvent un point de départ et des causes multiples, on ne saurait donc conseiller d'une manière exclusive un moyen abortif qui leur fût à toutes applicable.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE.

Analyses du sang d'un cheval auquel on avait coupé les pneumo-gastriques.

Recherches analytiques pour servir à l'histoire de la nutrition et de la respiration. — Coloration artérielle du sang veineux.

Par M. E. Clément, chef du service de chimie à l'Ecole d'Alfort.

Dans quelques notes que j'ai communiquées à l'Académie des sciences en 1850 et 1851, et dont les lecteurs de ce *Recueil* connaissent les conclusions, j'exposais les recherches que j'avais faites, les expériences et les analyses que j'avais tentées dans le but d'étudier la double fonction de la respiration et de la nutrition.

La marche que j'avais suivie, et sur laquelle je ne reviendrai pas, m'avait permis de constater que, dans le cas où la respiration s'accomplit d'une manière normale, on trouve invariablement dans le sang artériel plus d'eau, plus de fibrine et moins d'albumine que dans le sang veineux ; que dans le cas, au contraire, où la section des nerfs pneumo-gastriques a détruit le rhythme des mouvements physiques et de l'acte chimico-vital de la respiration, on rencontre constamment moins d'eau et plus d'albumine dans le sang recueilli six ou vingt-quatre heures après la section des nerfs, que dans celui qui a été extrait de la veine avant cette opération.

J'ajoutais que les proportions de fibrine et de globules colorés étaient sujettes à variation, qu'elles s'élevaient chez certains animaux et qu'elles s'abaissaient dans d'autres.

Les faits frappants recueillis dans ces deux séries d'observations consistaient donc :

1° Pour la respiration normale, en : *a.* addition d'eau au sang artériel, *b.* diminution d'albumine dans le même sang, *c.* augmentation de fibrine ;

2° Pour la respiration rendue anormale par la section des nerfs pneumo-gastriques, en : *a.* diminution d'eau après la section, *b.* augmentation d'albumine, *c.* variations dans les proportions de fibrine et de matière colorante, ou mieux, de globules colorés.

Admettant comme vraies la combustion du sang dans le poumon et la formation, pendant cet acte et aux dépens de l'albumine du sang veineux, d'une certaine quantité d'eau et de fibrine destinées au sang artériel, j'ai cherché à m'expliquer les altérations que la section des nerfs préposés aux fonctions chimico-vitales du poumon exerçaient sur le sang qui le traverse.

La diminution de l'eau d'une part, et l'augmentation de l'albumine de l'autre, que j'ai démontrées dans ce cas, ainsi qu'on se le rappelle, me paraissent résulter d'un défaut de combustion pulmonaire. Après la section des nerfs pneumo-gastriques, le poumon perd promptement sa vitalité, et ne constitue plus guère, jusqu'à sa mort complète, qu'un organe inerte réduit au rôle simple d'appareil d'exhalation. Dans ces nouvelles conditions, il ne brûle plus l'albumine du sang veineux, il ne produit plus d'eau, tandis qu'il laisse encore exhaler une certaine quantité de ce liquide, comme le ferait une éponge parcourue par un courant. De là, selon nous, d'une part l'abaissement de l'eau dans le sang lorsque les nerfs ont été coupés, de l'autre part l'élévation du chiffre de l'albumine.

Le principe de la combustion de l'albumine dans le poumon suffit parfaitement lorsqu'il s'agit de trouver l'interprétation des deux alternatives principales que je viens de signaler ; mais où trouver la raison de l'augmentation de la fibrine et des globules colorés dans certains cas de section de nerfs, et la diminution des mêmes éléments organiques dans d'autres ?

Je ne trouve qu'une seule théorie plausible pour y arriver. Après la section des nerfs pneumo-gastriques, la vie du poumon doit s'éteindre, et s'éteint en effet rapidement ; mais il n'en est pas de même des autres organes de l'économie animale, bien que leurs fonctions soient subordonnées à celles du poumon. Il peut se présenter deux cas : ou bien ces organes perdent leur vitalité, c'est-à-dire leur force assimilatrice, aussi vite que le poumon perd son rôle d'appareil à combustion, si je puis m'exprimer ainsi ; ou bien il peuvent encore vivre de leur vie particulière pendant un certain temps, lorsque le poumon ne brûle plus rien et demeure sans action directe sur les éléments du sang.

Dans le premier cas, lorsque la vie s'éteint simultanément et dans le poumon et dans le reste de l'économie animale, la force assimilatrice s'affaiblissant partout et d'une manière prompte et rapide, la fibrine n'est plus fixée par les tissus qui s'en nourrissent, et elle augmente dans le sang. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque, les fonctions normales du poumon s'anéantissant, la vie continue encore, quoique faible, dans les organes fibrineux, la fibrine est séparée et fixée, et sa proportion baisse dans le sang.

Relativement aux globules colorés, ils doivent se désorganiser dans les mêmes circonstances, et suivant que leur destruction est plus ou moins complète, ou bien que leur stase, par suite de la concentration du sang, qui perd de l'eau et n'en reçoit plus, s'effectue sur une étendue d'organes plus ou moins considérable, il s'en trouvera plus ou moins en circulation dans le liquide sanguin.

Ces effets de la section des nerfs pneumo-gastriques, je désirais vivement les vérifier encore, quand une expérience physiologique que M. H. Bouley exécutait à l'Ecole m'a permis de reprendre mes recherches, qui n'avaient porté que sur quatre ou cinq sujets différents.

On devait couper les nerfs pneumo-gastriques sur le sujet d'expérimentation, et laisser s'écouler un intervalle de six heures entre cette opération préparatoire et le commencement de l'expérience. Dans cet essai, j'ai recueilli du sang immédiatement avant la section des nerfs et six heures après, en prenant les précautions usitées pour les analyses rigoureuses du sang.

Je fais remarquer ici, avant d'aller plus loin, que le cheval qui a servi à ces recherches était d'une remarquable vigueur.

Les deux portions de sang obtenues, l'une immédiatement avant la section des nerfs pneumo-gastriques, l'autre six heures après, ont été placées, pour les recherches analytiques, dans les mêmes conditions et analysées de la même manière.

Voici les résultats que j'ai obtenus :

État du sang avant la section des nerfs.

Eau.	803,344
Matériaux fixes du sérum. . . .	53,743
Fibrine.	3,371
Globules colorés.	139,542
	1000,000

Etat du sang six heures après la section des nerfs.

Eau.	795,0
Matériaux fixes du sérum. . . .	87,2
Fibrine.	3,6
Globules colorés.	114,0
	1000,0

En comparant l'état du sang obtenu six heures après une respiration anormale à celui qui a été hématosé sous l'influence d'une respiration normale, on voit se renouveler le fait curieux que j'ai déjà signalé. Le sang, incomplétement élaboré dans l'organe du poumon, contient cette fois encore moins d'eau et plus d'albumine. Relativement à la fibrine et aux globules colorés, ils sont ici plus abondants après la section qu'avant.

Ainsi les faits que j'avais déjà constatés dans mes recherches antérieures se renouvellent, comme on le voit, de la manière la plus complète :

Perte d'eau, de la part du sang, après la section des pneumo-gastriques;

Augmentation d'albumine dans les mêmes circonstances physiologiques.

Evidemment, il y a dans la constance avec laquelle ces deux résultats principaux se produisent un enseignement absolu. « Le poumon est le siége d'une combustion sanguine, sous l'influence de la vie normale; il n'a plus d'action sur le sang dans le cas contraire, et se transforme en un organe inerte et passif. Le sang est l'un des agents de la combustion, et son albumine est le principe organique qui brûle. La respiration parfaite forme de l'eau et de la fibrine avec cette albumine; la respiration modifiée par la section des nerfs pneumo-gastriques ne favorise plus que l'exhalation d'une partie de l'eau que le sang contient, sans en produire de nouvelle et sans attaquer l'albumine, qui est un de ses principes générateurs. »

Je signalais tout à l'heure la vigueur remarquable du sujet d'expérience avant qu'on lui coupât les pneumo-gastriques. Je reviens sur ce fait pour deux raisons : d'abord, parce qu'il contraste avec l'état d'affaissement qu'il a présenté quelque temps après la division des nerfs; ensuite, parce que cet affaissement coïncide lui-même avec la coloration rouge-artériel que réflétait le sang de la jugulaire au moment où elle a été ouverte pour la seconde fois, ou six heures après la première saignée.

L'affaissement, la prostration des forces du cheval quand ses pneumo-gastriques furent coupés, indique d'une manière évidente l'extinction rapide de la vie tout à la fois dans le système musculaire et dans le poumon. Je pense que l'état artériel du sang veineux peut servir à le prouver.

Après la section des pneumo-gastriques, le sang qui traverse le poumon rougit toujours au contact de l'air, comme il le ferait dans un vase inerte, en absorbant de l'oxygène; et, bien que cette absorption soit moins abondante que lorsque le poumon respire normalement, néanmoins elle a lieu, comme personne n'en doute. Si ce sang, alors, est porté dans des organes où la vie persiste encore, il leur abandonnera le peu d'oxygène qu'il a absorbé et il reviendra noir, et cela d'autant plus que la mort du poumon sera plus avancée et qu'il circulera un plus grand nombre de fois dans cet état particulier de tout l'organisme. Si, au contraire, il parcourt des organes où la mort est aussi avancée que dans le poumon, il ne leur cèdera plus d'oxygène et reviendra rouge dans les veines. Il présentera dans ce cas tous les caractères du sang artériel.

Telles sont les observations intéressantes que ces nouvelles recherches m'ont permis de recueillir.

De tout ce qui précède, il résulte comme conclusions rigoureuses :

1° Que, dans l'acte de la respiration normale, le sang brûle en formant de l'eau et de la fibrine aux dépens de l'albumine, et faisant baisser le chiffre de cette dernière dans le sang artériel, tandis qu'il y élève en même temps les proportions des deux premiers éléments;

2° Que, dans le cas d'une respiration aussi incomplète que celle qui suit immédiatement la section des nerfs pneumo-gastriques, la combustion s'éteint dans le poumon, et le sang n'y subit plus qu'une influence mécanique de la part de l'air;

3° Que, pendant cette inertie de l'organe pulmonaire, l'albumine n'étant plus attaquée par l'oxygène de l'air, il n'y a plus d'eau de produite, plus de fibrine;

4° Que, par suite de ce défaut de combustion, le poumon ne remplit plus que les fonctions d'un appareil exhalateur, et que l'eau baisse dans la masse du sang, en même temps que l'albumine y augmente d'une manière très sensible;

5° Que, lorsque la fibrine diminue après la section des pneumo-gastriques, c'est que la vie ou la force assimilatrice persiste encore dans l'organisme malgré le progrès de la mort dans le poumon;

6° Que lorsqu'elle augmente, au contraire, cela tient à ce que la vie de l'organisme en général, et du poumon en particulier, s'épuise d'une manière simultanée.

Relativement à la coloration du sang veineux :

1° Il est noir dans le cas où la fibrine diminue, parce que les tissus peuvent encore absorber l'oxygène que les globules ont pris en traversant le poumon;

2° Il est rouge-artériel lorsque la fibrine augmente, parce qu'alors les tissus organiques morts ou mourants ne peuvent plus absorber le même oxygène.

(*Recueil de méd. vétérinaire.*)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
sur la nature de l'anasarque aiguë, suite de fièvre scarlatine.

Par M. le docteur Prosper Delvaux, ancien interne des hôpitaux civils de Bruxelles.

Pendant l'année qui vient de s'écouler, bon nombre de cas de fièvre scarlatine se sont présentés à mon observation. C'est surtout pendant les mois d'hiver que cette maladie a sévi avec le plus d'intensité et a donné lieu le plus souvent à cette complication fâcheuse connue sous le nom d'anasarque.

Dans l'anasarque scarlatineuse aiguë, l'albuminurie aiguë constitue, dit M. Trousseau, le fond de la maladie.

Dans bon nombre de cas, il est vrai, l'anasarque scarlatineuse reconnaît pour cause la néphrite albumineuse aiguë; mais il en est aussi où les symptômes de néphrite albumineuse n'existent pas, quoique la maladie présente des caractères aussi graves.

Les quelques lignes qui suivent ne prouveraient-elles pas que l'anasarque scarlatineuse aiguë peut être causée par une inflammation de la membrane interne du cœur et de l'aorte? On sait du reste, d'après les recherches de M. Bigot, que l'anasarque est un des symptômes de l'aortite aiguë.

Etant élève interne dans les hôpitaux civils, j'eus plusieurs fois l'occasion de faire l'autopsie d'enfants qui avaient succombé à l'anasarque scarlatineuse.

L'autopsie me révéla souvent du côté du rein des lésions caractérisant la néphrite albumineuse; mais dans deux cas je ne constatai aucune lésion rénale, tandis que l'organe central de la circulation ainsi que l'aorte présentaient les caractères de l'inflammation aiguë.

Le premier cas se présentait chez un jeune garçon âgé de neuf ans, qui avait succombé à une anasarque aiguë scarlatineuse après le septième jour. Les symptômes principaux de cette affection étaient les suivants :

Tout le corps fut envahi en moins de vingt-quatre heures par une tuméfaction résistante du tissu cellulaire sous-cutané avec chaleur intense de la peau. La face était animée, le pouls fréquent, les urines rares, non albumineuses. Il y avait de l'insomnie et de l'agitation.

Je fis l'autopsie, et voici ce que je constatai :

Outre la lésion du tissu cellulaire sous-cutané, reins simplement congestionnés, épanchements séreux dans le péricarde et les plèvres. La membrane interne du ventricule gauche du cœur était injectée, ainsi que celle de la cavité auriculaire du même côté. Fausses membranes fortement adhérentes et nombreuses, surtout vers l'orifice auriculo-ventriculaire et vers l'orifice aortique; caillots fibrineux en abondance dans le cœur gauche, qui s'étendaient dans l'aorte. Celle-ci présentait à sa crosse et dans l'aorte descendante jusqu'au diaphragme une injection vive de la membrane interne avec fausses membranes épaisses.

Il y avait épaississement des parois artérielles et diminution de calibre de ces artères. Deux longs caillots fibrineux occupaient chacune des artères crurales, quoique la membrane interne de ces artères ne présentât point de lésion appréciable.

Dans le second cas, c'était une petite fille âgée de quatre ans, qui avait succombé à une anasarque scarlatineuse aiguë le quatrième jour de cette complication et le onzième jour à partir du début de la fièvre scarlatine.

Chez cette enfant, l'anasarque avait existé avec tous les symptômes aigus, et lorsque j'en fis l'autopsie je trouvai des lésions identiques à celles citées plus haut. C'était encore la cavité gauche ventriculaire qui était tapissée de fausses membranes, beaucoup plus adhérentes et plus étendues que dans le cas précédent; la membrane interne de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante était également recouverte de fausses membranes. Malgré des recherches minutieuses, je ne trouvai aucune lésion du rein. L'infiltration des cavités séreuses n'existait pas.

Ces deux autopsies m'avaient frappé. Il n'y avait plus de doute, l'anasarque aiguë était due dans ces deux cas à une endocardite avec aortite, car nulle part ailleurs il n'existait des lésions capables d'expliquer la formation de l'anasarque.

Lorsque plus tard j'eus occasion d'observer l'anasarque aiguë suite de fièvres éruptives, je me promis de vérifier le fait, et durant cette année, sur neuf anasarques aiguës que j'ai observées suite de scarlatine, cinq me présentèrent les symptômes propres à la néphrite *albumineuse*, tandis que dans les quatre autres il n'existait aucun symptôme du côté du rein annonçant une néphrite; l'ensemble de symptômes que j'observai ne pouvaient, au contraire, me laisser de doute sur l'existence de l'inflammation aiguë de la membrane interne du cœur et de l'aorte.

C'est vers le sixième jour de la maladie qu'éclatait tout à coup la leucophlegmasie, qui était générale et précédée de plusieurs frissons intenses et de suppression de l'exanthème.

La suppression de l'exanthème reconnaissait pour cause probable le refroidissement; car c'est dans la classe indigente que je fis ces observations, et l'on sait que le plus souvent les soins que réclament les maladies aiguës en général et les fièvres éruptives en particulier sont complétement négligés dans cette classe de la société.

Puis se montrait de l'agitation accompagnée de chaleur vive de la peau.

Du côté de l'appareil circulatoire se présentaient les phénomènes morbides suivants :

Anxiété grande, gêne profonde à la région précordiale; battements tumultueux du cœur, métalliques; espèce de bruit de soufflet le long de la colonne vertébrale. Pouls assez fort, très fréquent, irrégulier.

La gêne respiratoire, souvent très grande, était accompagnée d'une toux sèche; céphalalgie; soif vive, inappétence, constipation; urines rares, brunes, non albumineuses.

Des sangsues en nombre suffisant appliquées à la région épigastrique, puis un vésicatoire volant à la région précordiale; la diète, les boissons délayantes et l'opium à l'intérieur pour combattre l'éréthisme nerveux existant, m'ont parfaitement réussi dans trois cas. Dans le quatrième, un œdème de la glotte vint encore compliquer l'affection, et l'enfant ne put être sauvé.

Trois jours d'un pareil traitement ont suffi pour voir s'amender tous les symptômes, et l'anasarque au bout du sixième ou septième jour avait totalement disparu. Dans le cas où la résolution ne s'en faisait pas d'une manière prompte, j'avais recours aux diurétiques, qui faisaient bientôt disparaître jusqu'à la moindre trace du mal.

(*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 octobre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'instruction publique, sur la demande de l'administration de la Bibliothèque nationale, prie l'Académie de vouloir bien s'occuper de la rédaction d'une classification de la médecine destinée au catalogue de la bibliothèque, que l'administration de cet établissement prépare en ce moment.

Le bureau désigne pour cet objet une commission composée de MM. Bérard, Malgaigne, Delafond, Guibourt, de M. le secrétaire perpétuel, et de MM. les bibliothécaires.

Les ministres de l'intérieur et du commerce transmettent :

1° Un compte-rendu d'expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Rennes devant les membres du conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité, sur le traitement des fièvres intermittentes par la décoction de la racine de plantain. (Commission des succédanés du quinquina.)

2° Une lettre relative à un remède contre le choléra. (Commission du choléra.)

3° Une série de communications relatives à des remèdes contre la rage. (Commission des remèdes secrets.)

4° Un certificat de puisement et des échantillons provenant d'une source minérale sise à Garost (Hautes-Pyrénées). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement de l'état fébrile continu par le sulfate de quinine.

M. le docteur Robert Dundas, d'Edimbourg, adresse deux brochures écrites en anglais, relatives au traitement de tout état fébrile continu par le sulfate de quinine.

Appareil pour les fractures du col du fémur.

M. le docteur Bouchaillat-Perroux, de Cousances (Jura), soumet à l'examen de l'Académie un appareil qu'il a imaginé depuis près de quatorze ans pour remédier aux fractures du col du fémur. (Commissaires : MM. Larrey et Malgaigne.)

Programme d'un cours d'hygiène populaire.

M. Nadau, de Tonneins (Lot-et-Garonne), transmet à l'Académie le programme suivant d'un cours populaire d'hygiène publique et privée, pour lequel il a fondé un prix de 3,000 fr.

Programme d'un cours populaire d'hygiène publique et privée.

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé, montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes;

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats; des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtements;

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des aliments et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent;

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable, les désordres, les crimes, etc.;

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes, dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les sociétés de tempérance en Angleterre et aux Etats-Unis;

6° Traiter de l'exercice et du travail, en montrer les bons effets sur la santé, dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture;

7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène.

Nota. — Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier *à ses frais* les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

De la météorologie médicale et de l'étude des climats considérés au point de vue médical.

M. le docteur H.-C. Lombard, de Genève, lit sur ce titre un mémoire qu'il fait suivre de quelques-uns des résultats obtenus par l'emploi de la méthode appliquée au climat de Genève. L'auteur, définissant d'abord ce qu'on entend par l'examen d'un climat considéré au point de vue médical, c'est-à-dire spécifiant de quelle manière on peut appliquer la météorologie à l'étude du développement des maladies, pose en principe que, tandis que dans la météorologie considérée comme science abstraite, ce sont surtout les quantités absolues qui occupent le savant, pour la météorologie appliquée à la médecine, c'est principalement l'étendue des efforts que doit faire le corps humain pour maintenir l'équilibre au milieu des incessantes variations de l'atmosphère que l'on doit avoir en vue. Là où le météorologiste se contente des degrés absolus de la chaleur, de la sécheresse ou de la pesanteur de l'air pour chacun des mois de l'année, le médecin devra s'occuper surtout de comparer entre eux les différents mois et saisons, et de prendre dans les caractères météorologiques de chacun d'eux les termes de comparaison que les météorologistes scientifiques vont chercher dans les autres climats. Enfin, ce qu'il importe surtout au médecin, c'est moins de connaître les modifications atmosphériques en elles-mêmes que leurs effets sur l'homme et de savoir que ces effets seront différents, suivant l'état où se trouvera le corps humain à un moment donné; d'où il résulte que l'une des notions météorologiques les plus importantes pour le médecin, c'est l'état de l'atmosphère dans les jours, les mois et les saisons qui ont précédé le moment de l'observation. En conséquence de ces principes, les documents météorologiques doivent comprendre non-seulement les moyennes mensuelles de la température, de l'humidité et de la pesanteur de l'air, de la direction des vents et de la clarté de l'atmosphère, mais encore les moyennes mensuelles des variations thermométriques entre deux jours successifs ou dans la même journée, ainsi que les oscillations mensuelles du baromètre.

En prenant pour exemple de l'application de cette méthode l'étude du climat de Genève, M. Lombard signale quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé dans les diverses parties dont se compose son mémoire.

I. Après avoir exposé les règles d'après lesquelles l'on arrive à établir l'échelle croissante et décroissante, nous avons reconnu, dit

M. Lombard, que, pour le climat de Genève, les mois sont rangés dans l'ordre suivant, en commençant par le mois qui est le plus morbide et finissant par le mois qui est le plus sain : 1° février, 2° avril, 3° mars, 4° janvier, 5° mai, 6° juin, 7° décembre, 8° août, 9° juillet, 10° novembre, 11° septembre, 12° octobre.

Puis, en comparant cette échelle pathologique avec les échelles météorologiques, nous sommes arrivé à reconnaître les influences pathologiques suivantes: à une température froide et durable, sèche et variable; à l'abaissement et à de fortes oscillations du baromètre, à la prédominance des vents du nord et à la rareté des brouillards, correspond *une forte morbidité; et vice versâ* à une température chaude et prolongée, humide et peu variable; à la rareté des vents du nord, à la hauteur comparative et à de faibles oscillations du baromètre, ainsi qu'à la fréquence des brouillards, correspond *une faible morbidité*.

II. En décomposant la population dans ses divers éléments, nous sommes arrivé à déduire les conséquences suivantes :

1° *Quant au sexe et à l'âge*, plus il y a de force de résistance, soit en raison du sexe, soit en raison de l'âge, plus la chaleur est fâcheuse, tandis que l'influence morbide du froid s'exerce plus spécialement sur le sexe le plus faible et sur les personnes qui, par leur âge, sont privées d'une certaine force de résistance vitale.

2° *Quant à la condition sociale*, les classes pauvres et ouvrières possèdent une plus grande force de résistance aux influences morbides des saisons;

3° *Quant aux maladies annuelles*, nous ne pouvons citer qu'un seul exemple, celui des maladies du *tube digestif*, considérées dans leur ensemble. Voici les résultats de nos recherches sur ce sujet :

1° Les mois d'août et de septembre sont l'époque du plus grand nombre de malades et de décès ;

2° L'hiver est la saison qui compte le plus petit nombre de malades et de décès ;

3° L'été est la saison la plus chargée de malades, et l'automne celle qui compte le plus grand nombre de décès ;

4° Entre les deux extrêmes, juillet, époque du maximum, et décembre, époque du minimum, la croissance et la décroissance des malades suivent une marche parfaitement régulière, très lente de décembre à juillet, et très rapide de juillet à décembre;

5° L'influence des vicissitudes atmosphériques est plus prononcée sur les décès que sur les malades.

III. Quant à la nature pathologique des maladies, voici quelques résultats généraux:

1° Les maladies inflammatoires sont fréquentes en hiver et au printemps. Le maximum des malades tombe sur janvier et février, tandis que le maximum des décès correspond à février et à mars;

2° Le minimun des malades tombe sur l'automne; mais à cette époque leur gravité est plus grande, de telle manière qu'à un petit nombre de malades correspond un assez grand nombre de décès ;

3° Les maladies bilieuses augmentent lentement de décembre, époque du maximum, jusqu'à mai, puis font un saut rapide en mai et juin, époque du maximum, et dès lors diminuent lentement jusqu'à décembre;

4° Les maladies rhumatismales sont surtout fréquentes au printemps et en hiver, et deviennent fort rares en automne, et surtout en été;

5° Les maladies névralgiques sont très fréquentes en hiver et au printemps, et très rares en été et en automne;

6° Les maladies hémorrhagiques sont fréquentes et graves au printemps et en automne, rares et bénignes en hiver et en été;

7° Les maladies catarrhales aiguës sont fréquentes en hiver et au printemps et rares en automne et en été;

8° Les maladies éruptives sporadiques sont fréquentes au printemps et en été, et rares en hiver et en automne; les maladies éruptives épidémiques nous présentent une très forte prédominance du printemps, sur toutes les autres saisons;

9° Les maladies miasmatiques paludéennes sont fréquentes en été et au printemps, et rares en automne et en hiver;

10° Les fièvres typhoïdes ont leur maximum en octobre et leur minimum en mars, et la disproportion entre les deux mois extrêmes est très considérable, car on compte sept fièvres typhoïdes en octobre pour une en mars. La mortalité occasionnée par les fièvres typhoïdes est à son maximum en octobre et à son minimum en juillet. Si maintenant nous recherchons quelle est l'intensité des influences atmosphériques sur le développement de ces divers ordres de maladies, nous pourrons établir l'ordre suivant en commençant par celui qui est le plus facilement influencé par les vicissitudes atmosphériques :

1° Les fièvres typhoïdes ;
2° Les fièvres intermittentes;
3° Les maladies catarrhales;
4° Les maladies éruptives;
5° Les maladies inflammatoires;
6° Les maladies névralgiques;
7° Les maladies hémorrhagiques;
8° Les maladies rhumatismales;
9° Les maladies bilieuses. (Commissaires : MM. Rostan, Soubeiran et Villermé.)

Réduction d'un renversement complet de la matrice fait avec succès au bout de quinze mois.

M. Danyau lit en son nom et celui de M. Paul Dubois un rapport très étendu et très favorable sur une observation de renversement complet de la matrice, dont la réduction fut tentée avec succès au bout de quinze mois par M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. le rapporteur, après avoir exposé dans tous ses détails l'observation de M. Barrier, cherche ensuite à déterminer quelle est dans ce succès presque inespéré et presque sans exemple la part du chloroforme, celle du procédé opératoire et celle de l'opérateur lui-même, et il termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Barrier pour son intéressante communication et le féliciter du remarquable succès qu'il a obtenu;

2° Renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Des eaux potables.

M. Boullay lit en son nom et celui de MM. Boutron et O. Henry un rapport sur un ouvrage manuscrit ayant pour titre : *Des eaux potables en général considérées dans leur constitution physique et chimique et dans leur rapport avec la physique, la géologie, la physiologie générale et l'hygiène publique, ainsi que dans leurs applications à l'industrie et à l'agriculture, en particulier des eaux utilisées dans les deux arrondissements du Havre et d'Yvetot*; par M. Eugène Marchand, pharmacien à Fécamp, etc.

Le travail de M. Marchand a pour but principal l'examen sous leurs divers aspects, sous celui de leurs divers usages, des eaux potables en général et en particulier de celles des arrondissements du Havre et d'Yvetot. A ces analyses des eaux potables, M. Marchand a joint celle des eaux de la mer (Océan), celle de la pluie et de la neige.

Nous empruntons à l'analyse présentée par M. le rapporteur quelques-uns des résultats principaux énoncés dans le mémoire de M. Marchand.

C'est surtout en comparant les eaux de différentes sources avec l'eau de mer que l'auteur arrive à considérer cette dernière comme le réservoir d'où émanent par évaporation tant d'éléments transportés dans l'atmosphère, dont les pluies la dépouillent en partie. C'est en étudiant l'action météorologique qui modifie ces corps de natures variées que M. Marchand trouve l'origine de l'iode et du brome, dont il admet l'existence dans toutes les eaux naturelles et que les végétaux s'assimilent à l'état salin.

M. Marchand signale dans les eaux un très grand nombre de principes fixes et gazeux, dont la présence s'explique facilement par la manière dont ils s'y rencontrent. Dans l'atmosphère, ce sont des gaz, des matières volatiles en suspension, tels que des acides chlorhydriques, bromhydriques, iodhydriques, azotiques, de l'ammoniaque, différents sels et des substances de nature organique que les eaux de pluie ou de neige sont appelées à dissoudre. Dans les couches terrestres, les eaux se saturent d'une foule de principes qu'elles rencontrent sur leur passage, ce qui explique le nombre prodigieux d'éléments que recèlent la plupart des eaux potables, etc.

L'auteur reconnaît encore un fait signalé par MM. Boullay et O. Henry, la concomitance de certains principes, ce qui permet de juger d'après l'existence de quelques-uns de la présence de tels ou tels autres.

Voici quelques-unes des conséquences ou applications qui découlent des détails scientifiques de ce travail. Une question immense se débat à l'occasion du goître et du crétinisme, et l'opinion que la présence des sels à base de magnésie dans l'eau en était la cause principale a prévalu un instant. Il semble résulter, au contraire, de l'opinion de M. Marchand, aussi bien que des idées émises par M. Chatin, que c'est surtout à l'absence de l'iode dans les eaux potables, jointe évidemment à la constitution météorologique, qu'on devrait attribuer cette dégénérescence de l'espèce humaine.

En résumé, le travail de M. Eugène Marchand, si étendu, si rigoureux dans ses appréciations, si laborieusement réalisé dans un intérêt à la fois local et général, nous semble digne des plus grands éloges. Plusieurs des aperçus de l'auteur viendront s'établir comme des lois, ou corroborer celles qui existent. C'est, en outre, un modèle à suivre dans les autres contrées de la France, par rapport à la qualité des eaux potables. La commission, en conséquence, soumet à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

1° Qu'il soit écrit à M. Eugène Marchand pour le remercier et le féliciter de sa communication ;

2° Que, son ouvrage n'étant pas, par son étendue, susceptible de faire partie des publications de l'Académie, l'extrait qu'en a fait l'auteur soit envoyé au comité de publication ;

3° Que le volume manuscrit contenant l'œuvre entière, dont la publication est très désirable, qui sera effectuée sans doute par une autre voie, et que nous étions tenté de recommander dans ce but à M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, soit placé dans les archives de l'Académie et mis, au besoin, à la disposition de l'*Annuaire des eaux de la France;*

4° Enfin, que le nom de M. E. Marchand soit placé sur la liste des candidats aux places vacantes parmi les membres associés de la Compagnie. (Adopté.)

Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale.

M. Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, dépose sur le bureau un mémoire sous ce titre, qu'il résume en ces termes :

A la fin de l'année 1845 et en janvier 1846, un savant rapport de M. le professeur Velpeau a amené l'Académie à s'occuper du traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections iodées.

Plusieurs de ses membres ont pris part à la discussion, et se sont prononcés les uns pour les autres contre cette méthode.

Des pièces de ce procès, il semble résulter que l'on admet en principe que la cure de cette affection ne peut se faire sans la disparition de la cavité vaginale et son entière oblitération. C'est là l'idée à peu près dominante aujourd'hui. Cependant Pott, d'illustre mémoire, avait déjà indiqué que cette oblitération n'était point indispensable; MM. Ward, Green et Ramsden ont professé la même croyance, à l'appui de laquelle M. Velpeau cite dans sa *Médecine opératoire* un fait recueilli à la Pitié en 1831.

J'ai cru qu'il y aurait de l'intérêt à savoir ce qui se passe réellement en cette occasion. Placé dans d'heureuses circonstances pour cela, j'ai tenu note depuis 1845 des opérations d'hydrocèle pratiquées à l'hôtel des Invalides, où nos malades ne sont pas, comme dans les hôpitaux, perdus pour nous à partir de leur sortie des salles. J'ai recherché également les hommes traités pour la même affection avant cette époque, et ces notes m'ont fourni la statistique suivante :

30 militaires opérés avant mon arrivée à l'hôtel existaient encore; savoir :
3 soumis à l'emploi du séton, par Sabatier;
2 à l'excision, par Percy, pendant leur jeunesse;
3 à l'incision, par Ivan;
8 à l'emploi de la potasse caustique, par le même;
8 à l'usage d'une sonde flexible laissée à demeure, par Larrey;
2 à des injections vineuses, par Pasquier père;
3 à des injections de même nature, par Pasquier fils;
4 à des injections iodées, par le même;
1 enfin avait subi en 1838 une simple ponction sans injection, faite par M. Desruelles au Val-de-Grâce. Une violente inflammation s'était déclarée; on l'avait combattue à l'aide de sangsues. La guérison de l'hydrocèle s'en était également suivie.

30 hommes ont été opérés dans mon service depuis 1845. Parmi eux, 2 ont subi de simples ponctions évacuatrices; les 28 autres ont été soumis à des injections iodées. Dans ce dernier nombre se trouve un invalide à qui déjà M. Arobnsonn avait fait inutilement à Strasbourg une injection vineuse cinq ans auparavant.

28 des 34 premiers sont morts, et 2 ont quitté l'hôtel.

15 de nos 30 opérés sont morts aussi. Les uns et les autres ont succombé à des affections diverses tout à fait étrangères à l'opération, et tous fort longtemps après la guérison de leurs hydrocèles.

Chez les 28 anciens opérés, dont un avait subi l'injection iodée, il y avait oblitération complète de la cavité vaginale.

Parmi les 15 hommes décédés sur les 30 que j'ai soumis à l'injection iodée, 7 offraient des adhérences complètes oblitérant la cavité séreuse, 4 présentaient des adhérences partielles seulement, et 4 n'en fournissaient pas de traces.

Tels sont, en résumé, les faits développés dans le mémoire que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, et qui m'ont porté à conclure :

1° Que Pott avait dit vrai en avançant que la disparition de la cavité vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle;

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés jadis, et même des injections vineuses;

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées, *s'il devient constant par des recherches nouvelles que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées ici.*

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 octobre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Epilepsie traitée par la trachéotomie.

M. Marshall-Hall communique un nouveau cas de succès du traitement de l'épilepsie par la trachéotomie.

Le malade dont il s'agit avait éprouvé des accès affreux et presque journaliers depuis vingt ans. Il était devenu blême et maigre, et avait perdu l'intelligence. Cette épilepsie avait la forme de l'*epilepsia laryngea*, forme à laquelle la trachéotomie est appropriée et limitée.

Voici la description d'un de ces accès, donnée par M. Mackarsie, de Clay Crooss (Chesterfield) :

« L'accès est subit; il jette le malade avec violence sur la terre. Alors il y a pendant quelques minutes des efforts infructueux pour respirer. La respiration s'effectue enfin par des inspirations stridu-leuses d'abord, puis librement, et l'accès finit; reste le coma, l'oubli. Pendant l'accès, la figure est fortement congestionnée, le cou tuméfié, les veines gonflées. »

L'opération a été faite il y a sept semaines; depuis, il n'y a eu que des menaces avortées, mais point d'accès. Le teint est devenu moins blafard, l'intelligence est moins affaiblie. Le malade continue, depuis ce temps-là, à porter la canule.

M. Marshall-Hall rappelle, à cette occasion, que le malade qu'a traité M. Cane continue à n'avoir plus d'attaques, portant toujours la canule depuis vingt mois.

Influence de la lumière sur le mouvement de l'iris.

M. J. Budge, de Bonn, adresse une note dont l'objet est de démontrer que la lumière a une influence directe sur le mouvement de l'iris.

D'après les expériences ingénieuses de Lambert, Fontana et M. E. H. Weber, on croyait un fait incontestable, que la lumière n'a pas d'influence directe sur l'iris, mais seulement par l'intermédiaire de la rétine et des centres nerveux. Par conséquent, on a regardé jusqu'à présent le rétrécissement de la pupille, produit par la lumière, comme un mouvement *reflexi*.

M. Budge a trouvé que la pupille se rétrécit aussi si l'on éclaire l'œil après avoir coupé les deux nerfs optiques, ou seulement un; mais il faut avoir coupé le nerf qui produit la dilatation de la pupille. Si l'on coupe à une grenouille, auparavant le tronc du nerf grand sympathique d'un côté, au-dessous du ganglion du nerf pneumo-gastrique, et en même temps les deux nerfs optiques, la pupille se rétrécit, dans une heure ou un peu plus tard, du côté où l'on a coupé le nerf grand sympathique. Si, alors, on met cette grenouille dans une place obscure, la pupille qui venait d'être contractée se dilate, et quand on expose l'œil à la lumière, elle se rétrécit de nouveau. Mais la lumière n'agit point ou que peu sur la pupille de l'autre côté, où l'on a coupé seulement le nerf optique mais pas le nerf grand sympathique.

Les résultats restent les mêmes si l'on coupe la tête à une grenouille et si l'on enlève les yeux de l'orbite. En ce cas, la pupille se rétrécit aussi par l'action de la lumière, et elle se dilate quand on met l'œil dans l'obscurité. On peut voir ce phénomène à peu près pendant une heure.

Influence de la température sur les fibres nerveuses divisées.

M. Waller, de Bonn, adresse un huitième mémoire sur le système nerveux. Ce nouveau mémoire a pour objet l'exposition de quelques nouvelles observations sur l'influence de la température sur les altérations des fibres nerveuses divisées. Des expériences relatées dans ce mémoire, l'auteur conclut que, tandis qu'une température élevée accélère la désorganisation qui survient spontanément dans l'extrémité périphérique des nerfs divisés, une température basse, au contraire, arrête cette désorganisation.

Cause des morts subites survenues sous l'influence du chloroforme.

M. Stanski, à l'occasion d'un nouveau cas de mort subite causée par le chloroforme, rappelle qu'il a remarqué que toutes les personnes qui ont ainsi succombé étaient dans la position assise.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 19 octobre.

Monsieur,

Je lis dans votre numéro du mardi 21 septembre dernier, qui me tombe seulement aujourd'hui sous les yeux, un article fort bien fait du reste sur l'emploi du chocolat. L'auteur de cet article dit qu'après des analyses comparatives faites avec soin, il a reconnu que le chocolat Menier (maison fondée en 1760) est celui qu'il croit devoir recommander à ses confrères de préférence à tous les autres.

Il est de toute probabilité que c'est de la maison Meunier, *fondée en* 1760, rue des Vieilles-Etuves-Saint-Honoré, 3, dont je suis le seul possesseur, que votre collaborateur a voulu parler.

Si c'est par erreur que l'on a mis le nom de Menier au lieu de *Meunier*, je vous prie de vouloir bien être assez bon pour rectifier la lettre *u* qui manque au nom (1); car je suis, je le déclare, très flatté que les produits qui sortent de la maison Meunier soient recommandés par les médecins.

Agréez, etc.

Kretly,
Successeur de la maison Meunier.

AVIS. — MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'hiver sont prévenus que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu à la Faculté de médecine lundi prochain 25 octobre, à une heure et demie.

(1) C'est en effet par erreur que cet u malencontreux avait été supprimé par l'imprimeur.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an.......	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an.......	38

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Intoxication mercurielle. Tremblement métallique. — Taille vésico-vaginale. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Leçons cliniques sur la péricardite. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Excision du clitoris et des nymphes. Inefficacité de cette opération appliquée à un cas d'œstromanie. — De l'emploi du fer à repasser. — Sur l'emploi du chlore comme antidote de la strychnine. — Cas remarquable de plaie par arme à feu. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Basset. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAI.RE

Intoxication mercurielle. — Tremblement métallique.

Rien de plus pénible que l'aspect des souffrances et des infirmités produites par l'emploi dans l'industrie des substances délétères. L'influence néfaste exercée sur certaines classes d'ouvriers qui se servent dans l'exercice de leur profession de mercure ou des sels de plomb est malbeureusement trop souvent appréciable dans nos bôpitaux. On ne sait comment expliquer l'incurie, l'insouciance de malheureux qui, soumis à un empoisonnement terrible par ses effets, ne craignent pas de se soumettre à de nouvelles intoxications, lorsqu'à peine ils viennent d'échapper aux suites d'une première atteinte. La sollicitude éclairée de l'autorité a déjà bien modifié avantageusement ces déplorables accidents; mais disons-le bautement, contre les bienfaits d'une sage prophylaxie, on trouve luttant en première ligne ceux-là mêmes dont on veut sauvegarder les intérêts. Un exemple récent, à l'appui du fait que nous énonçons, a été observé par nous à l'hôpital de la Pitié. Nous le publions, non pas comme offrant un intérêt pratique spécial pour les médecins, mais bien comme une démonstration matérielle de ce que peut engendrer de misères et de souffrances l'appât d'un gain plus élevé.

Voici l'observation.

Au n° 20 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. le docteur Grisolle, est entré, le 20 octobre 1852, le nommé Millot, âgé de vingt-sept ans, ouvrier miroitier. Cet homme, d'une constitution bonne autrefois, d'une santé habituelle satisfaisante, nous raconte sur ses antécédents les détails suivants :

Né dans le département de l'Yonne, il a quitté son pays et habite Paris depuis douze ans. Il exerça d'abord l'état de fabricant de socques. Pendant cinq ans il continua cette industrie; mais après ce temps il l'abandonna, la trouvant trop fatigante, parce que, dit-il, il ne pouvait supporter la position assise et courbée qu'il était forcé de tenir pour se livrer à son travail.

Il choisit alors une profession encore bien plus compromettante pour sa santé; il travailla comme ouvrier miroitier, et pendant cinq ans et demi il suivit assidûment son atelier, s'occupant de l'étamage des glaces.

Tant que ses occupations le retinrent dans l'atelier, siége du travail de tous les autres ouvriers, il n'éprouva aucun accident. Soumis, suivant toute probabilité, aux babitudes hygiéniques créées dans ces genres d'établissement, sa santé résista aux atteintes mercurielles. Nous noterons, du reste, à la louange des fabricants, que, suivant les renseignements donnés par le malade lui-même, les cas d'intoxication seraient très rares et porteraient spécialement sur les ouvriers qui abusent des boissons alcooliques.

Notre homme s'était marié pendant ce temps; et voulant augmenter la somme de son salaire, qui montait néanmoins à six ou sept francs par jour, il se décida, pour améliorer sa position pécuniaire, à travailler chez lui.

La chambre à coucher, commune à lui, à sa femme et à un jeune enfant, devint l'atelier de travail. Des sébiles de bois constamment remplies de mercure à la dose d'environ 30 à 40 kilogrammes, restaient non couvertes dans l'habitation de la famille, et par conséquent permettaient l'évaporation incessante sur une assez vaste surface du métal si volatil.

Après cinq mois d'habitation au milieu de conditions hygiéniques si déplorables, tous devinrent malades; la femme eut une salivation mercurielle; le jeune enfant, en outre de la salivation, fut pris de tremblements; et lui enfin, comme l'enfant, eut la stomatite et le tremblement, mais à un tel degré, que peu à peu il devint impotent. Il ne pouvait même plus s'habiller lui-même. Il ne prenait que des aliments liquides; et, dans l'impossibilité de porter une cuiller à sa bouche, il buvait à même l'assiette dans laquelle il mangeait.

Tous ces détails, je les transcris textuellement sous la dictée du malade, qui les raconte avec une indifférence incroyable.

Le traitement fut bien simple. Tous abandonnèrent leur logement pendant quelques mois et allèrent habiter à la campagne. Actuellement la femme est complétement guérie, mais le jeune enfant a conservé son tremblement, qui, suivant le dire du père, disparaîtra sans doute.

Quant à lui, sa santé est restée altérée, et cependant il s'est assez bien traité, car il prenait un bain de vapeur, nous dit-il, tous les quinze jours.

La stomatite n'existe plus, mais le tremblement persiste, ce qui ne l'a pas empêché de venir reprendre son état; seulement, comme il est incapable de travailler, il fait travailler chez lui, se contentant de faire faire l'étamage dans la cuisine. Il n'a donc plus le mercure dans la chambre à coucher.

Il y a vingt-neuf jours, des phénomènes sérieux se sont montrés du côté du ventre; des coliques violentes avec des vomissements opiniâtres sont survenus. Il a voulu se soigner chez lui; mais après avoir lutté pendant près d'un mois, il s'est décidé enfin à entrer à l'hôpital.

Le 21 au matin, nous l'avons trouvé dans les conditions suivantes :

Sa figure est pâle, le corps est amaigri. Du côté des organes de la respiration et de la circulation, on ne note aucun trouble; dans toute la région abdominale, le malade accuse de violentes douleurs avec des exacerbations quotidiennes survenant dans la soirée; alors il est pris de suffocations. La pression sur le ventre est douloureuse, surtout à l'épigastre et dans les fosses iliaques. Les urines sont naturelles; pas de diarrhée; les vomissements n'existent plus. La bouche, explorée avec soin, ne présente plus d'ulcérations; les gencives et les dents sont noires, l'baleine fétide, ce qui n'est pas ordinaire. Tous les muscles du corps sont agités par des convulsions continues, inégales, saccadées. La marche est presque impossible; le moindre obstacle ne peut être surmonté : ainsi, une fois mis sur ses jambes, le malade ne peut sans être soutenu lever assez baut le pied pour l'entrer dans ses chaussures. La langue, agitée également de mouvements convulsifs, obéit mal à la volonté, et la parole reste difficile et embarrassée.

Au milieu de tous ces désordres, le malade reste calme et tellement indifférent qu'il semblerait lorsqu'il donne les renseignements qu'on lui demande qu'il s'agit d'une autre personne; il ne se préoccupe que d'une chose, de ses coliques. Quant au tremblement, il le considère comme peu digne de fixer l'attention; il devra disparaître seul, et, dès que ses coliques n'existeront plus, il reprendra son état.

Le traitement prescrit par M. Grisolle est le traitement ordinaire : sudorifiques, bains, opium. Suivant toute probabilité, on guérira le malade, mais il s'exposera de nouveau, et sans doute la rechute sera plus grave.

Quant à le détourner de continuer sa fabrication chez lui, la contrainte morale ne saurait suffire : il faudrait plus, et notre action s'arrête à ce point.

Taille vésico-vaginale.

La disposition anatomique des organes urinaires chez la femme rend très rare l'application de la taille. Le plus souvent, en effet, quand un calcul s'est formé, il se trouve expulsé par les efforts de contraction de la vessie avant d'avoir acquis un volume considérable. Cette issue du calcul est favorisée, en effet, par le peu de longueur et la grande dilatabilité du canal de l'urètre, par la déclivité du col de la vessie et l'absence de prostate.

Ajoutons encore que le plus souvent, dès le début de l'affection, des symptômes annoncent la présence d'un corps étranger dans la vessie, et alors on peut facilement l'extraire; car, s'il n'est ni trop dur ni trop volumineux, la lithotritie devient d'une application facile.

On a pu dans quelques cas extraire par la simple dilatation du canal des calculs même assez volumineux.

Mais quelquefois le chirurgien n'est appelé que lorsque déjà la pierre a acquis des proportions considérables, et alors une opération devient inévitable. Si cette pierre est volumineuse et très dure, la lithotritie n'est pas applicable; il faut donc recourir à la taille. Ajoutons que la lithotritie n'est pas chez la femme aussi bénigne que l'on serait disposé à l'admettre; les manœuvres ne peuvent se faire sans déterminer quelquefois une altération assez grave du canal, et les malades ne guérissent de l'affection calculeuse qu'en contractant une infirmité déplorable, l'incontinence d'urine.

La cystotomie peut, comme chez l'homme, être pratiquée au-dessus ou au-dessous du pubis. Pour beaucoup de chirurgiens, la première serait la meilleure. C'est là une question qui ne nous paraît pas définitivement jugée; et dans bien des cas, eu égard à certaines prédispositions mauvaises des malades, il nous paraît bien plus grave d'attaquer la vessie par le haut appareil, l'inflammation péritonéale pouvant bien souvent succéder à l'opération. Quant aux tailles sous-pubiennes, elles sont assez nombreuses; ainsi on a pratiqué la taille latéralisée, la taille vestibulaire et la taille vésico-vaginale.

Nous avons eu l'occasion de voir pratiquer cette dernière opération par M. Michon à l'hôpital de la Pitié. Les faits de ce genre sont assez rares, et méritent à tous égards de fixer l'attention; aussi nous empressons-nous de publier l'observation suivante :

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la maladie scrofuleuse; par M. Vinceut DUVAL, directeur des traitements orthopédiques dans les bôpitaux civils de Paris, lauréat de l'Institut, etc. — Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Fit fabricando faber, vieil adage dont l'antiquité ne détruit point la justesse. Pour l'observateur attentif, sans cesse en face d'un même ordre de faits, chaque jour amène sa révélation, apporte sa remarque, et de ces conquêtes de détail se compose avec le temps une ricbesse qui s'empreint dans les œuvres comme dans la pratique.

Dans le livre que M. V. Duval vient de faire paraître se trouve une confirmation nouvelle de cette vérité. Il importe pour apprécier convenablement cette publication de comprendre la situation tout exceptionnelle de l'auteur. M. V. Duval a marqué son sillon dans la science. A lui revient l'bonneur d'avoir introduit dans notre pays cette belle méthode de la *ténotomie sous-cutanée*, dont son nom est inséparable, et qui, bonorée des suffrages de l'Institut, attend encore une autre distinction. On lui doit aussi, entre autres, sur le pied-bot, les eaux minérales de Plombières et les principales difformités du corps humain, divers traités, remarquables surtout par un grand fond d'observation et d'expérience.

Personne, en effet, n'a plus et mieux vu que M. V. Duval. Cbef d'un important établissement d'orthopédie, directeur depuis vingt et un ans des traitements orthopédiques dans les bôpitaux civils de Paris, c'est maintenant par milliers qu'il compte les cas de maladie scrofuleuse de tous degrés et de toutes formes qui ont passé sous ses yeux, qu'il a soignés et suivis dans toutes leurs phases. On ne saurait dès lors s'étonner si dans de telles conditions le nouveau traité de notre savant confrère se présente avec les garanties d'une supériorité réelle, s'il renferme des données et plus précises et plus complètes que les nombreux écrits composés jusqu'ici sur la même matière.

Ce traité, du reste, se divise en deux parties : l'une envisageant la scrofule sous son aspect le plus général, l'autre l'étudiant dans ses manifestations particulières : dermatoses, tumeurs blanches, artbrites cbroniques, subinflammations de la colonne vertébrale, opbthalmie, pbthisie pulmonaire, carreau, etc.

Quelle est la nature de la scrofule ? Aucune question n'a donné lieu à plus d'bypothèses, et malheureusement ne laisse encore autant d'incertitudes. Après un aperçu anatomique et médical du système lymphatique, M. Duval aborde immédiatement cette question, sans contredit la plus intéressante, puisqu'elle domine la pathologie tout entière de la maladie, et que de la manière de la résoudre dépendent les indications bygiéniques et curatives.

Tour à tour, et sans parler des tbéories anciennes où les bumeurs pituiteuses jouaient un si grand rôle, la formation des scrofules a été attribuée, selon que les auteurs étaient humoristes, chimistes ou solidistes, soit à une altération de la lympbe ou du sang, soit à un principe âcre ou acide infectant l'économie, à la débilité des tissus blancs, à un vice assez mal défini, et souvent à plusieurs de ces causes réunies. M. Duval discute chacune de ces explications, qu'il rejette presque toutes, pour en revenir aux idées de Broussais. Solidiste et vitaliste à la façon de ce grand maître, il considère les virus, vices, âcretés acides ou alcalines, acrimonies, etc., comme des fantômes qui n'ont jamais existé que dans le cerveau de leurs auteurs. Suivant lui, la mauvaise disposition des tissus, originaire ou acquise, est la cause principale, non le produit de la mauvaise constitution des liquides : d'une part, l'élimination incessante, dont l'organisme est le siége, s'opposant à la présence permanente de molécules délétères dans les humeurs, et, d'autre part, la proportion des scrofuleux, quoique considérable, devant être beaucoup plus forte encore, si elle était en rapport avec le nombre des individus soumis aux causes reconnues de la dégénération strumeuse.

A cette règle posée ici d'une manière trop absolue peut-être, Broussais avait, il est vrai, fini par admettre quelques exceptions, notamment à l'égard des virus, mais alors, dit M. V. Duval, on était privé des notions fournies par l'école italienne sur le mode d'action des agents thérapeutiques, tandis qu'aujourd'bui le contre-stimulisme permet d'expliquer les effets de certains médicaments sans qu'on soit obligé de faire intervenir une bypothétique neutralisation de principes insaisissables.

Dans l'affection strumeuse, M. V. Duval ne sépare point l'état local de l'état constitutionnel. L'un n'est que l'attribut, l'accessoire de l'autre : bossus, rachitiques et scrofuleux se touchent. Aussi, dans le chapitre des symptômes, notre confrère a-t-il mis un soin tout particulier à exposer les caractères du tempérament et du vice

Le 7 octobre 1852, est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 21, la nommée Maillard (Augustine), âgée de vingt-quatre ans, couturière.

Cette femme, d'une constitution médiocre, lymphatique, de petite taille, d'une santé chétive, n'a été réglée qu'à l'âge de dix-neuf ans, et depuis lors le flux menstruel ne s'est montré qu'en très petite quantité et assez irrégulièrement.

Elle eut un premier enfant il y a deux ans, puis une seconde grossesse qui se termina, il y a neuf mois, par un accouchement assez laborieux. Jusqu'à cette époque, la malade n'avait jamais ressenti de douleurs du côté des organes génitaux urinaires; seulement elle nous dit que, pendant les derniers temps de sa deuxième grossesse, elle était tourmentée par des douleurs, ou, pour mieux dire, par des pesanteurs douloureuses dans la région hypogastrique. Cependant ces symptômes, qu'on attribuait en général aux fatigues de la gestation, ne s'accompagnaient d'aucun trouble dans la sécrétion ni dans l'excrétion des urines. Quinze jours après l'accouchement apparurent des douleurs plus vives et plus continues dans le bas-ventre; puis cet état se compliqua de fréquentes envies d'uriner et parfois d'un certain degré d'incontinence; jamais il n'est arrivé à la malade de voir s'arrêter tout à coup l'expulsion de l'urine.

Le médecin qui donnait des soins à la malade ne soupçonna jamais la cause des symptômes qu'elle éprouvait. Il prescrivit un traitement qui n'amena aucune amélioration. Il y a environ un mois, M. Becquerel, consulté, reconnut la présence du calcul, et adressa la malade à M. Michon.

Cette femme, dépaysée, loin de sa famille, est d'une excessive tristesse. Elle a eu un peu de fièvre, et, en un mot, elle est dans un de ces états qui contre-indiquent une grave opération. Aussi est-ce là le motif qui a déterminé M. Michon à pratiquer la taille vésico-vaginale, dont les conséquences immédiates sont bien moins sérieuses.

Mais avant de s'arrêter à cette opération, M. Michon avait essayé vainement de la lithotritie; le calcul, saisi avec l'instrument lithotriteur, avait donné un écartement de 5 centimètres, et avait résisté aux efforts de pression, et même à une percussion à l'aide d'un marteau.

Le chirurgien choisit le procédé de Clémot (de Rochefort), procédé suivi également par Flaubert. Voici en quoi consiste ce procédé: un cathéter est introduit dans la vessie; on en relève la plaque vers le pubis, et un aide, par une pression assez énergique, déprime le bas-fond de l'organe avec la convexité de l'instrument.

Un gorgeret est introduit ensuite jusqu'au fond du vagin, la gouttière en haut; le manche est confié à un autre aide qui le baisse, et par un mouvement de bascule fait appuyer l'extrémité intra-vaginale du gorgeret contre la saillie du cathéter.

Le chirurgien dirige alors un bistouri, tenu de la main droite comme une plume à écrire, dans le vagin, à 1 pouce de profondeur; il engage la pointe dans la cannelure du cathéter, et incise sur elle d'arrière en avant tous les tissus situés au-devant du point où le cathéter et le gorgeret sont arc-boutés l'un contre l'autre. (*Voir* la description donnée par M. Sédillot.) L'incision doit avoir de 23 à 27 millim.

M. Michon suivit exactement le procédé comme nous le transcrivons, et, introduisant à l'aide du doigt une pince dans la vessie, il essaya de saisir le calcul.

Ce temps de l'opération fut assez délicat. La pierre, rugueuse, difficile à saisir, fuyait sous l'instrument. Alors le chirurgien se décida à se servir uniquement de ses doigts; il amena peu à peu le calcul dans l'ouverture vésico-vaginale, l'engageant suivant son diamètre le plus favorable, et quand il fut à peu près sorti de la vessie il le saisit avec une simple pince à pansement. Comme on l'avait prévu, il est dur et très résistant; on trouve sur lui la trace de la pression exercée par le lithotriteur. Son volume et sa forme le font très exactement ressembler à un œuf de poule.

La malade avait été tenue pendant toute l'opération dans un état complet d'anesthésie.

Les suites immédiates de l'opération sont jusqu'à présent très simples; la question grave est celle relative au mode de terminaison. La plaie vésico-vaginale se fermera-t-elle? Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de juger la question.

Clémot aurait pratiqué cinq fois cette opération avec succès; d'autre part, plusieurs chirurgiens m'ont assuré que la plaie restait presque constamment fistuleuse, et un chirurgien, entre autres, m'a dit avoir deux fois vu des malades affectées de fistules vésico-vaginales ayant succédé à l'opération.

Nous aurons soin de publier la fin de cette observation, et de dire le résultat, quel qu'il soit. Seulement *à priori*, nous serions disposé à préférer cette taille à toute autre, dût-elle même amener une fistule; car la guérison de ces fistules est maintenant assurée, et l'on ne saurait trop préférer un procédé dont les suites immédiates sont presque toujours d'une extrême simplicité.

Dr E. L.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur la péricardite.

On désigne sous le nom de péricardite la lésion inflammatoire locale qui a pour siége la membrane péricardiaque.

La membrane péricardiaque forme une vaste poche dans laquelle le cœur est renfermé; par sa partie supérieure, elle s'insère d'une manière solide aux gros vaisseaux qui pénètrent dans le cœur; par sa partie inférieure, elle prend des attaches non moins solides sur le centre phrénique du diaphragme: cette dernière insertion a lieu dans les limites d'une surface qui représente un triangle allongé dont la base est tournée en dedans et la pointe en dehors. L'adhérence du péricarde, d'une part aux grosses artères, de l'autre au diaphragme, le mode suivant lequel elle s'effectue, déterminent une tension du sac péricardiaque qui est de beaucoup plus marquée dans la moitié interne ou médiastine que dans celle du côté opposé. Cette circonstance a une haute importance au point de vue de la pathologie; elle explique pourquoi le péricarde cède principalement par son segment externe à la distension, dont il devient le siége sous l'influence de certaines modifications pathologiques survenues dans l'intérieur de sa cavité.

Si l'on considère cette cavité relativement au volume du cœur, on reconnaît qu'elle peut admettre un corps d'un volume double de celui du cœur. Ce fait, dont l'exactitude peut être facilement vérifiée au moyen d'une injection, est loin d'être nouveau dans la science; Senac et Lower l'ont depuis longtemps signalé. Il montre que, dans l'état physiologique, la pression supportée par le cœur ne vient pas du péricarde lui-même, mais des organes qui l'avoisinent; que, dans l'état pathologique, des épanchements équivalant au volume du cœur peuvent se produire dans le sac péricardiaque sans que l'organe central de la circulation éprouve une compression qui gêne sensiblement ses mouvements, et se traduise par des lésions anatomiques comparables à celles dont s'accompagnent des épanchements plus considérables.

Le péricarde se compose de couches membraneuses superposées, qui tantôt offrent une voie par laquelle différentes affections envahissent l'intérieur de sa cavité, et tantôt deviennent elles-mêmes le siége de divers états morbides. Une lame solide et résistante forme en quelque sorte sa charpente. Cette lame, qui consiste essentiellement en du tissu fibreux, présente des connexions qu'il importe de rappeler ici. Par sa partie supérieure elle se confond avec le tissu fibreux artériel, qui lui-même se continue avec le tissu de même nature par lequel est constitué le plancher des valvules internes du cœur, il résulte de là une continuité de tissus éminemment favorables à la propagation de certains états pathologiques du péricarde à l'endocarde.

Des exemples d'une semblable propagation se rencontrent souvent dans le rhumatisme. Par sa partie inférieure, la lame fibreuse du péricarde adhère étroitement, par intrication fibreuse, avec le centre phrénique du diaphragme; à sa face interne, elle est tapissée par une membrane séreuse dont le mode de distribution est trop bien connu pour qu'il soit nécessaire de l'indiquer, membrane qui est le siége des phénomènes principaux de la péricardite.

En dehors de la poche fibreuse du péricarde se trouve une couche de tissu cellulaire assez dense, dont certains auteurs ont fait une membrane spéciale. D'après Senac, elle constitue une aponévrose peu solide qui enveloppe la surface fibreuse du péricarde et la met en communication d'une manière médiate avec le tissu cellulaire du médiastin. Nous attachons à cette couche une grande importance. Intermédiaire aux plèvres et au péricarde, elle peut devenir le foyer de lésions morbides qui exercent une haute influence sur les maladies du péricarde, et donnent lieu à des troubles fonctionnels plus ou moins graves.

Le péricarde est superficiellement tapissé par les deux plèvres. Le feuillet pariétal de la plèvre gauche le revêt dans la plus grande partie de son étendue; le feuillet pariétal de la plèvre droite recouvre environ le tiers de sa surface. La contiguïté que cette disposition établit entre les plèvres et le péricarde donne la raison de la complication assez fréquente de l'inflammation qui occupe les séreuses de la cavité thoracique et de celle qui a pour siége la séreuse péricardiaque.

Le péricarde est un organe de résistance et d'enveloppe; il n'a pas par lui-même de fonctions actives; sa destination principale est de favoriser le libre accomplissement des mouvements du cœur.

L'organe central de la circulation, dans l'état physiologique, glisse sur une étendue plus ou moins grande de la paroi interne du péricarde; telle est l'origine des bruits qui se produisent dans certaines circonstances morbides. En dehors de ces circonstances, bien qu'il soit médiatement serré par les poumons distendus, le cœur se meut habituellement sans que l'oreille appliquée sur la poitrine puisse percevoir aucune espèce de bruit qui se rapporte au frottement réciproque des deux feuillets péricardiaques; quelque minces et dépourvues de graisse que soient les parois thoraciques, aucun bruit de frottement ne se fait entendre. Il n'en est plus de même lorsqu'on ausculte une personne bien portante qui vient de faire une longue course, de se livrer à de violents efforts musculaires ou qui se trouve sous l'empire d'une émotion morale très vive: dans ces conditions diverses, le cœur se contracte avec une énergie insolite et engendre à chaque mouvement de systole et de diastole un frottement sec, rapide et superficiel, que l'oreille apprécie facilement et d'une manière distincte dans toute l'étendue de la région précordiale. C'est ce frottement léger, qu'il est toujours aisé de séparer des bruits dont les grosses artères sont le siége, qui donne naissance au bruit désigné sous le nom de bruit de frottement périphérique.

La péricardite se montre tantôt à l'état aigu et tantôt à l'état chronique.

Dans la péricardite aiguë, le malade accuse à la région précordiale des douleurs qui peuvent être obtuses, gravatives, lancinantes, et qui dans quelques cas se traduisent par une sensation de déchirement. Ces douleurs lui permettent de compter les battements du cœur sous l'influence desquels elles s'exagèrent d'instant en instant; elles ont leur maximum d'intensité vers la partie inférieure du sternum, au côté gauche de l'appendice xyphoïde.

Les battements du cœur sont accélérés et quelquefois tumultueux. Il existe constamment de la fièvre.

Bientôt le malade est conduit à prendre instinctivement la position d'une personne assise et légèrement inclinée sur le côté gauche; l'augmentation qu'entraînent dans les douleurs les grandes inspirations le contraint à ne respirer que d'une manière brève et imparfaite.

Aux phénomènes que nous venons de mentionner ne tardent pas à se joindre un vif sentiment d'anxiété vers la région précordiale, ainsi que des douleurs dans l'épaule qui correspond au côté malade et dans la région postérieure du tronc.

Lorsqu'on examine les battements artériels, on reconnaît qu'ils sont courts, serrés et en quelque sorte incomplets; si on vient ensuite à appliquer la main sur la région précordiale, on perçoit une série d'impulsions tumultueuses dont l'énergie contraste avec la faiblesse des diastoles artérielles.

Il arrive un moment où le malade est pris d'inquiétude et de terreur; ses traits s'affaissent; il succombe à la fatigue, et tombe dans un état de somnolence continuelle, qu'interrompent sans cesse l'anxiété et les vives douleurs qu'il ressent du côté de l'appendice xyphoïde.

La région précordiale fait éprouver à la main qui l'explore une sensation de chaleur insolite; elle présente une voussure, qui devient surtout manifeste lorsqu'on compare entre eux le côté gauche et le côté droit de la poitrine.

Les accidents dont nous venons de donner la description atteignent ordinairement dans l'espace de deux ou trois jours leur plus haut degré d'intensité. Après ce laps de temps, le malade, qui déjà avait été forcé de se tenir assis sur son lit, est contraint d'incliner le tronc en avant et à gauche. Dans

---

scrofuleux. Cette description renferme notamment des considérations aussi neuves que sensées sur le moral des individus atteints de cette complexion fâcheuse, et qui, par la prédomiuance du système nerveux, auraient, en dédommagement, de l'intelligence, de de la sensibilité et de l'esprit.

En donnant de l'action des causes qui produisent la scrofule une interprétation différente de celle de la plupart des auteurs, M. V. Duval n'en a pas pour cela négligé l'étude. Il les signale toutes, au contraire, et en apprécie l'influence avec la précision du savoir. Mais la partie relative au traitement est surtout, dans son livre, l'objet de développements étendus et de la discussion la plus approfondie.

Pour M. Duval, la diathèse scrofuleuse consiste dans une hypertrophie irritative des tissus blancs, comme les maladies subordonnées à cette diathèse accusent la subinflammation des mêmes parties. Sa thérapeutique est combinée à la fois en vue de combattre la phlegmasie locale quand elle existe, et de modérer dans tous les cas l'éréthisme général des tissus blancs. On voit tout de suite combien il s'éloigne de ceux qui s'adressent ou aux altérations des liquides ou à l'atonie des organes.

Contrairement à la pratique commune, M. V. Duval ne prescrit point les antiphlogistiques dans le traitement de la scrofule. Il en a souvent tiré parti, notamment dans les maladies caractérisées, dans les ophthalmies, les arthrites, la phthisie, etc. Leur emploi seulement commande des ménagements en raison de la débilité du système sanguin.

Quant aux agents pharmaceutiques plus généralement indiqués, l'école italienne a fourni à M. V. Duval un critérium à l'autorité duquel est venue ajouter l'expérience. Les toniques ou du moins les moyens réputés tels ne sauraient plus être choisis indistinctement: le quinquina, le fer, le houblon, certaines eaux minérales doivent leur vertu antiscrofuleuse, non aux éléments corroborants qu'ils contiennent, mais à des propriétés hyposthénisantes, qui leur sont communes avec d'autres substances plus directement actives appartenant à la catégorie des altérants: le mercure, l'iode, le brome, la baryte, etc. M. V. Duval, du reste, soumettant à une analyse critique chacune des médications, les rejette ou les approuve, suivant qu'elles lui paraissent favorables ou nuisibles, signale les indications auxquelles elles correspondent, les associations dont elles sont susceptibles, et les poursuit dans les moindres particularités de leur administration, convaincu avec raison qu'en fait de pratique le plus petit détail peut avoir son importance.

Les remèdes qui exercent sur le système absorbant une action élective sont naturellement ceux qu'il préfère; et même, à cet égard, il a su se restreindre au cercle étroit d'un petit nombre de préparations qui présentent ou plus d'énergie dans leurs effets, ou moins d'inconvénients dans leur usage. Ainsi, le bromure de potassium, base du traitement de M. Duval, et qui, placé, quant à l'efficacité, sur la même ligne que l'iodure et les mercuriaux, n'expose point, comme les derniers surtout, à des salivations intarissables.

On peut différer avec M. Duval sur quelques points, hésiter sur d'autres. Malgré l'habileté avec laquelle il les a défendues, les idées contro-stimulistes n'ont pas encore fait assez de chemin en France pour que tout à coup et sans réserve on les substitue aux opinions reçues. Mais la doctrine n'est pas tout dans notre science; l'observation et les faits y auront toujours la meilleure part. Sous ce rapport, le *Traité de la maladie scrofuleuse* ne laisse rien à désirer, l'exemple servant partout d'appui au précepte. Ajoutons que ce livre, indépendamment d'un style simple et élégant qui attache à sa lecture, offre un mérite assez rare de nos jours pour être cité, celui d'une indépendance qui, prenant la conscience pour règle, sait, en toute occasion, mettre les intérêts de la vérité au-dessus des considérations personnelles.

Delasiauve.

Nous avons reçu la lettre suivante, que nous nous empressons de publier:

Monsieur,

Des personnes, dans un intérêt facile à comprendre, répandent le bruit que l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* ne paraîtra pas cette année; faites-moi le plaisir de me prêter la publicité dont vous disposez pour donner le plus formel démenti à ces calomnies. Mon Annuaire, dont l'étendue exige un temps d'impression incomparablement plus long que celui nécessaire aux almanachs de deux ou trois feuilles, paraîtra *positivement et exactement* du 15 au 20 décembre *au plus tard*.

Recevez, etc.

Dr Félix Roubaud.

L'Académie nationale de médecine vient d'honorer d'une souscription l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* par le docteur Félix Roubaud.

Nous applaudissons à ce témoignage d'estime que ce corps savant vient de donner à M. Roubaud et à son ouvrage, dont tout le monde apprécie depuis longtemps l'importance.

cette position, le poids de sa tête l'entraîne et le fait tomber aussitôt qu'il cède à l'influence du sommeil et de la fatigue. Il résulte de là un état d'anxiété qu'Avenbrugger a signalé, et qu'on peut considérer comme un des traits les plus saillants de la péricardite.

Lorsqu'on jette les yeux sur l'aspect général des téguments, on ne trouve d'autres modifications que celles qui se rattachent à l'intensité de l'état fébrile; la teinte semi-cachectique, qui apparaît dans le cours de l'inflammation du poumon et pendant la durée des fièvres graves, manque entièrement.

Toutes les fois que la péricardite doit avoir une issue funeste, on voit les forces du malade fléchir sous l'influence de la continuité des souffrances cruelles auxquelles il est en proie; le pouls se resserre; les extrémités se refroidissent et prennent une couleur violacée. Une sueur froide humecte les tempes; la face se décolore, et la mort arrive. Certaines circonstances peuvent hâter le dénoûment fatal; tous les praticiens ont vu des malades succomber au bout de deux ou trois jours. En général, l'existence se prolonge jusqu'à la fin du premier septénaire.

Lorsqu'une terminaison favorable doit mettre fin à la maladie, les phénomènes morbides diminuent progressivement: le mouvement fébrile se ralentit, bientôt les douleurs de la région précordiale perdent de leur acuité, l'anxiété seule persiste pendant un temps assez long; il arrive un moment où le malade peut abandonner par degrés la position assise à laquelle il avait été condamnée, pour reprendre peu à peu la situation horizontale.

La période de convalescence qui précède le retour à l'état de santé se caractérise par un ensemble de symptômes dont il importe de tracer ici le tableau: une sensation de pesanteur et d'obtusion occupe la région du cœur; des palpitations se manifestent à des intervalles plus ou moins rapprochés; la pression exercée au niveau de la partie inférieure du sternum provoque des douleurs; le malade ne peut parler avec animation ou se livrer à un exercice quelconque sans être promptement atteint de palpitations qu'accompagne un sentiment de constriction très pénible.

Ces divers phénomènes s'effacent avec lenteur, et finissent par disparaître entièrement après une durée de plusieurs semaines.

A.-H. MARGERIE.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Excision du clitoris et des nymphes. — Inefficacité de cette opération appliquée à un cas d'œstromanie,

OBSERVATION RECUEILLIE PAR LE DOCTEUR PIERRE LEFORT.

(Traduit du journal américain *the Medical repository of original essays and intelligence relative to physic, surgery, chemistry*, etc.; par M. P.-J. CABARET, D.-M. à St-Malo (Ille-et-Vilaine.)

Mistress B..., âgée d'environ vingt ans, très belle femme, au teint brun, d'un tempérament sanguin, plutôt maigre que grasse, mais douée de formes élégantes, était devenue mère dès la fin de sa quatorzième année. Née sous le climat des tropiques, elle avait participé à la précocité des femmes de l'Egypte, de l'Arabie et de la Perse, et avait été exposée aux exemples attrayants et séducteurs inséparables d'une éducation à la mode et sans contrôle, dont un développement prématuré de la constitution accrut singulièrement les dangers. A peine entrée dans sa seizième année, elle avait été en proie à une infection vénérienne qui exerça de violents ravages sur les organes génitaux.

Après avoir subi pendant fort longtemps une foule de médications variées à l'infini, et opposées tour à tour à la gonorrhée, à la syphilis, à la leucorrhée et à des ulcérations, etc., qui avaient dû nécessairement accroître l'irritation locale, et durant lesquelles elle n'avait pu consentir à s'abstenir des relations sexuelles, mistress B... éprouva une tuméfaction progressive du clitoris et des petites lèvres, qui constitua plus tard une difformité insupportable pour elle-même et pour son amant.

L'existence d'une syphilis secondaire entretenant cette tuméfaction n'était admissible à l'aide d'aucun signe, excepté par une petite ulcération fixée sur les organes extérieurs de la génération, jointe à un continuel écoulement par le canal de l'urètre d'un fluide muqueux. Cependant, regardant cette affection comme avérée, le médecin traitant avait, depuis peu de temps, soumis sa malade à l'usage du rob antisyphilitique, remède qui compte beaucoup de partisans, surtout parmi les praticiens français, contre les maladies vénériennes opiniâtres et prolongées.

L'administration de ce médicament, loin d'amener une amélioration, rendue impossible d'ailleurs par la conduite immorale et déréglée à laquelle mistress B... ne pouvait renoncer, fut suivie d'une démangeaison aux parties génitales tellement vive, qu'elle ajouta un nouvel aiguillon à l'activité de son penchant lubrique, et imprima une nouvelle ardeur à son imagination et à ses désirs désordonnés.

Aussi, dans l'espoir d'en être délivrée, accepta-t-elle avec empressement l'excision des organes tuméfiés, qui lui fut proposée, quelque répugnance cruelle et horrible que pût inspirer à une femme élevée dans la mollesse l'idée de cette puissante ressource.

Le docteur Félix Pascalis, spécialement consulté sur l'opportunité de cette opération, opina pour qu'on ne pratiquât d'abord que l'excision des nymphes. Considérant, en effet, que la solution de continuité assez étendue nécessitée par l'opération ne manquerait pas de provoquer une suppuration peut-être assez abondante pour diminuer le volume exagéré du clitoris, et à l'aide de laquelle du moins cet organe pourrait se réduire à la moitié de ses dimensions morbides, ce praticien espéra qu'on y trouverait l'avantage d'exempter mistress B... des souffrances inséparables d'une double opération, et d'éviter les inconvénients d'une mutilation considérable. Cette manière de voir, que le judicieux médecin étaya de raisonnements solides, fut mise en pratique avec une admirable dextérité; mais, préalablement, il eut le soin important de bien faire observer que toutes les fois qu'il s'agit d'exécuter une opération sur une région occupée par les organes génitaux, il faut exiger de la malade un inébranlable concours; car la raison et le courage de notre jeune femme ne pouvaient surmonter son horreur pour les instruments de chirurgie et son invincible répugnance à s'exposer nue aux regards des spectateurs. C'est pourquoi il fallut se décider à exercer une douce violence en assujettissant avec des liens le poignet, d'un côté, mis en contact avec la malléole du pied correspondant. On plaça un aide derrière les épaules, pour empêcher le tronc de monter ou de descendre; on fléchit à demi les cuisses et les jambes; on fit soutenir les pieds et les genoux par deux autres aides fermes et intelligents, qui les écartèrent convenablement; puis la malade ainsi facilement contenue finit par se soumettre.

Alors l'opérateur écarta les grandes lèvres avec le pouce et l'indicateur de la main gauche; de la droite, armée de ciseaux courbés sur leur plat, il excisa les deux nymphes l'une après l'autre. Quelques jours après l'opération les parties devinrent inévitablement le siége d'un gonflement inflammatoire, dont la violence fut en raison directe de l'étendue de la perte de substance. Tous les symptômes cependant diminuèrent bientôt d'intensité; la suppuration, peu abondante, dura fort peu de temps, et la cicatrisation de la plaie s'effectua rapidement.

Après quelques semaines, l'excision des nymphes n'ayant apporté aucune modification dans l'autre tumeur, on jugea convenable de procéder à son ablation.

Mistress B..., dont le cœur et l'esprit ne pouvaient entièrement se dépouiller d'un reste de pudeur, manifestant de nouveau beaucoup de répugnance, on se trouva obligé de prendre les précautions adoptées lors de l'excision des nymphes.

L'opérateur, saisissant l'extrémité du clitoris avec une érigne simple et le soulevant, prit le manche de l'érigne avec la main gauche; puis, tenant de la droite un bistouri, il réussit à emporter l'organe d'un seul coup de l'instrument dirigé de haut en bas. Pendant la douleur et la surprise causées par cette rapide opération, on n'entendit ni un cri ni un soupir. Les assistants s'attendaient à voir une hémorrhagie un peu considérable surgir du lieu de l'excision; il en fut autrement: deux ou trois jets de sang, en effet, provenant de petites artères, ne parurent pas devoir exiger de ligatures. Des applications styptiques suffirent pour les réprimer, bien que l'écoulement du sang persistât durant plusieurs heures de manière à inspirer quelques inquiétudes, l'expérience démontrant qu'une hémorrhagie résultant de la section des surfaces vasculaires, telles que les corps caverneux, et qui ont été soumises à une altération pathologique ne peut être parfaitement arrêtée par la ligature d'une ou de plusieurs artères. L'application d'un fer rougi à blanc, posé avec rapidité, constituerait sans contredit la méthode la plus efficace si l'hémorrhagie venait à persévérer d'une manière alarmante. Un appareil convenable avait été préparé dans ce but avant l'opération.

La masse volumineuse du clitoris extirpé ne présenta aucune altération dans sa texture. Ses vaisseaux seulement avaient acquis des dimensions extraordinaires et distendaient fortement les téguments. Les papilles, rugueuses, étaient dans l'état normal. Soumis à une forte pression, qui le vida de tout le sang qui y était contenu, le clitoris fut promptement ramené à la moitié de son volume ordinaire. Les petites lèvres présentaient exactement les mêmes caractères anatomiques.

Peu de jours après l'opération, cette deuxième plaie se recouvrit de granulations vermeilles; puis, au bout de trois semaines, elle était parfaitement guérie, quoique entravée à plusieurs reprises dans sa marche par le retour d'accidents inflammatoires accompagnés d'un gonflement douloureux.

Bien que fort jeune et parvenue à une époque de la vie caractérisée par une prédominance d'action des systèmes nerveux musculaire et vasculaire contribuant fortement à la vigueur prématurée de sa constitution, mistress B... est soumise à un écoulement continu de flueurs blanches, dont l'origine, du reste, remonte au début de la formation des tumeurs, et qui, semblable à la rosée du matin, s'accumule insensiblement, surtout pendant la station en repos, circonstance, à notre avis, qui constitue la véritable et fâcheuse cause du prurit de la vulve et des autres incommodités ressenties par les organes génitaux.

Le sujet de notre observation n'a jusqu'à ce jour encore éprouvé aucune diminution dans son penchant pour l'acte vénérien; l'œstromanie persiste au même degré qu'avant l'opération.

N'oublions pas de faire remarquer que chez notre jeune fille la nature supplée, *in actu coitus*, à l'absence des organes enlevés par une turgescence temporaire accompagnée d'une sensation voluptueuse et siégeant au centre de la cicatrice.

Notre tentative, loin d'amener l'heureux résultat auquel on devait naturellement s'attendre après l'ablation du clitoris, se trouve donc en opposition directe avec les succès dus à cette thérapeutique que quelques praticiens ont adoptée pour la guérison de la nymphomanie.

Robert Thomas (édition américaine, p. 619) ajoute aux exemples appuyés de l'autorité respectable des célèbres chirurgiens français Levret, Antoine Dubois, Richerand et Marjolin, l'histoire d'une jeune personne bien guérie par une semblable opération de la funeste habitude de l'onanisme.

N'omettons pas d'établir ici que l'œstromanie se manifeste chez deux genres de femmes fort différentes les unes des autres.

Tantôt elle affecte des femmes qui n'ont point été exposées, au moins d'une manière particulière, aux causes susceptibles de la produire; elle paraît être alors le résultat d'une malheureuse organisation. Dans cette première variété, l'amputation du clitoris constitue un moyen peu rationnel, car le clitoris n'est point le siége de la nymphomanie, non plus que le gland n'est celui du satyriasis; « mutiler un » sujet, dit avec raison le savant professeur Bégin, ce n'est » point le guérir. »

D'autres fois, on l'observe chez des femmes dont la puberté et les désirs ont été provoqués par une irritation locale entretenue par la masturbation et différant matériellement de l'exagération des dispositions morales. C'est pourquoi cette espèce d'œstromanie doit trouver son remède efficace dans l'excision de l'organe même, dont l'excitation a graduellement entraîné la monomanie et ses fâcheuses conséquences. Nous avons vu des sujets de ce genre périr dans un état de marasme, de cachexie, et quelquefois, misérables victimes du pica et du malacia, gémir durant de longues années sous le pénible fardeau de la chlorose et de l'anémie.

Mistress B..., ne présentant aucun de ces derniers caractères, ne peut être rangée dans la deuxième catégorie. La beauté et l'éclat de ses yeux, son teint frais et coloré, la vigueur de son tempérament indiquant une disposition prédominante la placent tout naturellement dans la première. Outre que chez elle, durant le coït, une turgescence vitale très prononcée, quoique temporaire et inexplicable, s'établisse au centre de la cicatrice, qui a remplacé le clitoris, l'orgasme vénérien ne peut-il pas être produit par une excitation portée sur d'autres points des organes sexuels?

DE L'EMPLOI DU FER A REPASSER.

Par M. le docteur MAX LANGENBECK. (*Clinische Beitrage...*, Gœttingen, 1850.)

Traduit par M. BINARD, médecin de régiment.

L'emploi du fer à repasser n'est malheureusement presque pas recommandé en médecine, comme il en est d'ailleurs de presque tous les moyens qui ne viennent pas directement de l'officine du pharmacien, et par conséquent sont peu estimés d'un très grand nombre de médecins et de malades. Dès les temps les plus reculés, le frictionnement de tout le corps, *frictio*, et le massage, *malaxatio*, étaient appréciés comme des moyens précieux non-seulement dans beaucoup de maladies, mais aussi comme particulièrement utiles dans un but hygiénique.

En Chine et dans l'Inde on les connaissait depuis un temps immémorial, et à Rome il semble, comme cela se voit de nos jours en Turquie et en Egypte, qu'on les mettait en usage comme de puissants auxiliaires des bains. On trouve aussi dans les écrits d'Hippocrate, d'Asclépiade et de Celse, qu'il est fait mention du frictionnement du corps comme d'un moyen hygiénique et curatif. L'action du fer à repasser sur une partie du corps recouverte d'un tissu laineux, jointe aux diverses manipulations qu'exigent le frictionnement et le massage, déterminant en outre un certain développement de chaleur artificielle, je considère alors cette opération comme jouissant dans certaines maladies d'une bien plus grande efficité. Le frottement avec les branches de bouleau et les coups portés à plat sur la peau, comme on le pratique dans les bains de vapeur russes, n'ont pas ordinairement le même effet satisfaisant, parce que ces derniers ne peuvent être supportés par ceux qui n'en ont pas l'habitude, et que la grande chaleur qui est répandue parmi tout le corps devient intolérable, surtout quand elle donne lieu à une congestion vers la tête. Le marteau porté à une température élevée ne peut pas non plus être comparé à l'action du fer à repasser, car le premier ne produit qu'une irritation locale de la peau, comme le moxa et les rubéfiants. Mais dans l'emploi du fer à repasser à une température élevée, nous pouvons régler à volonté l'action de la chaleur, en élevant ou en abaissant celle de la chambre, en couvrant convenablement le corps du patient ou au moyen de certaines manipulations; en élevant ou en abaissant le degré de chaleur du fer, en le passant légèrement ou fortement sur une surface plus ou moins étendue, nous pouvons en modifier l'action locale. Après avoir terminé le repassage du corps, dont la durée dépend de certaines circonstances, les malades doivent être enveloppés encore pendant un certain temps dans des couvertures de laine. Depuis environ un an je fais usage de ce moyen, parce qu'il est d'une application très simple et que son action est extrêmement salutaire. J'y ai fréquemment recours dans les maladies suivantes:

a. Les *inflammations* qui ne sont pas accompagnées de fièvre et qui ont une tendance à se terminer par suppuration, principalement quand ces phlogoses se rencontrent dans les parties profondes, sous les tissus fibreux et les aponévroses. La marche de cet état pathologique est, par le fer à repasser, plus que doublement accélérée, surtout si on le fait alterner avec l'emploi des douches d'eau chaude. Cette pratique est spécialement à recommander quand la formation du pus a lieu dans un point voisin d'une cavité qui renferme un organe important: tels sont, par exemple, les foyers purulents qui se trouvent à la partie inférieure du cou, au-dessus et derrière la clavicule, et qui menacent de s'ouvrir dans la plèvre. Dans ces cas, depuis que quelques faits sont venus à ma connaissance, où, malgré les fomentations chaudes et émollientes, la collection purulente a suivi cette voie et a déterminé la mort; dans ce cas, dis-je, j'emploie le fer à repasser (renouvelé toutes les deux ou trois heures) avec les meilleurs résultats, c'est-à-dire que de cette manière je favorise le développement de la collection purulente en l'attirant à l'extérieur. Dans les affections inflammatoires des tissus fibreux, entre autres dans la coxalgie, aussi longtemps que l'articulation elle-même n'a pas encore subi de déplacement par suite du travail inflammatoire, ce moyen uni aux émis-

sions sanguines modérées a plus d'utilité que tous les irritants de la peau.

b. *L'érysipèle* qui ne tend pas à se fixer sur un point du tissu cutané ou qui a une tendance à disparaître brusquement, alors que des symptômes fâcheux annoncent cette disposition. Dans ce cas, le fer à repasser, conduit doucement pendant une heure entière sur la peau et porté à une température pas trop élevée, surpasse tous les autres moyens. Il faut l'appliquer exactement sur l'endroit d'où l'érysipèle a disparu, ou lorsqu'on craint la disparition trop brusque de celui-ci : ainsi, sur la tête dans l'érysipèle du cuir chevelu. Toutefois, il est utile que l'action du fer à repasser soit étendue à tout le corps, à l'abdomen et à la région du foie en particulier, tout en prescrivant le traitement convenable quand il s'agit de l'érysipèle qui présente un caractère gastrique et inflammatoire, bilieux et même putride.

c. Scarlatine. Chez un garçon de dix-sept ans, chez lequel la rougeur scarlatineuse ne se montrait qu'à certaines places et sous forme de stries, et où elle avait une couleur pâle, l'emploi du fer, appliqué fortement pendant une heure sur toute la surface du corps, fit sortir complétement l'exanthème. Quelques heures plus tard, il offrait une couleur rouge prononcée ; tous les symptômes présentant de la gravité avaient subitement disparu. La maladie parcourut ensuite régulièrement son cours.

J'ai encore obtenu plus d'avantage quand il fallait fixer ou appeler un exanthème qui avait disparu, en combinant le fer à repasser avec les bains de moutarde. J'ai eu l'occasion de traiter de cette manière, il y a peu de temps, des enfants dont l'état présentait beaucoup de danger. Chez l'un d'eux, on observait déjà le froid et la décoloration de tout le corps ; les yeux étaient fortement tournés en dedans, et la tête avait de la tendance à se renverser en arrière, ce qui donnait beaucoup de gravité au pronostic : un fort bain de moutarde (1 livre pour un bain), suivi de l'emploi du fer à repasser, amena instantanément la turgescence de la peau, et l'exanthème lui-même ne tarda pas à paraître ; ce dernier fut entretenu par des bains plusieurs fois répétés, et la maladie se termina heureusement. Il est toutefois, quand on a recours à ces bains, une précaution qu'il ne faut pas négliger pour préserver la tête de l'action de la vapeur qui s'en dégage ; c'est de couvrir la baignoire avec un drap qu'on attachera autour du cou du malade. L'emploi du fer à repasser, quand on y a recours immédiatement après ces bains, est extrêmement efficace, et la transpiration qui en est la suite est fort abondante. Dans les cas graves de scarlatine, après l'usage de ce moyen, on ne saurait trop recommander les frictions avec du lard d'après la méthode de Schneemann ; ces frictions, dans tous les cas que j'ai eu l'occasion de voir jusqu'à présent, ainsi que dans ceux qu'a observés le docteur Eberts (*Deutsche klinik, n°* 1) à la Charité de Berlin, nous ont paru jouir réellement du précieux avantage que leur a reconnu l'auteur.

Dans toutes les affections aiguës de la peau, elles produisent une action bienfaisante : je les emploie principalement dans l'érysipèle, où, en amenant la diminution de la tension de la peau, elles procurent en outre au malade un sentiment de bien-être instantané. Ces frictions, pour lesquelles d'ailleurs on peut aussi se servir de beurre dessalé ou d'huile non rance, agissent particulièrement en mettant la peau à l'abri de l'influence de l'atmosphère ; je crois devoir faire observer que, lorsqu'il existe une certaine propension aux refroidissements de la gorge, du larynx, etc., le meilleur préservatif qu'on puisse employer contre l'angine, le catarrhe bronchique, le rhumatisme, consiste dans les frictions avec un corps gras des parties qu'on veut mettre à l'abri de l'influence de l'air ambiant.

d. Rhumatisme. Dans toutes les affections de cette nature, à commencer par l'odontalgie simple rhumatismale jusqu'au rhumatisme articulaire aigu, l'usage du fer à repasser est un moyen très recommandable ; il détermine à l'instant la diminution de la douleur, et souvent, après l'emploi plusieurs fois répété du fer chaud, j'ai vu disparaître des rhumatismes invétérés, et ceux qui étaient encore à l'état aigu être promptement jugés par des phénomènes critiques que présentaient la peau et les urines.

Il est d'ailleurs rationnel de prescrire, dans les cas rebelles, quelque temps avant l'emploi du fer à repasser, une préparation diaphorétique et de tenir pendant quelques heures le malade soigneusement enveloppé dans une couverture de laine. Outre l'endroit où se montrent les douleurs rhumatismales, il faut, si le mal est ancien ou considérable, promener le fer sur tout le corps, et principalement aux mollets et à la plante des pieds. Chez un jeune homme, chez lequel, à la suite d'un grand refroidissement, les muscles d'un côté du cou étaient tellement contractés que la joue était appliquée fortement sur l'épaule, ce qui déterminait les douleurs les plus intenses, l'emploi énergique du fer à repasser sur la nuque ramena en moins d'une heure, en produisant une très abondante sueur, la tête à sa situation normale.

e. Catarrhe des voies aériennes et aphonie chronique. Je n'ai eu recours au moyen dont il est ici question que dans les cas très anciens. Une femme qui, durant trois mois de l'hiver rigoureux de l'année dernière, malgré un traitement suivi avec persistance, n'avait pu émettre un seul son, récupéra toute la plénitude de sa voix par l'emploi répété pendant huit jours du fer à repasser promené sur le cou et sur la poitrine.

C'est aussi de la même manière qu'il agit avec autant d'efficacité dans les catarrhes chroniques accompagnés d'un râle muqueux très étendu.

f. Dérangements de la menstruation. Dans ce cas, le fer servira d'adjuvant et sera promené, aussi chaud que possible, depuis la partie interne et supérieure des cuisses jusqu'aux genoux, et de préférence pendant que les malades prennent un bain de pied à la moutarde.

g. Dans les exsudations ou les tuméfactions des gaînes tendineuses et des ligaments articulaires, dues au rhumatisme ou à la goutte, ou qui sont la suite d'une cause traumatique, comme un fort tiraillement ou une grande distorsion, le fer à repasser sera utile. Il ne le sera pas moins dans le gonflement des extrémités inférieurs chez les convalescents,

h. Dans l'activité anormale des fibres musculaires, qu'elle s'annonce soit comme une *contraction* exagérée déterminée par une crampe ou la rigidité organique, soit comme un *relâchement musculaire* pouvant aller jusqu'à la *paralysie ;* ce moyen n'agit pas seulement comme moyen dépressif ou comme agent d'excitation sur les nerfs qui président aux mouvements des muscles, mais il porte aussi son action directement sur les fibres musculaires et tendineuses à l'état rigide, et cela avec d'autant plus d'intensité qu'elles sont situées plus superficiellement. Il arrive fréquemment, en conséquence, que la rigidité des articulations, qui dépend d'une contraction exagérée des muscles, peut, sans avoir recours aux sections tendineuses et par une extension méthodique disparaître sous l'action du fer à repasser.

Une semblable perversion de l'activité des différents muscles du rachis étant, comme on le sait suffisamment, une cause qui favorise les difformités du thorax, j'ai recours, dans tous ces cas sans exception, au fer à repasser. Il est aussi très rationnel, pendant qu'on emploie le fer à repasser sur le rachis, de faire exécuter au malade les mouvements que le docteur Cost a dernièrement recommandés, et qu'il a nommés calisthéniques. (*Lond. med. Gaz.*, décembre 1849.) C'est ainsi que le malade ayant les bras étendus et dirigés en arrière, saisit avec les deux mains les extrémités d'un bandage élastique que tantôt il applique sur le dos en l'élevant, qu'ensuite il laisse retomber.

Comme conclusion, je crois devoir faire encore remarquer que, bien que l'emploi du fer à repasser soit un moyen précieux dans les cas où il est indiqué, je suis bien éloigné d'en faire un remède universel, comme on ne l'a fait que trop souvent pour beaucoup d'autres moyens, comme il semble en être aujourd'hui de la glace, qui réellement, dans toutes les maladies franchement inflammatoires et les lésions traumatiques récentes, peut être considérée comme une vraie panacée. (*Arch. belges de méd. milit.*)

SUR L'EMPLOI DU CHLORE
comme antidote de la strychnine.

(Extrait d'une lettre de M. Bardet à M. Dumas.)

En 1840, je n'étais pas un des élèves les moins assidus à votre fructueux cours de chimie de l'Ecole de médecine, et j'y notais l'effet décomposant du chlore sur la strychnine, que vous nous dites devoir être probablement employé avec succès comme antidote de cette substance.

Pharmacien dans un pays où l'on se débarrasse fréquemment des chiens, où le poison toujours employé est la noix vomique, qui est livrée sans aucune difficulté par les épiciers, j'ai été à même bien des fois d'employer le chlore comme contre-poison. Je puis dire que j'ai presque toujours réussi, puisque, en effet, je citerai seize cas de guérison sur vingt chiens empoisonnés auxquels j'ai fait prendre du chlore.

Je vous soumets, monsieur, le mode d'administration que j'ai toujours employé chez des animaux qui m'étaient le plus souvent apportés après deux ou trois accès tétaniques.

Chlore liquide, 5 grammes ; eau distillée, 250 grammes, administrés en une seule fois ; dix minutes après, tartre stibié, 5 centigrammes dans six à huit cuillerées d'eau tiède ; aussitôt après le premier vomissement, 4 autres grammes de chlore dans même quantité d'eau distillée ; dix minutes après, 5 centigrammes de tartre stibié ; et, après ce vomitif, lait coupé d'eau, le plus possible, pour provoquer de nouveaux vomissements.

Sur les quatre chiens qui ont succombé, trois n'ont pu vomir ; aussitôt que les contractions de l'estomac avaient lieu, un accès tétanique empêchait le vomissement, et, après trois ou quatre efforts inutiles, suivis de tétanos, l'animal succombait.

Je me suis demandé, monsieur, s'il n'était pas possible, au moyen des frictions de chloroforme, d'arrêter les crises tétaniques. Mais, je me le demande aussi, en relâchant le système nerveux, cette substance ne paralysera-t-elle pas les contractions de l'estomac, et n'empêchera-t-elle pas, par conséquent, les vomissements ? Car il est un fait certain, c'est que si l'animal ne vomit pas le toxique en excès non absorbé, il succombera, la quantité de chlore employé (5 grammes) étant insuffisante pour sa décomposition totale ; et une trop grande quantité de l'antidote, pouvant à son tour devenir poison, ne permet pas d'en employer davantage.

Je citerai le cas d'un petit chien-loup qui, empoisonné deux fois à un an d'intervalle, me fut apporté la dernière fois dans un état tellement désespéré, que je lui administrai une assez grande quantité de chlore étendu, mais au moins double de celle que j'emploie ordinairement ; le chien était si roide, avait la langue si noire, que je le croyais mort, et je pris moins de précaution. Après l'administration du vomitif il se trouva mieux et en revint ; mais il lui resta une toux qui dura près de trois mois, et la peau fut teinte en jaune citron pendant près de six semaines. Pour le premier de ces deux effets, je l'attribue, sans nul doute, au chlore ; pour le second, je le crois aussi, mais je vous prierai de me donner votre avis.

Dans la crainte que l'on mette en doute la forte quantité de noix vomique administrée, je citerai à l'appui le fait suivant :

En 1848, après plusieurs cas d'hydrophobie, je fus requis par le maire pour préparer vingt-cinq boulettes dans lesquelles je fis entrer 15 grammes de noix vomique râpée pour chacune. L'effet toxique était foudroyant, et pourtant, sur sept chiens qui me furent apportés à l'instant même de l'administration du poison, six se remirent parfaitement ; le septième, un grand lévrier, mourut ; mais je l'attribue en partie à ce qu'étant méchant son maître ne m'aidait qu'avec crainte, et l'animal refusa de prendre une partie du chlore. (*Ann. chim. et phys.*)

CAS REMARQUABLE DE PLAIE PAR ARME A FEU ;

Par M. le docteur Blumhardt, à Stuttgart.

Dans l'autopsie du boucher Jacob Majer (de Steinenbronn), âgé de quarante-six ans, tué par imprudence le 19 août 1849, on trouva une balle dans le cœur droit, sans la moindre lésion de cet organe et du péricarde. La balle sortie du canon avait frappé à deux pas contre la rampe en bois d'un escalier, fait un ricochet et était entrée dans la partie postérieure gauche de la poitrine de Majer, qui se trouvait sur l'escalier. Transporté chez lui, il expira vingt minutes après l'accident.

En ouvrant le thorax, on trouva huit chopines de sang dans la cavité droite de la poitrine, refoulant le poumon gauche et le cœur à droite, et on constata que la balle avait traversé de haut en bas la peau, les muscles, la moitié de l'omoplate gauche, la sixième côte (à 2 pouces et demi de la colonne vertébrale), le lobe postérieur du poumon gauche et la branche gauche de l'artère pulmonaire ; mais le projectile ne fut trouvé que lorsqu'on ouvrit le ventricule gauche. Le cœur et le péricarde, contenant peu de sérosité, étaient complétement intacts. Un examen plus attentif fit reconnaître que les membranes de la branche gauche de l'artère pulmonaire, à la bifurcation du tronc, étaient perforées d'un seul côté sans contre-ouverture.

— Il est probable que lors du transport du blessé à sa demeure, la balle est tombée, à travers le tronc de l'artère pulmonaire, dans le ventricule droit. (*Gaz. méd.*)

CORRESPONDANCE.

Dans une lettre que nous recevons d'un de nos honorables confrères transporté en Algérie, et qui est datée de Birkadem, nous trouvons le passage suivant relatif à la statistique médicale de cette localité.

On peut, d'après ce qui s'est passé sous mes yeux du 1er juin au 15 octobre, ranger sous trois groupes principaux les maladies qui constituent en quelque sorte d'une manière presque exclusive la pathologie d'Afrique.

1° En première ligne viennent les fièvres à quinquina. Ici la fièvre rémittente et les cachexies paludéennes constituent au moins les deux tiers de ce groupe.

2° En deuxième lieu se présentent les affections gastro-intestinales ; l'entérite et la dyssenterie constituent presque en totalité ce second groupe.

3° Et le troisième et dernier groupe comprend les affections cutanées.

Comme vous le voyez, le cadre pathologique est fort restreint et offre au praticien un travail plus facile qu'en France. Notez bien que je ne prétends pas dire que les autres maladies n'existent pas sous ce climat ; je veux dire seulement ici qu'elles sont excessivement rares. Ainsi, sur un nombre d'environ 240 malades qui sont passés sous mes yeux, je compte deux cas de pneumonie, trois cas de pleurésie, un abcès du foie terminé par la mort à la suite de vomiques, une maladie syphilitique tertiaire constituée par des exostoses et des tumeurs gommeuses, une affection tuberculeuse du testicule gauche suite d'un coup de pied de cheval, affection qui a produit la diathèse cancéreuse, car l'individu, bien portant avant, ne toussant jamais, est mort dans l'espace d'un mois d'une tuberculisation du poumon droit ; quelques cas rares de fracture, cinq ou six cas d'affections des yeux et quatre cas d'aliénation mentale.

Notre correspondant nous promet des détails plus circonstanciés sur la statistique, et il ajoute les détails suivants sur un autre sujet :

Comme j'ai suivi votre journal depuis que je suis à l'hôpital, j'ai lu hier l'article de M. Fleury sur ses appréhensions du choléra ; je me joins à lui dans sa louable indignation contre les charlatans à grand étalage, car j'ai été à même d'observer les résultats déplorables qu'amène leur empirisme sur la santé du peuple. Vous ne croiriez peut-être pas, si je ne vous affirmais l'avoir vu de mes propres yeux, que parmi les transportés il se fait un abus considérable de camphre : les uns le fument, les autres le prisent, ceux-ci en font des topiques, ceux-là l'avalent en poudre, etc., etc. En un mot, comme le dit spirituellement M. Trousseau, c'est une vraie monomanie camphrée. Tout cela serait fort plaisant sans doute si la santé de mes coreligionnaires n'en souffrait pas ; mais, hélas ! trop souvent la confiance illimitée qu'ils ont dans ce moyen thérapeutique les endort dans une fausse sécurité, et la maladie, gagnant du terrain, les oblige à réclamer les soins de la médecine, qui deviennent par ce retard impuissants.

Nous avons malheureusement à regretter la perte de plusieurs de nos compatriotes qui ont été trompés par les prospectus et les petits livres du chef des camphromaniaques. Basset, d.-m.-p.

AVIS. — MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine dont les noms ne figurent pas dans l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* publié par le docteur F. Roubaud, ou dans l'*Almanach général de médecine* fondé par M. Domange-Hubert, sont invités à adresser les indications nécessaires au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* avant le 1er novembre prochain.

Ces ouvrages devant être mis en vente avant le 1er janvier prochain, il est urgent que les communications soient promptement envoyées.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 127. — MARDI 26 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 127 — MARDI 26 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c.	Six mois. . . . 16 »	Un an. . . . . 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr.	Six mois. 17	Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . 10 fr.	Six mois. 20	Un an. 38

SOMMAIRE. — PARIS. Inauguration du nouveau local de la Société de chirurgie. — POLYCLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LAUSANNE (M. Vulliamoz-Blanc). Adhérence anormale et chatonnement des placentas, suite d'accouchement de deux jumeaux, traités avec succès par l'emploi de l'injection à grande eau. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 20 octobre. Installation de la Société. — Eloge du professeur Auguste Bérard. — Nouveau cas de mort à la suite d'une morsure faite par une espèce de vipère. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Henri Roger.

PARIS, LE 25 OCTOBRE 1852.

Inauguration du nouveau local de la Société de chirurgie.

La Société de chirurgie, dont les travaux ont acquis une si grande et si juste renommée, manquait encore de domicile fixe après plus de dix ans d'une existence scientifique des plus prospères. Privée, après les événements de février, du local qu'elle occupait depuis sa fondation à l'Hôtel-de-Ville, elle avait été accueillie par la Société philomatique, et elle partageait depuis quatre ans avec cette généreuse sœur le local que celle-ci possède dans la rue d'Anjou-Dauphine. L'extension qu'a prise la Société de chirurgie, le nombre d'étrangers que l'intérêt de ses séances attire maintenant dans son sein ne lui permettaient pas d'user plus longtemps de la générosité de la Société philomatique. Elle a choisi un local exclusivement affecté à ses travaux, et elle en a fait l'inauguration dans sa dernière séance. L'éloge d'Auguste Bérard a été le digne et triste sujet de cette solennité. Nul mieux que son élève, son ami et son collaborateur, nul mieux que M. Denonvilliers ne pouvait dire la perte qu'ont faite la science, la pratique, la profession et l'amitié en perdant, si jeune encore, l'habile chirurgien qu'on ne pouvait voir ni entendre sans l'admirer, qu'on ne pouvait approcher sans l'aimer. M. Denonvilliers n'avait qu'à laisser parler son cœur pour répondre à ce qu'on attendait de lui ; et c'est ce qu'il a fait. Nos lecteurs s'associeront donc avec nous aux applaudissements dont la Société a couronné le discours de M. Denonvilliers. Quant aux aperçus sur le concours, dont l'habile professeur a parsemé son éloge, peut-être pourraient-ils faire l'objet de quelques remarques ; mais nous aimons mieux choisir une autre occasion de traiter cette question, qui, fort heureusement, est devenue aujourd'hui, et qui deviendra plus encore dans l'avenir une question historique.

Quant à la Société de chirurgie, elle ne commence point une ère nouvelle, elle n'a pas à la commencer ; elle n'a qu'à marcher sans dévier dans la voie qu'elle s'est tracée avec tant de succès, et surtout à suivre avec plus de rigueur que jamais la belle devise que M. Denonvilliers a rappelée en terminant, et pour laquelle Auguste Bérard a toujours eu un respect qui n'est pas le moindre de ses titres à la juste considération qu'inspire sa mémoire.

Les progrès que le choléra fait en Pologne, d'après les dernières nouvelles reçues de ce pays, n'autorisent que trop les fâcheuses prévisions que nous avons exprimées il y a quelque temps. Non-seulement la cruelle épidémie gagne du terrain, ce que l'on pouvait supposer d'après ses itinéraires antérieurs, mais paraît avoir acquis toute son intensité primitive dans quelques localités, contrairement aux espérances qu'on aurait pu concevoir sous ce rapport. Ainsi, d'après une lettre reçue par M. Kolakowski, onze personnes de la même famille et dans la même maison, auraient succombé dans un seul jour, et quelques localités auraient été entièrement dépeuplées ; mais nous aimons à croire que c'est là une de ces exagérations si fréquentes en temps d'épidémie, et en général dans toutes les circonstances où un désastre quelconque vient frapper une population.

Nous avons eu plusieurs fois la triste occasion de montrer combien peu la science hygiénique devait inspirer de confiance lorsqu'il s'agit d'arrêter, d'atténuer même les progrès du fléau ; nous ne reviendrons pas sur cette regrettable impuissance. Est-ce une raison pour que la commission de l'Académie de médecine ajourne indéfiniment le rapport dont elle est chargée depuis trois ans ? Nous ne le pensons pas ; nous croyons même que, dans les circonstances actuelles, c'est un devoir impérieux pour elle de s'exécuter, et nous ne saurions trop engager le bureau à lui rappeler les engagements positifs qu'elle a pris.

POLYCLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LAUSANNE.

M. VULLIAMOZ-BLANC, professeur.

Adhérence anormale et chatonnement des placentas, suite d'accouchement de deux jumeaux, traités avec succès par l'emploi de l'injection à grande eau.

Le 14 mars 1850, Mme Calame, sage-femme à Lausanne, canton de Vaud en Suisse, fut appelée à midi auprès de la femme P..., qui était en travail d'enfantement à terme de sa quatrième grossesse. Cette femme, délicate, d'une constitution nerveuse, âgée de trente-trois ans, était accouchée antérieurement sans accident.

Les divers temps du nouvel accouchement n'offrirent de variétés que les suivantes :

D'abord, il fallut à la fin du second temps procéder à l'ouverture des membranes, dont la dureté s'opposait à l'issue spontanée de l'eau de l'amnios. Le fœtus expulsé, étant très petit en proportion du volume du ventre de l'accouchée, fit soupçonner l'existence d'un jumeau, dont la sage-femme constata la présence par le toucher vaginal et abdominal. On procéda immédiatement à la ligature du cordon, et l'on donna à l'utérus, que l'on frictionnait, le temps de revenir en partie sur lui-même. Appelé près de la patiente à quatre heures de l'après-midi, je prescrivis, vu la stupeur dont cet organe était frappé, des frictions avec le liniment volatil et l'usage de 10 grains d'ergot de seigle.

Les douleurs expulsives et les contractions se manifestèrent ; mais ce ne fut qu'à neuf heures du soir qu'eut lieu, par les extrémités inférieures, l'issue du second enfant, qui fut secondée par quelques légères tractions sur ces extrémités ; la tête étant arrêtée dans l'excavation du bassin dans la première position (occipito-cotyloïdienne gauche), on lui fit exécuter des mouvements de flexion de quart de rotation et d'extension qui l'amenèrent hors de la vulve. Les frictions abdominales furent continuées spécialement sur l'hypogastre, et l'on plaça un bandage de corps. De vigoureuses contractions utérines succédèrent à cette médication. Un des fœtus était mort, non à terme. A onze heures du soir, la sage-femme exerça vainement quelques tractions sur les cordons ombilicaux, dont l'un était frêle et l'autre très gros. Voyant ce défaut de décollement des placentas, elle m'appela derechef auprès de l'accouchée. Considérant que, malgré l'action expulsive de l'utérus, les arrière-faix étaient retenus dans sa cavité, et que je ne trouvais à l'orifice ni ces corps, ni même un de leurs bords ; qu'en outre la femme P... éprouvait en un point de l'utérus, pendant ses contractions, une douleur vive et brûlante qui augmentait par la pression, ainsi qu'à la moindre traction des cordons ; voyant enfin que cet organe était inégal et raboteux, je ne doutai nullement de l'adhérence des placentas, ce dont je m'assurai par le toucher, par lequel je reconnus aussi un chatonnement incomplet de ces corps. Je prescrivis immédiatement, par le moyen d'une sonde œsophagienne profondément placée dans l'utérus, des injections abondantes, toutes les cinq minutes, d'une décoction tiède de mauves. Une légère hémorrhagie s'étant manifestée, elle fut domptée par l'eau froide, qu'on substitua à la première.

Le 15 mars, l'hémorrhagie n'existant plus, j'explorai derechef extérieurement l'utérus, qui continuait à être douloureux à la pression ; j'insistai sur l'emploi de la grande eau tiède en irrigations, trois ou quatre fois de suite toutes les cinq minutes. Cette médication fut continuée sans interruption jour et nuit jusqu'au 16 mars.

J'appelai mon collègue M. le docteur Zimmer en consultation ; il fit immédiatement l'investigation du lieu d'insertion des placentas, vu que sa main était plus petite que la mienne, dont la malade redoutait beaucoup la présence. Nous étions convenus que s'il parvenait au lieu de l'adhérence, il s'abstiendrait de toute tentative de décollement. Il pénétra avec difficulté à travers l'orifice interne, qui était resserré, et se contenta d'extraire une portion des placentas qui était déjà décomposée. On continua avec persévérance le même traitement, que la malade supportait d'autant mieux, qu'elle exprimait avec effusion l'amélioration qu'il lui procurait.

Le 17 mars, quelques fragments des placentas sortirent spontanément ; mais ils tendaient à la putréfaction et répandaient déjà une odeur *sui generis*. La malade avait de la fièvre, de la céphalalgie, une toux intense et une vive douleur au côté droit de l'hypogastre. On fit usage d'une décoction d'althéa et de fomentations émollientes ; on persévéra dans l'emploi de l'eau tiède en irrigations.

Le 18, sortie des portions des placentas décomposés ; je fis ajouter une cuillerée de chlorure de soude, toutes les cinq minutes, dans une des injections. La face de la malade était d'un jaune paille, le pouls lent et petit. La faiblesse était extrême ; il y avait perte d'appétit et insomnie. Je supprimai la tisane, et prescrivis le régime analeptique, l'usage de vin vieux et de bouillon de viande.

A notre visite du soir, la sage-femme nous apprit qu'à quatre heures le reste des placentas s'était présenté spontanément dans le vagin, où elle avait saisi avec facilité ces corps volumineux. Ils furent soumis à notre examen, et mon collègue et moi pensâmes que ces corps, devenus gélatineux, étaient probablement la dernière portion des placentas qui s'était détachée par l'application persévérante de la méthode mentionnée ci-dessus, et dont j'ai exposé les avantages dans mon 3e mémoire. (Mémoire appuyé d'observations récentes sur l'emploi de la grande eau en injections dans l'adhérence anormale du placenta.)

L'expérience m'a prouvé récemment la nécessité de veiller attentivement à ce qu'il n'y ait pas même un intervalle d'une demi-heure entre les injections ; car cette négligence suffit pour perdre l'accouchée.

Dans l'incertitude qu'il fût resté un fragment de l'arrière-faix, et vu l'odeur que répandaient ceux qui étaient hors de l'utérus, nous continuâmes les injections chlorurées, toutefois en diminuant insensiblement leur nombre.

Les lochies étaient de couleur tuile et répandaient une odeur infecte.

Le 19 mars, elles avaient un meilleur aspect. Le traitement fut continué pendant quinze jours, en réduisant les injections à deux par jour. Les lochies ne tardèrent pas à prendre leurs caractères normaux. L'enfant, du sexe masculin, fut placé en nourrice, vu la délicatesse de la mère, dont la poitrine était lésée depuis quelques mois. Cette complication n'eut aucune suite fâcheuse, et la malade se remit progressivement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 octobre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Installation de la Société rue de l'Abbaye, 3.

MM. les docteurs Parise (de Lille) et Loir, membres correspondants, assistent à la séance, ainsi que MM. les professeurs Roux, Bérard et Gerdy, membres honoraires.

M. GUERSANT a ouvert la séance par une courte improvisation dans laquelle il a exposé avec beaucoup de tact les motifs qui avaient obligé la Société à s'installer dans un nouveau local. Après cette allocution, il a donné la parole à M. Danyau, qui s'est exprimé ainsi, au nom de la commission d'installation :

Messieurs,

La commission honorée de votre confiance et chargée de vos pouvoirs vous doit compte de ce qu'elle a fait pour votre installation dans le nouveau local qui devient le siége de la Société de chirurgie.

La pensée d'établir la Société dans un local exclusivement affecté à ses séances, à ses travaux de commissions, à sa bibliothèque, à ses collections, n'est pas nouvelle. C'est un vœu déjà ancien, un projet formé depuis longtemps, et qui se réalise aujourd'hui par la prise de possession de ces belles salles dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés.

La Société, à ses débuts, s'estima heureuse de l'hospitalité qui lui fut si gracieusement accordée à l'Hôtel-de-Ville par M. le comte de Rambuteau. Plus tard, et pendant longtemps, elle dut se contenter de celle que nos troubles civils l'avaient forcée de chercher ailleurs, et qu'à des conditions peu onéreuses elle avait trouvée, près de la Société philomatique, dans les lieux que vous venez de quitter. A cet établissement nécessairement provisoire et insuffisant sous tous les rapports, vous avez substitué un établissement définitif, plus digne de vous, de vos travaux, du rang que vous occupez dans la science et des maîtres éminents qui sont venus s'asseoir parmi nous.

Voici la salle de vos séances : cinquante membres s'y placeront à l'aise, et il nous restera encore quelques siéges d'honneur à offrir à d'illustres visiteurs. Une large réserve faite au public, dans une partie d'où l'œil peut embrasser l'assemblée tout entière, vous permettra d'admettre plus d'auditeurs que dans l'espace restreint dont vous aviez pu disposer jusqu'ici.

Vous ne trouverez point ici, messieurs, le luxe d'un amphithéâtre à gradins en chêne, à stalles mollement rembourées. Les fauteuils académiques invitent au sommeil, et, quoique vous ne soyez point restés inactifs, vous n'avez point encore assez fait pour vous endormir sur vos lauriers. Mais vous serez commodément assis en face de bonnes et larges tables recouvertes en drap vert, et dont la disposition, soigneusement étudiée par notre habile architecte M. Dupuis, laisse entre toutes les parties de la salle une libre circulation, et permet entre tous les membres des communications faciles. Au reste, vous pouvez voir que nous ne vous avons point traités en Spartiates, et il vous suffira de regarder à vos pieds pour reconnaître que nous avons songé à vous préserver des rigueurs de l'hiver qui s'approche.

Sur ce marbre, nous avons placé la statuette d'Ambroise Paré, le père de la chirurgie moderne ; au-dessus du bureau, le buste de notre vénéré maître Marjolin ; Ambroise Paré, dont nous devons souhaiter que l'esprit nous inspire ; Marjolin, dont le patronage est resté cher à notre Société.

L'accès de cette enceinte est facile, et en lui conservant deux entrées, l'une qui vous est réservée, l'autre pour le public, nous avons songé au bon ordre et à la dignité de nos séances.

La salle que vous avez traversée après le vestibule est celle que nous destinons aux malades nombreux, trop nombreux peut-être, dont les affections graves sont soumises à votre examen, et aux personnes étrangères qui les accompagnent. Il sera maintenant possible de s'expliquer sur le compte de ces malades sans craindre que de désolantes paroles parviennent jusqu'à leurs oreilles. Cette salle vous offrira aussi, messieurs, un lieu commode pour les entretiens particuliers, dont le bruit, désormais éloigné de cette enceinte, laissera régner ici le silence si nécessaire à une assemblée occupée de graves questions de science et d'art. La belle collection de portraits qui en orne les murs est un don de notre secrétaire M. René Marjolin, qui a bien d'autres titres encore à notre reconnaissance. L'idée de cette décoration, qui met sous vos yeux l'image de tant d'illustrations chirurgicales nationales et étrangères était des plus heureuses. L'exécution témoigne du bon goût bien connu de notre collègue. Quand cette collection commencante sera complète, et elle ne tardera pas à l'être si chacun de nous se fait, à l'occasion, collecteur à son tour, la Société de chirurgie possèdera un ensemble unique, et qui sera le plus curieux ornement du local dont elle prend possession aujourd'hui. Que cette collection soit, à toujours et aux yeux de tous, le témoignage de notre vénération pour la mémoire des maîtres habiles dont nous avons suivi les leçons, et des chirurgiens des âges antérieurs dont nous n'avons pas cessé de méditer les écrits.

Une autre collection, nouveau don de notre secrétaire, figurera dans la salle des conférences. Ce sera la série des illustres associés étrangers que vous avez nommés cette année. Elle sera également destinée à ceux de nos collègues que la mort nous a ravis. C'est là qu'à côté de Marjolin vous retrouverez Auguste Bérard, dont une voix éloquente doit aujourd'hui même vous faire entendre l'éloge. Dieu veuille que de longtemps encore nous n'ayons pas à ajouter d'autres cadres à cette série !

Les commissions qui auront à se réunir au siége même de la Société, ou qui auront à s'entendre avant, pendant ou après les séances, trouveront dans la salle des conférences une pièce que nous nous sommes efforcés de rendre confortable, et où elles pourront, à leur aise, discuter les questions soumises à leur examen. Nous y avons fait placer un lit de repos destiné aux malades qui ne peuvent être bien examinés que couchés; et dans une armoire, se trouveront quelques instruments propres à des explorations spéciales.

La pièce qui suit, et qui n'est pas moins spacieuse, est la bibliothèque. Nous vous demandons la permission de ne point l'ouvrir aujourd'hui. La menuiserie n'en est pas terminée et nos livres sont encore en désordre. La comme ailleurs, tout sera prêt, nous l'espérons, pour la prochaine séance, et vous verrez que cette partie de votre établissement ne le cède en rien aux autres.

Nous n'avons plus à vous indiquer que quelques dépendances à droite du vestibule, et la salle où chacun de nous sera prié de faire, en entrant, le dépôt des pièces anatomiques qui devront être présentées dans le cours de la séance, et qui ne pourront être apportées ici qu'au moment même de leur présentation. Vous remarquerez que cette salle est vaste, bien éclairée, et sous tous les rapports favorable à la continuation des recherches sur les pièces présentées, toutes les fois que la Société ou quelqu'un de vous, messieurs, désirera qu'elles soient poursuivies. Quelques plâtres, et au besoin même quelques pièces desséchées ou conservées dans l'alcool, pourront y trouver place.

Tel est, messieurs, le local que vous allez occuper dans un édifice de belle et sérieuse apparence et de facile abord, au milieu d'un quartier où l'air et la lumière abondent, dans le centre même des relations scientifiques. Nous ne pensons pas que vous regrettiez celui où la Société a été confinée et presque enterrée si longtemps. Il vous a suffi, pour en sortir, d'un petit effort, d'un léger sacrifice annuel. Vous étiez mal chez les autres ; vous allez être bien, très bien chez vous, et pour une longue suite d'années qu'un bail en forme vous assure. Vous ne possédiez rien, et tout ce matériel, produit de vos dons volontaires en nature et en argent, vous appartient; précieux enseignement, messieurs, qui vous montre et montrera à d'autres ce qu'on peut obtenir d'une association bien dirigée et de quelques sacrifices faits en commun.

Il n'est personne d'entre vous qui n'ait pris ou ne veuille prendre part à ces sacrifices; personne, nous l'espérons, qui regrette ceux qu'il a déjà faits ; personne parmi ceux qui peuvent avoir à contribuer encore qui ne soit disposé à baser le chiffre de son offrande sur ce que nous mettons aujourd'hui sous vos yeux. Et maintenant qu'une propriété collective est ici établie, il n'est personne qui ne se sente disposé à s'y intéresser, qui n'ait le désir de la conserver, de l'améliorer, de l'accroître. Aussi ne mettons-nous pas en doute que dans l'avenir de nouveaux dons ne viennent de temps en temps augmenter nos richesses.

Parmi celles dont la conservation et l'accroissement nous importent le plus, nous plaçons au premier rang notre bibliothèque et nos archives. Nos livres, maintenant qu'ils vont être reçus dans de belles armoires, ont besoin d'être classés; les manuscrits et une foule de lettres autographes précieuses à plus d'un titre et qui doivent demeurer la propriété de la Société, ne sauraient être abandonnés aux hasards d'une conservation incertaine. Pour tout recueillir, pour tout mettre en ordre, pour profiter des bonnes occasions qui enrichiraient la Société à peu de frais, il faut du temps, des soins, de la suite; et sans un intérêt particulier, sans un goût tout spécial, sans l'amour des livres, sans la connaissance des langues, sans ces relations étendues à l'étranger qui favorisent les échanges, on risque de rester toujours pauvre. La commission pense qu'un bibliothécaire-archiviste vous est devenu nécessaire, et nous ne serions pas embarrassés pour désigner d'avance à votre choix celui de nos collègues qui nous semblerait le plus propre à en remplir dignement les fonctions.

Une autre création, un peu moins urgente peut-être, mais dont la nécessité ne tardera cependant pas à se faire sentir, est celle d'un secrétaire général qui serait nommé pour plusieurs années. Les relations de la Société ont beaucoup augmenté depuis quelque temps ; la correspondance s'est accrue en proportion, et c'est un surcroît d'occupations auquel suffit à peine le temps d'un secrétaire qui, sans négliger ses malades de l'hôpital et de la ville, veut donner tous ses soins à la rédaction de nos procès-verbaux. La direction de nos intérêts demande d'ailleurs une suite qu'on ne peut attendre de secrétaires annuellement renouvelés. Il serait avantageux, nous le pensons du moins, que la Société fût représentée par un personnel moins mobile, et qu'une longue tradition s'établit dans toutes nos affaires par la nomination d'un secrétaire général. Vous y réfléchirez, et vous aviserez dans votre sagesse. Quand vous aurez décidé, le choix ne sera pas difficile à faire.

Maintenant, messieurs, il nous reste un devoir à remplir envers notre honorable secrétaire. Dans tout ce qui s'est accompli ici, sa part a été si grande, que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots, et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet succès méritent toute notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial.

Sur la proposition de MM. Michon et Monod, la motion de M. Danyau est adoptée, et des remerciments sont votés à M. le secrétaire et à la commission d'installation.

— Après ce discours, M. le secrétaire donne sommairement l'exposé du procès-verbal de la séance du 14 octobre, qui ne sera lu et adopté que dans la séance suivante.

Il lit les conclusions du rapport de la commission sur le travail et la candidature de M. Richet.

Après cette lecture, il est procédé à l'élection de M. Richet, qui, ayant réuni l'unanimité des voix, est nommé membre titulaire.

— M. LE PRÉSIDENT donne ensuite la parole à M. Denonvilliers, qui doit prononcer l'éloge de Bérard (Auguste), un des fondateurs de la Société.

Éloge du professeur Auguste Bérard.

Messieurs,

La Société de chirurgie a voulu que dans cette séance solennelle destinée à l'inauguration d'une ère nouvelle, ère de progrès et de prospérité, fût prononcé l'éloge du professeur Auguste Bérard, afin sans doute qu'au souvenir d'un jour heureux pour elle se rattachât d'une manière intime la mémoire d'un des hommes dont elle s'honore le plus, de celui dont elle lit avec une fierté légitime le nom inscrit en tête de la liste de ses fondateurs, et qu'elle s'enorgueillit d'avoir eu le premier pour président.

Laissez-moi vous dire, avant de commencer, combien je me sens heureux d'avoir été choisi pour être l'interprète de cette pensée de pieuse gratitude. Aujourd'hui que le temps a accompli son œuvre inévitable et transformé les angoisses de la première douleur en un sentiment de tendre et touchant regret, c'est pour moi une consolation de jeter un regard en arrière et de reporter mes souvenirs sur la vie si pure, si laborieusement et si dignement employée, de celui qui fut pour moi le guide le plus sûr, le maître le plus doux, l'ami le plus fidèle ; c'est un bonheur surtout de songer qu'il va me suffire de dire simplement ce que fut Auguste Bérard et ce qu'il fit pour réveiller l'affection de ceux qui l'ont connu et la faire naître dans le cœur des autres.

Auguste Bérard était né le 2 août 1802, à Varrains, petit village situé près de Saumur, dans ce département de Maine-et-Loire, qui, par un triste et singulier privilége, a vu naître aussi depuis le commencement de ce siècle Béclard, Billard, Ollivier, Hourmann, célèbres, ainsi que notre infortuné collègue, par leurs talents, leurs travaux, leurs succès dans les sciences médicales, et, comme lui, victimes d'une mort prématurée.

Sa famille était sans fortune. Son père occupait dans l'administration des douanes un petit emploi, qui prenait tous ses instants et suffisait à peine aux besoins de chaque jour. Abandonné aux soins d'une mère tendre, mais indulgente et faible, dans ces premières années où se fait le plus sentir la nécessité d'une direction intelligente, A. Bérard ne trouva pour appui que son frère, à peine plus âgé que lui, et qui eût eu besoin lui-même de soutien et de guide. La première enfance des deux frères s'écoula donc, comme celle des enfants du peuple, au milieu de jeux et d'amusements champêtres, dans une entière indépendance et dans cette oisiveté vagabonde, funeste aux natures faibles ou incomplètes, mais où se trempent plus fortement peut-être les intelligences d'élite.

Admis comme externes au collége d'Angers, ils s'y distinguent aussitôt par leur aptitude au travail et par une extrême facilité qui leur permet de suivre les exercices des classes sans interrompre le cours de leurs jeux. Hélas ! il devait venir trop tôt le moment de dire adieu à cette heureuse et insouciante existence que notre pauvre collègue a toujours regrettée, et dont il ne parlait qu'avec une touchante émotion dans les jours les plus glorieux de son âge mûr!

Les études classiques terminées, il fallait prendre un parti et aborder, sans protection et presque sans préparation, les difficultés de la vie réelle. Déjà l'aîné des Bérard se livrait depuis quelques années à l'étude de la médecine, et s'était fait remarquer à l'hôpital d'Angers, où il remplissait les fonctions d'interne; mais les ressources de la famille n'auraient pas permis d'entretenir à la fois deux jeunes gens dans une carrière d'un accès si difficile. Il fut donc décidé qu'A. Bérard entrerait dans le commerce, pendant que son frère irait à Paris tenter la fortune et solliciter une place dans quelque administration publique. Heureusement pour la science à laquelle il ne devait pas échapper, les démarches de M. Bérard furent sans succès. Le concours de l'internat s'étant ouvert sur ces entrefaites, au moment où il ne savait de quel côté tourner ses efforts, il l'apprit, eut l'idée de concourir et le bonheur de réussir. Pour les deux frères, ce fut une révolution et la conquête d'un monde nouveau : le tablier de l'apprenti fut mis de côté, et bientôt arriva à Paris avec A. Bérard le reste de la famille, qui venait, sur la foi de l'avenir, stimuler de sa présence les efforts des courageux débutants.

Depuis ce moment les deux Bérard nous appartiennent, et je n'ai plus qu'à rappeler à votre souvenir des détails que vous savez aussi bien que moi. Reçu dans la petite chambre d'interne de son frère et partageant avec lui l'abri et les aliments accordés par l'hôpital, A. Bérard entame résolûment cette lutte désespérée dont il osait à peine envisager l'issue et dont il devait pourtant sortir bientôt vainqueur. Qu'ils sont déjà loin les jours inoccupés de l'enfance et les joyeux travaux de la jeunesse! Plus de loisirs, plus de repos. Les journées se passent à disséquer l'un près de l'autre; les nuits à analyser les auteurs, à étudier, à méditer ensemble. Jamais la main cruelle de la nécessité ne s'était si rudement appesantie sur la pauvre famille: tel était alors le dénûment des deux frères qu'Auguste, à peine vêtu, n'osait quitter l'hôpital, ni même la chambre.

Le concours de l'externat s'ouvrit enfin ; A. Bérard, qui s'y présentait après quelques mois d'études, eut la seconde place. Si petite que fût cette position, si infime que fût ce succès, il porta la joie et la confiance dans la retraite des deux frères : l'avenir d'A. Bérard était décidé; il avait à la fois la mesure et la conscience de sa force. On était en 1822. L'année d'après, il obtint la première place d'interne provisoire; et, au concours suivant, il figurait encore au premier rang sur la liste des internes définitifs.

Depuis lors on le vit, toujours guidé par la main fraternelle, s'avancer dans la carrière avec une incroyable rapidité et marquer tous ses pas par des succès. Partout où s'ouvrait un concours qui lui fût accessible, il se présentait, et partout il triomphait. Trois années de suite, il remporta les prix de l'Ecole pratique et sut ainsi conquérir sa réception gratuite. En même temps, il gagnait aussi au concours la place d'aide d'anatomie de la Faculté de médecine, puis celle de prosecteur.

Connu alors pour l'un des élèves les plus solides et les plus brillants de l'Ecole de Paris, chargé de couronnes et de distinctions, il ne lui restait qu'à soutenir sa thèse inaugurale, et il présenta pour cette circonstance un travail remarquable qui pouvait faire augurer que l'élève ne tarderait pas à se placer parmi les maîtres. Ce travail avait pour sujet la *luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas et de l'atlas sur l'axis*, maladie peu étudiée, que cette dissertation contribua à faire connaître en montrant son analogie avec les autres tumeurs blanches et en donnant de cette affection la première description dogmatique qui ait paru en France.

Désormais en possession du titre de docteur, A. Bérard voyait s'ouvrir devant lui un champ plus vaste : il lui était permis de prendre part aux concours de l'agrégation et du bureau central, qui devaient lui ouvrir les portes de la Faculté et des hôpitaux. Mais c'est dans le cours de cette même année, quelques mois seulement après sa réception, que commençaient les épreuves de l'agrégation en chirurgie; parmi les concurrents inscrits, on comptait des hommes d'un âge mûr, déjà connus dans la pratique, dans les académies, dans les hôpitaux : c'étaient Sanson, Maingault, Marchal, etc... Aug. Bérard dut se demander et se demanda en effet si l'époque du concours n'était pas bien rapprochée de celle où il venait de quitter les bancs et s'il n'y avait pas témérité à venir, lui si jeune encore, disputer une place importante à des hommes vieillis dans le métier et recommandables par leur expérience et leur position acquise. Longtemps il balança, et il ne fallut rien moins que les instances de son frère et de ses amis pour vaincre les scrupules de sa modestie. Une fois décidé, il entra dans l'arène hardiment, comme il le faisait toujours, et ceux qui ont assisté à ce brillant concours en ont certainement conservé comme moi un ineffaçable souvenir. C'est à cette occasion qu'il écrivit en latin une *Dissertation sur les fonctions et les maladies de la moelle épinière*, dissertation qui était, pour employer les expressions d'un journal ordinairement peu prodigue d'éloges, admirable par la clarté, la précision des détails, ainsi que par l'élégance de la diction, la pureté et la lucidité du style. On remarqua beaucoup aussi une leçon, riche de faits et brillante d'exposition, sur les cas où il convient d'appliquer le trépan. Enfin, sa *thèse* en latin *sur les corps étrangers introduits dans les voies aériennes* est une précieuse monographie, pour la composition de laquelle il a mis à profit un nombre immense de faits et dont la lecture est aussi instructive qu'attachante.

Le succès obtenu par Aug. Bérard dans ce concours dépassa les espérances de ses amis, car il fut nommé à la première place.

L'année suivante (1831), il devenait, après deux brillants concours, chirurgien du bureau central, presque au même instant où son frère, déjà chirurgien des hôpitaux, obtenait à la Faculté de médecine la chaire de physiologie, qu'il n'a depuis cessé d'y occuper avec tant de distinction.

Quel succès et quel chemin parcouru dans le court espace de neuf années !

Aug. Bérard ne devait pourtant pas s'arrêter là; il était de ces hommes infatigables et tenaces qui estiment n'avoir rien fait tant qu'il reste quelque chose à faire, et toutes ces positions si rapidement conquises n'étaient à ses yeux que des degrés pour s'élever jusqu'au faîte.

Le premier concours de professeur auquel il prit part avait pour objet la chaire de pathologie externe : c'était en 1833. Il n'avait pas encore accompli les cinq années de doctorat exigées par les règlements universitaires, et il fallut une décision du conseil de l'instruction publique pour qu'il lui fût permis d'entrer en lice. En 1834, il s'engagea dans un second concours pour la chaire de clinique externe devenue vacante par la mort du célèbre Boyer. L'année 1836 le vit successivement disputer l'héritage chirurgical de Dupuytren, puis la chaire d'anatomie que venait de quitter le professeur Cruveilhier, appelé à l'enseignement de l'anatomie pathologique par le vœu de l'homme illustre qui fonda si généreusement cet enseignement dans notre Ecole. Enfin, la carrière se rouvrit de nouveau pour lui en 1841 et en 1842 par la mort inattendue des professeurs Richerand et Sanson. Ce ne fut qu'à la suite de ces dernières épreuves qu'Aug. Bérard remplaça Sanson à la clinique chirurgicale, et conquit, après dix années d'une lutte opiniâtre marquées par six brillants concours, cette position de professeur si longtemps et si ardemment poursuivie; dernier triomphe qu'il devait bientôt, comme son infortuné prédécesseur, expier par un triste et fatal retour de la fortune!

Pourquoi dans cette période si longue et si pénible de sa vie, pourquoi tant d'efforts inutiles? Pourquoi ces retards et ces lenteurs qui contrastent si singulièrement avec la vivacité de ses premières victoires ? C'est que la révolution de 1830, en réformant le mode de nomination des professeurs, avait tout à coup lancé dans l'arène une foule d'hommes distingués, élite et réserve des générations précédentes, les Cloquet, les Gerdy, les Velpeau, les Sanson les Breschet, les Blandin, qui venaient demander au concours la consécration de réputations et de positions faites, la récompense de travaux anciens, de titres laborieusement acquis; c'est qu'Aug. Bérard, encore jeune d'âge, quoique déjà vieux d'étude et d'expérience, poussé par la rapidité de ses premiers succès, se trouvait tout à coup mêlé aux luttes d'hommes qui avaient été ses maîtres.

Il faut avoir vécu à cette époque de rénovation et de ferveur pour se faire une juste idée de la sensation produite dans le monde médical par le spectacle émouvant de ces batailles intellectuelles où se trouvaient engagés à la fois tant d'hommes célèbres par leurs études, leurs travaux, leurs services, leurs talents, leur renommée, et dans lesquelles se distinguèrent plusieurs des savants collègues que réunit autour de cette tribune la cérémonie de ce jour. Au contact de ces luttes passionnées, image adoucie des tournois antiques, les esprits s'animaient; jeunes gens, hommes mûrs ou vieillards, savants, écrivains ou praticiens, tous prenaient parti; chacun choisissait son chevalier, chacun avait son héros, dont il épousait les idées, exaltait les mérites, partageait et souvent excitait les secrètes espérances. Qu'une telle ardeur ait enfanté des exagérations, personne n'en doute; elle fut même quelquefois l'origine d'excès condamnables; mais n'était-ce pas aussi pour la jeunesse généreuse de nos écoles le mouvement, la vie, le principe d'une louable émulation, la source d'une noble ambition, celle d'imiter un jour les prouesses qu'ils voyaient si bien accomplir?

A cette publicité de la lutte personne n'avait à perdre parmi les hommes dignes du succès ; et c'est une question de savoir si, au point de vue de la renommée, il ne fut pas préférable d'avoir quelque temps attendu la victoire. Avec de tels rivaux, les échecs honoraient souvent à l'égal des triomphes; le renouvellement de la lutte amenait de nouveaux efforts dont le public tenait compte, et l'estime qu'il accordait au vainqueur comme aux vaincus, s'augmentait par ces derniers d'un sentiment d'intérêt et de reconnaissance sympathique. Telle fut la destinée de plusieurs de ces rudes jouteurs, telle surtout celle d'Aug. Bérard, celui de tous dont le succès fut le plus retardé. Vieil émule des concours, comme l'a dit avec un si grand bonheur d'expression l'un de nos plus illustres collè-

gues à la Faculté de médecine (1), il avait conquis depuis si longtemps l'estime de ses juges et le respect de la jeunesse, qu'il était déjà, au moment même où il entrait à l'Ecole, une de ses anciennes renommées.

Aug. Bérard était doué au plus haut degré des qualités nécessaires à l'homme qui se voue à l'enseignement, et il possédait également tout ce qu'il faut pour briller dans les exercices dont se composait un concours de professeur.

Ses leçons étaient aussi remarquables par le fond que par la forme. Il possédait une connaissance approfondie des matières chirurgicales, et tenait à honneur de faire passer dans l'esprit de ses auditeurs tout ce qui était dans le sien. Aussi excellait-il à analyser un sujet, à en établir les divisions naturelles, afin de ne rien omettre et de loger chaque détail à sa vraie place. De cette bonne distribution des matériaux résultait une abondance et une clarté, que complétait encore la netteté et la précision de son langage.

Si embarrassante et si complexe que fût une question, il était rare qu'elle ne parût pas simple après que Bérard l'avait traitée. Aussi avons-nous plus d'une fois entendu faire cette réflexion, au moins naïve, qu'il avait le bonheur de mettre toujours la main sur les questions les plus faciles. Et c'est ainsi que l'extrême lucidité de cet esprit logique a pu lui nuire auprès de personnes bien intentionnées d'ailleurs, mais assurément moins pénétrantes que lui.

Parmi ceux qui avaient la prétention de le connaître et de le juger, quelques-uns croyaient de bonne foi ou affectaient de croire et de répéter que sa faculté était factice et résidait surtout dans une admirable mémoire, qui lui permettait d'apprendre et de réciter des leçons préparées à loisir. Il n'en était rien. Que, dans sa jeunesse et à l'occasion de ses premiers concours, il eût employé cet artifice ou se fût exercé à faire entrer dans un cadre préparé d'avance les sujets prévus des épreuves, la chose est possible, et c'est sans doute ce que chacun de nous a pu faire à la même époque de sa vie. Mais lorsqu'il arriva aux grandes luttes du professorat, il était bien au-dessus de ces petits moyens; il n'avait pas besoin de la méthode artificielle, son esprit était méthodique. La mémoire avait en effet chez lui un développement extraordinaire; mais le jugement était dans des proportions égales, et il ne brillait jamais d'un éclat plus vif et plus réel que lorsqu'il soumettait à la critique de sa raison les faits et les documents nombreux que lui fournissaient ses souvenirs et son expérience. Il avait horreur du bavardage et des lieux communs, évitait les hors-d'œuvre et fuyait les remplissages, trop riche de son propre fonds pour recourir à des accessoires dont l'emploi accuse toujours une certaine indigence.

C'est dans l'argumentation qu'Aug. Bérard développait le mieux les qualités solides de son esprit; c'est là qu'il se recommandait par la justesse de sa pensée et de ses appréciations, la sûreté de son jugement, l'étendue et en même temps l'étonnante précision de ses connaissances. Il était plus fort, il en faut convenir, dans l'attaque que dans la défense. Scrupuleux comme il l'était dans ses citations et ses assertions, il lui convenait mieux de marcher sur un terrain exploré d'avance. Que de fois la crainte de hasarder quelque chose ou d'affirmer un fait dont il n'était pas parfaitement certain a retenu sur ses lèvres un excellent argument! Que de fois aussi il lui est arrivé de dédaigner et de laisser sans réponse des attaques dont il avait dans sa puissante raison jugé la faiblesse et qu'il croyait devoir abandonner avec confiance au jugement du jury! On aurait pu peut-être dans ses premiers concours lui reprocher un excès de fougue et une ardeur trop vive à faire triompher son opinion. Ses contemporains n'ont sans doute pas oublié l'histoire de ce larynx qu'il fit apporter tout disséqué de son laboratoire pour démontrer à un compétiteur, depuis longtemps disparu de la scène des concours, la différence qui existe entre la glotte et l'ouverture laryngée supérieure; mais depuis il s'était bien corrigé de ce défaut, et personne, à la fin de sa carrière, n'apportait dans cette épreuve compromettante plus de retenue, de modération, et surtout de loyale impartialité.

Les six thèses qu'il soutint à l'occasion de ses concours formeraient, ainsi que nous le disait naguère un de nos collègues les plus chers (2), un recueil curieux et plein d'intérêt. Une seule a pour sujet un point d'anatomie, la *structure du poumon*, et l'on s'étonnerait de trouver dans cette dissertation Bérard si supérieur, sous le double rapport de l'anatomie et de la physiologie, aux auteurs qui avaient écrit avant lui, si l'on ne savait qu'après avoir longtemps préparé le cours de son frère et celui de la Faculté, il professa lui-même avec succès pendant plusieurs années l'anatomie descriptive et chirurgicale, et que ce fut lui qui, sous le nom et la direction de son frère, rédigea les additions à la physiologie de Richerand.

Il n'est aucune des thèses chirurgicales d'Aug. Bérard qui ne constitue une monographie utile, et ne mérite de prendre place dans la bibliothèque du praticien jaloux de se tenir au courant de la science.

Sa *Dissertation sur les causes qui s'opposent à la consolidation des fractures* renferme l'examen le plus complet et l'appréciation la plus éclairée des circonstances qui influent sur la consolidation des fractures, et démontre que c'est d'après des assertions dénuées de preuves et en se copiant les uns les autres que les auteurs ont admis l'action malfaisante d'un grand nombre de maladies générales sur la formation du cal.

Dans sa *Thèse sur les divers engorgements du testicule*, il s'est appliqué, à l'exemple du professeur Roux, à déterminer d'une manière précise le sens et la valeur pathologique du mot *sarcocèle*, et trois engorgements jusque-là confondus sous cette dénomination, savoir : les engorgements encéphaloïdes, squirrheux et tuberculeux, ont été par lui décrits isolément et différenciés avec tant de soin, que cette distinction est désormais devenue classique.

Sa *Thèse sur les maladies de la région parotidienne et les opérations que ces maladies réclament*, outre qu'elle forme un traité complet sur la matière, contient une des collections les plus précieuses qu'ait jamais rassemblée l'infatigable activité d'un concurrent, celle de toutes ou presque toutes les observations d'ablation de la parotide que possédât alors la science, tant en France qu'à l'étranger.

Sa *Thèse sur les tumeurs de la mamelle*, composée la dernière, est remarquable par la solidité de la doctrine, et riche de remarques et de faits tirés d'une pratique personnelle alors ancienne et très étendue.

Mais aucune de ces thèses ne peut être comparée à celle qu'il composa lors du concours de 1836, ouvert après la mort de Dupuytren, *Sur le diagnostic chirurgical, ses sources, ses incertitudes et ses erreurs*. Quelle intelligence que celle qui fut capable de rassembler, de coordonner, de mettre en œuvre en douze jours, avec un talent et une verve qu'on ne saurait assez admirer, tous les éléments d'un traité de diagnostic chirurgical, c'est-à-dire d'un ouvrage dont il n'existait jusque-là nul modèle, et qui a pour objet la partie la plus difficile et en même temps la plus importante de la chirurgie! Quelle prodigieuse capacité de travail et quelle présence d'esprit ne lui fallut-il pas pour former dans ce court espace de temps la curieuse collection de trois cents exemples d'erreurs de diagnostic empruntés aux meilleurs chirurgiens, et classés d'après un ordre rationnel basé sur la nature des causes qui ont provoqué l'erreur ou la méprise.

Indépendamment du mérite particulier de chacune de ces thèses, elles en ont un qui leur est commun à toutes : érudition solide et de bon goût, exactitude rigoureuse des citations, sagesse et méthode dans l'ordonnance de la composition, simplicité et facilité dans l'exposition des faits, enchaînement rigoureux des idées et déductions logiques des conclusions, indépendance et cependant réserve dans les jugements, telles sont les qualités par lesquelles elles s'élèvent au-dessus de ce que sont ordinairement ces morceaux de circonstance enfantés sous la pression de la nécessité, et prennent le caractère d'œuvres sérieuses et durables.

La confection d'une de ces thèses improvisées est tout un art, art dont les difficultés et les finesses ne sont bien connues et bien senties que de ceux qui ont passé par l'étamine des concours, qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder, et dans lequel Aug. Bérard était passé maître.

A peine le sujet de la thèse était-il sorti de l'urne que déjà le plan s'en arrangeait dans sa tête. Il ne quittait pas l'Ecole sans avoir visité la bibliothèque, choisi les ouvrages qui lui étaient immédiatement nécessaires et dressé la liste de ceux qu'il aurait à consulter plus tard. Rentré chez lui, il y trouvait la petite armée de ses collaborateurs et distribuait immédiatement entre eux le travail. C'est chose merveilleuse que l'aisance avec laquelle il savait mettre l'œuvre en chantier, employer des aides et les faire concourir au but commun, chacun suivant ses forces et ses aptitudes, sans qu'il y eût jamais ni double emploi ni confusion. Il avait pour cela un talent particulier et un goût inné. Faire travailler les autres en leur donnant l'exemple était dans sa vocation scientifique. Que de fois ne l'avons-nous pas entendu dans ces jours d'entrain envier le sort du grand Haller, qui pouvait, disait-il, rassembler autour de lui les travailleurs par dizaines et utiliser jusqu'aux membres de sa famille pour l'exécution de ses grandes conceptions!

Semblable pourtant à un général vigilant et expérimenté qui compte un peu sur les autres, mais n'est sûr que de lui-même, il se réservait, outre l'ordonnance du sujet, la rédaction de tous les points importants ou difficiles et n'abandonnait aux aides que des parties tout à fait accessoires. La réflexion était chez lui si prompte et les connaissances si précises et si présentes qu'il pouvait immédiatement prendre la plume et ne la poser qu'après avoir rempli dans la soirée même quinze à vingt feuillets. Il composait ainsi très rapidement et de suite de longs passages, prenant indifféremment telle ou telle partie, à la fin, au milieu, au commencement, suivant la disposition du moment, sans autres interruptions que celles qui lui étaient nécessaires pour recevoir les communications de ses collaborateurs, relire les morceaux écrits la veille, consulter de loin en loin quelque document, ou même faire quelque visite indispensable, l'esprit toujours libre et calme et sans donner aucun signe de fatigue, jusqu'au moment où le corps de l'ouvrage était achevé et où il ne restait qu'à relier entre eux les principaux fragments et à formuler l'introduction et les conclusions. C'est ce qui avait ordinairement lieu vers le sixième jour.

Un aréopage de choix était alors assemblé, devant lequel le manuscrit, lu lentement, était critiqué, discuté, amendé, modifié avec autant de calme que s'il s'agissait d'un livre médité depuis longtemps et dont l'auteur aurait pu retarder à son gré la publication. C'est dans cette séance que s'éclaircissaient les pensées obscures, que se rectifiaient les jugements faux ou hasardés, que disparaissaient les opinions risquées ou compromettantes, et le manuscrit n'était livré à l'imprimerie qu'après avoir subi cette dernière épreuve. Quant au style et à la correction du texte, c'était un peu l'œuvre de tout le monde; Bérard y attachait peu d'importance; il ne tenait pas à l'élégance, et, pourvu que sa pensée fût rendue clairement et sans amphibologie, il était satisfait.

La plupart des esprits, même ceux de premier ordre, n'agissent que par saccades; ils sont capables d'efforts puissants, mais intermittents, et le repos leur est nécessaire pendant les intervalles. L'esprit d'Aug. Bérard n'était pas soumis à ces nécessités. Ces concours, d'une si longue durée et qui se renouvelèrent tant de fois, n'étaient dans sa vie que de courts épisodes. Pareille à un fleuve qui a ses débordements, mais qui coule d'un cours non interrompu, son infatigable activité s'exerçait sans cesse et ne s'épuisait jamais. A côté de la collection de ses thèses, ses mémoires originaux formeraient un autre recueil non moins riche et plus intéressant encore; car ces travaux, fruits de sa libre inspiration, portent l'empreinte de son génie propre.

N'attendez pas de moi, messieurs, l'analyse de travaux qui nous sont si familiers. Il suffira d'en tracer un tableau rapide, en insistant seulement sur quelques-uns des traits les plus saillants.

En première ligne se présentent ses *Mémoires sur l'appareil inamovible, la staphyloraphie, l'irrigation, les tumeurs érectiles et les varices*, mémoires destinés à faire connaître les perfectionnements qu'il a apportés dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales graves. C'est là qu'il nous expose avec une modestie charmante et une simplicité comparable à celle des anciens maîtres la part qu'il a prise à l'introduction dans la pratique chirurgicale de l'irrigation continue, de ce moyen puissant qui a conservé bien des membres et sauvé bien des existences; qu'il nous apprend quel parti heureux et nouveau il a su tirer de l'appareil inamovible en permettant aux malades affectés de fracture de la jambe de marcher dès le troisième jour; qu'il nous montre comment il a simplifié et rendu plus facile et plus sûre la belle opération créée par le génie de M. le professeur Roux en passant les aiguilles non plus d'arrière en avant, mais bien d'avant en arrière; qu'il nous met au courant des tentatives nombreuses et utiles auxquelles il s'est livré dans le but de perfectionner cette méthode de traitement qui consiste à exciter dans les tumeurs érectiles ou sur le trajet des veines variqueuses une inflammation obturatrice et salutaire.

Après ces travaux de thérapeutique chirurgicale, vient une *note* intéressante sur les *kystes séreux de la face et sur les abcès de la cloison des fosses nasales*, note qui contient la description de ces maladies nouvelles ou peu connues et l'indication des signes qui permettront à l'avenir de les distinguer d'autres affections plus communes avec lesquelles elles avaient été jusque-là confondues.

A cette note en succèdent trois autres sur la *kératite vasculaire chronique*, sur la *mydriase* et sur l'*opération de la cataracte*, tous sujets qui se rapportent à la pathologie et à la thérapeutique oculaires, dont il s'était, comme on sait, beaucoup occupé dans les derniers temps de sa vie.

Je ne saurais terminer cette revue sans mentionner en particulier le seul mémoire anatomique qu'ait produit A. Bérard : je veux parler d'un travail remarquable qu'il lut à l'Académie des sciences, travail dans lequel il expose la découverte qu'il venait de faire d'une des lois les plus importantes du développement du système osseux, et montre que pour les extrémités des os longs l'activité et la précocité de ce développement sont dans un rapport déterminé et constant avec la direction des courants artériels. On est surpris de trouver comme égaré au milieu de ces travaux de pratique chirurgicale un mémoire d'un ordre si différent. C'est un souvenir fugitif donné aux études d'un autre temps; mais le chirurgien ne tarde pas à se rencontrer : d'un travail de philosophie anatomique il sait bien vite faire sortir des déductions pratiques inattendues applicables à la pathologie et au traitement des fractures, et l'un de ses élèves, M. Guéretin, écrit sur ce sujet et sous l'inspiration de son maître un mémoire plein d'intérêt.

L'impression qu'on retire de la lecture de cette partie des ouvrages de Bérard lui est très favorable. Dans ses autres productions, où il traite sous forme dogmatique les questions de pathologie chirurgicale, l'homme disparaît derrière l'auteur; il se découvre davantage ici, et il gagne à se laisser voir. On y lit avec plaisir une foule de faits instructifs, bien exposés, et dans le récit desquels il parle modestement de lui-même. Avec une abnégation pleine d'honnêteté, il sait faire au besoin le sacrifice de ses prétentions d'inventeur, et l'on sent qu'en écrivant il tient moins à briller qu'à contribuer au perfectionnement de l'art et au salut de ses semblables en répandant autour de lui les vérités utiles. La facture de ces mémoires est d'ailleurs très bonne, et le style plein de ce naturel qui n'appartient qu'aux esprits pratiques.

A. Bérard était un des auteurs du *Dictionnaire de médecine*, et sa coopération à ce grand ouvrage était fort active : les articles d'anatomie et de chirurgie qu'il a rédigés lui-même ou qui l'ont été sous sa direction et sous son nom sont au nombre de 80 à 90, et feraient la matière de plusieurs volumes. Il en est de fort importants, comme, par exemple, les articles *Carie, Nécrose, Exostose, Fractures, Néoplastie, Bec-de-lièvre, Maladies du crâne, du coude, des mâchoires, des membres*, etc.

Je ne parle pas d'une foule de communications faites aux divers journaux de médecine, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses élèves, communications qu'il laissait échapper chaque jour et comme en se jouant, et qui contiennent pourtant bien des richesses éparses : réflexions sur des points de pratique, opérations nouvelles instituées par lui ou répétées d'après les autres, modifications des procédés connus, observations curieuses par leur rareté ou par quelque circonstance insolite, etc.

Mais il me reste à dire un mot du *Compendium de chirurgie pratique*, de cette œuvre considérable, dans l'exécution de laquelle il n'avait voulu, par un sentiment d'affectueuse confiance dont je m'honorerai toujours, s'engager qu'avec moi. C'est lui qui en avait eu la première pensée, et, lorsqu'il m'en eut parlé, nous nous accordâmes tous deux, contre le vœu de l'éditeur, à donner à notre ouvrage la forme d'un traité didactique de préférence à celle d'un dictionnaire. Le poids de cette entreprise était senti par Bérard, mais ne l'accablait pas. Il y pensait sans cesse, et s'occupait chaque jour à préparer et à réunir des documents pour cette œuvre de prédilection; il avait fini par former pour chaque article une sorte de bibliothèque spéciale, composée non-seulement de livres, de thèses et de mémoires imprimés, mais aussi d'observations inédites, de fragments de ses leçons, de lambeaux écrits dans ses rares moments de loisir.

Dans les ouvrages faits en collaboration, comme le *Compendium de chirurgie*, il arrive le plus souvent que les associés, après s'être concertés sur le plan et les vues générales, se partagent le travail d'une manière plus ou moins égale, de sorte que le livre, placé sous le patronage de deux noms, n'est en réalité qu'une série d'articles dont chacun est l'œuvre d'un seul auteur. Ce n'est point ainsi qu'a été composé le *Compendium*. Si l'on en excepte quelques parties achevées par l'un ou l'autre de nous pendant que son collaborateur était empêché par un concours, on peut dire bien réellement de notre livre que c'est une œuvre collective. Malgré ses nombreuses occupations, Bérard trouvait toujours, grâce à sa prodigieuse facilité, le temps de jeter sur le papier, sinon une rédaction complète, du moins une esquisse très détaillée des articles en cours de composition. Ces canevas, tracés avec une incroyable rapidité, étaient sans doute incomplets, inachevés dans quelques-unes de leurs parties, incorrects dans leur rédaction; mais on y trouvait des indications utiles, des remarques judicieuses, des observations originales et, de loin en loin, quelques fragments traités avec soin et avec beaucoup de distinction, car son style s'élevait lorsque le sujet était à sa convenance. C'est sur ce fonds que j'avais à travailler moi-même, et tels étaient l'abandon et la simplicité modeste de l'ami que j'ai tant à regretter, qu'il se reposait entièrement sur moi du soin de la rédaction définitive; me laissant la liberté d'ajouter à mon gré, de retrancher, de supprimer, de modifier, liberté dont j'ai souvent et largement usé sans que jamais une réclamation, une parole de reproche aient troublé l'entente parfaite et la bonne harmonie qui régnait entre nous.

De quel avantage n'était pas pour le public et pour moi-même la collaboration d'un homme si judicieux, d'un praticien si habile et si expérimenté! C'est ce que chacun peut facilement imaginer; mais ce que nul ne peut sentir comme moi, c'est le vide causé par sa perte. J'ai retrouvé sans doute dans un de nos jeunes collègues (1) un collaborateur aussi recommandable par les ressources de son esprit que par l'aménité de son caractère; mais, qu'il me pardonne de le dire devant lui, il n'est personne qui puisse me tenir lieu de celui qui n'est plus, rien qui puisse remplacer cette collaboration pleine de charmes, dans laquelle j'avais grandi, qu'égayaient mille souvenirs du passé, et qui me faisait trouver le travail si facile qu'il ressemblait à un plaisir.

Assurément les travaux si nombreux et si importants que je viens de passer en revue eussent été plus que suffisants pour illustrer celui qui les a accomplis, et, si quelque chose étonne, c'est qu'ils aient pu être achevés pendant la durée d'une existence si courte; mais A. Bérard ne fut pas seulement un écrivain fécond et une célébrité des concours, il fut surtout un chirurgien voué à la pratique et à l'enseignement de son art, et il conquit à ce double égard une renommée fondée sur des titres qui, pour laisser des traces moins visibles et moins durables, n'en sont pas moins réels et moins sérieux.

Nommé au bureau central des hôpitaux à l'âge de trente ans, il remplit successivement les fonctions de chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, de la Salpêtrière, de l'hôpital Necker et de la Pitié. Sur ce grand théâtre, et au milieu de ces vastes ressources, les progrès d'A. Bérard furent rapides. Soumises au contrôle des faits qu'il observait lui-même, les idées qu'il avait puisées dans l'étude des auteurs s'affermirent sur quelques points, se modifièrent dans d'autres, et gagnèrent tout à la fois en rectitude, en assurance et en étendue. C'est là que son esprit put enfin prendre tout son essor; c'est là qu'il quitta en quelque sorte la robe prétexte pour revêtir enfin la robe virile et s'asseoir parmi les maîtres.

A l'hôpital, et près du lit des malades, A. Bérard était sur son véritable terrain. Les graves problèmes qui s'y trouvaient sans cesse

(1) M. Dumas, aujourd'hui directeur et inspecteur général des études pour les sciences.

(2) M. Larrey.

(1) M. Gosselin.

posés convenaient à son intelligence calme et sereine. Dans les cas ordinaires, son coup d'œil était rapide, son intelligence et son jugement sûrs. Les cas obscurs, complexes ou insolites le mettaient rarement en défaut. Grâce à ses vastes connaissances et à sa merveilleuse mémoire, il trouvait dans ses souvenirs des faits analogues, des objets de comparaison qui devenaient pour son esprit juste et pénétrant les éléments d'une opinion motivée. Cette puissance de diagnostic lui avait été très utile dans les concours, et lui donnait, dans la pratique civile, une grande autorité.

Ses manières simples, et en même temps affectueuses, sa physionomie ouverte, calme et douce lui gagnaient bien vite la confiance des malades, et il la justifiait pleinement par le dévouement avec lequel il les soignait. Soulager ou guérir ceux qui avaient recours à lui, tel était le but de ses constants efforts; aussi ses recherches originales ont-elles presque toujours eu pour objet la thérapeutique, qu'il regardait avec raison comme la fin et la partie principale de la médecine; aussi, tout moyen nouveau destiné à augmenter les ressources de la chirurgie était-il bien accueilli par lui; et pour peu que ce moyen offrît quelque chance raisonnable de succès, il n'hésitait pas à le soumettre, avec toute la réserve nécessaire, au critérium de l'expérience.

Préparé par de fortes études anatomiques et par une longue pratique des dissections, A. Bérard était bien vite devenu un excellent opérateur. Il est juste de dire cependant qu'il maniait le bistouri avec plus de sûreté que d'élégance; mais il possédait une qualité bien autrement précieuse, c'était un sang-froid et une présence d'esprit imperturbables, qui ne se démentaient dans aucune circonstance, et dont il donna un jour un remarquable exemple. Il avait entrepris l'ablation d'une énorme tumeur fongueuse de la dure-mère, opération pour laquelle il avait été forcé d'appliquer seize couronnes de trépan. Au moment où il achevait l'opération, le malade eut une syncope qui fit craindre pour sa vie. Sans se déconcerter, Bérard appliqua à l'instant la paume de la main sur le cerveau, et par cette simple manœuvre rendit la vie au moribond. Il avait compris que l'accident avait pour cause l'interruption brusque de la pression à laquelle était habitué le cerveau, et qu'en rétablissant cette pression il remédierait à tout.

Celui qui était déjà un bon praticien et un habile opérateur, et qui s'était distingué par ses publications et ses concours, celui-là ne pouvait être un professeur médiocre. La chaire de clinique chirurgicale est, comme on l'a dit avec raison, plus propre qu'aucune autre à fonder les grandes réputations, parce qu'elle donne l'occasion de joindre l'exemple au précepte; mais c'est aussi, par la même raison, une des plus difficiles à remplir, puisqu'elle exige un ensemble de qualités et de talents qui ne se trouvent pas souvent réunis dans le même homme. Ces qualités et ces talents, Bérard les possédait. Ses leçons de clinique se distinguaient par l'intérêt qu'il savait donner au récit des faits pratiques, la sagacité et la profondeur dont il faisait preuve dans la discussion des questions problématiques, la justesse de ses appréciations, la sûreté de ses jugements, la sagesse de ses résolutions et l'habileté qu'il déployait dans l'exécution des opérations. Joignez à cela un extérieur digne, une voix harmonieuse, une parole facile, beaucoup de bonté pour les malades, une grande affabilité avec les élèves, et vous comprendrez le succès de son enseignement, succès qui se fût encore augmenté si A. Bérard eût assez vécu pour arriver aux hôpitaux du centre, et qui l'eût infailliblement placé à côté de son frère parmi les professeurs les plus justement célèbres de la Faculté de Paris. Exemple peut-être unique de deux frères, doués des qualités personnelles les plus brillantes et les plus aimables à la fois, unis par la plus douce intimité, poursuivant en même temps, avec un égal bonheur et par des moyens semblables, une même carrière scientifique dans laquelle ils arrivent tous deux à conquérir par le seul ascendant du mérite et du travail la plus haute renommée et les positions les plus élevées!

L'homme distingué dont je viens de retracer devant vous les mérites, les travaux, les luttes et les triomphes, aurait pu comme tant d'autres faire suivre son nom du titre de membre d'une foule de sociétés savantes, françaises ou étrangères; il n'avait pour cela qu'à vouloir. Il ne voulut pas, et se montra toujours peu curieux d'un genre de distinction si vain et si facile à acquérir. Ce n'était pas dédain chez lui; il faisait cas de ces réunions où les hommes s'instruisent sans peine et rapidement par l'échange de leurs idées, et où ils apprennent, au contact de tous les jours et dans la liberté de discussions familières, à se connaître et à s'estimer; mais dans la simplicité de son esprit sincère, il ne comprenait pas le titre sans l'emploi. Aussi n'appartenait-il qu'à un petit nombre de sociétés qu'il avait choisies, et dont il était, non pas un membre nominal, mais un des collaborateurs les plus actifs et les plus assidus.

Il était de la Société anatomique, de la Société de médecine, de l'Académie, et de la Société de chirurgie de Paris.

La direction de ses études et le grand nombre de ses occupations le tenaient depuis quelques années éloigné de la première de ces sociétés, et l'empêchait, à son grand regret, de fréquenter la seconde autant qu'il l'aurait voulu; mais il en avait longtemps suivi et partagé les travaux.

Les Bulletins de la Société anatomique sont remplis de communications qui attestent son zèle et son activité. Il fut secrétaire en 1830, et rédigea un compte-rendu très remarquable des travaux accomplis pendant cette année. Je l'ai souvent entendu se plaindre des circonstances qui ne lui permettaient plus d'aller s'asseoir au milieu de cette jeunesse studieuse, ornement et espoir de nos hôpitaux et de notre Faculté.

La Société de médecine a gardé de son passage le meilleur souvenir; elle a voulu être représentée à ses funérailles, et l'orateur qui portait la parole pour elle (1) a fait entendre sur la tombe de l'ami qui venait d'être enlevé à l'affection de tous de touchantes paroles, dans lesquelles il a rappelé la part honorable que Bérard avait voulu prendre au cinquantième anniversaire de la Société, et la lecture d'un mémoire qu'il avait tenu à y faire entendre afin que la chirurgie ne manquât pas à cette fête de famille.

L'Académie de médecine le comptait depuis plusieurs années parmi ses membres les plus exacts. Il s'y était fait remarquer par des communications intéressantes et par des rapports travaillés et substantiels. Il ne se prodiguait pas dans la discussion, et ne prenait la parole qu'à propos. Aussi avait-il acquis dans cette compagnie beaucoup d'autorité et une grande considération.

C'est la Société de chirurgie qui le possédait le plus complétement. C'était bien la Société de son choix et de ses affections, que celle qui avait pour objet exclusif les progrès de cette partie de la science qu'il professait avec tant d'éclat, et dans chacun des membres de laquelle il retrouvait un camarade d'hôpital, un compagnon d'étude, un rival de concours, un ancien élève, et toujours un ami.

Le nom d'Aug. Bérard est inscrit le premier sur la liste des fondateurs de la Société de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement que lui désiré la formation de la Société et ne s'était employé d'une manière plus efficace à atteindre ce but. C'est lui qui avait fait les démarches nécessaires pour faire approuver les statuts de la Société et obtenir l'autorisation nécessaire à sa constitution; c'est encore lui qui avait sollicité du préfet de la Seine le local dans lequel nous avons tenu nos premières séances. Il avait été président du bureau provisoire, et c'est sous sa direction et dans son cabinet même que s'était élaboré le règlement de la Société. Celle-ci une fois établie, et lorsqu'il s'agit de constituer le bureau définitif, la présidence revenait naturellement à Bérard, et il y fut porté par l'acclamation unanime de la Société.

(1) M. Sandras, médecin des hôpitaux de Paris.

Les services qu'il rendit dans cette fonction sont inappréciables. Il en est d'une société naissante comme d'un jeune enfant qui entre dans la vie; son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer suivant le besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. C'est un de nos collègues qui nous l'a dit (1), et je m'étaie d'autant plus volontiers de son autorité, qu'il fut lui-même un de nos meilleurs présidents: « Aug. Bérard avait su dès le début imprimer aux séances de la Société une marche si régulière, qu'il n'a pour ainsi dire laissé à ses successeurs qu'une ligne toute tracée à suivre. » Cette aptitude à conduire une discussion qui se liait à la rectitude de son jugement et à la netteté de son esprit était en lui un talent naturel qui perçait continuellement, et qui avait été apprécié dans toutes les sociétés auxquelles il avait appartenu. C'est une histoire bien connue à la Société de médecine de Paris qu'au temps où Bérard en suivait régulièrement les travaux, quand il arrivait que la discussion s'égarât, M. Prus, alors président, avait l'habitude de donner la parole à Bérard sans qu'il l'eût demandée, et telle était sa connaissance approfondie de tous les sujets, même purement médicaux, son attention constante à suivre les discussions, sa facilité à les analyser, à les résumer et à les juger, que, quel que fût le sujet en litige, il répondait à l'invitation du président, jetait en quelques mots la lumière sur les questions les plus obscurcies, et ramenait la discussion à ses véritables termes.

Comme membre de la Société, la coopération de Bérard ne fut pas moins utile. Il encourageait nos efforts par son exemple. Les travaux de la Société s'ouvrirent par une communication intéressante de lui sur une forme particulière et non décrite d'anévrisme artérioso-veineux. Pendant les trois années qu'il passa au milieu de nous, son zèle ne se ralentit jamais; il manquait rarement nos séances, et seulement quand d'autres devoirs plus impérieux exigeaient ailleurs sa présence. Deux mois avant sa mort, et dans la séance qui précéda sa demande de congé, il nous entretenait encore des dangers des ponctions exploratrices, et nous exposait quelques vues originales sur les opérations pratiquées par la méthode sous-cutanée. Les communications qu'il fit à la Société sont nombreuses et presque toujours importantes. Je citerai seulement comme exemple ses observations sur la réductibilité et les battements de certaines tumeurs encéphaloïdes, ainsi que celles sur la possibilité de la résorption du tissu cancéreux. Son absence se fait souvent sentir au milieu de nous, et il nous serait bien nécessaire pour aider à la solution de certaines questions, telles que celle de la valeur des injections iodées dans les cavités séreuses, question qu'il avait soulevée parmi nous, et qui est restée pendante et encore indécise jusqu'à ce jour. C'est dans la discussion de ces questions litigieuses que son intervention était particulièrement utile; c'est là que se découvraient tous les trésors de bonne observation, d'érudition solide, de pratique intelligente qu'il avait depuis longtemps accumulés; là qu'il nous ramenait, avec son sens droit et sa raison inflexible, à la vérité, loin de laquelle nous entraînaient parfois les brillantes mais dangereuses illusions de l'imagination.

Que pourrais-je maintenant ajouter que vous ne soyez prêts à dire comme moi sur l'agrément de ses manières, la modération de son esprit, la sûreté et l'honnêteté de son caractère, et cette constante bienveillance qui le faisaient universellement aimer. Après avoir traversé tant de concours et parcouru une carrière si agitée au milieu des froissements, des mécomptes et des brigues qu'engendrent les luttes et les rivalités de ce genre, il n'avait conservé de ressentiment contre personne, et je ne crois pas non plus qu'il eût excité autour de lui aucun sentiment motivé d'hostilité. C'est qu'il était vraiment bon. « Sincère et fin, sage et gai, complaisant et réservé, modeste pour lui-même et disposé à louer les autres, dévoué pour ses amis et bienveillant au moins pour ceux qui ne l'étaient pas; heureux de bien faire et de ce qu'on faisait de bien, il répandait et vivifiait autour de lui tous les bons sentiments dont il était animé. »

Tel en effet nous l'avons tous vu dans ses relations avec ses confrères et ses élèves, et je suis heureux d'emprunter à l'un des membres de la Société de médecine (2) ce jugement si juste et formulé dans un si bon langage.

On rencontrait rarement A. Bérard dans le monde: il n'en avait ni le temps, ni le goût. Sa vie extérieure était si complétement consacrée aux autres que, dans ses rares moments de repos, il aimait à se replier sur lui-même et sur les siens. C'est là que, dans le cercle d'une étroite intimité, il se livrait sans contrainte à toutes les inspirations de son heureux naturel et découvrait dans son caractère des côtés que n'auraient point soupçonnés les indifférents. Il faut avoir assisté à ces scènes d'épanchement et d'abandon pour connaître entièrement Bérard et pour comprendre tout ce qu'il y avait d'imagination dans ce savant à formes si positives, de simplicité, de candeur, et l'aimable naïveté dans cette intelligence si supérieure; c'était, avec l'esprit d'un homme, le cœur d'un enfant. Ses souvenirs le reportaient sans cesse aux premières années de sa vie, dans les beaux champs de l'Anjou, sur les coteaux de la Loire, et ses conversations favorites avaient pour objet les amusements et les petites aventures de sa jeunesse. Il n'imaginait pas de plus grand plaisir que de laisser là les affaires pour aller, tout seul avec sa famille, passer un jour entier à la campagne, dans le fond d'un bois ou sur le bord d'une rivière, et c'est ainsi que, dans les temps les plus occupés de sa vie, pendant ses concours même, il employait la journée du dimanche. Aller un jour chercher un long repos, suivi d'une mort tranquille, dans ces lieux, si charmants pour lui où il avait goûté les premières joies de la vie, tel était le dernier terme de son ambition.

Ce vœu si modeste ne put pas être exaucé. C'est au moment où tout semblait lui sourire, quand, parvenu aux plus hautes dignités et aux honneurs de notre profession, dans la force de l'âge (3) et dans la toute-puissance de ses facultés, entouré de vieux amis et d'une jeune et charmante famille, il semblait avoir fixé la fortune si longtemps rigoureuse, c'est alors qu'une mort inopinée vint le surprendre et le renverser.

(1) M. Larrey.
(2) M. Sandras.
(3) Bérard est mort à l'âge de 44 ans, le 15 octobre 1846.

L'émotion profonde excitée dans tout le corps médical par ce funeste événement ne fut nulle part plus vivement ressentie que dans le sein de la Société de chirurgie, et celui de nos collègues qui porta la parole en notre nom sur la tombe de l'infortuné Bérard a pu dire avec raison que le vide produit par cette perte se ferait longtemps et cruellement sentir. Aujourd'hui, messieurs, que six années ont passé sur cette tombe, que la Société de chirurgie a pris une extension considérable, qu'elle s'est fortifiée par l'adjonction de jeunes titulaires aussi actifs que distingués, qu'elle voit sur la liste de ses honoraires et de ses associés les chirurgiens les plus célèbres de toutes les contrées de l'univers, qu'elle a eu l'honneur d'y inscrire le frère aîné de celui que nous avons tant regretté, je dis cependant que le vide n'est pas encore rempli et qu'A. Bérard nous manque. Oui, il nous manque; car si la Société n'a plus désormais le même besoin d'aide et d'appui, elle serait heureuse de se montrer dans sa splendeur nouvelle à celui qui la vit au berceau, qui guida ses premiers pas encore chancelants et qui jouirait si bien de ses progrès et de sa prospérité. Le sentiment que j'exprime ici, messieurs, est celui de la Société. Pourquoi, en effet, avoir voulu que cet éloge fût prononcé, sinon pour que par ce qu'il a laissé de meilleur sur la terre, c'est-à-dire que par la mémoire de ses œuvres A. Bérard fût encore aujourd'hui présent dans cette enceinte?

La Société de chirurgie, messieurs, a fait deux grandes pertes, celle de Marjolin et celle de Bérard: l'un qui fut le premier et longtemps le seul de ses membres honoraires, l'autre qui fut le premier de ses fondateurs et de ses présidents. Que la Société de chirurgie montre qu'elle sait honorer après leur mort ceux qui l'honoraient elle-même pendant leur vie. Déjà le buste du professeur Marjolin, de notre vénérable maître à tous, a été placé au-dessus du bureau comme si son inspiration devait planer sur notre réunion: qu'un portrait du professeur A. Bérard décore également les parois de cette salle, afin que l'image de ces deux membres illustres soit présente à nos séances comme leur souvenir est vivant dans nos cœurs, afin que par ces signes visibles leur mémoire se perpétue chez nos successeurs, et qu'en contemplant ces nobles images l'étranger qui pénètre pour la première fois dans cette enceinte sache quel esprit nous anime et ce qu'on doit attendre d'une Société qui a pris pour exemples Marjolin et Bérard, ces deux hommes dont la vie a été la réalisation de notre belle devise:

Vérité dans la science, moralité dans l'art.

— La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. le docteur Bouisson sur les hémorrhagies périodiques.

MM. Michon, Nélaton et Debout sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

NOUVEAU CAS DE MORT

à la suite d'une morsure faite par une espèce de vipère.

Les journaux anglais nous apportent quelques détails sur un cas de mort à la suite d'une morsure faite par une espèce de vipère (cobre). La victime de ce déplorable accident est un des gardiens du Zoological Garden de Londres, qui dans un moment d'ivresse avait saisi le serpent par le cou et le tenait suspendu, lorsque l'animal mordit le malheureux gardien à la figure et lui fit dix piqûres (quatre à la narine droite et six à la narine gauche), dont la plus profonde avait un sixième de pouce de diamètre et un huitième de pouce de profondeur (mesure anglaise). Le sang sortit immédiatement par toutes les piqûres, et la plus large d'entre elles en fournit par gouttelettes jusqu'à la mort du malade.

Girling (c'est le nom du gardien) alla se laver la figure immédiatement après avoir été mordu et avoir eu la présence d'esprit de remettre le reptile dans sa cage. Cette précaution, bien légère d'ailleurs, n'a prévenu en aucune façon l'empoisonnement. Les détails manquent sur la succession et la nature des accidents, ainsi que sur les lésions anatomiques; il est à espérer que les journaux anglais scientifiques rempliront prochainement cette lacune.

CORRESPONDANCE.

Monsieur et honoré confrère,

Voulez-vous être assez bon pour insérer dans le prochain numéro de votre journal la note suivante:

La *Société médicale des hôpitaux de Paris* vient d'instituer un *prix de mille francs* à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante:

« De l'albuminurie sous les rapports de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique. »

Les mémoires, écrits en langue française, devront être adressés *franco*, avant le 31 décembre 1853, à M. le docteur Roger (Henri), secrétaire général de la Société, 51 bis, rue Sainte-Anne. Chaque manuscrit devra porter une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté, avec le nom de l'auteur. — Le prix sera décerné au mois de mai 1854.

Veuillez agréer, etc.

Au nom de la Société médicale des hôpitaux,

Dr Henri Roger.

Ce 21 octobre 1852.

Bulletin bibliographique.

Mémoire sur le vote adopté par l'Académie de médecine de Paris dans sa séance du 21 août, contre la pratique de la syphilisation comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis, par C. Sperino. — In-8°. Prix: 1 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Névrologie ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. Léveillé, dessinateur. — 9e livraison. Paris, 1852, in-4°, figures noires, prix, 5 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

De l'or dans le traitement des scrofules des os. Deuxième mémoire présenté à l'Académie des sciences; par le Dr A. Legrand, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 128. — JEUDI 28 OCTOBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 128. — JEUDI 28 OCTOBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX (M. E. Soulé). Hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours. Résection de l'épiploon sans ligature. Guérison. — HÔPITAL DES VARIOLÉS DE LONDRES (M. Grégory). La vaccine mise à l'épreuve (tested) par l'expérience d'un demi-siècle. — Phlébite traumatique des corps caverneux. Bons effets de la lupuline. — Académie de médecine, séance du 26 octobre. — Du citrate de magnésie. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 27 OCTOBRE 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

La presque totalité de la séance a été consacrée à la lecture de mémoires communiqués par des médecins étrangers.

Ainsi, après un rapport de M. Gaultier de Claubry sur un travail de M. Mouchet, relatif aux maladies des pays chauds, on a successivement entendu :

1° Un mémoire de M. Bonnafont sur un cas de bec-de-lièvre double et très compliqué, opéré par un procédé nouveau ;

2° Un mémoire de M. Hervieux, sur l'imperfection du système nerveux considérée comme cause de certaines maladies des enfants nouveaux-nés. Une commission composée de MM. Gérardin, Danyau et Bouvier est chargée d'en rendre compte ;

3° Enfin, un travail de M. Moreau (de Tours), sur l'influence de l'hérédité sur la production de l'idiotie et de l'imbécilité.

M. Collineau, dans la dernière partie de la séance, a lu un rapport sur une communication relative aux convulsions et à l'éclampsie.

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien offert relativement aux sciences médicales.

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. SOULÉ.

Hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours. Résection de l'épiploon sans ligature. — Guérison.

La conduite que doit suivre le chirurgien lorsque dans une opération de hernie il se trouve en présence d'une masse épiploïque irréductible ou dégénérée a été diversement tracée par les auteurs. Les travaux de Pipelet, de Verdier insérés dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, les lignes que Pouteau consacre à ce sujet dans ses œuvres posthumes sont, en effet, une énergique protestation contre la ligature employée avant eux. Suivant ces chirurgiens, ce serait un procédé dangereux et exposant les malades à des accidents fort graves en vue d'obvier à des éventualités qu'il est possible d'éviter par des moyens plus doux.

Un des chirurgiens les plus distingués de notre époque, auteur d'un travail fort estimé sur les maladies du canal intestinal, s'exprime ainsi au sujet de la ligature : « Le simple bon sens et la plus simple réflexion auraient dû suffire à ce grand chirurgien (Leblanc) pour le désabuser et lui ôter le dessein de la mettre de nouveau en usage. Si, en effet, on pratique la ligature de l'épiploon, on doit savoir qu'on le soumet à une pression en tout semblable à celle qu'occasionnait l'ouverture aponévrotique ou le collet du sac, et qu'on a supprimé un étranglement pour en produire un autre. N'aurait-il pas mieux valu ne point débrider et abandonner la hernie à elle-même ? Car c'est n'être point conséquent avec soi-même que de lever l'étranglement pour appliquer une ligature sur cette membrane. » Jobert, *Traité des maladies du canal intestinal,* t. II, p. 196.

C'est sous l'influence d'une opinion semblable que j'ai agi dans le cas suivant.

Isabelle Thillot, âgée de soixante et onze ans, de Tbiliac (Charente), fut transportée à l'hôpital Saint-André le 16 mars 1852 pour un étranglement herniaire qu'elle portait depuis dix jours.

La tumeur avait huit ans d'existence et était maintenue par un brayer incomplet, au dire de la malade. A différentes reprises, elle avait été obligée d'en cesser l'emploi. Nonobstant cette prédisposition, jamais elle n'avait été sérieusement incommodée par sa hernie, lorsque, sans autre effort que la marche, celle-ci s'échappa au-dessus du bandage : efforts réitérés de réduction tentés par la malade et qui restent sans résultat.

Des coliques très vives se manifestèrent et furent suivies de près par des vomissements stercoraux. Un officier de santé est alors appelé et tente un long taxis, sans employer la violence toutefois. Il se borne à prescrire des applications émollientes sur la tumeur, et enfin huit jours après, en présence des accidents manifestes et continus de l'étranglement, il se décide à envoyer sa cliente à l'hôpital.

Le 16 mars, jour de son entrée, je constate les symptômes suivants :

Face pâle, pouls fréquent et petit, coliques très violentes et qui reviennent à de courts intervalles. L'abdomen est distendu et donne à la percussion un son clair ; les anses intestinales sont fortement dessinées ; la pression n'exagère pas la douleur.

La région inguinale gauche est le siége d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, rénitente et offrant tous les caractères des mérocèles volumineuses qui se réfléchissent au-devant du ligament de Poupart. En saisissant cette tumeur vers sa base, on peut se convaincre de son véritable siége et de la profondeur de son pédicule. La percussion fournit un son mat sur toute sa surface.

En présence de pareils symptômes, la conduite était, je crois, franchement tracée. Réduire n'eût pas été possible très probablement, et dans tous les cas exempt de danger. Aussi après une tentative très pénible de taxis, et seulement pour me convaincre que je ne me trouvais pas en présence d'une hernie simplement engouée, me décidai-je à agir sur-le-champ. L'opération m'offrit les particularités suivantes :

Une incision cruciale dépassant de 6 millimètres environ les limites de la tumeur me permit d'arriver promptement, après la section de quelques facias, sur le sac, qui ne contenait qu'une très minime quantité de sérosité. L'épiploon apparut alors ; on aurait pu croire, au premier abord, qu'il constituait à lui seul la hernie ; mais après quelques recherches je pus me convaincre qu'une anse intestinale était exactement recouverte par lui ; des adhérences d'une certaine résistance avaient déjà eu le temps de s'établir. Je parvins à les déchirer.

L'intestin apparut alors avec ses caractères ; il était d'un rouge brun, mais sans affaissement, et conservait encore son poli ; l'étranglement, très serré, n'admettait même pas le bistouri boutonné de Cooper, et ne portait sur l'intestin que d'une manière médiate, l'épiploon environnant, je peux le dire, dans sa presque totalité le collet de la hernie.

Toutes ces particularités une fois constatées, je procédai au débridement ; une sonde cannelée fut glissée sous la bride, et servit de conducteur à un bistouri droit, à l'aide duquel je l'incisai légèrement. Puis avec le bistouri de Cooper je pratiquai le débridement multiple sous trois nouveaux points.

La réduction de l'intestin n'entraîna pas de difficultés, l'épiploon seul se trouvait adhérent. Ce dernier formait une masse du volume d'une grosse noix, d'un aspect tout à fait différent de celui que présente cette membrane à l'état sain. La densité en était poussée jusqu'à une induration avancée ; de grosses veines obstruées par des caillots solidement organisés indiquaient que la circulation veineuse y était abolie ; du reste, aucune odeur de gangrène.

Je me décidai, en présence d'un pareil état, à opérer la résection de cette masse indurée, évitant seulement de trop me rapprocher de l'anneau. Il s'en écoula à peine quelques gouttes de sang ; la section fit entendre un cri particulier, témoin irrécusable d'une induration très avancée. Quatre serres-fines furent posées sur chacun des chefs de l'incision cruciale et dirigées ensuite vers le centre de la plaie par un fil engagé dans leurs anneaux. Ce petit appareil eut pour résultat une réunion très exacte, à part le milieu, où je laissai subsister un pertuis assez large pour donner issue aux humidités de la plaie. Une compresse trouée et un spica de laine complétèrent ce pansement.

L'efficacité du débridement ne tarda pas à se manifester ; car le pansement à peine terminé, et pendant que je me lavais les mains, la malade, qui n'avait pas depuis huit jours été à la selle, rendit une copieuse quantité de matières fécales diarrhéiques.

Le 17 mars, la nuit a été assez bonne ; l'abdomen est affaissé et complétement indolent ; point de nausées, de vomissements ; pas d'évacuations alvines.

Vers trois heures de l'après-midi, pouls fréquent (90), plein ; face colorée ; un peu de douleur autour de la plaie. — Saignée du bras de 120 grammes ; onctions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné.

Le 18, la nuit a été assez bonne ; pouls fort, un peu irrégulier, sans beaucoup de fréquence. Ventre souple, sans météorisme ni douleur à la pression, si ce n'est au pourtour de la plaie, qui est le siége d'une rougeur érysipélateuse. Il devient nécessaire de pratiquer le cathétérisme. — On continue les onctions mercurielles ; lavement miellé, qui amène deux selles liquides.

Le 19, un peu de fréquence, mais moins de dureté du pouls que la veille. Le ventre est toujours souple, mais l'urine ne s'évacue que par la sonde. L'érysipèle a peu gagné en étendue.

Le 20, la malade a un accès de fièvre en froid, sans sueur ; la nuit cependant a été assez bonne. La plaie a un aspect très favorable ; quelques bourgeons charnus apparaissent sur les bords ; la suppuration est assez abondante et de bonne nature. L'érysipèle a pâli au pourtour de la plaie, mais il a gagné l'abdomen et présente en cet endroit une teinte très foncée.

A dater de ce jour, rien de particulier à noter, et l'histoire de la malade peut être présentée en résumé. L'épiploon hernié, dont j'avais, comme je l'ai dit, excisé la majeure partie, en laissant toutefois une assez grande quantité du pédicule, a été frappé de gangrène quant à cette dernière portion, et il m'a été nécessaire de retrancher à diverses reprises des débris d'eschares qui se présentaient dans le centre de la plaie. Une fois cette complication levée, celle-ci a marché régulièrement vers la cicatrisation, qui a été complète à la fin d'avril. La malade est sortie le 28. Je noterai comme complication une légère diphtérite, qui pendant plusieurs jours a rendu la déglutition extrêmement difficile ; il se joignait à cet état une diarrhée qui a réclamé l'usage des astringents unis aux opiacés.

RÉFLEXIONS. — Rien de variable comme les conséquences de l'étranglement dans les hernies ; car, alors que le chirurgien rencontre quelquefois la gangrène ou un état voisin de la mortification après un étranglement de trente-six à quarante-huit heures, ainsi que j'en ai vu des exemples, dans d'autres cas plus heureux, la constriction peut s'exercer pendant plusieurs jours sans désorganiser l'intestin. Pour se rendre compte de la diversité de ce résultat, je sais bien qu'il convient d'avoir égard à l'âge du sujet, à l'énergie de l'étranglement et au mode de production de la bride, qui peut avoir plus ou moins de largeur ; mais il est une disposition qui existait dans le cas que je viens de relater, et qui peut également exercer une grande influence.

On a pu voir que la hernie que j'ai opérée était un entéro-épiplocèle, que l'épiploon formait à l'intestin une sorte de sac qui rendait la recherche de ce dernier difficile. L'étranglement ne portait pas directement sur l'intestin, l'épiploon entourant circulairement le collet de ce viscère ; et quoique extrêmement serré, il n'avait pas, grâce à cette disposition favorable, exercé d'influence désorganisatrice. Cette enveloppe protectrice avait amorti l'influence de la constriction, qui ne s'exerçait plus que d'une manière médiate sur le tube intestinal. Aussi était-ce sur l'épiploon que s'était épuisée son action ; il était en effet dur, rempli de caillots sanguins. S'il m'était permis de chercher quelques rapprochements, je comparerais l'état que je viens de décrire à celui du vaisseau qui se coupe plus lentement sous l'influence d'une ligature médiate, à la constriction de la verge dans le paraphimosis. On sait, en effet, que c'est ici sur le prépuce seul que porte ordinairement la mortification ; de sorte que, par le fait même de la gangrène de ce dernier, la constriction qu'éprouve le gland se trouve être de beaucoup diminuée.

Je crois devoir rapporter à cette disposition de l'épiploon l'absence de gangrène après un étranglement aussi serré remontant à huit jours, ainsi que la bénignité des symptômes.

Un mot maintenant sur la conduite que j'ai tenue en présence de l'altération de l'épiploon. Quoique simplement hypertrophiée et augmentée de densité, cette membrane ne doit pas être réduite dans des cas analogues : elle jouerait ici le rôle de corps étranger et suffirait pour faire naître des accidents mortels. Cette nécessité inspira l'idée de la ligature de l'épiploon aux chirurgiens qui redoutaient une hémorrhagie après sa section, pratique qui, comme nous l'avons vu, a suscité des oppositions nombreuses. Pour nous, nous admettons avec M. Jobert que la ligature transforme ici la maladie en un état plus grave, puisqu'à une épiplocèle étranglée que le chirurgien reconstitue de toute pièce, il joint encore les conditions défavorables d'une plaie abdominale devant inévitablement suppurer. Aussi la pratique d'Arnaud, de Leblanc a-t-elle été généralement abandonnée, et on lui préfère à juste titre maintenant la section de l'épiploon isolée ou combinée avec la ligature des artères.

Lorsque l'épiploon, altéré par une constriction de plusieurs jours, est abandonné dans la plaie, deux terminaisons sont possibles : l'épiploon trop désorganisé ne peut vivre ; et il se détache par gangrène, ou bien ses propriétés se réveillent ; il contracte des adhérences avec les parties voisines ; et c'est même dans ce cas une complication par l'état fongueux dont il devient le siége, et qui a inspiré à quelques praticiens l'idée d'employer les caustiques pour le détruire.

Pour éviter cette deuxième éventualité, Scarpa prescrit d'entourer l'intestin hernié d'un linge enduit d'onguent styrax ; il va même jusqu'à recommander la ligature *consécu-*

tive et la striction progressive pour arriver à le détacher (Scarpa, *Traité pratique des hernies*, p. 194).

Quoique persuadé, comme cet auteur, de l'innocuité plus grande de cette manière de procéder comparée à la ligature *prématurée* d'Arnaud, je ne serais pas complétement rassuré sur ses conséquences. L'auteur n'est pas non plus persuadé de l'absence des accidents, puisqu'il prescrit de se tenir prêt à desserrer la ligature à la première menace.

On a pu voir que dans le fait que je viens de signaler la gangrène s'est emparée du pédicule épiploïque; la masse tout entière se fût à plus forte raison détachée si je n'avais pas pratiqué sa résection. Cette manœuvre n'a entraîné aucun écoulement sanguin, et je crois qu'il en sera ainsi toutes les fois que la section portera sur des tissus qui auront subi une désorganisation semblable à celle que j'ai rencontrée.

HOPITAL DES VARIOLÉS DE LONDRES.

M. Grégory, médecin en chef.

La vaccine mise à l'épreuve (tested) par l'expérience d'un demi-siècle.

(Mémoire traduit par M. le docteur A. Bayard.)

La pratique de l'inoculation varioleuse, dont on avait entendu parler pour la première fois à Constantinople vers l'an 1700, et qui fut promulguée en Angleterre en 1721, ne se généralisa dans ce pays que vers 1750. Ce fut en 1746 que quelques personnes charitables fondèrent l'hôpital des variolés et d'inoculation. Le succès de cette mesure d'amélioration sanitaire engagea le Collége royal des médecins de Londres, en 1754, à publier une forte recommandation en faveur de l'inoculation; mais il est digne de remarque qu'un tiers de siècle s'écoula depuis la première publication de la sortie spirituelle de lady Mary Worley Montaigue, sur la routine de la pratique médicale, avant que le Collége médical donnât à cette mesure le cachet de l'autorité de la Faculté (*professional authority*.)

De 1748 à 1798, l'inoculation varioleuse continua à faire des progrès dans l'opinion sage du public de ce pays. En France cependant elle n'eut jamais une large part dans les encouragements du gouvernement, ni du public, ni de la Faculté. De la Condamine, à la vérité, s'efforça d'ouvrir les yeux de ses compatriotes sur les mérites de l'inoculation, mais avec si peu de succès, que, en 1763, pendant le règne d'une épidémie varioleuse, les ennemis de l'inoculation obtinrent de Louis XV et de son complaisant parlement la prohibition de cette pratique bienfaisante dans l'intérieur de Paris.

L'inoculation de la petite vérole se pratiquait dans un double but. Premièrement, pour bannir de l'esprit toute appréhension de contracter la petite vérole dans un âge avancé, en la donnant une bonne fois, et secondement, pour assurer à la maladie une forme bénigne, exempte, du moins, de la fièvre secondaire. L'inoculation réussit éminemment et incontestablement à remplir ces deux intentions, et la forme isolée de la petite vérole fut si universellement assurée par elle, que les décès par suite de la petite vérole inoculée sous la direction habile du médecin ne dépassèrent pas 4, ou tout au plus 5 par 1000.

L'inoculation varioleuse cependant avait indubitablement ses désavantages. Pour être d'une utilité réelle, il était essentiel de la pratiquer dans le premier âge, avant que la nature du tempérament de l'enfant fût connue. Trop souvent donc il arrivait que l'inoculation réveillait le feu caché des scrofules et devenait ainsi la source de maux à peine moins déplorables que les ravages non restreints de la petite vérole.

De 1748 à 1798, les médecins et les chirurgiens de ce pays étudièrent assidûment l'inoculation; mais ce ne fut qu'à cette dernière époque, lorsque la pratique eut été mise à l'épreuve (*tested*) par l'expérience d'un demi-siècle, que les mérites et les inconvénients de cette mesure furent complétement compris.

En 1798, Jenner publia son premier traité sur l'inoculation de la vaccine. Les avantages de la nouvelle pratique furent aussitôt proclamés tout haut et avec confiance. En juillet 1799, avant que les feuilles qui annonçaient cette brillante découverte fussent sèches (*were well dray*), trente-trois des plus éminents médecins et quarante des plus distingués chirurgiens de la métropole, y compris les noms honorés de Halford, Ballie, Clive, Cooper et Abernethy, avaient signé un document portant que « les personnes qui ont eu la vaccine sont parfaitement à l'abri de la future contagion de la petite vérole. »

Les prétentions avancées par Jenner en faveur de la vaccination dans son premier traité (avril 1798) étaient singulièrement modestes, et telles qu'elles méritent maintenant notre entière approbation. Mais, le 17 mars 1802, il annonça à la maison des Communes et au public anglais, premièrement, que « la vaccination est suivie de l'effet singulièrement avantageux de mettre les personnes ainsi inoculées parfaitement » à l'abri de la contagion de la petite vérole; et, deuxièmement, que la vaccination avait déjà arrêté les progrès de » la petite vérole, et devait, par sa nature, finalement anéantir cette terrible maladie. »

Lorsque nous regardons autour de nous, lorsque nous observons la quantité de petites véroles maintenant (à la fin du premier demi-siècle, depuis la promulgation de la vaccination) répandue dans ce pays et dans d'autres, lorsque nous voyons la pratique de la revaccination presque universelle sur le continent de l'Europe et augmentant beaucoup dans nos contrées, nous sommes irrésistiblement conduit à la conclusion que ces prétentions si hautement annoncées en faveur de la vaccination ne se sont pas réalisées (*not been substantiated*). La petite vérole atteint les personnes vaccinées, et l'extirpation de cette affreuse maladie est un événement aussi éloigné maintenant que lorsqu'il fut pour la première fois pressenti par Jenner d'une manière aussi irréfléchie qu'à mon humble avis présomptueuse.

Comme pour l'inoculation varioleuse, il a fallu pour l'inoculation vaccinale un demi-siècle pour que les mérites et les inconvénients de la mesure fussent justement appréciés!..... 1852 est venu et, avec lui, l'accomplissement d'un demi-siècle depuis que Jenner demanda au parlement une récompense nationale. Aujourd'hui donc, je me propose d'étudier la vaccination, comme sir Gilbert Blanc dans les IVe et X^e volumes des mémoires de cette Société étudia l'inoculation, et d'offrir le résultat d'une investigation exempte de passion.

Au début de l'enquête, il convient de fixer ce que nous entendons par vaccination: est-ce quelque chose de prophylactique de la petite vérole, ou quelque chose d'identique avec la petite vérole?

La vaccine est une maladie *sui generis* si essentiellement et spécifiquement distincte de la petite vérole, qu'on ne peut pas dire avec la moindre vérité que celui qui a subi la vaccination a subi la petite vérole sous une forme bénigne (*mild forme*). Les expériences bien connues de Ceely prouvent incontestablement qu'une certaine parenté existe entre la vaccine et la petite vérole; mais il faut toujours avoir présent à l'esprit que, quoique le miasme varioleux en passant par le corps de la vache soit transformé en vaccine, la vaccine, à son tour, n'a jamais été convertie en petite vérole. La vaccine et la petite vérole, en tout temps et dans tous les pays, peuvent être clairement et facilement distinguées. La source ordinaire de la vaccine n'est pas ce virus qu'on peut obtenir par des moyens artificiels (*artificial means*); mais il est, comme Jenner le constata avec vérité dans sa pétition adressée à la Maison des communes: « Une maladie qui, occasionnellement, existe parmi les bestiaux. »

Une intelligence claire de cette question devient essentielle quand on essaie d'établir une comparaison entre les résultats de l'inoculation et ceux de la vacciuation; essai que fait maintenant quiconque écrit sur ce sujet.

Le but de l'inoculation était de donner la maladie de la petite vérole et non de la prévenir. Le but de la vaccination est de prévenir la petite vérole et non de la donner. Comparer la petite vérole qui frappe une seconde fois (*recurring*) à la petite vérole après vaccination, c'est comparer des choses qui non-seulement sont différentes l'une de l'autre, mais qui sont opposées dans leur esprit et leur but (*spirit and scope*). Lorsqu'une personne inoculée dans son enfance contracte la petite vérole dans sa vie adulte, elle la contracte pour la première fois. Toute personne est, sans nul doute, sujette à une seconde attaque de petite vérole naturelle (*gennide*). Les observations suivantes tendent à démontrer si cette éventualité est à craindre.

Les rechutes de petite vérole ont eu le sort, dans les derniers cent ans, d'être le champ de bataille où les fauteurs de l'inoculation, ses ennemis et les défenseurs de la vaccine ont pris position. Pour encourager la pratique de l'inoculation, de la Condamine déclara que pas une personne entre dix mille ne contractait la petite vérole une seconde fois. Pour réfuter cet argument, les ennemis et les défenseurs tièdes de l'inoculation recueillirent de tous côtés des cas de seconde attaque de petite vérole (particulièrement de petite vérole après inoculation alléguée), ajoutèrent foi à toute histoire frivole (*idle*) qui leur fut contée, et sacrifièrent au désir ardent de la victoire toutes considérations d'exactitude scientifique. Le cas de Louis XV fut mis en avant d'une manière saillante. On disait que ce monarque avait subi la petite vérole, en 1724, à l'âge de quatorze ans, et était mort d'une seconde attaque cinquante ans après. Les historiens modernes, n'ayant point de doctrine favorite à soutenir, ont ruiné ce cas célèbre. La maladie du roi, en 1724, fut une violente, quoique courte, attaque de fièvre. On sait que Louis XV vécut après dans une constante appréhension de la petite vérole. En 1752, lorsque son fils le dauphin prit la petite vérole, le roi refusa de l'approcher. La méfiance de ce monarque pour l'inoculation fut terriblement punie par sa propre mort, par une attaque des plus violentes de petite vérole confluente et gangréneuse, dans la soirée du 10 mai 1774, le onzième jour de l'éruption et le treizième de la fièvre.

Pour expliquer ou pallier les imperfections alléguées de la vaccination, les écrivains modernes, presque généralement, s'étendent sur la fréquence de la récidive de la petite vérole; et, il faut le dire, ce sont les hautes autorités médicales auxquelles le parlement assigne la surveillance de la vaccination dans ce pays qui font cela. Quelques remarques ultérieures sur ce sujet deviennent donc nécessaires.

Il est bien digne de remarque que les mémoires de cette Société, qui s'étendent maintenant sur une période de quarante-sept ans, ne présentent qu'un seul cas isolé de rechute de petite vérole, celui de Francis Bird, relaté par le docteur Bateman. Ce cas porte avec lui toute preuve raisonnable d'exactitude. Mais un second exemple, imparfaitement mentionné dans la même feuille, n'a aucun droit quelconque à notre confiance. Les symptômes particuliers de la petite vérole, pendant son progrès (*advance*) et son déclin, excluent, dit-on, toute ambiguïté quant au vrai caractère de la maladie; mais l'expérience de l'hôpital des Variolés ne soutient pas cette assertion.

On amène continuellement des personnes à cet hôpital avec des certificats de médecins portant qu'elles sont atteintes de petite vérole, tandis que la maladie se trouve être un lichen, un urticaire, une variable ou un ecthyma. Il ne faut même pas toujours se fier sur les fosses et les cicatrices, sur lesquelles on a si fortement insisté, comme signes non équivoques de variole antécédente, ainsi que le prouve clairement le cas de Thomas Dawis, raconté par le docteur Hennen dans le *Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg*.

Le même volume qui rapporte ce cas frappant contient une longue liste d'auteurs qui racontent avec détails des cas de récidive de petite vérole. J'ai soigneusement examiné beaucoup de ces cas. Un grand nombre se trouve être tout bonnement des répétitions (un auteur copiant l'autre), quelques-uns sont si évidemment apocryphes qu'on ne peut leur accorder aucune confiance. En examinant ceux de ces cas qui sont capables de fixer le plus l'attention, je fus forcément frappé par la circonstance qu'ils n'ont aucune ressemblance quelconque avec les cas de petite vérole après revaccination, qui sont si communs maintenant. Quelques-unes de ces récidives furent plus bénignes que la première atteinte alléguée, d'autres plus graves, beaucoup d'entre elles furent fatales; mais on ne fait jamais, pas même incidemment, allusion à la particularité de modification si caractéristique de la petite vérole survenant après la vaccine.

En appréciant le degré de crédit que méritent les cas de petite vérole réitérée (*recurrent*) rapportés par les auteurs du siècle dernier, il ne faut pas oublier qu'on ne distinguait pas les varioles vraies et les variolettes (*veræ et pusillæ*) antérieurement à 1767; et que l'identité de ces deux maladies, que Heberden se donnait tant de peine alors à réfuter, fut ravivée comme doctrine médicale par le docteur Thomson, d'Edimbourg, en 1819.

Quand il existe des différences d'opinion si importantes, il est évidemment essentiel de donner soigneusement les détails des deux attaques. Ces détails cependant ne se trouvent presque jamais, et je ne me rappelle pas non plus d'avoir jamais lu un cas authentique où le même médecin ait observé la première et la seconde attaque de petite vérole. Il serait absurde d'argumenter contre la possibilité de cette occurrence. J'ai moi-même connu un petit nombre d'exemples non équivoques, mais je suis en même temps tout à fait convaincu que le retour de la petite vérole est du nombre des accidents les plus rares que les annales de la médecine fournissent.

Ces notions, je voudrais maintenant les mettre en contraste avec l'occurrence de la petite vérole après la vaccination, en observant préalablement que, dans mon opinion, ces 2 faits remontent à des causes différentes et n'ont aucune portée pathologique l'une sur l'autre. La petite vérole se présentant (*concurring*) après la vaccination devrait être examinée simplement avec l'idée de déterminer sous quelles circonstances ce fait a lieu, dans quelle étendue il a lieu et à quel degré d'intensité.

Les archives de l'hôpital des Variolés pendant les onze dernières années, c'est-à-dire depuis la prohibition de l'inoculation, jettent beaucoup de lumière sur ces sujets. J'ai ajouté à cet écrit des tableaux donnant des détails de statistique exacts des mouvements dans l'hôpital pendant cette période et spécialement dans les années 1850 et 1851, dont ce qui suit peut être regardé comme le résumé.

Pendant les dernières années, 4,091 personnes ayant la petite vérole ont été admises dans l'hôpital; 2,167 d'entre elles avaient été vaccinées et 1,924 ne l'étaient pas, c'est-à-dire considérablement plus de la moitié de tous les cas admis avaient été soumis à la vaccination dans leur enfance. A beaucoup près la plus grando proportion de cette section était adulte. Quelques-uns étaient entre les âges de 9 et 15 ans; mais au-dessous de l'âge de 9 ans presque aucune personne vaccinée ayant la petite vérole n'avait été admise. Cela ne pouvait pas être accidentel, car de nombreux cas d'enfants non vaccinés au-dessous de 9 ans furent admis. Je suis donc porté à la conclusion que la susceptibilité du miasme varioleux parmi les personnes vaccinées augmente à mesure que la vie avance, le contraire de ce qui arrive dans la portion non vaccinée du genre humain, où la susceptibilité est plus grande dans l'enfance.

Dans les deux années 1850 et 1851, le nombre total des admis atteints de petite vérole fut de 976, dont 162 moururent, 16 0/0. Dans ce nombre étaient compris 41 enfants au-dessous de 5 ans (tous non protégés), dont 22 (ou plus de moitié) moururent. 161 étaient des enfants entre 5 et 15 ans (la plus grande partie non vaccinés), dont 25 moururent. 685 étaient des adultes de 15 à 30 ans. 109 dépassaient l'âge de 30 ans. La plus grande partie de ces 794 avaient été vaccinés; 115 d'entre eux moururent, ou 14 0/0.

Du nombre total admis (976), 613 disaient avoir été vaccinés dans leur jeune âge et 569 d'entre eux montraient des cicatrices plus ou moins apparentes. De cette dernière section (les vaccinés avec des cicatrices reconnaissables), il en mourut 25, 4 0/0. 7 personnes prétendaient avoir subi la petite vérole dans l'âge adulte à une certaine époque antérieure; mais les preuves confirmatives manquaient.

La proportion des personnes admises après vaccination aux admissions totales montait en 1851 à 65 0/0. Elle était seulement de 44 0/0 en 1841. L'augmentation doit évidemment s'attribuer à la propagation plus étendue de la vaccination. Si la proportion des sujets vaccinés contractant la petite vérole dans l'âge adulte à ceux qui ne sont pas atteints se trouve être ou ne pas être arrivée à son maximum, je ne suis pas préparé à le dire et ne puis pas non plus me hasarder à exprimer en chiffres la proportion existante. Chacun doit former son jugement sur cette matière en observant ce qui s'est passé sur ses propres parents, amis, voisins et connaissances. Il me paraît incontestable que la proportion est infiniment au-dessus de toutes les prévisions d'il y à 20 ou même 10 ans.

Sous le rapport de l'intensité de la maladie quand elle arrive dans ces conditions, nous avons des moyens de parvenir à une plus grande exactitude de détail. La mortalité à l'hôpital des Variolés pendant les deux dernières années, dans la section des bien vaccinés, n'a que faiblement dépassé 4 0/0; quoiqu'il faille convenir que beaucoup ont fort gravement souffert, particulièrement dans les premières périodes de la maladie, et quoique la fièvre secondaire avec ses suites ait été assez fréquente. Ceux qui en appellent avec tant de triomphe aux registres mortuaires comme preuves du mérite de la

vaccination devraient se rappeler la différence essentielle entre la quantité et l'intensité.

Avec des données si variées devant nous, quelle appréciation pouvons-nous établir sur les mérites réels de la vaccination? et quelles mesures pouvons-nous suggérer, ayant pour objet l'augmentation de la sécurité publique contre les ravages de la petite vérole?...

L'expérience d'un demi-siècle démontre abondamment que la petite vérole, quoiqu'elle ait été très largement et très avantageusement surveillée et puisse l'être à l'avenir, restera toujours parmi nous, et que l'idée de l'extirper était absurde et chimérique (*absurd and chimerical*). La même somme d'expériences nous apprend que la mortalité absolue de la petite vérole en Europe a été, au moyen de la vaccination, diminuée à un degré étonnant; mais tout en admettant cela franchement, et reconnaissant les immenses bienfaits qui furent pour le genre humain le résultat de la brillante découverte de Jenner, nous sommes en même temps forcé d'admettre que la vaccination fait défaut dans ce grand but que l'inoculation atteignait si efficacement, — d'établir dans l'esprit le sentiment de la sécurité.

Un grand nombre parmi les vaccinés du genre humain, particulièrement dans les classes élevées, vivent maintenant dans une crainte continuelle de la petite vérole; ils s'enfuient à la première nouvelle de son apparition dans le voisinage, et on ne pourrait par aucun effort les persuader à visiter le quartier de l'hôpital des Variolés. D'autres sont satisfaits du degré limité de protection que la vaccination donne réellement; ils sont contents de savoir que leurs enfants peuvent, il est vrai, succomber à la petite vérole dans l'âge adulte, mais qu'il est plus probable qu'ils ne l'auront alors que légèrement; ils ne s'inquiètent donc pas plus d'échapper à la petite vérole qu'ils ne s'inquiètent d'échapper autant que possible à la rougeole et à la fièvre scarlatine. A des esprits ainsi faits (et j'en connais beaucoup) la vaccination paraît dans son vrai jour, une précaution (*prevision*) de la nature, non pour l'extermination, mais pour l'adoucissement de la petite vérole, admirablement adoptée, par sa bénignité (*mildness*), pour la constitution enfantine, et spécialement appropriée à cette première période de la vie où la susceptibilité pour la petite vérole est extrêmement énergique. Les plus chauds amis et admirateurs de Jenner peuvent certainement rester satisfaits de ces résultats brillants qui ont leur preuve dans la voix unanime de l'humanité et leur sanction dans l'expérience d'un demi-siècle.

Mais ces lauriers sont insuffisants pour certains ultra-défenseurs de la puissance vaccinale. Non contents de la haute position que leur mesure favorite a justement acquise, ils parlent et écrivent sur l'inoculation dans les termes les plus dénigrants; ils décrient et stigmatisent comme ennemi de la race humaine tout homme qui réclame pour elle son équitable part de mérite; ils l'accablent de reproches comme étant le moyen par lequel la petite vérole est maintenue et disséminée dans ce pays et d'autres. Je ne cesserai jamais d'élever la voix contre ces injustes accusations, et je vais brièvement exposer les raisons sur lesquelles je base mon opposition contre ces idées extrêmes et contre cette désertion d'une mesure utile et autrefois populaire.

L'inoculation fut bannie en Angleterre et en Irlande par un acte du parlement en 1840. Cet acte fut rigoureusement obéi de toutes les parties du pays, excepté peut-être les régions éloignées de Connaught. Néanmoins, la petite vérole est tout aussi répandue maintenant qu'elle l'était avant l'acte de 1840. La clause prohibitoire de cet acte n'a pas, au plus petit degré, affecté la quantité de petite vérole, circonstance dont l'explication est assez claire pour ceux qui voudront écarter tout préjugé et raisonner avec bonne foi.

(*La fin à un prochain numéro.*)

PHLÉBITE TRAUMATIQUE DES CORPS CAVERNEUX.

Bons effets de la lupuline.

Les affections de cause traumatique guérissent souvent par les seules ressources de l'organisme; et pour voir ce résultat se produire, il suffit, dans un grand nombre de cas, d'éloigner les causes qui peuvent enrayer la marche du travail de cicatrisation. Des actes physiologiques peuvent quelquefois entraver ce travail; il importe donc à la thérapeutique de posséder des moyens qui aient prise sur ces phénomènes naturels. Parmi ces actes, un de ceux qui se manifestent le plus fréquemment, ce sont les érections. Il est peu d'affections de la verge que les érections ne compliquent. Un médicament précieux dans ces circonstances, et sur la valeur duquel nous avons appelé l'attention des praticiens, c'est la lupuline. Le fait suivant va nous prouver de nouveau les services que cette substance peut rendre. *A juvantibus et lædentibus fit indicatio.*

Un de nos confrères, sous l'influence d'exercices prolongés d'équitation, avait vu survenir chez lui une inflammation du corps caverneux. Pendant les premiers temps, c'est à peine s'il s'en aperçut. Il avait bien remarqué qu'à la partie moyenne de la verge existait une partie plus consistante; comme il n'en souffrait pas, il n'y prêta aucune attention. Après environ quinze jours de durée de cet état, les choses changèrent de face. La nuit, dès qu'une érection avait lieu, une vive douleur se manifestait dans le point malade et irradiait dans toute l'étendue de la verge; il était obligé alors de sortir du lit, et, à l'aide d'applications froides, de faire tomber cet érétisme génital. Trois ou quatre fois, chaque nuit, notre confrère avait recours à une manœuvre semblable. Au début des accidents, lorsque l'organe était revenu à l'état de flaccidité, la douleur disparaissait spontanément; mais les érections, en se répétant, finirent par laisser dans toute l'étendue des corps une sensation de tension pénible, sinon douloureuse. Dans l'espérance de combattre ce résultat fâcheux, ce médecin eut recours aux préparations camphrées et opiacées; le peu d'amélioration qu'il obtint de leur usage l'engagea à venir nous consulter.

Les bons effets que nous avions maintes fois obtenus de l'emploi de la lupuline pour abattre les érections chez les malades affectés de blennorrhagie compliquée d'épididymite, nous engagèrent à conseiller à ce confrère d'en tenter l'emploi. Dès le soir même il prit, en se couchant, une dose de 0,60 centigrammes de lupuline enveloppée dans du pain azyme. La nuit fut calme et tranquille. Non-seulement aucune érection ne vint le réveiller, mais son sommeil fut profond; car cette substance, outre son influence spéciale sur le phénomène de l'érection, possède une action narcotique incontestable, cette action dernière lui parut surtout précieuse en ce qu'elle ne fut accompagnée ni de constipation, ni d'excitation des fonctions de l'estomac, semblables à celles provoquées par le camphre et l'opium, dont il avait d'abord tenté l'emploi. Pendant quinze jours il répéta, chaque soir, l'usage de sa dose de lupuline, et à dater de ce moment le travail de cicatrisation, n'étant plus entravé par les érections, marcha rapidement. Au bout d'un mois ce confrère est venu nous remercier de notre conseil; il est complétement guéri, c'est-à-dire qu'il reste une partie indurée de l'épaisseur d'un centime qui cloisonne la verge en deux parties égales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Ce diaphragme n'est pas complet; car l'érection a lieu sans amener de déviation dans l'axe de la verge, comme cela arrive lorsqu'une des parties latérales a été seule affectée.

Cette action spéciale de la lupuline n'est pas connue comme elle mérite de l'être, car elle trouve son indication dans beaucoup de cas. Dans les plaies accidentelles du pénis, par exemple, ou dans celles qui résultent de tentatives d'autoplastie, les érections, plus que le contact de l'urine, nuisent au travail de la cicatrisation.

Les indications thérapeutiques sont si diverses que nous ne laissons jamais échapper l'occasion qui nous est offerte de signaler un moyen nouveau, surtout lorsque son expérimentation se produit dans la pratique d'un homme du mérite de M. Velpeau. Quelle est la valeur de la ressource nouvelle signalée par ce chirurgien éminent? Et ne trouverait-on pas dans l'emploi de la lupuline un moyen de triompher aussi efficacement du priapisme qu'avec la ponction du corps caverneux? Le fait que nous venons de rappeler nous permet de faire quelque réserve sur la valeur de l'enseignement qui semble ressortir de l'observation du malade de l'habile professeur.

Les phénomènes morbides ne s'éloignent pas assez de ceux physiologiques pour que l'agent qui a prise sur les seconds ne doive également triompher des premiers; entre ces deux modes d'action, surtout dans le cas que nous discutons, il ne peut y avoir qu'une question de dose. Or les propriétés aromatiques et hypnotiques de la lupuline ne peuvent proscrire l'essai de son emploi, dût-on doubler la dose que nous avons prescrite. Nous n'hésiterions donc pas à la conseiller dans un cas semblable.

La ponction des corps caverneux pratiquée récemment par M. Velpeau (voir *Gazette des Hôpitaux* du 9 octobre) ne nous paraît pas d'ailleurs aussi innocente qu'on le pourrait penser; et Albinus a rapporté le fait d'une incision d'une ecchymose sanguine survenue à la suite d'une contusion du pénis, qui fit périr le malade. La dimension du trocart dont s'est servi M. le professeur Velpeau met à l'abri d'un semblable accident; mais l'opération n'eût-elle contre elle que la douleur qu'elle provoque que son emploi ne devrait être tenté, suivant nous, même dans le cas de priapisme, qu'alors seulement qu'on aurait expérimenté sans succès l'action de la lupuline.

(*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend trois lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets.

Injections iodées.

M. le docteur Boinet adresse un mémoire sur la cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par les injections iodées.

Des faits et des idées contenus dans ce mémoire, M. Boinet déduit les conclusions suivantes:

1° Que, jusqu'à présent, l'hydropisie enkystée des ovaires a toujours passé pour être au-dessus des ressources de l'art;

2° Que la ponction qu'on fait ordinairement dans ces cas n'est qu'un moyen palliatif qui n'apporte qu'un soulagement temporaire, et qu'elle n'est pas toujours exempte de dangers;

3° Que, de tous les moyens mis en usage jusqu'à ce jour, l'extirpation des ovaires n'est pas une opération qu'il faille rejeter d'une manière absolue, puisque des faits déjà nombreux ont été suivis de succès; mais que cette opération devrait être réservée pour certaines variétés de kystes;

4° Que les injections iodées, pratiquées convenablement et en temps opportun, n'ont jamais offert de dangers; qu'elles peuvent guérir comme dans l'hydrocèle, ou dans les cas plus compliqués, aidées d'une sonde à demeure;

5° Qu'elles procurent toujours des améliorations, et souvent retardent le retour de l'hydropisie, même dans les cas où la guérison n'est pas possible;

6° Que cette méthode des injections iodées demande à être modifiée suivant la nature des kystes, leur volume, leur ancienneté, leurs complications, la nature des liquides qu'ils contiennent;

7° Que le nombre des injections iodées, leur composition, la durée du traitement varient suivant la nature du kyste, son étendue, son ancienneté, ses complications et son état particulier;

8° Que ces injections doivent être continuées jusqu'à l'oblitération complète du kyste;

9° Que les kystes hydropiques simples, peu volumineux et non compliqués de lésions organiques, guérissent bien plus facilement et bien plus promptement que les kystes anciens multiloculaires, etc.;

10° Qu'il est important d'opérer de bonne heure, et dès qu'on a reconnu manifestement la présence du liquide;

11° Que la ponction à la partie la plus inférieure du ventre est la meilleure, et qu'elle doit être préférée même à la ponction vaginale;

12° Que cette ponction doit toujours être pratiquée du côté où le kyste a pris naissance.

(Le travail de M. Boinet est renvoyé à l'examen de MM. Velpeau et Cazeaux.)

Renversement de l'utérus réduit au bout de seize mois et demi.

M. le docteur Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français, communique, à l'occasion du dernier rapport de M. Danyau, un cas de renversement complet de l'utérus qu'il a réduit au bout de seize mois et demi avec le secours des vapeurs d'éther. (Insertion au bulletin.)

Morve aiguë transmise du cheval à l'homme.

M. le docteur Lallemand, médecin aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce, transmet, par l'intermédiaire de M. Larrey, une observation de morve aiguë communiquée du cheval à l'homme, qu'il a recueillie dans cet hôpital. (Commission précédemment nommée.)

Maladies des pays chauds.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Mouchet, médecin français établi à Bone (Algérie), relatif aux maladies des pays chauds.

Selon l'auteur du mémoire, toutes les maladies dont le siége lui semble être dans l'abdomen, fièvres intermittentes et rémittentes, continues, typhoïdes, dysenterie, hépatite, reconnaissent pour cause unique l'action délétère des miasmes paludéens, et toutes ces affections doivent être rapprochées dans un groupe unique aussi, sous le nom commun de fièvres paludéennes.

Sans doute, dit M. le rapporteur, plusieurs des affections que M. Mouchet rassemble dans un même faisceau nosologique reçoivent dans leur production même ou dans leur expression symptomatique une influence plus ou moins incontestable des miasmes qui émanent des marais. C'est ainsi que les fièvres intermittentes et rémittentes, simples et pernicieuses, les continues marécageuses en sont incontestablement l'effet, puisque, pour en empêcher la production, il suffit de détruire les marais, comme, d'un autre côté, la production accidentelle d'un marais donne naissance à ces mêmes affections. Il y a là une relation incontestable de cause à effet. Sans doute aussi, surtout dans la saison d'automne, après un été chaud, les fièvres typhoïdes qui viennent à se développer dans les contrées marécageuses, au voisinage d'eaux stagnantes, présentent quelquefois, au dire des médecins des épidémies, ce remarquable phénomène, qu'elles débutent par les symptômes d'une simple fièvre intermittente ou rémittente, ou plutôt encore qu'elles révèlent dans leur période ultime le type intermittent.

Cependant la fièvre typhoïde se développe si souvent dans des conditions de localité où les miasmes paludéens n'existent aucunement, qu'il est absolument impossible d'adopter l'opinion de M. Mouchet, qui leur assigne pour cause ces mêmes miasmes. Quant à la dysenterie, cette affection ne se déclare (elle n'est produite en général d'une manière épidémique à la suite des étés chauds) que dans la saison d'automne, quand la température éprouve de fréquentes variations. Les miasmes paludéens n'en sauraient être la cause, puisque les pluies de cette époque de l'année tendent au contraire à en empêcher la production ultérieure, en couvrant d'eau les surfaces marécageuses que les chaleurs de l'été avaient en partie desséchées.

M. Mouchet, pour justifier ses vues étiologiques relativement à la production des fièvres intermittentes et rémittentes, des fièvres continues typhoïdes, de la dyssenterie, sous l'influence unique des miasmes paludéens, cherche à la vérité à s'appuyer sur les résultats de l'ouverture des cadavres des sujets qui ont succombé à ces diverses affections. Il a trouvé dans tous les cas des traces incontestables de congestion sanguine dans l'appareil gastro-intestinal.

Mais si nous ne nous trompons, les conditions d'anatomie pathologique que les nécropsies mettent en évidence ne viennent aucunement en aide à la théorie de notre confrère. En effet, si, dans les fièvres intermittentes et rémittentes paludéennes, ce médecin a trouvé le foie fortement congestionné et atteint d'un développement considérable, plus souvent, dit-il, que la rate elle-même, résultat, il le reconnaît volontiers, opposé à l'observation journalière, un tel état anatomico-pathologique n'a aucune analogie avec les résultats constants de l'ouverture des cadavres à la suite de la fièvre typhoïde, qui présentent une lésion spéciale ayant pour siége la fin de l'intestin grêle, qu'on ne retrouve point à la suite des fièvres intermittentes et rémittentes. L'altération si profonde de la rate, caractérisée par l'augmentation de volume et le ramollissement putrilagineux de ce viscère, diffère beaucoup de la tuméfaction de la rate à la suite des fièvres intermittentes. De plus, dans ces dernières, il manque toujours cet état de ramollissement, cette tendance à l'ulcération des tissus, ces extravasations sanguines dans l'épaisseur des tissus de la peau qui constituent les pétéchies, et jusque dans les interstices intérieurs. Dans la dysenterie, une congestion sanguine a lieu dans la membrane muqueuse du gros intestin, et principalement du rectum, avec ramollissement inévitable de cette même membrane; mais la rate n'est pas affectée comme elle l'est dans les fièvres intermittentes.

En un mot, l'anatomie pathologique, qui sans doute n'est pas tout dans les maladies, et n'est souvent que la conséquence d'un état général de l'organisme malade, ne donne en aucune façon des résultats identiques dans les différentes affections, fièvres intermittentes et rémittentes, fièvre typhoïde ou dyssenterie, que M. Mouchet veut rapprocher et confondre en une seule affection, qui reconnaîtrait pour cause exclusive les miasmes paludéens.

M. le rapporteur pense, en résumé, qu'il serait inutile de combattre plus longtemps ce qu'a d'exclusif le système pathogénique de M. Mouchet, et il propose de faire adresser à cet estimable confrère une lettre très explicite de remercîments, et de déposer honorablement sa notice dans les Archives de l'Académie. (Adopté.)

Bec-de-lièvre double opéré avec succès par un nouveau mode opératoire.

M. Bonnafont lit une observation relative à un cas de bec-de-lièvre double très compliqué opéré avec succès par un nouveau mode opératoire. L'auteur fait suivre la relation de ce fait de quelques réflexions sur l'opportunité de pratiquer cette opération.

Nous nous bornons, pour le moment, à reproduire les conclusions par lesquelles M. Bonnafont termine cette communication.

Des considérations qui précèdent, nous pouvons conclure:

1° Que le bec-de-lièvre double et très compliqué peut et doit même être opéré à une époque rapprochée de la naissance avec autant de chances de succès que le bec-de-lièvre simple;

2° Que, pour atteindre ce résultat, nous pensons qu'il est indispensable de faire l'opération en deux temps;

3° Que la conservation du tubercule médian et réduit d'après notre procédé présente des avantages incontestables, dont les principaux sont de rendre le raccourcissement de la mâchoire supérieure moins difforme, puisqu'il placera au moins deux dents canines dans la fente maxillaire; de présenter un point d'appui à la lèvre, de faciliter sa réunion et de protéger sa consolidation; d'aider puissamment au redressement du nez, et enfin de rétablir ou tout au moins de faciliter le mouvement de succion de l'enfant.

La nourriture de l'enfant nous embarrassa beaucoup le premier jour, toute succion étant impossible. Après avoir vainement essayé le sein de quelques nourrices, que l'enfant ne pouvait saisir, nous composâmes un biberon avec le petit sabot en porcelaine imaginé par notre ingénieux confrère M. Blatin pour faire boire les personnes très malades, et nous y ajoutâmes une tetine de vache, dont la longueur, traversant toute la bouche, versait par sa petite ouverture le lait dans l'arrière-gorge. Le liquide, tombant ainsi directement dans le pharynx, était avalé instantanément, et une bien faible quantité revenait dans les fosses nasales. Nous ajouterons que, pour faciliter la déglutition sans gêner la respiration, on avait soin de ne faire couler le liquide que par intervalles. Ce mode d'allaitement a si bien réussi, que l'enfant, au lieu de dépérir pendant tout le temps qu'il a été sous l'influence d'un traitement aussi long et aussi pénible, a toujours pu boire, et sa petite constitution, qui a été sans cesse en s'améliorant, témoignait les bénéfices qu'elle retirait de cette alimentation artificielle.

De l'imperfection du système nerveux considérée comme cause de quelques maladies de l'enfance.

M. Hervieux lit sous ce titre un mémoire dont l'objet principal est de démontrer que quelques-unes des maladies particulières aux premiers jours qui suivent la naissance, telles que le sclirème, l'ictère des nouveaux-nés, la faiblesse de naissance, etc., dépendent d'une imperfection originelle du système nerveux.

Nous reviendrons sur cette communication, qui a été renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Gérardin, Danyau et Bouvier.

Sur les causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité.

M. Moreau (de Tours) lit sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il est peu de maladies qui aient été moins étudiées que cet état spécial de l'organisme auquel on a donné le nom d'idiotie. En fait d'étiologie surtout, la science est d'une pénurie extrême. Les auteurs ou bien ont gardé le silence, ou bien n'ont porté leur investigation que sur des points d'un intérêt secondaire.

Les conditions d'hérédité recèlent en elles la véritable origine de l'idiotie; elles sont la cause primordiale des vices ou imperfection d'organisation incompatibles avec l'exercice régulier des fonctions intellectuelles. Il est important de rechercher et d'établir d'une manière précise, en s'appuyant sur des faits nombreux et rigoureusement observés, quelles sont ces conditions.

La source de l'influence héréditaire doit être recherchée dans les divers états pathologiques, quels qu'ils soient, qui intéressent les centres nerveux. Les faits consignés dans le travail de M. Moreau sont au nombre de 56.

Les parents des cinquante-six idiots auxquels ces faits se rapportent ont présenté le chiffre énorme de 132 cas pathologiques auxquels on peut faire remonter l'influence héréditaire. C'est, en moyenne, plus de deux causes d'hérédité pour chaque individu.

La folie, celle principalement à forme lypémaniaque, est la source héréditaire la plus féconde de l'idiotie.

Viennent ensuite l'ivrognerie, l'épilepsie, l'hystérie, etc. Dans les lignes collatérales, on trouve, par ordre de fréquence, les convulsions, l'idiotie, les scrofules, les apoplexies, etc.

L'influence héréditaire est égale des deux côtés, paternel et maternel. Elle est plus forte du côté des grands-pères que de celui des grand'mères.

Le sexe masculin fournit un contingent d'affections héréditaires bien plus élevé que le sexe opposé, dans la proportion de 53 à 37.

Il résulte encore des recherches statistiques faites par M. Moreau :

1° Que les conditions d'hérédité pour l'idiotie sont absolument les mêmes que pour l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'hystérie et autres névroses;

2° Que tous les efforts de la thérapeutique doivent tendre à modifier le système nerveux dans sa vitalité, dans son énergie fonctionnelle; à placer l'organisme dans des conditions de développement aussi opposées que possible à celles d'où il tire son origine.

Sans méconnaître les avantages de *l'éducation*, qu'il regarde comme une sorte de gymnastique intellectuelle, M. Moreau pense qu'avant tout on doit s'efforcer de refaire (*reficere*) le moral en modifiant ses conditions organiques, en changeant par une sorte de rénovation les tendances vicieuses que l'organisation a puisées dans l'hérédité. (Commissaires : MM. Gueneau de Mussy, Jolly et Collineau.)

Eclampsie.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Decbaux, médecin à Montluçon (Allier), sur l'éclampsie.

Conclusions : Dépôt aux archives et remercîments à l'auteur. (Adopté.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Du citrate de magnésie,

Par M. Rogé.

C'est au commencement de l'année 1847 que M. Rogé présenta à l'Académie nationale de médecine un mémoire sur le citrate de magnésie qu'il proposait de faire servir à la préparation d'une limonade purgative destinée à remplacer l'eau de Sedlitz. Les essais qu'avait tentés M. Rogé, alors pharmacien en province, avaient été timides comme le sont toutes les expériences des inventeurs abandonnés à eux-mêmes. Cependant ils avaient été suffisamment remarquables pour que M. Walmé, pharmacien, membre du jury médical du département de l'Aisne, et dont M. Rogé avait été l'élève, lui adressât cet encouragement :

« J'ai goûté le citrate de magnésie; je l'ai essayé sur moi-même, » et je puis vous assurer qu'il viendra un jour où ce sel sera le » purgatif le plus employé en médecine. »

Cette prophétie s'est vérifiée. La découverte de M. Rogé a tenu toutes ses promesses et a justifié les brillants éloges que l'Académie lui décerna en ces termes par la bouche de son savant rapporteur, M. Soubeiran :

« On voit, d'après ces expériences, que la généralité des faits » parle en faveur du citrate de magnésie; que ce médicament res- » semble par sa saveur à une véritable limonade, comme nous » l'avons constaté par une dégustation attentive; qu'il purge aussi » bien que l'eau de Sedlitz ordinaire; que par son goût agréable il » devient un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand » nombre de malades pour les purgatifs; qu'il n'occasionne ni » soif, ni épreintes, ni coliques, si ce n'est très légères; que con- » séquemment on peut dire de lui qu'il agit *tuto et jucundè.* »

Depuis le rapport de l'Académie, de nombreux travaux ont été publiés sur le citrate de magnésie. En rendant compte d'un de ces plus récents travaux, M. le professeur Bouchardat s'exprime de la manière suivante :

« ...... Cette seconde partie du mémoire de M. Larbaud » (effets physiologiques) se compose d'un tableau contenant cent » soixaute observations relatives à l'emploi du citrate de magnésie » comme purgatif. Elles ont été prises dans un des services de mé- » decine de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de M. le doc- » teur Vernois, qui en est le chef. L'auteur a noté avec soin l'âge » et la constitution du malade. l'affection dont il est atteint, la dose » et le mode de préparation du sel administré, ses effets physiolo- » giques les plus marqués et les circonstances qui s'y rattachaient. » Il résulte de ces observations, les plus complètes qui aient été » faites sur ce point, que le citrate de magnésie convenablement » préparé et à dose suffisamment élevée peut, dans presque tous » les cas, remplacer les autres purgatifs salins; que son action est » aussi prompte et aussi énergique que la leur.

» Il a sur eux l'avantage d'offrir une saveur agréable, pourvu » qu'il soit légèrement acide, ce qui n'est pas sans influence sur » ses effets.

» Il est mieux toléré par l'estomac; *nous avons vu*, dit M. Lar- » baud, *l'eau de Sedlitz être prise avec répugnance par un très* » *grand nombre de malades et vomie par plusieurs, tandis que* » *le citrate de magnésie est bu avec plaisir par presque tous; à* » *peine a-t-il été rejeté par deux ou trois sur plus de cent soixante* » *malades!*

» A dose peu élevée, c'est un laxatif doux qui n'occasionne au- » cune douleur et dont l'effet se continue pendant plusieurs jours.

» A dose même très forte, il ne donne jamais lieu à des coliques » violentes; et d'après les renseignements que l'auteur a recueillis » des personnes qui ont pris de l'eau de Sedlitz et la limonade » purgative à des intervalles peu éloignés, il croit pouvoir affirmer » que l'action de cette dernière est moins irritante que celle de » l'autre.

» Il est vrai que le purgatif de Rogé, comme la plupart des sels » végétaux en solution, s'altère promptement et ne peut être fa- » briqué à l'avance comme l'eau de Sedlitz; mais sa préparation, » qui est très simple, demande assez peu de temps pour que cela » ne puisse mettre un obstacle à son emploi. » (*Répertoire de pharmacie*, février 1849.)

Cette dernière réflexion de M. Boucbardat ramène naturellement l'attention sur le nouveau service rendu par M. Rogé à la thérapeutique en préparant et réunissant *sous le nom de poudre de Rogé* tous les éléments, *moins l'eau*, qui composent sa limonade purgative à 50 grammes de citrate de magnésie, de telle sorte qu'ils puissent être conservés et transportés à de grandes distances sans aucune altération.

La *poudre purgative de Rogé* sert à préparer la limonade au moment du besoin. Il ne faut, pour cela, que la faire dissoudre dans une bouteille d'eau; bien boucher, agiter le mélange, et trois quarts d'beure après on a un purgatif très agréable, très efficace; en un mot, parfaitement identique à la limonade préparée par l'inventeur.

M. Rogé prépare encore, avec le citrate de magnésie, *des pastilles laxatives* très précieuses pour remplir certaines indications assez fréquentes dans la pratique de la médecine. Ces pastilles, qui contiennent chacuue un gramme et demi de citrate de magnésie, sont utiles pour entretenir un état laxatif continu. Elles sont prises avec plaisir par les personnes qui éprouvent de la répugnance pour les purgatifs liquides; elles sont surtout précieuses dans la médecine des enfants.

C'est avec plaisir que nous rappelons l'attention du lecteur sur ces conquêtes de la thérapeutique beureusement accomplies par M. Rogé. C'est une petite révolution qu'il a produite dans une partie de la pratique de la médecine, et cette révolution sera durable, parce qu'elle repose à la fois sur l'utilité et l'agrément.

Chronique et nouvelles.

Par décret du prince président de la République, ont été nommés :

A un emploi de médecin aide-major de 2e classe. (Concours de 1849.) M. Desmorets, chirurgien aide-major commissionné au 20e léger, en remplacement de M. Micbel, retraité.

A deux emplois de médecin aide-major de 2e classe. (Concours de 1849.) M. Limayrac, chirurgieu aide-major commissionné au 36e de ligne, en remplacement de M. Boquey, décédé.

M. Combes, chirurgien aide-major commissionné au 51e de ligne, en remplacement de M. Barthélemy, retraité.

— M. Malapert, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de La Rochelle, est nommé officier de la Légion-d'Honneur.

Bulletin bibliographique.

Almanach du bon Agronome et des Amis de l'humanité pour 1853, contenant : 1° Notions générales sur l'agriculture; 2° grande culture; 3° petite culture, jardin fruitier, jardin potager, jardin à fleurs, serres, troupeaux et animaux domestiques, pour chaque mois; 4° appel à tous les amis de l'humanité. — Prix : 20 centimes. — Paris, Bureau des publications pour l'amélioration du sort des aliénés, rue d'Enfer, 45.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques; par M. le docteur Jamain, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, etc., suivi d'un précis d'*embryologie*, par M. le docteur Verneuil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. gr. in-18 de 900 pages, avec 146 fig. intercalées dans le texte. Prix, 12 fr. Cet ouvrage se trouve chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40;
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Les ateliers étant fermés lundi prochain, à l'occasion de la fête de la TOUSSAINT, le Journal ne paraîtra pas mardi 2 novembre.

SOMMAIRE. — CHAMBÉRY. Quelques mots sur le goître et le crétinisme. Deux cas de congélation complète des pieds. Asile de Boignes. L'enseignement de la médecine à Chambéry. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Bourrelet hémorrhoïdal. Traitement par la cautérisation. Considérations pratiques. — Observation de névralgie occupant les deux côtés de la face. Guérison par le collodium. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Leçons cliniques sur la péricardite. — — HÔPITAL DES VARIOLÉS DE LONDRES (M. Grégory). La vaccine mise à l'épreuve (tested) par l'expérience d'un demi-siècle. — Des purgatifs salins.

CHAMBÉRY, 26 SEPTEMBRE 1852.

QUELQUES MOTS SUR LE GOITRE ET LE CRÉTINISME.

DEUX CAS DE CONGÉLATION COMPLÈTE DES PIEDS. — ASILE DE BOIGNES. L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE A CHAMBÉRY.

A M. le docteur Ferrus, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des établissements d'aliénés.

Vénéré maître et bien cher collègue,

Tout ce qui tend à l'amélioration de la santé publique, au soulagement des infirmités humaines est assuré de trouver auprès de vous un accueil bienveillant et une appréciation éclairée. C'est donc avec confiance que je me permets de vous adresser ces lignes, en vous priant toutefois de songer moins en les parcourant à leur mérite intrinsèque qu'à l'intention qui les a dictées.

Je ne vous y entretiendrai point d'une des grandes questions d'aliénation mentale auxquelles, pour le plus grand profit de la science et des malheureux qui peuplent nos asiles, vous avez principalement consacré votre talent éminent et votre infatigable activité. Quoique pendant mon voyage j'aie pu constater une fois de plus dans le magnifique asile d'Auxerre, reconstruit et dirigé avec tant d'intelligence par M. le docteur Girard, et dans l'asile plus modeste mais bien remarquable aussi de Dijon, dirigé par notre très distingué confrère M. le docteur Theyeux et tout rempli encore de votre bienfaisant souvenir ; quoique j'aie pu, dis-je, constater une fois de plus les beaux résultats engendrés par les idées que vous vous êtes efforcé de répandre, ce n'est point sur ce sujet que je veux appeler votre attention. Je désire seulement vous communiquer quelques faits et quelques renseignements dignes d'intérêt que j'ai recueillis dans cette cité de Chambéry, toute française par les mœurs et par le langage, et qui, je ne crains pas de l'affirmer, ne demanderait pas mieux que de l'être par les lois et par l'administration, comme elle l'a d'ailleurs été si souvent.

Les premiers de ces renseignements seront relatifs à cette grande et belle question du goître et du crétinisme, sur laquelle votre intelligente et utile initiative a appelé l'attention spéciale de l'Académie et de l'administration, question d'autant plus belle et plus grande qu'on entrevoit la possibilité de la résoudre, c'est-à-dire de rendre tous les attributs de l'homme à des milliers d'êtres dégradés voués à une existence toute végétative et qui sont à la fois dans la société une lourde charge et un tableau des plus tristes comme des plus humiliants.

La science peut d'autant plus espérer de fermer cette plaie sociale qu'il n'est pas besoin pour y parvenir de connaissances spéciales approfondies et que tous les hommes doués d'un sens droit et de bonnes intentions y peuvent concourir individuellement. Le goître et le crétinisme, en effet, ont ce caractère spécial qu'ils sont facilement, au moins dans l'immense majorité des cas, reconnaissables, diagnosticables par tout le monde, et qu'ainsi tout homme intelligent peut fournir, comme cela est si fréquent d'ailleurs dans les questions hygiéniques, des données utiles pour la solution de l'important problème que vous avez posé devant l'Académie.

Vous n'ignorez pas, mon cher maître, que Chambéry possède un homme dont le cœur bienfaisant est dirigé par une haute raison : cet homme est monseigneur l'archevêque Billiet, qui n'est pas seulement un éminent prélat, mais encore un savant distingué et spécialement un géologue des plus instruits. Par l'autorité et le crédit mérités dont il jouit, non moins que par la position officielle qu'il occupe, monseigneur Billiet se trouvait à même d'éclairer l'un des points les plus essentiels de l'histoire du goître et du crétinisme, celui qu'il importe de connaître avant tout pour remonter à l'étiologie et par conséquent à la prophylaxie de la maladie ; ce point capital, cette donnée essentielle du problème, c'est la statistique exacte, la distribution géographique précise des crétins et des goîtreux, ainsi que l'avait d'ailleurs parfaitement senti la commission sarde, qui a voulu inaugurer par cette statistique ses importants travaux ; mais qui, malgré les plus louables efforts, n'a pas établi avec toute la perfection désirable cette première et indispensable base de toute étude fructueuse sur le crétinisme. Tout le mérite d'une telle statistique gît dans une exactitude presque mathématique, et, pour atteindre à une telle exactitude, il faut qu'une commission ou voie tout elle-même ou n'emploie que des auxiliaires pourvus des instructions les plus précises et d'une intelligence suffisante pour les bien comprendre et les bien suivre.

Faute de remplir cette condition essentielle, on raisonnera indéfiniment sur des à peu près, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, et la question n'avancera pas d'une coudée ; il pourra même arriver que le vague d'un grand nombre de faits recueillis, l'innombrable quantité d'opinions émises créent des contradictions apparentes et obscurcissent ainsi des vérités qui seraient sorties évidentes de recherches moins nombreuses, mais plus précises. Le remarquable travail de la commission sarde n'est pas exempt du reproche qu'on pourrait, sous ce rapport, adresser à tant d'autres travaux. Toutes les circonstances auxquelles on a voulu rapporter le goître et le crétinisme y sont discutées longuement ; mais aucune conclusion rigoureuse, négative ou positive, ne suit la discussion, et quelques vérités qu'auraient irrévocablement démontrées un petit nombre de faits exacts y restent masquées ou défigurées sous le vague des détails et des raisonnements. Je ne parle ici, bien entendu, que de l'étiologie qui conduit à la prophylaxie, c'est-à-dire à ce qui a à peu près exclusivement intéressé l'hygiène publique. Aussi, on ne saurait hésiter à reconnaître que si les vingt-deux préceptes hygiéniques formulés par la très recommandable commission sont excellents, considérés d'une manière générale, ils sont d'une importance très secondaire relativement à la prophylaxie du crétinisme, et qu'alors même que, par impossible, on viendrait à les appliquer tous d'une manière rigoureuse, il est très douteux qu'on diminuât d'un millième la fréquence de cette maladie.

Il est, en effet, une vérité de premier ordre que démontre une étude même assez restreinte, mais rigoureuse, et que le vénérable archevêque de Chambéry a parfaitement mise en évidence dans son très intéressant opuscule, c'est que le crétinisme est dû à des conditions locales et *spéciales :* l'humidité de l'atmosphère, la stagnation de l'air, l'absence d'insolation, les émanations marécageuses, la chaleur ou le froid, l'insalubrité des habitations, la misère, l'ivrognerie, etc. ; en un mot, toutes ces causes communes de détérioration peuvent produire des maladies diverses ; mais ni ensemble, ni séparément, elles ne sont capables de déterminer le crétinisme ; il faut pour cela une condition spéciale, inhérente au sol, ou du moins à la localité *crétinifère*, si l'on peut ainsi s'exprimer. Il y a des lieux beaucoup plus humides, plus malsains, moins éclairés et même plus pauvres que beaucoup de villages crétineux de la Savoie, et qui cependant n'ont point de crétins. J'ai même vu en France des personnes qui avaient quitté des localités que l'on considère comme très médiocrement saines, d'après les principes connus de l'hygiène, pour aller habiter le sommet d'une montagne où se réunissent, en apparence, toutes les conditions de salubrité ; elles y ont contracté le goître. Monseigneur Billiet, qui connaît parfaitement la situation géographique et pour ainsi dire le nom de tous les crétins ou goîtreux de son diocèse, m'a raconté plusieurs faits analogues ; il les a d'ailleurs exposés dans son opuscule et interprétés avec une sévérité de logique qui ne permet pas la controverse sur les conséquences qu'il en tire. Mon intention n'est pas d'entrer ici dans tous les développements qu'il a donnés à la démonstration de cette vérité ; je me borne, en attendant une occasion plus opportune, à déclarer qu'elle est bien démontrée pour moi ; que le goître et le crétinisme dépendent à peu près, sinon tout à fait, exclusivement de la constitution du sol et de l'atmosphère. Comment agit cette constitution ? Est-ce en donnant une composition chimique spéciale aux eaux et aux aliments ? est-ce en donnant certaines émanations, certaines qualités à l'air respirable ? Voilà seulement ce qui reste à déterminer. Mais un bien petit nombre de tentatives sérieuses ont été faites jusqu'à ce jour dans ce sens. On peut même dire qu'à part les travaux de M. Chatin, rien d'important ne s'est encore produit. C'est donc vers les recherches de ce genre que devront être dirigés les efforts de la commission que vous avez fait créer, si elle veut arriver à des résultats qui seraient aussi glorieux pour l'Académie de France que profitables pour l'humanité.

Je sais, mon très cher maître, qu'en adressant ce conseil à la commission je ne suis pas exactement vos vues ; je sais que votre esprit généralisateur aimerait mieux embrasser à la fois tous les points de vue de la grande question que vous avez soulevée ; je sais que vous reconnaissez au goître et au crétinisme un grand concert de causes dans lequel chaque circonstance joue un rôle plus ou moins important. C'est justement parce que je sais tout cela que j'essaye de contre-balancer l'influence de votre autorité si justement respectée, convaincu que je suis que si la commission dissémine ses efforts, et qu'elle veuille tracer l'histoire complète du goître et du crétinisme, elle fera comme toutes celles qui l'ont précédée, c'est-à-dire qu'elle arrivera à beaucoup d'à peu près et à rien de positif ; elle fera une besogne qui ne sera guère moins stérile que longue. J'ajoute que pour traiter avec succès même un point circonscrit du sujet, la commission ne devra pas se contenter des éléments hétérogènes et souvent si incertains épars dans la science. Ainsi que je l'ai dit, elle devra voir de ses propres yeux au moins tout ce qu'il y a d'essentiel ; elle devra faire elle-même des analyses répétées ; en un mot, se consacrer sérieusement à la tâche qu'elle a semblé sérieusement entreprendre. A-t-elle donné quelques gages qui fassent croire qu'elle comprend ainsi sa mission ? Vous êtes à la fois, mon cher maître, mieux instruit et plus libre que moi pour répondre à cette question.

En attendant l'expression de votre sentiment à cet égard, permettez-moi de vous communiquer deux faits qui vous intéresseront sans doute beaucoup moins que la question du crétinisme, quoiqu'ils ne puissent être complétement indifférents à un glorieux vétéran de Moscou, et qui dans tous les cas trouveront, je l'espère, un accueil empressé auprès de nos célébrités chirurgicales, qui n'en ont certainement jamais observé de pareils. Ce sont deux cas de congélation complète des deux pieds, deux sortes d'amputations tibio-tarsiennes pratiquées par le froid avec une régularité qui ferait honneur aux premiers couteaux de notre capitale. En voici la relation succincte telle qu'a bien voulu la rédiger M. le docteur Carret, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de cette ville, homme aussi distingué par l'aménité des formes que par l'étendue de ses connaissances (1).

« Il s'est présenté à l'Hôtel-Dieu de Chambéry dans l'espace de trois ans deux cas de gangrène complète des pieds par suite de congélation. L'histoire en est remarquable moins par la nature de l'affection elle-même, quoique peu commune à ce degré, que par les causes et les circonstances à peu près semblables qui lui ont donné naissance et surtout que par le résultat final parfaitement identique chez les deux malades.

» L'un, nommé Durbet, âgé de quarante ans, d'une constitution athlétique, était contrebandier de profession. Poursuivi par des douaniers, il avait, par une nuit très froide de novembre, traversé à pieds nus un torrent dont l'eau ne lui allait guère qu'aux chevilles. Une fois sur l'autre bord, il s'était hâté de demander asile à une maison voisine. Il approcha les pieds très près d'un grand feu qu'on avait allumé, but quelques verres d'eau-de-vie, et, lorsqu'il fut convenablement réconforté, il se mit au lit. Le lendemain, Durbet voulut se lever pour sortir, mais il lui fut impossible de marcher : ses deux pieds étaient froids, immobiles et insensibles. On mit tout en usage pour les ranimer, mais inutilement. Lorsque le troisième jour il vit les extrémités des orteils prendre une teinte livide, il se fit apporter à l'Hôtel-Dieu. La mortification marcha rapidement : bientôt la nature posa une ligne de démarcation entre le mort et le vif, et sur cette ligne, correspondant point pour point à l'articulation tibio-astragalienne, on vit se creuser un sillon profond et s'établir une suppuration abondante. Après quelques jours, chaque pied ne tenait plus à la jambe que par quelques tendons. On acheva la séparation avec la plus grande facilité et sans provoquer le moindre écoulement de sang. Dès ce moment, la nature fit presque seule tous les frais de la guérison. On vit des bourgeons charnus couvrir les extrémités des os, ces bourgeons se dessécher et se convertir en tissu cicatriciel sur les portions que la peau n'était pas parvenue à recouvrir. Ce travail n'avait guère demandé que quatre mois, et, lorsque après ce temps Durbet passait à l'hospice de la Charité, il ne gardait à chaque moignon qu'un ulcère de la dimension d'une pièce de 1 franc. L'ulcération de droite a été assez promptement cicatrisée, mais celle de gauche a persisté jusqu'à ce jour. Lorsque cette ulcération aura disparu, Durbet marchera facilement sur les deux moignons, tant les cicatrices sont dures, solides et dépourvues de sensibilité.

» Le second malade est un jeune homme de vingt-deux ans, nommé Laheye, entré à l'Hôtel-Dieu le 22 décembre 1851. La veille cet individu, pour échapper aux gendarmes qui le recherchaient à cause d'un vol qu'il avait commis, avait passé tout babillé une petite rivière et était allé tout mouillé se blottir dans un tas de feuilles, où il passa la nuit.

(1) Pourquoi n'associerais-je pas une légère critique à cet éloge si mérité ? Nos confrères de province se plaignent quelquefois du peu de crédit que leurs communications trouvent dans la presse de la capitale. Ce reproche est-il bien sincère, et ne cache-t-il pas une justification du peu d'empressement que mettent ces honorables praticiens à nous faire part de leurs observations ? Je me contente de poser la question, en déclarant, pour ce qui me concerne, que je n'ai jamais eu égard à l'origine d'un travail pour en accepter l'insertion ; les exigences du journal et l'intérêt des lecteurs ont toujours été mon unique mobile.

Le lendemain, il voulut continuer sa route, mais il ne put se tenir sur ses pieds, qui étaient complétement immobiles. Les personnes qui le trouvèrent dans cet état le portèrent dans une habitation du voisinage, où l'on fit un grand feu pour le réchauffer. Mais après quelques heures, voyant que le mouvement des pieds ne revenait pas, on apporta Labeye à l'Hôtel-Dieu. Dès le jour suivant, les extrémités des orteils devinrent livides et tous les phénomènes observés chez Durbet se représentèrent ici. Après trois mois de séjour à l'Hôtel-Dieu, Labeye en est sorti pour entrer à l'hospice de Mendicité. Aujourd'hui sa santé est excellente : il ne garde à chaque moignon qu'une petite ulcération dont tout annonce la cicatrisation prochaine. »

Ces deux faits très curieux et qui font ressortir à un haut degré la puissance médicatrice de la nature ne sont pas les seuls dignes d'intérêt que j'ai observés dans les hôpitaux fort bien tenus de Chambéry ; mais à présent que les honorables médecins et chirurgiens de ces établissements sont convaincus de l'égalité des communications devant notre tribunal, nous espérons qu'ils voudront bien nous transmettre directement les faits de leur pratique qui pourront concourir aux progrès de la science.

Avant de clore cette lettre, permettez-moi, mon cher maître, de faire simplement mention d'un établissement que nous avons bien souvent désiré à Paris et que Chambéry a le bonheur de posséder, grâce à la munificence d'un de ses citoyens illustres, le général de Boignes, à qui la Savoie est redevable de plusieurs autres dotations non moins utiles. Cet établissement est un asile pour les vieillards des deux sexes qui ont joui de l'aisance pendant la plus grande partie de leur vie, et que les accidents de la vie ont jetés dans l'indigence. Souvent vous avez regretté, nous avons tous regretté avec vous que des personnes indigentes qui avaient reçu une éducation distinguée fussent obligées d'aller chercher un refuge à Bicêtre ou à la Salpêtrière, dans un milieu où leur moral souffre nécessairement plus encore que leur physique. C'est de cette grande infortune que l'opulent général, seul instrument de sa grande fortune, a été touché et qu'il a voulu soulager. Il a créé un asile contenant 40 lits (20 pour chaque sexe), où les vieillards qui ont été dans l'aisance trouvent, non pas seulement un abri contre le froid et contre la faim, mais une société et une vie comparables à celles que peut procurer une fortune modeste. Trouverons-nous en France, et surtout à Paris, quelques opulents et généreux citoyens pour suivre le bel et intelligent exemple du général de Boignes? Espérons que l'avenir nous répondra affirmativement.

Après vous avoir dit quelques mots de l'asile de Boignes, de la congélation et du crétinisme, je voudrais vous parler, mon cher maître, d'une cause à laquelle votre esprit si équitable se rallierait avec ardeur. Il vous paraîtra bien naturel qu'une ville comme Chambéry, capitale d'une province qui n'a ni le langage, ni les mœurs du reste de l'Italie, pourvue de nombreux éléments d'instruction médicale (Hôtel-Dieu de 106 lits, hospice pour les maladies chroniques de 300 lits; service spécial des galeux, des syphilitiques et des phthisiques; maternité, asile d'aliénés); qu'une telle ville, dis-je, réclame une part importante dans l'enseignement, une part au moins égale à celle qu'on accorde aux premières villes du royaume après la capitale. Cette réclamation m'avait paru juste alors que je n'avais fait que lire un mémoire rédigé sur ce sujet par la Société médicale de Chambéry, imprimé au commencement de cette année; elle m'a paru plus juste encore après avoir visité les richesses médicales de cette importante cité. Dans l'état actuel des choses, l'enseignement médical de Chambéry n'équivaut pas à celui de nos écoles secondaires, et il pourrait au moins rivaliser avec la première d'entre elles, celles de Lyon et de Bordeaux exceptées. Aussi ne saurais-je douter que les justes doléances de la Société médicale de Chambéry ne soient tôt ou tard entendues; avec une administration comme celle qui régit en ce moment la Savoie, ce qui est juste et possible ne saurait tarder longtemps à s'accomplir.

Me voici, vénéré maître et bien cher collègue, me voici arrivé à ma dernière ligne: si l'expression de ma reconnaissance et de mon affectueux dévouement peut vous dédommager de la patience que vous aurez mise à me lire, vous ne devez avoir rien à regretter, et le système des compensations trouve une application de plus. H. DE CASTELNAU.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Bourrelet hémorrhoïdal. — Traitement par la cautérisation. Considérations pratiques.

Le 28 octobre, nous avons assisté à une opération pratiquée par M. Philippe Boyer sur un malade affecté de tumeurs hémorrhoïdales. Nous reproduisons l'observation, que nous avons recueillie au lit du malade, et nous la ferons suivre de quelques considérations empruntées à la pratique de M. Philippe Boyer.

Le 22 octobre 1852 est entré à l'Hôtel-Dieu le nommé Bresson (Jacques), âgé de quarante-six ans, écrivain.

Cet homme, couché au n° 23 de la salle Saint-Jean, est d'une assez chétive constitution, d'une santé mauvaise. La peau offre une teinte jaune générale, le corps est amaigri, le système musculaire est peu développé. Voici les détails que nous avons recueillis sur les antécédents de l'affection pour laquelle le malade vient réclamer les secours de la chirurgie.

En 1834, pour la première fois, apparurent à l'anus des tumeurs disposées en bourrelet; pendant un effort de défécation, ce bourrelet, qui existait sans doute depuis déjà assez longtemps sans avoir manifesté en rien sa présence, devint saillant au dehors et laissa écouler une assez grande quantité de sang.

Cet état persista depuis lors, et pendant dix ans les hémorrhagies se reproduisirent très abondantes parfois et amenant un affaiblissement marqué de la constitution.

Puis l'écoulement sanguin cessa définitivement, et la tumeur devint plus douloureuse. Elle rentrait complétement ordinairement pour ressortir chaque fois que le malade se présentait à la garde-robe. La perte de sang fut dès lors remplacée par une sécrétion abondante de mucosités jaunâtres qui mouillaient constamment le linge du malade.

Cette maladie s'accompagnait, comme c'est l'habitude, de douleurs intestinales, de coliques quelquefois très violentes.

Le traitement fut nul ou à peu près nul. Ce ne fut que dans ces derniers temps que, le malaise produit par l'affection devenant plus marqué, le malade se décida à entrer à l'hôpital. Le bourrelet sortait presque constamment et sans y être sollicité par des efforts.

Ce bourrelet, d'une teinte générale violacée, présente un aspect inégal; il semble formé de petites tumeurs agglomérées; le tégument qui le recouvre ne présente pas l'aspect habituel de la muqueuse intestinale; au toucher, il est d'une résistance élastique. Le doigt introduit dans le rectum, lorsque la totalité de la tumeur fait saillie au dehors, rencontre facilement les limites supérieures de l'altération, et on peut reconnaître que la partie inférieure de l'intestin n'est en rien modifiée. On sent, en effet, l'ampoule rectale offrant les dispositions normales. Il paraît donc bien évident, comme le fait remarquer M. Boyer, que la tumeur n'est nullement le produit de la procidence de la muqueuse rectale.

Le 28 octobre M. Boyer procède à l'opération suivante : le malade, ayant été placé sur un lit, couché sur le côté droit, la jambe droite allongée, la jambe gauche demi-fléchie, fit à l'aide d'efforts sortir la totalité de la tumeur. Deux fils en triple furent successivement passés l'un à droite, l'autre à gauche du bourrelet hémorrhoïdal, le traversant transversalement de façon que deux des extrémités furent laissées en dehors de la tumeur, tandis que les deux autres extrémités ressortaient par l'ouverture anale. Chacun de ces fils, retenus par des aides, maintenait la tumeur au dehors; alors on mit le malade en anesthésie, et, quand l'insensibilité fut complétement obtenue, un cautère olivaire rougi à blanc fut introduit dans le centre du bourrelet, et, les aides lâchant un peu les fils, la masse hémorrhoïdale en se réduisant s'appliqua dans toute sa circonférence sur le cautère.

Cette manœuvre fut répétée quatre fois, jusqu'à ce que la totalité de la tumeur eut été profondément détruite et réduite en une eschare dure. Les fils se dégagent sous l'influence d'une traction légère.

Puis le malade, qui avait perdu un peu de sang, fut reporté dans son lit. Pour tout pansement, à l'aide du doigt on introduisit dans l'anus une certaine quantité de cérat.

Le traitement chirurgical des hémorrhoïdes est assez riche de procédés; mais tous ces procédés sont d'une application excessivement dangereuse, et, pour notre compte, nous avons vu dans plusieurs cas la mort survenir après l'excision ou la ligature. Aussi le plus souvent, à moins d'indications impérieuses, la plupart des chirurgiens se bornent-ils à l'application de moyens palliatifs. La cautérisation par le fer rouge était très rarement employée, en raison des douleurs qu'elle détermine; c'était cependant bien évidemment le traitement dont les suites pouvaient être considérées comme plus souvent favorables. Actuellement, grâce à l'emploi des moyens anesthésiques, cette complication de l'opération n'existant plus, on peut plus volontiers y recourir.

M. Boyer a eu fréquemment l'occasion de faire ces cautérisations, et il a étudié spécialement ce genre d'affection; ainsi il a, dans sa pratique, déjà réuni 25 faits de bourrelets hémorrhoïdaux traités par le procédé que nous venons de décrire, et dans un cas seulement il y a eu insuccès. Avant de pratiquer la dernière opération que nous venons de décrire, ce chirurgien a fait une leçon clinique dont nous reproduisons les points spéciaux.

Après être entré dans quelques considérations anatomiques et anatomo-pathologiques sur la structure de ces bourrelets, il signale les différences marquées qui existent entre les bourrelets hémorrhoïdaux herniés et la chute proprement dite de la muqueuse rectale. Nous avons, dans notre observation, signalé le caractère de la tumeur formée par des hémorrhoïdes; nous avons vu que, dans ces cas, on pouvait, en introduisant le doigt dans l'intestin, reconnaître qu'il n'existait aucune modification dans la forme de l'ampoule rectale : c'est là, avec l'aspect du tégument que revêt la tumeur, un signe diagnostic précieux.

M. Boyer signale aussi sur le siége occupé par la tumeur des différences qui doivent avoir une grande importance pratique. Tantôt, en effet, la tumeur est tout entière située à la partie inférieure de l'intestin; tantôt, au contraire, elle se glisse au-dessous de la peau qui borde la marge de l'anus, et, dans ces cas, lorsqu'elle est ainsi sous-cutanée, si en l'enlevant on détruit la peau qui la recouvre, on doit craindre la production d'un rétrécissement consécutif à la cicatrisation. Sur tous les malades opérés, un seul qui présentait cette disposition a offert un rétrécissement ultérieur.

Parmi les symptômes, il en est un fort remarquable sur lequel insiste M. Boyer. Ces hémorrhoïdes donnent très souvent lieu à des hémorrhagies excessivement débilitantes, et qui peuvent quelquefois amener la mort du malade; mais, dans d'autres cas, l'hémorrhagie cesse, et elle est remplacée par une sécrétion continue et quelquefois très abondante de mucosités. Nous avons trouvé ce symptôme chez notre malade. Dans quelques circonstances, cette sécrétion ne s'évacue pas au fur et à mesure de sa formation, mais elle s'accumule dans l'intestin, surtout pendant la nuit, et par sa présence elle détermine des coliques; lorsque le malade se présente à la garde-robe, il ne rend que des mucosités colorées, et l'on a pu, dans ces cas, croire à l'existence d'une diarrhée chronique à forme intermittente. M. Boyer a vu chez deux malades cette singulière disposition. Chez le premier malade, on traita inutilement l'affection par les moyens indiqués dans les cas de diarrhée chronique; l'opération amena la cessation immédiate de cette sécrétion.

Il est un accident consécutif à l'opération que M. Boyer a rencontré chez le plus grand nombre de ses opérés, c'est le ténesme vésical. Ce ténesme se montrait aussi bien chez les hommes que chez les femmes, et cessait après deux fois vingt-quatre heures.

Depuis que l'usage des moyens anesthésiques a été introduit dans la pratique, cet accident s'est montré moins souvent.

Quant au traitement consécutif à l'opération, il est aussi simple que possible. Les malades ont pu, le plus souvent, regagner leur lit sans aucun secours. L'alimentation reste aussi abondante que le désirent les opérés. L'eschare se détache après huit ou dix jours, et la cicatrisation est parfaite après un mois environ.

Nous dirons dans une de nos prochaines *Revues* l'état du malade dont nous avons rapporté l'histoire.

— Dans notre dernier article, nous avons donné une observation de taille vésico-vaginale pratiquée par M. Michon. La malade n'a eu aucune espèce d'accidents consécutifs à l'opération. Quant à la fistule vésico-vaginale, elle subsiste encore. Nous aurons soin de suivre la marche de la maladie pour en rendre compte à nos lecteurs.

Observation de névralgie occupant les deux côtés de la face. Guérison par le collodium.

Aucune maladie ne présente de plus grandes difficultés pour le traitement que les névralgies. Bien souvent, après avoir inutilement employé les médications les plus indiquées, les plus rationnelles, l'affection, qui avait résisté, cède tout à coup, soit pendant l'absence de tout traitement, soit tandis que le malade se soumet à l'application de quelques moyens empiriques, sans qu'il soit possible d'en tirer aucune déduction pratique de bonne application.

Un malade présentant une névralgie complexe des nerfs de la face a été traité, dans le service de M. Guérard, par un procédé des plus simples, et l'affection, qui pendant dix-huit mois avait été en vain attaquée par les traitements recommandés dans tous les auteurs, à l'exception toutefois de la section des nerfs, a cédé en peu de jours à l'emploi du collodium appliqué sur la peau, au niveau des points douloureux.

Quelle a pu être l'action du collodium? Nous pensons qu'elle a dû être assez complexe. Ainsi, le médicament a pu agir de trois façons : par absorption, par l'irritation qu'il déterminait sur la peau, et enfin par les modifications physiologiques qui devaient nécessairement être la conséquence de l'isolement de l'enveloppe cutanée.

Du reste, nous reproduisons l'observation, nous abstenant de toute autre réflexion. Il s'agit d'un moyen innocent, d'une application facile, nous en appelons à l'expérience des praticiens.

L'observation que nous publions nous a été communiquée par M. Magnan, interne du service; nous la transcrivons textuellement :

Le nommé Mahuet (Nicolas-Claude), âgé de cinquante-six ans, menuisier, est entré le 3 juin 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 42, dans le service de M. Guérard.

Ce malade, d'une constitution faible, sujet aux migraines, aux dyspepsies, raconte qu'il éprouve dans toute la face des douleurs violentes revenant par accès. Ces douleurs ont leur maximum de retentissement dans les points suivants et des deux côtés de la face :

1° Au niveau de l'échancrure sus-orbitaire;
2° Au niveau du trou sous-orbitaire;
3° Au niveau du trou mentonnier.
Le point malaire est le plus douloureux.

De ces foyers névralgiques, la douleur s'irradie à toute la face, au front et aux tempes; elle est extrêmement violente, et constrictive de sa nature. Le malade a la sensation comme d'un étau qui serrerait fortement les parties affectées. Une pression légère ou forte, pratiquée sur les points névralgiques, exaspère la douleur; il en est de même du froid, de la chaleur, de l'humidité, des variations atmosphériques, des émotions morales, etc.

Les accès, qui n'ont rien de constant dans l'ordre de leur apparition et dans leur durée, arrivent le plus souvent le matin, et se succèdent plus ou moins rapidement, de manière à constituer une attaque qui dure cinq à six heures. Pendant ce temps les muscles de la face se contractent douloureusement; le malade s'agite, pousse des cris, est pris quelquefois de délire, ou bien sa vue s'obscurcit; il a des bourdonnements; sa face s'injecte, devient turgescente; puis, sous l'influence d'applications de belladone, les douleurs se calment, et le malade tombe dans une sorte d'anéantissement qui dure un temps variable. L'état général est mauvais; il y a de l'amaigrissement. Dans l'intervalle des attaques il y a des sueurs abondantes, des urines copieuses, de l'épiphora, un écoulement de mucus par les narines; tandis que pendant l'attaque la peau reste aride, l'excrétion urinaire est suspendue, et la pituitaire sèche.

A son habitude, ce malade se plaint d'éprouver des tiraillements dans les membres, la nuit surtout; il a le sommeil agité.

Marche de l'affection. — Cette névralgie dure depuis dix-huit mois. Les attaques sont devenues de plus en plus fortes, et se sont rapprochées davantage.

Au début, il y avait quatre, six, huit jours de repos complet. Actuellement, à peine les accès ont-ils vingt-quatre heures de rémission. Le malade, profondément découragé, demande avec instances, non pas une guérison qui lui paraît impossible, mais le soulagement des souffrances atroces qu'il endure depuis plusieurs mois.

Il a suivi plusieurs traitements : vésicatoires saupoudrés

des chlorhydrate de morphine, — cautérisations avec le fer rouge à l'oreille et au pied, — sulfate de quinine à l'intérieur, — proto-iodure de mercure et iodure de potassium. Tous ces agents thérapeutiques ont été impuissants à arrêter le mal. Les applications d'extrait de belladone ont seules réussi à calmer la violence des accès et en abréger la durée.

Traitement. — 4 juin. A l'aide d'un pinceau on applique une couche légère de collodium sur les points névralgiques indiqués précédemment.

A la visite du soir on peut constater que la substance médicamenteuse s'est desséchée et forme des plaques blanches d'un millimètre d'épaisseur environ, et de 8 à 10 lignes de diamètre.

Le 5. Ce matin le malade a eu son attaque comme d'habitude. Au moment de la visite il est en sueur, et nous apprend que l'accès ne l'a pas cédé en force aux précédents. Il accuse une faiblesse très grande et une céphalalgie intense. — Même traitement.

Le 6. La journée d'hier a été plus calme, et la première moitié de la nuit assez tranquille. L'attaque qui a rempli la seconde partie lui a paru moins forte et plus courte. L'abattement est moindre. — Même traitement.

Le 7, les accès n'ont pas paru depuis la visite d'hier matin. Ces dernières vingt-quatre heures se sont écoulées dans un état de repos qu'il n'avait pas ressenti depuis longtemps, Il est bien survenu quelques douleurs au niveau du foyer, mais elles ont été supportables.

Visite du soir. — De deux heures à quatre heures les douleurs ont reparu; mais l'accès a été moins pénible. C'est dans les points névralgiques surtout que l'acuité des douleurs est moins considérable.

Le 8, la nuit a été mauvaise. Les douleurs n'ont pas présenté cette intensité et cette régularité dans leur trajet qui caractérisaient les attaques précédentes; elles se sont localisées surtout au front et à la tête.

Ce matin, le malade a de la dyspnée; il tousse et expectore des crachats d'une teinte rouillée et d'une consistance visqueuse; il n'éprouve pas de douleur thoracique. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne donnent que des résultats négatifs. Le pouls est assez fort, plein, à 104; la face est rouge; il existe une céphalalgie frontale assez vive. Ces symptômes faisant penser à l'existence d'une pneumonie centrale, on prescrit le tartre stibié à la dose de 30 centigrammes. On cesse le collodium. — Diète.

Le 9, le malade est moins souffrant; il respire avec plus de liberté. La toux a diminué; les crachats peu nombreux conservent leur coloration; l'auscultation et la percussion ne font découvrir aucune lésion pulmonaire. Le pouls est tombé à 92. L'attaque névralgique ne s'est pas manifestée.—Même traitement.

Le 10, le malade a passé la journée d'hier sans éprouver aucune douleur; mais cette nuit il a été pris d'un accès névralgique presque aussi fort que ceux qu'il éprouvait avant son entrée à l'hôpital. Etat général satisfaisant. Respiration libre. Peu de toux; crachats plus rares, non colorés. Pouls à 88. — On applique de nouveau le collodium.

Le 11, hier soir quelques douleurs se sont manifestées au front, à la face, mais très légères et de courte durée. Le malade a dormi; quoique faible, il ressent un bien-être dont il n'avait pas joui depuis de longues semaines. Les points névralgiques ne sont pas douloureux à la pression. — Même traitement.

Le 12, la névralgie n'a pas reparu. Le malade, très content de sa position, manifeste l'intention de quitter l'Hôtel-Dieu. — Même traitement.

Le 13, l'amélioration persiste.

Le 14, le malade demande sa sortie. Dr E. L.

HOPITAL DES VARIOLÉS DE LONDRES.

M. Grégory, médecin en chef.

La vaccine mise à l'épreuve (tested) par l'expérience d'un demi-siècle.

(Mémoire traduit par M. le docteur A. Bayard.)

(Fin. — *Voir* le numéro précédent.)

L'acte qui prohibe l'inoculation ne rendit pas la vaccination obligatoire. Il reste, par conséquent, un grand nombre de personnes comme pâture pour la petite vérole. Chaque enfant qui prend la petite vérole accidentellement devient un foyer de contagion plus dangereux que ce même enfant ne l'eût été s'il avait été inoculé exactement, dans la même proportion que la petite vérole accidentelle dépasse en gravité la petite vérole inoculée.

Un cas bénin (*mild*) de petite vérole inoculée qui se dessèche et s'écaille (*scabs*) le septième ou huitième jour est innocent (*innocuous*) quand on le compare à un cas confluent qui épanche une sécrétion virulente pendant trois semaines. Un seul cas semblable fait infiniment plus de mal dans un voisinage à population dense que dix ou vingt cas d'une petite vérole douce inoculée. Pour toute sécurité publique dans la métropole, il vaut beaucoup mieux que cent enfants soient inoculés que de laisser vingt enfants non inoculés, proie facile et certaine de variole confluente accidentelle. Cette manière de voir la question paraît avoir tout à fait échappé à la connaissance de nos législateurs et de nos pathologistes. Si, par conséquent, la législature ne peut ou ne veut rendre obligatoire la vaccination, il vaut mieux que la restriction portée contre l'inoculation soit en quelque façon retirée. Aucune amélioration réelle ne pourra avoir lieu dans ce pays par rapport à la petite vérole et son antidote, autant que l'état actuel anormal de la loi ne sera pas changé.

Lorsque l'inoculation fut abolie, les parents auraient dû être forcés de donner à leurs descendants, qui n'ont pas encore l'usage de la raison (*unconscious*), les bienfaits de la vaccination, à cette époque de la vie où ses bienfaits se manifestent de la manière la plus indubitable. Laisser, au contraire, ces enfants, s'abreuver des germes de la petite vérole dans sa forme la plus maligne, et la disséminer ainsi, et cependant leur refuser le grand don de l'inoculation est une grave erreur dont nous recueillons maintenant les fruits amers.

Tout le monde, je pense, conviendra que les choses ne peuvent pas continuer dans leur état actuel très peu satisfaisant. Tôt ou tard le Parlement examinera de nouveau l'acte de 1840, et rendra simplement la vaccine obligatoire, ou lui associera le rappel ou la modification de la clause prohibant l'inoculation. Je n'ose pas pressentir (*anticipate*) la décision de la législature sur une question d'une telle importance nationale, mais je suis fermement convaincu que la prohibition de l'inoculation a été mal jugée, et que le Parlement eût agi plus sagement en plaçant cette pratique sous certaines restrictions qu'en l'abolissant tout à fait. Ces restrictions pourraient être plus ou moins étroites. L'inoculation serait, cela va sans dire, exclusivement pratiquée par les hommes de l'art. Son exercice par d'autres resterait, sans doute, comme maintenant, punissable par l'amende et l'emprisonnement. L'exposition de toutes personnes affectées de petite vérole et leur déplacement par tout autre véhicule que ceux autorisés pour ce service spécial seraient, je suppose, également considérés comme délit.

Mais les restrictions de l'inoculation pourraient, si le Parlement le jugeait à propos, être étendues plus loin encore.

Il serait strictement défendu d'inoculer des enfants audessous de l'âge de cinq ans. L'inoculation pourrait n'être permise qu'à des personnes d'un âge mûr, capables de juger par elles-mêmes. Elle pourrait être accordée, seulement, dans le cas de personnes qui auraient préalablement subi la vaccination. Elle pourrait être permise seulement dans des maisons autorisées pour cet objet spécial. Personne ne peut raisonnablement rien objecter à des restrictions judicieuses, d'une pratique dont on a autrefois grossièrement abusé; mais déraciner un arbre est une chose, et élaguer des branches défectueuses une autre. Si la législature permettait une inoculation dans des circonstances déterminées (*qualified*) et restreintes, je n'ai aucun doute que la plus grande portion de notre population ne restât satisfaite du doux et sûr procédé de vaccination, tandis que quelques-uns préféreraient la mesure qui, tout en occasionnant une plus grande somme d'inquiétudes immédiates, diminuerait ou plutôt abolirait toute inquiétude pour l'avenir. On en appellerait nécessairement, dans chacun de tels cas, au jugement de l'art médical. Elevée comme elle l'est et agissant comme elle agirait sous la surveillance de la presse éclairée publique et médicale, la génération actuelle des praticiens, j'en suis sûr, exercerait ce jugement avec le soin et la circonspection nécessaires, et le résultat tendrait grandement au profit du pays.

N° I. — *Tableau exposant les mouvements à l'hôpital de la petite vérole pour 11 ans, 1841 à 1851 inclusivement, et montrant l'accroissement graduel dans les nombres admis après vaccination.*

	ADMISSIONS.						DÉCÈS.					
Années.	Total des personnes ayant la petite vérole.	Personnes n'alléguant aucune protection.	Personnes alléguant la petite vérole antérieure.	Alléguant vaccination, mais ne montrant aucunes cicatrices.	Alléguant vaccination et montrant des cicatrices.	Proportion p. 0/0 d'admissions après bonne vaccination aux admissions totales.	Parmi les non protégés.	Parmi ceux alléguant petite vérole antérieure.	Après vaccination sans cicatrices.	Après vaccination avec cicatrices reconnaissables.	Total des décès.	Proportion de la mortalité.
	—	A.	B.	C.	D.	p. 0/0	A.	B.	C.	D.	—	p. 0/0
1841	342	189	2	0	151	44	63	1	0	10	74	21
1842	141	78	1	0	62	44	30	0	0	4	34	24
1843	149	78	2	0	69	46	27	0	0	0	27	18
1844	643	328	3	0	312	50	127	0	0	24	151	23
1845	367	147	3	0	217	69	66	0	0	13	79	21
1846	147	57	2	11	77	52	22	0	2	5	29	20
1847	450	164	8	48	230	51	50	2	12	17	81	18
1848	686	254	4	63	365	53	103	2	25	38	168	24
1849	190	71	4	0	115	60	22	0	0	11	33	18
1850	306	129	1	22	154	50	42	0	8	8	58	19
1851	670	227	6	22	415	65	77	1	9	17	104	15
Total.	4091	1722	36	166	2167	»	629	6	56	147	838	22

N° II. — *Tableau donnant les admissions et la mortalité à l'hôpital de la Petite Vérole pendant les années 1850-1851, eu égard à l'âge et aux antécédents.*

Classe.	Mortalité parmi ceux	Mortalité en 1850-1851. Au-dessous de 5 ans.	Entre 5 et 15.	Entre 15 et 30.	Au-dessus de 30 ans.	Mortalité totale.	Admissions totales.	Proportion de la mortalité.
								P. 0/0
1	Personnes non protégées.....	22	20	56	21	119	356	33
2	Personnes vaccinées, mais sans cicatrices.	0	2	12	3	17	44	26
3	Personnes vaccinées et montrant des cicatrices. . . .	0	3	15	7	25	569	4
4	Personnes alléguant la petite vérole antérieure.	0	0	0	1	1	7	»
	Total ayant la petite vérole...	22	25	83	32	162	976	16
5	Personnes n'ayant pas la petite vérole.	»	»	»	»	»	20	»
	Mortalité totale.	22	25	83	32	162	»	»
	Admissions totales.	41	161	685	109	»	996	»
	Proportion de la mortalité p. 0/0.	50	15 1/2	11 1/2	30	16	»	16

— Le 9 mars, M. le docteur Grégory lut son mémoire à la Société médicale et chirurgicale de Londres. Ce n'est que plus tard, en juin, qu'il fut publié par le *Medical times*. Son apparition causa une vive sensation dans le public médical de l'Angleterre. A travers les ménagements et même les éloges pour la vaccine, l'auteur ne voit qu'un but : c'est le retour à l'inoculation. Mais cette mesure est prohibée dans la Grande-Bretagne, et dans la patrie de Jenner la vaccine a de chauds partisans. Malgré cela, le cri de la vérité s'échappe; l'idée d'extirper la variole, dit-il, par la vaccine, est *absurde* et *chimérique;* et, de la part de Jenner, elle fut tout aussi *irréfléchie que présomptueuse.*

Mes études sur cette grave question devaient trouver un puissant élément d'intérêt dans ce travail remarquable. J'ai cru qu'il me revenait de le faire connaître un des premiers; et j'avoue immédiatement que c'est avec le plus grand plaisir que j'ai vu une sanction entière donnée aux propositions sommaires émises depuis quelques années, par le témoignage d'un homme hautement placé par son caractère, son savoir et sa position toute spéciale. Je demande, en effet, à tout lecteur attentif si le mémoire du très honorable M. Grégory n'est pas le commentaire des propositions suivantes :

1° Expulsé de l'organisme par la variole naturelle ou inoculée, le virus varioleux n'est pas sujet à retour;

2° La vaccine ne détruit pas le virus varioleux, elle le conserve dans l'organisme et le masque sans le modifier : c'est un palliatif et non un curatif de ce virus. (*Gazette des Hôpitaux* du 22 mai 1849.)

3° La variole naturelle attaque les enfants et rarement les adultes. Le contraire a lieu pour les vaccinés. (*Id.* du 25 février 1851.)

Pour ce qui est de l'inoculation, plus favorablement placé que le très savant médecin de Londres, j'ai pu inoculer sur une grande échelle, et, sans crainte de réprimandes académiques, j'ai publié dans le même journal, le 14 novembre dernier, mes nombreuses observations d'inoculation. Sans être aussi sévère que le docteur G. Grégory, je désire que cette pratique soit environnée plutôt de précautions que de restrictions. J'obéis à ma conscience et non à une loi. Voici, à ce sujet, ce que j'écrivais en 1849, un an avant d'avoir pratiqué l'inoculation :

« 1° Aujourd'hui que la vaccine est généralement répandue en France, l'inoculation pratiquée en grand rendrait à peu près illusoire la crainte des épidémies imprévues. La variole ne serait dangereuse que pour ceux qui, au milieu de cette masse d'inoculés, persisteraient à courir les chances de la variole sans recourir à aucun de ces deux procédés de préservation. La lumière se ferait d'elle-même, sous l'influence des académies et des hommes éclairés.

» 2° La découverte de la vaccine aurait ainsi du moins le mérite incontestable de faciliter une transition heureuse, et de rendre l'inoculation traditionnelle en France, comme elle l'est depuis un temps immémorial en Afrique et dans l'Inde. » (*Id.*, 22 mai 1849.)

Lorsque les vaccinés ne présentent pas des cicatrices apparentes, M. Grégory élève des doutes sur la réalité de leur vaccine et les range dans une section particulière. Tout en applaudissant à cette prudence, je dois faire observer que des sujets également bien vaccinés ne portent pas tous des cicatrices uniformes de vaccin; que les cicatrices sont profondes, larges chez les enfants bouffis, scrofuleux, mais généralement très peu apparentes et sans aucune dépression chez les autres; enfin, et cette raison pour le savant médecin de l'hôpital des Variolés est majeure, il n'est entré dans la section de ceux qui allèguent une vaccine antérieure, mais sans cicatrices apparentes, aucun sujet avant l'âge de dix ans, tandis qu'au contraire parmi les non vaccinés à ce même âge de nombreux sujets sont atteints de variole. La mortalité parmi ceux qui se disent vaccinés, mais sans montrer de cicatrices, étant fort grande, elle doit pour une forte partie entrer dans la section des vaccinés avec cicatrices où elle l'est moins. Ce raisonnement a pour but de donner une nouvelle force aux arguments de ce judicieux confrère, lorsqu'il dit que les vaccinés atteints de variole ont fort gravement souffert de la fièvre secondaire, et que ceux qui en appellent aux registres mortuaires comme preuve du mérite de la vaccine doivent le faire sans triompher.

Le docteur G. Grégory trouve dans la vaccine, qui est en même temps un préservatif temporaire et une pratique bénigne pour l'enfance, un sujet de satisfaire et au delà les vœux des vaccinophiles. Ce qui sous la plume de cet honorable confrère est l'objet de ses louanges ne peut pas l'être sous la mienne. « L'épargne faite sur l'enfance, dit M. Carnot, est gaspillée par l'adolescence et la jeunesse. » En effet, ces nombreux enfants préservés ne le sont que temporairement; la variole non modifiée, mais retardée, déplacée dans l'âge, comme il en convient lui-même, les attend plus tard pour les frapper avec une intensité qui n'a rien perdu de sa force primitive; elle a deux moyens pour cela : une forme faciale et une forme viscérale, forme apparente, forme latente. « Dans tous les temps et dans tous les pays, l'agent de la variole a toujours eu deux modes d'action : l'un *externe*, l'autre interne. » (H. Carnot.)

Entre le médecin de Londres et M. Carnot et moi, il ne peut cependant exister aucune dissidence. Une pratique longue, éclairée par le savoir et l'expérience d'un demi-siècle a fait reconnaître au premier que la vaccine avait déplacé la variole dans l'âge; il est d'accord sur les prémisses d'une proposition qu'il acceptera entière; il dira donc avec l'illustre statisticien et moi : *La vaccine a déplacé la variole dans l'âge et dans l'organe.* »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur la péricardite.

(Suite. — *Voir* le numéro du 23 octobre 1852.)

La période de la péricardite aiguë intermédiaire aux accidents intenses et au rétablissement complet constitue en quelque sorte la forme caractéristique que présentent les symptômes de la péricardite chronique ou latente; il s'en

faut de beaucoup que l'inflammation se montre toujours telle que nous venons de la décrire; dans un grand nombre de cas, on voit des personnes qui, au milieu de la santé la plus parfaite en apparence, se trouvent subitement atteintes pendant la marche d'une douleur obtuse sous l'influence de laquelle elles portent involontairement la main à la région précordiale; elles se mettent au lit tourmentées par un sentiment d'anxiété et par des douleurs qui occupent principalement l'appendice xyphoïde; la respiration leur est impossible dans le décubitus dorsal; elles prennent la position assise et inclinent le tronc du côté gauche. Les digestions s'accomplissent avec difficulté et aggravent le malaise qui existe dans leurs intervalles. La chaleur de la peau est plus élevée que de coutume; un mouvement fébrile, rarement continu, plus souvent erratique, s'ajoute aux autres symptômes.

Les phénomènes morbides peuvent demeurer stationnaires pendant plusieurs semaines; en général, ils acquièrent au bout d'un certain temps une intensité nouvelle; la gêne de la respiration, l'anxiété du côté de la région précordiale deviennent plus prononcées et s'exagèrent à un degré extrême lorsque le malade essaie de marcher ou même de se tenir dans la position verticale. Les extrémités sont pâles et ont de la tendance à se refroidir. La partie de la paroi thoracique qui correspond au cœur offre une voussure anormale; les battements de l'organe central de la circulation sont obscurs et désordonnés; il existe entre l'énergie dont ils sont doués et le degré de force de la circulation périphérique une disproportion des plus manifestes.

L'affection arrivée à cette période persiste pendant un temps plus ou moins long avec des variations diverses dans son intensité.

Des symptômes de la péricardite aiguë et de la péricardite chronique, il convient de rapprocher la description des phénomènes qui constituent les signes physiques de la maladie; ces phénomènes s'expliquent par les modifications anatomiques qu'entraîne avec elle l'inflammation, dont ils permettent d'apprécier la nature, le siége et l'étendue.

Aussitôt que la péricardite se déclare, la région précordiale éprouve un soulèvement anormal; de là résulte une saillie qu'il n'est pas toujours facile de constater, soit à cause de l'obésité qu'on rencontre chez certains malades, soit parce que le côté droit de la poitrine est naturellement plus développé que le côté gauche et réciproquement.

Lorsqu'on vient à presser la partie inférieure et interne de la région précordiale, on provoque des douleurs qui par leur siége correspondent aux douleurs spontanées.

La matité qui répond à la région du cœur augmente dans ses limites et dans son intensité; une observation attentive fait reconnaître qu'elle s'élève de bas en haut et que le bord antérieur du poumon gauche est progressivement refoulé vers le côté externe de la poitrine. A une certaine époque, cette matité devient absolue; à mesure qu'elle fait des progrès, l'impulsion à laquelle donnent lieu les systoles du cœur s'affaiblit de plus en plus; il arrive un moment où la main appliquée sur la paroi thoracique, au lieu d'un choc nettement circonscrit, perçoit un soulèvement en masse qui se fait sentir dans une grande étendue.

Au début de la maladie, alors qu'un épanchement peu considérable occupe la cavité du péricarde, on peut s'assurer à l'aide de l'auscultation que les bruits du cœur conservent leurs caractères habituels, et constater en même temps l'existence d'un bruit de frottement qui semble se passer sous l'oreille: ce bruit de frottement correspond aux deux mouvements du cœur; il est très court; il diffère du bruit de frottement sec qui accompagne les palpitations dans l'état physiologique; plus grave et plus rude, il a manifestement pour origine le froissement réciproque de surfaces rugueuses et molles. Il disparaît lorsque la voussure et la matité précordiales atteignent un certain degré; les battements du cœur deviennent en même temps obscurs et éloignés.

Le bord antérieur du poumon gauche décèle sa présence par la sonorité et le bruit respiratoire normal que la percussion et l'auscultation font découvrir à son niveau; il est donc possible de déterminer exactement sa position et par suite de mesurer le déplacement qu'il éprouve pendant la période d'accroissement de la maladie.

Lorsque la voussure et la matité de la région précordiale sont très marquées et très étendues, l'oreille appliquée sur la partie de la poitrine qui correspond à la base du cœur entend un bruit de frottement sec qui se perd insensiblement sur le trajet de l'aorte; ce bruit de frottement a son siége dans les grosses artères, dont la base est comprimée par l'épanchement considérable qui distend le péricarde et dont l'axe est dévié par suite du déplacement imprimé à l'organe central de la circulation. Il diminue et disparaît avec la résorption du liquide déposé en excès dans la cavité péricardiaque.

Il est un signe que nous avons indiqué depuis longtemps, et qu'on rencontre à la fois dans la péricardite aiguë et dans la péricardite chronique, nous voulons parler de l'égophonie. Lorsqu'on promène l'oreille appliquée sur la région précordiale, de la pointe du cœur à la base, le long du sternum, et en général sur le trajet des limites de la poche péricardiaque, on perçoit, aussitôt que le malade vient à parler, des vibrations comparables à celles d'une voix de chèvre ou d'une corde de basse.

La résonnance égophonique de la voix constitue, à nos yeux, un phénomène d'une grande valeur séméiologique; elle est toujours facile à constater. D'un autre côté, l'auscultation, en faisant entendre le bruit respiratoire normal dans le bord antérieur du poumon gauche et du poumon droit, permet de reconnaître si elle coïncide avec une pleurésie ou un épanchement pleural. Elle est due sans aucun doute aux vibrations que l'air, mis en mouvement dans les cellules pulmonaires, transmet, à travers les parois du péricarde, au liquide contenu dans l'intérieur de sa cavité.

A mesure que diminue l'épanchement séreux l'égophonie s'efface, de nouveaux bruits de frottement apparaissent.

Nous avons exposé les symptômes et les signes de la péricardite; il nous reste, pour compléter la description de la maladie, à parler des désordres anatomiques qui la caractérisent. Lorsque ces désordres seront une fois connus, nous pourrons faire comprendre sans peine le mode de production des accidents dont elle s'accompagne, des troubles qu'elle introduit dans les fonctions du cœur, et des dangers qu'elle entraîne pour l'existence des maladcs.

Les lésions anatomiques que comprend la péricardite sont de deux ordres: les premières, et les plus importantes, se rattachent aux membranes péricardiaques proprement dites; les secondes portent sur le cœur et les gros vaisseaux; elles n'offrent qu'un intérêt secondaire.

Comme toutes les inflammations qui prennent naissance dans les séreuses, la péricardite détermine un épanchement de sérosité tenant en suspension une quantité plus ou moins grande de matière coagulable composée d'albumine et d'une faible proportion de fibrine. A mesure que l'inflammation fait des progrès, l'épanchement augmente, et la matière coagulable se dépose à la surface interne de la membrane séreuse sous la forme d'une couche qui, d'abord très mince, devient chaque jour de plus en plus épaisse.

Il est à remarquer que le dépôt de matière coagulable auquel nous venons de faire allusion se produit dès le début de la péricardite. Aussi, lorsqu'on examine l'intérieur du péricarde sur des individus qui ont succombé très peu d'instants après l'invasion de la maladie, trouve-t-on, indépendamment d'un liquide séreux plus ou moins abondant, une matière plastique, visqueuse, incolore et diaphane qui recouvre, à la manière d'un vernis transparent, la superficie de la membrane séreuse.

Dans un degré un peu plus avancé, on peut découvrir l'existence d'un réseau vasculaire qui a pour siége le tissu cellulaire par lequel le feuillet séreux du péricarde est soudé aux parties sous-jacentes. Il arrive un moment où cette lésion d'un nouvel ordre se traduit par des marbrures et des taches rouges assez manifestes pour modifier la couleur de la membrane fibreuse péricardiaque, il devient alors possible de distinguer, au travers de la plèvre, les vaisseaux sanguins à l'injection desquels elle est due.

L'épanchement cependant augmente de quantité; le liquide dans lequel il consiste se réunit dans les parties les plus déclives, en dehors de la pointe du cœur; peu à peu il produit une distension aux effets de laquelle la poche péricardiaque, en raison de son mode d'union avec les organes voisins, cède principalement par son segment externe. Son niveau s'élevant chaque jour davantage, il finit par envelopper la totalité de la surface du cœur et détruire entièrement les rapports de contiguïté de la séreuse pariétale avec la séreuse viscérale.

C'est, en général, à ce moment qu'on trouve la paroi interne de la poche péricardiaque tapissée dans toute son étendue par une couche de matière coagulable dont les caractères actuels et les modifications ultérieures méritent d'être indiqués avec soin.

Que l'on se figure une fausse membrane de couleur blanche, de densité assez grande, à surface rugueuse, inégale, et creusée d'excavations alvéolées, que sur ces dépressions et dans leurs intervalles on se représente disséminés des appendices filamenteux et flottants, et l'on aura une idée exacte de l'aspect général sous lequel se montre l'enduit albumineux déposé dans l'intérieur du péricarde. C'est cet aspect général que les auteurs ont voulu peindre dans ce qu'il a de plus saillant lorsqu'ils ont donné à la fausse membrane le nom de fausse membrane alvéolée. Laënnec, avec beaucoup de raison, a comparé l'état des deux feuillets de la séreuse péricardiaque à celui de deux surfaces solides que l'on aurait fait adhérer entre elles par l'intermédiaire d'un corps gras, et dont on aurait ensuite détruit l'adhésion par une séparation brusque et rapide.

L'état de mollesse des fausses membranes à une époque où elles ne sont pas encore solidement organisées, les mouvements du cœur, qui rapprochent et écartent tour à tour les surfaces opposées qu'elles revêtent, expliquent suffisamment l'apparence inégale qui leur est propre, apparence sur laquelle la comparaison que nous venons de rapporter a l'avantage de fixer immédiatement l'esprit.

La matière coagulable constitue fréquemment plusieurs couches superposées dont le degré de résistance augmente des plus superficielles aux plus profondes; ces couches, qu'il est possible d'isoler les unes des autres, indiquent, selon toute vraisemblance, des temps d'arrêt et de reprise dans l'inflammation, qui est, comme on sait, l'origine de la sécrétion séroplastique.

Lorsqu'on sépare avec précaution les fausses membranes de la membrane séreuse du péricarde, on remarque entre les premières et la seconde une légère adhérence; avec le secours d'un instrument d'optique on reconnaît que cette adhérence est déterminée par des points isolés qui forment la base d'autant de filaments. Sous l'influence d'une traction lente et uniforme, les filaments s'allongent et finissent par se rompre. Dans une époque plus avancée de la maladie on découvre des rudiments d'organisation: au-dessous des couches plastiques les plus anciennes, sur la surface des membranes séreuses, apparaissent en premier lieu de petits points rouges constitués soit par l'extravasion de matière sanguine dans l'épaisseur même de la membrane, soit par un lacis vasculaire très serré; à quelques-uns des points rouges correspondants dans la fausse membrane, des points rouges analogues qui se déchirent dans leur milieu et laissent apercevoir un ou plusieurs vaisseaux capillaires au moment où l'on détache les couches de matière plastique de la surface à laquelle elles sont unies. Plus tard on voit des stries sanguines qui s'étendent en différentes directions dans les membranes de nouvelle formation; ce sont les premiers linéaments des vaisseaux destinés à établir bientôt une communication entre ces membranes et la séreuse, et à constituer leur organisation définitive.

Pendant que ces phénomènes s'accomplissent, la cavité du péricarde continue d'être occupée par un épanchement plus ou moins abondant; il peut arriver néanmoins qu'une résorption s'opère, et qu'à l'époque où la vascularisation des fausses membranes est accomplie on rencontre à peine quelques traces de liquide. Dans ces conditions, les surfaces opposées du péricarde sont soudées entre elles sur une étendue variable et d'une manière plus ou moins lâche par des brides et des filaments membraneux pourvus de vaisseaux capillaires. Vers la base du cœur, sur les oreillettes, au fond des sillons qui séparent les ventricules des oreillettes et les ventricules entre eux; dans tous les points, en un mot, où l'influence des mouvements de l'organe central de la circulation se fait sentir à un moindre degré, le travail d'organisation est habituellement plus avancé que dans les autres parties.

A mesure que l'inflammation décroît, les fausses membranes subissent des transformations par lesquelles elles se rapprochent de plus en plus des tissus vivants; leur solidité et leur élasticité augmentent peu à peu; lorsque les dernières traces de péricardite ont disparu, elles représentent des plaques qui, étendues sur les parois opposées de la cavité séreuse, sont unies les unes aux autres par l'intermédiaire d'un véritable tissu cellulaire.

A un moment donné, le tissu cellulaire et les adhérences qu'il servait à établir cessent d'exister; on ne trouve plus alors que des plaques saillantes à la surface desquelles flottent quelques débris filamenteux; ces plaques sont remplacées plus tard par des taches qui forment un relief à peine sensible et se confondent intimement avec la séreuse péricardiaque: elles consistent dans du tissu celluleux ou cellulofibreux, quelquefois dans un véritable tissu cartilagineux.

A.-H. Margerie.

Des purgatifs salins.

La révolution faite par Broussais dans la thérapeutique médicale avait pour ainsi dire banni les purgatifs de la pratique de la médecine. C'étaient des médicaments incendiaires, selon l'école physiologique, qui allaient ajouter aux désordres de l'irritation organique les désordres plus grands encore de leur irritation propre. Pendant près d'un quart de siècle, la médecine française a vécu sur cette idée et a pratiqué en conséquence.

Une heureuse réaction s'est bientôt fait sentir. L'observation de nos prédécesseurs a été reprise et confirmée par les observateurs modernes, justice a été faite des exagérations de Broussais et de son école, et l'emploi des purgatifs a repris la place qu'il n'aurait jamais dû perdre dans toute pratique intelligente et rationnelle.

Les purgatifs salins, entre autres, étaient certainement ceux qui méritaient le moins l'ostracisme de Broussais. Presque indifférente sur la membrane muqueuse de l'estomac, leur action sur l'intestin est presque tout endosmotique, comme l'ont prouvé les recherches modernes, et la prétendue irritation qu'ils procuraient n'est plus qu'une théorie chimérique universellement abandonnée.

Sydenham disait qu'il ne comprenait pas la pratique de la médecine sans la lancette et sans l'opium. L'Hippocrate anglais aurait dû ajouter: et sans les purgatifs salins, qui rendent de si grands services aux praticiens. C'est surtout dans la saison chaude de l'année que les indications peuvent être merveilleusement remplies par les purgatifs salins, à l'exclusion des drastiques, qui présentent alors de véritables inconvénients.

Le choix de ces purgatifs n'est indifférent ni pour les médecins, ni surtout pour les malades. Il y a quelques années à peine, on aurait dit que la pratique en était réduite, à cet égard, au sulfate de magnésie dans ses divers véhicules de bouillon aux herbes ou de bouillon de veau, ou bien dissous dans de l'eau chargée d'acide carbonique, à l'état d'eau de Sedlitz artificielle. Il en faut convenir, ce sont là d'affreux breuvages, pour l'ingestion desquels il faut s'armer d'un grand courage.

Grâce à la découverte de M. Rogé, la thérapeutique est en possession aujourd'hui d'un purgatif aussi sûr qu'agréable, qui purge *tutò* et *jucundè*, comme l'a très bien dit le savant rapporteur de l'Académie de médecine, M. Soubeyran, qui possède toute l'efficacité de l'eau de Sedlitz sans en avoir l'amer déboire, sans occasionner de coliques ni aucune espèce d'accident.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui la limonade au citrate de magnésie, purgatif précieux, si recherché des malades qu'il n'est plus possible de les soumettre aux épreuves de l'eau de Sedlitz. Mais tous les praticiens ne savent pas encore que M. Rogé n'a pas borné son zèle à la découverte de la limonade, facilement altérable, peu commode d'ailleurs à transporter, et dont les malades privilégiés des villes peuvent seuls à peu près faire usage.

M. Rogé a complété sa découverte en donnant sous le nom de poudre purgative de Rogé un produit à l'état sec et pulvérulent, d'une longue conservation, facilement transportable, représentant exactement tous les éléments, *moins l'eau*, qui constituent sa limonade purgative à 50 grammes de citrate de magnésie. Au moyen de cette poudre, et par une simple dissolution dans l'eau, on peut immédiatement se procurer une limonade purgative aussi agréable, aussi efficace que celles préparées dans sa pharmacie. Il suffit, pour cela, de faire dissoudre cette poudre purgative dans une bouteille d'eau bien bouchée, afin que les gaz ne s'échappent pas, d'agiter le mélange et d'attendre trois quarts d'heure que la solution complète soit opérée.

M. Rogé prépare aussi avec le citrate de magnésie des *pastilles laxatives* dont l'usage se généralise de plus en plus pour remplir une indication assez fréquente dans la pratique de l'art, l'effet laxatif continu. Ces pastilles sont aussi très commodes aux personnes qui ne peuvent supporter les purgatifs liquides; elles sont précieuses surtout pour la médecine des enfants, chez lesquels un petit nombre de ces pastilles suffit pour obtenir un effet purgatif efficace.

Dr D...

Documents académiques et scientifiques, pratiques et administratifs, sur le TANNATE DE QUININE de M. Barreswil. — Prix: 75 centimes. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille 19.

La facilité avec laquelle le tannate de quinine peut être sophistiqué n'a pas échappé à l'attention des commissaires de l'Académie, dont le rapport se termine ainsi: « Rappelons, en terminant, » que ce nouveau produit pharmaceutique, substitué au sulfate » de quinine, peut, en raison de son état amorphe et pulvérulent, se prêter plus facilement aux falsifications que le sulfate » (le sulfate de quinine a été sophistiqué par plus de vingt substances diverses), qui est toujours vendu cristallisé. Cette circonstance doit tenir en garde les praticiens qui seraient dans » le cas d'employer le tannate de quinine. »

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 130. — MARDI. — JEUDI 4 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 130. — MARDI. — JEUDI 4 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois..... 16 » Un an...... 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. Séance annuelle de rentrée de la Faculté de médecine. — Discours de M. le professeur Piorry. — Société de chirurgie, séance du 13 octobre. Restauration de la lèvre inférieure à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse. — Luxation du cristallin. — Tumeur pulsatile siégeant à la partie supérieure de l'humérus droit. — Suite de la discussion du rapport de M. Gosselin sur le travail de M. Richet. — Correspondance. — Luxation de l'humérus avec arrachement de la grosse tubérosité. Conséquences de la position dans le traitement. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1852.

Séance annuelle de rentrée

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La Faculté a fait aujourd'hui sa rentrée avec le cérémonial accoutumé. M. Piorry a été chargé de prononcer, au nom de la Faculté, l'éloge du vénérable M. Fouquier. La tâche était facile, mais un peu courte. Pour répondre aux exigences de la solennité, M. Piorry a été obligé de l'étendre, et il a dans ce but présenté l'esquisse rapide de l'état et des progrès de la médecine pendant le dernier demi-siècle, c'est-à-dire pendant la période à laquelle Fouquier a assisté moins en acteur qu'en spectateur presque désintéressé. Les éloges officiels ne sont pas faits pour être médités et critiqués de sang-froid, même alors que le héros n'y occupe qu'une place accessoire, comme dans celui de M. Piorry. Pour bien juger les œuvres de ce genre, il faut être dans l'enceinte où elles se prononcent. Nous nous bornerons donc à dire que le discours de M. Piorry a été accueilli par de chaleureux applaudissements. — H. de Castelnau.

Discours de M. le professeur Piorry.

Messieurs,

Les années qui viennent de s'écouler ont cruellement frappé la Faculté de médecine de Paris. La mort n'a épargné ni les jeunes générations, ni celles qui les avaient précédées.

Alors que la science regrettait Broussais, Dupuytren et Boyer, la tombe se fermait sur A. Bérard, Sansou et Royer-Collard ; Marjolin expirait à côté de Blandin, son élève.

Récemment encore un nouveau trépas est venu augmenter nos douleurs. Achille Richard, digne fils d'un honorable collègue, ce savant dont les élèves suivaient avec entraînement les intéressantes leçons, a cessé d'être. Il venait de voir périr le maître aimé auquel dans sa reconnaissance il avait dédié une plante nouvelle.

Notre Ecole éprouve coup sur coup les pertes les plus sensibles. M. Dumas laisse parmi nous un vide que la science regrette. Nous aimons à le voir revêtu de hautes dignités, mais nous aimions aussi à entendre ses cours utiles et brillants. M. Chomel a cru devoir cesser l'enseignement. Enfin le respectable professeur de clinique médicale, le praticien modeste et consciencieux, le médecin qui réunissait à la dignité professionnelle du vieil âge l'aménité de l'ancienne cour et les mœurs sévères de notre temps, l'honorable Fouquier a succombé.

La Faculté, se rappelant sans doute l'amitié que la reconnaissance m'avait inspirée pour notre collègue et quelques mots prononcés sur sa tombe au nom de l'Académie, m'a confié le soin de vous parler de cet homme de bien.

J'ai compris tout d'abord qu'il était difficile de tracer de M. le professeur Fouquier un tableau tel que le mérite sa mémoire, et tel que le comporte la solennité de cette séance.

Les années de bonheur enregistrées par l'histoire s'oublient facilement. On parle à peine des siècles paisibles; les jours des grandes calamités publiques restent profondément gravés dans la mémoire. Il en est ainsi de l'intérêt qui s'attache aux hommes : Tibère, Néron, Louis XI marquent plus dans les souvenirs que Titus, Marc-Aurèle, Louis XII. Pour frapper l'imagination il faut de l'agitation, des catastrophes. Une vie calme, honnête et utile inspire plutôt de l'estime que de l'admiration, et une telle vie fut celle de Fouquier.

Quand il s'est agi de représenter Desgenettes s'associant au pied des Pyramides à la gloire du grand homme, et s'inoculant le mal qui décimait notre généreuse armée; quand on avait à retracer le génie réformateur et la polémique incisive du chef illustre de l'Ecole physiologique, ou le talent fécond de Dupuytren animé par ces luttes acharnées et par ces éclatants succès qui ont signalé profondément sa carrière, il y avait là quelque chose de fortement accentué qui prêtait au discours un charme encore augmenté par le mérite des orateurs qui dessinaient le portrait de ces hommes d'élite.

Notre honorable collègue et mon maître, M. le professeur Roux, a trouvé dans une remarquable comparaison établie entre les utiles et consciencieux travaux de Boyer et les recherches de l'immortel Bichat le texte d'un discours qui de longtemps ne sera oublié. Il a su relever encore par la forme l'intérêt qui résultait d'un rapprochement ingénieux établi entre des intelligences de premier ordre.

Si différent sous le rapport des pensées et des études, je n'espère pas m'élever à de telles hauteurs, et mon seul désir est de répondre, autant qu'il est en moi, à la confiance dont la Faculté a bien voulu m'honorer.

La voix éloquente de Bossuet fit sortir de la tombe des rois de religieux enseignements. L'orateur sacré trouva dans les prospérités et dans les désastres des princes, dans les subites péripéties de leur fortune, ces exemples saisissants qui font voir combien les espérances humaines sont fragiles, et que la stabilité du bonheur est dans la conscience et dans l'espoir d'une autre vie.

Lorsque le médecin revêtu aussi d'un caractère sacré, d'un sacerdoce humanitaire, est appelé à exposer l'histoire d'un praticien expérimenté et d'un professeur habile, il doit y puiser des faits et des considérations dont la science et l'enseignement puissent tirer parti.

L'existence d'un savant et d'un homme honnête conduit à rendre ceux qui la connaissent plus instruits et meilleurs. Le progrès a dû nécessairement avoir fait quelques pas durant une vie médicale de cinquante années. Il me semble digne de la mémoire de notre collègue, et conforme aux intentions de la Faculté de tracer une esquisse rapide des doctrines et des découvertes principales dont Fouquier a été le témoin; de montrer comment il a accueilli les vérités nouvelles et ceux qui les proclamaient, et de faire voir enfin la part qu'il a prise au mouvement scientifique. Peut-être résultera-t-il de cette manière de considérer les faits des aperçus historiques propres à rappeler quelles ont été les principales opinions qui, depuis un demi-siècle, se sont succédé, et quelle est la marche que pendant cette période de temps la science a suivie. Peut-être aussi servira-t-elle à faire pressentir quel est l'esprit général qui doit maintenant diriger les études médicales et les travaux d'une jeunesse studieuse. Je m'estimerais heureux, messieurs, si les élèves sortaient de cet amphithéâtre plus instruits qu'en y entrant, et si je parvenais à peindre le respectable Fouquier avec des couleurs assez vives pour faire voir son honorabilité, sa haute convenance, son dévouement, soit aux malades, soit à la science, et sa bienveillance polie pour ses confrères.

C'est avec ce siècle qu'a commencé la vie médicale de Fouquier. Il était né d'une famille d'honnêtes agriculteurs, à Moisseny, près Saint-Quentin, ville où il avait fait ses humanités. Sans doute ces premières études furent excellentes; car plus tard, en 1823 et 1824, il publia, conjointement avec M. Ratier, une édition latine et une traduction de Celse, sur lesquelles M. le professeur Requin a donné de remarquables annotations bibliographiques.

En 1800, notre collègue était parvenu à la vingt-quatrième année de son âge. Après avoir été chirurgien sous-aide à l'Ecole de Mars, il étudia dans l'Ecole de Santé, fut élève de Dessault, acquit le droit d'exercer la médecine le 2 fructidor an X, et reçut le diplôme de docteur le 29 thermidor an XI. Bien que se livrant parfois aux études littéraires et mathématiques, l'occupation de presque toute sa vie fut d'acquérir une instruction médicale solide.

Pour donner une idée juste de ce qu'était alors la médecine, il suffit de lire l'épigraphe que Fouquier inscrivit en 1805 sur le titre de sa traduction de l'ouvrage latin de Brown; épigraphe qu'il emprunta à la préface de cet écrit systématique. « La médecine, dit-il, est un art conjectural rempli d'incohérences, et faux dans » presque toutes ses parties. » Frappé sans doute de ces conjectures, de ces incohérences, de ces faussetés, Fouquier semblait alors, et en désespoir de cause, venir se réfugier dans les hypothèses du médecin d'Edimbourg, et se demandait avec lui « si cet art conjectural et menteur ne serait pas enfin ramené à une science certaine qui pût être appelée la science de la vie? »

(Cette science de la vie dont il voulait parler a été la doctrine brownienne de l'incitabilité.)

A cette question, les faits et la raison ont répondu par une négation désespérante. N'allez pas croire cependant, messieurs, que Fouquier et que Brown lui-même ne sentissent pas dès lors l'immense utilité du positivisme en médecine, et du diagnostic des états matériels.

Fouquier, comme pour soumettre les idées du médecin écossais à l'expérimentation clinique, dédia sa traduction à l'illustre médecin qui avait vulgarisé la percussion d'Avenbrugger; à l'auteur du *Traité des maladies du cœur*, au professeur qui avait élevé la doctrine médicale de Paris à un haut degré de splendeur, et organisé la Société d'instruction médicale, à Corvisart enfin dont il avait suivi les leçons, et que Napoléon avait choisi pour son premier médecin, sans doute parce que le talent de l'observation de l'homme de science était en harmonie avec la lucidité d'esprit et le génie pratique de l'empereur.

Brown, tout en se livrant à de brillantes et vaines hypothèses, s'écrie : « Sachez ce qu'il y a de nécessaire en anatomie; ne perdez » pas le temps à des choses superflues ; étudiez l'illustre Morga- » gni ; ouvrez des cadavres, connaissez les causes cachées par les » effets encore subsistants. » (*Eléments de médecine* de Brown, traduits par Fouquier, p. 52.) Mais ces idées étaient bien loin d'être générales. L'épigraphe de Fouquier n'était que trop juste.

Les faits positifs étaient rares, incomplets; on n'en avait pas déduit d'inductions nettes et précises; les généralisations qu'on en faisait n'étaient que partielles; les hypothèses se heurtaient; on ne s'accordait ni en diagnose, ni en doctrine, ni en pratique, et les médecins au lit du malade ne justifiaient que trop encore les railleries dont l'immortel auteur du *Misanthrope* et le spirituel Beaumarchais avaient stigmatisé la médecine.

Les idées humorales, comme Galien et Fernel les avaient comprises, comptaient encore un grand nombre de partisans. Si les hypothèses mécaniques de Boerhaave, de cet homme de génie dont on n'étudie pas assez les écrits, étaient en partie tombées, les explications chimiques incomplètes et erronées les avaient remplacées; l'animisme pur de Stahl avait fait son temps; mais les hypothèses brillantes de Barthès sur le principe de la vie et les idées ingénieuses de Bichat relatives aux propriétés vitales planaient en quelque sorte sur la médecine, et il semblait que la nature était la raison occulte qui, sous des noms divins, gouvernait l'organisation, réglait harmonieusement ses ressorts ; et la pratique la plus sage, aux yeux du grand nombre, était de regarder, d'observer, d'admirer et de rester immobile dans la contemplation!

Chacun arrangeait l'organisme à sa manière. Pour Cullen, c'était surtout dans les fibrilles nerveuses que se passaient les phénomènes des maladies; pour d'autres, les petits vaisseaux, soit sanguins, soit lymphatiques, dont on analysait soigneusement et hypothétiquement les propriétés vitales, étaient le siége des lésions primitives; le plus souvent ce n'était pas les organes que l'on croyait être malades, c'étaient les forces qui se trouvaient ellesmêmes altérées; de sorte que l'on ne cherchait pas des médicaments pour remédier à un état organique moléculaire, mais des agents subtils qui pussent porter leur action sur la sensibilité, l'irritabilité, la contractilité, l'incitabilité, l'excitabilité, le principe vital, sur la vie, etc.

Dans toutes ces idées, l'expérience avait été fort peu consultée; mais on avait fait des théories, et, comme celles-ci ne reposaient pas sur des observations sévères et nombreuses, il en résultait au lit du malade d'amères déceptions: aussi la plupart des praticiens, désabusés de ces illusions systématiques, ne croyaient plus à l'utilité de l'anatomie en médecine (est-ce à dire qu'ils ne croyaient pas à la science médicale?). Pour eux la physiologie était un roman, et ils se donnaient garde de l'appliquer.

L'admirable ouvrage de Haller, les découvertes de Harrée, de Godwin, de Bichat étaient à leurs yeux des conceptions spéculatives ou des faits sans portée clinique; les progrès de la chimie ou de la physique, ils en comprenaient à peine les rapports avec la pathologie. Les uns, solidistes exclusifs, luttaient avec le vieil humorisme des autres. La pathogénie était un chaos où la raison n'entrevoyait pas de lueur pour éclairer sa marche; aussi les bons esprits, fatigués de toutes ces divergences, de cent théories contradictoires, invoquaient-ils la mémoire du grand médecin des temps antiques qui spéculait peu, observait beaucoup.

Ils regardaient comme des médecins accomplis Hippocrate et Sydenham, qui, s'ils eussent vécu dans le temps où nous sommes, se fussent faits les meilleurs anatomistes possibles, les physiologistes les plus consommés, les praticiens les plus versés dans le diagnose, et qui, tout en cherchant à utiliser les faits physiques et chimiques et à se prémunir contre les exagérations, seraient parvenus à posséder de hautes connaissances en chirurgie et de grands talents en médecine clinique.

Du reste, depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à l'époque où Fouquier commença à exercer la médecine et même jusqu'à des temps plus rapprochés de nous, on s'est infiniment plus occupé de spécifier, d'individualiser, de distinguer les maladies, ou encore de les classer, de les reconnaître et enfin de les combattre directement, que d'analyser et de déterminer les lésions organiques qui leur donnent lieu, que d'apprécier les relations physiologiques existant entre les organes malades ou que de préciser rigoureusement les états anatomiques, leurs causes et les moyens rationnels ou empiriques d'y porter remède.

Et cependant on ne s'entendait en rien sur les individualités dites maladies, sur leurs caractères, sur leur nombre; on disputait pour savoir à quelle fièvre il fallait rapporter les symptômes qu'avait éprouvés Périclès d'Abdine ou tout autre malade mentionné par Hippocrate dans le livre des *Epidémies*. On recherchait ce que Cœlius Aurelianus avait voulu désigner sous le nom de cardiacie, ou encore ce qu'il fallait voir dans le rhumatisme décrit par Baillon, dans celui admis par Sarcone ou dans l'arthritis des anciens auteurs.

Tout d'abord le mot *fièvre* était imposé à une maladie; mais la question était de déterminer quelle était l'espèce de cette fièvre : si c'était la synoque putris ou imputris, l'inflammatoire, la bilieuse ou la muqueuse, la fièvre putride ou maligne, ou encore la putride maligne; s'il s'agissait d'une hémitritée ou d'une amphimérinée, ou d'une fièvre lente nerveuse, d'une fièvre typhoïde ou d'une continente, d'une hectique ou d'une catarrhale; et, ce qui était plus pratique, si l'on avait affaire à une fièvre continue, rémittente ou intermittente ; ces dernières étant reconnues très différentes entre elles, suivant qu'elles étaient quotidiennes, tierces, quartes, double tierces, double quartes, quintanes, mensuelles, annuelles, etc. ; venait-on enfin à caractériser une espèce de fièvre (et plusieurs jours de traitement passaient le plus souvent avant que l'on n'y parvînt), on croyait avec Sydenham que la maladie de telle année était différente de celle de telle autre année, et que la constitution médicale (la plus obscure des constitutions que l'on puisse voir) était une sorte de protée dévoilée seulement par les effets du traitement et qui changeait comme le caractère du mal. Il y avait des fièvres saisonnières, vernales, estivales, automnales, etc. ; et il était arrivé déjà que des médecins, ayant vu enfin qu'un certain nombre d'affections fébriles correspondait à des lésions d'organes, leur avaient donné les noms de cérébrale, péripneumonique, gastrique, dysentérique, etc. Etait-il possible, messieurs, de comprendre quelque chose à une telle science et à ce langage aussi obscur que les faits dont il devait être l'expression? Ceux qui s'élèvent encore contre la médecine moderne et contre son positivisme donnent-ils en agissant ainsi des preuves d'une instruction solide et d'un bon esprit ?

Ce n'est pas que des hommes d'élite n'eussent fait de louables efforts pour sortir de cette étrange confusion.

Linné avait cherché à classer les maladies, à les rapprocher par leurs analogies et à les éloigner par leurs dissemblances. Sauvages, ne sachant comment se tirer de la confusion qui régnait dans les

idées relatives aux symptômes et aux maladies, fit de chaque phénomène existant en plus dans un état morbide une affection particulière et en admit quelques milliers, tandis que Cullen les réduisit à un petit nombre. C'était à peu près là que la science était arrivée; c'était au moment où Bonnet, Valsalva, Morgagni, Sandifon, Ballie, etc., avaient posé les premiers linéaments de l'anatomie pathologique, et lorsque Baglivi, Stoll, Rœderer et Wagler avaient publié leurs excellents écrits, que Pinel et Corvisart vinrent porter un vif éclat dans l'édifice incohérent de la médecine de ce temps.

Pinel, dont Fouquier était l'élève, sentit le besoin de se faire aussi classificateur pour analyser, et nomenclateur pour spécifier. Il réduisit à six les innombrables fièvres primitives ou essentielles: l'une, dite angioténique, fut pour lui, comme son nom l'indique, une sorte d'affection tonique et phlegmasique des vaisseaux, et elle se rapportait à la fièvre inflammatoire, à la synoque des anciens; la seconde, dont il plaçait le siége dans les membranes du tube digestif, reçut, en conséquence, le nom de *méningo-gastrique*, et n'était autre que la fièvre bilieuse des auteurs; la troisième était liée à une affection propre aux glandes des membranes, et elle correspondait à la fièvre catarrhale ou muqueuse, et Pinel la nomma *adénoméningée*; tandis qu'attribuant la peste à une affection du système nerveux des glandes il en fit une sixième pyrexie, qu'il appela *adénonerveuse*. Jusque-là organicien, il avait reconnu la liaison intime qui existait entre des maladies et des organes; mais, bien que restant toujours nomenclateur, il cessa bientôt de raisonner de la même façon, et admit tout d'abord une quatrième fièvre qu'il attribua à un défaut de forces, qu'il appela, par conséquent, *adynamique*, et elle se rattachait évidemment à la fièvre putride généralement reconnue. Il décrivit enfin une cinquième pyrexie, dite *ataxique*, dont l'irrégularité, le désordre étaient les caractères dominants, et qui se rapportait à la fièvre maligne des anciens. Pinel ne range pas la fièvre bectique parmi les pyrexies essentielles; la fièvre puerpérale est pour lui, comme pour Gasc, une affection symptomatique des lésions organiques qui surviennent chez les femmes en couches, et la fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serres n'est qu'une inflammation des intestins, qu'une entérite, car, dit-il, on y rencontre dans l'iléon des tuméfactions, des ulcérations, circonstances qui sont les caractères les plus positifs des phlegmasies. *C'est ainsi que Pinel pensait et enseignait en* 1813.

Les phlegmasies, les hémorrhagies, les névroses, les lésions organiques consistant dans un changement survenu dans la structure intime des tissus furent pour l'illustre nosographe et le nomenclateur érudit du commencement de ce siècle les divisions principales des maladies. La plupart de celles-ci reçurent des noms d'organes, de sorte que l'on peut affirmer sans crainte que Broussais a été souvent injuste envers Pinel alors qu'il l'accusait d'ontologisme; car Pinel est un des médecins qui a la plus grande part à l'immense réforme que le temps et les travaux modernes ont apportée dans la médecine.

Corvisart contribua à ce grand mouvement en inspirant le goût des études positives, la tendance vers une diagnose sévère, auxquels devaient nécessairement le conduire les idées qu'il avait puisées dans sa traduction du *Traité de la percussion* d'Avenbrugger, de ce médecin illustre qui, sorti de l'école de Stoll, praticien modeste et alors bien peu connu, sera placé à coup sûr par la postérité au nombre des bienfaiteurs de l'humanité. Corvisart usa de son talent pour ramener la science sur un terrain meilleur, de son crédit auprès du grand homme pour élever la Faculté de Paris à un remarquable degré de prospérité et de gloire.

C'est à une telle époque et dans de telles circonstances que Fouquier se trouva placé, et, de son temps encore, l'enseignement de la médecine pratique n'était pas non plus ce qu'il est aujourd'hui. Avant Stoll, il n'y avait pas, à vrai dire, d'études cliniques régulières. Ce grand médecin eut la gloire de donner à Vienne un modèle d'instruction pratique que la Faculté de Paris adopta et perfectionna. En 1795 (14 frimaire an I) seulement, l'enseignement clinique fut fondé en France, et cette nouveauté était si grande que, peu de temps avant la révolution, les professeurs de l'université de Montpellier étaient privés du droit d'être médecins d'hôpital. C'est à la Charité que l'auteur des *Maladies du cœur* donna ses utiles leçons. Rien ne fut épargné, et l'on voit encore le portique actuellement ouvert pour l'Académie et qui était, à cette époque, l'entrée splendide de l'école clinique. Quelques élèves studieux et parvenus à une époque voisine du doctorat suivaient l'un des deux professeurs (Corvisart et Leroux), rédigeaient des observations détaillées dont un certain nombre a été publié par Tascheron. Tour à tour ces élèves étaient de garde auprès des malades, et se réunissaient dans l'enceinte de l'Ecole de médecine à des jours déterminés en composant ainsi la société d'instruction médicale que la Faculté croira peut-être un jour devoir rétablir. Ce haut enseignement languit alors que Corvisart s'éloigna de l'Ecole, dépérit sous le décanat de Leroux et ne tarda pas à s'éteindre sous celui de Landré-Beauvais.

Ailleurs qu'à la Faculté, l'enseignement au lit du malade avait pour organes quelques médecins des hôpitaux qui faisaient par zèle des leçons particulières utiles, mais nullement obligatoires: Récamier, plus tard M. Rostan se livrèrent à de louables efforts pour que les disciples de l'Ecole de Paris trouvassent des moyens d'instruction pratique que les institutions publiques ne leur donnaient qu'incomplètement.

Nommé médecin de la Charité, Fouquier fut un de ceux qui brillèrent le plus dans cet enseignement particulier, et son auditoire se composait de nombreux élèves dont j'ai eu le bonheur de faire quelquefois partie. Mais quand on compare ce qui existait alors avec ce qui a lieu maintenant, les observations incomplètes de symptômes recueillies dans ces temps avec les données de diagnose anatomique obtenues de nos jours; quand on voit en 1814 et dans les années suivantes Corvisart ne reparaissant plus à l'Ecole et celle-ci n'ayant plus, à vrai dire, qu'une seule clinique médicale et presque déserte dont Leroux, parvenu à un âge avancé, était le professeur, et quand, d'un autre côté, on établit un parallèle entre cet enseignement incomplet et les quatre cours pratiques actuellement suivis par une multitude d'élèves aussi remarquables par leur assiduité que par leur instruction, on est forcé de convenir que la science et les études ont véritablement progressé. En considérant de tels résultats, on peut dire que l'Ecole de Paris a honorablement suivi le mouvement médical, qu'elle s'est parfois élevée à son sommet, et qu'elle a pris en Europe le rang scientifique que notre nation a conquis dans les autres parties des connaissances humaines.

Pour atteindre la hauteur où est parvenue la médecine, il a fallu, messieurs, qu'elle passât par des phases diverses. On n'arriva pas sans secousses d'un passé déplorable à des temps meilleurs. Reprocher à l'art de soulager et de guérir les hommes, d'avoir été entravé par des erreurs systématiques, c'est vouloir qu'il n'ait pas suivi la marche de toute science. Depuis 1789, la médecine, en France, comme notre histoire, a eu ses temps prospères et ses jours néfastes. Les vieilles institutions médicales, incomplètes, insuffisantes, dirigées vers des théories spéculatives, ont tombé comme les errements barbares de la féodalité ont été abattus. Notre science a eu aussi sa période d'anarchie, née le jour où l'enseignement public a été anéanti. Pour la médecine, ainsi a succédé une époque de rénovation marquée, en 1795, par la fondation des écoles de santé. Elle a eu aussi ses luttes qui, bien que scientifiques, n'ont pas été sans gravité, et qui ont consisté en des discussions passionnées qui ont surgi du choc des opinions, des systèmes et des amours-propres ou des intérêts personnels blessés. Nos professeurs, nos maîtres ont connu l'ostracisme et la tardive réparation; mais, en définitive, la science a suivi une marche incessante vers le véritable progrès, qui, nulle part, n'est appuyé sur des hypothèses et sur des théories audacieuses; car il repose sur des faits précis et sur les inductions qui en ressortent.

De ce progrès naquit le rapprochement de plus en plus intime établi entre la médecine et la chirurgie. Ce rapprochement est devenu une sorte de fusion; il a déjà porté ses fruits dans les études civiles et dans la pratique des médecins militaires.

Un jour prochain arrive où les deux branches de l'art se confondront en un seul tronc que la raison et l'expérience ne permettront pas de diviser.

Enfin, l'un des plus grands résultats de ce progrès est l'application complète de l'anatomie, de la physiologie et des autres sciences naturelles à la médecine pratique.

Cherchons à indiquer les divers échelons que depuis Pinel et Corvisart la science a dû gravir pour arriver à l'époque actuelle, et voyons comment Fouquier a accueilli les idées et les faits utiles et applicables qui, depuis 1812 jusqu'à nous, se sont succédé.

Fouquier fut l'élève de Desault, comme de Corvisart et de Pinel; c'est vous dire que, s'il s'était surtout adonné à l'étude de la médecine, il n'avait pas négligé d'acquérir une instruction solide en chirurgie. En publiant une observation sur un cas de transposition des viscères et se livrant pendant toute sa carrière à l'anatomie pathologique, Fouquier prouva que, dans son opinion, la connaissance de l'organisation était le flambeau de la pratique.

Un observateur profond, à intelligence de haute portée, s'était livré, dans les camps, à des études pratiques suivies. Il avait largement et fructueusement ouvert le livre de la nature, et il ne put y trouver les fièvres, les scrofules, les maladies enfin telles que les pathologistes et les nosographes des temps les avaient décrites. Comme il avait rencontré dans d'innombrables cadavres des lésions souvent effroyables, il y reconnut les causes des symptômes observés pendant la vie. Etudiant ces états anatomiques de leur point initial jusqu'à leur terminaison, il crut y voir un phénomène multiforme, mais unique, généralement désigné sous le nom d'inflammation, exprimé dans la nomenclature médicale et dans celle qu'il adopta par la désinence *ite* ou *itis*. Les lésions qu'il rencontra furent donc pour lui presque toutes des phlegmasies. Comme elles étaient souvent lentes dans leur marche, il les caractérisa dans de tels cas par l'épithète grecque de chronique. (*Traité des phlegmasies chroniques.*) Cet homme, aux traits accentués, à la parole puissante et sarcastique, à la conviction entraînante, Broussais enfin, réfléchit et s'écria: « Il n'existe point de maladies, il n'y a que des or- » ganes malades. »

Ce fut là une grande pensée, messieurs; car avant Broussais la maladie était presque exclusivement étudiée, individualisée, classée par ses symptômes, par sa marche et quelquefois aussi par sa cause. Voici, par exemple, ce qu'en 1813 en pensait Pinel: « La » maladie doit être considérée, non comme un assemblage incohé- » rent d'affections renaissantes qu'il faut sans cesse combattre par » des remèdes, *mais comme un tout indivisible depuis son début jus-* » *qu'à sa terminaison, un ensemble régulier de symptômes carac-* » *téristiques et une succession de périodes avec tendance de la nature* » *le plus souvent favorable, et quelquefois funeste.* »

La maladie était alors si bien considérée comme une individualité, si complétement prise pour un être défini, que Pitcairn avait pu se poser ce problème: « Une maladie étant donnée, en trouver » le remède; » et que Pinel y substitua cette autre proposition: « Une maladie étant donnée, déterminer son vrai caractère et le » rang qu'elle doit occuper dans un cadre nosologique. » (*Nosographie philosophique*, 5e édit., Introduct., p. 15, 1813.)

Combien, messieurs, n'y a-t-il pas à gémir sur l'instabilité des pensées humaines! combien peu existe-t-il d'esprits qui sachent rester logiques avec une première intuition! Voici que Broussais, tout d'abord, ne tenant plus compte de sa proposition fondamentale, admit une maladie presque unique, dominant en quelque sorte la pathologie. Cette maladie, qui, à ses yeux aussi, est un tout indivisible qui présente un ensemble régulier de symptômes, une succession de périodes, une tendance favorable ou funeste, est l'inflammation qui existe parfois et spontanément, varie de siége et de degré; mais, en somme, est toujours la même. Elle exige presque partout le repos des organes affectés, des évacuations sanguines et les émollients. L'abstinence est le grand moyen hygiénique qui lui est le mieux opposé. La maladie, *inflammation*, avait, suivant Broussais, une cause vitale et organique; l'*irritation*, travail latent, profond, tenait aux propriétés même de la vie. Bien que mise ordinairement en jeu par des circonstances diverses qui agissaient à la façon de l'épine de Van Helmont, *elle subsistait encore par elle-même* alors que cette épine était extraite. Dans cette hypothèse, la lésion de tissu n'était donc plus le mal, et l'abstraction *irritation* avait donc en quelque sorte fait perdre de vue l'altération de structure.

Vous savez, messieurs, quel fut le succès de cette doctrine, qui, reposant sur des faits anatomiques et physiologiques en apparence exacts, était facile à comprendre, paraissait résoudre bien des difficultés, et qui, par sa simplicité, séduisait les esprits, comme il en arriva à des temps divers pour celle de Thémison, de Brown et de Rasori.

La jeunesse des écoles, entraînée par la verve et la dialectique du maître, adoptait avec enthousiasme ces idées, se pressait dans l'amphithéâtre de la rue des Grès pour suivre ces attrayantes leçons, et au Val-de-Grâce, pour assister à une clinique professée avec une conviction entraînante.

L'*Examen des doctrines médicales*, ouvrage remarquable par une logique serrée et par un véritable talent de discussion, convertit aux théories qu'il défendait un grand nombre de médecins que la pratique désabusait chaque jour des tableaux nosographiques et des opinions décousues qui régnaient dans les anciennes écoles. Bientôt le chef exagère ses propres doctrines; les élèves qu'il avait formés et certains journaux de médecine dépassèrent encore les idées systématiques du Val-de-Grâce, qui s'étendirent par delà les Pyrénées, les Alpes et l'Océan. Les évacuations sanguines, l'abstinence et l'eau furent considérées comme des panacées qu'on appliquait même aux tubercules, au cancer et aux névropathies, et les médecins qui s'élevaient le plus contre les théories de Broussais en imitèrent plus ou moins les applications cliniques.

Fouquier, bien que traducteur de Brown et partisan des idées de Pinel, les défendant même avec un certain degré d'énergie, eut alors le bon esprit de modifier sa pratique; et, tout en admettant encore l'existence de fièvres essentielles, il étudia avec soin les organes malades, tint compte de leurs souffrances, évita de tomber dans l'abus des stimulants, et sut conserver dans les luttes scientifiques du temps (chose rare à cette époque) une très grande modération d'esprit. Il adopta un traitement fondé sur les études anatomiques et sur l'expérimentation, et continua à se livrer à un enseignement utile et à une heureuse pratique.

Cependant des continuateurs de Morgagni, Bayle, Laënnec, Cayol, Cruveilhier, étudièrent avec plus de soin que ne l'avait fait Broussais les altérations organiques, qu'il attribuait presque toujours à l'inflammation. Il leur fut facile de démontrer que le cancer, les tubercules ne sont point des phlegmasies chroniques, que les rougeurs des vaisseaux ne doivent pas être dans tous les cas considérées comme des phlogoses, que le ramollissement de l'estomac est bien loin d'être toujours inflammatoire et que la véritable gastrite est très rare. Un mémoire sur l'abstinence et sur l'alimentation insuffisante prouva que l'on abusait alors infiniment de la privation des aliments. Un autre travail sur les pertes de sang démontra que les saignées excessives sont très dangereuses, que sous leur influence la soif devient vive et que l'appétit se perd, qu'à partir d'un certain degré d'anémie le pouls s'accélère en raison des proportions de sang qui s'écoule et que cette accélération ne constitue pas à beaucoup près un caractère constant d'irritation et de phlegmasie. On prouva encore expérimentalement que la langue ne représente nullement l'image de l'estomac et de l'intestin. M. Magendie fit voir que rien n'était moins physiologique que la médecine dite physiologique. Enfin, de toutes parts l'anatomie pathologique et la méthode expérimentale attaquèrent la doctrine de Broussais, qui perdit plus tard dans l'enseignement public une partie de l'éclat dont les leçons particulières l'avaient fait briller. Fouquier contribua pour sa part à cette réaction; mais là, comme ailleurs, il le fit avec mesure, ne descendit pas dans ses cours à une polémique de personnes et resta toujours ce qu'il avait été auparavant, c'est-à-dire un médecin prudent et cherchant la vérité avec bonne foi.

Cependant Petit et Serres avaient déjà étudié une altération fort remarquable, dont les plaques agminées de Peyer et les glandules de Brunner sont fréquemment le siége. Ils avaient reconnu dans certaines fièvres graves l'existence de cette lésion fidèlement représentée par eux dans des figures coloriées. Ils en avaient exactement décrit les phases diverses, étaient parvenus à remonter aux circonstances dans lesquelles elles se produisaient, et en avaient tracé les symptômes et esquissé le traitement. Beaucoup plus précis que Rœderer et Wagler dans leur description, nomenclateurs, organiciens comme Pinel, ils avaient donné à la collection phénoménale qui était l'expression de ce mal le nom de *fièvre entéro-mésentérique*; chose bien remarquable! Pinel, tout en faisant l'éloge de leur travail, les blâme d'avoir vu dans un tel mal une fièvre essentielle; tandis que, suivant le vénérable nosographe, cette maladie n'est autre chose qu'une inflammation de l'intestin (*Nos. philos.*, t. Ier, p. 418, 496; 5e édition, 1813). Il était loin alors de s'attendre que ses continuateurs n'admettraient plus ultérieurement qu'une seule espèce de fièvre essentielle et que cette fièvre serait dans leur opinion principalement caractérisée par cette même lésion anatomique qu'il regardait comme une phlegmasie.

Les recherches de M. Serres furent continuées. M. Bretonneau se fit aussi nomenclateur en donnant à la même affection le nom de dothinentérie, et il prouva qu'elle était plus commune qu'on ne l'avait pensé. Ses élèves, et notamment M. Trousseau, émirent d'après lui ces idées que la maladie des glandes de Peyer est une éruption intestinale à marche fixe, que sa durée est peu modifiée par le traitement, qu'elle est à l'intestin ce que l'éruption variolique est à la peau, etc.; et M. Louis fit connaître et décrivit d'une manière remarquable les perforations intestinales, accidents trop fréquents des ulcérations de l'iléon; et Bally, trouvant que la valvule iléo-cœcale est souvent malade, étudia cette dernière lésion, et, nomenclateur correct, il donna à un tel mal le nom d'*iléodyclidite*. Beaucoup d'autres auteurs, et surtout M. Bouillaud, firent sur ce sujet de nombreuses et utiles recherches.

Mais contre toute attente, voici ce qui arriva; peu à peu l'idée anatomique fut presque écartée. On admit un état général qui présidait à l'entérapathie observée, et c'est tout au plus si on le rattacha à une altération du sang. On donna à cet ensemble le nom de fièvre, et faisant encore de la nomenclature à racines grecques, on donna à cette fièvre le nom de typhoïde, et cela, soit parce qu'on lui trouvait des ressemblances avec le typhus observé en 1814, soit parce qu'elle avait la stupeur pour caractère. Depuis lors, on appelle ainsi toute collection symptomatique dans laquelle on constatait sa dothénentérie, ou, si l'on veut, l'iléospilopsie qui, encore une fois, était considérée en 1813, par Pinel, comme une phlegmasie intestinale. Dès lors on ne vit plus partout que de la fièvre typhoïde; on n'entendit plus parler que d'elle; elle constitua la pyrétologie entière; elle domina la pathologie, comme naguère le faisait la gastrite, et l'on chercha sérieusement un remède spécial et unique contre cette affection multiple et très variable sous le rapport de ses symptômes.

On ne pouvait reculer davantage; aussi Fouquier, nommé médecin suppléant de la Charité en 1817, et titulaire en 1820, ne tomba-t-il pas dans ces excentricités. En effet, dans la clinique de perfectionnement, où en 1820 il remplaça Bourdier dans son cours de pathologie médicale qu'il avait fait comme professeur, et dont il fut chargé en 1823; dans la chaire de médecine pratique qui lui fut rendue en 1830, il s'éloigna de ces nouvelles exagérations. S'il ne résista pas à l'entraînement général relatif à la fièvre typhoïde, au moins continua-t-il au lit du malade à tenir plus de compte de l'état des organes que de la maladie elle-même.

C'est principalement à l'époque où la doctrine de l'irritation et les opinions sur la fièvre typhoïde étaient en présence qu'une polémique souvent très vive avait continuellement lieu dans les journaux de médecine et même dans cette enceinte. L'attention fut rappelée sur les maladies dites générales, et il y eut alors des luttes incessantes entre les localisateurs et ceux qui voulaient voir des affections *totius substantiæ*, telles que les fièvres essentielles, les diathèses, les cachexies, etc. Mais il faut bien s'entendre sur ce que l'on doit penser des maladies générales. Il est, en effet, peu de symptôme névropathique, présumé *général*, qui ne soit plus ou moins la conséquence d'un état *local* existant dans quelque partie plus ou moins isolée du système nerveux (cerveau, moelle, nerfs ou extrémités périphériques de ces mêmes nerfs). Ce n'est donc pas dans ce système que l'on peut placer le siége des maladies dont l'ensemble de l'organisation serait frappé.

D'un autre côté, ainsi que le faisait remarquer Broussais, il est bien difficile de concevoir qu'il puisse exister une affection dans laquelle tous les organes (os, cartilages, tissu fibreux, etc.) seraient simultanément atteints par le mal. C'est donc dans les liquides qu'il faut chercher les maladies générales, parce que les liquides circulent dans tous les vaisseaux et que l'organisme entier contient des vaisseaux.

Mais tous les fluides sécrétés sont formés aux dépens des matériaux du sang, auxquels le chyle et la lymphe viennent bientôt se

réunir. La conséquence de ceci est qu'en parlant de maladies générales on ne peut guère désigner autre chose que des altérations du sang. Or, les travaux cliniques, chimiques et micrographiques faits sur le sang depuis trente ans ont été, en très grande partie, les conséquences du besoin scientifique qui était né des controverses élevées à l'occasion de la doctrine de Broussais sur les maladies *générales*.

Longtemps les humeurs, pour nous servir du vieux langage, avaient été considérées comme les points de départ des maladies. Les idées sur le principe vital, sur les propriétés de la vie, puis les explications basées sur l'étude des solides détournèrent de l'humorisme, qui fut presque entièrement oublié ; et cependant, qui pourrait méconnaître que le sang aussi est un organe, c'est-à-dire un instrument, et que cet organe peut être altéré ? Les expériences des physiologistes prouvèrent toute l'importance de telles altérations. Ollivier (de Paris) avait démontré, dans un traité sur le typhus traumatique (terme de nomenclature par lequel il désignait la gangrène d'hôpital), que les matières putrides exerçaient sur les liquides une influence très délétère, ce que MM. Magendie et Gaspard démontrèrent par des expériences directes. Des recherches sur les pertes de sang prouvèrent, en 1826, que la diminution dans les proportions de ce fluide a d'énormes inconvénients.

Des mémoires nombreux publiés de 1832 à 1834 établirent, dans des tableaux cliniques et symptomatiques, l'existence des états pathologiques spéciaux dont le liquide sanguin est susceptible : tels sont le trop ou le défaut de sang, l'augmentation ou la diminution relative du sérum, l'hématose pulmonaire incomplète, le sang couenneux, état qui consiste, comme on le prouva dès lors, en ce que la fibrine en excès est suspendue et non dissoute dans la sérosité. De ce dernier fait est résultée l'explication d'un grand nombre de phénomènes pathologiques. Cette fibrine déposée sur le cruor était appelée par Sarcône matière rhumatique. On traça encore à cette époque les caractères propres soit à la présence dans le sang de la matière jaune de la bile ou du pus, soit encore aux altérations qu'y causent les matières putrides, les poisons, etc. Des noms caractéristiques furent donnés à tous ces états organopathiques. Beaucoup plus tard, MM. Andral et Gavarret consacrèrent ces vues pratiques, d'une part, en reproduisant les mêmes tableaux cliniques, et, de l'autre, ce qui était nouveau et très important, en pesant, en mesurant les divers principes élémentaires qui constituent le sang.

De son côté, M. Bouillaud avait parfaitement exposé les caractères physiques que le liquide sanguin présente alors que la sérosité en est augmentée ou qu'il a été altéré par les matières putrides. Il ajoutait ainsi à ses premières recherches sur les fièvres graves et rectifiait quelques opinions de Laënnec relatives aux causes des bruits observés dans les artères.

En même temps, une multitude de travaux médico-chimiques furent publiés par MM. Denis, Lecanu, Becquerel et Rodier, etc. ; de telle sorte que, dans la dernière période de la vie de Fouquier, il devint impossible de mettre en doute l'importance des altérations du sang en pathologie et en thérapeutique. C'était d'ailleurs ce qu'avaient déjà démontré les expériences toxicologiques d'Orfila et les recherches de Goodwin, de Bichat, et des chimistes sur l'asphyxie étudiée plus tard sur les malades, alors que l'écume bronchique rend difficile l'introduction de l'air.

Dès 1834, on avait fait voir aussi que, dans les suppurations internes compliquées de phlegmasies, la couenne du sang prenait parfois une apparence spéciale, et l'on avait été conduit à rapporter à la présence de molécules purulentes dans le sang, lors des maladies aiguës, l'aspect que présentait la couche plastique superposée au cruor. De là toute une série d'applications à la grande question de la phlébite et de la pénétration du pus dans la circulation, question que les travaux de Dance, de Blandin et de tant d'autres n'avaient pas encore suffisamment élucidée ; de là une théorie convenable sur la fièvre hectique ; de là encore des inductions fondées sur l'analogie et sur les faits, relativement à ce qu'il faut comprendre sous les noms de cachexies tuberculeuses, cancéreuses, etc.....

C'est ainsi que les maladies dites générales furent comprises dans l'École de Paris, qui ne recula pas le moins du monde devant l'idée de prédispositions ou de diathèse, lesquelles antérieures à la lésion sont en très grande partie constituées par diverses altérations du sang. C'est donc très à tort que l'on a reproché aux doctrines modernes d'être exclusives, de s'occuper seulement des affections locales, de ne voir partout que des maladies survenues dans les solides. Il fallait n'avoir pas lu les innombrables travaux publiés sur les altérations du sang ou anomémies, pour faire de tels reproches à l'École de Paris.

Fouquier ne s'était pas tenu en arrière de ce mouvement scientifique ; il l'avait largement utilisé. Aussi sa pratique ne restait-elle pas renfermée dans le cadre étroit des antiphlogistiques et des émollients, et trouvait-elle ses fondements dans l'étude attentive des états généraux et des lésions locales.

(La fin au prochain numéro.)

Après ce discours, ont été décernées au nom de la Faculté les récompenses suivantes :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Grand prix (médaille d'or) : M. Duménil (Louis-Stanislas).
Deuxième prix : MM. Faivre (Jean-Joseph-Augustin-Ernest).
Mandon (Jacques-Ambroise).
Titon (Auguste-Hubert).
Mention honorable : Fremineau.

PRIX MONTYON.

Partagé entre :
MM. Charcot,
Foucher.
Accessit : Le Roy-d'Etiolles (Raoul).

PRIX CORVISART,

M. Chateau (Ernest-Jean-Didier).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 octobre 1852. — Présidence de M. Guersant.

M. le professeur Bouisson assiste à la séance.

Restauration de la lèvre inférieure à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse.

M. Michon présente un homme âgé de soixante-huit ans chez lequel il a restauré avec beaucoup de bonheur toute la lèvre inférieure, qu'il avait été obligé d'enlever dans un cas d'affection cancéreuse.

La tumeur avait débuté, il y a environ trois ans, par un petit bouton occupant la partie moyenne de la lèvre inférieure. Ce bouton, qui saignait au moindre attouchement, après être resté quelque temps stationnaire, ne tarda pas à envahir presque toute la lèvre et une partie du menton. Les dents, les gencives furent bientôt à nu, et alors il en résulta non-seulement de la gêne pour parler ou manger, mais une déperdition continuelle de la salive et une difformité rebutante.

L'état général du malade étant bon, M. Michon résolut d'enlever la portion de la lèvre ulcérée et de remédier du même coup à la perte de substance résultant de l'opération.

Ce fut dans les derniers jours de septembre qu'elle fut faite. Le malade ayant été soumis à l'action du chloroforme, M. Michon pratiqua une incision triangulaire, dont la base regardait la lèvre et le sommet s'étendait jusque vers l'os hyoïde ; toute la portion malade ayant été enlevée, une incision latérale fut pratiquée à chaque commissure, et le lambeau fut disséqué franchement dans une assez grande étendue en haut et en bas, ainsi que la membrane muqueuse buccale, afin de pouvoir faciliter le glissement et permettre l'affrontement sur la ligne médiane. La dissection étant terminée, M. Michon rapprocha sur la ligne médiane les deux lambeaux et les réunit par une suture entortillée : les deux incisions latérales furent réunies par une suture en surjet, et la membrane muqueuse buccale disséquée maintenue par plusieurs points de suture de manière à remplacer la lèvre inférieure. Le pansement consista à recouvrir le bas de la figure et le cou de compresses imbibées d'eau fraîche ; au bout de trois jours, la réunion était complète.

Aujourd'hui, en examinant le malade, il est difficile de croire qu'il a pu subir une pareille opération, tant la réunion a été heureuse ; la membrane muqueuse réunie sur la ligne médiane forme une sorte de frein ; la mastication et la parole ne sont nullement gênées.

Luxation du cristallin.

M. Larrey présente un jeune garçon qu'il a déjà soumis à l'attention de la Société (séance du 16 juillet 1851) pour un cas rare de luxation spontanée du cristallin sans cataracte. Cette affection assez singulière avait été précédée dans l'enfance et par suite de convulsions d'une amblyopie double considérée comme myopie. Des phénomènes de synchisis furent observés quelques années plus tard dans l'œil gauche avec affaiblissement plus marqué de la vue de ce côté. Le malade fut admis enfin comme enfant de troupe au Val-de-Grâce dans le courant de juin de l'année dernière et observé pendant près de trois mois dans les conditions suivantes :

Le cristallin de l'œil gauche, paraissant enveloppé de sa capsule, avait franchi l'ouverture pupillaire et occupait visiblement la chambre antérieure en refoulant l'iris en arrière et sans offrir la moindre trace d'opacité. Le corps lenticulaire, demeuré ainsi parfaitement translucide, était mobile derrière la cornée, à tel point que, sous l'influence de certains mouvements ou par la dilatation soit spontanée, soit artificielle de la pupille, il reprenait aisément sa place normale pour la quitter de nouveau. C'était, en définitive, une luxation réductible du cristallin sans opacité, sans altération non plus de la cornée ou de l'iris, qui offrait cependant un certain degré d'oscillation (*tremulus iridis*), de même que l'humeur vitrée paraissait diffluente ou constituant le synchisis.

La complication antérieure d'amblyopie, autant que l'absence de tout accident, de toute inflammation dans l'œil, accoutumé pour ainsi dire à ce déplacement de l'une de ses parties constituantes, permettaient de temporiser jusqu'à ce qu'une indication précise exigeât une opération chirurgicale.

Le jeune malade est resté dans le même état pendant plusieurs mois, et ne s'est aperçu que vers le mois de février de cette année d'un changement de coloration dans son œil : le cristallin, toujours luxé, mais encore réductible, est devenu opaque, et la cataracte, bien appréciable aujourd'hui, permet de constater la mobilité de la lentille et la diffluence du corps vitré bien mieux qu'à l'époque où la transparence était parfaite. Il est possible que la résorption ait lieu comme à la suite de l'opération par abaissement, sinon il sera peut-être utile de pratiquer l'extraction avec tout le soin nécessaire pour éviter l'évacuation simultanée des humeurs de l'œil.

Tel est, ajoute M. Larrey, le but de cette nouvelle communication, à laquelle se rattachent quelques faits analogues mais non semblables adressés à la Société de chirurgie et que nous aurons occasion d'examiner plus tard à propos de celui-là.

Tumeur pulsatile siégeant à la partie supérieure de l'humérus droit.

M. Demarquay présente un malade d'une quarantaine d'années, d'une constitution délicate ; il y a un an, il éprouva des douleurs rhumatoïdes dans les membres supérieurs. Au mois de mai dernier, il s'aperçut qu'une tumeur se développait à la partie antérieure de l'humérus droit, au niveau de l'insertion deltoïdienne. Cette tumeur est allée se développant : elle a acquis un volume considérable ; elle entoure tout l'humérus ; elle est le siége de douleurs vives, lancinantes, qui empêchent le malade de dormir. Des pulsations artérielles se font sentir dans toute l'étendue de la tumeur ; un bruit de souffle bien évident existe dans toute la tumeur, surtout dans la partie antérieure. La compression de la sous-clavière fait cesser les battements, ainsi que le souffle. Une mobilité anormale existe à la partie moyenne de l'humérus entouré de toutes parts par la tumeur pulsatile. Une aiguille à acupuncture, enfoncée à la partie externe, touche une portion d'os saine ; mais, si on introduit l'aiguille à sa partie antérieure, on la traverse de part en part, ainsi que l'humérus, qui donne dans ce passage la sensation de lamelles osseuses déplacées par le corps que l'on a introduit.

M. Demarquay, en présentant ce malade, demande à la Société son opinion sur la nature de la tumeur et sur le traitement qu'il convient de lui appliquer.

M. Maisonneuve. Le fait très intéressant que vient de nous présenter M. Demarquay me donne l'occasion de formuler ici une pensée que j'avais déjà eue dans de semblables circonstances : il arrive assez souvent que la Société est consultée pour des cas très difficiles, d'un diagnostic obscur ; loin de moi l'idée de priver la Société de l'examen de faits curieux ; mais il me semble que dans ce cas il faudrait, puisque la Société est consultée, que l'examen fût fait moins légèrement ; l'on ne pourrait qu'y gagner sous le rapport du diagnostic et de la thérapeutique. Mon avis dans ce cas serait de réséquer l'humérus plutôt que de pratiquer sa désarticulation.

Suite de la discussion du rapport de M. Gosselin sur le travail de M. Richet.

M. Lenoir. Je n'aurais que des éloges à adresser au rapport de M. Gosselin, et je m'associerais volontiers aux doctrines qu'il contient si notre honorable collègue avait insisté plus qu'il ne l'a fait sur une distinction qui me paraît importante au double point de vue du diagnostic à établir et du traitement à employer dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation de la tête de cet os. Vous savez que ces fractures sont de deux sortes : les unes, et ce sont les plus fréquentes, portent sur le col chirurgical, et les autres, qui n'ont été qu'assez rarement observées, portent sur le col anatomique. Or j'admets tout ou presque tout ce que le rapporteur de la commission a dit de la facilité qu'on éprouve à reconnaître les fractures du col chirurgical et de l'efficacité de la manœuvre que M. Richet décrit pour réduire l'extrémité de l'humérus déplacée, parce que dans cette fracture le fragment supérieur offre un certain volume et, partant, une certaine prise à l'action de nos moyens d'exploration et de réduction. Mais je conteste qu'il en soit ainsi dans la fracture du col anatomique ; je nie que, dans ce cas, il soit facile de reconnaître sur le vivant la luxation de la calotte osseuse et cartilagineuse qui forme le fragment supérieur de cette fracture ; je nie, jusqu'à preuve du contraire, qu'il soit facile de la sentir au milieu des parties molles du moignon de l'épaule, et je nie enfin qu'il soit possible et qu'il convienne de la replacer dans la cavité glénoïde à l'aide de pressions latérales directes. Je fonde cette opinion contradictoire sur l'étude de deux faits qui sont consignés dans les annales de la science, et sur celle d'un cas que j'ai été à même d'observer dans tous ses détails. Je connais, en effet, trois observations de fracture du col anatomique de l'humérus compliquée de luxation de la tête de cet os, auxquelles il faut ajouter le cas de M. Richet, si la solution de continuité de l'os a eu réellement lieu dans ce point, ce que je ne sais pas.

Vous voyez déjà par là que ce genre de fracture compliquée méritait qu'on en parlât d'une manière plus explicite.

La première de ces observations appartient à mon premier maître en chirurgie, à Houzelot père, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Meaux ; elle est mentionnée dans une note du grand ouvrage de Boyer, et elle a fourni à Delpech la matière d'un bon mémoire accompagné de planches, qu'il a consigné dans sa *Chirurgie clinique de Montpellier*. La pièce anatomique doit exister aujourd'hui dans le cabinet du Val-de-Grâce, où je l'ai déposée de la part d'Houzelot. Cette observation a pour sujet un vieillard hémiplégique qui fit une chute du haut de son lit, et qui mourut des suites de cet accident au bout de douze jours. Dans ce cas, la tête de l'os était luxée en arrière dans la fosse sous-épineuse. Cette complication de la fracture avait été méconnue pendant la vie du blessé.

La deuxième observation est rapportée par sir Astley Cooper dans son beau *Traité des luxations* ; il n'est rien dit de l'âge du sujet : on sait seulement qu'il fit une chute de cheval dans laquelle il se fractura l'extrémité supérieure de l'humérus, en se luxant en même temps le fragment supérieur. Cette fracture était *intra-capsulaire*, et le déplacement de la tête de l'os avait lieu en avant du scapulum avec lequel elle contracta des adhérences osseuses : ce qui fut constaté par l'autopsie plusieurs années après l'accident. Le chirurgien qui donna les premiers soins au malade était le docteur Lucas, chirurgien de l'hôpital de Guy ; il ne reconnut pas la fracture.

La troisième observation est celle qui m'est propre, et dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir l'an passé. Elle est relative à une femme de quatre-vingt-huit ans, qui, dans une chute sur le côté, se fractura le col anatomique de l'humérus. Cette femme étant morte au bout de cinq à six mois de séjour à l'hôpital, nous trouvâmes, à l'autopsie, la tête de l'os passée à travers une large ouverture de la capsule articulaire et logée au-devant du plexus brachial sur lequel elle appuyait par sa surface inégale ; sa surface cartilagineuse et lisse regardait en avant ; elle avait par conséquent, comme vous pouvez encore bien le voir sur la pièce que je vous présente, exécuté un mouvement de sens dessus dessous.

Voici donc trois cas de fracture du col anatomique de l'humérus compliqués de luxation de la tête de cet os, et dans lesquels la luxation concomitante de la fracture a été méconnue.

Y aurait-il eu dans ces trois cas inattention ou inhabileté de la part des observateurs ? ou bien le diagnostic aurait-il été, sinon impossible, au moins fort difficile à établir ? Un coup d'œil rapide jeté sur les signes qui peuvent caractériser cette double lésion nous aidera à résoudre cette question. Rappelons d'abord que ces sortes d'accidents ne sont ordinairement produits que par une violence extérieure très forte qui porte presqu'exclusivement sur le moignon de l'épaule ; or une pareille violence amène toujours après elle un épanchement de sang considérable, du gonflement des parties molles et de la roideur des muscles contus, toutes circonstances qui, vous le savez, s'opposent à l'examen complet d'une fracture profondément située.

En second lieu, la déformation du membre luxé et fracturé est à peine sensible. En effet, quand la tête de l'humérus est séparée des tubérosités de cet os, ce qui reste de l'extrémité supérieure est encore assez volumineux et vient s'appuyer contre la cavité glénoïde ; aussi le moignon de l'épaule est-il seulement un peu plus déprimé que dans l'état normal. Je demande alors s'il est possible au chirurgien le plus attentif de reconnaître cette légère dépression, quand d'ailleurs il existe du gonflement des parties molles ? La crépitation, qui est le signe pathognomonique des fractures, n'est pas franche dans le cas qui nous occupe ; elle y résulte, en effet, de la mise en contact de la surface inégale du fragment inférieur de l'humérus avec la surface lisse et polie de la cavité glénoïde de l'omoplate, disposition qui ne peut donner lieu qu'à un frottement rude. Or la sensation de ce frottement portera le chirurgien à croire plutôt à l'existence d'une contusion de l'articulation qu'à celle d'une fracture. Reste maintenant la présence de la tête de l'os dans le voisinage de l'articulation : si elle était reconnue, ce serait sans contredit le signe le plus certain et de la fracture et de la luxation ; mais le gonflement résultant de l'épanchement sanguin dans les premiers jours et de l'inflammation dans ceux qui suivent ne s'opposera-t-il pas à la recherche de cette tête, et celle-ci, toujours si peu volumineuse, ne se présentera-t-elle pas dans des lieux et dans des positions tels qu'il pourra devenir impossible au chirurgien le plus expérimenté de la reconnaître ?

Pour ces raisons, je crois que de pareilles fractures compliquées doivent être et seront le plus souvent méconnues dans tout ce qui les constitue.

Je passe au second point. Peut-on et doit-on réduire la luxation dans ces cas ? Voici ce que dit Delpech à ce sujet :

« On peut sans exagération regarder toute réduction comme impossible. Comment repousser la tête de l'humérus dans l'articulation ? comment la retourner de manière que les nouvelles surfaces fussent en contact mutuel ? comment s'assurer du rétablissement des rapports naturels entre les fragments ? comment les maintenir coaptés, etc. ? Mais un doute plus important se présente. Comment le petit fragment d'une pareille fracture aurait-il pu subsister ? Que l'on remarque que, par la conversion qu'il a éprouvée, son bord antérieur est devenu interne ou même postérieur, et *vice versâ*. Cette transposition avait dû détruire toute espèce de liaison entre cette pièce et le reste de l'humérus ; et, en effet, il ne restait que quelques petits lambeaux du périoste,

» qui subsistaient dans le point où les deux fragments se touchaient » encore; les insertions musculaires appartenaient toutes au grand » fragment, et le petit se trouvait complétement isolé. Il est indu- » bitable que cette pièce osseuse aurait péri, et que le corps étran- » ger qu'elle aurait constitué n'aurait pu manquer de causer une » inflammation des plus étendues et tout à la fois des plus dange- » reuses, à cause de l'état de l'articulation. »

D'après cette doctrine, Delpech propose un peu plus loin d'extraire la tête de l'humérus luxée au moyen d'une incision pratiquée sur elle.

Je ne puis partager l'opinion du célèbre chirurgien de Montpellier sur la nécrose imminente du fragment déplacé et sur la nécessité de l'extraire, car deux des faits que j'ai rapportés plus haut militent contre elle. Ne voyons-nous pas en effet dans l'observation d'Astley Cooper la pièce osseuse luxée, loin de se nécroser, contracter des adhérences avec le scapulum, et, dans la mienne, rester cinq mois au milieu des parties molles de l'aisselle sans en déterminer l'inflammation suppurative? Et sans doute elle y serait restée encore plus longtemps, car elle tenait au scapulum par quelques lambeaux de la capsule. D'ailleurs, ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur? N'a-t-on pas vu quelquefois dans ces fractures la tête de l'os, privée de son ligament rond, rester dans la cavité cotyloïde sans s'y nécroser, quoiqu'elle fût éloignée du fragment inférieur? Je rejette donc l'opération de Delpech, qui me semble grave en ce qu'elle tend à donner à une fracture déjà compliquée de luxation la complication la plus redoutable en pareil cas, celle d'une plaie; mais je partage complétement son avis sur l'impossibilité de la réduction. Et, pour mon compte, si j'avais de nouveau à traiter une semblable lésion, je ferais par principe ce que j'ai fait et ce qui se fera peut-être toujours par nécessité : j'abandonnerais la tête luxée à elle-même, je la laisserais se souder à l'os le plus voisin ou s'enkyster au milieu des parties molles, et je faciliterais par tous les moyens l'établissement d'une fausse articulation entre ce qui reste de l'os et de la cavité glénoïde.

En agissant ainsi, je crois avoir été plus utile à mon malade que si j'avais tenté chez lui une réduction qui n'offre qu'incertitude et dangers.

M. Maisonneuve. Tout en admettant la justesse de certaines objections de M. Lenoir, je ne puis m'empêcher de dire que son raisonnement pèche par la base. Oui, il y a quelques années, on aurait pu parler ainsi lorsqu'on était privé des agents anesthésiques, et qu'on ne pouvait examiner un malade affecté de luxation qu'en causant des douleurs intolérables. Actuellement qu'il est facile de plonger les malades dans un état d'insensibilité complète, il n'y a pas de point si petit que le chirurgien ne puisse explorer; de cette manière on peut arriver au diagnostic le plus minutieux : ce qui était impossible autrefois a cessé de l'être. Il en est de même pour obtenir la réduction des luxations récentes ou anciennes, et c'est là un point tout nouveau dans l'histoire de la chirurgie. Depuis que nous employons le chloroforme, j'ai vu bon nombre de luxations, et jamais je n'ai éprouvé la moindre difficulté dans la réduction. J'ajouterai qu'il y a un autre avantage bien grand dans l'emploi des anesthésiques, c'est qu'on n'a plus de fractures à redouter, comme cela est arrivé à des chirurgiens d'une grande habileté. On réduit les luxations avec le doigt, presque en jouant. Ce fait est surtout remarquable pour les luxations coxo-fémorales. Je crois donc que M. Richet a parfaitement raison en conseillant de reconnaître les luxations compliquées de fracture et de chercher à les réduire, et je ne partage pas l'opinion de M. Lenoir, qui combat ces idées avec des raisons qui pouvaient avoir cours avant l'emploi des agents anesthésiques.

M. Roux. Bien que jamais l'occasion ne se soit présentée dans ma pratique d'observer un cas analogue, je demanderai à dire quelques mots dans le but d'éclaircir la question. J'aurais désiré que M. Lenoir eût donné quelques détails sur le mécanisme de la lésion. La luxation est-elle consécutive ou antérieure à la fracture? Y a-t-il eu au contraire simultanéité dans la lésion? ce que j'ai peine à admettre; c'est là un point qu'il faudrait éclaircir. Quant à la conduite du chirurgien dans des circonstances semblables, mon avis est que si la luxation est récente, il faut la réduire.

M. Larrey, devant, à cause de l'heure avancée, réduire à la question du chloroforme ce qu'il se proposait de dire sur l'ensemble de la discussion, fait seulement la remarque suivante : Si M. Lenoir, d'une part, n'a peut-être pas assez tenu compte de l'emploi des anesthésiques dans les cas de fracture et de luxation simultanées, en se privant ainsi de la plus puissante ressource pour essayer de réduire la luxation avant de consolider la fracture; M. Maisonneuve, d'autre part, semble avoir exagéré les avantages du chloroforme dans les cas de ce genre. Ne doit-on pas supposer, en effet, que la cause contondante assez forte pour luxer et fracturer en même temps un membre est assez puissante pour déterminer l'attrition des muscles et paralyser momentanément au moins et en partie leur action contractile; de telle sorte que l'emploi des anesthésiques ne soit plus aussi nécessaire.

M. Larrey cite à l'appui de cette remarque un fait observé par lui au Val-de-Grâce vers le commencement de l'année. Un soldat de cavalerie avait fait une chute de cheval au milieu d'une manœuvre. Son coude gauche avait supporté toute la violence du choc contre le sol, et même un certain degré d'écrasement par l'un des pieds du cheval. Une luxation du cubitus en arrière paraissait compliquée d'une fracture partielle de l'articulation, et cependant la réduction de la luxation fut aussi prompte que facile sans l'emploi du chloroforme, et par le fait seul de l'attrition, de la paralysie et de l'insensibilité des muscles. Un bandage inamovible compléta la consolidation sans accidents consécutifs.

M. Huguier. Lorsque j'étais prosecteur, j'ai eu occasion d'examiner une pièce analogue à celle dont nous parlait M. Lenoir. C'était chez une femme âgée atteinte d'un squirrhe du sein. Au premier abord je crus que l'engorgement qui existait dans l'aisselle était consécutif; mais en continuant la dissection je constatai que la tête de l'humérus était séparée de l'os et placée entre le sous-scapulaire et le grand dentelé; elle adhérait à l'os, et se trouvait à nu dans le creux de l'aisselle. Comme il n'y avait pas d'ankylose, il est probable que la malade se servait de son membre. Nul doute que la vitalité n'ait été conservée dans la tête de l'humérus, puisqu'elle adhérait.

M. Gerdy. Le point essentiel, c'est de tâcher de ramener autant que possible l'articulation à sa forme primitive; et lorsqu'on éprouve peu de peine, faire rentrer la tête de l'os dans la cavité articulaire. Maintenant, je crois qu'il n'y a aucun avantage à placer un corps étranger entre deux os. Cette manière d'agir peut déterminer des accidents; comment d'ailleurs être certain qu'on est arrivé à la coaptation des fragments?

Je crois aussi qu'il ne faut pas abuser du chloroforme; on revient à l'usage de l'éther, et je pourrais citer des praticiens habiles qui, après avoir employé des agents anesthésiques avec trop de hardiesse, sont actuellement tombés dans l'excès contraire. Quant à chercher à extraire la portion mobile de l'os, malgré tous les inconvénients qui peuvent résulter de sa présence, je crois que son extraction est tellement dangereuse qu'il faut y renoncer, et je partage entièrement l'avis de M. Lenoir.

Il est enfin un point sur lequel je voudrais fixer l'attention de la Société, c'est sur la difficulté de ne pas confondre le col chirurgical avec le col anatomique. Pour éviter cette confusion, j'ai proposé d'employer ces mots : col et collet.

M. Maisonneuve. On s'est beaucoup exagéré les inconvénients qu'il y a de prolonger l'emploi des anesthésiques. Très souvent il m'est arrivé de les employer deux, trois heures et au delà, sans qu'il soit survenu le moindre accident.

Quant à pratiquer l'extraction de la tête de l'os, ou à chercher à la réduire en opérant des tractions sur le membre, voici quelle est mon opinion. Ou la tête de l'os a encore conservé quelques adhérences, et alors elle est susceptible de vivre. Comme il faut mettre toutes les chances en faveur du malade, il faut chercher autant que possible à favoriser sa coaptation, sa soudure.

M. Lenoir. Je ne veux pas méconnaître les avantages que l'on peut tirer des anesthésiques; mais ils ne peuvent ici rendre que peu de services. Il ne faut pas en effet perdre de vue que dans ces fractures compliquées qui résultent de causes violentes les désordres sont plus grands que dans les fractures simples; que l'épanchement sanguin et le gonflement sont si considérables, qu'il y a bien peu de chances de reconnaître la présence des fragments, et qu'enfin les anesthésiques ne peuvent lever que les difficultés qui naissent de la contraction des muscles.

M. Gosselin. La commission croit avoir insisté dans son rapport sur la difficulté du diagnostic; peut-être eût-elle plus insisté si elle avait eu à consulter un plus grand nombre de faits; mais ces cas sont très rares.

L'emploi du chloroforme, comme l'a fait observer M. Maisonneuve, a apporté de grandes modifications dans le traitement des luxations; aussi la commission a-t-elle cru devoir faire ses réserves. Ainsi il y a des cas où le chirurgien doit s'abstenir de les employer : quand le malade est dans la stupeur ou dans la syncope, car alors la réduction est facile.

Quant à dire si on doit chercher à réduire ou extirper le fragment, comme on n'est jamais sûr que le fragment se nécrosera, il faut suivre les indications.

M. Denonvilliers. Je crois que M. Richet a trop diminué les avantages qu'on peut obtenir du bras du levier; il serait convenable que le rapport en fît mention.

M. Forget. Dans son mémoire, M. Richet a donné trois ordres de preuves en faveur de la méthode : l'induction, la pratique et les expériences sur le cadavre. C'est sur ce dernier point que j'aurais désiré que la commission donnât son avis. Il y a là une lacune que j'aurais voulu voir combler. Puisqu'il a été question de la fracture du col du fémur compliquée de luxation, j'aurais désiré savoir si cette lésion a été bien constatée sur le vivant. J'aurais également désiré qu'il fût fait mention des recherches de M. Malgaigne; car elles auraient pu nous donner une idée de la rareté de ces lésions. En effet, sur 2,350 cas de fractures dont il a donné le relevé, on ne compte pas une seule fracture du col du fémur compliquée de luxation, et on ne trouve que deux cas de fracture du col de l'humérus avec luxation. Enfin, tout en rendant justice à M. Richet sur son intéressant travail, je crois qu'il n'est pas le seul qui ait parlé des avantages des anesthésiques dans ces fractures compliquées. M. Nélaton et plusieurs autres chirurgiens l'ont conseillé; je pourrais même en citer.

M. Giraldès. Je regrette que M. Richet se soit servi de la statistique de M. Malgaigne; car elle a été faite avec de mauvais documents. La science possède d'autres cas de luxations compliquées de fracture.

Je ne pense pas, comme l'a dit notre honorable collègue M. Richet, que la réduction de la tête de l'os n'est difficile que parce que l'ouverture de la capsule par laquelle elle s'est échappée est étroite. Loin de là, presque toujours il y a une large déchirure de la capsule.

Correspondance.

M. le docteur Bouisson, professeur de clinique externe à Montpellier, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse à la Société un mémoire inédit sur les hémorrhagies périodiques, et son *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*.

M. Desormeaux, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, écrit pour obtenir le titre de membre titulaire. A l'appui de sa candidature, il adresse un mémoire inédit sur la luxation incomplète du tibia en avant.

M. Maisonneuve fait hommage de son *Traité pratique des maladies vénériennes*.

M. le professeur Mayor (de Genève), associé étranger, adresse à la Société une lettre de remercîments.

Cette lettre sera déposée aux archives.

Luxation de l'humérus avec arrachement de la grosse tubérosité. Conséquences de la position dans le traitement.

M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique sur laquelle on remarque une luxation récente de la tête de l'humérus en arrière.

Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie est un carrier qui, en tombant d'une hauteur de 30 pieds environ, s'était, entre autres lésions, luxé l'épaule en arrière. La luxation avait été reconnue sur le vivant et réduite sans difficultés notables. D'autres lésions graves du côté du cerveau et de la poitrine ayant, au bout de quelques heures, amené la mort du malade, il a été possible d'observer la luxation libre encore de tout travail réparateur.

La tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, repose par sa partie interne sur la face postérieure du col de l'omoplate, immédiatement au-dessous de l'apophyse acromiale; la capsule fibreuse de l'articulation est déchirée dans sa partie supérieure, externe et postérieure. La grosse extrémité de l'humérus, entièrement arrachée, est restée adhérente aux tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, et est entraînée par eux au-dessous de la voûte acromio-claviculaire. Les muscles petit-rond et præ-scapulaire ont conservé leur insertion humérale. Le tendon de la longue portion du biceps a déchiré la gaîne fibreuse qui le retient dans sa coulisse; le nerf circonflexe est intact, ainsi que le deltoïde.

Un fait curieux, dit M. Maisonneuve, ressort d'une manière patente de l'examen de cette pièce, c'est que si l'on réduit la luxation et qu'on laisse le bras appliqué contre le tronc, la grosse tubérosité de l'humérus, entraînée par les muscles qui s'y insèrent, reste éloignée de plus de 3 centimètres de son point d'arrachement, tandis que le contact parfait des fragments est obtenu si l'on place le membre dans l'élévation à angle droit.

En réfléchissant à ce fait, dit M. Maisonneuve, il me paraît possible d'en tirer des conséquences pratiques de la plus haute importance pour l'histoire et le traitement de certaines luxations de l'épaule. Il n'est aucun de nous, en effet, qui, dans le cours de sa pratique, n'ait eu l'occasion d'observer des luxations scapulo-humérales qui, réduites et traitées suivant les règles de l'art, n'en ont pas moins entraîné une perte plus ou moins complète des mouvements du membre. On a cherché l'explication de cet accident dans la paralysie du deltoïde, dans le développement d'une arthrite consécutive, etc.

Or, en rapprochant le fait que nous avons sous les yeux de plusieurs autres que nous avons déjà eu l'occasion de voir dans cette enceinte et d'un grand nombre que chacun de nous a certainement vus dans sa pratique, je crois qu'il est bien plus exact d'attribuer l'impotence du membre après certaines luxations de l'humérus à l'arrachement de la grosse tubérosité. En effet, outre que cet arrachement prive l'articulation de l'action si importante des muscles sus-épineux et sous-épineux, il doit donner lieu à la formation de stalactites osseuses, irrégulières, qui opposent un obstacle mécanique au mouvement d'élévation du membre.

Cette explication n'est point une hypothèse; il m'a été donné de constater le fait plusieurs fois, entre autres chez un homme qui s'était luxé les deux bras et qui, à la suite de cette double luxation, eut une fausse ankylose des deux articulations scapulo-humérales, bien que la réduction eût été opérée et que le traitement consécutif eût été dirigé suivant toutes les règles.

Jusqu'à présent je ne sache pas que personne ait donné des préceptes efficaces pour prévenir un tel malheur.

En examinant avec attention la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen, je crois que l'on peut en déduire des règles thérapeutiques nouvelles.

Vous pouvez voir que, si cette luxation étant réduite, on laisse le bras appliqué contre le tronc, les fragments se trouvent dans le plus grand écartement possible, et que par conséquent toutes les conséquences désastreuses dont je viens de parler devront survenir inévitablement, tandis que si le bras est maintenu dans l'élévation à angle droit, les surfaces de la fracture se trouvent dans un contact parfait, qu'elles se consolideront d'une manière correcte, et que plus tard il deviendra possible d'abaisser graduellement le bras et de rendre à l'articulation tous ses mouvements.

Je crois donc qu'il conviendrait de poser le précepte que, dans la luxation scapulo-humérale où l'on soupçonnerait l'existence de l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, le bras devrait être après la réduction maintenu, non plus appliqué contre le tronc, comme on le fait toujours, mais dans un état d'élévation forcée, ou tout au moins dans une position telle qu'il fît avec le tronc *un angle droit*.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Chronique et nouvelles.

Le concours pour l'externat dans les hôpitaux de Paris s'est ouvert le 3 novembre. Les juges désignés sont : MM. Guillot (Natalis), Voisin, Chapelin de Saint-Laurent, Thévenot de St-Blaise, Vidal (de Cassis), titulaires; Vernois et Demarquay, suppléants. Les candidats sont au nombre de 312.

— La distribution des prix de l'Ecole de pharmacie aura lieu dans la séance de rentrée de l'Ecole, à laquelle se réunira la Société de pharmacie, aujourd'hui jeudi, 4 novembre, à une heure précise.

—Par décret du président de la République en date du 22 octobre 1852, M. le baron de Polinière, docteur en médecine, membre du conseil d'administration des hôpitaux de Lyon, a été nommé président de l'Association de secours mutuels des médecins du Rhône.

Dès qu'elle a eu connaissance du décret présidentiel, la commission provisoire, composée de MM. Rougier, Pétrequin, Diday, Lacour et Munaret, s'est réunie pour s'occuper de la convocation de la première assemblée générale.

— M. François-Charles Aubert, premier médecin en chef de la marine, en retraite, ancien président du conseil de santé maritime au port de Toulon, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, officier de la Légion-d'Honneur, vient de mourir à l'âge de soixante-onze ans.

Le docteur Aubert remplissait les fonctions de chirurgien major de la marine à bord du vaisseau *le Pluton*, à la bataille de Trafalgar.

— M. le professeur Piorry commencera sa clinique, à la Charité, le mardi 9 novembre à neuf heures, et la continuera tous les mardis et samedis pendant le semestre d'hiver. La visite des malades aura lieu tous les jours à huit heures.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants le premier jeudi de novembre, et le continuera toute l'année les jeudis. Visites tous les jours à huit heures. Visites, leçons et opérations le jeudi de huit à dix heures.

Bulletin bibliographique.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie. Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la chlorose et de l'anémie; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc.; par Louis Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, l'un des auteurs du *Compendium de médecine pratique*. — Librairie de Labé.

Traité d'hygiène populaire, par H. Duclos et Bouteiller fils, docteurs en médecine et internes des hôpitaux de Paris. — Un vol. grand in-18. Prix : 50 c. Chez tous les libraires de médecine.

Ce Traité, envoyé à l'Académie de Rouen pour le concours de 1852, a valu aux auteurs une médaille d'or de 200 fr.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 131. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 131. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — GENÈVE. Lettre à M. le docteur Louis. — Séance annuelle de rentrée de la Faculté de médecine. Fin du discours de M. le professeur Piorry. — Académie de médecine, séance du 2 novembre. — Académie des sciences, séance du 26 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 5 NOVEMBRE 1852.

Séances des Académies.

L'excellent exemple donné par M. Aubergier semble devoir créer des imitateurs. L'Académie a reçu aujourd'hui un nouvel échantillon d'opium brut indigène récolté par les soins de M. le docteur Subsol dans le département des Landes. L'honorable agriculteur n'est pas entré dans les mêmes détails que M. Aubergier sur les conditions de la culture qu'il a entreprise, sur les rapports entre les frais d'exploitation et la valeur des produits, sur la richesse de ceux-ci en morphine, codéine, etc.; mais il est probable que ces renseignements seront fournis à l'habile rapporteur M. Chevallier, qui ne manquera pas de nous les faire connaître et de nous apprendre si la culture indigène a fait une nouvelle conquête sur celle de l'Orient.

Le choléra commence à occuper suffisamment l'attention publique pour exciter les communications. L'Académie en a reçu deux dans sa dernière séance. L'une est un premier relevé statistique de la marche du choléra en Pologne. Ce document nous apprend que l'épidémie a revêtu dans la plupart des localités le caractère le plus grave, et qu'elle a atteint dans certains endroits jusqu'au tiers de la population. Quant à la mortalité, elle est toujours celle qui a déjà été généralement observée dans les épidémies antérieures, c'est-à-dire d'un peu moins de la moitié des individus affectés. Sous tous les autres rapports, le document dont il s'agit ne nous apprend rien de plus précis que ce que tout le monde connaît. La seconde communication est de M. Burq. Cet infatigable *métallo-thérapiste* a annoncé que tous les ouvriers qui travaillent le cuivre et le fer ou leurs alliages ont été ou très peu atteints ou même complétement épargnés par le choléra. Il tire de ce fait la conséquence que le contact permanent d'un de ces métaux est un excellent préservatif de l'épidémie. Expérience aussi innocente que facile et nécessaire avant de partager les belles espérances de M. Burq.

M. Ph. Pinel a lu, sur l'emploi des bains et des arrosements prolongés dans le traitement de l'aliénation mentale, une note dans laquelle l'auteur a cité des cas remarquables de guérison. Nous attendrons le rapport de la commission avant de nous prononcer sur l'importance de la médication que M. Pinel dit employer avec avantage depuis quinze ans.

Après la présentation faite par M. Vecchi d'un squelette jouissant de tous les mouvements qu'exécute le corps de l'homme vivant, préparation fort remarquable, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Delafond sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. A la suite d'une discussion assez longue, le rapport de la commission a été adopté, et les candidats sont restés placés dans l'ordre suivant adopté par la commission :

1° *Ex æquo :* MM. Henri Bouley et Leblanc;
2° M. Reynal;
3° M. Lacauchie.

Nous ne sommes pas assez versé dans les connaissances vétérinaires pour décider si cette classification est exactement conforme au mérite réel des candidats. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle répond à l'attente générale. Nous avons entendu dire que M. H. Bouley n'était arrivé au premier rang qu'à l'aide de la voix de son père, membre de la section. Pour quiconque connaît l'exquise délicatesse, les scrupules excessifs de M. Bouley, une telle assertion ne mérite même pas de réponse. A ceux qui connaîtraient moins particulièrement le savant et très honorable académicien, nous pouvons affirmer que M. Bouley s'est abstenu et que c'est bien par son seul mérite que M. Henri Bouley est arrivé au rang qu'il occupe sur la liste, rang qui aurait été meilleur encore, dit-on, ainsi que celui de M. Reynal, si l'on avait eu moins égard au nombre des travaux et plus à leur véritable valeur. Quoi qu'il en soit, il est une vérité que nous rappellerons à l'Académie, comme nous l'avons fait à la veille des précédentes élections : si ses travaux ont acquis depuis quelque temps plus de retentissement, cela tient à ce qu'elle s'est infiltré un peu de jeune sang dans les veines. Si elle est bien inspirée, si elle comprend bien les intérêts de la science et plus encore ses propres intérêts, elle n'oubliera pas cette utile vérité.

— L'Académie des sciences a reçu deux communications intéressantes, l'une de M. le professeur Bouisson relative à un fait remarquable de luxation de la mâchoire inférieure, l'autre de M. le professeur Sédillot sur l'urétrotomie périnéale, opération qui a fait le sujet d'une des lettres de M. Deville et dont notre savant correspondant de Londres se propose de faire d'une manière complète l'histoire critique.

GENÈVE, 27 SEPTEMBRE 1852.

A M. le docteur Louis, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Mon cher maître,

Genève est comme la seconde patrie de cette école médicale sévère qui a pris l'observation au sérieux, pour qui l'expérience n'est qu'un vain mot quand elle ne repose pas sur des faits écrits et rigoureusement examinés, et qui, sous votre impulsion et à votre exemple, a placé la médecine dans la voie presque unique où elle puisse faire des progrès réels et devenir une véritable science. C'est par le concours des Marc D'Espine, des Maunoir, des Bizot, des Rilliet que cette école a été fondée et qu'elle continue la série non interrompue de ses remarquables travaux. Outre ces noms recommandables, Genève possède encore ceux de Coindet, de Lombard, de Fauconnet, de Senn, de Mayor, de Piacbaud, de Strœlhin, de Herpin, etc., qui tous peuvent figurer parmi les plus distingués de la profession; je ne crois pas me tromper en disant qu'il n'existe pas de ville qui, pour la même population, renferme autant de talents médicaux. A tous les titres qui la recommandent à l'admiration du voyageur, Genève avait donc à mes yeux un titre important de plus; l'accueil que j'y ai reçu, sans doute grâce à l'amitié dont vous m'honorez, m'est aujourd'hui le plus précieux de tous, et il restera l'un de mes meilleurs souvenirs.

S'il m'était permis de vous entretenir de toutes mes impressions, j'aurais de nombreux et de bien justes éloges à décerner, de nombreux exemples à signaler que nous pourrions suivre avec avantage, aussi bien dans l'administration que dans l'hygiène; mais obligé de me renfermer dans un cadre tout spécial, je me bornerai à vous rendre un compte succinct de ma visite à l'hôpital, c'est-à-dire à vous raconter en peu de mots quelques faits qui pourront n'être pas tout à fait sans utilité pour mes bienveillants lecteurs.

Je ne puis commencer cette courte revue sans rendre un juste tribut d'éloges à l'hôpital de Genève, qui est non-seulement parfaitement tenu, mais encore admirablement disposé, spécialement en ce qui concerne les salles de femmes, qui, dans le service de médecine, sont au nombre de douze pour quarante-quatre lits; c'est un peu moins de quatre lits par salle, disposition éminemment hygiénique, et que le défaut de ressources suffisantes nous laissera sans doute désirer longtemps dans nos hôpitaux.

Le service médical est confié à M. Rilliet, praticien éminent, qui n'est pas moins connu par l'exquise aménité de ses formes que par son talent d'observateur; le service chirurgical est dirigé par M. Strœlhin, dont l'habileté chirurgicale et l'excellent esprit sont également appréciés. Le premier de ces services est le seul que le temps me permit de visiter avec quelques détails; les faits suivants furent ceux qui attirèrent plus particulièrement mon attention. Le premier de ces faits me paraît surtout de nature à vous intéresser, ainsi que tous ceux qui cherchent à concourir au progrès de la science ou tout au moins à en profiter.

1° *Cas remarquable de pneumo-thorax.* — Vous n'avez certainement pas oublié cet exemple curieux que j'ai observé avec vous en 1842, à l'hôpital Beaujon, d'un pneumo-thorax survenu au début d'une phthisie si peu avancée que la santé de la malade semblait jusque-là à peine altérée. Vous avez d'ailleurs cité des exemples analogues dans vos *Recherches sur la phthisie*, qu'on lit toujours avec tant de fruit lorsqu'on aspire à l'art si difficile d'observer avec exactitude et de déduire avec sévérité. Cependant aucun de ces faits, si j'ai bonne mémoire, n'a présenté un ensemble aussi remarquable de particularités que celui dont M. Rilliet m'a rendu témoin et dont voici l'histoire très succincte :

Le malade est un adulte vigoureux, sujet à l'oppression depuis neuf mois environ, mais ne toussant pas, n'ayant jamais craché de sang, et, d'après les commémoratifs, n'ayant point offert les symptômes caractéristiques de la phthisie. La veille du début de sa maladie, il avait travaillé toute la journée. Le soir, il est pris subitement d'une violente dyspnée et d'une vive douleur dans le côté droit de la poitrine. Il garda le lit; mais, au bout de quarante-huit heures, il se leva et vint à pied à l'hôpital. D'après ces antécédents, M. Rilliet s'attendait à trouver un épanchement pleurétique droit; mais son étonnement fut grand en constatant tous les symptômes du pneumo-thorax, la respiration amphorique la plus caractéristique dans la région dorsale, l'absence de bruit respiratoire en avant et un son éclatant partout; la douleur était peu vive, la dyspnée médiocre; mais la fièvre était fort intense; le pouls passait 140. — A la suite de l'administration de la digitale (un gramme en infusion), le pouls a considérablement baissé, la dyspnée a diminué; mais l'intolérance de l'estomac pour ce médicament a obligé de l'interrompre. Néanmoins, l'amélioration s'est maintenue. Le malade, qui est à l'hôpital depuis cinq semaines, mange maintenant la demi-portion; il commence à se lever. Depuis le début, l'état local s'est notablement modifié : un épanchement de liquide a remplacé l'épanchement d'air dans la région dorsale; on ne perçoit plus la respiration amphorique qu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; en avant, le son est tympanique et la respiration complétement absente.

Il est difficile d'observer un fait qui s'écarte davantage de la loi commune. Il est déjà très rare de voir le pneumo-thorax se développer spontanément au milieu d'une santé en apparence parfaite; il est plus rare encore peut-être de voir les symptômes, si graves alors de cette affection, permettre au malade de quitter son lit après 48 heures, et de faire une assez longue course à pied. C'est la première fois qu'un fait de cette nature s'est présenté à l'observation de M. Rilliet, et je ne sais pas trop si ce n'est pas la première fois que son existence aura été scientifiquement constatée.

La marche qu'a suivie l'affection ne me paraît guère moins remarquable que les circonstances que je viens de signaler. Dans le fait que j'ai observé à l'hôpital Beaujon, dans ceux que vous avez rapportés vous-même, si le pneumo-thorax est venu interrompre le cours d'une santé à peine altérée, il a du moins toujours marqué le début d'une série de symptômes dont l'aggravation, tantôt lente, tantôt rapide, mais presque toujours incessante, a conduit dans un temps assez bref les malades au tombeau. Au contraire, le malade de M. Rilliet est arrivé en quelques semaines à une quasi-convalescence telle, qu'une lueur d'espérance a pénétré dans l'esprit de l'habile praticien; ce qui se conçoit d'autant mieux que M. Rilliet a observé, avec son savant collaborateur et excellent confrère M. Barthez, un cas de pneumo-thorax terminé par la guérison. A la vérité, il s'agissait, dans ce cas, d'un enfant de deux ans; mais rien ne prouve, *à priori*, que la même exception ne puisse se présenter chez l'adulte. Toutefois, il est fort à craindre qu'une telle guérison, si elle se réalise, ne soit que temporaire. La cause du pneumo-thorax, qui est, selon toutes les probabilités, un tubercule isolé, cette cause se généralisera sans doute, et le terme définitif de la maladie sera celui auquel arrive presque inévitablement toute phthisie confirmée.

2° *Affection cérébrale à marche anormale.* — La série des phénomènes observés chez le second malade qui attira mon attention est peut-être moins insuitée que celle qu'a présentée le premier; mais elle me paraît assez rare néanmoins pour mériter d'être signalée aux praticiens.

Quand je le vis, ce malade était à l'hôpital depuis un an et demi, et le début de sa maladie remontait à vingt-huit mois. Il avait consisté dans une attaque épileptiforme suivie de coma, de perte de la vue et de tout l'appareil symptomatique d'une affection cérébrale aiguë. Au bout de quelques jours ces accidents se dissipèrent pour se reproduire plus tard et à plusieurs reprises pendant une année. La conséquence permanente de cette affection cérébrale a été la perte de la parole, et plus tard des douleurs atroces dans les extrémités inférieures, qui ont été suivies de contracture musculaire, surtout du côté gauche. Cette contracture a porté sur le genou et le pied. Les douleurs étaient intolérables et obligeaient le patient à sortir les jambes du lit, la position horizontale ne pouvant être supportée. — Tous les calmants ont échoué, ainsi que les révulsifs les plus puissants.

Depuis trois mois, et sans cause connue, les douleurs se sont dissipées. Quant à l'aphonie, elle a duré pendant près de seize mois. L'intelligence est toujours restée intacte. Le malade comprenait toutes les questions, et se servait de la plume pour y répondre; mais il lui était impossible d'articuler aucun son. Peu à peu la parole est revenue; il a prononcé un mot, puis un autre, et enfin il a recouvré toute la plénitude de la faculté parlante.

Aujourd'hui, son état est assez satisfaisant; il ne conserve plus de cette grave affection cérébrale qu'une contracture des extrémités inférieures, qui l'oblige à marcher avec des béquilles; la parole est nette, la mémoire sûre, l'intelligence intacte, les fonctions de la vie animale normales. — Le traitement a été dirigé principalement contre la cause présumée de la maladie; c'est l'iodure de potassium qui en a été la base.

M. Rilliet pense en effet, et probablement avec raison, que le malade dont il s'agit est atteint d'une tumeur cérébrale. On ne voit guère qu'une lésion de cette espèce qui puisse s'accompagner de convulsions épileptiformes répétées suivies d'accidents comateux. Les hémorrhagies cérébrales ou méningées, les ramollissements, se décèlent par une autre série

de symptômes et suivent une marche différente. Quant à la nature de la tumeur (si tumeur il y a), il nous est bien difficile de hasarder même une présomption à cet égard. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'âge du malade (près de cinquante ans) semble devoir exclure l'idée d'un tubercule cérébral ; c'est que sa constitution et la parfaite conservation de la santé générale ne semblent guère moins contraires à l'existence d'un cancer du cerveau. Peut-être, dit M. Rilliet, existe-t-il une tumeur fibreuse de la dure-mère. C'est bien là l'opinion qui paraît la plus probable ; mais il ne serait pas impossible non plus que la lésion qui a produit de tels symptômes fût une de ces lésions fugaces analogues à celles qui déterminent les attaques d'épilepsie, et qui se dérobent si fréquemment à nos moyens actuels d'investigation.

Quelles que soient nos incertitudes sur ce point important, ce fait n'en conserve pas moins tel qu'il est une utilité pratique incontestable. Certes, si un fait pareil se présentait à un praticien qui n'en connaîtrait point d'analogue, le pronostic qu'il porterait serait singulièrement grave, sinon tout à fait désespéré. L'observation de l'hôpital de Genève montre tout ce que le médecin, même en présence de symptômes aussi effrayants, peut espérer des efforts de la nature.

3° *Rhumatisme articulaire aigu.* — Je ne vous parlerais pas, mon cher maître, d'un jeune homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu guéri en quinze jours, et dont l'histoire n'offre d'ailleurs rien de remarquable, si je n'avais à vous faire part à ce propos d'un fait thérapeutique qui sera d'une grande importance pour les praticiens, si le remarquable talent d'observation de M. Rilliet ne lui a pas fait défaut dans cette circonstance. Vous connaissez mieux que moi tous les moyens que l'on a préconisés et contre le rhumatisme articulaire aigu et contre les douleurs qui en sont le principal symptôme ; vous savez aussi dans quelles illusions sont tombés les auteurs des médications préconisées ! En sera-t-il de même de celle que M. Rilliet m'a dit avoir employée maintes fois avec avantage? Je l'ignore; mais on ne pourra du moins contester au moyen préféré par l'habile praticien de Genève l'avantage d'être à la portée de tous les malades et d'offrir une parfaite innocuité. Ce moyen consiste dans des applications réitérées de farine de seigle sur les articulations douloureuses. Chez le jeune homme que j'ai vu les douleurs ont été calmées en très peu de temps par ces applications, et, suivant M. Rilliet, il en est à peu près toujours ainsi.

4° *Tumeur de la rate ; hématémèse. — Tumeurs solides des ovaires.* — Il en est un autre ou plutôt il en est plusieurs autres que je vous signalerai avec plus d'insistance encore, parce qu'ils s'attaquent, et avec succès, dit-on, à des affections bien autrement graves que le rhumatisme articulaire aigu, à des engorgements chroniques de divers organes et même à des tumeurs *solides* de l'ovaire et de l'utérus.

Le premier de ces moyens est l'eau de cœse, que M. Rilliet emploie comme un excellent fondant, qui active l'absorption et réveille puissamment l'appétit. Il m'a fait voir l'application de ce médicament chez une femme atteinte d'un gonflement hypertrophique de la rate, et qui n'avait jamais eu de fièvre intermittente. Cette malade avait, à son entrée, un mœlena qui disparut rapidement à la suite de l'administration de l'ergotine ; mais l'engorgement splénique persista, et c'est contre lui que M. Rilliet combina l'action des révulsifs et de l'eau de cœse. La médication, qui ne datait que de quelques jours au moment de ma visite, n'avait pas encore produit d'effet sensible; mais M. Rilliet avait la confiance que cet effet ne tarderait pas à se manifester, et qu'il serait favorable. Néanmoins, il me dit que si la saison avait été moins avancée, il aurait envoyé cette femme aux eaux de Lavey ; et à ce sujet il m'a communiqué des faits du plus haut intérêt, et qui méritent d'autant plus notre attention, qu'ils se présentent sous la garantie d'un observateur dont vous avez comme moi pu apprécier l'extrême exactitude et le peu de penchant aux illusions thérapeutiques ; je veux parler de votre élève distingué, de notre excellent collègue M. Cossy, qui a succédé à notre ami M. Lebert comme médecin des eaux de Lavey, et qui porte avec bonheur le fardeau d'une telle succession. Or, voici ce que dit M. Rilliet dans une note qu'il a eu l'obligeance de me remettre :

« Nous traitons dans ce moment par le même moyen (l'eau de cœse) une femme atteinte d'une *tumeur fibreuse de la matrice et de l'ovaire*, et nous avons déjà obtenu une légère diminution dans le volume de l'engorgement. Si la saison n'était pas si avancée, nous adresserions cette malade à notre confrère le docteur Cossy, médecin des eaux de Lavey, qui obtient de *remarquables succès dans le traitement des tumeurs ovariques* SOLIDES, par l'emploi des eaux-mères des salines de Bex combiné avec l'usage des eaux de la source (1). M. Cossy a déjà publié une observation fort intéressante de guérison d'une malade atteinte d'une *tumeur volumineuse* de l'ovaire; il nous a dit qu'il se proposait de publier incessamment d'autres faits de la même espèce et non moins remarquables. »

Les faits dont parle notre savant confrère vous paraîtront sans doute, mon cher maître, bien inattendus. Pour mon compte, je n'hésite pas à déclarer que je les aurais accueillis avec une très médiocre confiance s'ils m'étaient arrivés d'une source moins connue. Mais, venant d'un observateur aussi rigoureux que M. Cossy, j'avoue qu'ils m'ébranlent, et que le moins que je puisse faire, c'est de les signaler à votre sage expérience et à celle de tous les médecins.

Statistique médicale de Genève. — Ce n'est pas en m'adressant à vous, mon cher maître, que j'insisterai sur l'immense utilité d'une bonne statistique médicale; encore moins m'appesantirai-je sur les difficultés, ou mieux encore, tranchons le mot, sur l'impossibilité actuelle d'une telle œuvre. Quiconque a fouillé comme vous le sol réfractaire de l'observation sait au prix de quel labeur on parvient à dévoiler les mystères du diagnostic, et combien de fois les efforts les plus persévérants et les mieux dirigés viennent se briser contre des obstacles impénétrables. Mieux que moi vous savez quelle foi l'on doit accorder aux tables hebdomadaires de mortalité de la ville de Londres, et quelles erreurs renferment les tableaux mensuels de la ville de Paris. Mais si ces documents doivent être soigneusement écartés de tout travail sur la fréquence relative, sur les causes, sur le traitement de chaque maladie, ils n'en contiennent pas moins des renseignements utiles dans beaucoup de questions médicales et hygiéniques, et l'utilité en sera d'autant plus grande que la rédaction de ces tables s'approchera davantage de la perfection, c'est-à-dire de la vérité diagnostique, si vous me permettez ce mot. C'est vers ce but si désirable que notre laborieux collègue M. Marc D'Espine a dirigé une partie de ses savants efforts, et s'il ne l'a pas tout à fait atteint, il me semble du moins s'en être rapproché autant qu'il est possible dans l'état actuel de nos connaissances. M. Marc D'Espine a fait dresser, sous forme de petits cahiers, des tableaux où sont indiqués tous les renseignements à recueillir, spécialement sur le diagnostic de la maladie qui a occasionné la mort. Ces petits cahiers ou tableaux sont confiés au médecin vérificateur des décès et remis par lui au conseil d'hygiène ; le président de ce conseil demande au médecin traitant et obtient presque toujours un second diagnostic *motivé*, et ces deux diagnostics, qui se servent mutuellement de contrôle, sont à leur tour discutés dans le conseil ; ce n'est qu'après cette discussion et l'enquête qui en est quelquefois la suite que le nom de la maladie est définitivement inscrit sur les tables statistiques de mortalité du canton de Genève. Ces sortes de contrôles sont d'ailleurs rendus faciles à Genève par le peu d'étendue de la ville et du territoire de la république ; chaque médecin connaît le nom de tous ses confrères et presque celui de tous les malades, et M. Marc D'Espine a toujours trouvé chez les médecins traitants le plus louable empressement à fournir tous les renseignements possibles.

Vous le voyez, mon cher maître, tout se réunit ici pour donner aux tables statistiques toute la précision qu'il est possible. Mais où s'arrête le possible en cette matière? Voilà la grande question. Pour ceux qu'une observation scrupuleuse et soutenue a familiarisés avec toutes les difficultés du diagnostic, et certes M. Marc D'Espine est de ce nombre, ces difficultés, loin de disparaître, ne deviennent en quelque sorte que plus nombreuses et surtout plus patentes. Certes, si dans les services médicaux de nos hôpitaux on demandait à nos maîtres les plus expérimentés d'écrire le diagnostic rigoureux sur toutes les pancartes de leurs malades, je ne crois pas exagérer en annonçant que la moitié des feuilles seraient laissées en blanc ou contiendraient des indications hasardées. Que serait-ce donc si l'on opérait sur les malades de la pratique civile, où les maladies sont en général moins caractérisées et l'examen en général aussi moins approfondi ! Les difficultés que je signale ne pouvaient échapper à M. Marc D'Espine; elles ne lui ont point échappé, en effet : sur un certain nombre de décès, on trouve, dans la colonne du diagnostic, un point d'interrogation à la place du nom de la maladie ; mais ces points d'interrogation sont-ils assez nombreux? Je n'oserais l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Marc D'Espine, malgré des imperfections qui tiennent à l'état de la science et non à l'auteur, ce travail n'en sera pas moins d'une utilité réelle pour l'histoire de la biologie humaine. La science doit savoir gré au savant statisticien de l'exemple qu'il a donné, et, pour mon compte, je suis heureux d'associer mon faible suffrage aux suffrages beaucoup plus importants qui ont déjà encouragé et récompensé le zèle éclairé de M. Marc D'Espine.

Je sais, mon cher maître, que votre bienveillante indulgence m'est depuis longtemps acquise; je dois espérer qu'elle ne me fera pas défaut quand vous lirez cette lettre. Il ne me reste donc, en la terminant, qu'à vous offrir une fois de plus l'hommage de mon respect et de mon inaltérable attachement.

H. DE CASTELNAU.

(1) Cette source est principalement sulfureuse.

Séance annuelle de rentrée

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Fin du discours de M. le professeur Piorry.

(*Voir* le numéro précédent.)

Quand on lit dans les ouvrages des praticiens des derniers siècles ce qu'ils pensaient de l'influence que le cerveau et les nerfs exerçaient sur les maladies, on y trouve un tel vague, une telle incohérence, qu'en vérité on serait tenté de croire qu'ils n'ont même pas eu connaissance des livres d'anatomie et de physiologie publiés de leur temps. Depuis l'essor imprimé à la science par les travaux de Vicq-d'Azyr, de Gall, etc., on vit successivement paraître des écrits dans lesquels les applications de la névrologie aux maladies du système nerveux central et périphérique ont la plus grande utilité. MM. Rochoux, Rostan, Serres, Lallement démontrèrent que les phénomènes de l'apoplexie sont le plus souvent des symptômes d'hémorrhagie encéphalique, et que ranger un tel mal parmi les névroses était un très grand tort. M. Rostan signala des traits de ressemblance et des différences marqués entre les symptômes des épanchements sanguins dans le cerveau et ceux du ramollissement de cet organe. Riobé publia un traité de la plus haute importance sur la manière dont se forment et se guérissent les foyers sanguins dont l'encéphale est frappé. Dans les nombreuses recherches modernes relatives aux affections cérébrales et myéliques, Morgagni se trouva dépassé, et, bien que le siége précis et la nature de beaucoup de lésions étudiées par Serres, Bouillaud, Parent et Martinet, Foville, Bayle neveu, etc., restent encore assez souvent douteux, toujours est-il vrai que le côté pratique de la science a fait alors de très grands pas. Chaussier élucida et décrivit l'histoire des névralgies, dont l'étude tend à rétrécir le tableau diffus que l'on avait tracé du rhumatisme, auquel, depuis les travaux de M. Martinet, il ne fut pas possible de rapporter les souffrances violentes et de causes si diverses dont le nerf sciatique peut être le siége. Si l'on voulait mentionner les innombrables recherches faites utilement sur les lésions dont sont susceptibles les diverses parties du système nerveux, il faudrait citer une multitude de travaux et de noms d'auteurs, ce qui me conduirait beaucoup trop loin. Mais il convient de rappeler comment Fouquier s'est ici associé au mouvement scientifique.

Une des névralgies les plus fréquentes qui, d'ailleurs, se présente avec des phénomènes très variables en raison du nerf affecté, est, à coup sûr, celle qui occupe les nerfs intercostaux. Je me rappelle avoir vu, il y a vingt ans, M. Fouquier palper le thorax avec une attention qui me frappa singulièrement. Il s'agissait de la maladie à laquelle succomba un des membres de l'Académie, l'honorable docteur Chantonnelle. M. Fouquier pressait successivement tout le bord inférieur de chaque côté, et cherchait évidemment ainsi s'il s'agissait d'une névralgie intercostale. Or ce n'est que beaucoup plus tard, et lorsque l'étude de la névralgie thoraco-brachiale venait d'être publiée, que M. Bassereau, mon élève interne, fit connaître les faits que nous avions recueillis dans mon service à la Pitié. Quoi qu'il en soit, l'histoire de ces souffrances a élucidé plusieurs points obscurs de pathogénie. Dans ce nombre, il faut surtout citer des recherches relatives au point de côté pleurétique, et qui ont conduit M. Bouillaud à y reconnaître des névrites ; la coïncidence des névralgies intercostales à gauche avec certaines fièvres intermittentes, ou encore les douleurs vagues dont, chez les hystériques et les phthisiques, les nerfs des parois thoraciques sont si fréquemment le siége. Eh bien ! dans ma conviction, M. Fouquier a été pour beaucoup dans la connaissance de tels faits ; il a étudié, professé ; d'autres ont ultérieurement observé et publié les résultats de leurs recherches, de telle sorte que le mérite du clinicien a pâli devant celui de l'écrivain.

Probablement les recherches de Fouquier sur les névralgies firent qu'il s'occupa beaucoup des phénomènes nerveux et des prédispositions organiques en rapport avec eux, ce qui influa singulièrement sur sa pratique dans les hôpitaux et dans la ville. Il avait dû voir, sans doute, qu'il se déclarait souvent dans les nerfs certaines actions moléculaires et morbides qui n'avaient point de persistance, qui, en quelque sorte transitoires, ne laissaient pas, après la mort, de traces anatomiques de leur présence passée, et qui se transportaient directement ou par une marche réflexe d'un filet ou d'un rameau nerveux vers un autre point du névrosystème. Il ne pensait point, sans doute, comme de bien nombreuses raisons portent à le croire, qu'il s'agissait dans de tels cas de vibrations, d'oscillations morbides à caractère extensif, et qui envahissaient diverses parties de l'arbre névrique; mais s'il ne théorisait pas les faits de ce genre, il les avait bien vus, et sa pratique y avait considérablement gagné. Peut-être adopta-t-il parfois un peu trop promptement certaines opinions qui plaçaient dans les nerfs le siége exclusif de diverses souffrances, et, par exemple, celle qui considérait l'asthme comme nerveux, et les douleurs d'estomac comme de simples gastralgies; tandis qu'elles sont fréquemment dues à l'accumulation de gaz, à la présence d'acides dans ce viscère, ou encore à la contraction de ses fibres charnues. Peut-être aussi, rapporta-t-il à une classe spéciale, *les névroses*, certains phénomènes essentiellement organiques; mais, enfin, Fouquier adopta avec sagesse ce qui, dans les choses nouvelles relatives aux névropathies, pouvait éclairer la pratique et la théorie rationnelles.

Pour un grand nombre de praticiens qui ont vu plus de malades qu'ils n'ont étudié de lésions et de maladies, un grand nombre de faits anatomiques et d'expérimentations physiologiques étaient bons pour la pathologie, mais ne servaient pas à la thérapeutique. Oubliant qu'avant de pouvoir apprécier les effets des médicaments sur des lésions, il faut d'abord bien constater quel est le siége, l'étendue et, s'il est possible, la nature de celles-ci, ils ont prétendu que l'empirisme était le seul flambeau qui pût éclairer dans l'administration des médicaments ; il faut l'avouer, l'observation pure a souvent conduit à la connaissance des faits utiles. Dans ce nombre, il faut mentionner les travaux de Bretonneau, de M. Trousseau, qui démontrèrent que les cautérisations superficielles avec l'azotate d'argent, si utiles dans la curation des plaies et des ulcères, ne l'étaient pas moins dans le traitement de certaines phlegmasies internes ; ceux de Bally, qui étudia avec tant de soin l'action que les sels de morphine et les autres alcalis végétaux exercent sur les organes malades, et qui le premier vit la rate volumineuse décroître sous l'influence du sulfate de quinine ; les recherches de Laënnec, qui prit de l'école italienne, puis de l'expérimentation clinique, les faits utiles relatifs à l'emploi dans la pneumonite et la bronchorrhée du tartrate antimonié de potasse; les résultats si remarquables de l'iode sur les maladies des os en général et sur ceux du rachis en particulier, etc. Mais, il faut aussi le dire, cette voie fructueuse ne fut que très imparfaitement cultivée. Trop souvent on oublia, en pratique, toutes les règles de l'expérimentation ; au lieu de chercher à combattre les lésions élémentaires des collections symptomatiques dites maladies, on crut pouvoir attaquer directement ces accidents complexes ; les considérant comme unitaires, on voulut leur opposer un traitement unique ; on s'imagina qu'un seul agent pouvait suffire, alors qu'il s'agissait d'altérations et de phénomènes multiples et divers : de là des succès de hasard, des résultats qui, heureux dans telle circonstance, n'étaient plus obtenus dans d'autres cas qu'un examen superficiel faisait voir comme analogues, mais qui en étaient souvent très différents.

La sagesse que Fouquier avait mise dans sa conduite de praticien relativement aux questions de doctrine qui viennent d'être mentionnées le dirigea encore dans les autres phases par lesquelles passèrent devant lui les opinions scientifiques. Il se donna garde, par exemple, d'imiter ces énumérations sèches de symptômes insignifiants qui rendent les observations interminables et illisibles; il ne fit pas de cette statistique décevante qui, substituant des additions, dont les chiffres sont mal posés, à l'expérimentation rationnelle, conduit à un doute désespérant et à la négation absolue de toute opinion thérapeutique ; il comprit bien que des unités élémentaires et comparables, et non pas des caractères dissemblables, sont les seuls chiffres qui doivent entrer dans les relevés de l'arithmétique médicale.

Placé au milieu d'une société élevée, et qui trop souvent, lorsqu'il s'agit de médecine, écoute plutôt l'imagination délirante que l'expérimentation sérieuse, il ne tomba pas dans ces erreurs lucratives accueillies par le caprice et rejetées par le bon sens. Comme ce n'était pas le désir de plaire à un public exigeant et fantasque qui le guidait, mais comme c'étaient les idées humanitaires les plus pures qui le dirigeaient, il n'alliait pas à sa pratique ces innombrables excentricités qui séduisent non-seulement la jeune femme impressionnable, mais parfois aussi des hommes graves qui perdent toute logique alors qu'il s'agit de leur santé. Appliquant à l'occasion les sciences naturelles à la pathologie et à la clinique, sachant prescrire au besoin des agents chimiques et utilisant pour l'art de guérir les hauts enseignements de la physique, on ne le vit pas vouloir tout expliquer et tout guérir par des médications dont l'observation rigoureuse au lit du malade n'avait pas encore démontré l'efficacité réelle. Certes il ne repoussa point et accueillit même avec faveur les travaux des micrographes; mais il ne put leur donner toute l'extension que l'on était disposé à leur attribuer. Il en espéra, surtout pour l'avenir, de grands résultats, sans les entrevoir

encore nettement. En toute chose, l'expérimentation raisonnée était de son goût, et il le fit hautement voir, alors que, de 1812 à 1850, il s'est agi des progrès que la diagnose anatomique a fait faire à la médecine.

Il ne faut pas se le dissimuler, messieurs, les connaissances médicales n'ont pris rang parmi les sciences naturelles que du jour où il a été possible de déterminer les états anatomiques et pathologiques existants pendant la vie. Certes, avant cette époque, il y avait eu en médecine de grands et utiles artistes; mais on ne peut pas dire qu'il y ait eu auparavant de savants véritables. Cabanis a très élégamment et très ingénieusement discuté sur la certitude de notre science; mais il ne l'a en rien démontrée; une démonstration exige des calculs positifs et des faits matériels. Or, de son temps, l'art du médecin ne procédait guère avec les premiers, et ne pouvait pas se faire honneur des seconds. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui. L'anatomie des organes sains a éclairé celle des tissus malades; l'enveloppe du corps humain est devenue en quelque sorte transparente à ce point que le spéculum fait voir des lésions profondes, que le stéthoscope permet de saisir dans la trame organique des sons en rapport avec diverses altérations de texture, que la main saisit en palpant des modifications délicates survenues dans la disposition des parties, et que la percussion ou le plessimétrisme permettent de préciser les états anatomiques existants pendant la vie, et de mesurer les variations en plus ou en moins amenées soit par le progrès du mal, soit par les médications employées pour le combattre. Tous ces moyens de diagnose réunis conduisent même à dessiner au dehors les organes sains ou malades, et à présenter aux yeux leur image fidèle.

Le dessin linéaire des parties malades, la détermination des états organiques qu'éclaire aussi l'analyse chimique, sont donc maintenant les bases certaines sur lesquelles la médecine fonde ses études. Elle peut opposer les résultats des méthodes d'exploration qu'elle emploie aux faits positifs que possèdent les autres sciences. Ce n'est pas contre de telles méthodes que Molière aurait dirigé les traits de sa verve caustique; car il frappa de son impitoyable satire, non pas la découverte de la circulation harvéienne, mais le ridicule personnage qu'il représente armé d'un libelle dirigé contre ceux qui la défendaient. Conséquent avec lui-même et d'accord avec le bon sens, notre grand comique eût stigmatisé les gens qui ne veulent pas voir, qui se refusent à toucher, qui feignent de ne pas entendre, et qui, s'endormant sur leur science passée, n'étudient pas, se donnent garde d'expérimenter, doutent de tout, ne savent que nier, et se dénigreraient eux-mêmes s'ils ne trouvaient des investigateurs à dénigrer.

Qu'on ne vienne pas dire que la thérapeutique ne suit pas les progrès de la diagnose anatomique; car cette dernière fournit des moyens positifs d'apprécier les effets des médicaments. Quand on constate qu'à la suite des saignées le foie diminue, ou que les poumons deviennent plus sonores; que la conséquence de l'emploi d'une haute dose de quinine soluble ou de sel marin est que la rate perde promptement de ses dimensions; lorsque l'on trouve dans les lésions dont M. Rayer a si bien tracé les caractères un décroissement manifeste des reins alors que l'abstinence des boissons a été absolue; quand on constate par le plessimétrisme que, consécutivement à l'emploi d'un purgatif, l'intestin précédemment rempli est devenu vide; que la matité tuberculeuse observée et circonscrite dans les poumons diminue d'étendue sous l'influence des vapeurs d'iode, ou que les ronchus entendus dans les bronches et les poumons au moyen de l'auscultation cessent d'être appréciables, alors que l'on administre du tartrate antimonié de potasse, on obtient des faits auxquels la mesure est applicable. On parvient même à savoir ainsi quelles sont les proportions entre les doses du médicament administré et les effets produits. Ce sont là des résultats de la diagnose anatomique, bien autrement certains que ceux qui proviennent de quelques variations en plus ou en moins observées à la suite de diverses médications dans les symptômes ou dans l'état général des malades. Honneur donc à la mémoire d'Avenbrugger, de Corvisart, de Laënnec, de Récamier, et à l'Ecole de Paris entière, qui ont conduit dans cette voie sévère de diagnose fondée sur l'anatomie pathologique, et hors de laquelle on ne peut trouver que des hypothèses parfois brillantes, mais promptes à s'évanouir! Mais, messieurs, ne disons pas seulement l'Ecole de Paris, car celles de Montpellier et de Strasbourg, comme celles de Berlin, de Vienne, de Prague et de Dublin, sont déjà plus ou moins engagées dans les mêmes voies. M. Furster et Forget, comme Skoda Jachs et Stoke, professent avec éclat la clinique et la diagnose organique. L'Espagne, l'Amérique ne sont pas restées étrangères à ce grand progrès, et MM. Vulpes et Testa, à Naples, se livrent avec ardeur à l'étude des moyens physiques d'exploration. Il n'y a déjà plus de doctrines médicales spéciales à telle ville ou telle nation; il n'y a partout qu'une science, à laquelle chacun apporte sa part de travail et d'études, et l'on se réjouit à Paris des découvertes utiles qui se font à Londres, comme les médecins de la grande cité britannique se font gloire des résultats utiles obtenus en France. Heureux temps que le nôtre, où s'établit entre les peuples une communauté d'intérêts et de pensées, et où les chemins de fer et l'électricité télégraphique font converger les sciences, les arts, l'industrie et le commerce vers un centre commun, le bien de l'humanité!

M. Fouquier publia plusieurs mémoires relatifs à l'action de divers médicaments, tels que l'extrait aqueux d'aconit, la jusquiame, la laitue vireuse, l'opium, l'acétate de plomb, destiné à modérer les diarrhées; les sueurs ou les évacuations chez les phthisiques, et notamment l'extrait aqueux de noix vomique. Si ce dernier travail fut adressé à 1811 à la Société de la Faculté, il a été publié à une époque où les moyens de mesurer les dimensions du rachis eussent été connus. S'il eût été possible de distinguer les unes des autres les différentes circonstances organiques qui peuvent donner lieu à la paralysie, Fouquier eût sans doute alors rendu à la science un éclatant service. Il a réuni en effet dans ce travail seize observations, dans lesquelles le médicament dont il s'agit paraît avoir quelquefois guéri, et, ailleurs, amélioré l'état de malheureux atteints de paraplégie, d'hémiplégie.

C'est, suivant M. Fouquier, en causant un tétanos artificiel que la noix vomique agit utilement. MM. Bricheteau, Becker, Lescune, Chauffard, Aodral, Trousseau, etc., ont fait ultérieurement connaître des résultats du même genre, et M. Bayle a compté soixante-sept faits recueillis par ces auteurs dans lesquels quarante et une fois la guérison a été obtenue à la suite de l'emploi soit de l'extrait aqueux de noix vomique, soit de la strychnine ou de la brucine. De tels succès seraient merveilleux si l'on avait toujours tenu compte des cas où le mal avait résisté à ces remèdes. Mais il est bien douteux qu'il en ait été ainsi, car depuis lors tous les praticiens ont eu fréquemment recours aux préparations de noix vomique, et l'on eut rarement à s'en louer.

Il n'en pouvait être autrement. Dans les observations dont il s'agit, le symptôme paralysie a été considéré comme une maladie, comme une chose existant en quelque sorte par elle-même et indépendamment de la lésion contre laquelle, en définitive, il s'agissait de trouver un remède. Si l'on eût remonté par la diagnose organique aux états pathologiques divers qui existaient dans l'encéphale, la moelle, le rachis, les nerfs ou les organes et qui pouvaient occasionner les accidents dits paralytiques, on se serait bientôt aperçu que les préparations des strychnos ne devaient être raisonnablement proposées que dans les cas où le mal ne tenait pas à des circonstances organiques et persistantes; alors on n'aurait pas regardé, ainsi qu'on l'a fait, la paralysie, l'hémiplégie, l'incontinence d'urine, la paralysie générale, etc., comme des affections distinctes et circonscrites; on n'aurait pas recherché si les unes pouvaient être améliorées ou guéries par la noix vomique, tandis que les autres ne seraient pas avantageusement modifiées par son influence. On aurait noté tout d'abord, au contraire, que l'hémorrhagie encéphalique et ses suites, que la phlegmasie et le ramollissement du cerveau, que la compression de la moelle par le rachis tuméfié ne comportent point l'usage de la strychnine, et l'on aurait pensé ensuite que les états moléculaires en rapport avec la cause saturnine, avec le refroidissement, avec les phénomènes hystériques peuvent dans certains cas être avantageusement modifiés par les préparations de noix vomique. Le vice de toutes ces observations est, d'une part, l'absence de détails suffisants, et, de l'autre, qu'un grand nombre des guérisons citées paraissent s'être opérées spontanément, c'est-à-dire indépendamment du médicament employé.

Les considérations précédentes ne s'adressent pas seulement au mémoire de M. Fouquier et aux travaux qui l'ont suivi; elles sont applicables à tout ce qui s'écrivait dans le même temps, à la manière dont on étudiait alors la science, à la confusion extrême qui existait dans la détermination de la lésion, du symptôme et de la maladie. Ce ne sont pas les hommes, mais la médecine de l'époque qui mérite des reproches. Notre collègue a ouvert dans son travail une voie utile et qu'il sera bon de suivre dans un autre sens, c'est-à-dire en partant pour les indications thérapeutiques des états organiques, et non pas des phénomènes consécutifs à ceux-ci. Il faut même s'empresser de le proclamer, M. le professeur Fouquier avait déjà compris qu'il fallait agir, ce qui ressort manifestement de la lecture de son travail, recommandable par des vues pratiques du plus haut intérêt et par la prudence avec laquelle il a employé un médicament dangereux.

Toujours, en effet, M. Fouquier a suivi, autant que son âge, ses forces et sa vaste clientèle le comportaient, le progrès scientifique. Toujours il s'est attaché à faire accorder sa pratique avec sa théorie, et dans le temps où nous sommes un tel exemple devrait être imité. Chose digne de remarque! on fait des livres de pathologie remarquables par leur ordonnance et par le style, on trace admirablement des tableaux de maladies dans lesquels elles sont si nettement circonstanciées, si exactement caractérisées qu'il semblerait voir le traitement tout d'abord indiqué par l'exposé coordonné des causes, des symptômes, des périodes et de la marche du mal, et voici qu'au lit du malade tout cela est en quelque sorte oublié, voici que l'on ne cherche plus *un remède* contre l'affection dite typhoïde, contre le rhumatisme ou la paralysie, mais que l'on rentre complétement dans l'idée organique; voici que l'on recherche soigneusement les états pathologiques et que l'on dirige la curation en conséquence. Les plus ardents prôneurs des fièvres, des névroses et des maladies essentielles, pour peu qu'ils soient au niveau des connaissances modernes, n'agissent pas autrement et conviennent que ce serait un grand tort que de négliger la diagnose des lésions anatomiques pour s'en tenir à l'empirisme appliqué à la thérapeutique.

La pathologie, si elle est bien établie, est toujours logique et harmonique avec l'observation; si en pratique elle n'est plus soutenable, c'est qu'elle est fausse, illusoire et par conséquent décevante et dangereuse. Dire d'un médecin qu'il est fort en diagnose ou en pratique et ne pas accepter ses théories alors qu'elles sont d'accord avec la clinique, c'est évidemment se rendre coupable d'inconséquence. La pratique, ce sont les faits; la pathologie, c'est leur interprétation; changez de théorie quand les faits vous y conduiront, ou vous serez des systématiques déraisonnables. Plus la théorie sera l'expression des faits, plus elle sera naturelle et facile à comprendre, et plus exacte elle sera; or il est évident que, grâce à la marche actuelle de la science, tout clinicien, dans toute maladie et quel que soit le nom imposé à celle-ci, met en première ligne l'examen anatomique des organes et règle sa conduite par cet examen; c'est donc inévitablement sur une telle base que se fonde le traitement, et c'est pour cela que l'admission de la maladie unitaire doit tomber devant l'étude expérimentale et rationnelle des états organopathiques. C'était déjà ce qu'avait entrevu Bordeu, et ce que les moyens anatomiques de diagnose, les travaux des chirurgiens, des physiologistes, des chimistes et des physiciens ont plus ou moins contribué à établir et à perfectionner. Que l'on adopte ou non une nomenclature nouvelle exprimant nettement les idées en rapport avec une telle manière d'étudier, là ne gît point la difficulté; le temps, ce grand maître, ce régulateur de l'usage, décidera cette question, qui n'en serait pas une si l'on s'en rapportait à ce que MM. Chomel, Rostan, Bouillaud, Andral, etc., ont dit en mal du langage généralement reçu. Mais, s'il s'agit de mettre l'étude positive des organes chez les malades à la place de la recherche douteuse des maladies représentées par des noms plus ou moins inexacts et qui les individualisent, à coup sûr c'est là de la raison et de l'utilité pratique. Aussi, voyez combien Fouquier a soutenu et encouragé cette manière de faire. S'il ne parlait pas le langage d'une nomenclature établie sur les mêmes principes que la formation des termes de médecine consacrés par Hippocrate, par Celse, Galien, Cœlius Aurelianus, et de nos jours par Barbier, d'Amiens, Pinel, Petit et Serres, Bretonneau, Bally, Bouillaud, Andral, Velpeau, etc., au moins se montrait-il toujours d'une bienveillance amie pour ceux qui la proposaient.

Un jour, et il y a bien longtemps de cela, l'un de vos collègues, messieurs, suivait la visite d'un médecin de la Charité; il s'y livrait à des études patientes et répétées sur la percussion médiate. Il en arriva que ce praticien des hôpitaux lui ferma d'une manière peu polie les portes de ses salles; mais l'excellent Fouquier ouvrit immédiatement les siennes à l'expérimentateur et lui fournit ainsi les moyens de continuer ses recherches. Depuis le praticien consciencieux n'abandonna point son protégé scientifique : non content de lui avoir sauvé la vie en lui accordant des malades qu'on lui refusait, il aplanit pour lui les barrières qui le séparaient de l'Ecole, et c'est un devoir à ce collègue que de proclamer bien haut sa gratitude pour son excellent maître et d'exprimer son désir de l'imiter en étant bienveillant pour tous et en insistant sur ce qu'il croit juste, honnête et utile (1).

M. Fouquier était l'un des médecins dont la diagnose était la plus sûre. Parmi les nombreux exemples qu'il serait si facile de rappeler à l'appui de cette dernière proposition, je n'en citerai que deux, parce qu'ils me sont mieux connus que les autres.

Un jeune médecin, à la suite de longs et pénibles travaux, est atteint de fièvre et de vives douleurs. Pendant huit jours, une abstinence rigoureuse lui est imposée. Il délire alors, et des rêves épouvantables, qui semblent avoir même lieu pendant la veille, le poursuivent d'une manière incessante; on le croirait aliéné. Il affirme, lui, qu'il meurt de faim et de douleurs. Fouquier, l'un des très nombreux médecins qui soignaient le malade, attribue l'exaspération du fébricitant à la privation d'aliments et aux souffrances excessives que causent des vésicatoires, des sinapismes et des morsures de sangsues ulcérées. Il prescrit du lait en abondance et substitue des cataplasmes et de l'eau de guimauve à la moutarde et aux cantharides. A l'instant le calme renaît, le sommeil et la raison raparaissent, et quatre jours après le malade est rendu à la santé.

Si cette diagnose d'un état maladif tenant de si près à l'intelligence était difficile, le fait suivant était bien remarquable au point de vue des détails anatomiques que le grand praticien reconnut et devina en quelque sorte.

Une dame âgée de soixante ans n'urinait pas depuis quinze jours; la vessie était vide; depuis longtemps l'urine contenait des graviers rouges, et il y avait parfois de violentes douleurs dans la région lombaire gauche. M. Fouquier, sans que le plessimétrisme ou la palpation lui eussent fait connaître le volume des organes urinaires, annonça que l'un des reins, désorganisé, avait cessé de sécréter et qu'un calcul récemment échappé de l'autre rein était tombé dans l'uretère correspondant et l'avait oblitéré. La malade vécut quinze jours encore n'urinant pas davantage, et après la mort on trouva exactement ce que M. Fouquier avait annoncé.

La science de Fouquier était une science pratique, ce qui n'empêchait pas notre collègue d'être érudit et lettré. Successeur de Corvisart et de Laënnec, il ne porta pas sans doute dans son enseignement le même éclat que ces illustres médecins; mais il eut le mérite non moins grand d'instruire une jeunesse studieuse qui longtemps se pressa à ses utiles leçons. Il la forma à l'école de l'observation, de l'honnêteté et de la tolérance scientifique. Auprès des malades, il avait une dignité affectueuse. Sa politesse accomplie n'excluait en rien une haute honorabilité professionnelle; on aurait pu, en le voyant si bienveillant, si modéré dans ses paroles et dans ses actions, croire que la fermeté lui faisait défaut; il n'en était rien, et M. Fouquier avait le courage de ses opinions, de sa conviction et de sa profession.

Si d'autres bravent les batailles, les médecins affrontent les épidémies et les contagions plus dangereuses encore. Notre collègue, en 1813, s'exposa au typhus pour secourir nos soldats épuisés, et reçut, en 1832 et 1849, des médailles décernées à ceux que le choléra n'avait pas effrayés alors qu'il s'était agi de combattre le fléau.

Ami sincère et dévoué, il était fidèle à ses promesses, mais ne les donnait que rarement. Ce n'était pas un homme de parti, mais un homme disposé à soutenir fortement ceux qu'il croyait dignes de son appui. Il ne se passionna pas pour ou contre Dupuytren, pour ou contre l'école du Val-de-Grâce, etc.; mais on le vit toujours se mettre du côté qu'il croyait juste et vrai. D'une exactitude scrupuleuse, il entrait chaque jour à une heure fixe et matinale dans son service; et après avoir bien employé le temps, il sortait de la Charité à un heure déterminée. On ne le voyait ni manquer une leçon, ni négliger ses malades, ni s'occuper avec indifférence des élèves qu'il avait pour mission d'instruire.

Nommé professeur de pathologie médicale en 1821, il fit un cours estimé et suivi. Professeur de clinique en 1830, il fut soigneux, attentif, utile à la science et aux élèves. Membre de la Société de la Faculté, puis de l'Académie dès sa formation, il y parla peu, mais vota constamment avec raison et impartialité. Médecin consultant de Charles X, ensuite premier médecin du roi en 1840, entouré de la confiance du monarque et de la reine avant et après leurs malheurs; officier (1838), puis commandeur (1847) de l'ordre de la Légion-d'Honneur, sa position ne l'avait point changé, et Fouquier ne refusait pas ses soins aux indigents plus qu'il ne l'avait fait autrefois. Il lui arriva même, dans de pauvres logis, de remettre à l'homme peu fortuné auprès duquel un confrère ami l'avait appelé les honoraires de la consultation. Il était devenu en quelque sorte le médecin des médecins qui, en si grand nombre, avaient été ses élèves. A la cour, il était digne, et savait se faire respecter dans les hautes régions du pouvoir.

On vit Fouquier impassible dans la tempête qui, sur les côtes de la Normandie, menaça la nef royale alors qu'il accompagnait le

(1) Le passage suivant n'a pas été lu en séance, et les opinions qui y sont exprimées sont personnelles à M. Piorry :

On se demandera, messieurs, quelle était, en définitive, la doctrine médicale professée par Fouquier, et il se trouvera des gens qui répondront que, de notre temps, il n'y a pas de doctrine, et que, par conséquent, Fouquier ne pouvait pas en avoir. On pourrait interroger ces doctrinaires sur la question de savoir ce qu'ils entendent par doctrine, et en quoi consiste la leur? On verrait qu'ils ne sauraient pas la formuler, et cela, par une raison bien simple, c'est qu'ils n'en ont pas eux-mêmes. S'ils entendent par là une théorie de toutes pièces qui, pliant l'organisme entier à certains phénomènes particls, ait l'ambitieuse prétention de tout soumettre à quelques lois, à coup sûr M. Fouquier n'adoptait pas de pareilles doctrines; mais si, appliquant ce mot à une série d'idées générales et relatives à la manière dont la science doit être considérée, on veut savoir quel est l'esprit qui, de nos jours, doit présider aux opinions médicales, voici la réponse que l'on peut faire :

Les lois de la vie, sans cesse en rapport avec l'ensemble des lois de la nature, reconnaissent comme principe l'influence de l'âme, point de départ de l'organisation. Cette influence est la circonstance qui imprime à la matière organisée ce caractère spécial que les lois connues de la chimie ne peuvent expliquer. L'âme n'étant point accessible à des moyens d'observation autres que la pensée et la réflexion, ne pouvant être modifiée par des agents matériels, ce n'est pas sur elle, ce n'est pas sur des propriétés vitales, tout aussi peu susceptibles d'être influencées directement, que l'on peut fonder une théorie médicale ou un traitement motivé.

Les altérations physiques des organes et les troubles fonctionnels qui en résultent sont les seules bases sur lesquelles il est possible d'établir, en médecine, des explications satisfaisantes et une thérapeutique rationnelle.

Partout l'expérimentation et les faits doivent être le fondement des théories.

Un système exclusif supposant une seule loi générale, une seule donnée première, n'est pas supportable, parce que les phénomènes de l'organisation sont complexes, très divers et en rapport avec une multitude d'actions physiques, chimiques et vitales; aussi la physique, la chimie et les sciences naturelles doivent-elles tour à tour élucider un grand nombre de faits de détails dont la conséquence et le rapprochement permettent de s'élever jusqu'à des notions sur l'ensemble de l'organisme en santé et en maladie.

Il faut tenir tout aussi bien compte des causes générales : épidémies, endémies, constitution de l'air, etc., que des causes locales, des effets généraux que des effets locaux; et elle ne se borne pas à l'étude rétrécie de quelques lésions partielles, elle reconnaît des altérations de liquides comme des lésions de solides. Elle pense que toute instruction véritable pour la médecine repose sur la connaissance de l'organisation. Elle croit qu'il faut, en clinique et en pathologie, étudier, reconnaître, préciser ou analyser les états anatomiques, et ensuite les considérer dans leurs relations et dans les ensembles qu'ils forment en s'agglomérant. Seulement, il y a dans son sein deux opinions; les uns veulent que l'on conserve les idées relatives aux faisceaux de lésions et de symptômes généralement reçus et appelés maladies; ils veulent que l'on accepte leurs anciens noms, tandis que les autres pensent que les faisceaux sont, le plus souvent, composés d'éléments variables et inconstants, et qu'en conséquence il convient de s'en tenir à l'étude des lésions élémentaires existantes chez les malades, de les considérer dans leurs relations physiologiques, pathologiques et thérapeutiques; qu'il convient d'oublier les anciennes dénominations qui consacrent des hypothèses, des faits erronés et l'existence d'entités chimériques, et ils croient utile de se servir de mots significatifs qui désignent des lésions élémentaires dont l'existence est démontrée.

Or, M. le professeur Fouquier était de ceux qui adoptent la première de ces manières de considérer les faits; mais il s'éloignait le moins possible de la seconde; et, au lit du malade, il s'occupait beaucoup plus de la lésion de structure que du trouble fonctionnel qui en est la conséquence.

souverain; tempête qui fut bientôt suivie d'un plus terrible naufrage! Ce n'était pas l'intérêt, mais l'affection, qui attachait Fouquier au roi des Français; il aimait la famille d'Orléans pour elle, et il conserva précieusement les lettres bienveillantes qu'il en avait reçues. Le jour où un immense cataclysme vint frapper le trône, on le vit, non pas regretter les honneurs, mais pleurer ses royaux amis. Tristes larmes, qui devaient être bientôt suivies de larmes plus amères, de la douleur d'un père qui, ayant à regretter l'épouse qu'il chérissait, a vu sa fille bien-aimée perdre son enfant à peine ornée de la couronne nuptiale. A ce terrible coup, Fouquier sembla résister; sa vénérable figure, que depuis trente ans le temps avait si peu altérée, reste impassible; on croirait que le stoïcisme du médecin va amortir la douleur de l'homme! Mais le calme est sur l'écorce, l'agitation est dans les profondeurs. Fouquier est frappé à mort, et à quelques mois de là notre honorable ami, né en 1776, avec une constitution faible dont il a fait l'apologie, succomba le 3 octobre 1850. Ses collègues et sa famille ont trouvé dans les nobles et touchantes paroles qu'ont prononcées sur sa tombe MM. Cruveilhier, Requin, Vosseur, Depaul, etc., l'expression bien sentie de leur douleur et de leurs regrets. Pauvre dans son enfance, il a parcouru avec bonheur tous les échelons de la prospérité médicale. Partout estimé, entouré d'amis, ne connaissant pas d'ennemis, il a conservé en expirant la sérénité et le contentement intérieur que donnent une conscience pure et une vie passée à faire le bien.

Messieurs les élèves,

Vous allez commencer une nouvelle année d'études. Vous aimiez Fouquier, et il vous le rendait avec usure. Si sa voix se faisait encore entendre, il vous donnerait, comme il le fit en 1834 et dans une occasion semblable à celle-ci, d'utiles avis sur la manière dont vous devez diriger et vos travaux et votre conduite. Il pouvait, sous ce double rapport, vous offrir ses exemples et ses leçons; car il avait acquis une instruction solide, et il était le type de la probité médicale et de la bonne confraternité. Aussi, depuis longtemps était-il annuellement élu vice-président de la Société de prévoyance établie parmi les médecins de Paris.

L'élève de Fouquier, son ami, son successeur, vous adresse en son nom et au nom de la Faculté de paternelles recommandations.

Quand vous allez entendre proclamer les noms des condisciples qui, comme le fit Fouquier en 1796, ont conquis par leur zèle et leur travail d'honorables distinctions, vous vous promettrez de marcher sur leurs traces et de vous livrer à des études sévères qui deviendront pour vous de plus en plus attrayantes. Décidés à vous dévouer exclusivement à la science et à l'accomplissement de vos devoirs, vous fuirez de dangereux plaisirs, et l'heure du matin vous verra, dans les hôpitaux, venir consulter le livre instructif de la nature. Sachez bien que l'observation, éclairée et fécondée par l'expérimentation prudente, est l'école où vous devez, dès les premiers pas de votre carrière, rechercher de fructueux enseignements. Profitez largement de cet espace de temps si court, limité par quelques années, où il vous sera donné de voir des faits nombreux interprétés par des médecins consommés.

Que l'anatomie soit la base de toutes vos connaissances médicales. Faites reposer sur elle et marcher avec elle la physiologie, dont la physique et la chimie sont inséparables, comme elles sont aussi intimement liées à la pathologie et à la clinique.

Exercez-vous avec un soin extrême à la diagnose anatomique et à toutes les méthodes qu'elle comporte; que la représentation graphique des organes à l'extérieur vous fasse apprécier et mesurer les variations qu'ils peuvent éprouver soit en santé, soit en maladie, soit sous l'influence des moyens curatifs.

Instruisez vos condisciples sur ce que vous avez appris, car vous en recueillerez vous-mêmes plus d'instruction. Que le goût des lettres et des arts ne vous abandonne pas, et n'oubliez point que le dessin et l'étude des sons ont de jour en jour de plus nombreuses applications à l'art de connaître et guérir les malades.

Songez bien que votre but n'est pas la curiosité, mais l'utilité pratique; que vous étudiez la médecine, non pas pour faire de la littérature ou de l'histoire naturelle, mais bien dans l'intention de soulager les malades et de remédier à leurs souffrances.

Adoptez les résultats constatés de l'empirisme, mais cherchez, autant que possible, à éclairer les faits par le flambeau de l'anatomie, de la physiologie et des sciences naturelles; remontez, autant que possible, à la raison organique et fonctionnelle des symptômes observés. Comptez les faits, mais n'en négligez pas l'interprétation.

Aimez-vous les uns les autres, c'est le moyen de vous rendre heureux et de ne pas vous envier mutuellement, alors que vous aurez acquis le droit d'exercer notre honorable profession. Au lit du malade, prenez de vos maîtres des leçons d'exactitude et d'humanité. Après le doctorat travaillez davantage; car alors vous verrez que votre instruction ne fera que commencer et que toute votre vie doit être consacrée à apprendre.

Alors aussi, imitant ce que vous aurez vu dans M. le professeur Fouquier, vous serez avant tout médecins, c'est-à-dire dévoués aux hommes, amis de la science, bonnêtes et disposés à renoncer à votre propre intérêt alors qu'il s'agira de l'intérêt des autres.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur le choléra épidémique qui règne en ce moment en Pologne; par M. Tschetgrhin, inspecteur en chef du service de santé du royaume de Pologne.

2° Deuxième mémoire de M. le docteur Chevreuse, de Charmes (Vosges), sur l'emploi du suc de plantain dans le traitement des fièvres intermittentes. (Commission des succédanés du quinquina.)

3° Note sur un nouveau procédé chimique pour la fabrication du pain, offrant des avantages, tant sous le rapport de l'hygiène que sous celui de la nutrition. (Commissaires : MM. Chevallier et Bouchardat.)

4° Remède secret pour la guérison des furoncles, bubons, etc.

5° Etats de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Mélanose.

M. le docteur Pamard (d'Avignon) adresse quatre observations démontrant, suivant l'auteur, la nature non cancéreuse de la mélanose. (Commissaires : MM. Louis, Cruveilhier, Bérard.)

Opium indigène.

M. le docteur Subsol, de Sainte-Eulalie (Landes), envoie des échantillons d'opium brut indigène qu'il a récoltés sur des capsules de pavots de toutes couleurs. (Commissaire : M. Chevallier.)

Choléra.

M. Burq adresse à l'Académie une note sur un premier résultat qu'il a obtenu d'une vaste enquête à laquelle il se livre, note de laquelle il résulterait que tous les ouvriers qui travaillent le cuivre et ses alliages et les carbures de fer ont été préservés du choléra ou très peu atteints pendant les épidémies de 1832 et 1849. M. Burq pense, en conséquence, que le contact de ces métaux avec la peau constituerait, en temps d'épidémie, un puissant préservatif, et même une médication utile à une période peu avancée d'une attaque de choléra confirmée. (Commission du choléra.)

LECTURES.

Traitement de l'aliénation mentale.

M. Ph. Pinel lit, sur des bains, des lotions, des arrosements dans le traitement de l'aliénation mentale, une note dont voici les conclusions :

La plupart des médecins aliénistes ont compris l'utilité des bains et la nécessité de prolonger leur durée, dans les cas de manie principalement; mais cette durée a été et est encore limitée à quelques heures.

Ils se contentaient et se contentent ordinairement de prescrire des lotions, des affusions, des arrosements, qui se font le plus souvent d'une manière imparfaite et très irrégulière. Cependant M. Brierre de Boismont a fait usage dans ces dernières années des bains prolongés et des irrigations continues.

La méthode que nous employons depuis environ quinze ans dans les divers cas d'aliénation mentale aiguë consiste dans l'usage simultané des bains de longue durée et des arrosements sur la tête.

Les bains sont donnés et entretenus à une douce température; leur durée varie de une à vingt heures, suivant l'état des malades et les indications.

Les arrosements ou irrigations se font d'une manière intermittente ou continue.

Dans le premier cas, ils se font avec une éponge, un arrosoir ou un vase quelconque.

Le plus ordinairement les arrosements ont lieu pendant toute la durée des bains et l'eau tombe sans cesse sur la tête des malades.

Ces arrosements continus sont faits en pluie ou en jets plus ou moins forts; une pluie fine ou un léger filet tombant directement sur la tête ou sur une éponge qui en recouvre la partie supérieure est en général préférable.

La température de l'eau des irrigations doit varier suivant les saisons; elle doit être un peu plus élevée pendant l'hiver que pendant l'été, mais elle ne doit jamais être trop basse.

Les bains de courte durée dont la température est trop élevée ou trop basse sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Les bains sans affusions fréquemment répétées ou sans arrosements continus augmentent plutôt qu'ils ne diminuent les accidents cérébraux.

Les bains tièdes et les arrosements continus longtemps prolongés sont sans contredit la meilleure médication qu'on puisse employer dans le traitement des formes aiguës de la folie, non-seulement dans les manies, mais encore dans les diverses espèces de délire partiel.

Nous avons traité par ce moyen 157 malades, que nous avons classés ainsi : délire maniaque, 57; lypémanie, 38; délire sans mélancolie, 20; délire suicide, 24; *delirium tremens*, 16; érotomanie, 5. Total: 157, dont 91 du sexe masculin et 66 du sexe féminin.

Les causes morales l'ont emporté de beaucoup sur les causes physiques; les premières ont été notées 122 fois, tandis que les secondes ne l'ont été que 39 fois.

L'hérédité a été remarquée dans 37 cas; un peu moins du quart.

79 étaient célibataires, 50 hommes et 29 femmes; 66 étaient mariés, 12 étaient veufs.

Le terme moyen de l'âge des malades a été d'environ trente-deux ans.

La durée moyenne de la maladie a été, pour les 125 malades guéris, de deux mois et demi; pour 101 d'entre eux, les 4/5, elle a été d'*un* mois seulement. La durée moyenne du séjour a été de quatre mois.

Les résultats suivants ont été notés : nuls, y compris 4 morts, 7; amélioration, 21; en traitement, 4; guérison, 125.

Sur les 157 malades qui ont été traités, 125, les 4/5, ont donc été guéris.

Le nombre des guérisons a été en raison de l'âge peu avancé des malades; les 2/5 n'avaient pas trente ans : les 2/3 étaient au-dessous de quarante ans, et 4/5 n'avaient pas cinquante ans.

Avant trente et après quarante ans, les femmes ont présenté moins de chances favorables que les hommes.

La moitié des malades malades guéris était dans le célibat.

Un peu plus du cinquième, 28, était sous l'influence de l'hérédité.

Le cinquième, 25, a éprouvé des rechutes; la moitié des malades qui étaient retombés a été traitée de nouveau avec succès.

9 des malades seulement qui avaient des parents aliénés, le tiers environ, sont redevenus malades; trois de ceux-ci ont retrouvé la raison.

Sur 32 malades qui ont été traités sans succès, la moitié (16) avait dépassé la quarantaine, et était arrivée à l'âge où les guérisons deviennent plus rares et présentent des chances moins favorables.

7, près du quart, appartenaient à des familles où il y avait des aliénés.

6 présentaient dès leur entrée des signes de paralysie générale, et par conséquent peu ou point d'espoir de guérison.

6 de ces aliénés l'avaient été déjà une ou plusieurs fois.

9 malades seulement sur les 32 non guéris nous ont paru réunir les diverses conditions favorables de guérison.

Sur ce nombre de 32, vingt et un ont éprouvé une certaine amélioration.

Préparation anatomique.

M. Vecchi présente un squelette articulé à l'aide d'un mécanisme qui permet de lui faire exécuter tous les mouvements qu'exécute l'homme vivant, et de lui faire conserver toutes les positions dans lesquelles on le place. (Commissaires, MM. Bérard et Huguier.)

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Urétrotomie périnéale.

M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, lit un travail sur l'urétrotomie périnéale appliquée au traitement des rétrécissements de l'urètre. L'auteur s'est proposé dans ce travail de remettre en honneur une opération presque entièrement abandonnée en France, et que la correspondance scientifique de notre savant collaborateur M. Deville a suffisamment fait connaître aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

M. Sédillot rapporte les nouveaux faits dans lesquels il a eu recours à cette opération depuis 1851.

Obs. I. — Le premier de ces opérés, capitaine dans un régiment de ligne, souffrait depuis vingt ans d'un rétrécissement. Depuis six mois il n'urinait plus que par des pressions manuelles répétées sur périnée d'arrière en avant, pour chasser l'urine goutte à goutte au travers de la coarctation du canal. La vessie et les reins étaient enflammés, les urines fétides et purulentes. Toutes tentatives de cathétérisme et de cautérisation avaient échoué.

L'urétrotomie, pratiquée le 11 juillet 1852, permit au malade de quitter Strasbourg au mois de septembre suivant, et le capitaine B... a repris son service au régiment, où il jouit aujourd'hui d'une magnifique santé.

Obs. II. — Notre second malade, venu de Suisse, portait son rétrécissement depuis quinze ans. Des fistules périnéales s'étaient établies, et les tentatives de cathétérisme étaient restées infructueuses. Une fine bougie introduite par hasard par le malade n'avait pu être remplacée, et M. X... étant parvenu, quinze jours plus tard, à la remettre, l'urétrotomie fut pratiquée le 22 juillet 1851. Les suites en furent heureuses; une incision semi-lunaire faite autour de l'orifice de la fistule périnéale en facilita la cicatrisation, et le malade quittait Strasbourg et retournait le 9 septembre dans son pays, d'où il nous a écrit dernièrement qu'il continuait à jouir d'une parfaite guérison.

Obs. III. — Le troisième opéré était tombé sur le périnée et s'était rompu l'urètre : rétention d'urine, ponction périnéale; séjour à demeure de la canule du trocart pendant dix-sept semaines; formation d'un calcul dans la vessie; oblitération de la canule; fistule urinaire périnéale, urètre infranchissable. On envoya cet homme en cet état à la Clinique de Strasbourg.

L'urétrotomie est pratiquée le 7 janvier 1852, le calcul est extrait par la taille latéralisée le 3 février, et le malade, complétement guéri, retourne à Mulhouse le 13 mars, où il continue à se bien porter. Le col de la vessie a conservé sa contractilité, les urines sont bien retenues et largement chassées par l'urètre. Les fonctions génitales sont restées intactes, et l'on n'observe aucune trace des anciennes infirmités, dont peu de personnes avaient espéré la guérison.

Obs. IV. — Notre quatrième malade était atteint depuis quinze mois d'un rétrécissement de l'urètre avec cystite, néphrite, urines purulentes et fétides, émaciation, danger imminent. Les tentatives de dilatation et de cautérisation furent infructueuses. Cystite aiguë, angioleucite de la verge; les ganglions de l'aine droite s'enflamment et suppurent. Rétentions d'urine qui nécessitent deux ponctions hypogastriques.

Urétrotomie le 9 août 1852. Guérison le 8 septembre, époque où le malade quitte Strasbourg pour retourner dans sa famille, où sa santé s'est complétement rétablie.

Une précaution essentielle dans les cas de rétrécissement infranchissable est d'ouvrir l'urètre au-devant de la coarctation sur une grosse sonde métallique, et de fixer immédiatement les parois du canal par un fil, une épingle, une mince érigne, etc., pour être certain de les retrouver dans tous les moments de l'opération.

Une irrigation d'eau froide facilite l'examen des parties et permet de découvrir, à l'aide d'un stylet d'argent cannelé, l'orifice du rétrécissement; si l'on ne parvient pas à traverser l'obstacle, on pourrait le franchir avec un stylet conique, ou aller ouvrir l'urètre au-devant de la prostate et découvrir le rétrécissement d'arrière en avant au moyen d'un stylet d'argent recourbé et introduit dans cette portion du canal.

Si l'on est parvenu à placer à l'avance une bougie dans le canal, on glisse sur elle le stylet cannelé qui sert à fendre la coarctation. Un autre stylet, introduit à côté du premier, donne la facilité de dilater l'urètre et d'y porter, sans crainte de fausse route, une sonde de gomme élastique que l'on fait parvenir dans la vessie.

Le défaut d'écoulement de l'urine par la sonde dépend souvent des caillots de sang qui en bouchent les yeux; une injection d'eau tiède remédie à cette difficulté.

La sonde de gomme élastique est alors retirée sans déranger la position des stylets conducteurs, et on la réintroduit par le gland jusqu'à la plaie périnéale, et ensuite dans la vessie, avec les précautions déjà signalées.

— M. le professeur Bouisson (de Montpellier) communique un fait de réduction d'une luxation de la mâchoire datant de deux mois, à l'aide de l'instrument dilatateur de Stromeyer.

Chronique et nouvelles.

La mort vient d'enlever, après une longue et douloureuse maladie, M. le docteur Kapeler, ancien médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

— M. le professeur Nélaton commencera ses leçons cliniques le lundi 8 novembre, à 8 heures, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Usine hydraulique de Noisiel-sur-Marne, 30 octobre 1852.

Monsieur le rédacteur,

La réclamation du sieur Kretly, insérée dans votre numéro du 21 octobre, et la note qui l'accompagne pourraient, bien involontairement de votre part, avoir pour effet de corroborer les moyens de publication par lesquels le sieur Kretly, à l'aide de la similitude d'un nom qui ne lui appartient pas, cherche, à l'exemple de tant d'autres, à établir dans l'esprit du public une confusion entre les produits de notre fabrique (chocolats Menier) et les siens, et à nous faire ainsi une concurrence que les saines traditions du commerce ne sauraient approuver, et que les tribunaux proscrivent chaque fois que l'occasion leur en est offerte.

Nous ne voulons constituer ni vos lecteurs, ni vous juges de la légalité et de la moralité de ces moyens. Nous nous bornons à vous dire que la justice est en ce moyen saisie par nous de leur appréciation pour ce qui regarde le sieur Kretly, et jusqu'à ce qu'elle ait prononcé, nous nous contentons de faire appel à votre impartialité en vous priant, comme s'est notre droit, de donner place à notre réclamation dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. Menier et Cie.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38		

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Procédé nouveau pour déterminer le poids du sang d'un animal. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Tumeur hydatique du foie. Traitement. — Cas d'obstruction complète de l'intestin. Diagnostic difficile. Tumeur pulsatile de l'humérus. Désarticulation du bras. — Société de chirurgie, séance du 27 octobre. — Préparations ferro-manganeuses de M. Gavinet, pharmacien à Lyon. — Obsèques du docteur Blanche. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1852.

Procédé nouveau pour déterminer le poids du sang d'un animal.

Par M. BOURCIER, étudiant en médecine.

Nous avons reçu d'un des studieux élèves de l'Ecole la note suivante destinée à faire connaître une méthode ingénieuse pour apprécier le poids de la totalité du sang contenu dans les vaisseaux. Nous ne pensons pas cependant que cette méthode réponde tout à fait aux espérances de l'auteur, et nous croyons utile pour cette raison de faire précéder la note de M. Bourcier de quelques courtes réflexions.

La méthode que propose notre jeune confrère suppose évidemment que, lorsqu'on pratique une saignée à un homme ou à un animal et qu'on remplace le sang extrait par un égal volume d'eau distillée, il ne s'opère dans la densité du sang resté dans les vaisseaux d'autre modification que celle résultant de la substitution d'un liquide d'une certaine densité (c'est ici l'eau) à un liquide d'une densité différente (le sang). Or cette supposition, qui est vraie lorsqu'il s'agit d'un simple mélange physique, n'est plus exactement vraie quand on opère sur le sang. Les expériences hématologiques ont démontré que, lorsqu'on fait à un animal ou à l'homme une saignée d'une certaine importance, le sang resté dans les vaisseaux était par ce seul fait modifié dans ses éléments constitutifs et par conséquent dans sa densité.

A la vérité, si l'on connaissait exactement les variations apportées par une saignée d'un poids déterminé dans la pesanteur spécifique du sang, on pourrait à l'aide d'une moyenne appliquer encore la méthode de M. Bourcier et arriver à des résultats au moins très approximatifs; mais ces recherches, que je sache, n'ont pas encore été faites. C'est donc par là qu'il faut commencer. Dans tous les cas, la note de notre jeune confrère n'en est pas moins très digne d'être signalée à l'attention des physiologistes et des hématologistes; si elle répondait à l'attente de son auteur, elle servirait à résoudre plusieurs questions d'un véritable intérêt, entre autres celle qu'a soulevée depuis longtemps la théorie de M. Beau sur la chlorose, qui, on le sait, serait, d'après cet habile médecin, une augmentation de volume en même temps qu'une diminution de densité du sang.

Une multitude de méthodes ont été proposées pour peser la masse du sang de l'homme et des animaux; mais, comme elles reposent toutes sur des opérations qui n'ont aucune précision scientifique, aucune d'elles n'a pu prendre un rang définitif dans le domaine de la physiologie.

Parmi ces méthodes, la plus remarquable et la plus remarquée est celle qui a été imaginée par Valentin, qu'il a exposée dans le volume troisième de son *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, et que l'on trouve indiquée d'une manière erronée dans une note du *Manuel de Physiologie* de Muller, 2e édition; Paris, 1851. Il est facile de se convaincre que cette méthode n'est pas plus scientifique que celles qui l'ont précédée. En effet, elle repose sur deux évaporations successives de substances organiques, après lesquelles on établit une équation entre les résidus qu'elles ont fournis et les quantités que l'on a évaporées. Or dans une évaporation de ce genre, rien n'indique à l'opérateur le point précis où il doit s'arrêter. Ce point est laissé à l'appréciation individuelle : il en résulte que si l'on fait deux évaporations successives sur deux liquides organiques qui ne sont pas de même nature, les résultats ne seront pas comparables, car en général il arrivera que l'opérateur se sera arrêté à deux points d'évaporation un peu différents. Cette méthode n'est donc pas susceptible d'une grande exactitude.

Il n'en est pas de même des méthodes qui sont fondées sur des procédés densimétriques, dans lesquels rien n'est abandonné à l'appréciation individuelle; elles peuvent être longues et laborieuses, mais elles sont toujours exactes.

Voici celle que nous proposons :

On fait une saignée copieuse à l'animal sur lequel on expérimente; on mesure le volume du sang tiré; on injecte dans ses veines un volume d'eau distillée égal à celui du sang tiré; alors il se fait dans les vaisseaux un mélange d'eau et de sang, dont le volume est le même que celui du sang total. Nous l'appellerons le mélange circulatoire. Ensuite on détermine par des opérations physiques précises et bien connues le poids spécifique du sang pur et celui du mélange circulatoire. On sait d'ailleurs que celui de l'eau est 1. Ces opérations terminées, on obtient le poids total du sang par les calculs suivants :

Soient π le poids spécifique du sang pur;
π' le poids spécifique du mélange circulatoire;
v le volume du sang tiré par la saignée (c'est aussi le volume de l'injection);
x le volume du sang pur total (c'est aussi le volume du mélange circulatoire);

On a évidemment :

Poids du sang resté dans les vaisseaux après la saignée = poids du mélange circulatoire — poids de l'eau injectée.

Mais si l'on se rappelle (voir *Physique*, $P = \pi V$) que le poids d'un corps est égal à son poids spécifique multiplié par son volume, on verra que l'égalité précédente peut s'écrire ainsi :

$$\pi(x - v) = \pi' x - v.$$

En résolvant cette équation très simple, on obtient le volume du sang total, savoir :

$$x = \frac{v(\pi - 1)}{\pi - \pi'}$$

Ayant le volume total du sang, pour en avoir le poids total, il suffit (toujours d'après le même principe de physique) de le multiplier par le poids spécifique du sang, qui est π. De cette manière, on a :

$$\pi x \text{ ou poids total du sang} = \frac{\pi v(\pi - 1)}{\pi - \pi'}$$

Observons maintenant que dans cette formule πv est le poids du sang tiré dans la saignée. Si donc nous représentons par s le poids de la saignée, l'expression précédente devient :

$$\text{Poids total du sang} = \frac{s(\pi - 1)}{\pi - \pi'}$$

égalité qui montre que pour avoir le poids du sang il suffit de déterminer physiquement les nombres s, π, π', et de les combiner entre eux par le calcul, selon les indications de cette formule. Donc, règle générale, pour connaître le poids du sang d'un animal, faites une saignée, puis une injection aqueuse d'égal volume; multipliez le poids de la saignée par le poids spécifique du sang diminué de 1, et divisez le produit ainsi obtenu par l'excès du poids spécifique du sang sur celui du mélange circulatoire.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tumeur hydatique du foie. Traitement.

Nous avons dans une de nos *Revues* indiqué l'observation d'une malade couchée à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Grisolle. Cette femme, qui présente une tumeur hydatique du foie, est encore dans le service. La tumeur a augmenté de volume d'une manière très marquée, et un traitement chirurgical doit être appliqué prochainement. Nous avons eu l'occasion de voir vendredi matin, 4 novembre, un nouveau cas d'hydatide du foie dans le service de M. Valleix. Le volume extraordinaire de la tumeur et le traitement adopté rendent cette observation intéressante et digne de fixer l'attention de nos lecteurs.

Le nommé Charles Barjaud, âgé de trente-neuf ans, ouvrier ciseleur, est entré au n° 28 de la salle Saint-Raphaël. Cet homme, d'une bonne constitution, un peu lymphatique, d'une santé ordinairement parfaite, a éprouvé pour la première fois, dit-il, il y a dix-huit mois, des douleurs dans la région hépatique. Ces douleurs, assez aiguës, intermittentes, ne déterminant aucun trouble dans l'accomplissement des fonctions, le malade s'en préoccupa peu; il ne réclama aucun secours, et il put continuer l'exercice de sa profession sans cesser son travail un seul jour.

Pendant longtemps ces douleurs persistèrent, mais néanmoins le malade n'aperçut aucun gonflement dans la région hépatique. Il y a six semaines, il lui sembla que tout à coup il se formait une tumeur, en même temps qu'elle apparaissait au-dessous des derniers cartilages du sternum, toute douleur cessait, et depuis lors il n'y eut plus aucune espèce de retentissement douloureux vers le joint malade.

Mais depuis lors aussi le volume de la tumeur alla en augmentant sans cesse, et c'est seulement effrayé de ce volume que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Car, ainsi que nous l'avons dit, il n'existe aucune gêne apparente dans le jeu des fonctions, tant des organes thoraciques que des organes abdominaux.

Voici, du reste, quel est actuellement l'état du malade.

La tumeur occupe presque toute la longueur de la partie droite du tronc. On trouve en effet qu'elle remonte dans la poitrine jusqu'au niveau de la quatrième côte, tandis qu'en bas elle peut être suivie par le toucher abdominal et la percussion jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope.

A l'aide de la percussion, on peut la suivre en haut sans interruption en avant seulement jusqu'au point que nous avons indiqué. De ce côté la poitrine est déformée, comme projetée en avant; la saillie anormale qu'elle présente se continue dans l'hypocondre et surtout sur la partie latérale droite de la région épigastrique; puis elle descend jusqu'à la partie inférieure du ventre. La peau ne présente aucune altération ni dans sa texture, ni dans sa coloration. Le toucher ne réveille aucune douleur. On reconnaît qu'il existe de la fluctuation, surtout au point que nous avons indiqué comme le plus saillant. Si sur ce point on applique largement et à plat la paume de la main, et si l'on percute sur la face dorsale de la main ainsi placée, on perçoit une vibration manifeste.

Dans le reste du ventre on ne sent aucun engorgement; la pression même la plus énergique ne détermine aucune douleur; l'auscultation, pratiquée sur le côté droit de la poitrine en avant, ne permet de reconnaître le bruit respiratoire qu'au-dessus de la quatrième côte, tandis que du même côté, en arrière, on l'entend dans toute l'étendue du dos.

Le malade est très désireux de se voir débarrassé de cette affection, qui cependant ne semble déterminer aucun accident, malgré son énorme volume.

Le diagnostic ne peut être douteux; il s'agit ici d'une tumeur hydatique. Aucune autre tumeur ne saurait en effet se développer de cette façon et présenter ce volume sans s'accompagner de symptômes locaux et généraux graves.

Le pronostic ne manque pas de gravité; car pour obtenir la cicatrisation d'un pareil kyste, on doit craindre de voir dépasser les limites d'une inflammation curative.

Quant au traitement, le choix entre les méthodes est assez borné. Ainsi : 1° l'on pourrait faire une ponction avec une canule assez volumineuse qu'on laisserait à demeure jusqu'à ce qu'il se serait établi des adhérences entre la peau et la tumeur, et après avoir donné issue aux hydatides, on pourrait pratiquer des injections iodées. (Dans ce procédé rentre celui indiqué par M. Jobert.) 2° On pourrait ouvrir la tumeur après avoir préalablement détruit les tissus qui la recouvrent à l'aide de caustiques. 3° Enfin on pourrait arriver directement avec le bistouri jusque dans la tumeur.

C'est à cette dernière méthode que la préférence a été donnée. M. Michon, mandé par M. Valleix, après avoir discuté la valeur de ces diverses méthodes, s'est décidé, partageant sur ce point l'avis de M. Valleix et le nôtre, qu'il a bien voulu nous demander, à diviser l'opération en deux temps, et immédiatement il a pratiqué le premier temps. Une incision verticale, longue de trois pouces, a été pratiquée sur la partie la plus saillante de la tumeur. Tous les tissus ont été divisés jusqu'au muscle droit, et les fibres de ce muscle ont été elles-mêmes écartées de manière à mettre à nu sa gaîne aponévrotique postérieure. De la charpie a été introduite profondément pour maintenir les lèvres de la division écartées. D'ici à peu de jours, quand une inflammation suffisante se sera développée, dans un second temps on attaquera directement la tumeur.

M. Michon n'a pas suivi le procédé tel que le conseille M. Bégin, qui ne termine l'incision que lorsqu'elle est arrivée directement sur la tumeur, le péritoine lui-même ayant été divisé.

Nous serions assez disposé à préférer le procédé indiqué par M. Bégin. Cependant dans le cas présent, nous comprenons la conduite suivie par l'habile et prudent chirurgien de la Pitié. Il craint de voir se développer une inflammation trop vive, et il préfère agir plus lentement. L'action sera-t-elle suffisante pour assurer une inflammation adhésive? C'est ce que nous verrons ultérieurement.

Suivant toute probabilité, vendredi M. Michon pratiquera la même opération chez la femme couchée dans les salles de M. Grisolle. Nous suivrons avec soin ces deux observations, nous engageant à reproduire avec exactitude les résultats de l'opération.

Cas d'obstruction complète de l'intestin. — Diagnostic difficile.

Dans la salle Sainte-Marthe, n° 7, à l'hôpital de la Pitié,

se trouve une femme nommée Blaurue (Marguerite), âgée de soixante-huit ans, qui présente une affection d'une excessive gravité qui s'est produite dans les conditions suivantes :

Cette femme, d'une constitution assez faible, d'une santé médiocre, ne porte aucune trace de hernie. Dimanche dernier, après avoir très modestement diné (elle assure, en effet, n'avoir mangé que des carottes), elle fut prise dans la nuit de vomissements abondants et très douloureux.

Le lendemain matin 1er novembre, les vomissements persistant, elle entra dans le service de M. Grisolle.

A ce moment, le ventre, assez gonflé, météorisé, était très douloureux au toucher; les vomissements persistaient et la matière rendue avait l'aspect de bile. Il y avait de la fièvre, mais peu forte cependant. M. Grisolle prescrivit l'emploi de purgatifs et fit administrer 2 grammes de scammonée; mais ce médicament n'amena aucune évacuation.

Le 2, prévoyant qu'il s'agirait d'une obstruction intestinale, M. Grisolle pratiqua le toucher par le rectum, et il reconnut qu'il n'existait à l'extrémité inférieure de l'intestin que très peu de matières fécales.

Les vomissements persistant, on donna des lavements purgatifs, on continua la scammonée, mais le tout sans résultat; les tisanes et les médicaments pris par la bouche furent rejetés par les vomissements, et les lavements amenèrent quelques matières qui étaient contenues dans le gros intestin, mais il ne sortit aucun gaz.

On applique sur le ventre une vessie pleine de glace concassée.

Le 3, même état, seulement la sensibilité du ventre est bien diminuée.

Ce matin, 4 novembre, la malade est abattue; le ventre, assez volumineux, est tympanisé; on le déprime facilement, ce qui permet de rechercher l'état des viscères. On ne trouve aucune trace d'engorgement; les vomissements continuent toujours, et ce matin, pour la première fois, ils ont l'odeur et l'aspect de vomissements stercoraux. Aucun gaz n'a été rendu par le rectum. Il y a un hoquet continuel très fatigant; le pouls est assez normal; la figure de la malade n'a pas le caractère qu'elle revêt d'ordinaire dans les cas d'étranglement intestinal.

Nous avons examiné avec le plus grand soin les aines et l'ombilic, et en aucun point, comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons trouvé de trace de hernie.

Quelle est dans ce cas la nature de la lésion? Sans aucun doute, il existe un obstacle à la circulation des matières dans l'intestin. M. Grisolle admet volontiers qu'il existerait une invagination; mais cependant les douleurs ne sont pas très violentes; les phénomènes inflammatoires sont très peu marqués, et ce n'est pas là ce qui a lieu d'ordinaire dans l'invagination, qui le plus souvent provoque une inflammation assez vive pour amener la gangrène; la malade offre exactement l'aspect des personnes qui présentent la variété d'étranglement intestinal dit par engouement.

Y aurait-il quelque obstruction mécanique produite par l'accumulation de matières fécales ou de substances non digérées? ou enfin y aurait-il quelque tumeur de mauvaise nature? Sans repousser absolument cette dernière hypothèse, disons cependant que l'examen du ventre permettrait probablement d'apprécier le siége de la tumeur s'il en existait.

Quoi qu'il en soit de la cause, l'indication à remplir n'est pas moins excessivement difficile, et l'action de la médecine reste bien bornée.

M. Grisolle, qui avait prescrit la scammonée à assez haute dose, se propose de recourir à l'emploi de l'huile de croton et aux lavements de tabac; mais malheureusement la malade s'affaiblit et sa position s'aggrave d'heure en heure. La chirurgie pourrait-elle ou même devrait-elle intervenir? Un fait récent de gastrotomie suivie de succès devrait-il être considéré comme encourageant dans le cas présent? Nous n'oserions nous prononcer. Chez notre malade, rien ne peut guider le bistouri de l'opérateur; on agirait donc au hasard et sans savoir même le diagnostic réel de l'affection; l'art se compromet à de pareilles hardiesses. Peut-être une indication suffisante surgira-t-elle d'ici à vingt-quatre heures; alors l'opération pourrait peut-être être appliquée. Quant à présent, l'art paraît devoir rester impuissant.

Tumeur pulsatile de l'humérus. — Désarticulation du bras.

Il règne dans l'histoire des tumeurs vasculaires des os une confusion qui bien souvent ne permet pas de démêler la nature réelle de certaines altérations indiquées et décrites par les divers auteurs; le diagnostic sur le vivant a dû malheureusement se ressentir de cette imperfection des études anatomo-pathologiques. Un fait récent nous a offert un exemple remarquable à l'appui de cette assertion. Un malade fut présenté à la Société de chirurgie offrant une tumeur pulsatile de l'humérus; le diagnostic fut loin d'être établi d'une façon rigoureuse; mais cependant, pour le plus grand nombre des chirurgiens, il s'agissait d'une tumeur cancéreuse; le malade a été opéré depuis, et, comme on le verra, il s'agissait d'une affection fibro-plastique. Nous donnons en entier cette intéressante observation, qui nous a été communiquée par M. Edouard Bossen, interne du service de M. Boyer.

Le 8 octobre 1852 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 12, le nommé Mille (Jean).

Cet homme, commis aux écritures dans une maison de roulage, est âgé de quarante-quatre ans; il est d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux.

Il n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Il y a treize mois environ, il éprouva des douleurs rhumatismales limitées aux deux articulations scapulo-humérales; assez légères à leur début, ces douleurs, qui étaient toujours plus violentes la nuit que le jour, cessèrent complétement après cinq mois dans le côté gauche et se fixèrent dans l'articulation droite.

Contre cette affection, on employa des liniments avec le camphre, avec l'essence de térébenthine, des fumigations aromatiques, des vésicatoires.

A la suite d'une chute que fit le malade, il ressentit une douleur très vive, que calma immédiatement une application de sangsues.

Vers la fin de février, il fit un faux pas, et la douleur qu'il éprouva par ce contre-coup fut telle qu'il en perdit connaissance; elle persista avec son acuité première pendant vingt-quatre heures, et céda à l'application de liniments opiacés et de potions calmantes. Limitée d'abord à la partie antérieure du bras, elle s'étendit alors à la partie externe et un peu postérieure.

Le médecin qu'il consulta à cette époque lui conseilla des frictions avec le baume opodeldoch, des bains de vapeur; il lui fit appliquer successivement huit vésicatoires volants sur toute la longueur du bras: le malade n'éprouva aucune amélioration de cette médication.

C'est dans les derniers jours du mois de mai 1852 que le malade aperçut pour la première fois une tumeur à la partie antérieure du bras. Elle était adhérente aux parties sous-jacentes, peu élevée, ovalaire, du volume d'un œuf de poule, un peu inégale et demi-fluctuante; mais elle devint très dure au bout de quinze ou vingt jours. La peau était saine.

A cette époque, les douleurs étaient spontanées, intermittentes, sourdes, plus vives la nuit que le jour et limitées à la région qu'occupait la tumeur elle-même; la moindre pression exercée sur celle-ci était intolérable. Le malade pouvait exécuter avec le membre affecté *seul* les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras; mais déjà il lui était impossible d'écarter le bras du tronc sans de très vives souffrances.

On lui fit faire alors des applications répétées de sangsues; on lui conseilla des frictions avec l'onguent mercuriel, avec la pommade iodurée; il prit pendant près de deux mois l'iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 4 grammes par jour, tout cela sans aucune amélioration.

La tumeur, qui jusque-là n'avait fait que des progrès à peine sensibles, augmenta d'une manière notable pendant le mois de septembre, et gagna les parties latérales du bras en dedans et en dehors. Le malade s'aperçut d'un amaigrissement très marqué de l'épaule droite depuis le mois de juillet; il n'a pas augmenté, nous dit-il, depuis le mois de septembre jusqu'au moment où nous l'examinons.

Dans le commencement de septembre, le malade éprouva dans le bras des douleurs lancinantes qui ne durèrent que quelques jours, et constata dans la tumeur des battements artériels. Ces battements étaient perçus par lui seulement lorsqu'il appliquait sa main sur la tumeur. Celle-ci a augmenté continuellement jusqu'à ce jour. La douleur a également suivi une marche progressive dans son intensité, avec exacerbation pendant les changements de temps.

Etat actuel. — Rien de particulier à noter sur l'état général du malade. Toutes les fonctions se font régulièrement; il n'y a qu'un peu d'amaigrissement.

On remarque sur l'humérus, à 7 centimètres de l'acromion, une tumeur demi-fluctuante, légèrement inégale, sans changement de couleur à la peau; la saillie qu'elle fait est de quatre centimètres environ, et est beaucoup plus considérable en avant et en dehors qu'en arrière et surtout en dedans.

Elle présente en dehors, dans le sens de sa longueur, qui est dirigée suivant l'axe du membre, une étendue de onze centimètres; en avant et un peu en dedans, à un travers de doigt de l'aisselle, six centimètres; en arrière, six centimètres et demi.

Le bras, dans le point le plus saillant de la tumeur, a 29 centimètres de circonférence, tandis que le bras sain n'offre dans le point correspondant que 21 centimètres.

Cette tumeur est douloureuse à la pression, surtout dans les points qui correspondent au trajet des filets nerveux du musculo-cutané et du nerf cutané interne.

La compression dans le sens transversal occasionne des souffrances très vives; mais la douleur ainsi provoquée est limitée à la tumeur elle-même, tandis que celle qui est spontanée se fait sentir en arrière du scapulum et dans toute la longueur du membre.

Le malade éprouve dans le bras malade, et la nuit seulement, des secousses convulsives; il peut exécuter les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras sans souffrir, mais en s'aidant du bras sain. Le moindre mouvement pour écarter le membre du tronc est rendu impossible par les douleurs atroces qu'il occasionne.

La tumeur est le siége de battements artériels visibles à l'œil nu, et très sensibles à la palpation, car ils soulèvent légèrement les doigts appliqués sur elle.

Ces battements sont isochrones aux battements du pouls; la compression exercée pendant une minute et demie sur l'artère sous-clavière les fait disparaître complétement sans diminuer sensiblement (un demi-centimètre) le volume de la tumeur.

L'oreille appliquée seule ou armée du stéthoscope perçoit distinctement un bruit de souffle, qui, assez intense en avant et un peu en dedans, diminue en dehors et n'est plus perçu en arrière.

On a la sensation de susurrus en appliquant le doigt sur le trajet de l'artère brachiale, surtout un peu au-dessus du niveau de la tumeur.

Une aiguille à acupuncture enfoncée dans la tumeur, à sa partie externe, arrive sur un point résistant qui fait supposer l'os sain en cet endroit, tandis que la même exploration faite en avant donne une sensation de crépitation comme si on brisait des lamelles osseuses, et on sent, en poussant l'aiguille dans l'humérus, qu'on traverse ce dernier de part en part.

En imprimant à l'humérus des mouvements de flexion en le saisissant à ses deux extrémités, on reconnaît, par la mobilité qu'on obtient, qu'il y a solution complète dans sa continuité.

Des mesures comparatives prises sur les deux membres dans les divers points de leur étendue ne nous ont donné aucune différence appréciable; mais ce qu'on pouvait noter facilement, et ce qui nous a frappé en découvrant le tronc du malade, c'est un amaigrissement très marqué de l'épaule du côté malade et de toute la paroi thoracique correspondante.

Le 16, M. Demarquay a pratiqué la désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey, qu'il a modifié pour les besoins de l'opération.

Le 28, la plaie est en partie réunie; le malade est dans un état satisfaisant.

Anatomie pathologique de la tumeur. — Pour mieux étudier les rapports de la tumeur avec le système vasculaire, une double injection a été faite dans l'artère humérale d'une part, et dans la veine radiale de l'autre; et voici ce que nous avons pu constater.

La tumeur est entièrement formée par l'humérus. Elle est située au-dessus de l'insertion deltoïdienne, et s'étend depuis ce point jusqu'au niveau du col chirurgical. Elle a dans sa plus grande hauteur, dépouillée des parties molles, 9 centimètres, et 20 de circonférence. Elle est recouverte, en avant, par le deltoïde, et en dehors et en arrière par de longues portions du triceps; en avant et un peu en dedans, par le biceps, dont le tendon de la longue portion glisse sur elle.

On trouve en dedans le paquet des vaisseaux formés par l'artère brachiale et ses veines satellites, le nerf médian et le nerf cubital. Plus en dedans, la partie inférieure de la tumeur est contournée par l'artère et la veine humérales profondes et le nerf radial. On remarque sur sa partie inférieure et interne, dans le point qui correspond aux insertions du grand-pectoral et du grand-dorsal, les vestiges de ces attaches de ces deux muscles. Le brachial antérieur s'insère par sa partie supérieure à la limite inférieure de la tumeur.

Les muscles sont un peu pâlis et atrophiés.

La tumeur présente une enveloppe résistante, très vasculaire, sur laquelle on rencontre des vaisseaux veineux et artériels du volume d'une plume d'oie. Les artères sont surtout développées à sa partie externe et à sa partie interne. Un réseau veineux très riche la couvre dans tous les points de son étendue.

L'injection veineuse et artérielle a pénétré la tumeur, et on aperçoit à la loupe des réseaux formés par les deux ordres de vaisseaux, surtout aux parties interne et externe, aux points correspondant à la vascularité plus grande de l'enveloppe.

L'enveloppe fibreuse de la tumeur dans sa partie externe présente des lamelles osseuses, vestige de l'os primitif, et que l'acupuncture nous avait permis de constater.

En avant et en dedans, nous n'avons pas trouvé trace de l'os.

La tumeur est formée par un tissu blanchâtre légèrement rosé; elle présente des cellules irrégulières, dans lesquelles pénètre l'injection. Au niveau de sa partie supérieure, comme au niveau de sa partie inférieure, l'humérus a subi une solution complète dans sa continuité. Seulement, à la partie interne, point où nous avons trouvé des fragments osseux dans l'enveloppe, la portion compacte de l'os semble se continuer avec le tissu fibreux qui constitue le revêtement de la tumeur, et dont nous avons parlé plus haut.

Le tissu médullaire et sa membrane n'ont pas subi de modifications dans la portion de l'os située au-dessus de la tumeur. Dans la partie qui lui est inférieure, au contraire, la moelle est vascularisée, le canal médullaire a diminué d'étendue, et l'épaisseur de la portion compacte de l'os a augmenté.

— Après avoir transcrit toute cette description anatomo-pathologique, nous dirons que le malade est actuellement dans un état des plus satisfaisants, et qu'avant peu on aura obtenu la cicatrisation complète de la plaie résultant de la désarticulation.

Dr E. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 octobre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

M. le professeur Sédillot et M. le docteur Michel, chef des travaux anatomiques à Strasbourg, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté après quelques modifications demandées par MM. Giraldès, Huguier, Forget, Larrey et Boinet.

— M. MOREL-LAVALLÉE a la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

Je n'ai pas eu l'avantage d'entendre la lecture de M. Richet, mais j'ai appris qu'il n'avait pas cité ma thèse: il était parfaitement dans son droit, à la condition cependant de ne pas dire que son sujet était neuf, car il me met dans l'obligation de lui rappeler que que j'y ai consacré une grande partie d'une thèse dont il était un des argumentateurs au dernier concours. C'est un oubli que M. Richet regrettera avec moi, j'en ai la conviction.

Une indisposition me tenait également éloigné de la séance où a été discuté le rapport de M. Gosselin. M. Gosselin a dit à peine un mot de ma thèse, et ce mot est une critique. Sans vouloir rouvrir une discussion à laquelle je n'ai pu prendre part, je me dois à moi-même une courte réclamation.

Je ne répondrai pas à la critique de M. Gosselin; c'est un soin dont il s'est chargé lui-même. La voici : « M. Morel-Lavallée n'a pas de confiance, c'est M. le rapporteur qui parle, dans la pression directe, car il prévoit qu'elle peut échouer, et il propose dans ce cas d'autres moyens. »

Puis, un peu plus loin, M. Gosselin craint comme moi des insuccès, et pour ne pas amoindrir le procédé qu'il préconise, quel est donc, ajoute-t-il, le moyen qui réussit toujours? Et il indique ceux que j'avais indiqués moi-même. Ce n'était pas la peine de blâmer mon opinion pour l'adopter soi-même quelques lignes plus bas.

Ce qui m'a touché davantage, c'est le peu de compte que M. Gosselin a tenu de mon travail, surtout quand j'ai vu dans son rapport les mêmes faits, sauf un seul peut-être, qui m'avaient coûté beau-

coup de recherches, le même fond, les mêmes conclusions. J'ai été surpris de cette manière peu équitable qui est échappée à M. Gosselin, et qui n'était certainement pas dans l'intention d'un collègue dont tout le monde connaît la loyauté.

M. Gosselin. Il n'a jamais été dans l'intention de la commission de faire en aucune manière la critique de la thèse de notre honorable collègue; seulement il résulte des recherches bibliographiques qui ont été faites que le procédé de M. Richet avait déjà été employé avant qu'il en fit mention.

Seulement la commission a cru devoir faire ressortir que le travail de M. Richet était important, parce qu'il avait attiré l'attention des chirurgiens sur un point jusqu'alors peu étudié.

M. Morel-Lavallée. J'en appelle à la comparaison du rapport de M. Gosselin et de mon travail; elle montrera jusqu'à quel point ma réclamation était fondée.

M. Gosselin. Je crois, comme vient de le dire M. Morel-Lavallée, que chacun pourra juger la valeur de l'objection en lisant les deux travaux.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de remercîments de M. le professeur Arendt, de Saint-Pétershourg. Cette lettre sera déposée aux archives.

Ouvrages offerts à la Société par M. Danyau :

Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge;

A report of the practice of midwifery at the Wesminster general dispensary, During 1818, by Aug. Bozzi Granville;

Cursus der pratischen geburtshülfe, von docteur Ed. Lumpe.

Envoyés à la Société :

Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, IX Jahrgang 1852, vierter Band. Prag.

— M. Désormeaux lit un mémoire sur la luxation incomplète du tibia en avant.

MM. Larrey, Demarquay et Richet sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

Rapport sur le travail envoyé à la Société de chirurgie par M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, pour obtenir le titre de membre correspondant.

(Commissaires : MM. P. Guersant, rapporteur, Larrey, Morel-Lavallée.

Messieurs, le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, nous a adressé un travail pour obtenir le titre de membre correspondant de la Société; vous nous avez chargé, M. Larrey, M. Morel-Lavallée et moi, de vous en rendre compte.

Ce travail consiste dans une seule observation fort intéressante de trachéotomie dans un cas de laryngite striduleuse; cette opération fut suivie de succès, et M. le docteur Chapel, qui l'a pratiquée, accompagne cette observation de réflexions très pratiques et fait des remarques très judicieuses, mais qu'on peut discuter. Permettez-moi, messieurs, de vous résumer d'abord le fait.

Une petite fille de trois ans et demi, habituellement bien portante, fut prise tout à coup de spasmes le 24 septembre 1851 en mangeant une pomme cuite; la respiration devint sifflante, la toux rauque, enrouée, sèche et fréquente; le pouls donnait 120 à 130 pulsations. L'enfant ne souffrait pas de la gorge, n'y portait pas la main et dans les accès de dyspnée la figure ne rougissait pas sensiblement, les lèvres ne bleuissaient pas, la face était couverte de sueur; après l'accès, la respiration redevenait libre, mais sifflante, et la fréquence augmentait quand l'enfant s'endormait; il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires engorgés. Le traitement a consisté en application de sangsues au cou, cataplasmes sinapisés aux jambes, frictions mercurielles au cou, lavements purgatifs, vomitifs, vésicatoire sur le sternum. Malgré ces moyens, persistance des symptômes avec calme dans la matinée après une nuit très orageuse.

Le 28 septembre, la respiration est fréquente, sifflante; il n'y a pas d'aphonie, il n'y a pas de fausses membranes : M. le docteur Chapel prescrit le traitement de Miquel par l'alun et le calomel. L'état ne change pas, l'asphyxie devient imminente. D'autres confrères réunis à M. Chapel furent d'avis de la trachéotomie; elle fut faite; on n'obtint ni fausses membranes ni corps étrangers; l'enfant guérit; on retira la canule le huitième jour. Vingt-quatre jours après, ayant eu froid dans une chambre humide, cette enfant fut prise de toux grasse et tout à coup le soir d'une suffocation extrême, qui céda à un vomitif qui fut répété jusqu'à trois fois à trois jours d'intervalle.

Enfin, l'enfant se rétablit complétement et depuis n'a rien éprouvé de particulier.

Notre confrère M. le docteur Chapel fait précéder et suivre cette observation des réflexions suivantes.

Il s'étonne d'abord que les médecins contemporains, et principalement mon père, n'aient pas fixé assez l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est très facile de confondre, c'est-à-dire l'angine laryngée pseudo-membraneuse et l'angine laryngée striduleuse sans fausses membranes. Je ferai d'abord remarquer que M. Chapel fait erreur dans cette circonstance et qu'au contraire dans la première et dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine* mon père a cherché minutieusement à faire connaître les signes différentiels de ces deux affections dans son article *Croup*. Il a même fait remarquer que la laryngite striduleuse était ce qui avait été décrit sous le nom d'asthme de Miller; et, si on fait attention aux signes observés chez la petite malade qui fait le sujet de l'observation de M. Chapel, on trouve tous les symptômes qui caractérisent l'angine striduleuse spasmodique indiquée déjà par mon père dès 1823 et plus détaillée encore en 1835 dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine*.

M. Chapel cherche ensuite à prouver par voie d'élimination des symptômes que la petite malade n'avait pas un corps étranger dans le larynx, et il le prouve suffisamment; mais si le corps étranger n'est pas resté longtemps dans le larynx, on pourrait bien penser qu'il y a déterminé une irritation et par suite une angine striduleuse spasmodique; en effet, il ne faut pas perdre de vue que les accidents se sont développés brusquement, lorsque l'enfant mangeait une pomme. Nous pouvons d'ailleurs citer deux observations dans lesquelles des corps étrangers introduits momentanément dans le larynx ont produit des angines striduleuses spasmodiques. Ainsi mon père dit dans son article qu'il a vu survenir cette maladie chez un enfant qui, en mangeant, avait avalé une arête qui avait simplement éraillé la glotte à son passage; la maladie dura cinq jours. J'ai vu moi-même avec M. le docteur Gubler, médecin des hôpitaux, une petite fille de cinq ans qui avait avalé un morceau de bois provenant d'un couvercle d'une boîte; elle fut prise tout à coup de suffocation; elle dit elle-même à sa mère ce qui venait d'arriver. Un médecin fut appelé, la fit vomir et les accidents persistèrent; il y avait des accès de suffocation, et dans les intervalles la respiration était sifflante. L'enfant, qui était dans les environs de Paris, fut amenée chez M. Durosier, pharmacien à la place Saint-Michel; M. le docteur Gubler fut appelé, et lui-même me fit demander, pensant qu'il faudrait peut-être faire la trachéotomie.

Je vis l'enfant le 24 juin à neuf heures du soir; elle avait avalé le corps étranger le 22 juin; je la trouvai dans l'état suivant : voix rauque, mais non éteinte; râles bruyants dans la poitrine, respiration fréquente, bruyante, lèvres pâles; pas d'asphyxie imminente; pouls fréquent; point de mouvement de grelot dans la trachée. Je pense, comme M. Guhler, à l'existence d'un corps étranger; mais ne serait-il pas alors engagé dans une bronche? Nous croyons d'abord entendre la respiration moins d'un côté que de l'autre, mais cela n'est pas évident; nous plaçons la malade la tête en bas, les pieds en l'air; je lui comprime le larynx pour la faire tousser; elle ne rend rien, et, après avoir tenu l'enfant à peu près deux minutes dans cette position, nous la relevons; tous les accidents avaient cessé, et la nuit et les jours suivants elle n'avait pas autre chose qu'un peu de toux sans fièvre.

Le 18 juillet, vingt jours après notre visite, la petite fille fut prise tout à coup d'une suffocation, mais qui n'eut pas de suite, la face devint violacée; elle eut quelques mouvements convulsifs; elle disait qu'elle étouffait, et que cela la piquait au cou; elle crachait un peu de sang, et tous les symptômes cessèrent pour ne plus revenir.

Il y a aujourd'hui trois mois de l'accident, l'enfant est gaie et bien portante, et n'a plus aucun mal.

Il pourrait donc bien se faire que dans le cas rapporté par M. Chapel une petite portion de l'endocarpe de la pomme, qui, comme on le sait, est assez ferme et résistant, introduit plus ou moins longtemps dans le larynx, ait déterminé chez cette petite fille l'angine striduleuse, comme cette maladie a été produite chez l'enfant qu'avait vu mon père, et chez celui que j'ai vu moi-même avec M. Guhler; ces trois observations pourraient peut-être faire admettre une variété d'angine striduleuse traumatique sur laquelle on n'a pas fixé encore l'attention.

M. Chapel dit aussi qu'il ne pouvait pas y avoir d'œdème du larynx, parce que les symptômes fournis par cette maladie ne s'observent pas; mais cependant une infiltration légère du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx pourrait bien exister avec les symptômes observés chez le sujet de cette observation, sans qu'il fût très facile de le constater. C'était l'opinion de M. Gubler pour la petite malade que nous avons vue ensemble. Enfin M. Chapel termine ses remarques en disant que sa malade était affectée d'une de ces angines striduleuses spasmodiques pour lesquelles on a rarement occasion d'être forcé de pratiquer la trachéotomie. Cette opération a certainement été pratiquée dans des circonstances semblables par plusieurs opérateurs, qui devaient en agir ainsi à cause de la suffocation extrême où se trouvaient les malades. Aussi nous approuvons l'opération qu'a pratiquée notre confrère. Il y avait urgence, sa malade allait expirer. Mais si on a fait à la fin ce qu'on devait faire, a-t-on fait ce qu'on devait au début de la maladie? Je ne le pense pas, et je crois qu'avec une médecine plus rationnelle on aurait guéri la malade sans l'opérer. En effet, si on avait bien reconnu dès le début de la maladie que l'enfant n'était point atteinte d'une laryngite pseudo-membraneuse, mais bien d'une laryngite striduleuse spasmodique bien caractérisée : 1° par le début hrusque des accidents; 2° par l'absence de fausses membranes; 3° par l'absence d'aphonie; 4° par la périodicité des accès, on aurait évité un traitement très nuisible contre lequel mon père et d'autres se sont élevés lorsqu'il s'agit de laryngite striduleuse, on aurait évité les sangsues, les vomitifs, les mercuriaux, les vésicatoires, qui ont tous contribué à exaspérer les symptômes nerveux; on aurait suivi avec avantage les préceptes donnés par Miller, qui vantait dans ces cas l'*assa fœtida*, ou bien tous les autres antispasmodiques, comme mon père les conseillait dans ce genre de laryngite.

Nous terminerons en disant que nous adoptons les conclusions du travail de M. le docteur Chapel. En effet, il conclut d'après son observation :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse n'est pas toujours une affection légère;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chances de succès, que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier.

La commission dont je suis le rapporteur reconnaît que l'observation de M. le docteur Chapel est fort intéressante sous tous les rapports, qu'elle est suivie de réflexions très justes et qui dénotent un excellent esprit. Elle ajoute aussi que M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, a fait dans les journaux de médecine plusieurs publications, qui toutes ont une valeur pratique véritable, dont la liste est jointe à son travail.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à la Société :

1° Que le travail de M. le docteur Chapel soit inséré dans les bulletins;

2° Qu'il soit nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions de la commission ayant été mises aux voix et adoptées à l'unanimité, M. le docteur Chapel est nommé membre correspondant.

Hernie inguinale droite suivie d'un anus contre nature.

M. Sédillot entretient la Société d'un cas de hernie inguinale droite suivie d'un anus contre nature tout à fait anormal. En effet, après l'opération, pratiquée à l'hôpital de Dijon, le malade a présenté quatre ouvertures distinctes et compliquées de renversement de la membrane muqueuse. Deux des bouts de l'intestin ont été réunis à la suite de l'application de l'entérotome, et les selles se sont rétablies; mais il reste encore aujourd'hui deux ouvertures avec renversement de la muqueuse, sur l'oblitération desquelles M. Sédillot demande l'avis de la Société.

M. Denonvilliers. Un des résultats les plus difficiles à obtenir dans le traitement de l'anus contre nature est, en effet, l'occlusion définitive du cloaque dans lequel aboutissent les deux bouts de l'intestin, et les moyens conseillés jusqu'à présent sont loin d'avoir toujours l'efficacité désirable. Cette difficulté, très réelle dans la plupart des cas même les plus simples, s'augmente encore dans ceux qui présentent, comme le fait que nous a communiqué M. Sédillot, des complications insolites et des circonstances insolites. Aussi comprendrez-vous parfaitement la sollicitude et l'embarras de notre honorable collègue, embarras qu'il nous est arrivé plus d'une fois déjà d'éprouver, comme lui, en pareille occasion.

Nous n'hésiterons donc pas à lui faire connaître une opération nouvelle et ingénieuse qui n'a pas jusqu'ici reçu toute la publicité qu'elle mérite, et dont nous désirons bien vivement qu'il puisse tirer parti pour la guérison de son malade.

Il y a trois ans environ que cette opération fut pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine ou à l'hôpital Saint-Louis, par M. Nélaton, sur un jeune malade intéressant à d'autres égards, qui portait dans le flanc droit un large anus artificiel, contre lequel avaient échoué jusque-là toutes les tentatives et l'emploi des moyens ordinaires. L'opération consista :

1° A disséquer le cloaque par sa partie externe, en s'avançant à travers la paroi abdominale jusqu'au péritoine, qui fut respecté;

2° A profiter de cette dissection pour fermer l'ouverture en en reployant les bords et en maintenant accolées l'une à l'autre, au moyen de la suture de Gély, les surfaces saignantes;

3° A recouvrir la plaie d'un pont de parties molles emprunté aux téguments voisins, et fixé dans sa position nouvelle par plusieurs points de suture.

L'indication d'une opération de ce genre, pratiquée par M. Malgaigne, se trouvait déjà dans le *Manuel de médecine opératoire* de ce professeur. Entre les deux opérations existe toutefois cette différence, que celle de M. Nélaton comprend un temps de plus, la formation d'un lambeau autoplastique large et bien nourri, destiné à produire l'occlusion immédiate de la plaie, circonstance qui est à la fois une condition de prompte cicatrisation et une garantie contre le retour complet de l'anus anormal dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans son entier. L'événement a justifié, dans le fait observé par M. Nélaton, les sages prévisions de ce chirurgien. La cicatrisation de la plaie intestinale n'ayant pas été complète, la conséquence de l'opération a été de transformer un anus contre nature en une simple fistule stercorale assez petite, et dont la guérison a pu être obtenue plus tard, après plusieurs mois de traitement, à la vérité, mais sans qu'il ait été nécessaire de recourir de nouveau à l'instrument tranchant.

Depuis lors, j'ai eu moi-même à pratiquer, suivant les indications posées par MM. Malgaigne et Nélaton, l'opération nouvelle. Il s'agissait d'un vaste anus artificiel établi dans la région crurale droite, à la suite d'une hernie intestinale étranglée gangrenée. Au bout de vingt jours la malade était complétement guérie et la plaie extérieure fermée. La malade est encore actuellement dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, où tout le monde peut la voir; et depuis deux ans qu'elle a été opérée, elle n'a éprouvé aucun accident du côté du canal intestinal, bien qu'elle ait conservé une hernie dans le point même sur lequel ont agi les instruments. Mon opération a présenté dans le manuel plusieurs particularités importantes qui la font différer un peu de celle de M. Nélaton; mais je n'y insisterai pas ici, me proposant de faire de ce point de chirurgie l'objet d'un mémoire qui sera lu à la Société.

Je ne terminerai pas cependant sans faire remarquer que cette opération, véritable et précieuse conquête de la chirurgie moderne, est appelée à compléter, dans beaucoup de cas, la thérapeutique des anus contre nature, restée jusqu'ici imparfaite encore, malgré les excellents principes posés à cet égard à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, tant en France qu'à l'étranger, par Desault, Smakalden, Physick et Dupuytren.

Taille périnéale pratiquée dans des circonstances insolites.

M. Deguise fils communique l'observation suivante :

« Il y a trois semaines, je fus consulté par un cultivateur habitant la commune de Bonneuil (Seine) pour une tumeur qu'il portait au périnée. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, occupait le côté gauche de cette région, s'étendait en bas jusqu'à près de deux centimètres de l'anus, en haut jusqu'à la racine des bourses, était bornée en dehors par le pli crural et dépassait un peu en dedans le raphé. Elle était dure et bosselée; la peau, d'un rouge érythémateux, présentait une foule de petits enfoncements ou culs-de-sac, ou bien de véritables trajets fistuleux laissant suinter de l'urine.

» Cet homme, âgé de soixante-quatorze ans, avait été taillé par mon grand-père il y a cinquante ans. A la suite de cette opération, il était resté une fistule au périnée, laquelle, depuis cette époque, donnait passage à une certaine quantité d'urine, ou bien se fermait de temps à autre, mais jamais pour longtemps. Comme, en somme, la plus grande partie des urines s'écoulait par la verge, mon vieux client de famille s'était habitué à cet état de choses, et ne serait probablement pas venu réclamer mes soins si depuis un mois il n'avait ressenti des douleurs assez vives au périnée, ainsi que dans le canal, surtout pendant l'émission des urines, dont il ne se débarrassait plus qu'avec une certaine difficulté.

» J'ai dit que la tumeur était d'une dureté extrême; lorsqu'on cherchait à lui imprimer quelques mouvements, on percevait très manifestement un bruit particulier, une sorte de crépitation analogue à celle qui serait sentie en pressant une bourse dans laquelle on aurait placé de petits cailloux. Un stylet poussé par l'un des orifices fistuleux tombait directement sur un corps dur et produisait un choc caractéristique. J'avais affaire à un calcul périnéal.

» J'introduisis une sonde ordinaire par l'urètre, puis successivement trois autres plus petites sans pouvoir franchir la portion membraneuse. Néanmoins, par cette voie je ne sentis aucun calcul, et je crus être autorisé à m'expliquer la difficulté du cathétérisme par la pression seule du calcul périnéal.

» Comme j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer de ces calculs et qu'il m'avait suffi de faire une simple incision au périnée pour les extraire avec la plus grande facilité, je ne me munis d'aucun instrument particulier le jour où je me rendis auprès de mon malade pour le débarrasser de ce que je ne croyais être qu'un calcul dans l'épaisseur du périnée. L'expérience m'ayant démontré que ces sortes de calculs étaient ordinairement multiples et d'une friabilité extrême, témoin les échantillons de ceux que je mets aujourd'hui sous les yeux de la Société, je pris seulement une pince à polypes nasaux pour me faciliter l'extraction des fragments que je m'attendais à rencontrer, surtout si l'un d'entre eux proéminait dans l'urètre.

» Je me proposais donc : 1° de fendre le périnée jusqu'à la poche renfermant le calcul; 2° de l'extraire; 3° de circonscrire par des incisions rendues elliptiques la plus grande partie des téguments du côté gauche du périnée, et d'enlever avec le kyste tout ce tissu inodulaire qui était traversé par les fistules dont j'ai déjà parlé.

» En conséquence, assisté par mon honorable confrère M. Monfray, je pratiquai sur le côté gauche du périnée, à trois centimètres de l'anus, une incision horizontale débordant le raphé et le pli génito-crural. Les tissus rencontrés par mon bistouri étaient tellement durs qu'il me fallut inciser à plusieurs reprises avant d'arriver à la poche. De plus, ces tissus prêtèrent assez peu pour que, malgré l'étendue de mon incision, je ne pusse suffisamment dégager le calcul. Je fus donc dans l'obligation de faire une seconde incision coupant verticalement la première de bas en haut. C'est alors seulement que je vins à bout de détruire les adhérences du calcul avec le kyste qui le renfermait.

» Voici ce calcul : vous voyez que son volume et sa forme sont ceux d'un marron de moyenne grosseur; il est pesant et très dur; les rugosités qu'il présente à sa surface expliquent les adhérences qui l'attachaient au kyste. Ce qu'il offre de plus remarquable est une petite facette lisse et polie qui m'apprit de suite qu'il n'était pas unique et que, par cette facette, il devait s'articuler avec un second calcul. En effet, en introduisant profondément un stylet, je

perçus un nouveau choc. La poche périnéale était vide, mais il existait un calcul dans l'urètre.

» J'eus recours pour l'extraction de ce second calcul à mes pinces à polypes; mais l'ouverture de communication avec la poche n'était pas suffisante pour permettre l'écartement des mors de l'instrument. Je fendis donc l'urètre de bas en haut, et cette fois je pus pénétrer. Malheureusement en cherchant à saisir la pierre je la sentis fuir, puis disparaître; elle était tombée dans la vessie.

» Que faire? Me repentir de n'avoir point prévu la nécessité d'un appareil instrumental? Cela n'avançait à rien. Laisser cet homme et courir chez moi chercher ce qui me manquait? Mais c'était faire quatre lieues. Je pris immédiatement mon parti : l'indicateur de la main gauche introduit dans la plaie jusque dans l'urètre, j'incisai de nouveau, mais en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné, de manière à intéresser la prostate dans l'étendue d'un centimètre environ, et je plongeai aussitôt dans la vessie mes pauvres pinces à polypes. Mas j'eus beau les entrer jusqu'aux anneaux, les tourner et retourner dans tous les sens, il me fut impossible de saisir la pierre. C'est alors que j'eus l'idée d'introduire deux doigts de la main gauche dans le rectum, après avoir fait un peu relever le malade; puis en arc-boutant le coude contre un de mes genoux et en pressant de toutes mes forces, je parvins à ramener la pierre assez près du col pour la saisir et en faire l'extraction.

» Ce deuxième calcul que je vous présente est aussi dur, aussi pesant, aussi inégal que le premier; sa forme est allongée; il a 5 centimètres de longueur; la circonférence de son axe mesure 6 centimètres; il se termine en pointe en avant, se recourbe en arrière, et simule assez bien pour la figure un pénis avec le scrotum. La portion allongée occupait la région prostatique, la portion recourbée et renflée baignait dans la vessie. Il offre deux petites facettes pour s'articuler, l'une avec le premier calcul déjà décrit, la deuxième avec un troisième calcul de la grosseur d'un pois, et qui, à part son volume et sa forme, est exactement de la même nature que les autres.

» La fin de mon opération n'a plus rien offert de remarquable; elle s'est terminée par l'ablation des trajets fistuleux, ainsi que de tous les tissus indurés.

» Depuis quinze jours que cette taille a été pratiquée, il n'est survenu aucun accident et la cicatrisation de la plaie marche avec rapidité. Tout, en un mot, me fait espérer une guérison prochaine. Au surplus, je me ferai un devoir d'instruire la Société de ce qui pourra survenir ultérieurement. »

Le secrétaire de la société, MARJOLIN.

PRÉPARATIONS FERRO-MANGANEUSES

de M. GAVINET, pharmacien à Lyon.

Tous les praticiens attentifs savent qu'il est certaines chloroses qui résistent opiniâtrément aux ferrugineux donnés sous toutes les formes; que, dans d'autres cas, la maladie, après avoir reçu des préparations martiales une modification avantageuse, s'arrête dans le progrès qu'elle faisait vers la guérison et reste stationnaire au milieu de son amendement; enfin, que dans une troisième catégorie de chloroses, le mal cède d'abord assez promptement à la médication ferrugineuse, mais ce n'est que pour un temps, la cure n'est qu'apparente, et la maladie reparaît à une époque plus ou moins rapprochée du terme qu'on regardait comme une confirmation suffisante de la guérison.

Tous ces insuccès du fer ont cessé depuis que M. Hannon (de Bruxelles) et Pétrequin (de Lyon) ont eu l'heureuse idée de lui adjoindre le manganèse comme adjuvant; aussi les ferrugineux sont-ils remplacés aujourd'hui de toutes parts, avec le plus grand succès, par les *préparations ferro-manganeuses* dans le traitement de la chlorose et de ses accidents.

Les préparations spéciales ferro-manganiques de la pharmacie Gavinet (de Lyon), préparées d'après les formules de M. le docteur Pétrequin, se trouvent aujourd'hui dans toutes les bonnes pharmacies, afin que partout les médecins puissent toujours les avoir sous la main.

Obsèques du docteur Blanche.

Dimanche matin, 7 novembre, ont eu lieu à Passy les obsèques du docteur Blanche, mort à l'âge de cinquante-sept ans à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Blanche, dont la juste célébrité acquise dans le traitement des affections mentales était devenue européenne, n'a pu malheureusement arracher à sa vie laborieuse les instants nécessaires pour résumer les importantes remarques pratiques qu'il avait rassemblées pendant plus de trente années d'exercice.

Tous les médecins qui ont eu l'occasion de se mettre en rapport avec lui ont apprécié les qualités remarquables de cet honorable confrère; sa maison, trop peu spacieuse à Montmartre, avait été transférée depuis plusieurs années à Passy dans la délicieuse habitation possédée naguère par la princesse de Lamballe. Pour l'approprier à sa nouvelle destination, Blanche avait voulu tout modifier lui-même, et dans cette nouvelle demeure il avait tout prévu pour rendre aussi doux et aussi convenable que possible le séjour des aliénés.

Malheureusement sa santé, jusqu'alors si robuste, n'avait pu résister aux fatigues continuelles et à cette activité dévorante qui ne lui permettait aucun repos. Depuis plus de deux ans, Blanche se sentait défaillir dans la voie pénible qu'il poursuivait, et il avait été forcé d'abandonner à son fils la direction de cette maison, qu'il avait créée avec tant de soins.

M. Emile Blanche, dont nous connaissons tous le mérite et les aimables qualités, avait accepté cet héritage, dont il porte avec bonheur le fardeau, et c'était la joie et la consolation du père de se voir ainsi revivre en son fils.

Blanche apportait dans l'exercice de son art des qualités toutes spéciales : il comprenait vite, observait bien et déduisait rigoureusement. L'autorité qu'il exerçait sur ses malades était prodigieuse, et la bonté naturelle qu'il apportait même au milieu de sévérités indispensables lui attirait l'affection des malades, qui tous conservaient pour lui les sentiments de la plus vive reconnaissance. Aussi les obsèques de Blanche ont-elles été vraiment magnifiques. A cette triste cérémonie était accourue une foule extraordinaire : on remarquait parmi les assistants tous les genres de célébrités dans les sciences, dans les arts, dans la littérature, etc., etc. L'église de Passy ne pouvait contenir tous les amis de Blanche : ce doit être pour sa famille une bien douce consolation.

Deux discours ont été prononcés sur sa tombe, le premier par M. Béclard et le second par M. Antony Deschamps. D[r] E. L.

Discours de M. Béclard.

« Messieurs,

» Cette tombe autour de laquelle nous sommes en ce moment rassemblés est celle d'un savant et d'un homme de bien. Le docteur Blanche avait acquis dans le traitement des maladies mentales une grande réputation. Le nom qu'il lègue à ses enfants ne périra pas. Si quelque chose peut adoucir, en ce moment suprême, l'amertume de leur douleur, j'ajouterai que sa mémoire sera toujours vivante dans le cœur de ses amis.

» Fils d'un médecin distingué de Rouen, M. Blanche commença sous les auspices de son père l'étude de la médecine. Mais on était en 1813, et le jeune étudiant de dix-sept ans dut se faire soldat, comme tant d'autres. A son retour à Paris en 1815, il reprit ses travaux avec une nouvelle ardeur, et dirigea dès ce moment ses recherches vers l'aliénation mentale, au traitement de laquelle il devait dévouer sa vie.

» A peine reçu docteur, et avide de donner à ses études la sanction de l'expérience, il fonda à Montmartre une maison de santé, devenue bientôt célèbre. Il avait alors vingt-quatre ans. Depuis cette époque jusqu'à ses derniers jours, et pendant une période de trente-trois ans, il n'a cessé de prodiguer à ses nombreux malades les soins éclairés d'une longue expérience.

» M. Blanche a puissamment contribué, par ses efforts, à opérer dans le traitement des maladies mentales une révolution aujourd'hui à peu près accomplie. Au régime de l'intimidation, régime commode pour le médecin, mais désastreux pour le malade, il a fait succéder celui de la persuasion, de la patience et de la bonté. Doué d'une remarquable énergie que tempérait d'ailleurs un cœur sensible et tendre, M. Blanche savait se faire aimer et se faire obéir. Dévoué à l'œuvre qu'il avait entreprise, vivant lui et les siens au milieu de ses malades, partageant leurs repas, leurs promenades, leurs distractions, M. Blanche a donné à l'établissement qu'il dirigeait un caractère qui lui est propre, et qui restera comme un de ses bienfaits. Lorsque, rendus à la santé, les malades se séparaient de cette nouvelle famille devenue la leur, ils revenaient la visiter souvent. Jamais, peut-être, médecin n'inspira une reconnaissance plus vive et plus sincère.

» La maison de Montmartre devint bientôt trop petite pour la foule toujours croissante des malades. Il y a cinq ans, M. Blanche transporta à Passy, sur le bord de la Seine, l'établissement qu'il avait créé, et en partagea dès lors avec son fils aîné, dont il était justement fier, la direction médicale.

» M. Blanche était encore plein de vie et de santé; mais sa robuste constitution ne devait pas tarder à fléchir sous les atteintes d'une maladie sans remède. Dès le moment où le mal se révéla, il en sentit lui-même toute la gravité, et il en supporta jusqu'à la fin les douleurs avec un calme inaltérable. Ce fut pour lui une grande consolation, au milieu de ses souffrances, de savoir qu'il laissait derrière lui un fils digne de le remplacer et de perpétuer son œuvre. C'est entouré de sa femme et de ses enfants, qui lui prodiguèrent pendant sa longue agonie les soins les plus touchants, qu'il a rendu son âme à Dieu; il était à peine âgé de cinquante-sept ans.

» Adieu, vous qui fûtes mon ami et mon maître! Le souvenir du médecin habile et de l'excellent homme restera toujours gravé dans nos cœurs. Adieu!! »

Chronique et nouvelles.

Les sciences, et en particulier la médecine légale, viennent de faire une perte douloureuse dans la personne de M. le docteur Henri-Louis Bayard, l'un des rédacteurs des *Annales d'hygiène publique*, auteur d'un *Manuel de médecine légale*, mort d'une attaque d'apoplexie, à peine âgé de quarante ans.

Bayard, qui avait étudié la médecine légale sous le patronage de notre regrettable collègue Ollivier d'Angers, avait à la mort de ce dernier hérité en grande partie de sa clientèle judiciaire; la prudence et le zèle qu'il mettait à remplir les missions qui lui étaient confiées lui avaient valu l'estime des magistrats, et lui avaient donné à Paris une position honorable, quoique modeste.

Les scènes sanglantes qui attristèrent la capitale à la suite des événements de février l'avaient tellement impressionné, que le séjour de Paris lui était devenu insupportable. Les avis et les encouragements des magistrats, les conseils d'amis dévoués ne purent vaincre ses répugnances, Bayard quitta Paris, où il avait des succès mérités, pour aller vivre en province.

Il alla se fixer à Château-Gonthier (Mayenne), et là il se livra à la pratique médicale. Les eaux ferrugineuses qui se trouvent dans cette ville étaient à peu près complètement oubliées. Il résolut de leur donner la renommée qu'elles lui semblaient mériter Il en fit une nouvelle analyse; il fonda un établissement de bains, et il était sur le point de recueillir et de faire partager à sa ville natale le fruit de ses travaux, quand la destinée est venue en décider autrement.

Bayard était d'une vigoureuse constitution. Lorsque nous le vîmes il y a quelques mois, sa santé était parfaite. Ses succès commençaient, une excellente femme, une bonne famille, tout concourait à le rendre heureux, et il appréciait tous ces biens. C'est au milieu de ces excellentes conditions qu'il fut pris d'une indisposition dans les premiers jours d'octobre dernier. Il éprouva presque aussitôt de si vives douleurs, qu'il eut recours aux préparations calmantes en topique, notamment au chloroforme. On l'entendait quelquefois dire : « Ce n'est rien; cependant je pourrais être atteint » de tétanos. »

Le 12 octobre, après avoir fait sa visite habituelle à l'établissement des eaux, il se rendit à sa campagne de Cussé; là il déjeuna, puis il s'occupa de quelques affaires d'intérêt avec son fermier. Sur l'observation de sa femme, qui le trouvait fatigué, il se décida à sortir pour faire une promenade. Il l'avait à peine terminée qu'il se plaignit de fatigue et manifesta le besoin de repos. Il s'assit alors sur un banc placé sous un châtaignier. Dès qu'il fut assis, son visage devint pâle; il se plaignit d'être très malade, et demanda qu'on le couchât sur l'herbe. A peine était-il couché qu'il eut des envies de vomir, prononça les syllabes *atta*, puis succomba entre les bras de M[me] Bayard.

Parmi les travaux que Bayard a publiés, nous citerons :

1° Un mémoire sur la police des cimetières;

2° *Essai médico-légal sur l'urétomanie, la nymphomanie;*

3° *La nymphomanie peut-elle être une cause d'interdiction? Les faits qui tendraient à l'établir sont-ils pertinents?*

4° *De l'appréciation médico-légale des effets de la commotion cérébrale;*

5° Divers mémoires sur la topographie médicale de plusieurs arrondissements de Paris; *Recherches historiques et statistiques sur les conditions hygiéniques des quartiers qui composent ces arrondissements*, etc.;

6° La Société d'encouragement lui a décerné une médaille d'argent pour son travail sur les *urines;*

7° Enfin, le *Manuel pratique de médecine légale* dont nous avons parlé.

— La liste des candidats du concours pour l'agrégation (section de médecine) est close; elle contient quatorze noms pour six places à donner. C'est la première fois, depuis bien longtemps au moins, qu'un aussi petit nombre de concurrents seront entrés en lice. On commence à comprendre que cette institution menteuse ne convient guère plus pour la nomination des agrégés que pour celle des professeurs, et l'on doit s'attendre à la voir assez prochainement mourir de sa belle mort. Ses partisans opposent d'avance au nouveau mode de nomination adopté pour les professeurs le choix qui va être fait pour la chaire de botanique. Nous n'avons pas à apprécier un argument qui repose sur des faits non accomplis; mais nous pouvons répondre d'avance aussi que, quel que soit le choix auquel on fait allusion, le concours offrira toujours des exemples de même force au moins, avec le scandale de plus.

Les quatorze candidats inscrits sont :

MM. Abeille, Aran, Blin des Cormiers, Bouchut, Delpech, Empis, Frédault, Gubler, Herard, Lasègue, Léger, Leudet, Milcent et Tholozan.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, commencera son cours de chirurgie dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, lundi 15 novembre, à huit heures du soir, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Triquet, interne à l'hôpital des Cliniques, commencera un cours de pathologie chirurgicale le vendredi 12 novembre à quatre heures, rue Larrey, 8 (ancienne rue du Paon). Il traitera d'une manière spéciale des maladies des organes des sens.

LE SOUSS.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 133. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 133. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpcau). Quelques mots sur l'érysipèle. — DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons sur les déviations utérines. — Recherches sur les maladies congéniales. — Compression traumatique des nerfs vagues et grands sympathiques, suivie de mort par asphyxie pulmonaire. — Académie de médecine, séancc du 9 novembre. — Société de médecine pratique, séance du 7 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 10 NOVEMBRE 1852.

Séances des Académies.

Les correspondants médicaux de l'Institut se sont reposés avant-hier, et la séance d'hier à l'Académie de médecine a été une véritable séance d'élection, c'est-à-dire qu'on s'y est à peu près exclusivement occupé de scrutin. Le résultat a été celui auquel on pouvait s'attendre, en supputant le nombre encore assez considérable des académiciens qui regardent l'Académie comme un théâtre, et qui pensent que la justice consiste à faire entrer d'abord ceux qui sont arrivés les premiers à la queue. Pour ceux qui ont cette façon d'apprécier les titres, M. Bouley avait le tort d'être un peu jeune, ainsi que son digne compétiteur M. Reynal. Ce tort est heureusement un de ceux qui peuvent contribuer à nous consoler d'un échec qui ressemble plutôt à un triomphe qu'à une défaite.

M. Londe avait ouvert le scrutin par une lecture que le bruit des conversations nous a empêché d'entendre; M. Guilbert l'a fermée par une fantasia médicale intitulée : *Intoxication électrique.* L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour discuter des questions de prix. Au sujet des prix prochains, un bruit assez étrange est venu jusqu'à nous. On nous a dit que le prix Itard, qui est, on le sait, donné tous les trois ans au *meilleur ouvrage de médecine pratique,* a été partagé de la manière suivante :

1° *Traité des maladies nerveuses,* de M. le docteur Sandras, 1,500 fr. ;

2° *Compendium de médecine,* 1,000 fr.

Si le fait est exact, nous sommes curieux de savoir sur quelles considérations la commission a basé une telle classification. Ces considérations, qui doivent être fort originales, ne pourront manquer d'intéresser le public médical, et nous aurons soin de les lui faire connaître. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Quelques mots sur l'érysipèle.

Toutes les phlegmasies, abcès, phlegmons, érysipèles, angéioleucites, etc., ont à elles des caractères propres et bien tranchés. Elles ont leurs signes, leur marche, leur traitement particulier. Mais parmi elles, l'érysipèle est sans contredit le plus intéressant à étudier; et quoique l'on ait déjà beaucoup écrit sur cette affection, je pense qu'on lira avec intérêt les quelques considérations qui vont suivre. J'étudierai l'érysipèle dans ses symptômes, dans sa marche, dans sa durée, dans son traitement, mais surtout dans sa durée.

1° *Symptômes.* — C'est une inflammation superficielle de la peau, caractérisée par une rougeur vive, intense, par un rebord abrupte, festonné et offrant à l'œil et au doigt un léger relief. Cette rougeur, habituellement étalée en une seule plaque, peut dans certains cas s'offrir sous l'aspect de plaques disséminées. Avec cela, des symptômes généraux et gastriques, voilà une esquisse rapide des signes de cette affection.

2° *Marche.* — L'érysipèle a en général de la tendance à s'étendre, à gagner au loin, à marcher; de là le nom qui lui a été si justement appliqué d'*érysipèle ambulant.* Il marche en augmentant pendant un certain temps, va ensuite en diminuant, pour disparaître sur un point, reparaître un peu plus loin, et ainsi de suite. Une fois qu'il a débuté, il s'arrête difficilement. Je n'en dis pas davantage sur ce chapitre, bien traité dans tous les ouvrages, et j'arrive à la durée.

3° *Durée.* — Sa durée est de trois à quatre jours. Cette proposition peut paraître monstrueuse, si surtout l'on consulte les livres, qui vous disent que l'érysipèle dure de douze à quinze jours au moins. Aussi a-t-elle besoin d'être justifiée.

L'érysipèle marche par plaques, par bonds. Un membre, par exemple, qui est pris d'érysipèle n'est pas envahi tout d'abord en entier par cette affection; il est pris successivement, portion par portion. Qu'un érysipèle débute au front, il forme d'abord une plaque; le lendemain, à cette plaque sera venue s'en ajouter une autre, puis une autre, puis une autre encore, et cela successivement. Eh bien! pour étudier et comprendre la durée de l'érysipèle, il faut étudier la durée de chacune de ces plaques, et pour avoir la durée totale de l'érysipèle, il faut additionner la durée de chacune de ces plaques. Chaque plaque d'érysipèle dure trois à quatre jours. L'érysipèle du front, que je citais tout à l'heure, disparaît au bout de trois à quatre jours, la seconde plaque qui a paru le lendemain disparaîtra un peu plus tard, et ainsi de suite. La durée absolue de l'érysipèle est fixe, il n'y a que de très rares exceptions; la durée totale est variable, elle est en raison directe du nombre de plaques qui auront paru et de l'époque de leur succession. J'ai déjà indiqué ce fait il y a quelque temps, dans un article sur l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux inséré dans la *Gazette des Hôpitaux.* Je parlais d'un phlegmon du bras survenu à la suite d'un érysipèle, et je disais : Quand on voit l'érysipèle durer plus de trois à quatre jours, il faut craindre qu'une autre phlegmasie ne soit venue se joindre à la première, chaque plaque érysipélateuse ne durant jamais ou que très rarement plus longtemps. La durée de l'érysipèle est donc de trois à quatre jours; mais la durée totale de la série de plaques érysipélateuses est variable : elle peut être de douze à quinze jours; elle peut durer un mois, six semaines et même plus longtemps.

4° *Traitement.* — L'érysipèle se développe le plus ordinairement soit sous l'influence d'une constitution atmosphérique particulière, soit sous l'influence d'une mauvaise disposition de l'état général du malade; de plus, il a pour caractère essentiel de marcher, de s'étendre, de voyager.

Que dire de tous les topiques, émollients, caustiques, résolutifs, pommades, etc., qui tour à tour ont été vantés, employés, puis abandonnés? Lorsque la plaque d'érysipèle a paru, tous les topiques sont inutiles; elle durera ce que dure une plaque d'érysipèle, et vous aurez beau la couvrir de compresses, de pommades, elle marchera, et tous vos topiques n'empêcheront pas la plaque de durer trois à quatre jours. Vous pouvez bien arrêter une angéioleucite, un phlegmon, vous n'arrêterez pas un érysipèle. Les topiques ne joueraient un grand rôle qu'en tant qu'ils empêcheraient la formation de plaques nouvelles à côté d'une plaque qui existe déjà. Je n'ajoute donc pas grande confiance à cette médication locale.

Mais, d'un autre côté, j'attache un grand prix aux soins hygiéniques, j'attache un grand prix aux médications générales, qui seront variables suivant les différents cas et que le tact du chirurgien disposera suivant la constitution et l'état des malades.

En somme, l'érysipèle est une phlegmasie superficielle de la peau, ayant une durée assez bien limitée; une phlegmasie qui, contrairement aux autres inflammations, ne peut être arrêtée dans sa marche, qui parcourt presque fatalement ses phases, qu'on pourrait appeler normales, et dans laquelle la médication générale, quant à présent, joue le plus grand, j'ai presque dit le seul rôle. L. B.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Quatorzième leçon.)

Nous n'avons qu'une remarque à présenter sur le diagnostic des déviations utérines envisagées d'une manière générale; elle est exclusivement relative aux nombreuses erreurs dont ces affections ont été la source à une époque où elles étaient encore imparfaitement connues. On a vu des médecins, placés en présence des divers déplacements de la matrice que nous avons décrits, croire tantôt à l'existence de l'hystérie, de la phthisie pulmonaire et de différentes névralgies, tantôt à celle des maladies du foie ou des reins. Plusieurs praticiens, préoccupés sans doute par la prédominance apparente de palpitations dues à un état d'anémie plus ou moins avancé, ont pensé avoir affaire à des lésions organiques du cœur.

A une époque voisine du moment actuel, aux fâcheuses erreurs que nous venons de signaler a succédé un autre genre de méprise. On a vu uniquement des engorgements et des abaissements de l'utérus dans des états pathologiques où le changement de direction de l'organe constituait le fait principal. Nous avons expliqué comment se produit l'abaissement de la matrice dans les cas de déviation. Lorsque existe une antéversion, le doigt, introduit dans le vagin et porté en avant, atteint rapidement le corps de l'utérus, qui paraît abaissé dans sa portion supérieure ou même dans sa totalité; l'illusion est surtout facile quand, au lieu d'une antéversion, existe une rétroversion, ce n'est plus alors le corps, mais bien le col de l'utérus qui se présente à une bauteur moindre que celle qu'il occupe habituellement.

Ces différentes circonstances rendent compte des fautes de diagnostic qui ont pu être commises.

Il importe d'être prévenu des faits que nous venons de rappeler; il importe également de savoir qu'après le retour de l'utérus dévié à sa position naturelle, persiste un léger abaissement, qui, en général, ne disparaît qu'au bout d'un temps assez long. Cet abaissement ne s'accompagne d'aucun désordre fonctionnel. De l'assertion que nous émettons ici, assertion en preuve de laquelle nous pourrions apporter, entre autres exemples remarquables, celui d'une malade chez laquelle l'utérus, après avoir été redressé, est demeuré abaissé pendant une année entière sans causer aucun trouble dans la santé, découlent deux conséquences importantes : l'abaissement de la matrice après la réduction définitive des déviations ne doit pas être regardé comme l'indice d'une guérison incomplète; les symptômes qui coïncident avec les déviations compliquées d'abaissement ont leur origine, non dans l'abaissement lui-même, mais dans le changement de direction de la matrice.

Du reste, on conçoit sans peine que l'utérus, quand on réfléchit à la manière dont il est suspendu entre le rectum et la vessie, puisse subir un faible degré d'abaissement sans engendrer aucun trouble morbide, à la condition toutefois que son axe naturel ne soit pas dévié. On a dit que les tiraillements dont les ligaments suspenseurs devenaient alors le siége devaient occasionner des douleurs; ces prétendues douleurs, l'expérience l'a suffisamment démontré, manquent tant que le col de la matrice ne dépasse pas l'orifice du vagin; il n'en est plus de même lorsqu'il franchit cette limite, ou que des déviations s'ajoutent à l'abaissement. Dans de semblables conjonctures on voit des souffrances de nature diverse se déclarer dans les régions inguinale et lombaire.

Il est digne de remarque que, dans les rétroversions où la compression exercée par le corps de la matrice porte sur la concavité du sacrum, les malades se plaignent principalement de douleurs dans les aines. Cette particularité tend, suivant nous, à établir que les symptômes douloureux ont leur point de départ non dans les effets de compression que déterminent les déviations, mais dans les tiraillements qu'elles impriment aux ligaments par lesquels est soutenu l'utérus. En se plaçant à ce point de vue, on sera conduit à rapporter aux ligaments antérieurs de la matrice le siége des douleurs inguinales qui accompagnent les déviations de l'utérus en arrière. De même on rattachera à la distension des ligaments postérieurs les souffrances dans les reins que font naître les déviations en avant, souffrances qui ne sauraient être expliquées par la pression du col de l'utérus.

M. Velpeau, dont nous avons eu déjà l'occasion de citer les paroles, a dit des déviations utérines qu'elles n'entraînent pas la mort, mais qu'elles ne guérissent pas.

Est-il besoin de démontrer, après les faits qui ont été exposés et les preuves qui ont été fournies, combien le fâcheux pronostic porté par le professeur de la Charité doit être dès maintenant atténué? Les déviations utérines appartiennent désormais à la classe des affections susceptibles de guérison. L'expérience nous a appris non-seulement qu'elles pouvaient être guéries dans un grand nombre de cas, mais encore que l'ancienneté de lenr origine n'était pas un obstacle au succès du traitement.

M. Devisse, cité par M. Bitty dans le *Journal de Dublin,* pense que les déplacements de la matrice qui remontent à une époque éloignée sont beaucoup plus graves que les autres, et ne peuvent disparaître que sous l'influence de la grossesse. Les faits qu'il nous a été donné d'observer ne nous permettent pas d'accepter cette opinion.

Le traitement des déviations utérines, tel que nous le comprenons, exige quelques précautions préliminaires, sur l'importance desquelles nous ne saurions insister avec trop de soin.

Le médecin qui se propose de pratiquer le cathétérisme de la matrice doit, en premier lieu, demander à ses malades si elles ont eu récemment leurs règles, et, dans le cas d'une réponse affirmative, s'informer de l'époque précise à laquelle s'est faite la dernière éruption menstruelle; autrement il s'exposerait à des acsidents fâcbeux, tels que l'avortement et les dangers qu'il entraîne. Ce n'est pas tout; il lui faut encore se tenir en garde contre les renseignements inexacts de personnes qui pourraient avoir intérêt à le tromper. Dans ce but, il examinera l'utérus à l'aide du toucber, et recherchera s'il n'existe pas de signes qui soient de nature à faire soupçonner une grossesse. Si l'investigation attentive à laquelle il se sera livré lui a inspiré des doutes, il ajournera le traitement à la procbaine époque menstruelle, dont il prendra soin de constater lui-même la réalité.

Il convient, dès l'abord, d'avoir recours à la sonde utérine, non-seulement comme moyen d'exploration, mais encore comme moyen de traitement. Nous n'avons pas à rappeler ici les règles qui doivent présider à l'introduction de l'instrument; lorsqu'il a été une fois introduit, on imprime à l'organe dévié un mouvement par lequel on le place dans une situation inverse de celle qu'il occupait, mais voisine de celle qui lui appartient dans l'état normal. On maintient pendant quelque temps la matrice dans la position nouvelle qu'on lui a donnée, puis on cesse de soutenir la sonde utérine; le doigt indicateur permet alors de juger si la déviation se reproduit immédiatement ou si elle demeure réduite pendant quelques instants, et d'apprécier ainsi dans une certaine mesure la durée probable et le degré de difficulté du traitement.

Dans les renversements en arrière, les manœuvres à exécuter sont en général plus faciles que dans les renversements en avant; plus faciles aussi sont les déplacements qu'on imprime à la matrice en vue de guérir la déviation.

Lorsqu'on retire la sonde, on maintient le col de l'utérus au moyen du doigt appliqué, suivant l'indication, à sa partie antérieure ou à sa partie postérieure.

Le cathétérisme de la matrice, pratiqué de la façon que nous venons de décrire, nous a valu des succès dont il a été fait mention; c'est dans des cas de rétroflexion principalement que nous avons obtenu ces succès. It y a là une particularité qui trouve sa raison d'être dans une circonstance anatomique signalée plus haut; nous voulons parler de l'état de mollesse du tissu de l'utérus au point de jonction du col et du corps, état de mollesse qui n'existe pas exclusivement en arrière, et favorise à un haut degré le maintien temporaire du corps de la matrice dans la direction qui lui a été imprimée.

Malgré les résultats favorables que procure la sonde utérine, malgré l'incontestable utilité dont elle est lorsqu'il s'agit soit d'arriver à la curation radicale des déviations, soit de préparer l'introduction des instruments redresseurs, plusieurs auteurs, et, entre autres, M. Ashwet, n'ont pas hésité à la représenter comme un moyen dangereux et inefficace. Un semblable jugement annonce, de la part de ceux qui l'ont exprimé, un défaut complet d'expérience personnelle. Même dans les cas où l'usage de la sonde utérine est suivi d'insuccès, il a pour effet de diminuer et quelquefois de dissiper les douleurs dont la matrice est le siége, par un procédé analogue sans doute à celui sous l'influence duquel s'effacent certaines douleurs du canal de l'urètre dans le cathétérisme répété de la vessie.

La plupart de nos malades ont été guéries par l'application des instruments redresseurs; nous nous servons habituellement aujourd'hui du redresseur articulé, auquel nous avons fait subir des modifications qu'il convient d'indiquer ici.

L'appareil se compose de deux pièces: la première comprend une tige intra-utérine, un disque et une tige vaginale; la seconde consiste en un plastron faisant suite à une tige métallique destinée à s'adapter à la tige vaginale.

La tige qui doit pénétrer dans la cavité de la matrice est en ivoire, elle est solidement fixée sur le disque; ce dernier, dont le diamètre maximum a deux centimètres, est de métal: sa face supérieure est plane, sa face inférieure est convexe; elle s'articule avec la tige vaginale au moyen d'un ressort qui permet, en temps opportun, de couder à angle fixe les deux tiges que sépare le disque. La tige vaginale est creuse et cylindrique; la cavité dont elle est pourvue a pour objet de recevoir la tige solide qui se continue avec le plastron à angle droit.

Des fils cirés, qui prennent leurs attaches, d'une part, à la base du disque, de l'autre, à la partie inférieure du plastron, relient entre elles les deux pièces dont est formé l'appareil.

Dans la portion supérieure et à la base du plastron ont été ménagées des ouvertures qui reçoivent les cordons à l'aide desquels l'instrument est maintenu en place.

Nous réduisons le disque métallique à des dimensions pour ainsi dire rudimentaires toutes les fois que nous avons à traiter des femmes vierges.

Pour introduire la première pièce de l'appareil, on commence par l'ouvrir, c'est-à-dire par détruire l'angle qui existe entre la tige intra-utérine et la tige vaginale; on l'adapte ensuite à un mandrin muni d'un manche en ébène; on obtient ainsi une espèce de sonde rectiligne que l'on conduit sur le doigt jusqu'à l'orifice du museau de tanche; on la fait pénétrer lentement et avec précaution. Lorsqu'on sent que la face supérieure du disque métallique est arrivée au contact du col, on imprime à l'instrument un mouvement de totalité, qui varie selon la nature du déplacement; on fait ensuite agir le ressort, dont le mécanisme a pour effet de relever à angle droit la tige vaginale sur la tige intra-utérine; deux précautions sont indispensables à observer dans cette partie de l'opération: elles consistent, d'un côté, à protéger par l'interposition du doigt la paroi du conduit vulvo-utérin contre le mouvement brusque qu'exécute la tige vaginale; de l'autre, à maintenir fortement cette même tige, qui, abandonnée à elle-même, ne manquerait pas, sous l'influence du poids de la matrice engorgée, de refouler les tissus environnants et d'exercer sur eux une pression douloureuse.

Il est facile d'adapter le plastron à la première pièce de l'appareil toutes les fois que la tige vaginale, soutenue par la main du médecin, n'est pas venue se creuser un sillon profond et se perdre en quelque sorte au sein des parties molles.

Lorsque les deux pièces qui composent le redresseur ont été unies entre elles au moyen des fils dont nous avons parlé, on l'assujettit solidement avec les rubans qui passent par les ouvertures dont le plastron est pourvu à sa base et à son sommet; a-t-on affaire à une déviation en avant, il est essentiel, nous n'avons pas besoin de le dire, de serrer les rubans qui correspondent aux ouvertures supérieures avec plus de force que ceux qui correspondent aux ouvertures inférieures. On doit procéder d'une manière inverse dans les déviations en arrière.

Le redresseur à flexion fixe peut être employé dans les cas d'antéversion simple.

L'intervention des instruments redresseurs devient une mesure opportune du moment où le cathétérisme utérin, pratiqué un certain nombre de fois, n'a pas modifié sensiblement la déviation et la tendance que dans l'origine elle avait à se reproduire. Parmi les cas de renversement en avant que nous avons eu à traiter, il s'en est présenté un seul dans lequel elle n'ait pas été nécessaire. Sous ce rapport, les renversements en arrière ont présenté une différence que nous avons eu l'occasion de faire ressortir.

Le moment dont il convient de faire choix est un point d'une haute importance: les limites de temps dans lesquelles nous plaçons notre appareil sont comprises, d'une part, entre le quatrième jour qui suit l'éruption menstruelle; de l'autre, entre le dixième qui la précède. L'expérience nous a appris que lorsqu'on l'applique, surtout dans les commencements, huit jours avant l'époque présumée des règles, il a pour effet de hâter leur apparition.

Il est, en général, d'autant mieux supporté que le flux menstruel se répète à des intervalles plus éloignés.

La fréquence des pertes de sang par la matrice doit être considérée comme une contre-indication.

Plus la tige intra-utérine a de longueur, plus les malades sont exposées à voir le retour prématuré de leurs règles, et à éprouver des douleurs dans l'état de repos ou de la gêne dans la position assise. Cette seule remarque suffit pour démontrer la nécessité de déterminer exactement les dimensions en profondeur de la cavité de la matrice.

Toutes les fois qu'il y a antéversion ou rétroversion, et que le tissu utérin a conservé sa consistance naturelle, il suffit, pour redresser l'organe dévié, d'une tige qui n'occupe qu'une portion de sa cavité. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. Prenons pour exemple une flexion quelconque. L'instrument redresseur, si son extrémité ne pénètre pas au delà du lieu dans lequel l'axe du corps la matrice vient couper l'axe du col, n'aura d'autre résultat que de remédier en partie au déplacement; dans des circonstances de ce genre, il est indispensable de donner à la tige intra-utérine une longueur telle qu'elle dépasse d'un centimètre ou d'un centimètre et demi le point dans lequel existe la flexion.

A.-H. Margerie.

RECHERCHES SUR LES MALADIES CONGÉNIALES.

Par M. le Docteur Verneuil, prosecteur de la Faculté.

(Deuxième fragment.)

Luxation congéniale du fémur par maladie articulaire chez un fœtus à terme.

Malgré les nombreux travaux dont les luxations congéniales ont été l'objet, malgré le soin apporté dans l'exploration anatomique et dans l'exposé symptomatologique de ces affections, il existe malheureusement encore des lacunes relatives surtout à leur diagnostic, leur mode de développement, leurs causes premières.

Ce n'est point que les faits manquent, mais ils ne présentent pas tous la même valeur, et si l'on a l'occasion fréquente de constater, chez l'adulte, des difformités résultant de dislocations articulaires remontant aux premiers âges, il est beaucoup plus rare d'avoir sous les yeux les phases initiales de ces vices de conformation; circonstauce bien fâcheuse, puisque, malgré les efforts de praticiens babiles, on est réduit trop souvent, devant les luxations congéniales anciennes, au rôle de spectateur désarmé.

Le diagnostic n'est pas non plus toujours chose facile; et si cette proposition était contestée, ne suffirait-il pas de rappeler que sur le sujet, et même après l'autopsie, on a souvent peine à décider si la lésion est congéniale ou acquise. Aussi arrive-t-il qu'un grand nombre des observations publiées se terminent, après une discussion plus ou moins longue, par le doute et l'incertitude.

La raison en est facile à saisir; les luxations congéniales par elles-mêmes n'amènent point la mort; souvent donc on n'observe les malades qu'à une époque éloignée de leur naissance, alors qu'ont fui depuis longtemps les souvenirs fugaces de la première enfance. Il arrive aussi fréquemment que si des convulsions, des attitudes vicieuses, des violences extérieures ont sévi sur l'enfant dans le cours de la première année, je suppose, devenu grand, cet enfant vous répondra que de tout temps il a porté sa difformité; et comme, d'un autre côté, des déplacements d'abord peu étendus ne deviendront saillants que par la marche, le développement des membres ou l'imperfection de leurs fonctions, ils seront souvent méconnus par les parents, et rapportés par eux, dès qu'ils sont manifestes, à un traumatisme douteux.

On voit que d'obstacles s'opposent à la détermination de la congénialité ou de la non-congénialité des luxations; que sera-ce quand il s'agira de démontrer l'étiologie de ces lésions! On a beaucoup écrit sur les luxations congéniales de la hanche en particulier. Néaumoins, l'on possède un nombre assez restreint d'observations de cette lésion authentiquement constatée immédiatement après l'accouchement, et comme c'est à leur début que les maladies de ce genre portent le plus souvent le cachet de la cause productrice, c'est seulement avec des faits recueillis à cette époque qu'on parviendrait à jeter quelques lumières sur cette étiologie si pleine encore d'obscurité.

Les raisons qui précèdent, l'importance du sujet, les points de doctrine qu'il soulève et les indications thérapeutiques qui en découlent m'ont engagé à publier un fait des plus concluants; c'est une pièce pathologique trouvée à l'amphithéâtre, sans renseignements, il est vrai, mais qui constitue une de ces rares exceptions dans lesquelles l'anatomie pathologique est presque tout, l'observation clinique presque rien.

Luxation congéniale du fémur par suite d'une hydarthrose.

Dans les premiers jours de juin 1852, je trouvai à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique un fœtus mort après avoir à peine respiré. Son développement général est médiocre; néanmoins ses formes extérieures sont régulières, sauf dans la région de la banche gauche. Je fus, en effet, dès l'abord frappé de la conformation vicieuse de cette région et de l'attitude anormale du membre inférieur du même côté. Avant toute dissection, il me fut facile de reconnaître une luxation du fémur dans la fosse iliaque.

L'examen superficiel révèle les particularités suivantes: le sujet étant suspendu de manière que les pieds ne touchent point le sol, la hanche du côté gauche est plus élevée que celle du côté opposé; la cuisse, au quart fléchie sur le bassin, est dans une adduction assez prononcée, combinée avec un mouvement de rotation en dedans. — L'axe du fémur gauche coupe l'axe du membre droit au-dessous de l'articulation du genou. En mesurant comparativement les deux membres, de l'épine iliaque antérieure au bord supérieur de la rotule, on constate du côté gauche un raccourcissement de 6 à 7 millimètres environ, et l'on obtient sensiblement le même résultat par le procédé de mensuration indiqué par M. Nélaton. En examinant le membre par la partie postérieure, on voit que l'extrémité supérieure du fémur forme en arrière, en dehors et en baut une saillie considérable. La demi-circonférence de la région, mesurée par une ligne horizontale étendue de la symphyse du pubis à la pointe du coccyx, en passant par le sommet du grand trocbanter, présente à gauche 7 à 8 millimètres de plus qu'à droite.

Le membre du côté sain est un peu plus volumineux que l'autre.

Le toucher fait aisément reconnaître la présence de la tête luxée en arrière et en haut. On peut, en imprimant des mouvements rotatoires à la cuisse, déplacer la tête et la faire saillir davantage sous les téguments. En opérant des tractions directement en bas, on peut sans peine réduire complétement la luxation, c'est-à-dire rendre à la région sa forme normale. On perçoit distinctement une espèce de ressaut et de frottement quand la tête quitte sa position anormale pour rentrer dans le cotyle; mais la luxation se reproduit aussitôt qu'on abandonne le membre, qui se porte aussitôt dans la rotation en dedans et l'adduction; elle renaît de même si on pousse légèrement l'os en haut.

Les mouvements de l'articulation sont gênés, mais ne sont pas complétement abolis; la flexion, la rotation en dehors sont restreintes; l'extension est très peu étendue; mais l'abduction surtout est impossible, ce qui semble dû aux adducteurs qui forment à la partie interne de la cuisse une saillie très forte et très rigide.

La conformation extérieure et les mouvements de la hanche du côté opposé paraissent normaux. Des deux côtés, existe une rigidité qui est, du reste, très commune chez les fœtus.

La dissection révèle les particularités suivantes:

Du côté sain, les vaisseaux, les nerfs, les muscles paraissent tout à fait normaux; ces derniers ont une coloration rouge bien marquée. L'articulation, mise à nu, est bien conformée; la tête est néanmoins très peu emboîtée dans le cotyle, disposition qu'on rencontre souvent à la naissance. La capsule, partout intacte, est exactement appliquée sur les os. Le ligament rond est fort, brillant, nacré. La tête cartilagineuse est lisse, polie. Il n'existe aucun épanchement dans l'articulation.

Du côté malade, il n'en est pas de même. Les vaisseaux, les nerfs n'offrent pas de lésions appréciables ni dans leur volume, ni dans leur texture; mais les muscles sont généralement plus courts et moins développés que ceux du côté opposé, néanmoins ils ont la même coloration. Les deux fessiers superficiels sont sains. Le petit fessier, étalé sur la tête, est aminci, pâle; ses environs sont un peu infiltrés de tissu cellulaire induré.

L'articulation a perdu sa forme; la capsule, fortement distendue à sa partie supérieure, coiffe la partie supérieure de la tête qui est portée en haut, en dehors et en arrière; la partie antérieure de l'articulation n'est plus convexe; la capsule est tendue à plat au-devant du cotyle vide, et l'axe général du ligament orbiculaire est devenu oblique en baut et en debors. Celui-ci, néanmoins, ne présente aucune solution de continuité; ses insertions à l'os iliaque et au fémur sont normales.

La dissection a rendu beaucoup plus étendus les mouvements de l'articulation luxée, et on voit très distinctement la tête se replacer dans la cavité quand on opère la réduction; le membre reprend alors à peu près sa longueur et sa direction normales.

La jointure étant ouverte, on constate que la capsule est allongée et amincie presque partout, mais surtout à la partie supérieure et antérieure. Le ligament rond existe encore, mais il est filiforme et tellement ramolli, qu'au bout de deux jours de macération dans l'eau il se rompt. L'articulation est sinon distendue, au moins remplie par un liquide sanieux d'un gris rougeâtre, visqueux et difficilement entraîné par le lavage. La face interne de la capsule présente à sa partie inférieure des fongosités très développées, surtout au niveau de la partie antérieure dans le point qui correspond à la partie interne de la cavité cotyloïde. Du fond de celle-ci s'élèvent également des végétations de même nature.

Les surfaces articulaires sont entièrement cartilagineuses; leur tissu est rougeâtre et comme coloré par imbibition. Le cartilage a perdu sa translucidité et sa teinte opaline normales.

La tête fémorale est un peu plus petite que celle du côté opposé; elle présente au lieu d'insertion habituel les débris du ligament rond. En arrière elle offre, de plus, un léger aplatissement dans le point où elle presse contre le bord du cotyle, sur lequel elle est à cheval.

Sauf un peu moins de profondeur qu'à l'ordinaire, la cavité cotyloïde n'a perdu ni sa forme, ni sa régularité dans ses deux tiers inférieurs etinternes. On y reconnaît distinctement le bourrelet fibreux cotyloïdien; mais dans le tiers postéro-supérieur de sa circonférence on remarque un aplatissement, un écrasement de ce bourrelet fibreux et du sourcil cartilagineux qui le supporte. Malgré cet affaissement, il n'y a pas de solution de continuité dans ce point, mais seulement dissociation des fibres du ligament cotyloïdien.

Ainsi pour résumer les particularités les plus importantes de cette lésion, je rappellerai la distension de la capsule; l'épanchement séro-purulent, la rupture du ligament rond, les végétations qui obturent la cavité cotyloïde vide, le commencement d'altération de forme de la tête, l'agrandissement du cotyle en haut et en arrière par suite de l'addition d'une demi-cavité nouvelle incomplète encore, grâce à la résistance du bourrelet cotyloïdien et de la capsule orbiculaire.

Je pense que tout s'explique sans peine par la présence d'un épanchement qui a progressivement expulsé la tête du fémur. Je puis donc donner à cette affection le nom de coxalgie; il ne faut point objecter que les altérations du tissu osseux manquent dans ces cas de tumeurs blanches fœtales; car, suivant la remarque aussi simple que vraie de M. Broca, là où l'os n'existe pas encore, il ne faut pas s'attendre à trouver les lésions des arthropathies de l'adulte.

J'ai pensé qu'il était indispensable de donner une description longue et minutieuse de ce fait, pour qu'il ne reste point de doute sur sa nature; des observations semblables existent dans la science. M. Parise, appliquant la théorie de J.-L. Petit à la production des luxations congéniales du fémur, a déjà produit des cas analogues, et a fondé sur eux une théorie qu'il a discutée avec le talent qu'on lui connaît. Par mal-

heur ses descriptions sont un peu concises. (Voy. *Thèse inaug.*, août 1842.)

Depuis cette époque, M. Broca a observé un cas semblable; il l'a consigné dans un recueil malheureusement trop peu répandu. Je pense donc qu'on lira avec intérêt sa description, qui se rapproche beaucoup de la mienne.

Il s'agit d'un fœtus à terme qui fut présenté à la Société anatomique dans le mois de janvier 1852. Voici comment sont décrites les lésions anatomiques :

« La tête du fémur, sortie de sa cavité en refoulant la capsule, est venue se loger sous le petit fessier en passant entre lui et le pyramidal. Le ligament rond est détruit en grande partie; on en trouve des vestiges dans la dépression de la tête fémorale; ces restes sont très ramollis. La synoviale est recouverte de fausses membranes; le fond de la cavité en présente également une très développée qui masque le bourrelet graisseux et l'attache du ligament rond en ce point. Celui-ci, mis à découvert, est aminci, déchiqueté et noirâtre. Au milieu de ces désordres, les cartilages seuls font exception par leur intégrité parfaite, ce que j'attribue à leur épaisseur considérable chez le fœtus. Il est impossible de méconnaître à ces différentes lésions une vraie tumeur blanche. On ne peut donc pas nier son existence chez le fœtus..... Beaucoup de luxations congéniales me paraissent avoir cette origine..... Dans les luxations par malformation, le ligament rond reste intact, et, lorsqu'il est détruit, on peut dire que la luxation est le résultat de la tumeur blanche. » *Bull. de la Soc. anat.*; janvier 1852, page 10.

Après ces faits, il me paraîtrait superflu de discuter l'étiologie du fait que je viens de décrire plus haut; les théories proposées pour expliquer les luxations congéniales de la hanche me semblent ici en défaut, aussi bien celle de la malformation originelle des surfaces articulaires, puisque les os étaient ici régulièrement conformés, excepté dans le point où, par suite de leurs rapports anormaux, la pression devait nécessairement les altérer, que celle de la rétraction musculaire causée par des convulsions survenues pendant la vie extra-utérine. On m'objectera peut-être que les muscles étaient rigides, qu'ils étaient un peu atrophiés du côté de la luxation et qu'ils offraient des traces de transformation fibreuse appréciables à des yeux exercés. Je n'accepterai aucune de ces raisons comme étant d'un grand poids.

Les suppurations articulaires n'étant pas rares dans les premiers jours qui suivent la naissance, on pourrait penser qu'il s'agit d'un fait de ce genre : je répondrai que le fœtus avait à peine vécu et que les déformations qu'on observait dans les éléments articulaires attestaient à cette affection une date assez ancienne.

Pourquoi nous préoccuper des théories ? Nous avons sous les yeux la cause matérielle de la lésion ; cette cause, c'est l'hydarthrose ayant amené un déplacement successif favorisé chez le fœtus par l'attitude du membre, par la moindre résistance des ligaments, par l'emboîtement moins complet de la tête fémorale dans le cotyle iliaque.

En l'absence de conditions aussi favorables, ces faits sont cependant assez communs chez l'adulte : j'ai eu moi-même l'occasion de voir deux fois cette luxation s'opérer en quelque sorte sous mes yeux : en 1845, chez une marchande du quai aux Fleurs, qui marche très convenablement depuis, et, en 1846, chez un garçon de seize ans, couché à l'hôpital Saint-Antoine, affecté d'un rhumatisme articulaire général qui se localisa à la hanche. Ce malade fut affecté d'une hydarthrose aiguë, qui détermina bientôt l'issue de la tête dans la fosse iliaque.

Sans vouloir trop généraliser cette étiologie des luxations congéniales, je l'admets cependant pour un bon nombre de cas, et je pense qu'elle prendra plus de crédit à mesure que la pathologie fœtale sera plus complétement étudiée.

Cette observation, riche de détails anatomiques, ne me paraît pas toutefois perdue pour la pratique. J'ai tracé avec soin les symptômes de la luxation; ils présentent beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe sur l'adulte. Le diagnostic me semblerait donc facile en pareille circonstance : on n'a pas oublié sans doute la facilité avec laquelle s'opérait la réduction par une simple traction de haut en bas. La contention ne me paraîtrait pas d'une grande difficulté; c'est à cette époque qu'on pourrait compter sur une de ces cures radicales si souvent annoncées et si souvent démenties par le temps ou un examen rigoureux.

COMPRESSION TRAUMATIQUE

des nerfs vagues et grands sympathiques, suivie de mort par asphyxie pulmonaire.

Par M. le docteur Burggraeve, de Gand.

(Communiqué à l'Académie de médecine de Belgique.)

Le nommé Brunon Van Dorpe, homme de peine, âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, fut transporté à l'hôpital civil de Gand le 14 juillet 1852. Ce malheureux s'était endormi la veille sous un chariot chargé de foin. Au petit jour, le conducteur, ne s'étant pas aperçu de sa présence, mit son attelage en mouvement. Un cri perçant parti d'au-dessous des roues fit arrêter les chevaux. On releva le blessé saignant abondamment de l'oreille gauche et ayant la cuisse du même côté écrasée.

Averti de l'accident, nous nous rendîmes aussitôt à l'hôpital. L'état du blessé était très alarmant. Outre la fracture de la cuisse, fracture oblique et accompagnée d'un grand épanchement de sang, l'oreille gauche était arrachée du crâne, déchirée en plusieurs endroits et ne tenait plus à la tête que par un lambeau postérieur. L'écoulement de sang avait cessé, mais le cou était le siége d'une tuméfaction uniforme assez considérable.

Les mouvements de la face avaient lieu régulièrement, sans déviation des traits. Le blessé faisait entendre des cris plaintifs, mais pour le reste répondait convenablement aux questions qu'on lui adressait. Il éprouvait le besoin de cracher. En lui donnant à boire, on s'aperçut que la déglutition était arrêtée dans son troisième stade. Ainsi les liquides, après avoir franchi l'isthme du gosier, s'arrêtaient dans le pharynx, revenaient à la bouche par un mouvement de régurgitation et étaient recrachés avec une grande quantité de mucosités. Aucune lésion intérieure n'était appréciable ni au cou ni à la poitrine. Le malade avait pleine connaissance de l'impossibilité de la déglutition, et il en rapportait le siége à la partie moyenne de la région cervicale. On lui donna des boissons à plusieurs reprises, mais toujours les mêmes phénomènes se présentèrent.

Les mouvements de la tête, des bras, de la poitrine, de l'abdomen, ainsi que ceux de l'extrémité inférieure droite étaient parfaitement libres.

Malgré le gonflement de la cuisse fracturée, nous procédâmes immédiatement à sa réduction. La rigidité musculaire ne permit pas de l'obtenir d'une manière complète; cependant nous appliquâmes l'appareil inamovible ouaté, afin de maintenir le membre en attendant une réduction complète quand le spasme aurait cessé. L'oreille fut rattachée par quelques points de suture, après que les bords de la plaie eurent été égalisés.

Après le pansement, le blessé sembla moins souffrir. Il cessa ses cris plaintifs. La circulation se faisait régulièrement et le pouls était normal; dans l'après-dîner, le pouls se releva et rendit une saignée générale nécessaire. Le caillot sanguin dépassait, quant à la fibrine, la moyenne physiologique et présentait une faible couenne inflammatoire à sa surface. Le pouls tomba pour quelques heures, mais vers le soir la fièvre s'alluma. Même embarras du côté de la déglutition; rejet de mucosités par la bouche; persistance de la phonation.

Le lendemain 15 juillet, état fébrile. Mêmes symptômes que la veille et de plus respiration moins libre. Le pansement de l'oreille fut levé. La plaie se trouvait dans de bonnes conditions. On se contenta d'un appareil contentif. Quant à la cuisse, il n'y avait pas de péril en la demeure; on laissa l'appareil ouaté.

Le vendredi 16, même état; mais la gêne de la respiration augmente d'heure en heure. Vers le soir, le malade s'agite et se précipite à chaque instant sur son séant. On est obligé de surveiller ses mouvements. La respiration s'embarrasse de plus en plus; une mousse écumeuse sort de la bouche et se fait remarquer jusqu'au fond du gosier. Enfin, la mort a lieu par asphyxie pulmonaire vers deux heures du matin.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

L'incision des parties musculaires de la cuisse fit voir une fracture très oblique au tiers inférieur. Un épanchement considérable entourait les fragments.

Au cou, la dissection de la peau et du peaucier du côté gauche permit de reconnaître un caillot d'épanchement considérable dans le tissu cellulaire libre et intermusculaire. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien étant coupé, nous vîmes que l'épanchement embrassait également les vaisseaux et les nerfs profonds. Ainsi l'artère carotide, le grand sympathique étaient compris dans le foyer. De là le sang s'était porté plus profondément et avait enveloppé le plexus pharyngien. S'étant dirigé derrière le pharynx, au-devant des muscles de la colonne vertébrale, il avait produit les mêmes altérations du côté droit.

Il faut remarquer que l'épanchement n'existait pas à la partie supérieure du cou, et qu'il s'étendait des deux côtés à partir du milieu du constricteur supérieur jusqu'au constricteur inférieur, et, superficiellement, du côté gauche, depuis la naissance de la trachée-artère jusqu'à la partie inférieure du cou, en enveloppant le muscle sterno-cléido-mastoïden. L'apophyse styloïde gauche était brisée à sa base sans avoir subi de déplacement. Il n'y avait pas d'épanchement dans la région; le nerf facial et le temporal superficiel de la cinquième paire étaient intacts, de même que les nerfs rétro-styliens, lingual, hyoglosse, glosso-pharyngien, le renflement plexiforme du pneumo-gastrique, le ganglion cervical supérieur et les premiers nerfs cervicaux. Le crâne et la colonne vertébrale étaient intacts. Il n'existait de lésion ni à la langue, ni aux larynx.

Les voies aériennes étaient remplies d'une mousse spumeuse; le thorax ne présentait aucune fracture ni dépression; les poumons étaient fortement congestionnés, et le cœur presque rempli d'un sang noir peu fibriné. La mousse remplissait les bronches jusque dans leurs dernières extrémités. Le sang des poumons était également veineux et liquide. Le caillot était mou et ressemblait à de la gelée de groseilles.

Réflexions. — Peut-on, d'après les lésions que nous venons d'énumérer, se rendre compte de la mort de notre blessé ? Rappelons ici les symptômes dans l'ordre où ils se sont présentés. Ce fut d'abord l'impossibilité de la déglutition, puis la gêne de la respiration augmentant d'heure en heure, à côté de cela la persistance de la phonation. Or, on sait que le nerf vague ou pneumo-gastrique, nerf sensitif par lui-même, reçoit immédiatement à sa sortie du crâne une portion du spinal ou accessoire de Willis, nerf moteur qui remplit à l'égard du premier les fonctions de racine motrice. Le nerf vague, après avoir échangé des filets avec le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le ganglion cervical supérieur et la branche antérieure du deuxième nerf cervical, donne le nerf pharyngé supérieur qui, en s'unissant avec un filet du spinal et du glosso-pharyngien, forme le plexus pharyngé. Ce plexus est doué de fonctions motrices par des filets qui lui viennent du pneumo-gastrique, filets que celui-ci a reçus lui-même du spinal; c'était précisément à ce plexus que commençait le siége de l'épanchement. Dès lors on comprend pourquoi les mouvements du pharynx étaient impossibles et pourquoi il s'opposait à la progression ultérieure des liquides dans l'œsophage et l'estomac. On comprend aussi pourquoi la sensation de la soif était restée intacte, puisque le glosso-pharyngien, dont il semble que la sensation émane, était resté intact, l'épanchement s'étant fait plus bas. Quant à la gêne croissante de la respiration, elle s'explique par la compression graduelle des pneumo-gastriques et de la portion cervicale des deux sympathiques. Tous les auteurs qui ont expérimenté sur les animaux vivants ont reconnu que la section ou la paralysie de ces nerfs amenait des troubles graves dans les actes chimico-vitaux de la respiration, que le sang cesse insensiblement de s'artérialiser, que la chaleur animale diminue, que les inspirations deviennent de plus en plus difficiles et finissent par ne plus pouvoir s'effectuer que la bouche largement ouverte, jusqu'au moment où la mort par asphyxie vient mettre un terme aux souffrances de la victime. A l'autopsie, on trouve des traces de la lutte violente qui s'est établie avant la mort. La glotte et le larynx, la trachée-artère et les bronches sont remplis de mucosités et d'un liquide spumeux à petites bulles. Les poumons ont une teinte foncée sur toute leur étendue, et toute trace d'artérialisation du sang a disparu. Les cavités gauches du cœur sont remplies d'un sang noir et comme défibriné.

Ce sont là précisément les symptômes que nous a offerts notre blessé et les lésions anatomo-pathologiques que l'autopsie a révélées. Quant à la phonation, comme elle est sous la dépendance des nerfs laryngés supérieurs et inférieurs, on conçoit qu'elle ait persisté, puisque la compression des pneumo-gastriques commençait et finissait au-dessous de l'origine des premiers, et au-dessus des seconds.

En somme, il est manifeste que la mort a été amenée par la compression des nerfs vagues et grands sympathiques, laquelle a eu pour résultat d'enrayer les fonctions respiratoires et d'amener ainsi une véritable asphyxie pulmonaire.

Au moment où nous écrivons cette note, nous lisons dans le compte-rendu de l'Académie de médecine de Paris l'analyse du sang veineux sur un cheval six heures après la section des pneumo-gastriques, par M. Clément, professeur de chimie à l'école d'Alfort. Les conclusions de cette expérimentation se rattachant à notre travail, nous avons jugé convenable de les rapporter.

Ces conclusions sont :

1° Que le pneumo-gastrique transforme le poumon en un organe de pure exhalation ;

2° Fait diminuer l'eau dans le sang ;

3° Fait diminuer l'albumine.

D'où l'on doit inférer, au point de vue physiologique, que lorsque la respiration est normale,

1° Il y a combustion dans le poumon à l'entrée de l'air dans cet organe ;

2° Que cette combustion se produit aux dépens de l'albumine du sang veineux ;

3° Que, dans cette combustion, il se forme de l'eau qui passe dans le sang des artères pendant qu'une partie de l'albumine devient fibrine ;

4° Que, comme conséquence, le sang artériel est plus aqueux, moins albumineux, plus fibrineux :

5° Que, lorsque la respiration est rendue anormale par la section des pneumo-gastriques, la combustion pulmonaire s'affaiblit et finit par s'éteindre ; que l'albumine n'est plus brûlée, ni modifiée en fibrine, et que le sang alors devient moins aqueux et plus albumineux.

Relativement à l'augmentation de la fibrine et à la couleur rouge artérielle qu'offrait le sang de la jugulaire, les conclusions sont :

1° Pour l'augmentation de la fibrine, que si l'assimilation s'affaiblit en même temps et aussi vite que la vie pulmonaire, le principe fibrineux doit augmenter, et qu'il doit diminuer, au contraire, si la vie des organes se prolonge plus de temps que celle des poumons ;

2° Pour la coloration artérielle, que le sang qui rougit encore dans le poumon reste rouge quand il ne brûle plus rien dans la trame des tissus mourants et passe dans les veines; que, au contraire, il reste noir lorsqu'il circule dans des tissus encore vivants et qui lui enlèvent un peu de l'oxygène de ses globules.

Il résulte de ces conclusions que les pneumo-gastriques exercent à la fois une action motrice et une action chimico-vitale sur les poumons, actions qui font l'essence de l'inspiration et de l'expiration et les relient entre elles par un cercle non interrompu dont la vie elle-même est la conséquence. L'innervation des pneumo-gastriques a lieu d'une manière lente et continue, et cesse également d'une manière graduelle tant que les actes mécaniques dévolus principalement aux nerfs vertébraux peuvent s'accomplir. Les grands sympathiques sont les succédanés des pneumo-gastriques ; aussi l'asphyxie pulmonaire est-elle d'autant plus prochaine que ces deux nerfs ont été comprimés ou lésés en même temps.

Nous pensons que le fait que nous venons de rapporter a une importance véritable pour la physiologie ; aussi nous n'avons pas hésité à le communiquer à la Compagnie. Peu compétent par nous-même pour la solution des questions qu'il soulève, nous les soumettons à l'appréciation de nos collègues de la première section, désirant qu'il ne soit pas perdu pour la science. (*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 novembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. Balme-Dugaray sur une épidémie charbon-

neuse qui a régné récemment dans l'arrondissement du Puy ;

2° Rapport de M. Dehée sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné dans la commune d'Avesnes-le-Comte ;

3° Nouveau modèle de pessaire, par Mme Coquillard ;

4° Divers remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

M. Duplan adresse un mémoire sur les maladies traitées à l'établissement thermal militaire pendant l'année 1851.

Spina-bifida.

Mme Messager adresse un mémoire sur le spina-bifida dans ses rapports avec l'art des accouchements.

Convulsions.

M. le docteur Mascarel, de Chatellerault (Vienne), adresse un mémoire sur les convulsions des femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement.

Préparations ferrugineuses.

M. le docteur Lambossy adresse un mémoire sur de nouvelles préparations ferrugineuses.

Rétrécissements. — Urétrotomie.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il demande que l'opinion de la dernière commission du prix d'Argenteuil sur la permanence des guérisons des rétrécissements obtenus au moyen des incisions intra-urétrales profondes soit plus nettement exprimée qu'elle ne l'est dans le rapport adopté le 24 août 1852. « Ce n'est pas, dit M. Le Roy-d'Etiolles, le concurrent désappointé qui s'adresse à l'Académie, c'est un praticien qui hésite entre les impressions nées de ses propres observations, de son expérience et l'approbation donnée par un corps savant aussi éminent à une méthode considérée jusque-là comme dangereuse. »

» Il résulte évidemment des termes du rapport que le procédé de M. Reybard fait courir aux malades plus de dangers que la dilatation, la scarification et la déchirure superficielle : « On ne sau» rait disconvenir, y est-il dit, que l'urétrotomie ne soit une opé» ration sérieuse et qu'elle ne puisse provoquer de graves accidents. »

» Un autre partisan des incisions intra-urétrales profondes, M. Civiale, s'exprime de la manière suivante dans son mémoire sur l'urétrotomie : « Deux morts sur un petit nombre d'opérés dans un » court espace de temps ont produit une impression profonde. »

» Les dangers des grandes et profondes incisions intra-urétrales sont-ils compensés par des cures radicales, ou du moins par une proportion satisfaisante de guérisons durables ? C'est ce que le rapport n'exprime pas assez nettement : « Les faits authentiques, est» il dit (page 41), établissent que les guérisons obtenues par ce » moyen *peuvent être durables;* cependant nous ne pensons pas » qu'il faille toujours compter sur un résultat si heureux. Nous re» gardons la récidive comme possible, *ou même probable*, lors» qu'une vive inflammation s'empare de la plaie et rend inévitable » le développement de bourgeons charnus. »

» Le rapport mentionne 32 cas d'urétrotomie, et sur ce nombre il n'en cite que 8 dans lesquels la guérison ait été constatée après un temps assez long pour la faire supposer durable.

» Dans le but de vérifier l'état actuel des autres malades opérés par le procédé Reybard, j'ai demandé communication du manuscrit de ce médecin ; le conseil de l'Académie me l'a refusée. Privé de cette indication, je crois utile de provoquer une discussion publique par laquelle les doutes des médecins sur une question aussi grave puissent être éclaircis. »

M. Le Roy-d'Etiolles fait observer, en terminant, que la mort de l'un des malades opérés devant la première commission par M. Reybard est attribuée à une attaque d'épilepsie dans le rapport de 1852, et il s'étonne de ce que M. Civiale n'ait pas mentionné cette circonstance importante dans la relation qu'il a publiée du même fait.

M. Le Roy-d'Etiolles joint à sa lettre une observation inédite d'urétrotomie intra-urétrale profonde suivie d'infiltrations urineuses et de mort, recueillie dans le service de M. Blandin.

LECTURE.

Luxation.

M. Londe lit, au nom de M. Lesauvage (de Caen), une note sur une espèce particulière de luxation. Nous n'avons pu nous procurer de détails sur ce fait.

NOMINATION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine vétérinaire. Il y a 86 votants; majorité : 44. Au premier tour de scrutin, M. Leblanc obtient 45 suffrages, M. Bouley fils 33, et M. Lacauchie 6. Il y a deux billets blancs. En conséquence, M. Leblanc est nommé membre de l'Académie, sauf approbation de l'autorité supérieure.

LECTURE.

Pathologie générale.

M. Guilbert lit un mémoire sur l'intoxication électrique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 octobre 1852. — Présidence de M. FOUCART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance.

M. LE Dr MÉRIER, médecin de l'asile des aliénés de Saint-Dizier, adresse deux observations de pellagre, et demande le titre de membre correspondant. (M. Belhomme, rapporteur.)

— M. TERRIER est chargé de rendre compte des *Annales des maladies de la peau*, n° d'août 1852.

— M. LE Dr NAMIAS, médecin à Venise, envoie deux mémoires : l'un sur quelques effets de l'atropine et du sulfate de vératrine; l'autre sur l'application de l'électricité à la médecine, et demande le titre de membre correspondant. (Rapporteur, M. Masson.)

— M. MAGNE donne communication à la Société de la lettre qu'il a écrite au nom de ses membres à M. H. Larrey. Cette lettre est approuvée.

— M. FOUCART présente la lettre suivante, qui lui est adressée par M. Mavel, médecin à Ambert (Puy-de-Dôme) :

Emphysème, suite de rupture des voies aériennes.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le numéro du 28 août dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, je lis, au compte-rendu de la séance du 1er juillet 1852 de la Société de médecine pratique, une observation de M. Duhamel sur un cas d'emphysème du tissu cellulaire, suite de rupture des voies aériennes. Ce cas offre quelque analogie avec un fait que j'ai eu occasion d'observer, et dont je vous prie de communiquer l'observation à la Société de médecine pratique, si vous pensez qu'elle puisse être de quelque utilité pour la science.

Le 16 avril 1844, je suis appelé, à la campagne, auprès de Jeanne Sauvade. Cette enfant est âgée de six ans; elle est malade depuis trois jours seulement ; sa mère ne me donne presque aucun renseignement.

La peau est chaude, la face colorée ; inappétence, soif; la malade ne peut satisfaire le besoin qu'elle a de tousser; dyspnée extrême. Le pouls bat 200 fois à la minute, la respiration se renouvelle 80 fois dans le même temps; la sonorité de la poitrine est bonne partout. Par l'auscultation, l'on entend faiblement le murmure vésiculaire; pas de bruits anormaux. La malade ne souffre point du gosier; la parole est conservée, mais entrecoupée par la fréquence de la respiration. La malade dit ne souffrir que du ventre, qui du reste est très souple.

En présence de ces symptômes je ne puis fixer mon diagnostic; cependant, pour prévenir une asphyxie que je crois imminente, et malgré le jeune âge de la malade, je pratique une saignée de 100 grammes. Comme la malade est sujette à une affection vermineuse, je lui fais prendre du semen-contra.

Le 17, l'on vient me dire que la jeune malade va mieux, qu'elle a vomi plusieurs vers lombrics et que le sang de la saignée est devenu jaune.

Le 18, je vois que le sang est recouvert de couenne. L'on me dit que la malade fut soulagée peu après la saignée et l'expulsion de plusieurs vers.

Ce matin encore elle se trouvait bien, lorsque, sans cause connue, sans vomissements, sans cris, sans efforts d'aucune nature, l'on a vu le cou grossir. La prétendue enflure a gagné le sommet de la poitrine des deux côtés.

Le pouls est descendu à 120 pulsations à la minute ; il est égal, régulier ; la respiration n'est pas très gênée ; la toux n'est ni forte ni fréquente. Le cou est beaucoup plus volumineux que je ne l'avais vu; la tuméfaction s'étend aux épaules, à la partie supérieure des deux bras et à toute la paroi de la poitrine, soit en avant, soit en arrière. Au simple toucher je reconnais que j'ai affaire à un emphysème. En pressant sur les endroits que je viens de désigner, je trouve sous les doigts une crépitation fine. Par la pression l'air se déplace et fuit dans la direction où je le pousse. La sonorité de la poitrine est bonne. A l'auscultation, j'entends très bien la respiration dans le côté gauche de la poitrine. Pour le côté droit, je l'entends beaucoup plus faible, ce qui tient peut-être à un emphysème sous-pleural. La bouche et le pharynx, examinés avec le plus grand soin, ne me laissent apercevoir aucune lésion. Le cou, la poitrine ne sont le siége d'aucune douleur. La malade ne se plaint que du ventre, qui est très souple. — Prendre à l'intérieur 40 centigrammes de calomel; frictionner les parties emphysémateuses avec de l'alcool camphré.

Le 21, l'on vient me dire qu'après l'administration du calomel la malade a rendu une poignée de petits vers et que depuis les frictions l'emphysème a diminué beaucoup, que la jeune malade se lève et qu'on la croirait guérie si elle ne toussait encore un peu.

Depuis ce jour, j'ai vu quelquefois les parents de la malade, qui m'ont appris qu'elle était parfaitement rétablie.

Dans cette observation, l'existence de l'emphysème du tissu cellulaire n'est point douteuse; mais quelle en a été la cause? La toux n'a jamais été forte, la malade n'a poussé aucun cri, elle n'a point fait d'efforts; mais la dyspnée était telle que l'on conçoit facilement que, pendant les violents efforts de la respiration, il se soit formé une fissure, une déchirure sur un point quelconque des voies respiratoires.

Mais la dyspnée elle-même, quelle en était la cause? L'état couenneux du sang tendrait à faire admettre l'existence d'une phlegmasie dont le siége a été méconnu. L'absence de tout autre symptôme inflammatoire et l'expulsion d'un certain nombre de vers lombrics par la bouche pourraient peut-être bien permettre de reconnaître ces helminthes comme cause du trouble respiratoire et de l'emphysème qui en a été la conséquence, bien que ce symptôme n'ait été observé que trente-six heures après la diminution de la dyspnée, car l'on peut bien admettre que des gens de la campagne n'ont remarqué ce phénomène que quand il a été arrivé à un haut degré.

Agréez, etc. Dr MAVEL.

M. DUHAMEL fait remarquer qu'en effet cette observation a du rapport avec celles qu'il a citées. Dans celle qui lui est propre et dont l'issue a été fatale, la toux, très fréquente, n'a jamais cessé ; dans la seconde, au contraire, qui s'est terminée par la guérison, la toux était très modérée.

Réductibilité des luxations.

M. DUPERTHUIS. Dans la dernière séance, M. Boyer vous a parlé de la réductibilité des luxations et de l'époque à laquelle il convient de renoncer à toute tentative de réduction. J'ai à vous citer un malade qui, comme celui de M. Boyer, était atteint d'une luxation de l'humérus à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule; l'état de ce malade avait été méconnu probablement à cause de la tuméfaction. Quoi qu'il en soit, la luxation existait depuis treize ou quatorze mois quand j'eus occasion de voir à Paris M. Mayor, de Lausanne; je lui présentai le malade, et M. Mayor, après l'avoir examiné, dit qu'on pouvait essayer des tentatives de réduction de trois en trois jours à l'aide de la béquille qu'il a imaginée pour ce sujet; et parlant ainsi M. Mayor tenta séance tenante un premier effort, qui fut immédiatement suivi d'un succès complet. Le malade fut entièrement guéri et se sert parfaitement de son bras.

M. BOYER a lu dans un journal l'observation d'une luxation réduite au 56me jour par la méthode du talon et des mouvements du bras destinés à rompre les adhérences.

M. CHALUT rappelle que Sanson réduisit, il y a 35 ans environ, une luxation qui datait de 55 jours.

Singulière difformité de l'épaule.

M. BOYER rapporte qu'il a vu dernièrement au conseil de recensement de la garde nationale une difformité rare de l'épaule. Au premier aspect, on était tenté de croire à une luxation; mais, en examinant de près, nous reconnûmes que les muscles de la partie supérieure de l'épaule et en particulier le sus-épineux étaient atrophiés; l'angulaire de l'omoplate était représenté par un mince filet. Le bras élevé, il existait à cette région un creux profond au lieu d'une saillie ; le deltoïde était intact et l'articulation en bon état. Cette singulière atrophie est attribuée par le malade à une chute qu'il fit, il y a quelques années, sur le moignon de l'épaule.

Phlyctènes compliquées d'accidents graves.

M. DUPERTHUIS. Une femme de cinquante ans, petite, sèche, active, fut prise le 13 du mois dernier de douleurs atroces à la main, qui se couvrit de petites phlyctènes, lesquelles, ouvertes par moi, donnèrent issue à un pus séreux et mal lié; le bras se gonfla à son tour, et devint le siége de nouvelles phlyctènes à apparence érysipélateuse. Sur la main tuméfiée se forma un abcès que j'ouvris, et qui fournit un pus de meilleure nature, et cependant encore assez mal lié ; les abcès se renouvelèrent ainsi jusqu'au nombre de quinze sur la main, dont un qui suivait le trajet de l'artère radiale et fusait jusqu'au coude; il a donné un demi-litre de pus. Aujourd'hui la malade va mieux; elle est au bouillon et à l'eau vineuse; mais les articulations des doigts sont douloureuses, les phalanges craquent et font entendre un bruit rugueux. Je crains qu'elle ne perde deux phalanges du petit doigt.

M. MASSON. J'ai eu fréquemment à observer des cas analogues à celui qui vient d'être cité. On constate tout d'abord de la rougeur à l'extrémité d'un doigt ; puis surviennent des phlyctènes fournissant un pus mal élaboré; puis un autre doigt se prend; puis enfin les symptômes s'aggravent ; la main et le bras sont envahis, la peau se dénude; il existe une suppuration analogue à celle des vésicatoires. Je préviens heureusement tous ces accidents en touchant, au début, les parties malades à l'aide d'un crayon d'azotate d'argent. Quelquefois même il m'a suffi de faire usage d'un pinceau imbibé d'une solution de la même substance. A l'époque où je n'employais pas cette médication, je me rappelle avoir donné des soins à une femme de quatre-vingts ans, dont le corps était couvert de phlyctènes. Je les ouvrais et les lavais avec une infusion aromatique. Le gendre de cette femme, voulant inciser une de ces phlyctènes, se piqua le doigt, qui devint le siége d'un abcès. Bientôt il s'en forma d'autres sur toutes les parties du corps, et en si grand nombre, qu'il succomba. Sa belle-mère mourut quinze jours après.

Difficulté de diagnostic dans un cas de fièvre typhoïde et ataxique.

M. BOSSU. Un homme de vingt-huit ans, peintre, d'une chétive constitution, a été traité par moi, à plusieurs reprises, pour la colique de plomb, et la dernière fois il y a dix-huit mois. Sur mon avis, il abandonna sa profession, et travailla cependant il y a trois semaines. Dès cette époque, il était valétudinaire. Il y a cinq jours, sa femme étant à la campagne, il tombe subitement malade, perd connaissance et se trouve dans l'impossibilité d'indiquer mon adresse. Sa femme arrive le lendemain et me fait appeler. Le pouls est insensible, les pupilles sont dilatées ; il existe du refroidissement ; le malade n'a pas sa connaissance : on a appliqué des vésicatoires et des sinapismes. Je considérais cet état comme tellement grave, que je ne pensais pas que le malade pût passer la journée. Le surlendemain, on vient me chercher; l'état s'est amélioré, le pouls est remonté, il n'y a pas de fièvre ; le ventre est ballonné; pas de garde-robes ; le malade me reconnaît. J'ai prescrit un lavement purgatif avec émétique ; je tiendrai la Société au courant des résultats qui surviendront. Mais ce qui me préoccupe dans ce cas, c'est la question du diagnostic. S'agit-il d'une encéphalopathie saturnine? Il est difficile d'admettre une incubation du plomb remontant si loin. Est-ce une fièvre typhoïde? Je ne saurais accepter qu'il arrivât des accidents tellement graves en quatre jours.

M. DUHAMEL. Le doute n'est pas permis; il s'agit bien réellement d'une fièvre typhoïde ataxique qui a marché rapidement. J'ai vu un enfant au quinzième jour d'une fièvre typhoïde assez bénigne pour qu'on me demandât du bouillon, que je refusai; les symptômes s'aggravèrent subitement, et la mort survint en quarante-huit heures, non pas par suite d'une péritonite, mais par le seul accroissement des accidents qui existaient primitivement. Je ne pense pas que M. Bossu doive désespérer absolument de son malade. J'ai été appelé dans un cas où le médecin, ne voyant plus une seule chance de succès, crut devoir se retirer; il s'agissait d'une jeune fille au dix-huitième jour de la fièvre typhoïde. Je lui fis avaler un purgatif, et j'obtins une amélioration qui se soutint si bien que la personne dont je parle s'est mariée il y a deux ans. Par contre, on a observé des fièvres typhoïdes qui marchent très bénignement sans accidents, et dont la convalescence a lieu le quinzième jour.

M. MASSON se rappelle que M. Fizeaux n'admettait pas seulement une fièvre typhoïde (alors fièvre putride), mais qu'il reconnaissait aussi un état typhoïque qui pouvait exister sans fièvre et, dans d'autres cas, au contraire, revêtir un caractère grave. M. Masson a donné des soins à un coiffeur de l'Opéra qui, succédant à son père et tenant à conserver sa clientèle, ne cessa de se livrer à sa profession, bien qu'il fût atteint d'une fièvre typhoïde dont il guérit le vingt-cinquième jour.

M. BOSSU ne prétend pas qu'il a eu affaire à une encéphalopathie saturnine; mais ce qui l'éloignait de l'idée d'une fièvre typhoïde, c'étaient l'absence de fièvre, de délire et l'instantanéité des accidents.

Le secrétaire, Dr Al. MAGNE.

Chronique et nouvelles.

— M. le professeur Velpeau commencera ses leçons cliniques lundi prochain, 15 novembre, et les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés.

— M. Boucbut, médecin de l'hôpital Bon-Secours, commencera son cours de pathologie médicale le mardi 16 novembre, à sept heures du soir, à l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

On s'inscrit chez M. Gocberaud, à l'Ecole pratique.

Bulletin bibliographique.

Traité des maladies vénériennes; par A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. Un fort volume in-8°, avec planches gravées et coloriées. Prix : 10 fr. L'ouvrage sera expédié *franco* à toute personne qui en fera la demande, en joignant à sa lettre un mandat de 11 francs sur la poste. — Chez Victor Masson, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Traité d'hygiène populaire, par H. DUCLOS et BOUTEILLER fils, docteurs en médecine et internes des hôpitaux de Paris. — Un vol. grand in-18. Prix : 50 c. Chez tous les libraires de médecine.

LE SOCRÉ.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 » Un an...... 30 »	GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois..... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois..... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38		

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — HOPITAUX. DU VAL-DE-GRACE (M. Champouillon). Traitement de l'hydro-hémie. — DE SAINT-MALO (M. Chapel). Opération de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique. — Note sur un cas de grossesse gémellaire. — Cours de pathologie interne professé par M. Duméril. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1852.

La Société médicale du 1er arrondissement de Paris a pris, dans une de ses dernières séances, une délibération que nous n'avions point fait connaître, dans la supposition que les termes pourraient en être modifiés. Maintenant que cette délibération a été livrée à la publicité, nous nous croyons obligé de la mettre sous les yeux de nos lecteurs et d'en faire l'objet de quelques réflexions. En voici le texte :

« Dans sa dernière séance, la Société médicale du 1er arrondissement a été péniblement émue au récit que lui a fait un de ses membres d'une consultation qui aurait eu lieu entre un des médecins les plus respectables et les plus éclairés de la Faculté de Paris et deux homœopathes.

» Dans la conviction que ce professeur n'a agi ainsi que par excès de bonté et peut-être même dans un intérêt d'humanité, la Société n'a pas cru devoir formuler un blâme contre un confrère dont personne ne conteste la parfaite honorabilité; elle a décidé, toutefois, qu'elle ferait inscrire dans les journaux de médecine les conclusions d'un rapport de M. Despaulx-Ader, dont la Société avait déjà voté l'impression.

Voici ces conclusions :

« Ne point admettre dans notre sein :

» 1° Les homœopathes et autres charlatans;

» 2° Ceux qui pratiquent l'homœopathie concurremment » avec d'autres systèmes de traitement;

» 3° Ceux qui consentent à avoir des rapports profession- » nels ou qui se trouvent en consultation avec eux;

» 4° Ceux qui servent de manteau à celui que la loi n'au- » torise pas à exercer la médecine;

» 5° Ceux qui exercent sous l'inspiration de somnam- » bules. »

Avant de présenter nos remarques sur ce grave document, nos lecteurs nous permettront sans doute de leur rappeler que nous n'avons jamais hésité à juger l'homœopathie comme nous pensons qu'elle doit l'être par tous les hommes réfléchis et intelligents, et que tout récemment encore nous nous sommes attiré un procès pour avoir qualifié comme l'exigeait l'honorabilité professionnelle une indigne réclame homœopathique; mais nous rappellerons aussi qu'en toute occasion nous avons préféré les principes généraux de la justice aux intérêts particuliers, fût-ce même aux intérêts de la profession tout entière. Or, dans le document qu'on vient de lire, la Société nous semble s'être écartée, dans d'excellentes intentions, sans aucun doute, des principes généraux de la justice.

Suivant nos habitudes, nous commencerons par définir nettement les éléments du débat; car nous ne savons pas ce que c'est que de discuter dans le vague, quand rien n'empêche d'éclairer préalablement le terrain de la discussion.

Donc le médecin respectable et éclairé dont parle la note de la Société du 1er arrondissement est M. Cruveilhier; et quant au récit qui a donné lieu à la délibération, voici quel il a été ou quel il a dû être :

M. Cruveilhier, appelé en consultation par M. Teissier auprès d'un malade dont le nom a eu un grand retentissement, M. Cruveilhier a accepté cette consultation. Après l'examen du malade, une ordonnance *allopathique* a été rédigée et signée par M. Cruveilhier et par le médecin traitant; seulement cette ordonnance, rédigée par M. Tessier, contenait la formule banale : Les soussignés... *approuvant le traitement mis en usage jusqu'à ce jour*, etc.

Tels sont les faits. Voyons maintenant les questions que ces faits soulèvent, et cherchons les solutions que ces questions comportent.

1° *Un médecin peut-il, sans faillir à l'honorabilité professionnelle, consentir à se trouver en consultation avec un homœopathe?*

A cette première question nous répondons sans hésiter que non-seulement un médecin le peut, mais que souvent il le doit. Il le peut dans toutes les circonstances où il croit pouvoir être utile; il le doit, lorsque le malade est dans un état grave qui exige une intervention prompte de l'art. Comment! la vie d'un malade est en péril; vous pensez que vos conseils pourraient peut-être conjurer le danger, et parce que le malheureux patient aura eu la mauvaise inspiration de s'adresser d'abord à un homœopathe, vous lui refuserez votre secours! Jamais l'honneur médical n'a imposé de semblables obligations, il impose même tout le contraire. La première préoccupation pour le médecin, nous avons malheureusement été dans la nécessité de le rappeler quelquefois, est le salut des malades; la seconde est l'intérêt de la science et de la profession. Voilà les véritables principes qui doivent guider le praticien dans l'exercice de son art. La Société du 1er arrondissement a donc eu tort de blâmer ouvertement ce que la justice autorise, et ce que même, dans quelques cas, le devoir commande.

2° Ces principes seraient vrais alors même que tous les homœopathes seraient des charlatans. *Mais en est-il ainsi?*

Nous n'hésitons pas à dire qu'à l'égard de cette seconde question encore la Société s'est méprise, et qu'elle est tombée dans une exagération très regrettable.

Il a existé dans tous les temps, il existe et il existera toujours des hommes qui se trompent de bonne foi; et, quelles que soient les absurdités de la doctrine homœopathique, il est des esprits qui se laisseront séduire par les subtilités de Hahnemann et de ses adeptes. Nous comprenons parfaitement bien qu'une société refuse d'admettre dans son sein des hommes qui font profession d'homœopathie, quoiqu'il fût préférable peut-être de chercher à ramener ces hommes par la raison; mais ce que nous ne saurions admettre, c'est qu'une société agisse équitablement et prudemment en qualifiant publiquement du nom ignominieux de charlatan tout homme passé, présent et futur qui tombera dans les erreurs de l'homœopathie. Une semblable déclaration nous semble beaucoup moins propre à ramener à la vérité les esprits qui s'en sont éloignés, qu'à fomenter des dissensions qui ne tournent jamais au profit de la considération médicale. Nous croyons donc que la Société, en adoptant la première et la troisième proposition, a cédé à un mouvement dont le point de départ est certainement excellent, mais dont les conséquences ne peuvent être que fâcheuses, et nous ne saurions trop l'engager à revenir sur ce que ces propositions peuvent avoir de contraire à l'équité et aux véritables intérêts des malades et de la profession. — H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Traitement de l'hydro-hémie.

Les données fournies par l'analyse chimique permettent aujourd'hui de grouper sous la dénomination générique d'*hydro-hémie* la chlorose, l'anémie (des mineurs), la cachexie aqueuse, puisque ces affections offrent comme caractère commun et essentiel un changement de rapport dans les éléments consécutifs du sang. Les troubles fonctionnels qui dérivent de cette modification peuvent bien servir de base à la description et à la classification des espèces admises jusqu'ici; mais ils n'ont, en réalité, qu'un intérêt secondaire dans le choix des agents thérapeutiques applicables à l'affection générale.

En effet, que l'hydro-hémie soit idiopathique, comme dans la chlorose, ou bien qu'elle soit symptomatique, comme dans l'impaludation, il y a toujours une indication fondamentale à remplir : c'est de ramener l'équilibre dans la proportion des principes du sang. Quant aux désordres concomitants, tels que les névralgies, les palpitations, la dysménorrhée, la constipation, l'étiolement, les infiltrations séreuses, etc., il ne faut s'en préoccuper qu'à un moindre degré, parce qu'en définitive ils ne constituent que les traits mobiles de la maladie et non la maladie elle-même.

Depuis que l'on sait que l'oxyde ferrique est l'élément principal de la coloration des globules sanguins, et que la quantité de cet oxyde diminue notablement dans les cas d'hydro-hémie, les préparations martiales sont devenues la base pour ainsi dire exclusive du traitement pharmaceutique de cet état morbide. On croit avoir tout fait quand on a réussi à transformer en une teinte rosée la nuance blafarde de la peau. Et pourtant, que de mécomptes attendent le praticien qui s'attache par-dessus toute chose à l'emploi des ferrugineux comme agents de restauration du sang appauvri! C'est qu'il ne suffit pas de peindre les malades; il faut les guérir. Or, l'expérience démontre que ce n'est point avec du fer seulement que l'on obtient un succès radical et durable.

Si l'efficacité de ce traitement n'est que momentanée, si, en un mot, cette médication est insuffisante, cela tient, dit M. Pétrequin (1), à ce qu'on a toujours négligé d'administrer conjointement avec le fer le manganèse, autre agent réparateur du sang.

C'est une acquisition toute récente pour la science que la découverte du manganèse dans les résidus calcinés de la masse sanguine. Toutefois, Fourcroy et Vauquelin avaient déjà signalé la présence de ce métal dans les os, les poils et les cheveux longtemps avant que MM. Wurzer, Marchessaux, Millon, etc., parvinssent à l'isoler des globules.

Des analyses faites par M. Burin du Buisson il résulte que le manganèse subit, dans le sang des femmes chlorotiques, une diminution de moitié de son poids, et que cette diminution est équivalente à celle qu'éprouvent le fer et les globules. Frappé de ce fait nouveau, M. Pétrequin en a déduit l'indication formelle et indispensable de joindre à la médication ferrugineuse l'oxyde manganique, sans lequel tout effort de curation restera infructueux.

Il nous paraît que M. Pétrequin a exagéré l'importance du rôle physiologique du manganèse. Que ce métal existe dans le sang, cela est certain; qu'il s'y trouve dans les proportions que l'on a indiquées (de 11 à 24 parties), cela est fort contestable.

En effet, le procédé employé par M. Millon et suivi par la plupart des chimistes pour séparer le manganèse des éléments du sang normal consiste à décolorer les globules par le chlore avant de les soumettre à l'action des autres réactifs. Or, il est prouvé que ce gaz entraîne toujours avec lui une certaine quantité du manganèse qui a servi à sa préparation, si bien que les globules se trouvent surchargés d'une certaine proportion de ce métal d'une provenance étrangère à leur propre composition. Cette circonstance doit nécessairement infirmer l'exactitude des résultats analytiques obtenus par M. Millon; et restreindre en même temps l'importance que M. Pétrequin leur a attribuée pour justifier son système thérapeutique contre l'hydro-hémie.

De l'aveu de M. Pétrequin lui-même, il nous vient du manganèse de nos aliments et de nos boissons, comme il nous vient du fer. Tout le monde sait que ces deux métaux se trouvent unis dans leur minerai commun, à ce point que les métallurgistes éprouvent la plus grande difficulté à les séparer et à les obtenir purs; en sorte que les préparations ferrugineuses des pharmacies contiennent presque toujours un peu de manganèse. A quoi bon alors songer à en approvisionner l'économie, puisqu'elle en reçoit naturellement de toutes parts?

Sous l'influence d'un état morbide encore mal défini, le sang perd une partie de ses globules, du fer et du manganèse dont les globules sont les agents recteurs. Est-ce que la médication ferro-manganique suffit seule à restituer pleinement à l'organisme sa faculté d'assimilation affaiblie? C'est l'opinion de M. Pétrequin. Nous n'y contredirions pas si les observations recueillies par M. Champouillon ne venaient détruire une semblable présomption.

Ce médecin a vu, en effet, des cas de chlorose et de simple anémie résister absolument aux formules de M. Pétrequin; chez d'autres malades de même espèce et traités de la même façon, l'amendement, d'abord rapide, demeura bientôt stationnaire pour s'évanouir ensuite complétement. Le témoignage si catégorique du médecin du Val-de-Grâce nous oblige donc à reconnaître que la vérification clinique est loin de confirmer les espérances de succès établies sur des idées erronées ou exclusives.

Quand on réfléchit aux causes de l'hydro-hémie, la médication ferro-manganique, quelque honorablement accréditée qu'elle soit, ne peut avoir d'autre valeur que celle d'un expédient infidèle. Dans cette maladie, il s'agit moins de colorer les globules que d'en assurer la reproduction; le sang ne s'appauvrit pas seulement par la diminution du nombre des globules, mais encore par un abaissement notable dans la proportion de la fibrine. Une restauration partielle, celle de la matière colorante, est donc insuffisante comme indication thérapeutique.

S'il est vrai qu'en général l'hydro-hémie ne soit que la

(1) *Nouvelles recherches sur l'emploi thérapeutique du manganèse comme adjuvant du fer*, par M. J.-E. Pétrequin.

manifestation symptomatique d'une névrose ou de l'asthénie du système nerveux de la vie organique, on comprendra sans peine que les moyens de traitement doivent être dirigés contre ces lésions, et choisis surtout parmi les modificateurs hygiéniques, que le fer et le manganèse soient administrés à titre d'auxiliaires du régime; rien de mieux. Mais à M. Pétrequin qui prétend guérir la chlorose à l'aide de ces deux substances seulement; à M. Pétrequin qui invoque les opinions et la garantie de MM. Hannon, Montaire, Gubian, Wabec, etc., nous dirons qu'il est plus aisé d'éblouir que de convaincre. P...

HOPITAL SAINT-MALO. — M. Chapel, chirurgien en chef.

Opération de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique (1).

La distinction des maladies du larynx pendant les premières années de l'enfance est dans beaucoup de cas d'une grande difficulté : aussi signale-t-on les erreurs dans lesquelles sont tombés les meilleurs observateurs. Les travaux de Sorine, de Vieussens et principalement de Wichmann, etc., ne firent pas disparaître complétement la confusion qui régnait dans la science au commencement du siècle entre le croup et la laryngite spasmodique. Il appartenait aux médecins contemporains, et principalement à Guersant, de fixer davantage l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est impossible quelquefois de ne pas confondre quand on n'est pas assez heureux pour en suivre la marche. L'observation suivante, qui m'a paru une nouvelle preuve de cette difficulté, m'a laissé dans le doute jusqu'après l'opération, que je pratiquai comme dernière ressource.

Le 28 septembre 1852, M. de M... vint me prier de voir son enfant, qui n'avait été visitée, me dit-il, que par un médecin voisin qu'il avait fait appeler dès le début de la maladie. Il me rappela qu'il avait déjà pris mon avis pour cette même enfant, qui portait des abcès thoraciques, que je fis disparaître en instituant un traitement général.

Cette petite fille est âgée de trois ans et demi, jouissant d'une santé parfaite depuis l'âge de dix-huit mois.

Le 24 septembre, à l'occasion d'une contrariété qui l'avait vivement impressionnée, elle est prise de symptômes tels que le médecin demandé n'hésita pas à dire aux parents que leur enfant était affectée du croup. Cette enfant mangeait une pomme cuite au moment où elle fut prise de spasmes. La peau n'était pas chaude, mais le pouls était fréquent et ne battait pas moins de 120 à 130 fois par minute. La respiration était sifflante, et la toux, qui était rauque, enrouée, sèche, était aussi fréquente. L'enfant n'avait pas perdu l'appétit; elle ne souffrait pas à la gorge, n'y portait jamais la main, et, lorsqu'un abcès de dyspnée arrivait, la figure ne rougissait pas sensiblement, les lèvres ne bleuissaient pas; seulement la face était couverte de sueurs. L'accès terminé, la respiration continuait à être sifflante; point de ganglions sous-maxillaires engorgés, point de difficultés dans la déglutition. La respiration semblait devenir plus fréquente et plus sifflante aussitôt que l'enfant s'endormait.

On fit poser des sangsues au-devant du cou, appliquer des cataplasmes sinapisés aux jambes, faire des frictions mercurielles et administrer un lavement purgatif. Aussitôt après la chute des sangsues, on fit vômir l'enfant avec l'émétique; enfin, un vésicatoire fut appliqué sur le sternum.

Malgré l'emploi de nouveaux vomitifs, les mêmes symptômes n'en persistèrent pas moins pendant les trois jours suivants, avec cette particularité que l'enfant devenait calme dans la matinée après une nuit des plus orageuses qui faisait craindre que l'enfant ne succombât.

Les choses en étaient là quand j'examinai l'enfant, le 28 septembre dans l'après-midi.

La petite malade est assise dans son lit; la figure est calme, le teint coloré; la respiration, égale, sifflante, aussi difficile dans l'inspiration que dans l'expiration, compte 44 inspirations par minute.

La peau est chaude, sudorale; pouls à 130, régulier et médiocrement développé. La voix est aiguë, claire, entrecoupée par la rapidité de la respiration. A l'auscultation, je ne reconnais aucun symptôme qui puisse me faire croire à une complication dans la poitrine ou à la présence d'un corps étranger dans le larynx ou la trachée. Il n'y a pas de douleurs au-devant du cou, soit spontanées, soit par la pression; point d'engorgements autour de cette région. La langue est rosée, humide; la gorge, examinée avec soin avec une cuiller ou le doigt, ne présente aucune trace de maladie. L'enfant demande à manger pendant ma visite.

De quelle nature était la maladie que j'avais à traiter? Dans mon indécision, et croyant qu'il était prudent d'instituer un traitement pour combattre la maladie la plus grave, je conseillai de soumettre la malade au traitement de M. le docteur Mirante, et de lui faire prendre des paquets de calomel et d'alun, révulsifs, etc.

La nuit fut aussi mauvaise que les précédentes, ce qui engagea le père à m'écrire de venir au plus vite rendre la respiration à sa petite fille, qui avait été sur le point d'étouffer plusieurs fois. A cause de la distance qu'il y avait à parcourir pour me rendre auprès de la malade, je ne pus la voir que dans l'après-midi. Je la trouvai sensiblement dans le même état que la veille. M. le docteur Brault et M. Paris, médecin ordinaire, voulurent bien m'aider de leurs conseils. Nous convînmes ensemble qu'il fallait continuer le même traitement, qui serait surveillé par M. Paris.

J'appris alors que deux médecins qui avaient été consultés avaient émis l'opinion que l'enfant de M. de M... était affectée du croup, qui d'ailleurs avait causé une grande mortalité dans les environs.

Le lendemain je ne vis pas la malade, et j'appris que la nuit avait été un peu moins mauvaise; mais vers le soir la position s'aggrava, et les accès de suffocation furent tels dans la nuit, que le père crut plusieurs fois tenir un cadavre dans ses bras.

Le 1er octobre, sollicité par mes confrères, et moi-même craignant de voir arriver la mort par suffocation, après avoir encore une fois examiné l'enfant, et lorsque j'eus la certitude que rien ne contre-indiquait l'opération de la trachéotomie, je fis disposer tout ce qui était nécessaire, et, procédant à l'opération avec lenteur, j'arrivai sur la trachée, que j'ouvris largement et avec toutes les précautions d'usage. Au moment où j'allais mettre l'enfant sur son séant, elle fut prise d'une telle suffocation occasionnée par l'entrée de quelques gouttes de sang dans la trachée, que je craignis un moment de voir la vie s'éteindre. Peu à peu la respiration se régularisa, et j'essayai d'introduire la canule, qui occasionna de nouveau un accès de dyspnée qui me força de la retirer au plus vite. Ce ne fut que trente-cinq ou quarante minutes après l'opération que je parvins à fixer définitivement la canule et que je fis porter l'enfant dans son lit.

La muqueuse de la trachée, examinée par mes confrères et moi, ne présentait aucune trace de phlogose ni de fausses membranes. Malgré les efforts de la petite malade et des recherches convenables, nous ne pûmes découvrir aucun corps étranger. Je ne fus pas plus heureux dans des recherches que je fis les jours suivants, ainsi qu'un de mes confrères, qui voulut bien m'aider dans mes investigations. La respiration se faisait alors avec la plus grande facilité, et il n'y avait aucune douleur.

Le lendemain, j'appris que pour la première fois depuis six jours la nuit avait été calme, et que l'enfant avait pu jouir d'un bon sommeil. Les mucosités n'embarrassant plus la canule et la respiration se faisant bien, je ne changeai rien. La peau est chaude; le pouls bat 130 à 140 fois à la minute; la figure est calme; l'enfant ne souffre pas; elle n'a voulu rien prendre. L'auscultation ne présente rien de particulier. — Lavement; bouillon.

Le 3, la nuit a été très tranquille; l'enfant a dormi à plusieurs reprises d'un bon sommeil. Elle a fait signe qu'elle mangerait bien. La peau est moins chaude. Après avoir nettoyé la canule l'enfant est portée dans son lit; elle respire avec la plus grande facilité et ne souffre pas. — Soupe; bouillon de poulet; lavement.

Le 4, à mon arrivée, l'enfant dort d'un sommeil fort calme. Le pouls bat 100 fois à la minute, la respiration marquant de 24 à 28 inspirations. Bonne chaleur de la peau. La respiration se fait bien dans toute l'étendue de la poitrine. Les nuits continuent à être tranquilles. L'enfant a pris avec plaisir ce que j'avais accordé. — Même alimentation; lavement.

Le 5, la nuit a été aussi bonne que les précédentes. L'enfant a été fort gaie et s'est amusée dans la journée. Il y a eu plusieurs quintes de toux; douleur à la gorge. La trachée ne présente aucune rougeur. La respiration ne peut encore se faire par le larynx. — Augmentation des aliments.

Le 8, ne pouvant revenir le 6 et le 7, j'avais prié le médecin ordinaire de vouloir bien me remplacer et de changer la canule tous les jours. Cet honorable confrère en ayant jugé autrement, je trouvai la canule complétement oblitérée, et la respiration, qui ne pouvait se faire qu'entre les valves de l'instrument, très gênée. La malade avait parlé à voix basse le matin, et se trouvait de mieux en mieux. La toux revenait à des intervalles très éloignés et sans quinte. La canule étant enlevée, je plaçai une compresse épaisse sur l'entrée de la plaie et j'engageai l'enfant à respirer, ce qu'elle fit assez bien. Je supprimai donc la canule en recommandant au père d'aller chercher le médecin s'il survenait le moindre accident.

Le 12, tout s'est passé suivant mes désirs, c'est-à-dire que l'enfant, qui ne porte plus de canule, dort, respire tranquillement, s'amuse comme si elle n'avait pas été malade. De temps en temps survient encore une quinte de toux qui la fait expectorer des mucosités jaunâtres épaisses, rejet qui rend la respiration plus facile.

Le 13, le père m'apprend qu'il a fait sortir sa fille, qui est on ne peut mieux.

Le 1er novembre, je fus agréablement surpris de voir entrer dans mon cabinet M. de M... avec sa fille. Cette petite a pris froid dans une chambre humide et elle tousse depuis plusieurs jours. J'entends en auscultant des râles sonores dans toute l'étendue de la poitrine. — Vomitif, tisane pectorale, bains de jambes au sel.

Le 2, à huit heures du soir, M. de M... m'envoya chercher en toute hâte pour voir notre petite malade, qui avait été prise d'un accès de suffocation qui faisait craindre qu'elle n'étouffât. Ne pouvant me rendre à la prière de M. de M..., j'envoyai chercher un confrère, qui trouva l'enfant calme quand il arriva. Un vomitif avait été prescrit.

Le lendemain, il n'existait que la bronchite, que je conseillai de traiter par trois vomitifs donnés à trois jours d'intervalle, des révulsifs et une tisane de polygala.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs occasions de voir et d'examiner l'enfant de M. de M..., qui jouit de la meilleure santé. De tous ces accidents, il ne reste aux parents que le souvenir et à l'enfant qu'une cicatrice au-devant du cou.

Remarques. — La question de la nature de la maladie de l'enfant de M. de M... ayant été posée, j'arrivai, après discussion et en procédant par voie d'élimination, à rejeter la possibilité d'un œdème de la glotte, parce que le toucher ne m'avait pas permis de constater l'existence du gonflement des replis arythéno-épiglottiques, que la voix n'était ni éteinte ni même affaiblie, qu'il n'y avait rien dans le rhythme de la respiration qui pût caractériser cette respiration spéciale facile dans l'expiration et difficile dans l'inspiration, et qu'enfin la déglutition se faisait facilement. Si maintenant on veut bien remarquer l'extrême rareté de cette affection chez les enfants, qui n'avait pas été observée une seule fois par Guersant pendant sa longue et laborieuse carrière médicale, il y aura de fortes raisons de croire que je n'avais pas à combattre un œdème de la glotte.

Pouvait-on admettre avec plus de raison l'hypothèse d'un corps étranger qui se serait introduit dans le larynx? Ce qui pourrait donner quelque créance à cette opinion, c'est le début des symptômes spasmodiques au moment où l'enfant mangeait une pomme cuite, dont un des débris aurait pu pénétrer dans le conduit aérien. Mais l'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin à plusieurs reprises, n'avait fait découvrir dans le bruit respiratoire aucune altération qui pût se rapporter à la sensation que produit un corps étranger dans la trachée. D'autre part, ayant fixé l'attention des parents sur l'impression douloureuse que pourrait ressentir leur enfant au-devant du cou, principalement pendant les accès, cette petite fille, très intelligente, leur a toujours répondu qu'elle n'éprouvait aucune douleur. Pour n'omettre aucune des circonstances qui pouvaient servir à éclairer le diagnostic, j'ai voulu voir l'enfant s'amuser, changer brusquement de position; je l'ai même fait rire et tousser, sans que ces différentes épreuves apportassent aucune modification sensible dans l'état de la respiration.

J'ai noté dans mon observation que l'agitation se manifestait principalement vers le soir, et rendait la nuit tellement pénible, que le médecin ordinaire s'était retiré plusieurs fois croyant qu'il ne retrouverait pas le lendemain sa malade vivante. Cette modification dans les symptômes observés le jour et la nuit peut-elle dépendre de la cause que j'étudie? Je ne connais aucune observation qui puisse répondre affirmativement.

Si le corps étranger avait séjourné au-dessous de l'ouverture pratiquée à la trachée, ou bien il serait sorti, ce qui n'a pas eu lieu, ou bien il eût continué de déterminer les mêmes accidents qu'avant l'opération. Si, au contraire, il se fût arrêté dans le larynx, il pouvait s'y fixer et ne pas reproduire le douloureux spectacle qui s'était offert avant l'opération de la trachéotomie; mais l'air, venant de nouveau à passer par l'ouverture de la glotte, renouvelait les mêmes accidents qui s'étaient présentés, et force était de maintenir la canule en place. Enfin l'accès du 2 novembre, qui ne s'est plus reproduit, ne vient-il pas donner une dernière sanction à l'opinion que je soutiens en faveur d'un état spasmodique, et non à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes?

Les symptômes fournis par la voix et la toux pouvaient-ils faire penser qu'il existât une laryngite pseudo-membraneuse? La voix n'était ni complétement éteinte, ni même enrouée, pas plus que le cri, qui avait conservé son timbre à peu près normal. La toux, pendant tout le cours de la maladie, n'avait pas revêtu ce caractère de sécheresse et de raucité qui figure dans les périodes du croup. Mon observation ne mentionne pas cette angine si caractéristique, et qui sert pour ainsi dire, dans un bon nombre de cas, d'introduction aux fausses membranes dans le larynx, non plus que leur expectoration qui aurait servi si utilement au diagnostic. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient point développés, la déglutition était facile, et quoique le pouls fût fréquent, la peau ne présentait pas les caractères de la fièvre.

Se trouvait-il seulement quelque débris de pseudo-membranes dans le larynx, comme cela paraît avoir été observé? Si le larynx eût présenté cette altération de sécrétion, on eût observé une marche rapide de l'enrouement et de la suffocation. Donc une maladie caractérisée par l'absence de symptômes inflammatoires du côté de la gorge, ayant un début instantané, sans fièvre, sans altération sensible de la voix, présentant des accès qui se répètent toutes les nuits avec une intensité croissante, sans enrouement ni aphonie, ne peut être considérée comme une laryngite pseudo-membraneuse.

Ne faut-il pas faire rentrer maintenant la maladie de notre petite de M... dans la catégorie de ces croups nerveux dans lesquels on n'a trouvé aucune trace de fausses membranes ni de phlegmasie?

Les observations de Vieussens, de Guersant, de Lobstein, tout en témoignant en faveur de cette manière d'envisager la question, montrent que cette affection ne se présente pas toujours, comme le veulent encore quelques médecins, sous une forme bénigne. La mort par asphyxie, qui a été la terminaison dans plusieurs cas, rares il est vrai, devra éveiller l'attention des observateurs quand les accès se maintiendront au même degré ou augmenteront d'intensité, comme il est arrivé chez l'enfant de M. de M..., et qu'ils dépasseront trois à quatre jours.

Ce sont toutes ces considérations qui me déterminèrent à ouvrir la trachée à une période de la maladie où tout espoir de conserver la vie de cette enfant m'était enlevé, et où m'apparaissait déjà le bien triste avantage de pouvoir fournir, à l'aide de l'anatomie pathologique, quelques renseignements pour servir à démontrer s'il existe un enchifrènement de la glotte, ou si, comme je le pense, l'élément nerveux est l'élément principal, sinon unique.

Ne suis-je pas autorisé à conclure de tout ce qui précède :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse simple n'est pas toujours une affection légère;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chances de succès que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier?

NOTE SUR UN CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE

Par M. le docteur Bédor, de Troyes.

Il a été fait, dans la nuit du 9 novembre, un accouchement à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Troyes, dans lequel la

(1) Ce travail a été, à la Société de chirurgie, l'objet d'un rapport favorable que nous avons publié dans le dernier compte-rendu de cette Société.

naissance de deux jumeaux a présenté une particularité assez remarquable.

L'accouchée, bien conformée, âgée de trente-deux ans, avait eu précédemment quatre couches toutes heureuses. Elle était assistée, dans son cinquième accouchement, par Mme veuve Ricard, sage-femme de l'établissement. Elle venait de mettre au monde un enfant du sexe féminin évidemment à terme, on ne peut mieux constitué et réunissant tous les attributs extérieurs d'une santé parfaite.

La sortie du placenta, sur lequel le cordon ombilical prenait son origine au centre, autrement dit en parasol, suivit de près celle de l'enfant. Rien n'avait fait prévoir la présence d'un second produit de la conception dans la matrice, de sorte que déjà la sage-femme se disposait à quitter l'accouchée, quand celle-ci ressentit de nouvelles douleurs abdominales.

Mme Ricard s'empressa aussitôt d'examiner avec soin l'état de l'utérus. Elle en retira, peu après, un second enfant ; il était suivi de son placenta, qui tenait au cordon, lequel était implanté en raquette. Cet enfant mort-né, de sexe masculin, que son développement incomplet faisait reconnaître à peine parvenu au terme d'environ cinq mois, se trouvait, ainsi que ses dépendances, dans un état avancé de putréfaction.

Cette tardive sortie d'un fœtus mort depuis quatre mois au moins et putréfié, ainsi que ses annexes, dans le corps de la mère, sans qu'elle en ait aucunement été malade, sortie simultanée avec celle d'une sœur jumelle de ce petit cadavre pleine de vie et jouissant d'une brillante santé, m'a paru constituer ce qu'on peut nommer un cas rare. C'est ce qui me porte à vous communiquer la présente note à son sujet.

Cours de pathologie interne

PROFESSÉ PAR M. DUMÉRIL.

(Leçon d'ouverture du mercredi 10 novembre 1852.)

Nous avons promis à nos lecteurs de leur donner quelques spécimens pour leur démontrer l'excellence de la loi sur les mises en retraite. Nous tenons aujourd'hui notre promesse en publiant la première leçon du cours de M. Duméril, que nous ferons suivre de quelques autres. Ces échantillons ne seront peut-être pas inutiles lorsqu'on agitera sérieusement la question de l'enseignement libre. Nous ne ferons précéder ni suivre du moindre commentaire cette instructive leçon ; nous nous contenterons d'informer nos lecteurs qu'elle a été scrupuleusement recueillie par un des premiers sténographes du *Moniteur*, qu'on n'en a pas retranché, qu'on n'y a pas ajouté une syllabe.

Messieurs,

Il n'est pas d'usage en commençant un cours de parler de sa personne ; mais je suis dans des circonstances toutes particulières qui m'engagent à solliciter votre indulgence pour écouter quelques paroles à l'appui des circonstances dans lesquelles je me trouve placé.

Dans une circonstance bien mémorable, le célèbre auteur des *Etudes de la nature*, professant à l'Ecole normale pour la première fois, s'excusait sur son âge. Je suis plus âgé qu'il ne l'était alors ; je termine ma soixante-dix-neuvième année. Heureusement mes facultés intellectuelles et physiques me permettent de professer. Cependant, dans l'intérêt de la science et des agrégés qui avaient obtenu leur place honorable par le concours, j'ai cru pouvoir les mettre dans le cas de faire connaître leur instruction et de la prouver dans les cours qu'ils faisaient ici, et je m'en applaudissais, lorsque dans ces derniers temps on me fit un reproche de ne pas avoir professé. Je professais ailleurs, et je pouvais le faire, puisque mes facultés, comme je le répète, me le permettaient. Mais ici je me trouve dans des circonstances toutes spéciales. Il y a à peu près huit années que je ne fais pas le cours de pathologie.

Me permettrez-vous de vous dire combien mes études ont pu, jusqu'à un certain point, m'aider dans le professorat.

J'étais déjà professeur d'anatomie et de chirurgie à Rouen en 1793-1794. Je fus appelé à Paris comme élève ; plus tard, comme élève de l'Ecole de santé. Je suis sorti de l'Ecole de santé comme professeur. J'ai obtenu par le concours la place de prosecteur, de chef des travaux anatomiques. J'ai été nommé professeur ensuite, et puis successivement, depuis le mois de février 1801, j'ai été professeur ; de sorte que voilà près de cinquante-deux ans que je professe. Il sera rare de voir un professeur nommé à vingt-sept ans et persévérer. Malheureusement il y a de jeunes professeurs qui ont succombé à la peine.

Vous savez que je me suis occupé d'une manière assez spéciale de la médecine. J'ai été quarante ans médecin des hôpitaux ; par conséquent j'ai quelque expérience des maladies. J'ai professé successivement ici l'anatomie pendant dix-sept ans, puis la physiologie pendant sept ans, puis la pathologie pendant sept ans, et puis enfin je professais depuis huit ou neuf ans la pathologie interne, lorsque je me suis fait remplacer par mon suppléant.

Voilà ma position ; je demande votre indulgence, et je vais commencer avec vous l'étude de la partie de la science que je me suis chargé de vous enseigner.

Je dois diriger vos études dans la partie la plus importante pour le médecin, pour le médecin praticien, dans la partie la plus importante de la médecine, car je suis chargé de vous faire connaître la maladie, c'est-à-dire toutes les affections qui ont leur siége ou leur cause dans l'intérieur de l'économie ; c'est la pathologie interne. C'est à cette partie de la science que l'on doit la connaissance de toutes les affections qui dérangent la santé, c'est-à-dire qui troublent ou affectent le libre exercice des fonctions de la vie, des fonctions vitales. Par le fait, la pathologie interne est le but, la fin, l'application de toutes les connaissances que vous avez dû précédemment acquérir ; de sorte que la pathologie reçoit une impulsion de toutes les sciences accessoires primitives, pour ainsi dire, et préliminaires.

L'anatomie, elle est absolument nécessaire, comme vous le savez, puisqu'il faut connaître la structure de l'économie animale et, quand cela se peut, les modifications que l'économie éprouve dans les divers êtres doués de la vie.

La physiologie, qui est la conséquence ou l'explication pour ainsi dire de l'action des organes ou des instruments qui y sont mis en exercice.

Puis, ensuite, il y a nécessairement toutes les connaissances accessoires de la physique et de la chimie, et surtout parce que c'est par cela en particulier que je tâcherai de vous être peut-être d'une plus grande utilité que peuvent l'être certains ouvrages pour l'étude de l'histoire naturelle, qui est véritablement ici, comme moyen d'investigation, une des parties de la science qui peut être le plus utile pour ces méthodes sans marche, sans système en particulier.

Ces branches de la médecine n'ont cependant qu'un but, c'est de parvenir à la guérison de toutes les affections intérieures, et pour ramener l'économie à l'état normal quand la santé a été dérangée.

Toutes les sciences accessoires sont utiles à l'étude de la pathologie interne. Tous les faits, les découvertes qui se sont produites et dans les sciences physiques et dans les sciences chimiques, et dans l'anatomie comparée en particulier qui a permis de faire dans les vivisections en particulier des expérimentations à l'aide desquelles on est arrivé à la véritable connaissance de l'exercice des fonctions, ont été très utiles. — Eh bien ! la maladie en elle-même, c'est une remarque bien singulière à faire : en français nous n'avons pas d'expression qui rende parfaitement bien ce que c'est que la maladie. C'est un désordre plus ou moins durable d'une ou de plusieurs fonctions. Mais il y a une très grande différence entre la maladie et le mal lui-même. Le trouble, le dérangement, l'altération que les organes peuvent éprouver, dépend quelquefois de la lésion des tissus, de la lésion de la structure, en particulier, du déplacement de certains organes ; mais véritablement la maladie n'est qu'un effet, n'est pas le mal lui-même. Etymologiquement la maladie, si on recherche les étymologies, et généralement c'est un moyen de retenir parfaitement le sens que l'on attache aux mots. La maladie, en français, semble avoir été empruntée étymologiquement, dit-on, du nom grec μαλακως, qui veut dire *faiblement* (ce n'est pas probable) ; mais plutôt, et on en a quelques exemples, du mot italien *malattia*, qui veut dire en particulier l'état de faiblesse. Ce nom-là aurait bien changé, comme vous voyez. De μαλακως on aurait fait *maladie*, *malade ;* ce n'est pas probable. Mais il y a des mots si bizarres ! Quand on pense que *poisson* vient de *piscis*, et *jour* de *dies*, il n'est pas étonnant de voir cette étymologie. Nous n'y attachons donc aucune importance ; mais cependant c'est curieux de voir que ce mot-là n'a pas une étymologie bien positive encore bien établie.

Les Grecs employaient deux expressions, et nous sommes obligés de nous en servir, qui rendent beaucoup mieux cet état de désordre de l'économie. Ils ont deux mots différents ; l'un de ces mots indique la maladie véritable, c'est παθος, et l'autre indique la cause de la maladie, l'essence de la maladie, lorsqu'on fait des recherches en particulier sur les circonstances qui produisent cet état de maladie.

La Latins ont emprunté aux Grecs deux expressions tout à fait différentes, mais qui ont de l'analogie par leur manière..... par l'explication qu'ils en donnent.

Ainsi, par exemple, le mot παθος, qui semble annoncer une affection tout à fait passive, une souffrance, une passion, indique un effet, un résultat du mal en particulier : c'est une indisposition, une infirmité en certains cas. En effet, c'est là ce qu'on appelle παθος, état de souffrance.

Les Latins ont des mots spéciaux pour indiquer cet état passif. Le mot *æger* veut dire le malade dans l'état maladif ; *ægrotatio* veut dire la maladie plus particulièrement, et *ægrotus* le malade dans l'état de maladie.

Or, le mot *morbus* est pris dans un tout autre sens ; il correspond à cette expression de νοσος dont on a fait dans la science une branche plus particulière de l'étude. C'est le mal réel, c'est la nature du mal, c'est le siége du mal, qui est étudié par la nosologie, comme la pathologie interne, l'état passif. Cependant, généralement parlant, on confond souvent la nosologie avec la pathologie. Nous y attachons deux sens un peu différents. Les Latins emploient l'expression de *morbus* et *ægritudo* pour dire la maladie elle-même dans sa cause, dans les circonstances qui l'ont produite.

La cause de la maladie n'est pas toujours connue ; elle n'est même appréciable le plus ordinairement que par ses effets, ses symptômes ; les particularités que présentent les modifications de l'économie font connaître, apprécier, présumer, prévoir la nature du mal, et c'est véritablement quelquefois d'une manière fort éloignée et par l'expérience acquise par les autres, par les médecins en particulier, que l'on peut reconnaître certaines maladies dont la cause est tout à fait cachée.

Par exemple, il y a des symptômes de la présence des vers dans l'économie tout à fait éloignés de l'idée de ces animaux parasites qui vivraient dans l'intérieur.

L'asthme en particulier, la gêne excessive dans la respiration avec quelques phénomènes particuliers qui modifient l'organisation, l'asthme, différentes sortes d'asthme tiennent à des causes fort différentes les unes des autres, mais toujours liées aux organes de la respiration, soit par des causes physiques et mécaniques appréciables, par l'état nerveux ou par une influence nerveuse en particulier.

Il en est de même de certaines affections qu'on irait chercher bien loin si l'expérience des autres n'avait pas instruit.

Par exemple, il y a des hernies intérieures ; elles ne sont reconnues, appréciables que par des phénomènes, des symptômes particuliers.

La lésion des organes est donc le plus ordinairement la cause de la maladie, et il faut la chercher tantôt dans des altérations internes, tantôt dans des altérations externes, et tant de causes différentes influent sur la production de la maladie, qu'il faut chercher souvent en dehors, et dans la physique et dans la chimie même, les causes réelles de la maladie ou des symptômes que présente la maladie.

La pathologie se divise scolastiquement en trois grandes sections ; il y a trois grandes séparations, trois grandes parties dans la pathologie : la pathologie générale, qui est une science, comme on dit, de théorie spéculative très importante. L'un de nos professeurs en est chargé. Elle considère les maladies dans leur ensemble pour les classer suivant leur nature, leurs causes, leur siége, leurs symptômes différents, mais d'une manière très générale. Elle indique ce qu'il y a de ....., les principes pour ainsi dire qui font classer les maladies, les rapprochent les unes des autres pour les ranger par ordres, par familles, en genres même, en espèces et même en variétés, à peu près à la manière des naturalistes, et cette partie de la science généralise, présente des résultats d'après la connaissance, la comparaison de tous les faits de détail. En effet, cela suppose une très grande expérience acquise par l'observation primitive des maladies en particulier. C'est la haute science pour ainsi dire de la pathologie ; mais elle est le résultat des connaissances spécialement acquises dans telle ou telle branche des études médicales.

L'autre pathologie est celle dont nous nous occupons d'une manière plus spéciale ; c'est la pathologie interne qui étudie les lésions internes, les troubles des fonctions, les souffrances, les altérations internes, d'une manière ou dogmatique, par l'enseignement, ou clinique, au lit des malades.

La théorie dogmatique est une branche de la théorie générale ; elle accepte et doit nécessairement admettre comme principe de ses études les connaissances raisonnées, établies par avance, pour ainsi dire, par anticipation, sur telle ou telle nature de maladie. Il y a, pour ainsi dire, des considérations générales, et nous aurons occasion d'en faire l'application bientôt, comme vous verrez ; ce qui peut être est écrit, peut être enseigné par avance.

Enfin, ce sont des règles sur certaines classes de maladies bien déterminées ; c'est là notre but spécial, c'est la science que nous sommes chargé d'enseigner.

Il y a une autre partie qui vient à l'appui de celle-là, et nécessairement qui en est la conséquence ; c'est la pratique, qui se réduit en actes, en actions, qui doit faire appliquer plus spécialement les connaissances acquises dans la pathologie générale, et puis les moyens de les reconnaître ; enfin toutes le connaissances qui, acquises primitivement, mettent dans le cas d'y porter remède.

Il y a la pathologie chirurgicale, celle-là qu'on appelle la pathologie pratique, ou la médecine opératoire, s'exercerait d'une manière plus spéciale sur les organes accessibles ; les plaies, les fractures, les abcès ; mais celle-là se divise également en partie dogmatique et en partie pratique.

Mais, en général, en pathologie, il y a un grand nombre de branches accessoires qui sont continuellement mises à l'emprunt dans l'étude de chacune de ces maladies considérées soit d'une manière générale, soit d'une manière spéciale.

On décrit les maladies pour apprendre d'abord à les reconnaître, à les distinguer les unes des autres, à les ranger par classes suivant divers systèmes, suivant diverses méthodes. C'est une sorte d'échafaudage qui facilite beaucoup la mémoire et qui donne le moyen de voir et même de dire également jusqu'à un certain point.

Ces divisions, en apparence d'ordres, de genres, d'espèces, sont commodes, parce qu'elles permettent de présenter des considérations générales sur chacune de ces divisions, puis parce que voilà une des premières branches qui apprennent à connaître les maladies jusqu'à un certain point. Dans la nosologie, il est utile d'apprendre l'étymologie des maladies qu'elle forme. Les noms sont la grande difficulté, comme vous le verrez, et lorsqu'ils sont confondus, et souvent la confusion des noms appelle nécessairement beaucoup de trouble dans la connaissance à acquérir. La synonymie est donc assez importante. La nomenclature, l'histoire et tout cela appartient à la nosologie ; nous passerons brièvement sur cette partie-là. Cependant je serai dans le cas, dans quelques circonstances, ou d'infirmer les noms donnés par les auteurs, ou, au contraire, de les adopter et de donner les raisons qui nous les font plutôt admettre.

La difficulté est bien autre lorsqu'on étudie la science sous le rapport de l'étude des signes en particulier.

Dans le premier moyen, on peut reconnaître ce qu'on appelle obtenir le diagnostic, *noscere*, *agnoscere*, *dignoscere* en particulier. Pour distinguer ces maladies les unes des autres, souvent la difficulté n'est pas grande, et d'autres fois, au contraire, elle ne peut s'établir, cette connaissance spéciale, qu'autant que la maladie est arrivée déjà à un certain degré. Ce n'est pas dès l'origine, et on ne peut pas souvent distinguer, *dignoscere*, établir un diagnostic absolu dès les premiers moments ; les symptômes ne sont pas toujours évidents comme ils le deviendront par la suite ; il faut étudier ces symptômes, et c'est une des branches de la science qu'on désigne sous le nom de symptomatologie. Ce n'est pas pour les premières maladies que nous définirons que ces difficultés se présenteront, dans la marche que nous avons l'intention de suivre. Par la suite les difficultés deviendront successivement plus grandes ; mais nous commencerons par les maladies les plus faciles à connaître et à distinguer les unes des autres.

Ainsi, la symptomatologie ne sera pas pour nous bien difficile. Mais ce qui est plus difficile, c'est de reconnaître véritablement les causes de la maladie. La cause n'est pas difficile quand elle est en dehors ; mais presque jamais le siége n'est en dehors, et c'est la grande difficulté pour les exposer, pour les établir, pour donner les motifs qui font qu'on admet plutôt tel siége plutôt que tel autre, et comment ce siége-là en particulier a modifié et les suites de la maladie, et le traitement qu'on doit employer pour la combattre.

Nécessairement il suit à l'étude d'une maladie prise séparément, car nous avons l'intention de l'étudier successivement en passant, de vous faire connaître l'historique, c'est-à-dire quels sont les auteurs qui ont étudié la marche, le temps, les périodes, et comment ils les ont distingués, comment ils les ont appréciés et fait connaître la durée de chacune d'elles dans certaines modifications ; comment ces modifications sont survenues et les terminaisons excessivement variées, mais constamment analogues dans certaines affections maladives qui ont entre elles des rapports, de la similitude dans leurs symptômes principaux ; la cause, le siége, quelques considérations sur cette nature du siége et sur les conséquences, sur le siége que doivent avoir telles ou telles affections en particulier.

Souvent, non pas pour toutes les maladies, mais souvent, dans certains cas, il ne suffit pas d'avoir reconnu la maladie, il faut savoir ce qu'on a à observer à la suite de cette maladie. Or, c'est à l'aide des ouvertures de cadavres, de l'anatomie pathologique en particulier, de l'étude de l'anatomie morbide, qu'on a reconnu comment les altérations qu'on trouve actuellement ont pu déterminer les derniers symptômes, et comment ces altérations primitivement en commençant ont déterminé les premiers accidents dont on a été témoin ou qui ont été rapportés. Ces lésions diverses des organes produites par les maladies sont extrêmement importantes ; c'est pour ainsi dire la preuve que l'on ne s'est pas trompé dans l'explication de la nature même du mal et des effets qu'il pouvait produire.

Après cela, il est encore important de prévoir, de prévenir jusqu'à un certain point la manifestation, la présence de telle ou telle affection en particulier ; c'est un moyen de s'en préserver ; c'est un moyen d'en sortir que d'en empêcher le retour ; c'est un moyen d'empêcher la communication de cette maladie dans certains cas. On peut reconnaître, je le suppose, parfaitement bien dans certains cas. Eh bien ! c'est là ce qu'on appelle la prophylaxie. Et, en dernière analyse, le fait le plus important dans la pathologie interne, ce sont les moyens curatifs ; c'est, jusqu'à un certain point, le but, la fin, l'application de toutes les connaissances acquises qui apprennent à soigner, à traiter, car *curare* ne veut pas dire *guérir*, *curare* veut dire *soigner* en particulier.

Ainsi le traitement proprement dit, c'est les soins qu'on donne à telles maladies, la manière dont on les traite, dont on cherche à les modifier, à remédier jusqu'à un certain point à la cause ou aux effets en particulier.

Les deux branches de la pathologie spéciale qui s'occupent des faits positifs et détaillés n'ont été véritablement séparées, dans les cours du moins, qu'à raison de l'immensité des faits que ces deux branches de la science ont à faire connaître ; c'est même, jusqu'à

un certain point, afin de faciliter les études ; c'est pour la commodité, jusqu'à un certain point, de la mémoire qu'on cherche à déterminer, jusqu'à un certain point, les limites, car elles ne sont pas réellement bien fixées. Leur étude, pour être avantageuse, doit se faire en même temps; elle doit être simultanée. Il est impossible qu'un médecin n'ait pas étudié et observé une maladie extérieure, comme un érysipèle, je suppose, pour bien s'expliquer comment à l'intérieur il se passe des phénomènes analogues, jusqu'à un certain point, à ceux que l'on a vus se manifester au dehors. Tous les caractères de ce qu'on appelle un érysipèle, le gonflement des parties, la douleur, la douleur locale, le gonflement des parties et par suite la rougeur spécialement, la chaleur qui s'y manifeste, toutes ces circonstances-là se retrouvent, mais elles sont souvent très trompeuses. Certaines douleurs internes n'accusent pas réellement le siége positif du mal. On voit le plus ordinairement l'augmentation de la circulation, et l'on doit supposer que, puisque la circulation générale est activée, comme on le dit, que la fréquence des pulsations est manifeste. Elle doit se porter dans un point déterminé, où quelquefois la douleur, quelquefois la chaleur, le gonflement local se manifeste; on peut supposer qu'il se produit là quelque chose d'analogue, mais bien différent de ce qui se passe à l'extérieur dans ce cas dont nous parlions tout à l'heure de l'érysipèle; et, comme on le voit, dans un grand nombre d'abcès et d'accidents qu'on peut déterminer pour ainsi dire à volonté, comme l'aiguille qui pénètre, l'épine qui pénètre dans le tissu, et que la nature cherche à repousser, et qui amène la sensation douloureuse, puis le gonflement, puis la chaleur, puis la suppuration.

Tous ces caractères-là peuvent se présenter à l'expérience; mais ils changent suivant la nature des organes. Vous verrez par la suite que dans les membranes, dans les tissus, dans les membranes séreuses, les membranes muqueuses, le tissu cellulaire, le tissu osseux, les inflammations sont tout à fait différentes, non-seulement en elles-mêmes, mais par les conséquences, par les suites diverses que présentent ces mêmes inflammations, et surtout d'après l'organe sur lequel ces inflammations se trouvent développées. Une inflammation des membranes séreuses, je suppose, une plaie, une inflammation du péritoine, une inflammation du cerveau, je suppose, amènent des résultats tout à fait divers, lésion dans les fonctions, et ce n'est plus là en particulier l'inflammation de la membrane qu'il faut déterminer, mais les conséquences, les suites qu'entraîne nécessairement une inflammation sur l'organe qu'elle affecte, car il n'y a pas le moindre rapport dans les symptômes que présente l'inflammation des méninges, de l'arachnoïde en particulier, et l'inflammation de la plèvre, du péricarde; car il peut y avoir localement même des inflammations des membranes séreuses qui amènent successivement au dehors des inflammations, des suppurations, des hydropisies, et bien d'autres circonstances comme celles-là, et qui sont cependant la conséquence de ces inflammations premières; mais ce n'est plus alors la maladie primitive qu'on est dans le cas d'étudier, ce sont les suites que peut avoir cette maladie et auxquelles il faut remédier.

Si dans la pratique on voit la médecine proprement dite, ou la médecine interne et la chirurgie séparées, la pathologie externe et la pathologie interne exercées par des médecins spéciaux, c'est que leur application théorique, thérapeutique plutôt, car la théorie est absolument la même; c'est que l'application thérapeutique exige véritablement une grande habitude, une habileté, d'exercice, une dextérité, une disposition naturelle même chez quelques individus, et que l'expérience fait bientôt acquérir, et surtout dans l'emploi de certains instruments et dans la parfaite connaissance pratique des parties sur lesquelles on opère et sur lesquelles on est souvent obligé de répéter les mêmes opérations, parce qu'ils exercent à peu près de la même manière; que l'économie est la même, que les parties sont les mêmes, quand on a des connaissances très exactes de l'économie. Mais il y a des affections qui sont plus spécialement dépendantes de la chirurgie, et qui tiennent cependant à l'étude de la médecine interne, de la pathologie interne, certaines affections de l'utérus en particulier, certaines affections des voies aériennes, les hémorrhagies en particulier. Voilà des maladies internes réelles et qui sont cependant du ressort de la chirurgie dans certains cas, parce qu'il faut y porter des remèdes tout à fait différents; il faut l'opération de la main d'une manière plus spéciale.

Nous prenons nos études à la pathologie interne et médicale, et pour la faire connaître d'une manière complète, pour traiter toutes les maladies qui sont du ressort de la médecine interne, voici l'ordre que nous avons adopté, afin de remplir pour ainsi dire une sorte d'engagement que nous contractons aujourd'hui dans un véritable programme.

Nous divisons les matières qui font le sujet de ce cours en deux années. Il arrive de là que vous, messieurs, qui probablement appartenez à la troisième ou à la quatrième division de vos études, ainsi que l'exigent au reste le programme et la direction qu'on vous a indiquée, vous avez déjà eu occasion de vous instruire sur tous les sujets de la science spéciale que nous sommes appelé à professer. Mais vous l'avez apprise pour vous destiner d'une manière plus spéciale à l'application de ces mêmes connaissances, et dans le but d'arriver à l'étude des maladies et à leur traitement d'une manière spéciale.

Nous supposons qu'il est à peu près indifférent, pour les études de détail au moins, d'adopter tel ou tel système, telle méthode de classification. Au reste, c'est l'objet de la pathologie générale. Mais nous sommes obligés, nous, de revenir un peu sur ces considérations en particulier, en traitant de certaines classes de maladies; car c'est par classes d'organes que nous appliquerons successivement nos études et nos recherches. C'est une méthode un peu ancienne, la méthode scolastique, pour ainsi dire. Nous l'avons suivie, et j'avoue que nous nous en sommes applaudi souvent, parce qu'elle nous a permis de classer nos idées, de les transmettre ou de les faire retenir, au lieu de présenter l'histoire des diverses maladies qui affectent les mêmes organes, de prendre un organe en particulier et d'étudier toutes les affections auxquelles cet organe peut être soumis; c'est une très bonne marche qui permet de revenir plus particulièrement sur les considérations anatomiques, physiologiques, et de présenter tous les phénomènes spéciaux qui ont lieu dans certaines affections d'organes spéciaux.

Nous, nous suivons une marche un peu différente : au lieu d'étudier ainsi les organes et les altérations qui se manifestent dans les fonctions de ces instruments, nous suivons la maladie en elle-même comme *morbus*, comme maladie proprement dite, et nous les étudions suivant leurs rapports, leurs causes et leurs effets, et plus tard et consécutivement d'après l'influence que ces maladies peuvent exercer sur l'économie; mais nous avons eu soin de considérer d'abord la nature de l'affection d'une manière générale, et nous appliquons ces études générales à chacun des cas spéciaux et des organes qui se trouvent successivement affectés. Nous étudions donc les maladies dans leur ordre anatomique.

Cela nous conduit à des considérations importantes pour rappeler le tissu de chacun de ces organes, et sur les fonctions que ces organes exercent, l'emploi dont ils s'acquittent dans telle circonstance, et comment cet usage, cette destination se trouvent être modifiés, altérés, et les conséquences qu'entraînent ces altérations.

Cela porte, comme je l'ai déjà dit, à des considérations générales qui facilitent jusqu'à un certain point les méditations, le raisonnement, et qui nous donnent un moyen extrêmement plausible d'expliquer les phénomènes qui ont lieu dans telle ou telle circonstance où un organe se trouve affecté de tel genre de maladie, de *morbus* proprement dit; comme je vous le disais en commençant, ce nom de maladie est une forme trop générale.

Eh bien! mon instruction, comme si je commençais pour ainsi dire les études avec vous, c'est de la poursuivre dans la marche naturelle qui est précisément celle que Pinel avait employée. Je tâcherai de me mettre bien au courant de ce qui s'est opéré depuis ce temps-là; j'ai eu assez de connaissances pratiques pour pouvoir ..... acquises par la pratique, pour pouvoir vous introduire dans la science de manière à vous en faire connaître les détours dans certaines circonstances, car il y a beaucoup de ces affections qui sont véritablement trompeuses, et c'est l'expérience seule, l'expérience éclairant la connaissance de la marche de la maladie, qui peut instruire les hommes qui se livrent d'une manière plus spéciale au traitement de ces affections-là et qui sont appelés à en voir tous les jours.

Je traiterai plus particulièrement, cette année-ci, des phlegmasies. J'examinerai successivement ces phlegmasies; puis, comme il y a des phlegmasies de la peau, ça va nous entraîner dans beaucoup de détails. Mais cependant, par la marche que nous suivrons pour vous mettre bien au courant de ce qui a été écrit sur ce sujet, de ce qu'on peut observer, de ce qu'on peut voir tous les jours, nous arriverons successivement à l'étude d'une infinité de maladies qui se portent sur la peau, et dont les causes sont souvent tout à fait internes et fort éloignées; mais nous voyons l'effet de la maladie en elle-même: ce n'est pas la cause que nous verrons, c'est l'effet, et de cet effet nous tâcherons d'arriver à la cause.

Après les maladies de la peau, les phlegmasies de la peau, nous aurons à traiter des inflammations, je suppose, du tissu cellulaire. Eh bien! là encore vous verrez quelle quantité d'affections diverses suivant les tissus dans lesquels cette partie de l'économie se trouve enveloppée jusqu'à un certain point. Le tissu cellulaire peut être affecté d'inflammations et le résultat de ces inflammations; nous les verrons dans certaines parties, nous les verrons en particulier dans les différentes membranes : les membranes muqueuses, qui ont une si grande analogie avec la peau, et l'étude des maladies de la peau nous amènera de la manière la plus naturelle sur les maladies du tissu muqueux en particulier ou des membranes muqueuses.

Nous rappellerons dans ces circonstances les modifications importantes que présentent ces organes spécialement attachés à faciliter les mouvements passifs, jusqu'à un certain point, des organes, et comment l'exsudation qui s'opère et doit s'opérer dans leur face interne amène des résultats spéciaux; comment par leur adhérence constante sur les organes voisins ces membranes séreuses viennent à déterminer des accidents consécutifs ou coucomitants des plus importants, par cela seul que ces membranes séreuses gênent la fonction même de l'organe, qui devait être libre dans ses mouvements.

Nous examincrons ensuite et successivement tous ces phénomènes dans les organes parenchymateux, chacun de ces organes étant appelé à remplir tel ou tel but.

Mon intention est donc dans la prochaine séance de vous entretenir des phlegmasies en général, et ce sera là le sujet essentiel de cette séance.

Chronique et nouvelles.

La Faculté a nommé hier les juges du concours de l'agrégation. Il s'est passé dans cette séance une anomalie des plus graves sur laquelle nous aurons à revenir, ainsi que sur la demande de permutation qui a été faite dans la même séance par M. Trousseau.

Voici les noms des juges:

MM. Bouillaud, Piorry, Andral, Duméril, Requin, Grisolle, Tardieu.

Suppléants. — MM. Cruveilhier, Adelon, Beau.

— M. le docteur Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ses leçons de clinique le mercredi 17 novembre et les continuera les vendredis, lundis et mercredis.

Les leçons cliniques auront lieu à 9 heures dans l'amphithéâtre de M. Laugier.

Les visites ont lieu à 7 heures et demie, salles Sainte-Geneviève et Saint-Raphaël.

Bulletin bibliographique.

Exposition de la doctrine des impondérables, ou Nouveaux principes de médecine transcendante et analytique. Cet ouvrage a pour but : 1° de fonder l'*impondéralisme ;* 2° de démontrer sa prééminence sur le *vitalisme*, sur l'*humorisme* et sur le *solidisme*, pour expliquer la *théorie* et la pratique de la médecine, par le docteur Christophe (de Toul). — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Chez G. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un Précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine et de la Société nationale d'agriculture, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. 6e édit., corrigée et augmentée. Un vol. in-18 de 540 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Bibliothèque du Médecin Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume : 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Ecoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. La 25e livraison, contenant la suite de la *Respiration*, vient de paraître. Prix de chaque livraison : 1 fr. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Séance de rentrée de l'Ecole de pharmacie. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Castration. Considérations pratiques sur l'opération. — Affection du cœur. Bruit de souffle au second temps. Diagnostic.— Suite de l'observation d'obstruction intestinale. — Bec-de-lièvre double congénital. Opération en deux temps. — De la cautérisation par le nitrate d'argent comme traitement abortif de l'amygdalite. — Obstruction intestinale. — Acide saliciIeux. — Société de chirurgie, séance du 3 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 15 NOVEMBRE 1852.

Séance de rentrée de l'École de pharmacie.

Le défaut d'espace nous a empêché de rendre compte plus tôt de la séance solennelle de l'Ecole de pharmacie, qui a eu lieu le jeudi 4 novembre 1852. L'Ecole s'était réunie à la Société de pharmacie de Paris pour cette solennité, qui avait amené un grand nombre d'auditeurs (médecins, pharmaciens, journalistes, élèves).

La parole a été donnée à M. Chevallier, qui a lu une notice historique sur les travaux entrepris depuis 1588 pour la culture du pavot et l'extraction de l'opium indigène; M. Chevallier a fait connaître que Belou, Bouldac, Quercetan, Dillenius, Burtin, Lieutaud, Belon, Savary des Bruslons, Schroder, l'abbé Rozier, Ball, Arnott, Accarie, Dubuc, Bretonneau, Savaresi, Saxe, Loiseleur des Longchamps, Palissot (de Beauvais), Denis (de Montfort), Mérat, Guillot, Vauquelin, Lainé (de Mellay), Ricard, Duprat, Tilloy, Cowley et Stains, Carminati, Petit (de Corbeil), Monticelli, Caventou, Mêlier, le général Lamarque, Prestrandra, Dejou, Brard, Jourdan, Aubergier, Simon, Hardy, Depla, Bonafous, Merck, Gernelle, Calloud (d'Annecy), Grandval, Texier se sont occupés de cette importante question, qui a été agitée pour la première fois par Belon il y a deux cent soixante-trois ans. Il semble résulter de la notice de M. Chevallier que la culture du pavot et la récolte de l'opium pouvaient avoir leur utilité sous le rapport de l'agriculture et de la pratique médicale.

Cette lecture terminée, M. Soubeiran a lu une notice historique sur les remèdes secrets; il a fait voir tous les dangers qui résultent de l'emploi de médicaments qui peuvent varier à chaque instant selon la volonté du faiseur; il a signalé les inconvénients qui résultent du mode de faire suivi jusqu'à présent, mode de faire qui fait qu'un grand nombre d'individus sont dupés journellement en exposant leur santé; il a blâmé les médecins qui emploient ces médicaments sans en connaître la valeur, et, aidé des écrits de Swediaur, il les a vivement flagellés.

Ce discours, qui a duré près d'une heure, a souvent été interrompu par des applaudissements. Il serait à désirer qu'il fût imprimé en assez grand nombre, et que chaque médecin et pharmacien pût en recevoir un exemplaire.

Après la lecture de cette notice, M. Guibourt a fait le rapport sur le concours de 1852, puis il a fait l'appel des lauréats.

Le 1er prix a été décerné à M. Roussin (François-Zacharie), né à Vieux-Vy (Ille-et-Vilaine).

Le 1er second prix a été décerné à M. Bouhair (Félix-François), né à Romorantin (Loir-et-Cher);

Le 2e second prix à M. Gury (François-Alphonse), né à Metz (Moselle).

Deux mentions honorables ont été accordées à M. Grimault (François), né à Angers (Maine-et Loire), et à M. Bouhair (Pierre-Maxime), né à Cazaubon (Gers).

Outre les médailles décernées aux élèves qui ont obtenu les prix, il leur a été donné un grand nombre d'ouvrages scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Castration. — Considérations pratiques sur l'opération.

Au n° 290, dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon, est couché le nommé ... (Jean-Félix), âgé de vingt et un ans.

Cet homme, d'une constitution un peu lymphatique, d'une santé habituellement bonne, n'a jamais eu d'accidents syphilitiques; il n'a jamais eu même d'urétrite légère. En juin dernier, il reçut un coup violent sur la région scrotale; il en résulta immédiatement une douleur violente dans le testicule gauche, qui fut assez fortement contusionné. Depuis lors, cet organe, qui, au dire du malade, n'avait présenté aucune apparence de lésion, devint le siége d'un gonflement indolore, et en très peu de temps il acquit un volume considérable; du reste, il n'existait aucune sensibilité, et n'était le poids de cette tumeur, le malade n'aurait pas songé à s'en préoccuper.

Le 20 octobre 1852 il vint réclamer les secours de la chirurgie. Jusqu'à cette époque on avait infructueusement essayé de plusieurs traitements : frictions et applications fondantes, sangsues, etc.... Après avoir examiné avec soin l'état de l'organe malade, M. Robert se décida à pratiquer l'ablation du testicule. Cette opération fut pratiquée le 10 novembre au matin. Voici quel était l'état du malade.

Comme nous l'avons dit, sa santé est bonne; la teinte de la peau n'est pas jaune. Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Le testicule gauche présente le volume d'un gros œuf de dinde; il est arrondi, et sa surface est assez inégale. La peau du scrotum qui le recouvre est sillonnée de veines variqueuses; mais elle n'est nullement adhérente, ni altérée dans sa texture. En touchant la tumeur, on constate qu'elle est de dureté inégale; ainsi les points les plus saillants donnent une sensation de fluctuation douteuse, tandis que les autres points sont assez résistants. La pression exercée avec force sur toute la tumeur ne détermine aucune espèce de douleur, et on ne réveille en aucun point la sensation douloureuse caractéristique que produit la pression exercée sur le tissu propre du testicule; ce seul caractère suffit pour faire admettre que la lésion a bien son siége dans le testicule même, dont la substance a été détruite ou profondément modifiée.

Le cordon est peu volumineux; le canal déférent n'est pas gonflé, et la pression n'y détermine aucune douleur. Dans le ventre, on ne trouve aucun engorgement appréciable.

Opération. — Une longue incision ayant sa limite supérieure proche l'anneau et sa limite inférieure un peu en arrière du testicule malade est pratiquée verticalement sur le scrotum. La tumeur ayant été facilement énucléée, le chirurgien isole le canal déférent, et, tandis qu'avec le pouce et l'indicateur de la main gauche il le retient en dedans, un bistouri est glissé à plat entre lui et le reste du cordon. Ceci fait, il relève le bistouri dirigeant le tranchant transversalement, et d'un seul coup divise toutes les parties constituantes du cordon, en exceptant seulement le conduit déférent, qui sert à empêcher la rétraction; deux artères sont liées, et quand on n'aperçoit plus de trace d'hémorrhagie, on achève de détacher complétement la tumeur par la section du conduit déférent.

La réunion par première intention de la division scrotale aura dû être faite dans la soirée. M. Robert redoute les hémorrhagies en nappe qui succèdent souvent à l'ablation du testicule.

Si on n'a pas la précaution de différer le pansement quand cette hémorrhagie se fait, il se forme un épanchement sanguin qui peut acquérir quelquefois des proportions énormes.

En communiquant cette observation, notre intention a été de fixer l'attention sur un point de pratique qui n'est pas encore définitivement jugé.

M. Robert, avec quelques chirurgiens, n'est pas partisan de la ligature en masse du cordon. Notre ancien maître Blandin la repoussait également. Il divisait le cordon couche par couche et liait les vaisseaux aussitôt qu'il les avait intéressés. Si ce procédé existait seul, nous n'hésiterions pas à repousser complétement la ligature isolée des vaisseaux. Il peut arriver en effet que, lorsqu'il ne reste que peu d'éléments du cordon à diviser, ils se déchirent, et une hémorrhagie peut se faire consécutivement. Il en est de même du procédé qui consiste à faire retenir le cordon par un aide après qu'on a extirpé la tumeur; la pression que l'aide est forcé d'exercer sur les vaisseaux peut arrêter momentanément le cours du sang dans de petites artères, et on doit craindre également une hémorrhagie consécutive. Le procédé suivi par M. Robert, procédé indiqué par Bichat, est sans contredit le seul admissible.

Les avantages de la ligature isolée sont loin d'être aussi marqués que le prétendent quelques chirurgiens. L'argument le plus puissant que l'on opposait à la ligature en masse a cessé d'exister; car la douleur produite par la constriction de tous les éléments du cordon est actuellement nulle, grâce aux anesthésiques. M. Robert a cependant renoncé à cette ligature en masse, parce que dans deux cas il a eu des accidents : une première fois il y eut un abcès dans le canal inguinal, et une autre fois une végétation considérable se forma au-dessous de la ligature.

Quant à ce dernier accident, il provenait sans doute de la constriction insuffisante exercée par le fil.

La ligature isolée est loin d'être dépourvue d'inconvénients et même de dangers : elle allonge beaucoup le temps de l'opération; elle présente une certaine difficulté et expose, quoi qu'on fasse, à des hémorrhagies consécutives, comme la la science en possède d'assez nombreux exemples. Le tétanos, que l'on considère comme pouvant être produit par la ligature en masse, en citant à l'appui de cette opinion le fait de Morand, a succédé également à la ligature isolée (Couronné, *Revue médicale*, 1827, t. III). En résumé donc, nous serions disposé à préférer la ligature en masse, qui est plus facile à exécuter et qui nous paraît laisser moins de chances à la production d'hémorrhagies consécutives.

Nous signalerons en terminant l'indication pratique précieuse donnée par M. Robert sur la nécessité de ne faire le pansement que plusieurs heures après l'opération; l'hémorrhagie en nappe qui se fait à la surface du tissu cellulaire qui entoure le testicule a été observée par beaucoup de chirurgiens, et, si le pansement n'est pas différé, l'épanchement sanguin compromet la réunion immédiate.

Affection du cœur. — Bruit de souffle au second temps. Diagnostic.

Au n° 7 de la salle Saint-Raphaël, à l'hôpital de la Pitié, est couché le nommé Catillon (Victor), âgé de quarante-quatre ans; cet homme a été admis dans le service de M. Valleix le 1er septembre 1852.

Nous devons à l'obligeance de M. Gallard, interne du service, les principaux détails de cette observation.

Le malade est d'une constitution robuste; le système musculaire est largement dessiné. Jusqu'à l'âge de treize ans, sa santé a été parfaite; mais depuis lors il a été sujet à des affections rhumatismales aiguës, qui se seraient produites fréquemment, portant leur action sur les articulations. Le malade n'évalue pas à moins d'une quarantaine d'accès les crises rhumatismales qu'il a subies. L'avant-dernier accès l'a retenu au lit pendant six mois; on a dû souvent recourir à l'emploi des saignées, tant locales que générales. Il y a cinq ans, pour la première fois, il ressentit du malaise dans la région du cœur; il eut des palpitations; rien du reste dans ses antécédents de famille ne peut permettre de considérer l'affection du cœur qu'il porte actuellement comme ayant pu lui être transmise par hérédité.

Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il a été pris d'une attaque rhumatismale; et, quand il fut admis dans le service, des douleurs assez aiguës existaient dans les articulations des genoux et des pieds, le tout sans gonflement ni rougeur. La pression était un peu douloureuse, la marche est presque impossible; il y a affaiblissement du système musculaire, et le malade ne peut que très mal se servir de ses mains; il a très peu de force.

En outre de ces symptômes, on remarque de la gêne dans la respiration; le malade se plaint de ne pouvoir marcher et surtout monter les escaliers sans être excessivement essoufflé; quelquefois les jambes ont présenté un certain degré d'œdème; il n'y a pas de fièvre; la peau est fraîche.

Auscultation. — Le cœur présente un volume anormal; il s'étend de la quatrième côte à la septième, du mamelon au bord gauche du sternum.

Les battements sont assez énergiques; le second bruit est remplacé par un bruit de soufflet doux. Le maximum d'intensité est à la base du cœur; le bruit ne se prolonge pas dans l'aorte; le pouls est large, régulier, vibrant; les battements artériels sont visibles sur les carotides, les sous-clavières, les axillaires, les brachiales, les radiales, les cubitales et les crurales; les veines sont très développées.

Le traitement par l'acétate d'ammoniaque, puis par le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour a amené de l'amélioration pour la douleur, mais l'état du cœur n'a pas été modifié.

Le 25 septembre, le malade fut forcé de quitter l'hôpital pour des affaires urgentes, et peu de jours après il rentrait dans le service.

Aujourd'hui 11 octobre, nous avons pu l'examiner au n° 17 de la même salle, et nous avons retrouvé les mêmes symptômes fournis par l'auscultation en septembre. L'état général de la santé paraît satisfaisant, et, quand le malade est couché, il n'éprouve ni gêne ni douleur; la marche seule produit les accidents de suffocation dont nous avons parlé; les douleurs rhumatismales n'existent plus pour le moment.

Quelle est la nature de la lésion dont le cœur est le siége? Il est un point qui n'est pas douteux : il existe un certain degré d'hypertrophie. Quant au bruit de soufflet du second temps, pour M. Valleix, il est le signe pathognomonique d'une insuffisance des valvules aortiques. M. Charcelay a donné à ce symptôme la même signification, et cette opinion est basée sur dix observations qu'il a suivies en entier. Pour ajouter encore à la valeur du bruit de soufflet dans le deuxième temps, nous ajouterons que chez notre malade on remarquait cette vibration des artères signalée comme indice également de l'insuffisance valvulaire aortique. M. Guyot insiste spécialement sur la valeur de ce symptôme; seulement, chez l'homme dont nous rapportons l'histoire, le bruit de soufflet dans les carotides et les sous-clavières, signalé par M. Corrigan, pendant la diastole manque absolument.

Malgré cette circonstance, le diagnostic de M. Valleix nous paraît très exact.

Quant à la cause de la lésion anatomique, elle doit être rapportée à l'affection rhumatismale; elle succède sans doute à une inflammation.

Suite de l'observation d'obstruction intestinale.

La malade de M. Grisolle dont nous avons donné l'observation dans notre dernière Revue a succombé le dimanche 7 novembre au matin. A l'autopsie on a reconnu qu'il existait une bride celluleuse résistante tendue entre le méso-rectum et la trompe droite. Entre cette bride et la ceinture pelvienne postérieure s'étaient engagées deux anses de l'intestin grêle à environ 50 centimètres du cœcum. La contraction exercée sur les parties engagées derrière la bride était assez considérable pour avoir déterminé une lésion marquée des tuniques intestinales. Néanmoins on a pu à l'aide d'une légère traction dégager les deux anses intestinales. Il y avait une péritonite générale.

On comprend, d'après la nature et le sujet de la cause de cet étranglement, combien le diagnostic était difficile et même impossible. L'art, dans ce cas malheureux, devait rester impuissant.

Bec-de-lièvre double congénital compliqué d'écartement considérable des maxillaires supérieurs. Opération en deux temps. Bons effets d'un appareil mécanique destiné à rapprocher les os écartés.

Le traitement du bec-de-lièvre compliqué tend à se perfectionner de jour en jour, et les monstruosités les plus compliquées sont le plus souvent presque complètement effacées, grâce aux progrès incessants de la chirurgie. Nous avons vu dans le service de M. Robert un jeune enfant sur lequel un bec-de-lièvre des plus compliqués a été si convenablement traité, qu'il y a tout lieu d'espérer que dans un temps peu éloigné il n'en restera plus de trace. Nous publions avec empressement cette intéressante observation, qui nous a été communiquée par l'interne du service, M. Duclos.

L'enfant Albert Mendisco, venant d'Oléron (Basses-Pyrénées), est entré à l'hôpital Beaujon le 13 avril 1852, à l'âge de quinze mois. Il fut couché au n° 298 du deuxième pavillon, avec son père nourricier.

C'est un enfant d'une bonne constitution, au visage arrondi et assez frais. Il est assez développé pour son âge. Il a commencé à marcher seul au mois de juin 1852, pendant qu'il était dans le service.

Il a, depuis sa naissance, un bec-de-lièvre double à la lèvre supérieure, compliqué d'un écartement considérable des os maxillaires supérieurs, écartement qui se manifeste par une fente antéro-postérieure qui existe tout le long de la voûte palatine, et qui se continue à toute la voûte du palais, entièrement divisé sur la ligne médiane.

A son entrée, la lèvre supérieure présentait deux fentes verticales, deux solutions de continuité intéressant l'une et l'autre toute l'épaisseur de la lèvre. L'une, la gauche, s'étendait du milieu de la narine gauche au bord inférieur de la lèvre, à l'union du quart gauche avec les trois quarts droits de ce bord. L'autre, la droite, partait du voisinage de l'aile droite du nez pour se rendre au bord inférieur de la lèvre, à l'union du cinquième droit avec les quatre cinquièmes gauches de ce bord.

Entre ces deux solutions de continuité, il y avait un tubercule médian, osseux, dirigé obliquement en bas et en avant, au bord inférieur duquel étaient attachées deux dents incisives. Ce tubercule, qui dépassait très fortement en avant les solutions de continuité précédentes, tenait, à droite, au maxillaire droit. Il en résultait que lorsqu'on regardait dans la bouche ouverte, on voyait à la paroi supérieure de cette cavité une fente antéro-postérieure intéressant le voile du palais, la voûte palatine sur la ligne médiane, fente qui se déviait à gauche immédiatement derrière la lèvre supérieure, où elle venait s'ouvrir à la solution de continuité de la lèvre du côté gauche. On trouve sur le moule en plâtre qui a été pris lors de l'entrée du malade qu'il y avait entre les deux bords des voûtes palatines un écartement de 2 centimètres et demi. A cette époque, on pouvait facilement placer l'extrémité du petit doigt dans l'extrémité antérieure de cet écartement. La muqueuse et la peau se continuent au niveau des solutions de continuité de la lèvre.

L'enfant n'a jamais pu teter. On était forcé de le nourrir en exprimant dans sa bouche les mamelles d'une chèvre. Il mangeait de la bouillie avec la plus grande difficulté Les boissons revenaient par le nez.

Le 1er mai 1852, M. Martin, fabricant d'instruments de chirurgie, imagina, d'après le conseil de M. Robert, un appareil s'adaptant autour de la tête et pouvant presser sur les os maxillaires supérieurs à l'aide de deux petites pelotes fortement rembourrées qui prenaient un point d'appui sur les parties moyennes des joues. Cet appareil fut appliqué le même jour. Quelques jours après on adapta à cet appareil une petite plaque d'acier fixée à une petite sangle dont les extrémités, attachées aux pelotes latérales, venaient passer au-devant du tubercule médian, et qui était destinée à le refouler fortement et progressivement en arrière.

Le 2 juin, un mois après l'application de cet appareil, que le malade n'a pas quitté un seul instant, et qui n'a amené aucun accident, on s'aperçut qu'il y avait un rapprochement déjà très notable des os maxillaires. Les bords des solutions de continuité de la lèvre supérieure ne sont plus écartés que de 6 lignes environ, ou 1 centimètre un quart.

Vers le 20 juillet, les os paraissant suffisamment rapprochés, le tubercule médian complètement refoulé en arrière, M. Robert commence l'opération du côté gauche. Les bords de la solution de continuité du côté gauche sont avivés, toutefois, avec la précaution de conserver un lambeau pour former la saillie médiane de la lèvre. Réunion à l'aide d'une suture entortillée formée par une seule épingle, soutenue au moyen de bandelettes enduites de collodion. L'épingle est retirée au bout de trois jours. La réunion s'est faite par première intention en six ou sept jours. Il n'a pas été besoin d'arracher les dents incisives du tubercule médian. L'appareil de M. Martin a toujours été maintenu en place.

Le 23 octobre, deuxième opération. Cette fois, les bords de la solution de continuité de la lèvre du côté droit sont avivés avec la précaution de conserver encore un lambeau adhérent par sa base à la partie inférieure du bord droit de la plaie. Suture entortillée avec une seule épingle et bandelettes de collodion. On enlève l'épingle au bout de quatre jours. Il reste une petite croûte purulente sur la cicatrice, qui n'est achevée cette fois qu'au bout de huit à dix jours. Il est vrai de dire que depuis quinze jours le petit malade avait des croûtes eczémateuses aux tempes, sur les joues et à la partie supérieure du visage; eczéma que l'appareil de M. Martin semblait avoir produit.

Le 9 novembre, maintenant l'enfant est complètement guéri; son visage est beaucoup plus régulier; il boit très bien: les boissons ne reviennent plus par le nez. Il commence à parler; il dit maman très distinctement. La lèvre supérieure est assez régulière; elle ne touche pas complètement en son milieu la lèvre inférieure. Elle présente une petite saillie sur la partie latérale droite de la ligne médiane avec deux échancrures très légères de chaque côté, se continuant avec deux sillons très peu prononcés qui se rendent verticalement à chaque narine; sillons à fond encore rosé, véritables cicatrices des opérations qui ont été pratiquées, mais qui s'effaceront sans doute avec le temps. On voit encore, en faisant ouvrir la bouche, un léger écartement des maxillaires à gauche des incisives; mais cet écartement est beaucoup moins considérable; à peine même si on peut y placer le bord mince d'une pièce de cinq francs.

Il ne reste plus que quelques croûtes sur le cuir chevelu.

— Nous terminerons cette *Revue clinique* en annonçant que le malade qui présentait une énorme tumeur hydatique du foie, et sur lequel M. Michon avait pratiqué une première opération, a été ponctionné le jeudi 11 novembre.

La plaie produite par l'instrument tranchant avait été maintenue béante. La couche aponévrotique postérieure au muscle droit abdominal a été incisée, et ainsi la tumeur a pu être sentie directement avec le doigt. On a acquis la conviction qu'il ne s'était pas formé d'adhérence entre le kyste et la paroi abdominale antérieure; aussi M. Michon s'est-il décidé à ponctionner à l'aide du trocart.

L'instrument a dû être enfoncé à une très grande profondeur, et dès que le dard a été retiré, il s'est échappé, avec une force de projection énorme, au moins un litre et demi d'un liquide parfaitement limpide et transparent tenant en suspension des débris de poches hydatiques.

Le chirurgien, suivant le procédé de M. Jobert, a laissé la canule fixée dans la plaie.

La question de pratiquer immédiatement une injection a été agitée, et il a été décidé que cette injection ne serait faite que dans deux jours; alors les adhérences seront parfaitement établies, et il deviendra possible de donner issue à la poche hydatique en faisant une incision suffisante.

Dr E. L.

DE LA CAUTÉRISATION PAR LE NITRATE D'ARGENT

comme traitement abortif de l'amygdalite,

Par M. le docteur Léon Gigot, de Levroux (Indre).

Dans un note communiquée à votre excellent journal (numéro du 14 octobre 1852) par M. le docteur Dezotteux sur le traitement abortif de l'amygdalite au moyen du tartre stibié, on lit une phrase ainsi conçue: « Je crois donc ce mode » de traitement préférable aux saignées générales et locales, » et surtout *à la cautérisation avec l'azotate d'argent, dont* » *je ne parlerais pas si je ne l'avais vue employée dans la* » *période aiguë par un trop ardent partisan de l'homœopathie en cette circonstance.* »

Le traitement de l'angine tonsillaire par l'émétique est connu depuis trop longtemps pour en contester l'efficacité; mais il n'en est pas de même de la cautérisation par le nitrate d'argent, comme on peut le voir par la phrase que je viens de rappeler. Pour moi, d'après les nombreuses observations que je possède, je n'hésite pas à la placer bien au-dessus de l'émétique comme moyen abortif de l'amygdalite.

Voici les raisons:

1° La cautérisation calme la douleur et rend la respiration plus facile, presque instantanément, même dans les cas où les symptômes inflammatoires et asphyxitiques sont très prononcés;

2° Elle favorise la résolution de l'engorgement;

3° En changeant le mode de vitalité des tissus, elle prévient la formation des pseudo-membranes et de ces concrétions pultacées et blanchâtres que l'on rencontre dans certaines épidémies, et principalement dans l'amygdalite des fièvres éruptives;

4° Son emploi est facile et peu désagréable pour les malades.

J'ajouterai enfin que la cautérisation du pharynx avec le crayon de nitrate d'argent a suffi plusieurs fois pour arrêter en deux ou trois jours le développement d'angines qui se présentaient avec l'appareil symptomatique le plus grave.

J'ai cru devoir vous soumettre, monsieur le rédacteur, ces quelques considérations pratiques sur une méthode bien digne d'être mentionnée à cause de sa simplicité et de son efficacité, surtout comme moyen préventif, contre ces redoutables angines couenneuses qui ne succèdent que trop souvent à des angines simples au début.

Nous rappellerons, à propos de cette note, ce que nous avons dit des gargarismes d'eau froide longtemps répétés, qui nous paraissent constituer le traitement le plus efficace et le moins désagréable de l'angine.

Fresnes-en-Woëvres, le 10 novembre 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* (9 novembre) un cas d'obstruction complète de l'intestin, observée dans le service de M. Grisolle à l'hôpital de la Pitié (salle Sainte-Marthe, n° 7). Comme je viens de rencontrer un cas semblable dans ma pratique, je m'empresse de vous le communiquer, avec prière de l'insérer dans les colonnes de votre estimable journal, si vous le jugez opportun.

Agréez, etc.

Médard,
docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Obstruction intestinale.

M. Hyeulle, maire de la commune de Hennemont (Meuse), d'une constitution robuste et à formes athlétiques, d'une taille élevée (2 mètres), n'ayant jamais été malade, passa la journée du 5 novembre courant à la chasse, et, selon son habitude, se livra à cet exercice avec modération et comme but de promenade.

Le soir, en rentrant au logis, il mangea de bon appétit du pain, du fromage, et but quelques verres de vin. Peu d'instants après ce repas frugal, une vive douleur se fit sentir à la région ombilicale et prit un accroissement d'intensité rapide. Des linges chauds appliqués sur le ventre, une tasse de tilleul et des lavements simples ne produisirent aucun soulagement; M. Hyeulle passa la nuit du 5 au 6 dans une grande agitation, jetant des cris qui furent entendus de ses voisins.

Le 6, au matin, je fus mandé pour lui porter secours.

A mon arrivée, je trouve le summum d'intensité du point douloureux à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic; les limites sont fort restreintes et ne dépassent pas un espace de plus de 4 centimètres carrés; la moindre pression y détermine des douleurs qui arrachent des cris au malade. Le palper abdominal ne donne que des signes négatifs; pas de tumeur, pas de trace de hernie ni à l'ombilic, ni dans les aines. Il y a eu une selle la veille au matin; peau un peu chaude; pouls à 85, fort et développé; la miction s'exécute bien. Je prescris: cataplasme laudanisé sur le ventre; lavement avec l'infusion de camomille; thé pour boisson.

La douleur persiste pendant toute la journée du 6 et conserve la même intensité. Plusieurs vomissements de matières alimentaires et bilieuses; pas de garde-robes. A huit heures j'administre une demi-bouteille de limonade purgative qui reste sans effet, malgré de bruyants borborygmes entendus à distance. A minuit, vomissement abondant d'un liquide qui a l'aspect et l'odeur d'excréments délayés dans la limonade.

Il devenait évident que j'avais affaire à une obstruction complète de l'intestin qui, quelle qu'en fût la cause, rendait le cas très grave. J'en informai la famille et demandai l'assistance d'un confrère. En attendant son arrivée, et comme moyen de temporisation, je prescrivis 16 sangsues *loco dolenti;* un grand bain après.

Les piqûres donnèrent beaucoup de sang; le point douloureux disparut presque entièrement; il y eut une rémission marquée qui fit naître un peu d'espoir de sauver le malade. Mais un nouveau vomissement de matières fécales lancées au loin par une contraction brusque de l'estomac vint bientôt renouveler mes craintes.

J'explorai le rectum, que je trouvai libre; je palpai encore l'abdomen dans tous les points sans trouver ni tumeur, ni empâtement. La pression sur la région ombilicale était presque indolore; néanmoins, il y avait un peu de météorisme dans l'hypocondre et le flanc droits, tandis que les mêmes régions rendaient un son mat à gauche.

Obligé de quitter le malade pour faire d'autres visites urgentes avant l'arrivée de mon confrère M. le docteur Jacquot de Honnonville, j'avais pris soin qu'il fût mis au courant de ce qui s'était passé, et recommandé qu'on le laissât agir en mon absence selon ses inspirations. Il administra un lavement avec la décoction concentrée de coloquinte, et en fit prendre quelques cuillerées par la bouche. Le lavement fut bientôt rendu tel qu'il avait été pris, et un vomissement de matières stercorales eut lieu en sa présence. Aussitôt il se rendit à mon domicile, distant de celui du malade de 5 kilomètres, et me fit part de ses appréhensions sur l'issue de la maladie.

Nous convînmes, vu l'impuissance des purgatifs et l'urgence de rétablir le cours des matières fécales, d'administrer 200 grammes de mercure coulant pour forcer l'obstacle, et, une heure après, quatre gouttes d'huile de croton dans une cuillerée à bouche d'huile d'amandes douces.

Le 7, à huit heures du soir, le malade but le mercure et à neuf heures la cuillerée d'huile purgative; la potion métallique ne produisit d'autre effet immédiat qu'une sensation de pesanteur à l'épigastre. Promenade dans la chambre une partie de la nuit pour faciliter le passage du métal dans le canal alimentaire. Ces moyens restèrent infructueux; il y eut des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, mais impossibilité d'y satisfaire.

A trois heures du matin, nouveau vomissement de matières stercorales; le ventre est légèrement météorisé; la douleur ombilicale a repris un peu d'intensité, mais reste fixée au même point; le pouls est plein, développé et n'a pas le caractère *abdominal;* la langue se dessèche rapidement quand on tarde à humecter la bouche avec de l'eau fraîche.

Le 8 au matin, saignée du bras de 600 grammes; une demi-heure après, potion avec la décoction concentrée de coloquinte.

A neuf heures, vomissement du liquide purgatif mêlé à des matières stercorales sans trace de mercure. Constipation

opiniâtre; aucun gaz n'est sorti par l'anus depuis l'invasion de la maladie.

Vers midi, le pouls faiblit et s'accélère (110); le météorisme augmente, quoique permettant toujours la palpation des viscères abdominaux; hoquet, nausées continuelles; le faciès s'altère profondément; le malade a le pressentiment d'une fin prochaine et attend avec anxiété que les remèdes opèrent (*sic*).

Dans la nuit du 8 au 9, tous les symptômes s'aggravent; pouls faible, à 120; pâleur de la face, rétraction des traits, prostration, plus de vomissements, sueurs froides et gluantes, syncopes se succédant à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Mort le 9 à huit heures du matin, trois jours après l'invasion.

La famille m'a refusé l'autopsie, que j'avais demandée dans le but de connaître le siége et la nature de l'obstacle.

Remarques. — Ce fait, rapproché de celui de M. Grisolle, peut fournir un enseignement pratique. En effet, chez les deux malades il y a absence de signes matériels indiquant le siége de l'obstacle; mais chez M. Hyenlle, la douleur reste invariablement fixée au même point, tandis qu'elle est vague et diffuse chez la malade de la Pitié. Cette fixité de la douleur est-elle une indication suffisante pour motiver la gastrotomie? Quoique l'autopsie n'ait pas été faite, je penche pour l'affirmative et regrette de ne pas avoir fait une opération qui offrait à mon malade une chance de salut.

ACIDE SALICILEUX.

Cet acide, qui serait le principe actif des fleurs dites *la reine des prés*, peut être préparé en agissant de la manière suivante :

On prend les fleurs de la reine des prés, on les met dans un alambic avec de l'eau, prenant 500 grammes de fleurs par chaque kilogramme d'eau; on laisse macérer pendant vingt-quatre heures, puis on distille. Lors de cette opération on obtient et de l'eau distillée et une huile essentielle; on sépare l'huile et on distille de nouveau l'eau aromatique, en recueillant les premières portions qui fournissent une nouvelle quantité d'huile que l'on peut séparer (1).

L'huile essentielle obtenue contient deux ou trois huiles, parmi lesquelles se trouve l'acide salicileux. Pour l'isoler, on traite l'essence par une solution de soude ou de potasse caustique; l'alcali se combine à l'acide et forme un sel; on ajoute alors de l'eau et on procède à la distillation. Les huiles autres que l'acide salicileux passent à la distillation, tandis que le sel formé restera dans la cornue.

L'acide peut être séparé de ce sel par la méthode suivante :

On ajoute à la solution du sel assez d'acide sulfurique dilué pour saturer l'alcali employé, et on procède à la distillation. Les vapeurs d'eau qui passent dans le récipient entraînent l'acide.

Cet acide, qui avait été nommé spiroïthydrique par Lœwig, changea de nom lors de la découverte de Piria, qui observa qu'en distillant 1 partie de salicine, 1 partie de bichromate de potasse, 2 parties et demie d'acide sulfurique concentré et 20 parties et demie d'eau, on obtenait un acide parfaitement semblable à celui qui existait dans l'huile essentielle de la *reine des prés*; l'acide prit alors le nom d'acide salicileux.

L'acide salicileux est jaunâtre, oléagineux; il brûle avec une flamme rougeâtre en répandant une fumée noire, épaisse; sa densité est de 1,17; versé dans l'eau, il tombe au fond avant de se dissoudre; sa dissolution verdit le papier de tournesol et le décolore au bout de quelque temps de contact. Il est soluble en toutes proportions dans l'alcool et dans l'éther. Chauffé, il entre en ébullition à 190 degrés; la vapeur qui s'en dégage, lorsqu'elle est descendue à 13 degrés centigrades, est de 4,27; exposé à 20 degrés, il se solidifie.

Propriétés chimiques. — L'acide salicileux est décomposé par l'acide sulfurique concentré, ainsi que par le brôme et le chlore. Ces deux derniers corps lui enlèvent un équivalent d'hydrogène et forment ainsi de l'acide chlorhydrique ou bromhydrique, qui se dégagent en même temps qu'un équivalent de chlore ou de brôme forme, en remplaçant l'équivalent d'hydrogène enlevé, de l'acide chloro-salicilique ou bromo-salicilique, suivant le métalloïde employé. L'acide salicileux en présence d'un excès d'hydrate de potasse se décompose en laissant dégager de l'hydrogène et se transforme en acide salicilique. L'acide salicileux se combine enfin au divers oxydes métalliques ou alcalins et forme des sels.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 novembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Lenoir, à l'occasion du procès-verbal, fait quelques observations relatives à la communication faite par M. Sédillot dans la dernière séance; il voudrait que ce fait, qui offre plusieurs particularités très remarquables, fût communiqué dans tous ses détails.

Correspondance.

M. le docteur Borelli, de Turin, adresse plusieurs nouvelles observations relatives à l'emploi des injections iodées. Ces travaux sont renvoyés à la commission chargée de l'examen de cette question.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, élu récemment membre correspondant, une observation d'éclampsie, qui pourra être lue dans une prochaine séance et renvoyée, s'il y a lieu, au comité de publication.

(1) On conçoit qu'on pourrait distiller une très grande quantité de fleurs et obtenir par cohobation une plus grande quantité d'essence.

Dons faits à la Société.

M. Larrey fait hommage à la Société des huit premiers volumes des *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*.

M. Giraldès fait hommage des ouvrages suivants :

Lectures on The principles and practice of surgery, by sir Astley Cooper;

A treatise on the inflammations of the eyeball, by Arthur Jacob;

De urethræ stricturis omnibusque tractandi eas methodis, auctore Sigismund Saulsohn;

Cases of diseased bladder and testicle, by William Wadd;

Recherches sur le manuel de l'opération de la taille sous-pubienne chez l'homme, par Maurice Carcassonne;

Mémoire sur le bandage amidonné dans les fractures et de l'opportunité de son emploi, par M. de Lavacherie;

Sa thèse sur les luxations de la mâchoire;

Sa thèse sur le degré d'utilité de l'anatomie comparée dans l'étude de l'anatomie humaine.

M. Follin dépose sur le bureau les trois premiers volumes des *Comptes-rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*.

M. Chrestien, de Montpellier, adresse à la Société le *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier* pendant les mois de septembre et octobre 1850.

M. Robert fait hommage du rapport fait à l'Académie par la commission du prix d'Argenteuil.

Communications.

M. Marjolin présente à la Société un jeune homme entré dans son service pour une plaie du globe oculaire et de la paupière inférieure causée par un morceau de fer chauffé au rouge; malgré la gravité de la lésion, le malade a conservé la vue; la pupille est seulement un peu déformée. L'observation sera plus tard communiquée avec tous ses détails.

— M. Verneuil, prosecteur d'anatomie à la Faculté, communique un travail intitulé : *Recherches sur les kystes de l'organe de de Wolff dans les deux sexes*.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Huguier, Gosselin, Robert.

M. Debout termine son rapport verbal sur la thèse de M. J. Lecomte intitulée : *Des ectopies congéniales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine*.

Avant de poursuivre l'examen de ce travail, M. Debout répond aux observations qui lui avaient été adressées par M. Larrey et repousse le reproche qui lui a été fait de ne s'être pas borné à une simple analyse de la thèse.

M. Lecomte, ainsi que la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette intéressante question, s'est mépris sur la nature de l'altération que subissent les glandes séminales déviées. L'examen des faits a porté le rapporteur à ne voir qu'un simple arrêt de développement dans l'altération organique que le testicule subit dans les inclusions et non une atrophie, comme Hunter le prétend. Cette première détermination a paru avoir assez d'importance aux yeux de M. Debout pour être offerte à la discussion de la Société. Il en trouve la preuve dans l'argumentation de M. Follin, qui a soutenu la même thèse que M. Lecomte, c'est-à-dire l'atrophie de la glande. Il est vrai que cette différence dans la manière de voir porte plutôt sur la forme que sur le fond : en effet, M. Follin, dans l'intéressant mémoire qu'il a publié sur ce sujet, confond sous la même dénomination d'atrophie « et les cas où le testicule, après s'être développé, subit un retrait plus ou moins considérable et ceux où cet organe, arrêté au début de son développement, reste avec un volume qui ne correspond plus à l'âge du sujet. » Ce n'est pas une discussion de mots que fait ici le rapporteur en demandant qu'en médecine, comme en philosophie, on se fasse une idée exacte de la valeur des termes que l'on emploie; en effet, M. Debout montre que ces faits appartiennent à deux catégories qui doivent être distinguées au point de vue de l'intervention de l'art.

Aux altérations organiques qui reposent sur un simple arrêt de développement pourront être opposées les médications physiologiques, c'est-à-dire celles dans lesquelles on fait appel aux fonctions même de l'organe. Un travail de M. Wilson en contient un exemple : un homme âgé de vingt-six ans présentait un arrêt de développement des organes génitaux (pénis et testicules). Sur le conseil de ce chirurgien, il se maria, et sous l'influence des excitations vénériennes l'évolution, comme assoupie, se réveilla, et deux années après ses organes génitaux avaient acquis le volume de ceux d'un adulte.

Dans les cas d'atrophie, il y a une influence morbide spéciale à combattre tout d'abord avant de chercher à remédier aux effets produits, aux phénomènes localisés et caractérisés par l'altération organique qui constitue l'atrophie.

M. Lecomte, comme M. Follin, est conduit aussi dans son travail à fournir des preuves contre l'opinion de Hunter, qu'il a adoptée. Ainsi, lorsqu'il indique les signes qui doivent permettre d'éviter les méprises auxquelles les inclusions testiculaires dans l'aine ont si souvent donné lieu, il signale la douleur caractéristique qu'éveille la pression de l'organe dévié. Or, fait observer M. Debout, est-ce qu'un organe atrophié conserve encore les phénomènes de sensibilité caractéristiques d'un développement normal? Le fait de sensibilité à la pression n'est-il point le meilleur témoignage que la glande séminale n'est pas atrophiée? Dans les quelques faits que M. Debout a rencontrés, la sensation a toujours été en rapport avec le degré de développement de l'organe inclus. À ce signe diagnostic des déviations, M. Lecomte a ajouté le nombre des testicules contenus dans les bourses. M. le rapporteur en rappelle un troisième qui lui semble plus précieux en ce qu'il frappe immédiatement la vue des chirurgiens : c'est la forme particulière des bourses lorsqu'elles contiennent seulement une des glandes séminales. Le scrotum, dans cette circonstance, offre une forme globuleuse, et le raphé médian se dévie, à partir de la racine de la verge, vers le côté où le testicule manque.

Le testicule retenu dans le canal inguinal, lorsqu'il n'a pas subi un arrêt dans son développement, peut y offrir toutes les altérations morbides qu'il présente dans les bourses. M. Lecomte pense que le traitement ne saurait varier dans ces cas, même lors des affections traumatiques. M. Debout pense, au contraire, que, lorsque les accidents inflammatoires se montrent d'une manière énergique, le traitement doit être conduit avec plus de vigueur, et il en fournit des exemples.

Il est une série d'accidents qui peuvent résulter spécialement de l'inclusion inguinale, ce sont les phénomènes d'étranglement qu'offrent quelquefois les testicules déviés. Quelle est la conduite à tenir dans ces cas? Faut-il suivre le conseil de Richter, et mettre la glande à découvert? M. Lecomte n'hésite point à se prononcer pour le débridement, mais sans apporter de faits à l'appui de sa manière de voir. M. Debout cite le fait d'un malade chez lequel des accidents semblables se sont développés. Un chirurgien appelé se méprit sur la nature de la tumeur, tenta l'emploi du taxis, et, les vomissements persistant, voulut pratiquer l'opération du débridement. Le rapporteur, appelé à assister ce confrère, eut son attention éveillée tout d'abord par la forme du scrotum, et reconnut dans la forme ovoïde des parties herniées un testicule arrêté à l'anneau.

Aux émissions sanguines locales, aux frictions avec une pommade composée de parties égales d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone pur, à des bains prolongés, etc., les accidents cédèrent progressivement. Ce fait engage le rapporteur à penser qu'un traitement bien conduit doit triompher le plus souvent de ces accidents. Une circonstance que l'on ne doit pas oublier dans ces faits de lésions traumatiques, c'est le voisinage et souvent la continuité de la tunique vaginale avec le péritoine; elle exige que l'on insiste sur le traitement antiphlogistique local, afin de ne pas voir l'inflammation de la séreuse testiculaire gagner celle de la cavité abdominale.

De toutes les modifications organiques que peut subir le testicule retenu dans la région inguinale, la plus grave et la plus fréquente est celle de la dégénérescence cancéreuse. Un fait que note M. Lecomte, et qu'il est bon de rappeler, c'est que dans presque tous les exemples consignés on voit l'altération être le résultat de l'application intempestive d'un bandage. M. Debout, en signalant ce résultat, a pour but de montrer l'erreur des auteurs qui ont donné le conseil d'avoir recours à l'action compressive du bandage pour prévenir la dégénérescence de la glande. La compression, par l'irritation chronique qu'elle provoque, amène plus souvent la dégénérescence que l'atrophie de la glande séminale.

Après avoir parcouru avec l'auteur de la thèse les modifications dans le manuel opératoire à suivre pour l'ablation de ces tumeurs de l'aine, M. Debout termine son rapport en appelant l'attention de la Société sur le point suivant. Un des malades dont M. Lecomte rapporte l'observation, affecté d'un engorgement d'un testicule retenu à l'anneau, était allé consulter successivement deux illustres chirurgiens, Dupuytren et Marjolin, et tous deux avaient conseillé la castration, dans la seule vue de prévenir la dégénérescence de la glande.

Le développement hypertrophique du testicule est-il le fait de la compression éprouvée par cet organe ou le résultat d'une diathèse? Dans le premier cas, les tissus voisins exerçant une compression analogue à celle produite par le bandage, le succès pourrait venir couronner l'opération; tandis que dans le second, bien que la dégénérescence ne soit pas caractérisée anatomiquement par un tissu hétéromorphe, elle n'en est pas moins la manifestation d'un état diathésique sur lequel l'intervention chirurgicale ne saurait avoir prise. Ces faits demandent un nouvel examen.

Sur la proposition du rapporteur, des remercîments sont votés à M. Lecomte, et son mémoire sera déposé dans les archives de la Société.

M. Larrey. « Il me serait difficile de ne point répondre à notre honorable collègue M. Debout, après la lecture de cette seconde partie de son rapport sur la thèse de M. Lecomte; mais je le ferai en deux mots et avec toute la réserve convenable. Autant il m'était permis de m'étonner d'abord que M. le rapporteur parût faire une dissertation sur le même sujet plutôt qu'une analyse du travail soumis à son examen, autant je dois lui savoir gré aujourd'hui d'avoir bien voulu apprécier ma simple observation critique, puisque, tout en paraissant s'y refuser, il a suivi, dans la seconde partie de son rapport; la marche que j'aurais désiré qu'il suivît dans la première, peut-être même a-t-il trop longuement discuté les opinions émises ou soutenues par notre jeune confrère, et je ne puis plus que le remercier des formes obligeantes de sa savante analyse.

M. Debout. Je regrette que notre collègue ne m'ait pas mieux compris; car j'avais tout d'abord exprimé l'intention formelle de soumettre à la discussion de la Société deux points : la nature de l'altération organique subie par les glandes séminales incluses, et les moyens dont l'art dispose pour triompher de ces déviations. Je craignais, en examinant tout le travail de M. Lecomte, de voir les lacunes de la science à l'égard de ces questions ne pas être présentées. La fin de mon rapport lui a prouvé que je savais tenir compte des mérites de son élève.

Rapport sur deux notes lues par M. Coste, relatives à la cure radicale de la hernie et à un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre simple.

(Commissaires : MM. Maisonneuve, Gosselin et Follin, rapporteur.)

M. Follin. Vous nous avez chargés, MM. Maisonneuve, Gosselin et moi, de vous faire un rapport sur deux notes lues par M. Coste (de Marseille) devant la Société, et ayant trait, l'une à un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de la hernie; l'autre à une nouvelle opération de bec-de-lièvre simple. Nous venons aujourd'hui vous rendre compte de notre examen.

Ces deux notes de M. Coste ne renferment qu'un simple exposé des règles opératoires, sans observations qui leur servent d'appui. Cette absence de faits cliniques est assurément regrettable; car elle nous force, après avoir discuté la rationalité de ces idées, après avoir cherché à qui en appartient la priorité, à attendre une sanction pratique que nous eussions désiré trouver dans le travail de M. Coste.

Notre honorable confrère commence par établir qu'essayer de guérir radicalement la hernie est une tentative parfaitement rationnelle et un principe de saine pratique. Il ne croit pas qu'on puisse s'arrêter devant cette objection, que la hernie ne compromet pas la vie de l'individu, et que l'opération pour la cure radicale peut entraîner la mort. Votre commission croit devoir s'associer ici à l'opinion de M. Coste. Sans tenir compte des inconvénients quotidiens d'une hernie, si l'on réfléchit au grand nombre de celles qui s'étranglent et à la mortalité des hernieux comparée à celle des autres individus, on ne tiendra point compte d'objections qui rejetteraient ainsi du cadre opératoire un grand nombre d'autres opérations. Des statistiques bien faites établissent que la population hernieuse disparaît près de quatre fois plus vite que la population ordinaire; qu'entre 75 et 100 ans, il meurt 7 fois plus de vieillards hernieux que d'autres; enfin que la population hernieuse va croissant et s'élève à plus de 1,600,000. Ces chiffres justifient suffisamment, selon nous, le chirurgien qui essaye la cure radicale de la hernie.

Cela dit, examinons le procédé que propose M. Coste, et dont, avec la plus entière bonne foi sans doute, il se croit l'inventeur. Ce procédé n'est qu'une modification de l'opération de M. Gerdy. Vous connaissez bien, messieurs, la méthode opératoire de notre honorable collègue; il est donc inutile de la rappeler ici. Mais dans cette méthode il existe un certain nombre de procédés que M. Gerdy a successivement essayés, puis rejetés. C'est l'un de ces procédés retrouvés par M. Coste, et déjà publiés par lui dans son *Manuel de dissection*, dont il est venu ici vous entretenir. Frappé comme M. Gerdy lui-même de certaines récidives après l'opération proposée, il les a attribuées à une sorte de déroulement du bouchon cu-

tané préalablement refoulé dans le canal herniaire. D'après cette idée et dans le but de s'opposer à un tel mode de récidive, il a essayé d'arrêter pour ainsi dire à la porte le bouchon cutané prêt à se désinvaginer. Nous verrons plus loin si ce déroulement du bouchon cutané est la véritable cause de ces récidives. En attendant, voici comment procède M. Coste :

L'avant-veille de l'opération, il dénude par un vésicatoire la peau qui recouvre la hernie et doit être refoulée dans le canal herniaire; puis, le malade couché dans une position telle que les muscles abdominaux soient relâchés, il refoule aussi loin que possible dans le canal inguinal, par exemple, la peau, en laissant en arrière le cordon testiculaire ou le ligament rond. Rien, si ce n'est la dénudation préalable du derme, ne diffère encore du procédé de M. Gerdy. Mais sur le doigt introduit dans le canal herniaire, M. Coste fait glisser jusqu'au fond du cul-de-sac cutané une sonde cannelée double qui sert de conducteur à un instrument propre à l'auteur, sorte de fourche dont les deux branches répondent exactement aux cannelures de la sonde; puis avec cet instrument, qu'il fait basculer, il traverse la peau enfoncée dans le canal, la paroi antérieure de celui-ci et le ligament abdominal. Les deux branches de cette fourche portent dans leur chas un fil qui, dégagé et confié à un aide, sert à retenir la peau invaginée. Le doigt et les instruments retirés, M. Coste noue sur un petit rouleau de diachylon les deux bouts du fil; ce fil n'est enlevé que le surlendemain.

Dès le premier temps de son opération, M. Coste poursuit une idée qui le préoccupera encore plus loin. Il veut d'abord maintenir par agglutination deux surfaces de peau dénudée. L'expérience clinique peut seule dire si le degré d'adhérence d'une peau ainsi dénudée serait convenable, et si, cette adhérence ne se faisant pas tandis que l'occlusion extérieure du cul-de-sac aurait lieu, il ne serait pas à craindre de voir ce canal cutané se remplir de produits de sécrétion et exiger plus tard une opération spéciale. Quoi qu'il en soit de ces prévisions, votre commission ne saurait apercevoir un progrès dans ce premier temps de l'opération. Ainsi, cette fourche-aiguille et cette double sonde cannelée constituent autant d'instruments spéciaux sans apporter, à vrai dire, une grande facilité dans le manuel opératoire. Bien convaincu qu'au lieu de compliquer ainsi l'opération il faut tendre à la simplifier de plus en plus, M. Gerdy conseille aujourd'hui de ne passer qu'un seul fil avec l'aiguille à suture que vous connaissez.

Dans le second temps de son opération, M. Coste se propose de fermer par une cicatrice résistante l'ouverture du canal en doigt de gant produit par le refoulement de la peau. Dans ce but, ce chirurgien excise de chaque côté du rebord de l'anneau un lambeau de peau, puis il réunit par la suture enchevillée les deux plaies saignantes; en même temps, pour éviter le tiraillement continuel des tissus, il pratique à quelque distance de cette suture deux incisions parallèles : ces larges débridements sont empruntés à quelques opérations autoplastiques. Le pansement est des plus simples; les fils sont coupés du quatrième au cinquième jour, et le malade ne doit pas quitter la position horizontale avant douze ou quinze jours.

Tel est, messieurs, le procédé opératoire dont M. Coste est venu vous lire les détails. Devant l'absence de faits cliniques cités par l'auteur, votre rapporteur a dû penser que ces règles opératoires étaient jusqu'alors restées à l'état de projet. Mais quelques recherches n'ont pas tardé à lui apprendre que plusieurs chirurgiens avaient proposé et mis en pratique quelques-unes des indications dont M. Coste se croit l'inventeur. Fortement préoccupé, sans doute, de l'idée qu'il poursuivait, le chirurgien de Marseille n'a pas vu que la modification opératoire proposée par lui avait été depuis longtemps déjà pratiquée, puis abandonnée par M. Gerdy. Ainsi, son nouveau procédé se trouve clairement exprimé dans les premières publications de M. Gerdy, dans le rapport de MM. Gimelle et Sanson à l'Académie de médecine (janvier 1836), dans quelques thèses et dans quelques traités généraux de pathologie, comme le livre de M. Vidal. Dans une thèse sur la *cure radicale des hernies*, soutenue en 1841 dans le concours de médecine opératoire par M. A. Thierry, on lit, page 73 : « Enfin, on a également renoncé » à la cautérisation du cul-de-sac par l'ammoniaque et à l'avive» ment qu'on pratiquait à son orifice, rattaché ensuite par des » sutures dans le but d'empêcher la peau de se désinvaginer. » Dans ce travail, où se trouve consigné un assez grand nombre d'opérations de cure radicale de la hernie, j'ai pu compter trois cas dans lesquels avait été pratiquée la modification opératoire indiquée aujourd'hui par M. Coste. Voyons rapidement quels résultats a donnés cette pratique :

1° Dans un premier cas cité par M. Thierry, un homme de soixante-deux ans fut opéré pour une hernie inguinale gauche. On pratiqua trois points de suture, la cautérisation avec l'ammoniaque et la suture extérieure du cul-de-sac invaginé. Les fils furent levés le cinquième jour, et un mois après on pouvait constater que dans la toux la hernie ne se reproduisait pas.

2° Dans le second cas, sur un homme de soixante ans, le même procédé fut mis en pratique; mais le sac invaginé se sphacéla le sixième jour, et un mois et demi après l'opération il y avait récidive.

4° Enfin, dans l'observation n° 23, il s'agit d'une hernie inguinale droite. Trois points de suture, la cautérisation et l'autoplastie de l'orifice du cul-de-sac furent mis en pratique. Le malade mourut le neuvième jour dans un état typhoïde. A l'autopsie, on trouva une teinte rouge du péritoine près de l'anneau, une couche de pus sous le grand oblique remontant jusqu'aux attaches de ce muscle aux côtes; il y avait aussi du pus dans la plèvre droite.

Tel est, messieurs, le résumé des trois cas dans lesquels l'occlusion du cul-de-sac cutané conseillée par M. Coste a été employée; elle n'a pas donné, vous le voyez, de résultats bien satisfaisants. Votre commission ignore si M. Coste a pratiqué avec succès cette opération, et, dans ce cas, elle regretterait fort qu'il ne les lui eût pas communiquées. Avec le petit nombre de faits que nous possédons, il serait sans doute difficile d'exprimer une opinion motivée. Toutefois, M. Gerdy nous a semblé pencher vers cette opinion, à savoir, que la suture extérieure favorise les inflammations phlegmoneuses et les fusées purulentes. Cette idée de notre honoré collègue trouverait sans doute sa justification dans les deux cas malheureux que je viens de vous rappeler. Aussi M. Gerdy et avec lui la plupart des chirurgiens qui ont essayé la cure radicale de la hernie ont-ils rejeté l'occlusion extérieure du cul-de-sac cutané.

Malgré cet abandon général, M. Coste la conseillait encore en 1847 dans son *Manuel de dissection*, et sans connaître davantage les tentatives faites avant lui, M. Pétrequin, dans un cas de hernie crurale, mettait aussi en pratique un procédé analogue. Je vous demande, messieurs, la permission de vous citer un fait très succinct de cette dernière observation.

Ce fait pourrait peut-être un jour venir se glisser dans quelque statistique bienveillante. Il est urgent de déclarer de suite qu'aux yeux de votre commission il ne signifie rien. Ce fait a été publié en 1849 dans la *Gazette médicale lombarde*. Une femme de quarante ans portait une hernie crurale gauche du volume d'une tête d'adulte. L'anneau crural permettait l'introduction des cinq doigts. Voilà comment M. Pétrequin essaya la cure radicale de cette hernie. Il réduisit la hernie, repoussa la poche cutanée qui la contenait à travers l'anneau crural dans l'abdomen, et l'y fit maintenir au moyen d'un stylet boutonné à travers l'anneau. Ensuite il enleva du bord de l'ouverture cutanée, au moyen des ciseaux, une bande ovale de la peau, et mit en contact les parties sanglantes parallèlement au ligament de Fallope. Trois aiguilles en fer doux furent appliquées de façon à traverser la peau et l'arcade crurale en haut, le repli du fascia lata, et la peau en bas; leurs extrémités furent enfoncées dans deux bouchons de liége, puis recourbées à l'aide de pinces et tordues de façon à amener le contact parfait des lèvres de la plaie. Consécutivement pas de fièvre adhésive des parties; enlèvement des points de suture le septième jour. L'observation se termine par ces mots : « Un mois après, guérison complète. La hernie tend à reparaître, mais beaucoup moins volumineuse, et un bandage à pelote la contient. » Cette dernière phrase nous laisse le droit de douter de la valeur du procédé suivi par M. Pétrequin, et c'est à tort, selon nous, qu'on inscrirait comme un succès l'opération pratiquée par le chirurgien de Lyon. Il résulte de cette discussion, déjà trop longue peut-être, que la modification opératoire proposée par M. Coste a déjà été employée, puis abandonnée par M. Gerdy, et que le chirurgien de Marseille n'apporte aucun fait pour la réhabiliter dans la pratique chirurgicale.

Mais, sans tenir compte des remarques qui précèdent, votre commission conserve encore un certain doute sur la rationnalité du procédé qui conseille de clore par une suture l'orifice intérieur du cul-de-sac. En effet, si l'on démontrait que dans l'opération de M. Gerdy, et alors qu'elle est suivie de succès, la peau ne reste point invaginée, l'on affaiblirait sans doute la valeur qu'on a cru devoir attacher à la suture extérieure du cul-de-sac. Or après avoir longtemps pensé que la peau formait un bouchon organique qui s'opposait à la sortie des viscères, M. Gerdy s'est assuré que dans beaucoup de cas la peau invaginée redescendait peu à peu, et que dans d'autres le bouchon qui, dans les premiers jours forme un obstacle solide, finissait par se résorber. Il se crut donc autorisé à admettre que l'oblitération du trajet se faisait seulement par un épanchement de lymphe plastique. Si tel est le résultat définitif de cette opération, l'on doit peu regretter de ne pouvoir retenir la peau invaginée dans le canal herniaire.

Dans la seconde note que M. Coste nous a lue, il décrit une *nouvelle opération pour le bec-de-lièvre simple*. Depuis longtemps déjà les chirurgiens se sont longtemps préoccupés des résultats peu satisfaisants de l'opération habituelle du bec-de-lièvre. Cette préoccupation s'est traduite par les procédés nombreux qu'ils ont tous proposés, et dont quelques-uns vous ont été communiqués. Dans le cas de bec-de-lièvre simple, c'est l'encochure située au niveau de la réunion des parties que les chirurgiens ont essayé de combattre. M. Coste s'est aussi adressé à cet obstacle, et tout en rendant pleine justice aux travaux de quelques membres de cette Société, il a cru obvier à cet inconvénient de l'encochure par un procédé plus certain que ceux qui sont déjà dans la pratique habituelle.

Avant d'examiner la valeur de ce procédé, nous allons, messieurs, vous l'exposer. L'auteur de cette note nous l'a transmis en des termes, à la vérité, un peu obscurs; une grande attention nous a été nécessaire pour en saisir amplement tous les détails.

M. Coste reconnaît trois temps à son opération.

Supposons un bec-de-lièvre gauche. M. Coste fend d'abord largement le frein de la lèvre, puis, à l'aide de deux coups de ciseaux, l'un vertical et l'autre horizontal, il taille sur le bord droit de la division en dehors de l'angle arrondi qui le termine une demi-mortaise; puis sur le bord gauche de la division il taille un petit lambeau destiné à venir se placer dans cette demi-mortaise. L'incision supérieure de ce lambeau est franchement horizontale; l'autre, correspondante du bord droit, est légèrement oblique en haut et en dehors. — Les lambeaux et la mortaise doivent être taillés d'un façon inverse dans le bec-de-lièvre du côté droit. Dès lors le lambeau occupe le point dans lequel aurait existé l'encochure. C'est là le premier temps de l'opération de M. Coste; le second, c'est l'avivement du côté de la demi-mortaise; M. Coste pratique l'avivement avec des ciseaux, du côté du lambeau, avec le bistouri qu'il dirige de haut en bas et qu'il fait tomber sur l'extrémité externe du lambeau. Le troisième temps comprend la réunion des parties. D'abord M. Coste réunit par un point de suture entrecoupée les parties situées au-dessus de la mortaise et du lambeau; il fixe ensuite le lambeau dans la demi-mortaise au moyen d'une aiguille à suture entortillée; enfin il joint aussitôt après par une serre-fine l'angle saillant supérieur du bord gauche à l'angle rentrant du bord droit; enfin une dernière épingle réunit les lèvres de la division à égale distance des lèvres de son extrémité supérieure et de la demi-mortaise. La cicatrice qui succède à l'adhésion figure ainsi trois lignes, une supérieure oblique, une moyenne transversale et une inférieure verticale. Dans un bec-de-lièvre du côté droit, ces trois lignes figurent assez bien le chiffre 4.

Votre rapporteur n'a point voulu par des réflexions scinder cette description; mais en répétant sur le cadavre ce procédé, votre commission a remarqué qu'il exigeait de nombreuses incisions et une perte de substance de la lèvre assez considérable. Or, quelque laxité qu'aient les tissus, cette perte de substance nous paraît regrettable. D'ailleurs, à ces incisions multiples qu'elles nécessitent succèdent en définitive trois cicatrices dont l'aspect ne peut manquer d'être désagréable. J'ajouterai ici qu'un des membres de votre commission, M. Gosselin, s'est assuré que dans les becs-de-lièvre opérés dans le très jeune âge il se produit un travail organo-plastique à la faveur duquel s'efface souvent cette encochure, désespoir des chirurgiens.

M. Coste ne nous ayant point mis en demeure d'apprécier par une observation détaillée la valeur clinique de son procédé, nous avons dû nous borner à reconnaître que ce procédé est facile sur le cadavre, qu'il supprime bien l'encochure, mais qu'il nécessite six incisions suivies de trois cicatrices, et qu'enfin il exige une assez notable perte de substance de la lèvre. Jusqu'à ce que la pratique ait démontré que dans ce procédé les avantages l'emportent sur les inconvénients, votre commission ne saurait constater encore ici un progrès véritable.

En terminant son rapport, la commission vous propose :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Coste, de Marseille;

2° De déposer ses travaux dans les archives de la Société;

3° De lui communiquer l'article du règlement qui prescrit de communiquer un travail inédit pour obtenir le titre de membre correspondant.

Discussion du rapport.

M. Gerdy. Le peu de solidité des premiers procédés que j'avais d'abord mis en usage m'y a fait renoncer. Primitivement j'employais deux fils, aujourd'hui un seul me suffit. A une certaine époque, j'avais incisé la peau sans la disséquer, puis j'avais réuni au moyen de la suture enchevillée; mais comme la hernie se reproduisait derrière, j'y ai renoncé.

Ce n'est qu'après un assez long espace de temps que l'on peut s'assurer si les guérisons sont véritables; malheureusement on ne peut pas toujours suivre les malades. Il y en a quelques-uns qui désirent que leur infirmité reste inconnue, et qui se cachent; d'autres sont bien aises de n'avoir pas à vous témoigner leur reconnaissance.

Il y a seize ans, j'opérai un malade qui portait une hernie inguinale récente. Au bout de très peu de temps je le perdis de vue, et n'en entendis parler que quatorze ans après. Voici ce qui s'était passé :

L'opération avait complétement réussi; jamais aucune tumeur ne s'était montrée; mais deux ans après, à la suite d'exercices violents, une hernie apparut du côté opposé; soit honte, soit négligence, il resta quatorze ans sans rien faire; pendant ce temps, la hernie devint énorme : il vint à Paris, et, comme il connaissait M. Roux, nous l'examinâmes ensemble, et il fut facile de constater qu'il y avait eu guérison radicale de la première hernie.

Le malade aurait bien désiré être également opéré pour la seconde; mais je ne voulus rien entreprendre à cause du volume considérable de la tumeur et de l'âge avancé du sujet; je dois en outre ajouter qu'il y avait dans la famille une disposition héréditaire.

J'ai eu occasion, il y a huit ou dix ans, d'opérer avec un plein succès un menuisier; depuis cette époque il travaille sans bandage et n'a jamais éprouvé le moindre accident.

Dans les premiers temps de l'opération, il est bon de porter un bandage pour donner aux adhérences le temps de se consolider; ainsi, faute de prendre cette précaution, j'ai vu, chez un professeur de l'Ecole de médecine secondaire de Nantes, la tumeur chercher à reparaître, parce qu'il avait dansé sans son bandage.

Chez les femmes, lorsqu'elles sont jeunes, il n'est pas toujours possible de faire une invagination dans le canal, et cependant les opérations réussissent. Je citerai comme exemple le fait d'une jeune femme opérée à l'âge de vingt-six ans, accouchée deux fois depuis, et si bien portante que sa sœur a toujours ignoré son accident.

Aujourd'hui je n'emploie qu'un seul fil traversant un grain de chapelet, qui m'aide à tenir la peau refoulée en haut; ce grain est traversé par un autre fil qui me sert à le ramener en bas lorsque je juge à propos de le retirer, quand je crois l'inflammation suffisante.

C'est là le point difficile à juger; car si on laisse l'inflammation prendre un trop grand développement, il survient des abcès qui peuvent remonter très haut et causer la mort.

Une fois je fus trompé par un jeune homme qui portait une hernie congénitale. La ponction faite, il sortit de l'eau; la cavité du péritoine était ouverte. Malgré cela je terminai l'opération; je redoublai de surveillance et le malade guérit.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Folin sera inséré dans les Bulletins de la Société.

Tumeur pulsative des os.

M. Demarquay présente l'humérus droit d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, et sur lequel on avait constaté une tumeur pulsatile. Après avoir pratiqué la désarticulation de l'épaule, il a fait une injection dans les veines et les artères du bras enlevé, afin de pouvoir étudier la nature de l'affection. La tumeur s'était développée dans la partie centrale de l'os qu'elle a fini par détruire dans l'étendue de 9 centimètres. Son tissu est d'un blanc jaunâtre. L'étude micrographique qui en a été faite par M. Lebert prouve qu'elle est formée de tissus fibreux et fibro-plastique. Son enveloppe contient quelques lamelles osseuses et une grande quantité de vaisseaux veineux et artériels. Ces vaisseaux sont volumineux; dans quelques points ils ont la grosseur d'une plume d'oie. Un réseau vasculaire très fin pénètre à la partie interne et externe dans le centre de la tumeur. La composition de cette dernière donne l'explication des phénomènes que l'on constatait avant l'ablation du membre, tels que pulsations artérielles, bruit de souffle, mobilité anormale, et trois calculs viscéraux extraits par la taille latéralisée.

M. Demarquay présente trois calculs volumineux qu'il a extraits par la taille latéralisée de la vessie d'un homme de soixante-cinq ans, avec l'aide de M. Lenoir. L'opération a été faite dans des conditions particulières qu'il est bon de noter. Le malade, confié aux soins de M. Demarquay, souffrait depuis plusieurs années de la pierre; il était affecté d'une incontinence d'urine quand il est arrivé à Paris. Après avoir pris l'avis de MM. Roux, Velpeau et Lenoir, il fut décidé que le malade serait délivré de ses calculs par la taille latéralisée. Le lendemain de la consultation il survint une tuméfaction accompagnée de gangrène de la verge et des bourses, sans réaction fébrile. Cet accident était déterminé par le passage incessant de l'urine. La seule chance qui restât au malade c'était évidemment l'opération de la taille, qui, tout en le délivrant de ses calculs, donnerait un nouveau cours à l'urine.

M. Lenoir met sous les yeux de la Société un calcul mural qu'il a extrait par la taille sous-pubienne sur un jeune homme âgé de vingt-sept ans. Ce calcul, à mamelons très nombreux et très saillants, est à peu près rond; il offre partout un diamètre d'environ 18 lignes, et n'a pu être extrait de la vessie par la taille latéralisée qu'après que le chirurgien eut converti cette taille en une taille bi-latérale par une incision horizontale du côté droit de la prostate et du col vésical. Procédé recommandé par M. Senn (de Genève), et qui a réussi déjà plusieurs fois à M. Lenoir en pareille circonstance. Le malade, malgré les difficultés de l'opération, est aujourd'hui en voie de guérison avancée.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Chronique et nouvelles.

M. Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, ayant pensé qu'il y avait incompatibilité entre sa candidature à la chaire de botanique de la Faculté et les fonctions de pharmacien en chef d'un hôpital, vient de se démettre de ces dernières fonctions.

— La commission académique du prix Itard est, dit-on, revenue sur la classification qu'elle avait adoptée pour les ouvrages envoyés au concours. Le *Compendium de médecine* serait maintenant placé *ex æquo* avec le *Traité des maladies nerveuses* de M. Sandras. Encore une petite modification dans la classification dont il s'agit, et la commission sera d'accord avec la justice et le sentiment public.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 136. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 136. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an.........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires. — HÔPITAL COCHIN (M. Maisonneuve). Revue générale du service. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). Faut-il employer les collyres irritants dans les conjonctivites consécutives à l'opération de la cataracte ? — Du traitement de la kopiopie par les lunettes. — Note sur la fièvre typhoïde. — Mort par suite de la morsure d'un serpent. — Pâte et sirop alimentaire à l'usage des enfants et des convalescents. — Académie de médecine, séance du 16 novembre. — Académie des sciences, séance du 15 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 17 NOVEMBRE 1852.

Séances des Académies.

Le rapport de M. Gérardin sur le document envoyé récemment de Pologne et relatif au choléra a fait hier les principaux frais de la séance de l'Académie de médecine. On connaît les bonnes intentions de M. Gérardin; elles se sont manifestées une fois de plus dans sa lecture; mais tout s'est borné à des intentions. M. Gérardin a conseillé à tous les gouvernements de se tenir en garde, de prendre leurs précautions pour prévenir le fléau, de lutter corps à corps avec lui, etc. Mais quelles sont ces précautions, et comment établir cette lutte? C'est ce que M. Gérardin n'a pas dit, et ce n'est point un reproche que nous lui adressons; car il n'est que trop vrai que M. Clot-Bey a toujours raison, et que nous ne connaissons rien de positif sur les causes, le mode de propagation, le traitement du terrible fléau.

Après la lecture de M. Gérardin, une discussion s'est engagée sur un travail de M. O. Henry, relatif à un principe immédiat du quinquina récemment découvert et nommé *quinoïdine*. Cette discussion a été aussitôt interrompue qu'entamée et renvoyée à une prochaine séance. L'Académie s'est aussitôt formée en comité secret, mais malheureusement pour elle pas assez secret; elle aurait grand intérêt à ce que la décision qu'elle a prise pendant la durée de ce comité pût être à tout jamais ignorée. Hélas! il n'y a plus à en douter, nos premières informations étaient exactes relativement au prix Itard. Entre un ouvrage à peine connu, qui ne sortira jamais du magasin de l'éditeur, et un ouvrage qui se trouve dans toutes les bibliothèques et dont la réputation est plus qu'européenne, l'Académie choisit le premier pour lui accorder le premier rang! Quel nuage a pu obscurcir à ce point le jugement de la commission? C'est ce que nous ne voulons pas chercher à comprendre. La publicité du fait suffit amplement pour punir la commission d'un déni de justice qui est moins flagrant encore que... qu'irréfléchi. Pour être juste envers l'Académie, il faut dire que la décision a été prise en l'absence de presque tout ce que la savante compagnie compte de médecins distingués.

— L'Académie des sciences, qui sommeillait depuis quelques séances à l'endroit des sciences médicales, a pris avant-hier une brillante revanche. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro l'appréciation des importantes communications qui lui ont été faites. — H. de Castelnau.

Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

Nous ne pouvons aujourd'hui que donner la substance du décret qui vient de réorganiser l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires. Nous publierons ultérieurement les dix-sept articles dont se compose ce décret.

Les élèves de l'École spéciale seront pris parmi les docteurs en médecine français, âgés de vingt-huit ans au plus. Le stage, à l'Ecole spéciale, sera d'un an, et les matières spécialement étudiées pendant cette année seront :

1° La clinique médicale; 2° la clinique chirurgicale; 3° l'anatomie des régions avec applications à la médecine et à la chirurgie pratiques; 4° la médecine opératoire, les appareils de bandages; 5° la pharmacie militaire d'après la formule de l'armée et de la comptabilité pharmaceutique; 6° l'hygiène et la médecine légale militaires; 7° la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Six professeurs et trois agrégés seront chargés de diriger les conférences sur ces matières; la pharmacie et la chimie seront professées par le même titulaire.

L'Ecole spéciale est placée sous l'autorité d'un directeur nommé par le chef de l'Etat. Le décret ne dit pas si ce directeur sera ou non pris dans le corps du service de santé militaire.

— Le *Moniteur* d'aujourd'hui informe les docteurs en médecine et les maîtres en pharmacie qu'il y a en ce moment 40 emplois de médecins aide-majors et 20 emplois de pharmaciens aide-majors. Nous ferons connaître dans notre prochain numéro les épreuves à subir pour être admis à l'Ecole spéciale.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Revue générale du service.

De tous les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris, il n'en est peut-être aucun qui présente en ce moment une activité comparable à celle du service de M. Maisonneuve.

Chaque lit y est occupé par une maladie grave, et chaque jour y est pour ainsi dire marqué par une des opérations importantes de la chirurgie.

I. *Cancers.*—Les cancers et les cancroïdes y occupent une place considérable; il n'est presque aucune forme de ces affections qui ne s'y rencontre en ce moment. Nous y avons remarqué trois malades affectées de cancer de l'utérus, et parmi celles-ci nous signalerons surtout la malade couchée au n° 17 de la salle Saint-Jacques, qui a récemment subi l'amputation complète de la matrice et de l'un des ovaires (1).

Trois autres malades affectées de cancer du sein ont subi l'opération par les caustiques; chez l'une, couchée au n° 7, le cancer, de nature encéphaloïde, avait envahi toute la glande mammaire et s'étendait au loin dans la peau voisine sous forme de petits tubercules tout à fait inaccessibles au bistouri. Cette affection a été attaquée avec un succès remarquable par la cautérisation au moyen de la pâte sulfurique amiantacée.

Chez la malade du n° 10, le cancer, de nature squirrheuse, occupait à la fois une partie du sein et le creux de l'aisselle; opérée déjà deux fois dans d'autres hôpitaux, la maladie semblait être au-dessus des ressources de l'art. Des cautérisations multipliées par la pâte sulfurique, le caustique au jujube et la pâte arsenicale paraissent devoir amener une guérison prochaine.

Chez celle du n° 20, l'affection cancéreuse consistait en une tumeur enkystée placée au centre de la glande mammaire. Il existait en même temps quelques ganglions engorgés dans l'aisselle. Trois cautérisations ont entièrement détruit la partie malade, et la plaie qui en résulte est en bonne voie de cicatrisation.

Au n° 15 de la salle des hommes est un malade atteint d'un encéphaloïde de forme bizarre, qui a débuté par le sommet de la tête et s'est propagé plus tard aux ganglions parotidiens. Les caustiques plusieurs fois employés ont été insuffisants. M. Maisonneuve a dû procéder à l'excision par le bistouri. Le malade est en ce moment en pleine convalescence.

Enfin au n° 19 de la salle Saint-Jacques est couchée une femme qui présente une énorme tumeur cancéreuse de la fesse et du rectum, qui nécessitera prochainement peut-être une opération des plus graves.

II. *Cancroïdes.* — Les affections cancroïdes s'y observent chez quatre malades, qui, tous, ont déjà subi l'opération.

Le premier est un vieillard couché au n° 12. Il portait à la paupière inférieure un cancroïde qui a nécessité l'excision complète de la paupière et une blépharoplastie.

Le second, couché au n° 18, présentait un cancroïde de la lèvre inférieure; il a été opéré par l'excision en demi-lune. Il touche actuellement à sa guérison.

Le troisième, couché au n° 17, était atteint d'un énorme cancroïde de la verge qui avait envahi le gland, le prépuce et les corps caverneux. L'amputation complète de l'organe a été pratiquée ces jours derniers, et déjà la plaie se cicatrise.

Au n° 5, enfin, est un malade chez lequel existait un cancroïde des plus graves qui envahissait plus de la moitié antérieure de la langue. Pour procéder à son extirpation, M. Maisonneuve a dû pratiquer une des opérations les plus graves de la chirurgie. Dans l'impossibilité où il se trouvait d'opérer l'extirpation complète du mal par l'ouverture de la bouche, il s'est vu forcé de diviser, sur la ligne médiane d'abord, les parties molles de la lèvre et du menton; puis, au moyen de la scie à chaînette, l'os maxillaire lui-même, dont les deux branches écartées laissèrent entre elles un intervalle suffisant pour arriver jusqu'à la base de la langue.

L'extirpation alors fut pratiquée avec le bistouri, et les artères furent liées à la surface de la plaie. L'hémorrhagie se trouva ainsi arrêtée sans qu'il ait été besoin d'employer la cautérisation avec le fer rouge. Les deux branches de l'os maxillaire furent ensuite rapprochées. Les parties molles de la lèvre et du menton furent réunies par la suture entortillée, et aujourd'hui, vingt et unième jour de l'opération, le malade est entièrement guéri.

(1) Cette revue n'ayant pu être insérée que plusieurs jours après qu'elle nous a été remise, la malade dont il s'agit n'existe plus; elle a succombé aux suites d'une métro-péritonite.

III. *Maladies des voies urinaires.* — Quatre malades sont atteints d'affections graves des voies urinaires. Le n° 3 et le n° 20, affectés de rétrécissements de l'urètre, sont encore en plein traitement.

Le n° 21 a été soumis aujourd'hui même, 11 novembre, à l'opération de la taille sus-pubienne, par laquelle M. Maisonneuve a extrait un calcul du poids de 68 grammes.

Le n° 10, affecté d'une fistule *urétro-recto-périnéale* des plus compliquées, a été soumis à une opération tout à fait insolite, que nous désignerons sous le nom d'urétro-plastie *recto-périnéale*. La fistule, en effet, s'étendait profondément dans le rectum, et pour la clore, M. Maisonneuve a été obligé d'emprunter un lambeau *à cet intestin*, en ayant soin de le doubler d'un autre lambeau emprunté à la fesse voisine. Cette opération, pratiquée déjà depuis vingt jours, semble promettre un résultat heureux. Aucun accident grave n'en a jusqu'à présent traversé la cure.

IV. *Affections articulaires.* — Au n° 9 est couché un homme qui a subi il y a trois semaines la rupture d'une ankylose du genou, et dont la guérison paraît assurée.

Au n° 3 de la salle Saint-Jacques est une femme qui, pour une tumeur blanche suppurée de l'articulation fémoro-tibiale, a subi il y a six semaines l'amputation de la cuisse, et qui n'attend plus que sa jambe de bois pour sortir de l'hôpital.

Au n° 5 de la même salle est une jeune fille opérée le 28 octobre de la résection du coude.

Cette opération, à laquelle nous avons assisté, nous a semblé remarquable à plusieurs égards :

1° D'abord elle a été pratiquée au moyen d'une seule incision longitudinale faite à la partie postérieure;

2° La dissection des parties molles a eu lieu sans qu'il ait été besoin de mettre à découvert le nerf cubital;

3° Enfin la section des os a été pratiquée au moyen de la scie ordinaire.

Cette opération, dans laquelle le chirurgien ne s'est servi que de deux instruments, le bistouri simple et la scie à amputation, a été exécutée *en quatre minutes,* et n'a exigé aucune ligature d'artère.

Les suites de cette opération ont été des plus simples; déjà la cicatrisation est fort avancée, et tout présage une guérison prochaine.

Il en sera probablement de cette malade comme de plusieurs autres que M. Maisonneuve a déjà présentées à l'Académie, et chez lesquelles le rétablissement des fonctions du membre était si complet qu'on pouvait à peine reconnaître de quel côté l'opération avait été pratiquée.

V. Nous signalerons, en terminant, la malade couchée au n° 9 de la salle Saint-Jacques, opérée d'une double cataracte; celle couchée au n° 16, opérée d'un vaste kyste séreux à la partie supérieure et interne de la cuisse; enfin le malade couché au n° 4 de la salle Cochin, opéré d'un rétrécissement du rectum compliqué de fistule à l'anus. Dr A. FAVROT.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Faut-il employer les collyres irritants dans les conjonctivites consécutives à l'opération de la cataracte?

Cette question se présente trop souvent dans la pratique; elle touche de trop près au sort des malades opérés de la cataracte, pour ne pas mériter un instant l'attention des hommes de l'art.

J'ai vu prescrire plusieurs fois, par divers chirurgiens dont il est inutile de citer les noms, des collyres irritants pour combattre des ophthalmies plus ou moins aiguës développées peu de jours après l'opération de la cataracte, et je n'ai malheureusement que trop bien constaté les funestes résultats de cette médication intempestive, irrationnelle, incendiaire.

D'abord, les malades, sous l'influence de l'état traumatique dont l'œil est encore le siége, supportent très mal l'action irritante du nitrate d'argent, que l'on emploie généralement de préférence en pareil cas. Le plus souvent même ce collyre détermine chez eux des douleurs véritablement atroces. Et quand l'opération vient à échouer, comme cela est de règle après une médication aussi fâcheuse, les malades, par une sorte d'instinct divinatoire, ne manquent pas d'accuser de leur malheur ces collyres prescrits à contre-temps.

Sur quoi se fondent-ils ceux qui prescrivent ces collyres irritants dans le cas particulier?

Sur l'analogie qu'ils croient trouver entre la conjonctivite spontanée et la conjonctivite d'origine traumatique qui nous occupe?

Mais cette analogie n'existe qu'en apparence.

Dans la conjonctivite spontanée, la conjonctive seule est malade; les autres membranes de l'œil sont à l'état normal;

Dans la conjonctivite consécutive à l'opération de la cataracte, l'ophthalmie externe n'est que la conséquence d'une perturbation survenue dans l'intérieur de l'œil.

Et vous voulez faire cesser l'effet sans vous attaquer à la cause?

Encore si cette médication n'avait entre autres inconvénients que celui de provoquer une douleur passagère et exempte de dangers!

Mais il n'en est pas ainsi très certainement.

Le collyre irritant donne à l'état traumatique de l'œil une sorte de coup de fouet; l'inflammation interne, qui n'attendait sans doute qu'une occasion favorable pour surgir de toutes pièces, en profite aussitôt.

Mais ce n'est pas seulement dans les cas de conjonctivite simple que certains chirurgiens prescrivent le collyre au nitrate d'argent. Je l'ai vu employer plusieurs fois dans des cas d'iritis aiguë des mieux dessinées, et cela toujours dans le dessein d'attaquer la conjonctivite concomitante ou plutôt symptomatique de cette iritis.

Mais il n'est pas nécessaire d'insister davantage.

La manière de faire que j'attaque ici n'est pas celle des esprits droits et sérieux, c'est-à-dire de la grande majorité de nos confrères; et il y a lieu d'espérer qu'elle sera bientôt abandonnée même de ses rares partisans; car, si ce que nous venons de dire parle peu en sa faveur, les faits en revanche parlent beaucoup contre elle.

Du traitement de la kopiopie par les lunettes.

On sait que le nom kopiopie (κοπος, *fatigue*, et ωψ, *œil*) a été donné à un *état de fatigue de la vue* qui ne permet pas un travail un peu assidu, une application longtemps prolongée des yeux.

Cette affection est très fréquente, très commune chez certaines classes de la société.

On l'observe, à peu près exclusivement, sur les personnes livrées, par profession, à des travaux diurnes et surtout nocturnes assez minutieux pour exiger une adaptation permanente des yeux à des distances nécessairement très rapprochées.

J'ai rencontré cette maladie un peu partout et dans diverses conditions sociales:

Chez des notaires, des avoués, des hommes de lettres; mais aussi et surtout chez des compositeurs, des horlogers, des couturières, etc.

Mais en dehors de ces influences générales résultant de la profession et qui agissent toutes d'une manière analogue, ainsi que nous l'établirons plus loin, il en est d'autres qui ont le même résultat, probablement parce que leur mode d'action est le même sur l'appareil oculaire, bien qu'elles procèdent différemment:

Je veux parler d'une perturbation profonde et prolongée du système nerveux, qui résulte soit de préoccupations très vives de l'esprit, soit de chagrins profonds et longtemps prolongés.

Enfin, la kopiopie est une imperfection visuelle que l'on trouve assez souvent encore associée à la déviation d'un ou des deux yeux, et qui disparaît assez généralement après le redressement des axes oculaires.

On sait également, on verra pourquoi et comment la kopiopie accompagne si souvent le strabisme et la myopie.

Dès le début de mes recherches ophthalmologiques, je fus frappé, en étudiant la kopiopie sous ses différents aspects, et des analogies qu'elle présentait avec les diverses formes d'affections nerveuses des yeux, et surtout des différences fondamentales qui la séparaient soit de l'amblyopie, soit de l'amaurose proprement dite.

J'exprimai cette idée dans mon *Traité clinique des maladies des yeux* publié en 1847, et ce pronostic relativement favorable a eu du moins pour avantage de rassurer le moral de quelques malades et surtout de plusieurs confrères atteints de kopiopie, ainsi qu'ils me l'ont dit plus tard en venant réclamer mes conseils.

J'avais observé, en effet, et j'ai vu surtout plus tard bon nombre de personnes atteintes de kopiopie depuis plusieurs années sans que leur affection ait fait des progrès, sans que leur vue ait éprouvé de plus profondes atteintes.

Le frère de l'une de nos illustrations médicales de province, M. T... (de Tours), est venu me consluter pour cette affection, dont il est atteint depuis plus de dix ans, sans que sa vue soit pour cela plus mauvaise qu'elle n'était au début de sa maladie.

Mais ce qui m'a tout d'abord le plus frappé parmi les caractères appartenant en propre à la kopiopie, c'est cette sorte d'intermittence même de la maladie, ce trouble de la vision qui ne survient que sous l'influence du travail des yeux, et qui disparaît aussitôt que les yeux se sont reposés, pour reparaître bientôt après et dans les mêmes circonstances.

Ce trouble momentané m'a paru avoir la plus grande analogie avec ce brouillard qui passe momentanément sur les yeux lorsqu'au spectacle, par exemple, on veut regarder la scène à l'œil nu après avoir fait pendant quelque temps usage d'un binocle.

Ce qui devait fixer également mon attention, c'était encore l'absence de toute lésion matérielle, de toutes traces d'injection vasculaire des yeux, soit avant, soit surtout après cette fatigue dont nous parlons.

Et puis il fallait encore tenir compte de l'état constitutionnel des sujets atteints de kopiopie; car la plupart sont faibles, nerveux, irritables.

Bien que la kopiopie s'offre à nous sous des formes assez variées, quoique le degré d'aptitude de l'œil à la vision soit loin d'être le même dans tous les cas, puisqu'il est des malades qui peuvent à peine lire pendant une minute sans que la fatigue des yeux apparaisse aussitôt, tandis que d'autres peuvent encore lire pendant quinze minutes, vingt minutes ou même une demi-heure, il est évident, néanmoins, que nous avons affaire, dans ces différents cas, à la même maladie, variable seulement en intensité.

Pour nous, la *kopiopie est d'origine nervoso-musculaire*. Elle a pour siége les muscles grand et petit obliques, dont l'action irrégulière, mal coordonnée, défectueuse, en un mot, est devenue inapte à maintenir le globe oculaire dans un état d'adaptation suffisamment prolongée pour la permanence et la régularité des fonctions visuelles.

M. Bonnet (de Lyon) est de tous les auteurs celui qui s'est le plus rapproché de la vérité dans ce qu'il a écrit sur la nature de la kopiopie, en ce sens qu'il reconnaît à cette affection une origine musculaire. Mais nous croyons qu'il a erré relativement à la part que prend tel ou tel muscle au développement de la maladie, ou plutôt en admettant qu'ils concourent tous à sa manifestation.

Nous croyons surtout qu'il s'est trompé en conseillant pour méthode de traitement la section musculaire.

On sait que la doctrine des sections musculaires, ou plutôt de la section du petit oblique dans la kopiopie, eut surtout pour partisan l'un des collègues de M. Bonnet à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette opération ne fût point, peu de temps après sa découverte, fort goûtée de l'un des deux internes de M. Pétrequin lui-même, car ce jeune confrère est venu me consulter à Paris pour son affection, qui l'inquiétait vivement malgré les beaux résultats que Lyon nous avait fournis dans les journaux de l'époque.

Pour guérir la kopiopie, il ne nous a pas paru nécessaire de couper l'un des muscles obliques. Nous avons cherché seulement à faire fonctionner ces organes autrement, à leur venir en aide par des exercices gymnastiques sagement dirigés.

C'est au moyen de lunettes qui modifient, comme on le sait, l'accommodation des yeux aux distances, que nous avons procédé dans la curation de la kopiopie.

L'emploi de ces lunettes est susceptible de variations selon les cas divers, l'état antérieur ou accidentel de la vision.

Nous établirons dans un travail plus étendu les règles à suivre à cet égard; qu'il nous suffise de citer seulement ici un fait assez intéressant pour fixer l'attention sur ce sujet.

M[me] Ladoux, âgée de trente-neuf ans, 52, rue Mazarine, est venue à ma consultation publique le 20 août dernier. Elle avait alors une conjonctivite aiguë des deux côtés. C'est une femme nerveuse, déjà atteinte d'hystérie à quinze ans et qui a eu pendant sa jeunesse de fréquentes attaques de migraine. Depuis deux ans et demi, il survient à chaque époque menstruelle de violentes douleurs de tête qui durent de deux à trois jours. Depuis la même époque, la malade a des douleurs de reins et des flueurs blanches tous les mois.

Il y a six mois, dit-elle, que ces douleurs de reins ont disparu.

C'est à dater de cette époque qu'il est survenu un trouble de la vue qui ne permet pas à la malade de se livrer plus d'un quart d'heure à ses travaux de corsetière.

La conjonctivite n'a qu'une épisode dans son affection oculaire.

Après avoir guéri cette conjonctivite par les moyens ordinaires, nous avons dû songer à la kopiopie, qui persistait avec les mêmes symptômes et qui commençait même par s'accompagner d'un brouillard permanent devant les yeux.

Des lunettes biconvexes n° 48 ont été prescrites par nous à cette malade, qui était plutôt myope que presbyte, et nonobstant cela la vue est revenue immédiatement très nette et très distincte. La kopiopie a disparu immédiatement, car la malade a pu se livrer pendant huit à dix heures par jour à ses travaux de couture.

Nous avons suivi attentivement cette malade, et dès l'instant où les objets lui ont paru avec ses lunettes plus gros qu'ils ne sont en réalité, dès l'instant où il est apparu dans l'orbite et dans les yeux un sentiment de tension douloureuse, nous avons compris que ces verres, grâce aux changements survenus, étaient devenus trop forts pour elle.

Nous avons changé les verres biconvexes n° 48 contre des verres également biconvexes n° 60, tout en regrettant, pour éviter un changement trop brusque, que l'opticien n'eût pas du n° 56, qui ménage beaucoup mieux la transition.

Quoi qu'il en soit, avec ces verres biconvexes n° 60, qui ne grossissent pas les objets, qui ne provoquent aucune espèce de tiraillement dans l'orbite, la malade se livre assidûment et toute la journée aux travaux de son état.

Le brouillard qui existait avant le traitement est très faible aujourd'hui, même lorsque la malade quitte momentanément ses lunettes; la vue gagne tous les jours, et la malade, que je revois aujourd'hui 1[er] novembre, est dans le meilleur état possible.

Elle n'est même revenue me voir que pour m'amener son mari atteint d'une double iritis.

Maladie qui fut soignée bien à tort d'après la même méthode que nous attaquons plus haut, par un collyre au nitrate d'argent.

Ce traitement de la kopiopie, que je ne fais qu'indiquer ici à propos d'un cas particulier, demande un assez grand soin, car il gît tout entier dans un exercice sagement dirigé des yeux et dans l'emploi successif des verres différents en force, en intensité.

NOTE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. le docteur Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze.

Pour beaucoup de médecins, et depuis fort longtemps je me suis rangé à leur avis, les mots fièvre typhoïde, entérite folliculeuse, iléo-diclydite, typhoémie, etc., etc., sont des synonymes applicables à un même état morbide.

Dans les localités où j'ai eu occasion de l'observer depuis vingt-cinq ans, la fièvre typhoïde, toujours endémique au milieu des émanations paludéennes, souvent épidémique sous l'influence mystérieuse des vents qui transportent ces mêmes émanations à des distances incroyables, n'est autre chose qu'un empoisonnement du système nerveux ganglionaire par les effluves paludéens. Empoisonnement, dont les muqueuses nasale, buccale, bronco-pulmonaire sont la voie de transmission.

§ I. — *Cet état morbide est-il transmissible?*

Toutes les fois qu'il est question de l'étiologie des maladies populaires en général, et de la fièvre typhoïde en particulier, il n'est plus permis, dans l'état actuel de la science, de s'arrêter à la stérile énumération des causes rapportées au hasard et servilement copiées par les nosologistes les uns sur les autres; il est indispensable de se livrer à de sérieuses considérations de topographie médicale, afin de signaler l'existence des foyers d'où émanent les effluves, de montrer ces mêmes effluves dans leur action toute spéciale et déterminée par l'état des lieux, par les conditions atmosphériques, par l'influence industrielle qui la modifie, et enfin de faire une excursion dans le domaine de la pathogénie comparée.

Voici, en peu de mots, ce que je crois être la vérité sur ce point.

a. Le pays que j'habite est situé à deux cents et quelques mètres au-dessus du niveau de la mer; le vent d'ouest y domine pendant les trois quarts de l'année; le vent du sud y est froid et toujours chargé d'humidité; la température, qui en est fort variable, humide et brumeuse, tourmente étrangement les corps hygrométriques; le sol, qui commence à se déboiser, en est marécageux et repose sur des marnes irisées singulièrement propres, par leur imperméabilité, à favoriser l'évaporation des eaux stagnantes. De plus, il est couvert de nombreux et vastes étangs.

Le plus considérable de ces réservoirs d'eau et de poisson a une surface de 671 hectares, une profondeur moyenne de 3 mètres, et peut contenir au moins 20 millions de mètres cubes d'eau. On exploite par périodes triennales ces sortes de lacs temporaires, en les maintenant pleins d'eau et de poisson pendant deux ans; puis, après les avoir vidés à la fin de l'automne de la seconde année, en les livrant à l'agriculture dès le printemps de la troisième.

Nous avons des fièvres intermittentes dans le cours de la première année d'exploitation; des fièvres typhoïdes dans le cours de la seconde année, et des affections charbonneuses dans le cours de la troisième. Ces divers états pathologiques se succèdent ainsi sans interruption (1).

Ici se place tout naturellement un fait bien digne de remarque et qui peut servir de contre-épreuve à nos observations faites pendant vingt-cinq ans.

En 1849 et en 1852, le propriétaire du plus vaste de nos étangs ayant cru, pour des raisons que je n'ai pas à examiner ici, devoir modifier le mode d'exploitation dont il vient d'être parlé, et maintenir dans son étang une couche d'eau assez peu profonde, au lieu de le laisser à sec en totalité, après l'avoir vidé en automne, nous vîmes les affections charbonneuses manquer et faire place à une large épidémie de fièvres intermittentes (2).

Nous attribuons nos fièvres intermittentes vernales et automnales aux effluves plus rares, mal élaborés pendant la première année de l'exploitation, le sol de l'étang ayant été débarrassé de débris animaux et végétaux par la culture de l'année précédente (période charbonneuse); nos fièvres typhoïdes endémiques, aux détritus végétaux et animaux qui ont eu le temps de s'accumuler couche par couche, et de mûrir pendant deux ans au soleil sur les bords de l'étang; et par bords où s'entassent les végétaux de toutes sortes, les myriades d'insectes, les poissons morts qui pourrissent et d'où émanent les effluves, il faut entendre des surfaces marécageuses de plus de cent hectares. Nos affections charbonneuses se montrent toujours dans le cours de l'été de la troisième année, surtout s'il est un peu chaud et sec, alors que le sol de l'étang, livré à l'agriculture, a été déchiré par le soc de la charrue.

Voilà donc les mêmes effluves sortis des mêmes sources, pouvant donner lieu par leur absorption à la fièvre intermittente, à la fièvre typhoïde ou aux maladies charbonneuses, suivant qu'ils auront acquis plus d'intensité par l'accumulation de détritus putrides, par la fomentation plus longue de ceux-ci sous l'influence de la lumière, de la chaleur humide, de l'électricité, enfin par leur concentration en l'absence de l'humidité.

b. Quels sont les effets de ces effluves sur l'homme et sur les animaux?

I. L'homme seul, doué d'un système nerveux cérébro-spinal considérable, qui tient sous sa dépendance les nerfs ganglionaires, est apte à contracter la fièvre intermittente. Les animaux, par un motif opposé, n'y sont pas sujets. Hurtrel-d'Arboval, qui rapporte quatre exemples fort douteux de fièvre intermittente chez le cheval, n'y croit pas; et, pour les médecins vétérinaires de nos jours, cette pyrexie est encore un mythe.

II. Mes recherches et ma propre expérience m'ont démontré l'existence de la fièvre typhoïde chez le cheval, que le charbon, d'ailleurs, n'épargne pas. Mais la fièvre typhoïde a besoin de causes multiples pour se produire chez les solipèdes, dont le système nerveux cérébro-spinal est sous l'entière pression du trisplanchnique; elle appelle ordinairement à son aide le concours de trois moyens principaux; savoir:

1° L'humidité d'une année pluvieuse qui apporte des modifications puissantes au jeu latent de l'économie;

2° Les productions agricoles de mauvaise nature, les fourrages vasés, avariés de mille manières;

3° Enfin les exhalaisons fournies par les terrains gras, par les marais, les étangs, les défrichements de forêts définitivement favorisés par la température d'un été brûlant.

---

(1) *Mémoire sur les fièvres typhoïdes périodiquement développées par les émanations de l'étang de l'Indre basse;* par L.-A. Ancelon. Nancy, 1847; in-8°. Chez Grimblot; à Paris, chez Germer Baillière.

(2) Voir la note que nous avons adressée à l'Académie des sciences, séance du 29 juillet 1850.

III. Les grands ruminants, dont le système nerveux ganglionaire plus actif que celui du cheval asservit d'une manière plus étroite l'appareil cérébro-spinal, ne contractent ni la fièvre intermittente, ni l'affection typhoïde. Il existe chez eux une prédisposition telle aux maladies septiques et charbonneuses, qu'elle se manifeste dans les circonstances les plus ordinaires. Rien de plus commun que de voir un bœuf surmené communiquer à l'homme une maladie charbonneuse dont rien ne semble indiquer qu'il soit lui-même infecté. Et, chose étrange! la chair du bœuf charbonneux, soumise à la cuisson et introduite dans le tube digestif de l'homme, n'est ordinairement cause d'aucun accident. Les grands ruminants, soumis à l'influence du miasme paludéen le plus énergique, succombent en peu de temps à une maladie septique qui a reçu ici le nom de *sang de rate*.

Je me résume, et je dis : l'effluve marécageux, selon qu'il sera élevé à la première, à la deuxième, à la troisième puissance, provoquera dans l'homme la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde ou les maladies charbonneuses.

Les effluves assez énergiques pour communiquer à l'homme la fièvre intermittente pernicieuse ou la dothinentérie et au cheval la fièvre typhoïde, donnent naissance, dans la race bovine, au *sang de rate*, qui tue les animaux en peu d'heures;

Et j'ajoute qu'il faut tenir compte des influences locales et des organisations variées, modifiées par ces mêmes effluves, quand on veut se livrer à l'examen des causes productrices de la fièvre typhoïde.

Enfin, pour répondre à la question de transmissibilité de la fièvre typhoïde, il suffit de dire qu'elle n'est pas plus contagieuse que les pyrexies intermittentes, en tant que produite par l'*effluve* des marais, qu'il faut bien distinguer du *miasme* provenant des animaux; qu'elle devient contagieuse seulement lorsqu'elle est modifiée dans son essence par le miasme animal: c'est ce que l'on remarque surtout dans le typhus nosocomial, dans le typhus des camps, et dans toutes les épidémies de ce genre qui frappent les grandes réunions d'hommes tombés dans le découragement et dénués de toutes ressources.

§ II. *Quel est le meilleur traitement de la fièvre typhoïde?*

Le rapide coup d'œil que je viens de jeter sur l'étiologie de la fièvre typhoïde peut déjà donner une idée de notre manière de voir sur la nature de cette affection. Bien loin de la considérer comme une phlegmasie, nous admettons ici qu'elle est partout et toujours le résultat d'un empoisonnement hypostênisant.

Je ferai observer que je me garde bien de confondre, dans notre pays, certaines formes intercurrentes d'entérites et de gastro-entérites franchement inflammatoires, à début fort brusque et cédant bien aux antiphlogistiques de toute sorte, avec la fièvre typhoïde qui *a toujours deux périodes bien distinctes* et d'une haute importance thérapeutique. Ces phlegmasies gastro-intestinales ont toujours une marche franche et régulière; rien n'y laisse soupçonner l'introduction dans l'économie d'un ferment septique; tandis qu'au contraire, dans la dothinentérie la plus simple, l'état de la peau, des gencives et des sécrétions en général révèle à l'observateur les ravages d'un agent septique venu du dehors.

La première période de la fièvre typhoïde, dite d'incubation, qui dure six, huit, dix, douze, quinze jours, est caractérisée par une céphalalgie sus-orbitaire fatigante, par des rêves effrayants durant le sommeil, par des épistaxis toujours ruineux, par la décoloration de la peau et la teinte jaunepaille de la sclérotique, par une diarrhée légère et un brisement des membres, sans mouvement fébrile appréciable; la seconde période, celle d'invasion, débute le plus souvent pendant la nuit, par des accidents semblables à ceux d'une indigestion grave, etc., avec fièvre rémittente, à type quotidien ou tierce, dont les paroxysmes finissent, en peu de jours, par devenir subintrants. Ces deux périodes bien distinctes et qui, suivant moi, suffiraient à elles seules pour caractériser la fièvre typhoïde, sont ordinairement séparées l'une de l'autre par vingt-quatre ou trente-six heures d'un bien-être trompeur.

Dans le cours de ce que j'appelle la première période, la dothinentérie est toujours curable; il n'en est plus de même dans la seconde période, alors que le poison a porté une atteinte profonde au système nerveux vecteur de la vie végétative. C'est aussi dans ce dernier cas que la maladie se montre protéiforme : c'est-à-dire que l'on rencontre des congestions cérébrales, pulmonaires ou abdominales, suivant les hauteurs auxquelles le trisplanchnique est le plus affecté.

Ce que j'ai dit des causes de la fièvre typhoïde en indique la prophylaxie; c'est une affaire d'hygiène publique et de police sanitaire.

Quatre méthodes curatives principales se partagent encore le monde des praticiens: méthode expectante (des vitalistes), méthode antiphlogistique (des localisateurs), méthode tonique (des néo-physiologistes), méthode évacuante (des humoristes).

a. L'expectation, toujours malheureuse au milieu de nos marais, a définitivement été abandonnée.

b. Dans la période dite d'invasion, la saignée, combinée à la méthode évacuante (eau de Sedlitz) modérée, enraye fort souvent la maladie chez les sujets sanguins, pléthoriques. Elle est toujours funeste dans la seconde période. Quand on juge à propos d'y recourir, on doit la faire peu copieuse et donner dès le lendemain une bouteille d'eau de Sedlitz.

Les évacuations sanguines locales, faites vis-à-vis l'angle iléo-cæcal lorsqu'il y a de la sensibilité, ont parfois encore été utiles dans le premier septenaire après l'invasion, et tant que la diarrhée n'est point déclarée. Mais on se tromperait beaucoup si l'on prenait toujours pour un signe d'inflammation iléo-cæcale la sensibilité rencontrée au palper; *cette sensibilité réside le plus souvent dans la couche musculaire de la paroi abdominale*, comme dans tous les autres muscles doués, *pendant la typhohémie, d'une contractilité excessive*.

Les boissons émollientes, généralement mal supportées, sont presque toujours vomies.

c. Les toniques seuls me paraissent devoir être dirigés contre les phénomènes de la fièvre typhoïde à toutes les périodes, et ils réussissent d'autant mieux que l'on est appelé à une époque où l'état rémittent est plus prononcé. J'emploie de préférence l'extrait de quinquina rouge associé au sulfate de quinine, à du musc et à du castoréum (accidents épileptiformes), à de l'opium à haute dose (délire nerveux), suivant les besoins. Pour boisson habituelle, je donne de l'eau de Seltz naturelle; et, sous l'influence de ces moyens, je vois toujours les fuliginosités disparaître, la langue se nettoyer, quelle que doive être l'issue de la maladie.

Mais, je dois le dire bien haut, point de succès possible si l'on ne s'occupe de nourrir les malades de très bonne heure; sans cette précaution essentielle, l'empoisonnement du malade continue, ainsi que l'on peut s'en assurer en notant avec soin les accidents septiques, à mesure qu'ils paraissent.

d. De la méthode évacuante, je prends l'eau de Sedlitz, quand j'ai affaire à des malades encore dans la première période. C'est un des meilleurs abortifs.

Le calomélas est encore fort avantageux quand il s'agit de modifier les accidents cérébraux; je le préfère de beaucoup aux vésicatoires, dont la douleur est parfois intolérable, et dont les surfaces ont une grande tendance à la gangrène.

Je dois faire encore mention de l'éthiops minéral, récemment préconisé par M. Serres; il m'a procuré 19 guérisons sur 20 malades. Mais ne nous hâtons pas de conclure, car il faut bien se rappeler que quelquefois on tombe sur une série de malades qui eussent bien guéri par les autres méthodes.

Ce que peuvent les moyens hydrothérapiques dirigés contre un des éléments les plus constants de la fièvre typhoïde, la chaleur, je ne le sais; j'attends, dans une prudente réserve, le résultat des expériences tentées dans quelques hôpitaux.

MORT PAR SUITE DE LA MORSURE D'UN SERPENT;

Par le docteur BURDER, chirurgien de l'hôpital d'University Collège.

(Traduit par le Dr GENT, médecin de l'hôpital de Meulan.)

Edouard-Horatio Gurling, âgé de trente et un ans, fut apporté à l'hôpital d'University Collège le 20 octobre 1852 au matin. Il était employé comme gardien des reptiles au jardin de la Société zoologique de Regent's Park. Remplissant cet emploi depuis plus d'un an, il savait très bien toute la prudence et les soins qu'il nécessitait.

Généralement, il était sobre et d'une bonne conduite; mais depuis quelque temps il s'était enivré plusieurs fois. La nuit avant son admission à l'hôpital il avait bu beaucoup; et lorsqu'il s'était rendu à son poste le matin, on avait remarqué qu'il était ivre.

A huit heures environ, pendant qu'il était occupé à la maison des reptiles, il commença à commettre les plus grandes imprudences avec les serpents venimeux.

Après avoir sorti un cobra africain de sa cage et l'avoir fait tourner autour de sa tête, il le remit à sa place sans accident, et prit ensuite un cobra indien. Il joua avec impunément pendant quelque temps, le faisant ramper autour de son corps, dessous son gilet. Mais bientôt, pendant qu'il tenait le serpent devant sa figure, l'animal fit un bond et le mordit à la partie supérieure du nez. Ceci arrivait à huit heures dix minutes environ du matin.

Pendant environ vingt minutes après la blessure, cet homme ne présenta aucun symptôme remarquable; seulement un peu d'agitation et de frayeur de ce qui lui était arrivé, et pendant tout ce temps il put marcher et parler sans difficulté.

Au bout de vingt minutes, il commença à chanceler en marchant et cessa de parler intelligiblement. En même temps on remarqua des mouvements de la bouche et des membres en apparence convulsifs. Il ne se plaignit d'aucune douleur ni d'aucune sensation particulière. On le porta aussi vite que possible à l'hôpital, et pendant le trajet il empira rapidement. Jusqu'à son admission, il n'avait subi aucun traitement.

Il fut apporté à l'hôpital à huit heures quarante-cinq minutes, et MM. Burder et Gamyee le virent immédiatement. Alors il lui était impossible de parler, et il avait à peine conscience de ce qui se passait. Il gémissait, saisissait sa gorge avec une certaine vivacité, jetait sa tête de côté et d'autre, agitait ses bras et ses jambes, mais non pas convulsivement.

A la question qu'on lui fit s'il ressentait quelque douleur, il ne répondit rien, ni ne donna aucun signe d'intelligence, si ce n'est de porter ses doigts à sa gorge. Mais comme il avait déjà fait ce mouvement spontanément, on n'avait aucune preuve certaine qu'il avait entendu et compris la question. Il lui était impossible de se maintenir assis. Sa figure, en général, était légèrement livide; les yeux fixes, les pupilles dilatées, se contractant lentement à la lumière. La peau naturelle par sa température et sa moiteur. Pouls à 120, régulier, mais inégal; chaque battement cependant assez plein et assez fort.

A la partie supérieure du nez on voyait un certain nombre de piqûres, quelques-unes ayant donné issue à une petite quantité de sang. Les paupières de l'œil droit, surtout la supérieure, sont enflées et livides; la lividité s'étend au côté droit du nez. Les paupières de l'œil gauche n'offrent rien de semblable. La langue ne paraît pas enflée.

Ces observations avaient été faites rapidement, pendant que le malade était sur un lit dans la salle d'attente. On le transporta immédiatement dans une salle où il fut déshabillé et couché. Pendant ce court intervalle de temps, qui certainement n'avait pas duré cinq minutes, les symptômes s'aggravèrent sensiblement. La première observation exacte de la respiration fut faite juste avant de le mettre sur le lit. Elle était de 20 à la minute, basse, sans stertor et sans aucun bruit laryngé ou trachéal. A ce moment les mouvements des membres avaient entièrement cessé. La lividité de la face avait augmenté; le corps était généralement recouvert de transpiration; le pouls continuait passablement bon.

Comme il était évident que cet homme se mourait par le manque de respiration, on fit, sans délai, les préparatifs pour faire usage de la respiration artificielle. Une minute après qu'il fut au lit (c'est-à-dire à neuf heures moins dix minutes) l'appareil était prêt. A ce moment la respiration avait cessé, et si ce n'était la présence du pouls, on aurait pu dire qu'il était mort. A ce moment (après que la respiration naturelle eut cessé et avant que la respiration artificielle eût été employée), le pouls était à 32, très irrégulier et inégal, quelques-uns des battements étant très pleins et forts.

C'est alors qu'on fit fonctionner le soufflet pour la respiration artificielle, le bout étant introduit dans la narine, le pharynx oblitéré par une pression sur le larynx; l'expiration étant faite par la pression de la poitrine et de l'abdomen.

Après deux minutes exactes de respiration artificielle, le pouls s'était élevé à 70, et moins irrégulier. Quelques instants après, ayant interrompu pour un moment la respiration artificielle pour quelques préparatifs pour l'application du galvanisme, le pouls redescendit à 50, pour remonter rapidement à 70 en reprenant la respiration artificielle.

Un courant galvanique passant derrière le cou à l'abdomen ne produisit aucun effet sensible. Cependant on le continua pendant presque tout le temps que la respiration artificielle fut employée. Celle-ci fut continuée pendant environ cinquante minutes, à l'exception de deux interruptions de très courte durée. Le pouls, pendant tout ce temps, resta assez fort, mais toujours irrégulier et inégal; une fois à 104, une autrefois à 72.

Jamais la respiration naturelle ne parut reprendre, et cependant il y eut un mouvement spasmodique ou, pour mieux dire, une contraction clonique des muscles sterno-mastoïdiens parfaitement appréciable à la main; cette contraction se fit sentir jusqu'à un quart d'heure avant la cessation du pouls. A neuf heures quarante minutes le pouls cessa de battre au poignet, et l'oreille appliquée sur la poitrine ne perçut aucun bruit; tout espoir étant perdu, on abandonna l'usage des remèdes.

La peau, pendant les cinquante minutes que l'on fit usage de la respiration artificielle, continua à être moite et chaude; vers la fin, elle se refroidit; la lividité de la face continua pendant tout ce temps, et on ne remarqua aucune décoloration des autres parties du corps. Il n'y eut aucun gonflement, excepté celui que nous avons déjà indiqué.

Pendant tout le temps qu'il resta à l'hôpital, il n'y eut ni vomissement ni aucune évacuation des intestins ou de la vessie; il n'y avait aucun signe qu'il en eût été autrement avant son admission.

Après la mort, les plaies du nez, examinées soigneusement, présentaient les caractères suivants :

Immédiatement au-dessus du milieu de cet organe, de chaque côté du centre, on voyait une rangée horizontale de petites piqûres : quatre du côté gauche, les trois plus près du centre n'étant que de très légères égratignures; sur le côté droit, deux plus larges que celles du côté gauche; un demi-pouce au-dessus, on voyait une autre rangée de piqûres tant soit peu plus grandes, du côté gauche deux, du côté droit une; celle-ci encore la plus grande; un quart de pouce plus haut encore, sur le côté droit du nez, on voyait la plaie la plus grande de toutes : elle était transversale, comme toutes celles qui avaient une dimension appréciable, longue d'environ une ligne et paraissant pénétrer dans toute l'épaisseur de la peau. Cette plaie laissait échapper un peu de sang; les autres présentaient une petite croûte.

A onze heures trente minutes, un liquide sanguin s'écoulait par la plus grande plaie; point de roideur cadavérique.

A midi quinze minutes, on remarqua une plaque d'un bleu pâle à la partie inférieure de la poitrine du côté gauche, de forme irrégulière, d'environ quatre pouces de diamètre; le liquide sanguinolent s'écoule toujours par la plaie du nez.

A deux heures, cet écoulement continue; la coloration bleuâtre ne s'est pas étendue à la partie antérieure du corps; la partie postérieure n'a pas été examinée; la rigidité cadavérique est bien marquée pour les membres inférieurs, à peine sensible pour les membres supérieurs.

Autopsie trente heures après la mort.

Le liquide sanguin a continué à s'écouler par la plaie du nez; une quantité considérable de sang mousseux s'est écoulé par la bouche et les narines.

La face, le cou, la partie supérieure de la poitrine et en général toutes les parties déclives présentent une coloration livide; les parties de la peau soumises à une pression sont pâles; il n'y a aucun gonflement, excepté celui des paupières de l'œil droit, encore est-il moins prononcé que pendant la vie. La roideur cadavérique est la même que celle déjà indiquée.

En disséquant la peau du nez, on voit que les trois piqûres les plus élevées du côté droit ont pénétré jusque dans le tissu cellulaire, qui est infiltré de sang noir. Immédiatement à côté de ces plaies, on voit une petite veine; mais il a été impossible de vérifier si elle avait été piquée.

Cerveau et moelle épinière. — Ces organes ne présentent pour ainsi dire rien d'anormal. Il y a une très légère congestion des centres nerveux et de leurs enveloppes; les ventricules latéraux du cerveau sont remplis d'un liquide transparent. La moelle épinière est un peu plus molle que d'ha-

bitude à sa partie inférieure; la partie supérieure est de consistance naturelle.

Poumons. — Les poumons, examinés en place, paraissent moins affaissés que d'habitude; après les avoir enlevés, la partie antérieure paraît saine, mais la partie postérieure est remplie de sang; sa section est noire et laisse échapper une grande quantité de liquide noir mêlé d'air; les bronches petites et grandes, dans toute l'étendue des poumons, sont remplies d'un liquide noir et écumeux; la membrane muqueuse est généralement teinte en noir.

Larynx et trachée. — Ces organes n'ont rien d'anormal, si ce n'est une coloration foncée de la trachée près de son extrémité inférieure; aucune obstruction mécanique nulle part.

Cœur sain dans toute son étendue; les cavités gauches sont contractées et vides; les droites sont remplies de sang noir, liquide, au milieu duquel est un petit caillot mou.

Point de caillots dans les gros vaisseaux.

Canal alimentaire. — Point de gonflement de la langue; l'œsophage sain, l'estomac présentant des plaques pâles alternant avec des plaques rouges; ces dernières sont formées par l'agglomération de petits points rouges.

Intestins normaux.

Le foie, de couleur noire extérieurement, plus foncée que d'habitude intérieurement, est du reste sain.

La rate est énormément congestionnée, de couleur très foncée extérieurement, presque noire intérieurement. Sa substance, très molle, laisse échapper un sang noir abondant.

Les reins sont également noirs à l'intérieur et à l'extérieur; ils contiennent aussi un sang très noir; du reste, sains.

Pendant la dissection, on a remarqué que le corps exhalait une odeur aigre particulière. Deux heures après la mort de l'homme, on fit l'expérience suivante: une souris fut inoculée avec du sang qui s'écoulait de la blessure; l'animal n'en ressentit aucun effet.

Avant de terminer cette observation, M. Burder fait remarquer qu'il a transcrit ces notes immédiatement après la mort de l'homme, et qu'il les a comparées avec celles de son collègue. Des détails relatifs à l'état de cet homme avant son entrée à l'hopital ont été fournis par des personnes employées au Jardin zoologique.

Le cobra di capello est la vipère à lunette (*naja vulgaris* de M. Duméril, *coluber naja* de Linnée). Il n'est pas de serpent dont la morsure soit plus terrible que celle du cobra, et cependant il y a dans l'Indoustan une certaine classe de jongleurs qui, au moyen d'un petit flageolet, ont le talent de les charmer.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 novembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Manouvrier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans la commune d'Hérin (Nord);

2° Echantillon d'un remède contre l'hydrophobie;

3° Nouveau modèle de busc;

4° Nouveau modèle de corsets plastiques.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Buste de Haller.

M. le docteur Maccartan fait hommage de ce buste à l'Académie.

Rétrécissement de l'urètre.

M. Syms (d'Edimbourg) adresse une réclamation relative au rapport du prix d'Argenteuil, qui, dit M. Syms, a exposé d'une manière inexacte sa méthode pour le traitement des rétrécissements de l'urètre. C'est par suite de cette erreur que la commission en aurait mal apprécié les avantages.

Cédron.

M. Lélut, médecin de la Salpêtrière, adresse une note sur le résultat de quelques expériences sur le traitement des fièvres intermittentes par le cédron. Ce résultat est à peu près complètement négatif jusqu'à présent. M. Lélut fait toutefois observer que ces expériences ne sont pas assez nombreuses pour conclure définitivement.

— M. Rabot, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, adresse une note sur l'histoire naturelle du cédron.

Cataracte.

M. le docteur Boulland (de Limoges) adresse un mémoire étendu sur la stomatite mercurielle employée comme traitement prophylactique des accidents qui se développent à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement. Ce mémoire est accompagné de cinq observations d'opérations par abaissement terminées par la guérison.

Huile de foie de morue.

M. Berthé, pharmacien à Paris, adresse un second mémoire sur les huiles de foie de morue. Ce mémoire est destiné à la démonstration des trois propositions suivantes:

1° Les huiles de foie de morue contiennent de la glycérine et ont une constitution chimique analogue à celle de toutes les autres huiles;

2° Que toutes les huiles pures contiennent du phosphore;

3° Que toutes celles qui sont dans le commerce sont fraudées.

Syphilis.

M. le docteur Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, adresse un mémoire étendu sur des pilules hydrargiro-ferrées pour guérir la syphilis et prévenir les accidents mercuriels.

RAPPORTS.

Choléra.

M. Gérardin lit une analyse du rapport envoyé à l'Académie dans une des dernières séances sur le choléra en Pologne. Cette analyse ne signale comme point saillant que l'inefficacité de tous les médicaments employés pour combattre la maladie.

Quinquina.

M. O. Henri lit une note intitulée: *Quelques mots sur la quinine, la quinidine et les quinquinas.* A la suite de cette lecture, il s'élève une discussion que l'Académie renvoie à la prochaine séance. Elle se forme ensuite en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 novembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique.

M. Lebert lit un mémoire sur les kystes dermoïdes et sur l'hétérotopie plastique.

Les kystes dermoïdes constituent des tumeurs dont la paroi interne offre une organisation tégumentaire pouvant montrer de l'épiderme, du derme, des glandes sébacées, même sudoripares, des poils implantés, du tissu adipeux sous-cutané, de la graisse sébacée, des os et des dents. Ces kystes, que l'on a souvent pris pour les produits d'une conception anormale, se forment en vertu d'une loi pathogénique particulière que j'appelle *hétérotopie plastique.* D'après cette loi, beaucoup de tissus simples ou composés, des organes complexes même peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps où à l'état normal on ne les rencontre point. Cette loi s'applique à l'épiderme, au pigment, aux tissus adipeux, fibreux, fibro-plastique, musculaire organique et du mouvement volontaire, cartilagineux et osseux, et, parmi des organes plus complexes, aux poils, aux glandes et aux dents.

Le travail actuel est le fruit de l'analyse de 188 observations, dont 59 se rapportent à des kystes dermatoïdes non ovariens et 129 à des kystes placés dans l'ovaire. Les kystes de la première catégorie se rencontrent sous la peau, dans les méninges, dans les bourses et dans des parties profondes viscérales.

Outre l'organisation tégumentaire de la paroi, on ne trouve généralement dans les kystes de cette catégorie, lorsqu'ils sont superficiels, que des poils et de la graisse; dans les kystes scrotaux, en outre, du cartilage et des os, et dans les kystes viscéraux des os et des dents.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont deux fois plus fréquents dans l'ovaire droit que dans le gauche; on les rencontre quelquefois dans les deux ovaires; on les voit souvent coexister avec d'autres altérations kysteuses de ces glandes. Leur volume n'atteint de très grandes dimensions que lorsqu'au produit de leur sécrétion ordinaire vient se joindre une exsudation inflammatoire ou hydropique. Leur enveloppe subit souvent une calcification ossiforme; des projections cutanées munies de poils, de glandes et même de fragments d'os se rencontrent fréquemment à la face interne et peuvent se détacher pour prendre ainsi l'aspect de corps libres.

J'y ai vu distinctement des papilles; les glandes sébacées y sont faciles à constater; les glandes sudoripares y sont rares; il en est de même de formations cornées ressemblant à des ongles. Dans la moitié environ du nombre total des kystes dermoïdes, les os et les dents manquent. Les poils sont libres ou implantés; leur chute se fait par atrophie du bulbe; on les voit quelquefois d'une finesse tout à fait microscopique; ils peuvent atteindre jusqu'à un mètre de longueur; leur couleur varie dans la même tumeur, quelquefois dans le même poil; aussi est-elle souvent différente de celle des cheveux de l'individu. La graisse offre tous les caractères du sébum; les globes pili-graisseux sont quelquefois multiples.

Le nombre des kystes dermoïdes ovariens pili-osseux ou pilidentaires a été de 82, dont 19 ne renfermaient que des os ordinairement incrustés dans les parois qui leur servaient pour ainsi dire de périoste formatif. Les dents étaient tantôt implantées dans les os, tantôt dans des corpuscules situés simplement dans la membrane d'enveloppe des kystes; tantôt, enfin, elles étaient libres; il y en avait à tous les degrés de développement, même plusieurs fois elles étaient cariées.

Dans 46 cas, le nombre des dents a été déterminé et ne dépassait point dans les trois quarts des cas celui de 4 et dans les huit neuvièmes il n'excédait pas le chiffre de 6 dents. Dans 3 autres cas, il dépassait au contraire de beaucoup le chiffre normal, étant une fois de 44, une fois de 100 et une fois de plus de 300. Rien de fixe ni dans l'ordre ni dans la qualité de ces dents.

Les caractères cliniques de ces tumeurs sont basés sur l'analyse de 43 observations. La maladie reste souvent latente; les premières manifestations cliniques sont des douleurs et l'apparition d'une tumeur dans l'un des flancs, plus souvent dans le droit; l'engorgement s'accroît, un écoulement puriforme survient, les fonctions menstruelles se troublent.

Les épanchements séreux ou séro-purulents dans l'intérieur de ces tumeurs deviennent la source des principaux accidents, et à la ponction on voit quelquefois sortir des poils avec le liquide. Cette hydropisie a existé dans un cinquième des cas. Les accidents du côté des voies urinaires ont existé dans un septième des faits: dysurie, rétention d'urines, accidents inflammatoires de la vessie; sortie de poils, de graisse et même de fragments d'os avec les urines. La pili-miction chez la femme est ordinairement consécutive à la communication anormale d'un kyste dermoïde avec la vessie. Nous avons réuni cinq faits dans lesquels le kyste s'est vidé par les parois abdominales, et a entraîné une suppuration prolongée suivie de dépérissement; dans deux cas, une rupture subite dans le péritoine a entraîné une mort prompte; plusieurs fois enfin ces kystes ont été expulsés par le rectum. Merriman et Baudelocque les ont signalés comme cause de dystocie. 7 femmes sur 43 ont succombé par leur fait au moment des couches.

La marche de ces affections est lente, et même, dans les cas où des accidents sérieux sont survenus, la durée varia entre trois et sept ans, et, dans quatre cas, entre dix-sept et vingt-cinq ans. Le plus souvent la maladie se développe à l'époque de la puberté, ou chez de jeunes femmes; mais il existe dans la science six cas bien avérés dans lesquels tous les signes physiques de la virginité coexistaient avec la présence de ces kystes.

Lorsqu'on tient compte de tous les faits anatomiques, physiologiques et cliniques constatés par l'étude et la comparaison de toutes ces observations, on arrive à la conviction que ni l'inclusion fœtale, ni une grossesse anormale ne sauraient rendre compte de leur mode de production, mais qu'il s'agit d'une formation spontanée qui rentre tout à fait dans le cadre des faits qui m'ont engagé à formuler la loi de l'hétéropie plastique.

Nouvelle méthode curative externe pour les rhumatismes.

M. Poggioli lit un mémoire sur une nouvelle méthode curative externe pour les rhumatismes.

L'auteur propose le topique suivant:

Un sel de morphine (hydrochlorate);
Eau distillée;
Extrait de belladone ou atropine;
Onguent populéum;
Axonge macérée dans feuilles de datura stramonium.

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise. (Commissaires: MM. Andral, Velpeau et Serres.)

Ablation de loupes volumineuses à l'aide de la cautérisation linéaire.

M. A. Legrand transmet à l'Académie une observation rédigée par deux médecins de Fribourg (Suisse), relative à un cas d'ablation de deux loupes très volumineuses pratiquée avec succès à l'aide de la méthode de la cautérisation linéaire, remplaçant l'action du bistouri.

Polygénèses monovariennes.

M. Lesauvage (de Caen) communique des recherches sur les polygénèses monovariennes.

Des réflexions exposées dans ce travail, il résulterait, d'après l'auteur:

1° Qu'il existe à l'ovaire des ovules monembryonnaires et des ovules polyembryonnaires;

2° Que la fécondation n'a aucune influence sur la détermination de la sexualité;

3° Qu'avant la fécondation il existe dans l'ovaire des ovules mâles et des ovules femelles;

4° Enfin que, dans les ovules polyembryonnaires, et quel que soit le nombre des conjoints, l'unisexualité est constante.

Composition chimique de la sueur de l'homme.

M. Favre communique des recherches sur la composition chimique de la sueur chez l'homme.

La quantité totale de sueur qui a fait l'objet d'une série d'expériences n'a pas été moindre de 40 litres.

Lors de la transpiration du sujet, on avait soin de fractionner la sueur recueillie: on a pu ainsi constater que sur deux litres, par exemple, le premier tiers est toujours acide, le second neutre ou alcalin, le troisième constamment alcalin. L'odeur, très légère, n'a rien de désagréable et ne rappelle nullement l'odeur repoussante de l'acide butyrique ou des acides volatiles qui s'exhalent toujours de la sueur fermentée. On a remarqué que la partie acide de la sueur perdait dès les premières gouttes vaporisées sa réaction acide, qui faisait place à une réaction fortement alcaline.

L'analyse a révélé dans la sueur, entre autres substances, l'existence de deux acides organiques combinés avec la soude et un peu de potasse. Le premier est l'acide lactique; le second acide n'a été analysé que sous forme de sel d'argent. Cet acide ne possède pas de propriétés susceptibles de le rapprocher d'aucun acide connu. L'auteur propose de le désigner sous le nom d'*acide hydrotique.*

M. Favre résume en ces termes les résultats de ses recherches:

La sueur recueillie à des jours différents sur le même individu présente, sinon une identité dans les proportions des matériaux qui y sont contenus, du moins peu de variations dans les éléments qui s'y retrouvent constamment.

Voici les résultats d'une analyse faite sur 14 litres:

	SUR 14 LITRES.	SUR 10,000 gr.
Chlorure de sodium.	31,227	22,305
Idem de potassium.	3,412	2,437
Sulfates alcalins.	0,161	0,115
Phosphates alcalins.	traces	»
Idem alcalino-terreux.	traces	»
Sels calcaires.	traces	»
Albuminates alcalins.	0,070	0,050
Débris d'épithélium.	trace	»
Lactates de soude et de potasse. . . .	4,440	3,171
Hydrotate de soude et de potasse. . .	21,873	15,623
Urée.	0,599	0,428
Matières grasses.	0,191	0,136
Eau.	13,938,027	9,955,733

On voit que la matière minérale plus prépondérante est le sel marin, comme cela a lieu pour l'urine. Il n'en est plus de même pour les sulfates, beaucoup plus abondants dans l'urine que dans la sueur, où l'on n'en trouve que des traces.

On remarquera aussi que la proportion de soude et de potasse éliminées par la sueur à l'état de combinaison avec des acides organiques dépasse de beaucoup la proportion que l'on pourrait rencontrer dans l'urine.

Il semble résulter de ces faits que les sels minéraux ne sont pas indistinctement éliminés par les divers émonctoires de l'économie.

Quant aux matières organiques de la sueur, il en est qui existent dans l'urine; une autre paraît spéciale à la sueur; mais tous ces matériaux présentent le caractère de substances fortement oxygénées et ayant subi déjà dans le torrent de la circulation une combustion assez avancée et comparable, jusqu'à un certain point, à celle des éléments éliminés par le rein. (Commissaires: MM. Pelouze et Bussy.)

Trépan-scie et scie ostéotomique.

M. Gaëtan Giovanini (de Bologne), communique la description d'un trépan-scie, d'une scie ostéotomique et d'une cuiller ostéotomique de son invention.

Ainsi que nous l'avions annoncé d'abord, l'Académie a partagé hier le prix Itard ainsi qu'il suit:

1° *Traité des maladies nerveuses*, par M. Sandras, 1,500 fr.;

2° *Compendium de médecine pratique* de MM. Monneret et Fleury, 1,000 fr.;

3° *Etudes sur les maladies des enfants* de M. Legendre, 500 fr.

Dans la même séance, le prix Civrieux a été partagé entre M. Moreau (de Tours) et un auteur dont le nom ne peut encore être publié.

Une mention honorable a été accordée au médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lille.

LE GÉRANT.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 137. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 137. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Valleix). Leçons cliniques sur les déviations utérines. — Rapport à M. le président de la commission d'hygiène publique, maire d'Anizy-le-Château (Aisne). — Note sur une nouvelle sonde imaginée par M. le docteur Chassaignac. — Examen de l'huile de foie de morue. — Sur la préparation de l'onguent égyptiac. — Conservationdes fruits pectoraux. — Décret relatif au stage des médecins et des pharmaciens militaires. — Avis à MM. les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 19 NOVEMBRE 1852.

Quelques personnes plus ou moins bien intentionnées ont répandu le bruit que la Faculté s'était émue de la publicité que nous avons donnée à la première leçon du cours de M. Duméril. C'est une erreur. Un petit nombre de professeurs qui ne tiennent nullement à ce que leurs leçons soient écoutées, encore moins à ce qu'elles soient imprimées, se sont émus; un petit nombre d'aspirants à la succession de professeurs en déclin ont feint de s'indigner pour profiter à la fois, s'il y avait lieu, du bénéfice de notre publicité et du bénéfice de leur apparente indignation. Les propagateurs complaisants du faux bruit en question ont-ils servi les intérêts de ces derniers? Nous l'ignorons; ce que nous savons, c'est que la grande majorité de la Faculté et l'universalité du corps médical, c'est-à-dire tous les hommes désintéressés, ont vu dans notre publication la seule chose qu'on y pût voir raisonnablement, l'intention de mettre en évidence, par un exemple frappant, la haute sagesse qui a dicté le décret du 1er mars 1852.

Qu'en faisant cette publication, nous ayons froissé les intérêts de M. Duméril et de ceux qui se trouvent dans une situation plus ou moins analogue, nous ne le nions point; il est même impossible qu'il en soit autrement; mais que nous ayons manqué de respect à ces honorables professeurs, c'est ce que nous ne saurions accorder. Nous n'avons pour personne de piété, véritable ou feinte; mais nous avons pour tous ceux qui le méritent, de l'estime quand ce sont des hommes, du respect quand ce sont de vénérables vieillards comme M. Duméril. Or, quand tous les professeurs de la Faculté, MM. Velpeau, Rostan, Nélaton, Laugier, Paul Dubois, etc., etc., se trouvent satisfaits de la publicité que nous donnons à leurs leçons, nous ne voyons pas que M. Duméril puisse s'imaginer que nous lui manquons de respect en publiant les siennes. Nous pouvons affirmer à M. Duméril que nous avons pour les nobles invalides, soldats, magistrats ou professeurs, tout le respect que méritent les services rendus; mais nous ne pensons pas que ce respect consiste à laisser éternellement le drapeau entre des mains qui ne peuvent plus le défendre.

Nous pouvons lui affirmer également que les élèves de notre école, sans avoir besoin pour cela d'une générosité particulière, partagent notre respect, mais qu'ils ne se croient pas obligés de le traduire par une stérile assiduité à des cours où ils ne peuvent rien apprendre (1).

La Faculté ne s'est donc que très partiellement émue de notre publication; elle avait des motifs de préoccupation bien plus sérieux. Outre la grave anomalie commise à propos de la nomination des juges pour le concours de l'agrégation, elle avait à statuer sur l'avis à donner touchant la demande de permutation faite par M. Trousseau. C'est ce qu'elle a fait hier; elle a adopté, à l'unanimité moins deux des membres présents, un avis favorable à la demande de M. Trousseau. Cet avis est-il marqué au coin de la sagesse qu'on serait en droit d'attendre d'un corps aussi grave que la Faculté? Il est permis de croire que l'avenir démontrera le contraire.

On sait notre opinion sur les permutations en général. Nous avons eu assez souvent, depuis quatre ans, l'occasion de l'exprimer et de la motiver, pour qu'il soit inutile d'y insister de nouveau. Mais il est quelques considérations applicables dans l'espèce qu'il ne sera peut-être pas sans intérêt de rappeler.

Une fois admis le principe des permutations, il reste encore des conditions d'application dont tout le monde comprend la nécessité. Une des premières parmi ces conditions, c'est que les deux chaires entre lesquelles la permutation s'opère aient des relations intimes. C'est ainsi que l'on comprend à la rigueur la permutation entre une chaire de pathologie et de clinique, entre une chaire de pathologie générale et de pathologie spéciale, entre une chaire de pathologie ou de clinique chirurgicale et une chaire de médecine opératoire.

Cette première condition existe-t-elle dans la permutation demandée par M. Trousseau? Evidemment non. La thérapeutique et la matière médicale exigent des études toutes différentes de celles que demande la clinique; elles ne supposent aucune habileté dans l'art du diagnostic, qui est la qualité essentielle du professeur de clinique.

Une autre considération, c'est que la permutation demandée soit dans l'intérêt de l'enseignement. Est-ce le cas dans la permutation demandée par M. Trousseau? Evidemment non. L'enseignement de la thérapeutique et de la matière médicale a toujours été fort délaissé; M. Trousseau a eu le talent de donner à cet enseignement un certain éclat; son cours est un des plus suivis de la Faculté. Il est extrêmement probable que la permutation demandée par M. Trousseau rétablirait les choses dans l'état où elles étaient avant son entrée dans l'Ecole.

Or, l'enseignement de la clinique, et c'est là une troisième et importante considération, serait loin de gagner à ce changement ce que perdraient la thérapeutique et la matière médicale. M. Trousseau n'a ni l'habitude, ni la sévérité d'observation, ni les connaissances en auscultation et en percussion, qui sont aujourd'hui indispensables au véritable clinicien. En outre, sa versatilité non-seulement dans les doctrines, mais encore dans l'appréciation des faits, adoptant aujourd'hui avec enthousiasme ce que demain il repousse avec mépris (l'oxyde d'antimoine, par exemple), sa versatilité lui enlève tous les titres à la confiance qu'un professeur de clinique doit toujours inspirer à ses élèves. L'Ecole de Paris compte au contraire, soit parmi ses agrégés, soit même en dehors de l'agrégation, plusieurs médecins possédant les qualités essentielles qui manquent à M. Trousseau.

Plusieurs professeurs se sont, dit-on, montrés favorables à la permutation dont il s'agit, par cette considération que le droit d'accorder les permutations leur était contesté. Cette considération ne nous paraît pas plus fondée que les autres. D'abord, quant à ce prétendu droit, la Faculté n'en jouit pas; une occasion trop récente lui en a donné la preuve pour qu'elle ait pu encore l'oublier. Le seul droit qu'ait la Faculté, c'est celui de donner un avis sur les demandes de permutation.

Or, le meilleur moyen de conserver un droit, c'est d'en user avec intelligence, avec équité, dans l'intérêt de la science et de l'enseignement, et non pas dans un intérêt particulier.

En donnant des avis toujours favorables, comme elle le fait, la Faculté semble céder exclusivement à ce dernier mobile, et c'est ainsi qu'on perd toute autorité. Nous croyons donc qu'elle aurait mieux consacré son droit en donnant un avis contraire à la demande de permutation qui lui a été adressée, permutation qui serait plus nuisible qu'utile à l'enseignement et aux véritables intérêts de la Faculté elle-même. — H. de Castelnau.

(1) Le nombre, non des *élèves*, mais des *auditeurs*, qui était de 178 à la première leçon de M. Duméril, était, aujourd'hui vendredi (sixième leçon), de 19!

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Valleix.

Leçons cliniques sur les déviations utérines.

(Quinzième et dernière leçon.)

Lorsque l'appareil redresseur a été appliqué d'après les règles que nous avons tracées, le médecin doit exercer une surveillance exacte sur les malades; il les visitera au moins tous les jours; il prendra le soin de s'assurer que l'instrument ne s'est pas dérangé et que les cordons destinés à le fixer n'ont pas été desserrés ou coupés. S'il survient une affection intercurrente, prévenu des accidents inflammatoires sérieux que peut en semblable circonstance occasionner la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine, il suspendra sans retard le traitement commencé.

Toutes les fois que les choses se passent régulièrement, il arrive un moment où les malades, après avoir porté l'instrument sans ressentir aucun inconvénient, se plaignent de douleurs passagères, de malaise et enfin de gonflement du ventre : en présence de ces symptômes, même lorsqu'il n'y a pas imminence de l'éruption menstruelle, il convient d'enlever l'appareil et de ne jamais céder aux instances que font quelques femmes pour le conserver plus longtemps; l'expérience nous l'a appris, l'apparition des phénomènes que nous venons de rappeler est l'indice constant, sinon d'une guérison complète, au moins d'une amélioration notable.

M. Simpson a coutume de prolonger pendant un temps très long l'application de son appareil redresseur; cette pratique fâcheuse a entraîné dans quelques cas les plus graves conséquences.

Il est à remarquer, du reste, que la durée du séjour de l'instrument n'influe pas d'une manière très sensible sur la guérison; nous avons vu chez quelques malades le redressement de l'utérus s'opérer dans l'espace d'environ vingt-quatre heures et se maintenir aussi solidement que chez des femmes dont la déviation n'avait pu être réduite qu'au bout de plusieurs jours.

En thèse générale, nous croyons dès maintenant être en droit d'affirmer que l'action du traitement employé par nous est plus marquée lorsqu'elle s'adresse à des flexions que lorsqu'elle a pour objet de remédier à de simples versions.

Il est un point sur lequel nous devons insister en raison de sa haute importance : lorsque la matrice a définitivement repris sa position normale, elle ne se présente jamais exactement dans les mêmes conditions que chez les femmes vierges; tantôt elle est légèrement abaissée, tantôt elle offre, soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure, un repli saillant qui indique une flexion primitivement existante; ces légères anomalies ne sont nullement incompatibles avec un état de guérison parfaite; destinées à s'effacer progressivement, elles ne sauraient servir de base au jugement du médecin sur les résultats de la médication; du moment que l'axe de l'utérus est revenu à sa direction naturelle, du moment qu'il n'est dévié ni en totalité ni en partie, les malades peuvent être considérées comme complétement guéries.

Pour ce qui concerne l'antéversion en particulier, il convient de ne pas s'attacher avec trop de persistance à faire disparaître le léger degré d'obliquité que conserve ordinairement la matrice, sans que cette circonstance entraîne d'ailleurs aucune perturbation fonctionnelle. Nous ne saurions accepter l'opinion de quelques médecins qui, après avoir constaté l'existeuce d'antéversions dans lesquelles la matrice avait une direction horizontale, après s'être assurés que sous l'influence de l'application méthodique des instruments redresseurs cet organe avait été ramené à une situation sensiblement la même que celle qu'il affecte dans l'état de santé, après avoir reconnu enfin que les malades jouissaient d'une bonne santé, ne ressentaient aucune douleur, n'éprouvaient aucun trouble du côté des voies digestives, pouvaient se livrer sans inconvénient à leur travail habituel et faire des courses assez longues, se sont crus autorisés à contester la réalité d'une curation complète parce que l'axe de l'utérus avait une direction un peu différente de sa direction normale.

Dans de telles conjonctures, le seul événement qu'on puisse légitimement redouter est le retour de la matrice à la situation vicieuse qu'elle occupait d'abord : l'expérience n'a pas justifié ici les prévisions que permettent jusqu'à un certain point de former les données de la théorie; nous avons vu le redressement de l'utérus persister aussi bien dans les circonstances auxquelles nous faisons allusion que dans des conditions différentes, favorisé qu'il est sans doute par l'élasticité que recouvrent les ligaments de la matrice aussitôt que cesse la distension à laquelle ils étaient soumis. Il est une autre particularité qui doit contribuer au maintien de la guérison, nous voulons parler de la disparition progressive de l'engorgement après que la déviation a été réduite.

Nous avons eu l'occasion d'observer sur deux malades atteintes d'antéversion un phénomène exceptionnel : chez l'une et chez l'autre la matrice, horizontalement située, offrait dans son corps et dans son col un engorgement des plus considérables; la vessie et le rectum étaient comprimés à un haut degré. La réduction de la déviation, lorsqu'elle était opérée par les procédés ordinaires, avait pour effet d'augmenter les accidents dus à la pression supportée par la partie inférieure de l'intestin et de donner lieu à une sensation de pesanteur très pénible. Nous avons évité cet inconvénient en faisant usage d'une tige intra-utérine moins longue que celle dont nous nous servons habituellement; nous avons pu ainsi limiter l'action directe de l'instrument au col de l'utérus, ramener l'organe tout entier à sa direction naturelle et obtenir le soulagement complet et immédiat que procure l'application de l'appareil redresseur.

L'une des deux malades dont nous venons de parler est actuellement guérie, l'autre se trouve dans un état d'amélioration satisfaisant.

La plupart des femmes dont nous avons rapporté l'histoire, avant de suivre notre traitement, avaient été soumises à divers modes de médication.

Quelques-unes avaient subi des émissions sanguines réitérées; nous ne pouvons dire les modifications qu'il en était résulté dans les tissus qui environnent la matrice; l'état de l'utérus était resté le même.

D'autres, chez lesquelles on avait cru découvrir des affections de l'intestin, du cœur et même des poumons, avaient dû s'astreindre à des prescriptions faites en vue de maladies dont elles n'étaient pas atteintes.

Il est digne de remarque que le plus grand nombre d'entre elles avaient été cautérisées pendant un laps de temps généralement assez long. La cautérisation, dans l'esprit des médecins qui y avaient

eu recours, était sans doute destinée à combattre l'engorgement de l'utérus ; dans quelques cas elle avait produit un soulagement passager, jamais elle n'avait été suivie d'une guérison durable.

A quelques malades on avait conseillé de porter des pessaires.

Les moyens accessoires que nous avons fait intervenir dans le traitement adopté par nous n'ont été employés que dans un petit nombre de cas ; encore faut-il ne pas perdre de vue qu'ils ont été motivés, le plus souvent, par des circonstances accidentelles survenues dans le cours de la médication, à une époque où les malades touchaient en quelque sorte à la guérison. Du reste, les agents thérapeutiques que nous avons mis à contribution, les lotions froides, les calmants, les laxatifs, les purgatifs, etc..., n'étaient pas de nature à exercer par eux-mêmes une action puissamment efficace sur l'affection primitive.

On a produit, dans ces derniers temps, quelques exemples de déviations utérines qui ont disparu sous l'influence du traitement hydrothérapique ; si nous ne possédions pas la preuve que les lotions prescrites à certaines d'entre nos malades n'ont eu qu'une importance secondaire, il nous suffirait de dire qu'il existe une immense différence entre des lotions froides, répétées chaque matin pendant un petit nombre de jours, et le traitement hydrothérapique tel qu'on l'entend et qu'on l'applique aujourd'hui.

Le résultat général auquel nous sommes arrivé est le suivant :

Nous avons donné des soins à 68 malades. Dans ce chiffre, nous conservons des femmes qui sont encore en traitement ; la plupart d'entre elles peuvent dès maintenant compter sur une guérison certaine.

Sur nos 68 malades, 44 ont été guéries, 4 ont obtenu une amélioration notable.

A la dernière des deux catégories, nous pourrions rattacher 2 malades qui en ce moment sont en état de vaquer à leurs affaires et ont repris leur genre de vie habituel, mais chez lesquelles il est encore nécessaire de replacer de temps en temps l'instrument ; nous les rangerons parmi les malades destinées à guérir définitivement.

Le nombre des rechutes complètes a été de 3 ; un nouveau traitement n'a pas été appliqué.

Le nombre des rechutes partielles a été de 2 ; les malades qui les ont éprouvées pourraient être légitimement classées parmi les sujets dont l'état a été amélioré.

Sur 2 femmes, les effets favorables produits par l'application du redresseur ont été trop peu marqués pour que nous soyons autorisé à les prendre en considération. Chez l'une d'elles, le traitement a été incomplet ; il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance de cette remarque.

Après le retour de l'utérus à sa situation normale, nous avons vu 2 malades conserver des symptômes qu'elles avaient avant le traitement.

La première est demeurée sujette à de fréquentes envies d'uriner, qui ont à peine subi une légère diminution sous l'influence de la belladone administrée à petites doses. Trois mois après la réduction de la déviation, elle avait encore son infirmité ; il ne nous a pas été possible d'apprendre ce qui s'est passé depuis cette époque.

La seconde a gardé jusqu'à ce jour des douleurs très vives dans les parties génitales externes, dans le bassin et dans la tête. Elle nous a fait récemment un aveu auquel elle n'avait pas consenti d'abord, malgré des interrogations pressantes et réitérées : elle nous a raconté qu'elle avait contracté une affection syphilitique, et que, trois mois après avoir suivi un traitement, conseillé au moment même où s'étaient révélés à elle les premiers accidents, elle avait été prise de souffrances qui avaient pour siége principal la vulve et l'intérieur de la cavité pelvienne. Un pessaire en pelle, introduit dans le but de remédier à des symptômes qui paraissaient étrangers à la syphilis, avait exagéré les douleurs au plus haut point et l'avait contrainte à un repos absolu pendant six semaines.

Si l'on considère que les médicaments qui passent pour avoir le plus d'efficacité contre la syphilis sont loin de procurer dans tous les cas une guérison radicale, si l'on réfléchit, en outre, que la malade a pris pour unique remède de l'iodure de potassium, on sera conduit à regarder comme indépendants de la déviation de l'utérus les phénomènes douloureux qui ont persisté après la curation de cette dernière affection.

Deux de nos malades ont brusquement quitté Paris à une époque voisine de celle où le traitement avait été commencé ; elles se trouvaient l'une et l'autre dans un état satisfaisant.

Nous donnons aujourd'hui des soins à 9 malades. Si nous les retranchons du chiffre total 68, nous aurons 44 cas de guérison sur 59 ; encore trouverons-nous, parmi les cas de non-guérison, ceux de malades qui auraient pu appartenir à d'autres catégories.

D'après ce qu'il nous a été permis d'observer, l'ancienneté de la maladie semble ne pas avoir d'influence sur les résultats du traitement ; nous avons vu des déviations datant de plusieurs années s'effacer et se maintenir réduites aussi bien et aussi facilement que des déviations dont l'existence remontait à quelques mois seulement.

Toutes les variétés de déplacement sont loin d'opposer une égale résistance à l'action des instruments redresseurs. Sous ce rapport, nous avons remarqué des différences entre la rétroversion et l'antéversion. On triomphe plus vite et plus sûrement de la première que de la seconde. Il ne faut pas perdre de vue que la dernière n'est que l'exagération de la direction normale de la matrice, et qu'elle doit avoir une certaine tendance à se reproduire à l'occasion des circonstances pathologiques les plus légères. Les flexions guérissent, en général, avec plus de facilité que les versions ; nous avons dit plus haut comment on pouvait se rendre compte de cette particularité.

Les rechutes complètes ou partielles dont il a été fait mention se sont montrées à des époques variables, six mois, un an et même deux ans après le redressement de la matrice. Indiquent-elles que le traitement qui nous occupe soit insuffisant et sans utilité ? Nous ne le pensons pas. Lorsque des rechutes ont eu lieu, la maladie, dans la plupart des cas, n'a pas reparu avec toute son intensité, et a cédé, chez les malades qui ont été de nouveau soumises à l'action de l'instrument redresseur, avec plus de facilité que le déplacement primitivement existant.

Du reste la suspension, même bornée à un espace de temps limité, d'une maladie qui entraîne souvent avec elle des troubles digestifs fâcheux et un dépérissement général, constituerait à elle seule un bienfait assez précieux pour justifier l'intervention du traitement que nous avons adopté.

Un point d'une haute importance est celui de savoir depuis combien de temps durent les guérisons obtenues. Or dans 30 cas sur 44, elles datent de plus de six mois, et remontent pour la plupart à un an ou à deux ans et demi, intervalles qui, comme on voit, sont assez considérables pour autoriser la supposition d'une curation définitive.

Il nous reste, pour compléter les considérations générales dans lesquelles nous venons d'entrer, à parler des différents modes de traitement qui ont été proposés ou mis en usage contre les déviations utérines. Nous manquons actuellement des données qui pourraient nous permettre d'apprécier leur valeur et de fixer leur utilité relative. Nous nous bornerons à quelques courtes réflexions critiques dans l'exposé que nous allons faire.

M. Bond a rapporté, sous le titre de *Cas de rétroversion*, dans le *American journal*, deux faits à peu près semblables à l'occasion desquels il a imaginé un instrument particulier.

Cet instrument se compose de deux tiges légèrement recourbées que termine à l'une de leurs extrémités un renflement sphérique ; la plus longue des tiges se continue avec un manche brisé sur lequel elle est fixée ; la plus courte, qui est disposée parallèlement et concentriquement à la première, peut se mouvoir à l'aide d'une vis dans une rainure pratiquée sur la section du manche brisé à laquelle est adaptée la tige excentrique. On l'enlève lorsqu'on veut se servir de l'instrument. La plus longue tige est introduite dans le rectum, la plus courte dans le vagin. Lorsque la boule qui surmonte l'extrémité supérieure de cette dernière est placée dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on fait agir la vis. L'utérus, dont le corps est pressé d'arrière en avant et le col d'avant en arrière, tend à se redresser.

M. Bond n'a pas eu recours à l'application de son instrument, même dans les deux cas de rétroversion à propos desquels il en donne la description.

Richter et Evret ont anciennement employé des spatules ; ils les introduisaient dans le rectum et cherchaient à relever la matrice renversée en arrière. Quelle que soit la forme qu'on donne à ces spatules, on ne parvient jamais complétement à réduire la déviation, qui d'ailleurs se reproduit aussitôt que l'instrument est enlevé.

Lallemand et Dugès ont proposé de faire pénétrer dans l'intérieur de la cavité utérine une sonde de gros calibre destinée à agir momentanément à titre de levier. L'introduction d'une sonde volumineuse n'est possible que dans les déplacements qui surviennent après l'accouchement, alors que le canal de la matrice, encore dilaté, présente un diamètre plus considérable que celui qu'il a dans l'état de vacuité. D'un autre côté, le cathétérisme, pratiqué dans les circonstances indiquées, ne saurait avoir d'effet utile qu'à la condition d'être plusieurs fois répété, suivant notre méthode.

Les sondes, qu'à une certaine époque on a placées à demeure, ont le double inconvénient d'atteindre les dernières limites de la cavité utérine et de peser sur le fond de l'organe ; la saillie qu'elles font au-dehors expose les femmes à éprouver sous l'influence des moindres violences extérieures des commotions dangereuses, et les condamnent à une immobilité absolue.

Schmitt et Schweigouser ont proposé la position comme un moyen efficace. Lorsqu'il s'agit de combattre un renversement en avant, les malades doivent rester couchées sur le dos. Dans les déviations en sens contraire elles prennent une situation opposée ; des oreillers convenablement disposés soutiennent la poitrine. M. Gerdy a guéri une femme en la maintenant pendant quarante-deux jours dans la même position ; le déplacement chez elle était survenu peu de temps après un accouchement. Lorsque l'utérus est peu volumineux, comme il arrive dans l'état de vacuité, l'expérience a démontré la nécessité de faire intervenir un autre genre de médication.

On peut rapprocher de l'application des pessaires, que Vermandois et Desault ont recommandés, l'introduction de tampons dans le rectum. Telle était la pratique d'AEtius ; telle est celle que de nos jours M. Huguier a plusieurs fois mise en usage. M. Dufresne, dans sa thèse inaugurale, a rapporté des exemples de malades qui, traitées de cette manière, sont sorties de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Dans ces derniers temps, M. le docteur A. Favrot a imaginé des vessies faites de caoutchouc vulcanisé qu'on introduit dans le rectum, et qu'on dilate à volonté par insufflation.

On a indiqué comme pouvant rendre de grands services l'interposition de pessaires soit entre l'utérus et le rectum, soit entre l'utérus et la vessie. Quelques médecins ont conseillé d'avoir recours à de simples tampons appliqués, suivant le genre de déplacement, dans le cul-de-sac vaginal antérieur ou postérieur. Un semblable procédé n'offre de chances de succès que dans les cas où la matrice a conservé sa consistance naturelle ; il n'est d'aucun secours dans les flexions, où le changement de direction porte exclusivement sur le corps de l'organe dévié.

On connaît les pessaires dont se sert M. Hervez de Chégoin ; ils nous paraissent devoir rester sans action contre la plupart des déplacements que nous avons étudiés.

Nous en dirons autant des pessaires employés par MM. Dreger et Sander.

M. Oldham et quelques médecins anglais ont prétendu (Guy's hospital reports) que les déviations utérines pouvaient céder à une médication purement interne ; ils ont préconisé le deutochlorure de mercure comme un remède d'une grande efficacité. Nous avons vu des malades soumises à l'usage du mercure, de l'iodure de potassium et de quelques autres agents analogues, ne retirer du traitement qu'elles suivaient d'autre profit qu'un amaigrissement, par lequel n'était en rien modifiée la situation vicieuse de l'utérus.

A.-H. Margerie.

RAPPORT

A M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE, MAIRE D'ANIZY-LE-CHATEAU (AISNE).

Le rapport suivant, rédigé par M. le docteur L. Mahue, sera lu avec intérêt et offrira un document intéressant de plus à la commission du goître et du crétinisme.

Monsieur le président,

Je vous adresse sur le goître, pour les deux communes de Fauconcourt et de Suzy, les détails que, dans un but d'amélioration, vous m'avez fait l'honneur de me demander. Je n'ai tant tardé à vous envoyer ces détails que parce que je voulais, peut-être sans succès, leur donner une exactitude et un degré d'utilité qui ne les rendissent pas indignes de votre attention ni de celle du magistrat supérieur à qui vous les remettrez.

Ne voulant pas perdre le temps à établir des distinctions entre les goîtres bosselés, arrondis, séreux, squirrheux, cancéreux, fistuleux, etc., distinctions inutiles en ce qu'elles ne marquent le plus souvent que des variétés d'ailleurs assez rares d'une même affection, j'ai confondu ici sous le nom commun de goître depuis le simple excès de volume de la glande thyroïde jusqu'à l'hypertrophie la plus considérable de cet organe. Or il résulte de mes recherches qu'il existe :

1° A Fauconcourt, sur une population de 700 habitants, 74 goîtres ainsi répartis quant aux sexes, aux âges et aux professions ;

HOMMES ET AGES.			FEMMES ET AGES.		
De 1 à 10 ans. . .	6	De 1 à 20 ans 17	De 1 à 10 ans. . .	7	De 1 à 20 ans 16
» 10 à 20 » . . .	11		» 10 à 20 » . . .	9	
» 20 à 30 » . . .	4		» 20 à 30 » . . .	11	
» 30 à 40 » . . .	3	De 20 à 90 8	» 30 à 40 » . . .	7	De 20 à 90 33
» 40 à 50 » . . .	»		» 40 à 50 » . . .	8	
» 50 à 60 » . . .	1		» 50 à 70 » . . .	7	
Total. . .	25		Total. . .	49	

PROFESSIONS.

Couturières et repasseuses.	7
Ménagères et ouvrières des champs. . . .	27
Maçons.	2
Laboureurs et ouvriers des champs. . . .	8
Charrons et scieurs de long.	3
Cordonniers et tisserands.	3
Cerctiers.	2

2° A Suzy, sur une population de 700 habitants, 164 goîtres ainsi répartis quant aux sexes, aux âges et aux professions.

HOMMES ET AGES.			FEMMES ET AGES.		
De 1 à 10 ans. . .	17	De 1 à 20 ans 39	De 1 à 10 ans. . .	14	De 1 à 20 ans 32
» 10 à 20 »	22		» 10 à 20 » . . .	18	
» 20 à 30 » . . .	10		» 20 à 30 » . . .	22	
» 30 à 40 » . . .	7		» 30 » 40 » . . .	10	
» 40 à 50 » . . .	»	De 20 à 90 18	» 40 à 50 » . . .	14	De 20 à 90 75
» 50 à 60 » . . .	1		» 50 à 60 » . . .	20	
» 60 à 70 » . . .	»		» 60 à 70 » . . .	6	
			» 70 à 90 » . . .	3	
Total. . .	57		Total. . .	107	

PROFESSIONS.

Couturières et repasseuses.	8
Ménagères et ouvrières des champs. . . .	27
Bûcherons.	16
Charpentiers et cercliers.	2
Batteurs en grange et meuniers.	2
Sabotiers.	3
Scieurs de long.	3
Charbonniers.	1
Laboureurs.	2

Il suit particulièrement de ces premiers détails ;

1° Que le goître est plus commun à Suzy qu'à Fauconcourt. Il y a 74 goîtres dans cette dernière commune, et il y en a 164 dans la première ;

2° Qu'il est plus commun dans le sexe féminin que dans l'autre. A Fauconcourt et Suzy, on trouve 82 fois le goître chez les hommes, et 156 fois chez les femmes ;

3° Qu'il est moins commun d'un à 20 ans chez les femmes, que de 20 ans à la fin de la vie. A Fauconcourt et à Suzy, on trouve 48 goîtres dans les vingt premières années de la vie chez les femmes, et 108 de 20 ans à l'âge extrême ;

4° Qu'il est au contraire plus commun d'un à 20 ans chez les hommes, que de 20 ans à la fin de la vie. A Fauconcourt et à Suzy, on trouve 56 goîtres dans les vingt premières années de la vie chez les hommes, et 26 seulement de 20 ans à l'âge extrême.

Une affection qui à Fauconcourt attaque le neuvième, et à Suzy le quart de la population, doit dépendre d'une chose dont beaucoup de personnes se servent, ou dont elles subissent l'influence. Une affection si commune doit avoir une cause commune, plus intense à Suzy qu'à Fauconcourt, plus puissante sur les femmes que sur les hommes, et plus dans l'enfance de ceux-ci que dans les autres âges de leur vie. Quelle est cette cause ? Où est-elle ? Est-ce dans l'hérédité ? Est-ce dans le travail et les professions ? dans le sol ? dans les eaux ? dans l'air ? dans les habitations ? dans l'alimentation ?

Sur les 238 personnes de Fauconcourt et de Suzy qui ont le goître, 15 sont issues de parents scrofuleux, 6 viennent de pères, et 49 de mères ayant le goître. On peut dire que, sur ces 238 goîtres, 70 ont pour cause l'hérédité. On peut aussi se demander si la cause extérieure qui a produit le goître des parents n'a pas fait naître celui de leurs enfants. Quoi qu'il en soit, il resterait à rechercher d'où vient le goître des 6 pères et des 49 mères, et quelle est la cause des scrofules chez les 15 parents.

Le travail n'a qu'une faible part dans la production des goîtres ; 17 doivent être attribués à l'usage qu'ont les femmes de Fauconcourt et de Suzy de porter de pesants fardeaux sur la tête ou sur le dos, à l'aide de hottes ou de bretelles ; 13 doivent l'être aux efforts faits et aux cris poussés pendant les douleurs de la parturition ; 4 doivent l'être au chant. Quant aux professions, le relevé que j'en ai fait semble indiquer que celles qui sont exercées dans les habitations et dans le périmètre du territoire sont les plus favorables au développement du goître.

Le territoire de Fauconcourt est divisé en deux parties : l'une à l'ouest, montagneuse et boisée ; l'autre à l'est, et formée de collines, de vallées et de marais. Celui de Suzy est aussi divisé en deux parties : l'une au nord, montagneuse et couverte de forêts ; l'autre au sud, formée de collines, de vallées sillonnées de ruisseaux, et où se trouvent avec les prés, les marais, les étangs et les terres arables, les neuf hameaux de Suzy. Les montagnes des deux pays sont composées, du sommet à la base, d'un lit de terre végétale, de grès erratiques, de couches de sable ou de calcaire lamelleux, et d'assises profondes de calcaire coquillier ou siliceux.

Les collines et les vallées des deux pays sont aussi composées d'éléments identiques; la terre végétale des plateaux, plus fertile à Fauconcourt qu'à Suzy, rocouvre ici un banc de coquillage ou de graviers, là une couche de sable parsemée de géodes et de quelques parcelles d'oxyde de fer; ailleurs, un banc de glaise ou de cendres noires; la terre végétale des vallées, brune ou grisâtre, et sablonneuse en quelques endroits, est le plus ordinairement, à Suzy surtout, noire et aqueuse, limoneuse et grasse, ou tourbeuse et d'une odeur désagréable. Situé dans le fond d'une vallée, le long d'un ruisseau, Fauconcourt a 28 hectares de prairies et 33 hectares de marais. Eparpillé en neuf hameaux, que séparent des aunaies, des oseraies, des plantations ombreuses et les circonvolutions de quatre ruisseaux, Suzy a 50 hectares de prairies, 4 hectares d'étangs et 28 hectares de marais. Presque tout Fauconcourt est bâti sur un sol bas et humide; presque tout Suzy est bâti sur un sol bas et marécageux. Vous ne considérerez pas, monsieur, comme superflues les simples observations de géologie locale qui précèdent; car, tel sol, tel produit; tel sol, telles eaux; tel air, telles habitations, telle alimentation, etc.

A Fauconcourt et à Suzy, on cultive, en général, les céréales sur les plateaux, et les plantes potagères dans les vallées: il résulte de cette coutume que l'on récolte d'excellents graminés, surtout à Fauconcourt, et de médiocres légumes, surtout à Suzy.

On a dit que l'eau à fleur de sol et toujours aérée des fontaines est préférable à l'eau vive des puits; mais cela n'est qu'une opinion, et cette opinion n'est parfois qu'une erreur: en effet, la qualité de ces eaux, qui toutes viennent des pluies, dépend moins de la profondeur où elles sont que de la composition minéralogique du bassin qui leur sert de filtre et de lit; qu'on la puise à une fontaine ou dans un puits, l'eau qui sort d'une couche de sable, de coquillages ou de graviers est meilleure que celle qui suinte d'un terrain noir, tourbeux, plein de matières organiques en décomposition, et, en outre, presque toujours, dans les villages, imbibé des eaux fangeuses des basses-cours et des ménages. Cela explique pourquoi les eaux de Suzy et de Fauconcourt, prises à la base des montagnes et des collines, sont limpides, légères et agréables, et pourquoi, prises à la plupart des fontaines et des puits creusés dans le sol bas et marécageux où ces deux villages sont assis, elles sont louches, pesantes et d'une saveur fade ou désagréable. On compte à Fauconcourt 11 fontaines et 25 puits, et à Suzy 26 puits et 34 fontaines. Sur les 74 personnes qui à Fauconcourt ont le goître, 36 ne boivent que de l'eau de fontaine, 25 de l'eau de puits, et 13 boivent de l'eau de fontaine et de puits. Sur les 164 personnes de Suzy qui ont le goître, 91 ne boivent que de l'eau de fontaine, 35 de l'eau de puits, et 38 boivent de l'eau de fontaine et de puits. Or, les eaux des terrains marécageux, quand on en fait un long usage, prédisposent, en viciant la nutrition, aux maladies chroniques, au carreau, aux fièvres intermittentes, au goître, aux scrofules, etc.

Fauconcourt est largement accessible aux vents du nord, de l'est et du sud; l'air s'y renouvelle avec facilité; il n'y devient malsain que momentanément, dans les temps calmes, parce qu'il reste alors imprégné des vapeurs qui s'exhalent sans cesse des marais voisins. L'air est humide en tout temps à Suzy, à cause de l'évaporation permanente de l'eau miasmatique des ruisseaux, des étangs et des marais; il ne s'y renouvelle qu'avec lenteur et incomplétement, à cause des montagnes anfractueuses et boisées qui, circonscrivant de trop près le village, le privent en partie de l'effet salutaire des vents de l'ouest, du nord et de l'est; du carbure d'hydrogène s'y enflamme assez souvent. Or, un air constamment humide et saturé d'émanations marécageuses amollit les chairs et prédispose aux fièvres intermittentes, aux inflammations catarrhales, aux asthmes, aux maladies lymphatiques, au goître, aux scrofules, etc.

Une habitation est malsaine, si elle est basse et humide; si l'air et la lumière y manquent; si elle est salement tenue; si l'on y élève des lapins, des chèvres, des cochons d'Inde, des volailles, etc.; si, par des portes intérieures, elle attire l'air impur des caves, des celliers, des écuries, des étables, etc.; si elle est environnée de mares infectes, d'eaux croupissantes, de fumiers puants; si elle est trop étroite pour le nombre actuel des habitants. A Fauconcourt, j'ai rencontré 27 fois le goître dans les habitations malsaines, et 96 fois à Suzy. Les habitations malsaines nuisent à la transpiration cutanée, à l'oxygénation du sang, à la réparation des forces, et prédisposent au goître comme l'air malsain.

On se nourrit moins mal à Fauconcourt qu'à Suzy; on y consomme plus de viande, on y boit plus de vin, on y récolte de meilleurs légumes. Suzy n'a ni boucher ni charcutier; la nourriture de ses habitants se compose à peu près exclusivement de végétaux aqueux d'une qualité inférieure, de cidre et d'eau. Une telle alimentation, en diminuant par sa continuité l'activité de la nutrition, énerve les organes, affaiblit la constitution et prédispose aux engorgements glanduleux, au goître, à toutes les maladies dont il a été parlé plus haut, maladies communes à Suzy.

En résumé, l'insalubrité du sol, de l'air, des eaux et des habitations est, avec l'insuffisance de l'alimentation, la principale cause des goîtres de Fauconcourt et de Suzy. C'est parce que cette cause est plus intense à Suzy qu'à Fauconcourt que le goître est plus commun dans la première de ces communes que dans la seconde. C'est parce que les habitudes sédentaires des femmes les exposent d'une manière plus continue à l'action de cette cause que le goître, indépendamment des causes accidentelles dont j'ai parlé, est plus commun chez elles que chez les hommes, le travail tenant la plupart de ceux-ci loin de leur habitation ou de leur pays. C'est aussi parce que la vie sédentaire des femmes les laisse continuellement exposées à l'action persistante de cette cause que le goître est plus commun chez elles de 20 ans à l'âge extrême que de 1 à 20 ans. C'est encore parce que les habitudes sédentaires de l'homme pendant les vingt premières années de sa vie, avant qu'il sache en s'éloignant du toit natal pourvoir à ses besoins par son travail, l'exposent continuellement aussi de même que les femmes à l'action de cette même cause que chez lui le goître est plus commun de 1 à 20 ans que de 20 ans à l'âge extrême.

De l'insalubrité du sol dépend l'insalubrité des eaux, de l'air et en partie celle des habitations. En faucardant largement les rives, en curant à fond, en creusant et en redressant le lit des ruisseaux et de tous les fossés bourbeux, en faisant écouler avec soin toutes les eaux croupissantes, surtout celles qui stagnent près des habitations, près des puits et des fontaines, on dessècherait les marais et les vallées, on assainirait le sol. L'assainissement du sol amènerait en peu de temps celui des eaux domestiques en supprimant l'infiltration des eaux fangeuses dans le sol et leur mélange avec celles des fontaines et des puits; il amènerait de même l'assainissement de l'air et en partie celui des habitations en arrêtant l'évaporation marécageuse qui les rend insalubres. Mais je finis là: j'oubliais, monsieur le président, qu'en me donnant la mission de vous montrer les causes du mal, vous ne m'avez pas chargé de vous indiquer les remèdes qu'il importe de lui opposer.

Recevez, etc. Louis Mahue.

NOTE SUR UNE NOUVELLE SONDE

imaginée par M. le docteur Chassaignac.

L'algalie de trousse a été longtemps un instrument défectueux. Sa division en deux parties est une circonstance désavantageuse contre laquelle on n'avait lutté jusqu'à présent que d'une manière inefficace. C'est au moyen d'un pas de vis que les deux pièces étaient articulées.

Depuis longtemps M. Chassaignac avait signalé comme inconvénients de l'algalie à vis:

1° De rétrécir considérablement le calibre intérieur de la sonde, de telle sorte que l'évacuation d'une vessie distendue était très lente, et, ce qui est plus grave, que le moindre caillot sanguin suffisait pour oblitérer la sonde et mettre en doute la question de savoir si l'instrument avait ou n'avait pas pénétré dans la vessie;

2° D'exiger trop de temps pour la jonction des deux pièces, ce qui, en présence d'un malade qui va être sondé, n'est pas sans inconvénient;

3° D'exposer l'instrument, dès qu'il y a un peu d'usure du pas de vis, à produire un cliquetis qui le rend tout à fait impropre à l'exploration de la vessie quand on recherche l'existence d'un calcul, et peut même donner lieu à des erreurs de diagnostic;

4° De se détériorer facilement par l'usure inévitable et assez rapide de la vis.

Voici comment M. Chassaignac, avec l'assistance de M. Mathieu, a évité ces inconvénients:

Les deux moitiés de l'algalie sont retenues l'une contre l'autre au moyen d'une douille mobile engaînée dans la première partie de la sonde, qu'elle déborde dans une longueur d'à peu près 2 centimètres. Cette douille porte une mortaise coudée ayant une branche longitudinale et une branche transversale. La branche longitudinale de la mortaise, étant présentée à l'intérieur de la deuxième partie de l'algalie, reçoit un tenon faisant relief à la face interne de celle-ci; puis, lorsque la branche logitudinale de la mortaise a été parcourue dans toute sa longueur par le tenon, un mouvement de rotation engage ce dernier dans la branche transversale, où il est retenu solidement, de manière à rendre très forte l'union des deux pièces. C'est, comme on voit, le mode d'articulation d'une baïonnette, avec cette différence, que le mécanisme est retourné, et qu'au lieu d'être extérieur il est intérieur.

Ainsi donc, sauf erreur dans la manière d'apprécier la valeur de cet instrument, il aurait pour avantages:

1° D'épargner les moments du chirurgien, d'abord par l'instantanéité avec laquelle s'articulent les deux portions de la sonde, puis par la rapidité avec laquelle se vide la vessie;

2° De diminuer de plus de moitié les chances d'obstruction de la cavité du tube central de la sonde;

3° De prévenir sûrement tout cliquetis dépendant de la mobilité de la douille, cliquetis qui a l'inconvénient de rendre l'algalie de trousse complétement impropre à l'exploration vésicale;

4° De donner à l'instrument une durabilité beaucoup plus longue, attendu que tout instrument à vis manié journellement se détériore bien vite par l'usure et l'engrènement des pas de vis. Si on augmente l'épaisseur du pas de vis pour rendre l'instrument plus solide, on accroît l'épaisseur des parois de la sonde aux dépens de sa cavité; si l'on fait la vis peu profonde, l'instrument n'est pas solide.

Description des figures.

E, B, seule pièce interne sur laquelle s'ajuste le bout pour l'homme ou celui pour la femme. La rainure B, qui est en forme de baïonnette, reçoit le tenon D de la pièce supérieure, et en faisant faire un demi-tour au pavillon E, la sonde se trouve fortement ajustée, et a l'avantage d'avoir, avec le même diamètre extérieur que les sondes antérieures, un diamètre intérieur plus considérable. X..

EXAMEN DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE,

Par M. Riegel.

On a souvent attribué l'efficacité particulière de l'huile de foie de morue à la petite quantité de brome et d'iode qu'elle renferme, et on a attaché un certain intérêt à la détermination de ces substances.

D'après M. de Jongh, cette huile renferme en outre une certaine quantité de phosphore à l'état de liberté (?), et M. Gobley a trouvé dans l'huile de foie de raie et dans l'huile de foie de morue des quantités très appréciables de phosphore et de soufre.

Voici comment M. Riegel a opéré pour déterminer dans l'huile de foie de morue le soufre, le phosphore, l'iode, le brome, le chlore, l'acide sulfurique et l'acide phosphorique.

1 partie d'huile de foie de morue a été broyée dans un mortier avec 1 partie de nitre et 2 parties de carbonate de soude, le mélange a été introduit peu à peu dans un creuset de porcelaine chauffé au rouge. La masse calcinée a été reprise par l'eau, et dans la solution acidulée par l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique a été dosé d'abord à l'état de sulfate de baryte, et l'acide phosphorique à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien.

Mais l'huile de foie de morue renferme de l'acide sulfurique et de l'acide phosphorique tout formés, qu'il faut déduire de la quantité trouvée dans l'expérience précédente, avant de calculer le soufre et le phosphore. Pour cela, on épuise l'huile de foie de morue avec de l'eau bouillante rendue acide par l'acide chlorhydrique, et on détermine dans la liqueur aqueuse l'acide sulfurique et l'acide phosphorique. Pour doser le chlore, le brome et l'iode, M. Riegel a commencé par saponifier l'huile de foie de morue; il a carbonisé le savon, et il a épuisé le résidu charbonneux par l'eau chaude. La solution a été traitée par l'acide hypoazotique d'après la méthode de M. Grange, l'iode a été séparé par le chloroforme et précipité par le nitrate d'argent.

Pour séparer le brome, on a ajouté à la liqueur un mélange d'acide sulfurique et d'acide azotique; on a enlevé le brome à l'aide du chloroforme et on l'a précipité par le nitrate d'argent. Enfin, dans la liqueur débarrassée d'iode et de brome, on a précipité le chlore par le nitrate d'argent.

Voici les résultats que M. Riegel a obtenus en soumettant à ces essais trois espèces d'huile de foie de morue: la première, d'un blanc jaunâtre; la seconde, jaune-brunâtre; la troisième, brune.

En 1,000 parties.

	I.	II.	III.
Soufre.	0,200	0,180	0,160
Phosphore	0,205	0,140	0,090
Iode.	0,327	0,405	0,350
Brome.	0,045	0,048	0,037
Chlore.	1,120	1,133	1,020
Acide sulfurique. . .	0,640	0,692	0,475
Acide phosphorique. .	0,710	0,735	0,632

L'huile de foie de raie renferme, d'après M. Riegel, les matériaux suivants:

Phosphore	0,184	0,190
Soufre.	0,170	0,175
Iode.	0,386	0,392
Brome.	0,039	0,037
Chlore.	1,125	1,122
Acide phosphorique. .	0,720	0,733
Acide sulfurique. . .	0,618	0,610

On voit d'après cela que l'huile de foie de raie renferme ces matériaux inorganiques dans les mêmes proportions que la variété jaune-brunâtre de l'huile de foie de morue.

(*Journ. de chim. méd.*)

SUR LA PRÉPARATION DE L'ONGUENT ÉGYPTIAC,

Par M. John Harley.

L'auteur ayant eu à préparer cet onguent, et ayant remarqué qu'en faisant bouillir, ainsi que le prescrivent les diverses pharmacopées, l'acétate de cuivre avec le miel, il en résultait un précipité rouge, dû à la réduction du cuivre, tandis que la liqueur devenait alors peu impressionnable par l'hydrogène sulfuré, le médicament en question n'avait plus de formidable que le nom, et que son action était très innocente. L'auteur conseille de ne pas exposer le mélange à une température voisine de celle de l'ébullition.

On obtient alors une belle solution verte, possédant tous les caractères et toutes les propriétés des sels de cuivre, sinon, en opérant comme on le fait ordinairement, on obtient une nullité escharotique. (*Idem.*)

CONSERVATION DES FRUITS PECTORAUX.

Par M. Stanislas Martin.

Les pharmaciens qui habitent la campagne sont forcés par leur éloignement des grandes villes d'avoir en magasin une certaine provision de médicaments. Malheureusement parmi ces médicaments il y en a de très altérables; aussi est-on forcé de chercher les moyens de remédier à cet inconvénient sans nuire pour cela à l'action thérapeutique de la substance. Les fruits pectoraux sont dans ce cas.

Si l'on ouvre une caisse de figues, de dattes ou de jujubes, on voit que l'air atmosphérique réagit sur ces fruits d'une manière fâcheuse, car en peu de temps les figues se couvrent de mites, des vers éclosent dans les dattes, et les jujubes se moisissent et se dessèchent à ce point qu'il ne reste que la peau et le noyau. Puis, l'altération continuant, ces fruits subissent la fermentation vineuse, acétique et putride; alors leur décomposition devient complète, et il faut les jeter.

On prévient cette perte en suivant le procédé qu'a indiqué M. Viel pour la conservation du seigle ergoté. Il consiste à enfouir la substance entre deux couches de sucre blanc grossièrement pulvérisé.

Des fruits pectoraux peuvent être conservés d'une année à l'autre sans perdre aucune de leurs propriétés physiques et médicales; seulement il faut avoir l'attention de fendre par moitié les figues et les dattes. (*Ibid.*)

Décret relatif au stage des médecins et des pharmaciens militaires.

Nous publions aujourd'hui le texte du décret d'organisation de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. Ce décret, si nous ne faisons erreur, laisse en exercice tous les professeurs actuels; une seule chaire, celle de clinique médicale, vacante par la promotion de M. Maillot au grade d'inspecteur, devra être occupée par un nouveau titulaire.

Louis-Napoléon,
Président de la République française,
Vu le décret du 9 août 1850,
Vu le décret du 28 décembre 1850,
Vu les articles 7, 8 et 13 du décret du 23 mars 1852,
Décrète :

Art. 1er. Les élèves des Facultés de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie qui se présentent pour être admis dans le corps de santé de l'armée de terre sont soumis à un stage préalable d'une année à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires, qui est et demeure maintenue à Paris près de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Art. 2. Nul n'est admis au stage ci-dessus spécifié s'il ne remplit les conditions suivantes :

Etre Français,

Etre docteur en médecine ou maître en pharmacie de l'une des Facultés ou Ecoles de France,

Etre exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire,

Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre,

N'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans au 1er janvier qui suivra l'ouverture desdites épreuves.

Art. 3. L'année de séjour à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires étant destinée à familiariser les docteurs ou maîtres admis comme stagiaires avec les principaux aspects de la médecine militaire, avec ses conditions particulières d'hygiène, d'action et de réglementation, les conférences auront, dans l'Ecole spéciale, un caractère essentiellement pratique, que préciseront des programmes soumis à l'approbation du ministre de la guerre par le conseil de santé des armées.

Art. 4. Ces conférences auront pour objet :

1° La clinique médicale ;
2° La clinique chirurgicale ;
3° L'anatomie des régions avec applications à la médecine et à la chirurgie pratiques ;
4° La médecine opératoire, les appareils et bandages ;
5° La pharmacie militaire d'après le formulaire de l'armée et la comptabilité pharmaceutique ;
6° L'hygiène et la médecine légale militaires ;
7° La chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art. 5. Le personnel de santé chargé de l'enseignement à l'Ecole spéciale comprend :

1 professeur de clinique médicale ;
1 — de clinique chirurgicale ;
1 — d'hygiène et de médecine légale ;
1 — d'anatomie des régions ;
1 — de médecine opératoire et d'appareils de bandages ;
1 — de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

6

Le personnel de l'Ecole comprend, en outre, trois agrégés.

L'un, spécialement voué à l'étude des maladies internes, est, en cas d'empêchement, le suppléant des professeurs de clinique médicale, d'hygiène et de médecine légale; il répète ces cours.

L'autre, plus spécialement chirurgien, remplit les mêmes fonctions à l'égard des professeurs de clinique chirurgicale, d'anatomie descriptive et de médecine opératoire.

Le troisième, pharmacien, supplée, en cas de nécessité, le professeur de chimie, et reste chargé personnellement des conférences de pharmacie militaire.

Les trois agrégés sont chargés aussi de la surveillance disciplinaire des stagiaires, sous l'autorité du directeur, en tout ce qui concerne le service de l'instruction, et sans préjudice du nombre d'aides-majors de 1re classe reconnus annuellement nécessaires.

Ce personnel est complété enfin par un bibliothécaire conservateur des musées et collections.

Art. 6. Les professeurs doivent être au moins en possession du grade de major de 2e classe; ils ne dépassent le grade de principal de 2e classe qu'à la condition de sortir de l'enseignement, à moins qu'ils ne cumulent avec leur fonction de professeur celle de médecin ou pharmacien chef à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Les agrégés et le bibliothécaire conservateur des collections doivent être au moins du grade d'aide-major de 1re classe et ne dépassent pas, dans l'Ecole, le grade de major de 1re classe.

Art. 7. L'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires est placée sous l'autorité d'un directeur auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'Ecole et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement.

Le médecin-chef du Val-de-Grâce peut remplir dans l'Ecole les fonctions de sous-directeur lorsqu'il y occupe un emploi de professeur.

Art. 8. Le directeur est nommé par le chef de l'Etat, sur la proposition du ministre de la guerre.

Les professeurs et le conservateur bibliothécaire sont nommés par le ministre de la guerre, sur une liste de présentation établie par le conseil de santé.

Art. 9. Le ministre dispose, suivant les besoins du service, du personnel employé dans l'Ecole, et pourvoit à son remplacement, s'il y a lieu, conformément à la teneur de l'art. 8.

Art. 10. Les officiers de santé attachés à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément proportionnel alloué aux officiers de diverses armes employés dans les autres Ecoles militaires.

Il est attribué au directeur de l'Ecole une indemnité annuelle de frais de bureau de 1,500 fr.

Art. 11. Les professeurs et le bibliothécaire conservateur aujourd'hui en fonctions qui remplissent les conditions voulues par le présent décret sont maintenus dans leurs positions respectives.

Art. 12. Toutes les dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 13. Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Fontainebleau le 13 novembre 1852.

LOUIS-NAPOLÉON.

Le ministre de la guerre,
A. DE SAINT-ARNAUD.

Avis à MM. les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie.

Le ministère de la guerre vient de faire publier l'avis suivant :

MM. les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie sont informés que des épreuves vont avoir lieu au siége des trois Facultés de médecine pour la nomination dans l'armée à :

40 emplois de médecin aide-major de 2e classe ;
20 emplois de pharmacien aide-major de 2e classe ;

Les candidats auront à satisfaire aux épreuves ci-après déterminées, devant un jury d'admission composé de deux médecins et d'un pharmacien militaires, présidés par un inspecteur membre du conseil de santé des armées, savoir :

Pour l'emploi de médecin aide-major.

1° Composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales ;
2° Epreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques ;
3° Epreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Pour l'emploi de pharmacien aide-major.

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;
2° Epreuve orale sur une question de chimie ;
3° Epreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Les épreuves s'ouvriront à :
Montpellier, le 1er décembre ;
Strasbourg, le 10 décembre ;
Paris, le 24 décembre.

Les candidats sont priés de se faire inscrire au secrétariat de chacune des Facultés de médecine ou dans les bureaux de l'intendant militaire qui réside dans la même ville.

Ne seront admis à concourir que ceux qui seront Français, âgés de moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1853, pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de maître en pharmacie et exempts de toute infirmité qui rende impropre au service militaire. Ces conditions diverses seront constatées par le dépôt d'un extrait de naissance, par celui des diplômes de docteur ou de maître délivrés en France et par la production d'un certificat d'aptitude au service militaire établi par un médecin militaire du grade de major au moins.

Les candidats, classés en rang utile sur la liste générale d'aptitude, seront immédiatement nommés par le ministre de la guerre à des emplois d'aide-major de 2e classe commissionné ; ils seront appelés à fonctionner pendant un an dans les divers services du Val-de-Grâce et admis à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires, dont ils suivront les exercices pratiques ; ils recevront, à l'expiration de ce stage, après avoir satisfait aux examens de sortie, le brevet de médecin aide-major de 2e classe dans l'armée.

Les médecins aides-majors commissionnés toucheront, pendant leur séjour à l'Ecole spéciale, la solde du grade d'aide-major de 2e classe avec le supplément de Paris (2,800 fr. environ). Il leur sera compté pour la retraite cinq années de service à titre d'études préliminaires, antérieurement à leur admission dans le grade effectif de médecin aide-major de 2e classe.

Le programme des épreuves annoncées et du régime intérieur de l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires sera remis aux candidats qui en adresseront la demande aux intendants militaires des 1re division à Paris, 6e division à Strasbourg et 10e division à Montpellier; aux secrétariats des Facultés de médecine et aux secrétariats des Académies de Marseille, Caen, Dijon, Besançon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Tours, Grenoble, Nantes, Angers, Reims, Nancy, Lille, Arras, Clermont-Ferrand, Lyon, Rouen, Amiens, Poitiers et Limoges.

Chronique et nouvelles.

Le gouvernement vient d'accorder une subvention de 33,000 fr. pour la construction à Reims de bains et lavoirs publics destinés à la classe ouvrière. Le reste de la dépense (les 2/3) sera payé, moitié par la ville, moitié par les souscripteurs.

— On dit que le rapport sur les ouvrages envoyés au concours du prix Itard va être livré à la publicité. Nous ne pouvons qu'applaudir à une semblable résolution. Si ce rapport est conforme à la décision qui a été prise en comité secret, ce que nous avons peine à croire, connaissant l'esprit judicieux du rapporteur, il doit renfermer des considérations aussi neuves que curieuses à méditer.

— MM. Ricord et Sperino ont reçu de S. M. le roi de Sardaigne la croix de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare.

— M. J. Guérin a reçu de S. M. le roi des Belges la croix d'officier de l'ordre de Léopold.

Le Soued.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 138. — MARDI 23 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 138. — MARDI 23 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non-affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Du travail des champs considéré comme traitement de l'aliénation mentale. — HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Leçons cliniques sur la péricardite. — DE TOURS (M. Herpin). Tumeur érectile de l'orbite gauche. Ligature de la carotide primitive gauche. Guérison. — Menace de récidive du côté droit. Réfrigérants. Guérison définitive. — Observation d'un cas de gastrorrhagie symptomatique d'une splénomégalie. — Expériences de Buchner sur les capsules de pavot. — Coussins de charbon à l'usage de certains malades. — Analyse des huiles au moyen de l'acide sulfurique. — Embaumement des cadavres par le chlorure de baryum. — Société de chirurgie, séance du 13 novembre. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Charrière.

PARIS, LE 22 NOVEMBRE 1852.

Du travail des champs

CONSIDÉRÉ COMME TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE.

Grâce aux efforts des aliénistes modernes, mais surtout à ceux de notre éminent collègue M. le docteur Ferrus, le travail en général et le travail des champs en particulier est à juste titre considéré comme un des moyens les plus utiles dans le traitement de l'aliénation mentale. Ce moyen, toutefois, par des raisons auxquelles la science est le plus souvent étrangère, n'est pas encore aussi généralement usité qu'on pourrait le désirer. Cependant un progrès considérable s'est réalisé sous ce rapport depuis quelques années dans les asiles publics de la France, et parmi les médecins qui ont fait le plus d'efforts pour contribuer à ce progrès, on doit placer M. Mérier, médecin en chef de l'asile de Saint-Dizier. Suivant quelques aliénistes distingués, M. Mérier même aurait notablement exagéré l'influence d'un mode de traitement évidemment avantageux, mais dans de certaines limites seulement. L'honorable médecin de Saint-Dizier n'ayant pas encore fait connaître d'une manière complète tous les motifs de la confiance qu'il accorde au travail, ni exposé avec détails la manière dont il doit être appliqué suivant lui, nous n'essayerons pas de porter un jugement entre lui et ses contradicteurs; mais il est un élément de ce jugement que nous croyons utile de mettre dès aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs; cet élément se trouve dans le rapport que M. Mérier adresse chaque année à M. le préfet. Voici ce que nous trouvons sur la question du travail dans ce rapport, où est d'ailleurs exposée avec talent la situation financière, administrative et scientifique (1) de l'asile de Saint-Dizier :

Veuillez me permettre, monsieur le préfet, de vous exposer ici, en aussi peu de lignes que possible, les résultats et les quelques progrès que nous avons pu constater relativement au travail des aliénés dans l'année dont je vous rends compte. Du 1er janvier au 31 décembre 1851, nous avons réalisé une somme de 29,904 journées *complètes* de travail, constatées de la manière indiquée dans mon rapport de l'an dernier; c'est-à-dire à l'aide de *tableaux journaliers* dressés *ad hoc* et indiquant le nombre *exact* d'heures que chaque aliéné a consacrées au travail, pour en faire ensuite des journées variables en longueur suivant les saisons. Ces tableaux, continués avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse exactitude jusqu'à ce jour, me permettent de vous donner également le chiffre des journées effectuées pendant les six premiers mois de 1852, et ne peuvent laisser aucun doute sur la précision et la sincérité de nos calculs. Le nombre de ces journées réalisées dans les six premiers mois de 1852 s'élève à. 14,458

Ainsi, dans une période de dix-huit mois, nous avons pu obtenir un nombre total de journées de. . 44,362

Tandis que l'an dernier, dans les dix mois notés depuis octobre 1850 jusqu'en juillet 1851, le nombre des journées n'avait été que de. . . . 17,272

Vous voyez donc qu'il y a progrès, monsieur le préfet, dans ce sens; et cependant l'organisation, la régularité du travail laissent encore beaucoup à désirer, du côté des femmes principalement. J'espère que nous arriverons enfin dans cette section à des résultats meilleurs et à peu près aussi satisfaisants que ceux obtenus dans la section des hommes; mais il faudra, pour cela, de la patience, de la persévérance et même de la ténacité.

Sur une population de 150 hommes environ que renferme en ce moment l'asile, plus de 100 travaillent *régulièrement* et *quotidiennement* au dehors de la maison à toutes sortes de travaux agricoles et ouvrages de terrassements, remblais, etc. Malheureusement, je ne saurais trop le répéter et le répéterai sans cesse, les éléments *du travail des champs* nous manquent, parce que nous ne possédons pas assez de terrains; et la plupart du temps, la plus grande partie de l'année même, pour ne pas laisser dans l'inaction et l'engourdissement les bras de nos travailleurs, nous les employons, faute de meilleure occupation, à aller au loin et avec des brouettes chercher de la terre sur les grandes routes: ce qui a le double inconvénient de mettre nos malades trop en communication avec le public qui les excite ou s'en amuse, et d'employer à un travail presque aussi inutile pour la maison que peu profitable pour eux-mêmes des travailleurs qu'on pourrait occuper si utilement pour eux et pour l'établissement.

Je crois inutile et superflu, monsieur le préfet, d'entrer dans de plus amples et nouveaux détails, et de répéter ici ce que j'ai dit dans mon rapport de l'an dernier, c'est-à-dire de vous énumérer tous les genres d'occupation auxquels, indépendamment du travail des champs, sont employés nos malades des deux sexes, de vous entretenir longuement des résultats divers et des produits de tous genres que nous avons obtenus, améliorés et augmentés comparativement à ceux de l'an dernier. Qu'il me suffise de vous affirmer que notre zèle ne s'est pas ralenti sous ce rapport, et que, de même que ma conviction profonde à l'égard de la prééminence du travail sur tous les autres moyens de traitement applicables à la curation de la folie, ne s'est ni modifiée, ni affaiblie, de même mes efforts et ma persévérance dans cette voie ne tendent qu'à s'accroître et s'affermir chaque jour davantage, quelles que puissent être les critiques et les contradictions qu'une telle manière de voir doive me susciter, pénétré que je suis de l'importance de la question que je traite, de la bonté de la cause que je défends et de l'influence heureuse qu'elle peut avoir sur nos pauvres malades.

A la suite de ces détails et de cette profession de foi, M. Mérier s'empresse de rappeler ce qui avait été fait avant lui pour frayer la voie dans laquelle il marche :

Qu'on veuille bien le croire, du reste, dit-il, nous n'avons pas la prétention de nous poser en novateur ni en réformateur. La question du travail des aliénés a été depuis longtemps posée et résolue. Les hommes éminents qui ont introduit le travail dans le traitement de l'aliénation mentale en ont compris dès l'origine toute l'importance et toute la valeur; et, dès l'époque où M. Ferrus, alors médecin en chef de Bicêtre, conçut et réalisa la pensée de fonder la ferme Sainte-Anne et d'en faire une succursale agricole de Bicêtre, dès cette époque (il y a plus de vingt ans de cela), la question du travail appliquée en grand et sur une vaste échelle, comme on ne l'avait encore pas fait, en France du moins, fut jugée. Nous le répétons donc, nous n'avons pas la prétention de rien introduire, de rien inventer; nous n'aspirons à d'autre mérite que celui de pratiquer modestement et d'élargir la voie qui nous a été si heureusement indiquée et ouverte par nos maîtres, en nous consacrant avec persévérance à l'examen, à la culture et au perfectionnement, s'il est possible, de cette méthode de traitement, ou, si l'on aime mieux, de cette importante branche du traitement de l'aliénation; bien que, selon nous, cette branche constitue la partie essentielle, celle qui doit servir de base et de fondement à une doctrine, à une méthode de traitement des maladies mentales, nous ne craignons pas de le dire.

Nous croyons, ainsi que nous l'avons déjà dit, que l'utilité du travail dans le traitement de l'aliénation mentale est généralement reconnue. Toutefois, pour l'apprécier avec exactitude, il est nécessaire que des documents nombreux et précis soient publiés sur l'application qu'on aura faite de ce moyen. C'est donc avec un véritable intérêt que nous lirons ceux que nous promet M. Mérier et ceux que nous adresseront tous ses collègues les aliénistes. — H. de Castelnau.

(1) Mais celle-ci d'une manière seulement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur la péricardite.

(Suite. — *Voir* les numéros du 23 et 30 octobre 1852.)

De nombreuses différences, eu égard à la quantité et à la persistance du liquide, ont été signalées dans les épanchements qui accompagnent la péricardite.

A la suite d'inflammations qu'on pouvait regarder comme très intenses, à en juger par les accidents produits pendant la vie et par les fausses membranes trouvées après la mort, l'autopsie n'a souvent fait découvrir que quelques traces de sérosité. D'un autre côté, on a vu plusieurs fois des épanchements très considérables coïncider avec le dépôt de fausses membranes minces et peu étendues.

Dans la forme chronique de la maladie on rencontre ordinairement des fausses membranes organisées, des couches de matière plastique encore amorphes et des épanchements dont l'abondance est en général assez grande.

Dans la péricardite, de même que dans les inflammations des autres membranes séreuses, la quantité du liquide qui, pendant un temps donné, s'épanche, se résorbe, puis se reproduit de nouveau, ou bien persiste sans éprouver de modifications, est subordonnée à la proportion relative de l'élément aqueux qui entre dans la composition du sang et à l'activité de l'exhalation séreuse: on conçoit donc facilement qu'elle doive varier dans de larges limites, et qu'il n'existe pas de rapports rigoureux entre l'abondance des épanchements et le degré de violence des phénomènes inflammatoires.

Toutes les fois que la poche péricardiaque devient le siége d'une distension très considérable, sa paroi médiastine résiste à la pression excentrique qui tend à la repousser vers la partie droite de la cavité thoracique; sa paroi externe cède au contraire et refoule le poumon gauche, qu'on trouve sur le cadavre plus ou moins privé d'air et de sang.

L'investigation nécroscopique chez les individus qui ont succombé à des péricardites anciennes et terminées depuis un temps assez long fait habituellement découvrir, à part les traces qu'a laissées l'inflammation, des modifications qui portent sur l'état des parties constituantes du cœur; le plus ordinairement cet organe est hypertrophié dans ses divers tissus.

A la suite de péricardites chroniques qui se sont perpétuées en entretenant un épanchement très abondant et des couches pseudo-membraneuses très épaisses, le cœur présente une atrophie dont il n'est pas possible de contester la réalité; sa surface est ridée, la capacité de ses ventricules est amoindrie. Ces résultats s'expliquent, d'un côté par la pression continue du liquide épanché, de l'autre par l'obstacle qu'apporte aux mouvements de diastole et de systole l'enveloppe de formation nouvelle dans laquelle est en quelque sorte emprisonné l'organe central de la circulation.

La matière plastique, dont les couches successives ont revêtu la surface du cœur, est dans l'origine molle et pénétrée de sérosité; peu à peu elle se condense et perd son humidité; soit qu'elle prenne les apparences qui l'ont fait confondre par certains auteurs avec le tissu musculaire, soit qu'elle prenne l'aspect et les propriétés du tissu cellulo-fibreux, il arrive toujours un moment où elle acquiert une rétractilité dont les effets sont d'autant plus énergiques qu'elle agit d'une manière incessante.

En même temps que le cœur revient sur lui-même, l'aorte diminue de volume. Les veines pulmonaires et les veines caves sont en général dilatées.

Nous avons tracé le tableau des désordres anatomiques auxquels la péricardite donne naissance, il nous sera dès maintenant facile de rendre compte des perturbations fonctionnelles qu'elle entraîne.

Dans le premier degré de la maladie, la membrane séreuse du péricarde devient le siége d'une irritabilité insolite sous l'influence de laquelle, à l'occasion de chaque mouvement du cœur, le contact réciproque du feuillet viscéral avec le feuillet pariétal développe une sensation anormale et douloureuse; c'est cette sensation qui marque à l'intelligence du malade les battements successifs qu'exécute l'organe central de la circulation, les ébranlements et les changements de rapports qu'il subit au milieu de l'épanchement en voie de formation.

La sensation douloureuse, qu'elle soit térébrante ou lancinante, offre ce caractère remarquable, qu'elle est isochrone aux mouvements du cœur.

Le liquide qui remplit peu à peu la cavité du péricarde peut être considéré comme un corps étranger dont la présence exerce une pression inaccoutumée; à cette pression, à l'exagération de sensibilité des membranes enflammées se rattachent vraisemblablement la douleur gravative et le sentiment d'anxiété que les malades accusent au niveau de la région du sternum.

Lorsque le péricarde est distendu par l'épanchement, les souffrances que suscitent les mouvements du cœur retentissent jusqu'aux points d'insertion de la poche fibreuse; c'est en vue de prévenir ces souffrances et de diminuer l'oppression qu'elles contribuent à accroître que les malades se couchent sur le côté gauche, le tronc relevé et tendant à s'incliner en avant: dans cette attitude, le rapprochement qu'éprouvent les attaches supérieures et inférieures du sac péricardiaque fait cesser en partie la distension à laquelle il est soumis.

Toute inflammation qui se développe dans un tissu et atteint certaines limites étend son influence stimulante à l'ensemble de l'appareil circulatoire en vertu de la loi par laquelle se généralisent dans les grands appareils les lésions

primitivement locales; c'est ce qu'on observe dans la péricardite. Il se déclare un mouvement fébrile dont l'intensité est proportionnée à l'étendue du foyer inflammatoire qui en est le point de départ.

Les troubles de la circulation ont encore une autre origine, nous voulons parler des modifications que l'état de phlogose apporte dans la sensibilité de la surface interne du péricarde: l'irritabilité insolite qui se produit réagit sur le cœur et exagère son action. Il se passe, dans cette circonstance, un phénomène comparable à la toux qui accompagne les inflammations de la plèvre.

Haller a constaté qu'en promenant l'extrémité d'un stylet sur la membrane séreuse du péricarde on détermine une accélération notable dans les mouvements du cœur..

Il est facile de s'expliquer les palpitations qui subsistent, chez les malades atteints de péricardite, longtemps après que l'inflammation a disparu; elles constituent un fait de même ordre que la persistance de la toux à la suite de la pleurésie. La plèvre qui a été enflammée, lors même que les dernières traces de phlogose ont disparu, que le liquide épanché a été repris par l'absorption et que les fausses membranes sont en voie de résorption, conserve une irritabilité anormale sous l'influence de laquelle persévère une toux sèche qui revient par intervalles et se montre principalement à l'occasion des exercices musculaires.

Comme la plèvre, le péricarde conserve, après la cessation des inflammations dont il a été le siége, une irritabilité qui rend compte des palpitations auxquelles sont sujets les malades.

Le fait que nous signalons ici a plus qu'un intérêt de pure curiosité; il explique comment, en même temps que s'accomplit le travail d'organisation des fausses membranes, se développe une lésion de nutrition des plus importantes; nous voulons parler de l'hypertrophie du cœur. Cette hypertrophie, que l'on découvre sur les cadavres toutes les fois qu'une péricardite a existé plus ou moins longtemps avant la mort, est un phénomène qui surgit physiologiquement au milieu des circonstances diverses dans lesquelles peut s'accroître l'activité naturelle de l'organe central de la circulation. Lorsque l'excès d'action ne dépasse pas certaines limites, il a pour résultat un excès de nutrition du tissu contractile, à la condition cependant de faire sentir ses effets pendant un laps de temps assez considérable pour que les fonctions plastiques éprouvent une modification profonde.

D'après ce qui vient d'être dit, toute hypertrophie du cœur suppose nécessairement dans les mouvements de cet organe une activité insolite remontant à une époque plus ou moins éloignée. Parmi les états morbides en dehors de celui qui nous occupe, dans lesquels intervient cette activité insolite, l'un des plus remarquables consiste dans la présence de rugosités à la surface interne de l'aorte; il a pour effet de s'opposer au libre glissement de la colonne sanguine lancée par le ventricule gauche. Pour que la circulation continue de s'accomplir, le cœur est obligé de redoubler et l'énergie, et la durée de ses contractions; sa cavité gauche s'hypertrophie.

Le même phénomène est la conséquence des lésions de l'orifice aortique. Lorsque des indurations des valvules sygmoïdes, des concrétions ou des végétations qui ont pris naissance dans leur épaisseur ou à leur surface, lorsqu'un rétrécissement plus ou moins prononcé viennent apporter un obstacle au facile passage du sang, le ventricule gauche subit une hypertrophie dont la forme est déterminée par le sens dans lequel agit la résistance que le cœur doit surmonter.

Au nombre des signes de la péricardite, nous avons placé le bruit de frottement périphérique; il traduit à l'oreille du médecin le déplacement réciproque des feuillets opposés du péricarde et la gêne mécanique qu'apporte à leur glissement l'interposition des fausses membranes. Il manque toutes les fois que la péricardite provoque et entretient un épanchement très abondant; il disparaît lorsque le cœur s'atrophie à la suite d'une exsudation plastique assez épaisse pour triompher par la rétractilité qu'elle acquiert ultérieurement de l'énergie contractile de cet organe; ainsi le bruit de frottement périphérique correspond toujours à une période de la maladie dans laquelle les battements du cœur non-seulement ne sont pas en partie annulés, mais encore conservent un certain degré d'exagération.

L'égophonie péricardiaque est un retentissement vibratile de la voix que perçoit l'oreille appliquée sur la région précordiale; elle annonce la présence d'un liquide dans lequel les vibrations sonores sont plus courtes et plus pressées que dans les points où elles prennent origine.

La voix du malade qui parle retentit jusque dans les dernières cellules du poumon; l'ébranlement qu'elle communique à l'air contenu dans leur intérieur se transmet à travers les minces parois de l'organe, à travers le feuillet pleural qui revêt sa surface et celui qui recouvre le péricarde à l'extérieur, à travers enfin les parois du péricarde jusqu'au liquide par lequel il est distendu, s'y brise, s'y réfracte et engendre les vibrations sonores qu'on a comparées à la voix de chèvre.

L'égophonie suppose dans la cavité du péricarde la présence d'une certaine quantité de liquide; limitée à l'étendue occupée par les épanchements, elle disparaît à mesure qu'ils se résorbent.

HOPITAL DE TOURS. — M. Herpin.

Tumeur érectile de l'orbite gauche. — Ligature de la carotide primitive gauche. — Guérison. — Menace de récidive du côté droit. — Réfrigérants. — Guérison définitive.

Le 27 mai 1844 entre à l'hôpital général de Tours Madelaine Larpenteur, âgée de cinquante-neuf ans.

Elle vient pour se faire traiter d'une exophthalmie considérable. Rien de semblable dans sa famille. Son père et sa mère sont morts à une période avancée de la vieillesse, un frère et une sœur, qui vivent encore, n'ont jamais présenté aucune maladie analogue à celle-ci.

Notre malade elle-même a toujours joui d'une santé assez bonne jusqu'au commencememt de cette année (1844).

A cette époque, elle éprouva de temps en temps, et à des intervalles plus ou moins rapprochés, des douleurs dans la région temporale gauche et dans l'œil correspondant. Ces douleurs, d'abord intermittentes et légères, devinrent bientôt continues et violentes; en même temps la vision s'affaiblissait de ce côté, des battements tumultueux étaient perçus dans l'oreille gauche correspondante, au point de gêner le sommeil et même de l'enlever presque complétement; l'œil gauche lui-même semblait plus tendu, moins facile à mouvoir; la surface était plus humide, comme larmoyante; et d'après ce que la malade raconte, le blanc de l'œil était déjà encadré d'une sorte de voile mollasse et rougeâtre, probablement formé par la conjonctive épaissie (chémosis).

Cependant (avril 1844) les douleurs augmentèrent; la vue du côté malade se troubla de plus en plus et finit par être entièrement abolie, après avoir offert des phénomènes bien manifestes de *diplopie*. En même temps, l'œil était poussé en avant, les battements dans le côté gauche de la tête étaient devenus continus et insupportables; de plus, il y avait des vertiges, bourdonnements d'oreilles.

C'est alors que la malade, effrayée, se décida à entrer à l'hôpital le 27 mai 1844. A son entrée, elle présentait l'état suivant:

C'est une femme d'une stature assez élevée; l'embonpoint est peu prononcé; tempérament plutôt nerveux que sanguin. Les souffrances qu'elle endure depuis plusieurs mois, surtout la privation presque complète de sommeil, ont déjà notablement altéré sa constitution, du reste assez robuste.

M. Herpin peut constater les phénomènes énumérés plus haut:

1° Propulsion de l'œil gauche en avant; il est à moitié chassé de son orbite;

2° Ses enveloppes paraissent plus tendues;

3° Sa surface est baignée de larmes;

4° La sclérotique et la cornée sont à l'état normal;

5° Un chémosis œdémateux, placé aux limites de la sclérotique, encadre la cornée transparente;

6° La faculté de voir est presque complétement abolie de ce côté;

7° L'œil est poussé en avant, sans être plus dévié d'un côté que de l'autre;

8° Les paupières sont soulevées et distendues; leurs plis sont complétement effacés, et elles ne recouvrent plus qu'une partie du globe oculaire.

L'auscultation, pratiquée sur la région temporale (là où la malade perçoit des battements continuels), fait reconnaître un bruit de souffle bien manifeste. Ce bruit est isochrone aux battements des artères; il disparaît en grande partie aussitôt qu'on exerce une compression sur la carotide; mais il ne tarde pas à se faire entendre de nouveau avec toute son intensité quand on a cessé de comprimer ce vaisseau.

En même temps que ces signes physiques, nous trouvons encore des vertiges, éblouissements, tendance à la syncope, peu ou point de fièvre, céphalalgie violente et continuelle, bruissement dans l'oreille correspondante.

En présence de pareils symptômes, le diagnostic ne pouvait rester longtemps incertain. On avait évidemment affaire où à une tumeur érectile de l'orbite, simple ou dégénérée (fongueuse ou encéphaloïde); ou à une des variétés de l'anévrisme spontané siégeant sur les divisions de la carotide interne, et peut-être sur l'artère ophthalmique elle-même.

Le pronostic était grave. Depuis un mois la maladie avait fait des progrès rapides; l'œil était presque entièrement chassé de l'orbite; les battements violents et continuels et la douleur privaient la malade de sommeil; depuis quelques jours, l'œil droit (du côté opposé) était devenu œdémateux: il fallait donc agir d'une manière efficace et dans un bref délai; comme la compression avait fait disparaître momentanément le bruit de souffle, l'idée de substituer à ce moyen temporaire un lien constricteur définitif se présentait naturellement à l'esprit.

La ligature de la carotide primitive paraissait donc bien indiquée.

Enhardi par les succès qui avaient suivi cette opération dans des cas analogues (1), le 26 juin 1844 M. Herpin pratiqua la ligature de la carotide primitive dans le lieu d'élection et par le procédé ordinaire.

L'opération fut des plus simples et ne présenta aucun détail important à signaler. La plaie est pansée à plat sans points de suture; une simple bandelette de diachylum affronte ses bords.

Après la ligature, les battements éprouvés par la malade dans la région temporale disparurent presque complétement; le bruit de souffle, si manifeste avant l'opération, était devenu à peine sensible. La malade est rapportée à son lit.

Aucun trouble physiologique ne se manifesta sur le moment; mais environ une heure après, la malade accusa un violent mal de tête, douleur dans la gorge, déglutition pénible; la respiration était un peu gênée; le pouls petit, mais accéléré; la peau chaude, sèche. — Looch blanc; bouillon de poulet; potion calmante.

La nuit fut calme, et la malade trouva plusieurs heures de sommeil.

Le 27, l'œil droit ne présentait plus ce bourrelet œdémateux qui s'était montré quelques jours avant l'opération.

L'œil gauche (siége de l'exophthalmie) est déjà considérablement affaissé; on perçoit encore cependant un léger bruit de souffle dans le lointain; la malade entend toujours quelques faibles bourdonnements dans l'oreille. La céphalalgie a beaucoup diminué. (Potion calmante; bouillon.) Sommeil paisible.

Le 28, la malade n'entend plus que des bourdonnements légers de distance en distance; le bruit de souffle a disparu; l'œil s'affaisse de plus en plus; le mal de gorge est moindre; la déglutition est encore un peu difficile. — Looch blanc; bouillon.

Le 29, *levée de l'appareil*. Le pus est de bonne nature et en quantité convenable. Le même pansement est renouvelé tous les jours.

Tous les phénomènes sympathiques ou réactionnels, céphalalgie, mal de gorge, fièvre, ont disparu pour ne plus revenir.

Le 30, le fond de la plaie se recouvre de granulations. — Une portion,

Les 1[er] et 2 juillet, l'œil gauche est complétement rentré dans l'orbite et, chose remarquable, il a recouvré ses fonctions, que les progrès de la tumeur avaient momentanément abolies.

Le fil de la ligature est tombé du douze au quinzième jour, sans accident aucun. Cependant la plaie est restée fistuleuse jusqu'au mois de février 1845.

A cette époque, la malade put être considérée comme définitivement guérie. Il n'y avait plus aucune espèce de bruit de souffle ou de battements; l'œil était parfaitement en bon état.

Suites. — Tendance à la récidive. — En avril 1845, l'œil droit fut menacé d'une récidive: exophthalmie commençante, bruit de souffle isochrone aux pulsations du pouls et se faisant entendre dans la région temporale.

M. Herpin songeait déjà à lier la carotide gauche; mais comme la compression de la carotide primitive ne faisait ni cesser, ni diminuer le bruit de souffle et les battements de la région temporale, l'opération, qui avait si bien réussi pour le côté gauche, ne semblait pas indiquée ici.

En conséquence, M. Herpin dut se borner à des applications de glace pilée maintenue à l'aide d'une vessie sur la tumeur.

Cette indication, continuée avec persévérance pendant trois mois, fut couronnée du plus complet succès, car la tumeur s'affaissa peu à peu et finit par disparaître entièrement avec les bruits anormaux dont elle était le siége.

La vision, un moment altérée, est redevenue tout à fait normale.

Aujourd'hui, 14 octobre 1852, cette femme existe encore; elle est bien portante; elle ne présente aucune tendance à la récidive.

Elle s'est présentée plusieurs fois devant la Société médicale d'Indre-et-Loire, et j'ai pu moi-même, sur l'invitation de mon excellent maître M. Herpin, constater de nouveau la réelle et complète guérison. D[r] G. Triquet.

(1) Treize cas de succès à la suite de la ligature de la carotide primitive pour des tumeurs érectiles de l'orbite et de la face (Velpeau, *Médecine opératoire*, 1840).

OBSERVATION D'UN CAS DE GASTRORRHAGIE

symptomatique d'une splénomégalie;

Par M. le docteur E. Robert, médecin à Landrecies (Nord).

Les communications faites, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, par M. Grisolle, et les observations que nous avons publiées dans notre journal ont démontré la singulière influence qu'ont les engorgements de la rate sur l'hématémèse. Une des observations relatées dans notre lettre de Genève fournit un exemple de plus de cette influence, si importante à connaître pour le praticien.

Voici un nouveau fait analogue à ceux que nous avons publiés déjà, et qui contribuera à appeler l'attention des médecins sur une circonstance qui n'est pas encore suffisamment appréciée. Nous l'empruntons à la *Gazette médicale de Paris*.

Le sieur M..., tailleur, âgé de cinquante-trois ans, père de quatre enfants, demeurant à Landrecies, était jadis doué d'une excellente constitution, à laquelle des veilles nombreuses, des excès de boisson et de femme, avaient déjà porté d'assez graves atteintes pour mettre ses jours en danger.

Il existe derrière les murs d'enceinte de la ville une vaste mare d'eau boueuse et stagnante, qui est en même temps le réceptacle des immondices fournies par une caserne où séjourne tout un escadron de cavalerie.

M... avait loué ce prétendu étang et l'avait converti en vivier dans lequel il se livrait avec passion au plaisir de la pêche, séjournant en toute saison, presque nu, durant plusieurs heures, au milieu des miasmes putrides exhalés par cette eau infecte.

Le 16 août dernier, à trois heures du matin, je fus appelé auprès de M..., si faible, disait-on, qu'on craignait qu'il ne fût trépassé avant mon arrivée chez lui. Je m'enquis en route des antécédents du malade, et j'appris que depuis quatre jours il n'avait cessé de se gorger de cidre, que la veille il s'était rendu à son jardin, d'où, après une grande faiblesse qu'il avait éprouvée, on avait dû le ramener chez lui; un léger mieux s'était d'abord manifesté dans la soirée, mais les accidents venaient de se reproduire.

A mon arrivée, je trouvai M... assis sur son séant; ses traits portaient l'empreinte d'une extrême pâleur, ses lèvres surtout et ses oreilles semblaient de cire; les extrémités étaient froides et imbibées d'une sueur visqueuse; le pouls était à 120, la respiration des plus pénibles, et le malade dans un état de faiblesse extrême.

Je percutai les principaux organes; le foie était considérablement revenu sur lui-même, le cœur petit, les poumons refoulés en haut; la rate, enfin, présentait 12 centim. dans le sens vertical.

J'examinai ensuite l'abdomen ; les intestins étaient presque vides ; il s'y faisait seulement entendre quelques gargouillements ; j'appris en même temps que M... avait été pris d'une entérorrhée intense depuis quatre jours ; la dépression que présentait le ventre m'offrit un contraste frappant avec une voussure très prononcée sise à la région épigastrique.

Je percutai l'estomac, et la matité, le bruit hydraérique m'accusèrent bientôt sa distension énorme par une grande quantité de liquide. Il en résultait une anadiaphragmie, cause de la grande gêne que j'observai dans l'acte respiratoire.

M... ne pouvait imprimer aucun mouvement à sa tête sans qu'il en résultât une faiblesse ; ne pouvant m'expliquer cet état d'anencéphalémie que par une perte de sang considérable, je fus immédiatement porté à diagnostiquer une gastrorrhagie. Dans le but de m'en assurer, je prescrivis immédiatement 1 décigramme de tartre stibié en lavage ; l'ingurgitation d'une première tasse de ce vomitif fut immédiatement suivie d'un abondant vomissement de sang, et pendant que s'opérait cette évacuation, cherchant à remonter à la pathogénie de cet accident, je resongeai à ma rate de 12 centimètres et crus pouvoir préjuger qu'il y avait corrélation entre ces deux états organopathiques ; c'était une indication pour le traitement. Une fois le vomissement arrêté, j'administrai 1 gramme de sulfate de quinine rendu soluble par l'acide sulfurique ; j'avais surtout été encouragé à recourir à cette médication en apprenant de M... qu'il avait éprouvé plusieurs fois des accès de fièvre parfaitement caractérisés.

Le plessimétrisme de la rate m'apprit, après cinq minutes, que cet organe n'avait plus que 9 centimètres. Satisfait de ce résultat, je me promis de recourir au même moyen ; en attendant, je m'attachai à remplir les indications les plus pressantes. Pour combattre l'anencéphalémie, je fis coucher le malade le plus horizontalement possible ; je lui administrai la limonade sulfurique froide comme hémostatique.

Durant toute la journée jusqu'au lendemain 17, il n'y eut plus que deux vomissements, colorés cependant en rouge foncé. Je crus opportun de recourir à une nouvelle dose de sulfate de quinine qui fut administrée ; je recommandai de nouveau la position, la limonade et la diète d'aliments.

Le 18, on me présenta une selle du malade ; c'était de véritable méléna, ce sang noir laissant déposer une matière pulvérulente de même couleur. D'après ses caractères, j'admis qu'une portion du sang contenu dans l'estomac avait franchi le pylore et traversé les intestins assez rapidement ; la rate était remontée à 7 centimètres ! Espérant qu'elle ne se gonflerait plus de nouveau et qu'aucune nouvelle gastrorrhagie ne surviendrait, je me contentai d'user des mêmes moyens.

Le 19, une nouvelle selle provoquée par un lavement légèrement purgatif me fut présentée, et grande fut ma terreur quand j'y vis mêlés à ce même sang noirâtre quelques flocons imitant la *lavure de viande* ; je songeai à quelque carcinie de l'intestin ; mais la palpation et la percussion la plus attentive ne me firent rien reconnaître.

Le 20, les mêmes phénomènes furent observés ; seulement l'examen plus attentif des petits flocons, objets de mes craintes, me les fit reconnaître pour de légers filets de fibrine coagulée et comme organisée.

Le 21, la preuve de cette réalité et de la non-existence de carcinie se révéla. Une nouvelle selle me permit d'observer une masse noirâtre, comme spongieuse et écumeuse, qui s'affaissa, une heure après, en un liquide noir dans lequel n'existait plus de fibrine ; j'en conclus que j'avais affaire à une partie de sang qui, à sa sortie de l'estomac, avait subi dans les intestins un commencement de digestion.

Jusqu'au 24, je pus encore observer quelques selles identiques dont la quantité allait constamment en décroissant. J'avais eu soin, aussitôt que l'état du malade me l'avait permis, de lui faire avaler dans la journée de temps en temps une cuillerée de bouillon consommé, un peu de vin généreux, et toujours de la limonade froide.

Enfin, le 25, on me montra une selle parfaitement jaunâtre et bilieuse. Je trouvai le moment propice pour recourir aux toniques analeptiques, mais l'état de la langue, que l'on eût prise à son aspect pour un morceau de viande macérée, ôtait tout appétit à mon malade ; j'eus recours, pour le soutenir, à une potion à base d'extrait de quinquina, que je fis administrer par cuillerée ; et insensiblement j'arrivai ainsi aux potages, aux viandes blanches, me réglant toujours sur l'état de l'intestin.

Enfin, le 5 septembre, aucune hémorrhagie n'étant revenue, l'angiibrome fonctionnant à merveille, je prescrivis les ferrugineux, et aujourd'hui mon malade, bien que légèrement hypérémique, reprend ses forces, et tout porte à croire qu'elles ne tarderont pas à lui revenir.

Le but de cette observation est de faire ressortir une fois de plus l'importance de la percussion plessimétrique dans toute espèce de maladie ; sans elle, en effet, je n'eusse pas découvert cette splénomégalie, qui pour moi était le point de départ de la gastrorrhagie, et mon traitement se serait pour sûr ressenti de cette omission.

Une autre remarque est encore à signaler, à propos de cette même observation, c'est l'efficacité incontestable de la limonade sulfurique froide comme hémostatique.

EXPÉRIENCES DE BUCHNER

sur les capsules de pavot.

On sait que diverses personnes se sont occupées des capsules de pavot, et particulièrement MM. Chevallier, Grandval, Soubeiran, etc., et que les opinions sur la valeur de ces capsules n'est pas encore unanime. M. Buchner a publié un travail duquel il résulte :

1° Que le pavot recueilli à l'état vert ne surpasse pas en activité médicale celui qu'on récolte à l'état de parfaite maturité ;

2° Qu'il perd la majeure partie de son suc laiteux par la partie détachée de la tige, si bien qu'après la dessiccation la saveur qu'il présente n'est plus que très légèrement amère, et que les matériaux que fournit sa macération aqueuse sont par-dessus tout d'une nature mucilagineuse et pectinacée ;

3° Qu'en prenant toutes les précautions possibles pour éviter cette déperdition du suc laiteux, il renferme alors une petite quantité de méconate de morphine ;

4° Que les capsules de pavot récoltées à l'état de parfaite maturité renferment en plus petite quantité que les précédentes les substances solubles dans l'alcool et dans l'eau. Leur infusion est moins mucilagineuse et moins douce ; elle fournit un liquide moins épais et elle a un goût d'opium plus prononcé. Elle paraît contenir le méconate de morphine et d'autres alcaloïdes qui lui communiquent une vertu sédative et calmante, quoique cette vertu existe encore à un degré beaucoup moindre que dans l'opium ;

5° Que les proportions d'alcaloïde dans les capsules vertes et mûres sont entre elles comme 100 et 258 ;

6° Que le pavot récolté à sa maturité complète est donc supérieur à celui qu'on récolte à l'état vert, et la proposition faite par Winckler d'en fabriquer un extrait qui remplace l'opium a été reconnue par Engerer et d'autres savants digne de la sérieuse attention des chimistes. Pour préparer cet extrait, on prendrait le pavot à l'état de maturité complète, et, après l'avoir débarrassé des semences et réduit en poudre grossière, on le ferait macérer dans l'eau de manière à obtenir un extrait aqueux, qui serait repris par l'alcool. Le liquide alcoolique serait ensuite distillé et évaporé au bain-marie en consistance d'opium.

COUSSINS DE CHARBON A L'USAGE DE CERTAINS MALADES.

Tout le monde connaît les propriétés désinfectantes du charbon. Longtemps avant que Lowitz en fît l'objet des recherches spéciales qu'il publia en 1790, l'usage avait consacré l'utilité de certaines pratiques fondées sur ces propriétés. C'est ainsi, par exemple, que dans un grand nombre de localités on ne manquait pas de jeter, chaque année, dans les citernes, afin d'en purifier l'eau, des charbons incandescents provenant des *feux de la Saint-Jean.*

Aujourd'hui, par suite des travaux de plusieurs chimistes, et en particulier de MM. Théodore de Saussure, Payen, etc., nous savons que le charbon peut servir, en outre, à la décoloration d'une foule de liquides. Cette double propriété de désinfecter et de décolorer a été mise à profit par l'industrie et par l'hygiène ; ainsi, les raffineries emploient des quantités considérables de charbon provenant de la calcination des os, ou noir animal, pour obtenir des sirops incolores, et, d'un autre côté, la désinfection des matières putrides peut être opérée instantanément par l'addition d'une quantité convenable de charbon très divisé.

Un médecin anglais, M. Howel, a eu l'heureuse idée d'appliquer le charbon à l'appropriation de certains malades qui gâtent sous eux par manque de forces ou d'intelligence. Les coussins de balle d'avoine, employés ordinairement pour garantir les autres objets de literie, deviennent promptement un foyer d'infection, même en ayant soin de les changer fréquemment, ce qui ne laisse pas d'ailleurs d'être assez coûteux. M. Howel ayant, dans une des salles d'hôpital confiées à ses soins, une malade dont le voisinage était devenu intolérable, la fit placer sur un sac en calicot de 50 centimètres carrés, remplis en partie de charbon pulvérisé, et servant à la fois de coussin et d'appareil désinfectant. A partir de ce moment toute mauvaise odeur disparut, et en tenant le reste du lit dans un état convenable de propreté, le succès fut complet.

Ce moyen est simple et fort économique. On pourrait, ce me semble, le mettre à la portée de tout le monde en remplaçant le charbon par de la terre calcinée. La petite quantité de matières organiques contenues dans toute terre végétale se réduit, par la calcination, en un charbon très divisé, qui rend ce produit plus propre qu'aucun autre à opérer une désinfection rapide et complète.

Quoi qu'il en soit, le procédé dont nous venons de parler trouvera plus d'une application utile pour des infirmes ou des aliénés, dans les établissements publics de bienfaisance, comme chez les particuliers.

ANALYSE DES HUILES

au moyen de l'acide sulfurique.

Par M. Maumené.

Les huiles grasses mêlées à l'acide sulfurique dégagent de la chaleur.

Cette action peut servir à les distinguer ; elle sépare d'une manière tranchée les huiles siccatives de celles qui ne le sont point.

Dans un verre à expérience ordinaire on a placé 50 grammes d'huile d'olive. Un thermomètre plongé dans le liquide ayant pris la température, on a fait tomber avec soin 10 centimètres cubes d'acide sulfurique bouilli (66 degrés Baumé). On a mêlé les liquides en agitant le thermomètre et suivant des yeux la marche du mercure. En partant de la température de 25 degrés pour l'huile et l'acide, le thermomètre s'élève à 67 degrés ; augmentation, 42 degrés.

Le mélange n'exige pas plus de deux minutes ; il n'en faut pas plus d'une pour arriver à la température maximum.

Dans un autre verre pareil, on a placé 50 grammes d'huile d'œillette, et on l'a traitée de même par l'acide.

En partant de 26 degrés, le thermomètre est monté à 100°,5 ; augmentation, 74°,5.

Il est essentiel de remarquer dans ce cas :

1° Un développement très notable d'acide sulfureux qui ne se produit pas avec l'huile d'olive ;

2° Un boursouflement considérable du liquide. Par suite de ces deux circonstances, le chiffre 74°,5 est trop faible.

La différence de 42 degrés à 74°,5 est assez forte pour offrir un moyen d'analyse.

L'expérience répétée à plusieurs reprises dans les mêmes conditions, avec la même huile d'olive, a donné chaque fois le même développement de chaleur de 42 degrés.

L'expérience faite sur des huiles d'olive de diverses provenances a prouvé que l'action de l'acide sulfurique est constante lorsque l'huile est pure, et lorsqu'on opère à un même degré de chaleur.

L'action de l'acide n'est pas moins constante sur l'huile d'œillette. Les expériences prouvent, de plus, que le développement de chaleur dû à cette huile est réellement de 86°,4, au lieu de 71 à 74 degrés qu'indique l'expérience directe.

Ce procédé d'analyse peut s'appliquer aux huiles d'olive du commerce. Souvent ces huiles ne sont falsifiées que par l'œillette, et, dans ce cas, leur analyse peut être faite avec exactitude, si l'on est assuré de la composition qualitative.

Mais qu'arriverait-il en cas de mélange avec d'autres huiles ? Pour répondre à cette question, j'ai déterminé l'élévation de température produite par la plupart des huiles pures. Il résulte de mes recherches que l'huile de ben et l'huile de suif donnent à peu près le même dégagement de chaleur que l'huile d'olive ;

Que les autres huiles produisent un dégagement de chaleur plus considérable à l'aide duquel on peut aisément les distinguer de l'huile d'olive ;

Enfin, que les huiles siccatives donnent beaucoup plus de chaleur que les huiles non siccatives, et peuvent être facilement reconnues.

L'huile de ben et l'huile de suif ne peuvent être mêlées à l'huile d'olive. Par conséquent, toutes les fois que l'huile d'olive donnera plus de 42 degrés de chaleur dans son mélange avec 10 centimètres cubes d'acide sulfurique bouilli (à la température de 25 degrés), cette huile ne sera pas pure.

Ce qui précède me paraît suffire à montrer le parti qu'on peut tirer de l'acide sulfurique pour l'analyse des huiles. Dans les mélanges formés seulement de deux huiles, l'emploi de cette acide aidera puissamment à déterminer la qualité. L'analyse qualitative opérée, la quantité pourra souvent en être déduite avec précision.

EMBAUMEMENT DES CADAVRES PAR LE CHLORURE DE BARIUM,

Par M. Blandet.

Outre le sulfate d'alumine, qui était employé par M. Gannal, on sait que l'hyposulfite de soude et le chlorure de zinc se disputent l'avantage de conserver par injections les cadavres humains. M. Blandet a mis du sang dans une solution concentrée de l'un et de l'autre sel, et au bout de quinze jours, au contact de l'air, le sang sentait mauvais avec l'hyposulfite, quoique liquide et noir ; le chlorure de zinc l'avait précipité sans mauvaise odeur. Il a expérimenté un autre sel, chloruré comme le sel de zinc, alcalin comme le sel de soude, le chlorure de barium. Ce sel maintient le sang liquide, comme le sel de soude, et le conserve sans odeur, comme le sel de zinc.

La propriété du sel de baryte de rendre le sang imputrescible doit, suivant l'auteur, faire employer le sang saturé de baryte dans l'art d'embaumer les corps. La transfusion du sang sur les cadavres offrirait de grands avantages. Ce qui, ajoute M. Blandet, a nui généralement jusqu'à ce jour à l'adoption dans les familles des méthodes diverses d'embaumement, c'est l'aspect cadavéreux des sujets les mieux injectés. Les artères étant vides après la mort, la coloration rosée des tissus disparaît, et l'injection des liquides incolores ne peut pas la faire reparaître. Injectez au contraire du sang rendu imputrescible, et le double but de la conservation et de la recoloration des corps est atteint.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 novembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Marjolin, à l'occasion du procès-verbal. Tout en rendant justice aux efforts des micrographes pour arriver à préciser autant que possible le diagnostic de certaines affections, je crains que la Société n'entre dans une mauvaise voie en acceptant sans aucune observation, sans aucun contrôle ce qui nous est dit de la nature essentielle de certaines tumeurs.

J'admets sans aucun doute qu'il existe dans les tumeurs que nous observons si fréquemment des différences de texture qui ne sont appréciables qu'à l'aide du microscope ; mais, si on vient à examiner ces mêmes tumeurs au point de vue clinique, elles ont entre elles une si grande analogie que je crois qu'elles ne sont qu'un genre, peut-être même qu'une espèce dans la grande famille des affections cancéreuses. Si l'ordre du jour de la séance n'était pas aussi chargé, j'aurais désiré voir cette question élucidée, car pour moi j'ai bien de la peine à croire qu'une tumeur du genre de celle qui vous a été présentée par M. Demarquay soit autre qu'un cancer de l'os.

M. Lebert. Je répondrai à M. Marjolin que, bien que la discussion ne puisse pas s'engager dans ce moment, je ne puis cependant pas laisser passer l'opinion qu'il a émise sans protester formellement contre la défaveur qu'elle paraît vouloir jeter sur le microscope et son utilité dans la détermination de la nature des tumeurs.

Non-seulement l'utilité de ces études est aujourd'hui généralement reconnue, mais pour l'examen des tumeurs elle est tout particulièrement fondée sur des recherches si nombreuses faites avec une si minutieuse exactitude qu'il n'est guère rationnel de la révoquer en doute. Il ne s'agit pas seulement dans les recherches qui me sont propres sur cette matière de quelques minuties trou-

vées au moyen d'un instrument d'optique, mais bien au contraire de la confrontation continuelle des caractères anatomiques et microscopiques avec l'observation clinique, ce qui leur donne une véritable valeur pratique.

Du reste, loin de craindre la discussion sur ces questions, je serai heureux de la provoquer, et j'aurai l'honneur de présenter incessamment dans ce but à la Société un grand travail sur les tumeurs fibro-plastiques.

MM. Larrey et Chassaignac regrettent que l'on ait cherché à soulever une question qui ne pouvait être discutée dans cette séance.

M. Marjolin. Malgré tout le désir que j'ai de voir le jour se faire dans une question aussi importante, je n'aurais pas pris la parole si dans la note qui m'a été remise par M. Demarquay je n'avais trouvé ces mots : Il résulte des recherches faites par notre collègue M. Lebert que la tumeur du bras est composée d'éléments fibreux et fibro-plastiques.

Il est cependant évident que, pour tous ceux qui ont lu l'observation de M. Demarquay et qui verront ensuite le résultat des recherches micrographiques, il y aura un doute sur la nature de la tumeur. En effet, si aujourd'hui on nous parlait d'une tumeur pulsatile accompagnée de bruit de souffle, de douleurs vives et de ramollissement du tissu osseux, nous dirions très probablement : c'est ou un anévrisme ou un cancer; or c'étaient là les caractères que présentait le malade que vous avez examiné, et aujourd'hui nous voyons que la tumeur est composée d'éléments fibreux ou fibro-plastiques; il me semble qu'il est permis de douter, et c'est pour cela que j'ai cru convenable d'attirer l'attention de la Société sur ce fait, bien que la question ne pût être discutée aujourd'hui.

M. Lebert. Voici les renseignements que je puis donner sur la tumeur présentée par M. Demarquay. L'opération fut faite le 16 octobre, et ce ne fut que cinq jours après que j'eus communication de la pièce. Non-seulement elle avait pu s'altérer par la putréfaction, la température étant très douce, mais, comme en outre les veines et les artères avaient été injectées, cette préparation pouvait encore contribuer à masquer les caractères de sa structure intime. Je fis part de ces causes d'erreur à M. Demarquay, tout en lui disant que, dans l'intérêt du malade, j'étais cependant bien aise de ne pas trouver des preuves directes de l'existence du cancer, mais de rencontrer plutôt des éléments fibreux et fibro-plastiques.

D'un autre côté, le mode d'être anatomique de cette tumeur présente quelques caractères que l'on ne rencontre pas ordinairement dans le cancer des os : la tumeur est ovoïde, partout bien délimitée, entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse très vasculaire. Elle ne ressemble pas au cancer périostal diffus de sa nature et parsemé de particules osseuses; elle est également bien plus circonscrite que le cancer ordinaire du canal médullaire.

Les souffrances du malade n'autorisent pas à diagnostiquer un cancer. Ne voyons-nous pas les petits tubercules douloureux sous-cutanés de nature fibreuse ou fibro-plastique occasionner des douleurs tellement vives que les malades sont impatients d'être débarrassés de la source de leurs souffrances?

La tumeur de M. Demarquay ne me paraît donc pas très heureusement choisie pour être le point de départ d'une discussion contre le microscope.

Correspondance.

M. le professeur Chélius, d'Heidelberg, membre associé étranger, adresse à la Société une lettre de remerciments. Cette lettre sera déposée aux archives.

— M. Roy-d'Etiolles adresse à la Société un duplicata de la lettre et de l'observation qu'il a adressées à l'Académie de médecine dans la dernière séance à l'occasion du rapport fait par la commission du prix d'Argenteuil.

La Société passe à l'ordre du jour.

— M. le docteur Houzelot, chirurgien de l'hôpital de Meaux, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse un travail sur la luxation de l'extrémité supérieure du cubitus gauche et une observation d'anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche.

(MM. Debout, Lenoir, Laborie, sont chargés de faire un rapport.)

— M. Larrey transmet à la Société une lettre et une observation de M. le docteur Liégey (de Rambervilliers), relatives à une hémorrhagie périodique dans un cas de plaie d'arme à feu, et il propose que ce travail soit renvoyé à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. le professeur Bouisson (de Montpellier) sur les hémorrhagies intermittentes.

— M. le docteur Dupont, médecin de l'hôpital d'Harcourt (Eure), adresse à la Société une observation de fracture longitudinale du radius. (M. Houel est chargé d'en rendre compte.)

— M. le docteur Camescasse (de Smyrne), membre correspondant, adresse à la Société une lettre de remerciments.

— M. le président de la Société nationale et centrale d'agriculture adresse une lettre d'invitation pour sa séance annuelle.

M. le président charge M. le secrétaire de vouloir bien adresser, au nom de la Société, une lettre remerciments.

— M. Debout fait hommage à la Société des 40 volumes qui composent la collection du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

M. le président remercie M. Debout au nom de la Société.

— M. Danyau adresse le rapport fait à l'Académie sur une observation de renversement complet de la matrice, dont la réduction fut tentée au bout de quinze mois.

Communications.

M. le docteur Foucault (de Nanterre) lit une notice sur un appareil à irrigations continues dans les organes génito-urinaires et dans le rectum.

(MM. Danyau, Denonvilliers, Boinet sont chargés de faire un rapport.)

— M. Broca, prosecteur d'anatomie de la Faculté, commence la lecture d'un mémoire très étendu sur les luxations dites de l'astragale. (La première partie de ce travail a trait à la luxation sous-astragalienne.)

— M. Forget, au nom de la commission chargée d'examiner les travaux de M. le docteur Jarjavay, lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De la dilatation des conduits excréteurs dans les glandes salivaires.*

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Adresser à M. Jarjavay des remerciments pour son intéressant mémoire, et renvoyer son travail au comité de publication;

2° Admettre M. Jarjavay comme membre titulaire de la Société.

Après la lecture des conclusions du rapport, M. le président annonce que la discussion est ouverte.

M. Giraldès. Il me semble, puisque M. Forget avait manifesté, en me citant, l'intention de compléter l'historique de cette affection, qu'il aurait dû saisir l'occasion de parler des recherches intéressantes de sir Benjamin Brodie sur les dilatations des canaux galactophores.

M. Forget. Je répondrai à M. Giraldès que j'avais parlé de ces travaux dans le mémoire que j'ai publié en 1848.

M. Chassaignac. J'avais constaté en 1844, et le fait a été publié, la dilatation du canal de Warthon. C'était à l'hôpital Necker, lorsque je remplaçais M. Lenoir. Le malade éprouvait des douleurs très vives dans ce point. En examinant la bouche, j'aperçus sous la langue une concrétion blanchâtre; la circonférence était molle et le centre plus dur. Je pus l'extraire facilement et introduire ensuite un stylet dans le conduit de Warthon, qui était manifestement dilaté.

La question, actuellement, ne se borne plus à demander si la dilatation du conduit de Warthon est possible; elle porte sur ce point que, dans la majorité des cas, ce que l'on a cru être le conduit dilaté n'est autre que la dilatation d'une petite bourse muqueuse décrite par Fleischmann.

Je crois que les dilatations du canal sont assez rares et surtout peu durables; la douleur s'oppose à l'idée d'une dilatation chronique. Il ne faut pas, pour admettre la possibilité du fait qui nous occupe, conclure d'après ce qui se passe dans d'autres canaux; c'est tout différent. Sous plusieurs rapports, l'observation de M. Richet est fort curieuse.

M. Giraldès. Je regrette de ne pas être tout à fait de l'avis de M. Chassaignac. Je pensais comme lui avant certaines recherches, mais maintenant je diffère d'opinion; et il est facile de se convaincre de la vérité :

1° A cause de la nature du liquide contenu dans la tumeur. Ainsi, lorsque celle-ci n'est pas la suite de la dilatation d'un conduit salivaire, le liquide qu'elle contient n'est pas identique au liquide sécrété par la glande : or ce liquide contenu dans les grenouillettes est en apparence identique au liquide qui provient de la glande sous-maxillaire, c'est-à-dire visqueux, filant comme du blanc d'œuf.

2° Le volume et le siége de la tumeur sont encore à considérer pour le diagnostic. Lorsque ce sont les conduits salivaires qui se dilatent, la tuméfaction s'étend plus loin; ainsi, Boyer a cité des tumeurs qui faisaient saillie sous la mâchoire.

J'ai vu, dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, une tumeur qu'il avait ouverte et qui contenait une matière analogue à de la semouille. Lorsque chez ce malade je pratiquais des injections et que j'exerçais une pression, le liquide sortait par l'orifice du conduit situé près du frein de la langue.

M. Baillarger a rapporté des cas de dilatation complète des conduits parotidiens.

Maintenant, si on procède par analogie, on verra que les autres glandes fournissent des exemples de dilatation analogue, et de même qu'il y a des kystes des reins formés par la dilatation des canaux urinifères, il peut y avoir des dilatations partielles des conduits salivaires simulant des tumeurs : on a donc l'induction en plus des faits.

M. Chassaignac. Je ne vois pas trop en quoi l'opinion de notre honorable collègue est contraire à la mienne; seulement je crois qu'il faut rester dans la question et ne pas y mêler ce qui a trait aux kystes des reins, etc.. Il ne faut pas trop ici se servir de l'induction.

A ceux qui nient la possibilité de la dilatation du conduit de Warthon, il faut le leur montrer dilaté, ce qui est du reste fort rare; car, je le répète, dans le plus grand nombre des tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, ce conduit est dans l'état normal. Il suffit, pour pratiquer son cathétérisme, d'exciter la sécrétion de la salive par l'application d'une substance sapide sur la muqueuse buccale; on peut alors introduire facilement un stylet. Le fait de M. Richet est d'autant plus curieux qu'il a été suivi jusqu'à la fin.

M. Lenoir. J'ai vu ces jours derniers à la campagne un jeune homme qui portait à la partie moyenne et antérieure du cou un kyste assez volumineux. J'ai fait une ponction, et il est sorti un liquide séreux mêlé de grumeaux assez semblables à de la semouille. C'était là l'occasion de rechercher si ce kyste était une dilatation des conduits salivaires. C'est ce que j'ai fait. Après avoir mis un peu de sucre sous la langue, j'ai vu parfaitement la salive sortir des orifices, et il m'a été très facile, en introduisant un stylet dans le conduit de Warthon, de m'assurer qu'il n'y avait aucune communication entre lui et la tumeur.

Dans le fait auquel M. Giraldès faisait à l'instant allusion, et qui a été communiqué à la Société, j'ai eu la certitude que c'était bien un kyste et non une grenouillette, et si plus tard il y a eu une communication entre la tumeur et les conduits salivaires, c'est que la suppuration l'avait probablement établie.

M. Denonvilliers. Je partage entièrement les idées de M. Chassaignac, et je crois qu'il serait bon, dans le rapport, de faire sentir que les tumeurs désignées sous le nom de *grenouillette* ne sont pas toujours une dilatation des conduits. Ce qui serait important, ce serait de chercher à établir la proportion sous le rapport de la fréquence entre les kystes et la dilatation du conduit de Warthon.

Puisque l'on a des éléments suffisants pour établir le diagnostic, il faut éviter qu'on dise plus tard qu'on a confondu ensemble deux affections bien distinctes. Ainsi il est évident que les observations de MM. Robert et Maisonneuve ne ressemblent en rien à la grenouillette.

En terminant, je dirai que je suis étonné que personne n'ai fait attention à une circonstance pratique bien propre à éclairer le diagnostic. Personne n'ignore avec quelle peine on parvient à fermer les fistules, tandis que dans la plupart des tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, ce qui préoccupe le plus le chirurgien, c'est d'empêcher les ouvertures pratiquées sur la tumeur de se cicatriser. Il faut donc, lorsqu'on excise ces tumeurs, qu'on excise une partie tout à fait distincte de l'appareil salivaire.

M. Giraldès. Notre honorable collègue a touché à une question très importante, la proportion, entre les dilatations véritables et les kystes, il l'a résolue dans son sens plutôt par sentiment que par démonstration, et il n'a pas assez tenu compte de la différence du liquide dans l'un et l'autre cas.

M. Denonvilliers. Je crois que c'est bien plus par le cathétérisme et les résultats du traitement qu'on pourra arriver à résoudre la question que par la physiologie. Quant à expliquer l'analogie des liquides, c'est un point très difficile.

M. Follin. J'ai eu occasion de voir dans le service de M. R. Marjolin, lorsqu'il remplaçait M. Bérard à Saint-Antoine, un malade qui présentait une grenouillette bien évidemment formée par un kyste indépendant du conduit de Warthon, et dans ce cas il fut facile d'en avoir la certitude. M. Marjolin, frappé de la lenteur du traitement ou des récidives lorsqu'on n'excise qu'un petit lambeau de la tumeur ou qu'on laisse un séton, traversa le kyste vers sa base avec un fil plat, et soulevant ensuite le fil excisa franchement la muqueuse derrière lui. Je disséquai ensuite la pièce avec beaucoup d'attention, et il fut facile de retrouver derrière la tumeur le conduit de Warthon bien isolé.

M. Larrey. Il me semble, messieurs, que nous revenons sur une discussion qui a déjà eu lieu au sein de la Société, et que jusqu'à présent aucun élément nouveau ne s'est fait jour.

M. Richet. Je crois que l'observation générale de notre honorable collègue M. Denonvilliers n'est pas tout à fait exacte en ce qui regarde la difficulté de cicatrisation des fistules salivaires et la tendance opposée qu'on remarque dans les dilatations du conduit de Warthon.

Dans le fait que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société par l'organe de M. Forget, la ponction faite à la tumeur d'après les idées qui avaient conduit M. Denonvilliers à faire sa remarque, c'est-à-dire dans le but d'établir une fistule, avait échoué deux fois. Il est vrai que dans la première opération la fistule se maintint pendant une année entière; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle se referma et qu'elle nécessita une nouvelle ponction. Si en général les fistules ont de la peine à se fermer, il faut néanmoins convenir qu'un assez grand nombre se ferment seules, témoin les fistules *urinaires.*

M. Denonvilliers. Je crois que, dans l'observation de M. Richet, il s'est passé quelque chose d'analogue à ce qu'a mentionné M. Follin.

M. Richet. Je ne pense pas qu'il ait été possible, dans le fait que j'ai cité, d'avoir lésé le conduit de Warthon, attendu qu'il était tout à fait dans le fond du kyste et non sur la paroi qui fut le siége de l'opération; je m'en assurai pendant la vie en abstergeant avec de la charpie le liquide qui sortait du fond du kyste lorsqu'on pressait la glande sous-maxillaire, et la preuve la plus certaine est la dissection que j'ai faite après la mort.

Après cette discussion, l'adoption des conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Forget est renvoyé au comité de publication.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 22 novembre 1852.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une note que vous avez publiée (n° 137, 20 novembre 1852) et qui est relative à une nouvelle sonde de trousse imaginée par M. le docteur Chassaignac, on signale plusieurs inconvénients de l'algalie à vis.

Je n'ai ni l'intention ni le désir de faire une appréciation quelconque de l'instrument proposé par M. Chassaignac. Le temps et l'expérience apprendront ce qu'il faut en penser. Mon seul but est d'éclairer votre religion sur la critique générale qui a été faite des sondes à vis.

Il y a deux sortes de sondes à vis dans l'*armamentarium* actuel des chirurgiens. L'une de ces sondes, dont l'invention remonte à 1817 et dont il est fait honneur aux professeurs Récamier et Marjolin (voir fig. 1), me semble mériter, en effet, les justes critiques que M. Chassaignac en a faites. C'est la sonde à simple vis soudée à un bout de l'instrument et taraudée de l'autre, que l'on montait tout simplement bout à bout et que rien n'empêchait de se dévisser.

Fig. 1.

Mais, depuis 1837, je fabrique une sonde dans la construction de laquelle j'ai cherché à remédier aux principaux inconvénients reprochés à la précédente et surtout au *bruit de cliquetis*, qui est impossible dans l'instrument en question. Après de nombreux essais, je parvins, en ajoutant un *tube interne*, comme dans la sonde de M. Chassaignac, à rendre impossible tout accident; mais, tandis que mon tube interne est terminé par une vis à course *illimitée*, qui fait tirage au besoin en cas d'usure et qui donne à ma sonde une fixité *inébranlable, quels que soient les mouvements et les manœuvres*, le tube de M. Chassaisaignac se fixe par un assemblage à baïonnette sans bague. De plus, dans mon modèle, l'assemblage extérieur se fait à frottement et à bec de flûte pour empêcher la sonde de tourner (fig. 2); tandis que dans son modèle M. Chassaignac, en utilisant aussi le bec de flûte, n'assemble la sonde que bout à bout et par son tube interne à baïonnette.

Fig. 2.

Loin de moi la prétention de croire que l'on ne fera pas mieux que la sonde à vis que j'ai fait connaître dès 1837; mais ce que j'affirme, c'est que jamais depuis cette époque déjà éloignée je n'ai reçu le moindre reproche ni vu indiqué le moindre inconvénient de l'emploi de cette sonde, qui figure pour 98 p. 0/0 dans la fabrication. Ce système permet également l'assemblage des sondes d'enfants et autres avec le même avantage.

Permettez-moi de profiter de cette circonstance pour signaler les dangers de l'emploi du maillechort pour la vis interne. Cette vis, étant la partie de l'instrument qui reste en contact avec l'urine, est précisément celle qui ne doit pas être en maillechort, substance qui, comme on le sait, n'est que du cuivre blanc très facilement oxydable.

Agréez, etc. Charrière.

Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Deuxième fascicule, contenant des mémoires de MM. E. de Barthez, F. Barthez, Bouchut, H. Bourdon, Gosset, Hérard, Marrotte, Moissenet, Requin et Vernois. Un vol. in-8 de 288 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 139. — JEUDI 25 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 139. — JEUDI 25 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Les conséquences de la permutation. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M, Velpeau). Sur l'inflammation des gaînes des péroniers latéraux et des gaînes tendineuses en général. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Delasiauve). Des diverses formes de l'aliénation mentale. — Sur l'usage et la nature d'une poudre antiseptique. — Sur les falsifications que l'on fait subir au café. — Académie de médecine, séance du 23 novembre. — Chronique et nouvelles. — Observation de lipome monstrueux.

PARIS, LE 24 NOVEMBRE 1852.

Séances des Académies.

La rareté de plus en plus grande du quinquina jaune, dit *calisaya*, c'est-à-dire de celui qui fournit en plus grande abondance la quinine, l'extrême élévation du prix de ce quinquina, augmentée encore par sa monopolisation entre les mains d'une association anglo-américaine, ont excité les recherches des médecins et des chimistes pour trouver un succédané à ce puissant fébrifuge. On sait à quel nombre s'élève aujourd'hui la liste de ces succédanés ; il est beaucoup plus que suffisant pour rendre impossible tout rapport d'ensemble de la commission des succédanés du quinquina. C'est cette liste que M. O. Henry est venu augmenter d'une unité. Mais, il faut le reconnaître, son succédané se présente avec des apparences qui doivent le faire accueillir avec un intérêt tout spécial, puisque, d'après ce laborieux expérimentateur, la quinidine (c'est le nom du nouveau succédané) n'est autre chose que de la quinine hydratée. Cette opinion toutefois n'est pas tellement démontrée, qu'elle ait pu convaincre, tous les collègues de M. Henry, et c'est l'incertitude que sa démonstration a laissée dans quelques esprits qui a donné lieu à la discussion d'hier. A la question scientifique était bien annexée une question industrielle importante, ainsi que cela a toujours lieu ou à peu près dans les discussions pharmaceutiques ; mais suivant nos habitudes, nous laisserons cette question dans l'ombre pour ne nous occuper que de ce qui intéresse directement les praticiens et mieux encore les malades. Que M. O. Henry tire un profit plus ou moins grand de sa découverte, nous n'avons point à nous en occuper, et cela nous paraît d'ailleurs très légitime si sa découverte est utile à la science et à la pratique ; tout se réduit pour nous à savoir si cette utilité est bien réelle.

Les efforts des honorables orateurs qui ont pris la parole n'ont pas contribué beaucoup à nous éclairer sur ce point. Loin de là. M. Soubeyran et M. Guibourt nous ont donné d'excellentes raisons de penser que la quinine et la quinidine sont deux corps très différents, bien loin d'être identiques. M. Bouchardat a, au contraire, exposé les motifs très plausibles qui le portent à adopter l'opinion de M. Henry. La conclusion à tirer de tous les arguments produits de part et d'autre, c'est que la question est fort incertaine sous le rapport chimique. En cela elle ressemble à beaucoup d'autres questions de chimie organique, qui, malgré les prétentions de MM. les chimistes, est encore bien loin de rendre compte de l'action physiologique et thérapeutique de l'immense majorité des produits et même des principes dits immédiats. C'est ce que M. Gaultier de Claubry, quoique chimiste lui-même, a fait observer avec beaucoup de sens. Mais il a fait observer aussi, avec non moins de raison, que ce côté de la question n'était pas le plus important, et qu'après tout l'Académie pourrait bien se consoler de son ignorance sur la véritable nature de la quinidine, si on venait à lui démontrer que les vertus curatives de ce principe sont exactement les mêmes que celles de la quinine. L'Académie s'est sagement rendue à l'opinion de M. Gaultier de Claubry, et elle a renvoyé le nouveau fébrifuge à l'expérimentation de la commission des succédanés du quinquina.

Les conséquences de la permutation.

Nous disons les conséquences, pour nous conformer au langage de quelques candidats à la chaire de thérapeutique, lesquels n'admettent pas que M. le ministre puisse avoir sur l'opportunité de la permutation une autre opinion que celle de la Faculté. D'abord, est-ce bien une opinion que la Faculté a voulu exprimer par son vote, ou bien n'a-t-elle prétendu faire que ce qu'elle considère comme un acte de bonne confraternité ? Nous verrons dans un instant ce qu'il faut penser à cet égard. En attendant, et en suivant le raisonnement des candidats en question, voici à quelles conséquences on est conduit.

La permutation étant accordée, qui se présentera pour remplir une chaire de thérapeutique et *de matière médicale?* Il semble naturel de croire qu'il se présentera des hommes ayant étudié d'une manière spéciale l'art de formuler, ainsi que l'histoire naturelle, chimique et physique des médicaments, c'est-à-dire que les candidats ne seront point ce qu'on appelle des cliniciens ou des pathologistes, ou des médecins purs. Or, s'il arrive que le candidat nommé vienne à son tour à demander une permutation que la Faculté n'aura aucune raison de refuser, par qui sera-t-il remplacé ? Evidemment encore par un candidat ayant suivi la même voie que lui. Ainsi la Faculté, en introduisant dans son sein ces hommes qui sont bons à tout, en exclura les vrais médecins, c'est-à-dire les mérites et les notoriétés qui seules jettent de l'éclat sur les écoles et font progresser la science.

Ou bien, il arrivera, et c'est ce qui pourra arriver de plus heureux, que ces vrais médecins, se voyant exclus des chaires auxquelles ils peuvent si justement aspirer, seront forcés de se présenter comme candidats pour des places qui ne sont nullement dans la ligne de leurs études, et de jouer ainsi un rôle également humiliant pour leur science et pour leur caractère.

Ces remarques, nous ne sommes pas seul à les faire ; des professeurs qui ont voté pour la permutation les ont faites avant nous et en sentent toute l'importance. Quand on leur demande pourquoi, voyant tous ces graves inconvénients, ils ont néanmoins accordé la permutation : « Comment voulez-vous refuser votre suffrage à » un collègue qui vous le demande ! » Voilà à peu près leur seule réponse.

Des considérations de cette nature toucheront peu, sans doute, M. le ministre ; aussi avons-nous le ferme espoir que les candidats qui comptent si bien sur la permutation pour effectuer les petits arrangements déjà projetés depuis longtemps comptent sans leur hôte, et que l'autorité supérieure ramènera les ambitions dans une voie légitime, et comprendra mieux, ou du moins protégera plus que la Faculté les véritables intérêts de l'Ecole et de l'enseignement. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Sur l'inflammation des gaînes des péroniers latéraux et des gaînes tendineuses en général.

L'inflammation des gaînes des tendons est intéressante à étudier, parce que souvent elle a donné lieu à des erreurs de diagnostic, parce que, quand le diagnostic est bien posé, elle est la source d'indications thérapeutiques spéciales.

Tout le monde connaît cette phlegmasie particulière de la gaîne des radiaux, maladie qui a été décrite par M. Velpeau sous le nom d'*aï*. Mais les radiaux ne sont pas les seuls muscles dont la gaîne présente cette affection ; l'on a pu observer au n° 10 de la salle Sainte-Vierge, il y a déjà quelque temps, un malade qui offrait un exemple d'une maladie semblable dans la gaîne des péroniers latéraux.

A la région latérale du pied droit, sous la malléole externe, on remarquait une plaque rouge, allongée, peu étendue transversalement, suivant la courbe que décrivent les péroniers latéraux. Il y avait tuméfaction, empâtement, douleur, chaleur et rougeur. La tuméfaction n'était pas très considérable ; le creux post-malléolaire était un peu effacé. On remarquait çà et là sur le trajet de cette inflammation quelques bosselures fluctuantes et au niveau desquelles la peau était légèrement amincie. *A priori*, l'on aurait pu croire que cette collection liquide était formée par du pus ; mais, quand on faisait attention à la forme de la plaque inflammatoire, à sa direction ; quand on apprenait qu'il n'y avait pas eu de violence extérieure, que le malade avait supporté de grandes fatigues ; quand on réfléchissait aux fonctions des péroniers, aux frottements de leurs tendons pendant la marche, le diagnostic était bientôt modifié. Il s'agissait d'une inflammation de la gaîne des tendons des péroniers.

Le liquide que l'on sentait dans cette région montrait évidemment que cette inflammation datait déjà de quelque temps, et le malade nous indiquait que le début de cette affection remontait à une quinzaine de jours.

La fluctuation était manifeste, et cependant M. Velpeau ne pratiqua point l'ouverture de ce foyer. C'est que dans l'inflammation de ces gaînes tendineuses le liquide qui s'épanche, qui se forme d'abord n'est pas du pus ; c'est du sérum, puis du sérum mélangé à des matières albumineuses, puis du sérum purulent, puis enfin du pus, et encore du pus mal lié. Or, si l'on donne issue à ce liquide, même quand il est déjà purulent, il sort du pus de mauvaise qualité ; les surfaces enflammées se soudent ; il s'établit des adhérences entre les tendons et les parois de la coulisse, et l'on s'expose à tous les inconvénients, on court tous les dangers de la communication de l'air avec une membrane synoviale.

Au lieu donc de pratiquer une incision, M. Velpeau fit appliquer sur le foyer un vésicatoire assez large pour dépasser en tous sens les limites du mal.

Si le vésicatoire réussit quelquefois à arrêter une inflammation franchement phlegmoneuse, c'est surtout dans des inflammations de cette nature qu'il produit d'heureux résultats. On obtient très souvent, dans des cas de ce genre, une guérison par résolution. Pour le cas particulier dont il est ici question, la maladie datait déjà d'une quinzaine de jours ; la fluctuation était évidente, il y avait même quelques points ramollis ; on ne pouvait avoir qu'un bien faible espoir d'obtenir une prompte guérison, une résolution complète. Mais le vésicatoire, appliqué sur une partie enflammée, ou bien fait rétrograder l'inflammation, ou bien il devient un excellent maturatif. Si quelque chose pouvait en empêcher l'application, ce serait seulement la crainte d'occasionner de la douleur au malade ; mais cette crainte n'est pas fondée ; M. Velpeau a souvent remarqué que le vésicatoire, appliqué dans ces circonstances, au lieu d'exaspérer la douleur, soulage les malades, et même calme quelquefois leurs souffrances.

Chez notre malade, un résultat un peu inespéré vint prouver une fois de plus que, dans ce genre d'inflammation, le diagnostic étant bien établi, le pronostic et la thérapeutique doivent être modifiés. L'inflammation se termina par résolution, et notre malade sortit guéri huit ou dix jours après.

Dans ces inflammations des gaînes tendineuses, au début, le repos seul suffit pour les faire disparaître le plus souvent ; que si ce moyen ne paraissait pas devoir suffire, quelques sangsues, des cataplasmes, des bains locaux et généraux, un purgatif et, par-dessus tout, un vésicatoire triompheront de la maladie, même à une période assez avancée. Cette observation nous montre que, même quand il existe une fluctuation manifeste, il ne faut pas trop tôt désespérer de voir survenir une heureuse terminaison.

Les inflammations de ce genre sont assez nombreuses ; elles ont été souvent méconnues. Il importe, au plus haut degré, de ne pas les confondre avec un phlegmon, et pour le pronostic et pour la thérapeutique.

Je n'ai pas voulu m'appesantir sur les symptômes de l'inflammation des gaînes tendineuses à ses diverses périodes. Je me propose de revenir plus tard sur ce sujet ; j'ai seulement voulu faire connaître un fait qui a une grande portée pour la thérapeutique de ces affections.

Je ferai suivre ces quelques réflexions d'une observation à peu près semblable que j'ai recueillie au commencement de cette année à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton. Il s'agit dans ce fait de l'inflammation des gaînes tendineuses des muscles qui concourent à former la patte d'oie. Ce fait est intéressant à cause du siége de l'inflammation, à cause du diagnostic ; mais il n'offre pas tout l'intérêt du premier : la maladie a été attaquée dès le début, alors qu'il n'y avait encore aucune sécrétion dans les gaînes enflammées. Voici ce fait :

Le malade était un jeune homme âgé de dix-neuf ans, couché au n° 12 de la salle des hommes. Il se plaignait de douleurs dans le genou gauche. Il avait reçu, disait-il, un coup dans cette région six ou sept jours avant son entrée à l'hôpital. Depuis lors, il souffrait beaucoup, ne pouvait plus marcher, et ses douleurs étaient surtout exaspérées dans les mouvements de flexion et d'extension de la jambe.

Point de saillie anormale ; point d'ecchymose. Vers la partie interne du genou, dans un point correspondant à l'endroit où les tendons des muscles droit interne, demi-tendineux et couturier vont s'épanouir pour former la patte d'oie, il existe de la douleur, augmentée par la moindre pression. Dans les mouvements d'extension et de flexion du genou, la main, appliquée en cet endroit, perçoit manifestement un craque-

ment particulier; c'est l'analogue du craquement que l'on observe, dans certains cas, à l'avant-bras, dans la gaîne des radiaux. C'est le premier degré de l'inflammation des gaînes tendineuses des muscles.

Rien dans le cas qui nous occupe ne pouvait induire en erreur; pas d'ecchymose, pas de gonflement ou de tuméfaction, pas d'épanchement sanguin capable de produire une crépitation qui aurait pu tromper le chirurgien. En général, dans toute affection, les malades prennent naturellement la position la plus avantageuse, la position dans laquelle il n'y a point de tiraillements. Notre malade avait la jambe demi-fléchie sur la cuisse, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin. Tout le monde voit de suite que c'est là, en effet, la position la plus favorable au repos des muscles qui concourent à former la patte d'oie. Enfin, chez notre malade, il n'y avait aucune saillie, aucun point fluctuant; il n'y avait aucun épanchement dans la bourse séreuse enflammée.

Cette maladie cède facilement. Un sinapisme appliqué plusieurs fois dans la journée en triomphe habituellement au début. C'est ce qu'on observe souvent à l'avant-bras.

Chez ce malade, quatre sangsues suivies le surlendemain d'un vésicatoire volant amenèrent la guérison en six ou sept jours.

Un mot encore. Ces inflammations doivent, règle générale, être traitées plus énergiquement aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Le repos est plus facile pour ces derniers, et ils sont moins exposés à de grandes fatigues.

L. B.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Delasiauve.

Des diverses formes de l'aliénation mentale.

(Leçons recueillies par M. Pégand, élève de la deuxième section des aliénés.)

(Suite. — *Voir* les numéros des 17 août et 28 septembre.)

Démence.

Messieurs, la démence consiste dans l'affaiblissement des facultés mentales. Esquirol en a donné un aperçu assez frappant dans cette comparaison pittoresque : « L'idiot, dit-il, est un indigent qui n'a jamais possédé et le dément un riche qui conserve encore des débris de son ancienne opulence. »

Suivant la gravité de cet état, l'attention est faible, inefficace, nulle; la mémoire est confuse, infidèle, entièrement perdue; le jugement incertain, défectueux, aboli; les conceptions obscures, avortées ou fausses; l'enchaînement des idées pénible, incorrect, impossible; l'imagination sans essor; les déterminations inertes, fugaces, non motivées; les désirs sans portée comme sans base. De cette mutilation intellectuelle découle, comme une conséquence nécessaire, l'anéantissement des manifestations morales : sentiments, affections, instincts. La vie physique subit elle-même des changements parallèles : la sensibilité générale diminue, et l'exercice des sens, d'abord imparfait, finit par être complètement suspendu.

Une remarque doit trouver ici sa place : quand plus haut nous faisons dériver la lésion morale de la lésion intellectuelle, cette subordination, dans notre pensée, n'a rien d'absolu. La démence n'est point une forme mentale ordinaire. Elle est dans la majorité des cas le signe d'une désorganisation cérébrale profonde et bien souvent un mode de terminaison des autres aliénations. On conçoit dès lors que la cause organique puisse atteindre simultanément les deux ordres de facultés. Or, comme l'activité des unes est pour beaucoup dans l'énergie des autres et réciproquement, il s'ensuit qu'au lieu d'être simple l'état de la plupart des déments doit être, au contraire, la représentation complexe d'un affaiblissement de l'intellect aggravé par la diminution des forces sentimentales, et du décroissement de ces mêmes forces rendu plus sensible par l'inertie intellectuelle. La réalité de cette correspondance de la notion au sentiment et du sentiment à la notion n'a point échappé aux observateurs; elle est en particulier éloquemment exprimée dans un passage du discours de Rousseau sur l'origine des connaissances humaines : « Quoi qu'en » disent les moralistes, écrit l'illustre philosophe, l'entende- » ment humain doit beaucoup aux passions, qui, d'un com- » mun aveu, lui doivent beaucoup aussi. C'est par leur acti- » vité que notre raison se perfectionne. Nous ne cherchons à » connaître que parce que nous désirons de jouir; les pas- » sions à leur tour tirent leur origine de nos besoins et leurs » progrès de nos connaissances, car on ne peut désirer ou » craindre les choses que sur les idées qu'on peut avoir ou » par la simple impulsion de la nature. » C'est sous le bénéfice de ces remarques qu'il convient d'envisager la démence.

Cette affection n'offre pas de moins nombreux degrés que la perversion maniaque; mais les motifs qui porteraient à l'étudier sous cet aspect ne sont pas également impérieux. Elle ne fournit guère, en effet, de types invariables étant, par son incurabilité presque fatale, destinée à passer par toutes les périodes. Tout l'intérêt pratique se concentre, au contraire, dans les conditions qui lui donnent naissance, dans les diversités anatomiques auxquelles elle se rapporte, et qui en font varier la physionomie, la marche, le pronostic et le traitement.

A ce point de vue, la démence forme trois principales divisions : elle est tantôt primitive ou spontanée, tantôt consécutive aux différentes folies, et d'autres fois enfin, l'un des symptômes d'une désorganisation quelconque du cerveau.

Démence primitive. — Dans cette forme, la défectuosité mentale apparaît d'abord avec ses signes propres, sans autre complication. Il n'y a point eu de folie antécédente; la santé générale persiste; le malade n'accuse aucune souffrance; l'expression morbide se réduit, en un mot, au seul manque de forces intellectuelle et morale. C'est surtout dans ces conditions que, voisine des névroses, ou, si l'on veut, idiopathique, la démence pourrait être considérée non comme une dépendance d'un autre état pathologique, mais comme une réelle espèce de l'aliénation. Sans doute il s'opère dans les centres nerveux une transformation intime; le progrès de la maladie en est une preuve convaincante; mais démontrer ce changement, en établir et la nature et l'étendue, est chose difficile, principalement à l'origine.

La démence primitive affecte rarement un développement rapide. Son évolution, au contraire, est le plus souvent lente et graduelle. On voit même des individus chez lesquels les accidents, faiblement marqués au début, demeurent stationnaires pendant plusieurs années. La diminution de la mémoire est, en général, un des caractères les plus saillants de cette période. Elle peut être portée au point que le dément oublie les dates les plus simples, l'année, le mois, le jour, le nom de son pays, de sa rue, le nombre de ses frères, de ses enfants, etc. Les souvenirs récents sont, du reste, moins aisément rappelés que les souvenirs passés, ce qui a fait dire du dément, avec quelque raison, qu'il avait la mémoire du vieillard. Cela tient probablement à ce que les idées nouvelles, mal fixées par le cerveau malade, ne laissent dans cet organe que d'insuffisantes empreintes.

Il ne serait pas impossible, toutefois, que cette prépondérance relative de la lésion mnémonique fût un peu exagérée par l'apparence. Les fautes de la mémoire sautent aux yeux, tandis que l'impuissance du jugement, du raisonnement, de l'imagination, etc., lorsqu'existe encore une certaine aperception vraie des rapports, ne s'apprécie bien que par la réflexion. Tout discernement, en effet, n'est point effacé dans la démence peu avancée. Mais suffit-il que les conceptions n'aient rien de trop excentrique, que le langage ne présente point d'incohérence pour croire à l'intégrité des virtualités pensantes?

C'est l'opposé qui s'observe. Si l'esprit conserve quelque rectitude, il ne saurait s'élever à des combinaisons suivies; il n'en a plus la force, et les matériaux lui manquent. Insensiblement l'avenir se ferme à ses regards; le passé, pour lui, n'est plus qu'un songe dans lequel il glane au hasard quelques réminiscences; son horizon se borne au cercle étroit du milieu dans lequel il végète. Les indices de cette déchéance se retrouvent, d'ailleurs, dans toutes les manifestations de la vie morale, affective, instinctive, comme de la vie artistique, industrielle, etc. Les aptitudes se perdent, les sentiments s'émoussent, les propensions languissent, une sensibilité puérile suscite le rire ou des larmes non motivés. On remarque aussi que, peu enclins à parler, les malades prennent rarement l'initiative d'une demande. Ils se contentent de répondre quand on les interroge, et le font d'une manière laconique. Comment féconderaient-ils un entretien, leurs désirs étant, comme leurs idées, à peu près nuls? L'habitude extérieure correspond enfin à de telles dispositions : l'attitude est lourde, la physionomie arrêtée, insouciante, béate.

Le nommé Tr... vous présente de cet état de la démence un remarquable exemple. Il est actuellement âgé de soixante-six ans. Durant le long intervalle qui s'est écoulé depuis son admission à l'hospice en octobre 1849, sa situation a peu varié, et l'exposé des symptômes tracés à cette époque pourrait très bien servir encore à la description actuelle. Tr... n'a pas seulement les dehors de la santé physique, il en possède la réalité. L'appétit est régulier, le sommeil excellent; et chaque jour avec la ponctualité d'une machine, il parcourt le même cercle de travaux monotones, agricoles ou intérieurs. Pour tout dérangement, il ne s'est plaint jusqu'ici que d'une oppression légère du côté gauche de la poitrine.

Quant aux fonctions mentales, tout discernement n'est pas aboli. Les réponses ont du sens et les actes ne sont pas plus déraisonnables que le langage; mais l'énergie fait défaut à tous les pouvoirs. La mémoire surtout est très infidèle, même à l'égard des choses anciennes. Tr... ignore l'année, le mois, le jour; il oublie jusqu'au nom des membres de sa famille; lui-même a conscience de son infirmité. Il ne saurait d'ailleurs former de combinaisons suivies, tant les conceptions sont lentes et indécises. Cette nullité perce dans chacune des manifestations; sur sa physionomie est stéréotypée une placidité moutonne qui ne l'abandonne ni à la promenade, ni au travail, ni dans les repas. Sa démarche est languissante; il ne fait point une enjambée plus longue que l'autre : on voit que le coup de fouet manque. Le mouvement de la visite l'émotionne, sans le jeter sensiblement hors de sa sphère de calme. Trois fois seulement il a commencé par nous adresser la parole; l'une pour nous avertir de son point de côté qui le tourmente vivement; les deux autres pour nous prier de l'envoyer le dimanche aux offices. Ses réponses sont toujours brèves, et si, ce qui lui arrive sans cesse, il fait de vains efforts pour retrouver un souvenir, il l'exprime par le geste qui d'habitude indique un tel embarras. Le provoque-t-on à un récit, à un raisonnement, il s'arrête forcément n'étant point servi par les idées. Tr... était très affectionné pour les siens; il les accueille avec plaisir, accepte les petites douceurs qu'ils lui apportent; mais leurs joies comme leurs chagrins ne lui causent qu'une impression momentanée. Il les quitte sans regret, et quelque ait pu être le sujet de leur entretien, rentre dans sa division sans une agitation de plus ni de moins. Les instincts sont à l'unisson des sentiments.

Quelques souffrances vers la tête, pour lesquelles on lui aurait prescrit des sangsues et des vésicatoires, auraient préludé chez Tr... à ce décroissement intellectuel et moral. Ces accidents ne se sont points renouvelés à l'hospice. En sorte que l'affection paraît bien appartenir à la catégorie qui fait en ce moment l'objet de notre étude. Ajoutons qu'en trois années une lésion de quelque importance eût infailliblement fait de notables progrès.

Neuf mois auparavant, dans la même année 1849, nous avions déjà reçu un malade dont les symptômes offraient avec ceux de Tr... la plus frappante analogie. Pl..., âgé de cinquante ans, à la suite de pertes dans le commerce, avait donné quelques preuves d'aliénation. Il avait notamment acheté au prix de 10 fr. une oie magnifique dont il voulait faire hommage au président de la République. Renonçant à ce projet, il invite plusieurs amis avec lesquels il fait une dépense assez ronde. Pendant un an, nous ne pûmes constater aucun signe de dérangement intellectuel autre que la perte de la mémoire et l'inertie de toutes les facultés. Le malade vivait en quelque sorte sans penser, mangeant, travaillant, sommeillant comme l'homme le mieux portant du du monde. On vit apparaître alors un léger trouble musculaire caractérisé par une démarche incertaine et de l'hésitation dans la parole. Ces accidents progressèrent; de petites congestions survinrent suivies de plus grandes, dont l'une eut des résultats funestes. L'autopsie n'eut point lieu.

Hier, un confrère me montra un de ses clients dont le cas ne comporte pas un moindre enseignement que les faits précédents; vers le milieu de l'année dernière, il éprouva une paralysie de la langue. Cet accident très léger et tout à fait passager n'avait laissé aucune trace, lorsqu'au mois de janvier dernier il commença à s'apercevoir d'une certaine défectuosité de la mémoire. Beaucoup de noms et de mots lui échappaient. Cette impuissance s'est généralisée. Fréquemment il se trompe sur les dates, les rues; il ne peut ni écrire, ni raisonner avec suite; il ne travaille point, parce qu'il gâte son ouvrage. Il a d'ailleurs pleine conscience de son état, n'accuse aucune souffrance, et ne présente aucun indice apparent de désordre musculaire. Sa physionomie, un peu étonnée, reflète une teinte de mélancolie; l'état des sentiments dénote enfin l'incertitude morale. Le malade a l'habitude de faire sa partie de piquet; on n'a point remarqué, dans sa manière de jouer ou de compter les points, qu'il s'en acquittât moins bien qu'à l'ordinaire. Cette survivance de certaines facultés n'est pas rare; elle a été notée particulièrement par M. Ferrus, et répondrait à des aptitudes antérieurement prédominantes. J'ai eu longtemps dans ma division deux déments avancés qui jouaient ensemble au même jeu sans faire de fautes.

La perte de mémoire est quelquefois moins absolue. Bl..., âgé de trente-cinq ans, gantier, conservait quelque notion des faits présents et passés. Une sorte d'apathie progressive, de nombreux oublis dans ses affaires, une inaptitude qui lui faisait gâter son travail amenèrent en 1844 sa séquestration à Bicêtre. Cette transformation morale, toute spontanée, ne s'accompagnait d'aucun trouble physique, d'aucune douleur locale. Les mouvements étaient lourds, la physionomie légèrement obtuse; Bl... n'avait qu'une vague conscience de son état. Plusieurs mois s'écoulèrent sans changement appréciable. Insensiblement la vivacité reparut, les désirs se montrèrent, le séjour de la maison commença à peser. On confia au malade une douzaine de paires de gants, qu'il confectionna régulièrement. Il sortit sur les instances de sa femme; mais l'amélioration ne fut pas de longue durée, et Bl... rentrait à l'asile dans une situation à peu près la même que lors de sa première entrée. Le mal, du reste, ne tarda guère à s'aggraver; chaque jour la mémoire devint plus infidèle, l'impuissance mentale plus absolue; l'altération musculaire s'ajouta à ces symptômes; des congestions compliquées d'attaques épileptiformes eurent lieu à diverses reprises, et le malade finit par succomber aux progrès de la démence paralytique.

On rencontre communément dans les écrits des déments les lacunes que l'on constate dans leur esprit : des mots omis ou estropiés, des phrases incomplètes, des idées sans correspondance. Cette règle, toutefois, souffre quelques exceptions. Il y a sept ou huit ans, on transféra de notre maison dans un autre asile un commis d'administration, âgé de 28 ans, qui écrivait à ses parents et à ses amis des lettres parfaitement régulières; seulement, toujours très brèves, elles dépassaient à peine une dizaine de lignes. Le jugement demeurait assez intact; mais la mémoire avait considérablement faibli. Le malade ne connaissait plus ni l'année, ni le mois, ni son âge. Il vivait, d'ailleurs, avec le stoïcisme tranquille de l'imprévoyance.

Une certaine agitation peut momentanément se manifester dans le premier cours de la démence spontanée. Quelques individus se lèvent la nuit, rôdent dans leurs escaliers, bouleversent leurs appartements. Dans le jour, s'ils sont seuls, ils ont des absences, accomplissent des actes sans but comme sans portée, se livrent à des occupations puériles, s'égarent hors de leur domicile, dont ils font souvent d'inutiles tentatives pour ressaisir le chemin. On en voit aussi qui se permettent des démonstrations indécentes avec un cynisme capable de soulever l'indignation, si le libre arbitre obscurci n'était visiblement impuissant à refréner l'instinct animal qui les guide. Ces exemples, notamment, ne sont pas extraordinaires parmi les vieillards qui commencent à tomber en enfance.

La *démence sénile*, en effet, appartient essentiellement à l'ordre des démences spontanées. Sans être positivement malade, le cerveau dans la vieillesse participe dans une certaine mesure aux changements que l'âge amène dans l'organisation tout entière. Les forces morales baissent nécessairement comme les forces physiques. Il n'est guère de nature, si bien douée qu'elle soit, qui résiste absolument à cette influence. On en acquiert aisément la preuve dès qu'on soumet l'exercice des facultés à une analyse attentive. Cela ne va point jusqu'à l'aliénation; le jugement conserve quelque droiture, soit; mais l'imagination s'éteint, les combinaisons du raisonnement sont pénibles et moins sûres; les répétitions arrivent, les souvenirs passés tendent à absorber les idées présentes: à des degrés différents le radotage est commun à tous. Les sentiments, à leur tour, éprouvent des modifications profondes. Le caractère s'efface et ouvre accès à la crédulité, aux suggestions, aux craintes. Les affections sans rayonnement, la sensibilité exagérée se concentrent de plus en plus dans l'in-

dividu : le vieillard aime qu'on l'adule, qu'on le caresse, qu'on le choie; et, tandis qu'il s'attendrit outre mesure pour la moindre des choses qui le concerne, on s'étonne de son indifférence inaccoutumée à l'égard d'événements considérables qui touchent ceux qu'il affectionnait le plus. On dirait que, prêt à abandonner le monde, il n'a plus qu'à songer à lui-même.

Si ces traits sont généraux, à plus forte raison doivent-ils être accusés chez les personnes dont le cerveau, plus gravement atteint, est induré, ramolli, atrophié, entravé dans son action par une circulation difficile ou des collections séreuses lentement formées. L'obtusion dès lors se dessine, les idées cessent d'être nettes et suivies, les actes automatiques se multiplient; enfin, pour tout dire, l'*enfance* est complète.

La démence, comme nous l'avons dit, ne reste point stationnaire. Avec les progrès de la maladie les symptômes s'aggravant déterminent quelques variations dans le tableau que nous venons de décrire. Il survient ou un affaissement profond, ou une divagation incohérente. Le dément, dans le premier cas, devenu lourd et impotent, acquiert un embonpoint de sinistre augure; tout essor intellectuel et moral disparait chez lui. La difficulté des conceptions se trahit sur sa physionomie stupide. Aux plus vulgaires questions, non comprises ou imparfaitement saisies, il oppose le mutisme ou des réponses insignifiantes, embarrassées, sans relation avec leur objet. L'instinct de conservation défaillant ne le porte plus même à pourvoir aux premiers besoins de la nature. Dans le second cas, au calme qui en imposait pour la raison, succède la mobilité et l'inconsistance. Le malade va et vient sans but, bavarde beaucoup, parle seul, déchire, chiffonne, met sa toilette en désordre, souille ses vêtements, etc. Cet état s'accompagne souvent d'une agitation plus ou moins forte et durable, dont V... vous fournit toutes les diversités. L'incohérence est à peu près constante, mais parfois il se promène paisiblement sans être contenu; dans d'autres moments, au contraire, sa figure s'anime, il devient d'une turbulence extrême, courant à grands pas dans les cours, provoquant tout le monde, gesticulant, déclamant, chantant. On le voit enfin, le paroxysme montant, ne cesser nuit et jour, pendant des mois entiers, de troubler par ses cris et ses vociférations le repos de toute sa division.

Cette agitation, du reste, n'a de l'agitation maniaque que l'apparence. La mobilité des impressions, le passage rapide d'un sentiment à un autre n'y sont pour rien. Impressions et sentiments font également défaut. Toute physique, ce n'est point l'irrégularité des fonctions cérébrales qu'elle dénote, c'est leur impuissance.

A ce degré avancé, la démence est sujette à de funestes complications. Les mouvements faiblissent, la prononciation s'embarrasse; la gêne de la circulation locale amène de fréquentes congestions qui ajoutent chaque fois à l'oppression physique et morale. L'impossibilité de se soutenir rend bientôt le lit obligatoire. Ainsi les malades arrivent au dernier terme de la démence paralytique, à moins d'être emportés par une apoplexie, une affection intercurrente ou l'un de ces accidents de suffocation auxquels l'atonie pharyngienne et leur gloutonnerie même les exposent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SUR L'USAGE ET LA NATURE D'UNE POUDRE ANTISEPTIQUE;

Par M. CADET-GASSICOURT,
docteur en médecine et pharmacien.

M. de Morineau, de Poitiers, médecin inspecteur des eaux de Balaxais, employa dans le traitement d'un sphacèle un mélange de poudres qui nous paraît offrir quelques particularités intéressantes au double point de vue de son action thérapeutique et de sa composition intime.

La poudre antiseptique dont il s'agit fut employée sur une femme avancée en âge et d'une constitution replète. Cette personne était affectée d'une gangrène humide qui envahit d'abord une jambe, depuis les malléoles jusqu'au genou. La plaie, comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, exhalait une odeur insupportable; elle infectait le logis, sans que les soins les plus assidus, ni l'emploi des émanations de chlorures alcalins vinssent à bout d'y remédier, et elle imprégnait les vêtements des visiteurs, qu'elle continuait ainsi d'accompagner au dehors.

S'efforçant de corriger une si grande incommodité, M. le docteur de Morineau eut recours, entre autres moyens usités, à l'application de poudre de quinquina et d'espèces aromatiques. Comme il en faisait préparer le mélange sous ses yeux, avec le désir d'y joindre encore s'il le pouvait faire quelque autre substance énergiquement désinfectante, il adopta l'idée d'ajouter à deux parties des poudres végétales un poids égal de chlorure de chaux.

Quelque temps après la préparation de ce mélange, il s'y manifesta une réaction soudaine qui dut modifier nécessairement les propriétés du topique. Nous reviendrons bientôt sur cette circonstance.

Le mode d'emploi du topique n'offrit rien de particulier; l'on pratiqua des incisions profondes dans le mollet et dans les autres parties charnues de la jambe gangrénée, et l'on y introduisit de la poudre antiseptique; l'on en couvrit également les parties les plus superficielles du membre malade. L'effet de ce pansement fut remarquable; les liquides cessèrent d'affluer hors de la plaie; ils furent absorbés par la poudre et neutralisés si bien, qu'après qu'on eut continué ce traitement local pendant huit jours, non-seulement la gangrène ne repoussait plus l'odorat, mais encore il semblait que la jambe fût en quelque sorte *momifiée* du vivant de la malade, suivant l'expression de M. le docteur de Morineau.

Malheureusement au bout d'un mois la cause organique de la gangrène la reproduisit à l'autre jambe, puis aux mains, puis au nez, jusqu'à ce qu'enfin la malade mourut à la suite d'une longue agonie.

Deux résultats avantageux paraissent avoir été obtenus de l'action du topique; d'abord, dès la première application de la poudre désinfectante et siccative, la malade éprouva du soulagement, ne cessa plus d'être abordable, et fut commodément soignée; d'une autre part, l'agent thérapeutique, en réduisant le membre à un état semblable à celui de la momie, et, par ce moyen, en faisant obstacle à la résorption purulente, retarda de beaucoup le terme fatal. Ce fut aussi l'avis de M. le docteur de la Marsonnière, qui avait visité la malade conjointement avec son confrère M. de Morineau.

Revenons au phénomène chimique survenu dans le mélange des poudres de quinquina et d'espèces aromatiques avec le chlorure de chaux, phénomène imprévu, quoique à vrai dire on se puisse attendre généralement à de brusques et vives réactions de la part du chlorure de chaux, produit riche de chlore et d'une faible stabilité, comme le faisait encore dernièrement ressortir M. le professeur Chautard (de Vendôme), dans son étude de l'*action de l'hypochlorite de chaux sur l'essence de térébenthine et quelques autres huiles essentielles*.

Or quand le mélange de

Poudre de quinquina.	
— d'espèces aromatiques, de chaque,	1 partie.
Chlorure de chaux.	2 —

est exactement fait, il arrive qu'au bout de deux minutes environ la température s'élève d'abord modérée, puis soudain, procédant de la surface aux couches inférieures avec une telle intensité, que la main ne pourrait tenir le vase où s'opère ce dégagement de calorique auquel se joint un dégagement prononcé de vapeurs blanches, la matière se soulève plus particulièrement sur les bords; on y remarque une exsudation de liquide brunâtre. Une combustion partielle s'est donc visiblement opérée.

Le temps qui s'écoule entre la préparation de ce mélange ou d'autres mélanges de cette sorte dont nous aurons à parler, et la manifestation d'une combustion, peut varier beaucoup, alors même qu'on répète les mêmes expériences avec les mêmes substances, en mêmes quantités, et il peut advenir de plus qu'on échoue après avoir réussi. Mais nous l'avons observé, il est bon en général que le chlorure soit légèrement humide, que la trituration soit prolongée à point, et que le mélange soit un peu tassé dans le vase où il est recueilli.

Il ressort évidemment de l'épreuve que fit M. le docteur de Morineau des produits ou résidus de cette réaction, que leur application sur l'affection gangréneuse fut efficace; mais pour expliquer nettement ce mode d'action, il faudrait premièrement déterminer avec exactitude quels corps amenés à réagir les uns sur les autres se trouvent en présence. Or, à n'envisager d'abord que la réaction chimique opérée entre les poudres végétales et le chlorure, la tâche nous paraît assez compliquée pour que nous ne puissions pas nous flatter ici d'en donner autre chose qu'un premier aperçu.

Le chlore constituant du chlorure de chaux décompose d'une manière brusque les huiles essentielles qu'il rencontre dans les poudres de plantes aromatiques. Ces huiles s'échauffent, s'épaississent, cèdent une partie de leur hydrogène, occasionnent ainsi un dégagement d'acide chlorhydrique et se convertissent, soit en chloro-camphène, soit en chloroforme ou autres nouveaux composés qui dérivent de l'essence. Sans doute aussi que, par suite de la réaction du gaz chlorhydrique sur les huiles, il se forme à la température élevée qui se manifeste un camphre artificiel à son tour converti bientôt en substance huileuse, elle-même combinée avec une portion d'acide chlorhydrique.

Toujours est-il certain que l'acide chlorhydrique engendré aux dépens de l'hydrogène des matières organiques qui s'est porté sur le chlore du chlorure, se trouvant en contact avec la chaux, réagit sur celle-ci par double décomposition pour donner lieu à une formation d'eau qui se vaporise et de chlorure de calcium.

L'action du chlore sur les huiles essentielles suffit donc pour faire comprendre qu'une poudre de plantes aromatiques, employée à l'exclusion de toute autre substance végétale, eût suffi pour occasionner une réaction semblable à celle du mélange dont nous nous occupons. En effet, parties égales de poudres d'espèces aromatiques et de chlorure de chaux, triturées dans un mortier de porcelaine ou de verre et légèrement tassées, comme il est dit plus haut, donnent lieu à une réaction lente à venir, puis soudaine et générale.

Mais, d'un autre côté, que de la même manière on emploie la poudre de quinquina, à l'exclusion de poudres de végétaux aromatiques, et l'on obtient un effet très analogue. La réaction, après s'être fait attendre, se développe vivement.

Avec le quinquina gris, l'effet est plus prononcé qu'avec d'autres espèces de quinquina (le rouge ou le jaune); on doit attribuer nécessairement cette différence à la matière grasse verte, substance composée, mais particulière, intermédiaire aux résines et aux huiles essentielles, et que Laubert a signalée dans le quinquina de Loxa.

Au lieu de quinquina, si vous employez quelque autre substance végétale non aromatique, mais contenant de la matière grasse verte en proportion plus forte encore qu'elle n'est dans le quinquina, l'effet sera d'autant plus prononcé. L'écorce de chêne en poudre (fleur de tan), par exemple, est dans ce cas; mélangée avec partie égale de chlorure de chaux, cette poudre produit une réaction si forte qu'une sorte de projection accompagne le dégagement de calorique. C'est qu'en effet le tan contient une quantité très notable de cette matière grasse verte de Laubert, soluble dans l'éther et en grande partie dans l'alcool. Epuisez la poudre de tan par ces véhicules, puis mélangez-la avec le chlorure de chaux, et vous n'observerez pas plus de réaction que si, au lieu de poudre de tan, vous eussiez employé du tannin même ou bien encore de la poudre de lycopode.

En résumé, dans les circonstances dont nous venons de rendre compte, le chlore du chlorure de chaux exerce sur les produits très hydrogénés de certains végétaux le même genre de réaction chimique, quoique moins énergique, que celle produite par cet agent sur le goudron, sur le sucre de raisin ou les sucres en général, particularités que M. Ernest Cottereau fut conduit à observer précédemment dans des recherches inédites.

Nous ne dirons qu'un mot au sujet de la réaction du mélange de poudres sur les organes gangrénés. L'effet de cette application a pu sans doute être comparé par M. le docteur de Morineau à une véritable *momification;* il ne serait pourtant pas juste d'induire de ce fait qu'en général les mélanges de poudre antiseptique dont nous venons de parler auraient la propriété de momifier les tissus organiques des animaux à l'état normal. Nous en avons fait l'épreuve sur un morceau de muscle de bœuf et sur un chat nouveau-né; ces objets furent ensevelis dans les poudres en question pendant deux mois, au bout desquels ils se trouvèrent en état de bonne conservation il est vrai, mais nullement momifiés; ils avaient conservé leur souplesse, particulièrement le petit animal; le muscle de bœuf était un peu tanné, mais très flexible. Evidemment l'action momifiante obtenue par M. le docteur de Morineau sur un membre sphacélé ne se produirait pas sur des parties qui n'auraient pas cessé jusqu'à la mort de l'individu de recevoir par la voie de la circulation les éléments nécessaires aux réactions de la nutrition animale.

SUR LES FALSIFICATIONS

que l'on fait subir au café.

La grande consommation que l'on fait du café a porté les falsificateurs à mêler au café en poudre :

1° De l'orge mondé torréfié et moulu;
2° Du maïs torréfié;
3° Du seigle torréfié;
4° Des croûtes de pain torréfiées, etc.

D'autres mélangeurs ont fabriqué du café de toute pièce; ce café en grains est torréfié, puis offert à bas prix dans les boutiques d'épiceries; mais, nous devons le dire, presque partout ce produit a été rejeté.

La vente du café en poudre, allongé de substances étrangères, a été le sujet d'un procès dont voici les détails et les résultats :

Dans le cours du mois de janvier, le nommé Anatole V..., commis placier, chargea le sieur V... de placer pour son compte du café qu'il annonçait comme étant sans mélange, et qu'il vendait tout moulu au prix de 2 fr. le kilogramme. Chaque matin V... se présentait à l'hôtel habité par V..., et, sans avoir de relations avec celui-ci, recevait des gens de la maison des échantillons de café qu'il devait placer. Le soir, il rapportait les adresses des acheteurs, et V... se chargeait de leur faire tenir directement la quantité demandée.

Ce café n'en méritait pas le nom. V..., recevant des plaintes nombreuses de la part des personnes chez lesquelles il en avait placé, signala lui-même à la justice la fraude dont il avait été l'instrument involontaire. Les substances fournies furent soumises à l'analyse d'un chimiste; elles furent reconnues pour être des semences de graminées à peine additionnées de café.

En sorte que le nom de café donné à ces poudres, malgré l'adjonction du mot *indigène*, l'espèce de mystère qui entourait les livraisons de V..., et la recommandation par lui faite à l'un de ses courtiers de ne pas se présenter deux fois chez les mêmes clients, prouvent évidemment que le but de cet individu était de tromper l'acheteur sur la nature de la marchandise vendue. Il a, en outre, été constaté que le café que l'on fournissait n'était même pas conforme aux échantillons présentés.

Traduit à raison de ces faits devant le tribunal de police correctionnelle (6e chambre), sur les conclusions conformes de M. le substitut Dupré Lasalle, le nommé Anatole V... a été condamné à six mois de prison et 50 fr. d'amende.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose :

1° D'une lettre du ministre de l'instruction publique avec ampliation du décret approuvant l'élection de M. Leblanc;

2° De deux échantillons de remèdes secrets, de plusieurs rapports des médecins des épidémies du département d'Ille-et-Vilaine et d'un travail de M. Lalagade, d'Alby, qui propose la vaccine comme moyen curatif de plusieurs maladies.

Discussion sur la quinidine.

Avant l'ouverture de la discussion, M. O. Henry demande à rappeler en quelques mots le but du mémoire qu'il a lu dans la dernière séance, et il lit une note qui se termine par les conclusions suivantes :

1° N'y a-t-il pas lieu d'examiner si la cinchonine mérite réellement la défaveur qu'on lui fait subir relativement à la quinine?

2° On peut obtenir d'un grand nombre d'écorces de quinquina autres que celles du calysaya de la quinine et du sulfate très purs.

3° L'emploi de ces écorces peut assurer la fabrication de ce précieux médicament et parer aux désavantages qu'offriraient sa rareté et son prix fort élevé.

4° La matière appelée quinidine, qui n'est qu'un état de cristallisation différent de celui de la quinine, paraît exister dans toutes les écorces de quinquina, mais plus particulièrement dans celles

du quinquina rouge de la Nouvelle-Grenade. C'est de là quinine à l'état d'hydrate.

5° Il n'y a aucun motif pour la proscrire.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Soubeiran, Guibourt, Bouchardat et Gaultier de Claubry, les uns soutenant que la quinidine diffère de la quinine, les autres qu'elle n'en diffère point, l'Académie décide, sur la proposition du dernier de ces orateurs, que des échantillons de quinidine seront envoyés à la commission des succédanés du quinquina pour juger la question au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire pour observer si la quinidine jouit des mêmes propriétés médicales que la quinine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Endocardite.

M. le docteur Delotz, de Saint-Flour, adresse un mémoire sur l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite.

Scarificateur urétrotome.

M. Charrière fils adresse à l'Académie un scarificateur urétrotome qui a pour but de réunir dans un seul instrument les avantages que présentent les urétrotomes agissant d'avant en arrière et ceux agissant d'arrière en avant.

A l'extrémité de l'instrument se trouve une tige conductrice d'un petit volume E; le volume de cette tige est tel que celle-ci peut s'engager facilement dans le rétrécissement; de plus, cette extrémité sert de gaîne à la pointe de la lame conique de l'urétrotome, qui incise le rétrécissement d'avant en arrière, sinon complétement, du moins assez pour faire pénétrer l'olive. La figure D représente la lame que l'on fait glisser hors de la gaîne.

Lorsque l'incision est faite, on peut ramener la lame dans sa gaîne E; on fait franchir à l'olive le rétrécissement; il est alors possible de s'assurer au moyen du point d'arrêt de l'olive si l'on est sur le point rétréci; ceci constaté, si on veut inciser le rétrécissement d'arrière en avant, il est facile de faire basculer la lame en faisant descendre le point indicateur. La lame est disposée d'après les principes posés par M. Civiale pour la confection de son urétrotome.

A. Vis de pression servant à limiter la course de la lame.

B. Manche de l'instrument.

C. Curseur pour indiquer le siége du rétrécissement.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret.

Chronique et nouvelles.

Dans le comité secret d'hier, l'Académie a décidé que le *prix de l'Académie* serait décerné à M. Aug. Millet, de Tours.

Des mentions honorables ont été accordées à MM. Dubreuil, de Bordeaux, Parola, de Coni (Piémont), et Perrin, de Paris.

L'Académie a en outre adopté les questions suivantes pour sujet des prix à décerner en 1854 :

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique.

Prix Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.

— Nous lisons dans un journal la note suivante que nous sommes heureux de reproduire :

« C'est avec une vive satisfaction que nous apprenons que Sa Majesté vient de décorer de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare M. le docteur Caffe, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc., homme aussi recommandable par ses travaux dans les sciences médicales que par ses éminentes qualités personnelles. Nous aimons à voir le gouvernement apprécier ainsi le véritable mérite en récompensant notre savant compatriote, *soit de ses études scientifiques, soit de sa pratique médicale aussi distinguée qu'honorable, soit des services importants qu'il a rendus aux sujets de S. M. à Paris.* Ce sont là, en effet, les expressions flatteuses du décret royal. » (*Courrier des Alpes*, journal des États sardes.)

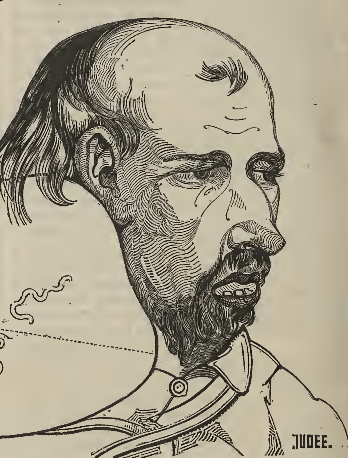
OBSERVATION DE LIPOME MONSTRUEUX.

Par le docteur Evariste Barbier, de Richelieu (Indre-et-Loire).

Le 10 octobre 1852, je fus appelé pour aller donner mes soins à un malade résidant au village de Jaspy (canton de Mons-sur-Guesne). Je rencontrai sur ma route un vieillard porteur d'une tumeur énorme au côté gauche du cou; je m'approchai avec empressement de lui, et l'interrogeai sur les particularités qui avaient accompagné la naissance et le développement de cette monstruosité.

Voici quels sont les renseignements que j'ai recueillis :

Cet homme, nommé Pierre Ouvrard, ayant exercé dans sa jeunesse l'état de maçon, est âgé de soixante-dix-huit ans et natif du village de Puy-Savoureau, canton de Mons-sur-Guesne, arrondissement de Loudun. Il porte cette tumeur depuis l'âge de 40 ans. Elle lui est venue sans aucune douleur, et il ne s'est aperçu de sa présence que lorsqu'elle avait déjà pris le développement d'une fève. Depuis ce moment, elle n'a cessé de s'accroître. Le sujet n'accuse aucune espèce de douleur; il ne se plaint que de la fatigue que lui causent le poids et le volume de la tumeur, qui repose, à la manière d'un fardeau, sur l'épaule gauche. Sa couleur est la même que celle de l'enveloppe cutanée qui est exposée d'habitude à l'air, ou à peine un peu plus rouge. On aperçoit des veines tortueuses qui serpentent sous l'épiderme.



A la palpation, elle offre une sorte de mollesse élastique que l'on peut comparer à celle que présentent les mamelles chez la femme; en la pressant fortement, on rencontre vers le centre une masse inégale, bosselée, résistante, dont ladureté pourrait être assimilée à celle des cartilages. Pierre Ouvrard me disait qu'il avait assurément un *os* au centre de sa tumeur.

Il y a six ans, ne pouvant résister au désir de savoir ce qu'elle contenait, il la ponctionna avec une alène; à son grand étonnement, il en sortit du sang parfaitement pur (il s'attendait à provoquer un écoulement de sérosité). L'alène, poussée par lui avec force vers le centre, ne put attaquer les parties dures.

Je lui demandai si pareille affection n'avait pas atteint quelques membres de sa famille, soit ascendants, soit descendants; il me répondit négativement.

Dans ce moment-ci, Pierre Ouvrard se porte à merveille; il n'a fait aucune maladie grave.

L'affection dont nous consignons ici l'observation n'est pas rare; mais il n'arrive pas toujours que des lipomes acquièrent un développement aussi considérable (49 centimètres de pourtour dans son grand diamètre) sans altérer, de quelque façon que ce soit, la santé du sujet qui en est affecté. C'est à ce point de vue que ce fait m'a paru digne d'être noté.

Il est à regretter que notre confrère ne nous ait pas dit ce qu'il se proposait de faire pour débarrasser le malade de son énorme fardeau.

Bulletin bibliographique.

Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis; par le docteur Léon Bassereau. Un vol. in-8°. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Histoire et statistique de l'Académie nationale de médecine, par le docteur Félix Roubaud. — Ce travail, que nous avons publié dans nos colonnes et qui a valu à l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* l'honneur d'une souscription de la part de l'Académie de médecine, vient d'être réuni en brochure au prix de 75 centimes. — Chez J.-B. Baillière et aux bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un Précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, de notioos sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine et de la Société nationale d'agriculture, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. 6e édit., corrigée et augmentée. Un vol. in-18 de 540 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen. In-8°. Chez Noblet, rue St-Dominique, 56, à Paris.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

Quatrième Extrait du CATALOGUE DES LIVRES DE MÉDECINE à prix réduits

de Adolphe DELAHAYS, 4 et 6, rue Voltaire, près l'École de Médecine, à Paris.

Le Catalogue sera envoyé franco aux personnes qui en feront la demande. — Toute demande de vingt-cinq francs et au-dessus, accompagnée d'un mandat sur la poste ou sur une maison de Paris, sera expédiée franche de port et d'emballage. — Les mêmes avantages seront accordés aux personnes qui autoriseront à faire suivre en remboursement.

SCIENCES ET ARTS.

Médecine. Histoire naturelle.

Lugol (J.-G.-A.). Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses. Paris, Fortin-Masson, 1844. Un beau vol. in-8. 1 fr. 25

Magendie (F.). Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicaments. 9e édition. Paris, Méquignon-Marvis, 1836. Un vol. in-12; au lieu de 5 fr., net. 50 c.

Manec. Traité théorique et pratique de la ligature des artères. (Ouvrage couronné par l'Institut de France.) Paris, 1836. Un vol. in-f°, cart., avec 14 pl. color. 2e édit., augmentée d'une nouv. planche; au lieu de 18 fr., net. 5 fr.

Martin (de Lyon). Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et les couches; précédés d'un compte-rendu des maladies observées à l'hôpital de la Charité pendant sept ans. Lyon, 1835. Un vol. in-8, 6 fr., net. 1 fr. 25

Matteucci (Ch.). Traité des phénomènes électro-physiologiques des animaux, suivis d'études anatomiques sur le système nerveux et sur l'organe électrique de la torpille, par Paul Savi. Paris, Fortin-Masson, 1844. Un beau vol. in-8, avec 6 pl. in-4; 6 fr., net. 2 fr.

Meckel (J.-F.). Traité général d'anatomie comparée, trad. et augm. de notes par MM. Sanson, Riester, Schuster, doct. en chirurg. Paris, 1838. 10 forts vol. in-8; au lieu de 50 fr., net. 10 fr.

La Médecine populaire, ou l'Art de guérir indiqué par la nature. Ouvrage destiné à préserver et à délivrer l'espèce humaine des maladies qui l'affligent, par Louis Biond (connu sous le nom de Médecin des pauvres). 1849. Un vol. in-8; au lieu de 5 fr., net, 2 fr.

Mellet. Manuel pratique d'orthopédie, ou Traité élémentaire sur les moyens de prévenir et de guérir toutes les difformités du corps humain. Paris, 1844. Gr. in-18, avec 18 pl. 1 fr.

Mérat. Revue de la Flore parisienne, suivie du texte du Botanicon parisiense de Vaillant, avec les noms linnéens en regard. Ouvrage servant de complément aux quatre éditions et au Synopsis de la Nouvelle Flore des environs de Paris, du même auteur, et à toutes celles publiées jusqu'ici. Paris, J.-B. Baillière, 1843. Un vol. in-8, avec les additions de 1844 à 1847; net. 2 fr. 50

Michéa (C.-F.). Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine). Paris, Labé, 1845. Un vol. in-8; au lieu de 6 fr. 1 fr. 25

Mougellaz. Monographie des irritations intermittentes. Nouv. édit. Paris, 1839. 2 forts vol. in-8; au lieu de 12 fr., net. 1 f. 25

Moreau-Boutard (L.-M.-A.). Traité de petite chirurgie et Précis de chirurgie élémentaire, leçons professées à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce en 1843 et 1844. Paris, Fortin-Masson, 1845. Un vol. gr. in-18, papier vélin, avec 95 figures intercalées dans le texte; au lieu de 2 fr. 25 c., net, 50 c.

Morgagni. De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis libri quinque in quibus continentur dissectiones et animadversiones propemodum innumeræ, medicis, chirurgis, anatomicis profuturæ; nova edit. cum notis Adelon et Chaussier. Paris, 1820-22. Huit forts vol. in-8; au lieu de 56 fr., net. 8 fr.

Très belle édition, seule complète et estimée.

Musset (H.). Traité des maladies nerveuses ou névroses. Paris, 1840. 1 vol. in-8; au lieu de 6 f., net. 1 f. 25

Nouveau (Le) parfait maréchal, ou la connaissance générale et universelle du cheval, divisée en sept traités : 1° de sa construction; 2° du haras; 3° de l'écuyer et du harnais; 4° du médecin, ou Traité des maladies des chevaux; 5° du chirurgien et des opérations; 6° du maréchal ferrant; 7° de l'apothicaire, ou des remèdes. Avec un dictionnaire des termes de cavalerie, le tout enrichi de fig., par F.-A. de Garsault, avec une notice et la loi sur les vices rédhibitoires, augmenté de tableaux comparatifs des poids et mesures. 5e édit. Paris, veuve Bouchard-Huzard, 1843. Un vol. in-8 orné de 50 planches; au lieu de 15 fr., net. 5 fr.

Nouveau Traité des plantes usuelles, spécialement appliqué à la médecine domestique et au régime alimentaire de l'homme sain ou malade, par Joseph Roques, auteur de la Pithographie médicale et de l'Histoire des champignons comestibles et vénéneux. Paris, Dufart, 1838. 4 forts vol. in-8; au lieu de 32 fr. 8 fr.

Pellereau. Chimie minérale, ou Traité complet des métaux, des oxydes et des acides, d'après une nouvelle méthode, avec l'indication de tous les réactifs qui servent à faire reconnaître les substances, et des secours ou contre-poisons à administrer en cas d'empoisonnement par ces corps; suivi du tableau latin et français de la nomenclature pharmaceutique universelle. Paris, Béchet, 1838. Un vol. in-8, net, 1 fr. 25

Peltier (Ath.). Météorologie. Observations et recherches expérimentales sur les causes qui concourent à la formation des trombes. Paris, Cousin, 1840. Un fort vol. in-8, fig.; au lieu de 8 fr., net. 1 fr. 25

Pharmacien (Le) de soi-même, complément indispensable du Médecin de soi-même, et correctif nécessaire de la médication de M. Raspail, ou Petite pharmacopée populaire, par Dubois et Joubert. 1844. Gr. in-18; au lieu de 15 fr., net. 35 c.

Pigeaire (J.). Puissance de l'électricité animale, ou du magnétisme vital et de ses rapports avec la physique la physiologie et et la médecine. Paris, 1839. in-8. 50 c.

Pinel (Scipion). Traité de pathologie cérébrale, ou des maladies du cerveau. Nouvelles recherches sur sa structure, ses fonctions, ses altérations, et sur leur traitement thérapeutique, moral et hygiénique. Paris, 1844. Un fort vol. in-8; au lieu de 7 fr., net. 1 fr. 25

Pinel (Ph.). Traité médico-philosopbique sur l'aliénation mentale. 2e édit. 1809. Un vol. in-8, fig.; au lieu de 7 fr., net. 2 fr.

Piorry. De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris, 1828. In-8, avec 2 pl.; au lieu de 6 fr., 1 fr. 25

Pointe (J.-P.). Histoire topographique et médicale du grand Hôtel-Dieu de Lyon, dans laquelle sont traitées la plupart des questions qui se rattachent à l'organisation des hôpitaux en général. 1842. Un fort vol. gr. in-8, fig.; au lieu de 7 fr. 50, net. 2 fr.

Regnault. Du degré de compétence des médecins dans les questions judiciaires relatives aux aliénations mentales, et des théories physiologiques sur la monomanie homicide; suivi de nouvelles réflexions sur le suicide, la liberté morale, etc., 1831. In-8; au lieu de 6 fr. 1 fr. 25

Richerand. De la population dans ses rapports avec la nature des gouvernements. Paris, Béchet, 1837. Un vol. in-8, net. 1 fr. 25

Rognetta (M.-F.). Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie, basé sur les principes de la thérapeutique dynamique. Paris, 1846. Un vol. in-8 compacte de 725 pages; au lieu de 9 fr., net. 2 fr. 50

Rougier (J.-A.). De la morphine administrée par la méthode endermique dans quelques affections nerveuses, et de la nécessité de l'usage intérieur de la strychnine pour achever le traitement et prévenir la récidine. 1843. Un vol. in-8, net. 50 c.

Rozier. Des habitudes secrètes, ou des maladies produites par l'onanisme chez les femmes. 3e édit., corrigée. Paris, 1830. Un vol. in-8, fig.; au lieu de 6 fr., net. 1 fr. 25

Saint-Arroman. Manuel pratique des bandages, traitant de l'art déligatoire appliqué au traitement des plaies, aux pansements qu'exigent les médications externes, exutoires, phlébotomie, hémostasie, etc., de la description des appareils et bandages appropriés aux fractures, luxations, entorses, etc., avec fig. Paris, 1845. 1 vol. in-12; 3 fr. net. 50 c.

Sanson (L.-J.). Traité de la Cataracte. Paris, 1842. 1 vol. in-8; net. 50 c.

Scoutetten (H.). De la Méthode ovalaire, ou Nouvelle méthode pour amputer dans les articulations. Paris, 1827. 1 vol. in-4, avec 11 planches; au lieu de 6 fr., net. 2 fr. 50 c.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Note sur le soufre brun visqueux. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Delasiauve). Des diverses formes de l'aliénation mentale. — Deux cas de farcin chronique traités par l'extrait d'aconit. — Quelques mots sur l'eau iodurée-alcaline de Coise, en Savoie. — Préparation du magnésium. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1852.

Note sur le soufre brun visqueux.

Sous ce titre, M. le docteur Hannon publie dans la *Presse médicale belge* un article rendu confus à dessein sans doute, et que nous croyons devoir reproduire textuellement avant de présenter les réflexions dont nous croyons devoir en faire l'objet.

Un pharmacien de Paris, M. Gille, publia dernièrement un article intitulé : *Du danger qu'il y aurait à administrer le soufre sous la forme prétendue nouvelle de soufre brun visqueux.* Je trouvai cet article reproduit dans le *Journal des sciences naturelles et médicales de Bruxelles* sans que ce journal, *qui connaissait* mon travail, puisqu'il l'avait reproduit, y ait ajouté aucune observation : cette lacune m'oblige forcément à reparler du soufre brun visqueux.

D'après le pharmacien de Paris, le soufre brun visqueux contient du cuivre et ne doit ses propriétés actives qu'au cuivre qu'il contient.

Cette assertion prouve : 1° que ce pharmacien n'a pas lu mon travail dans la *Presse médicale belge*; 2° qu'il l'a lu dans l'*Annuaire* de M. Bouchardat, dans lequel l'article est reproduit, mais avec une erreur typographique qui en dénature le sens (1).

En effet, dans le travail original il y a trois procédés pour obtenir le soufre visqueux, et, grâce à la faute d'impression, le troisième procédé a l'air d'être une description des propriétés du soufre visqueux.

Pour rétablir les faits, voici le troisième procédé :

Le soufre jaune ordinaire, chauffé à + 160° c., devient brun et visqueux; à + 250°, il est noir et perd sa fluidité. Dans cet état, si on le place sous l'eau, il reste pendant longtemps à l'état pâteux, et conserve sa couleur foncée, surtout lorsqu'il est resté exposé pendant une demi-heure à la même température.

Ce soufre peut-il contenir du cuivre ? Peut-il y avoir du danger à l'administrer à l'intérieur? Je ne conçois guère comment il serait possible de répondre par l'affirmative.

Or, c'est précisément le soufre brun obtenu par ce procédé que je recommande et prescris toujours à l'intérieur.

Les deux autres procédés consistent à décomposer le sulfure de cuivre par l'eau régale. Le cuivre abandonnant le soufre pour se combiner au chlore, il se peut en effet, lorsqu'on s'y prend mal, que le soufre mis en liberté puisse renfermer du chlorure de cuivre; le sulfure de cuivre sec et pulvérisé doit être jeté par petites pincées dans de l'eau régale très chaude et en grand excès, le soufre boursouflé et surnageant doit être alors lavé par de l'eau bouillante, et ce soufre ne contiendra que des traces de chlorure de cuivre.

C'est ce soufre ainsi précipité dont j'ai préconisé l'emploi à très petites doses à l'intérieur, mais surtout pour l'usage externe.

Pour l'usage externe, ce soufre est d'une efficacité évidente, manifeste. M. Gille, le pharmacien de Paris, l'a reconnu, du reste, et tous ceux qui le prescriront le reconnaîtront comme lui.

Quant à son usage interne, jamais je ne l'ai vu suivi d'effets toxiques aux doses indiquées dans mon travail ; mais il faut pour cela que le soufre soit bien préparé.

Si le médicament ainsi préparé inspire du reste quelque appréhension aux praticiens, on peut en réserver l'emploi pour la confection de pommades à employer dans les affections cutanées, tandis qu'on prescrira le soufre visqueux obtenu par fusion à l'intérieur.

Je dois commencer d'abord par rectifier l'erreur de M. le docteur Hannon. Ce n'est point dans l'Annuaire de M. Bouchardat que j'ai lu l'article de M. Hannon, c'est, ainsi que j'ai eu le soin de le dire, dans le Traité de MM. Trousseau et Pidoux, qui l'ont pris *textuellement* dans la *Gazette des Hôpitaux,* qui l'a pris *textuellement* dans la *Presse médicale belge.* J'ai donc lu M. Hannon sans erreur typographique, et je crois l'avoir compris de même; et il s'en serait facilement convaincu s'il avait usé à mon égard d'une réciprocité d'attention.

Quel est le but de la première note de M. Hannon? De propager l'usage du soufre brun visqueux préparé par deux nouveaux procédés qui donnent à ce corps, M. Hannon a bien soin d'insister sur ce point, une plus grande efficacité. Or, ces procédés, quels sont-ils? L'un consiste « à décomposer le sulfure de cuivre par de » l'eau régale; » l'autre, « à faire un mélange de sul» fure de cuivre, de sel marin et de nitrate de potasse, » et à ajouter de l'acide sulfurique jusqu'à cessation » d'effervescence. Ce soufre visqueux, dit M. Hannon, » lavé et recueilli sur un filtre, est plus actif que le » soufre obtenu par le procédé suivant; » et alors seulement il rappelle un troisième procédé pour préparer le soufre visqueux connu depuis longtemps, et décrit dans tous les traités de chimie. Ce n'est probablement pas pour faire connaître ce dernier procédé que M. Hannon a jugé utile de publier une note; non, c'est pour faire connaître le nouveau soufre brun, qu'il reconnaît être le plus efficace, et qui doit, par conséquent, être employé de préférence.

Au reste, s'il restait le moindre doute à cet égard au début de la note de M. Hannon, ce doute ne pourrait durer longtemps. Lorsque ce médecin arrive à formuler les préparations nouvelles qu'il préconise, il distingue le soufre brun *précipité* du soufre brun *obtenu par fusion,* et il propose de faire avec le premier des pilules ainsi composées :

Soufre brun précipité.	2 gros.
Baume de tolu.	q. s.
Pour faire S. A., pilules. . . .	4 gr.

Chaque pilule, ajoute M. Hannon, *contient* 3 *grains et demi de soufre* (ajoutez : *brun* précipité). *La dose en est de 2 à 4 par jour.*

Il résulte surabondamment, je crois, de tous ces détails que j'ai parfaitement compris M. Hannon. Maintenant, je n'hésite pas à répéter ce que j'ai avancé dans ma première note, à savoir, que ce soufre brun précipité, ayant la consistance et la couleur de la gutta-percha ramollie, contient du sulfure de cuivre en assez grande quantité pour être dangereux même en application externe, à plus forte raison donné à l'intérieur. L'habileté du préparateur n'empêche rien à cet égard, et M. Hannon m'accordera bien, j'en suis convaincu, que j'ai assez d'habitude pour suivre un procédé aussi simple que celui qu'il indique.

Il résulte un autre fait de la note que j'ai eu l'honneur de publier dans la *Gazette des Hôpitaux,* c'est que non-seulement le soufre brun précipité contient du cuivre, mais encore que c'est à cette dernière substance qu'il emprunte sa principale, sinon toute son efficacité. Ce fait ressort parfaitement de l'observation de M. le docteur Declat, de Néboud, qui, ayant remplacé la préparation de soufre brun par une pommade contenant simplement du bi-oxyde de cuivre, a parfaitement guéri la maladie de la peau, contre laquelle il avait d'abord prescrit la formule de M. Hannon.

Enfin, il me sera sans doute permis de conclure que, puisque c'est le cuivre qui agit dans les préparations de soufre brun, il est beaucoup plus simple de prescrire directement ce métal aux doses que les médecins jugeront utiles, et qui dans tous les cas seront rigoureusement déterminées, au lieu de l'administrer à des doses que rien ne permet d'apprécier exactement. La dernière note de M. Hannon me fait même espérer qu'il suivra lui-même cette prudente méthode, et dans l'intérêt de ses malades et autant peut-être dans l'intérêt de sa responsabilité. — GILLE, pharmacien à Paris.

(1) Voir *Annuaire de thérapeutique*, etc., pour 1852, par M. Bouchardat. Page 188, ligne 8, 3e mot : *au lieu de:* visqueux, *lisez:* jaune.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique, ou *Des principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères;* par M. Charles ROBIN, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et le docteur F. VERDEIL, chef des travaux chimiques à l'Institut national agronomique. — 3 vol. in-8° avec un atlas de 45 planches gravées, en partie coloriées. — Chez J.-B. Baillière.

Les notions les plus simples et les plus justes font péniblement leur chemin à travers les connaissances humaines; qui en disconviendrait et qui n'applaudit à Bichat démontrant que les divers *systèmes* d'organes se décomposent en *tissus* et en *humeurs!* Instituer en anatomie l'étude des différentes espèces de tissus, c'était au commencement de ce demi-siècle secouer bien des préjugés scientifiques, et d'un seul bond échapper à l'obscurité de doctrines et de théories, où l'explication des phénomènes de la vie et l'art de guérir s'égaraient depuis tant de périodes. Expliquera qui le pourra la marche lente et détournée de la science. Ce n'est pas que dans ces voies, comme dans bien d'autres, quelques esprits vigoureux ou éminents ne protestassent hautement contre l'opinion commune et ne pressentissent la vérité. Bien avant l'école expérimentale illustrée par Haller, nous voyons Boerhaave tracer déjà de sa main de maître le plan des études anatomiques, et y comprendre les parties solides ou cohérentes du corps organisé et les parties fluides ou humeurs, le contenant et le contenu. Grâce au perfectionnement des instruments et des moyens d'investigation, des lacunes importantes et nombreuses ont été remplies dans le champ ouvert par ces devanciers. De nos jours, voici que les anatomistes dissèquent jusqu'aux infiniment petites fibrilles du cadavre; mais encore, à l'aide du microscope, on a reconnu que les tissus regardés comme simples par Bichat sont composés eux-mêmes de particules ou corpuscules très petits; ce sont les globules, les cellules, les fibres, etc.; en un mot, les *éléments anatomiques.* Nous savons aussi que les humeurs se décomposent d'une manière analogue d'une part en éléments anatomiques et d'autre part en *sérum.* Les éléments anatomiques et les sérums étant connus, il restait à pénétrer la constitution intime ou moléculaire de la substance dont sont formées ces parties du corps, et cette substance elle-même constitue la *matière* ou *substance organisée.* Quelle subdivision plus rationnelle faciliterait la véritable étude de l'organisme et de la vie?

Bordeu avait proclamé que, si la partie morte et inerte du corps humain est réservée pour les anatomistes et pour les chimistes, les médecins sont en possession du corps vivant. Avouons-le, ces derniers ont jusqu'ici bénévolement abandonné leurs droits, acceptant des mains des physiciens l'homme transformé en machine à leviers, à pompes, à ressorts, à tuyaux, à pressoirs. Comme du temps de Bordeu, il nous faut fuir encore cette école de Paracelse où l'on fait de nous un composé d'alambics, de ferments, de sels, d'effervescences, de vaisseaux distillatoires, de foyers d'explosion; la pompe à feu et la locomotive ont étendu ces comparaisons! Et, si le parallèle historique était reporté plus avant, comme on l'a fait, ne vérifierait-on pas dans cette multitude d'écrits scientifiques répandus journellement une analogie frappante avec les élaborations des alchimistes et des chercheurs du dix-septième siècle sur l'urine, le sang, la bile et autres matières semblables? Tantôt il est traité des tissus sans avoir déterminé les éléments organiques qui les composent, comme on parlait jadis des sels sans les analyser; tantôt on s'occupe d'un élément sans avoir établi combien il y en a d'espèces, au moins approximativement, ni quels sont ceux qui lui ressemblent ou en diffèrent; et, quant à la transmutation des métaux, elle est représentée elle-même par la recherche des métamorphoses de la matière organisée, ou du passage d'un élément à un autre, d'une cellule à une fibre, d'une fibre à une autre, et ainsi de suite. Des opérations nécessitées par le *grand œuvre* des Albert-le-Grand, des Brandt, des Scheele, des Boyle, sortit la découverte fondamentale de la chimie moderne, à savoir : que les divers corps métalliques ne dérivent pas d'une forme ou d'une substance unique, ct que le règne inorganique compte de nombreux éléments plus ou moins modifiables, suivant les circonstances où ils sont placés, mais non transmutables. De même l'expérience et l'observation nous démontrent aujourd'hui, en dehors de toute idée abstraite ou préconçue, qu'il y a plusieurs espèces distinctes d'éléments qui se réunissent pour former les tissus organiques, les uns *constituants*, les autres *produits*, et qu'aucun d'eux ne peut être rapporté à un type unique ni dépendre d'uue métamorphose.

C'est l'analyse de ces éléments anatomiques que MM. Charles Robin et Verdeil ont abordée et approfondie dans le livre qu'ils soumettent à la publicité. M. de Blainville avait tiré la formule caractéristique de la vie ou de l'organisation du double mouvement continu de composition et de décomposition que présentent les éléments en question dans les corps organisés, sans destruction ni altération des tissus à travers lesquels se passe cet acte éminemment vital, seule propriété, seul fait qui soit absolument commun à tous. Pour les auteurs du nouveau *Traité de chimie anatomique et physiologique*, un seul fait, commun également à tous les êtres vivants, correspond à l'énoncé du théorèmc précédent; c'est l'état généralement demi-solide ou fluide de la substance des éléments organiques, formée par dissolution réciproque et complexe des principes immédiats très nombreux, les uns à l'aide des autres. Hors de cet état, il n'y a pas de vie; toute combinaison trop stable l'arrête. La connaissance des principes immédiats et de leur modc d'union réciproque permettra donc de poursuivre et de décrire cette matière si multiple, qu'elle apparaisse sous forme de gouttcs

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Delasiauve.

Des diverses formes de l'aliénation mentale.

Leçons recueillies par M. Pégand, élève de la deuxième section des aliénés (1).

Démence.

Démence consécutive aux diverses folies. — Cette variété ne diffère guère de la précédente quant au fond de la maladie. La diminution des facultés s'y révèle par des symptômes analogues; et sous ce rapport la description qui convient à l'une pourrait très bien s'adapter à l'autre. Il arrive même un moment où, comme des rivières à leur confluent, les diverses espèces se confondent dans une physionomie commune. Seulement, la différence des origines donne lieu, dans les commencements surtout, à des particularités qui méritent d'être signalées.

La démence, en s'adjoignant aux autres formes mentales, les modifie sans les effacer. Il est souvent difficile de préciser la limite où cette complication commence. Elle s'apprécie, en général, par la diminution des manifestations actives. L'incertitude diagnostique est d'ailleurs relative à la gravité de la lésion et à la variété délirante.

Dans la manie, par exemple, tantôt la surexcitation amène un prompt épuisement nerveux : la dégradation est patente, incontestable; mais dans beaucoup de cas la transition s'effectue d'une manière lente, graduelle, insensible. L'hésitation alors est permise, car rien ne ressemble à la manie chronique comme la démence dans sa période moyenne. C'est le même décousu des propos, la même incohérence, la même agitation. Seulement, comme dans la démence, les impressions sont moins vives et les souvenirs moins actifs, le champ du délire se resserre, et l'on ne retrouve plus, au lieu de la mobilité d'idées du maniaque et de la facilité avec laquelle il passe d'un sujet, d'un sentiment à un autre, qu'une répétition monotone de mots et de phrases sans signification, sans portée.

L'embarras n'est pas moindre pour la stupidité. Consistant dans la suspension de l'exercice intellectuel, cette forme revêt nécessairement une expression très marquée de démence, qui ne peut que se prononcer davantage encore.

Quant aux délires partiels, il y a une distinction à faire entre ceux qui concentrent l'essor des facultés et ceux qui en permettent le fonctionnement. Dans ce dernier cas, l'aptitude logique n'étant pas anéantie, il est presque aussi facile que dans les cas ordinaires de suivre les progrès de la défectuosité mentale. L'affaiblissement du jugement, de la mémoire, de l'imagination, se révèle dans les raisonnements et les actes, même en ce qui concerne les aberrations morales. Il y a moins de suite dans les propos, moins de fidélité dans les récits, moins de fermeté dans les résolutions. Les idées fixes, les fausses sensations, perdent de leur unité, de leur ténacité, de leur fréquence; elles dominent, en un mot, moins despotiquement le malade.

Pour confirmer ces assertions, l'hospice ne nous offre que le choix des preuves. G..., âgé de quarante-quatre ans, est un homme d'une grande distinction, que des déceptions ont conduit à l'aliénation mentale. Sa folie, fort ancienne déjà, consiste à se croire insulté par tout le monde, à voir dans le moindre indice un outrage dont son honneur exige réparation. Rien n'égalait dans le principe sa rage de provocation et ses violences. Aujourd'hui les paroxysmes sont rares. Ses idées ne l'ont pas abandonné; involontairement encore il recule lorsqu'on l'aborde; mais leur aiguillon est moins vif, et elles rencontrent aussi une fibre moins irritable. Son esprit, d'ailleurs, s'est peuplé des plus étranges chimères, et ses explications, auparavant lucides et savantes, ne présentent plus qu'embarras, confusion, chaos.

Impliqué comme complice dans le meurtre de son père, Jean M... est bientôt assailli par des hallucinations sinistres. Des gendarmes, des assassins étaient continuellement à ses trousses. Les mêmes sensations l'obsèdent; on perce le plancher de sa loge; on l'injurie; on le menace quand il est couché; mais ce n'est plus qu'à de rares intervalles qu'il est ému jusqu'à la fureur. L'incohésion des idées, l'apathie, la nullité, tel est son état habituel.

Il en est de même de M..., qui, quotidiennement réclamant, prétend qu'un ouvrier honnête et laborieux ne doit point rester emprisonné dans un hospice. Des voix injurieuses bourdonnent à ses oreilles; ses plaintes contre ses ennemis imaginaires, son agitation étaient d'abord presque continuelles; mais depuis deux ou trois ans la démence est survenue; de plus en plus les raisonnements sont vagues, embarrassés, et M... ne parle désormais de ses tourments qu'accidentellement et le plus souvent sur provocation réitérée. « Je les méprise, M. le docteur, » me dit-il quelquefois.

On s'explique aisément cette manifestation restreinte des convictions fausses. Celles-ci, d'abord moins impérieuses par elles-mêmes, n'ont plus pour véhicules ni cette sensibilité exquise qui remuait profondément la vie morale, ni cette force intellectuelle dont les sensations empruntent une expression énergique.

L'invasion de la démence est beaucoup plus obscure dans les folies comprimantes, dans les lypémanies profondes. Comment, en effet, apprécier l'action des facultés enchaînées dans leur exercice? Quelquefois cependant, en émoussant le penchant maladif lui-même, la démence a pour résultat indirect d'alléger l'oppression générale et de restituer à la pensée une certaine liberté. Amélioration décevante! D..., par exemple, que vous voyez dans les cours s'agenouillant et invoquant la mort à son aide, est demeuré un an durant dans un mutisme complet, compliqué de refus de nourriture. Un autre lypémaniaque de ce genre, V..., mort au bout de deux ans dément paralytique, ne s'est décidé à proférer quelques paroles que dans les derniers temps de sa maladie. Il avait résisté à tous les moyens d'intimidation, notamment aux douches répétées.

En général, les progrès de la démence consécutive aux délires partiels sont insensibles. Il y a plusieurs années qu'on en a constaté les premiers signes chez les malades précités. Les lésions cérébrales sont en apparence si légères dans les monomanies! On remarque aussi, relativement à la mémoire, que sa diminution, quoique réelle, n'est point d'abord saillante comme dans la démence ordinaire. Elle n'expose point du moins aux mêmes erreurs grossières, sur les dates, les saisons, les noms, les lieux, etc.

Démence dépendant d'une grave altération matérielle. — On comprend assez le sens de cette qualification. Elle ne signifie point que les autres démences soient de purs dérangements fonctionnels; elle répond à certaines causes organiques palpables dont l'esprit saisit aisément la nomenclature.

Cette variété d'affaiblissement mental peut constituer deux divisions, suivant la lenteur ou la rapidité de sa marche. Dans certains cas, en effet, les symptômes acquièrent d'emblée des proportions assez considérables. L'acuité des accidents indique alors une progression correspondante dans l'altération de l'organe de la pensée, ce qui s'observe surtout à la suite des maladies aiguës de cet organe : de la méningite, des fièvres dites cérébrales, des apoplexies, etc. Dans d'autres circonstances, au contraire, l'évolution de la maladie, infiniment graduée, rappelle l'allure la plus habituelle des démences primitives. On en trouve l'explication soit dans la circonscription, soit dans la chronicité de la lésion anatomique. C'est ici un ramollissement partiel qui gagne successivement en étendue; là une tumeur qui, empiétant sans cesse, refoule, irrite et désorganise les parties voisines. Cette opposition, toutefois, n'est pas constante; et la succession tardive des phénomènes n'est pas plus incompatible avec les lésions du premier ordre que leur précipitation avec celles du second.

Il serait difficile, du reste, de baser sur les différences séméiologiques de l'affaiblissement mental la distinction des faits variés dont se compose cette troisième catégorie. Toutes les formes et tous les degrés peuvent se rencontrer dans chacun d'eux. Les conditions dans lesquelles apparaît la démence, les signes propres aux affections qui la produisent, tels sont surtout, pour établir le diagnostic, les éléments auxquels il importe de recourir. La connaissance des antécédents fournit le premier; le second résulte de l'examen des symptômes.

Communément, par exemple, la démence consécutive aux maladies aiguës du cerveau s'accompagne d'un accablement douloureux dont la physionomie réfléchit l'empreinte. Les traits sont amaigris, crispés, chagrins; les yeux abattus, le regard terne, les pupilles souvent dilatées. Pour ce qui regarde le désordre mental, nous avons cru remarquer qu'en beaucoup de cas il a la plus grande analogie avec l'agitation incohérente plus ou moins passive que l'on constate dans la période de dégénération des manies chroniques. On le comprend : la lésion étant généralisée.

La démence apoplectique revêt une expression différente. C'est ici l'obtusion qui domine. Dans la majorité des cas, toute lucidité n'est pas immédiatement éteinte. Les portions du cerveau demeurées saines permettent l'exercice du jugement dans une limite plus ou moins restreinte; mais les idées sont obscures, le raisonnement impossible, les actes privés de conscience, les sentiments sans énergie. Le physique participe à cette pesanteur morale : la physionomie est hébétée; le visage alourdi, flasque; les joues pendantes. Ajoutons qu'il est peu d'apoplexies qui ne laissent comme traces : une prononciation embarrassée, une hémiplégie diversement prononcée, etc.

Quant à l'espèce dépendant de lésions chroniques, la démarcation n'en est pas toujours facile. Ces lésions, même graves, ne sont souvent accusées par aucun phénomène positif; en sorte que dans ces cas on est très exposé à confondre avec la démence spontanée une dégradation mentale tout organique qui s'en rapproche par la marche progressive de ses symptômes. Plusieurs signes mettent ordinairement sur la voie : la lésion devient probable quand depuis longtemps sévit dans quelque point du cerveau une douleur fixe et permanente, et *à fortiori* lorsqu'à cette douleur se joignent d'autres accidents, tels que ceux-ci : bourdonnements d'oreilles, éblouissements répétés, affaiblissement ou perte de la vue, mouvements convulsifs d'un côté de la face ou d'un membre, etc. Un facies d'une pâleur spéciale, effaçant la coloration naturelle ou s'y associant, est assez ordinaire en pareil cas et nous a été un indice presque infaillible du ramollissement, qui, primitif ou consécutif, joue ici un rôle évident. Ajoutons un je ne sais quoi d'inquiet, d'anxieux répandu dans la physionomie et provenant, selon nous, des dispositions morales du malade autant que de sa souffrance physique. Dans cette triste affection, où la lésion longtemps circonscrite fait des envahissements insensibles, le malheureux dément, en effet, conserve assez longtemps sa force intellectuelle pour avoir conscience de la transformation qui s'opère en lui, pour en suivre toutes les péripéties. Jour par jour, heure par heure, il assiste en quelque sorte à la dissection de ses facultés. Comment l'effroi ne le gagnerait-il pas en voyant ainsi tomber un à un les plus nobles attributs de son être?

La durée de l'affection peut aussi fournir son trait différentiel. En moyenne, la démence de la troisième catégorie marche, une fois déclarée, beaucoup plus rapidement vers le terme fatal que celle des deux premières; S..., que nous avions il y a deux ans dans notre hospice, succomba au bout de trois mois à la suite de deux congestions cérébrales. Le même sort était réservé à B..., mort tout récemment après quatre attaques du même genre. Son admission ne datait que de quinze jours; il y avait deux mois et demi qu'avaient apparu les premiers symptômes. L'autopsie révéla chez ces deux malades des ramollissements étendus occasionnés par des tumeurs logées dans la substance des hémisphères.

Tous ces signes ont, sans contredit, quelque chose de vague, d'indécis. Pris isolément, ils pourraient laisser l'esprit hésitant; mais, en les envisageant dans leur ensemble, en tenant compte de leurs rapports et de leur ordre d'apparition, on se donne de grandes chances de remonter à la source du mal et d'en préciser le vrai caractère. Ce besoin, d'ailleurs, n'est point particulier à la démence : quotidiennement il se produit en médecine, où, dans une foule de circons-

(1) Voir les numéros des 17 août, 28 septembre et 25 novembre.

huileuses, ou de granulations moléculaires, de substance homogène unissante, ou de membrane amorphe, tantôt formant la masse d'une cellule, ou son noyau, ou des fibres les plus diverses, et partout, dans chacun de ces points, présentant quelques différences que révèlent l'observation anatomique et celle des phénomènes de nutrition. Est-il besoin de faire remarquer que si les conditions de mélange et de dissolution avec état demi-fluide, qui sont les conditions du double mouvement vital, viennent à s'altérer, les affections morbides les plus générales succéderont à ce trouble plus ou moins grand? Toutes les études d'anatomie pathologique, poussées si loin à notre époque, ont leur unique base dans cette notion exacte; et c'est ainsi que le praticien, comme l'anatomiste et le physiologiste, se heurte fatalement à la nécessité de ne plus ignorer désormais ni sur quels faits, ni en présence de quels agents il lui est permis d'intervenir. Quelle satisfaction, à ces divers points de vue, n'éprouvera-t-on pas de posséder un procédé d'analyse qui, appliqué à l'organisme et à sa mise en jeu, permet de pouvoir envisager les phénomènes les plus compliqués, parce que les actes en apparence les plus absolument régis par les entités encore admises, nous les trouverons toujours en relation avec des conditions anatomiques qui en permettent l'accomplissement!

Jusqu'ici, aux chimistes seuls était attribuée l'aptitude à pousser l'analyse des humeurs jusqu'à en retirer leurs parties constituantes élémentaires; l'histoire des principes immédiats s'ébauchait sur le fourneau ou dans le verre à essai. Loin des auteurs du Traité et de nous la pensée d'attaquer la bonne foi des chimistes; comme il est exprimé aux *prolégomènes*, ils se trompent et ils nous trompent. Prenant possession de la matière organisée, ils la traitent à l'instar d'un minerai ou d'un échantillon industriel; pour eux le problème est le même, le but identique. Aussi ont-ils souvent brûlé, altéré ou détruit plus ou moins les principes immédiats dont nous leur avions confié l'examen. En place des substances organiques constituées par l'union de principes immédiats si divers, en proportions indéfinies et variables, nous n'avons recueilli que des formules applicables tout au plus à des composés fixes et déterminés. La fibrine, l'albumine, et jusqu'au tissu tuberculeux, et à d'autres tissus encore, ont été énumérés d'une manière algébrique sur le tableau, comme si c'étaient là des composés chimiques. « Ils l'ont fait, disent MM. Robin et Verdeil, sans remarquer que depuis longtemps on ne le fait plus pour le suif, le beurre, etc., pour lesquels pourtant on le faisait jadis à l'époque où l'on n'était pas encore parvenu à les réduire en leurs principes immédiats; ils l'ont donné et fait accepter pour bon. »

De là cette vogue de tant de théories séduisantes et éphémères sur la substance organisée, que nous devons nous reprocher d'avoir saluées avec enthousiasme, au lieu d'étudier en elle-même expérimentalement la constitution de cette substance et de nous élever ainsi jusqu'à l'observation directe des phénomènes, en dehors des déductions chimiques. En un mot, si au point de vue chimique on est trop porté à ne considérer que le résultat final de l'analyse, à savoir, qu'on obtienne un corps défini, cristallisable ou volatil sans décomposition, quelles que soient l'origine et les modifications du corps examiné, il n'en peut-être de même dans l'étude de la matière qui a vécu. Cette analyse ne peut donner de résultats utiles qu'autant qu'elle s'exercera à l'aide d'une simple désunion des principes ou espèces de corps qui composent la substance organisée d'une manière immédiate, par leur union molécule à molécule. Procéder de la sorte, c'est conduire l'étude de l'organisme du corps jusqu'au degré le plus extrême qu'il soit possible d'atteindre. Mais il y a plus, ce simple point de départ qui subordonne l'emploi des moyens, tant chimiques que physiques, à la connaissance du jeu des organes, de la structure intime et des propriétés de tissu, va dominer tout le sujet. De ce que les instruments ou les procédés ne peuvent plus être confondus avec le but de la science, il devient évident, dans l'ordre de questions qui nous occupe, que les principes retirés immédiatement de l'organisme sont les seules parties du corps qui ne peuvent être subdivisées en individus plus simples, sans passer d'une nature de faits à une autre, d'une notion scientifique à une autre, etc. Celui qui opère devra, sous peine de ne rien comprendre aux résultats obtenus, être anatomiste ou médecin, du moins pour les cas si nombreux où il s'agit de produits morbides; distinction capitale et nouvelle qui exige la notion d'organisme au début, pour arriver par subdivisions successives jusqu'aux principes immédiats, en passant par les notions intermédiaires d'appareils, organes, systèmes, tissus et humeurs.

Quels que soient les moyens mécaniques, physiques ou chimiques, c'est donc étudier de la sorte l'organisation, c'est faire de l'anatomie. MM. Ch. Robin et Verdeil ont sacrifié aux exigences de l'habitude en donnant à leur livre le titre de *Traité de chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique*. On ne s'y trompera point, pourvu qu'il soit fait table rase des errements familiers, et si, au lieu de procéder du simple au composé, le lecteur, quittant cette donnée objective, se résout à étudier le connu avant de tenter l'inconnu. Là-dessus repose toute la difficulté, et nous avons cru de notre devoir d'insister sur les notions fondamentales, auxquelles les *prolégomènes* de cet ouvrage donnent un certain développement, souvent sous une forme abstraite, que légitiment l'importance et la nature du sujet. Dr E. Le Bret.

(La fin au prochain numéro.)

tances, les faits n'ont de valeur que groupés et réunis, et de leur seul rapprochement jaillit la lumière.

DEUX CAS DE FARCIN CHRONIQUE

traités par l'extrait d'aconit,

Par M. le docteur Hamoir.

La science a été jusqu'à présent si radicalement impuissante contre le farcin chronique, l'effet des médications a été si douteux dans les rares exemples de guérison cités par MM. Rayer, Monneret, etc., que nous ne pouvons qu'accueillir avec empressement deux observations où l'art ne paraît pas avoir été stérile. M. Hamoir a imaginé d'employer contre le farcin un remède depuis longtemps vanté par J.-P. Tessier contre l'inflammation purulente, c'est-à-dire l'extrait d'aconit. Voici un abrégé des deux observations.

Obs. I. — Un soldat de vingt-sept ans, qui avait déjà passé par l'hôpital en 1848 pour une diarrhée et une variole, et en 1849 pour une contusion à la jambe, suite d'un coup de pied de cheval, y revint en 1850 pour un abcès situé au niveau de l'omoplate gauche. Cet abcès était volumineux, et la peau qui le recouvrait avait une teinte violette. Le malade n'assignait aucune cause spéciale à sa maladie; mais il raconta qu'il était employé depuis onze mois à l'infirmerie des chevaux farcineux. C'était lui qui lavait les abcès des chevaux; il a eu pendant très longtemps des gerçures aux mains, alors qu'il avait deux ou trois chevaux farcineux à soigner. L'abcès fut ouvert. La plaie, loin de diminuer, s'agrandit; ses bords étaient blafards, renversés, irréguliers; son fond grisâtre; la suppuration était fétide. On administra alors l'iodure de potassium; on cautérisa avec le nitrate d'argent; on eut recours aux injections avec la teinture d'iode, avec celle de myrrhe; on lotionna avec le chlorure de chaux liquide. La plaie diminua beaucoup, mais ne se cicatrisa pas complétement; il resta une fistule.

Sur la demande du malade, il sortit de l'hôpital; mais il y revint cinq mois après, le 21 mai 1851.

Depuis sa sortie, il avait été replacé à l'infirmerie des chevaux. Il se plaignait actuellement d'une névralgie frontale très violente, du côté droit seulement. Purgatif; vésicatoire pansé à la morphine; sulfate de quinine uni au carbonate de fer. Aucune amélioration. La douleur fut enlevée par un emplâtre émétisé sur le lieu malade.

Le sujet était en pleine convalescence, lorsqu'il s'aperçut qu'il portait un abcès un peu au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, à la partie externe de chaque bras. Il n'avait jamais eu de coryza et la peau n'avait jamais offert d'éruption. Quelques jours après, nouvelle tumeur au sommet de la tête. Le pus des deux poches fut évacué; il était fétide, semblable à de l'albumine, trouble et sanieux. On revint à l'iodure de potassium; on administra concurremment l'huile de foie de morue; régime tonique.

Le 22 novembre, les deux plaies n'étaient pas cicatrisées. La plaie de l'épaule suppurait toujours (elle datait de vingt-sept mois).

C'est à ce moment (1er décembre) qu'on eut recours à l'extrait d'aconit à dose progressivement croissante; on arriva rapidement à celle de 75 centigr. par jour.

Au commencement de janvier, la provision d'aconit étant épuisée à la pharmacie, on fut obligé d'en suspendre l'emploi; une amélioration notable avait été obtenue. On revint à l'aconit à la fin de février, mais seulement pour quelques jours, et le malade sortit de l'hôpital le 1er mars dans l'état suivant:

Embonpoint très marqué, figure dénotant une bonne santé, caractère très gai; les abcès du bras et ceux de l'épaule sont complétement cicatrisés; celui de la tête laisse encore suinter tant soit peu d'un liquide séro-purulent. « Depuis cette époque, ajoute l'auteur, le malade, que nous avons été à même de revoir souvent, a repris son service. »

Obs. II. — Un soldat de vingt-quatre ans entre à l'hôpital de Namur le 27 septembre 1851. Après quelques jours de malaise, une tumeur s'était formée depuis six jours vers le milieu de la jambe droite. Cette tumeur, ouverte, donne issue à du pus mélangé de sang. Le malade accusait également une douleur le long du nerf sciatique. On apprit alors qu'il avait été employé à l'infirmerie des chevaux farcineux pendant un mois; mais il ne peut dire s'il avait eu des écorchures aux mains. L'ulcère présente un aspect tout particulier; le tissu cellulaire ressemble au parenchyme de la rate; les bords de la plaie se sont renversés. Quelques jours après, nouveaux abcès un peu au-dessous du précédent; il en sort un pus d'un blanc sale, abondant et fétide. Iodure de potassium et régime tonique (11 novembre).

Six jours plus tard, une tumeur fluctuante à la partie externe de chaque cuisse; on applique un bandage ouaté; les tumeurs disparaissent d'elles-mêmes, laissant des indurations assez volumineuses.

A quelque temps de là, deux nouvelles tumeurs à la partie externe de l'avant-bras gauche. Bandage ouaté.

Le 1er décembre, il n'existait plus qu'une tumeur, qui fut ouverte et laissa couler un liquide semblable à de l'albumine.

C'est ce jour-là, 1er décembre, qu'on commença l'emploi de l'extrait d'aconit.

Le lendemain et les jours suivants jusqu'au 18, trois nouvelles collections en différents points du corps.

A la fin de décembre, une amélioration notable était survenue. Toutes les plaies bourgeonnaient et marchaient à la cicatrisation. La constitution devenait meilleure.

Le 1er janvier, le manque d'aconit oblige à suspendre le traitement.

A partir de ce moment, le mal s'aggrave, les ulcères se renversent, la peau se décolle, une suppuration sanieuse s'établit.

En février, on revient à l'aconit à la dose de 40 centigr.

Le 18, on est tout étonné du changement opéré; les ulcères prennent de nouveau un bon aspect et marchent à la cicatrisation. Bientôt le malade peut se lever et se promener dans les corridors. L'extrait d'aconit était toujours continué; on en augmentait progressivement la dose, au point que le 17 mars cette dose était de 2 gr. 25 c. par jour. A cette époque, les ulcères étaient cicatrisés, à l'exception d'un seul. Les forces étaient revenues, ainsi que l'embonpoint; tout allait pour le mieux, quand le malade fut pris d'une fièvre typhoïde qui l'emporta le 8 avril.

A l'autopsie, on constate:

1° Abcès non encore cicatrisé à la cuisse gauche, donnant à l'incision du pus mêlé de sang noir;

2° Plusieurs onces de sérosité claire à la base du cerveau, et une sorte d'infiltration du cerveau par un liquide semblable;

3° Etat sain des fosses nasales;

4° Poumons d'une teinte livide et marbrée en noir; cinq petites ulcérations dans la trachée;

5° Corps charnu, ressemblant à un polype, à l'entrée du larynx; luette infiltrée (la voix du malade était devenue rauque dès le début du farcin);

6° Aspect très noir et fluidité du sang contenu dans les gros vaisseaux;

7° Lésions intestinales propres à la fièvre typhoïde.

Nous ne croyons pas qu'on puisse élever de doutes sur l'existence du farcin, principalement chez le second sujet. Or chez celui-ci, plus encore que chez le premier, l'action de l'aconit a paru bien tranchée. Le premier usage qui en a été fait a été suivi d'une amélioration très marquée et très rapide. On le suspend, tous les accidents reprennent une nouvelle intensité; on y revient, et l'amélioration se prononce de nouveau, et presque immédiatement. Sans méconnaître toutes les déceptions qu'amène trop souvent l'expérimentation un peu prolongée des remèdes les plus vantés, il nous semble que ces résultats sont du moins de nature à appeler sérieusement l'attention. (*Arch. belges de méd. mil.*)

QUELQUES MOTS

sur l'eau iodurée-alcaline de Coïse, en Savoie;

Par M. Wahu.

L'aperçu que nous avons donné dans notre lettre de Genève sur l'action de l'eau de Coëse fera sans doute lire avec intérêt les détails suivants extraits d'une note de M. Wahu, qui en a lui-même puisé la plus grande partie dans un travail de M. le docteur Dubouloz, de Montmélian (Savoie), lu à l'Académie nationale de médecine.

Aujourd'hui que les travaux récents de M. Chatin et d'autres savants ont prouvé jusqu'à l'évidence que l'iode est aussi nécessaire à l'homme que l'oxygène; aujourd'hui que la science a trouvé dans ce métalloïde un agent si puissant à opposer à un grand nombre d'affections redoutables, tous les médecins praticiens, ceux des grandes villes surtout, apprendront avec un vif intérêt qu'il existe une manière facile et efficace d'administrer l'iode.

L'analyse de l'eau de Coëse ou Coise faite il y a peu de temps, avec le plus grand soin, et sur les lieux mêmes, par M. Pyrame Morin, chimiste distingué de Genève, a donné les résultats suivants:

Gaz non dissous dans l'eau, pour 1,000 volumes.

Acide carbonique	24
Azote	274
Hydrogène proto-carboné	702

Substances dissoutes dans 1,000 gr. d'eau.

GAZ.

Acide carbonique	4,80 cent. cub.	0,0095
Oxygène	4,40 —	0,0063
Hydrog. proto-carburé	14,75 —	0,0171
Azote	20,65 —	0,0262
	44,61	0,0591

SELS.

Bi-carbonate de soude	0,8136
— de potasse	0,0045
— d'ammouiaque	0,0151
— de magnésie	0,0191
— de chaux	0,0115
Sulfate de magnésie	0,0033
Phosphate de chaux	traces.
Silicate d'alumine	0,0162
Iodure de magnésium	0,0077
Bromure de magnésium	0,0015
Chlorure de magnésium	0,0034
Chlorure de sodium	0,0041
Crénate d'oxyde de fer	0,0020
Glairine soluble dans l'alcool	0,0074
— insoluble dans l'alcool	0,0048
	0,9733

L'eau de Coise est donc remarquable:

1° Par la quantité de bicarbonate alcalin presque pur qu'elle contient, savoir: 0,84;

2° Par la présence des sels iodurés et bromurés en quantité très appréciable;

3° Par le sel d'ammoniaque qu'elle renferme, qui est en quantité qu'on ne rencontre que fort rarement, et dont on devra tenir compte en employant l'eau de Coise;

4° Par la présence d'une grande quantité de glairine, substance encore peu étudiée;

5° Par l'hydrogène carboné qui reste en solution malgré le transport;

6° Par la proportion très faible qu'elle contient de sulfate de chlorure, de magnésie, de chaux et de sels qui se précipitent pendant l'évaporation.

L'eau de Coise peut donc être classée au nombre des eaux alcalines iodurées les plus simples dans leur composition, et les plus faciles à supporter par les malades.

M. Ossian (Henri), qui de son côté a analysé l'eau de Coise, a obtenu des résultats à très peu de chose près identiques avec ceux de M. Morin.

M. le docteur Dubouloz décrit ainsi les effets physiologiques de cette eau:

« Effets physiologiques. — Quoique fort simple dans sa composition, l'eau de Coise n'a pas moins une action très énergique sur certains organes dont elle modifie rapidement les fonctions; elle doit être employée avec prudence, surtout pour les personnes débiles, irritables, nerveuses....

» *Action sur l'encéphale.* — Les habitants de la localité, qui usent de cette eau dans toutes leurs maladies, ont observé qu'elle produit une espèce d'enivrement, des pesanteurs, des tournoiements de tête accompagnés quelquefois d'une légère douleur sus-orbitaire semblable à celle que produit la vapeur du charbon. Ce résultat, que j'ai constaté sur moi-même, survient rapidement lorsqu'on en boit une certaine quantité à la source même, cinq ou six verrées, plus ou moins, suivant la susceptibilité nerveuse de l'individu. A petite dose, elle produit une sorte de gaieté vineuse.... Une dame de Chambéry, que j'avais mise à l'usage de cette eau, fut obligée de se mettre au lit dans un état d'ivresse complet après en avoir bu trois ou quatre verrées le matin à jeun. Les mêmes phénomènes se sont montrés sur un cultivateur qui en usait pour combattre une gastralgie; ce malade m'a assuré qu'à trois reprises différentes, après l'ingestion d'une seule verrée d'eau, il avait éprouvé des tournoiements de tête qui le forçaient de se cramponner à un meuble pour ne pas tomber.

» Ces effets ne se produisent pas constamment; ils ont été très rares à Aix (en Savoie), où l'on a consommé deux mille bouteilles d'eau pendant la saison des bains.

» *Action sur les voies digestives.* — Prise avant les repas, l'eau de Coise augmente énergiquement l'appétit. Cette stimulation est poussée chez quelques personnes jusqu'à la boulimie; elle se digère avec une grande facilité, sans occasionner ni pesanteur ni fatigue....; chose bien digne de remarque, c'est qu'elle régularise les selles, au témoignage de MM. les docteurs Carret et Guilland; ce dernier médecin, qui l'a administrée à Aix, a constamment eu à s'en féliciter.

» Je puis vous dire, m'écrivait ce praticien, en thèse générale, que personne ne s'est plaint d'éprouver de la difficulté à la supporter; je l'ai employée dans les cas où l'usage des eaux thermales sulfureuses à l'intérieur ou même à l'extérieur provoque la constipation, et où j'employais auparavant l'eau d'Evian; elle a réussi presque constamment à ramener la régularité des évacuations alvines. Je la faisais prendre aux repas en place d'eau commune, coupée ou non avec le vin, suivant l'habitude du malade.

» On peut, en procédant méthodiquement, faire boire de cette eau pendant des mois entiers sans fatiguer l'estomac....

» *Action sur l'appareil génito-urinaire.* — L'eau de Coise ne paraît pas augmenter sensiblement les urines; mais, sous son influence, elles deviennent alcalines; j'ai rarement eu l'occasion de l'administrer dans les affections de ces organes, seulement, je sais que les paysans l'emploient avec succès dans les affections aiguës de la vessie, dans la strangurie, l'hématurie qui survient assez fréquemment chez les individus de cette classe, surtout après les moissons. Elle passe aussi pour un puissant aphrodisiaque, stimulation qui pourrait bien être produite par l'ammoniaque contenu dans l'eau de Coise.

» *Action sur la peau.* — La plupart des personnes qui usent de cette eau d'une manière régulière et en certaine quantité sont sujettes à une certaine éruption à la peau, qui a lieu sous forme de miliaire, semblable à celle qui arrive après l'ingestion des sels ammoniacaux. On peut la produire à volonté en faisant boire un à deux litres d'eau dans la journée. Dans ce cas les malades éprouvent, au bout de trois ou quatre jours, une agitation accompagnée de chaleur et d'un mouvement fébrile; bientôt des élancements, des picotements se font sentir sur toute la surface de cet organe, et l'éruption a lieu partiellement et quelquefois d'une manière confluente. Je pourrais en citer deux exemples remarquables; je laisse aux praticiens le soin d'apprécier quel parti la thérapeutique pourra tirer de cette singulière propriété.

» *Saturation iodique.* — Bien que l'eau de Coise ne contienne qu'un peu plus de 7 milligrammes d'iodure de magnésium, elle peut, à la longue, occasionner des palpitations et l'émaciation dues à l'intoxication iodique. M. le docteur Rilliet m'a cité l'exemple d'une dame qui a éprouvé des palpitations après l'usage de quatre bouteilles seulement. Je les ai vues se produire sur ma femme et sur moi, mais il a fallu deux mois pour la première et trois mois pour moi. Je noterai, en passant, que les habitants de la rive gauche de l'Isère, où il existe des goîtreux et des crétins, peuvent en user impunément; tout le village de Longemâle est dans ce cas. Ce fait n'est-il pas des plus concluants dans l'étude du crétinisme et de son étiologie? Bien plus, je suis parvenu à arrêter la production du goître chez plusieurs familles du hameau de Coise, en faisant ajouter une bouteille d'eau de Coise à dix d'eau ordinaire; ces faits me mettent en droit de conclure qu'on peut, par ce seul moyen, arrêter le développement de cette affection.

» Les effets des sels iodiques ne sont pas en rapport avec la quantité employée, mais avec leur degré de solubilité; cette opinion est au reste admise par la science. Comme on le sait, le goître est endémique à Genève, où l'on ne boit que les eaux du Rhône; les médecins de cette ville sont journel-

lement obligés de lutter contre cette affection, qui fait le désespoir du beau sexe. Tous ont eu à constater les déplorables conséquences du traitement iodique, suivi avec le plus de prudence, et ont accepté comme une bonne fortune l'eau iodée de Coise...

» M. Rilliet m'a assuré qu'il lui était souvent arrivé, ainsi qu'à ses confrères, de produire l'intoxication iodique avec 5 centigrammes d'iodure de potassium divisés en 30 pilules et consommés dans l'espace d'un mois. Dernièrement, ce médecin m'écrivait qu'ayant fait mêler au sel servant à l'alimentation de plusieurs familles auxquelles il donne des soins un dix-millième d'iodure, il a eu deux cas d'intoxication chez deux dames ayant dépassé la soixantaine.

» Ces deux remarques des médecins de Genève feront réfléchir sur la proposition presque admise de livrer à la consommation des sels iodiques dans les localités atteintes de goître endémique.

» *Essais thérapeutiques.* — Les eaux de Coise rendent de grands services dans la chlorose, dans les affections chroniques du tube intestinal, les engorgements de foie et de la rate, dans les maladies de la vessie, les gastralgies, les dyspepsies, surtout lorsqu'elles ont pour cause l'épuisement à la suite des maladies adynamiques. Dans ce cas, il est rare que l'appétit ne survienne pas après quelques verrées d'eau prises à doses fractionnées. Il est surtout un genre de maladie qui paraît se modifier d'une manière puissante sous l'influence de ces eaux : je veux parler des affections strumeuses, des engorgements glandulaires, du rachitisme....

» Le meilleur mode d'administrer les eaux de Coise est de les faire prendre pures, à petites doses fractionnées, dans le courant du jour, pendant le repas, coupées avec du vin ou sucrées, suivant l'habitude des malades. On peut ainsi en faire prendre jusqu'à un litre par jour sans inconvénient. »

PRÉPARATION DU MAGNÉSIUM.

M. Liebig a proposé de préparer le *magnesium* en calcinant un mélange de chlorhydrate de magnésie et le sel ammoniac. Cette méthode exige d'assez grandes précautions, et notamment la dessiccation la plus complète des deux sels. Lors même que le mélange a été chauffé jusqu'au point où le sel ammoniacal commence à se volatiliser, il convient de pulvériser de nouveau la masse et de la chauffer encore pour en expulser les dernières traces d'humidité. Les difficultés que présente cette opération, les mécomptes qu'elle entraîne souvent, ont engagé M. Bunsen à chercher un procédé moins douteux et plus facile pour se procurer ce curieux métal. Or, le *chlorure de magnesium* est décomposé avec la plus grande facilité par le courant galvanique lorsqu'il est liquéfié par la chaleur. Un petit nombre d'éléments de la pile imaginée par le même auteur suffit pour obtenir en peu de temps plusieurs grammes de produit.

On prend un creuset de porcelaine divisé en deux parties par un diaphragme vertical montant jusqu'à la moitié de la hauteur du vase : ce diaphragme est destiné à protéger le *magnesium*, à mesure qu'il est mis en liberté, contre l'action du chlore, qui se dégage au pôle positif de la pile. Le creuset est fermé par des tampons de briques que traversent deux tiges de charbon préparé comme pour les piles. Ces tiges forment les pôles ; celle qui correspond au pôle négatif est creusée de cavités ou crénelures, dont l'objet est de retenir le *magnesium*, qui, sans cette précaution, viendrait flotter sur le bain de chlorure de *magnesium* fondu et s'y brûlerait.

Le *magnesium* est blanc d'argent, cristallin, lamelleux ; quelquefois il est grenu, et, dans ce cas, il est gris-bleuâtre et dépourvu d'éclat. Sa densité égale celle du calcium ; il fond au rouge sombre ; on peut le limer, le scier, l'aplatir par le choc du marteau.

L'air sec est sans action sur lui ; mais il se ternit à l'air humide et se couvre d'une couche de magnésie. A la chaleur rouge, il brûle avec une flamme blanche éclatante.

L'eau froide n'est décomposée que lentement et avec peine par ce métal, qui se dissout rapidement dans l'eau acidulée. Enfin, il prend feu quand on le jette sur l'acide chlorhydrique, tandis que l'acide sulfurique concentré ne le dissout que difficilement.

Chronique et nouvelles.

On annonce que MM. Monneret et Fleury ont refusé l'*encouragement* de 1,000 fr. qui leur avait été accordé par la commission du prix Itard. Il paraît même que ces auteurs ont écrit à l'Académie une lettre que M. le secrétaire perpétuel, pour des raisons que nous ne connaissons pas, n'a point mentionnée à la correspondance.

— A propos du prix Itard, on a avancé que nous avions été mal informé en annonçant que le *Traité des maladies nerveuses* ne sortirait pas du magasin de l'éditeur, et qu'il avait été vendu 2,000 exemplaires de cet ouvrage. Nous pouvons affirmer à notre contradicteur que c'est lui qui a été induit en erreur, et que la vente n'a pas été, à beaucoup près, la *moitié* du chiffre qu'il annonce. Nous rétablissons la vérité à cet égard pour montrer que nous ne nous permettons point des assertions hasardées dans les questions dont il s'agit; mais nous ne donnons pas le succès d'un livre comme le meilleur thermomètre de son mérite. Nous savons qu'il est quelquefois de bons ouvrages qui ne se vendent pas, comme il en est qui sont très mauvais et qui se vendent beaucoup; témoin tous ces manuels, qui ont été plusieurs fois épuisés.

— M. le ministre de l'instruction publique a réparé l'injuste partialité de la Faculté de médecine. Les agrégés juges du concours pour l'agrégation qu'il a choisis sont : MM. Fleury, Tardieu et Grisolle, suppléant.

Epreuves d'admission dans le corps de santé militaire. — Ceux de nos confrères qui se disposeraient à concourir pour être admis dans le corps de santé militaire liront avec intérêt les détails suivants, qui expliquent les divers paragraphes de l'avis que nous avons déjà publié :

Il résulte de la législation qui vient d'être résumée que les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie n'ayant pas dépassé l'âge de vingt-huit ans peuvent entrer dans le corps de santé de l'armée de terre, en remplissant préalablement certaines épreuves.

Ces épreuves vont s'ouvrir, pour 1852, à Montpellier, Strasbourg et Paris, en présence de jurys locaux composés :

1° D'un médecin inspecteur, qui présidera les trois jurys;

2° D'un médecin principal choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, et qui l'accompagnera dans sa tournée ;

3° D'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre dans chaque localité.

Cette composition des jurys a pour but d'assurer l'unité d'appréciation et l'équivalence des épreuves.

Un jury central sera chargé d'opérer le classement définitif des candidats d'après les chiffres qui leur auront été donnés par les jurys locaux.

Le jury formé à Paris pour l'admission des candidats remplira, au terme de cette opération, l'office de jury central, et adressera au ministre, par l'intermédiaire de son président, la liste définitive du classement des candidats des trois concours, avec les procès-verbaux et les compositions.

Nécessité des épreuves. — Les épreuves d'admission ont pour but de constater :

1° L'aptitude physique au service militaire;

2° Le degré d'intelligence et de capacité ;

3° Le degré d'instruction acquise.

Aptitude physique. — Cette condition est indispensable aux médecins militaires, qui sont appelés à partager les fatigues du soldat dans toutes les situations de paix et de guerre.

Intelligence et capacité. — La médecine militaire ayant ses degrés hiérarchiques auxquels correspondent des emplois divers et des responsabilités distinctes, l'administration a le devoir de rechercher et de constater, chez les candidats qui se présentent, les ressources naturelles qu'ils offrent en vue de l'avenir et de ses exigences progressives.

Instruction acquise. — Tout en requérant, pour l'exercice des sciences médicales dans l'armée, la garantie légale du doctorat ou de la maîtrise, on ne saurait oublier que ce titre n'est pas l'expression d'une valeur constante et uniforme. Il faut reconnaître même que la production des notes d'examen ne présente, elle aussi, que des garanties illusoires, parce qu'alors même que les candidats auraient invariablement obtenu la note *satisfait* dans les cinq examens et dans la soutenance de la thèse, s'ils sont reçus docteurs depuis plusieurs années et qu'ils aient ralenti ou suspendu le travail scientifique, ces antécédents, tout honorables qu'ils soient, ne traduisent plus leur valeur actuelle. N'arrive-t-il pas tous les jours qu'un candidat admis au doctorat par une série d'épreuves médiocres acquiert un complément d'instruction, et même une certaine expérience, postérieurement à la sortie des écoles ?

Il est donc nécessaire de constater chez celui-ci la valeur acquise, et chez ceux-là la valeur qu'ils ont conservée.

1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales permet aux candidats de fournir la mesure de leur savoir en médecine et de leur manière de penser et d'écrire, et au jury d'apprécier leur maturité de réflexion, leur esprit de méthode, leurs tendances de naissante pratique.

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec applications à la médecine et à la chirurgie pratiques, a pour but de faire ressortir le fond de connaissances positives de chaque candidat, la direction de ses études et l'inclination de son intelligence.

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est destinée enfin à éclairer le jury sur les aptitudes spéciales des uns et des autres et aussi sur l'utilité de leur concours immédiat à l'exécution du service.

Composition écrite. — Il est accordé quatre heures pour la rédiger, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury ; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité ; elle est arrêtée à huis clos par le jury avant l'entrée des candidats en séance de rédaction.

Epreuve orale d'anatomie des régions. — Vingt minutes pour chaque candidat, après vingt minutes de réflexion. Les questions, délibérées et arrêtées par le jury, sont en nombre double de celui des candidats, et mises sous enveloppe dans une urne. Chaque candidat tire, au commencement de la séance, sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition. Elle lui est remise dans le cabinet de réflexion vingt minutes avant l'épreuve.

Epreuve orale de chirurgie suivie de l'application d'appareils. — Vingt minutes pour la durée totale de cette épreuve mixte; douze à quinze, au gré du candidat, pour l'épreuve orale, et cinq à huit pour l'application des appareils ou bandages.

Même marche que ci-dessus pour le tirage des questions.

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Epreuve orale sur une question de chimie;

3° Epreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Tous les développements consignés ci-dessus touchant les épreuves en médecine sont applicables aux épreuves en pharmacie.

L'échelle d'appréciation est comprise entre 0 et 20.

Le chiffre d'admissibilité est dans chaque épreuve de 11.

Cette échelle sera multipliée par les coefficients qui suivent :

Composition.	10
1re épreuve orale.	6
2e épreuve et bandage ou préparation officinale, ensemble.	7

Le chiffre d'admissibilité pour l'ensemble des épreuves est de 253.

Après la dernière épreuve, le jury local procède en séance particulière au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif de tous les candidats des trois Facultés a lieu à Paris; il est déterminé par les chiffres d'appréciation ainsi qu'il a été dit plus haut; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Bulletin bibliographique.

Histoire et statistique de l'Académie nationale de médecine, par le docteur Félix Roubaud. — Ce travail, que nous avons publié dans nos colonnes et qui a valu à l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* l'honneur d'une souscription de la part de l'Académie de médecine, vient d'être réuni en brochure au prix de 75 centimes. — Chez J.-B. Baillière et aux bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen. In-8°. Chez Noblet, rue St-Dominique, 56, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 141. — MARDI 30 NOVEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 141. — MARDI 30 NOVEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. / Six mois. . . . 16 » / Un an. . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. / Six mois. . . . . . 17 / Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. / Six mois. . . . . . 20 / Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA MARINE DE QUEBEC (M. Alfr. Jackson). Pleurésie et gangrène du poumon à la suite d'un coup sur la poitrine sans fracture des côtes. Abcès du cerveau. Cas de médecine légale. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Congrès scientifique de France (19e session), par M. V. Bally. — Société de chirurgie, séance du 18 novembre.

HOPITAL DE LA MARINE DE QUEBEC (Canada).

M. Alfr. Jackson.

Pleurésie et gangrène du poumon à la suite d'un coup sur la poitrine sans fracture des côtes. — Abcès du cerveau. — Cas de médecine légale.

Les exemples de déchirures d'organes internes à la suite de contusions qui n'ont porté directement que sur l'enveloppe extérieure et qui n'ont point déchiré celle-ci ne sont pas extrêmement rares pour le foie, la rate et les intestins; pour le poumon ils le sont beaucoup plus, et peut-être même sans exemple bien authentique. Le fait observé par M. Jackson semble être un cas de ce genre. Il est d'ailleurs intéressant sous quelques autres points de vue, dont nous dirons quelques mots après avoir rapporté l'observation et les réflexions publiées par ce médecin dans le *Canada medical journal.*

Martin Connor, matelot à bord du brick *Safeguard*, âgé de dix-sept ans, fut admis à l'hôpital de la marine le 3 août 1852.

Il raconte qu'il y a environ six semaines le brick décbargeait du charbon de terre à Limerick. « A cette époque, » dit-il, j'étais en bonne santé, occupé dans la cale à aider » les matelots, lorsque, par défaut de précaution, un mor» ceau de charbon, en tombant sur nous, nous exposa à être » blessés grièvement. J'en fis l'observation au matelot qui » était sur le pont, et qui me répondit de me mêler de mes » affaires : une altercation s'ensuivit, et bientôt il descendit » dans la cale, me donna des coups de poing sur la tête, me » jeta par terre et retourna sur le pont. Je repris mon ou» vrage; mais après de nouvelles injures de part et d'au» tre, il me jeta un morceau de charbon du volume du » poing, qui me frappa sur les côtes gauches. Je ne tom» bai pas par terre, quoique violemment atteint. A dater de » ce moment, j'ai continué à souffrir plus ou moins de mon » côté, et j'ai commencé à tousser et à expectorer des cra» chats d'abord teints de sang, et qui bientôt devinrent entiè» rement sanguinolents. Le lendemain de l'accident, je me » remis à l'ouvrage, mais au bout de quelques jours je fus » obligé de cesser, et je fus incapable d'aucun travail pen» dant tout le reste de la traversée, qui dura deux mois. »

3 août. — *Etat actuel.* — Le malade est très maigre; il a le visage et toute la surface du corps pâles, anémiques; il souffre peu du côté, et seulement en toussant; il n'y a pas d'ecchymose; le pouls est petit et dur, la peau sèche; la langue humide, nette, un peu rouge sur les bords; l'appétit conservé, le ventre libre; léger mal de tête; toux fatigante avec abondante expectoration visqueuse, teinte de sang, et ayant une odeur très fétide. On peut évaluer à 12 ou 14 onces par jour la quantité de matière expectorée; 30 respirations par minute; décubitus dorsal.

Signes physiques. — Côté droit de la poitrine à l'état normal; le côté gauche présente un peu plus de développement que le droit au niveau de la blessure. La percussion donne un son clair, à l'exception d'une portion de la base du poumon, où la matité est complète. Cette matité s'étend vers la colonne vertébrale et est tout à fait circonscrite; l'on n'entend la respiration dans aucun des points où la matité existe : respiration bronchique dans la partie supérieure du poumon; pas d'égophonie; battements du cœur normaux.—Pleurésie avec épanchement pleurétique limité, et probablement gangrène du poumon. — Bouillon faible; solution de tartre émétique toutes les quatre heures.

Le 4, même état.

Le 5, mauvaise nuit; diarrhée; suppression du tartre émétique et du bouillon, que le malade prend sans plaisir. — Calomel, 1 grain; opium, tartre émétique, de chaque un huitième de grain, à prendre toutes les quatre heures; diète lactée.

Les 6, 7 et 8 août, même prescription. Transpiration abondante la nuit; peu ou point de mal de tête; langue humide; la diarrhée continue; l'expectoration est moins considérable, mais plus fétide, à tel point que les malades se plaignent de l'odeur qui règne dans la salle. Les signes physiques sont les mêmes. Il n'est plus possible de conserver de doute sur la gangrène du poumon.

Le 9, pendant la nuit, le malade est pris d'un accès épileptiforme qui dure quelque temps et détermine une paralysie partielle du côté gauche. Pendant le jour, de semblables accès se reproduisent deux ou trois fois; hors le temps de ces accès, la sensibilité est à l'état normal. Le malade ne se rappelle pas avoir jamais eu de ces accès.

Le 10, les accès sont plus fréquents, mais durent moins longtemps.

Les 11, 12, 13 et 14, les accès sont moins fréquents, mais durent plus longtemps. Dans l'intervalle de ces accès le malade conserve toute sa sensibilité; il dit qu'il les sent venir, et rapporte cette sensation au côté gauche; il se plaint de ne pouvoir dormir la nuit; il s'affaiblit. —Prendre toutes les quatre heures une cuillerée à bouche de la mixture suivante: mixture de camphre, 4 onc.; acétate de morphine, 1 gr.

Le 14, au matin, expectoration ou plutôt vomissement d'environ deux pintes d'un liquide vert semi-purulent mélangé à une substance blanchâtre, comme caillée, extrêmement fétide. Cette expectoration continue à être très abondante pendant deux ou trois jours. A dater de ce moment les accès deviennent moins fréquents et moins forts; la matité de la poitrine diminue, et cependant il est impossible de constater la présence du tintement métallique. Le malade s'affaiblit de jour en jour, malgré l'usage du vin, du campbre et du bouillon de poulet, et il s'éteint le 18 août, ayant conservé l'intégrité de ses facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment. Pendant les deux jours qui ont précédé sa mort, il n'avait eu qu'un accès chaque jour.

Le malade ayant fait sa déposition devant le magistrat de police, le matelot fut arrêté et dut fournir caution jusqu'à l'issue de la maladie.

Le 19 août, un jury fut constitué, et nous fûmes désignés M. le docteur Blanchet et moi pour faire l'examen du cadavre.

L'examen eut lieu quinze heures après la mort. Maigreur extrême, pas de traces de contusion; les côtes du côté malade paraissent à l'état normal. En ouvrant la poitrine, les plèvres costale et pulmonaire du côté gauche sont adhérentes au-dessus du diaphragme; dans le point correspondant à la partie moyenne des sixième et septième côtes, l'adhérence est telle qu'on ne peut les séparer qu'avec grand'peine; les tissus sont décolorés, et l'on constate au-dessus de ce point les restes d'un épanchement pleurétique limité par d'autres adhérences. Les côtes elles-mêmes dans ce point sont dénudées par places et rugueuses comme si une matière osseuse de nouvelle formation y avait été déposée; dans un point surtout, l'on dirait qu'il y a eu fracture; mais en faisant une section longitudinale, on s'assure que l'altération ne dépasse pas la surface de l'os. Tout près des adhérences dont je viens de parler, existe une cavité qui peut contenir quinze à vingt onces de liquide; cette cavité est en partie remplie par une matière semblable à celle qui a été expectorée et contient en outre une portion de tissu cellulaire d'environ trois pouces de longueur sur un pouce et demi d'épaisseur : c'est évidemment une portion du poumon gangrené; d'autres parties de poumon sont ramollies et décolorées; elles n'ont nullement l'apparence des vomiques produites par la matière tuberculeuse ramollie; la cavité communique par une petite ouverture avec l'épanchement pleurétique et avec chacun des tuyaux bronchiques; ces derniers sont parfaitement sains; le reste du poumon est légèrement engorgé, mais crépitant dans toute son étendue; il n'y a pas de traces de tubercules. Le poumon droit est sain, à l'exception de quelques adhérences légères. Le cœur est à l'état normal, ainsi que le foie, mais il existe quelques petites taches jaunes sur son enveloppe péritonéale; ces taches ont environ une ligne de profondeur; l'estomac, les intestins, la rate, les reins, etc., sont entièrement sains.

Après avoir enlevé le cuir chevelu, l'on découvre les traces

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique, ou Des principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères; par M. Charles Robin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et le docteur F. Verdeil, chef des travaux chimiques à l'Institut national agronomique. — 3 vol. in-8° avec un atlas de 45 planches gravées, en partie coloriées. — Chez J.-B. Baillière (1).

Déjà, dans ses *Tableaux d'anatomie* (Paris, 1851), M. Ch. Robin avait établi ce qu'on doit considérer comme parties constituantes du corps. Deux groupes naturels se partagent cet ensemble :

1° Les principes immédiats;

2° Les éléments anatomiques proprement dits.

Les premiers sont des principes qui doivent faire partie, qui font partie, ou au moins ont fait partie des seconds. Les éléments anatomiques sont les véritables agents des corps organisés; ce sont eux qui, réunis de diverses façons, agissent en eux, qui jouissent des propriétés fondamentales de ces êtres. Leur histoire fera le sujet d'une œuvre d'anatomie générale dont le livre que nous analysons n'est qu'un préliminaire.

Etant admise l'expression de *principe immédiat* pour désigner tout individu des derniers corps constituant ou ayant constitué l'organisme, auxquels on puisse, par l'analyse anatomique, ramener la substance organisée, et qu'on ne peut subdiviser en plusieurs sortes de matières sans en altérer la nature chimique, une foule de corps en lesquels peuvent être décomposés les principes immédiats réels se trouvent éliminés, et cette subdivision de l'anatomie à laquelle s'applique la qualification de *stœcgiologie* (στοιχεῖον, principe, λόγος, discours), va comprendre quatre ordres de questions formant le sujet des quatre livres de l'ouvrage, savoir :

1° L'étude des principes immédiats en général, c'est-à-dire envisagés tous dans une description commune, comme s'ils n'en formaient qu'un seul;

2° L'examen des principes immédiats en particulier, c'est-à-dire étudiés tous chacun séparément, l'un après l'autre;

3° L'étude des principes immédiats accidentels, c'est-à-dire l'histoire des principes qui sont introduits involontairement ou volontairement, mais dans des cas particuliers, et de ceux qui quelquefois se forment accidentellement dans l'économie. La thérapeutique, la toxicologie et l'hygiène trouvent dans ces considérations leur face et leur perfectionnement à la fois;

4° Une revue critique des prétendus principes immédiats, dont les travaux, très estimables du reste, ont inutilement encombré la science.

A la dénomination de principe immédiat, comme à toute qualification de la substance organisée, se rattache un attribut statique qui entraîne pour ces principes l'idée de leur état gazeux, liquide ou solide, de la complexité de leur composition et d'union les uns avec les autres par dissolution réciproque et mélange; comme attribut dynamique, se relie au précédent l'idée d'instabilité de leur union réciproque, qui est la base de leur mutuelle solidarité à l'intérieur et de leur facile réductibilité à l'état de corps plus fixes et plus simples, sous l'influence des conditions extérieures auxquelles ils sont abandonnés, comme toute partie du corps. Aussi, l'étude des *principes*, examinés ensemble, comme s'ils représentaient un tout, s'ouvre-t-elle par l'examen des divers ordres de caractères échelonnés suivant ce procédé d'analyse rigoureusement institué et suivi par M. Ch. Robin dans ses travaux précédents. Le nombre, la situation, le volume, la forme, la durée plus ou moins longue au milieu de l'organisme, donnent lieu à autant de caractères d'ordre mathématique. Les principes immédiats présentent ensuite des caractères physiques, tels que divers degrés de solidité ou de fluidité, de pesanteur, de conditions optiques, etc. La solubilité, les phénomènes moléculaires de composition et de décomposition rentrent dans les caractères chimiques; de même que cet ordre de caractères importants organoleptiques et signalés par M. Chevreul se justifie par l'odeur, la saveur particulière, aussi bien que par les sensations spéciales et différentes transmises au toucher, même avec un égal degré de consistance.

Enfin, les principes immédiats ont des caractères organiques, c'est-à-dire différents de tous les précédents, qui n'appartiennent qu'à eux et aux autres parties des corps organisés : tel est l'état liquide ou demi-liquide par dissolution réciproque les uns des autres, ou la solidité et demi-solidité spéciale qu'ils présentent dans les corps organisés, lorsqu'ils n'ont pas encore été extraits des tissus. Ces divers caractères, dont l'enchaînement reproduit si bien ceux de l'organisation proprement dite, il faut encore les envisager suivant les sexes, les âges, les races et les espèces, aussi bien que dans les états anormaux, soit naturels, soit accidentels. Nous regrettons que les limites de cet article ne nous permettent pas de mettre en lumière ici quels avantages ressortent d'une telle coordination qui permet d'assigner une valeur exacte à tous les faits observés, en les jugeant comparativement, les plus simples par rapport aux plus complexes, et réciproquement, et qui apprend en outre à ne rien négliger dans l'observation et les descriptions, à tenir compte et à apprécier sûrement tous les matériaux utiles accumulés par nos prédécesseurs, sans en omettre aucun. Chemin faisant, il faudrait arrêter l'attention sur bien des points essentiels.

N'est-ce pas une base toute nouvelle que cette séparation des principes immédiats en deux groupes, sous le rapport de la constitution chimique immédiate? Dans le premier se classent tous les composés définis et les corps simples; le deuxième comprend les corps dont la composition chimique n'est pas définie, albumine, fibrine, caséine, etc. Ces derniers sont retirés de l'économie, sans qu'après les avoir analysés il soit possible d'en faire la synthèse; l'ensemble de leurs caractères ne varie point; leur rôle dans l'organisme est essentiel et caractéristique pour chacun d'eux; et malgré l'inconstance des proportions d'éléments qu'ils renferment, quoiqu'ils ne soient point cristallisables entre nos mains, on est en droit de les considérer comme des principes immédiats. Faute de reconnaître cette distinction capitale, mais délicate, la chimie demeure stationnaire sur ce sujet depuis bien longtemps déjà, sans venir au secours de l'anatomie et de la physiologie. Il en était de même des rapports de la composition des êtres organisés avec celle

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

d'une ancienne blessure du frontal : cette blessure, d'un pouce d'étendue, paraît avoir fracturé la table externe; elle a donné lieu à la sécrétion d'une matière osseuse de nouvelle formation; sur le cuir chevelu, existe une cicatrice au niveau de la blessure de l'os. Après avoir enlevé la boîte osseuse, on voit s'échapper entre l'os et la dure-mère une petite quantité de pus qui paraît provenir de la partie supérieure de la région orbitaire. La portion interne du frontal est légèrement atteinte; la dure-mère n'est pas épaissie. Cette membrane étant soulevée, on distingue au-dessous de l'arachnoïde une place décolorée de l'étendue d'une demi-couronne au sommet de l'hémisphère droit; pareille lésion existe à la base du même hémisphère.

En divisant l'arachnoïde, l'on rencontre un abcès contenant plusieurs onces d'un pus jaunâtre; l'abcès occupe tout le centre du lobe moyen; il communique avec le ventricule latéral du même côté, le traverse, et se jette dans un autre abcès considérable situé à la base du cerveau. Un troisième abcès contenant environ trois onces de pus existe dans l'hémisphère gauche. En dehors de ces abcès, qui semblent parfaitement limités, la substance cérébrale paraît saine quant à la couleur et à la consistance. Le cervelet et la moelle épinière sont à l'état normal. Nous ne trouvons de collection purulente dans aucune autre partie du corps, quoique nous ayons examiné avec la plus grande attention les articulations, les veines, etc.

L'enquête judiciaire parut prouver que le malade, antérieurement à sa blessure, était pâle et d'une santé faible, quoique bien portant en apparence; qu'il n'avait jamais perdu de sang, et n'avait pas eu d'étourdissements avant l'époque où il avait reçu un coup de poing sur la tête; qu'au moment où il avait été frappé par le morceau de charbon de terre il était dans la cale, à quinze pieds environ du matelot qui était sur le pont; que le morceau de charbon avait environ le volume d'un œuf de poule, et qu'il avait été lancé avec une grande force.

Remarques. — Le lecteur comprendra qu'indépendamment de quelques points intéressants de pathologie, cette observation soulève une question médico-légale de la plus haute importance, la détermination de la cause immédiate de la mort.

Les questions suivantes se posent ici tout naturellement : la mort est-elle le résultat de la maladie de la poitrine ou de la maladie du cerveau, ou est-elle le résultat des deux maladies à la fois? Ces deux maladies sont-elles séparées et distinctes, ou ont-elles agi l'une par rapport à l'autre, comme cause ou comme effet? Laquelle de ces deux maladies s'est développée antérieurement à l'autre?

D'après l'examen du corps du malade, je ne doute pas que la maladie de la poitrine n'ait été causée par le coup reçu sur le côté; mais on peut se demander si la marche de cette maladie n'a pas été modifiée avec désavantage par la maladie préexistante du cerveau.

Je suis disposé à croire que la maladie du cerveau était antérieure à l'époque où le coup fut reçu à la poitrine. Ce qui me détermina à adopter cette opinion, c'est l'existence d'une blessure ancienne sur le crâne. En donnant mon opinion sur la cause de la mort, j'ai établi : que Martin Connor était mort de la maladie du cerveau combinée avec la maladie de poitrine, et que la maladie du poumon gauche avait pour point de départ la contusion reçue dans la poitrine; qu'en l'absence de la maladie du cerveau je ne n'hésiterais pas à dire que la maladie du poumon gauche suffisait pour déterminer la mort, mais que, la maladie du cerveau existant en même temps que la maladie de poitrine, je ne pouvais dire positivement à laquelle de ces deux affections le malade avait succombé.

Le docteur Blanchet émit une opinion un peu différente de la mienne. Il fut d'avis que la maladie du cerveau était consécutive à l'affection du poumon. Ses conclusions furent :

Que Martin Connor avait succombé à une infection purulente générale causée par l'inflammation du poumon et de la plèvre, inflammation suivie de la gangrène du poumon gauche.

Verdict. — Nous, jurés soussignés, pensons que le décédé Martin Connor est mort d'une inflammation du poumon et du cerveau (signé par quatorze jurés);

Que le décédé Martin Connor est mort de la maladie du poumon survenue à la suite du coup reçu sur le côté gauche.

— On pourrait ajouter d'assez nombreuses remarques à celles dont M. Jackson fait suivre cette curieuse observation; elles pourraient porter particulièrement sur les probabilités du premier diagnostic porté; diagnostic qui, avec les éléments décrits dans la narration, pourrait paraître un peu hasardés; sur le rapport de causalité possible entre l'affection de la tête et celle de la poitrine, et sur le peu de fondement de l'opinion qui a admis, dans ce cas, l'existence d'une infection purulente; sur la présence de l'ostéophite costal, dont un professeur distingué de l'Ecole de médecine de Lille, M. le docteur Parise, a fait l'objet d'un si intéressant mémoire. Mais tous ces points de vue le cèdent en importance à celui sur lequel les experts étaient plus spécialement appelés à se prononcer : les lésions qui ont fait succomber Martin Connor étaient-elles ou n'étaient-elles pas les conséquences des coups et des blessures reçus par ce malheureux jeune homme? De tous les cas, et ils sont fréquents, où le médecin légiste doit répondre à une semblable question, il n'en est pas de plus embarrassant que celui où un long espace de temps s'est écoulé entre les coups et blessures et le moment où des accidents sérieux ou mortels se manifestent; c'est là le cas de Martin Connor.

Certes, personne ne peut douter que les premiers accidents, toux, légère hémoptysie, etc., ne soient la suite du coup reçu dans la poitrine; mais qui pourrait assurer que ce coup, qui a laissé vivre le malade pendant deux mois sans causer d'accidents graves, a été la seule cause de ceux qui se sont manifestés ensuite? C'est là un fait douteux en ce qui concerne la lésion du poumon, et beaucoup plus douteux encore relativement à l'affection cérébrale.

La loi qui, en général, a fixé arbitrairement au moyen de limites de temps certains rapports que la science ne peut pas déterminer d'une manière précise, la loi ne dit pas quel nombre de jours, de semaines ou de mois il devra s'écouler entre une cause et son effet présumé pour que le rapport de causalité soit légalement admissible. Les médecins légistes eux-mêmes ne se sont point, à notre connaissance, préoccupés de cette question, qui nous semble cependant digne de leurs méditations, ainsi que le prouve le fait de Martin Connor.

M. Jackson ne dit pas quelle a été la décision du tribunal relativement à l'adversaire de Martin; cette décision n'aurait pas laissé que d'avoir son intérêt et son enseignement. — H. de Castelnau.

UN COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales.

Par M. le docteur A. Deville,
Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

Les hernies crurales sont les hernies dont les chirurgiens de notre époque, à part de bien rares exceptions, se sont le plus attentivement occupés. Cela tient surtout, ainsi que l'a si justement fait observer M. Malgaigne, à la faute fâcheuse commise par les chirurgiens, qui abandonnent presque tous la direction du traitement ordinaire des hernies aux fabricants de bandages. Ce qui les préoccupe presque exclusivement, c'est l'étranglement herniaire; et comme la hernie crurale est celle qui présente le plus fréquemment cet accident, on comprend pourquoi leur attention a été plus spécialement fixée sur elles.

Le grand nombre et la grande valeur des travaux publiés sur ce sujet n'ont cependant pas réussi à lever tous les doutes, à mettre tout le monde d'accord, non sur des accessoires, mais même sur les questions les plus importantes. En France, les chirurgiens peuvent être divisés en deux groupes, relativement à l'opinion qu'ils se forment sur le siége habituel de l'étranglement des hernies crurales. Les uns croient encore qu'il est le plus souvent au niveau de l'anneau crural, ou vis-à-vis le ligament de Gimbernat, qu'on aurait souvent besoin de diviser pour lever l'étranglement; les autres affirment, au contraire, que dans la grande majorité des cas l'étranglement a lieu dans l'un des anneaux du fascia crébriforme. La première opinion, qui a régné presque exclusivement jusque il y a quelques années, est encore la seule qui soit à peu près généralement exposée dans nos livres classiques, même les plus récents. La seconde a eu son point de départ dans les perfectionnements que Thomson est venu apporter en France dans la description du canal crural. La question, ainsi posée d'une manière catégorique sur le terrain de l'anatomie, a été bientôt élucidée sur le terrain pratique et clinique par les travaux si remarquables de M. Malgaigne et ceux des chirurgiens de Lyon, auxquels il faut ajouter ceux de M. Demeaux, consignés en partie dans son excellente thèse inaugurale.

La seconde opinion, fortifiée par l'observation régulière de la plupart des faits qui se sont montrés depuis, a gagné rapidement du terrain. Elle a conquis successivement et à peu près tous les chirurgiens qui se sont formés depuis les travaux de Thomson, sans compter un grand nombre d'autres déjà formés antérieurement; elle est aujourd'hui prédominante au fond, et tend de plus en plus à prévaloir.

En arrivant en Angleterre, je m'attendais à y trouver au moins une division pareille, si ce n'est même une tendance encore plus grande en faveur de la seconde opinion; car, en définitive, les travaux de Thomson procèdent bien évidemment de ceux qu'avaient faits ici un grand nombre d'anatomistes. Eh bien! non; l'opinion générale est en faveur de l'étranglement au niveau de l'anneau crural. Bien plus même, ce n'est pas seulement au ligament de Gimbernat qu'on s'adresse, bien qu'il soit toujours sur le tapis.

On décrit ici un ligament particulier auquel on fait jouer le principal rôle; c'est le *ligament de Hey*, décrit déjà en 1803 par Hey, puis par Ch. Bell, et qui a eu bien de la peine à faire son chemin; bien longtemps inconnu ici, comme il l'est encore à peu près totalement en France, chose bien pardonnable, certes, puisque A. Cooper, qui en avait causé avec Hey, n'admettait pour ainsi dire pas ce ligament, et que des hommes tels que Liston et M. Lawrence, par exemple, n'étaient pas non plus d'accord avec Hey à cet égard. Maintenant, est-ce ici comme en France? Faut-il distinguer entre une pratique déjà répandue, quoique non encore inscrite dans la plupart des livres classiques, et celle enseignée dans ces livres? L'opinion que l'étranglement des hernies crurales a lieu surtout par le fascia cribriformis avait-elle ici aussi un grand nombre de partisans? N'ayant pas encore assez suivi la pratique d'un grand nombre de chirurgiens, je ne puis pas l'affirmer d'une manière absolue; cependant je ne le crois pas, et en voici les raisons. D'abord, l'étonnement que j'ai excité chez plusieurs chirurgiens qui ont fait un très grand nombre d'opérations de hernies crurales étranglées, lorsque je leur ai annoncé cette nouvelle opinion, m'a prouvé qu'elle ne leur était pas bien familière. Puis, je ne la trouve nulle part indiquée de façon à apporter des modifications sérieuses dans la pratique. Enfin, j'ai eu l'occasion récente de faire connaissance avec M. John Gay, chirurgien de Royal free hospital, qui a publié à Londres, dans un in-4° de 97 fortes pages, en 1848, un excellent travail sur la hernie crurale. Dans cet ouvrage, M. Gay mentionne, sous le nom de M. Malgaigne, le fascia cribriformis comme cause fréquente d'étranglement, mais par une simple mention, et sans l'accepter. Et cependant l'ouvrage de M. Gray renferme, au point de vue historique et descriptif, à peu près tout ce qui a été fait sur la question au point de vue anatomique. Dans cet ouvrage, M. Gay propose en outre un nouveau procédé opératoire fondé essentiellement sur l'opinion que c'est le ligament de Hey qui cause l'étranglement. Ce procédé, plusieurs fois appliqué avec succès, a reçu la sanction d'un grand nombre de chirurgiens, et récemment celle d'un des opérateurs les plus célèbres d'ici, de M. Fergusson.

Ainsi, l'opinion générale en Angleterre sur le siége de l'étranglement me paraît opposée à celle qui tend à prédo-

---

de la matière aux dépens de laquelle ils s'accroissent; la chimie moderne a retrouvé dans cette matière tous les éléments des premiers, mais que de problèmes intermédiaires à résoudre encore! Pour MM. Ch. Robin et Verdeil, ou les principes immédiats pénètrent tout formés dans l'économie, tels sont ceux d'origine minérale; ou leur formation a lieu au sein de l'organisme soit par assimilation, soit par désassimilation, c'est-à-dire par combinaison ensemble de matériaux provenant des principes précédents. Et ici, nous croyons encore devoir signaler avec M. Ch. Robin, comme il l'avait déjà fait dans ses *Tableaux d'anatomie* (in-4°, 1850, 10e t.), cette loi des actes moléculaires qui régit la formation des substances organiques. Le phénomène de combinaison des éléments en vertu duquel le principe non cristallisable est formé ne peut s'opérer qu'autant que ces matériaux se trouvent en présence d'un corps qui, sans rien fournir par lui-même, est pourtant nécessaire à l'accomplissement de la combinaison. Il semble agir par sa seule présence, par contact; d'où les noms de phénomène de présence, de contact ou *catalytique* assignés à ces actes moléculaires ou chimiques analogues à ceux-ci. On en reconnaît de différentes sortes: 1° ceux qui donnent lieu à des combinaisons, des transformations isomériques et des dédoublements; ce sont là les *catalyses;* 2° ceux qui donnent lieu à la décomposition des composés, soit à titre de *fermentations*, soit comme phénomènes de *putréfaction*. C'est à la première catégorie que se rattache la formation des substances organiques; elles suivent les lois des catalyses, surtout isomériques. Pourquoi s'égarer au labyrinthe des théories transcendentales ou des conceptions ingénieuses, quand l'expérience et l'observation nous forcent à toucher du doigt, irrésistiblement, un fait aussi clair, une notion aussi réelle? Désormais l'assimilation ne peut être regardée autrement, d'une manière générale, que comme un phénomène par lequel une espèce de corps qui a pénétré moléculairement dans l'organisme par une voie quelconque s'unit et devient semblable aux espèces qui constituent la substance de celui-ci, et participe aux actes qu'elle accomplit. Même simplicité pour la détermination du théâtre de ces actes sans lesquels la vie animale n'a pas lieu. L'étude entreprise par les auteurs du Traité nouveau nous démontre qu'il n'y a pas dans l'économie un lieu unique de formation des principes immédiats; il s'en forme partout où il y a *nutrition*, et cette formation a lieu, soit par catalyse combinante et isomérique (assimilatrice), soit par catalyse avec dédoublement (désassimilatrice). Quand toutes les conditions déterminées sont réunies ou remplies pour que ces phénomènes s'accomplissent, que ferions-nous de cette entité qu'on a appelée *force vitale*? Mais le débat est trop grave pour trouver place dans une esquisse; c'est au livre même à décider la question, en exposant le rôle dynamique que jouent les principes immédiats dans les actes organiques ou vitaux. Les principes immédiats sont les seules parties constituantes de l'organisme qui ne partagent pas avec lui la propriété de présenter des changements secondaires dans leurs caractères depuis la naissance jusqu'à la terminaison ou la mort. Leur réunion forme la substance de celles des parties de l'organisme qui sont organisées; mais aussi il y a à examiner des conditions d'entrée des matériaux, des conditions de formation des principes à leur aise, et des conditions d'issue des principes, autant de problèmes que nous ne saurions trop engager le lecteur à méditer, tellement les conséquences qui en découlent nous semblent précieuses et fécondes.

Avant de considérer chaque principe immédiat ou particulier sous le point de vue de son siége, de sa quantité, de son état liquide ou solide; de son mode d'union avec les autres espèces, et de la part qu'il prend à constituer ainsi la substance des éléments anatomiques ou des sérums dans lesquels on le trouve, etc.; il fallait tirer des caractères généraux déjà étudiés précédemment une généralisation qui permît de les réunir en groupes naturels, et de coordonner ceux-ci en une seule série. L'ensemble des attributs statiques et dynamiques devait reposer sur une base indispensable. Une classification adoptée range naturellement les espèces de principes immédiats en trois ordres ou classes différentes:

1° Des principes cristallisables d'origine minérale venant du dehors, par conséquent, et qui sortent de l'organisme au moins en partie, tels qu'ils étaient entrés;

2° Des principes cristallisables, mais qui se forment dans l'organisme même, et qui en sortent généralement comme principes excrémentitiels, tels qu'ils sont au moment de leur formation;

3° Les principes coagulables, dont le propre est ne pas cristalliser, dont les espèces se forment dans l'organisme même à l'aide de matériaux pour lesquels ceux de la première classe servent de véhicule, et se décomposent dans le lieu même où il se sont formés.

Extraire ces principes, déterminer à l'aide des moyens mécaniques, physiques et chimiques, les particularités qui distinguent les diverses espèces entre elles, tels sont les sujets de longs et laborieux chapitres, où les procédés sont démontrés avec un soin qui ne laisse rien à désirer. Ni les lois de la cristallographie, aidées des phénomènes de polarisation; ni les théories des dissolutions et des combinaisons résultant du contact des corps entre eux, n'ont été passées sous silence, et tout ce qu'elles peuvent fournir à l'étude des principes immédiats, nous le trouvons mis en œuvre dans cette recherche de la distinction des espèces. L'usage du microscope, en dispensant d'un certain nombre de réactions différentielles, souvent longues et difficiles, et en permettant d'opérer sur de très petites quantités, donne plus de certitude et souvent plus de précision dans les observations. Cet instrument, si perfectionné de nos jours, occupe déjà une place honorable dans les laboratoires; mais du moment où les questions scientifiques sont envisagées sous un aspect nouveau, que la méthode subjective remplace le point de départ objectif, l'importance de l'examen microscopique grandit singulièrement. C'est affirmer une fois de plus la supériorité d'une analyse qui isole et sépare, conduit la séparation anatomique jusque dans ses limites extrêmes, sans rien détruire que la substance organisée, et non pas l'espèce qu'il faut connaître. M. Ch. Robin avait déjà ouvert cette voie; et par un progrès nécessaire, l'application du microscope à l'étude des cristaux des principes, comme elle a été faite à celle des cellules, fibres, etc., n'est plus que l'extension toute simple de l'emploi des lentilles amplifiantes à une subdivision de l'anatomie.

Une étude historique initie le lecteur à cette lente élaboration de la connaissance des principes immédiats, depuis Van Helmont, le premier qui franchisse la chimie hermétique, jusqu'à M. Chevreul, traçant dans ses recherches sur les corps gras la marche à suivre utilement, et jusqu'aux beaux travaux de Liebig sur le bouillon de viande. Nous ne pouvons qu'indiquer cette évolution, très cons-

miner aujourd'hui en France; et cette opposition semble bizarre sur un fait facile à vérifier. C'est qu'ici, comme dans tant d'autres questions, les préoccupations théoriques entraînent bien plus loin qu'on n'irait si on avait l'esprit entièrement libre. Il n'est pas jusqu'à la signification des faits anatomiques qui ne puisse être changée par une cause de ce genre. Je crains un peu que pareille prévention pour le ligament de Hey n'ait agi en Angleterre dans ce sens. Au reste, la discussion qui va suivre montrera si mes craintes sont bien fondées.

Pour bien examiner la question, il va falloir diviser le sujet en trois parties :

1° Description nette et simple, d'après les travaux faits en France, de ce qu'il faut entendre par canal crural;

2° Différences dans les vues anatomiques qui ont cours à cet égard en Angleterre avec cette description déjà donnée;

3° Examen de l'opération de M. Gay.

La première partie ne sera certes pas un hors-d'œuvre, tout le monde n'étant pas bien familier avec toutes les dispositions anatomiques du canal crural. Si je considère le grand nombre de personnes, qu'on me permette de le dire, qui suivaient en particulier la partie de mes cours où je décrivais cette région, il y a lieu de penser, d'un part, que cette description, donnée ici d'une manière brève, ne sera pas indifférente pour tous. D'autre part, il serait bien difficile, dans ce premier exposé, de bien préciser les différences qui séparent cette description de celle faite en Angleterre.

Pour la seconde partie, je me servirai presque exclusivement du travail de M. Gay, qui renferme, outre la description personnelle de l'auteur, l'exposé exact des opinions des auteurs antécédents. Cet ouvrage a, en particulier, l'avantage considérable de donner d'une manière très nette la description du ligament de Hey, que j'avais vu, pour mon compte, comme tant d'autres l'ont vu à Paris, sans nous en douter.

La troisième partie, outre les notions qu'elle renfermera sur les perfectionnements réels apportés par M. Gay, servira à compléter ce que nous avons à dire sur les différences entre les opinions prédominantes en France et en Angleterre.

PREMIÈRE PARTIE. — *Description succincte des dispositions aponévrotiques normales au pourtour du canal crural.*

Tout le long de leur trajet, à la cuisse, l'artère et la veine fémorales sont logées dans une gaîne aponévrotique qui les entoure de toutes parts. Formée par un dédoublement de l'aponévrose fémorale, ou fascia lata, cette gaîne, d'abord logée sous le muscle couturier, est appliquée assez exactement sur les vaisseaux. Si nous la suivons de bas en haut, nous la voyons se dégager de dessous le couturier en même temps que les vaisseaux, au niveau du sommet du triangle inguinal de Scarpa, limité en dehors par le couturier, en dedans par la partie la plus saillante du premier adducteur, en haut par l'arcade crurale, ou ligament de Fallope. Devenue ainsi superficielle, la gaîne aponévrotique des vaisseaux continue toujours à les entourer jusqu'au moment où ils se continuent avec les vaisseaux iliaques externes. Depuis le sommet du triangle inguinal jusqu'au voisinage de l'embouchure de la veine saphène dans la veine fémorale, elle continue à être appliquée assez exactement sur les vaisseaux; mais à partir de ce dernier point, elle s'en écarte par ses parties latérale et antérieure, et cela graduellement de plus en plus de bas en haut, de manière à se terminer par un entonnoir évasé par en haut, dont la grande ouverture supérieure regarde vers la cavité abdominale. C'est cet évasement en entonnoir qui termine par en haut la gaîne des vaisseaux fémoraux, qui constitue ce qu'on appelle le canal crural. Pourquoi cette disposition en évasement supérieur en forme d'entonnoir? C'est bien simple.

Pas plus que toutes les autres aponévroses, celles de la cuisse ne forment un système isolé et distinct; par tous les côtés, elles doivent nécessairement se terminer sur d'autres aponévroses ou ligaments, ou se continuer avec elles.

Or, sur le devant de la partie supérieure de la cuisse, à sa jonction avec le bassin et l'abdomen, où peuvent se terminer les feuillets aponévrotiques du fascia lata? La grande échancrure qui existe sur le devant de l'os des iles, entre l'épine pubienne et l'épine iliaque antéro-supérieure, est convertie en un grand trou par un ligament (bien distinct du muscle grand oblique, dont il longe seulement le bord inférieur) qui s'attache par ses extrémités à ces deux saillies osseuses; c'est le ligament de Fallope ou ligament de Poupart. Ce grand trou se trouve lui-même subdivisé en deux en vertu de la disposition suivante : dans la longueur d'un peu plus que sa moitié externe, le ligament de Fallope adhère par son bord postérieur à l'aponévrose qui revêt le muscle iliaque dans la fosse de ce nom, au fascia iliaca; le fascia iliaca, arrivé vis-à-vis le niveau du muscle psoas, est obligé, pour pouvoir tapisser la face et le bord internes de ce muscle, d'abandonner ses adhérences au ligament de Fallope, et de se porter plus en arrière et en dedans, jusqu'à l'éminence iléo-pectinée, où elle se termine. Par cette dernière portion, le fascia iliaca forme donc dans le grand trou d'abord indiqué une véritable cloison dirigée d'avant en arrière et de dehors en dedans, qui divise ce trou en deux secondaires.

1° Un externe, dont nous ne parlerons plus, compris entre trois bords, en arrière l'échancrure qui s'étend des épines iliaques à l'éminence iléo-pectinée, en avant les trois cinquièmes externes du ligament de Fallope adhérents au fascia iliaca, en dedans la cloison que nous venons de voir formée dans le grand trou par le fascia iliaca; cette ouverture externe est remplie par le muscle psoas iliaque avec le nerf crural au moment de leur passage de l'abdomen à la cuisse.

2° Un interne, limité en avant par les deux cinquièmes internes du ligament de Fallope, en arrière par le pubis, et en dehors par la cloison oblique du fascia iliaca; ce dernier trou, que nous limiterons plus rigoureusement dans un instant, est ce qu'on appelle l'*anneau crural*. Or, l'anneau crural, tout rétréci qu'il est par les dispositions ligamenteuses dont nous allons parler, est extrêmement large. Je ne connais pas de sujet adulte chez lequel, moi qui ai la main assez forte, je ne puisse y faire passer librement le bout de mes cinq doigts réunis, c'est-à-dire un ensemble supérieur en volume au calibre d'un intestin grêle ordinaire. Dans la capacité de l'anneau crural, il n'y a pas d'autres dispositions ligamenteuses ou aponévrotiques. Ce sera donc au pourtour de l'anneau crural que devra se terminer la gaîne aponévrotique des vaisseaux fémoraux; et comme cet anneau est beaucoup plus grand qu'il ne le faut pour contenir les vaisseaux fémoraux, pour aboutir à son pourtour, la gaîne aponévrotique sera obligée de s'écarter des vaisseaux, de s'agrandir en forme d'entonnoir à grande ouverture supérieure.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE.

DIX-NEUVIÈME SESSION;

Par V. BALLY, membre de l'Académie nationale de médecine.

Toulouse possède une population de 80,000 âmes, outre une population flottante d'environ 15 à 20,000. Cette ville est sur la rive droite de la Garonne, rivière qui prend sa source en Espagne, au fond du val d'Aran, et va se réunir à la Dordogne, au-dessous de Bordeaux, pour former la Gironde. La Dordogne elle-même prend sa source dans la haute vallée du Mont-d'Or.

La latitude est de 43° 35' 42", et la longitude de 0° 53' 45", méridien de Paris.

Si l'on tirait une ligne partant de l'Océan pour se rendre dans la Méditerranée et passant par la capitale de la Haute-Garonne, on rencontrerait à une distance à peu près égale de l'équateur Bayonne, Auch, Toulouse, Montpellier, Arles, Draguignan et Antibes; laissant plus au sud de quelques minutes Perpignan, Tarbes, Carcassone, le delta du Rhône, Marseille et Toulon.

Nous prenons généralement la latitude comme un indice de la température, à la même élévation au-dessus du niveau de la mer, et à distance égale des grandes chaînes de montagnes. Toulouse jouirait donc d'un degré de chaleur fort élevé sans la Garonne, large rivière, et le voisinage des Pyrénées. Non loin de là est, en effet, le pic de la Maladetta, le plus haut de cette chaîne, puisqu'il mesure 3,582 mètres. Le département en renferme plusieurs autres de moindre hauteur. Les bains de Luchon, qui lui appartiennent, sont à 612 mètres.

Les épidémiologistes de la localité pensent que les variations atmosphériques assez fréquentes sont une source d'affections catarrhales. Je ne sais si, sous ce point de vue, il existe une grande différence entre une contrée et une autre. Partout on s'en plaint; et depuis que l'on a entendu parler de la grippe, peu de pays passent une année sans que la population prononce ce nom barbare et s'en plaigne.

Les constitutions épidémiques, subordonnées aux intempéries, semblent avoir quelque chose de fixe, de durable; et j'ai cru voir que les méthodes de thérapeutique se greffaient sagement sur leur nature appréciable. Je me fais incessamment cette question : les praticiens qui ont acquis une grande renommée en proclamant certaines doctrines exclusives n'étaient-ils pas dans le vrai de leur temps? Alors nous comprendrions le pourquoi de ces oppositions tranchées qui se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés; alors nous arriverions à trouver juste la pensée de Raymond, de Marseille, qui subordonnait à certains cycles ou espaces de temps les révolutions que subissait l'économie vivante. Et nous rendrions justice à ces grands systèmes qui ont eu tant de retentissement et qui ont fait époque, bien que diamétralement opposés.

Les cycles médicaux sont bien dignes des études des observateurs; mais il ne faudrait pas leur assigner des limites invariables, des bornes comme celle de dix-neuf ans, adoptée par quelques-uns.

Les transitions d'un règne à l'autre des maladies générales se font par de telles nuances, qu'elles ne peuvent être saisies au début ni au déclin. Il est donc probable que l'on s'est laissé séduire par les calculs de l'astronome grec Néton, qui, pour concilier les mouvements du soleil et de la lune, inventa des périodes de 19 ans, dont chacune comprenait 235 lunaisons; période qui, depuis, reçut le nom de cycle d'or.

Les fièvres intermittentes sont fort rares dans la ville; mais on en aperçoit dans les faubourgs St-Cyprien, St-Pierre et St-Michel. La maladie asiatique y a exercé peu de ravages. J'en parlerai plus tard.

Le sol superficiel est composé d'une couche d'alluvions modernes si profonde, qu'en creusant à 150 mètres on n'est même pas arrivé aux couches d'argile. Ces alluvions ont dû se répéter souvent et de temps immémorial, puisque, malgré les travaux modernes pour contenir la rivière, elle déborde, si bien que tout récemment elle a inondé le Château-d'Eau, au point que le jeu de l'appareil hydraulique a été intercepté momentanément.

Toulouse passe pour une ville fort ancienne, et l'histoire de sa fondation, attribuée aux Tectosages, peuples aborigènes, se perd dans la nuit des temps. Quelques historiens la font remonter à des époques antérieures à celle de Rome; mais il faut accorder peu de crédit à ces dates, presque toutes fabuleuses; celle de Rome elle-même n'est pas due plus à Rémus et à Romulus qu'à Evandre ou à Carmentane. On a avancé, je ne sais sur quelle autorité, qu'après la soumission des Volsques les Romains firent alliance avec Toulouse. Par quelles voies ces deux cités auraient-elles pu établir des relations? La guerre des Volsques ne se termina qu'en 417 de la fondation de Rome par la prise d'Antium, leur dernier boulevard; et ce ne fut que soixante-quinze ans plus tard qu'une quinquérème ayant échoué sur le rivage Jorrien enseigna aux Romains l'art de tenir la mer. Jusque-là ils n'occupaient que le Latium sur la rive gauche du Tibre, et ils étaient enserrés de toutes parts par des ennemis redoutables et des limites infranchissables et inconnues.

Toulouse est au centre des terres, au milieu d'une grande plaine très fertile, arrosée par la Garonne et de nombreux affluents. Elle n'est qu'à 36 kilomètres de Montauban, pays où la pomone étale ses abondantes richesses, qui affluent chaque jour dans la capitale de la Haute-Garonne pour augmenter le luxe de ses tables.

Considérée géographiquement, elle est le point central des communications entre la Méditerranée et l'Océan, que le canal Riquet, qui date de Louis XIV, unit, en partant de l'étang de Than, près de Cette, et aboutissant à la Garonne, près de Toulouse. Ces rapports, cette liaison entre les deux mers, et qui rendent déjà cette ville si florissante, vont encore accroître sa puissance et ses richesses par les facilités que ces mêmes communications recevront de l'établissement d'une ligne de chemin de fer qui partira de Cette pour atteindre Bordeaux.

En France, tout est progrès sous le rapport hygiénique, et Tou-

---

cieusement poursuivie. Toutefois, il faut avouer que les systèmes modernes ont bien vieilli dans leur lutte sur l'idée de la combustion des corps gras et du sucre, sur la formation de l'urée et de l'acide urique, etc., par oxydation des matières animales, et de l'origine de la chaleur dans les corps organisés. Il restera acquis qu'il ne se trouve pas dans l'organisme des conditions d'actes chimiques aussi directes, et que ces hypothèses d'oxydation et de combustion disparaissent devant l'accomplissement appréciable d'actes moléculaires ou chimiques, dits indirectes ou de contact, qui ont pour caractère de faire passer une espèce d'un état à un autre, différent sous quelques rapports, et ainsi de suite, jusqu'à l'état de composé fixe, difficilement décomposable, ou ne se combinant qu'à l'aide d'énergiques conditions. A M. Ch. Robin (*Thèse sur les fermentations*. Paris, 1847.) revient l'initiative de cette clarté jetée sur des actes chimiques dont les analogues peuvent être produits artificiellement à l'aide de composés minéraux, et surtout à ceux d'origine organique, mais dont le type n'existe que dans les êtres vivants. De cette réforme capitale dans les conceptions des chimistes, ressort encore le bénéfice d'une preuve nette et vigoureuse qui montre ces savants partant d'un point de vue absolu, sans subordonner ni les conditions, ni les actes de l'organisme, ni les caractères des phénomènes, et concluant à la production de la chaleur animale comme résultat de la formation de certains principes par la destruction de certains autres. Et l'on n'a pas même regardé si dans notre économie quelque combinaison ou décombinaison ne présente pas de ces phénomènes spéciaux de la combustion susceptibles de produire du calorique et du gaz carbonique, à la manière de l'eau unie à la chaux ou de l'acide versé sur un carbonate. Autant de points généraux sur lesquels s'édifie la notion réelle des principes immédiats de la substance du corps, et qui indique un grand et satisfaisant progrès dans les études organiques et inorganiques.

Le second volume de l'ouvrage dont nous prenons ici une idée sommaire est consacré à l'examen spécial de chaque espèce comprise dans les deux premières classes établies précédemment. Les développements que nous avons donnés aux premières, en conformité avec le livre lui-même, nous dispensent de revenir et sur la méthode d'étude invariable et sur l'enchaînement de ces faits. Les différents caractères de chaque principe immédiat y sont passés en revue, suivant l'ordre dont nous avons vérifié l'importance, et plus d'une application pathologique jaillit des éclaircissements nouveaux donnés au rôle dynamique de tant de matériaux, dont la découverte devenait chaque jour plus insignifiante. Il nous suffira de mentionner les études sur l'oxygène et l'acide carbonique, leur présence et leurs actes dans l'économie; et parmi les principes cristallisables d'oxygène organique, l'examen de l'urée, de la créatine, du sucre, du foie et du lait, etc. Et cet acide pneumique découvert par M. Verdeil dans la substance organisée du parenchyme pulmonaire, nouveau venu qui peut donner la clef d'expériences physiologiques encore abandonnées à l'hypothèse. Chaque histoire de ces principes comporte, à l'appui des caractères, le mode ou procédé d'extraction et d'examen. En considérant la donnée dogmatique de la première partie du traité, c'est, à vrai dire ici, après l'initiation générale, le guide à consulter pour avancer dans la connaissance des phénomènes.

Au troisième volume se trouve, complété par la série des corps gras, l'ensemble de la seconde classe des principes immédiats; enfin les substances organiques proprement dites, les principes coagulables, sont exposés dans leurs détails anatomiques et chimiques, dans leur application aux fonctions et aux accidents de la vie, toujours dominée par cette instabilité spéciale qui fait que ces principes changent plus ou moins complétement de caractère sous des influences très légères, et s'altèrent finalement en vertu d'actes chimiques dits indirects ou catalytiques. Nulle part, disons-nous avec le traité, ne se fait sentir autant la nécessité de l'étude anatomique des principes immédiats qu'à propos des substances organiques; nulle classe de principes pourtant n'a été si peu étudiée. C'est surtout au point de vue morbide que cette réflexion s'applique. Sur quelle base, en effet, appuyer l'étude des *virus*, dont la matière organique est le substratum, et celle des liquides qui sont la cause des *infections putrides*? Et les *miasmes*, ces *virus gazeux* de l'atmosphère, d'où dépendent-ils, sinon des altérations subies par la substance organisée et des propriétés que ces modifications impriment aux autres substances organiques? Toujours, et c'est là le cachet du livre de MM. Robin et Verdeil, les conséquences pratiques se déduisent de pair avec la connaissance de plus en plus exacte de la vie animale.

A titre de documents est donné un rapide aperçu sur les principes immédiats accidentels, c'est-à-dire ces espèces de composés qui diffèrent de ceux qu'on rencontre normalement dans l'économie, peuvent exister au milieu de l'organisme, quelles que soient les conditions de leur entrée ou de leur formation. Il est facile de voir que cette étude scientifique embrasse le progrès à venir de l'hygiène alimentaire, de la thérapeutique et de la toxicologie. La tâche est assez grande pour tenter des esprits zélés.

En dernier lieu, les principes d'existence probable ou certaine, mais mal déterminée, les principes douteux, ainsi que les corps qu'on a qualifiés à tort de la sorte, sont énumérés et critiqués comme il convenait pour épurer le champ de l'observation.

Un atlas reproduisant la figure de 1200 formes cristallines et précédé de notions sur les procédés d'examen scientifique est destiné à faciliter les recherches de ceux qui voudront appliquer ou vérifier le fruit d'une première lecture. Grâce au talent bien connu de M. Lackerbauer et de l'exécution typographique scrupuleusement surveillée, on chercherait vainement une représentation plus fidèle et plus remarquable par la gravure des espèces cristallisables dont il a été parlé.

Et maintenant que nous avons suivi pas à pas ce travail sérieux et plein d'originalité, qui prépare une anatomie générale élevée au niveau de la science de nos jours, qui touche à tous les besoins de la médecine pratique, aussi bien qu'à la doctrine pure, lui reprocherons-nous quelques longueurs ou défauts de forme? L'importance, nous n'hésitons pas à le dire, des vérités d'enseignement et de fait qu'il professe, leur nature souvent abstraite, enfermaient l'écrivain dans un labeur que le lecteur devra partager; toutefois, pour ce dernier, il est un choix facile à opérer selon qu'il veuille ou pénétrer au cœur des questions, ou consulter le Traité sur quelques études spéciales, ou s'aider des sens indications dans un procédé de laboratoire; nous nous sommes efforcé de recommander les diverses considérations soit générales, soit particulières au Traité. Quiconque, sans prévention, et surtout avec le courage de dépouiller le vieil homme, abordera ces vues nouvelles et leur consacrera une attention soutenue, nous le prédisons sans peine, celui-là confessera avec nous qu'un pas immense s'accomplit dès à présent dans la connaissance de l'organisme et de la vitalité. Dr E. LE BRET.

louse n'est point en retard. Cette ville s'embellit chaque jour par de nouvelles rues, par l'élargissement des anciennes, l'agrandissement de ses places, la multiplicité de ses fontaines. Nulle part on ne trouverait autant de promenades ombragées par de plus belles plantations. Il est fâcheux que l'on n'ait pas eu, comme à Nantes, et surtout à Angers, l'heureuse idée de planter le magnolia pour orner et ombrager les places ou les boulevards, le climat et le sol se prêteraient si bien à cette culture.

La place dite du Capitole n'était remarquable que par la façade de l'hôtel de ville. Elle vient de subir un élargissement considérable et d'acquérir une régularité parfaite par l'élévation d'un bâtiment en regard, construit sur le même modèle. Elle offre aujourd'hui une grande analogie avec la place de Bellecour à Lyon, place magnifique que l'on a gâtée par des plantations et de maigres boulingrins, sans goût comme sans nécessité. Toutefois rien n'égale, en Europe, le magnifique emplacement appelé *le Pérou* à Montpellier, dont l'horizon a pour limites : les étangs et la Méditerranée au sud; les Cévennes au nord; les Pyrénées à l'ouest; le mont Ventoux et les Alpes à l'est.

L'abondance des eaux dans Toulouse est due à un établissement admirable et qui n'a de modèle nulle part : c'est la tour renfermant un appareil hydraulique qui distribue chaque jour cinq millions de litres d'eau. L'édifice a 28 mètres d'élévation, et il est terminé au sommet par une cuvette annulaire divisée en compartiments concentriques. Ce qui ajoute à la merveille, c'est que l'eau arrive toute filtrée, bien qu'elle parte de la Garonne; mais elle est dirigée vers les puisards après avoir traversé le sable et le gravier de deux filtres, dont le premier a 1,080 mètres carrés d'excavation, et le second est composé de onze puits.

Paris, ville de prodiges, n'a rien de comparable à cet établissement. Un temps viendra où nos neveux se riront de nous, en apprenant que chaque jour nous sommes à la merci d'un porteur pour obtenir un litre d'eau bourbeuse.

L'empereur Claude, que dans un autre écrit j'ai essayé de réhabiliter, aurait, s'il eût vécu parmi nous, dirigé l'Oise dans sa capitale au moyen d'aqueducs moins étonnants que ceux qu'il fit construire pour prendre à plus de 60 milles les eaux des fontaines Cæreleus et Curtius, plus loin que Tivoli, et les verser dans la ville aux sept monts, réunies à celle de l'Anio. Un jour, et ce jour est proche, vous aurez quinze cent mille âmes et puis deux millions, et il vous faudra, pour les abreuver, recourir à des puits chargés de sulfate de chaux et de matières organiques infectes.

Aujourd'hui encore, il y a Rome, ville de 130 à 140 mille âmes, quarante fois plus d'eau potable qu'à Paris, et pas un porteur d'eau. Ce calcul n'est pas nouveau ; il a été fait par un administrateur habile, longtemps préfet du département du Tibre, M. de Tournon.

Lorsqu'on a vu l'ingénieur Montrichet prendre les eaux de la Durance et les conduire à Marseille par des travaux gigantesques à travers et sous les montagnes de la Nerthe, construire un aqueduc à étages trois fois plus élevé que le pont du Gard, cette merveille romaine tant admirée, pourrait-on douter de la possibilité de conduire un bras de l'Oise à Paris?

Peu de cités peuvent le disputer à Toulouse pour le nombre d'hommes célèbres nés dans la ville ou ses environs. Sa légende part de l'an 57, de Statius Surculus, professeur de rhétorique dans les Gaules, et finit à nous par Soult, Laromiguière, Pinel, Esquirol, Larrey et Picard. Dans cette longue série, on trouve un comte de Toulouse, Raymond, qui contribua puissamment à la prise de Jérusalem, et qui même, si l'on en croit la poésie épique, tua Aladin, le tyran de la ville sainte. On distingue Jacques Fournier, Benoît XII, qui fut pape dans le quatorzième siècle; le médecin Augier-Ferrier, en 1514; Jacques Cujas, en 1520, qui fut pendant trois siècles l'oracle du barreau; Picot de Lapeyrouse, savant naturaliste.

Les Toulousains sont très fiers de leurs illustrations, et, pour en consacrer le souvenir, ils ont construit des niches dans la plus grande salle du Capitole pour recevoir les bustes de leurs plus grandes célébrités : puissant moyen d'émulation, d'espérer que la vertu et le dévouement recevront la couronne de l'immortalité au sein de la patrie.

Il est un autre genre d'apothéose qui a tourné au profit de la charité publique, c'est le droit d'image. Avec trois mille francs, vous acquérez le privilége flatteur de placer votre portrait dans l'Hôtel-Dieu; et il y a déjà un petit musée.

Dans tous les établissements de ce genre, on devrait fixer un tarif proportionnel, et bientôt on verrait les hôpitaux peuplés d'images et les revenus augmenter.

Un ex-doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, le savant Lordat, avait, pendant son décanat, conçu et mis en œuvre le projet *grandiose* d'élever un monument aux médecins illustres de tous les temps, de toutes les contrées : ce fut là une conception noble, grande, généreuse. Lorsqu'on traverse ce Panthéon d'un genre nouveau, on se sent saisi d'un saint respect; on croit entendre la voix des dieux de la science, lorsqu'on lit ces maximes que l'ingénieux fondateur a eu le bon esprit d'emprunter à nos maîtres et de les faire graver au bas de chaque buste ou portrait. Honneur donc, honneur au vénérable patriarche des sciences médicales!

La vue et les embrassements de cet homme de bien et de savoir furent pour moi un bonheur et un épisode délicieux de ma vie. J'ai compris, en l'écoutant, pourquoi les sages de l'antiquité trouvaient tant de charmes à parcourir les contrées lointaines pour y puiser des lumières auprès des grandes renommées.

A Toulouse, indépendamment de la salle dite des Illustres, il existe un magnifique musée aussi riche en peinture qu'en sculpture. Le peintre Gros, dont le père était de Toulouse, lui légua plusieurs de ses ouvrages, et, entre autres, son Diomède. Gros, affirme-t-on, dut le terme de son existence aux chagrins amers que lui causèrent les critiques outrées dont cette toile fut l'objet. Il y eut dans l'antiquité plusieurs Diomèdes, dont un, roi de Thrace et fils de Mars, avait des chevaux qui vomissaient le feu et qu'il nourrissait de chair humaine, en leur livrant ses prisonniers ou les voyageurs qui pénétraient dans ses Etats. C'est ce type de la loi du talion que le peintre a représenté.

Si les critiques furent justes et fondées au point de vue de l'art, je ne sais et je me garderai bien d'exprimer une opinion. Toutefois, j'ai été frappé de cette force toute divine qui se manifeste dans le fils de Jupiter lorsqu'il saisit de sa main toute-puissante le barbare et le livre à ses chevaux avides de sang humain. Le torse, les proportions musculaires me semblent irréprochables sous cette enveloppe qui caractérise la jeunesse dans toute sa beauté. N'oublions pas qu'Hercule est le type de la vertu et le symbole de la vengeance divine purgeant la terre de ses monstres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 novembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

M. le docteur Lesauvage, de Caen, assiste à la séance.

Correspondance.

M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

Ouvrages adressés à la Société :

Le n° 9 du tome VII du *Bulletin des séances de la Société nationale et centrale d'agriculture;*

Le *Compte-rendu des travaux de cette Société* fait par M. Payen, secrétaire général, dans la séance annuelle du 25 avril 1852.

Des remercîments seront adressés à la Société.

Présentation de malades.

M. Robert présente un jeune enfant qu'il a opéré d'un bec-de-lièvre assez compliqué et pour lequel il a employé avec avantage un ingénieux appareil de compression imaginé par M. Ferdinand Martin.

La discussion de ce fait aura lieu lorsque M. Robert aura communiqué l'observation dans tous ses détails.

— M. le président, après cette communication, met aux voix les conclusions du rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. le docteur Jarjavay, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

M. le docteur Jarjavay, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

Sur les déplacements du calcanéum et du scaphoïde par rapport à l'astragale.

M. Broca termine la lecture de son *Mémoire sur les luxations sous-astragaliennes.*

Voici le résumé de ce travail :

Dans ces luxations, l'astragale conserve ses rapports avec les os de la jambe, pendant que le calcanéum et le scaphoïde, ensemble ou isolément, se déplacent au-dessous de lui.

Les luxations sous-astragaliennes sont assez généralement confondues avec les luxations de l'astragale. Afin d'éviter à l'avenir toute confusion à cet égard, l'auteur propose pour les luxations nombreuses de la région du coude-pied la classification et les dénominations suivantes :

1° Les *luxations tibio-tarsiennes*, ou luxations du pied, sur lesquelles tout le monde est d'accord;

2° Les *luxations sous-astragaliennes*, dont la définition a été donnée plus haut;

3° Les *luxations médio-tarsiennes*, qui affectent l'articulation dite de Chopart, et dans lesquelles le calcanéum et l'astragale conservent leurs rapports entre eux et avec la jambe; tandis que le scaphoïde et le cuboïde, ensemble ou isolément, subissent un déplacement variable;

4° Enfin, les *luxations proprement dites de l'astragale*, dans lesquelles cet os perd simultanément ses rapports avec les quatre os au milieu desquels il est emboîté.

Les matériaux que l'auteur a rassemblés lui permettront de décrire prochainement les luxations médio-tarsiennes et les luxations de l'astragale. Il ne s'occupera aujourd'hui que des luxations sous-astragaliennes.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent être *partielles* ou *totales*. Totales, lorsque le calcanéum et le scaphoïde se déplacent simultanément en conservant leurs rapports réciproques; partielles, lorsqu'un de ces os se déplace seul.

1° Les *luxations partielles*, suivant les auteurs, sont au nombre de deux : la *luxation du scaphoïde seul* et celle du *calcanéum seul.*

La luxation du scaphoïde seul trouvera mieux sa place dans le chapitre des luxations médio-tarsiennes et ne sera pas étudiée ici.

Les luxations du calcanéum seul ont été décrites par un grand nombre d'auteurs, et on en a admis plusieurs variétés. Toutefois, l'anatomie indique que ces luxations sont presque impossibles. L'énorme résistance des ligaments calcanéo-scaphoïdo-cuboïdiens ne permet guère de comprendre que le calcanéum puisse se déplacer sans entraîner avec lui le scaphoïde, qui n'est uni à l'astragale que par un ligament insignifiant.

Pour admettre comme réelle une luxation qui brave les explications anatomiques, il faut des témoignages sérieux ou des observations concluantes. Or, suivant M. Broca, ces deux conditions manquent ici.

Prenant d'abord la question au point de vue historique, l'auteur démontre par des textes nombreux et précis que la luxation du calcanéum s'est introduite accidentellement dans la science par suite d'une erreur de mots et d'une confusion d'autant plus regrettable qu'elle a été commise par l'illustre A. Paré. Admise sans preuve pendant près de deux siècles et rejetée plus tard sous un prétexte erroné, cette luxation a reparu dans les traités classiques de notre époque. L'analyse des documents historiques permet donc de croire que la description qui en a été donnée est entièrement idéale.

L'auteur cherche, toutefois, s'il n'existerait pas dans la science des faits propres à établir la réalité du déplacement isolé du calcanéum. Trois faits seulement ont été invoqués par les modernes : l'un, cité en passant par M. Chélius, n'est accompagné d'aucun détail; l'autre, rapporté par M. Rognetta, n'a pas été contrôlé par l'autopsie; le troisième, emprunté à M. Hancock, repose sur l'inspection d'une pièce sèche qui n'a pas été décrite à l'état frais. Tous trois, enfin, sont relatifs à des malades qui avaient longtemps survécu à une luxation non réduite et qui avaient continué à marcher sur leur pied blessé, de telle sorte qu'on ne peut savoir si le déplacement observé était primitif ou s'il n'était pas en partie consécutif.

Ces faits n'ont donc aucune valeur, et M. Broca pense que, dans l'état actuel des choses, il ne serait pas prudent d'admettre et surtout de décrire la luxation du calcanéum.

2° Les *luxations sous-astragaliennes totales* sont, au contraire, très réelles et ne sont même pas extrêmement rares. Par un singulier contraste, elles n'ont été indiquées que par un très petit nombre d'auteurs; tandis que les luxations du calcanéum, qui pourtant n'existent pas, sont au contraire décrites partout.

En laissant de côté toutes les observations qui ne sont pas parfaitement démonstratives, M. Broca a rassemblé 21 faits qui ont été publiés sous le nom de luxation de l'astragale et qui cependant se rapportent à la luxation sous-astragalienne. L'analyse de ces faits lui permet d'en donner une description méthodique.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent se faire suivant trois directions différentes : en arrière, en dedans ou en dehors.

a. La *luxation en arrière* n'est établie que par une seule observation; mais ce fait, observé par les plus habiles chirurgiens de Dublin, sur un célèbre malade, qui n'était autre que le professeur Carmichael, est accompagné de détails tellement précis qu'il ne reste dans l'esprit aucun doute sur la nature de l'accident. Dans ce déplacement, la saillie du talon est allongée et le dos du pied diminue de longueur. Le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, se rapprochent des orteils. La tête de l'astragale repose sur la face dorsale du scaphoïde et des deux premiers cunéiformes.

b. Les *luxations latérales* doivent être désignées non pas d'après la position de l'astragale, mais bien d'après la situation nouvelle du calcanéum et du scaphoïde. Dans la luxation *en dedans*, le calcanéum se porte en dedans et l'astragale fait saillie *en dehors*; le contraire a lieu dans la luxation en dehors.

La luxation latérale externe paraît plus fréquente que l'interne. Sur 18 cas dans lesquels la direction du déplacement est indiquée, le déplacement avait lieu douze fois en dehors et six fois en dedans.

Les causes de ces luxations sont tantôt directes, comme le passage d'un corps lourd sur le pied, tantôt indirectes, comme une chute dans laquelle le pied porte à faux sur le sol.

Lorsque la cause est directe, le mécanisme n'est soumis à aucune règle et varie avec la nature de l'accident. Lorsqu'elle est indirecte, le déplacement résulte le plus souvent d'un mouvement forcé d'adduction ou d'abduction joint au poids du corps pendant une chute. Interrogeant successivement l'anatomie et les détails étiologiques ou séméiologiques contenus dans les observations, l'auteur arrive à cette conséquence que la luxation en dehors se produit en général dans l'abduction forcée, et la luxation en dedans l'adduction forcée.

Le ligament interosseux astragalo-calcanéen est constamment rompu en totalité ou en partie. Lorsque la rupture n'est que partielle, ce sont toujours les fibres les plus externes qui résistent. Les ligaments péronéo-calcanéen et tibio-calcanéen, qui font partie des ligaments latéraux externes de l'article tibio-tarsien, cèdent aussi; l'un d'eux est toujours rompu, et le plus souvent ils le sont l'un et l'autre.

Les tendons, les vaisseaux, les nerfs et la peau subissent des tiraillements considérables et sont souvent déchirés. Ces lésions des parties environnantes ont toujours lieu au niveau de la tête de l'astragale.

Dans la *luxation en dedans*, la tête de l'astragale fait saillie sur la partie externe du dos du pied, en dehors des tendons extenseurs et des vaisseaux tibiaux antérieurs. Lorsqu'il y a une plaie, elle est située à ce niveau. Les tendons extenseurs peuvent être rompus ou simplement refoulés; l'artère tibiale antérieure est quelquefois divisée.

Le pied est presque toujours porté dans une adduction permanente, les orteils en dedans, le talon en dehors; le bord externe touche le sol, le bord interne est élevé, ce qui reproduit jusqu'à un certain point la forme du pied-bot varus.

Dans la *luxation en dehors*, la tête de l'astragale fait saillie sur le bord interne du pied tantôt au niveau du scaphoïde, tantôt un peu en arrière. Elle refoule le tendon du jambier postérieur, le déchire parfois et plus souvent le rejette en bas ou en haut. Dans ce dernier cas, le col de l'astragale est pour ainsi dire étranglé entre ce tendon et le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur; de telle sorte que la ténotomie est quelquefois indispensable, soit pour obtenir la réduction, soit pour parvenir à extraire l'astragale. Lorsqu'il y a une plaie, elle est située au-dessous et en avant de la malléole interne; l'artère tibiale postérieure est fréquemment déchirée.

Il y a deux degrés dans la luxation en dehors. Au premier degré, le calcanéum est encore situé en partie au-dessous de l'astragale; le membre n'est pas raccourci. Le pied est en abduction forcée, quelquefois même il est tout à fait transversal; le bord interne repose sur le sol, le bord externe est fortement élevé. Au deuxième degré, le calcanéum déborde entièrement l'astragale et remonte le long du bord externe du péroné; il y a un raccourcissement considérable; le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, font une saillie de deux à trois pouces à travers une plaie constante située sur le bord interne du pied.

La forme du pied, l'inspection directe des os lorsqu'il y a une plaie, et surtout la conservation des rapports normaux entre la tête de l'astragale et les deux malléoles permettent d'établir le diagnostic des luxations sous-astragaliennes. Un peu moins graves que les luxations proprement dites de l'astragale, elles se prêtent plus souvent à la réduction; mais elles sont parfois irréductibles; en pareil cas, s'il y a une plaie, l'extraction de l'astragale est indiquée; mais, s'il n'y a pas de plaie, il vaut mieux attendre et surveiller le développement des accidents.

Ce mémoire est renvoyé à la commission chargée d'examiner d'autres travaux de M. Broca.

Éléphantiasis du prépuce.

M. Vidal (de Cassis), au nom de M. le docteur Goyrand, d'Aix, communique une observation fort curieuse d'éléphantiasis du prépuce; l'opération qui fut pratiquée pour remédier à cette infirmité fut suivie d'un plein succès.

M. Larrey considère l'observation de M. Goyrand comme offrant le plus grand intérêt non-seulement par elle-même ou par le développement énorme de la tumeur et par l'opération habile, heureuse qu'elle a nécessitée, mais encore par l'origine et le siége de cet éléphantiasis.

C'est d'ordinaire aux dépens du scrotum que les maladies de cette nature ont été rencontrées, tandis qu'aux dépens du prépuce c'est exceptionnel. Ainsi quelques faits signalés par d'anciens auteurs, l'observation publiée par Imbert Delonnes, différents cas rapportés dans la *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient*, les remarques faites par Alard dans son livre sur les *maladies du système lymphatique*, l'opération pratiquée par Delpech, l'histoire écrite par Clot-Bey à propos d'une opération analogue faite par lui en Egypte, d'autres faits encore et ceux même qui ont été communiqués à la Société de chirurgie sont autant d'exemples d'éléphantiasis du scrotum et non du prépuce, bien qu'il paraisse difficile que l'une de ces parties soit aussi considérablement hypertrophiée à l'exclusion de l'autre.

Les réflexions qui suivent l'exposé de ce cas extraordinaire mériteraient de la part de notre honorable correspondant d'Aix quelques développements propres à fixer l'état actuel de la science sur l'étiologie des faits du même genre; et je proposerais alors, ajoute M. Larrey, de renvoyer l'intéressant travail de M. Goyrand au comité de publication pour l'insérer dans les *Mémoires* avec un dessin linéaire de la tumeur éléphantiaque.

M. Vidal. De tous les faits qui me sont connus, celui qui présente le plus d'analogie est celui qui a été communiqué au sein de la Société par notre honorable collègue M. Rigal (de Gaillac).

M. Giraldès dit que les faits de ce genre sont généralement rares; mais que, dans le livre de Titley sur les maladies des organes génitaux, il en existe cependant des exemples.

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la société, Marjolin.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 142. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 142. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Un accident arrivé à l'imprimerie nous a empêché de faire paraître le numéro de jeudi; mais nos abonnés ne perdront rien à cet accident; nous nous arrangerons pour en publier un le jour de Noël.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Validité des décisions de l'Académie. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE. Hydrocéphalie. Rupture prématurée de la poche amniotique. Persistance de la grossesse et de la vie fœtale. Quelques considérations sur l'hydrocéphalie lorsqu'elle est très prononcée, sur la méthode la plus sûre pour terminer l'accouchement quand l'enfant se présente par la tête. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Académie de médecine, séance du 30 novembre. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Mathieu. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1852.

Séance de l'Académie de Médecine.

VALIDITÉ DES DÉCISIONS DE L'ACADÉMIE.

Un de ces rapports très méritants sur les épidémies que M. Gaultier de Claubry rédige chaque année, ou même plusieurs fois par an, a occupé la première partie de la dernière séance de l'Académie. Comme toujours, ce rapport est passé sans discussion et presque inaperçu, quoiqu'il traite des plus hautes comme des plus intéressantes questions qui puissent occuper une société savante.

Celui que M. Malgaigne a lu ensuite n'avait pas moins de mérite, mais il a eu plus de succès. Ce rapport avait d'ailleurs pour objet des faits, sinon de très grande importance, au moins assez nouveaux pour offrir tout l'attrait de l'originalité, et ils se présentaient en outre sous la garantie d'un jeune observateur qui a déjà donné d'excellentes preuves d'exactitude et de sagacité. M. Malgaigne, tout en faisant ressortir le mérite des recherches de M. Notta, en a fait une critique sévère, quoique bienveillante, et en a judicieusement signalé les lacunes et les incertitudes. Nous nous associons assez complétement à sa critique et à ses éloges pour que nous puissions nous dispenser d'en présenter ici une seconde édition. Nous renvoyons donc le lecteur à notre compte-rendu, où se trouve textuellement le remarquable rapport de M. Malgaigne.

Nous ne dirons rien non plus de la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport. Cette discussion n'a rien éclairci de ce que le travail de M. Notta laisse d'obscur, et elle n'aurait eu de l'intérêt que si on l'avait continuée sur le terrain élevé où l'avait placée M. Gerdy, c'est-à-dire sur la question des grandes lois qui président à l'évolution des différents actes de la vie des animaux ou même des végétaux. Mais l'Académie a sans doute pensé que des questions de cette nature ne pouvaient pas être discutées incidemment; elle a clos le débat et s'est hâtée d'adopter les conclusions du rapport.

Elle a entendu ensuite deux communications intéressantes de M. Maisonneuve, puis elle s'est formée en comité secret. Un mot à ce sujet.

Nous croyons avoir eu déjà l'occasion de signaler le peu d'empressement de messieurs les académiciens pour les comités secrets. Cette tiédeur de zèle est sans doute bien naturelle, puisqu'elle est si générale, et il ne serait peut-être pas très généreux de se montrer trop sévère à son endroit. Cependant il ne faudrait pas qu'elle allât jusqu'à faire oublier d'une manière trop flagrante les prescriptions du règlement, et jusqu'à rendre illégales les décisions de l'Académie. Or, c'est ce qui a eu évidemment lieu, au moins pour les trois derniers comités secrets. Il y a en effet dans le règlement de la savante compagnie un certain article 33, où on lit ce qui suit:

Ces décisions (les décisions de l'Académie), pour être valables, exigent la présence *de la moitié plus un* des membres qui ont signé la feuille de présence du jour.

Or, cette majorité légale n'existait pas dans le comité secret d'hier; elle n'existait pas dans les deux comités précédents; en sorte que toutes les décisions prises dans ces comités sont en réalité illégales et par conséquent nulles. L'Académie, qui semble éviter avec tant de soin tout ce qui peut lui susciter des embarras, devrait bien songer un peu à cette nouvelle source de justes récriminations, puisqu'un devoir aussi sérieux que celui de récompenser avec justice les travaux soumis à son jugement ne paraît pas suffisant pour la maintenir dans les termes du règlement. C'est un bon conseil que nous croyons devoir lui donner.

En voici un autre qui n'est guère moins opportun, et que nous ne lui donnons pas pour la première fois.

M. le ministre de la guerre, dans une lettre non moins honorable pour le corps auquel elle est adressée que pour celui qui l'a écrite, annonce qu'il a fait analyser avec soin les sources minérales de l'Algérie, mais qu'il ne considérera ces analyses comme définitives que lorsque l'Académie les aura confirmées par sa haute sanction. L'Académie ne devrait-elle pas s'efforcer de se rendre tout à fait digne de la confiance de M. le ministre en entourant de toutes les garanties possibles ces importantes analyses d'eaux minérales qui sont faites constamment par un seul homme, et presque toujours adoptées sans contrôle comme sans discussion? Loin de nous la pensée de suspecter en rien l'habileté de M. O. Henry, encore moins son zèle et sa sincérité; mais quand il s'agit d'analyses aussi délicates que celles des eaux minérales, où l'on doit à la fois constater et doser un nombre considérable de substances qui se trouvent en si faibles proportions, pense-t-on qu'il serait superflu qu'un second et même qu'un troisième observateur contrôlât les expériences du premier? Nous pensons, pour notre part, qu'un tel contrôle est indispensable, et que, faute d'y avoir recours, il peut arriver que l'Académie soit induite en erreur et induise en erreur l'autorité qui la consulte. D'une telle erreur, les conséquences sont faciles à déduire, et l'Académie en sentira mieux que nous toute la portée. — H. de Castelnau.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hydrocéphalie. — Rupture prématurée de la poche amniotique. — Persistance de la grossesse et de la vie fœtale. — Quelques considérations sur l'hydrocéphalie lorsqu'elle est très prononcée, sur la méthode la plus sûre pour terminer l'accouchement quand l'enfant se présente par la tête.

Par M. le docteur BOUTON.

OBS. — Mme Dubois, âgée de vingt-sept ans, tempérament lymphatique, cheveux blonds, lèvres épaisses, maxillaire inférieur large, peau fine, couverte de rousseurs; de huit à dix ans, indisposée sans pouvoir préciser ce qu'elle a eu; réglée régulièrement à seize ans; mariée à vingt-cinq (12 octobre 1849); deux mois et demi après son mariage, fait une fausse couche attribuée à des efforts.

Le 12 mars 1850, la fonction cataméniale s'accomplit une dernière fois; la grossesse marche régulièrement sans accidents; les premiers mouvements de l'enfant se font sentir sur la fin de juin.

Le 5 novembre, cette femme lève une marmite remplie d'eau; rien ne dénote, dans les huit jours qui suivent, que l'économie doive se sentir de cet effort.

Cependant, le 13 novembre, Mme D... étant couchée et sans autre cause connue, l'œuf se rompt, les eaux s'écoulent en abondance; le lit, le plancher lui-même en est inondé. Jusqu'à ce jour, les mouvements de l'enfant étaient très forts; mais à dater du 13 novembre jusqu'au 8 janvier, ils furent rarement et faiblement perçus. L'écoulement de l'eau de l'amnios eut pour résultat des douleurs vagues presque continues, se faisant sentir dans le bas-ventre et les reins; huit jours plus tard, ces douleurs, sans cesser complétement, diminuent sensiblement.

Le 1er janvier 1851, des douleurs intermittentes se déclarent; faibles, elles persistent en se rapprochant les jours suivants; le travail quant à la dilatation ne devient appréciable pour la sage-femme que dans la journée du 8.

M. le docteur Colard, qui déjà avait vu Mme D..., me pria de l'accompagner. A trois heures du soir, cette femme, profondément prostrée, a des douleurs d'enfantement, mais qui sont très faibles, et, après s'être montrées quelques heures de suite, se suspendent, comme si l'organisme épuisé avait besoin de repos pour accomplir un travail au-dessus de ses forces. Le pouls est à 100 et quelques, très petit, serré; beaucoup d'agitation morale. Ventre volumineux, dur à droite et à gauche. Battements du cœur de l'enfant forts, bien sensibles à droite et en haut vis-à-vis l'ombilic. Globe utérin très large, dur partout, changeant peu de consistance pendant les contractions. Organes sexuels peu souples. Quelques glaires sanguinolentes. Col dur, difficile à atteindre (dilatation de deux à trois centimètres). Il n'existe pas de poche d'eau. La surface fœtale qui se présente ne peut être sentie que dans une très petite étendue, et encore on ne rencontre qu'une surface molle, sans saillie osseuse; la hauteur où se trouve le produit rend compte de l'impossibilité où nous nous trouvons de préciser la présentation. Des investigations plus minutieuses et plus complètes seraient trop douloureuses et ne pourraient être justifiées par la nécessité du moment.

Prescriptions. — Bains tièdes longtemps prolongés; quelques bouillons; un peu de vin sucré. Si la femme ne repose pas, quelques gouttes de laudanum; extrait de belladone sur le col de l'utérus.

A dix heures du soir, mon confrère et moi étions mandés de nouveau. La femme avait reposé une heure et demie. Les phénomènes extérieurs étaient les mêmes; mais les organes génitaux étaient dans des conditions plus favorables, plus lubrifiés; le col plus souple, plus dilaté, et les contractions plus franches. La dilatation du col permettait de toucher cinq à six centimètres de la surface fœtale; mais le produit était à la même hauteur. Nous l'avons déjà dit, il n'existait pas de poche amniotique; partout le doigt ne rencontrait qu'une surface molle, élastique. Je crus à l'existence de deux fœtus, dont l'un présentait le ventre ou l'un des hypocondres. L'élasticité de la tumeur, quelque chose de rugueux me faisait croire à l'existence de l'épiderme soulevé par la décomposition, et, dans ce cas, l'abdomen aurait été distendu par des liquides ou des gaz; cependant notre confrère M. le docteur Colard ne partageait pas cette opinion: j'expliquerai plus tard les causes de cette dissidence. Je l'ai dit, les douleurs étaient plus profitables pour le travail; bien que la femme fût très affaiblie, elle nous paraissait dans des conditions telles que nous devions encore attendre: ce fut notre rôle jusqu'à deux heures du matin.

A deux heures, la nature épuisée avait suspendu ses efforts, et, de loin en loin seulement, quelques rares douleurs témoignaient de la persistance du travail; la patiente s'était de beaucoup affaiblie: tout annonçait un obstacle insurmontable et l'économie prête à succomber. Cependant les battements du cœur de l'enfant, qui s'entendaient à droite de l'ombilic, ne faisaient nullement craindre pour le produit. La dilatation était complète, la partie de l'enfant à la même hauteur; le moment d'agir était venu. Je dois dire, avant de poursuivre mon récit, que cette femme, excessivement pusillanime, énervée du reste par un travail fort long et par l'épuisement de ses forces, ne permettait les explorations qu'à son corps défendant.

Plongée dans le sommeil anesthésique par quelques grammes de chloroforme, je pénétrai avec la main tout entière dans les organes sexuels. Au-dessus du détroit supérieur, je rencontrai une tête énorme, dont les os, séparés par de larges surfaces membraneuses, dénotaient l'hydrocéphalie dans des conditions de développement que l'on rencontre rarement; c'était une première position, la fontanelle antérieure était au centre du bassin: c'était sur cette fontanelle que le toucher avait porté jusque-là. Le volume de la tête était un obstacle insurmontable à la parturition; aussi, après avoir baptisé l'enfant, je priai mon confrère de me remettre la branche de forceps qui porte un perce-crâne. La main gauche servant de conducteur, la pointe fut enfoncée sur la fontanelle antérieure; bientôt un flot de liquide s'échappa; la tête, affaissée, souple et molle, permit d'aller à la recherche des pieds. La version et l'extraction ne présentèrent rien à noter; l'enfant donnait encore quelques signes de vie après sa naissance. Délivrée quelques instants après, la femme fut replacée sur son lit, et alors seulement revint à elle, ne se doutant nullement de tout ce qui venait de se passer. Les suites de couches furent des plus naturelles, car huit jours plus tard l'accouchée commençait à vaquer aux occupations de son ménage.

Je n'ai rien à dire du bassin de la mère, qui nous a paru grand et bien conformé, mais je donnerai quelques détails sur la conformation du produit.

Poids du produit, tête vidée, 2 kilogr. 500 gr., embonpoint ordinaire; ce qui n'existe pas généralement pour les enfants hydrocéphales.

Longueur du produit, 45 cent.

Vices de conformation extérieurs: chaque main ne présente que trois doigts et le pouce.

Squelette desséché, tête volumineuse, présentant les dimenssons suivantes:

Diamètre	occipito-mentonnier	0m17
—	mento-bregmatique	14
—	occipito-frontal	17
—	trachélo-occipital	14
—	sous-occipito-bregmatique	13
—	trachelo-bregmatique	13
—	tracbelo-frontal	12,50
—	sous-occipito-frontal	13,50
—	bis-temporal	12,25
—	bis-pariétal	13
Circonférence	occipito-bregmatique	43
Id.	occipito-frontale	52

Fontanelle antérieure: de l'angle supérieur et antérieur de l'un des pariétaux à l'angle formé par la portion supérieure du frontal du côté opposé, 8 cent.

A la partie supérieure des deux portions du frontal, 6 cent.

De l'angle antérieur et supérienr de l'un des pariétaux à son congénère, 4 cent.

Fontanelle postérieure: de l'angle postérieur et inférieur d'un pariétal au même point du côté opposé, 13 cent. (Cette ligne passe à 1 centimètre de l'angle supérieur de l'occipital.)

De l'occiput, la fontanelle postérieure se prolonge en avant jusqu'à la fontanelle antérieure. L'endroit où les pariétaux sont le plus rapprochés présente 3 cent. 50, et c'est près de la fontanelle antérieure.

Fontanelles temporales: sont représentées par deux grandes surfaces irrégulièrement qnadrilatères, qui s'étendent jusqu'à la

fontanelle postérieure, en arrière, dans l'endroit où la portion inférieure du pariétal se trouve le plus rapprochée de l'occipital, 3 cent. 50.

Le diamètre antéro-postérieur de ces fontanelles a 12 cent.

Id. supéro-inférieur, 7 cent.

Les os qui forment la voûte du crâne sont séparés les uns des autres par des surfaces membraneuses qui ont une largeur de 3 à 4 centimètres. Et ce sont ces surfaces qui remplacent les sutures; l'occipital seul forme exception dans ses articulations avec les temporaux et le sphénoïde. Ces os, quant à leur épaisseur, sont plus minces et moins avancés dans leur ossification. Les os de la face et la face elle-même comme on les rencontre habituellement dans l'hydrocéphalie.

Poitrine : la première côte de chaque côté est bifurquée en arrière, la portion supérieure de cette bifurcation s'articule avec le rudiment de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, la portion inférieure avec la septième. Ces côtes en avant ont le double de largeur que dans l'état normal. La première côte gauche offre encore en bas un prolongement osseux assez considérable, qui l'unit à la seconde côte dans sa partie moyenne. En ne comptant la première côte bifurquée que pour une, il y en a douze de chaque côté.

Membres supérieurs : humérus normal; cubitus plus recourbé en avant; absence du radius; les os du carpe sont articulés avec la portion inférieure du cubitus, qui a la forme de la partie inférieure du radius. Quatre métacarpiens seulement.

Le reste du tronc et les membres inférieurs sont bien conformés.

Remarques. — N'étudiant cette observation que sous le point de vue obstétrical, nous ne rechercherons point les causes plus ou moins problématiques de l'hydrocéphalie. Les cas analogues ne sont pas très fréquents, puisque Mme Lachapelle, sur 40,555 accouchements, n'en a constaté que 15. Deux fois cependant il nous a été donné d'assister des femmes en travail d'enfants hydrocéphales; une première fois, le 22 avril 1847; le cerveau chez ces deux produits était réduit à une espèce de kyste de 3 millimètres à 1 centimètre d'épaisseur, d'une consistance assez molle, sans qu'il fût possible de reconnaître la substance grise de la substance blanche : dans ces deux cas l'eau était renfermée entièrement dans les ventricules, qui ne formaient qu'une vaste cavité.

Dans le fait que nous venons de retracer, une première circonstance nous frappe, c'est l'écoulement des eaux de l'amnios le 13 novembre, avec persistance de la vie fœtale et de la grossesse jusqu'au 8 janvier. Doit-on attribuer à l'effort fait par cette femme, le 5 novembre, la rupture de la poche des eaux le 13? Si, à dater du 5 novembre, quelques douleurs étaient venues trahir un dérangement quelconque des organes sexuels, nous penserions que cet effort a pu agir comme cause déterminante, mais que déjà une disposition spéciale avait préexisté à la cause déterminante; mais nous avons dit que jusqu'au 13 cette femme n'avait rien ressenti; nous sommes donc obligé de ne considérer la rupture des membranes que comme une conséquence de la faiblesse de ces mêmes membranes et surtout de la trop grande quantité d'eau et du volume de la tête du produit, qui avaient pour résultat une distension exagérée du segment inférieur de l'utérus.

Il n'est pas douteux que les eaux de l'amnios s'étaient entièrement écoulées le 13 novembre, puisqu'il n'en existait plus trace lors de l'accouchement; il est fort difficile de donner une raison plausible de la tolérance de l'utérus jusqu'au 8 janvier; dans ce cas, comme dans tous ceux où l'évacuation prématurée des eaux a eu lieu, l'organisme témoigne de la perte d'un auxiliaire utile pour accomplir entièrement son œuvre, dans le principe, par des douleurs presque continuelles; puis, comme si l'utérus s'habituait à sa nouvelle condition d'existence, ces douleurs s'éloignent pour disparaître presque entièrement. Nous n'hésitons pas à croire que l'énorme quantité de liquide qui se rencontrait dans la tête du produit, et l'extrême élasticité de la tête n'aient été les causes de la persistance de la grossesse; c'est à ces mêmes causes que nous devons rattacher la continuation de la vie fœtale; car nous ne pensons pas que dans des conditions semblables la compression de la circulation puisse être assez considérable pour faire succomber l'enfant; et, d'un autre côté, nous pensons que l'eau de l'amnios, dans les derniers mois de grossesse, est plutôt destinée à préserver le produit des secousses possibles, à maintenir un certain équilibre protecteur pour l'enfant contre la rétraction utérine, qu'à lui fournir des matériaux de nutrition.

A lire la plupart des ouvrages d'obstétrique (1), on croirait le diagnostic de l'hydrosépbalie on ne peut plus facile; en effet, la tête forme une tumeur large dont la convexité est peu prononcée, qui occupe tout le contour du détroit supérieur sans s'y engager, tumeur résistante pendant la contraction, molle, fluctuante dans les intervalles; sutures et fontanelles très larges. Les os, dans un cas d'hydrocéphalie très prononcée, sont comme noyés au milieu des parties molles; ils sont plus minces, plus souples, surtout vers leurs bords. Lorsqu'on rencontre et que l'on peut constater tous ces caractères, il est certain qu'une tête d'hydrocéphale est facilement reconnue; mais, nous devons le dire, tous ces jalons sont vrais; il n'y a qu'une difficulté, c'est de pouvoir les reconnaître. Si l'on a affaire à une primipare, les organes sexuels peu souples, peu dilatables, presque jusqu'à la fin du travail, empêchent une exploration qui serait douloureuse et qui n'aurait, à peu près dans tous les cas, qu'un résultat négatif; car le volume de la tête ne lui permet pas de s'engager au détroit supérieur; si la poche des eaux est rompue, la surface qui est accessible au toucher est si peu étendue, que si l'on rencontre ou l'une des fontanelles ou l'une des sutures (2), il est impossible de porter un diagnostic; mais les difficultés sont complétement insurmontables quand la poche des eaux existe encore. Lorsque l'on a sous les yeux une femme déjà mère de plusieurs enfants, bien que le doigt explorateur puisse pénétrer à une plus grande hauteur, si l'hydrocéphalie est aussi prononcée que dans le cas que nous venons de relater, il est encore complétement impossible de préciser le diagnostic. Il est un caractère cependant qui peut être retenu, lorsqu'on exerce le toucher avec intention; je veux parler de la présence des cheveux, mais ils sont très fins et peu épais. La largeur du globe utérin, son grand développement chez cette femme et la sensation d'une tumeur molle avec quelque chose de rugueux m'avaient fait croire à l'existence de deux produits, l'un placé supérieurement et transversalement, dont les battements du cœur permettaient d'affirmer la vitalité; puis, cette surface molle et élastique que je rencontrais dans une étendue de 3 à 4 centimètres, me présentant quelque chose qui, pour moi, avait une très grande analogie avec l'épiderme soulevé et roulé (cheveux); la souplesse, l'élasticité me paraissait due à la présence du liquide et dans le ventre et dans l'épaisseur des parois abdominales. Ainsi je crus à l'existence d'un enfant mort, dans un état de décomposition plus ou moins avancé, se présentant le premier par le ventre ou l'un des hypocondres. Pour moi était expliquée la hauteur inaccoutumée du produit, et l'impossibilité où il était de descendre davantage; on l'a vu, j'étais dans l'erreur.

Pour constater une hydrocéphalie qui met un obstacle sérieux à l'accouchement, ce n'est que quand la dilatation est complète que les organes extérieurs de la génération sont assez relâchés pour introduire toute la main non-seulement dans le vagin, mais dans l'utérus même, ce n'est, je le répète, qu'à la fin du travail qu'il est possible, en agissant ainsi, de saisir complétement et facilement les caractères qui ne laissent plus de doute sur la présence d'une tête d'enfant hydrocéphale; c'est aussi dans cet instant que l'on doit chercher à apprécier l'étendue de la tête pour décider à quel genre de manœuvre on devra se livrer.

La tête d'hydrocéphale n'apporte aucune modification à la terminaison de l'accouchement quand son volume n'offre pas trop de disproportion avec les détroits du bassin; si la nature ne peut se suffire après avoir attendu un temps suffisant, le forceps seul permettra d'en finir sûrement. Mais lorsque la main introduite dans l'utérus aura mesuré l'étendue de la tête et qu'il résultera de cette investigation l'impossibilité soit d'une expulsion naturelle, soit à l'aide du forceps, voici la conduite la plus facile pour terminer heureusement et rapidement.

Conduire sur deux doigts de la main gauche, ou sur la main gauche introduite tout entière dans les organes sexuels une canule de trocart de fort calibre, et si l'on n'en a pas sous la main, la branche du forceps qui porte un perce-crâne. Si l'on se sert d'une canule de trocart, lorsque son extrémité touche soit une fontanelle, soit un espace membraneux qui remplace la suture, introduire le poinçon; l'un de ces instruments est enfoncé dans le crâne. Si l'on s'est servi du trocart, le poinçon est retiré; si au contraire on s'est servi du perce-crâne que porte l'une des branches du forceps, il est utile et plus sûr de faire pénétrer non-seulement la pointe, mais encore la portion de la branche qui la supporte, et de lui faire exécuter plusieurs mouvements de rotation sur elle-même, puis la retirer ensuite. Dans ce dernier cas la tête est rapidement vidée, il faut plus de temps pour que le liquide puisse s'échapper à peu près complétement par la canule du trocart, mais ce dernier instrument est plus facile et bien plus sûr pour l'indication à remplir.

(1) Je ne m'occupe que des cas où la tête a un volume assez considérable pour opposer un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement.

(2) Qui sont des espaces membraneux d'une étendue considérable.

UN COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. Deville,

Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

Le motif de l'évasement supérieur de la gaîne des vaisseaux fémoraux saute donc aux yeux. Ainsi que cela a été dit bien souvent déjà, le canal crural peut très bien être comparé à un entonnoir, dont le goulot inférieur est représenté par la continuation de la gaîne aponévrotique le long des vaisseaux fémoraux, sur lesquels elle est désormais appliquée.

Cette manière si juste, si vraie d'envisager le canal crural nous permet en outre de dire exactement où se termine par en bas le canal crural. Puisque nous donnons ce nom à l'évasement supérieur en forme d'entonnoir de la gaîne des vaisseaux fémoraux, sa terminaison inférieure doit être là où cesse (ou commence, comme on voudra) cet évasement, c'est-à-dire au-dessous du niveau de l'embouchure de la veine saphène dans la veine fémorale. On a mal compris ce fait si simple, et on a un peu contribué à jeter de l'obscurité sur le sujet en désignant comme ouverture inférieure du canal crural l'ouverture du fascia cribriformis par laquelle passe la veine saphène; cette ouverture, comme nous allons le voir, appartient à la paroi antérieure du canal et ne peut pas, même par artifice de description, limiter par en bas le canal crural. La véritable limite, la limite naturelle est, je le répète, là où cesse l'évasement par en bas; l'ouverture inférieure du canal crural, c'est le lieu où l'évasement de l'entonnoir se réunit avec le goulot.

Le canal crural bien défini ainsi, suivons-le maintenant dans ses parties constituantes, afin d'achever de le bien comprendre. Nous allons examiner successivement l'ouverture supérieure du canal, son ouverture inférieure, ses parois et son contenu.

§ I. *Ouverture supérieure du canal crural.* — Nous l'avons déjà définie d'une manière grossière, si l'on peut ainsi dire, sous le nom d'ouverture triangulaire limitée en avant par les deux cinquièmes internes du ligament de Fallope; en arrière, par le pubis, et en dehors, par la cloison que forme le fascia iliaca. Examinons de plus près.

Qu'est-ce que le ligament de Fallope? Beaucoup d'anatomistes, si ce n'est dans leur pensée, du moins dans les expressions dont ils se sont servis, ont laissé entendre que ce ligament était formé par les fibres les plus inférieures du muscle grand oblique de l'abdomen. C'est une erreur; car ce ligament est bien particulier, formé par des fibres particulières et bien distinctes, qui sont bien moins obliques descendantes que les fibres aponévrotiques du muscle. D'autres, risquant de se noyer dans les détails, surtout quand c'était eux qui les avaient découverts, ont failli faire disparaître le ligament de Fallope au milieu des prolongements fibreux qu'il reçoit des organes voisins. D'autres, ne prenant pas garde que c'était là un simple artifice de description ayant pour but d'attirer l'attention sur un fait capital, ont décrit un ligament de Fallope et un ligament de Gimbernat, oubliant que c'est absolument la même chose, et que le ligament de Gimbernat est un nom donné à la partie interne du ligament de Fallope, à cause de la disposition particulière qu'il présente. Le fond de tout cela, le voici, ainsi que l'a si bien décrit Thomson.

Le ligament de Fallope est un faisceau ligamenteux distinct, qui prend naissance sur l'épine iliaque antéro-supérieure, et tout le long du tiers antérieur de la lèvre interne de la crête iliaque. L'insertion à l'épine iliaque a lieu par un petit faisceau fibreux; l'insertion à la lèvre interne de la crête iliaque se fait par des fibres aponévrotiques plates, espacées en éventail et noyées dans l'épaisseur du fascia iliaca, au sein duquel on les distingue très bien, qui se groupent en approchant de l'épine iliaque et se réunissent au petit faisceau de la première insertion. Cela constitue un cordon filamenteux aplati d'arrière en avant, qui descend en bas et en dedans, parallèle au pli de l'aine. Son bord supérieur, continu avec l'aponévrose du grand oblique, en reçoit les fibres les plus inférieures, qui tombent sur lui à angle très aigu, et contribuent à le renforcer. Son bord inférieur se continue avec l'aponévrose de la cuisse, ou fascia lata. Sa face antérieure libre est un peu convexe; sa face postérieure, aplatie, adhère près du bord inférieur à l'aponévrose iliaque, ou fascia iliaca. Par en haut, il y a entre les deux un angle rentrant dans lequel viennent se loger avec adhérence des fibres tendineuses des muscles petit oblique et transverse, ce que beaucoup d'anatomistes appellent leur insertion sur le ligament de Fallope.

Après avoir parcouru dans cet état les trois cinquièmes environ de son trajet de l'épine iliaque à l'épine pubienne, le ligament de Fallope abandonne, comme nous l'avons dit plus haut, le fascia iliaca (ou plutôt est abandonné par lui) et devient libre. A ce moment, le fascicule fibreux qui le compose se divise en deux faisceaux : un volumineux, qui continue le trajet primitif, conserve le nom de ligament de Fallope, et prend, dans sa partie postérieure, le nom de ligament de Gimbernat; c'est la *bandelette iléo-pubienne* de Thomson; un bien plus mince, qui se porte en arrière et en dedans avec le fascia iliaca, dans lequel il est plongé : c'est la *bandelette iléo-pectinée* de Thomson.

La *bandelette iléo-pubienne*, continuation presque complète du ligament de Fallope, en continue le trajet; sa forme seule change. Au lieu d'être aplati d'avant en arrière, comme l'était le ligament, elle va s'aplatir de haut en bas, disposition qui est la conséquence de la position horizontale de la ligne osseuse sur laquelle elle va se terminer en dedans, en s'insérant sur le pubis. Cet aplatissement devient de plus en plus marqué, et donne une largeur antéro-postérieure de plus en plus grande à la bandelette, à mesure que celle-ci se porte davantage en dedans vers le pubis. Il en résulte que la bandelette iléo-pubienne se présente sous la forme d'une lame ligamenteuse triangulaire dont le sommet est en dehors, la base en dedans, un bord antérieur et un postérieur, et ayant deux faces, l'une supérieure et l'autre inférieure. Cette lame, bien triangulaire en effet, a plutôt la forme d'une faux, le bord antérieur étant convexe en avant, et le bord postérieur concave en arrière et un peu en dehors. Examinons successivement chacune de ses limites.

Le sommet se trouve près du point où le fascia iliaca a abandonné le ligament de Fallope. L'aplatissement de haut en bas de la bandelette ne commence pas de suite, mais peu après. La base, large de 2 à 3 centimètres et assez variable, s'insère d'abord à l'épine du pubis, et puis tout le long de la crête sus-pubienne, dans une étendue variable de 2 à 3 centimètres. Le bord antérieur est convexe en avant et en même temps en bas. Cette convexité en bas est déterminée par l'attache et la traction en bas, par conséquent, de la lame profonde du tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse; car elle diminue déjà quand ce tissu est enlevé; surtout par l'attache du fascia lata (ligament falciforme, comme nous allons voir) le long de la face inférieure, car la convexité en bas disparaît tout à fait dès qu'on a coupé le fascia lata. Ce bord antérieur est arrondi, en outre, par des fibres qui viennent de l'aponévrose du muscle grand oblique et qui sont de deux ordres : les fibres terminales inférieures de cette aponévrose, qui ont contribué à former le pilier inférieur ou externe de l'anneau inguinal; quelques-unes des fibres *arciformes* (fascia intercolumnaris), qui brident en forme d'arc l'angle supérieur de l'anneau inguinal. Ces fibres de l'aponévrose du grand oblique, nous avons déjà eu occasion de le faire observer, sont plus obliques descendantes que celles de la bandelette iléo-pubienne ou ligament de Fallope, dont elles croisent à angle très aigu la face ou le bord antérieurs dès qu'elles les rencontrent; adhérentes désormais, elles continuent à en contourner en forme de pas de vis très allongé la face ou bord antérieur, puis la face inférieure, de manière à aller s'insérer sur le pubis juste au-dessous du niveau de l'insertion de la bandelette iléo-pubienne. La direction en pas de vis dont il vient d'être question a été décrite par plusieurs auteurs, mais à tort, comme appartenant au ligament de Fallope même, alors qu'elle n'appartient qu'aux fibres les plus inférieures de l'aponévrose du grand oblique; le liga-

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

ment de Fallope, ou bandelette iléo-pubienne, est tout simplement aplati de haut en bas. On conçoit comment la disposition que nous venons de décrire donne au bord antérieur convexe de la bandelette iléo-pubienne sa forme arrondie et lisse. Le bord postérieur, bien connu sous le nom de bord libre du ligament de Gimbernat ou de bord falciforme à cause de la ressemblance du ligament avec une faux, limite exactement en avant et en dedans l'anneau crural. Nous allons voir bientôt qu'il est doublé par un prolongement du fascia transversalis. La face supérieure, un peu concave, un peu en forme de gouttière, contribue à former cette rigole si connue par la part qu'elle a dans la constitution du canal inguinal. La face inférieure convexe, en partie contournée par les fibres les plus inférieures de l'aponévrose du grand oblique signalées plus haut, donne attache au fascia lata et à la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse. Elle se continue en avant insensiblement avec la convexité du bord antérieur. Les fibres de la bandelette iléo-pubienne, tassées et réunies en faisceau vers le sommet, s'étalent à mesure qu'elles se portent vers la base. En général, tout en s'étalant ainsi, elles restent cependant unies les unes aux autres de manière à former une lame ferme et résistante. Quelquefois, cependant, elles sont minces et espacées et ne forment qu'une lame très faible. Enfin, il y a des cas où cet affaiblissement n'est que partiel, ou bien où les fibres constituantes laissent entre elles des espaces à travers lesquels des hernies peuvent se faire, hernies du ligament de Gimbernat décrites pour la première fois par M. Laugier (*Dictionn. de méd.*), vues deux fois sur le cadavre par M. Cruveilhier et disséquées dans un autre cas par M. Demeaux (*An. de chir.*), hernies qui ont été vues ailleurs aussi, quoique mal interprétées, ainsi que nous allons avoir occasion de le dire.

Sous le nom de bandelette iléo-pubienne, diront quelques personnes, vous venez de décrire le ligament de Gimbernat. C'est très vrai; c'est en effet à cette partie aplatie de haut en bas de la bandelette iléo-pubienne ou continuation presque complète du ligament de Fallope que l'on donne le nom de ligament de Gimbernat. Seulement, Gimbernat a décrit un ensemble plus complexe en lui donnant son nom que ce que nous venons de dire sous le nom de bandelette iléo-pubienne. Nous venons de voir, en effet, qu'à cette bandelette s'ajoutaient en avant, pour la renforcer, les fibres les plus inférieures de l'aponévrose du grand oblique. Il y a dans la profondeur bien d'autres additions ligamenteuses. Ainsi, par en bas, le fascia lata ne s'attache pas seulement à la face inférieure de la bandelette iléo-pubienne, il lui fournit aussi quelques fibres de renforcement, que quelques-uns appellent le prolongement du ligament falciforme de la cuisse. En haut et en dedans, les fibres de la bandelette iléo-pubienne ne s'attachent pas toutes au pubis, mais peuvent se continuer en petite partie soit avec l'attache au pubis des muscles petit oblique et transverse, soit avec le côté externe du tendon du muscle droit de l'abdomen, soit avec le ligament de Colles (ligament peu connu, quoique important, mais dont je ne pourrais sans abus donner ici la description, qui appartient au canal inguinal et qu'on trouve du reste parfaite dans l'introduction à l'*Anat. chirurg.* de M. Velpeau, 3e édit.). Toutes ces communications peuvent être entendues tantôt comme de simples continuations de ces organes les uns aux autres, tantôt comme de véritables renforcements du ligament de Gimbernat. D'après cela, on voit que la bandelette iléo-pubienne est quelque chose de simple, un faisceau ligamenteux qui fait suite aux trois cinquièmes externes du ligament de Fallope et est composé par des fibres propres. Au contraire, le ligament de Gimbernat est quelque chose de composé, formé en majeure partie par la bandelette iléo-pubienne, mais renforcé par des fibres empruntées aux dispositions ligamenteuses et aponévrotiques voisines.

La *bandelette iléo-pectinée* de Thomson est considérablement plus faible que la bandelette iléo-pubienne. Elle est fournie par le ligament de Fallope, en arrière, au moment où ce ligament, apr[illegible] été adhérent au fascia iliaca dans ses trois cinquièm[illegible]es, est abandonné par le fascia iliaca. C'est une lame mince de fibres parallèles qui continue à suivre le fascia iliaca dans sa nouvelle direction, est logée, noyée dans son épaisseur, quoique parfaitement visible, et contribue ainsi, avec ce fascia, à la constitution de la cloison qui divise le grand trou signalé en commençant en deux trous secondaires. Elle se termine en s'insérant sur l'éminence iléo pectinée. Quelques personnes, considérant combien cette bandelette est mince, puisqu'elle ne fait aucun relief à la surface du fascia iliaca dans lequel elle est logée, trouvent un peu exagérée sa description isolée. C'est là une erreur fâcheuse; quoiqu'en petit nombre, ses fibres constituantes existent, sont très visibles, et sont une vraie continuation des fibres du ligament de Fallope. D'ailleurs, dans les descriptions anatomiques, on a souvent besoin de citer en particulier ce point du fascia iliaca qui limite en dehors et en arrière l'anneau crural; certes il n'y a pas de meilleur moyen de le désigner que par le nom de la bandelette réelle qui est là dans son épaisseur, par le nom de bandelette iléo-pectinée.

Nous avançons, comme on voit, dans la connaissance exacte des bords de l'anneau crural. Il nous reste à examiner les dispositions qui existent du côté du pubis. Ce n'est pas la crête pectinéale, la crête sus-pubienne de l'os, revêtue de son périoste, qui forme le bord postérieur de l'anneau crural. La crête osseuse est doublée dans toute son étendue par un ligament adhérent, très épais, car il n'est pas rare de lui trouver un centimètre d'épaisseur de son bord libre à sa base adhérente. Ce ligament, bien décrit par Thomson, a été nommé par M. Malgaigne *ligament pubien* de Cooper. Il est peu connu. Je me rappelle, en riant, d'une scène fort curieuse qui s'est passée dans un des concours récents pour une des chaires de la Faculté de médecine de Paris. Un candidat argumenté avait parlé dans sa thèse du ligament pubien. Son argumentateur, chirurgien des plus remarquables d'ailleurs, lui reprocha vertement cette invention d'un *nouveau* ligament. — Mais, répondit l'argumenté, je ne l'ai pas inventé; il existe et, de plus, est décrit tout au long dans l'*Anatomie chirurgicale* de M. Malgaigne. — Je n'en ai jamais entendu parler, ajouta l'argumentateur; et les neuf dixièmes des auditeurs, pas mal de juges compris, de faire un signe d'assentiment. — Bon Dieu! le ligament pubien existe, parce qu'il existe, et tous les dissentiments du monde ne l'empêchent pas d'exister. Et puis, il n'est certes pas nouvellement décrit, car il est très nettement signalé par Gimbernat, par A. Cooper, parfaitement indiqué par Thomson, MM. Velpeau et Malgaigne. Bien plus, il a été l'objet de travaux spéciaux, puisque, oubliant qu'il est adhérent dans toute sa longueur et ne peut s'allonger qu'à peine après sa section, on a proposé d'inciser sur lui pour le débridement dans les hernies crurales étranglées. On pourrait peut-être l'appeler bandelette pubio-pectinée.

En commençant, pour ne pas compliquer la description de détails peu connus, nous avions défini l'anneau crural: une ouverture triangulaire bornée, en avant par le ligament de Fallope, en arrière par le pubis, en dehors par la portion du fascia iliaca faisant office de cloison. Nous pouvons maintenant mieux préciser la définition, et dire: l'anneau crural est une ouverture triangulaire limitée, en avant par le bord postérieur libre ou falciforme de la bandelette iléo-pubienne ou ligament de Gimbernat, en arrière par le ligament pubien qui double la crête du pubis, en dehors par la bandelette iléo-pectinée logée dans l'épaisseur du fascia iliaca.

Un dernier détail, pour comprendre comment la forme triangulaire de l'anneau est modifiée. Chacun des trois angles est d'habitude émoussé, arrondi, parce que les trois ligaments qui forment les côtés s'envoient de l'un à l'autre des fibres de continuation. Ainsi quelques-unes des fibres du bord libre de la bandelette iléo-pubienne ou ligament de Gimbernat, au lieu de s'insérer tout simplement sur l'os, s'infléchissent pour se continuer directement avec le ligament pubien; une pareille continuité est encore plus marquée entre ce dernier ligament et la bandelette iléo-pectinée. Il n'est pas jusqu'à l'angle de jonction de la bandelette iléo-pubienne avec la bandelette iléo-pectinée qui ne soit arrondie par des fibres communes ou intermédiaires en arc. Cette disposition arrondie des angles est tellement prononcée, que la forme de l'anneau, triangulaire en définitive, puisqu'elle est limitée par trois ligaments, est plutôt ovalaire à côté postérieur très bombé, très convexe en arrière, parce qu'il est la réunion des deux côtés postérieur et externe du triangle.

Tel est le véritable anneau crural, telle est l'ouverture supérieure du canal crural; et c'est cette ouverture ainsi constituée qui admet sans peine l'extrémité des cinq doigts réunis. Nous n'insisterons plus maintenant sur le plan qu'elle occupe, sur ses dimensions en elle-même, suivant le sexe et diverses autres conditions, sur ses rapports intimes soit avec l'évasement en entonnoir qui lui fait suite, soit avec d'autres parties voisines, etc... Tout cela nous entraînerait trop loin de notre sujet.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 novembre 1852. — Présidence de M. Melier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Neuville, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bernay (Eure), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en mai, juin et juillet dernier, dans les communes de Bourainville et de Fayolle-les-Mares;

2° Lettre de M. le ministre de la guerre, qui annonce que son intention est d'envoyer à l'Académie des échantillons des diverses sources de l'Algérie, déjà analysées par les chimistes les plus distingués de cette contrée, mais sur lesquelles M. le ministre veut avoir l'appréciation *souveraine* de l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Convulsions.

M. Letillier, de Saint-Leu-Taverny, adresse un nouveau mémoire sur les convulsions des nouvelles accouchées. (Commissaire: M. Depaul.)

Résine de plantain.

M. Giraud, médecin à Onzain (Loir-et-Cher), adresse un mémoire sur la résine de plantain, employée comme succédané du sulfate de quinine. (Commission des succédanés du quinquina.)

Eaux de Vichy.

M. Durand-Fardel dépose sur le bureau de l'Académie un volume manuscrit de recherches sur cinq années de pratique à Vichy.

Suc-colore.

M. Grand, de Coulanges (Yonne), adresse une note sur un suc d'herbes qu'il appelle *suc-colore*, et qui est destiné à remplacer l'oignon brûlé ou le caramel pour colorer le bouillon.

RAPPORTS.

Épidémies.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur les épidémies qui ont régné dans diverses contrées de la France en 1850.

Oblitération et inflammation des artères ombilicales.

M. Malgaigne lit le rapport suivant, sur un travail de M. Notta, de Lisieux (Calvados).

Le travail de M. Notta traite de deux questions qui, connexes à un certain degré, veulent toutefois être exposées séparément; et nous nous occuperons d'abord de la première, c'est-à-dire du mode d'oblitération des artères ombilicales. On n'en comprendrait pas suffisamment le but et la portée sans quelques considérations préliminaires.

Lorsqu'une artère a été oblitérée dans un point par une ligature ou par toute autre cause, on admettait généralement, d'après les expériences de Jones et de Béclard, que le tube artériel, entre le point oblitéré et la première collatérale, se rétrécissait, s'obturait et, finalement, se transformait en un cordon fibreux avec disparition de la membrane interne. Le rétrécissement avait été vérifié sur des chiens; Jones avait même constaté qu'il était dû principalement à l'épaississement des parois artérielles; mais par quel mécanisme s'opéraient l'adhérence et la fusion des surfaces internes de l'artère, et quel rôle y jouait le caillot, c'est là ce qui n'avait pas encore été bien déterminé.

Malgré cette lacune d'ordre secondaire, la doctrine paraissait donc solidement établie, lorsqu'en 1850 M. Notta, interne alors dans les hôpitaux de Paris, vint l'attaquer de front dans sa thèse inaugurale. Sur des sujets morts trente-neuf jours, cinquante-deux jours à la suite d'amputations, il avait trouvé le caillot persistant, c'était peu; sur un individu mort dix-huit mois après une amputation du bras, le caillot occupait encore l'intérieur de l'artère. A ces trois faits qui lui étaient propres, l'auteur en avait ajouté d'autres déjà publiés, dont le plus remarquable assurément était celui d'un sujet à qui M. Roux avait lié la fémorale pour un anévrisme, et qui, mort après huit années, conservait toujours le caillot et dans le bout supérieur et dans le bout inférieur de l'artère. A la vérité, d'autres faits semblaient avoir une signification différente; mais M. Notta faisait remarquer qu'ils n'étaient point complets, que précisément ils manquaient de détails sur le point en litige, savoir, la présence ou l'absence du caillot. Seulement, M. Notta admettait un cas où l'artère pouvait se transformer en cordon fibreux; c'était lorsque le caillot déjà formé était pris d'une sorte de fonte inflammatoire ou putride, résultant de la suppuration ou même de la gangrène de la portion du vaisseau qui le contient; alors le canal vide formé par les parois artérielles ramollies peut revenir sur lui-même par suite du développement de bourgeons charnus et former un cordon étendu de la plaie à la première collatérale, et l'auteur en montrait un très bel exemple. De telle sorte que la transformation fibreuse de l'artère restait bien un fait réel, mais non plus un fait physiologique en quelque sorte, arrivant naturellement et dans tous les cas; c'était un fait pathologique exceptionnel; et la théorie régnante ne s'en trouvait pas moins renversée.

Ces idées nouvelles, appuyées du talent reconnu de l'auteur, du nombre et du choix des faits par lui recueillis, rendus d'ailleurs palpables pour ainsi dire à tous les yeux par le dépôt d'un grand nombre de pièces pathologiques au musée Dupuytren, firent une sensation très marquée dans le monde chirurgical. Elles ne furent pas cependant admises sans contestation. Ainsi, d'une part, elles se trouvaient en désaccord avec les expériences très positives de Jones et de Béclard; et M. Notta éludait plutôt qu'il ne surmontait l'objection, en déclarant qu'il avait limité ses recherches aux artères de l'homme. D'une autre part, chez l'homme même, on lui objectait la transformation fibreuse des artères ombilicales; et il répondait que les choses n'étaient pas comparables. Mais il a compris lui-même qu'il ne suffisait pas d'affirmer, qu'il fallait prouver; et telle est l'origine de ses recherches sur le mode d'oblitération des artères ombilicales.

On voit que, si la question est étroite en apparence, elle se rattache à une question beaucoup plus générale, et acquiert ainsi une véritable importance. Ajoutons qu'elle est aussi toute nouvelle. On a bien dit que ces artères se transforment en cordons fibreux; et M. Cazeaux ajoute que cette transformation est opérée au bout de trois semaines. Ce sera là d'abord une erreur à rectifier. Des autopsies faites six et sept semaines après la naissance ont montré ces artères encore perméables; et sans pouvoir assigner l'époque précise de leur transformation, M. Notta estime qu'il faut au moins deux ou trois mois.

Comment toutefois y arrivent-elles? Si on les examine vingt-quatre heures après la naissance, tantôt on les trouve dépourvues de caillot, tantôt elles renferment seulement un petit caillot mou, peu adhérent, d'une longueur variable et rapproché de l'ombilic. Au bout de trois jours, s'il y a un caillot, il est plus dur et adhère à la membrane interne. D'ailleurs, le rétrécissement du calibre artériel est déjà sensible; on y fait pénétrer plus difficilement un petit stylet par l'artère hypogastrique. De plus, près de l'ombilic, dans une longueur qui varie de 5 à 10 millimètres, les artères présentent une tuméfaction à peu près constante qui double ou triple leur volume, et qui a déjà été signalée par M. Cazeaux. Du onzième au vingt et unième jour, les artères, participant au développement général, ont présenté ainsi un peu plus de volume qu'à la naissance; mais elles n'offrent aucun épaississement, aucune hypertrophie dans leur trajet, sauf près de l'ombilic. Le caillot est dense, adhérent; et M. Notta admet qu'il est résorbé plus tard. Ainsi ce n'est pas par hypertrophie concentrique de leurs parois que les artères ombilicales s'oblitèrent; mais les faits ont manqué à l'auteur pour en établir nettement le mécanisme.

Au total, il y aurait donc une différence essentielle entre les artères ombilicales et les autres artères au point de vue de l'oblitération. Les premières s'oblitèrent sans caillot, ou en résorbant le léger caillot exceptionnellement produit; les autres s'oblitèrent par l'intermédiaire d'un caillot qui ne se résorbe jamais. Cette différence s'expliquerait, suivant M. Notta, par la nature de la tunique moyenne, formée de tissu jaune dans les artères ordinaires, de tissu musculeux dans les artères ombilicales, et peut-être aussi vasculaires dans ces dernières, tandis que dans les autres elle ne l'est pas.

Tout cela est assurément fort ingénieux. Cependant il y a une double lacune que nous devons signaler. D'abord, est-il permis de rejeter sans discussion des faits d'expérience qui ont montré sur des animaux un mécanisme différent de celui que M. Nonat a observé sur l'homme? Nous savons avec quelle réserve il est permis de conclure des animaux à l'homme; mais lorsqu'on opère sur des tissus si semblables, au moins faudrait-il dire pourquoi l'expérience et l'observation ne s'accordent pas. Une autre lacune à laquelle M. Notta n'a pas pensé est celle-ci: il n'a étudié sur l'homme que des artères d'un gros calibre, telles que la fémorale, l'humérale, etc. J'ajouterai même qu'il ne les a étudiées que sur des adultes et des vieillards, et que l'âge et le calibre établissent de grandes différences entre la nature des artères. Les artères ombilicales chez le nouveau-né sont fort petites, et le sujet est très jeune; par là elles se rapprochent singulièrement des artères des animaux sur lesquelles ont agi les expérimentateurs. Et n'est-il pas bien remarquable que les observations sur les artères ombilicales et les expériences sur les artères des animaux donnent des résultats si semblables? Il n'y a pas jusqu'à l'épaississement noté par Jones qui ne se retrouve dans la portion des artères ombilicales qui touche à l'ombilic. Nous serions donc tenté de supposer que le mode d'oblitération des artères ombilicales n'est point une exception, comme le croit l'auteur, mais suit tout simplement la règle commune aux petites artères chez des sujets jeunes.

Nous n'oserions même limiter cette règle aux jeunes sujets. M. Notta, en examinant les grosses artères de ses vieux amputés, a négligé les petites collatérales, et nous le regrettons; car, de deux

choses l'une : ou il aurait démontré que le mécanisme y est le même, que le caillot y persiste indéfiniment, et la question d'âge eût été résolue; ou bien il aurait trouvé un mécanisme différent peut-être, et dès lors c'eût été le petit calibre qu'il eût fallu accuser de la différence. Ce qu'il allègue, d'après M. Robin, de la différence de nature de la tunique moyenne des ombilicales ne nous satisfait point. M. Robin même n'a pas une opinion aussi tranchée que M. Notta paraît le croire; il dit bien que la tunique moyenne de l'artère ombilicale est *à peu près exclusivement formée de fibres musculaires de la vie organique*, mais il convient également que ces fibres, très rares dans les grosses artères, deviennent brusquement très abondantes dans les artères intercostales et les artères plus petites. Avant l'intervention du microscope, il avait été parfaitement établi que cette tunique est plus rouge dans les petites que dans les grosses artères, et à plus forte raison si on l'examine chez des sujets très jeunes. Les physiologistes disent également que les petites artères se montrent plus contractiles; en un mot, tout en applaudissant aux recherches de M. Notta, nous avions cependant besoin de lui signaler quelques objections qui nous semblent réclamer une solution.

Nous ne lui ferons pas même grâce de la suivante. Il avance que le caillot qui se rencontre quelquefois dans une portion des artères ombilicales finit par être résorbé. Nous en avons vainement cherché la preuve dans son mémoire. Or ce sont ses propres travaux qui nous ont induit à soulever ce doute sur la résorption du caillot; et, sans prétendre la nier, nous désirons qu'elle subisse l'épreuve d'une démonstration suffisante.

Nous arrivons à la seconde partie de son travail, c'est-à-dire à l'artérite ombilicale. Ainsi qu'il le fait remarquer, la légère tuméfaction que ces artères offrent près de l'ombilic atteste toujours un certain degré d'inflammation; et, contre l'opinion contraire de Billard et de M. Cazeaux, il fait valoir ici que toujours la chute du cordon, cause de cette inflammation, détermine un peu de rougeur, et que quelquefois l'inflammation s'accroît jusqu'à produire de la suppuration. Cependant, en général, cette inflammation peut passer pour purement physiologique, puisqu'elle est intimement liée à la chute du cordon et n'entraîne pas d'autres conséquences. Mais il y a des cas où elle devient plus grave, prend un caractère vraiment pathologique et mérite dès lors le nom d'*artérite*.

Cette artérite ne paraît même pas bien rare, puisque l'auteur a pu en observer cinq exemples. Il s'étonne donc de ne l'avoir vue mentionnée nulle part; il n'en a même rencontré dans les recueils périodiques que trois cas, publiés par hasard, comme un détail presque indifférent d'observations publiées dans un autre but. Aussi ces faits antérieurs étaient-ils incomplets, et ceux de M. Notta même encourront le même reproche; il n'a pu observer ses petits sujets qu'à l'amphithéâtre : de là une lacune touchant le développement des symptômes.

Sur un des sujets, âgé de six jours, les deux artères étaient tuméfiées dans les deux tiers de leur étendue à partir de l'ombilic jusqu'à présenter le volume d'une plume d'oie, et elles contenaient dans leur intérieur du pus limité par un caillot adhérant à l'origine de la portion saine. Dans les autres cas, le gonflement s'étendait beaucoup moins loin; mais toujours il était limité par un caillot, et une fois enfin M. Notta a trouvé derrière l'ombilic une cavité purulente de 3 centimètres de longueur dans laquelle s'abouchaient les artères ombilicales détruites au moins dans l'étendue d'un centimètre. Dans tous les cas d'ailleurs les tuniques artérielles étaient tuméfiées et en partie détruites; une fois du pus s'est rencontré entre la celluleuse et la tunique interne. La veine ombilicale restait saine dans tous les cas. D'autres observateurs ont vu cependant l'artérite coïncider avec la phlébite.

Quelle est la gravité de cette phlegmasie? Chez les sujets de M. Notta, elle constituait la principale lésion; d'où il conclut qu'elle peut à elle seule déterminer la mort. Il est probable qu'elle est au moins quelquefois la source des suppurations prolongées de l'ombilic, qu'elle peut aussi devenir le point de départ ou d'un érysipèle ou d'une péritonite. C'est là, comme le dit l'auteur, un sujet qui demande à être éclairci. Le diagnostic est difficile à établir avec les faits connus; la prolongation de la suppuration ombilicale doit cependant donner l'éveil, et l'exploration du trajet des deux artères donnerait assurément d'autres indices.

Quant au traitement, l'anatomie pathologique apporte au moins ici une indication de premier ordre : c'est la nécessité de débrider l'ouverture trop étroite de l'ombilic pour ouvrir au moins une libre issue à la suppuration.

En résumé, ce travail porte sur deux points tout à faits nouveaux, dont le premier intéresse beaucoup la théorie, dont le second est plus important encore pour la pratique. Il est rédigé avec une grande sobriété de style; les faits en occupent la plus grande partie; les conséquences en sont déduites avec netteté, et, par le fond et par la forme, il révèle dans l'auteur un esprit des plus distingués. Nous avons dit quelle a été la portée des recherches antérieures de M. Notta sur l'oblitération des artères, et nous estimons que c'est un de ces hommes d'avenir qui ont droit à tous les encouragements.

Nous avons donc l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser à M. Notta l'invitation de continuer ses recherches;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° D'inscrire le nom de l'auteur parmi les candidats aux places de correspondants.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Moreau, Roux, Gerdy et M. le rapporteur, l'Académie adopte les conclusions du rapport.

— M. Maisonneuve fait ensuite les deux présentations suivantes:

Amputation des deux tiers de la langue. — Guérison avec conservation de la parole.

Le malade qui fait l'objet de cette présentation est un homme nommé Delapierre (Alexandre), demeurant rue Saintonge, 25, âgé de cinquante-huit ans. Il s'aperçut, il y a deux ans, d'un embarras dans la parole, en même temps que de douleurs lancinantes dans l'épaisseur de la langue.

Le médecin qu'il consulta reconnut l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette développée à la surface de l'organe vers sa partie moyenne. Bien que le malade n'accusât aucun accident syphilitique, on crut devoir le soumettre à un traitement mercuriel, qui, loin d'améliorer son état, ne fit que l'aggraver. Plus tard, il fut soumis à l'iodure de potassium à haute dose, et ne retira de ce nouveau traitement aucun bénéfice. On crut devoir aussi pratiquer l'extirpation de quelques dents cariées placées dans le voisinage. Malgré toutes ces précautions, la tumeur fit des progrès rapides, elle envahit graduellement toute la largeur de la langue, et prit en même temps un accroissement considérable dans le sens antéro-postérieur; des cautérisations avec le nitrate acide de mercure furent pratiquées à plusieurs reprises, et semblèrent plutôt accélérer la marche de la maladie que l'enrayer.

Désespéré de l'insuccès de ces divers traitements, le malade se décida à venir trouver M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin, et fut reçu dans son service le 4 octobre 1852. Les deux tiers antérieurs de la langue étaient alors occupés par une vaste ulcération, dont le fond, rempli d'une matière pultacée, présentait des excavations profondes, et dont les bords indurés formaient un relief considérable; la langue, pour ainsi dire clouée dans le fond de la bouche, n'exécutait plus aucun mouvement; la parole était inintelligible. La déglutition était très difficile, et le malade exhalait une odeur repoussante. De vives douleurs lancinantes se répétaient à courts intervalles dans toute la région malade et s'irradiaient même dans l'os maxillaire inférieur. Celui-ci néanmoins paraissait complétement intact. Ces accidents déterminèrent M. Maisonneuve à proposer l'amputation de la langue. Cette opération, acceptée avec empressement par le malade, fut exécutée, le 18 octobre 1852, en présence de MM. les docteurs Lustreman, du Val-de-Grâce, et Janin, chirurgien en chef de l'hôpital du Mans.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, M. Maisonneuve pratiqua sur la ligne médiane une incision qui divisa d'abord la lèvre et les parties molles du menton jusqu'à la région sus-hyoïdienne; passant ensuite une scie à chaînette derrière l'os maxillaire inférieur, il en opéra la division au niveau de la symphyse; puis écartant les deux branches latérales de cet os, il put mettre à découvert toute la partie malade; en quelques coups de ciseaux il divisa les muscles génio-glosse et génio-hyoïdiens, de manière à isoler les deux tiers antérieurs de la langue, tant dans leur partie inférieure que sur les parties latérales.

Ainsi détachée des parties molles voisines, la langue put être facilement attirée en avant, et deux fortes ligatures passées de bas en haut à travers l'épaisseur de l'organe purent facilement circonscrire la maladie dans sa partie postérieure. Après avoir fortement serré les deux ligatures, qui comprenaient chacune la moitié de la largeur de la langue, M. Maisonneuve acheva l'excision au moyen de ciseaux courbes. Plusieurs ligatures furent portées sur les artères canine et sublinguale, et la plaie se trouvant parfaitement détergée, M. Maisonneuve rapprocha les parties molles de la lèvre et du menton au moyen de douze points de suture entortillée, en réservant toutefois à la partie inférieure une ouverture d'écoulement pour les liquides.

Les suites de cette grave opération furent des plus simples. La réunion des parties molles s'opéra par première intention. L'ouverture ménagée à la partie inférieure suffit à prévenir l'infiltration des liquides dans le tissu cellulaire du cou. Dès le quinzième jour, cette ouverture se ferma naturellement, et aujourd'hui, 16 novembre, moins d'un mois après l'opération, le malade est complétement guéri. La déglutition s'exécute avec facilité, et, chose plus remarquable, la parole est revenue presque entièrement à l'état normal. Trois consonnes seulement sont émises avec quelque difficulté : le C, l'S et le T.

Amputation de la verge.

Le second malade est un homme à qui M. Maisonneuve a pratiqué l'amputation de la verge. Ce malade est âgé de soixante-cinq ans; il était atteint d'une affection cancroïde qui avait envahi le gland, toute la portion de l'urètre placée au-devant des bourses, ainsi que la partie correspondante des caverneux.

Le procédé qu'a suivi M. Maisonneuve pour cette opération est à la fois des plus simples et des plus rapides.

Saisissant de la main gauche la partie malade, pendant qu'un aide maintenait l'organe à la racine et protégeait les bourses, le chirurgien divisa d'un seul coup la verge au moyen d'un petit couteau à amputation. Trois artérioles furent saisies et liées, et la plaie fut abandonnée à elle-même, sans autre pansement que l'application de compresses imbibées d'eau froide. Persuadé que l'application d'une sonde dans l'urètre ne présentait aucun avantage et pouvait déterminer des inconvénients, M. Maisonneuve crut pouvoir s'en dispenser.

Le résultat prouva qu'il avait eu parfaitement raison. En effet, aucun accident n'est venu contrarier la guérison, et aujourd'hui, vingt-neuvième jour depuis l'opération, le malade est parfaitement guéri et urine avec la plus grande facilité.

L'examen de la pièce anatomique, fait au moyen du microscope, a démontré que la maladie consistait en un cancroïde, c'est-à-dire qu'elle avait pour élément historique la cellule épithéliale.

M. Maisonneuve dépose sur le bureau de l'Académie deux bocaux dans lesquels sont contenus les organes dont il a fait l'ablation.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 24 novembre 1852.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Il y a cinq semaines, vous avez inséré une lettre de M. Charrière relative à une *aiguille-pince à cataracte* que j'ai exécutée sur les indications de M. le docteur Furnari; cet honorable médecin m'a détourné de répondre à cette réclamation en me faisant observer que cela était *inutile*. Mais voilà que M. Charrière vient d'adresser une nouvelle lettre au sujet d'un perfectionnement des sondes de trousses que je viens d'exécuter pour M. le docteur Chassaignac. Il paraît que c'est un parti pris chez M. Charrière de n'admettre et de ne reconnaître d'améliorations aux instruments de chirurgie que celles qui s'exécutent dans son atelier. Je prie MM. Chassaignac et Furnari de me pardonner si j'enfreins leurs recommandations et si je réponds à M. Charrière.

Je commence par la plus ancienne de ses réclamations, celle qui se rapporte à l'*aiguille-pince*.

La première idée de cet instrument n'appartient ni à M. Charrière, ni à M. Furnari, ni à aucun moderne, car elle est figurée dans les *Institutions de chirurgie* de Heister, pl. 17; dans l'explication des figures, p. 602, de la traduction française publiée en 1770, on lit ce qui suit :

« Fig. 11. C'est encore une aiguille dont il est parlé dans la » dissertation d'Albinus, mais destinée à faire l'extraction de la ca» taracte; sa construction est telle que, lorsque sa pointe A est » parvenue dans l'œil, en poussant en bas le ressort B cette pointe » s'ouvre en manière de pinces avec lesquelles on peut, dit-on, » saisir et tirer la cataracte hors de l'œil si elle se trouve membra» neuse. »

Heister dit avoir pris la description et les figures de cette aiguille dans une dissertation d'Albinus *sur la cataracte* publiée à Francfort-sur-l'Oder en 1695, laquelle dissertation n'est pas mentionnée dans le *Dictionnaire historique de la médecine* de MM. Dezeimeris, Olivier (d'Angers) et Raige Delorme; mais cela ne fait rien à notre affaire.

L'aiguille-pince à cataracte est donc un instrument ancien renouvelé dans ces derniers temps avec des modifications particulières par deux chirurgiens; ces modifications ont été exécutées par M. Charrière et par moi : laquelle des deux dispositions est la meilleure? C'est ce qu'il ne m'appartient pas de décider ni à lui non plus, je suppose.

Sa réclamation relative à la sonde de trousse n'est pas mieux justifiée. Personne ne nie que M. Charrière a changé utilement le mécanisme et la disposition des sondes à brisure qui se mettent dans un portefeuille; mais prétendrait-il avoir atteint la perfection? L'addition à cette sonde d'un robinet et boîte à liége faite par M. Le Roy-d'Etiolles, d'un robinet mobile s'adaptant à toutes les sondes faite par M. Robert, la substitution à la vis d'un mode de fonction plus simple faite par M. Chassaignac; ces modifications, dont l'exécution m'a été confiée, n'ont-elles donc aucune valeur? Telle n'est pas, je pense, l'opinion des auteurs de ces perfectionnements, telle ne sera pas probablement l'opinion du corps médical.

M. Charrière termine sa lettre du 22 novembre en disant que le maillechort résiste moins que l'argent à l'action de l'urine et s'oxyde plus vite; nous devons vraiment lui savoir gré de nous l'apprendre; il est certain de ne jamais se compromettre par de telles assertions, et encore est-il nécessaire de spécifier qu'il s'agit de l'argent au premier titre, car il résulte d'expériences de Darcet et de M. Liebig que l'argent au second titre ou 800-1000 n'est pas moins attaquable que le maillechort par le sel ammoniac, le vinaigre, etc. M. Charrière ajoute que le *maillechort n'est que du cuivre blanc* : ceci est un peu plus risqué, et je ne suis pas certain que mon ancien patron, mon confrère aujourd'hui, sache bien exactement ce qu'il veut dire.

Le maillechort ou pactong fut, il est vrai, désigné d'abord par la dénomination de *cuivre blanc* ou *métal de la Chine*; mais il diffère essentiellement par la composition du cuivre jaune ou *laiton* : celui-ci est un alliage de cuivre et de zing, l'autre un alliage de cuivre et de nickel; cette différence de composition établie, comme je viens de le rappeler, entre ces deux substances d'énormes différences sous le rapport de l'aspect, de la ténacité et de l'altérabilité. Je n'ai pas la prétention de faire la leçon à personne; mais ces explications étaient tout naturellement provoquées par les assertions de M. Charrière.

Agréez, etc. MATHIEU.

Chronique et nouvelles.

Dans le comité secret de la dernière séance de l'Académie de médecine, à la suite de la lecture de deux rapports, l'un de M. Patissier, l'autre de M. E. Gaultier de Claubry, les dix-huit ou dix-neuf membres présents ont décerné les récompenses suivantes :

1° Une médaille d'argent aux médecins inspecteurs d'eaux minérales, chimistes et médecins des épidémies dont les noms suivent :

MM. Bertrand fils, inspecteur adjoint des eaux du Mont-d'Or;
Filhol, professeur de chimie à Toulouse;
Villaret, méd. inspecteur adj. des eaux de Vichy (Allier);
Lambron, médecin à Levroux (Indre);
Cazaintre, inspecteur des eaux de Rennes (Aude);
Dufresse-Chassaigne.
Vial, médecin à Saint-Etienne (Loire);
Bolut, médecin à Dôle;
Montcils, médecin à Florac.

Des médailles de bronze ont été décernés à

MM. Houeix, médecin à Ploermel (Morbihan);
Tueffert fils, médecin à Montbéliard;
Avisard, médecin à Coulommiers.

— Le nombre des élèves en médecine, qui dans les dix dernières années du dernier règne avait singulièrement diminué, a repris depuis trois ans un accroissement qui a continué encore cette année, contrairement aux prévisions de quelques personnes. Ce retour vers les études scientifiques est général, d'après les informations que nous avons prises. Le tableau suivant des inscriptions prises pendant les douze dernières années à la Faculté de médecine de Paris au trimestre de novembre, démontre d'une manière évidente le mouvement ascendant que nous signalons :

En 1840 —	879 inscriptions.	En 1847 —	859 inscriptions.
1841 —	749	1848 —	784
1842 —	791	1849 —	880
1843 —	746	1850 —	1223
1844 —	800	1851 —	1300
1845 —	851	1852 —	1437
1846 —	903		

— Le concours pour l'internat des hôpitaux civils de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Lafaurie, Bondet, Paul Meynet, Chauvin, Lucien Meynet, Perret, Pochon, Mathey, Poncet, Dussub. Les candidats étaient au nombre de 24, parmi lesquels on remarquait trois élèves de Montpellier et un de Paris. Les questions à traiter ont été les suivantes :

Première épreuve. — Préparation des muscles de l'avant-bras et de la jambe, description du nerf pneumo-gastrique.

Deuxième épreuve. — Mémoire sur les fractures de la colonne vertébrale.

Troisième épreuve. — Réponses verbales aux trois questions suivantes : Du diagnostic différentiel de la hernie inguinale et de l'hydrocèle. — Des signes et des symptômes des épanchements pleurétiques. — Enumérer les principaux déplacements de l'utérus, définir la rétroversion.

—La question des eaux potables, si vivement controversée à Lyon depuis un demi-siècle, est sur le point de recevoir une solution définitive. La commission municipale va prochainement décider entre les diverses compagnies qui se présentent pour fournir à notre ville la quantité d'eau potable nécessaire à sa subsistance.

Bulletin bibliographique.

Névrologie ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic HIRSCHFELD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. LEVEILLÉ, dessinateur. — 9e livraison. Paris, 1852, in-4°, figures noires, prix, 5 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

De l'or dans le traitement des scrofules des os. Deuxième mémoire présenté à l'Académie des sciences; par le Dr A. LEGRAND chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Paris, J.-B. Baillière.

LE SECRÉTAIRE.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 143. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 143. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an..........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an..........	38

Le prix des abonnementsexpédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Visite de S. M. l'empereur à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce. — Répression de la falsification du lait. — Note sur la nature du liquide contenu dans un kyste séreux. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (M. Baillarger). Leçon sur le crétinisme. — Sur les moyens de reconuaître l'arsenic dans le sous-nitrate de bismuth. — De la présence du cuivre dans l'extrait de ratanhia. — Sur une altération spéciale du foie et des reins. — Absence de sternum chez une femme adulte ; compatibilité de cette anomalie avec la vie et la santé. — Examen microscopique de deux cataractes lenticulaires. — Société de chirurgie, séance du 24 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 6 DÉCEMBRE 1852.

VISITE DE S. M. L'EMPEREUR A L'HÔTEL-DIEU ET AU VAL-DE-GRACE.

L'empereur a voulu que sa première visite après son entrée à Paris fût pour les pauvres. Vendredi dernier, vers midi, il s'est rendu à l'Hôtel-Dieu en habit de ville, sans escorte et accompagné seulement de M. de Persigny, ministre de l'intérieur; de M. le maréchal de Saint-Arnaud; de M. Chevreau, secrétaire général du ministère de l'intérieur; de M. de Montour, chef du cabinet au même ministère; des généraux Roguet et de Goyon. S. M. a été reçue à l'Hôtel-Dieu par monseigneur l'archevêque de Paris, par M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, et par M. Davenne, directeur de l'assistance publique.

S. M. s'est rendue d'abord à l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre, qui sert aujourd'hui de chapelle à l'hôpital. Le prince s'est agenouillé quelques instants, et Mgr l'archevêque a entonné le *Domine, salvum fac imperatorem.*

S. M. a parcouru ensuite les salles des malades, distribuant des consolations et des secours. Ses paroles bienveillantes ont profondément ému les malades, qui retrouvaient encore quelque force pour faire entendre le cri de Vive l'empereur!

L'empereur s'étant approché du lit d'un vieux capitaine qui avait accompagné Napoléon à l'île d'Elbe, et ayant appris qu'il n'était pas décoré, lui a remis de sa main la croix de la Légion-d'Honneur. « Ce n'est pas votre croix que je » veux, c'est votre main, sire, » a dit le vieux brave en prenant la main de S. M. et en la couvrant de larmes.

Un autre malade très âgé était entré à l'hôpital après avoir fait soixante-dix lieues à pied pour voir le neveu de Napoléon. L'empereur lui a accordé une petite pension.

Indépendamment des secours individuels, S. M. a laissé 10,000 fr. pour les malades.

La supérieure ayant rappelé à S. M. que l'empereur Napoléon dans une visite semblable faite en 1807 avait fait don à la communauté d'une médaille qui avait été religieusement conservée, S. M. a promis qu'un pareil don serait prochainement adressé de sa part aux religieuses qui avaient une si bonne mémoire.

Avant de se retirer, il a félicité les médecins, les sœurs et l'administration de l'assistance sur la bonne tenue de l'hôpital et leur a fait de bienveillantes recommandations.

S. M., sur les bons renseignements qui lui ont été donnés, a décoré M. Bouchut, jeune médecin dont nos lecteurs connaissent les travaux.

Après cette visite à l'hôpital, l'empereur, accompagné de Mgr l'archevêque et des autorités, est allé visiter Notre-Dame intérieurement et extérieurement.

En sortant de Notre-Dame, l'empereur s'est rendu au Val-de-Grâce, où il a été reçu, dans la cour *Larrey,* par MM. les officiers généraux de l'armée de Paris; M. Parise, intendant de la 1re division militaire; M. Lefebure, sous-intendant chargé des hôpitaux, et par le personnel de l'hôpital, à la tête duquel se trouvaient M. le baron Hipp. Larrey, médecin en chef; M. Poggiale, pharmacien en chef, et M. Vanheddeghem, officier principal comptable.

Sa Majesté a visité la chapelle et les divers services de médecine et de chirurgie. A son arrivée, sur son passage et dans les salles de malades, elle a été saluée par les marques de la plus vive gratitude. Dans les salles, Sa Majesté s'approchait avec intérêt de ceux que leur état signalait particulièrement à sa sollicitude; et chaque fois que le cri de « Vive l'empereur! » parti du fond d'un lit semblait demander une courte audience pour une douleur, l'empereur s'approchait avec bonté et ne s'éloignait qu'après avoir laissé des consolations et des promesses que M. le ministre de la guerre et les aides de camp de Sa Majesté enregistraient avec empressement.

L'empereur, par un sentiment d'exquise délicatesse, hésitait à faire au Val-de-Grâce des libéralités pareilles à celles qui avaient signalé son passage à l'Hôtel-Dieu; mais, dès qu'il fut éclairé par le médecin en chef sur la position fâcheuse dans laquelle pouvaient, ainsi que les malades civils, se trouver des militaires réformés pour des maladies que le service de l'armée n'a pas produites ou même ceux qui ont un besoin urgent de passer dans leur famille des congés de convalescence, il donna, pour être répartie entre les trois hôpitaux militaires de Paris, une somme de 10,000 fr. applicable aux malades les plus intéressants.

Les médecins de l'armée ont dû être touchés des témoignages bienveillants que le chef de l'Etat, pendant le cours de sa visite, n'a cessé de leur adresser dans la personne du médecin en chef du Val-de-Grâce, puisqu'en rendant justice à des mérites personnels, l'empereur honorait aussi en ce dernier le souvenir d'un nom que le corps de santé revendique comme un héritage aujourd'hui légitimement partagé.

Quoique sa visite fût exclusivement destinée aux malades, Sa Majesté a daigné traverser le musée de l'école et témoigner sa satisfaction de l'ordre et de la belle tenue qu'y fait régner M. le docteur Chenu, qui en est le conservateur.

La jeunesse du Val-de-Grâce, s'unissant à ses chefs, a montré par son entraînement tout ce qu'elle espère d'un prince qui, en continuant l'empire, lui rappelle l'époque où la chirurgie militaire, à peine sortie du berceau, a grandi si rapidement. Aussi l'enthousiasme a été à son comble lorsque, s'adressant aux chirurgiens sous-aides, l'empereur a dit que, mieux que personne, il savait ce que l'homme de guerre pouvait attendre de leur dévouement; qu'ils avaient une belle mission, et que sa conviction était qu'ils sauraient la remplir.

L'empereur, ayant demandé si les infirmiers militaires remplissaient avec zèle leurs devoirs, sur la réponse affirmative qui lui a été faite, a témoigné le désir de les récompenser; mais il venait d'être devancé dans ces bonnes intentions par M. le maréchal de Saint-Arnaud, qui avait déjà accordé à deux d'entre eux, au nom de S. M., la médaille militaire à laquelle est attachée une pension de 100 fr. M. Benoit, pharmacien aide-major, et M. Félix, adjudant d'administration, ont reçu des mains de l'empereur la croix de chevalier de la Légion-d'Honneur.

En rentrant au palais des Tuileries, S. M. a mis à la disposition du ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, sur sa cassette particulière, une somme de 200,000 fr., pour faciliter le retrait par leurs familles des enfants trouvés et abandonnés placés dans les divers hospices de France.

La volonté de l'empereur est que tous les départements soient appelés à participer à ce bienfait, et S. M. a pris elle-même le soin d'en régler l'application. Une somme de 100 f. sera affectée à chaque retrait d'enfant et ainsi répartie: 40 fr. seront attribués à l'hospice à titre d'indemnité; 60 fr. seront employés, sous la surveillance des autorités locales, soit à l'achat de vêtements en remplacement de ceux de l'hospice, soit à l'acquisition de livrets de caisse d'épargne.

Répression de la falsification du lait.

En rendant récemment compte dans la *Gazette des Hôpitaux* des remarquables recherches faites par M. Doyère sur les moyens de reconnaître le lait pur, non falsifié, M. le docteur Fleury a fait ressortir avec autant de netteté que de précision la supériorité du procédé d'analyse que l'ex-professeur de l'Institut agronomique de Versailles vient d'introduire dans la science.

Par sa supériorité sur ceux jusque-là employés, ce procédé, ainsi que l'a fait remarquer M. Fleury, doit nécessairement conduire à apprécier plus rigoureusement les divers genres de fraude qui s'opèrent sur le lait livré à la consommation publique.

Ce n'est pas tout. Mettre à découvert la fraude, quelle qu'elle soit, c'est donner à l'autorité compétente la facilité de la réprimer.

Les instruments de MM. Donné et Quevenne avaient l'inconvénient de ne déceler la falsification que jusqu'à un certain point, ou plutôt de ne déceler que l'un des genres de falsification dont est susceptible le lait, cet aliment de premier ordre.

Comme tout vendeur pouvait avoir à sa disposition et se servir de ces instruments aussi bien que l'autorité chargée de la vérification des laits apportés sur la place de Paris, il s'ensuivait que le vendeur avait la faculté de frauder jusqu'à la limite que ces moyens d'analyse permettaient d'atteindre.

De là découlait nécessairement une certaine impuissance de l'autorité contre la fraude.

Avec le procédé proposé par M. Doyère, le vendeur, inapte à le mettre en pratique lui-même, ne sait plus quand et comment ses falsifications seront reconnues; l'autorité chargée de la surveillance reste donc seule armée des moyens de vérification.

Une semblable disposition laisse nécessairement l'incertitude dans l'esprit des fraudeurs, les oblige à se tenir en garde et, définitivement, à livrer du lait pur, sous peine de répression à chaque instant.

A ce point de vue, le procédé de M. Doyère était plus que suffisant pour le placer au-dessus de tous ceux jusque-là usités.

Les résultats précis et nouveaux qu'il donne sur les proportions de fromage que contient le lait, et les déterminations qu'il fournit sur son heurre et sa caséine, achèvent de le mettre hors ligne.

Tous ces faits ont tellement été mis hors de doute par l'article publié par M. Fleury, que les conséquences commencent à s'en faire sentir.

En effet, si nous sommes bien informé, M. le préfet de police, qui s'occupe avec une persévérante intelligence de tout ce qui touche au bien-être de la classe ouvrière de Paris et en particulier de son alimentation, aurait demandé à l'ex-professeur de Versailles des renseignements précis sur la mise à exécution de son procédé d'analyse, et par conséquent paraîtrait disposé à l'adopter pour empêcher ces énormes abus qu'on n'est parvenu jusqu'à présent qu'à amoindrir, mais qu'on n'a encore pu détruire.

Nous ne doutons pas qu'une fois bien édifié lui-même, M. le préfet de police ne trouve dans le conseil d'hygiène comme dans le conseil municipal de la ville de Paris un concours empressé pour instituer sur une large base les nouveaux moyens de vérification. Ce sera encore là une de ces importantes améliorations, comme on en voit surgir à chaque instant au temps où nous vivons, où toute bonne découverte trouve immédiatement son application. — Abeille.

NOTE SUR LA NATURE DU LIQUIDE contenu dans un kyste séreux ;

Par MM. HUGUIER et CHATIN.

Le 8 novembre est entré à l'hôpital Beaujon, n° 236, service de M. Huguier, un homme nommé Robineau (Victor), âgé de quarante-trois ans, porte-faix.

Cet homme portait une tumeur fluctuante au niveau de l'espace triangulaire et latéral gauche du cou. M. Huguier diagnostiqua une kyste et fit une ponction qui donna écoulement à 560 grammes d'un liquide offrant les caractères suivants :

Il est transparent, d'une teinte jaune-fauve, d'une saveur salée prononcée, d'une densité très voisine de 1,04; il est à peu près inodore, coule à la sortie de la tumeur comme de l'huile et se prend par la chaleur en une masse blanche d'aspect perlé. Abandonné à lui-même, il s'est pris spontanément en une gelée consistante.

Ce liquide ramène au bleu le papier rouge de tournesol, et cependant il ne dégage aucune trace de vapeur ammoniacale. L'acide azotique le coagule en totalité, comme la chaleur; il indique donc que la proportion de l'albumine est énorme. Après la séparation de l'albumine, le nitrate acide d'argent y forme un caillot très volumineux, tandis que le nitrate acide de barite indique une quantité assez notable de sulfate, et que des réactions spéciales établissent la présence de l'acide phosphorique, de la chaux, de la magnésie, et que l'éther enlève de la matière grasse.

L'analyse quantitative conduit, en somme, à regarder le produit du kyste comme formé de :

Albumine.	115 p.	134,7
Matières grasses.	1,2	
Matières extractives. . . .	3,5	
Chlorure de sodium. . . .	10	
Carbonate de soude. . . .	2,5	
Sulfate de potasse. . . .	0,8	
Phosphate de chaux. — de magnésie. . .	1,7	
Eau et perte.		865,3
		1,000 p.

La forte proportion des matières dissoutes frappe tout d'abord dans le produit que nous venons de faire connaître. On y retrouve bien les éléments du sérum du sang, mais à un état de concentration tel, que le rapport de l'albumine à la masse est porté en particulier de 100 à 150. Les analogies de composition avec le sérum se comprennent; mais la différence générale dans la proportion des matières dissoutes, à quoi tient-elle? Les parois du kyste ont-elles d'emblée extrait du sang, par une action spéciale, un liquide plus riche en matières fixes que le sérum lui-même?

Le kyste n'a-t-il déterminé la concentration du sérum qu'en résorbant les parties aqueuses postérieurement à l'épanchement? Ou encore, après cet épanchement d'une séro-

sité ordinaire, les parois du kyste ont-elles sécrété des matières fixes, et notamment de l'albumine?

Peut-être que ces questions auraient trouvé leur solution dans l'étude des liquides extraits par des ponctions successives; mais les *desiderata* de la science ne pouvaient, dans le cas actuel, se concilier avec les intérêts du malade, qui a été promptement débarrassé de sa poche séreuse par une injection iodée.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Baillarger.

Leçon sur le crétinisme.

L'histoire du crétinisme est beaucoup trop étendue pour qu'il me soit possible de traiter dans une seule leçon l'ensemble des questions qu'elle soulève. Je me bornerai donc à la partie pathologique, et je ne chercherai à étudier avec vous que les caractères essentiels.

Je n'essaierai pas, au commencement de cette leçon, de définir le crétinisme. La définition sera la conséquence logique et le résultat de la discussion à laquelle je me livrerai devant vous.

Deux opinions sont en présence au sujet de la nature du crétinisme. Parmi les auteurs qui s'en sont occupés, les uns l'ont assimilé à l'idiotie, dont ils ne l'ont séparé que par quelques caractères accessoires et de peu d'importance.

Les autres l'ont considéré, au contraire, comme une maladie distincte, spéciale et très différente de l'idiotie; je vais entrer dans quelques détails sur ces deux opinions.

La première est celle de Fodéré, adoptée depuis par Esquirol, avec de légères modifications.

« Le crétinisme complet, dit Fodéré, doit être défini la » privation totale et originelle de la faculté de penser. »

Cette définition, vous le voyez, pourrait tout aussi bien s'appliquer à l'idiotie qu'au crétinisme.

Esquirol donne le nom de crétins à des *idiots* et à des *imbéciles* qui, dit-il, « habitent ordinairement les gorges des » montagnes. » Mais ce fait de l'habitation de tel ou tel endroit n'est pas, à proprement parler, un caractère différentiel.

Les auteurs du *Compendium* définissent le crétinisme « une *idiotie* endémique dans certaines localités, et presque » toujours accompagnée, dans ses degrés les plus élevés, de » l'hypertrophie du corps thyroïde et d'autres déformations » extérieures. »

Comme vous le voyez, dans toutes ces définitions, c'est toujours l'*idiotie* que l'on invoque comme le caractère principal. L'endémicité, l'existence du goître, de certaines déformations extérieures ne sont, en effet, que des caractères tout à fait accessoires. Pour l'existence du goître en particulier, je dois vous rappeler qu'elle est bien loin d'être constante; il résulte des recherches statistiques de la commission de Piémont, portant sur un très grand nombre de crétins, que plus d'un tiers de ces malheureux sont complétement exempts de goître.

Une remarque singulière faite par M. Cerise, c'est que le goître est beaucoup moins fréquent et beaucoup moins volumineux chez les crétins parvenus au dernier degré que chez ceux qui offrent un degré moins avancé. Le rapporteur de la commission de Piémont, reproduisant cette remarque de M. Cerise, va plus loin encore, et affirme que *les vrais crétins* ont très rarement le goître; d'où il résulte que la fréquence et le volume du goître seraient, pour ainsi dire, en raison inverse de l'intensité du crétinisme.

La deuxième opinion a été soutenue par le rapporteur de la commission de Piémont, par M. Ferrus et par M. Niepce.

D'après le rapporteur de la commission de Piémont, le crétinisme « est une dégénération de l'espèce humaine carac» térisée par un degré plus ou moins grand d'idiotisme as» socié à un *habitus* vicié du corps. »

M. Niepce a reproduit presque textuellement cette définition.

Il y a ici, messieurs, deux éléments bien distincts: d'une part, l'*idiotie*; de l'autre, un aspect, un *habitus* particulier et anormal du corps.

Peut-être pourrait-on croire que les auteurs que je viens de citer n'accordent à ce deuxième élément, à cet aspect extérieur spécial qu'une importance accessoire et tout à fait secondaire. Ce serait une erreur, et il n'en est pas ainsi. Vous verrez, en effet, dans le mémoire de M. Ferrus, que « les crétins doivent être complétement séparés des idiots, et » qu'ils ne sauraient occuper la même place dans le cadre » nosologique. »

Il est donc d'une haute importance d'étudier en quoi consistent ce deuxième élément, cet aspect particulier du corps qui différencie complétement les crétins des idiots et forme entre eux une ligne de démarcation tranchée.

Et d'abord, une remarque.

Nul doute que l'aspect du corps des crétins et leur conformation spéciale ne dussent avoir une grande valeur, s'il s'agissait de les comparer aux individus normalement conformés et sains d'esprit. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici de deux états morbides; que la comparaison doit se faire des crétins avec les idiots, lesquels ont eux-mêmes, comme je vous l'ai dit, surtout dans les derniers degrés, une conformation spéciale.

Pour savoir en quoi consiste cet aspect particulier, cette conformation spéciale des crétins, le rapporteur de la commission de Piémont conseille de réunir sur un seul être tous les caractères observés chez les différents crétins, afin d'obtenir ainsi un type idéal qui comprenne tous les degrés de cette dégénération et qui en présente tous les signes, tous les symptômes réunis (page 13).

Il n'est pas difficile de démontrer de la manière la plus péremptoire qu'il n'est pas possible de suivre cette méthode pour étudier le crétinisme. En effet, les individus que l'on désigne sous le nom de crétins offrent des caractères souvent tout à fait opposés. Nous en donnerons quelques exemples:

M. Ferrus a vu à Sion deux types bien distincts de crétins. Les uns avaient la taille ramassée, les membres trapus, le cou court et gros, le crâne volumineux, la face plate, etc.; les autres, au contraire, se distinguaient par l'élancement du tronc, la gracilité des membres, la longueur et la flexibilité du cou, les formes anguleuses du visage.

En cela, nous devons dire que M. Ferrus a parfaitement observé. Nous en avons la preuve dans les portraits publiés par M. Stahl, et par la commission de Piémont. Nous retrouvons en effet dans ces deux publications les deux types signalés par M. Ferrus.

Si nous recherchons ce qui a trait à la taille, même opposition. Ainsi le rapporteur de la commission de Piémont, lorsqu'il en vient à traiter ce point de l'histoire du crétinisme, donne les résultats suivants:

« Sur 25 crétins, dit-il, 16 avaient de trois à quatre pieds de haut; 7, de quatre à cinq pieds; 2 avaient six pieds. »

Il en est de même pour la forme de la tête. D'après M. Ferrus, « la tête est variable dans sa forme suivant les » sexes et peut-être aussi suivant les pays. » Quant aux organes génitaux, qui fournissent des caractères si importants, l'opposition est encore plus radicale. « Les crétins, dit en» core M. Ferrus, ont les organes génitaux d'une grosseur » ou d'une exiguïté insolites. » Et cette remarque, comme les précédentes, est parfaitement vraie.

Pour nous résumer en quelques mots, vous voyez que les crétins ont la taille tantôt ramassée, tantôt svelte, que leurs membres peuvent être ou trapus ou grêles, que leur face est plus ou moins anguleuse, que leur taille est très petite ou très grande, que leurs organes génitaux sont d'une grosseur démesurée ou d'une exiguïté remarquable. D'où nous sommes forcés de conclure qu'il n'y a rien de caractéristique dans cet aspect particulier du corps que l'on nous donne comme un caractère différentiel.

Je sais bien que l'on peut me faire une objection à tout ce que je viens de vous exposer. Il faudrait, pour avoir les véritables caractères extérieurs du crétinisme, ne s'attacher qu'aux crétins parvenus au dernier degré, qu'à ceux que le rapporteur de la commission du Piémont appelle, et c'est un fait digne de remarque, qu'à ceux qu'il appelle les *vrais crétins*.

Mais d'abord les crétins au dernier degré, les *vrais crétins*, ne figurent au plus que pour un cinquième. C'est ce qui résulte d'un travail publié par M. Duclos, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Betton, près de Chambéry.

M. Duclos, qui vient d'être prématurément enlevé à la science, avait classé 75 crétins, dont il avait mesuré le crâne, la taille avec le plus grand soin. Or, sur ces 75 crétins, 12 seulement étaient au dernier degré.

M. Niepce, dans le second volume de son ouvrage, déclare également que les crétins au dernier degré sont très rares, et il ajoute même que dans certains pays ils ont tout à fait disparu, quoique l'on y trouve encore un assez grand nombre de crétins moins avancés. Or je n'ai pas besoin de vous dire que, si une définition peut laisser en dehors d'elle quelques exceptions, il faut au moins qu'elle s'applique à la généralité des faits, et vous voyez que celle que l'on vous propose ne comprendrait que le très petit nombre, puisque les quatre cinquièmes des crétins n'offriraient pas cet aspect particulier du corps qui devait les différencier des idiots. Mais je crois que l'on peut aller plus loin encore.

Même en prenant les crétins au dernier degré, et en les comparant aux idiots les plus affectés, je ne pense pas que là encore les auteurs aient signalé des caractères si spéciaux qu'ils puissent servir à séparer complétement les individus de chacune des deux classes. Vous pourrez en juger par le passage suivant, que j'emprunte au travail de M. Ferrus.

« L'idiotie complète, dit-il, et le crétinisme avancé offrent » sans doute une même annihilation intellectuelle et morale. » La vie est languissante, presque éteinte dans les deux » états; toutefois, les idiots ne diffèrent très essentiellement » qu'au moral des hommes ordinaires; leurs formes, quoi» que repoussantes, ne sont pas toujours insolites; l'écono» mie, d'ailleurs, est loin de recevoir chez tous une atteinte » profonde, tandis qu'il se développe chez les crétins une » diathèse, une cachexie, un état constitutionnel anormal » auxquels toute l'économie participe; diathèse qui présente » un caractère si tranché, des traits si spéciaux, qu'il faut » de toute nécessité la nommer *crétineuse* pour atteindre et » fixer la réalité. »

Je regrette, messieurs, de me trouver ici en opposition avec M. Ferrus; mais j'avoue que je ne saurais admettre que les idiots au dernier degré ne diffèrent très essentiellement qu'au moral des hommes ordinaires, et que leurs formes, quoique repoussantes, ne sont pas toujours insolites. Quant à l'atteinte que reçoit la constitution, je me bornerai à faire cette remarque.

M. Niepce, dans le parallèle qu'il fait des idiots et des crétins, après avoir rappelé que les idiots sont scrofuleux, rachitiques et mal conformés, ajoute: « Les crétins, au » contraire, jouissent d'une assez bonne santé, et leur corps » est assez bien conformé. » Ainsi, d'après M Ferrus, il y a là une cachexie profonde, une atteinte grave à la constitution, tandis que pour M. Niepce les crétins jouissent d'une assez bonne santé.

Je n'ai pas besoin de dire que les deux honorables auteurs que je viens de citer ont tous les deux raison, et que tout dépend du groupe de crétins que l'on choisit. Les faits que je viens de vous indiquer expliquent comment M. Rosch, le savant directeur de l'institut de Marienberg fondé pour les crétins, reproche à son compatriote M. Stahl d'avoir décrit la figure des crétins d'une manière essentiellement différente de celle dont on les observe partout ailleurs. J'ignorais cette particularité à l'époque où, dans la discussion de l'Académie de médecine, je faisais moi-même le même reproche au travail de M. Stahl.

En résumé, les causes des dissidences que je viens de vous indiquer sont parfaitement appréciées dans le passage suivant du rapport de la commission de Piémont:

« La difficulté de pouvoir concilier ces diverses opinions, » appuyées chacune sur des faits, paraît due principalement, » dit le rapporteur, à la différence qui existe entre les cré» tins, non-seulement pour le degré de crétinisme, mais en» core pour les caractères qu'ils présentent, en sorte que les » observations n'ont pu être faites ni sur la même échelle, » ni avec les mêmes éléments. »

Rien, en effet, n'est plus exact; et pour s'assurer combien le champ est vaste, il suffit d'examiner les classifications qui ont été établies entre les crétins, et les caractères que l'on a assignés aux différents degrés de crétinisme. L'aspect extérieur du corps ne peut donc fournir aucun caractère différentiel satisfaisant pour séparer l'idiotie du crétinisme. Il faut, dans tous les cas, rappeler que, si l'on s'en tenait, sous ce rapport, au crétinisme au dernier degré, on laisserait en dehors au moins les quatre cinquièmes de la population des crétins.

C'est en me fondant sur les raisons qui précèdent que j'ai soutenu à l'Académie qu'il n'était pas possible de différencier le crétinisme de l'idiotie, au moins d'une manière tranchée et complète, et que j'ai insisté sur l'existence d'une *idiotie endémique*. Mon opinion était alors uniquement basée sur les documents empruntés aux auteurs. Depuis cette époque, j'ai pu consacrer près de deux mois à l'observation directe des crétins dans plusieurs vallées des Pyrénées, et il me reste à vous dire quel a été, pour moi, le résultat de cette étude.

Ma première impression n'a fait que confirmer l'opinion que j'avais déjà. Les premiers crétins, en assez grand nombre, que j'ai eu l'occasion de voir, ne m'ont paru différer des idiots et des imbéciles de nos asiles que par des caractères tout à fait accessoires. J'ai remarqué, par exemple, qu'il y avait parmi eux un plus grand nombre de sourds-muets, que la gêne de la prononciation était plus grande, que la démarche était peut-être plus saccadée.

L'existence de la surdi-mutité s'explique ici d'une manière très simple, puisque vous savez déjà que toutes les contrées où sévit le crétinisme présentent aussi en même temps un nombre considérable de sourds-muets.

J'ai vu, comme les auteurs que je vous ai cités, une foule de types différents, et l'impossibilité de réunir en une seule et même description les caractères si variés qu'offre l'ensemble des individus que l'on range sous la dénomination de crétins.

L'idiotie endémique me parut donc dès ce moment un fait complétement démontré; et je rappellerai en passant que j'avais d'ailleurs trouvé, à l'époque de la discussion de l'Académie, un argument considérable en faveur de ma manière de voir dans le travail même de M. Ferrus. M. Renauldin, cité par M. Ferrus, rapporte qu'à Sainte-Marie-aux-Mines, sur une population de 11,000 âmes, il y avait encore tout récemment 111 idiots ou idiotes et 60 crétins ou crétines. D'après M. Renauldin, le crétinisme aurait été autrefois beaucoup plus fréquent; mais il aurait été remplacé par l'idiotie. Il est donc incontestable qu'à Sainte-Marie-aux-Mines il existe véritablement une idiotie endémique; car ce fait, qu'elle remplace le crétinisme, ne change véritablement rien à la question.

Je reste donc convaincu que dans les pays infectés de crétinisme, et dans les vallées des Pyrénées en particulier, les huit ou neuf dixièmes des individus désignés sous le nom de crétins ne sont autre chose que des idiots ou des imbéciles.

A l'appui de ma manière de voir, j'ai rapporté un grand nombre de portraits, vingt-cinq ou trente, faits au daguerréotype, et qui reproduisent des types très différents de crétinisme. Cependant, messieurs, je dois m'empresser d'ajouter qu'une observation plus attentive m'a amené à reconnaître qu'il existait des faits peu nombreux, mais très réels, lesquels ne sauraient être confondus avec les faits d'idiotie ordinaire. J'ai rencontré çà et là des crétins offrant un cachet spécial, que j'avais d'abord peine à caractériser, mais que j'ai pu depuis étudier avec détail.

Ces crétins ne se distinguaient pas principalement par leur mauvaise conformation, ni non plus par l'absence plus complète des facultés intellectuelles. Ce n'était pas non plus l'existence d'une cachexie spéciale qui pût servir à caractériser leur état. Ce qui les distingue véritablement des autres, c'est la continuation au delà des limites ordinaires ou même la continuation indéfinie des caractères propres à l'enfance.

En étudiant en particulier les traits les plus importants de leur développement, j'ai reconnu que chez les crétins dont je parle la dentition était énormément retardée, et qu'elle était le plus souvent incomplète; que la puberté ne s'établissait que fort tard, ou même ne s'établissait jamais; que les formes générales du corps et des membres continuaient à être celles des très jeunes enfants; qu'il en était de même pour les goûts, les inclinations, qui sont et restent ceux de l'enfance.

Les faits dont je vous parle ont été constatés par M. Gintrac, le savant doyen de l'Ecole de Bordeaux, et par le docteur Lassalle, ancien médecin inspecteur de la maison de Charenton, qui se trouvaient en même temps que moi aux Pyrénées. Je me bornerai à citer quelques-unes des principales observations que j'ai recueillies.

1° Marguerite G..., âgée de vingt-trois ans, conservait encore toutes ses premières dents; le pubis était complétement glabre; les glandes mammaires n'avaient acquis aucun développement; l'extérieur de cette jeune fille était celui d'un enfant de dix ans. Sa taille était de 3 pieds, et son corps pesait 40 livres.

2° Françoise C..., âgée de dix-sept ans, recueillie à l'hôpital de Luce, conservait encore toutes ses premières dents; elle n'offrait, non plus que la précédente, aucun signe de puberté; sa taille était de 3 pieds 1 pouce, et le poids de son corps de 36 livres.

J'ai pu recueillir, à l'aide du daguerréotype, quatre portraits représentant les corps complétement nus de ces crétins, dont le caractère principal est la prolongation de l'enfance.

Le premier représente une fille de treize ans, qui n'a que 2 pieds et demi, et dont le corps ne pèse que 24 livres.

Le deuxième est celui d'une fille de dix-sept ans, qui n'offre aucun signe de puberté, et dont la dentition est encore tout à fait incomplète.

La troisième figure est celle d'un garçon de dix-sept ans et demi, dont la conformation est complétement celle d'un petit enfant, tant pour le développement du corps que pour celui des organes génitaux, et pour tout ce qui a trait à la dentition.

J'ajouterai que la circulation, chez les sujets dont je viens de vous entretenir, reste fréquente, comme chez les très jeunes enfants, et que c'est un caractère de plus à joindre à ceux qui témoignent de la prolongation de l'enfance. Ces caractères ont aussi été constatés par les deux honorables médecins que j'ai cités plus haut, MM. Gintrac et Lassalle.

C'est en me fondant sur les faits qui précèdent que j'ai cru pouvoir définir le crétinisme :

Le développement incomplet, irrégulier et le plus souvent très lent de l'organisme.

Si le crétinisme devait être envisagé comme je viens de le dire, vous voyez, messieurs, qu'il existerait désormais une ligne de démarcation bien tranchée entre les idiots et les crétins. L'idiotie serait l'arrêt de développement des facultés intellectuelles avec développement général de la constitution. Le crétinisme serait l'arrêt simultané de développement des facultés intellectuelles et de la constitution générale. Aucune confusion ne serait donc possible, et le mot de crétinisme acquerrait désormais un sens précis et déterminé. Il en résulterait que les individus désignés dans les pays infectés sous le nom de crétins pourraient être à l'avenir facilement classés.

1° Les idiots et les imbéciles forment les huit dixièmes environ de la population malade;

2° Les crétins réunissent les caractères que je viens de vous signaler.

Il faut ajouter qu'en dehors des crétins il y a un nombre plus ou moins considérable d'individus offrant des signes partiels de crétinisme, signes trop peu nombreux ou trop légers pour que l'on puisse désigner les sujets qui les présentent sous ce nom de crétins; enfin, nous ne devons pas oublier que le crétinisme peut n'avoir qu'une durée passagère. On trouve dans les vallées des Pyrénées des individus qui, après être restés avec des signes bien évidents et bien tranchés de crétinisme jusqu'à un certain âge, ont fini par acquérir très tardivement leur entier développement.

C'est ainsi que j'ai vu un fermier du docteur Bordeu chez lequel la puberté ne s'était établie qu'à l'âge de vingt-sept ans, et dont la taille s'est encore développée de vingt-sept à trente ans.

Dans quelques cas exceptionnels, le crétinisme semble tout physique. Parmi les voyageurs qui ont visité la vallée de Luce, beaucoup ont pu voir un homme doué d'une assez grande intelligence, employé comme comptable dans une fabrique et qui offre des signes très tranchés de crétinisme dans l'ensemble de sa constitution. Si j'en crois les détails qui m'ont été donnés sur son compte, la dentition n'aurait été terminée qu'à trente ans. La puberté n'aurait jamais été établie d'une manière bien complète. J'ajouterai comme un dernier détail digne d'intérêt que l'homme dont il s'agit a déjà eu plusieurs accès d'aliénation mentale, ce qui semblerait prouver que la prédominance du cerveau sur le reste de l'organisme ne s'est pas faite ici sans quelque compensation.

Si l'opinion que je viens d'émettre est fondée, nous devons forcément en retrouver des traces dans les auteurs. A quelque point de vue que l'on se place, il est impossible, en effet, que des caractères aussi tranchés que ceux que je viens d'indiquer n'aient pas été plus ou moins observés. Nous allons voir que c'est ce qui a eu lieu, et qu'en rapprochant un grand nombre de citations prises çà et là nous pouvons presque refaire complétement tout notre système sur ce point.

Nous regrettons de ne pas trouver d'observations particulières dans le rapport de la commission de Piémont; mais le travail de cette commission est complété par la publication d'un certain nombre de portraits de crétins sur lesquels on a donné quelques détails. Ces faits, quoique bien incomplets, me fourniront cependant quelques arguments.

Ainsi, le portrait n° 1 est celui d'un enfant de treize ans, qui évidemment ne paraît pas en avoir plus de trois ou quatre.

Le portrait n° 3 est celui d'une fille de dix-neuf qui n'offre encore aucun signe de puberté.

Le n° 4 est surtout remarquable sous ce rapport; c'est celui d'un jeune homme de vingt ans, auquel on serait porté à donner cinq ou six ans au plus. Ce jeune homme n'offre non plus aucun signe de puberté.

Le rapporteur de la commission, après avoir signalé la lenteur avec laquelle la fontanelle disparaît, le retard apporté à la dentition chez les crétins, ajoute ce qui suit : « Il semble, dit-il, que le développement de tout le corps se » trouve empêché et qu'il doive rester constamment à l'état » d'enfance. »

On peut voir dans le travail que j'examine ici que les crétins ne marchent souvent qu'à l'âge de six ou sept ans, ou même de dix ou douze ans, que chez eux l'enfance se prolonge jusqu'à la puberté, fait que déjà M. Cerise avait signalé. Ce qu'il y a sous ce rapport de plus remarquable, c'est que, quand il s'agit de classer les crétins, le rapporteur de la commission de Piémont forme une dernière classe dont le caractère principal est l'absence de toute puberté.

L'évolution des organes génitaux n'est pas seulement retardée dans le crétinisme, elle est quelquefois complétement arrêtée. Ainsi s'expliquent les détails donnés par le rapporteur de la commission de Piémont sur la conformation et le volume de ces organes : « Ils sont, dit-il, atrophiés et petits » comme chez les enfants. La verge constitue un cylindre » informe sur lequel on voit à peine la forme du gland; toute » érection est impossible. »

Quant à la dentition, nous trouvons dans le même travail ce fait d'une grande importance, que souvent les premières dents ne sont pas remplacées et que par conséquent il y a encore ici un arrêt presque complet de développement.

Le travail de M. Ferrus nous offre peu de passages se rapportant au point que nous étudions. Cependant nous y trouvons mentionnée cette circonstance, que les traits chez les crétins conservent la physionomie de l'enfance.

L'ouvrage si remarquable de M. Niepce contient pour nous des documents aussi importants que le rapport de la commission de Piémont. Il nous suffira pour le prouver de citer quelques-unes de ses observations. Ainsi, chez un jeune homme de vingt-deux ans, la verge n'était qu'un cylindre informe, sans corps caverneux ni gland. Les testicules étaient atrophiés; les vésicules séminales étaient très petites, et on n'y trouva pas trace de sperme. Quant au cerveau, les circonvolutions de deux de ses lobes étaient restées à l'état rudimentaire.

Dans une deuxième observation, nous voyons un jeune homme de dix-sept ans qui n'a jamais pu se tenir sur ses jambes et n'a jamais quitté son berceau. Ses organes génitaux étaient petits, mal conformés; le testicule droit était à peine formé.

Dans un troisième cas, M. Niepce a vu une fille de trente-deux ans qui n'avait jamais été réglée. Outre les observations que je viens de citer, divers passages de l'ouvrage de M. Niepce prouvent que ce n'est pas seulement dans quelques faits isolés qu'il a constatés les caractères de l'arrêt de développement. « Chez les crétins fortement affectés, dit-il, la » verge est souvent à l'état rudimentaire. » Quant à la dentition, il affirme, comme le rapporteur de la commission de Piémont, que les dents de lait, une fois tombées, ne repoussent plus et ne sont pas remplacées.

En résumé, on voit que, d'après les auteurs que je viens de citer, les crétins conservent longtemps ou toujours la physionomie de l'enfance, qu'ils ne marchent souvent qu'à 6, 7, 8, 10 et 12 ans, qu'ils n'ont pas de seconde dentition, que leurs organes génitaux restent à l'état rudimentaire, enfin qu'ils sont privés de la faculté reproductive.

N'y a-t-il pas là un ensemble de traits, de caractères qui prouvent au plus haut degré l'opinion que je vous ai exposée ?

Ajoutez à cela la structure, la conformation particulière du corps, qui restent celles de l'enfance, comme le prouvent les portraits daguerréotypés que j'ai rapportés des Pyrénées; le poids du corps, qui chez des jeunes gens de 18 à 24 ans ne dépasse pas 36, 40 ou 50 livres; que l'intelligence n'a pas seulement subi un arrêt complet de développement, mais qu'elle est restée celle de l'enfance, les crétins dont nous parlons conservant les goûts et les manières des très jeunes enfants.

Ainsi se trouverait donc justifiée notre définition, que le crétinisme est le développement incomplet, irrégulier et le plus souvent très lent de l'organisme.

Si cette opinion était adoptée, il faudrait sur certains points rectifier le langage dont se sont servis les auteurs. Ainsi nous trouvons dans le rapport de la commission du Piémont et dans l'ouvrage de M. Niepce que les organes génitaux sont atrophiés. Or l'atrophie succède au développement, et ici le développement n'a pas eu lieu. Le mot *atrophie* consacre donc ici une erreur.

Peut-être aussi, dans l'opinion que j'ai émise, pourrait-on jusqu'à un certain point trouver l'explication de ce fait singulier, signalé d'abord par M. Cerise, que le développement et la fréquence du goître sont, pour ainsi dire, en raison inverse du degré du crétinisme, fait reproduit par le rapporteur de la commission de Piémont, qui, comme nous l'avons dit, affirme que les vrais crétins sont rarement goîtreux. En effet, le développement du goître est lié à l'évolution des organes génitaux. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, qu'il apparaît pour la première fois ou augmente beaucoup à l'époque de la puberté. Les femmes n'en sont souvent atteintes que pendant leur première grossesse, ou à l'époque de l'accouchement. S'il en est ainsi, on comprend pourquoi les crétins, comme nous les comprenons, sont exempts en général de cette infirmité; pourquoi au contraire les idiots et les imbéciles des vallées offrent bien plus souvent une hypertrophie plus ou moins considérable du corps thyroïde. Cette différence résulte de l'absence de puberté chez les premiers, et de l'établissement plus ou moins complet et énergique des fonctions génitales chez les seconds.

SUR LES MOYENS DE RECONNAITRE L'ARSENIC

dans le sous-nitrate de bismuth.

On lira avec intérêt la lettre suivante, adressée à M. Chevallier par M. le professeur Lassaigne.

Mon cher collègue,

Lorsque j'ai lu, en votre présence, dans le *Répertoire de pharmacie* publié par M. Bouchardat, la note de M. Cornut sur le moyen qu'il propose pour constater la présence de l'arsenic dans le sous-nitrate de bismuth, j'ai cru me rappeler immédiatement, sans vous l'assurer, que ce monsieur était peut-être l'élève en pharmacie qui s'était présenté au laboratoire de chimie de l'Ecole d'Alfort pour M. Jutier, lors de l'expertise que je fis de ses *pastilles de sous-nitrate de bismuth* en août 1851.

Je viens de constater, en effet, en relisant mon rapport, que le jeune homme qui s'est rendu à l'invitation que j'avais adressée à M. Jutier était un élève de ce pharmacien, et qu'il m'a déclaré s'appeler Cornut. Est-ce le même que l'auteur de la note publiée? C'est ce que j'ignore et ce que je me propose de savoir.

Au reste, dans l'intérêt de la vérité, je vous transmets le passage qui est relatif à ce point :

« Pour vérifier notre présomption sur la présence de l'ar- » senic dans le sous-nitrate de bismuth employé à la confec- » tion de ces pastilles, nous avons invité M. Jutier à se ren- » dre auprès de nous pour lui communiquer ce fait, en le » priant d'apporter avec lui un échantillon du sous-nitrate de » bismuth dont il avait fait usage. Le lendemain, à l'heure » fixée par nous, s'est présenté au laboratoire de chimie de » l'Ecole d'Alfort le sieur Cornut, élève en pharmacie de » M. Jutier, qui nous a remis, avec une lettre de ce phar- » macien s'excusant de ne pouvoir se rendre à notre invita- » tion, un échantillon du sous-nitrate du bismuth en ques- » tion. Le sieur Cornut nous a déclaré que ce sous-sel était » une portion restante du sous-nitrate employé par M. Jutier » à la préparation de ses pastilles.

» Après avoir fait part au sieur Cornut des circonstances » qui nous avaient décidé à appeler le sieur Jutier, nous » avons examiné en sa présence une partie du sous-nitrate » de bismuth qu'il avait apporté, et nous avons acquis bien- » tôt la preuve irrécusable que la petite quantité d'arsenic » trouvée dans les pastilles Jutier provenait de l'impureté » de ce sous-sel, qui, aux termes de la lettre écrite par le » sieur Jutier, lui avait été livré par un fabricant de produits » chimiques de la capitale.

» Nous avons également rendu témoin le sieur Cornut de » la démonstration de l'arsenic dans trois pastilles de sous- » nitrate de bismuth préparées par le sieur Jutier. »

Tels sont les principaux faits relatifs à l'élève Cornut, et qui sont consignés dans mon rapport, déposé maintenant au greffe de la police correctionnelle.

Le procédé indiqué par M. Cornut dans sa note est le même que celui consigné dans mon rapport et dont vous avez donné un extrait, en octobre 1851, dans le *Journal de chimie médicale*.

Vous jugerez, maintenant que les pièces vous sont connues, et si M. Cornut, interne aujourd'hui dans les hôpitaux, est le même que M. Cornut qui était élève en pharmacie chez M. Jutier en 1851, qu'il n'est plus étonnant que les deux procédés employés soient si conformes.

DE LA PRÉSENCE DU CUIVRE

dans l'extrait de ratanhia.

Par M. Orman.

Bien que les auteurs aient eu soin de proscrire l'emploi des bassines de cuivre pour la préparation des extraits, une circonstance récente est venue me convaincre que cette recommandation est loin d'être généralement observée.

Après avoir dissous dans l'eau une portion d'extrait de ratanhia et avoir décanté la solution, j'aperçus au fond du mortier un corps brillant de couleur rouge. Surpris de ce fait, j'examinai plus attentivement cette matière et il ne me resta bientôt aucun doute sur sa nature. C'était du cuivre métallique. Voulant m'assurer si le faible résidu qui restait dans le mortier contenait d'autres parcelles de ce métal, je le lavai avec de l'eau, et je parvins à en découvrir deux autres, mais de moindre dimension.

Ce cuivre se trouva éminemment dans l'extrait de ratanbia par suite de l'emploi simultané d'une bassine de cuivre et d'une spatule du même métal, ou plutôt de fer. Nous pouvons conclure de cette observation qu'il ne suffit pas d'abandonner, pour la préparation des extraits, les vases de cuivre, mais aussi les spatules de métal qui, par leur dureté, enlèvent constamment des parcelles aux parois des vases dans lesquels on fait évaporer les extraits.

Les auteurs qui se sont occupés des falsifications et adultérations des médicaments ont signalé particulièrement le cuivre dans l'extrait de réglise, parce que ce médicament s'en trouve rarement exempt; ils ont peu insisté sur la possibilité de son existence dans d'autres extraits; l'impureté de celui que j'ai cru devoir signaler à mes confrères est une nouvelle preuve de la nécessité qu'il y a pour tout pharmacien consciencieux de préparer lui-même tout ce qu'exige l'approvisionnement de son officine, et de recourir le moins possible aux produits provenant de toute autre source.

SUR UNE ALTÉRATION SPÉCIALE DU FOIE ET DES REINS.

Par MM. Cl. Bernard et Laboulbène.

MM. Ch. Bernard et Laboulbène mettent sous les yeux de la Société le foie et les reins d'une femme ayant succombé à l'âge de quarante-six ans dans le service de M. Marotte (Sainte-Marguerite), après avoir présenté pendant la vie comme phénomènes principaux les symptômes suivants : en proie depuis dix-huit mois environ à une constipation opiniâtre, à la suite de laquelle du sang était rejeté avec les matières fécales, mais pur et séparé de ces dernières, cette femme sentit vers le mois de mars dernier un trouble général, un affaiblissement considérable; il se manifesta un amaigrissement; le teint devint jaune-paille, et enfin les membres inférieurs furent le siége d'un œdème, qui disparut une première fois sous l'influence du séjour au lit. Les digestions sont devenues peu à peu laborieuses, se sont accompagnées d'envies de vomir et de douleurs dans l'hypocondre droit quand la quantité d'aliments ingérés était un peu considérable.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on a constaté,

outre les phénomènes précédents, que le foie était un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire et qu'il était le siége d'élancements assez vifs. La teinte générale de la peau n'offrait pas une coloration bien franche; elle était comme la combinaison de la couleur ictérique et du teint cachectique et cancéreux. Il y avait d'ailleurs aussi une anémie prononcée, qui donnait lieu à un souffle accompagnant le premier temps au cœur et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Ce souffle tenait évidemment à l'état du sang, car le cœur ne nous a offert aucune altération à l'autopsie. Les extrémités inférieures ont continué à offrir un œdème considérable; mais les urines, examinées à plusieurs reprises par la chaleur et l'acide nitrique, n'ont jamais fourni de traces d'albumine.

Autopsie. — Le foie, qui avait paru très volumineux pendant la vie, ne semble pas dépasser les dimensions normales. La surface est sèche, présente son aspect habituel; mais le péritoine qui la recouvre est épaissi et opalin en plusieurs endroits; on remarque aussi bon nombre de fausses membranes organisées qui unissent le foie aux organes voisins. C'est, du reste, à l'intérieur que l'organe hépatique offre les altérations les plus remarquables. La consistance du parenchyme est très considérable, plus prononcée peut-être que nous ne l'avons jamais observé. Le couteau, quand on veut pratiquer des sections, rencontre une assez grande résistance et fait crier légèrement les tissus qu'il divise. Le doigt ne peut pénétrer non plus dans le tissu, comme cela se fait d'ordinaire.

La couleur du parenchyme, à peu près uniforme, peut être comparée à celle du cuir neuf de Russie, parsemé d'un grand nombre de grains plus clairs, d'un jeune chamois. On aperçoit dans l'intérieur de l'organe des vaisseaux très dilatés qui nous ont paru être les canaux biliaires. La vésicule, qui est distendue par une grande quantité de bile, renferme bien un calcul volumineux, mais qui n'empêche pas la bile de fluer dans le canal cystique.

Les reins ont diminué de volume; ils offrent une décoloration générale très marquée, qui donne, surtout à la substance corticale, un peu l'aspect de la chair d'anguille. Le tissu du rein, comme celui du foie, nous a présenté une résistance tout à fait anormale, et que nous n'avions non plus jamais rencontrée. C'est avec une certaine peine que nous avons pu diviser ces organes, dont le parenchyme criait fortement sous le scalpel.

L'examen microscopique le plus minutieux n'a rien révélé de particulier dans le foie et les reins. Ajoutons que tout le péritoine offrait des traces légères, mais évidentes, de phlegmasie ancienne, développée autour du foie et des organes génitaux internes, sains d'ailleurs, à l'exception des ovaires, à la surface desquels on observait deux ou trois petits kystes.

Doit-on rapporter l'altération du foie à la cirrhose, celle des reins à la néphrite albumineuse? Nous n'osons prononcer; nous rappellerons seulement que pendant la vie on n'a point observé les symptômes de ces deux affections, et que les lésions anatomiques constatées par nous se distinguent par plusieurs caractères importants des altérations dont nous venons de parler. (*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

ABSENCE DE STERNUM CHEZ UNE FEMME ADULTE;

Compatibilité de cette anomalie avec la vie et la santé,

Par M. le professeur J. Abbott (de Bahia).

M. Michel de Feive de Argôlo, riche propriétaire, fabricant de sucre, possède à Bahia une négresse, esclave, d'environ trente ans, mariée, avec trois enfants tous parfaits et bien portants, et cependant la mère n'a point de sternum; le squelette du thorax n'est pas continué à sa paroi antérieure. Je l'ai examiné bien des fois, et j'ai trouvé l'insertion inférieure du muscle sterno-mastoïdien sur l'extrémité interne de la clavicule; mais je n'ai pu trouver la partie correspondante du sternum.

Dans l'acte de la respiration, les côtés du thorax sont en mouvement continuel, s'écartant de deux pouces de la ligne médiane antérieure à chaque expiration et se rapprochant après. Si elle veut rire, l'espace qui divise les deux moitiés du thorax est de quatre travers de doigt de largeur dans toute l'extension de la poitrine, et on peut saisir à la main le cœur et sentir parfaitement ses vibrations, et sans doute on lui causerait la mort en serrant cet organe, comme il est très facile de le faire.

En tâtant les cartilages des côtes, on s'aperçoit que tous s'adossent les uns aux autres à la manière des cartilages des fausses côtes, et certainement il n'y a point d'os, cartilage ou ligament qui unit ou lie antérieurement les deux moitiés ensemble.

Elle est forte, n'a jamais souffert des maladies; elle n'éprouve pas la moindre gêne dans la respiration, ni même dans ses accouchements; elle a allaité ses enfants, et travaillé à la fabrique comme les autres esclaves.

Je l'ai montrée plusieurs fois aux élèves dans l'amphithéâtre de Bahia.

Comme je n'ai rencontré ce phénomène consigné dans aucun auteur, j'ai pensé qu'il pouvait trouver place dans les cas rares décrits par les observateurs européens. (*Idem.*)

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE DEUX CATARACTES LENTICULAIRES,

Par M. Davaine.

M. Davaine rend compte de l'examen microscopique qu'il a fait de deux cataractes lenticulaires.

Dans ces deux cas, il y avait une altération semblable, qui consistait dans l'érosion de la surface des fibres du cristallin. Ces fibres, en général, avaient diminué de calibre; leur surface n'était plus lisse, mais rugueuse, comme la surface d'une lime; leur transparence était fort altérée, et elles se désagrégeaient plus facilement qu'à l'état normal. (*Ibid.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 novembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Amputation sous-astragalienne pour une nécrose du calcanéum gauche.

M. Nélaton présente un jeune malade âgé de seize ans, sur lequel il a pratiqué au mois de mars 1852 l'opération indiquée. (L'observation complète de ce cas a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 22 mai 1852.)

M. Nélaton pense que, dans le cas dont il s'agit, cette opération offre plus d'avantages que l'amputation sus-malléolaire. Le procédé qu'il a suivi, et qui se rapproche beaucoup de celui de M. J. Roux, de Toulon, permet d'appliquer la peau du talon sur la face inférieure de l'astragale; plus tard, ce lambeau formant un coussinet solide, le malade peut, en marchant, s'appuyer sans crainte. Un autre avantage, c'est que, de cette façon, on n'a que très peu de raccourcissement (2 centimètres); il est alors facile, lorsque le malade porte une bottine à talon élevé, de marcher sans boiter. Chez ce jeune homme, la réunion du lambeau s'était faite par première intention; mais il resta deux fistules qui persistèrent pendant quatre mois: la guérison n'est complète que depuis la fin d'août.

Correspondance.

M. le professeur Grimm, de Berlin, associé étranger, adresse à la Société une lettre de remercîments.

Cette lettre sera déposée aux archives.

— M. Charrière fils adresse à la Société un scarificateur urétrotome pouvant agir à la fois d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Des remercîments sont adressés à M. Charrière, et l'instrument renvoyé à une commission composée de MM. Monod, Michon, Robert.

— M. Gerdy fait hommage à la Société du second volume de son *Traité de chirurgie pratique*. Ce volume renferme des recherches nouvelles sur les inflammations, les diathèses purulentes, les gangrènes, les brûlures, les froidures, les plaies par arme à feu.

M. le président remercie M. Gerdy au nom de la Société.

Des productions fibro-plastiques accidentelles et des tumeurs fibro-plastiques.

M. Lebert lit sous ce titre la première partie d'un mémoire dont le but est de compléter et de rectifier sur quelques points ses précédentes recherches.

Mon opinion fondamentale sur les tumeurs fibro-plastiques, dit M. Lebert, est encore aujourd'hui que c'est un tissu *non cancéreux*, mais une maladie qui dans certaines circonstances, bien loin d'être bénigne, peut entraîner les conséquences les plus graves. L'un des objets de ce travail est précisément de démontrer quelles sont les limites et les conditions de cette malignité et qu'en aucun cas celle-ci n'autorise à identifier ces productions avec le cancer.

L'auteur admet trois tissus fibro-plastiques identiques de structure, mais différents sous le rapport de la formation, du pronostic et de la thérapeutique. Ces trois groupes sont:

1° Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire;
2° L'hypertrophie fibro-plastique;
3° La formation fibro-plastique autogène et essentielle.

Dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques autogènes, il y a encore bien des sous-divisions à établir, dont les unes se rapportent au groupement des éléments anatomiques, à l'aspect des tissus, les autres à la marche clinique différentielle, etc.

M. Lebert définit les tumeurs fibro-plastiques essentielles de la manière suivante: tumeurs composées d'un tissu qui existe à l'état normal dans l'économie et qui n'est autre chose que du tissu cellulaire ou fibreux incomplétement développé et en voie de formation. Ces tumeurs constituent une maladie *ordinairement locale* qui, dans quelques-unes de ses formes, a une tendance à récidiver sur place, et qui, dans des cas exceptionnels, peut se généraliser dans l'économie tout entière, comme du reste beaucoup d'autres maladies qui dans le principe sont essentiellement locales.

Quant à la division anatomique, M. Lebert distingue trois groupes principaux:

a. Des tumeurs molles, lobulées, d'un jaune rosé, passablement vasculaires;

b. Des tumeurs plutôt homogènes, d'un jaune pâle ou d'un jaune rougeâtre se rapprochant de la couleur de la chair;

c. Des tumeurs dans lesquelles la gangue intermédiaire entre les cellules, les fuseaux et les fibres est constituée par une masse abondante d'une substance demi-transparente, gélatiniforme, constituant la variété fibro-gélatineuse de ce tissu.

En jetant un coup d'œil sur les différences selon le siége, on arrive avant tout, en commençant par la surface, à ce groupe si curieux de ces tumeurs fibro-plastiques de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané qu'Alibert a désignées sous le nom de kéloïdes. Ces tumeurs montrent une grande opiniâtreté dans leur reproduction locale sans offrir de tendance à la généralisation.

Les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées profondes se rencontrent de préférence sur les membres, plus rarement sur le tronc. Dans quelques régions, dans la cuisse surtout, elles ont une tendance très prononcée à atteindre un grand volume. Dans les organes plus profonds, leur marche est plus variable. On rencontre parmi les tumeurs fibro-plastiques des organes internes un groupe naturel des plus curieux, celui des tumeurs des méninges, qui, tout en comprimant et en déprimant le cerveau, ne font presque jamais corps avec lui, offrent une structure lobulée particulière, et présentent cela de particulier, qu'arrivant ordinairement au terme naturel de leur développement, tant comme tumeur que comme maladie, on les trouve cependant uniques dans l'économie, par conséquent sans infection locale et sans action toxique ou infectante sur l'économie.

Les tumeurs fibro-plastiques du système osseux forment aussi un groupe à part. M. Lebert ne leur a vu jusqu'à présent qu'une seule fois une tendance à la généralisation; mais dans un certain nombre de cas elles n'ont pas moins une marche fort grave, leur diffusion locale s'irradiant souvent au loin dans les portions profondes et cachées du périoste et de l'endoste. Aussi ne parvient-on en pareil cas à garantir la vie des malades qu'en faisant des opérations suffisamment étendues, et en enlevant au delà des parties même soupçonnées malades.

M. Lebert a observé enfin des tumeurs fibro-plastiques sur diverses espèces d'animaux domestiques; elles offraient les mêmes caractères à peu près que chez l'homme, tant comme tissu que comme maladie essentiellement locale.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire, pour comparer ensuite l'hypertrophie fibro-plastique aux tumeurs autogènes de ce genre.

Voici les principaux caractères qu'il assigne au premier de ces tissus.

Tumeurs fibro-plastiques d'origine inflammatoire. — Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une espèce de passage intéressant entre la formation d'un tissu nouveau, à laquelle la gêne circulatoire phlegmasique a donné l'impulsion, et celle d'un tissu en tout point normal que nous voyons si souvent naître sans trouble de la circulation capillaire par suite d'une modification primitive et essentielle de la nutrition locale. Cependant une différence bien profonde existe entre ces deux modes d'origine différents d'un tissu en tout semblable. C'est le fait que le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire a une tendance prononcée à la transformation fibroïde définitive, à son atrophie propre, à sa disparition presque complète, tandis que le tissu fibro-plastique, lorsqu'il est d'origine autogène, tend au contraire à s'accroître continuellement. En un mot, le produit inflammatoire tend à *être cicatrice*, tandis que le même produit, d'origine spontanée, tend à prendre de plus en plus un développement indépendant et à *former tumeur.*

Ce tissu, d'origine phlegmasique, se rencontre de préférence lorsqu'un travail inflammatoire se prolonge ou lorsqu'il y a un travail réparateur à faire. On le retrouve dans cette substance jaune et lardacée qui double extérieurement la membrane synoviale dans les tumeurs blanches. On le rencontre dans ce tissu rouge, mou et fongueux qui entoure et revêt les fistules.

Dans les plaies, on rencontre tantôt de véritables tissus fibro-plastiques comme base et gangue des vaisseaux qui constituent les bourgeons charnus, tantôt un blastème simplement coagulé de pus englobant une grande quantité de cellules purulentes. Il a paru à l'auteur que la composition fibro-plastique des bourgeons charnus coïncidait plutôt avec les suppurations prolongées qui ne tendaient que lentement vers la cicatrisation. On a vu aussi apparaître le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire autour des tubercules qui infiltrent une partie de l'épididyme ou du testicule. Il y a enfin une dernière circonstance dans laquelle on rencontre ce tissu d'origine inflammatoire avec tous ses caractères, c'est à la base dermatique du chancre induré.

L'auteur passe ensuite à l'étude des tumeurs fibro-plastiques hypertrophiques et autogènes, il commence par la description des caractères communs aux deux formes d'origine différentielle.

— A cinq heures la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Chronique et nouvelles.

Un banquet, non moins intéressant pour le physiologiste et pour le médecin que pour tout ami de l'humanité, réunissait hier les sourds-muets de Paris, auxquels étaient venus se joindre plusieurs de leurs frères des départements. Ils célébraient l'anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Epée et de la fondation de la Société générale d'assistance et de prévoyance établie en leur faveur par le docteur Blanchet, chirurgien de l'institution des sourds-muets de Paris.

Un grand nombre de membres de l'œuvre, d'avocats, de médecins, d'hommes de lettres, de savants français et étrangers assistaient à cette fête de famille.

Sur la proposition du fondateur, qui avait refusé la présidence du banquet que lui avaient décernée à l'unanimité les sourds-muets, le buste de l'abbé de l'Epée occupait la place d'honneur. Pour perpétuer d'une manière plus touchante et plus durable la mémoire de leur père intellectuel, ils ont décidé qu'à l'avenir il en serait de même dans toutes leurs fêtes.

A voir l'animation, la franche gaieté de ces êtres infortunés, la manière expressive avec laquelle ils échangeaient leurs pensées, révélaient leur intelligence, on oubliait presque leur infirmité, et l'on formait des vœux pour qu'on en pût effacer les traces, espérance qui sera bientôt, tout porte à le croire, une magnifique réalité, grâce au persévérant dévouement de notre confrère M. le docteur Blanchet.

A la fin du banquet, M. Imbert, délégué des sourds-muets, a porté plusieurs toasts:

1° A l'abbé de l'Epée; à S. M., protecteur de l'œuvre; au docteur Blanchet, fondateur de la première société d'assistance pour les sourds-muets.

2° M. Rémond, sourd-muet, a porté un toast aux dames patronesses de l'œuvre et aux médecins qui prodiguent si généreusement leurs soins à ses frères.

3° M. Cary, sourd-muet, au comte Camarata Bacciocchi, président du comité d'assistance de l'œuvre et ami dévoué des sourds-muets.

Ensuite M. Blanchet a porté un toast à l'abbé de l'Epée, à l'avenir des sourds-muets, à l'universalité de leur éducation, qui est le seul moyen d'opérer leur régénération morale et intellectuelle et de leur permettre de jouir de leurs droits civils; à l'universalité de l'enseignement de la parole, qui est reconnue possible aujourd'hui par tous les sourds-muets, quel que soit leur dialecte; à l'avenir prochain où la jeune génération qui viendra s'asseoir à côté des parlants pourra converser avec eux non plus par signes, mais à l'aide de la parole.

— M. Sorieul, médecin à Saint-Hilaire-des-Landes, vient de recevoir une médaille d'argent pour son zèle à propager la vaccine en 1850. (*Indépendant de l'Ouest.*)

— M. Lasserre, médecin à Verdun, qui vient de succomber à la suite d'une courte maladie, a légué à l'Ecole de médecine de Toulouse une somme de 6,000 fr., destinée à fonder un prix annuel de 300 fr. au meilleur élève de cet établissement.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 144. — JEUDI 9 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 144. — JEUDI 9 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnementsexpédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. Sur les séances des Académies. — Hôpital des Enfants malades (M. Blache). Considérations sur la fièvre typhoïde des enfants. — Clinique départementale. Luxation en avant de la deuxième phalange de l'annulaire de la main droite. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Observation de diathèse cancéreuse. — Académie des sciences, séances des 30 novembre et 6 décembre. — Académie de médecine, séance du 7 décembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 8 DÉCEMBRE 1852.

Séances des Académies.

Les pertes que l'Académie a faites depuis quelque temps ont été si rapides, que quatre sections se trouvent aujourd'hui incomplètes. La commission des onze, chargée de décider dans laquelle des sections il convient de faire la plus prochaine nomination, avait donc à choisir; elle a choisi la section d'anatomie pathologique, devenue vacante par la mort de notre spirituel et si regrettable confrère M. Rochoux. Nous n'avons rien à dire sur ce choix, qui ne nous semble ni meilleur, ni plus mauvais qu'un autre. Ce qui importe à l'Académie, c'est qu'elle se hâte un peu de combler les vides que la mort fait dans son sein; l'intérêt de ses séances ne pourra qu'y gagner.

Deux communications ont surtout rempli la séance d'hier: un rapport de M. Bussy et une lecture de M. Bouland, médecin inspecteur des eaux d'Enghien.

On connaît le débat longtemps prolongé qui a eu lieu entre MM. Laugier et Bussy sur l'origine et la nature du fluide transparent qui s'écoule par l'oreille dans les fractures de la base du crâne. Parmi les arguments invoqués de part et d'autre, l'un devait nécessairement reposer sur la composition chimique de ce liquide. Mais les analyses faites jusqu'à présent laissaient beaucoup à désirer. C'est une de ces analyses, très complète, que M. Bussy est venu faire connaître à l'Académie.

Or, il résulte de cette analyse que le fluide auriculaire n'aurait en aucune façon la composition du sérum du sang, mais bien une composition fort analogue, sinon parfaitement identique, à celle du liquide céphalo-rachidien.

M. Bussy ne s'est pas prononcé d'une manière tout à fait catégorique sur ce dernier point; mais il a très formellement déclaré que le fluide auriculaire ne pouvait être considéré comme du sérum du sang. Ainsi serait jugée l'opinion de M. Laugier et de quelques autres chirurgiens. Cependant, l'honorable professeur de clinique chirurgicale ne s'est pas cru condamné sans appel, et il attendra de nouveaux faits et de nouvelles analyses avant de s'avouer vaincu. Les appels à l'expérience sont toujours légitimes quand on n'est contredit que par un petit nombre de faits.

M. Bouland, d'Enghien, a appelé l'attention de l'Académie sur une question d'une plus grande importance pratique. Suivant ce jeune médecin, les eaux sulfureuses agissent moins en raison de la richesse du principe sulfureux qu'elles renferment, qu'en raison de la nature de ces principes. Pour lui, une eau contenant des hyposulfites en grande abondance agit beaucoup moins qu'une eau contenant des hydrosulfates en quantité infiniment moindre. Or, le chauffage des eaux sulfureuses naturellement froides transforme les sulfures en hyposulfites; telle est la cause de l'inefficacité de l'eau sulfureuse chauffée par le procédé ordinaire. Il propose, en conséquence de substituer à ce procédé le chauffage par simple mélange d'eau commune bouillante avec l'eau minérale. Ce procédé diminue la richesse de l'eau sulfureuse, mais il n'en altère pas les principes actifs, et c'est la chose importante.

M. Bouland a cité à l'appui de sa manière de voir des faits cliniques qui seront d'une grande importance si l'expérience les confirme. C'est à la commission à nous dire ce qu'il faut penser de ces faits.

M. Bouland a parlé, dans un passage de sa communication, des avantages qu'il y aurait à employer l'eau bouillante de préférence à l'eau simplement chaude pour chauffer l'eau sulfureuse, parce que, a-t-il dit, on utiliserait, dans le premier cas, le calorique latent. C'est sans doute un lapsus de la part de notre jeune confrère. L'eau bouillante n'a pas plus de calorique latent que l'eau à 90, à 50°; c'est sans doute la vapeur d'eau bouillante qu'il a voulu dire. Quoi qu'il en soit, sa communication a intéressé l'Académie, et était, en effet, digne de l'intéresser. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. Blache.

Considérations sur la fièvre typhoïde des enfants.

Du 1er janvier au 1er septembre il est entré dans la salle Saint-Jean 37 enfants atteints de fièvre typhoïde bien caractérisée. Nous ne voulons pas, à propos de ces faits, écrire une histoire complète de la dothinentérie chez les enfants, mais exposer aussi simplement que possible les réflexions qu'ils nous ont suggérées.

Dans plusieurs mémoires fort remarquables, on a prouvé, depuis 1834 environ, que la fièvre typhoïde est loin d'être rare dans l'enfance, et l'on y a discuté avec talent la question de savoir s'il existe un âge limité où l'affection cesse de se montrer. On en a cité des cas après quelques mois de vie, dans les premières années, et établi ainsi que la dothinentérie était de toutes les époques de la première enfance, en constatant que la fréquence augmente dans des proportions considérables avec l'âge.

La clinique de l'hôpital des Enfants prouve annuellement que la maladie qui nous occupe, loin d'être rare parmi nos jeunes malades, est au contraire une des plus communes; le chiffre cité plus haut, mis en regard de la somme totale des entrées à la salle Saint-Jean, le démontre en ce qui concerne l'année 1852. Quant à l'âge, nous avons observé un cas de fièvre typhoïde avec diagnostic confirmé par l'autopsie à quatre ans et demi; au-dessous, nous n'avons rien vu qui ressemblât à la dothinentérie, et je me suis assuré qu'il en avait été de même dans les autres services.

Voici, du reste, un tableau de la fréquence aux différents âges pour les cas soumis à notre observation :

De 4 1/2.	1	De 9 à 11.	10
5 à 7.	3	11 à 13.	9
7 à 9.	5	13 à 15.	9

Trois fois nous avons noté, en établissant l'étiologie, que l'affection était née dans des conditions qui permettaient peu de doute sur la transmission d'un malade à un individu sain, c'est-à-dire sur la contagion. Dans les trois cas, les choses se sont passées de la même façon: une personne de la famille était atteinte de fièvre typhoïde, et, toute précaution contre la possibilité de la contagion négligée, au bout de quelques jours l'enfant, jusqu'alors bien portant, se trouvait pris de la même affection que le malade avec lequel il avait été en libre en contact.

Les saisons ont-elles eu quelque influence sur le développement de la fièvre typhoïde? Nous ne pouvons, à cet égard, qu'exposer l'ordre dans lequel les cas se sont distribués:

Premier trimestre de janvier à la fin de mars, 15 cas;

Deuxième trimestre d'avril à la fin de juin, 9;

Enfin, dans les deux mois de juillet et août, 13.

Il nous était personnellement impossible d'apprécier l'influence de l'hygiène comme cause; presque tous les jeunes malades de l'hôpital sont dans des conditions également mauvaises sous ce rapport. M. Blache, notre maître, qui, par sa vaste clientèle d'enfants à la ville et son service à l'hôpital, possède les deux éléments indispensables de cette comparaison, nous a assuré que les enfants des classes riches n'étaient pas moins atteints que ceux des pauvres.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde, dans les cas bien tranchés, ne nous a présenté aucune difficulté; dans d'autres, et pour le motif contraire, il est devenu presque impossible. Voici à cet égard quelques réflexions.

Chaque fois que nous avons pu avoir des renseignements exacts sur les antécédents, il nous a été donné de constater que, dans le cas de fièvre typhoïde, il y avait eu plusieurs jours de tristesse, malaise général, affaissement, inappétence, céphalalgie; en un mot, que l'*affection s'était établie lentement.* Au contraire, pour les maladies aiguës qui peuvent être confondues avec la dothinentérie, nous avons presque toujours constaté que le début s'en faisait d'*une manière brusque;* si bien que, quand une mère nous apportait son enfant, disant: « Il a été pris de chaleur à la peau, fièvre, perte d'appétit, soif vive, et la veille il se portait parfaitement bien », notre esprit se détournait de l'idée d'une fièvre typhoïde pour se porter à la recherche des symptômes d'une affection aiguë différente.

Cette distinction dans le mode d'invasion nous a été de la plus grande utilité pour les cas difficiles; malheureusement quelques affections, l'embarras gastrique fébrile, l'entérite simple et certaines méningites tuberculeuses, ne s'y prêtent en aucune façon. Dans ces maladies, et plus particulièrement dans quelques cas de la dernière, si redoutable pour l'enfance, le début ressemble trait pour trait à l'invasion d'une fièvre typhoïde; de sorte qu'entre une méningite et la dothinentérie le diagnostic peut être impossible, malgré l'admirable tableau des signes différentiels tracé par M. Guersant.

En étudiant avec un bon thermomètre la température de nos fièvres thyphoïdes, nous l'avons trouvée constamment très élevée. Dans huit cas elle est monté au-dessus de 39°, oscillant entre ce chiffre et 40°, qu'elle a dépassé de plusieurs dixièmes dans deux autres cas.

Voici quelques exemples qui feront ressortir ces faits :

Drecy, quatre ans et demi. — Fièvre typhoïde. Mort au quatorzième jour.

	24 juin.	25	26	27	28	29	30	1er juill.	2
Temp.	40°6	40°6	40°6	40°4	40°2	40°4	40°6	40°4	40°4
Pulsat.	124	128	128	128	128	132	140	148	148
Respir.	44	44	44	44	44	44	48	28	28

Dubos, treize ans. — Fièvre typhoïde. Guérison.

	28 juill.	29	30	31	1er août.	2	4	6
Température	39°	40°8	40°8	41°	40°6	39°6	38°4	38°
Pulsations. .	108	116	116	124	120	120	112	112
Respiration.	32	44	40	44	40	36	32	28

La plus forte élévation de température a toujours coïncidé avec une sécheresse considérable de la peau. L'établissement d'une transpiration modérée suffisait pour faire baisser d'un degré le thermomètre. Dans la méningite, nous avons toujours trouvé la température basse; du moins elle était telle au moment où éclataient les phénomènes cérébraux; car dans la seconde période, à cause de la réaction inflammatoire qui s'établit, la température s'élève, et si les troubles fonctionnels de la méningite ne sont pas bien prononcés, cette dernière peut être prise pour une fièvre typhoïde à forme cérébrale. M. le professeur Trousseau a indiqué un phénomène remarquable par sa constance dans la méningo-encéphalite.

Voici en quoi il consiste:

Avec l'extrémité du doigt indicateur on fait sur les téguments du front, de la poitrine ou du ventre, une friction linéaire, en tenant le doigt de telle façon que l'extrémité libre de l'angle appuie sur la peau et y produise un petit grattement.

Quand on a fait plusieurs de ces frictions on attend un instant, et on ne tarde pas à les voir prendre une coloration d'un rouge vif; d'où résultent des espèces de raies de feu qui peuvent durer cinq, dix minutes, et même plus. Ce phénomène, disons-nous, est constant dans la méningite; mais malheureusement nous l'avons constaté dans *toutes* les fièvres typhoïdes à forme cérébrale, dans quelques autres et même dans plusieurs pneumonies. Toutefois, la *tache cérébrale* doit être recherchée dans un cas difficile; car lorsqu'elle existe bien vive, bien persistante, elle doit faire craindre quelque chose de grave vers le cerveau.

Nous n'avons jamais trouvé la fréquence du pouls en rapport avec la grande élévation de la température, et nous sommes heureux d'avoir pu constater par nos observations combien est juste le principe posé par M. Roger. «Il n'est point de maladie où la grande élévation de la température contraste plus que dans la fièvre typhoïde avec le peu d'accélération du pouls. » (De la température chez l'enfant à l'état physiologique et pathologique. — *Archives générales de médecine.*) On peut dire de même que si la fréquence du pouls augmente avec la chaleur, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de saisir la relation de ces deux phénomènes. Dans les fièvres éruptives, particulièrement la scarlatine, dans le rhumatisme articulaire, dans la pneumonie, une température élevée s'accompagne d'un plus grand nombre de pulsations. Dans toutes les méningites, le pouls a été lent et irrégulier au début des phénomènes cérébraux; mais il s'est généralement relevé pendant la seconde période, comme il est indiqué dans tous les auteurs. Alors s'il est devenu fréquent, il est toujours demeuré régulier, intermittent.

Les rougeurs subites à la face alternent avec une pâleur très prononcée, la lenteur de la respiration, sa forme supérieure, sont autant de bons signes de méningite que nous avons retrouvés dans plusieurs cas de fièvre typhoïde ataxique, etc. (Nous ne voulons pas faire toute la symptomatologie comparée). Toutes les fois que nous avons eu de fortes présomptions pour croire à l'existence d'une affection cérébrale sans en être certain, nous nous sommes attaché à chercher avec soin s'il n'existait pas quelques paralysies; et quand

nous en avons trouvé une non douteuse, si locale qu'elle pût être, elle nous suffisait pour diagnostiquer une lésion des centres nerveux.

Est-ce à dire que dans ces conditions l'erreur soit impossible? Non. Et en voici un exemple. On apporta dans le service de M. Blache, salle Sainte-Catherine, une jeune fille qui présentait avec les signes rationnels d'une méningite une *hémiplégie* complète. D'un avis unanime, M. Blache ainsi que MM. Guersant et Baudeloque, qu'il avait appelés, se prononcèrent pour une méningite, malgré l'opinion d'un médecin de la ville, qui, depuis le début, traitait la malade comme pour une fièvre typhoïde. Trois jours après l'enfant mourut, et en même temps que son autopsie montra des centres nerveux dans le plus parfait état d'intégrité, elle faisait voir dans l'iléon des plaques de Peyer *dures*, gaufrées, qui ne devaient laisser aucun doute sur l'existence antérieure de la fièvre typhoïde.

Dans cet examen, l'attention doit se porter sur la motilité et la sensibilité générales, mais particulièrement sur chacun des appareils de sensation spéciale.

Sur nos trente-sept malades, trois seulement ont succombé, ce qui porterait la mortalité à un douzième environ; mais il est important de faire ici des réserves : dans un des trois insuccès l'enfant, déplorablement soigné par sa famille, est mort le jour même de l'entrée; le second, dont nous avons présenté la vésicule biliaire à la Société anatomique, a succombé à une perforation de ce réservoir et par suite à une péritonite (*Bull. de la Soc. anat.*, mars 1852); le troisième, enfin, pauvre Auvergnat usé déjà par la misère, a dû la mort à une double pneumonie survenue à l'entrée de la convalescence. M. Blache nous a souvent répété qu'il avait vu peu de périodes où la fièvre typhoïde fût aussi bénigne.

En sortant de cette grave maladie, les enfants entrent franchement en convalescence et la santé ne tarde pas à se rétablir complétement. C'est ainsi que les choses se sont passées chez un tiers de nos malades environ; chez le reste, il s'est développé un état particulier digne de remarque : malgré que l'appétit fût bon et que les fonctions digestives se fissent régulièrement, nous avons vu chez ces enfants les téguments devenir d'un blanc mat; les muqueuses se sont complétement décolorées, la sclérotique a pris une teinte bleuâtre; chez quelques-uns, il est survenu un peu de bouffissure sans œdème proprement dit et sans qu'il se soit jamais montré d'albumine dans les urines. Chez le plus grand nombre, on pouvait entendre un bruit de souffle léger au premier temps des battements du cœur; dans les gros vaisseaux du cou, un bruit de souffle continu avec redoublement quelquefois intermittent correspondant à la diastole artérielle; le pouls était plutôt gros que petit; en même temps que les symptômes précédents, il existait, au lieu de la vivacité et de la gaîté de l'enfance, de l'apathie et un peu de tristesse, sensibilité au froid, faiblesse musculaire, etc. D'après ce tableau, il doit être évident pour le lecteur, comme il l'était pour nous-même, que ces petits garçons étaient chlorotiques, ou, si on l'aime mieux, chloro-anémiques. M. Blache a attiré toute l'attention des personnes qui suivaient ses visites sur cet état remarquable, qu'il n'avait encore pas vu d'une manière aussi régulière dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Il a fallu au moins un mois chez ces petits convalescents pour qu'un régime analeptique, l'eau de Spa, le quinquina et les tisanes amères fissent évanouir successivement chacun des symptômes que nous venons de décrire.

Le traitement des malades a été très simple; il a consisté à donner des boissons en abondance, solution de sirop de gomme, limonade tartrique, etc.; de temps à autre, un purgatif soit 10 gr. d'huile de ricin, une petite dose de calomel, un verre ou deux de limonade au citrate de magnésie; il a été presque constant de voir une rémission notable dans les symptômes après une purgation. Dans les cas de chaleur extrême avec sécheresse de la peau, M. Blache a fait pratiquer des lotions générales avec de l'eau à la température de l'appartement; le malade, lavé rapidement, puis bien essuyé, est replacé dans son lit, où il ne tarde pas à s'endormir; le pouls tombe, il s'établit de la transpiration et un bien-être général du meilleur effet. Les cataplasmes sur le ventre, des lavements émollients; dans la forme ataxique, l'administration de quelques antispasmodiques ont complété le traitement. Aussitôt que la fièvre a cédé, les enfants ont été mis au lait, au bouillon coupé, et ce régime a été rendu plus consistant à mesure que s'est établie la convalescence; comme complément, le plus souvent M. Blache a donné les préparations de quinquina.

Nota. — Depuis le mois de novembre, les cas qui se sont présentés font contraste par leur gravité avec ceux dont nous venons d'esquisser l'histoire. M. Tarnez, interne actuel du service, se propose de rendre compte de cette seconde série.

P.-E. ARCHAMBAULT,
Ex-interne du service.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Luxation en avant de la deuxième phalange de l'annulaire de la main droite;

Par M. E. LEGENDRE, médecin à Bléneau (Yonne).

Les luxations en avant des phalanges sont très rares; à peine en compte-t-on quelques exemples dans la science. Boyer les regardait comme impossibles, en raison de la conformation de ces os; car, d'après lui, la direction des condyles de l'extrémité inférieure des premières phalanges est tellement prolongée en devant, que la flexion de la deuxième phalange ne peut jamais être portée assez loin pour que cette phalange cesse d'être en rapport avec la première.

Dupuytren a publié deux observations de luxation en avant de la seconde phalange du pouce, et M. Malgaigne trouve que les détails donnés par Dupuytren ne suffisent pas pour qu'on puisse regarder comme réelles ces luxations.

Enfin, Astley Cooper, dans les planches de son ouvrage, en reproduit un exemple incontestable.

Quoi qu'il en soit, malgré les doutes de Boyer et les réfutations de M. Malgaigne, j'ai eu dans ma pratique, ces jours derniers, une luxation en avant de la deuxième phalange de l'annulaire de la main droite; fait dont je suis certain, puisque je l'ai vu; luxation certaine, puisque j'en ai opéré la réduction. Le nom de Dupuytren est assez imposant pour qu'on puisse croire aux observations publiées par le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu; et si les détails ont manqué à M. Malgaigne, c'est que, je l'avoue, les détails dans ce genre de luxation sont peu nombreux; et on ne peut fournir avec des articulations si petites des caractères aussi tranchés que dans une luxation du poignet ou du coude.

Quel que soit le jugement de M. Malgaigne, dont nous connaissons tous la profonde érudition, je vais rapporter le fait qui m'est propre. Je tâcherai d'être exact autant que possible, et je serai heureux si, en publiant cette observation, je puis faire cesser les doutes qui ont existé jusqu'à ce jour. Je regrette beaucoup de n'avoir eu sur le moment aucun confrère dont le témoignage aurait allégé la tâche que j'entreprends.

Le 18 octobre 1852, le nommé Perrin, garçon d'écurie, voyant se battre deux chevaux confiés à sa garde, s'élança sur l'un d'eux et le saisit de sa main droite par la crinière pour le faire lâcher prise sur son adversaire. Le cheval se cabra sur ces entrefaites, et pressa contre une poutre la main de Perrin, qui en ressentit une douleur excessivement vive. Cet homme vint immédiatement me trouver; sa main droite n'offrait aucune plaie. La première phalange de l'annulaire, légèrement tordue en dehors, était repoussée en arrière et dépassait en ce sens celle des autres doigts. La deuxième phalange, fléchie sur la première à angle droit, était fortement tordue en dehors, de telle sorte que la pulpe du doigt annulaire touchait le doigt indicateur au niveau du pli articulaire de la première avec la deuxième phalange. En touchant la partie luxée, je sentis distinctement à la face dorsale une petite tumeur arrondie, non saillante, formée par la tête de l'os de la première phalange; et à la face palmaire je ne constatai qu'un angle rentrant produit par la flexion de la phalange luxée. Ces deux phalanges avaient conservé leur longueur normale. Le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement volontaire; moi-même, je ne pouvais vaincre la rigidité du doigt et l'étendre.

Persuadé que j'avais affaire à une luxation en avant, et sachant qu'un retard de plusieurs heures met beaucoup de difficulté dans la réduction des luxations de ce genre, je la réduisis immédiatement et avec beaucoup de facilité. Pour cela, saisissant de ma main gauche le poignet droit du malade, j'appuyai la face palmaire des doigts de ma main droite sur la face correspondante du doigt luxé, mon pouce placé en arc-boutant sur la petite saillie formée par la tête de l'annulaire à sa face dorsale. J'exécutai alors un mouvement d'extension et je sentis aussitôt à un petit craquement que les surfaces articulaires étaient juxtaposées. Je maintins le doigt dans l'extension pendant deux jours à l'aide d'une petite attelle de carton placée sous l'articulation luxée et fixée par de petites bandelettes de sparadrap. Au bout de deux jours j'enlevai cette attelle; l'articulation offrait un gonflement produit par l'inflammation et par une accumulation de synovie. Ce gonflement diminua graduellement, et la flexion volontaire revint aussi petit à petit.

Je laissai pendant plusieurs jours le doigt entouré de bandelettes agglutinatives, pour empêcher des mouvements de flexion et d'extension trop étendus, et dix-huit jours après l'accident l'articulation avait repris tous ses mouvements.

Je pense qu'aussitôt la réduction opérée, j'aurais pu éviter la tumeur synoviale et abréger la durée du traitement en plaçant la main dans l'eau froide et en la maintenant ainsi pendant plusieurs heures.

En résumé, quels caractères saillants offre cette luxation? Aucun, pour ainsi dire. Nous voyons tout simplement la deuxième phalange fléchie sur la première, et toutes deux tordues en dehors, l'une légèrement, l'autre très fortement. On ne peut non plus constater aucune tumeur visible à la face dorsale du doigt; ce qui s'expliquerait, je crois, par l'insertion du tendon de l'extenseur commun à la partie supérieure de la deuxième phalange. Ce tendon, en effet, simulerait ici une corde tendue, surtout dans la flexion de la phalange luxée. Quant à la torsion que j'ai observée, doit-on l'attribuer au fléchisseur sublime aidé dans son action par le troisième lombrical? C'est ce que je ne voudrais pas affirmer. Nous savons, en effet, que ce petit muscle, né des tendons du fléchisseur profond, se bifurque pour se rendre au côté interne du médius et au côté externe de l'annulaire. Je crois l'action des lombricaux trop faible pour produire une torsion aussi complète.

UN COUP D'ŒIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. DEVILLE,
Ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris.

§ II. *Ouverture inférieure du canal crural.* — Nous avons déjà dit qu'on avait la mauvaise habitude aujourd'hui de considérer l'ouverture de passage de la veine saphène dans le fascia cribriformis comme étant l'ouverture inférieure en question. Pourquoi une pareille désignation? Pourquoi placer l'ouverture inférieure d'un canal juste dans l'épaisseur de sa paroi antérieure, ce qui ferait une ouverture taillée plus qu'en bec de flûte? Qu'on ne réponde pas que c'est parce que, le canal crural étant décrit à cause des hernies qui suivent son trajet, il n'est pas nécessaire d'examiner sa disposition plus bas que la veine saphène, limite que les hernies n'ont jamais dépassée sans sortir du fascia cribriformis. Ce serait là, et c'est en effet, puisqu'on la donne, une mauvaise excuse pour masquer une mauvaise chose; car voici la véritable raison pour laquelle on a accepté cette mauvaise désignation. Lorsqu'une vieille idée est mise en présence d'une nouvelle, elle la combat toujours avec ardeur et obstination, jusqu'à ce qu'arrive un moment où elle ne peut plus en empêcher le triomphe; alors elle cherche à se l'assimiler, et y réussit souvent, en faisant du mélange des deux un quelque chose hybride qui ne ressemble plus à rien, mais qui a l'avantage de sauver l'amour-propre, si ce n'est plus, de ceux qui avaient d'abord soutenu l'erreur. S'il ne s'agissait que de ménager l'amour-propre des individus, il faudrait approuver des deux mains. Malheureusement cela laisse fréquemment subsister l'erreur auprès de la vérité. Ainsi, dans les vingt ou trente premières années de ce siècle, alors qu'on détruisait, sans s'en douter, le fascia cribriformis dans la préparation du canal crural, on décrivait sous le nom d'ouverture inférieure du canal crural, ou sous celui de fosse ovale, ou sous celui d'*ouverture de la veine saphène*, un grand trou occupant toute la place du fascia cribriformis enlevé; alors bien des anatomistes, avec MM. Bérard et Cruveilhier, pouvaient se demander avec raison si réellement il y avait un canal crural sous forme de *canal*. Bientôt le fascia cribriformis déjà indiqué, mais négligé jusqu'alors, reprit ses droits; il fallut bien admettre que le canal crural était fermé vers la fosse ovale. Cependant les anatomistes n'avaient pas encore une idée bien complète du canal crural; il leur fallait une ouverture inférieure pour le canal; ils assignèrent comme telle l'ouverture du fascia cribriformis par laquelle passe la veine saphène. Les expressions anciennes restèrent absolument les mêmes; l'ouverture inférieure du canal crural resta l'ouverture de la veine saphène. Ce n'était plus la même ouverture; ce n'était plus la fosse ovale artificiellement préparée. C'était maintenant un trou plus petit percé dans le fascia cribriformis; c'était une disposition bien autrement différente; et l'on conservait néanmoins le même nom! — Qu'est-ce que cela fait, dit-on, dès qu'on se comprend? Et précisément c'est qu'on ne se comprend pas; tout cela fait du chaos, non-seulement pour les commençants embarrassés qui ne savent auquel croire, mais pour les chirurgiens eux-mêmes, comme il serait aisé de le prouver en rapprochant les passages contradictoires de leurs écrits.

Eh bien! non; même au point de vue d'un artifice de description, l'ouverture inférieure du canal crural ne peut pas être, n'est pas l'ouverture du fascia cribriformis par lequel passe la veine saphène. Cela n'a aucun sens.

Qu'est-ce que le canal crural? Nous le savons maintenant; c'est la partie supérieure évasée en entonnoir de la gaîne des vaisseaux fémoraux. Dans la partie évasée d'un entonnoir, où sont les deux ouvertures? L'une, la supérieure, est le rebord libre, la partie la plus large de l'évasement; l'autre, la plus étroite, est la petite ouverture par laquelle la partie évasée communique avec le goulot. Ceci, je pense, est incontestable. Eh bien! de même pour le canal crural, son ouverture inférieure sera sa communication avec le goulot au point où la gaîne aponévrotique ne s'écarte plus des vaisseaux, mais reste appliquée contre, ce qui a lieu un peu au-dessous du niveau où la veine saphène se jette dans la veine fémorale.

Tout cela peut être fort juste, dira-t-on; et, en effet, je ne vois pas comment on pourrait le contester; mais alors l'ouverture inférieure du canal crural n'est pas une ouverture libre, distincte, comme l'est l'ouverture supérieure. C'est très vrai; elle n'est pas plus libre que ne l'est l'ouverture inférieure de l'évasement d'un entonnoir à sa jonction avec le goulot. Et d'ailleurs, en assignant par artifice pour ouverture inférieure le trou du fascia cribriformis par lequel passe la veine saphène, est-ce qu'on a une ouverture libre par hasard? Du reste, tout cela n'est pas discutable. Evidemment, si le canal crural est l'évasement en entonnoir de la partie supérieure de la gaîne des vaisseaux fémoraux, sa terminaison par en bas, son ouverture inférieure si l'on veut, est là où cesse l'évasement, l'écartement de la gaîne de dessus la surface des vaisseaux qu'elle loge.

§ III. *Parois du canal crural.* — Comme dans toute la longueur de la gaîne des vaisseaux fémoraux, et de même que pour toutes les autres gaînes, le canal crural peut être considéré comme formé de deux lames aponévrotiques, une qui passe au-devant des vaisseaux et une qui passe par derrière. Cependant, de même qu'il y a trois côtés à l'anneau crural, de même il est plus exact de décrire trois parois au canal crural : une antérieure ou superficielle, deux profondes ou postérieures, dont l'une, en même temps interne, est formée par une aponévrose qui sépare les vaisseaux du muscle pectiné; tandis que l'autre, en même temps postérieure et externe, est formée par une aponévrose qui sépare les vaisseaux de la portion crurale du muscle psoas-iliaque. En somme, le canal crural est logé dans cet espace prismatique triangulaire qui est placé entre le tissu cellulaire sous-cutané superficiellement et profondément les deux plans inclinés que forment les faces antérieures des muscles pectiné et psoas-iliaque, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope. Examinons successivement chacune des trois aponévroses qui en constituent les parois, surtout l'antérieure ou superficielle, qui en est la plus importante.

La *paroi antérieure* du canal crural est une dépendance de l'aponévrose générale d'enveloppe de la cuisse, avec laquelle elle se continue sans transition aucune. Epaisse et résistante vers la partie externe qui correspond à l'artère, elle présente un peu en avant, mais surtout en dedans de la veine fémorale, une disposition criblée particulière qui a fait donner à cette partie le nom de fascia cribriformis, tandis que la partie externe et épaisse est appelée ligament falciforme. Pendant longtemps on enlevait dans la préparation du canal

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre et 4 décembre.

crural le fascia cribriformis comme appartenant au tissu cellulaire sous-cutané, et alors on décrivait le ligament falciforme seul comme constituant l'unique paroi antérieure incomplète du canal. Plus tard le fascia cribriformis a été connu, mais on n'a pas toujours compris sa continuité intime avec le ligament falciforme; quelques-uns ont cru même qu'il en était distinct; et, soit pour ces raisons, soit à cause de son importance, le fascia cribriformis a été à peu près constamment décrit à part. Nous allons accepter cet usage, et, quoique nous décrivions à part le ligament falciforme et le fascia cribriformis, nous insisterons constamment sur leur continuité.

Le ligament falciforme de la paroi antérieure du canal crural est souvent désigné en France sous le nom de ligament de Burns. Il résulte de plusieurs passages de l'ouvrage de M. Gay que ce nom est donné ici, en Angleterre, à une autre disposition ligamenteuse dont il sera question, et par conséquent que cette épithète, dont j'avais moi-même l'habitude de me servir dans mes cours, ne doit pas être conservée. Remarquons aussi, avant d'aller plus loin, qu'à propos du canal crural l'épithète de falciforme est donnée à deux dispositions ligamenteuses bien différentes : 1° au ligament de Gimbernat, qui a en effet la forme d'une faux; 2° au ligament de la paroi antérieure du canal, dont nous nous occupons en ce moment; cette confusion ne sera plus possible lorsqu'on s'entendra pour ne plus appeler désormais le ligament de Gimbernat ligament falciforme, et pour appliquer cette dénomination exclusivement à la partie épaisse et externe de la paroi antérieure du canal crural; mais pour lire et comprendre les auteurs antérieurs, il est bon de se tenir en garde contre la confusion signalée.

Le nom de ligament falciforme ne doit pas donner l'idée d'un cordon de fibres ligamenteuses ramassées qu'entraîne généralement avec lui le nom de ligament. C'est là un de ces vices si fréquents dans les dénominations anatomiques, dont il suffit pour l'instant d'être prévenu. C'est une plaque aponévrotique épaisse et résistante continue en dehors et en bas, sans aucune ligne de démarcation avec l'aponévrose générale d'enveloppe de la cuisse; par en haut, elle se fixe sur la face inférieure du ligament de Fallope jusqu'à l'épine du pubis. En dedans elle se continue intimement avec le fascia cribriformis; mais lorsque par artifice de dissection on enlève cette partie criblée, le ligament falciforme paraît se terminer en dedans par un rebord libre et résistant, qui commence un peu au-dessous de l'épine du pubis, et se porte en bas et en dehors en décrivant une courbe d'un demi-ovale, dont la concavité regarde en dedans et un peu en bas. Cette courbe vient se terminer en passant un peu au-dessous du recourbement supérieur de la veine saphène. Redisons-le encore, ce bord libre courbe, si célèbre dans la description de la fosse ovale de Scarpa, dont il limite la moitié externe, est entièrement artificiel, fabriqué par le scalpel. Cependant il a une certaine importance encore aujourd'hui, parce que c'est le long de son trajet que le fascia cribriformis se continue avec le ligament falciforme; ou, pour mieux dire, en dehors et au-dessus de lui, l'aponévrose antérieure du canal crural est épaisse, ferme, résistante, tandis qu'en dedans et au-dessous de lui l'aponévrose est mince, faible, criblée de trous. On comprend maintenant le nom de ligament falciforme donné à la portion aponévrotique qui reste au-devant du canal crural lorsqu'on a enlevé le fascia cribriformis et fabriqué artificiellement le rebord libre demi-ovale dont nous venons de parler. Cette portion, en effet, a la forme d'une faux, à base très large regardant en dehors, et à sommet interne attaché à l'épine du pubis. La totalité de l'artère fémorale et une grande partie de la veine fémorale sont cachées sous la base de cette disposition falciforme. Le sommet aminci passe au-devant et en travers de la veine, longe le ligament de Gimbernat, et va s'attacher avec lui et au-dessous de lui à l'épine du pubis. On nomme prolongement du ligament falciforme cette partie interne, étroite, du ligament qui longe de dehors en dedans le ligament de Gimbernat. Nous avons déjà signalé le prolongement du ligament falciforme comme fournissant à la bandelette iléo-pubienne des fibres de renforcement qui contribuent à la formation du ligament de Gimbernat. Dans ce prolongement ou ce renforcement, quelques personnes ne connaissant pas bien le vrai ligament de Hey; erreur que le texte de Hey dément d'une manière formelle.

Fascia cribriformis. — C'est bien positivement la continuation directe du ligament falciforme, ou, pour mieux dire, de l'aponévrose générale d'enveloppe de la cuisse passant au-devant des vaisseaux fémoraux. Seulement elle offre une disposition particulière en ce qu'elle est affaiblie par un grand nombre de trous pour le passage de nombreux vaisseaux. Dans cet endroit, en effet, un peu en avant et en dedans de la veine fémorale, nous trouvons : la veine saphène, qui se recourbe pour aboutir à la veine fémorale; les artères et veines honteuses externes, devenant superficielles de sous-aponévrotiques qu'elles étaient d'abord; les artères et veines sous-cutanées abdominales, qui se comportent de même, ainsi que plusieurs artérioles et veinules destinées aux ganglions lymphatiques superficiels de l'aine, surtout un nombre de vaisseaux lymphatiques très considérable qui, de superficiels, deviennent sous-aponévrotiques. Tous ces vaisseaux percent l'aponévrose fémorale, à côté les uns des autres dans un espace étroit compris en travers, depuis le bord libre artificiel du ligament falciforme jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe du muscle pectiné, et de haut en bas depuis le voisinage de l'épine du pubis jusqu'un peu au-dessous du niveau de recourbement de la veine saphène. Quoi d'étonnant alors que dans cet espace circonscrit l'aponévrose fémorale ne se présente plus à l'état de lame aponévrotique ferme et résistante, mais sous forme d'une agglomération de petits trous séparés les uns des autres par de petites cordes ou lames fibreuses, restes de l'aponévrose? Malgré cela, il n'est pas besoin d'apporter une grande attention pour constater que les lames ou cordes fibreuses qui séparent les trous se continuent intimement en dehors avec les fibres du ligament falciforme, dont elles sont la suite directe; c'est-à-dire qu'elles continuent positivement l'aponévrose fémorale d'enveloppe générale au-devant de la partie interne de la veine que n'avait pas recouverte le ligament falciforme, et au-devant de la portion la plus interne du canal crural. Tout à fait en dedans, à leur jonction avec l'aponévrose du muscle pectiné, les trousseaux fibreux qui séparent les trous dont est criblée cette portion de l'aponévrose fémorale se continuent d'une manière tout aussi incontestable avec l'aponévrose du muscle pectiné; seulement ils sont bien moins nombreux et plus faibles, et par conséquent plus faciles à détruire pendant la préparation, si on n'y prend pas garde. Cette portion criblée de l'aponévrose fémorale, qui forme la portion interne et un peu inférieure de la paroi antérieure du canal crural, porte maintenant le nom très juste de fascia cribriformis. Parmi les trous dont elle est criblée, on signale : le plus inférieur et le plus volumineux, qui est destiné au passage de la veine saphène; puis les deux ou trois supérieurs placés le plus au voisinage de l'épine du pubis, parce que c'est par l'un d'eux dilaté que sort fréquemment la hernie crurale pour devenir complète. Néanmoins une hernie crurale peut, par exception, sortir par un quelconque des trous du fascia cribriformis, et même par plusieurs d'entre eux simultanément, en envoyant un cul-de-sac à chacun d'eux, comme dans le cas toujours cité, si bien décrit et dessiné par Hesselbœch.

Parce que les anciens anatomistes, non prévenus de son existence, enlevaient, malgré toute leur habileté, le fascia cribriformis en même temps que le tissu cellulaire, on se figure encore aujourd'hui, quand on n'en a pas l'habitude, que la préparation en est difficile. C'est une erreur; rien n'est plus simple, et bien des fois je me suis amusé à le préparer d'un seul coup de scalpel. Il suffit de renverser le tissu cellulaire sous-cutané, en suivant bien la face superficielle de l'aponévrose fémorale, en procédant de bas en haut et de dehors en dedans; si l'on commençait du côté du muscle pectiné, on s'exposerait à déchirer dès le commencement les attaches du fascia cribriformis, plus faibles en ce sens. Ce qui embarrasse aussi les commençants, c'est que le tissu cellulaire sous-cutané envoie souvent des prolongements qui accompagnent les vaisseaux, surtout lymphatiques, dans les trous du fascia cribriformis; cette petite difficulté bien légère est levée, quand on n'en a pas l'habitude, en tenant le tranchant du scalpel plutôt incliné vers le tissu cellulaire que vers l'aponévrose fémorale pendant le temps que dure la dissection. Au reste, le tissu cellulaire sous-cutané n'envoie pas des prolongements dans tous les trous; par exemple, la veine saphène, en passant, au moment de son recourbement supérieur, par le trou qui lui est destiné, adhère notablement par sa tunique externe à tout le pourtour de ce trou, ou mieux se comporte par rapport à lui comme le cordon testiculaire par rapport au fascia transversalis, au moment où il passe dans l'anneau abdominal du canal inguinal.

C'est par l'extirpation volontaire ou involontaire du fascia cribriformis qu'on prépare artificiellement la fosse ovale de Scarpa. La description de cette fosse, qui a été un bon progrès à l'époque où elle fut faite, serait aujourd'hui une aberration. Je vais en dire quelques mots cependant, parce que cela va nous fournir l'occasion d'élucider quelques détails obscurs, et de dire en particulier ce que c'est que le ligament de Burns, que nous prenons à tort, en France, pour le ligament falciforme. — Par l'extirpation de cette partie de l'aponévrose fémorale, qui porte le nom de fascia cribriformis, on fabrique artificiellement à travers l'aponévrose fémorale générale d'enveloppe, vis-à-vis la partie interne du canal crural, une grande ouverture ovalaire, à grand diamètre vertical. Cette ouverture est comme placée au fond d'un enfoncement déterminé surtout par la saillie en avant de la partie interne du muscle pectiné. Elle est circonscrite en dehors et en haut par le rebord artificiel libre du ligament falciforme. En dedans, elle est limitée par une petite saillie évidente sur l'aponévrose du muscle pectiné, petite saillie à concavité tournée en dehors, qui est la trace de l'insertion artificiellement coupée du fascia cribriformis; tout à fait en bas, en s'approchant de la saphène, cette saillie devient plus marquée, plus distincte, constitue une petite lame aponévrotique en forme d'une petite faux, qui, en passant par-dessous le recourbement supérieur de la veine saphène, va se continuer en dehors avec le véritable ligament falciforme, et c'est cette portion placée en dedans de la veine saphène qui est le vrai ligament d'Allan Burns; par en haut, la petite saillie de l'aponévrose du muscle pectiné, qui limite en dedans la fosse ovale, ne va pas se terminer à l'épine du pubis, mais un peu en arrière et en dehors d'elle : d'où cette description si pompeuse que j'ai entendu faire bien des fois, à savoir, que les bords interne et externe de la fosse ovale ne se réunissaient pas supérieurement pour compléter l'ovale, mais se croisaient en forme de pas de vis. C'est déjà trop insister sur une erreur anatomique, sur une fosse ou trou qui n'est qu'une fabrication artificielle, et auquel on donnait alors aussi le nom d'ouverture de la veine saphène, nom réservé uniquement aujourd'hui au trou inférieur du fascia cribriformis, par lequel cette veine passe.

Si nous voulons résumer ce qui précède, nous pouvons dire en deux mots ce qu'est la paroi antérieure du canal crural : c'est l'*aponévrose fémorale* elle-même, l'aponévrose superficielle ou d'enveloppe générale qui passe au-dessous du ligament de Fallope, devant tout le canal crural. Seulement, cette aponévrose présente dans sa continuité, au-dessous du ligament de Fallope, des nuances d'épaisseur et de variété que l'on peut résumer ainsi, en la suivant de dehors en dedans et en nous rappelant que sur le devant du haut de la cuisse, lorsque toute aponévrose est enlevée, on trouve successivement le muscle fascia lata, le muscle couturier, le muscle psoas iliaque, l'artère fémorale, la veine fémorale, le muscle pectiné. Sur le muscle du fascia lata, et plus encore entre lui et le couturier, l'aponévrose est extrêmement forte et épaisse. Elle s'amincit sur le couturier. Elle reprend un peu d'épaisseur sur le muscle psoas iliaque et continue à s'épaissir au-devant de l'artère fémorale, là où elle constitue le ligament falciforme. Sur la veine et en dedans d'elle, l'aponévrose devient mince et est criblée de trous nombreux pour le passage des vaisseaux; elle porte alors le nom de fascia cribriformis. Enfin, arrivée sur le muscle pectiné, elle revêt ce muscle sous forme d'une membrane bien plus mince qu'elle ne l'était en dehors sur le couturier. Mais avec toutes ces nuances, suivant le point où on l'examine, cette aponévrose n'en est pas moins une seule et même aponévrose, parfaitement continue avec elle-même et revêtant les organes sous-jacents qu'elle sépare du tissu cellulaire sous-cutané; le petit angle, plan ouvert en avant, qu'elle forme avec elle-même à la jonction du fascia cribriformis avec l'aponévrose du pectiné ne prouve rien contre sa continuité; cet angle est dû à ce que la face antérieure du muscle pectiné, par suite de la saillie de son bord interne, ne regarde pas directement en avant, mais en même temps en avant et en dehors.

La *paroi postérieure* ou mieux les deux parois postérieures, l'une externe, l'autre interne, du canal crural sont aussi formées par des aponévroses dépendant de l'aponévrose fémorale. Prenons l'aponévrose superficielle précédemment étudiée sur le muscle psoas iliaque. A une petite distance en dehors de l'artère fémorale, cette aponévrose se divise en deux feuillets : un superficiel, que nous venons d'étudier sous le nom de ligament falciforme; un profond, qui continue à tapisser la portion crurale du muscle psoas iliaque en s'insinuant entre lui et l'artère et va se continuer ensuite sur le muscle pectiné; ce feuillet profond constitue la paroi externe du canal crural. De même que la face interne du muscle psoas iliaque, qu'elle tapisse en s'insinuant entre elle et l'artère, cette aponévrose forme un plan incliné qui regarde en avant et en dedans. Prenons maintenant l'aponévrose superficielle du muscle pectiné précédemment décrite et suivons-la de dedans en dehors. Dès qu'elle est parvenue à une distance assez notable en dedans de la veine fémorale, elle se divise en deux feuillets : un superficiel, qui est le fascia cribriformis déjà décrit; un profond, qui continue à tapisser par derrière la veine, le muscle pectiné, et, dès que ce muscle cesse, se continue en dehors avec l'aponévrose profonde du muscle psoas iliaque dont nous venons de parler. Ce feuillet profond est la paroi interne et postérieure du canal crural. Si l'on aime mieux, rappelons-nous que les muscles psoas iliaque et pectiné laissent entre eux, sur le devant de la cuisse, un angle rentrant assez profond dans lequel sont placées l'artère et la veine fémorales. L'aponévrose fémorale, pour former la gaîne de ces vaisseaux, évasée ici en entonnoir, se divise en deux feuillets, un qui passe devant les vaisseaux (ligament falciforme et fascia cribriformis), un qui passe derrière et tapisse par conséquent et successivement les muscles psoas iliaque et pectiné, qui sont derrière eux; ces deux feuillets, qui forment la gaîne des vaisseaux ou le canal crural, se réunissent en un seul pour fermer la gaîne, en dehors sur le psoas iliaque, en dedans sur le pectiné. Le feuillet postérieur, dans l'intervalle qui existe entre le bord interne du muscle psoas iliaque et le bord externe du pectiné, correspond à la capsule de l'articulation coxo-fémorale, à laquelle elle adhère assez intimement.

Je ferai remarquer que dans bien des livres, et plus souvent encore dans les cours, on faisait partir ce dédoublement de l'aponévrose fémorale pour former la partie supérieure de la gaîne des vaisseaux ou canal crural, de l'aponévrose du couturier en dehors. Erreur manifeste, puisque entre le couturier et l'artère fémorale il y a une portion fort large du muscle psoas iliaque; c'est de l'aponévrose qui revêt cette portion du muscle psoas-iliaque et non de l'aponévrose du couturier que part le dédoublement. On comprend à peine comment une telle erreur a pu durer autant.

(La suite à un prochain numéro.)

OBSERVATION DE DIATHÈSE CANCÉREUSE.

Par MM. Cl. Bernard et Laboulbène.

Les altérations multipliées que nous allons rapidement décrire ont été trouvées sur un sujet qui pendant la vie n'avait présenté que les symptômes, d'abord douteux, d'un rétrécissement de l'œsophage, soit simple, soit organique.

Ce sujet était une femme âgée de cinquante-six ans, dont la santé, toujours excellente, n'a commencé à s'altérer qu'au mois de mai dernier. Alors, à la suite d'une frayeur vive, il se déclara chez elle une jaunisse et une hémorrhagie par l'anus. Bientôt des vomissements commencèrent à se produire, et ils étaient devenus continuels, mais sans avoir donné lieu au rejet de sang ou de matière noire, quand cette femme entra, le 17 septembre, dans le service de M. Marotte (Sainte-Marguerite).

A cette époque, il n'y avait ni fièvre, ni amaigrissement, ni teint cachectique très prononcés; on ne sentait aucune tumeur dans le ventre. L'état général, en outre, était encore si satisfaisant qu'on dut penser à l'existence d'une simple dyspepsie.

Trois semaines après, le 7 octobre, la mort arrivait par suite de l'affaiblissement graduel de la malade.

Les altérations anatomiques rencontrées après la mort sont :

1° Une large ulcération de l'extrémité inférieure de l'œsophage et du cardia;

2° Des masses cancéreuses multipliées à la surface et dans l'intérieur du foie;

3° Des granulations, que le microscope a démontré être de nature cancéreuse, blanches, fermes, résistantes, ressemblant à des grains de semoule, variant du volume d'un grain de millet à une grosse lentille, répandues sous les deux feuillets viscéral et pariétal de la plèvre et du péritoine. Sous le

péritoine, elles sont plus petites; elles se montrent éparses ou confluentes; on ne les observe guère que dans les mésentères et dans les épiploons. L'épiploon gastro-hépatique se trouve presque transformé en une masse cancéreuse. Dans le mésentère, les granulations occupent principalement le bord intestinal de ce repli du péritoine. A cela près de la présence sous la plèvre de ces granulations, qui sont plus volumineuses là que dans l'abdomen et qui pénètrent dans certains points à une petite profondeur dans le parenchyme, les poumons nous ont paru parfaitement sains, ainsi que les organes importants dont nous n'avons pas parlé.

Nous renvoyons d'ailleurs, pour des détails plus précis, à l'observation que nous nous proposons de publier séparément. (*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 30 novembre et 6 décembre 1852.
Présidence de M. PIOBERT.

Physiologie de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique.

M. Marshall-Hall communique une note intitulée *La physiologie de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique.*

L'auteur, appliquant à l'étude de ces deux maladies ses idées sur le système spinal diastaltique, considérant ces deux maladies comme une et identiques, et ne différant que par le centre nerveux principalement affecté, commence par établir une première distinction diagnostique entre les accès d'origine inorganique et d'origine organique.

L'épilepsie et l'apoplexie *simples* ou paroxysmales, c'est-à-dire d'origine inorganique, sont des actions directes ou réflexes diastaltiques des muscles du cou (trachelismus), du larynx (laryngismus), ou des deux, suivies de leurs effets sur la circulation veineuse de cette région et des centres nerveux.

Les causes des accès de l'épilepsie ou de l'apoplexie d'origine inorganique se divisent principalement en deux catégories :

1° Celles des émotions ou des causes morales, la colère, la frayeur, etc. ;

2° Celles des irritations physiques, la dentition, les aliments indigestibles, les rétentions intestinales, les excitations utérines, etc.

Les premières agissent sur le système spinal diastaltique en ligne directe, c'est-à-dire depuis le siége des passions, à travers le centre spinal, sur les muscles. Ces actions pourraient être nommées *catastaltiques.*

Les causes de la seconde catégorie agissent en ligne réflexe *diastaltique.*

Pourquoi cette destination des actions catastaltiques et diastaltiques au cou et au larynx? L'auteur en trouve la raison dans la distribution extraordinaire, dans cette région, de nerfs provenant de la moelle allongée.

Les causes morales et les causes physiques dont il vient d'être question sont également remarquables par leur choix de cette même région et de ce même organe comme siége de leur influence. Il est proverbial, dit l'auteur, qu'on suffoque par le chagrin, par la colère. Le trachélisme et le laryngisme se voient fréquemment comme effets des indigestions, des irritations utérines périodiques, etc. On sait que des causes morales et physiques, le dégoût, l'irritation de l'estomac, des intestins font vomir par des actions diastaltiques, non moins spéciales et bien plus compliquées encore.

Les causes de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique agissent par des arcs nerveux diastaltiques bien distincts. Les émotions ou causes morales agissent en ligne directe de l'encéphale, par la moelle allongée et par les nerfs exotiques (facial, glosso-pharyngien, pneumogastrique, accessoire, hypoglossal).

Les irritations ou causses physiques agissent par les nerfs eisodiques (le trifacial, le pneumogastrique, les spinaux, la moelle allongée et les nerfs exodiques).

Selon les muscles ainsi excités en contraction, c'est le trachélisme, le laryngisme ou ces deux phénomènes qui se produisent.

L'auteur, après avoir décrit le trachélisme et le laryngisme spasmodiques et leurs effets, l'épilepsie et l'apoplexie trachéliennes et laryngiennes, décrit en ces termes les conséquences des attaques d'épilepsie et d'apoplexie.

Un accès épileptique est une surexcitation de la moelle allongée, centre des arcs diastaltiques nerveux; il s'ensuit un état d'épuisement nerveux, ensuite du ralliement (*sic*), ralliement qui va à l'excès; d'où susceptibilité à de nouvelles attaques. Il arrive qu'une fois épileptique, le malade l'est pour longtemps, et même quelquefois pour toujours.

Ainsi irritation, épuisement, réaction à l'excès, susceptibilité augmentée du centre spinal; accès, accès répétés, etc.

Le plus souvent les attaques d'épilepsie et d'apoplexie simples, laissent le coma; quelquefois il reste du délire ou de la folie; souvent il y a paralysie ou spasmo-paralysie; enfin démence, paralysie générale, etc.

Qui ne voit, ajoute l'auteur, que ces cas sont plutôt différentes phases de la même maladie que des maladies distinctes?

L'auteur formule en ces termes le traitement de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique.

Les causes doivent être éloignées.

Les états anormaux et morbifiques de l'estomac et des intestins doivent être corrigés. L'auteur dit avoir eu à se louer des bons effets d'apéritifs antiacides.

L'excitabilité augmentée de la moelle allongée laissée par les attaques doit être diminuée. M. Marshall s'est aperçu du bénéfice de la jusquiame pour arriver à ce but.

Lorsque les attaques ont été bien nombreuses et qu'elles ont laissé le teint pâle et blême, épileptique enfin, avec maigreur, faiblesse, etc., M. Marshall-Hall a ordonné le 50[e] d'un grain d'acétate de strychnine, trois fois par jour pendant plusieurs mois, avec un grand succès, comme tonique spinal.

L'auteur attache une grande importance au régime du malade : les exercices, les aliments, les excrétions, etc.

Enfin, l'auteur conclut par cette observation :

Autant que les dangers de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique dépendent du laryngisme spasmodique ou paralytique, autant ils sont éloignés par la trachéotomie, moyen qui a évidemment cette valeur, ni plus, ni moins; moyen qui a déjà sauvé la vie à deux malades, restauré l'intelligence à un certain degré à deux autres, et empêché le retour des accès d'épilepsie à deux d'entre eux.

Emploi des séminoïdes de ciguë et de la conicine dans les affections cancéreuses.

M. Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse une note sur l'emploi des séminoïdes de ciguë et de la conicine dans les affections cancéreuses et les engorgements réfractaires.

Suivant l'auteur, dans l'état actuel des choses, eu égard au découragement profond qui règne touchant le traitement du cancer, cette méthode thérapeutique lui paraît la plus rationnelle et la plus fructueuse.

Saignée des os.

M. Laugier communique sur ce sujet une lettre, dans laquelle il annonce la possibilité de saigner les os à l'aide d'un instrument qu'il a imaginé à cet effet.

Nous ferons connaître prochainement les résultats auxquels est arrivé ce prudent et judicieux chirurgien par l'application de cette nouvelle opération.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 décembre 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur communique :

1° Un rapport de M. le docteur Missa, médecin des épidémies de l'arrondissement de Soissons, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pont-Avray (Aisne);

2° Un rapport de M. le docteur Balme-Dugarray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le village de Cougeac (Haute-Loire);

3° Un rapport fait au Conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Gironde, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans ce département en 1849;

4° Plusieurs lettres contenant des remèdes contre le choléra, contre la rage, etc.;

5° Plusieurs états de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Buste de Desormeaux.

M. Desormeaux fils fait hommage à l'Académie du portrait de son père, mort membre de cette Société.

Urétrotome.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse un urétrotome à renflement latéral, pouvant couper à volonté, suivant l'auteur, d'avant en arrière et d'arrière en avant, et qui serait semblable, pour la forme et le principe d'action, à celui que M. Charrière fils a communiqué à la dernière séance. (Voir la figure.) Cet instrument a été présenté par M. Le Roy-d'Etiolles à l'Académie de médecine de Belgique le 25 février 1851.

M. le secrétaire perpétuel fait observer que ni la forme, ni le mode d'action des deux instruments ne sont semblables.

RAPPORTS.

Vacance.

M. E. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des déclarations de vacance, un rapport dans lequel il propose de déclarer la prochaine vacance dans la section d'anatomie pathologique. (Adopté.)

Analyse d'un liquide écoulé par l'oreille.

M. Bussy lit un rapport sur une note de M. Deschamps, relative à l'analyse d'un liquide qui s'est écoulé de l'oreille d'un homme qui avait une fracture du crâne. (Remercîments à l'auteur. Renvoi au comité de publication.)

Eaux minérales.

M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Charault, relatif à des sources minérales situées à La Herse (Orne). (Remercîments à l'auteur.)

Eaux sulfureuses.

M. Bouland, inspecteur des eaux d'Enghien, lit un mémoire sur le chauffage des eaux sulfureuses froides et sur son influence sur les résultats thérapeutiques.

1° Il résulte des recherches de l'auteur que le chauffage des eaux sulfureuses froides favorisant la transformation des hydrosulfates en hyposulfites est une opération mauvaise, coûteuse, et qui ne profite à personne. Il faut la supprimer entièrement et se borner à additionner, dans la baignoire, l'eau sulfureuse avec une certaine quantité d'eau bouillante.

Cette méthode, des plus simples, n'altère pas l'eau minérale et conserve au bain une richesse sulfureuse très considérable.

2° L'auteur a additionné de l'eau sulfureuse d'eau ordinaire à différents degrés, de manière à obtenir la température de bain. Ces expériences exposées dans un tableau détaillé, il conclut que le mélange fait avec l'eau commune à 60°, élève l'eau sulfureuse à la température du bain sans lui faire éprouver de perte forte, et qu'il ne se forme pas d'hyposulfite; mais dans la pratique il y aurait un grand avantage à n'employer que l'eau bouillante, parce qu'on utiliserait son calorique latent.

J'ai insisté à dessein, dit-il en terminant, sur cette transformation de l'hydrosulfate en hyposulfite. Pour la thérapeutique, c'est un fait important. L'action du premier sel est parfaitement connue, appréciée; celle du second est presque inconnue. Et, pour dire ma pensée tout entière, j'ajouterai que l'intégrité de l'hydrosulfate fait pour moi la valeur médicale d'une eau sulfureuse, établit sa supériorité. Les sources sulfureuses les plus justement estimées ne sont ni les plus riches, ni les plus thermales, mais bien celles que leur température permet d'utiliser sans le secours de l'art. Ainsi, à Baréges, les sources Polard et Tempéré donnent, en moyenne, de 35° à 36°, et ce sont les plus célèbres, quoique les moins sulfureuses de Baréges. Elles contiennent 0gr.010 et 0gr.011 de soufre; tandis que la grande Douche en contient 0gr.020, la Buvette 0gr.017, et le Bain de l'entrée 0gr.016.

A Cauterets, c'est Laraillère qui jouit d'une réputation européenne. Elle sort à 38°,5, et ne contient que 0gr.007 de soufre; tandis que César, les Espagnols et Bruzard en contiennent 0gr.012 et 0gr.015, mais elles ont 48° centigr.

Je pourrais multiplier les exemples et les prendre même en dehors du groupe des eaux sulfureuses.

Si l'on se rappelle les recherches qu'a faites notre collègue d'Uriage, M. Gerdy jeune, à propos de l'influence des bains sur l'organisme, on verra que les sources tempérées sont dans les meilleures conditions pour agir énergiquement sur l'économie.

D'après cet expérimentateur, c'est la température de 35° qui favorise le plus l'absorption des principes constituants d'une eau minérale. Lors donc que la nature nous la donne à ce degré, on évite les réservoirs, le chauffage ou le refroidissement, et les malades, qu'on me passe cette expression, peuvent se baigner dans une eau vierge. Voilà ce qui a lieu à Baréges et dans quelques localités privilégiées.

En présence de ces faits, ne paraît-il pas oiseux d'attribuer au calorique naturel des propriétés merveilleuses et complétement hypothétiques? Personne, on le sait, n'a pu encore démontrer la moindre différence entre la chaleur naturelle et celle de nos foyers.

Mais si le calorique paraît être dans tous les cas de la même nature et par conséquent paraît avoir la même action, en est-il de même de l'hydrosulfate et de l'hyposulfite? Qui croira que le soufre agisse de même sous l'un et sous l'autre état? Pour moi, je sais que l'expérience clinique démontre le contraire. Laissez de l'eau d'Enghien au contact de l'air pendant quatre ou cinq heures; baignez-y un vieil eczéma, un lichen chronique, et vous ne verrez survenir aucune excitation. Répétez cette expérience en employant de l'eau sulfureuse au même degré, mais qui n'aura pas éprouvé le contact de l'air, et vous ne tarderez pas à voir paraître une excitation très notable. Dans l'un et dans l'autre cas, le calorique est le même, la température la même. Pourquoi donc les effets sont-ils différents? C'est que dans le premier cas le soufre est à l'état d'hyposulfite et que dans le second on a un sulfure en dissolution.

Est-il donc irrationnel d'attribuer à l'état chimique différent l'influence différente aussi observée sur l'économie.

Si les résultats thérapeutiques sont moins beaux avec les eaux froides, c'est que pour les approprier à nos besoins nous les laissons s'altérer. C'est que la nature nous donne des hydrosulfates et que dans nos appareils ils deviennent des hyposulfites. Conservons l'intégrité du médicament qu'elle nous offre : alors, mais seulement alors, nous pourrons faire des études cliniques fécondes et comparables; alors, mais seulement alors, le praticien soucieux de l'intérêt de son client pourra donner un conseil éclairé, consciencieux, profitable.

Je résume le sujet de cette communication dans les conclusions suivantes :

1° Les eaux sulfureuses thermales de Baréges, Cauterets, etc., et celles froides d'Enghien produisent, l'action spéciale de la base étant mise de côté, des résultats thérapeutiques différents, parce qu'avec les premières les bains contiennent le soufre à l'état d'hydrosulfate, et qu'avec les secondes ils le contiennent à l'état d'hyposulfite.

2° On peut conserver à l'eau d'Enghin son intégrité en élevant sa température par l'addition d'eau ordinaire bouillante.

3° A l'avenir l'autorisation d'exploiter les eaux sulfureuses froides ne sera délivrée qu'en spécifiant l'emploi du mode de chauffage sus-énoncé à celui des gazomètres à air désoxygéné de MM. François Filhol et Chambert.

Après cette lecture, l'Académie se forme en comité secret pour examiner les comptes du trésorier.

Chronique et nouvelles.

Dans la séance d'hier de l'Académie, M. Gérardin a annoné la mort de deux des correspondants les plus honorables de la savante compagnie, MM. de Haldat et Bonfils, tous deux médecins à Nancy.

— Notre très distingué collaborateur, M. Marchal (de Calvi), vient de donner sa démission de chirurgien-major. D'après la nouvelle organisation du service de santé militaire, l'honorable chirurgien devait quitter Paris pour quelques années. On suppose que c'est là le seul motif qui ait pu l'obliger à renoncer à une carrière à laquelle ne l'attachaient pas moins ses sympathies que les brillants succès qu'il y avaient trouvés.

— Hier a commencé à la Faculté de médecine le concours pour l'agrégation. L'un des candidats les plus connus par leurs travaux, l'honorable M. Abeille, peu rassuré, dit-on, par ces calculs de probabilités qu'on ne manque jamais de faire avant l'ouverture d'un concours, ne s'est point présenté à l'épreuve. Tous les autres, au nombre de treize, étaient présents. La question de la composition écrite (première épreuve) sortie de l'urne est ainsi conçue :

Des gaz du tube digestif et des conditions physiologiques et pathologiques qui président à leur production, et des conséquences de leur accumulation.

— M. Demarquay, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, a commencé, hier mardi, à quatre heures, un cours public d'anatomie chirurgicale, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique. Il le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Bulletin bibliographique.

LE GÉRANT.

Paris, Imprimé par PLON frères, 36 rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an..... 30 »	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois..... 9 fr. Six mois...... 17 Un an........ 33	Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois..... 10 fr. Six mois...... 20 Un an........ 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. Du mode de nomination des juges agrégés dans les concours des Facultés. — HOPITAUX. — de la Pitié (M. Gendrin). Leçons cliniques sur la péricardite. — de la Charité (M. Velpeau). Cancroïde du prépuce. — Clinique départementale. Observation de corps étranger extrait de la narine d'un malade. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 10 DÉCEMBRE 1852.

Du mode de nomination

DES JUGES AGRÉGÉS DANS LES CONCOURS DES FACULTÉS.

Nous avons mentionné en temps et lieu la regrettable anomalie qui avait eu lieu dans le sein de la Faculté à propos de la nomination des juges du concours pour l'agrégation en médecine. Tant qu'une question personnelle pouvait paraître primer la question de principes, nous nous sommes abstenu de nous appesantir sur cet incident. Aujourd'hui que tout est rentré dans un ordre normal, grâce à l'équitable décision de l'autorité supérieure, nous pouvons sans inconvénient examiner ce que la Faculté aurait à faire pour éviter le retour de semblables événements.

Voici d'abord comment l'un des vétérans les plus honorés de la presse médicale, M. le docteur Raige-Delorme, raconte le fait dont il s'agit :

Un concours d'agrégation va s'ouvrir prochainement. Dans le jury, avec les professeurs de la Faculté qui en font partie, doivent entrer trois agrégés. Jusqu'à présent, la Faculté les avait presque constamment choisis d'après l'ordre de nomination; et c'était justice, d'une part, parce que c'est le seul privilége qui fût attaché à cet ordre; c'était, d'une autre part, une garantie pour le concours. Cette fois la majorité de la Faculté a cru devoir déroger par son vote à cet usage, et précisément celui des agrégés qui avait été nommé le premier ne se trouvait pas sur la liste. Nous sommes bien persuadé, pour notre compte, qu'il n'est entré aucune hostilité particulière de la Faculté contre un de ses agrégés les plus intelligents, qui a rempli avec tant de distinction la suppléance du cours d'hygiène; seulement, elle a montré des préférences qu'elle a bien le droit d'avoir, mais qu'il eût mieux valu réserver. La preuve de toute absence d'hostilité est dans le vote subséquent qu'elle a émis en faveur de M. Fleury. Toujours est-il que cette exclusion inusitée devait paraître blessante pour celui qu'elle frappait. La Faculté l'a compris et a voulu qu'une réparation eût lieu, et elle a profité d'une circonstance propice. Aux termes du règlement, la Faculté n'a pas le droit de nommer les juges agrégés du concours; elle doit seulement présenter au ministre, qui choisit, une double liste de noms. Écarté de la première liste, M. Fleury a été replacé au premier rang sur la seconde et signalé ainsi au ministre, qui n'a fait que ratifier le choix même de la Faculté. Ainsi la question, un moment indécise, se trouve résolue dans le sens qui nous semble le plus juste et le plus favorable.

Dans tout ce qui touche à la composition d'un jury, on ne saurait trop ménager les susceptibilités de l'opinion et multiplier les garanties d'impartialité. Le mode de nomination d'après un ordre préétabli et le tirage au sort ont l'avantage de ne laisser aucune excuse aux préventions les moins fondées et de satisfaire à toutes les exigences.

Nous ne chercherons pas à savoir jusqu'à quel point M. le ministre a comblé les vœux de la Faculté en plaçant au premier rang un nom qu'elle avait placé le quatrième sur la liste. Notre position plus facile nous permettrait de dire à cet égard ce que M. Raige n'a pu que penser; mais il est maintenant inutile pour tous d'insister sur ce point. Ce qui est utile, c'est d'engager la Faculté à obtenir de M. le ministre un règlement qui détermine d'avance une règle fixe pour les juges agrégés, comme il en existe une pour les juges professeurs, et de cette façon on évitera la manifestation de ces petites et mesquines passions qui ne peuvent que troubler une harmonie que la Faculté, plus que tout autre corps, a intérêt à conserver. Nous savons que l'opinion que nous exprimons ici est celle que professe le fonctionnaire le plus éminent de la Faculté. Qu'il s'occupe de la faire prévaloir; il y réussira sans aucun doute, et il évitera au corps dont il fait partie des embarras dont le moindre inconvénient est de se terminer par des leçons.

H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur la péricardite (1).

La voussure de la région précordiale, dans la péricardite, est un phénomène qui se produit d'une manière constante, mais qui ne se présente pas toujours avec le même degré d'évidence. En général, on le constate facilement lorsque les parois de la poitrine ont une faible épaisseur. Il devient très saillant aussitôt que la poche péricardiaque, progressivement distendue par l'épanchement qui se fait à son intérieur, atteint ou dépasse les limites de son ampleur naturelle. Il est peu apparent chez les malades dont la poitrine est naturellement voûtée, ou dont le système adipeux général est très développé.

La voussure de la région précordiale a été signalée par Avenbrugger, qui l'a bien décrite; elle était connue de Corvisart. On l'a considérée, et la plupart des médecins la considèrent encore aujourd'hui comme un effet purement physique de l'agrandissement que subit la cavité du péricarde. Les faits ne sont nullement favorables à cette opinion.

Lorsqu'on examine un malade au deuxième jour de la péricardite, on trouve sur la moitié de la hauteur de la région précordiale, entre la cinquième et la troisième côte, une matité absolue dont l'étendue et l'intensité diminuent sous l'influence du passage de la position demi-assise au décubitus dorsal. On reconnaît en même temps que la paroi thoracique du côté gauche est soulevée dans la portion qui correspond au cœur. On ne saurait évidemment admettre ici qu'un épanchement qui ne remplit qu'une partie de la capacité du péricarde détermine le soulèvement dont nous venons de parler.

Du reste, dans les cas où existe un épanchement assez abondant pour distendre le péricarde, rien ne démontre que le liquide, dont la force d'expansion est loin d'être aussi grande qu'on pourrait le penser, réagisse avec une puissance supérieure à la résistance opposée par l'enceinte de la poitrine.

Le phénomène qui nous occupe est susceptible d'une interprétation à laquelle nous attachons une certaine importance. Les couches musculaires à la surface desquelles s'établit médiatement une phlogose se paralysent. La paralysie des muscles intercostaux qui répondent au péricarde explique, dans l'inflammation de cette membrane, la voussure de la région précordiale. Les soulèvements partiels de la poitrine dont s'accompagnent les pleurésies circonscrites, le météorisme de l'abdomen qu'on observe dans la péritonite, de même que la voussure de la région précordiale à la suite de la péricardite, reconnaissent pour cause une paralysie musculaire consécutive. Un phénomène de même ordre que celui dont il vient d'être fait mention a été indiqué par Avenbrugger; il consiste dans le soulèvement de l'appendice xyphoïde. On est frappé, lorsqu'on examine des malades chez lesquels l'inflammation a acquis un certain degré d'acuité, de la saillie anormale autant que des vives douleurs qui existent au niveau de l'appendice xyphoïde. Il est aisé de se convaincre que la portion antérieure du diaphragme et la partie supérieure du muscle grand droit de l'abdomen participent à l'état de relâchement des muscles intercostaux; la respiration s'accomplit avec peine; elle est saccadée et imparfaite; les extrémités sont refroidies; souvent se manifestent des symptômes d'asphyxie commençante.

La matité de la région précordiale, l'étendue qu'elle occupe, la forme qu'elle affecte se conçoivent trop facilement, après les détails dans lesquels nous sommes entré plus haut, pour donner lieu à des considérations nouvelles.

L'atrophie du cœur est une des conséquences possibles de la péricardite; elle se produit toutes les fois que l'inflammation est suivie d'un dépôt considérable de fausses membranes. D'après l'auteur d'un mémoire qui, il y a quinze ans environ, a été publié en Allemagne, elle est due, d'un côté, à la persistance de la phlogose, de l'autre à la présence des fausses membranes qui compriment incessamment l'organe central de la circulation et gênent de plus en plus la liberté et l'énergie de ses mouvements. Nous acceptons l'explication; elle nous paraît incontestable au point de vue anatomique; mais nous n'admettons pas, avec le pathologiste qui l'a présentée, que les couches plastiques, par lesquelles a été successivement recouverte la surface du cœur, se pénètrent de la matière colorante du sang, et revêtent, à mesure que l'atrophie fait des progrès, les caractères et les propriétés d'un tissu qui bientôt deviendra apte à remplir les fonctions d'une couche musculaire supplémentaire. L'infiltration de la matière colorante du sang n'est pas, en effet, une condition suffisante pour la transformation des fausses membranes en un tissu semblable à celui qui constitue les muscles; il est impossible de trouver dans la combinaison particulière à laquelle elle donne naissance des fibres distinctes et régulières dont l'action soit capable de suppléer à l'affaiblissement des mouvements du cœur. D'ailleurs, s'il en était ainsi, on ne verrait pas surgir les troubles de circulation qui, en pareil cas, ne manquent jamais de se développer, entraînent une perturbation générale de la nutrition et conduisent les malades à la mort.

Lorsque la cavité du péricarde est occupée par un épanchement abondant ou par des fausses membranes épaisses et anciennes, il est fréquent de rencontrer à la base du cœur, entre les articulations synchondro-sternales des deuxième et troisième côtes, un bruit de frottement soufflant qui continue le bruit systolique et se prolonge dans une faible étendue sur le trajet des grosses artères. Dans quelques circonstances, ce bruit peut s'expliquer en partie par l'état chlorotique des malades. Il n'en est pas toujours ainsi; le plus souvent il appartient en propre à une période déterminée de la péricardite, celle dans laquelle le cœur refoulé, soit par le liquide épanché, soit par les fausses membranes déposées à l'intérieur du sac péricardiaque, se porte en avant en même temps qu'il se rapproche du sternum. Il a pour cause la torsion que subissent les grosses artères qui partent de la base du cœur, torsion dont l'effet sur les colonnes du sang en mouvement peut être comparé à la pression exercée sur un cylindre artériel avec le stéthoscope.

Aussitôt que le travail de résorption qui a pour objet de faire disparaître les produits de l'inflammation de la membrane séreuse est assez avancé pour que le cœur déplacé puisse reprendre sa situation naturelle, le bruit de frottement s'efface peu à peu avec les conditions anatomiques qui l'avaient fait naître.

D'après ce que nous venons de dire, il doit être regardé comme un phénomène éventuel de la péricardite.

L'étiologie des inflammations de la membrane séreuse péricardiaque repose tout entière sur la considération des circonstances au milieu desquelles ces inflammations se manifestent.

L'action subite du froid, le corps étant en sueur, est considérée par la plupart des auteurs comme l'une des causes les plus puissantes de la péricardite. On voit souvent des personnes chez lesquelles le passage d'une température élevée à une basse température, après un exercice assez actif et assez prolongé pour provoquer la transpiration, est suivi soit d'une péricardite, soit d'une pneumonie ou d'une pleurésie. Le fait est incontestable; mais il montre en même temps que l'intervention de causes propres à appeler sur le péricarde les effets fâcheux des perturbations fonctionnelles qu'engendre le refroidissement est indispensable pour que la péricardite se développe de préférence à toute autre inflammation.

Les violences extérieures qui agissent sur la poitrine peuvent déterminer et déterminent quelquefois la péricardite. Il est facile de comprendre comment leur influence peut s'étendre au cœur et à ses annexes.

Nous avons fait pressentir que les causes externes en général ne donnent naissance à la péricardite qu'autant que des circonstances particulières déversent en quelque sorte leur action sur le péricarde; c'est ce qui arrive dans la presque totalité des cas.

Un des exemples les plus remarquables qu'on puisse citer à cet égard est l'histoire du malade dont parle Corvisart. Un courrier, qui était allé de Madrid à Varsovie, avait été pris de péricardite à la suite d'un refroidissement; les secousses causées par l'équitation, en exagérant à un haut degré et pendant plusieurs jours consécutifs l'activité de la circulation, avaient sans nul doute amené du côté du cœur et de ses annexes un excès de vitalité auquel doit être rapportée la plus grande part d'influence dans l'apparition de la maladie.

Lorsque des causes analogues à celle qui vient d'être mentionnée impriment à l'organe central de la circulation et à ses dépendances immédiates une énergie fonctionnelle inaccoutumée, la cause occasionnelle la plus légère suffit pour déterminer l'inflammation du péricarde. C'est ainsi qu'on voit la péricardite se déclarer sous l'influence de l'action du froid à la suite d'un travail pénible et d'efforts musculaires longtemps prolongés.

On peut poser en principe que toutes les conditions accidentelles ou hygiéniques qui ont pour résultat de redoubler l'activité normale du cœur et de ses annexes font retentir sur le péricarde, d'une manière plus ou moins certaine, l'effet pathologique des causes les plus diverses auxquelles les inflammations doivent leur origine. Les causes générales externes sont donc purement relatives; telle est la raison pour laquelle, sur un nombre donné d'individus qui subissent leur influence perturbatrice, les uns contractent des affections rhumatismales, les autres des péricardites, les autres des pneumonies.

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 3[illegible]tobre et 23 novembre 1852.

Les causes générales internes ont pour caractère une disposition morbide générale dont l'action élective se porte sur certains systèmes, tels, par exemple, que le système des membranes séreuses; elles diffèrent donc entièrement des causes générales externes.

Dans le cours du rhumatisme articulaire, et principalement du rhumatisme articulaire aigu, le péricarde peut devenir le siége d'inflammations analogues à celles qui envahissent les membranes séreuses des articulations. Ces inflammations, de même que lorsqu'elles occupent la plèvre, présentent quant à leur marche deux formes distinctes, l'une qui correspond à la persistance de la phlogose dans le même lieu depuis le commencement de la maladie jusqu'à sa terminaison; l'autre qui se rattache au transport facile de la phlogose d'un point sur un autre. Les péricardites rhumatismales, en effet, tantôt commencent avec l'affection rhumatismale, et ne cèdent que lorsqu'elle a parcouru toutes ses périodes; tantôt, au contraire, elles sont fugaces et se déplacent avec la même rapidité que la maladie articulaire.

L'influence des maladies du cœur sur le développement de la péricardite est un fait incontestable. Il n'est pas besoin d'une longue observation pour se convaincre que rien n'est plus commun que de voir l'inflammation du péricarde se manifester pendant le cours des indurations aortiques aiguës ou chroniques, des indurations endocardiaques valvulaires ou non valvulaires; et, pour nous servir de l'expression la plus ordinaire, pendant la durée des hypertrophies. Aussi est-on autorisé à affirmer que toute personne qui a une maladie du cœur est exposée par cette seule circonstance à contracter une péricardite intercurrente, et à succomber à ses suites.

On voit par là qu'il existe un rapport intime entre les phlogoses aiguës ou chroniques des parties profondes du cœur et les phlogoses du péricarde. Ce rapport peut se comprendre par la simple considération des dispositions anatomiques, en vertu desquelles le système vasculaire du péricarde se trouve associé au système vasculaire des membranes séreuses du cœur. Du reste, il existe, indépendamment des connexions vasculaires par lesquelles s'explique la propagation réciproque des affections internes du cœur et de celles du péricarde, des circonstances d'une autre nature qu'il importe de ne pas perdre de vue. Les maladies du cœur, surtout lorsqu'elles sont passées à l'état chronique, introduisent dans les tissus blancs une prédominence de l'exhalation séreuse, qui suppose nécessairement une exagération d'activité de travail exhalant, éminemment propre à favoriser le développement de l'inflammation au sein de ces tissus. Telle est, à n'en pas douter, l'une des causes de ces arthrites, de ces pleurésies, de ces péricardites enfin qui surviennent au milieu des diathèses séreuses engendrées par les affections du cœur. Ajoutez que, dans les maladies graves de l'organe central de la circulation, l'état pathologique accessoire qui peu à peu envahit l'organisme tout entier doit avoir une part réelle dans la production de la phlogose du péricarde. Enfin il ne répugne nullement d'admettre que les violentes contractions du cœur, contractions qui retentissent dans tout le thorax et l'ébranlent si fortement, déterminent du côté du péricarde une excitation qui ait pour effet d'établir dans cette membrane une activité fonctionnelle exagérée, et de la prédisposer puissamment à une inflammation ultérieure.

La péricardite peut se manifester pendant le cours des diverses affections inflammatoires de la poitrine. Il n'est pas rare de voir des pneumonies qui se montrent d'ailleurs avec leur forme ordinaire se compliquer de péricardite, soit au moment de leur début, soit pendant leur durée. Dans quelques cas, à une inflammation de la plèvre succède une inflammation du péricarde. La péricardite apparaît donc, dans un certain nombre de circonstances, comme un phénomène accessoire aux autres affections thoraciques. Il y a là un fait qui trouve sa raison d'être dans les rapports anatomiques et physiologiques par lesquels sont unis entre eux les viscères contenus à l'intérieur de la poitrine.

Quelques auteurs ont cité des exemples de péricardites survenues à la suite d'affections cutanées plus ou moins anciennes; ils les ont présentées comme le résultat d'une véritable métastase. En admettant l'exactitude de leurs observations, en admettant la métastase elle-même, on est conduit à regarder comme nécessaire pour l'accomplissement du phénomène, l'intervention des causes accessoires, qui, telles que des palpitations violentes et prolongées, des émotions morales vives, des coups sur la région du cœur, aient agi de manière à appeler vers le péricarde le déplacement de l'affection chronique de la peau. A.-H. Margerie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Cancroïde du prépuce.

Le malade qui va nous occuper nous offrait à l'extrémité de la verge une tumeur de la grosseur d'un œuf, ressemblant à un chou-fleur. Son histoire est d'un grand intérêt. Je vais d'abord rapporter l'observation; je la ferai suivre de quelques réflexions recueillies à la clinique de M. Velpeau. Mais tout d'abord disons qu'il s'agissait d'une tumeur ayant son siége dans le prépuce, et qui était de la nature des cancroïdes.

Le malade, âgé de soixante-quatre ans, journalier, entré le 23 janvier 1852, salle Sainte-Vierge, n° 32, est sorti le 20 février suivant.

Cet homme, d'une constitution sèche mais bonne, a toujours joui d'une bonne santé. Il habite la campagne, et n'a jamais eu de maladie vénérienne. Nous ne trouvons rien dans ses antécédents qui puisse offrir quelque intérêt relativement à l'affection qui l'a amené à l'hôpital. Sa maladie remonte à cinq ans. Jusqu'alors les organes génitaux étaient parfaitement sains; seulement le prépuce était fort long et le gland n'était jamais découvert. A cette époque, les érections devinrent douloureuses, la copulation tout à fait impossible. C'est, dit-il, à la suite d'un coup qu'il s'était donné dans cette région qu'apparurent ces premiers symptômes. En même temps il vit se développer sur le côté gauche du prépuce un petit bouton d'abord de la grosseur d'une tête d'épingle, noirâtre, fendillé, qui, au lieu de disparaître, alla toujours en s'étendant. Ce bouton fut cautérisé avec le nitrate d'argent à plusieurs reprises; mais cette cautérisation ne le fit pas disparaître; au contraire, de nouveaux boutons parurent et se développèrent à côté du premier; puis d'autres encore, et ainsi successivement jusqu'à ce que l'extrémité de la verge ait pris l'apparence d'un champignon, d'un chou-fleur, et soit parvenue à l'état où nous la trouvons au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

La santé générale est bonne; un peu de tristesse et de misanthropie; les fonctions digestives, circulatoires et respiratoires s'accomplissent fort bien. Le malade a cependant perdu le sommeil, et cette fâcheuse disposition a amené un peu d'amaigrissement. Rien dans le facies ne nous rappelle la teinte jaune-paille de la cachexie cancéreuse.

L'extrémité de la verge, comme nous l'avons déjà dit, ressemble à un chou-fleur; elle est épanouie, fendillée, bosselée, rouge, comme saignante, peu douloureuse au toucher. Au centre, ou à peu près, existe un trou par lequel suinte de la matière purulente. C'est par ce trou que s'écoulent les urines, qui sont, du reste, rendues avec facilité, et dont le jet est bien projeté en avant. Si, par cette ouverture, on introduit un stylet, on trouve un espace entre le gland et la tumeur, qui les laisse circuler assez librement, excepté dans quelques points, où l'on rencontre des adhérences, et ces adhérences existent principalement à la partie inférieure du gland, près du frein.

Cette tumeur est de temps en temps le siége de douleurs lancinantes. Ce sont ces douleurs qui, au dire du malade, l'empêcheraient de dormir. Elles se sont exaspérées depuis quelques jours.

Pas d'autres points douloureux, ni dans le bassin, ni vers la vessie, ni vers les testicules. Dans le pli de l'aine, à droite comme à gauche, quelques ganglions peu tuméfiés, nullement douloureux, et dont l'apparition semble remonter au début de la tumeur.

L'opération est pratiquée le 27 janvier de la manière suivante :

Une incision circulaire occupant tout le pourtour de la tumeur est pratiquée à la naissance du prépuce. Cette incision s'étend en profondeur jusqu'à la rainure du gland. On voit alors sans peine que le gland, excepté dans quelques points voisins du frein, est sain; on enlève la tumeur en le respectant; et dans les points où existent ces adhérences, afin d'être certain de ne rien laisser du cancroïde, on excise un peu du gland. La tumeur est tout entière enlevée; on lie deux petites artérioles et on fait un pansement simple. La journée se passe bien. — Bouillons; potages.

Le 28, le malade a bien dormi, et le sommeil qu'il a goûté lui a fait bien; il y avait longtemps qu'il n'avait eu un repos aussi calme. Le suintement sanguin a été fort peu important. Pas de douleur.

Le 29, le premier pansement est levé; la plaie a une belle apparence. Pas de douleur. Bon appétit.

Le 5 février, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation. Le malade a un grand appétit. Pas de douleur.

Le 15, la plaie est presque entièrement cicatrisée. Il n'y a plus qu'un point qui reste en suppuration; il est situé près du frein, et correspond à la portion du gland qui a été excisée. Le malade mange bien, dort bien, ne souffre plus. Il a eu une érection pendant la nuit, et elle n'a pas été douloureuse. Il demande à sortir, promettant bien de revenir sans tarder, si le mal reparaissait.

La tumeur, une fois enlevée, n'offrait à la vue aucun caractère qui n'eût pas été observé avant son extirpation. L'examen microscopique en a été fait par MM. Lebert et Gaillet; ils l'ont rangée tous deux dans la classe des tumeurs épithéliales, dans les cancroïdes.

Réflexions. — L'examen de la tumeur, son aspect, sa consistance, les antécédents ne permettaient d'hésiter qu'entre un cancroïde du prépuce et la maladie décrite par Alibert sous le nom de frambœsia. Le frambœsia est une maladie fréquente aux Indes, rare, très rare dans nos pays. M. Velpeau ne fit que mentionner cette dernière affection, à cause de sa ressemblance extérieure avec notre tumeur; mais n'hésita pas un instant à porter son diagnostic. Il a vu quelques exemples de frambœsia; il a observé aussi de ces sortes de tumeurs qui, sans être communes, ne sont pas excessivement rares. Le frambœsia est plus mou, plus fongueux; il ressemble moins à un chou-fleur; mais plutôt à un autre fruit dont il tire son nom, à une framboise. Il se développe aussi bien sur le gland que sur le prépuce, et n'acquiert pas en général le volume de notre tumeur, celui d'un œuf, et n'a pas les antécédents de cette tumeur que j'ai signalés plus haut. C'est donc pour M. Velpeau un cancroïde.

De prime abord, on dirait que tout est pris dans cette masse, gland et prépuce. Mais le mal a débuté par le prépuce; le malade nous indique exactement le point où il a paru. Pendant longtemps, ajoute-t-il, il pouvait sans difficulté faire glisser le prépuce sur le gland. Le gland, dans ces cas, est refoulé dans le fond du prépuce; il est petit et pendant longtemps très sain. Une exploration, du reste, a été faite avec un stylet. On a retrouvé, comme on le prévoyait, le gland sous la tumeur; seulement, entre lui et le prépuce, existaient quelques points adhérents. C'est que le gland, longtemps en contact avec une semblable tumeur, finit par s'altérer, par se laisser prendre, non par continuité, mais par contiguïté. Il existe des cas de ce genre, M. Velpeau en a observé. Ne voit-on pas de même dans des affections cancéreuses du col de la matrice, alors que les masses cancéreuses proéminent dans le vagin, ne voit-on pas, dis-je, les points du vagin qui touchent ces plaques s'ulcérer et devenir cancéreux à leur tour? Le cancer ulcéré est contagieux, c'est-à-dire qu'il finit par ulcérer les tissus voisins qu'il touche, et que ces ulcérations participent bientôt de la nature de la tumeur. Rien d'étonnant, dès lors, qu'un cancroïde du prépuce ait envahi une portion du gland; le gland même aurait peut-être fini par se confondre avec le prépuce en une seule et même masse.

Dans des cas de ce genre, que faire? Si, dans les tumeurs franchement cancéreuses, il n'y a à songer qu'au fer, au feu, ou à la ligature, à l'extirpation, en un mot, il en est de même pour ces pseudo-cancers, pour les cancroïdes. Extirper la partie malade, telle est la seule indication.

Mais, pour procéder à cette opération, il faut imiter M. Velpeau, chercher à enlever le prépuce en conservant le gland; opération peu dangereuse, peu grave, et qui n'a aucune influence fâcheuse sur le moral des malades qui doivent la subir. Si, dans le cours de l'opération, on venait à s'apercevoir qu'il est impossible de songer à conserver le gland, il serait temps alors d'avoir recours à l'amputation de la verge. Cette opération diffère tant de la précédente, et par sa gravité, et par ses conséquences, qu'on doit n'y avoir recours qu'après avoir tout tenté pour l'éviter. Tous les chirurgiens ont parlé du changement déplorable qui s'opère dans le caractère des malheureux qui ont subi cette mutilation. Notre malade a été assez heureux pour éviter cette amputation, et il est sorti de l'hôpital guéri de son affection, de sa tristesse et de sa misanthropie.

Quant aux ganglions de l'aine, ils n'ont pas été extirpés. Ils s'étaient développés, en effet, dès le début de l'affection; ils étaient indolents, peu nombreux, peu volumineux, ou, pour parler plus exactement, à peine sensibles. Ne voit-on pas tous les jours une simple écorchure amener des engorgements ganglionaires? Dès lors, on pouvait espérer que ces ganglions ne participaient pas de la nature de l'altération du prépuce. Comme nous ne perdrons pas de vue ce malade, l'avenir nous montrera si ces espérances étaient exagérées.

A côté de ce malade, je puis en placer un autre qui nous offrait une altération exactement semblable. Je l'ai observé avec M. le docteur Hanguillart, de La Bassée (Nord). Ce malade était âgé de quarante-neuf ans, habitait la campagne et jouissait d'une bonne santé. Le mal avait débuté aussi par le prépuce; l'époque de son apparition remontait à quatre ou cinq ans, et il avait succédé à une petite écorchure. Quand nous le vîmes, nous constatâmes qu'il ressemblait aussi à un chou-fleur; je ne pourrais mieux le décrire qu'en rapportant mot à mot la description du précédent. Le gland était libre aussi, excepté vers le frein, où l'on trouvait avec le stylet une petite adhérence. Quelques petits ganglions dans l'aine de l'un et l'autre côté. Tristesse, abattement, découragement du malade.

L'opération fut pratiquée vers la fin du mois de septembre de la manière suivante :

Nous passâmes une sonde cannelée sous le prépuce, entre le prépuce et le gland, ou plutôt entre la masse de la tumeur et le gland, à la partie supérieure; une incision fut pratiquée sur cette sonde cannelée; les deux lambeaux, déjetés à droite et à gauche, furent coupés avec les ciseaux, le point adhérent excisé avec le bistouri. Une petite artériole fut liée. — Pansement simple levé au troisième jour.

La plaie marcha rapidement vers la cicatrisation et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Je suis tout à fait certain de ne pas perdre ce malade de vue, et je ferai connaître plus tard le complément de cette observation. L. B.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observation de corps étranger extrait de la narine d'un malade;

Par M. le docteur Pingault.

Depuis l'intéressant travail de M. Demarquay sur les corps étrangers des fosses nasales, quelques nouvelles observations curieuses ont été publiées pour éclairer l'histoire de cette affection. Cette histoire n'est cependant pas encore assez complète pour qu'on ne lise pas avec intérêt la narration du fait suivant, consigné dans le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*.

Le 1er mars 1852, j'ai retiré de la narine de Mme X..., âgée de quatre-vingt-quatre ans, un corps dur, de forme irrégulière, ayant la consistance de la pierre.

Depuis quelques mois cette personne sentait une gêne dans le nez; elle s'était présentée dans mon cabinet, et j'ai cru tout d'abord qu'elle avait un polype dans la narine gauche; cependant elle ne saignait pas du nez en faisant des efforts et en toussant. La tumeur, qu'on apercevait à l'aide d'un spéculum au fond de la narine, était d'une couleur grisâtre; elle n'avançait pas, elle paraissait fixe. Quelques jours après cet examen, la malade me fit demander; la gêne qu'elle éprouvait était insupportable; elle n'avait pas de sommeil. Je remarquai que le corps d'aspect grisâtre que j'avais à peine aperçu au fond de la narine était moins éloigné; alors je le saisis à l'aide d'une pince. Il m'a fallu opérer des tractions assez fortes, à l'aide desquelles j'ai retiré un corps dur offrant une portion arrondie du volume d'un gros noyau de cerise, et faisant la moitié du poids total, puis une portion élargie, aplatie, offrant des rugosités et l'aspect de certains calcaires ferrugineux.

L'extraction de ce corps a été immédiatement suivie de l'écoulement d'un peu de sang et d'une cuillerée d'un pus épais qui répandait une odeur infecte. La malade a aussitôt éprouvé un soulagement bien marqué. Cette petite opération n'a eu aucune suite fâcheuse; la malade s'est trouvée guérie. Lui

ayant demandé si elle avait connaissance de s'être introduit quelque corps étranger dans le nez, elle a répondu que non. Je lui ai demandé si elle se rappelait, en mangeant des cerises, avoir avalé des noyaux, dont un se serait introduit dans le nez; elle a répondu n'avoir aucune souvenance d'un fait semblable.

Après avoir extrait ce corps, je l'ai mis dans l'eau; il y est resté pendant huit jours, après quoi je l'en ai retiré. Il offrait le même aspect, la même consistance, les mêmes irrégularités et la même couleur qu'au moment de son extraction.

La tête avait huit millimètres de longueur sur cinq de diamètre.

La portion aplatie avait quinze millimètres de long sur à peu près autant de largeur, et son épaisseur deux millimètres; son épaisseur, les rugosités comprises, était de deux millimètres.

Sa couleur était celle d'un calcaire ferrugineux traversé par quelques veinules blanches. Sa cassure offrait le même aspect; il était friable.

M. Malapert a analysé ce corps; il a reconnu :

1° Que la partie la plus volumineuse logeait un noyau de cerise, et que tout le reste était une matière qui incrustait ce noyau;

2° Que cette matière était composée de mucus desséché, de carbonate de chaux, de phosphate de chaux, d'oxy-sulfure de calcium et d'une petite quantité de fluorure de calcium.

Le carbonate de chaux et l'oxy-sulfure de calcium prédominaient.

A la suite de cette communication, un membre distingué de la Société, M. le docteur Guignard, a raconté l'histoire d'un adulte qui expulsa un noyau de prune couvert d'incrustations de diverses natures, et qu'il portait probablement depuis son enfance à la partie postérieure des fosses nasales. Ce malade était en même temps atteint d'une surdité qu'il attribuait à l'oblitération de la trompe d'Eustache du même côté. Cette affection ne céda pas à l'expulsion du corps étranger. Il est à regretter que le Bulletin n'ait pas donné plus de détails sur ce dernier fait.

UN COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. Deville,

Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

§ IV. *Contenu du canal crural.* — Le canal crural renferme : la partie supérieure de l'artère et de la veine fémorales; la terminaison de la veine saphène interne dans la veine fémorale; un grand nombre de vaisseaux lymphatiques qui sont tous ou presque tous placés à la partie interne du canal, en dedans de la veine fémorale; le petit nerf inguinal interne du plexus lombaire; un ou deux ganglions lymphatiques dans la portion interne de l'anneau crural; deux cloisons fibro-celluleuses, une entre l'artère et la veine, une en dedans de la veine, entre elle et les lymphatiques; du tissu cellulaire intermédiaire entre toutes ces parties, et enfin l'entonnoir fémorali-vasculaire de Thomson; sans compter la courbe à convexité inférieure de l'artère épigastrique près de son origine, et qui se trouve quelquefois logée dans l'intérieur même de la capacité de l'anneau crural.

Dans une description complète du canal crural, il faudrait décrire toutes ces parties. Pour le but que nous nous proposons, à savoir, le parallèle de cette description avec les opinions qui règnent généralement en Angleterre, nous n'avons besoin de nous occuper ici que de l'entonnoir fémorali-vasculaire, des cloisons intervasculaires et du tissu cellulaire.

L'*entonnoir fémorali-vasculaire!* voilà ce que beaucoup ne connaissent pas, même en France, malgré l'excellente description que M. Velpeau en a faite, d'après Thomson, dans l'introduction à l'édition de 1837 de son *Anatomie chirurgicale.* Parmi ceux qui l'ignorent, il y en a beaucoup cependant, comme nous allons voir, qui en connaissent plusieurs des parties constituantes.

Qu'est-ce que c'est que l'entonnoir fémorali-vasculaire? La question est plus importante qu'on ne se l'imagine, et vaut la peine d'être examinée. Supposons que, sur un sujet, on ait enlevé de la partie antéro-supérieure de la cuisse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, de manière à avoir bien sous les yeux la paroi antérieure du canal crural. Prenez un scalpel, et, par une incision verticale ou parallèle à l'axe de la cuisse, divisez le ligament falciforme et le ligament de Gimbernat en deux moitiés, l'une externe, l'autre interne; renversez chacune de ces moitiés de son côté, pour voir ce qu'il y a immédiatement derrière la paroi antérieure du canal crural. On aperçoit de suite une mince couche de tissu cellulaire; enlevez-la avec soin. Et alors, dans le bas du canal crural, vous arrivez directement sur la face antérieure des vaisseaux fémoraux. Mais il n'en est pas de même vers la moitié supérieure ou la plus évasée du canal crural; là, lorsqu'on se porte de la surface vers la profondeur, derrière la paroi antérieure du canal crural, on rencontre : d'abord un peu de tissu cellulaire; puis une nouvelle aponévrose existante, quoique mince; puis une nouvelle couche de tissu cellulaire qui se continue sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire sous-péritonéal; et enfin les vaisseaux. Ainsi, dans la moitié supérieure du canal crural, derrière le ligament falciforme, entre lui et les vaisseaux fémoraux, il y a une nouvelle aponévrose; disséquez-la avec soin du côté de la cuisse; ouvrez l'abdomen; vis-à-vis l'anneau crural, enlevez le péritoine avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, — et vous avez alors sous les yeux l'entonnoir fémorali-vasculaire formé par cette nouvelle aponévrose. C'est une lame aponévrotique courbe, en forme de cupule, à concavité regardant par en haut ou vers l'abdomen, à convexité logée dans l'intérieur du canal crural; elle est plus que concave par en haut, elle a plutôt la forme d'un entonnoir; le pourtour supérieur de l'entonnoir est appliqué exactement contre la circonférence interne de l'anneau crural; de là les parois du nouvel entonnoir descendent en se rapprochant comme les parois d'un cône de la base au sommet, et viennent se terminer à moitié hauteur du canal crural en adhérant à tout le pourtour des vaisseaux fémoraux.

L'entonnoir fémorali-vasculaire est donc logé dans le canal crural comme un cône plus petit, moins haut, mais de même base, qui viendrait se loger dans un cône plus grand ou plus long; la comparaison est rigoureuse. Ceci doit bien être noté; il y a ici deux entonnoirs : un extérieur ou emboîtant, c'est le canal crural, dédoublement de l'aponévrose fémorale qui forme la partie supérieure évasée de la gaîne des vaisseaux fémoraux; un intérieur ou emboîté, c'est l'entonnoir fémorali-vasculaire, dont nous nous occupons en ce moment. Faute d'avoir tenu compte de cette particularité, quelques personnes se sont figurées que le mot d'entonnoir fémorali-vasculaire n'était qu'une nouvelle dénomination pour l'entonnoir extérieur ou canal crural; j'ai entendu professer cette erreur.

Mais, pourra-t-on dire, pourquoi accepter ce nom un peu complexe d'entonnoir fémorali-vasculaire? Parce qu'il faut rendre à chacun ce qui lui est dû. Si Gimbernat en avait déjà signalé la partie postérieure, si A. Cooper en avait indiqué la partie antérieure; si M. J. Cloquet l'avait déjà mieux décrit sous le nom de septum crural, cependant il faut convenir que la première description un peu complète en a été donnée par Thomson; et comme Thomson lui a donné le nom d'entonnoir fémorali-vasculaire, il me paraîtrait injuste de ne pas conserver ce nom, d'ailleurs fort exact.

Il s'agit maintenant de voir d'où provient cet entonnoir fémorali-vasculaire, cette cupule aponévrotique; car, il faut bien se le rappeler, aucune disposition aponévrotique n'est isolée dans l'économie, toutes les aponévroses se continuent les unes avec les autres. Eh bien! ici la chose est bien simple à dire et tout aussi facile à constater par la dissection, et il est surprenant que cela n'ait pas toujours été dit depuis que A. Cooper et A. Key avaient si bien mis sur la voie. L'entonnoir fémorali-vasculaire n'est autre chose que la terminaison du fascia transversalis.

Le fascia transversalis, je l'ai montré depuis longtemps dans mes cours, n'est que l'aponévrose postérieure d'enveloppe du muscle transverse de l'abdomen. Il existe, moins résistant, il est vrai, mais il existe sur toute l'étendue de la face postérieure du muscle transverse, et non pas seulement au niveau de la région du canal inguinal, où il ne fait que s'épaissir. Pendant longtemps, malgré la description positive d'A. Cooper et d'A. Key, on a dit que le fascia transversalis se terminait par en bas sur le bord postérieur du ligament de Fallope, contribuant à former, entre lui en arrière, le ligament de Fallope en bas et l'aponévrose du muscle grand oblique en avant, la gouttière qu'on décrit encore à tort comme étant la partie essentielle du canal inguinal. Cependant A. Cooper et A. Key avaient bien montré que, lorsqu'on a préparé cette gouttière en enlevant avec soin la partie inférieure des muscles petit oblique et transverse, si on place le bout aplati du manche d'un scalpel le long du bord postérieur du ligament de Fallope ou de Gimbernat, il suffit d'un très léger mouvement de va-et-vient pour séparer de ce bord postérieur le fascia transversalis, que l'on voit alors descendre manifestement plus bas que ce ligament dans le canal crural.

Si, au moyen de cette première donnée, nous étudions le scalpel à la main la terminaison inférieure du fascia transversalis dans toute la portion comprise entre l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la ligne médiane, voici ce que nous trouvons : rappelons-nous qu'entre le bas de la paroi abdominale antérieure, qui est en avant, et la fosse iliaque et puis plus en dedans le pubis, qui sont arrière, la cavité de l'abdomen vient se terminer en cul-de-sac de chaque côté; et nous pourrons dire que le fascia transversalis, après avoir tapissé toute la paroi abdominale antérieure, vient, en se recourbant en arrière, tapisser tout le fond de ce cul-de-sac. Examinons de plus près, et voyons comment la fascia transversalis se termine :

1° En dehors de l'anneau crural ou vis-à-vis de la fosse iliaque;

2° Vis-à-vis l'anneau crural;

3° En dedans de l'anneau crural ou sur le pubis.

I. En dehors de l'anneau crural, le fascia transversalis adhère derrière le ligament de Fallope, dont il est séparé cependant par les tendons des muscles petit oblique et transverse (ce qu'on appelle leur insertion); puis il remonte dans l'étendue d'un à deux centimètres sur la fosse iliaque, le long du fascia iliaca, avec lequel il finit par se continuer en se confondant bientôt intimement avec lui.

II. Vis-à-vis l'anneau crural, le fascia transversalis passe par-dessus cet anneau en s'enfonçant un peu dans le canal sous forme d'une dépression conique à concavité supérieure, et constitue ainsi l'entonnoir fémorali-vasculaire. L'anneau crural a, nous le savons, trois bords, un antérieur, un externe et un postérieur ou postéro-interne. Comment se comporte l'entonnoir fémorali-vasculaire ou continuation du fascia transversalis sur chacun de ces bords? Sur le bord antérieur (ligament de Fallope, bord libre de la bandelette iléo-pubienne ou du ligament de Gimbernat), le fascia transversalis lui adhère, mais peu intimement, comme nous l'avons dit, au moment où il se recourbe pour former le cul-de-sac que nous étudions. Arrivé au bord externe de l'anneau crural, après avoir formé la partie externe de l'entonnoir fémorali-vasculaire, le fascia transversalis rencontre le fascia iliaca au niveau de la bandelette iléo-pectinée et se confond avec lui ou s'insère sur lui, comme on voudra. Arrivé au niveau du bord postérieur ou postéro-interne de l'anneau crural, après avoir formé la partie interne de l'entonnoir fémorali-vasculaire, la fascia transversalis s'insère sur le ligament pubien de Cooper; et cette manière de comprendre ce dernier détail est bien plus simple, tout en étant aussi exacte, que la description des ligaments complexes par lesquels Thomson fait attacher au pubis l'entonnoir fémorali-vasculaire, ou du moins le fait renforcer. Entre le bord postérieur et le bord externe de l'anneau crural est, comme nous savons, l'éminence osseuse iléo-pectinée; c'est à cette éminence, dit-on, que s'insère le tendon du petit psoas, lorsque ce petit muscle existe; Thomson a très bien montré que la majeure partie de ce tendon, au lieu de s'insérer à l'os, se continue plutôt avec les parois de l'entonnoir fémorali-vasculaire.

III. En dedans de l'anneau crural, le fascia transversalis, qui passe très bien derrière le muscle droit de l'abdomen avec une disposition qui ne doit pas nous occuper ici, ne forme plus de cul-de-sac, mais s'insère directement sur le pubis, formant ainsi sur la ligne médiane une cloison aponévrotique qui sépare le tissu cellulaire sous-péritonéal de la ligne blanche, disposition dont il faut tenir grand compte dans les opérations de gastrotomie hypogastrique, par exemple la taille hypogastrique, etc.

En résumé, l'entonnoir fémorali-vasculaire n'est que le cul-de-sac que forme sur les côtés, au bas de l'abdomen, le fascia transversalis vis-à-vis de l'anneau crural. Les rapports du pourtour de ce cul-de-sac avec le pourtour de l'anneau crural expliquent ce que nous avons dit plus haut, que l'entonnoir fémorali-vasculaire, petit cône intérieur ou emboîté, a la même base que le canal crural, grand cône extérieur ou emboîtant.

Il nous reste, pour terminer ce qui est relatif à l'entonnoir fémorali-vasculaire, à parler des trous dont sa partie interne est criblée et de ses rapports avec les vaisseaux fémoraux. Car en définitive, en se portant du ligament de Fallope à la partie postérieure de l'anneau crural, le cul-de-sac du fascia transversalis rencontre nécessairement les vaisseaux. En effet, et il passe outre en adhérant très exactement par son sommet inférieur tronqué à tout le pourtour de la tunique celluleuse des vaisseaux. On peut encore exprimer ce fait en disant que les vaisseaux fémoraux traversent l'entonnoir fémorali-vasculaire à son sommet, absolument comme le cordon testiculaire traverse le fascia transversalis au niveau de l'anneau abdominal du canal inguinal. Exprimé de l'une ou de l'autre façon, le fait n'en est pas moins aisé à concevoir. Les trous dont est criblée la partie interne de l'entonnoir fémorali-vasculaire sont aussi bien simples à constater et à concevoir. Nous avons vu que les lymphatiques superficiels de la cuisse perçaient la partie interne de la paroi antérieure du canal crural et contribuaient par ces trous à lui donner cet aspect qui l'a fait appeler fascia cribriformis : par là, les lymphatiques sont arrivés à la partie interne du canal crural. Il faut qu'ils arrivent maintenant aux ganglions qui sont le long du bord interne de la fosse iliaque; dans ce trajet, ils rencontrent nécessairement l'entonnoir fémorali-vasculaire, et le traversent en le perçant de trous moins nombreux et qui paraissent plus larges (peut-être parce qu'on déchire des cloisons pendant la préparation) que les trous analogues du fascia cribriformis. Il n'est pas besoin de dire que la partie interne seule de l'entonnoir fémorali-vasculaire est ainsi trouée, puisque les lymphatiques sont presque tous en dedans de la veine fémorale. Ces trous ont été signalés par Thomson comme pouvant être une cause d'étranglement de hernies crurales; la même chose a été dite pour le septum crural de M. J. Cloquet, septum crural qui est synonyme d'entonnoir fémorali-vasculaire. La chose n'est pas impossible, seulement elle est peu probable et en tout cas n'est pas encore démontrée.

Cloisons intervasculaires dans le canal crural. — Partout où il y a des vaisseaux, il y a du tissu cellulaire autour d'eux; par conséquent, partout où deux vaisseaux se touchent, il y a entre eux une couche de tissu cellulaire plus ou moins épaisse qui les sépare. Naturellement dans le canal crural, la veine fémorale étant placée le long du côté interne de l'artère, il doit y avoir une cloison celluleuse entre elles deux. Cela est en effet; et, de plus, cette cloison est assez épaisse, composée de tissu cellulaire assez ferme et à peu près jamais graisseux, en sorte que beaucoup d'anatomistes l'ont décrite assez minutieusement. De même, en dedans de la veine, on peut décrire une cloison intermédiaire à la veine et au groupe des vaisseaux lymphatiques. Et, comme ce tissu cellulaire est juste intermédiaire entre le tissu cellulaire proprement dit et le tissu des aponévroses, on peut sans obstacle, pour peu que cela plaise à l'imagination, décrire ces deux cloisons celluleuses comme deux cloisons aponévrotiques verticales divisant la cavité du canal crural en trois cavités secondaires, une externe pour l'artère, une moyenne pour la veine, une interne pour les lymphatiques. Une question seulement : cela en vaut-il la peine? Comme il vous plaira. Je crois, pour mon compte, qu'il suffit de savoir qu'il y a là un tissu cellulaire résistant et rarement graisseux, qui, sous l'influence de la pression d'une hernie, peut ou rester normal, ou s'amincir, ou s'épaissir en prenant un caractère plus décidément aponévrotique, le tout suivant le cas.

Tissu cellulaire du canal crural. — Outre ces cloisons, il y a trois couches de tissu cellulaire en rapport avec le canal crural :

1° Le tissu cellulaire sous-cutané, dont la description si curieuse nous entraînerait trop loin;

2° La lame mince de tissu cellulaire lâche qui est entre les parois du canal crural et la face externe de l'entonnoir fémorali-vasculaire;

3° La couche épaisse de tissu cellulaire sous-péritonéal qui remplit la cupule de l'entonnoir fémorali-vasculaire et la sépare du péritoine.

Cette dernière couche doit nous arrêter un instant. A.

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre, 4 et 9 décembre.

Cooper, qui a été si heureux dans la création du mot fascia transversalis, a eu l'idée malheureuse d'appeler fascia propria le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il faudra qu'on renonce à ce mot, car l'expression fascia n'a généralement été entendue que pour désigner des lames aponévrotiques; et même, à mon sens, on devrait la bien limiter d'une part et l'étendre davantage de l'autre pour désigner uniquement les aponévroses d'enveloppe et les distinguer, en évitant désormais cette confusion si fâcheuse, des enveloppes de terminaison des muscles. Rejetons le mot fascia propria, tout comme le mot fascia superficialis, employé malheureusement par beaucoup trop d'anatomistes pour désigner la lame profonde du tissu cellulaire sous-cutané.

C'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans la portion qui remplit la cupule de l'entonnoir fémorali-vasculaire, que recommence la série des ganglions lymphatiques du membre inférieur interrompue un instant par l'aponévrose fémorale. Un de ces ganglions surtout, placé en dedans de la veine fémorale dans la cupule de l'entonnoir, est célèbre parce que son gonflement inflammatoire aigu peut simuler assez bien une hernie crurale étranglée; j'en ai vu pour mon compte un exemple très tranché dans le service de M. P. Bérard à l'hôpital Saint-Antoine, alors que j'étais son interne.

C'est aussi dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau de l'anneau crural, que beaucoup d'anatomistes s'amusent à placer, sous le nom de M. J. Cloquet, un soi-disant septum crural, sans dire pourquoi il est là. Peu de choses en anatomie sont plus curieuses que cette invention acceptée partout comme une réalité. Je ne parle pas du vrai septum crural décrit par M. J. Cloquet; je l'ai dit, et il est bien facile de le vérifier à la thèse de ce célèbre anatomiste à la main, le septum crural est tout simplement l'entonnoir fémorali-vasculaire, dont M. J. Cloquet a été probablement le premier à donner une bonne description, quoique pas aussi complète que celle de Thomson. Mais je parle de l'autre septum crural, de celui généralement connu et qu'on invente dans l'épaisseur du fascia propria, dépouillant ainsi M. J. Cloquet de sa part légitime dans la constatation de l'entonnoir fémorali-vasculaire. Par exemple, tel anatomiste vous décrit d'abord l'entonnoir fémorali-vasculaire, ou bien, avec A. Cooper, la portion du fascia transversalis qui descend dans le canal crural, et puis il vous ajoute par-dessus le marché un septum crural dans l'épaisseur du fascia propria. Cette erreur universelle, parce qu'elle paraissait injustement appuyée sur l'immense autorité et le respect dont jouit le nom de M. J. Cloquet, a trop longtemps duré.

Terminons cette description des aponévroses par un exposé rapide de la marche de la hernie crurale ordinaire, de la hernie crurale interne dans le canal crural. La hernie refoulant devant elle le péritoine et le tissu cellulaire sous-péritonéal (sauf exception pour la vessie et le cœcum), se loge d'abord dans la cupule de l'entonnoir fémorali-vasculaire qu'elle repousse plus ou moins, en l'accolant au fascia cribriformis ou en l'amincissant. C'est le premier degré, la *pointe* de la hernie crurale, comme dit M. Malgaigne, et puis la hernie crurale *incomplète*. Si le volume de la hernie vient à augmenter, la capacité du canal crural ne suffit plus; le fascia cribriformis est repoussé en avant, et par cela seul les trous dont il est criblé (ou l'un seulement) s'agrandissent. Et plus tard, par un nouvel effort, la hernie passera dans l'un de ces trous; ce sera alors la hernie complète composée de deux portions, une première logée dans le canal crural, et une seconde principale logée à l'extérieur sous le tissu cellulaire sous-cutané. Je ne parle plus pour la hernie complète de l'entonnoir fémorali-vasculaire, dont la paroi ou a été affaiblie, amincie, de manière à n'être plus que du tissu cellulaire, ou a été appliquée contre le fascia cribriformis, de manière à ne faire qu'une lame avec ce fascia, et que la hernie traverse les deux en même temps. Il faut réserver, faute d'éclaircissements et de preuves, quoique ce soit peu probable, la question de savoir si une hernie crurale incomplète peut traverser seulement l'un des trous de l'entonnoir fémorali-vasculaire, de manière à venir loger son fond dans l'intervalle compris entre l'entonnoir et la paroi antérieure du canal crural. Je dis que c'est peu probable, mais non impossible, lorsqu'on voit dans un cas cité par M. J. Cloquet la hernie s'échapper en arrière vers le muscle pectiné à travers la paroi postérieure du canal crural; il faut être réservé quand on détermine ce qui est possible et impossible.

En résumé, si l'on voulait se porter de l'extérieur à l'intérieur dans la cavité abdominale par la région du canal crural, on aurait à traverser :

1° La peau;
2° Le tissu cellulaire sous-cutané;
3° La paroi antérieure du canal crural;
4° Une mince couche de tissu cellulaire;
5° L'entonnoir fémorali-vasculaire;
6° Le tissu cellulaire sous-péritonéal;
7° Le péritoine.

Telles ne sont pas néanmoins les enveloppes d'une hernie crurale, bien qu'elle repousse en sortant toutes les parties devant elle. Sans nous occuper pour l'instant des variations si complexes et si importantes qui surviennent dans ces enveloppes dans des cas divers, car cela nous entraînerait dans un immense chapitre d'anatomie pathologique, disons quelles sont, par rapport à l'anatomie normale, les couches qui forment les enveloppes d'une hernie crurale. Si la hernie est complète pour atteindre sa partie extérieure, le chirurgien n'a qu'à traverser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et il arrive au sac péritonéal, doublé sur sa surface extérieure par une lame celluleuse qui fait suite au tissu cellulaire sous-péritonéal. Si elle est incomplète, l'anatomo-pathologiste aura à traverser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia cribriformis. Je doute que l'entonnoir fémorali-vasculaire fasse une couche, une enveloppe distincte; le plus souvent il est perdu, pour peu que la hernie soit un peu grosse, dans la lame celluleuse qui double le sac derrière le fascia cribriformis, et qui représente alors le tissu cellulaire sous-péritonéal, la lame antérieure de l'entonnoir, et la mince couche de tissu cellulaire lâche intermédiaire à l'entonnoir et à la paroi du canal crural. S'il ne s'agit que d'une hernie commençante ou d'une pointe de hernie, les couches ou enveloppes sont alors bien exactement celles indiquées en tête de cet alinéa, et qu'indique l'anatomie normale.

DEUXIÈME PARTIE. — *Comparaison entre la description précédente du canal crural et celle qui a le plus généralement cours en Angleterre.*

Je vais prendre, pour faire ce parallèle, uniquement l'ouvrage de M. Gay. Tous les travaux antérieurs à lui y sont très fidèlement exposés, à tel point que presque tous les détails historiques qui viendront après seront puisés dans cet ouvrage. Un seul travail a échappé à M. Gay, c'est celui de Alex. Thomson. Pauvre Thomson! encore plus inconnu dans son pays natal qu'en France même. Aussi M. Gay ne connaît-il pas la disposition si remarquable du tissu cellulaire sous-cutané, ni les fibres propres du ligament de Fallope, qu'il décrit encore comme une dépendance du bord inférieur de l'aponévrose du muscle grand oblique.

Le travail de M. Gay mérite grande confiance; car il résulte de la lecture de chaque page que M. Gay a énormément vu et bien des fois disséqué les détails dont il parle. Rien de plus facile pour un anatomiste que de dire, sur une simple lecture, si ce qu'il vient de lire a été écrit par une personne qui a disséqué, ou par quelqu'un qui a médité seulement dans son cabinet. Il est tels passages de l'ouvrage de M. Gay où l'on dirait avoir le cadavre sous les yeux, tant les descriptions sont précises et fidèles.

Puis cet ouvrage est rédigé dans un esprit qui me plaît beaucoup. M. Gay est un homme logique; il pose un principe, et puis il en déduit jusqu'au bout les conséquences. Il est des hommes à notre époque qui ont cherché à construire un édifice scientifique sur des bases tellement peu solides, qu'ils craignent à chaque instant de les voir culbuter. Ils ont inventé alors ce lieu commun qui a un certain cours maintenant, à savoir, qu'on ne doit pas dans les sciences médicales pousser les principes jusqu'à leur dernière conséquence, et adressent des épithètes peu gracieuses à ceux qui, comme moi, se révoltent contre ce sophisme. Avouez donc que vos principes d'ostentation ne sont pas des principes, puisque vous avez tant de crainte de les laisser examiner. Un principe, s'il est vrai, doit être vrai dans toutes ses conséquences, et si les conséquences d'un principe affirmé sont fausses, le principe est faux. Eh bien! après avoir parfaitement disséqué et bien vu la région du canal crural, M. Gay est parti pour en faire la description de ce principe, que la hernie crurale s'étrangle le plus souvent au niveau de l'anneau crural. Ce principe était erroné, et nous allons voir que, par suite, M. Gay (qui n'a pas reculé d'ailleurs) est arrivé à des conséquences erronées. Entendons-nous : tous les détails donnés par M. Gay sont bons, sont excellents; sa systématisation seule est erronée, du moins j'espère le démontrer. Ceci n'est pas indifférent; car, suivant l'une des deux manières de voir qu'on adoptera, la conduite du chirurgien sera très différente en présence d'une hernie étranglée.

Le parallèle auquel nous allons nous livrer va porter sur six paragraphes successifs :

1° Disposition du ligament falciforme;
2° Ligament fémoral de Key;
3° Fascia cribriformis et fosse fémorale;
4° Entonnoir fémorali-vasculaire;
5° Canal crural dans son ensemble;
6° Septum crural surajouté.

Je ferai remarquer que, dans la traduction que j'aurai à faire de divers passages de M. Gay, je substituerai souvent aux noms anatomiques qu'il emploie des noms un peu différents, mais désignant la même chose absolument, des noms qui sont les plus usités en France. Les chirurgiens de Paris pourront s'assurer de la fidélité de la traduction ainsi faite en consultant l'ouvrage de M. Gay, dont un exemplaire au moins existe à Paris récemment déposé sur le bureau de la Société de chirurgie.

§ Ier. *Disposition du ligament falciforme.* — M. Gay continue à accepter la description de la fosse ovale de Scarpa, et considère le bord libre artificiel du ligament falciforme comme existant réellement; le fascia cribriformis est quelque chose de distinct, n'en est pas la continuation directe, ainsi que nous le discuterons plus loin, au § III. Non-seulement M. Gay accepte que l'aponévrose fémorale, en passant devant les vaisseaux fémoraux, se termine par le prétendu bord libre du ligament falciforme, mais il ajoute que l'aponévrose se double, se replie sur elle-même à partir de ce bord libre comme une feuille de papier qu'on plierait en deux de manière à fournir un second feuillet qui viendrait tapisser la face postérieure du premier feuillet ou ligament falciforme proprement dit.

Pour justifier l'existence du reploiement et de ce second feuillet, M. Gay cherche à en trouver la description dans les auteurs antérieurs. A. Cooper, dit-il, l'a signalé en disant qu'il y avait là deux lames devant les vaisseaux fémoraux. C'est vrai; A. Cooper dit avec raison qu'il y a deux lames aponévrotiques devant les vaisseaux; mais l'une d'elles est le ligament falciforme, et l'autre n'est que la continuation du fascia transversalis; et il n'est nullement question d'un dédoublement de l'aponévrose fémorale, qui serait nécessairement un troisième feuillet intermédiaire.

Liston a décrit aussi deux lames devant les vaisseaux fémoraux. C'est encore la même chose : la première lame est le ligament falciforme; la seconde est, selon Liston, l'origine du fascia transversalis, et par conséquent n'a rien à voir avec un dédoublement de l'aponévrose fémorale.

Breschet a été plus explicite; il parle du reploiement du ligament falciforme pour fournir en arrière un second feuillet qui se porte sur les vaisseaux, en se réfléchissant absolument de la même façon que le feuillet extérieur du péricarde se réfléchit sur les gros vaisseaux qui partent du cœur. Ici il n'y a rien à dire, et voilà en effet un auteur qui parle, comme M. Gay, d'un reploiement, quoique peut-être il ne l'entende pas tout à fait de la même façon.

(La suite à un prochain numéro.)

Chronique et nouvelles.

Si nous sommes bien informé, les résultats obtenus jusqu'à ce jour par la commission instituée pour expérimenter l'efficacité de l'inoculation dans la péripneumonie épizootique seraient loin de justifier les magnifiques espérances que les communications de M. Willems avaient pu faire concevoir. Nous espérons être en mesure, d'ici à quelques semaines, de faire connaître à nos lecteurs ce qu'il faut enfin penser de cette prophylaxie qu'on a annoncée avec un peu trop d'éclat et avec une assurance un peu prématurée.

— La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu mardi prochain, à trois heures, dans la salle habituelle de ses séances. M. le secrétaire perpétuel prononcera l'éloge de Boyer.

— La Faculté de médecine s'est assemblée hier pour arrêter la liste de présentation des candidats à la chaire de chimie organique. Trois candidats ont été présentés dans l'ordre suivant :

1° M. Wurtz;
2° M. Favre;
3° M. Lecanu.

— La Société de médecine pratique a renouvelé hier son bureau de la manière suivante :

Président, M. Paul Dubois;
Vice-présidents, MM. Terrier et Duhamel;
Secrétaire général, M. Foucart;
Secrétaire annuel, M. Bossu;
Secrétaire adjoint, M. Carron.

— C'est par erreur que dans notre dernière chronique on a donné à M. Marchal (de Calvi) le grade de médecin major. M. Marchal était médecin principal.

— M. le docteur F. Roubaud vient d'être honoré d'une importante souscription à son *Annuaire* par le ministère de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce. Cette souscription est une juste récompense pour son grand travail sur la statistique médicale et pharmaceutique de la France, qui formera une des parties les plus intéressantes de l'*Annuaire* de 1853.

Cette statistique, qui sera d'une indispensable nécessité si l'on donne suite au projet de généraliser l'établissement des médecins cantonaux, constate un fait étrange et curieux, à savoir : qu'il y a en France près de 600 villes ou communes, d'une population excédant 2,000 âmes et allant jusqu'à 8,000, qui n'ont ni médecin, ni pharmacien.

Ces communes ne se trouvent pas exclusivement, comme on pourrait le supposer, dans les départements pauvres : 63 départements, dont plusieurs parmi les plus riches et les plus peuplés, comptent un certain nombre de communes dans ce cas.

La liste de ces villes ou communes, dressée *nominativement* sur la statistique officielle publiée en 1852, sera assurément fort précieuse pour les jeunes médecins, si souvent embarrassés sur le choix d'une localité convenable pour l'exercice de leur art.

Nos confrères de Paris sont prévenus que l'épreuve de la liste des médecins du département de la Seine, qui va paraître dans l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, est déposée à notre bureau, et qu'ils pourront y faire, jusqu'à jeudi prochain 16, les changements qui seraient survenus, soit dans leurs adresses, soit dans les heures de leurs consultations.

Bulletin bibliographique.

Agenda médical pour 1853 contenant un *Memento du praticien* pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules officinales et magistrales, et les agents nouveaux, par le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis; et un *Résumé pratique des eaux minérales*, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par le docteur Constantin James, auteur du Guide aux eaux minérales. Plus un *Calendrier* à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins du département de la Seine, les médecins des hôpitaux civils et militaires, les médecins inspecteurs des eaux minérales, les maisons de santé, la Faculté de médecine et les diverses Sociétés savantes; la liste des journaux scientifiques; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; des modèles de rapports et certificats; la liste, par ordre alphabétique, des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc. Prix, broché : 1 fr. 75 c. à Paris; 2 fr. 25 c. *franco* par la poste, 3 fr. et au-dessus, suivant la reliure, dont indication ci-dessous.

Reliures diverses.

N° 1.	Maroquin	à coulisseau avec crayon,		doublé en papier.	3 fr.
N° 2.	Id.	à patte	id.	id.	3 fr. 50 c.
N° 3.	Id.	à coulisseau	id.	doublé en soie.	4 fr.
N° 4.	Id.	à patte	id.	id.	4 fr. 50 c.
N° 5.	Id.	id.	id.	et petite trousse.	5 fr.
N° 6.	Id.	à serviette avec trousse et portefeuille.			6 fr.
N° 7.	Id.	id.	id.	à trimestres.	7 fr.
N° 8.	Chagrin	id.	id.	et portefeuille.	7 fr.
N° 9.	Id.	id.	id.	à trimestres.	8 fr.
N° 10.	Id.	à fermoir en maillechort.			9 fr.

Nota. — Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

De l'organisation d'un service de santé pour les indigents des campagnes, considéré au point de vue administratif, hygiénique et thérapeutique; par F.-J. Cazin (de Boulogne-sur-Mer), auteur du Traité pratique et raisonné de l'emploi des plantes médicinales indigènes. In-8. Prix : 1 fr. 25 c., franco par la poste.

Ces deux ouvrages se trouvent chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 23 (ancien n° 4).

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36 rue de Vaugirard.

N° 146. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 146. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Pitié (M. Valleix). Leçons cliniques sur un cas de morve terminé d'une manière insolite. — De la nature de l'écoulement auriculaire dans les fractures du rocher. De la curabilité de ces fractures. — Exemple d'anévrisme de l'artère splénique. — Exemple d'anévrisme de l'artère rénale. — Société de chirurgie, séance du 1er décembre. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Valleix.

Leçons cliniques sur un cas de morve terminé d'une manière insolite.

Nous avons à parler aujourd'hui d'une affection grave qu'on a rarement occasion d'observer, et qui, dans ces derniers temps, a fixé l'attention d'un grand nombre de pathologistes.

La morve que nous voulons désigner ici n'est guère connue que depuis 1833, époque à laquelle elle a été de la part de M. Eliotson l'objet d'un travail important. Ce n'est pas qu'elle ait été complétement ignorée des anciens auteurs ; on la trouve en effet indiquée dans leurs ouvrages, mais les descriptions vagues et insuffisantes transmises par eux montrent qu'ils n'ont pas observé la maladie avec assez de soin pour se faire une idée exacte de sa véritable nature.

Après le travail de M. Eliotson parut, en 1837, le remarquable mémoire de M. Rayer sur la morve chez l'homme ; il fut suivi des intéressantes recherches de MM. Vigla, Tardieu, Nonat, Monneret, Landouzy et Becquerel.

Le malade qui nous a présenté le cas de morve dont nous allons donner la description était âgé de vingt-cinq ans ; il exerçait la profession de charpentier.

Cet homme entra à l'hôpital de la Pitié le 25 novembre 1852 ; il fut placé au n° 5 de la salle Saint-Raphaël.

Il était, à son arrivée, dans un état d'intelligence qui ne nous a pas permis d'obtenir sur ses antécédents tous les renseignements que nous aurions pu désirer, mais qui néanmoins ne nous a pas empêché de connaître les points les plus importants de son histoire. Jusqu'au mois de mai 1852, il avait joui d'une bonne santé. A cette époque, il avait été pris d'une affection qui l'avait forcé d'interrompre ses occupations habituelles ; il avait eu à se plaindre principalement de maux de tête, de courbature générale et d'*aigreurs d'estomac* qui s'étaient spontanément dissipés sous l'influence d'un repos de quelques jours.

Le 12 du mois d'octobre, après un intervalle de temps qui n'avait été marqué par aucun accident morbide, il s'était vu atteint d'une indisposition plus grave que la première, indisposition dont les symptômes les plus saillants consistaient dans un état de faiblesse très prononcé, dans de la fièvre, de l'insomnie et des vomissements bilieux. Il était allé à l'Hôtel-Dieu et y avait passé quinze jours ; l'usage de pilules d'opium et de tisanes délayantes, l'administration de bains généraux avaient formé la base du traitement auquel il avait été soumis.

Une amélioration très prompte était survenue sous l'influence de la médication que nous venons de mentionner. Au moment de sa sortie, il n'avait pas entièrement recouvré la santé; cependant il lui avait été facile de reprendre sans délai ses travaux ordinaires, et de les continuer sans interruption nouvelle jusqu'au 20 novembre.

A cette dernière époque, il s'était senti gravement malade; il éprouvait un malaise général très intense qui le rendait incapable de travailler. Il n'avait pas cru devoir se mettre au lit ; seulement il prenait tous les jours dss pilules que lui donnait un employé du chemin de fer d'Orléans : l'action de ces pilules paraissait se borner à provoquer quotidiennement l'expulsion d'une selle unique et peu abondante.

Le 25 novembre, il s'était décidé à solliciter son admission à l'hôpital de la Pitié ; il était venu à pied de la rue de Buffon : la difficulté avec laquelle il avait franchi la faible distance qui sépare l'hôpital de son domicile atteste que, dès le moment de son entrée, il se trouvait dans un état de profonde débilitation.

Les questions adressées par nous au malade ont eu pour but principal de remonter au début et à la cause présumée de sa maladie. Nous lui avons demandé si, à une époque peu éloignée, il n'était pas entré dans une écurie, s'il n'avait eu aucun contact avec des chevaux ou avec des personnes chargées de donner des soins à ces animaux. Il nous a répondu d'une manière négative ; cependant nous avons fini par apprendre qu'il couchait dans une chambre située au-dessus d'une écurie, et qu'il entretenait de fréquents et intimes rapports avec un charretier de la maison où il habitait. Six mois avant sa dernière maladie, il avait entendu dire dans le voisinage qu'un des chevaux logés dans l'écurie était atteint de la morve ; mais il n'avait pas ajouté foi à ce bruit, qui lui paraissait dépourvu de toute vraisemblance.

Le 26 novembre, à l'heure de la visite du matin, nous l'avons trouvé dans l'état suivant :

La face était rouge et anxieuse ; le nez était gonflé et douloureux à la pression. De temps en temps on remarquait un mouvement particulier d'expiration qui faisait sortir par le nez un liquide sanieux d'un aspect spécial. Les fosses nasales offraient une coloration noirâtre à leur intérieur. La langue était blanche et molle.

On ne pouvait explorer le pharynx qu'avec beaucoup de peine. La base de la langue, en effet, était tuméfiée à un haut degré, et toutes les fois qu'on cherchait à l'abaisser, il se produisait un mouvement convulsif qui déterminait l'expulsion d'un mucus visqueux et abondant.

La luette était le siége d'une rougeur et d'un épaississement très marqués, qui, selon toute apparence, s'étendaient à la membrane muqueuse des parties adjacentes.

La déglutition s'accomplissait avec difficulté. L'appétit était nul et la soif assez vive.

A part une douleur qui occupait l'épigastre et la région de l'hypocondre droit, on ne découvrait rien d'important du côté de l'abdomen.

Depuis vingt-quatre heures il n'y avait pas eu émission d'urine. La vessie était vide.

La respiration se faisait avec bruit; du reste, elle était régulière. On comptait de 24 à 28 expirations par minute.

La poitrine était sonore dans toute son étendue; l'oreille, promenée à sa surface, ne percevait en aucun point le plus léger indice d'un bruit anormal quelconque.

Aucune lésion n'existait du côté du cœur et de ses annexes.

La dureté et l'accélération du pouls, la chaleur de la peau annonçaient un mouvement fébrile des plus manifestes.

Dans la partie la plus déclive de la paupière inférieure, et au voisinage de la joue, on remarquait une pustule blanche, irrégulière et saillante, reposant sur une base tuméfiée dont la couleur rose terne et le gonflement œdémateux se perdaient insensiblement vers la pommette et vers la tempe.

Une seconde pustule plus petite que la précédente, mais présentant exactement les mêmes caractères, était située à la paupière supérieure ; une troisième occupait le bord cubital du bras gauche, plus volumineuse que les deux autres et de forme irrégulière ; elle reposait sur une base rouge et violacée.

L'intelligence du malade était altérée; il répondait avec lenteur aux questions qui lui étaient adressées ; il paraissait se rappeler plus facilement les faits qui remontaient à une époque éloignée que ceux dont la date était plus récente ; il se trouvait dans un état d'affaissement qu'il pouvait surmonter momentanément, et qui lui permettait encore de se tenir assis sur son lit pendant quelques instants.

Il nous parut opportun, pour des raisons que l'on verra plus loin, de faire pratiquer une saignée exploratrice ; 200 grammes de sang furent tirés ; nous prescrivîmes l'administration d'une pilule d'opium et un gramme de sulfate de quinine.

Le soir, la douleur de l'épigastre et de l'hypocondre avaient augmenté. La faiblesse était devenue plus grande.

La nuit se passa sans sommeil.

Le 27 au matin, il existait une soif très vive. Les pustules avaient fait des progrès; celle du bras s'était ouverte, elle laissait écouler un liquide grisâtre mêlé de stries sanguinolentes.

Dans le cours de la journée, vers quatre heures de l'après-midi, le malade fut pris subitement d'une attaque d'épilepsie; les personnes présentes n'entendaient aucun cri; il y eut des contractions violentes avec flexion des bras et des poignets; un liquide mousseux et sanglant sortit par la bouche. Des sinapismes furent appliqués.

A sept heures, le malade donne un signe d'intelligence, mais sans prononcer aucune parole. De nouvelles attaques épileptiformes survinrent ; elles se prolongèrent pendant la nuit, jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu le 28 à cinq heures du matin. Des râles nombreux et bruyants avaient envahi toute la poitrine.

L'autopsie a été faite le 29 au matin par un temps froid et humide. On n'a pas trouvé de traces de putréfaction.

Sur toute l'étendue du plancher supérieur des fosses nasales, la membrane pituitaire, molle et boursoufflée, présentait une couleur bleuâtre et ardoisée. Elle était parsemée de dépressions anfractueuses. Sa consistance naturelle avait subi une diminution notable, qui, dans certains endroits, allait jusqu'au ramollissement et s'accompagnait d'une teinte grisâtre.

La macération n'a pas confirmé l'existence douteuse d'ulcérations qu'on avait cru apercevoir au premier abord ; mais elle a mis en évidence une multitude de petits points, dans lesquels la membrane de Schneider paraissait avoir été détruite comme avec un emporte-pièce. Ces points, dont la grosseur égalait à peu près celle d'une tête d'épingle, étaient évidemment des ulcérations commençantes. Quelques-uns d'entre eux renfermaient une matière blanchâtre concrète et d'aspect crétacé.

Toute la membrane muqueuse des fosses nasales, rouge, molle et gonflée, était couverte d'un mucus filant, grisâtre et très adhérent. La membrane muqueuse du pharynx offrait les mêmes altérations.

Les organes aatres que ceux dont nous venons de parler étaient le siége d'une congestion qui se faisait surtout remarquer du côté du foie.

L'observation que nous venons de rapporter soulève plusieurs questions intéressantes. Nous allons les examiner toutes.

Quelques auteurs ont affirmé que la morve pouvait se développer spontanément chez l'homme. Lorsqu'on lit attentivement les faits qu'ils ont cités à l'appui de leur opinion, il est impossible de ne pas conserver les doutes les plus sérieux. Qu'il nous soit permis, à ce sujet, de rappeler ce qui s'est passé pour notre malade. Si nous ne l'avions pas interrogé avec assez de patience et de persévérance, nous aurions peut-être été conduit à croire qu'il n'avait eu aucun rapport médiat ou immédiat, soit avec des animaux atteints de la morve, soit avec des personnes que leur profession mettait journellement en contact avec un foyer de contagion.

Les renseignements que nous sommes parvenu à obtenir sont suffisants pour justifier ici l'idée d'une contagion médiate. Le malade nous a bien dit que le cheval soupçonné d'être morveux ne l'était pas en réalité ; mais il n'a su nous fournir aucun détail propre à confirmer son assertion. Il est d'ailleurs naturel de penser qu'il a été induit en erreur par des personnes intéressées à cacher la vérité.

On a reproché, non sans de légitimes motifs, à la plupart des observateurs qui ont essayé de prouver l'existence de la morve spontanée de ne pas s'être enquis avec assez de soin de toutes les circonstances qui pouvaient éclairer l'origine réelle de la maladie. L'exemple suivant fera voir de combien de précautions il est indispensable de s'entourer. Un médecin est appelé à soigner une femme malade de la morve. Il adresse de nombreuses questions en vue de découvrir la cause présumée de l'affection qu'il a à combattre; les réponses négatives qu'il reçoit le portent à penser qu'il n'y a pas eu contagion. Plus tard il apprend que, dans la cour de l'habitation occupée par la malade, on a pendant une quinzaine de jours détressé une quantité considérable de crins de cheval.

De tout ce que nous venons de dire découle cette conclusion. Dans l'état actuel de la science, l'existence de la morve spontanée doit être considérée au moins comme un fait douteux.

Nous avons à nous demander maintenant à quelle époque remonte le début de la maladie. Il n'est pas rare de rencontrer des individus chez lesquels la morve, après avoir existé sous la forme chronique pendant un espace de temps variable, passe tout à coup à l'état aigu. Une semblable transformation ne se serait-elle pas opérée dans le cas que nous considérons?

Il convient de remarquer en premier lieu que nous n'avons pas eu à constater les divers accidents qui caractérisent la morve aiguë. Les dérangements survenus à deux reprises différentes dans la santé du malade avant son entrée à l'hôpital de la Pitié, ne se sont accompagnés d'aucune particularité qui puisse faire soupçonner l'existence de la morve chronique. Au mois de mai, il y a eu une indisposition de peu de gravité et de durée. Au mois d'octobre s'est déclarée une maladie autre que la morve, en en juger du moins par la nature des symptômes auxquels elle a donné lieu et par la simplicité des moyens de traitement qui ont été mis en usage.

Du 20 novembre date suivant nous le début réel de la maladie.

Un grand nombre de symptômes ont fait défaut. On sait que la morve aiguë se révèle habituellement par des douleurs articulaires, des abcès, des ulcérations de la bouche, des fosses nasales, du pharynx et du larynx, par une altération profonde de la voix, par des selles involontaires très fétides, et enfin par des hémorrhagies.

Ces divers phénomènes ont manqué.

En place de l'écoulement caractéristique qui a ordinairement lieu par les narines, nous avons trouvé simplement l'expulsion par intervalles d'un mucus sanieux et grisâtre. Les fosses nasales et le pharynx étaient enflammés à un haut degré; des ulcérations commençantes, dont l'investigation nécroscopique a mis l'existence hors de doute, parsemaient leur surface. Des pustules, de nature particulière, s'étaient manifestées sur plusieurs points du corps. Il y avait un état spécial de l'intelligence joint à une fièvre intense.

En présence de cet ensemble de symptômes, il était impossible de songer à une autre maladie qu'à la morve.

Nous n'avons découvert aucun des signes caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Dans l'hypothèse d'une phlébite, nous avons examiné l'état des urines; nous nous sommes assuré que, pendant la vie, elles ne présentaient sur leur trajet ni douleur, ni tuméfaction, ni rougeur, qu'après la mort elles n'offraient à leur intérieur et dans l'épaisseur de leurs parois aucune trace d'inflammation.

Il est des phlébites de la face qu'on peut confondre avec la morve; d'après M. Vigla, qui a attiré l'attention sur ce point, l'absence de jetage et de pustules permet d'établir un diagnostic certain.

On se rappelle un homme qui a dernièrement succombé dans nos salles à une résorption purulente; la maladie avait été précédée chez lui d'une vaste inflammation du mollet, qui s'était terminée par une infiltration de pus dans les mailles du tissu cellulaire. Rien de semblable ne s'est passé durant la vie du malade dont nous avons retracé l'histoire; après la mort, nous n'avons découvert aucune collection purulente diffuse ou circonscrite.

Comme on le voit, nous avons été amené par un examen attentif à penser que nous avions affaire à un cas de morve, dont l'aspect général du malade nous avait fait, du reste, dès le premier coup d'œil soupçonner la réalité.

Les anomalies apparentes que nous avons indiquées en parlant des lésions anatomiques et des symptômes, anomalies auxquelles il faut joindre une gêne prématurée de la respiration, trouvent, à notre avis, leur raison d'être dans la courte durée et dans la brusque terminaison de la maladie. Si plusieurs symptômes, si plusieurs altérations matérielles ne se sont pas montrés, c'est que les phénomènes morbides, accidentellement interrompus dans leur cours, n'ont pas eu le temps nécessaire pour parcourir régulièrement les phases de eur complète évolution.

Le dénoûment insolite de la maladie n'a pas jusqu'à présent d'analogue dans la science; il ne saurait néanmoins infirmer le diagnostic auquel nous nous sommes arrêté; il a été sans doute causé par une affection épileptiforme dont l'origine, antérieure à l'invasion de la morve, nous sera révélée par l'enquête que nous avons pris soin de commencer.

Nous avons porté un pronostic fatal : notre jugement aurait été le même si nous avions été appelé à agir dès le premier jour de la maladie. Nous ne connaissons aucun fait de morve aiguë qui ait été suivi du rétablissement de la santé; l'exemple de guérison récemment publié par M. Carnevale Arella nous paraît se rattacher à une maladie autre que la morve.

Nous avons cru devoir, malgré l'impuissance trop bien démontrée des moyens thérapeutiques, malgré le peu de confiance que nous inspirait l'observation de M. Carnevale Arella, faire intervenir, conformément à la pratique du médecin italien, l'emploi de la saignée et des narcotiques. Une émission sanguine légère a été pratiquée, des pilules d'opium ont été données à l'intérieur; la faiblesse croissante du malade, la marche rapide des phénomènes morbides nous ont contraint de suspendre la médication commencée.

Du sulfate de quinine a été administré; nous ne pensons pas que ce médicament, qu'on prescrit habituellement dans les cas de morve chronique, ait en rien contribué à la production des phénomènes épileptiformes qui ont mis fin à la maladie.

DE LA NATURE DE L'ÉCOULEMENT AURICULAIRE

dans les fractures du rocher. De la curabilité de ces fractures (1).

A. M. H. de Castelnau.

Mon cher ami,

Les réflexions judicieuses que renferme votre article de jeudi dernier sur la lecture de M. Bussy à l'Académie de médecine, prouve assez que dans votre opinion comme dans celle de tous les hommes qui connaissent bien la question de l'écoulement séreux auriculaire après fracture du rocher, il y a encore de nombreuses recherches à faire sur ce sujet.

C'est pour éclairer un des côtés pratiques de la question que je voudrais faire connaître, par la voie de votre journal, deux observations qui m'ont paru d'un intérêt pratique réel.

S'il m'était cependant permis de dire, à cette occasion, quelques mots de la question théorique touchant la source présumée du liquide auriculaire, je ferais remarquer :

1° Que, sans dédaigner les renseignements que peut fournir l'analyse chimique, il ne faut leur accorder qu'une importance très secondaire comparativement à ceux que devrait fournir l'étude anatomique du siége de la fracture. Si jamais la difficulté est résolue, elle ne le sera pas par la chimie. Il y a pour cela une bonne raison, c'est que le liquide séreux auriculaire parcourt, avant d'arriver dans la conque et d'être recueilli par l'observateur, un trajet organique pendant lequel il peut se charger de certains produits de sécrétion ou d'inflammation capables d'en altérer la pureté. Lors donc que l'on compare avec la sérosité du sang le liquide séreux auriculaire, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il y ait des différences, alors même que ce liquide serait à sa source un dérivé direct de la sérosité du sang.

Que peut valoir d'ailleurs le résultat d'une analyse chimique en face des difficultés anatomiques qui s'élèvent contre l'accès du fluide céphalo-rachidien à la conque de l'oreille à travers une fracture du rocher? Il n'existe pas, jusqu'à présent, une seule observation, une seule préparation anatomique établissant d'une manière incontestable la voie par laquelle les foyers connus du liquide céphalo-rachidien se mettent en communication directe avec une fracture du rocher.

C'est faute d'avoir suffisamment réfléchi à toutes les conditions anatomiques qu'exige forcément une fracture du conduit auditif pour amener la communication du liquide rachidien avec les voies auditives externes, qu'on a admis trop facilement cette communication. Il faut que le feuillet arachnoïdien qui revêt le nerf auditif soit déchiré, que celui qui tapisse la dure-mère du conduit soit déchiré, que cette dure-mère elle-même le soit aussi, et que cette triple déchirure réponde directement et immédiatement à la fracture. Jusqu'à présent cette heureuse coïncidence est encore à trouver, et jusqu'à ce qu'elle l'ait été, il y a lieu de laisser à l'état de question la théorie dite du fluide rachidien. Il est donc extrêmement prudent de se tenir sur la réserve, ainsi que vos réflexions le donnent à penser.

Mais j'ai hâte d'aborder le sujet essentiel de cette communication.

La guérison à la suite des fractures du rocher avec écoulement séreux auditif est tellement rare, qu'on est allé jusqu'à en révoquer en doute la possibilité.

Pour faire revenir sur un pronostic si grave, il aurait fallu des exemples d'une authenticité non douteuse, et des descriptions exactes de cas de guérison. Les faits de ce genre qui ont été publiés ne remplissent peut-être pas toutes les conditions désirables.

Nous avions eu déjà l'occasion d'observer un fait contraire à l'espèce de sentence qui exclut l'espoir de la guérison chez ces sujets atteints de fracture du rocher avec écoulement auriculaire caractéristique. Mais avant d'affirmer un résultat si opposé à presque toutes les observations faites jusqu'ici, il était nécessaire de recourir encore à des recherches cliniques plus positives. C'est ce que nous avons fait, et aujourd'hui nous n'hésitons pas à admettre la curabilité des fractures du rocher avec écoulement séreux auriculaire.

Le motif qui nous porte à insister sur cette affirmation, c'est son utilité pratique. En effet, le praticien sait par expérience toute la différence qui sépare sa thérapeutique dans les cas à pronostic inévitablement fatal, et dans ceux qui laissent entrevoir la possibilité d'une guérison, quelque rare qu'elle soit. Dans le premier cas, mollesse, hésitation, indifférence dans le choix et dans la direction des moyens de traitement; dans le second, tentatives énergiques, application soutenue et persévérante, à rechercher les moyens d'atteindre un but difficile, mais non impossible.

Ce qui m'a pour la première fois inspiré des doutes sur la léthalité nécessaire des fractures du rocher avec écoulement caractéristique, c'est un fait que j'ai observé à l'hôpital Cochin en mars 1842, et dans lequel il me semblait prouvé qu'un malade atteint de cette grave lésion était parfaitement guéri. Mais ce seul fait, sans nouvelle confirmation ultérieure depuis plus de dix ans, ne me suffisait pas pour m'élever contre une assertion émanée de très bons observateurs, et notamment de M. le professeur Laugier, qui le premier a fait comprendre toute l'importance du fait pathologique dont nous nous occupons, et enfin M. Robert, qui a apporté dans l'étude de cette question une remarquable persévérance et des observations du plns grand intérêt.

Il a donc fallu qu'une observation nouvelle, recueillie avec soin et dont toutes les circonstances ont été notées, fût venue me révéler la signification du premier fait dout j'ai parlé.

Je vais mettre sous les yeux du lecteur :

1° L'observation qui a éveillé mes doutes;

2° Celle qui les a changés en une certitude absolue touchant la curabililé des fractures du rocher avec écoulement séreux auriculaire.

Lecoq, peintre en bâtiments, dix-huit ans, de constitution délicate et lymphatique, est apporté à l'hôpital Cochin le 31 mars 1842.

Ce jeune homme était occupé aux travaux de sa profession lorsque, la corniche sur laquelle il était assis venant à céder, il fut précipité la tête en bas sur le pavé d'une hauteur d'environ dix pieds.

Relevé sans connaissance, il fut transporté à l'hôpital. A l'état de commotion complète, qui dura plusieurs heures, succéda un état de stupeur et même de coma qui fit soupçonner une lésion très grave, la fracture d'un ou de plusieurs des os du crâne et notamment la fracture du rocher.

A l'examen on constate : *écoulement de sang par les deux oreilles*, plus abondant à gauche; bosse sanguine noirâtre au-dessus de celle-ci vers la région temporale; larges ecchymoses aux paupières. — Saignée de 4 palettes, 15 sangsues derrière l'oreille gauche, synapismes, eau de Sedlitz.

Le 3 avril, quatrième jour de l'accident, suintement d'un liquide séro-sanguinolent par l'oreille gauche, surdité de ce côté; sensation de bourdonnement; pas de paralysie de la face, pas d'amaurose; pouls normal, sommeil paisible. — Eau de Sedlitz.

Les 4, 5 et 6, l'écoulement auriculaire est devenu sérenx.

Le 7, syncope en prenant un pédiluve.

Le 8, l'écoulcment séreux a lieu par l'une et l'autre oreille. Quand le malade fait effort pour se moucher, l'air vient sortir par le conduit auditif externe gauche avec un bruit de sifflement qui indique la déchirure de la membrane du tympan.

Le 16, après être resté longtemps debout dans la journée, le malade est pris vers le soir de mal de tête et de frisson avec sueur. Langue blanche, pouls fréquent. — Purgatif et pédiluve.

Le 17, aucune trace du malaise de la veille.

Le 18, abcès derrière l'oreille gauche. Ponctions multiples. Un stylet, introduit par les ouvertures de l'abcès, ne fait percevoir aucune surface dénudée.

Le 19 et jours suivants, l'écoulement auriculaire n'a plus lieu qu'à gauche et a beaucoup diminué. La membrane du tympan ne laisse plus passer l'air. Encore un peu de surdité à gauche.

Sort guéri le 25 avril, c'est-à-dire vingt-six jours après son entrée à l'hôpital.

Quoique ce fait soit de nature à faire supposer que le rocher du côté gauche a été fracturé, cependant nous ne l'avons pas cru devoir être présenté à titre de preuve, parce que l'observation, quoique prise avec détail, laisse encore à désirer certains renseignements. Mais si quelques chirurgiens, d'après la circonstance de la perforation du tympan, de l'écoulement sanguin auditif suivi d'écoulement séreux pendant plusieurs jours, croyaient à la fracture du rocher gauche dans ce cas, il serait évident que nous avons eu affaire à un fait de guérison de cette fracture après écoulement auditif externe.

Mais pour établir un point difficile et jusqu'ici contestable de la pathologie, il ne suffit pas d'une observation comme celle qui vient d'être rapportée. Il est nécessaire d'apporter des faits dont toutes les particularités soient indiquées avec assez de précision pour qu'il n'y ait place à aucun doute. Celui qui va suivre est de ce genre, et nous paraît à lui seul suffisant pour faire admettre la curabilité des fractures du rocher avec écoulement séreux auditif.

Obs. II. — *Fracture du rocher avec écoulement séreux auditif. — Traitement par des émissions sanguines continues. — Guérison.*

Fortier (Julien), âgé de onze ans, rue de la Bretonnerie, 9. Cet enfant a été soigné à maintes reprises et suivi sans interruption depuis les premiers mois de son existence par M. le docteur Himely, qui ne l'a jamais perdu de vue. Ce médecin a constaté d'une manière positive l'existence d'une hydrocéphalie chronique avec énorme développement de la tête. Celte-ci offre encore des dimensions relatives assez considérables (on m'a promis ses mesures; je n'ai pas pu les prendre pendant ma visite au jeune malade, n'osant pas imprimer à la tête des mouvements qui auraient pu avoir leur danger).

L'exactitude et le savoir de M. le docteur Himely ne nous laissent aucun doute sur l'existence antérieure d'une hydrocéphalie chez ce jeune sujet. En admettant que l'assertion de notre confrère eût besoin d'être corroborée, les renseignements très précis obtenus de la famille, et surtout de la mère, qui est une femme fort intelligente, aident à dissiper tous les doutes. Enfin les caractères actuels de la tête, ceux de la face, et surtout de la paroi orbitaire supérieure, ne laissent non plus aucune incertitude pour quiconque a observé avec soin des sujets hydrocéphales avant ou après guérison.

Donc il est très positif que nous avons affaire à un enfant guéri d'une hydrocéphalie chronique. Cette circonstance prend un grand intérêt à raison des événements dont nous allons parler. L'enfant, du reste, est très intelligent; dans l'école dont il fait partie, il est un des meilleurs sujets et conduit les autres.

Le 4 novembre 1852, vers trois heures de l'après-midi, cet enfant, monté sur un coffre très élevé et s'accrochant à un patère qui vient à manquer, tombe à la renverse et reste par terre sans connaissance. Au bout de quelques instants, la mère arrive, le saisit dans ses bras; il reprend connaissance, mais avec peine, prononce quelques monosyllabes, fait entendre des murmures inarticulés. On reconnaît alors que le sang dont il est couvert, et que la mère attribuait d'abord à une plaie, coule exclusivement de l'oreille droite. Le sang est vermeil et sort avec abondance.

L'enfant avait mangé une heure avant l'accident; il vomit des aliments et a des selles involontaires.

M. le docteur Himely est appelé. Il prescrit une application de 12 sangsues à la région mastoïdienne, puis l'application continue d'une sangsue tant que le pouls aura de la résistance.

L'issue du sang par l'oreille continue toute la fin de la journée du 4 novembre, toute la nuit du 4 au 5, et ne s'arrête que dans la journée du 5, vers le matin, pour faire place à l'écoulement d'un liquide limpide, clair comme l'eau de roche, et qui continue avec la même abondance jusqu'au moment où j'ai vu le malade en compagnie de mon confrère Himely, c'est-à-dire dans l'après-midi du 6 novembre.

Voici comment je trouve le malade : décubitus à gauche; connaissance parfaite; pas de mal de tête; face pâle; pouls faible, sans être trop déprimé; point de paralysie nulle part; la langue sort très facilement et très droit; la conque est remplie d'une sérosité parfaitement limpide, qui, lorsqu'on vient de l'absorber au moyen d'un linge, se reproduit pour ainsi dire à vue d'œil. Le docteur Himely continuera de diriger le traitement.

Le soir, il y a eu écoulement de quelques gouttes de sang par la narine droite, en même temps qu'un hoquet très fatigant qui a duré trois heures. L'oreille droite est rouge et brûlante; cette rougeur s'est constamment montrée depuis le jour de l'accident, deux heures après celui-ci.

A onze heures du soir, le 6, douleur aiguë dans l'oreille droite, suivie, au bout d'une heure à peu près, d'agitation et de délire, de minuit à trois heures. Ecoulement plus abondant pendant la durée de l'agitation; chaque mouvement du malade semble accélérer l'écoulement séreux.

Le 7, l'écoulement auriculaire a cessé; pouls à 92, faible; abattement : aucune douleur. L'enfant demande à être couché sur le côté droit (côté de la lésion); il est immédiatement pris de *vomissements*. (Il est à remarquer qne, toutes les fois qu'on a voulu coucher l'enfant sur ce côté, les vomissements ont constamment reparu.)

Le 8, *sensation d'un liquide âcre coulant dans le pharynx.*

Le 9, nuit bonne. L'écoulement auriculaire n'a pas reparu.

Le 10, nuit mauvaise. Somnolence, plaintes, cris; mais pas de délire. Vomissements à huit heures du matin; ils ont continué dans la journée. Oreille douloureuse. Affaissement; pouls à 120. L'écoulement auriculaire a reparu en petite quantité et légèrement coloré en jaune. — Limonade purgative à la glace.

Le 11, la nuit a été agitée; mais pas de vomissements. L'enfant est gai; pouls à 84; pas de selles. (Limonade purgative à 50 grammes.) Evacuation; pouls à 100; oreille sèche.

Le 12, pouls à 76.

Le 13, nuit très calme; pouls à 72. L'enfant a dormi couché sur le côté droit sans avoir de nausées.

Le 14, état général bon. L'enfant peut s'asseoir sur le lit sans avoir la tête soutenue. Appétit; demande d'aliments. Depuis lors, l'amélioration a été progressivement croissante; les premiers jours, l'enfant jouait étant au lit.

Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

(La circonférence de la tête de Julien Fortier, prise au-dessus des oreilles en passant sur les bosses pariétales, est de 56 centimètres.)

Il est à remarquer qu'aucun symptôme de surdité de l'oreille droite n'a existé à aucune époque de la maladie, quoiqu'on ne puisse douter de la rupture de la membrane du tympan. (Il y a encore beaucoup de points à élucider dans l'étude des fractures du rocher; l'état des fonctions auditives dans ce cas n'est pas l'un des moins intéressants.) Il y a plus, la perception auditive était d'une finesse extrême du côté malade; l'oreille gauche était constamment appliquée contre l'oreiller, et le petit malade entendait même des paroles prononcées à voix basse.

---

(1) Je profite de cette occasion pour réparer une erreur qui nous a fait dire qu'on connaissait les débats qui ont eu lieu entre MM. Bussy et Laugier; c'est Robert et Laugier qu'il faut lire. (N. du R.)

Il y a encore deux remarques bien importantes à noter dans cette observation :

1° Le retour immédiat des vomissements, aussitôt que la tête reposait sur le côté de la lésion;

2° La sensation singulière que ressentit au fond de la gorge le jeune malade, coïncidemment à la cessation de l'écoulement auriculaire.

EXEMPLE D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE SPLÉNIQUE,

Par M. le docteur Leudet.

Cette lésion vasculaire a été trouvée sur le cadavre d'une femme de soixante-dix ans, morte à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer), d'un cancer de l'utérus communiquant avec la vessie.

La rate ne présentait rien d'anormal dans son volume ou les caractères de sa pulpe; sa fibreuse d'enveloppe était seulement légèrement épaissie et blanchâtre par places.

Au moment où elles pénètrent dans la rate, les deux artères spléniques présentaient deux tumeurs : l'une du volume d'un pois, comparable pour sa forme aux deux tiers d'une sphère, communiquait largement avec le canal de l'artère, qui n'offrait de dilatation dans aucun autre point de son étendue; les membranes artérielles externe et moyenne se continuaient avec la circonférence de la poche anévrismatique incrustée de plaques calcaires qui ne permirent pas de suivre jusque dans son intérieur la membrane interne vasculaire; dans cette cavité étaient renfermés quelques petits caillots sanguins fibrineux.

Aucune autre dilatation ou poche anévrismatique, ou plaque calcaire, ne se remarquait sur le reste de l'étendue de cette branche artérielle.

Une tumeur plus volumineuse, très dure, sphéroïdale, de la grosseur d'une petite aveline, était appendue à l'autre branche de l'artère splénique; elle communiquait avec ce vaisseau par deux petits pertuis ronds et réguliers permettant le passage d'une épingle. La paroi de cette poche était formée par une coque ossiforme formant à l'intérieur des crêtes irrégulières, et recouverte à l'extérieur par une membrane celluleuse épaisse. La cavité même contenait un peu de sang noirâtre incomplétement coagulé.

La même branche vasculaire contenait en outre, à environ un centimètre de distance de cette coque osseuse, une autre petite tumeur du volume d'une lentille, renfermée dans l'épaisseur de ses parois et faisant saillie au dehors.

L'examen microscopique n'a fait reconnaître dans ces cavités la présence d'aucun entozoaire.

Ce fait se rapproche beaucoup d'un autre publié par M. Chambert (*Bull. de la Soc. anat.*, 1837, p. 228).

L'anévrisme de l'artère splénique se présentait dans ce cas sous la forme d'une coque osseuse située sur le trajet de l'artère splénique, recouverte en dehors d'une membrane celluleuse, et contenant à l'intérieur des caillots sanguins qui obstruaient presque entièrement la cavité communiquant par une petite ouverture avec l'artère.

Plusieurs autres cas d'anévrisme de l'artère splénique se trouvent rapportés par M. Cruveilhier (*Traité d'anat. path. gén.*, t. II, p. 753).

Ces anévrismes semblent, sous le rapport de leur pathogénie, devoir être attribués à ce mécanisme indiqué d'abord par Corvisart (*Essai sur les mal. du cœur*), puis par Guthrie et enfin par M. P. Bérard (*Compte rendu de la Soc. anat.*, 1829), c'est-à-dire que nous les regardons comme développés primitivement dans l'épaisseur des parois de l'artère.

EXEMPLE D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE RÉNALE;

Par le même.

Cette pièce a été trouvée à l'ouverture du cadavre d'une femme de soixante-deux ans, morte à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer), d'une néphrite albumineuse.

Cette femme faisait remonter à deux ans le début des symptômes morbides de cette dernière maladie, annoncée par un affaiblissement graduel des forces, sans œdème des membres ou de la face.

Deux mois avant sa mort, son état s'aggrava beaucoup : de la dyspnée, de la toux, de l'œdème des membres inférieurs et de la face apparurent.

Lors de l'admission de la malade à l'hôpital, nous constatâmes un œdème marqué des membres inférieurs, les signes d'un œdème pulmonaire et la présence dans l'urine au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique d'une grande quantité d'albumine.

La malade succomba deux jours après son admission à l'hôpital, à la suite d'un coma durant depuis trente-six heures.

L'ouverture du cadavre nous fit reconnaître une différence de volume marquée dans les deux reins. Leurs dimensions étaient les suivantes :

	REIN GAUCHE.	REIN DROIT.
Hauteur. . . .	0m,12	0m,065
Largeur. . . .	0m,055	0m,02
Epaisseur. . .	0m,045	0m,015

Le rein gauche était donc beaucoup plus volumineux que le droit, dont les dimensions étaient considérablement au-dessous de l'état normal. Leur surface extérieure était rugueuse, adhérente à la fibreuse d'enveloppe, parsemée d'une foule de petites saillies; sa couleur était d'un gris jaunâtre, sur laquelle se dessinaient des étoiles vasculaires, sans granulations blanchâtres apparentes.

A la coupe dans les reins, on constatait la même couleur du parenchyme rénal, une injection sanguine fine, une diminution notable du volume des pyramides.

Les membranes des deux bassinets étaient épaissies, le tissu cellulaire sous-séreux parsemé d'une riche injection vasculaire.

L'anévrisme mis sous les yeux de la Société occupait l'artère rénale droite, celle qui se rendait au rein le plus volumineux. Au moment où cette artère va pénétrer dans l'organe sécréteur de l'urine, elle se divisait en deux branches : l'une qui suivait sa direction normale; une autre, plus petite, se rendant au segment inférieur du rein.

L'anévrisme était placé près de la jonction de ces deux branches, et s'ouvrait principalement sur la plus petite; son volume était comparable à celui d'un haricot; sa forme représentait les deux tiers d'une sphère, le côté tronqué reposant sur la paroi vasculaire.

Cette poche était ferme et dure; elle communiquait par une petite ouverture presque capillaire avec le calibre même de la petite branche de l'artère rénale; la membrane interne du vaisseau pouvait être suivie jusqu'à cet orifice, dans lequel on n'a pu déterminer sa pénétration.

La membrane moyenne artérielle normale, dans sa structure, arrivait jusqu'aux bords de la poche et se continuait avec ses parois, perdant peu à peu sa structure musculaire pour prendre l'aspect fibreux et s'encroûter de plaques calcaires.

La tunique externe celluleuse se continuait immédiatement avec celle qui recouvrait la superficie de la poche.

L'anévrisme était rempli d'une matière semi-molle jaunâtre, s'écrasant facilement sous la pression, sans aucune trace de sang ou de fibrine offrant les caractères des dépôts calcaires ordinaires.

Les parois artérielles des autres vaisseaux de ce sujet présentaient un grand nombre de plaques calcaires sous la membrane interne ou dans l'épaisseur de la moyenne; néanmoins les valvules du cœur étaient saines.

Cette lésion semble se rapporter à celle que nous avons déjà décrite dans l'artère splénique; nous croyons devoir la considérer comme un anévrisme développé primitivement dans les parois du vaisseau, et ouvert consécutivement dans sa cavité.

L'influence de cette lésion sur la marche même de la néphrite nous paraît avoir été nulle.

(*Comptes rendus de la Société de biologie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er décembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

M. Diday, chirurgien des hôpitaux de Lyon, assiste à la séance.
— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le Dr Duval, membre de l'Académie de médecine, fait hommage à la Société d'un mémoire sur les accidents qui accompagnent l'extraction des dents.

M. Larrey est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. Lebert continue la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

Caractères physiques des tumeurs fibro-plastiques.

On pourrait être étonné de rencontrer des tumeurs fibro-plastiques dans des conditions en apparence fort différentes. On cessera d'eu être frappé en réfléchissant que le tissu fibro-plastique n'est qu'une variété transitoire du tissu cellulaire ou connectif, qui est le plus répandu dans l'économie.

La forme de ces tumeurs est arrondie, lisse ou lobulée, quelquefois aplatie, lorsque quelque obstacle s'oppose à leur développement, comme dans les méninges, ou même, sans cela, dans certaines régions, lorsque, par exemple, quelque élément sphéroïde de la peau subit un travail bypertrophique. Si ce travail se fait dans une glande, la tumeur présente la forme exagérée de celle-ci. Dans la kéloïde, qui est tout entièrement composée de tissu fibro-plastique, on rencontre tantôt des tumeurs uniques et plus volumineuses, tantôt des tumeurs multiples sur les mêmes régions. En général, elles sont libres, sans adhérence pédiculée avec le voisinage. Mais on les rencontre presque pédiculées dans les membranes du cerveau, au moins avec une attacbe circonscrite. Elles sont sessiles tout à fait lorsqu'elles proviennent de l'os.

Ces tumeurs sont susceptibles d'acquérir un grand volume, surtout dans les membres et dans certains organes glandulaires qui ont subi l'bypertrophie fibro-plastique, comme par exemple dans les glandes lymphatiques, dans la parotide et dans la mamelle. Elles atteignent leur maximum dans la cuisse et à l'origine des membres, savoir : le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte. Lorsque le tissu fibroïde gélatineux, qui en constitue une des principales variétés, existe en abondance, ces tumeurs présentent surtout la tendance à être très volumineuses.

Parmi les tumeurs de ce genre qui ont un volume moyen, nous citerons, en général, celles qui proviennent du périoste, auxquelles j'ajouterai deux faits, dont l'un a rapport à une tumeur du col utérin que j'ai extirpée, et l'autre à une tumeur que j'ai enlevée à la partie inférieure de la jambe. Nous notons enfin, parmi les tumeurs de petite dimension tout à fait, le volume d'une fève, d'une noisette, d'une plaque de la largeur d'une pièce de cinq francs dans des productions de ce genre qui naissent à la surface de la peau, à la superficie de la conjonctive, dans l'œil, dans le conduit auditif.

La consistance des tumeurs fibro-plastiques est élastique, molle, et même d'une fluctuation trompeuse ou plus ferme, et semblable à celle des tumeurs fibreuses; elle peut être celle de l'os si beaucoup de tissu osseux se trouve dans son intérieur, dans les cas où la maladie prend naissance dans le périoste. En général, ces tumeurs sont mobiles par rapport aux parties ambiantes, surtout si elles sont situées sur le trajet des membres ou dans des glandes; elles sont plutôt sessiles si elles sont formées dans la peau ou sur le trajet des os. Leur enveloppe est fibro-celluleuse, quelquefois fibreuse. Nous l'avons vue plusieurs fois conservée à travers des ulcérations superficielles qui étaient nées d'une simple distension mécanique des téguments. Du reste, l'ulcération a à peine existé dans un douzième des observations. Ainsi, ces tumeurs ont peu de tendance à ces terminaisons.

L'aspect du tissu fibro-plastique à l'œil nu peut se présenter sous plusieurs formes types. La plus commune est cellu d'un tissu homogène, d'un jaune pâle, blancbâtre, qui ressemble tout à fait à une tumeur fibreuse, à part la consistance moindre. Le tissu peut être mêlé d'une substance gélatineuse demi-trausparente, ce qui donne alors à l'ensemble de la subslance une coloration d'un jaune pâle, verdâtre, et une espèce de demi-transparence. La vascularité, dans cette forme, est peu considérable; cependant elle peut l'être davantage par places, et donner lieu alors même à des ruptures vasculaires ou à des épanchements sanguins.

Lorsque la vascularité est généralement plus abondante, le tissu prend une nuance rosée ou même rouge, d'aspect charnu. En pressant et en grattant ce tissu, on n'obtient qu'un suc clair et transparent.

La seconde forme type du tissu fibro-plastique offre en tout les caractères de la précédente; seulement, au lieu d'être lisse et homogène, elle offre une disposition inégale; et, selon le volume de ses inégalités, un aspect grenu, lobulé et même bosselé.

Lorsqu'au lieu d'avoir de grandes divisions, le tissu est réparti en granulations fines, on enlève par le grattage un suc qui, au premier abord, paraît trouble, parce qu'il tient en suspension une multitude de granulations; c'est un suc grumeleux et non trouble. Cependant ce dernier caractère, quoique exceptionnel, peut exister comme dans toute espèce d'émulsion d'éléments cellulaires. La vascularité est plus forte dans le tissu fibro-plastique lobulé que dans le tissn lisse. Le mélange avec le tissu demi-transparent y existe aussi bien que dans la forme homogène.

A côté de ces types, on rencontre quelques modifications dues à des altérations de ce tissu : telles sont l'infiltration purulente ou même des abcès, l'aspect d'un jaune terne semblable à de la matière tuberculeuse, que j'appelle phymatoïde, et qui est dû à un dessèchement avec altération grasse des cellules. Des concrétions calcaires y sont généralement un résidu de l'hémorrhagie. Nous notons des réseaux osseux dans l'ostéosarcome fibroïde. Des kystes superficiels ou profonds, à contenu séreux ou sanguin, y ont été constatés plusieurs fois par nous. Nous ajouterons enfin que nous avons rencontré des tumeurs mixtes dans lesquelles le tissu fibro-plastique n'était qu'accessoire. Telles étaient plusieurs tumeurs adipeuses, cartilagineuses, cancéreuses que nous avons observées.

Examen microscopique.

La variété de texture dans ces tumeurs, répond plutôt au groupement des derniers éléments qu'à des différences essentielles de ceux-ci; et nous avons, au contraire, un point de départ anatomique fixe qui fait mieux comprendre la connexion de ces produits, malgré leur physionomie variée. Voici les principaux éléments : les cellules fibro-plastiques sont arrondies, sphériques ou ovoïdes, allongées ou irrégulières, généralement assez plates. Plus elles sont jeunes, plus la membrane d'enveloppe est ponr ainsi dire accolée à la surface du noyau. Elles ont en moyenne une dimension de 1/100e à 1/60e de millim. La paroi cellulaire est pâle, homogène, peu grumeleuse. On rencontre un ou deux noyaux dans lenr intérieur; cependant une variété de ces cellules désignée comme cellules-mères, renferme un grand nombre de ces noyaux. Ceux-ci ont en moyenne 1/200e à 1/140e de millim. de largeur; ils sont ronds dans le principe, mais plus tard ils sont ovoïdes, et peuvent même s'allonger considérablement, au point d'atteindre jusqu'à 1/140e de millim. de longueur. Ces noyanx sont généralement plats, et renferment un ou deux noyaux ponctiformes. Dans les cas rares d'infection fibro-plastique, on trouve une grande richesse en cellules.

Les corps fusiformes si caractéristiques pour ce genre de tumeurs constituent pour ainsi dire l'intermédiaire entre la cellule et la fibre. Ils sont allongés et se terminent dans la plupart du temps des deux côtés par une espèce de prolongement très effilé, quelquefois divisé. Leur largeur moyenne est de 1/130e de millim. Cependant, ils peuvent atteindre 1/100e, mais leur longueur est quelquefois très considérable, de 1/40e de millim. en moyenne, allant à 1/20e et même à 1/10e. Il n'est pas rare de rencontrer le tissu fibro-plastique tout entièrement composé de ces fuseaux, ce qui nous a fait donner à cette variété le nom de tissu fusiforme. On trouve enfin, microscopiquement parlant, aussi bien qu'à l'œil nu, tous les passages au véritable tissu fibreux.

Outre ces cellules simples et les corps fusiformes, on rencontre de grands feuillets ou des cellules mères variant entre 1/33e et 1/12e de millim., et renfermant un certain nombre de noyaux, dont quelques-uns peuvent même être entourés de leurs parois cellulaires au dedans de la cellule principale. Ces grandes cellules sont quelquefois comme enroulées de fuseaux, et ces amas bien délimités constituent ce que j'appelle des globes concentriques fibro-plastiques, qui même par la suite peuvent subir plusieurs altérations : la séparation en anneaux épais avec des espaces vides entre eux, une altération granuleuse particulière, une décomposition en vertu de laquelle des petites sphères albuminoïdes et transparentes se forment dans leur intérieur. Les cellules et les fuseaux fibro-plastiques ordinaires subissent souvent aussi l'infiltration granulo-graisseuse comme toute espèce de cellules.

La substance gélatineuse des tumeurs fibro-plastiques est sous le microscope à peu près transparente et parsemée de fibres fines, ainsi que de noyaux cellulaires. Les éléments graisseux libres sont étonnamment rares dans toutes ces tumeurs. A leur surface, on rencontre quelquefois la couche épithéliale de la région correspondante; on voit, enfin, dans leur intérieur les éléments microscopiques de l'os, si ce tissu a été constaté à la dissection ordinaire.

Les rapports des tumeurs fibro-plastiques avec les tissus voisins sont ceux d'adhérences cellulaires lâches dans les parties molles, tandis que ce sont de véritables excroissances dans l'os. Comme toute espèce de tumeur, elles font disparaître les parties voisines par absorption et par compression lorsqu'elles subissent un accroissement rapide. Une seule fois nous avons observé l'envabissement par infiltration.

Quant au siége, nous avons dans nos observations 23 cas d'hypertrophies fibro-plastiques se rapportant au derme, aux glandes lymphatiques, à la parotide, aux glandes palatines, aux glandes sébacées, au testicule, à la mamelle, à des parois de kystes, enfin. Nous possédons 7 observations de tumeurs kéloïdes, dont 2 cicatricielles et 5 spontanées, siégeant en majeure partie au tronc. Parmi les tnmeurs fibro-plastiques autogènes superficielles, au nombre de 27, nous notons 5 cas à la figure et aux organes externes des sens, 4 au tronc, 4 aux membres supérieurs et le nombre considérable de 14 aux membres inférieurs.

Parmi 16 cas de tumeurs fibro-plastiques au fond des parties molles, nous notons 1 dans les bourses, 1 du col utérin, 1 dans les plèvres et 13 dans les méninges, dont 8 à la base. Nous avons observé 13 cas d'ostéosarcome fibro-plastique, parmi lesquels nous insistons sur la prédilection marquée pour les os de la face et surtout pour les mâchoires. Nos cas de pathologie comparée, enfin, se rapportent à des productions fibro-plastiques sous-cutanées, sous-muqueuses, dans les glandes et dans les os maxillaires.

Les phases de développement possibles des tumeurs fibro-plastiques sont très nombreuses et très variées; nous ne pourrons que les indiquer dans ce court résumé. Ce sont le dépôt local, l'accroissement lent et ensuite plus rapide, l'état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération et aussi dans des cas rares la gangrène.

Les deux sexes sont également disposés au développement de ces productions, qui sont répandues sur tous les âges de la vie. C'est ainsi que plus d'un tiers se trouvent jusqu'à l'âge de 35 ans, pas tout à fait un tiers après 50 ans, mais la plus grande fréquence se rencontre entre 35 et 50 ans, 23 sur 60 cas dans lesquels l'âge est noté.

La tendance aux récidives est bien plus prononcée dans ces tumeurs que dans plusieurs autres espèces de productions accidentelles homœomorphes.

Des kystes qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire.

M. Giraldès a la parole pour la lecture d'un mémoire sur les kystes qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire.

M. Larrey. J'ai eu occasion de voir les nombreuses préparations anatomiques de M. Giraldès sur les sinus maxillaires, et je viens d'écouter avec attention la lecture de son intéressant travail sur les kystes muqueux de ces cavités; mais je m'étonne que notre savant collègue n'ait rien dit des recherches qu'il avait pu faire dans un ouvrage digne au moins d'être cité par lui. Je veux parler du *Traité des maladies chirurgicales de la bouche* par Jourdain, qui a consacré près d'un volume entier à l'étude des maladies des sinus maxillaires.

Ce livre sans doute est loin de répondre aujourd'hui aux besoins de la science; les observations n'en sont pas complètes, ni les appréciations toujours exactes; mais au moins renferme-t-il peut-être quelques données utiles, sinon des faits analogues aux recherches spéciales faites par M. Giraldès sur les kystes muqueux des sinus maxillaires. Personne mieux que lui ne serait à même de dire, par exemple, s'il existe ou non quelque chose de notable dans les chapitres de la *Rétention du mucus*, des *Hydropisies*, des *Tumeurs lymphatiques des sinus*, etc., afin de rapprocher ou de différencier ces affections des kystes muqueux en appréciant leurs caractères anatomo-pathologiques.

M. Giraldès. Je sais que cet ouvrage renferme un certain nombre d'observations, mais elles sont si obscures qu'il m'a été impossible d'en tirer aucun parti.

Le premier mémoire de Jourdain sur les abcès du sinus maxillaire est certainement un travail qui a de la valeur; mais le reste de son ouvrage peut induire en erreur ceux qui le consulteraient.

Ainsi, je citerai parmi les faits de ce genre une observation dans laquelle il est question d'une tumeur dure élastique et qui devait sans aucun doute être un enchondrome; mais la description donnée par l'auteur ne permet pas de l'employer dans une histoire des enchondromes de la face.

La question dont je viens d'entretenir la Société n'avait pas encore été traitée, et il n'y a rien de semblable dans Jourdain. A part les pièces déposées par M. W. Adams au musée de l'hôpital Saint-Thomas, nulle part je n'ai rien trouvé de semblable.

J'ajouterai que je crois que c'est une mauvaise manière de faire de la science que de chercher à élucider une question controversée avec des observations recueillies dans les auteurs, car très souvent on emploie des matériaux mal préparés.

Comme preuve de ce que j'avance, il suffit souvent de comparer les pièces qu'on voit dans les musées avec les observations qui y ont trait. Or, dans quelques cas, il serait aisé de faire deux observations, l'une avec le fait publié, l'autre avec la pièce anatomique. Donc, traiter une question litigieuse avec des faits qu'on n'a pas vus, dont on ne connaît pas la signification, ce serait s'exposer à introduire des erreurs et fonder un édifice scientifique qui s'écroule par la base. Je pense que, dans ces cas, on ne doit employer que les faits qu'on a pu recueillir et contrôler. Du reste, je crois que cette altération pathologique est ce qui constitue les hydropisies.

M. Michon. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Giraldès, c'est un travail tout à fait nouveau; il y a là une description très intéressante de ces kystes, mais ce n'est que de l'anatomie pathologique. Je demanderai donc à notre honorable collègue où sont les observations sur lesquelles il a fait sa symptomatologie et son traitement? sur quoi il s'est fondé pour dire que cette affection était très commune, tandis que nous la voyons très rarement dans la pratique? J'ajouterai si rarement, que depuis bientôt trente ans que je suis dans les hôpitaux, je n'en ai pas encore vu un cas.

Quels sont, enfin, les signes pour établir le diagnostic différentiel entre les kystes et les hydropisies du sinus maxillaire?

M. Giraldès. Je crois que M. Michon n'a pas fait attention à un point du travail qui répond à son objection; car j'ai dit, en terminant: si ma manière de voir se confirme, il suffirait, pour compléter ce travail, d'ajouter la symptomatologie des hydropisies du sinus à l'histoire des kystes de la même cavité. En effet, je n'ai point fait ici autre chose que de combler une lacune dans l'histoire de l'anatomie pathologique de ces maladies; j'ai voulu attirer sur ce point l'attention des chirurgiens. Plus tard, si l'occasion se présente, il sera curieux de vérifier si cet amas de liquide qui se fait quelquefois dans le sinus maxillaire est dû à une véritable hydropisie ou au développement d'un kyste; si c'est véritablement une hydropisie, mon travail demande alors à être complété par une étude de la symptomatologie.

M. Roux. Malgré tout le plaisir que j'ai eu à entendre l'intéressante communication de M. Giraldès, je ne puis m'empêcher de lui dire que, sous certains points, je partage l'avis de M. Michon. Ainsi, il est évident pour tous que, quel que soit le point de départ de l'affection connue sous le nom d'hydropisie du sinus maxillaire, c'est une affection des plus rares; c'est tout au plus si je crois en avoir vu une trentaine.

Dans les premiers temps que j'étais à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu occasion d'en rencontrer un cas; j'en fis part au professeur Sanson, qui en fut très étonné et me dit n'en jamais avoir observé.

J'ajouterai, au point de vue clinique, que jamais l'épanchement ne devient considérable sans que la paroi du sinus ne soit détruite, et c'est habituellement au niveau de la fosse canine; avant, elle commence par être soulevée, et enfin il se fait une ouverture circulaire. Les dents sont habituellement ou ébranlées ou tombées, et comme on ne s'aperçoit de l'affection qu'après la chute de ces dernières, elle semble succéder à leur extraction.

Dans l'hydropisie du sinus maxillaire, je crois que l'épanchement se fait à la surface interne de la membrane muqueuse; ce n'est donc pas un kyste proprement dit. Ce qui me fait pencher vers cette opinion, c'est que, lorsqu'on ouvre la tumeur, le liquide qui s'échappe a beaucoup d'analogie avec celui qu'on trouve dans les grenouillettes, et, lorsqu'on porte le doigt dans la cavité du sinus, on trouve une surface lisse, non malade; il n'y a rien d'analogue avec les tumeurs enkystées.

Je crois que la tuméfaction du sinus maxillaire est due à un amas de mucus et non de sérosité; aussi le nom d'hydropisie me paraît peu convenable pour désigner cette maladie.

Si quelque chose doit nous étonner, c'est que cette affection ne soit pas plus commune, quand on pense au peu de facilité de l'issue du liquide par l'ouverture naturelle du sinus.

Du reste, il n'y a pas que cette cavité qui puisse se dilater outre mesure; lorsque son ouverture de communication se trouve oblitérée, nous trouvons un exemple analogue dans les dilatations de la vésicule biliaire.

M. Giraldès. Je remercierai tout d'abord M. Roux des compliments affectueux qu'il a bien voulu me faire, et lui répondrai ensuite qu'il raisonne d'après des idées cliniques, sans preuve des faits qu'il avance. Ces idées, M. Roux les a reçues de ses devanciers et nous les transmet telles. Ce n'est pas là le point que j'ai eu en vue dans mon travail. J'ai examiné une grande quantité de cavités du sinus maxillaire, et dans presque toutes j'ai rencontré des kystes déterminant des dilatations comme des hydropisies. Ces dilatations ne se font pas toutes au même endroit; tantôt elles ont lieu au niveau de la voûte palatine, tantôt du côté des sinus sphénoïdaux; il y a donc là autre chose que l'hydropysie qui détruisait la paroi du sinus au niveau de la fosse canine. Je ne veux pas être exclusif dans mon travail; mais jusqu'à preuve du contraire je persisterai dans mon opinion.

Dans les faits dont parle M. Roux, les ouvertures restent fistuleuses. C'est également ce que M. Brodie a noté; tout porte à croire qu'il y a un corps étranger, qui ne serait autre qu'un de ces kystes. Pour obtenir la guérison radicale il faudrait alors, non pas se contenter d'une simple ponction, mais bien ouvrir la cavité du sinus et la débarrasser de tous les kystes.

M. Denonvilliers. La description que M. Roux vient de nous donner de l'hydropisie peut s'appliquer à un énorme kyste. Ce que j'ai vu dans des recherches faites sur le sujet, vient à l'appui des observations de M. Giraldès. Sur la moitié des cadavres on trouve des kystes. Il n'y aurait donc rien de surprenant que les hydropisies fussent la conséquence du développement des kystes.

M. Giraldès. J'insisterai sur ce fait que, suivant l'implantation de ces kystes, la dilatation ou la déformation du sinus se fait dans des points différents; quelquefois elle n'a lieu que sur un point; d'autres fois elle a lieu dans tous les sens; elle peut se faire au niveau des arcades dentaires aux dépens même d'une alvéole en chassant la dent.

M. Gerdy. Plus nous avançons, plus nous voyons que de simples follicules peuvent former des poches, des kystes renfermant des matières très diverses. M. Huguier a publié des faits de ce genre, et il serait bien possible que M. Giraldès eût raison. Seulement, comme M. Michon l'a observé, il faut faire la symptomatologie.

M. Morel-Lavallée. Notre collègue a cité la fréquence des kystes pour prouver que l'hydropisie du sinus maxillaire n'est autre que le développement d'un kyste. Comment se fait-il donc, d'une part, comme l'ont dit MM. Roux et Michon, que l'hydropisie du sinus maxillaire soit si rare, tandis que les kystes sont si communs?

M. Denonvilliers. C'est qu'il est rare que les kystes arrivent à un développement considérable.

M. Giraldès. La vérité est que les kystes sont très communs, que les uns dilatent les sinus, et les autres restent inaperçus.

M. Denonvilliers. Il faut bien faire attention qu'il s'agit ici de kystes et non d'hydropisies incomplètes. Ce qui est en faveur des idées de M. Giraldès, c'est qu'on ne trouve pas de rudiment d'hydropisie, tandis qu'on trouve chez presque tous les sujets des kystes de toute grosseur, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. C'est là, je crois, le début de la maladie. Si on ne s'en aperçoit pas, c'est que la compression qui agit uniformément sur les kystes les empêche de se développer, et qu'en outre ne recevant aucune excitation, ils restent à l'état latent comme les tubercules.

M. Roux. J'aurais désiré connaître l'opinion de M. Giraldès sur la nature des liquides.

M. Giraldès. C'est le même liquide que celui qu'on a décrit dans les hydropisies.

M. Morel-Lavallée. L'observation de M. Denonvilliers est juste; mais de ce qu'on n'a pas rencontré d'hydropisie partielle, il ne faut pas en conclure qu'elle n'existe pas. L'hydropisie du sinus maxillaire ne se fait pas lentement, mais très rapidement.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Chronique et nouvelles.

On nous transmet copie de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Piorry à M. le doyen de la Faculté de médecine. Malgré la précipitation dont se ressent un peu la rédaction de cette lettre, elle n'en contient pas moins des projets d'amélioration dans l'enseignement de la clinique, qui méritent d'être sérieusement étudiés, et il est probable que le zèle bien connu de M. P. Dubois ne tardera pas à soumettre ces projets à un examen approfondi.

Monsieur le doyen,

Les progrès qu'ont faits la pratique de la médecine et notamment la clinique ont rendu l'étude de cette science plus difficile. Les moyens d'enseignement qui y sont relatifs ne se sont pas élevés à son niveau; les élèves ne sont pas suffisamment exercés aux méthodes sévères d'investigation, et le zèle des professeurs ou des chefs de clinique ne peut remédier au défaut de temps qui les empêche de guider convenablement les recherches pratiques de leurs disciples.

Sans répétiteurs, il est difficile que les leçons fructifient. Puisque la Faculté exige des exercices pratiques pour l'étude de l'anatomie, de la chimie, de la physique et de la chirurgie; puisqu'elle a institué des aides chargés de faire expérimenter les élèves qui étudient les sciences dites accessoires, il est, à plus forte raison, utile qu'on ne procède pas autrement pour la médecine proprement dite.

Les élèves des hôpitaux assignés aux cliniques de la Faculté ne peuvent remplir les fonctions que leur position réclamerait. Au commencement de l'année, le professeur demande quatre externes, et l'administration ne peut lui en accorder que deux. Ces élèves ne peuvent être choisis, d'après les règlements, que parmi ceux de la seconde année d'externat. Or, s'ils sont vraiment instruits, ils sont nommés internes provisoires, et il arrive souvent, après trois mois, et alors que le chef de service est parvenu, à force de soins, à les familiariser avec l'examen des malades, que tout d'abord ces élèves sont dirigés comme internes vers un autre hôpital.

Si ces élèves sont faibles ou peu disposés à travailler d'une manière sérieuse, on les conserve toute l'année, au grand détriment du service.

L'année suivante, il faut encore recommencer à instruire de nouveaux élèves, qui, lors de leur entrée, sont tout aussi incapables de faire exercer les auditeurs des leçons cliniques que l'avaient été leurs prédécesseurs.

Il arrive même souvent que les élèves externes dont on a fait choix dès le mois de mars sont nommés internes en décembre, et, dans ce cas, il faut bien les remplacer par ceux que l'administration et le hasard désignent.

Ces élèves ne sont pas d'ailleurs ceux de la Faculté, et les peines qu'ils peuvent prendre pour instruire leurs condisciple ne sont en rien obligatoires.

Je crois qu'au moyen des mesures suivantes on remédierait facilement à ces inconvénients:

1° Les chefs de clinique conserveraient toutes leurs prérogatives et tous les avantages que leur assure leur position actuelle;

2° Dans chaque clinique médicale, chirurgicale ou d'accouchements, quatre *aides de clinique* seraient institués pour deux ans avec un titre officiel. Ils seraient renouvelés par quart tous les six mois, et de cette sorte les bonnes traditions du service se conserveraient.

3° Ces élèves, présentés par les *professeurs*, seraient nommés par la Faculté ou par le doyen.

4° Ils seraient hiérarchiquement et par rapport à l'enseignement au-dessus des externes des hôpitaux; ils pourraient être docteurs; ils seraient chargés de faire des répétitions, d'exercer les élèves à l'interrogation des malade, à la pratique des moyens physiques d'exploration, de recueillir les observations, etc.

5° Ils recevraient, s'il était possible de l'obtenir, une indemnité de peu d'importance, et ne seraient autorisés à faire des répétitions rétribuées que dans des locaux autres que l'hôpital auquel ils seraient attachés.

6° A défaut d'indemnité, pour exciter leur émulation, tous les aides de clinique seraient admis chaque année à un concours sur le diagnostic médical, chirurgical ou d'accouchement, et un prix serait donné à ceux qui en paraîtraient les plus dignes.

A ces mesures relatives au service de la clinique et aux élèves qui y sont attachés, il serait bon d'en ajouter une autre très propre à stimuler le zèle des étudiants en médecine pour l'instruction clinique. Pour s'assurer de l'exactitude et du travail des élèves qui fréquentent les cliniques, le professeur délivrerait à chacun de ceux qui les auraient suivies avec régularité et pendant un semestre des certificats détaillés. Ces certificats, qui ne seraient pas obligatoires, seraient soumis au jury du cinquième examen, et cela, à titre de renseignement sur la manière dont les élèves se seraient livrés à leurs études cliniques.

Je vous prie, monsieur le doyen, de vouloir bien soumettre ces idées à la Faculté, et de les modifier vous-même, au besoin, de la façon que vous jugerez la plus utile.

Veuillez agréer, monsieur le doyen, etc. Piorry.

La Société de médecine de Strasbourg vient de constituer ainsi qu'il suit son bureau pour l'année 1853:

Président, M. Lereboulet;
Vice-présidents, MM. Heydenriech et Forget;
Secrétaires, MM. G. Tourdes et Ruef;
Trésorier, M. Oherlin.

Nos confrères de Paris sont prévenus que l'épreuve de la liste des médecins du département de la Seine, qui va paraître dans l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, est déposée à notre bureau, et qu'ils pourront y faire, jusqu'à jeudi prochain 16, les changements qui seraient survenus, soit dans leurs adresses, soit dans les heures de leurs consultations.

Bulletin bibliographique.

Iconographie ophthalmologique, ou Description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par S. Sichel, docteur médecin des Facultés de Berlin et de Paris, officier de la Légion-d'Honneur, médecin oculiste des maisons nationales d'éducation de la Légion-d'Honneur, etc. — Paris, 1852. 3e livraison in-4°. Fig. coloriées. Prix: 7 fr. 50 c. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie. Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la chlorose et de l'anémie; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc.; par Louis Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, l'un des auteurs du *Compendium de médecine pratique*. — Librairie de Labé.

Bibliothèque du Médecin Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, chevalier de la Légion-d'Honneur, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.; ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — 15 volumes grand in-8° sur deux colonnes, contenant la matière de 60 volumes in-8° ordinaire. Prix du volume: 8 fr. 50. — La souscription étant permanente, on peut retirer par volume. — On souscrit chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 40.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 147. — JEUDI 16 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 147. — JEUDI 16 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance annuelle de l'Académie de médecine.— Opération césarienne terminée par la guérison. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Académie de médecine, séance annuelle du 14 décembre. — Eloge de M. Boyer. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Cornut.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1852.

Séance annuelle de l'Académie de Médecine.

Les broderies ne sont pas en progrès à l'Académie; la docte Compagnie rétrograde même sous ce rapport. De cinq qu'ils étaient habituellement, les habits brodés sont tombés à trois : le président et les deux secrétaires étaient seuls en tenue officielle. M. Patissier s'est affranchi de la tradition laissée par son honorable prédécesseur M. Mérat, et le cérémonieux M. Nacquart lui-même a rompu cette année avec une habitude de six lustres.

Tout s'est donc passé fort simplement hier, quoiqu'une assistance nombreuse et choisie fût venue entendre le discours de M. F. Dubois.

L'honorable secrétaire perpétuel s'est montré avec ses qualités de style accoutumées. Mais peut-être a-t-il voulu établir une trop grande similitude entre l'économie de son éloge et le caractère, la vie de son héros. Cette intention l'a entraîné dans des détails qui seront sans doute pleins d'intérêt à la lecture, mais qui à l'audition laissent reposer un peu trop longtemps l'attention du lecteur. Un moment nous avons craint que certains de ces détails ne fussent quelque peu risqués devant un auditoire où le sexe était assez largement représenté. Cette crainte nous est particulièrement venue lorsque nous avons entendu l'anecdote de la queue de la poêle à propos d'une opération de lithotritie. Mais au moment même où nos appréhensions étaient le plus vives, nous avons vu une charmante dame en capote blanche et en talma de velours noir rire avec une grâce si parfaite et un entrain si communicatif, que nous nous sommes aussitôt convaincu de l'excès de nos craintes et de la raison qu'avait eue M. Dubois de conserver ce piquant paragraphe. Au reste, plusieurs autres passages ont été chaleureusement applaudis; et, somme toute, ce morceau accroîtra les titres de M. Dubois à l'estime de l'Académie et à la reconnaissance des morts illustres. Nous regrettons que le défaut d'espace nous oblige à faire subir quelques suppressions à cet éloge.

Dans un autre article nous reviendrons sur la partie scientifique et administrative de la séance. — H. de Castelnau.

OPÉRATION CÉSARIENNE TERMINÉE PAR LA GUÉRISON.

Conformément à la tâche que nous avons entreprise de rassembler tous les éléments possibles pour résoudre cette grande question de la mortalité dans l'opération césarienne, nous enregistrons le nouveau fait que nous rapporte l'*Observateur de Courtrai*. Ce fait appartient à M. Decoene, qui a déjà pratiqué plusieurs opérations semblables et presque toujours avec succès. Les observations en sont consignées dans un de nos numéros de cette année. C'est sur une des malades sujet de l'une de ces observations que M. Decoene a pratiqué pour la seconde fois la gastrotomie.

Voici comment le rédacteur distingué de l'*Observateur*, M. le docteur Frédéricq, après avoir rappelé les antécédents de cette femme, trace l'exposé de l'opération :

M. Decoene et moi nous nous rendimes à Bisseghem le 5 novembre 1852, à deux heures de l'après-dîner, pour voir la femme Duprez, alors enceinte de sept mois. D'après les renseignements qu'elle nous fournit, le travail de l'accouchement aurait commencé le 3 novembre vers le soir. Dans la journée du 4, elle avait, disait-elle, éprouvé plusieurs douleurs dont l'intensité n'était nullement prononcée. Vers les neuf heures du soir de la même journée, une sensation s'était faite dans le bas-ventre comme quelque chose qui craquait, et au même moment étaient survenus des syncopes, des vomissements et un écoulement de sang peu abondant avait eu lieu par le vagin; depuis lors son enfant, disait-elle, ne bougeait plus, et les douleurs intermittentes s'étaient arrêtées; le ventre offrait de la sensibilité dans toute son étendue; le toucher abdominal ne se faisait pas sans douleur; elle accusait du mal à l'épaule droite; on constatait à travers les parois de l'abdomen les reliefs d'un enfant; l'abdomen était considérablement déformé, il descendait jusqu'à la moitié de la hauteur des cuisses et recouvrait en quelque sorte les parties génitales externes; le col de la matrice était flasque et dilaté d'un peu plus de la largeur d'une pièce de cinq francs; impossible de toucher par le vagin une partie quelconque de l'enfant, ainsi que la poche des eaux, qui n'étaient pas encore écoulées, au dire de la femme. Les forces de la malade étaient entières, l'état général satisfaisant, le pouls même pas agité et sans dureté; le facies était seulement un peu tiraillé et exprimait du malaise; il y avait absence de soif et de sécheresse à la langue.

Nous n'hésitâmes pas à procéder à l'opération la vessie étant évacué. M. Decoene avait à peine fait une incision très peu profonde sur la ligne médiane du bas-ventre que la cavité du péritoine fut ouverte, et au même moment il s'en écoula une quantité considérable de sang noir à moitié caillé; alors se présentait un enfant du sexe masculin qui était dans la cavité du péritoine avec le placenta détaché et la poche des eaux intacte; avant d'extraire l'enfant, M. Decoene fit une ponction dans la poche, de manière à éviter l'écoulement des eaux dans la cavité du péritoine, celles-ci s'écoulaient en forme de jet.

Après ce premier enfant il s'en présenta un second; celui-ci était du sexe féminin; il se trouvait aussi avec le placenta détaché et la poche intacte dans la cavité du péritoine; il fallait l'extraire presque de dessous les fausses côtes; il comprimait le foie par le siége, ce qui explique la douleur que la femme Duprez accusait à l'épaule droite; pour faire la délivrance de ce second enfant, M. Decoene procéda avec les mêmes précautions que pour le premier; les deux enfants étaient morts.

Nous découvrîmes bientôt l'utérus, qui était revenu sur lui-même; il avait la grosseur d'un gros poing et offrait une déchirure dans tonte sa face antérieure, juste à l'endroit présumé où l'incision des opérations césariennes précédentes avait eu lieu; les bords de la plaie étaient un peu irréguliers, frangés, recouverts de ce sang noir et caillé que nous avons trouvé dans la cavité du péritoine; la déchirure étant béante, un doigt pouvait facilement y passer sans écarter les lèvres de la plaie; dans l'intérieur de la matrice on trouvait aussi quelques caillots de sang noir. J'oublie de dire que les parois de la matrice étaient plus minces au niveau de la rupture que partout ailleurs, cependant cette différence n'était pas considérable, les surfaces déchirées ne laissaient plus suinter de sang.

Le péritoine et les intestins n'étaient pas injectés, et l'utérus paraissait sain.

L'opération n'a rien présenté d'extraordinaire, seulement une circonstance mérite d'être notée, parce qu'elle prouve le courage et l'état moral de l'opérée. Au moment de placer les points de suture (entrecoupée), nous aperçûmes qu'il manquait quelques aiguilles courbes; il fallait donc employer les mêmes aiguilles. L'opérée, en voyant que cette circonstance ralentissait quelque peu l'opération, insistait afin de pouvoir passer elle-même les fils à travers les chas, son ancien métier de couturière lui rendait cette petite opération très familière, disait-elle. Puis les sutures étant faites, il manquait quelques lanières d'emplâtre agglutinative; il fallait en découper. L'opérée, encore une fois, insistait afin de pouvoir tenir d'une main le rouleau tendu.

Le lendemain nous vîmes la malade; son état était excellent; elle se plaignait de ne pas avoir eu à manger et demandait à sortir du lit.

La guérison n'a été entravée par aucun accident, la femme Duprez a continué de se porter aussi bien que si l'accouchement avait été naturel.

Aujourd'hui, 24 novembre 1852, la malade est totalement rétablie.

L'auteur fait suivre cette observation des remarques suivantes :

« Les femmes qui ont subi l'opération césarienne, et qui ont eu le rare bonheur d'échapper aux graves dangers qui en sont la conséquence, paraissent plus exposées que les autres aux ruptures de l'utérus dans la grossesse suivante. Ainsi le docteur Kayser a cité, dans son excellente thèse, six cas, dans lesquels les femmes opérées déjà une première fois heureusement ont dû subir la gastrotomie à cause de la rupture de l'utérus; trois de ces femmes ont succombé. » (*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements;* par M. P. Cazeaux.)

Probablement les faits observés par le docteur Kayser sont-ils analogues à celui de la femme Duprez, d'autant plus que la déchirure occupait la place où les incisions des opérations césariennes antérieures avaient eu lieu. Puis, comme nous l'avons déjà dit, les parois de la matrice y étaient plus minces que partout ailleurs; le travail, non plus, n'avait pas été très intense, et la preuve, c'est que la matrice s'était rompue plus vite que la poche des eaux; ce qui veut dire qu'à l'endroit de la rupture elle opposait une résistance moindre que les poches amniotiques des deux fœtus.

Nous avons déjà dit qu'au moment de l'opération la plaie utérine était béante, les deux lèvres en étaient écartées; outre les dangers d'un étranglement intestinal, il y a encore à considérer la cicatrice ultérieure, qui probablement aura peu de résistance. Supposons dans ces circonstances une nouvelle grossesse, n'arrivera-t-il pas que la matrice, en se dilatant, ne rencontrera plus une résistance suffisante dans ladite cicatrice et finira par se rompre? De là un œuf qui passera dans le péritoine, et qui sera susceptible de s'y greffer et de former ainsi une variété de grossesse extra-utérine.

Ces cas se sont déjà présentés. « Je pourrais en relater ici un grand nombre d'exemples, dit M. Velpeau, s'il ne s'en trouvait pas déjà plusieurs parmi ceux que j'ai indiqués à l'article *Grossesse contre nature.* Plusieurs des grossesses dites utéro-tubaires, celles dont parlent Patune, Hay et Mondat, entre autres, ne reconnaissent probablement pas d'autres causes, au reste.

« La même chose se remarque chez les animaux. Une brebis observée par Hertz (DEUBEL. *Thèse;* Strasb., 1830, p. 59), et qui avait reçu un coup de pied de cheval dans le flanc pendant sa gestation, eut bientôt après une tumeur vers ce lieu, tumeur dont il sortit un agneau vivant. » (*Traité complet de l'art des accouchements.* Article *Ruptures de la matrice.*

A notre arrivée chez la femme Duprez, le travail avait cessé depuis dix-sept heures, et depuis ce temps la matrice était présumée déchirée. En effet, c'est alors que la malade avait eu des syncopes avec perte de sang par le vagin, douleurs dans le bas-ventre et sensation de craquement. Il faut l'avouer, les symptômes que présentait la femme Duprez à notre arrivée étaient peu en rapport avec une déchirure à la matrice qui se serait faite depuis dix-sept heures, et, qui plus est, compliquée de corps étrangers volumineux dans le péritoine. Quelque extraordinaire que cette supposition puisse être, il ne manque pas d'exemples analogues dans la science : « Il est encore possible, dit M. Velpeau, que le fœtus passe en totalité hors des voies utérines, comme l'ont vu V.-D. Wiel (*Observat. rarior.*, etc., vol. II, p. 305), Delamotte (*Traité complet*, etc., p. 569, obs. 312), M. Haine, etc., soit que le délivre reste en place, comme dans l'observation de M. Dewees, soit que le placenta s'échappe en même temps, comme dans le fait de M. Moreno, un de ceux que mentionne Monro (*Essays*, etc., vol. II, p. 339) et un autre de V.-D. Wiel (*loc. cit.*), sans que les symptômes prennent sur-le-champ un caractère d'extrême gravité et sans que l'abdomen se remplisse de sang, ni de gaz, ni d'aucun liquide. »

M. Decoene vient de réussir dans l'opération de la gastrotomie sur une femme dont le travail datait de deux jours et était compliqué d'une déchirure de la matrice avec deux fœtus qui nageaient depuis dix-sept heures avec leurs dépendances intactes dans la cavité du péritoine. Ce fait paraît tellement étrange que, si nous ne l'avions pas vu, nous eussions hésité à l'admettre; nous pouvons cependant en affirmer la parfaite exactitude.

La science exige une explication d'un cas aussi étrange; on demande pourquoi tel opérateur ne réussit jamais dans ses opérations césariennes, pourquoi tel autre ne rencontre que des succès ? On répond : il y a quelque chose d'inconnu qui nous échappe encore, mais cet inconnu, la science doit tâcher de le dégager.

Il existe, croyons-nous, plusieurs conditions qui peuvent contribuer à la réussite de l'opération : c'est ainsi que le degré de réaction contre les causes morbides varie infiniment chez les différents sujets; un degré donné de température, par exemple, produira chez tel individu une sensation agréable, chez tel autre une maladie; une émotion morale triste sera quelquefois la cause d'un bouleversement terrible du système nerveux, tandis que chez une autre personne il y aura à peine émotion.

Si maintenant nous considérons les différents appareils organiques, nous trouverons des degrés de résistance vitale excessivement variés chez les différents individus; cela ne tient pas toujours à la conformation moléculaire de l'organe, mais cela tient au dynamisme vital.

Que l'école organicienne vienne mesurer sa doctrine à ces faits. A considérer tous les appareils organiques, cette loi ne reçoit une application plus vraie qu'à l'appareil générateur de la femme.

Cet appareil, qui durant quinze ans n'avait donné aucun signe de vie, s'éveille tantôt avec calme et régularité; d'autres fois cette activité bouleverse tout l'organisme, engendre

des affections nerveuses les plus variées, porte le trouble dans les organes de la vie végétative. Que de variétés sous ce rapport entre les différentes femmes ! que de degrés nombreux dans l'impressionnabilité nerveuse ! quelles variations dans l'irritabilité ! Dans des circonstances données, les organes reproducteurs opposeront une résistance vitale très variée aux causes morbides.

En comparant les conditions dans lesquelles la femme se trouve à celles que présente le règne animal, on constate une différence considérable. Chez les animaux, une cause morbide déterminée produit à peu près des effets identiques chez les êtres de la même espèce, et ces effets ont lieu au point de vue d'une résistance médicatrice ; aussi les maladies puerpérales y sont presque nulles, et les causes qui chez l'animal sont innocentes donnent quelquefois lieu chez la femme à des accidents formidables.

Nous sommes disposé à admettre, d'après ces données, que l'action désordonnée du système nerveux utérin est une cause prédisposante aux maladies puerpérales, et nous dirons que, chez plusieurs femmes, le dynamisme instinctif de l'appareil générateur est perverti, tandis qu'il est régulier chez les animaux ; les femmes qui, sous ce rapport, se rapprocheront le plus des conditions dans lesquelles les animaux se trouvent seront donc celles qui seront le moins atteintes de maladies puerpérales : c'est la distance qui sépare les femmes nerveuses, vaporeuses des villes des paysannes indolentes de la campagne.

Il y a là peut-être une des principales raisons à alléguer pour expliquer le succès des opérations césariennes à la campagne et leur insuccès dans les villes.

D'après ces considérations, une première opération césarienne serait en quelque sorte une pierre de touche qui servirait à constater le degré de résistance vitale de l'appareil générateur chez une femme, et une première réussite constituerait une probabilité de succès pour des opérations ultérieures.

Personne ne niera encore l'influence qu'ont les constitutions médicales sur la production des maladies puerpérales ; peut-être les localités même ne sont-elles pas indifférentes sous ce rapport.



UN COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. DEVILLE,

Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

Dans l'une des très bonnes planches qui terminent son ouvrage, M. Gay indique sur une figure ce reploiement dessiné. Cette figure, destinée en même temps à montrer le ligament de Hey, a été dessinée d'après une pièce sur laquelle le ligament falciforme et le ligament de Gimbernat sont divisés par une incision verticale en deux moitiés rejetées chacune de côté, pour laisser voir ce qu'il y a par derrière. La figure est très nette, et montre tout simplement l'entonnoir fémorali-vasculaire : c'est-à-dire le fascia transversalis, comme le disaient très bien A. Cooper et Liston. Cette figure ne prouve donc rien.

Enfin, M. Gay donne une description minutieuse de ce feuillet postérieur résultant d'un reploiement sur lui-même du ligament falciforme. Voici cette description. Le lecteur est prié de la lire avec attention; car elle correspond à quelque chose de réel qu'il a fallu chercher avec grande minutie; et puis c'est dans l'épaisseur de cette lame que va se trouver le ligament de Hey. Prévenons d'avance le lecteur que ce que M. Gay appelle dans ce passage la gaîne des vaisseaux, est tout simplement l'entonnoir fémorali-vasculaire. (*Voir* le § IV suivant.)

Si l'on prend ce second feuillet à partir du bord libre du ligament falciforme où il commence, on le voit doubler la face antérieure de la gaîne des vaisseaux à la surface de laquelle il est attaché par une couche de tissu cellulaire mince, mais ferme. Dès qu'il est arrivé en remontant derrière l'arcade crurale, il est traversé par une bande de fibres aponévrotiques ou ligamenteuses délicates (ligament fémoral de Hey), qui est logée dans son épaisseur et semblerait, au premier abord, établir sa limite supérieure. Mais si l'on insinue avec précaution l'extrémité aplatie du manche d'un scalpel entre lui et la gaîne des vaisseaux, et si l'on avance très soigneusement du côté de l'abdomen, on peut voir cette lame s'étendre au delà du fascicule jusqu'au bord inférieur arqué du muscle transverse, et se perdre sur le devant du muscle. Bien distinct du fascia transversalis dans sa partie interne ou pubienne, il lui est inséparablement uni en dehors, de manière à ne former qu'une seule lame avec lui.

Cette description exprime, en effet, dans presque tout son ensemble, un fait réel, dont l'exposition exige une légère digression. Comment se fait-il que nous n'en ayons pas parlé dans l'exposé des dispositions aponévrotiques du canal crural? On va le comprendre.

Les trois muscles larges de l'abdomen, le grand oblique, le petit oblique et le transverse, de même que tous les muscles qui ont leurs faces libres, ont sur chacune de leurs faces une mince aponévrose d'enveloppe. Il y en a deux, une pour chaque face, pour le muscle grand oblique, deux bien distinctes et isolées pour le muscle petit oblique, deux bien distinctes pour le muscle transverse, dont la postérieure n'est autre que le fascia transversalis. Dès que chacun de ces muscles cesse d'être musculaire pour devenir tendineux, leurs deux aponévroses d'enveloppe s'unissent, se confondent intimement avec leur aponévrose de terminaison. Les aponévroses d'enveloppe forment dans cette union l'espèce de gangue non fibreuse dans laquelle les fibres de l'aponévrose de terminaison sont comme plongées, et surtout cette couche informe et grisâtre qui, à la façon d'un vernis mat, recouvre la surface des aponévroses de terminaison et leur ôte une partie de leur brillant.

Pour l'aponévrose du grand oblique, c'est de cette gangue informe et de ce vernis dûs aux aponévroses d'enveloppe, et non de l'aponévrose de terminaison, à proprement parler, que se détache au pourtour de l'anneau inguinal ce qu'on appelle dans le scrotum la gaîne fibreuse propre du cordon. Nous n'allons plus parler de ces aponévroses d'enveloppe du muscle grand oblique, ni de celles du petit oblique, dont nous n'avons plus besoin, et que nous avons dû seulement citer pour rappeler la règle générale. Nous allons reprendre, dans un instant, les aponévroses du muscle transverse.

Cette première donnée posée, il nous faut en signaler une seconde. Par leur bord inférieur, les muscles grand oblique et petit oblique arrivent dans toute leur longueur jusqu'au ligament de Fallope : le muscle grand oblique par son aponévrose de termisaison, le petit oblique par le crémaster, qui est tout simplement sa partie inférieure. Il n'en est pas de même pour le muscle transverse. Près de l'épine iliaque antéro-supérieure, le muscle transverse s'insère, dit-on (on devrait dire plutôt s'unit, comme l'a prouvé Thomson), sur le ligament de Fallope. Cette union cesse bientôt; le ligament de Fallope descend obliquement en bas et en dedans, tandis que le bord inférieur du muscle transverse se porte presque transversalement en dedans. Il résulte de là nécessairement entre ces deux organes la formation d'un espace angulaire ouvert en dedans, ou triangulaire, si l'on veut, en en prenant la base sur le bord externe du muscle droit; espace bien important en anatomie, puisque c'est là qu'est la paroi postérieure du canal inguinal. Cet espace est occupé par le fascia transversalis. Ce dernier, en effet, qui a été jusque-là, et de haut en bas, tout simplement l'aponévrose d'enveloppe postérieure du muscle transverse, ne se termine pas avec le bord inférieur du muscle; il continue à descendre en formant la paroi postérieure du canal inguinal jusqu'au ligament de Fallope, adhère un peu à ce ligament et descend encore un peu au-dessous de lui dans le canal crural, pour constituer, comme nous le savons, l'entonnoir fémorali-vasculaire. Or, dans cette partie de son trajet qui forme la paroi postérieure du canal inguinal, le fascia transversalis reçoit du bord inférieur du muscle transverse un renfoncement si bien décrit par A. Cooper et A. Key, sous le nom de ligament semi-lunaire du bord inférieur du muscle transverse, et qui fortifie la paroi abdominale dans un point où elle a tant besoin de résistance, et où elle serait si affaiblie sans cela. On ne peut mieux comparer ce renforcement qu'à l'expansion aponévrotique si connue que le muscle biceps envoie au pli du coude à l'aponévrose d'enveloppe de l'avant-bras.

Le bord inférieur du muscle transverse (bord parfaitement distinct, soit dit en passant, de celui du petit oblique) est d'abord musculaire, à partir du moment où il abandonne le ligament de Fallope, puis il devient bientôt tendineux, sous forme d'une aponévrose mince, composée de fibres aponévrotiques à peine juxtaposées. Toute mince qu'elle soit, cette aponévrose envoie néanmoins par en bas une expansion aponévrotique (falciforme elle aussi), en forme de demi-lune, qu'on rend très évidente sur la préparation anatomique en tirant en dehors le bord inférieur du muscle transverse. D'abord distincte du fascia transversalis, devant lequel elle est placée, cette expansion finit, en descendant, par se confondre avec lui et par le renforcer. Le fascia transversalis reçoit un renforcement tout pareil et réuni au précédent, qui provient du bord externe du muscle droit, sans compter qu'il s'épaissit par lui-même; tout cela contribue à donner à ce fascia une résistance nécessaire pour s'opposer à la formation des hernies, des hernies inguinales dans sa portion qui forme la paroi postérieure du canal inguinal, des hernies crurales dans sa portion qui forme l'entonnoir fémorali-vasculaire.

Nous pouvons maintenant apprécier et dire au juste à quoi se rapporte ce feuillet mince décrit par M. Gay comme reploiement du fascia lata, intermédiaire au ligament falciforme et à l'entonnoir fémorali-vasculaire, tout en adhérant spécialement à ce dernier. Ce feuillet, dans lequel nous allons trouver le ligament de Hey, n'est autre que l'expansion de renforcement envoyée au fascia transversalis par le bord inférieur du muscle transverse et par le bord externe du muscle droit. Les explications dans lesquelles nous venons d'entrer font comprendre pourquoi M. Gay a trouvé que son feuillet arrive au bord inférieur arqué du muscle transverse ; quant à la raison pour laquelle, ainsi que l'a très bien vu aussi M. Gay, il se continue aussi un peu sur la face antérieure du muscle transverse, elle est due à ce que l'aponévrose antérieure d'enveloppe du muscle transverse, toute mince qu'elle est devenue par en bas, se continue cependant sur la face antérieure de l'expansion semi-lunaire qu'elle renforce un peu.

La différence essentielle entre la description de M. Gay et la description que j'ai donnée plus haut des aponévroses du canal crural consiste donc en ce que, sur la paroi antérieure de l'entonnoir fémorali-vasculaire, M. Gay décrit deux feuillets, un antérieur, que je viens de prouver être l'expansion semi-lunaire inférieure du muscle transverse, et un postérieur, qui est la vraie continuation du fascia transversalis. Moi, au contraire, considérant que l'expansion semi-lunaire n'est qu'un renforcement du fascia transversalis, je ne la décris à part qu'à propos du canal inguinal; vis-à-vis le canal crural, les deux étant à peu près toujours unis en une seule lame et se comportant identiquement de la même façon, je les décris en une seule sous le nom commun de fascia transversalis.

C'est là une règle générale indispensable dont on sent bien vite la nécessité, lorsqu'on doit décrire l'anatomie chirurgicale de tout le corps humain, de n'admettre comme aponévrose que des lames fibreuses à deux faces parallèles et se comportant d'une manière différente que les lames voisines ; ainsi deux lames fibreuses accolées se comportent de la même façon ; pour nous, elles ne forment qu'une seule aponévrose et nous les décrivons en une seule aponévrose, ajoutant seulement d'une manière incidente qu'elle peut se décomposer en deux lames. Il n'est guère possible de faire autrement, sous peine de confusion. Et puis cela ferme la bouche aux mauvais plaisants qui, pour se dispenser d'étudier et se justifier de ne pas savoir, ont fait courir le lieu commun que, dans l'anatomie chirurgicale moderne, on s'amusait à dédoubler en plusieurs couches une même lame pour en créer autant d'aponévroses.

Il y a entre la description de M. Gay et la nôtre deux autres différences accessoires, dont l'une est cependant très importante.

1° D'après M. Gay, il semblerait que la paroi antérieure de l'entonnoir fémorali-vasculaire peut toujours être dédoublée en deux lames. Toujours est de trop, et M. Gay reconnaît lui-même que, si elles sont distinctes à la partie interne, elles sont inséparablement unies en une seule en dehors. Or, si nous tenons compte qu'elles sont toujours inséparablement unies en dehors, qu'elles le sont souvent aussi en dedans, et qu'alors même qu'elles sont distinctes elles se comportent de la même façon, nous verrons que ce n'est pas la peine, à propos du canal crural, de décrire isolément une lame antérieure, continuation de l'expansion du muscle transverse, et une lame postérieure ou fascia transversalis proprement dit. C'est pourquoi, dans notre description, nous avons tout englobé sous le nom de fascia transversalis se continuant dans le canal crural pour former l'entonnoir fémorali-vasculaire

2° Jusque-là, nous sommes d'accord avec M. Gay sur les détails, et nous différons seulement sur l'interprétation ; ici la différence va être plus sérieuse. M. Gay fait continuer par en bas le feuillet antérieur qui descend du bord inférieur du muscle transverse jusqu'au pourtour du bord libre du ligament falciforme, dont il considère ce feuillet comme un reploiement, comme un dédoublement. Ceci est erroné. D'abord, il n'y a pas de bord libre du ligament falciforme, à moins qu'on ne le crée par le scalpel, ce prétendu bord libre se continuant intimement avec le fascia cribriformis ; puis le feuillet en question, doublant en avant la paroi antérieure de l'entonnoir fémorali-vasculaire, ne descend pas si bas que le prétendu bord libre du ligament falciforme, puisque l'entonnoir à la paroi duquel il appartient descend à moitié hauteur seulement du canal crural. Comment se fait-il alors que M. Gay, si exact dans ses descriptions, ait vu et décrive, dessine même des adhérences entre le bord libre du ligament falciforme et le feuillet en question ? Oh! s'il s'agit d'adhérences, la question change de face. Il y a en effet des adhérences, et voici comment. C'est précisément là que les petits vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques traversent le fascia cribriformis et, plus haut, l'entonnoir fémorali-vasculaire ; or la présence de ces nombreux vaisseaux suffirait seule pour établir une apparence d'adhérences entre les deux couches aponévrotiques ; de plus, de nombreux filaments celluleux accompagnent les vaisseaux, et établissent en effet des adhérences purement celluleuses ; lorsqu'on veut enlever l'aponévrose fémorale superficielle de dessus l'entonnoir fémorali-vasculaire, on trouve donc ces vaisseaux et ces adhérences celluleuses juste au niveau de l'union du ligament falciforme avec le fascia cribriformis, et c'est là ce qui a trompé M. Gay. Quant à la description de Breschet, qui compare ces adhérences au péricarde se réfléchissant sur les gros vaisseaux du cœur, elle est par trop exagérée et trop écartée du fait réel pour devoir nous arrêter.

En résumé, il y a, en effet, sur la paroi antérieure de l'entonnoir fémorali-vasculaire une mince lame aponévrotique parfois distincte de la continuation réelle du fascia transversalis, quoique alors même elle lui soit accolée ; mais cette lame n'est qu'une expansion du renforcement venant du bord inférieur du muscle transverse et de son aponévrose antérieure d'enveloppe ; et malgré quelques adhérences éloignées dans le canal crural avec le bord du ligament falciforme, elle n'est pas la continuation de ce ligament et ne peut pas être décrite comme son dédoublement.

§ II. *Ligament de Hey.* — Pourquoi, dira-t-on peut-être, ces deux longs paragraphes I et II pour insister sur des détails qui, selon vous, n'ont pas une importance majeure, puisque, les connaissant, vous ne les avez pas exposés dans la description régulière des aponévroses du canal crural ? — Pourquoi? C'est bien simple. Il s'agit ici, pour les chirurgiens français, de connaître les perfectionnements que les chirurgiens anglais ont apportés dans le traitement des hernies crurales. La première chose, pour comprendre ces perfectionnements, consiste à comprendre d'abord le langage des Anglais. Or, plusieurs de leurs dénominations diffèrent complétement des nôtres ; il faut bien les expliquer d'abord. Par exemple, ce ligament de Hey, dont tous les chirurgiens anglais parlent, est inconnu en France. Lorsque j'étais à Paris, bien des élèves étrangers m'ont demandé de leur montrer ce ligament, et n'en trouvant nulle part la description, après bien des recherches et des informations, j'étais obligé de répondre que je ne savais pas; maintenant que je sais ce que c'est, et que j'ai à l'exposer aux autres, ce n'est certes pas trop de ces paragraphes I et II pour le bien expliquer.

Reprenons donc le ligament de Hey.

Ce ligament, sur lequel les Anglais insistent tant, a eu de la peine à se faire connaître, même en Angleterre.

Historique rapide. — Signalé en 1799 par M. Bell depuis sir Charles Bell, et mieux décrit par lui plus tard, en 1810, sous le nom de *femoral ligament*, nom que Hey lui avait déjà donné, il a été bien décrit, avec indication de son importance, en 1803, par Hey. Voici un extrait de la description de Hey :

Environ trois huitièmes de pouce au-dessous du ligament de Poupart, il existe dans la lame aponévrotique de la gaîne des vaisseaux fémoraux (il s'agit de l'entonnoir fémorali-vasculaire; voir § III) un autre ligament quelque peu semblable à celui de Poupart, mais plus petit. Il se dirige transversalement et ne descend pas

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre, 4, 9 et 11 décembre.

obliquement, comme le fait ce ligament. Au contraire, il remonte plutôt à mesure qu'il approche de la symphyse du pubis en passant par derrière le ligament de Poupart, qu'il croise. Il résulte de là qu'il est placé plus profondément, plus concentrique à l'axe du canal crural que le ligament de Poupart ou de Gimbernat.

Ceci était bien catégorique et a été cependant mal compris pendant plusieurs années.

Ce détail n'a pas été bien exposé par A. Cooper, qui en parle, dit-il, d'après ses dissections et d'après une conversation qu'il a eue à ce sujet avec M. Hey. Il le considère comme appartenant au prolongement du ligament falciforme; néanmoins, il ajoute que M. Hey étend le nom de ligament fémoral à la partie de la gaîne qui est derrière l'arcade (1807).

A. Key, dans l'édition ultérieure d'A. Cooper, le décrit mieux, comme une bande tendineuse qui unit le fascia transversalis au bord postérieur du ligament de Fallope et qui est tout à fait distincte du ligament de Gimbernat.

Liston et M. Lawrence ont continué, comme A. Cooper, à donner le nom de ligament de Hey au prolongement du ligament falciforme qui double et renforce le ligament de Gimbernat. Chose curieuse! au moment où Liston commettait cette erreur d'attribution, il décrivait à côté le vrai ligament de Hey sous le nom de *vraie arcade crurale* d'après ses propres dissections. La vraie arcade crurale, dit-il, est formée par l'union du fascia sous le ligament de Poupart et en est distincte, puisque, ce ligament de Poupart (ou de Gimbernat) coupé, l'arcade crurale n'est pas affaiblie; il la considère comme appartenant au fascia transversalis. Je ferai remarquer que ces deux descriptions d'A. Key et Liston approchent beaucoup de la vérité.

Shaw (1822), d'après lui et d'après M. Morton, le décrit bien aussi comme appartenant au fascia transversalis. M. Morton fait remarquer qu'il est peut-être un résultat artificiel de la préparation. Ceci ajoute déjà un trait de plus aux deux descriptions précédentes.

Depuis ce moment, le ligament de Hey, le ligament fémoral, a été ou mentionné ou décrit dans tous les livres d'anatomie qui ont été publiés en Angleterre.

Description. — En voici la description minutieuse telle que la donne M. Gay.

Il est distinctement aponévrotique ou fibreux. Il prend son origine:

1° Dans l'épaisseur même de la lame aponévrotique dans laquelle il est incorporé, derrière cette portion de l'arcade crurale qui donne attache aux fibres les plus inférieures du muscle transverse (nous savons d'après le § 1er que cette lame aponévrotique dont il est question est la lame de renforcement envoyée au-devant du fascia transversalis par l'aponévrose semi-lunaire inférieure du transverse, et que M. Gay décrit à tort comme un dédoublement du ligament falciforme);

2° Par des fibres plus fortes, à ces fibres même du muscle transverse auxquelles elles paraissent s'arrêter sous forme de délicates terminaisons ligamenteuses;

3° De l'arcade crurale au point de sa jonction avec le fascia iliaca.

La bande ainsi formée passe tout du long devant l'ouverture crurale, derrière l'arcade crurale, pour se terminer en s'insérant à la crête iléo-pectinée (je suppose que M. Gay veut dire à la crête pubienne, près du ligament de Gimbernat)..... en commun avec les fibres terminales du prolongement du ligament falciforme, il est situé à une petite distance au-dessous de l'arcade crurale, son extrémité la plus externe étant vers le côté fémoral de celle-ci. Mais, comme il a une plus grande tendance que l'arcade à une direction horizontale, il en résulte que, dans son trajet vers le pubis, il atteint le niveau du bord postérieur mince du ligament de Gimbernat à peu près au milieu de sa longueur, et alors il lui adhère par d'étroites et fermes attaches membraneuses. Il entoure et supporte la paroi antérieure et l'angle pubien de la gaîne des vaisseaux (entonnoir fémorali-vasculaire), et en détermine en même temps l'orifice. On pourrait donc le considérer comme étant l'*arcade crurale profonde*.

Je pense que je viens de donner là tous les éléments nécessaires pour juger la question. Examinons un peu attentivement.

Appréciation. — Tous ces détails sont-ils exacts? Oui, parfaitement exacts. Pourquoi alors ne pas les avoir cités dans la description régulière des aponévroses du canal crural donnée en commençant? Parce que, tout vrais que sont ces détails, ils ne me paraissent pas avoir une grande valeur. Si l'on voulait décrire en anatomie toutes les minuties de ce genre qui existent, les descriptions seraient insupportables et n'en finiraient jamais. Si, au lieu de la description pure et simple de l'entonnoir fémorali-vasculaire sous forme d'un cul-de-sac qui termine inférieurement le fascia transversalis vis-à-vis le canal crural, nous avions voulu signaler toutes les fibres, toutes les lames partielles qu'on peut y déterrer, la description serait devenue presque incompréhensible par sa longueur et fastidieuse par les détails inutiles dont elle aurait été surchargée. Par exemple, au lieu de dire tout simplement que l'entonnoir fémorali-vasculaire est formé par le fascia transversalis, il nous aurait déjà fallu parler comme M. Gay des deux lames possibles de sa paroi antérieure. Maintenant il nous faudrait y ajouter, sous le nom de ligament de Hey, l'épaississement de cette paroi antérieure vis-à-vis le ligament de Gimbernat. Où s'arrêter alors? Thomson a été vraiment bien autrement loin sur cette voie que les chirurgiens et anatomistes anglais. Chaque petit faisceau nouveau inséré au pourtour de l'anneau crural, venant se confondre avec l'entonnoir fémorali-vasculaire et le renforcer, a reçu de lui un nom, et à ce titre nous aurions eu à parler, outre le tendon du petit psoas, des fibres pelvi-crurales et de la bandelette pubio-crurale, etc.

Rappelons-nous que nous nous occupons ici uniquement d'anatomie en rapport avec la chirurgie, de cette partie de l'anatomie que le chirurgien doit avoir toujours présente dans sa mémoire, d'anatomie chirurgicale, en un mot. Par conséquent tous les détails qui ne sont pas propres à aider la mémoire ou qui n'offrent pas une application actuelle à la chirurgie doivent être élagués et réservés pour l'anatomiste de profession. A ce titre, tous les petits détails en question, excepté le ligament de Hey, qui mérite une discussion particulière, devaient être écartés.

Toute la question, pour le ligament de Hey, se réduit à ceci: Une hernie crurale peut-elle ou ne peut-elle pas être étranglée au niveau de l'anneau crural et par cet anneau? Si oui, les chirurgiens anglais en décrivant le ligament de Hey ont été bien autrement logiques et se sont montrés à ce point de vue bien meilleurs anatomistes que les chirurgiens français qui acceptent comme eux l'étranglement par l'anneau crural; si non, et nous affirmons que non depuis M. Malgaigne, de par l'anatomie et de par tous les faits bien observés depuis que cette opinion a été émise, la description du ligament de Hey devient du superflu pour le chirurgien. D'autant plus que ce n'est pas un ligament distinct.

En effet, comme l'ont très bien vu et dit A. Key, Liston, Shaw et Morton, ce qu'on appelle ligament fémoral, vraie arcade crurale, arcade crurale profonde, ou ligament de Hey, n'est qu'un simple épaississement du fascia transversalis au moment où il longe le ligament de Gimbernat. On peut le constater par deux espèces de préparations. Ou bien, comme l'indique Liston, comme l'a si bien fait dessiner Thomson dans une planche reproduite dans l'*Anatomie chirurgicale* de M. Velpeau, et comme l'a répété après eux M. Gay, on divise par une incision verticale le ligament falciforme et le ligament de Gimbernat en deux moitiés, qu'on dissèque et rejète chacune de son côté, de manière à bien mettre à découvert la paroi antérieure de l'entonnoir fémorali-vasculaire. Ou bien on fait la préparation indiquée par A. Key, pour montrer que le fascia transversalis se continue au-dessous du ligament de Gimbernat. Pour cela on enlève la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de dessus la partie inférieure de l'aponévrose du muscle grand oblique de l'abdomen; on divise cette aponévrose un peu au-dessus du ligament de Fallope, et on en renverse la partie inférieure vers la cuisse; on enlève complétement et avec soin les fibres les plus inférieures des muscles petit oblique et transverse, de manière à mettre à découvert le bas du fascia transversalis, et à avoir préparé la gouttière que ce fascia en arrière, l'aponévrose du grand oblique en avant, et le ligament de Fallope en bas, forment pour le canal inguinal; on applique contre la face antérieure du fascia transversalis et bien à plat, l'extrémité aplati du manche d'un scalpel, qu'on fait descendre ensuite de haut en bas, de manière que par des mouvements de va-et-vient on détache aisément le fascia transversalis du bord supérieur du ligament de Gimbernat.

Dans l'un et l'autre cas on est arrivé au même résultat; on a isolé le fascia transversalis et sa continuation, l'entonnoir fémorali-vasculaire, dont la face antérieure est librement à découvert.

On n'a besoin alors que de regarder, pour constater qu'en effet au voisinage du ligament de Gimbernat, au moment où le fascia transversalis se continue avec l'entonnoir fémorali-vasculaire il est épaissi par des fibres placées dans son épaisseur, et disposées exactement comme les a si exactement indiquées M. Gay dans la description transcrite ci-dessus. Cet épaississement est bien réellement ce que Hey a voulu décrire sous le nom de ligament fémoral.

On n'a pas donné la raison d'existence du ligament de Hey. Il est indispensable cependant de la connaître pour juger de son importance réelle. Toutes les parties du corps humain sont disposées, dans leur position, leurs formes, leur structure, etc..., ou bien en vue d'une fonction qu'elles ont à remplir, ou bien en conséquence de dispositions antérieures dont elles ne sont que les effets. Le ligament de Hey paraît n'avoir aucune fonction à remplir, et n'être qu'un effet, qu'un résultat. Mais pour ne pas entrer dans cette question, qui, quoique simple, n'est pas facile à comprendre à notre époque dont elle heurte les préjugés, nous nous contenterons de parler de pure coïncidence, déclarant bien haut ne nous servir de ce mot que comme pure expression verbale, sans faire aucun acte d'adhésion à une ci-devant école de philosophes, gens de négation pure qui s'appellent, par antithèse, les positivistes, contre lesquels au contraire nous protestons. Prenant donc le fait comme simple coïncidence, voici ce que nous voyons dans le corps humain. Partout où une aponévrose s'approche du ligament, et surtout lorsqu'elle touche ce ligament, elle tend à s'épaissir à ce niveau et plus ou moins à son voisinage. Pour peu que le ligament soit fort, on voit se développer dans l'aponévrose des fibres parallèles ou presque parallèles à celles du ligament. Même particularité peut être observée souvent lorsqu'une aponévrose tombe sur le bord d'un muscle; on observe souvent alors dans l'épaisseur de l'aponévrose des fibres parallèles aux fibres du muscle, là où elle longe celui-ci. Le fascia transversalis, à sa partie inférieure, nous présente les deux cas. Il longe le ligament de Gimbernat, auquel il adhère; d'autre part et un peu au-dessus, il reçoit une expansion du bord inférieur du muscle transverse. Rien d'étonnant alors, les deux causes, dont une seule suffirait à la rigueur, étant réunies, que nous trouvions dans son épaisseur, à ce niveau, des fibres ligamenteuses presque parallèles et au bord inférieur du muscle transverse, et au ligament de Gimbernat.

L'action du muscle transverse sur la formation de cet épaississement fibreux est tellement incontestable, que les fibres d'épaississement se rencontrent non-seulement près du ligament de Gimbernat, mais encore plus haut, plus au voisinage du muscle, où elles formeraient, suivant M. Gay, un autre petit ligament distinct du ligament de Hey, sous le nom de *fibræ crassiores ligamenti inguinalis interni de Hesselbach*. Ce petit ligament se distinguerait du ligament de Hey non-seulement parce qu'il est placé un peu plus haut que lui, c'est-à-dire au-dessus du niveau de l'anneau crural, mais encore parce qu'il serait vraiment logé dans le fascia transversalis, tandis que le ligament de Hey serait logé dans le feuillet plus superficiel que nous avons vu décrit par M. Gay comme un dédoublement du ligament falciforme. Il peut y avoir quelque chose de vrai dans cette petite subtilité. En tout cas, le ligament de Hey et le soi-disant ligament inguinal interne se font suite sans aucune autre ligne de démarcation qu'un épaississement plus marqué pour le ligament de Hey, et qui se comprend par le voisinage plus immédiat du ligament de Gimbernat.

En somme, tout en acceptant la description que M. Gay a si bien donnée du ligament de Hey, nous dirons seulement que c'est un simple épaississement du fascia transversalis au niveau de l'anneau crural; épaississement analogue à celui dont tant d'autres aponévroses nous offrent des exemples dans une situation semblable.

Cela n'empêche pas que, ligament distinct ou simple épaississement du fascia transversalis, le ligament fémoral de Hey ne soit pas mal résistant. Liston a eu raison de dire que si l'on coupe seulement en travers le ligament de Gimbernat, en respectant le ligament de Hey, la résistance du pourtour antérieur de l'anneau crural n'est pas notablement affaiblie. Le ligament de Hey est plus concentrique par rapport à l'axe du canal crural, plus intérieur que le ligament de Gimbernat, puisqu'il est en arrière de lui. Par conséquent si les intestins engagés dans une hernie crurale pouvaient être étranglés par les aponévroses qui entourent l'anneau crural, ce serait certainement le ligament de Hey auquel il faudrait rapporter l'action principale, puisqu'il est plus voisin de la hernie que le ligament de Gimbernat; ce serait ce ligament surtout qu'il faudrait songer à diviser par le débridement; bien mieux, les chirurgiens qui n'en connaissent pas l'existence et cherchent à inciser le ligament de Gimbernat commencent nécessairement par couper le ligament de Hey, qui lui est accolé et qui se présente le premier au tranchant du bistouri. Reste à savoir si on ne s'est pas trompé en acceptant l'étranglement possible au niveau de l'anneau crural, et si on peut avoir jamais besoin de diviser le ligament de Gimbernat pour débrider une hernie crurale. C'est ce que nous allons voir et nier tout à l'heure.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 14 décembre 1852.—Présidence de M. MÉLIER.

M. Gibert donne lecture du rapport général sur les ouvrages envoyés au concours des prix. M. Mélier proclame ensuite le nom des lauréats. Nous avons déjà fait connaître ces noms; il ne nous reste qu'à rappeler les sujets des prix des concours pour les années 1853, 1854, 1855 et 1856.

PRIX PROPOSÉS POUR 1853.

L'Académie croit devoir rappeler ici les questions annoncées dans le programme de l'année dernière, à savoir:

Prix de l'Académie.

Existe-t-il des *paraplégies* indépendantes de la myélite? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal.

De l'anatomie pathologique des différentes espèces de goître, du traitement préservatif et curatif de cette maladie.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.

Faire l'histoire du tétanos.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron, membre de l'Académie.

L'Académie divise, pour cette fois, la somme disponible et propose deux prix, dont l'un de la valeur de 1,000 fr. sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante: « Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral. »

Pour le second prix, de la valeur de 1,500, l'Académie a formulé une question qu'elle croit devoir faire précéder des considérations suivantes:

Les méthodes d'analyse des *eaux minérales* ont reçu dans ces derniers temps des perfectionnements considérables et y ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs qu'on n'y soupçonnait pas auparavant; considérée sous ce rapport, la connaissance des eaux minérales laisse peu à désirer, car elle démontre les substances qui les composent aussi exactement qu'il est possible de l'espérer dans l'état actuel de la science; mais dans quel ordre ces substances s'y trouvent-elles combinées? Quelle est finalement la *constitution chimique normale* de ces eaux? C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.

Dans l'état actuel des choses, le chimiste isole des acides, des bases, des matières organiques, des gaz, etc.; et, quand il a constaté leur qualité et leur poids, il les combine ensuite suivant certaines considérations théoriques pour en former les composés qu'il suppose devoir exister dans ces eaux à l'état de nature; quelquefois aussi il se contente d'isoler les corps, d'en établir les proportions relatives et d'en faire une simple nomenclature sans recourir à aucun essai synthétique. Tout en appréciant l'importance de ces résultats, on ne peut méconnaître tout ce qu'ils laissent à désirer, et c'est en vue d'y satisfaire autant que possible que l'Académie met au concours la question suivante:

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal. »

Prix fondé par M. Nadau.

Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., sera décerné au médecin ou au professeur qui aura fait ou publié un cours d'hygiène populaire divisé en vingt-cinq leçons conformément au programme suivant:

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé; montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes;

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtements;

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des aliments et des boissons et des habitudes qui s'y rapportent;

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooli-

ques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable; les désordres, les crimes, etc., etc.;

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les sociétés de tempérance en Angleterre et aux Etats-Unis;

6° Traiter de l'exercice et du travail, en montrer les bons effets sur la santé dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture;

7° Indiquer les principales causes des maladies et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène;

Nota. Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier *à ses frais* les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

Prix de l'Académie.

De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal.

Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.
Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par madame de Civrieux.

Déterminer par des faits rigoureux et bien observés l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.

De la mélancolie.
Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron.

De l'albuminurie dans l'état puerpéral, et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix fondé par M. le docteur Itard.

Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Ce prix sera de la valeur de 2,700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.

Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant cette troisième période (1850 à 1856)

Ce prix sera de la valeur de 12,000 fr.

Les mémoires, pour les prix de 1853, devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau sont seuls exceptés de cette disposition.

Après la lecture de ce programme, la parole est donnée à M. Fr. Dubois, qui prononce le discours suivant :

Eloge de M. Boyer.

Messieurs, il n'y a pas encore longtemps que les chefs les plus éminents de la chirurgie française, confondus aujourd'hui avec les médecins sous le titre de docteurs en médecine, étaient désignés dans nos écoles sous le nom de maîtres chirurgiens jurés. Et ce titre de maître ne s'obtenait qu'après s'être soumis à la dure condition d'être pendant de longues années apprenti, ou garçon chirurgien! Heureux ceux qui, après avoir obtenu le grade de gagnant maîtrise, et après un stage de six années dans les hôpitaux, se trouvaient être dispensés des frais exorbitants de réception et de diplôme!

Ces simples et expressives dénominations rappelaient, il est vrai, la longue sujétion dans laquelle les médecins avaient tenu, en d'autres temps, les hommes les plus distingués et les plus méritants; mais en même temps elles montraient une glorieuse communauté d'origine, de destinée et de talents entre les chirurgiens et ces autres grands maîtres qui, sous le nom d'artistes, ou même d'artisans, étaient venus, aux mêmes époques, émerveiller le monde des œuvres de leur génie.

Qui ne sait que Bernard de Palissy était encore réputé maître potier après avoir doté la France de ses plus belles inventions; que Jean Goujon, après avoir embelli le vieux Louvre de ses plus gracieuses sculptures, n'était encore qu'un maître tailleur de pierres, et que tous ces architectes enfin qui, du douzième au seizième siècle, ont couvert l'Europe de leurs ravissantes cathédrales, n'étaient que des maîtres maçons!

Ainsi, messieurs, de tous les grands chirurgiens qui ont précédé notre âge, tous avaient dû passer par ce rude et laborieux apprentissage; leur jeunesse avait été vouée au travail, à la pauvreté et quelquefois à la misère! Franco, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, J.-L. Petit et Desault avaient dû gravir ainsi les premiers degrés de cette noble profession; ainsi a dû faire enfin celui dont je vais aujourd'hui vous entretenir, ce bon et courageux apprenti chirurgien qui, sorti de la boutique d'un maître barbier, devint chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, premier chirurgien de Napoléon, baron de l'empire, et pour dix générations d'élèves, tout simplement le *père Boyer!*

Déjà, vous le savez, messieurs, une voix qui vous est familière, bien plus éloquente et plus autorisée que la mienne, a dignement célébré les travaux et la personne de M. Boyer : c'était celle d'un grand chirurgien parlant d'un grand chirurgien, d'un maître parlant d'un autre maître.

Quant à moi, messieurs, si j'ose esquisser quelques traits en dehors de cette belle composition, c'est uniquement pour disputer à l'oubli quelques-uns de ces détails que le temps aura bientôt effacés de la mémoire des contemporains, détails touchants, simples comme celui qui les a fournis, et qu'à ce titre peut-être vous ne trouverez pas indignes de vous être racontés.

Alexis Boyer naquit le 1er mars 1757, à Uzerches, petite ville du Limousin (aujourd'hui département de la Corrèze), de Jean Boyer et de Thérèse Goudrias. Son père était un pauvre tailleur, et sa mère tenait une petite boutique de mercerie. Jamais M. Boyer ne crut avoir à rougir de cette humble origine; il en parlait au contraire volontiers, comme aussi des sacrifices que s'étaient imposés ses parents pour l'envoyer dans une modeste école où l'instruction qu'on donnait n'allait pas au delà de la lecture et de l'écriture. Un peu plus tard on le fit entrer en qualité de petit clerc dans l'étude d'un M. Mondat, notaire à Uzerches; mais déjà une première étincelle était venue comme éclairer ce pauvre enfant sur sa véritable vocation, et lui montrer la route qu'il aurait à suivre.

Il y avait dans le voisinage de son étude un chirurgien-barbier qui tenait boutique sur la rue; Alexis Boyer y passait chaque jour tous les moments dont il pouvait disposer, émerveillé des petites opérations qu'il voyait pratiquer. Au nombre des clients était un honorable maître en chirurgie, nommé Ant. Cruvelhier; celui-ci, frappé des dispositions et du goût si prononcé que le jeune clerc montrait pour son métier de chirurgien, finit par le conduire chez quelques-uns de ses malades et par lui laisser faire quelques opérations de petite chirurgie.

On assure qu'il y a encore aujourd'hui à Uzerches une femme Lavaud, âgée de quatre-vingt-douze ans, qui dit avoir été saignée par le jeune Alexis Boyer.

Toutefois, Alexis Boyer aurait pu rester indéfiniment dans cette situation, si l'un de ses parents ne lui avait proposé de l'associer à des occupations qui vont peut-être paraître fort étranges, mais qui furent cependant le premier échelon de sa fortune.

Cet homme faisait le commerce de bestiaux, et comme à certaines époques de l'année il avait à conduire des troupeaux de bœufs sur les marchés de Paris, il proposa à son jeune parent de l'accompagner dans une prochaine excursion, et de l'aider à conduire ses bœufs; Boyer, qui avait ses vues, accepta, et bientôt on le vit, comme un montagnard écossais, pousser le long des routes sa troupe mugissante : c'est ainsi qu'il fit sa première entrée dans Paris.

Ce voyage avait pour lui un bien autre but que celui de spéculer sur la vente des bestiaux; il voulait voir et savoir si dans cette grande ville il ne lui serait pas possible d'aller un jour étudier cet art, cette science de chirurgie dont le barbier d'Uzerches n'avait pu lui donner qu'une faible et dégradante idée. On lui dit d'aller rue des Cordeliers, qu'il y trouverait les écoles de chirurgie; il y alla, et ce fut avec une indicible émotion que lui, pauvre aspirant à l'apprentissage de la chirurgie, il vit ce splendide monument que la royauté venait d'élever et de consacrer à la fois à l'Académie et au Collége de chirurgie. On venait à peine d'en achever la construction : c'était comme un temple grec transporté au milieu des édifices gothiques du pays latin.

Il fallut retourner à Uzerches; Boyer avait des devoirs à remplir, il dut se résigner; mais il prit avec lui-même l'engagement de revenir bientôt à Paris, et cette fois pour n'en plus sortir.

De retour à Uzerches, il mit le chirurgien Cruvelhier dans la confidence de ses projets; il s'en ouvrit aussi à son ami le barbier. Celui-ci, tout glorieux d'avoir formé un élève qui aspirait si haut, n'eut garde de l'en détourner; il lui dit, au contraire, qu'il réussirait certainement; mais que, pour se fortifier dans les principes, il devait plus que jamais s'exercer au maniement du rasoir et de la lancette.

Une année entière s'écoula ainsi, puis vint le moment où le marchand de bestiaux dut entreprendre un nouveau voyage à Paris; Boyer lui offrit ses services, et comme cette fois il se trouvait en possession de 70 francs en écus de six livres, il laissa son parent retourner seul à Uzerches.

C'était vers la fin de 1774. Boyer avait dix-sept ans; toutes ses espérances étaient fondées sur une lettre de recommandation que lui avait donnée un avocat d'Uzerches, nommé Gautier, pour un étudiant en médecine, nommé Flcyguiat, du Vigeois; le Vigeois et Uzerches se touchent : celui-ci était donc un compatriote. Il accueillit parfaitement le jeune Boyer; mais après avoir fait l'inventaire de tout ce que possédait le pauvre jeune homme et l'avoir fait expliquer sur ce qu'il savait faire, il ne trouva rien de mieux à lui proposer que de le faire entrer chez son barbier en qualité de premier garçon.

A cette époque, en effet, les maîtres chirurgiens de Paris n'étaient plus forcément avilis et dégradés par leur association déshonorante avec les barbiers. La déclaration de 1723, monument digne d'Aguesseau, avait définitivement rejeté de la société des chirurgiens la communauté des barbiers; des lettres patentes, enregistrées en dépit de la Faculté, avaient établi qu'il y aurait pour les chirurgiens comme pour les médecins des degrés académiques, qu'ils devraient faire preuve d'une éducation libérale, qu'il serait permis à leurs professeurs de porter la robe longue, de parler et même de comprendre le latin.

Tout cela était fort honorable, mais c'était autant de difficultés de plus pour Alexis Boyer; les fonctions qu'il exerçait n'étaient plus même considérées comme le noviciat de la chirurgie, mais enfin il était à Paris, et c'était beaucoup; la nature, d'ailleurs, l'avait doué de qualités inestimables : une intelligence saine, droite et vigoureuse; une âme honnête, une constitution à l'épreuve de toute fatigue et de toute privation, une mémoire prodigieuse, l'amour de l'ordre et du travail; sage et circonspect, sachant attendre, résigné d'avance à de longues années de labeur et de perpétuelle discipline, ce jeune homme ne pouvait manquer de devenir ce qu'il a été depuis, c'est-à-dire un grand chirurgien.

Par une circonstance heureuse, la boutique de son patron était située dans le voisinage des écoles et des amphithéâtres d'anatomie : celui-ci, bon homme au fond, disait Boyer, voulait bien lui accorder de temps à autre quelques heures de loisir. Boyer en profitait pour aller dans les salles de dissection; mais il sentait bien que, pour acquérir des connaissances en anatomie, il ne suffit pas de voir pratiquer des dissections, d'assister en amateur aux travaux des autres; qu'il faut tenir en main la pince et le scalpel, et disséquer assidûment : or, pour cela, il aurait fallu se procurer des cadavres et pouvoir disposer de son temps. Il en était donc réduit à aller de table en table, contemplant d'un œil d'envie ces heureux jeunes gens à qui il était donné d'étudier ainsi à leur aise les merveilles de l'organisation humaine. La plupart ne remarquaient pas même ce pauvre garçon, à l'air un peu lourd et d'une mise plus que modeste; pour d'autres, il était un objet de plaisanteries.

Cependant, autour d'une de ces tables étaient quelques étudiants qui paraissaient mieux élevés que les autres : la constante, la profonde attention de Boyer leur inspira de l'intérêt; ils causaient volontiers avec lui et le faisaient asseoir près d'eux. Boyer aurait bien voulu prendre part à leurs travaux, mais il était trop discret et trop timide pour leur en faire la proposition, sachant bien qu'il ne pouvait partager leurs dépenses; seulement, comme il les avait entendus se plaindre du garçon d'amphithéâtre, qui ne prenait aucun soin de leurs instruments et de leurs préparations, il les laissa partir, et, dès qu'il fut seul, il se mit à essuyer leurs scalpels et même à les passer sur la pierre; le lendemain et les jours suivants, arrivant de meilleure heure, il acheva quelques préparations, ou il en commença de nouvelles, à la grande satisfaction de ses jeunes collaborateurs.

Bientôt ce ne fut plus seulement d'une inépuisable complaisance qu'il fit preuve, ce fut aussi d'une remarquable instruction et d'une grande habileté dans l'art de disséquer; dès lors c'était à qui l'aurait près de soi, il était devenu le démonstrateur officieux, on l'appelait *le préparateur des préparations!* Il resta pendant toute la saison fidèle à ceux qui les premiers l'avaient accueilli avec bienveillance.

L'année suivante, il s'associa avec ceux qui lui paraissaient les plus assidus et les plus instruits; dès lors il se trouva en mesure de diriger les nouveaux venus; en un mot, de donner des leçons d'anatomie; il fit moyennant rétribution, bien modestement encore, car ses bénéfices ne furent pas assez considérables pour l'affranchir entièrement de son servage chez son patron le barbier; seulement il put quitter la soupente qui lui servait de chambre à coucher, et louer dans le carrefour de l'Odéon une petite mansarde, qu'il échangea bientôt contre une plus spacieuse, rue du Petit-Lion-Saint-Sulpice. Il avait fait un nouvel arrangement avec son maître; il passait les jours de la semaine dans les salles de dissection; les dimanches et les fêtes, qui étaient de grands jours de barbe, il reprenait le rasoir, ce qui chaque fois lui procurait un petit écu.

C'était un commencement d'indépendance, et de plus il était chez lui; il s'était meublé, non pas splendidement, car un lit de bois peint, deux chaises, une petite table de sapin et un coffre pour ses vêtements lui avaient suffi, et pour 35 fr. il avait fait toutes ces acquisitions. Mais enfin il avait un domicile et déjà il pouvait y exercer l'hospitalité; il y avait reçu un de ses neveux, Léonard Vareillaud, fils de sa sœur Marie. C'était du reste un commensal qui ne devait pas être plus difficile que l'oncle, car celui-ci le conduisait tout simplement dans une gargotte du voisinage, où il s'attablait avec de bons ouvriers maçons ses compatriotes, apportant comme eux son morceau de pain sous le bras, et comme eux aussi se faisant servir une tasse de bouillon et une portion de bœuf.

Mais ce n'est point tout que d'avoir le couvert et le vivre, il faut se chauffer en hiver. Or, dans son petit logement Boyer n'avait ni feu, ni même de cheminée; quand le froid était très rigoureux, il se mettait au lit et y travaillait, ou bien il allait se réchauffer les doigts chez une bonne voisine, à la fois lingère et blanchisseuse, qu'on nommait Madeleine Tripot. Boyer lui tenait ses petites écritures; elle l'aimait comme un fils.

Telle a été, messieurs, l'existence de M. Boyer dans ces premières années, années d'épreuves, de labeur, de fatigue et de privation, embellies sans doute par la jeunesse, le doux sommeil et les longs espoirs. Aussi M. Boyer, dans ses vieux jours, aimait à y reporter ses souvenirs; il se plaisait à dire à quel prix la fortune lui avait vendu cette aisance, ces honneurs et cette gloire enfin qui était venue le visiter.

C'était en effet dans cette mansarde, c'était sous cet humble toit qu'il avait inauguré ces longs travaux qui devaient illustrer sa mémoire; il en parlait avec un mélange d'orgueil et d'attendrissement, car avec les joies du travail il y avait trouvé un bien autre bonheur. Un chaste amour, un amour inspiré par la plus pure et la plus vive reconnaissance, était venu dans cette pauvre demeure lui apporter ses ravissements et ses félicités.

Comme beaucoup de ses compatriotes, élèves en médecine et ouvriers maçons, il avait dû payer son tribut à la grande ville; il fut pris de cette grave endémie européenne qu'on appelait alors *fièvre putride*, et qu'on appelle aujourd'hui *fièvre typhoïde*, c'était sous la forme la plus grave, délire continu, prostration complète, escharres, etc. Ses économies furent bientôt épuisées, un médecin de l'Hôtel-Dieu était venu lui donner les premiers soins; mais le voyant dans un tel dénûment, il proposa de le faire transporter à l'hôpital. A ce mot d'hôpital, une voix pleine de douleur et d'indignation se fait entendre, c'est celle de Madeleine Tripot; elle déclare que ce malheureux jeune homme ne sera pas porté vivant à l'Hôtel-Dieu. « Et pourquoi faire? dit-elle, pour lui faire partager peut-être le lit d'un mourant? — Mais il est sans ressource, objecte le médecin. — J'y pourvoirai, répondit-elle; j'ai quelque argent, je vais le chercher; le jeune homme est honnête, il vivra et me le rendra. — Mais il lui faut une garde malade, il a besoin d'être veillé le jour et la nuit. — Ceci nous regarde ma fille et moi; elle passera les jours près de lui, et moi je le veillerai pendant les nuits. »

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

La lettre de M. le professeur Lassaigne, reproduite dans votre numéro du 7 décembre, relativement à une note sur le sous-nitrate de bismuth, publiée dans le *Répertoire de pharmacie* du docteur Bouchardat, par M. Cornut, tendrait à jeter une opinion défavorable sur un des produits de la pharmacie Jutier. Je suis forcé de protester contre une semblable insinuation, si elle existe, en rétablissant l'exacte vérité des faits.

A la suite d'une saisie comme *remède secret* des pastilles de sous-nitrate de bismuth de Jutier, M. le professeur Lassaigne, comme expert, fut chargé d'en faire l'analyse. Il trouva de l'arsenic dans le sous-nitrate bismuthique employé à la fabrication de ces pastilles, sous-nitrate bismuthique provenant du laboratoire de MM. Bernard Derosne et Ossian Henry, et que tout pharmacien eût été en droit de croire très pur. Malgré un rapport peu favorable de M. le professeur Lassaigne, et concluant à déclarer *remède secret* les pastilles saisies, la cour passa outre sur cette question qu'elle avait seule à juger et acquitta M. Jutier.

J'arrive maintenant à ma note publiée dans le *Répertoire de pharmacie*, note qui paraît avoir déterminé M. le professeur Lassaigne à écrire cette longue relation d'un procès tombé dans l'eau, et à faire intervenir un nom dont il n'était point fait mention dans mon article sur le sous-nitrate de bismuth. Je commence par déclarer que mon intention, en publiant cette note dans le *Répertoire de pharmacie*, n'a eu pour but que de donner un avis désintéressé à MM. les phrarmaciens, afin de les prémunir contre l'impureté très fréquente du sous-nitrate de bismut. Je dis très fréquente; car des expériences nombreuses sur le sous-nitrate de bismuth des pharmacies m'ont prouvé que je puis me servir de ce mot.

Quant au procédé que j'ai donné pour y reconnaître l'arsenic, j'avoue, pour satisfaire la juste susceptibilité de son auteur, que c'est celui même de M. le professeur Lassaigne, et, si j'eusse pensé que la gloire du savant chimiste dût souffrir en omettant de lui attribuer le procédé susdit, je me serais fait un plaisir et un devoir de rendre ce qui est dû à qui de droit. M. le professeur Lassaigne comprendra que je n'ai point voulu me targuer d'une ostentation vaine en faisant paraître sous mon nom un vol complétement involontaire fait à sa renommée.

Recevez, etc.

A. CORNUT,
Ex-interne des hôpitaux.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 148. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1852.

(25e ANNÉE.)

N° 148. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. De l'élève des sangsues en France. — Sur la statistique médicale de la France. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Académie de médecine (addition à la séance annuelle du 14 décembre): Suite de l'éloge de M. Boyer. — Académie des sciences, séance du 13 décembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1852.

De l'élève des sangsues en France.

Dans une lettre que nous adresse notre excellent et infatigable maître et ami M. le professeur Chevallier, se trouve le passage suivant, que nos abonnés liront avec d'autant plus d'intérêt que la question qu'on y traite est non-seulement des plus importantes, mais une de celles qui sont le plus à l'ordre du jour.

Bordeaux, 11 décembre 1852.

Mon cher rédacteur,

Je n'ai pas perdu mon temps à Bordeaux ; car aussitôt que j'ai eu terminé aux assises pour l'affaire d'empoisonnement pour laquelle j'avais été assigné, j'ai eu de nombreuses conférences avec des personnes qui élèvent des sangsues. J'ai été voir des marais où l'on fait l'éducation de ces annelides ; j'ai acquis la conviction que les travaux entrepris sur la propagation des sangsues dans le département de la Gironde sont arrivés à un tel point, qu'avec quelques encouragements accordés aux personnes qui feront cette éducation avec intelligence et salubrité, la France sera affranchie du tribut qu'elle paye à l'étranger, et que les classes les plus pauvres de la société ne seront plus, comme par le passé, forcées de renoncer à l'utile médication que constitue l'application des sangsues, application pour laquelle il fallait quelquefois consacrer plus que le prix du travail de toute une semaine.

Les personnes qui s'occupent de l'éducation des sangsues sont toutes disposées à combattre la fraude. « Point de gorgement, me disait l'une d'elles ; qu'il y ait une commission » nommée pour la réception des sangsues, et nous nous » soumettrons à son inspection, quelque sévère qu'elle puisse » être. »

Cette éducation a pris dans la Gironde un développement tel, que des marais loués 500 fr. seulement sont loués actuellement des prix très élevés.

Il y a des propriétés de 50 hectares, celle de M. Pichon, par exemple, qui sont affectées à la reproduction des sangsues. On m'a raconté des faits tellement extraordinaires, que je n'ose vous les rapporter avant d'avoir acquis une plus grande certitude.

L'éducation des sangsues a gagné du terrain ; car j'ai vu à Poitiers (Vienne) :

1° Que déjà aux environs de cette ville ;

2° Qu'au Blanc (Indre), on s'occupe aussi de cette industrie, qui me paraît tout à fait acquise au pays.

J'ai reçu des renseignements de St-Christoly, de Mont-de-Marsan, partout l'élan est donné, partout on s'occupe d'élever des sangsues, partout on repousse la fraude. Nous devons donc tout espérer.

J'ai reçu avant mon départ pour Bordeaux, d'un de mes confrères de cette ville, M. Barbet, un livre que j'ai lu avec le plus grand plaisir. Ce livre, publié en 1852 par M. Louis Vayson, a pour titre : *Guide pratique des éleveurs de sangsues*. Cet ouvrage sera d'une très grande utilité pour ceux qui voudront se livrer à la reproduction des sangsues.

Je compte, plus tard, vous faire connaître d'autres détails. En attendant, je suis votre tout dévoué. A. CHEVALLIER.

M. le docteur Félix Roubaud veut bien nous communiquer quelques épreuves de son *Annuaire* pour 1853, qui paraîtra le 25 de ce mois. Elles contiennent des renseignements sur la statistique médicale de la France que nos lecteurs verront certainement avec intérêt.

Sur une population de 35,781,628 habitants, la France compte 11,217 docteurs en médecine, 7,221 officiers de santé et 5,175 pharmaciens. S'il était possible de répartir uniformément sur tout le territoire les médecins (docteurs et officiers de santé) et les pharmaciens, on aurait :

1 médecin pour. . . 1,940 habitants ;
1 pharmacien pour . 6,914 —

Mais il s'en faut de beaucoup que la répartition en soit ainsi faite, et les différences qui en résultent suivent des lois constantes, selon qu'on se place au point de vue topographique ou de la richesse des départements.

Sous le rapport topographique, on peut dire :

1° Que le nombre des médecins est plus fort dans le midi que dans le nord ;

2° Que le nombre des docteurs comparé à celui des officiers de santé est plus élevé dans les départements du midi que dans ceux du nord.

En partageant la France en sept zones, on trouve :

	POPULATION.	DOCT.	OFF. DE S.	TOTAL.	PROPORTION.
Zone du nord..	5,082,683	1,018	1,356	2,374	1 sur 2,140
— du n.-est.	5,918,561	1,402	826	2,228	1 — 2,656
— n.-ouest..	5,967,120	1,349	848	2,197	1 — 2,716
— du sud. .	4,739,381	1,874	1,314	3,188	1 — 1,486
— du s.-est.	3,203,704	1,169	492	1,661	1 — 1,915
— du s.-ouest	2,216,484	768	657	1,425	1 — 1,555
— du centre.	6,687,617	1,957	971	2,928	1 — 2,286

Par conséquent, en additionnant les chiffres qui se rapportent aux zones du nord et ceux qui appartiennent aux zones du midi, nous trouvons :

Dans le nord, 1 praticien sur 2,496 habitants.
Dans le midi, 1 — 1,619 —

Si nous comparons dans les zones du nord et dans celles du midi le nombre des docteurs à celui des officiers de santé, nous trouvons que :

1° Dans le nord, le chiffre des docteurs l'emporte seulement de 739 sur celui des officiers de santé ;

2° Dans le midi, au contraire, le chiffre qui exprime cette différence est de 1,348.

Au point de vue de la richesse des départements, M. F. Roubaud établit :

1° Que les départements riches ont moins de médecins que les départements pauvres ;

2° Que le nombre des docteurs comparé à celui des officiers de santé est plus fort dans les départements pauvres que dans les départements riches.

Le nombre total des médecins trouvé par M. Roubaud s'éloigne du chiffre fourni par M. le ministre des finances lors de la présentation du projet de loi sur le budget des recettes en 1852. Voici comment M. Roubaud explique cette différence : « Dans le projet de loi sur le budget des recettes présenté cette année au corps législatif, M. le ministre des finances porte à 16,072 le nombre des patentables qui appartiennent à la profession médicale. Ce chiffre s'éloignant de celui auquel je suis arrivé, je dois faire connaître la cause de cette différence.

» Le nombre des docteurs en médecine ou en chirurgie est à peu près le même de part et d'autre : le ministre le porte à 11,139, tandis qu'il est pour moi de 11,217, différence 78. Cette différence tient sans doute à ce que je compte les docteurs reçus en 1852 et établis au mois d'août. Pour les officiers de santé, l'accord est moins parfait, car j'ai un total de 2,228 officiers de santé de plus que M. le ministre. Cette énorme différence s'explique naturellement par la manière dont M. le ministre et moi avons dressé notre statistique : M. le ministre n'a inscrit sur ses tableaux que les personnes exerçant *réellement* la médecine et par conséquent soumises à la patente médicale ; tandis que j'ai porté sur mes listes tous les individus munis d'un titre médical, pratiquant ou non l'art de guérir ; de ce nombre sont à peu près tous les chirurgiens militaires en retraite pourvus d'un titre, mais n'exerçant pas l'art de guérir ; tous les individus qui, munis d'un diplôme, ont abandonné l'exercice de la médecine pour le commerce, l'industrie ou toute autre carrière. Ces changements de position se font surtout remarquer chez les officiers de santé, à qui leur titre a coûté peu d'études et d'argent ; les docteurs, au contraire, qui ne sont entrés dans la carrière médicale qu'après des études longues, pénibles et dispendieuses, renoncent rarement à tant de sacrifices. Ce double fait qu'accepte sans peine la raison est constamment attesté par ma correspondance et explique tout naturellement le désaccord qui existe entre le chiffre du ministre et le mien. »

UN COUP D'ŒIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. DEVILLE,

Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

§ III. *Fascia cribriformis* et *fosse fémorale*. — Nous avons déjà vu que M. Gay accepte encore la description de la fosse ovale de Scarpa ; ce qu'on appelait autrefois la grande ouverture de la veine saphène, sans trop de raison, puisque la veine n'occupe qu'une très petite partie dans le bas de cette grande ouverture artificielle. Cela tient à ce que M. Gay, quoiqu'il connaisse très bien le fascia cribriformis, ne le décrit pas comme une continuation de l'aponévrose fémorale. Il le place là, sans en donner de raisons suffisantes, comme un opercule distinct fermant la fosse fémorale (fosse ovale), attaché en dedans à l'aponévrose du pectiné, et en dehors au prétendu feuillet profond du ligament falciforme (erreur due à la présence des adhérences dont nous avons parlé au paragraphe 1er). Le fascia cribriformis, dit M. Gay, offre des particularités de structure que n'offre pas le ligament falciforme. Sans doute ; mais ces particularités sont largement expliquées par le grand nombre de petits vaisseaux qui percent là l'aponévrose fémorale. Est-ce que l'aponévrose axillaire dans la partie la plus profonde du creux, parce qu'elle y est percée d'un grand nombre de trous pour le passage aussi des lymphatiques superficiels du membre supérieur, n'en est pas moins l'aponévrose axillaire ? Est-ce que tant d'autres aponévroses ne sont pas dans le même cas ? — D'ailleurs si on peut avec des idées préconçues, dont on n'est pas toujours maître, discuter sur ceci la plume à la main, toute discussion devient impossible, le scalpel à la main, auprès d'un cadavre ; les fibres constituantes du fascia cribriformis se continuent trop intimement et trop incontestablement avec le ligament falciforme pour que nous ayons besoin d'insister davantage. M. Gay est, du reste, sur ce point, en dissidence avec beaucoup d'auteurs anglais, en particulier avec A. Cooper et Burns, qui ont été précisément les premiers à enseigner que le fascia cribriformis était une dépendance de l'aponévrose fémorale, A. Cooper le faisant provenir du ligament falciforme, et Burns de l'aponévrose du pectiné ; ce qui revient au même, suivant le sens dans lequel on le suit.

A propos du fascia cribriformis, M. Gay exprime l'opinion (qui est très générale chez les chirurgiens anglais, partielle et perdant du terrain tous les jours chez les chirurgiens français) que si le fascia cribriformis peut étrangler une hernie crurale, ce n'est pas le siége le plus habituel de l'étranglement. Il cite cependant contre son opinion celle de Monro junior, qui dit que le passage de la hernie crurale à travers un des trous du fascia cribriformis est la forme habituelle de cette hernie ; d'A. Cooper, qui en a décrit la dissection d'un cas ; de Breschet, qui en admet la possibilité, et de Hesselbach. Il fait cette citation après avoir rapporté à M. Malgaigne l'opinion que la cause la plus fréquente de l'étranglement est dans le fascia cribriformis. Cela peut être vrai par exception, dit M. Gay ; mais comme je ne m'en rappelle pas de cas, je ne puis accepter avec M. Malgaigne que ce soit le cas ordinaire.

Ce n'est pas tout à fait à M. Malgaigne qu'il faut rapporter la démonstration du siége le plus habituel de l'étranglement des hernies crurales. Le fait remonte bien plus loin, au commencement de ce siècle même, et M. Malgaigne n'a été que l'occasion d'une explosion qui se préparait depuis longtemps. Dès qu'on a connu le fascia cribriformis, on a vu qu'il pouvait étrangler la hernie crurale. Cependant ce mode d'étranglement restait secondaire, et tous les chirurgiens, dans leur pratique et leurs livres, ne se préoccupaient pour ainsi dire que du ligament de Gimbernat. Cependant à la suite de l'impulsion donnée à Paris par Thomson à l'étude des hernies, les habitués de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris avaient examiné la question de plus près, et leur opinion, dont on trouve l'expression dans la thèse de M. Demeaux, était depuis longtemps arrêtée ; mais les habitués de l'Ecole pratique, noyau de l'avenir, ne pouvaient pas en ce moment parler assez haut pour se faire écouter. Tout d'un coup paraît M. Malgaigne, qui, avec l'autorité écrasante de l'anatomie et des faits, nie l'étranglement des hernies par les anneaux normaux, en particulier par l'anneau crural. Immédiatement grand scandale, émoi universel, dont M. Diday se fait un des principaux interprètes. Vous niez, dit M. Diday, l'étranglement par les anneaux fibreux. Eh bien, à Lyon, où M. Bonnet a remis en honneur la méthode de débridement de J.-L. Petit, nous opérons sans ouvrir le sac et la simple incision de l'anneau fibreux suffit pour lever l'étranglement. Là-dessus M. Diday cite plusieurs observations concluantes, surtout de hernies crurales. Cette discussion assez animée peut se résumer ainsi.

M. Malgaigne : L'anneau crural n'étrangle pas, ne peut pas étrangler une hernie crurale.

M. Diday : Vous vous trompez, la hernie crurale est très souvent étranglée par le fascia cribriformis ; mais il ne s'agissait pas de cela, il ne s'agissait dans la publication de M. Malgaigne que des anneaux normaux, de l'anneau crural en particulier et non du fascia cribriformis. M. Malgaigne avait fait une réserve très nette, très catégorique pour les anneaux anormaux, dans l'article si vertement attaqué par M. Diday. Le résultat de cette discussion et des observations publiées par les chirurgiens de Lyon fut de mettre au grand jour la question déjà élucidée à l'Ecole pratique, et de lui conquérir un grand nombre d'adhérents.

Les opposants disparaissent, parce que les faits, examinés de près, sont incontestables. Non, l'anneau crural ne peut pas étrangler, il est trop large pour cela ; il peut admettre pleinement un intestin grêle dont le calibre pourra être un peu aplati, mais n'est pas diminué, et il ne renferme dans sa capacité aucune disposition aponévrotique ou ligamenteuse *normale* qui puisse le rétrécir et lui permettre d'agir comme agent d'étranglement. On a bien cherché des faits contraires depuis la publication de M. Malgaigne, et jusqu'à présent on n'en a trouvé en France..... pas un seul ! Et certes, les occasions ne manquent pas.

En mettant de côté les cas exceptionnels où la hernie cru-

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre, 4, 9, 11 et 16 décembre.

rale peut être étranglée par le collet du sac, ou encore par hasard dans l'épaisseur du ligament de Gimbernat, dans le cas de hernies analogues à celle décrite par M. Laugier, — le plus souvent la hernie crurale s'étrangle dans l'un des trous du fascia cribriformis. Tout contribue à le prouver. Comme antécédents, par exemple, la hernie ne s'étrangle pas lorsqu'elle est encore incomplète ; l'étranglement ne survient qu'au bout de longues années, lorsque la hernie, tendant toujours à s'accroître, a franchi l'un des trous du fascia cribriformis et est devenue complète, forme habituelle des hernies crurales qui ont duré quelque temps, ainsi que l'avait bien établi Monro junior. M. Gay lui-même cite à cet égard des chiffres bien clairs : D'après M. Wilkinson King, dit-il, la plupart des hernies crurales existent pendant longues années avant d'être exposées à des étranglements dangereux ; sur 100 cas, la durée moyenne de l'existence antérieure avait été, pour 61 cas, de vingt années, et ; sur 98, 94 étaient déjà anciennes.

Mais pourquoi nous arrêter à des preuves indirectes, alors que le fait matériel est là présent, irrécusable ? Nous tous qui affirmons que l'étranglement d'une hernie crurale est le plus communément produit par l'un des trous du fascia cribriformis, nous en appelons avec confiance à l'examen des faits. Pour mon compte, j'en ai examiné un bon nombre, dont plusieurs sont consignés dans mon mémoire qui m'a valu en 1844 la médaille des internes des hôpitaux de Paris. Par exemple, quand j'arrivai en qualité d'interne dans le service de M. Bérard à l'hôpital Saint-Antoine, mon très honoré maître M. P. Bérard ne croyait pas plus que les chirurgiens anglais actuels à l'étranglement par le fascia cribriformis ; je lui promis, sans hésiter, de le lui prouver anatomiquement ; cependant cette preuve n'était pas facile à donner dans ce service, parce que M. Bérard guérissait tous ses opérés, ou, pour mieux dire, toutes ses opérées, dans la proportion de 10 ou 11 sur 12, ce qui prouve, en passant, que l'opération de la hernie étranglée peut à volonté n'être pas si meurtrière qu'elle l'est dans les hôpitaux de Paris. Dans un cas cependant, une femme opérée de hernie crurale meurt de l'opération ; M. Bérard, un des plus habiles anatomistes qui existent, certes, croyait avoir débridé l'anneau crural, et ceci est une réponse suffisante à ceux qui prétendent aussi avoir incisé l'anneau crural et en être surs, malgré qu'une autopsie ne l'ait pas démontré. Je fis l'autopsie avec soin devant M. Bérard, qui resta étonné de voir qu'il n'avait incisé que le fascia cribriformis, et que cette simple incision avait suffi pour lever très bien un étranglement serré et permettre une réduction facile de la hernie. J'en appelle, au besoin, à M. Bérard pour dire si ce fait n'a pas contribué à changer profondément ses convictions sur l'étranglement des hernies crurales. Je pourrais, d'ailleurs, en citer plusieurs autres exemples.

Puisque l'anneau crural n'étrangle pas, ne peut pas étrangler une hernie crurale, il n'est donc pas nécessaire en anatomie chirurgicale de décrire minutieusement l'épaississement du fascia transversalis, qui porte le nom de ligament fémoral de Hey, puisqu'on n'a pas besoin de l'inciser dans aucun cas pas plus que le ligament de Gimbernat.

En France, la vérification de l'étranglement par le fascia cribriformis a été facile à l'autopsie, parce que, quelles que soient dans les *livres* les belles discussions théoriques sur le lieu où il faut débrider, quelles que soient les divergences dans les opinions *imprimées* sur la direction du débridement, la pratique n'en est pas moins assez uniforme ; dans la *pratique*, presque tout le monde, même ceux qui ont attaqué dans leurs livres cette incision, débride en incisant obliquement en haut et en dehors. Cependant le contraire arrive parfois et, qui plus est, dans la pratique d'un même chirurgien ; il y a eu à Paris des cas où le débridement a été fait presque directement en avant, ou un peu obliquement en haut et en dedans, sans autre raison qu'une fantaisie qui a passé au moment de l'opération dans la tête du chirurgien ; dans ces cas, si l'on a plus tard occasion de faire l'autopsie, on trouve d'habitude que l'opérateur a divisé le ligament de Gimbernat : Vous voyez bien, s'écrient alors en triomphe nos adversaires, que le ligament de Gimbernat contribue à l'étranglement et doit parfois être divisé, puisqu'il a fallu l'inciser ici pour lever l'étranglement. Belle raison, ma foi, et qui ne fait guère honneur à la sagacité de ceux qui s'en servent ! Celui des trous par lequel sort le plus habituellement et naturellement la hernie crurale en passant à travers le fascia cribriformis est un de ceux qui sont le plus haut placés, le plus au voisinage du ligament de Fallope ou de Gimbernat. Ce trou était déjà placé normalement près du ligament de Gimbernat ; supposez-le agrandi, comme il l'est alors qu'il donne passage à une hernie, il s'en rapprochera davantage et de si près parfois que, si vous voulez en inciser pour le débridement le pourtour en avant ou en dedans, à coup sûr vous ne pourrez le diviser qu'en coupant en même temps le ligament de Gimbernat ; mais si vous aviez débridé en haut et en dehors, parallèlement à la direction oblique du ligament de Fallope, vous auriez aussi bien levé l'étranglement ; comme le prouve la pratique habituelle, et vous n'auriez touché ni au ligament de Gimbernat, ni au ligament de Hey, qui le double ou à peu près.

Un dernier argument en faveur de l'étranglement par l'anneau crural a été mis en avant. Dans une hernie crurale, le ligament de Gimbernat est toujours distendu. Burns et Monro, dans les hernies anciennes, l'ont toujours vu mesurer un tiers de plus en longueur que dans l'état normal. Qu'est-ce que cela prouve ? Que par sa position le ligament de Gimbernat supporte en avant presque tout le poids de la hernie et se laisse distendre par cette pression incessante ; cela ne prouve pas autre chose. En résulte-t-il que le ligament de Gimbernat joue un rôle dans l'étranglement ? Certes non ; entre ce ligament doublé du ligament de Hey, qui est en avant, et le pubis ou le ligament pubien, qui est en arrière ; il y a toujours trop d'espace pour qu'une anse intestinale puisse s'y étrangler.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie impériale de médecine.

Addition a la séance annuelle du 14 décembre 1852.

Suite de l'Eloge de M. Boyer ;

Par M. Fr. Dubois.

Le médecin se sentit touché jusqu'aux larmes de ce dévouement si complet, si profond ; lui-même il redoubla de soins près de son futur confrère ; une amélioration ne tarda pas à se déclarer, et après de longs jours de maladie Boyer finit par recouvrer la santé.

Mais il avait contracté une de ces dettes qu'une reconnaissance de toute la vie ne saurait acquitter. L'argent qu'on avait dépensé pour lui était la moindre chose ; ses premières économies y pourvurent. Mais cette jeune fille, qu'on nommait Gabrielle-Adélaïde, cette jeune fille qui avait passé de longs jours au chevet du pauvre étudiant malade, qui l'avait veillé avec tant de sollicitude, toujours travaillant et toujours l'œil fixé sur lui, cette jeune fille, dis-je, avait fini par le pénétrer d'une si profonde reconnaissance, d'une telle estime, d'une si tendre affection, que dès les premières heures de sa convalescence Boyer résolut d'en faire la compagne de sa vie, d'unir à jamais sa destinée à la sienne. Toutefois, pour obéir aux premiers sentiments de son cœur, il dut attendre que la fortune voulût bien lui sourire. Déjà il avait quelques élèves auxquels il enseignait l'anatomie ; mais il n'avait encore ni position, ni titre : c'était donc un ajournement qui lui était commandé par sa propre honnêteté.

Après cinq années d'études entremêlées d'occupations si pénibles, Boyer venait d'obtenir, en 1781, à l'Ecole pratique du collége de chirurgie, une médaille d'or. Ce n'était pas un de ses succès éblouissants qui marquent si bruyamment le début de certaines carrières, succès dans lesquels il peut y avoir autant de bonheur que de vrai mérite. Boyer n'avait pas cette facilité, cette promptitude de conception qui amènent des triomphes trop souvent éphémères ; l'amour du travail, la ténacité, la patience, l'ordre, la méthode, telles étaient, je l'ai déjà dit, ses principales qualités : c'était si l'on veut un bœuf qui traçait péniblement son sillon dans le champ de la science ; mais déjà on aurait dû dire de lui ce qu'on a dit d'une des plus grandes gloires de l'Eglise, que c'était un bœuf qui allait remplir le monde de ses mugissements.

Boyer eut donc la médaille d'or, « pour avoir, disait le programme, suivi avec assiduité les leçons qu'on faisait à l'Ecole » pratique, et pour avoir fait avec intelligence et adresse, sous les » yeux de ses professeurs, des dissections et des opérations chirurgicales. »

En 1782, il fut admis comme élève dans ce même hôpital de la Charité, qui devait être pendant plus d'un demi-siècle le théâtre de sa gloire ; il y entra pour faire des pansements et y suivre les cours des professeurs.

C'était une place bien modeste ; mais il y avait alors dans les hôpitaux de Paris une institution heureusement conçue et tout à fait libérale ; c'était celle des chirurgiens gagnant maîtrise. Sans cette généreuse institution, une foule d'hommes devenus depuis célèbres n'auraient jamais pu obtenir le grade de maître en chirurgie, et M. Boyer eût été bien certainement de ce nombre.

C'est en 1787 qu'une place de gagnant-maîtrise étant devenue vacante à la Charité, un concours fut ouvert le 25 juin.

Boyer se mit sur les rangs, et après quinze jours d'une lutte mémorable, le 9 juillet suivant il fut déclaré vainqueur et chargé d'un service dans la maison.

Définitivement la fortune lui souriait ; la carrière était largement ouverte devant lui ; il ne pouvait y trouver d'obstacle sérieux.

C'est alors que cet honnête jeune homme résolut d'assurer le bonheur des deux femmes généreuses qui, en d'autres temps et dans son infortune, lui avaient tendu la main et l'avaient si noblement secouru. Un beau jour donc il mit ses habits des dimanches et s'en alla résolument frapper à la porte de ses anciennes voisines. La mère lui ouvrit, et l'accueillit comme de coutume avec la plus expansive cordialité. Boyer prend à peine le temps de s'asseoir, sans détour, sans préambule, il lui déclare tout simplement qu'il vient lui demander en mariage sa fille Gabrielle-Adélaïde. Il faut le dire à la louange de cette excellente femme, elle représenta à Boyer que sa fille était sans fortune, sans éducation, et sans aucun usage du monde ; que cette union pourrait peut-être plus tard lui causer bien des regrets, qu'il devait prendre du temps et bien réfléchir avant de contracter ainsi des liens indissolubles. « J'ai fait toutes mes réflexions, lui dit Boyer, mon parti est pris ; je vous déclare que si j'ai jamais eu quelque ambition, si j'éprouve aujourd'hui le désir de me faire un nom et de m'élever dans le monde, c'est pour faire partager à votre fille ma fortune et mon élévation. » La mère fut obligée de faire taire ses scrupules, et M. Boyer contracta cette union qui devait faire pendant près de quarante années le bonheur de sa vie.

M. Boyer venait d'entrer dans une phase toute nouvelle de son existence : jusque-là il n'avait guère fait que lutter contre l'adversité et en même temps préparer son avenir. Que de choses il lui avait fallu faire pour vivre dans le présent, pour assurer son indépendance, et pour trouver sa place enfin au banquet de la science ! mais arrivé à ce point, il sentait qu'il lui manquait une préparation d'autant plus regrettable, que, dans l'ordre naturel des choses, elle aurait dû venir la première.

M. Boyer, n'ayant point reçu l'éducation collégiale, ignorait jusqu'aux premiers éléments du latin ; il y avait longtemps qu'il sentait l'indispensable nécessité de s'initier à cette langue des Romains, devenue la langue des savants, et qui seule peut donner la parfaite intelligence de la nôtre. Il est vrai qu'il avait plutôt manqué de loisir que de mérite ; car de même qu'il avait dirigé gratuitement de pauvres jeunes gens, ses amis, dans les études anatomiques, et en particulier Lafond du Vigeois, devenu plus tard médecin de l'hospice des Incurables ; de même il avait trouvé près de lui un maître bénévole de latin dans l'abbé Légal, jeune prêtre théatin, qui possédait précisément les connaissances qui manquaient à M. Boyer, c'est-à-dire celles des langues anciennes et des sciences exactes, qui plus avait ce goût des lettres, le goût exquis qui révèle l'homme supérieur, et sans lequel le génie lui-même est à jamais stérile.

J.-L. Petit n'avait étudié le latin qu'à l'âge de quarante ans, M. Boyer dut en conclure que le temps de l'étudier n'était pas encore passé pour lui ; il s'y mit donc avec ardeur, et bientôt, grâce à l'abbé Légal, il arriva à l'intelligence complète des ouvrages classiques et des livres de science écrits en latin.

J'ai dit tout à l'heure que le grade de maître en chirurgie auquel M. Boyer allait nécessairement arriver puisqu'il était gagnant-maîtrise, exigeait une éducation libérale et une certaine connaissance des lettres. Ces conditions ne pouvaient plus arrêter M. Boyer ; mais à côté des écoles de chirurgie, il y avait une autre institution qui exigeait aussi une notable culture de l'esprit chez ceux qui aspiraient à en faire partie, et M. Boyer ne voulait pas y rester étranger ; je veux parler de l'Académie royale ds chirurgie.

Les prix que proposait cette illustre compagnie était toujours disputés par des hommes d'avenir.

En 1790, elle avait mis au concours la question des *aiguilles*. Aucun mémoire n'ayant été jugé digne de récompense, la question fut remise au concours pour 1792, et posée dans les termes suivants : « Sur la meilleure forme des aiguilles propres à la réunion » des plaies et à la ligature des vaisseaux, et sur la manière de » s'en servir dans le cas où leur usage est indispensable. »

C'était le prix fondé par Lapeyronie ; il n'était que de 500 fr. ; mais n'ayant pas été décerné en 1790, il fut doublé pour 1792, et Louis exposa le plan du mémoire qu'il aurait fallu faire pour obtenir le prix.

Mais en 1792 aucun mémoire n'ayant encore été jugé digne de récompense, la même question fut remise au concours pour 1794, avec cette condition, que le prix serait triplé, c'est-à-dire porté à 1,500 fr.

Dans la séance publique du 11 avril 1793, la même annonce fut répétée ; mais cette séance publique devait être la dernière, et l'Académie ne devait pas voir cette année 1794, à laquelle elle avait reporté le prix sur les aiguilles.

Elle ne put donc porter de jugement sur les mémoires envoyés au concours, et cette circonstance est d'autant plus regrettable, que M. Boyer s'était mis sur les rangs, et qu'il avait soumis à l'examen de l'Académie le premier travail sorti de sa plume.

Ce mémoire toutefois ne fut pas perdu pour la science, M. Boyer le fit imprimer, en l'an VIII, dans le troisième volume des *Mémoires de la Société médicale d'émulation*.

C'est un travail sagement écrit ; on y reconnaît déjà la manière de M. Boyer, sa clarté, sa méthode, sa simplicité et sa science, toutes qualités sur lesquelles j'aurai à revenir en m'occupant de ses autres ouvrages. Pour le moment, je dois parler des changements considérables que la révolution allait apporter dans la carrière de M. Boyer.

Dans la journée du 10 août 1792, par suite de la prise des Tuileries, un assez grand nombre de blessés avaient été transportés dans l'hôpital de la Charité. Le surlendemain, 12 août, un membre de la section dite de Marseille, ci-devant du Théâtre-Français, déclara à l'Assemblée qu'il avait à dénoncer un abus sur lequel il était urgent de délibérer. L'hôpital de la Charité, dit-il, est encore gouverné par des moines ; je demande que, toute autre affaire cessante, on délibère sur ma motion, tendant à ce que le chirurgien-major, M. Deschamps, son aide, M. Boyer, et six élèves, soient promptement installés dans ledit hôpital. La section fit droit à cette demande, et deux commissaires furent à l'instant nommés pour porter à la commune insurrectionnelle le vœu de l'Assemblée.

Ce vœu, dit le procès-verbal, fut unanimement adopté, et la commune prit immédiatement un arrêté en vertu duquel M. Deschamps, M. Boyer et six élèves, furent installés audit hôpital, et la municipalité, séance tenante aussi, chargea deux commissaires de signifier cet arrêté au prieur de la Charité. C'est ainsi, messieurs, que M. Boyer, de chirurgien gagnant-maîtrise, devint chirurgien en second de la Charité, place honorable, mais modeste, que nous lui avons vu occuper pendant trente-deux ans, c'est-à-dire jusqu'à la mort de M. Deschamps. Les frères durent donc céder la place aux laïques dans l'administration de la maison ; mais il faut dire que M. Boyer a toujours conservé pour eux des sentiments de respect et d'attachement ; il en parlait avec une sorte de vénération, rappelant leur zèle, leur dévouement, et surtout leur tolérance.

Après la destruction de cet ordre, M. Boyer, attaché plus que jamais à l'hôpital de la Charité, préféra renoncer à tout avancement plutôt que d'en sortir. Le 19 messidor an III, la commission dite des secours publics lui avait enjoint de passer au grand hospice d'Humanité, c'est-à-dire à l'Hôtel-Dieu, en qualité de chirurgien en second. C'était une promotion, mais M. Boyer, ne voulant point quitter la Charité, même pour se trouver sur un plus grand théâtre, prit un terme moyen ; il continua de demeurer à la Charité, et tous les matins il allait faire son service à l'Hôtel-Dieu.

On le vit en même temps faire des démarches pour qu'on voulût bien ne pas lui donner d'avancement, faveur qu'il finit par obtenir, mais après bien du temps, car ce fut seulement en l'an X, le 4 prairial, que la commission administrative des hospices lui permit de faire ses leçons officielles de clinique chirurgicale dans son cher hôpital de la Charité.

M. Boyer était, en effet, depuis plusieurs années professeur de clinique externe à l'Ecole de santé de Paris. Il avait commencé par y professer la médecine opératoire concurremment avec Sabatier. Cet enseignement, toutefois, n'était pas celui qui lui convenait le mieux, aussi il ne garda pas longtemps cette chaire : il avait commencé son cours en pluviôse ; le 15 thermidor suivant il fut nommé à la chaire de clinique externe.

Avant de dire comment M. Boyer se montra dans cette partie de sa carrière, j'ai besoin de le reprendre comme anatomiste.

A l'époque où M. Boyer composa son grand *Traité d'anatomie*, c'est-à-dire de l'an V à l'an VIII, deux écoles se trouvaient en quelque sorte en présence et se disputaient la prééminence. L'une, qui avait eu pour chef Desault, et qui allait avoir pour interprète le fidèle, le minutieux Gavard ; l'autre, qui avait eu pour fondateurs, Haller Sœmmering, Vicq d'Azyr, et qui allait se recruter de l'ingénieux, du séduisant Bichat.

La première, qu'on aurait pu appeler l'école anatomique chirurgicale, voulait qu'on s'en tînt uniquement et exclusivement à la simple et pure description des conditions materielles des organes ; qu'on n'exigeât de l'anatomiste que deux qualités personnelles, de l'attention et de la patience. Ne tenant aucun compte de la destination des organes, de leur aptitude physiologique, elle ne voyait dans l'organisme humain que des parties molles et des parties dures, des cavités et des canaux, des boîtes et des cylindres ; elle n'apercevait dans les organes que des faces, des angles et des bords, et décrivait avec un égal soin tous ces accidents, sans autre considération que celle de leurs rapports avec les faces, les bords, les angles, les enfoncements et les saillies des parties voisines ou contiguës.

L'autre école, au contraire, ne séparait jamais l'examen des fonctions de la description des parties ; elle déclarait qu'une chaîne indissoluble lie les travaux de l'anatomiste aux recherches du physiologiste et aux observations du médecin.

L'école de Desault était fière de la réalité et de la stabilité de ses connaissances ; elle ne sortait point de la matière, et par cela même elle ne craignait pas de s'égarer. N'ayant et ne voulant avoir dans son domaine que les dépouilles de la mort, elle soutenait que l'ana-

tomie ainsi comprise est bien à elle seule une science parfaitement distincte, et une science d'autant plus susceptible de progrès, que chaque génération apporte un supplément de notions à la somme de connaissances déjà acquises, science enfin d'autant plus précieuse qu'elle tire d'elle-même son mérite, et que pour être estimée elle n'a pas besoin des ornements du langage et du style.

L'école de Haller et de Bichat soutenait, de son côté, qu'il ne faut pas séparer l'esprit de la matière; que, loin de s'attacher à cette éternelle et stérile contemplation de la mort, il faut chercher dans ces restes inanimés le souffle de la vie, et partir de l'idée pour arriver à la véritable notion de l'édifice humain; que considérer ainsi les organes dans leurs seules conditions matérielles, c'est fermer les yeux à la lumière, c'est-à-dire à la science.

Vous devez prévoir, messieurs, quelle était de ces deux écoles celle que M. Boyer avait suivie. Le milieu dans lequel nous avons vécu, les premières impressions que nous avons reçues, les événements que nous avons traversés, et puis enfin notre nature propre, sont autant de circonstances qui, à notre insu, nous portent à adopter telles idées, telles manières de penser plutôt que telles autres.

M. Boyer, naturellement calme, attentif et patient, privé de cette première culture de l'esprit qui, en élevant l'intelligence, la dispose aux grandes conceptions, M. Boyer a dû instinctivement se tourner vers un genre d'enseignement qui se trouvait naturellement à sa portée et dont il reconnaissait l'utilité immédiate. C'est donc à l'école de Desault qu'il s'attacha de préférence, et pour n'en jamais sortir. Aussi disait-il que la reconnaissance et la vérité lui faisaient un devoir de déclarer que c'était dans les leçons de cet homme célèbre, enlevé trop tôt à l'humanité et à la chirurgie, qu'il avait puisé la partie méthodique de son ouvrage.

Méthode fort simple, du reste; car dès les premières pages M. Boyer prend le squelette humain pour en énumérer et en décrire toutes les pièces, en commençant, comme de coutume, par le classique frontal ou coronal. Et il faut bien le reconnaître, messieurs, nous avons tous suivi cette méthode, qui, après tout, est celle qui convient le mieux aux commençants; aussi, et malgré les éloquentes protestations de Bichat, qui s'écriait que la nature ainsi considérée est repoussante, et que de telles méthodes tuent le génie sans soulager la mémoire : de Bichat, qui soutenait que si Desault avait vécu il aurait brisé lui-même l'autel qu'il avait élevé. Malgré, dis-je, ces éloquentes protestations, c'est toujours la méthode de Boyer qu'on suit d'abord dans nos écoles.

Mais il faut dire que M. Boyer avait exagéré jusqu'aux défauts de son école. On l'a vu prétendre que toute recherche, toute élégance, toute élévation de style est un contre-sens dans les sciences!

Que pour lui, renfermé dans l'enceinte des amphithéâtres, livré aux occupations les plus pénibles et souvent les plus dégoûtantes, il ne pouvait avoir d'autres prétentions que de dire des choses vraies et utiles, sans s'inquiéter des formes de son langage.

Son but a été atteint : il n'a rien omis, rien négligé; il a pu donner à son livre le titre de *Traité complet d'anatomie*. Mais qu'en est-il résulté? C'est que le premier ouvrage qui a suivi le sien, le dépassant en faits de détail, a été par cela même plus complet, et par cela même préféré.

C'est le sort inévitable de tout livre de science qui n'a d'autre mérite que celui d'être exact et complet. Comme la science marche toujours, ces livres ne sont exacts et complets qu'un moment, à moins que leurs auteurs, par un travail de chaque jour, ne continuent à pousser incessamment ce rocher pour en augmenter indéfiniment la masse. Ainsi a fait M. Boyer, qui, pendant vingt années et dans cinq éditions successives, a su tenir son ouvrage au complet et le vivifier en quelque sorte par de continuelles additions; mais dès qu'il s'est reposé, un autre est venu qui lui a ravi le fruit de ses veilles, et on a pu dire de son livre : il a vieilli!

Mais il est temps, messieurs, de reprendre M. Boyer dans son enseignement de la chirurgie.

M. Boyer était alors dans toute la force de l'âge et dans toute la plénitude de son talent; personne n'aurait pu lui disputer la palme; l'Académie royale de chirurgie avait cessé depuis longtemps d'exister; une mort soudaine venait de lui enlever deux de ses maîtres, Desault et Chopart; restaient Pelletan et Sabatier; mais le premier semblait ne chercher de gloire que dans l'art de bien dire, et le second était arrivé à l'âge où il pouvait se reposer dans la sienne. On comptait encore Lassus et Lallement; mais autant celui-ci se laissait séduire par le charme des lettres, autant l'autre semblait se plaire dans une oiseuse érudition. Quant à Deschamps et à Giraud, on ne pouvait que rendre justice à leur honnête et très estimable médiocrité. Un seul aurait pu peut-être lutter avec M. Boyer, sinon par le savoir, du moins par le zèle et l'habileté : c'était Antoine Dubois; mais une expédition à la fois scientifique et guerrière l'avait d'abord entraîné loin de son pays, et déjà il préludait aux études qui, dans une autre partie de l'art, devaient élever si haut sa renommée.

M. Boyer était donc le seul en mesure de suffire aux exigences d'un enseignement à la fois théorique et pratique. Je ne dirai pas qu'il tenait le sceptre de la chirurgie, car il n'avait rien de ce qu'il faut pour tenir un sceptre; ni les manières imposantes, ni le ton impérieux, ni le despotisme des procédés, ni l'absolutisme des doctrines; mais je dirai volontiers que, comme Atlas, il semblait porter le monde chirurgical sur ses épaules.

On le voyait mener de front, et chaque jour, quatre genres différents d'enseignement : l'*anatomie*, dont je viens de parler, la *médecine opératoire*, la *pathologie externe* et la *clinique chirurgicale*.

Je reviendrai plus tard sur les leçons de clinique, et je n'ai qu'un mot à dire sur le cours de médecine opératoire. Ce n'était plus de sa part un enseignement officiel, c'était un cours particulier, beaucoup moins suivi que celui de pathologie externe, mais très fructueux pour ceux qui ne tenaient ni à une diction choisie, ni à l'élégance des manœuvres; l'utilité en était si bien reconnue, qu'on s'accordait à dire que, pour qui l'avait bien suivi, il était impossible de ne pas savoir à fond la médecine opératoire; mais, pour cela, il fallait, en quelque sorte, s'attacher au joug même du professeur et le suivre pas à pas dans ce rude sillon qu'il creusait chaque jour.

Quant au cours de pathologie externe, c'était le plus estimé et le plus suivi de l'époque, et sa vogue a duré pendant plus de quinze ans; c'était aussi le plus exactement rétribué et le plus fructueux pour le professeur.

Je demande pardon de l'expression, qui d'ailleurs n'aurait pas offensé M. Boyer; mais il considérait lui-même ses leçons comme une marchandise de si bon aloi et si bien acquise, qu'il ne se faisait aucun scrupule d'en surveiller lui-même la vente, et il ne croyait pas du tout se compromettre, lui professeur déjà rétribué par l'État, en présidant à la perception du droit imposé à chaque auditeur.

Chacun savait, du reste, qu'il y avait dans son amphithéâtre bon nombre de pauvres élèves qui s'y étaient glissés par contrebande; on les lui dénonçait même parfois : Bah! disait M. Boyer, fermons les yeux; je n'ai jamais fait autrement moi-même quand j'étais jeune!

Que de générations, messieurs, ont suivi ces mémorables leçons de pathologie externe! Presque tous rédigeaient des cahiers; M. Boyer était bien aise de voir et d'entendre courir toutes ces plumes sur le papier. Parmi tous ces jeunes écrivains, il en était un qui avait plus particulièrement fixé son attention, et qui lui plaisait par la vivacité de ses manières et son remarquable talent de rédaction : c'était Richerand, dont les écrits devaient avoir plus tard tant d'éclat et de retentissement.

Fidèle auditeur de M. Boyer, Richerand avait très exactement, et pendant plusieurs années, recueilli tout ce qui était sorti de la bouche de son maître; il avait même donné à ses savantes leçons une élégance, une précision, une clarté qui sans lui peut-être leur auraient manqué.

M. Boyer s'en applaudissait, et quand il avait besoin de revenir sur certaines parties de son enseignement, c'était aux cahiers de Richerand qu'il avait recours.

Mais ce trésor que possédait Richerand, et auquel lui-même avait donné tant de prix, devait-il rester à jamais stérile entre ses mains? Ne lui serait-il pas permis d'en doter le public? C'était là ce que se demandait Richerand, et comme il avait rédigé avec beaucoup de soin tout ce qui concernait les maladies des os, il conçut le projet d'en faire l'objet d'une première publication sous le titre de *Leçons du citoyen Boyer sur les maladies des os*.

Bien que flatté de voir son nom en tête d'un livre qui ne pouvait que lui faire honneur, M. Boyer n'y avait consenti qu'à regret; il trouvait que le temps de publier ses travaux en chirurgie n'était pas encore venu, et il se voyait avec peine privé de quelques avantages matériels.

Sans doute, messieurs, M. Boyer aurait pu se contenter de l'imprescriptible honneur d'avoir dicté ces belles pages; d'autant que, si, dans les autres sciences, la gloire d'avoir attaché son nom à quelque découverte utile est déjà par elle-même ce qu'il y a de plus précieux et de plus désirable, cette gloire est bien plus précieuse et plus désirable encore dans un art comme le nôtre, puisque, même entre les mains de ses ravisseurs, ce n'est que par des bienfaits qu'elle se révèle, et que, plus elle se disperse, plus elle fait bénir le nom de ceux qui l'ont acquise; mais il ne faut pas oublier que M. Boyer, né de parents pauvres, élevé à l'école du malheur, avait payé assez cher l'acquisition de cette science pour qu'il lui fût permis de s'en réserver à la fois l'honneur et le profit.

A l'époque où nous voici arrivés, M. Boyer était bien et dûment reconnu comme l'un des plus grands maîtres en cette science et cet art de chirurgie qui avaient été l'objet de toutes ses études, et c'est ce qu'avait parfaitement compris l'empereur Napoléon quand il l'attacha à sa personne en qualité de premier chirurgien.

On sait que c'est sur la présentation de Corvisart, premier médecin, que M. Boyer fut promu à cette place en messidor an XII.

C'était un choix auquel tout le monde dut applaudir, et Corvisart tout le premier, car il s'associait ainsi le plus savant et le plus modeste des chirurgiens de l'époque; circonstance heureuse et qu'il avait saisie, dit-on, avec empressement, bien assuré qu'il était de ne jamais trouver près de son auguste client l'esprit dominateur d'un Maréchal ou d'un Lamartinière.

L'empereur venait donc de recevoir de la main de Corvisart l'homme qui, par ses travaux, s'était véritablement placé à la tête de la chirurgie française; mais jamais peut-être deux natures aussi dissemblables, aussi opposées ne s'étaient trouvées réunies : M. Boyer, homme tempéré par excellence, méthodique, sage, régulier, devait se trouver étrangement déconcerté en présence de ce vaste et hasardeux génie, habitué à jouer avec les plus grands événements et avec sa propre fortune; mais M. Boyer avait au plus haut degré les deux qualités que l'empereur estimait par-dessus tout : il était intègre et laborieux. Aussi, lorsque la victoire permit à Napoléon de répandre ses munificences aussi bien sur les officiers de sa maison que sur ses compagnons d'armes, il n'eut garde d'oublier son premier chirurgien; il lui accorda le titre de baron de l'empire, et il le gratifia d'une dotation sur les provinces conquises.

M. Boyer, cependant, eut à remplir quelques devoirs personnels qui durent singulièrement déranger ses habitudes; ainsi, en 1806 et en 1807, il lui fallut accompagner l'empereur dans les deux campagnes de la guerre de Prusse; un peu plus tard, il dut faire un voyage en Espagne. Le maréchal Suchet, duc d'Albuféra, devait subir une opération, et l'empereur avait désiré qu'elle fût pratiquée par son premier chirurgien. Ce furent là les seules excursions militaires de M. Boyer. La guerre était un métier tout à fait en opposition avec ses goûts; le spectacle des champs de bataille l'avait impressionné douloureusement, ces effroyables tueries d'hommes l'avaient rempli d'épouvante. Il rendait justice à l'habileté et au courage de nos chirurgiens d'armée; mais il avouait que, pour lui, homme tranquille et pacifique, cette manière d'exercer son art ne lui allait pas du tout. Ce fut donc avec joie qu'il reçut de son belliqueux client la permission de reprendre à l'hôpital de la Charité ses leçons de *clinique chirurgicale*.

Cet enseignement d'hôpital convenait merveilleusement à M. Boyer, et l'on pourrait dire que, dans le grand nombre de qualités requises pour le professorat, il ne lui manquait que celles dont peut se passer le professeur de clinique; il n'y avait pas jusqu'à ses défauts qui ne fussent non-seulement supportables, mais en quelque sorte de mise dans un pareil enseignement. D'ailleurs, M. Boyer se connaissait et n'aurait jamais voulu forcer son naturel.

Sa parole était lente et monotone, mais elle n'était ni difficile, ni embarrassée, ni surtout hésitante; il avait un accent très prononcé et très peu agréable, c'était celui de sa province, et cet accent était tout aussi marqué, tout aussi caractéristique dans les dernières années de sa vie que s'il était arrivé la veille des montagnes de la Corrèze : ceci, toutefois, ne l'empêchait pas d'exposer de la manière, sinon la plus concise et la plus élégante, du moins de la manière la plus claire et la plus complète les sujets qu'il avait à traiter.

Cette parole un peu lourde suivait et représentait très exactement le développement et le cours de ses idées; si elle n'avait pas les avantages de l'improvisation, elle n'en avait pas non plus les dangers. Il ne fallait pas s'attendre à ce puissant intérêt qu'excitent les grands orateurs quand ils nous font assister pour ainsi dire à l'éclosion de leurs idées; mais M. Boyer, toujours sûr de lui-même, toujours en mesure de suppléer à l'invention par les ressources d'une riche et inépuisable mémoire, déroulait méthodiquement et clairement le fil de ses idées, et cela sans jamais jeter ses auditeurs dans les perplexités que causent parfois les plus beaux talents. C'était, en un mot, le génie de la science et non le génie de l'art.

Mais maintenant on pourrait se demander si le chirurgien, pour être complet et parfait, ne doit pas être tout à la fois un maître en *l'art* et un maître en la *science* de chirurgie; s'il ne doit pas aussi posséder ce genre de talent qui tient essentiellement à l'individu, qui, né du génie de chacun, grandit, brille, décline et meurt avec lui; un de ces talents enfin tout personnels que leurs possesseurs emportent avec eux dans la tombe, et dont la plus haute expression pour nous doit se montrer dans l'art de pratiquer les *opérations chirurgicales*.

Ceci, messieurs, nous amène à examiner si M. Boyer possédait véritablement ce grand art et jusqu'à quel point il le possédait. Avant de répondre à cette question, il y a encore une distinction à faire; c'est que, même dans cet art de pratiquer des opérations, il faut faire la part de ce qui paraît *inné* et la part de ce qui est *acquis*. Chez les uns, en effet, on reconnaît tout d'abord les inspirations d'un génie créateur, ils semblent savoir d'instinct et les procédés les plus hardis et les manœuvres les plus délicates; sont-ils en face d'événements tout à fait exceptionnels, en dehors de tout ce qui est connu, on les voit improviser des opérations toutes nouvelles, des procédés, des méthodes, dont personne jusque-là n'avait eu la moindre idée.

Chez les autres, au contraire, tout est le produit de l'étude et de la réflexion; ils pratiquent avec adresse, avec sûreté de grandes et difficiles opérations; mais c'est en suivant des règles déjà établies, des principes qui leur ont été transmis, enseignés; ils sont, en un mot, classiques et trop souvent ennemis de toute innovation.

J'ai à peine besoin de dire que M. Boyer appartenait à ce dernier ordre de praticiens; sage, prudent, réservé, fort de ses longues études, confiant dans l'expérience de ses maîtres, M. Boyer s'attachait à marcher sur leurs pas et à se conformer aux règles établies. Aussi n'a-t-il créé en médecine opératoire aucune méthode véritablement importante; n'a-t-il attaché son nom à aucun procédé nouveau; seulement, et il faut s'empresser de le reconnaître, il en a modifié quelques-uns de la manière la plus heureuse, et son bon jugement lui faisait discerner entre plusieurs procédés celui qui promettait le plus de chances de succès. Ainsi, on lui doit d'avoir fait définitivement prévaloir la méthode par incision dans l'opération de la fistule à l'anus, d'avoir généralisé l'emploi des injections irritantes dans l'opération de l'hydrocèle; il a perfectionné la méthode d'extension continuelle dans le traitement des fractures, et, comme il était bon observateur, il excellait dans cet art du diagnostic suprême, qui consiste à déterminer, au moment même d'une opération, si définitivement il faut ou non la pratiquer.

Mais tout cela, je le répète, ne suffit pas pour constituer le génie opératoire; génie tout spécial qui est un don de la nature, et qui parfois se révèle chez des chirurgiens privés d'ailleurs de toute éducation, de toute culture d'esprit; génie providentiel qui, au milieu même d'une opération et à travers les plus grands dangers, illumine tout à coup l'esprit du chirurgien et lui fait trouver des ressources inespérées.

Ce génie donc manquait à M. Boyer; il lui fallait des routes battues et suivies, mais il y marchait avec une véritable supériorité, il y montrait les allures d'un maître; et comme avant tout il était humain et compatissant, ce qui le préoccupait tout d'abord et exclusivement, c'était le salut du malade; aussi opérait-il sans trop s'inquiéter de faire suivre de point en point aux élèves toutes les phases de l'opération, sauf à leur en expliquer ensuite la marche, les incidents et l'issue; et alors il était d'autant plus fondé à leur rappeler les règles établies par les grands maîtres que lui-même les avait scrupuleusement suivies.

Il avait, du reste, cette sûreté de la main, cette dextérité indispensable pour bien opérer, et en même temps cette fermeté d'esprit et ce sang-froid qui caractérisent les bons opérateurs.

Il ne paraissait pas viser à l'élégance ni dans la manœuvre des instruments, ni dans les pansements; il ne tenait pas non plus à la richesse et à la perfection des instruments. Son arsenal était fort simple : deux ou trois bistouris de forme antique, dont les lames, presque entièrement usées par de nombreux repassages, attestaient les longs services; une petite sonde conique réservée pour les rétrécissements difficiles à franchir, et dont nul autre que lui peut-être n'aurait pu se servir; puis le fameux lithotome, qui des mains du frère Côme avaient passé dans les siennes : c'étaient là ses armes de prédilection et comme de vieux serviteurs dont il ne voulait pas se séparer.

Disons enfin que, pour que M. Boyer se décidât à pratiquer une opération grave, il fallait qu'elle fût non-seulement parfaitement indiquée, mais reconnue indispensable; et comme il n'avait jamais donné dans l'intempérance opératoire de la plupart des jeunes chirurgiens, il n'avait pas eu à se modérer avec les années.

Ici se termine, messieurs, ce que j'avais à dire aussi bien sur la pratique chirurgicale de M. Boyer que sur son enseignement; j'arrive maintenant à des travaux d'un autre ordre.

M. Boyer était déjà d'un âge assez avancé qu'il n'avait encore rien publié d'important en chirurgie; sauf le mémoire sur les aiguilles, lorsque, vers la fin de 1811, il entreprit de réunir en un corps de doctrine les résultats de toutes ses études et de sa longue expérience, de rédiger enfin ce grand ouvrage qui devait mettre le comble à sa réputation.

Les cinq premiers volumes parurent en 1814; M. Boyer avait atteint sa cinquante-septième année quand il se décida à livrer ainsi à l'impression ces immenses matériaux qui depuis si longtemps faisaient la base de ses cours de pathologie externe, de médecine opératoire et de clinique chirurgicale. Il fit tout le contraire de ce qui se passe souvent de nos jours où de jeunes chirurgiens, à peine sortis des écoles, débutent, pour se répandre dans le monde, par la publication d'un *Traité complet*.

Lorsque M. Boyer publia les premiers volumes de ce vaste *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, on ne possédait rien de semblable dans la science. Pour trouver des traités un peu considérables, il fallait remonter au seizième et au dix-septième siècle : c'était la *Grande chirurgie* de Guy de Chauliac et les *OEuvres* d'Ambroise Paré; puis venaient des travaux dus à des étrangers : les *OEuvres* de Fabrice d'Aquapendente, les *Institutions* de Heister et l'ouvrage de Benjamin Bell; ou bien des généralités, tels que les *Opuscules et les discussions chirurgicales* de Haller, et les *Aphorismes* de Boerhaave.

En France, des hommes d'un grand mérite avaient publié quelques traités réputés classiques, mais c'étaient des publications incomplètes ou très abrégées; les trois volumes de J.-L. Petit étaient devenus insuffisants et à plus forte raison celui de Hévin. Chopart et Desault n'avaient guère donné que des essais; restait la *Pathologie* de Lassus et la *Nosographie* de Richerand, mais la première ne tirait son mérite que de l'érudition de l'auteur; la seconde, excellente pour la forme, laissait beaucoup à désirer pour le fond.

C'était là une très regrettable lacune qui aurait pu décourager les plus hardis, mais qui n'était pas au-dessus des forces de M. Boyer.

M. Boyer pensait donner une idée suffisante de son grand ouvrage en disant qu'il n'avait eu d'autre but en le publiant que de dispenser les élèves de l'obligation d'aller puiser dans un grand nombre d'ouvrages des connaissances faciles à acquérir quand on les trouve dans un seul traité. Ajoutant qu'il n'avait pas la prétention de donner une chirurgie nouvelle; qu'ayant trouvé cette science toute faite, il la donnait telle que ses devanciers la lui avaient livrée.

M. Boyer faisait preuve de modestie; mais on va voir qu'il accordait trop au passé, pas assez au présent et qu'il ne laissait presque rien à l'avenir.

Sans doute la chirurgie est une science définitivement constituée, et elle a cet immense avantage sur la médecine que personne n'oserait s'arroger la prétention d'en changer les fondements et de la mettre en question; comme ensemble de faits, de notions et de règles, elle se soutient par sa propre masse, *mole suâ stat;* elle est à l'abri des révolutions si fréquentes en médecine, et ce n'est pas dans ses écoles qu'on verrait un praticien, suivi d'un petit groupe d'élèves, déclarer qu'il va mettre à néant tous les travaux de ses prédécesseurs, que jusqu'à lui personne n'a su ni observer ni raisonner et qu'il va refaire la science! Mais M. Boyer allait certainement trop loin quand il disait que c'était à peine s'il restait à faire quelque chose en chirurgie, que cette science était à peu près arrivée à son plus haut degré de perfection, que tout était découvert, inventé, connu : causes des maladies, nature, signes, traitements, opérations, appareils, instruments, etc., et cela grâce aux travaux de l'Académie royale de chirurgie et à ceux des hommes qui avaient formé cette célèbre Société.

C'est que c'était là sa grande, sa seule école à lui-même, école à jamais célèbre, qui n'avait été en effet composée que de maîtres et qui avait eu pour auditoire le monde savant tout entier; c'étaient là de nobles souvenirs dont M. Boyer était plein; aussi n'a-t-il eu d'autre ambition que de suivre de loin ce brillant cortége si glorieusement inauguré par Maréchal, J.-L. Petit et Lapeyronie; son livre tout entier semble avoir été composé pour glorifier ces hommes illustres. C'est comme un vaste théâtre où nous les voyons successivement figurer; c'est Ledran et Foubert qui inventent la taille latérale proprement dite; c'est Daviel qui le premier sait extraire le cristallin et dilater le canal nasal; c'est Goursault et Pipelet qui jettent de si vives lumières sur le traitement des hernies étranglées; c'est Morand et Lafaye qui les premiers pratiquent avec sûreté l'amputation des membres dans les articles; c'est Chopart à jamais célèbre par son ingénieuse amputation partielle du pied; c'est Desault qui, en même temps que Hunter, a l'heureuse idée de pratiquer la ligature des artères au-dessus des tumeurs anévrismales.

Et tant d'autres grands chirurgiens dont il faut que je renonce à énumérer ici les travaux : Bordenave, Lamartinière, Pibrac, Hévin, Brasdor, et leur interprète à tous, le savant, le laborieux, l'éloquent, l'impartial Louis, qui semble couronner ce glorieux édifice!

C'était là, je le répète, la grande et unique école à laquelle M. Boyer se faisait honneur d'appartenir, et dont il a été le judicieux, le savant, l'incomparable répétiteur.

Aussi son livre n'est pas une de ces compositions que leurs auteurs enfantent avec une sorte de verve et avec amour : c'est le produit d'un travail de longue haleine, d'un travail opiniâtre, parfois pénible; composé après les labeurs de chaque jour, il a été plus d'une fois pour l'auteur une source d'ennuis et de regrets; mais, l'ayant commencé sur cette vaste échelle, M. Boyer a voulu le terminer, et il l'a fait avec honheur.

Avec bonheur, dis-je, car à lui seul appartenait de compléter ces onze volumes et de mettre la dernière main à ce grand édifice.

Que si maintenant, messieurs, j'avais à caractériser ce bel ouvrage dans son ensemble, empruntant à M. Roux une pittoresque comparaison, je dirais volontiers qu'il ressemble à certains monuments grandioses des arts qui semblent inachevés parce qu'ils sont dépouillés d'ornements, et qui n'en frappent pas moins par leurs belles lignes architecturales et par leur noble simplicité. Mais les livres, messieurs, ont aussi leurs destins! Fasse le ciel que des mains téméraires ne viennent pas un jour altérer cette noble simplicité en essayant d'élever d'informes constructions sur ces assises éternelles!

Je n'oublierai jamais l'impression que fit M. Boyer sur moi la première fois que je me trouvai en sa présence.

Je sortais de l'Hôtel-Dieu, où j'avais vu un chef de service grave, silencieux, d'une belle et noble figure, mais l'air froid et dédaigneux; il portait un habit vert boutonné, une cravate noire, un chapeau enfoncé sur les yeux. La foule muette qui entourait chaque lit se rangeait devant lui avec une sorte de crainte respectueuse : c'était Dupuytren alors à l'apogée de sa réputation.

A la Charité, c'était un tout autre spectacle : un homme assez avancé en âge, couvert d'une redingote d'une nuance passée, un mouchoir de couleur roulé autour du cou, les mains derrière le dos, semblait se promener avec quelques élèves de lit en lit; il était de taille moyenne, d'une physionomie douce et affable, mais peu distinguée; le dos bon et rond, suivant l'expression de Diderot; la tête dans les épaules, un peu inclinée sur la poitrine; les yeux petits, mais vifs, spirituels et regardant les nouveaux venus avec un mélange de curiosité et de malice : c'était M. Boyer, qui n'avait encore rien perdu, sinon de son habileté, du moins de sa sagacité chirurgicale.

Après la visite des malades et avant d'entrer dans l'amphithéâtre, il allait chaque jour s'asseoir sur une table de chêne à l'extrémité de la salle, et là, les jambes pendantes et les mains croisées sur son tablier, entouré d'un petit groupe d'élèves curieux d'entendre ce Nestor de la chirurgie, il se livrait à de bonnes causeries sur un ton familier avec un entrain et une verve inexprimable. Celui qui n'a pas vu M. Boyer dans ses moments d'intimité et d'abandon ne l'a pas connu. C'était son coin du feu à lui, et tous ses élèves étaient ses enfants; il y en avait un ordinairement qui était le point de mire de ses plaisanteries, surtout s'il arrivait d'une province qui y prêtait.

Les examens à l'Ecole étaient encore pour M. Boyer une occasion de montrer toute cette bonhomie aiguisée de malice : il est vrai que l'acte probatoire n'était guère probant, mais il comptait sur ses collègues. C'étaient, comme à l'hôpital, des récits pleins de rondeur, de causticité et de bon sens. Comme il avait vu de près la plupart des grandes célébrités contemporaines, il était intarissable en ses anecdotes, ou plutôt en ses contes qu'il assaisonnait non pas précisément de sel attique, mais de sel gaulois bien gros et bien piquant. C'était dans ces occasions qu'il faisait ses professions de foi en toute matière, même en ce qui concernait la science. Il croyait peu à la médecine, et il s'appuyait de l'autorité de M. Corvisart, qui, disait-il, n'y croyait pas plus qu'il ne faut y croire.

J'ai dit que dans ses écrits, qui tous ont été sérieux, il n'avait pas tenu tout à fait assez compte des heureuses innovations de son siècle. Quand il était assis au milieu de son petit groupe d'élèves, il y mettait bien moins de façons et de réserve : c'étaient des railleries interminables sur les nouvelles conquêtes chirurgicales dont on faisait tant de bruit. Il en était une réelle et grande par-dessus toutes, qui l'avait d'abord trouvé très incrédule et très irrévérentieux, mais à laquelle son bon sens avait fini par le rattacher entièrement, je veux parler de la *lithotritie*. La première fois qu'on en fit l'essai devant lui, il dit d'un ton un peu goguenard à M. Le Roy-d'Etiolles qui manœuvrait sous ses yeux avec une grande prestesse : « Monsieur, je vois bien la queue de la poêle, mais je » ne vois pas ce que vous faites frire! » Paroles un peu triviales si l'on veut, mais qui exprimaient parfaitement et les hasards d'une opération faite un peu en aveugle et l'impression qu'elle faisait sur lui.

Une autre opération plus délicate encore, mais qui n'a pas la même gravité, la *staphylorapbie*, ne trouva pas d'abord non plus en lui un grand admirateur; il finit aussi par s'y rendre et en reconnaître tout le mérite; mais la première fois qu'on lui présenta un malade dont le voile du palais avait été ainsi réuni, il se contenta de lui dire d'un air un peu narquois : « Eh bien, monsieur, » vous allez devenir un grand orateur! »

Mais, je le répète, M. Boyer avait fini par rendre pleine et entière justice aux travaux de ses contemporains, par accueillir et préconiser tout ce qui s'était fait d'avantageux en chirurgie. Je reviens aux habitudes de sa vie privée. Voici quel était l'ordre invariable de ses journées.

Il se levait régulièrement à cinq heures du matin en été et à six en hiver; une heure après, il était à l'hôpital; de neuf à dix heures, il rentrait chez lui, se faisait coiffer, mettait une culotte courte, des bas de soie noire, des souliers pointus et donnait ses consultations jusqu'à midi; il faisait alors un très frugal repas; puis à une heure, s'il était d'acte, il allait à l'Ecole; dans le cas contraire, il montait en voiture et allait visiter ses malades de la ville; sa tenue était excellente; il portait un costume simple et sévère qui annonçait une grande aisance; sa conversation auprès des malades était modérément enjouée; il les encourageait, et savait arrêter ses visites dès qu'elles n'étaient plus absolument nécessaires.

Rentré chez lui vers six heures, il se mettait à table et en sortait à sept pour se retirer dans son cabinet; c'était pour travailler à son grand ouvrage : il en a dicté presque tous les chapitres tout en fumant sa pipe et en buvant quelques verres de bière.

Il écrivait cependant et composait avec une grande facilité, car il lui est arrivé plus d'une fois de laisser une phrase inachevée, de sortir, et à son retour de reprendre la plume pour terminer son paragraphe, comme si rien n'avait interrompu le cours de ses idées. A dix heures et demie, il se couchait dans un lit aussi large que long et qui lui fut toujours commun avec Mme Boyer, et le lendemain il recommençait exactement le même genre de vie.

M. Boyer n'allait jamais dans le monde; il est douteux qu'il ait été deux fois en sa vie au spectacle; il racontait seulement que, lors d'un voyage à Bruxelles, un soir, n'ayant rien de mieux à faire, il avait conduit son fils à la comédie : aussi était-ce un événement.

Mais par cela même qu'il était toujours demeuré étranger au monde, il n'avait jamais attaché le moindre prix à ces distinctions, à ces titres et à ces honneurs qui font la joie et le désespoir de tant de gens.

Les événements ont prouvé, messieurs, que ce n'était ni par vanité ni par esprit de dénigrement qu'il semblait ainsi fouler ce vain luxe de titres, d'honneurs et de fortune. Le jour de l'abdication de l'Empereur, ceci est historique, il dit à M. Hervez de Chégoin : « Je perds aujourd'hui ma dotation, 25,000 fr. de traitement et en » même temps ma place de premier chirurgien de l'Empereur : j'ai » cinq chevaux, j'en vendrai trois, je garderai la voiture qui ne me » coûte rien, je lirai ce soir un chapitre de Sénèque et je n'y pen» serai plus. »

Voilà un des côtés du caractère de M. Boyer; je vais en faire connaître d'autres non moins respectables.

J'ai dit que, connaissant le prix de l'argent, il avait pu paraître un peu âpre au gain et d'une économie un peu sordide; je l'ai montré faisant lui-même la collecte pour ses cours, et j'aurais pu ajouter que plus tard il s'était fait le vendeur de son grand ouvrage de chirurgie; mais tout cela tenait à ses principes de rigide probité; ce qu'il exigeait des autres, il aurait trouvé juste et naturel qu'on l'exigeât de lui-même, et là où il fallait être généreux et libéral, il l'était.

Mme Boyer, issue de parents plus pauvres encore que ceux dont était sorti son mari, n'aimait pas autant que lui à parler de ses commencements, mais jamais non plus elle n'oublia sa famille; et de même que M. Boyer, à son retour d'Espagne, était allé visiter les siens dans sa petite ville d'Uzerches, de même Mme Boyer fit, de son côté, un voyage à Amiens, sa ville natale, et descendit dans les bas quartiers pour y combler de bienfaits quelques pauvres parents.

Le seul chagrin que Mme Boyer ait causé à son mari, mais profond et irrémédiable, ce fut le jour où elle lui fut enlevée, c'est-à-dire le 15 mars 1832. Depuis lors, M. Boyer ne traîna plus qu'une existence triste et décolorée; à l'hôpital, au milieu des élèves, il semblait encore retrouver quelques éclairs de gaieté, mais hors de là il était taciturne, sombre, lourd et mélancolique; rien désormais ne l'attachait à la vie; il avait abandonné sa maison de campagne de Vincennes. Qu'irai-je y faire? disait-il, Mme Boyer n'y est plus! Il ne voulait plus même se faire faire d'habit, et s'il sortait, ce n'était guère que pour aller au cimetière de l'Est visiter la tombe de cette épouse tant regrettée. Seulement il continuait de se livrer, et plus encore peut-être que par le passé, à des actes de bienfaisance qu'on a trop peu connus; car loin d'en faire étalage, il prenait grand soin de les cacher.

Il y mettait un mélange de délicatesse, de bonhomie et d'originalité qui tenait à son caractère.

Ainsi, dans les salles de son hôpital, où il y avait tant de maux à guérir et tant de misères à soulager, M. Boyer, après les secours de son art, distribuait de nombreuses aumônes; mais pour cela il attendait que les élèves et les gens de service fussent éloignés, et alors, se glissant entre les lits, il allait interroger les malades qui étaient sur le point de sortir, il leur demandait ce qu'ils comptaient faire, quelles étaient leurs ressources, leurs moyens d'existence. On l'entendit un jour dire à une pauvre femme qui allait quitter l'hôpital : « Ma bonne femme, voulez-vous me rendre un petit service? » — Comment donc, monsieur Boyer, mais de tout mon cœur! — » Eh bien, lui dit-il en lui glissant dans la main une belle pièce » de cinq francs, faites-moi le plaisir de passer pour moi ce vieil » écu rogné! » D'autres fois, s'adressant à de pauvres ouvriers, il donnait à celui-ci de quoi acheter un outil dont il avait besoin, à cet autre de quoi s'assurer un petit logement, mais toujours après de nombreuses questions, et toujours pour bien placer ses aumônes.

Mais depuis longtemps la santé de M. Boyer s'affaiblissait. En 1833, le 16 novembre, après sa visite à la Charité, il éprouva un malaise général et quelques frissons; il fit néanmoins comme de coutume, et avec beaucoup de lucidité sa leçon de clinique chirurgicale; il donna même quelques consultations aux malades du dehors, mais rentré chez lui, il ressentit de vives douleurs lombaires qui l'obligèrent de se mettre au lit. Il espérait en être quitte pour une première attaque de colique néphrétique; mais au lieu de se borner à une simple expectation, M. Boyer se fit faire une très forte application de sangsues; il en résulta une grande perte de sang, et presque aussitôt il tomba dans un état de prostration dont il ne fut plus possible de le relever.

L'adynamie fit de rapides progrès, et malgré les soins éclairés de son ami M. Lherminier, son collègue à l'hôpital de la Charité, il succomba le 25 novembre, à l'âge de soixante-seize ans et demi.

Jusque dans l'expression de ses dernières volontés, M. Boyer s'est montré ce qu'il avait été toute sa vie, un homme simple, modeste, ennemi du faste et de l'ostentation. « Je veux, a-t-il dit dans un » testament en date du 13 avril 1832, au moment où le choléra » sévissait avec le plus de fureur, je veux que mes funérailles soient » faites de la manière la plus simple et la moins coûteuse, et qu'il » ne soit prononcé aucun discours par qui que ce soit. »

M. Boyer a été obéi, et personne n'est venu arrêter son cercueil sur le bord d'une tombe pour y exhaler des douleurs réelles et profondes, sans doute, mais qu'il était mieux d'épancher en famille ou dans le sein d'un ami.

Les corps savants eux-mêmes ont attendu que M. Boyer fût pleinement entré dans la postérité avant de porter un jugement sur sa personne et sur ses travaux. Vingt années s'étaient écoulées quand l'initiative d'éloges si bien mérités a été prise par la Faculté, et malgré les périls d'une inévitable comparaison, j'ai dû, messieurs, répondre à votre impatience et vous associer à ces hommages.

Puissent les paroles que je viens de prononcer ne point paraître trop indignes de cette grande mémoire et de l'assemblée qui m'a fait l'honneur de m'entendre!!

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 décembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

De la pendactylie chez les animaux domestiques.

M. A. Goubaux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, adresse un mémoire intitulé : *Pendactylie chez les animaux domestiques.*

L'auteur s'est proposé de prouver dans ce travail :

1° Que les os du carpe et ceux du tarse ne sont pas au nombre de dix chez les animaux domestiques, ainsi que MM. Joly et A. Lavocat l'ont admis en principe;

2° Que le nombre des doigts n'est pas en rapport numérique exact avec le nombre des os de la rangée inférieure du carpe ou du tarse;

3° Enfin que la châtaigne ne peut pas être considérée comme le rudiment du pouce; que le métacarpien principal ne se développe pas par deux moitiés latérales chez le cheval comme chez le bœuf, et que des os qui existent accidentellement sur le contour postérieur de la rangée inférieure du carpe sont véritablement les rudiments du 1er et du 3e doigts.

Conservation des champignons.

M. Maurin (François), ex-chirurgien de la marine, soumet à l'examen de l'Académie un procédé pour la conservation des champignons, même les plus fragiles.

Ce procédé consiste à tremper le champignon dans du collodion, ou mieux encore dans une solution de gutta-percha, dans le chloroforme.

Quelques instants suffisent pour donner à ces acotylédons la consistance nécessaire pour les transporter. Cependant une deuxième et troisième couches sont quelquefois utiles pour les rendre indestructibles par l'air et l'humidité.

Quant on veut étudier l'intérieur du végétal, on le lave dans l'éther ou le chloroforme.

Le même procédé peut s'appliquer aux fruits et aux semences délicates qui, enduits comme il est dit ci-dessus, peuvent se transporter et conserver longtemps leur propriété.

Chronique et nouvelles.

Nous recevons de notre honorable confrère M. Demarquay la lettre suivante, que notre impartialité nous fait un devoir de publier :

Monsieur le Rédacteur,

Un journal dont j'ignorais l'existence il y a trois jours a annoncé mon cours d'anatomie dans un article intitulé : *Emploi de la journée*. Ce journal ayant été colporté auprès de plusieurs de mes confrères et de mes maîtres dans des intentions qu'il n'est que trop facile de deviner, j'ai cru me devoir à moi-même de détruire les effets d'une telle propagande. Je me suis donc rendu auprès du Rédacteur en chef dudit journal, et voici la lettre qu'il s'est empressé de m'écrire :

» *A monsieur le* Dr Demarquay.

» Paris, le 16 décembre 1852.

» Monsieur,

» Je ne vous connaissais absolument que de nom; il est très » vrai que vous ne m'avez demandé aucune réclame. J'ai fait an» noncer votre cours comme je fais annoncer tous les cours de la » Bibliothèque, de la Sorbonne, du Collége de France, du Jardin » des Plantes, etc., dans l'*Emploi de la journée* qui est en tête du » journal *Paris*, et je suis désolé que ce fait, qui n'a rien que de » naturel, ait pu recevoir une interprétation fâcheuse.

» Recevez, monsieur, l'assurance de ma considération.

» Cte de Villedeuil. »

J'aime à croire que ces lignes édifieront complétement mes confrères au sujet d'une réclame qui ne pouvait m'être d'aucune utilité, mais qui pouvait, en revanche, me causer un grand préjudice.

Veuillez agréer, etc. Demarquay.

Bulletin bibliographique.

Histoire et statistique de l'Académie nationale de médecine, par le docteur Félix Roubaud. — Ce travail, que nous avons publié dans nos colonnes et qui a valu à l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* l'honneur d'une souscription de la part de l'Académie de médecine, vient d'être réuni en brochure au prix de 75 centimes. — Chez J.-B. Baillière et aux bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*.

Exposition de la doctrine des impondérables, ou Nouveaux principes de médecine transcendante et analytique. Cet ouvrage a pour but : 1° de fonder l'*impondéralisme;* 2° de démontrer sa prééminence sur le *vitalisme*, sur l'*humorisme* et sur le *solidisme*, pour expliquer la *théorie* et la pratique de la médecine, par le docteur Christophe (de Toul). — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Chez G. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sourd,
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 149. — MARDI 21 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 149. — MARDI 21 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

L'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE *par M. le docteur F. Roubaud pouvant être considéré, grâce aux travaux statistiques dont il est enrichi cette année, comme un livre en quelque sorte officiel, et par cela même d'une utilité journalière pour un grand nombre de nos confrères, nous nous sommes décidé à acquérir une partie de l'édition de* 1853.

En conséquence, tout abonné ancien ou nouveau qui nous fera parvenir sans frais, *c'est-à-dire en un mandat sur la poste, ou en une traite sur Paris, le prix de son abonnement (annuel ou sémestriel, à son choix), en ajoutant* 2 *francs seulement au prix de cet abonnement, aura droit à un exemplaire dudit* ANNUAIRE *pour* 1853. — *Les abonnés qui voudraient recevoir cet* ANNUAIRE *par la poste devraient ajouter* 1 *franc pour les frais de port.*

SOMMAIRE. — HÔPITAL MILITAIRE DU ROULE (M. Abeille). Des injections iodées dans le traitement de l'ascite — HÔPITAL NECKER (M. Aran). Pyélite sub aiguë. Traitement antiphlogistique au début. Teinture de cantharides à l'intérieur. Guérison. — Congrès scientifique de France (19e session), par M. V. Bally. — Société de chirurgie, séance du 8 décembre. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE. — M. ABEILLE.

Des injections iodées dans le traitement de l'ascite.

Les injections iodées portées dans la cavité péritonéale comme moyen curatif de l'ascite ont trouvé une sympathie remarquable à Lyon ou plutôt dans la personne de quelques-uns de nos distingués confrères de cette ville, tandis qu'à Paris elles ont suscité peu d'entraînement ; il y a plus, elles y ont même réveillé des craintes fondées à plus d'un titre. L'auteur du *Traité de pathologie interne* le plus moderne et le plus en faveur, notre ami M. Grisolle, ne craint pas d'avancer dans son livre que cette méthode est irrationnelle et incendiaire, ce qui constitue un jugement un peu sévère, mais non sans appel.

Nous ne serions peut-être entré dans aucun détail au sujet de cette question remise récemment à l'ordre du jour par plusieurs observations authentiques insérées dans la *Gazette des Hôpitaux* et par quelques réflexions pleines de sens dont le rédacteur de ce journal a fait suivre trois d'entre elles, si, d'autre part, M. Gromier, de Lyon, dans un article publié dans la *Gazette médicale* de cette ville, ne nous avait fait un reproche d'avoir mal apprécié, dans notre *Traité des hydropisies*, cette nouvelle et importante innovation.

M. Gromier dit, en effet, dans cet article : « Lorsqu'en 1850 M. Boinet présenta à la Société de chirurgie une observation détaillée d'ascite guérie par les injections iodées, elle ne fut pas accueillie avec beaucoup de faveur, ce que nous comprenons difficilement, en réfléchissant à l'innocuité du moyen, lors même qu'il ne réussit pas. Ce que nous comprenons plus difficilement encore, c'est l'appréciation qu'en fait M. Abeille dans un ouvrage que nous estimons beaucoup et qui respire d'un bout à l'autre l'idée incontestable du progrès. »

A la page 276 de notre *Traité des hydropisies*, après avoir cité les conclusions de la discussion de la Société de chirurgie sur les injections iodées dans l'ascite, conclusions qui déclarent qu'il faut être appuyé sur des faits nombreux et positifs pour résoudre la question, et qu'en attendant il faut être réservé et circonspect dans de pareils essais, nous ajoutons : « Nous souscrivons pleinement aux conclusions de cette Société, et nous déclarons que ce n'est que dans quelques cas très exceptionnels qu'on peut recourir à ce moyen : les cas d'ascite rebelle par péritonite chronique ou latente, mais sans complication de tubercules ou autres produits dégénérés, nous paraissent seuls susceptibles de supporter de pareils essais. » Telle était, quand nous écrivions notre Traité, l'opinion que nous formulions en faveur de la nouvelle méthode, et cette opinion a paru surprenante à l'habile médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous ne voulons rien pallier du reproche que nous adresse notre savant confrère, nous serions même heureux que les faits vinssent à prouver que nous sommes resté en dehors de ce que démontre une rigoureuse expérimentation clinique.

Les treize observations laborieusement racontées par notre confrère de Paris, M. Boinet, dans son mémoire inséré en novembre 1851 dans la *Gazette médicale* ont été appréciées par chacun. Elles sont loin d'être convaincantes pour nous ; nous dirons même que, après les avoir mûrement soumises au creuset de la clinique expérimentale, il n'en est qu'une ou deux au plus qui nous aient offert toutes les garanties de certitude que la teinture d'iode avait été portée dans la cavité du péritoine.

MM. Teissier et Gromier, de Lyon, ont opéré en peu de temps huit malades ascitiques par les injections d'iode. Ces confrères prétendent qu'en raison de conditions particulières au climat on rencontre à Lyon beaucoup plus d'ascites essentielles qu'à Paris, et c'est à cette circonstance qu'ils doivent d'avoir l'occasion d'opérer plus fréquemment. Nous craignons bien que ce ne soit là qu'une pure et simple illusion, car, autant par les faits que par les théories, nous avons été contraint de conclure que l'ascite, comme toute autre hydropisie, est excessivement rare en tant qu'essentielle, sinon une pure fiction. Et, du reste, comment ne serions-nous pas autorisé à voir une illusion de la part de ces confrères, quand, par exemple, M. Teissier taxe d'ascite essentielle celle de la deuxième observation ayant trait à Jeanne-Marie Poirieux, et qui fournit à la ponction un liquide onctueux, albumineux, couleur de café ? La nature seule de ce liquide exclut l'idée de toute essentialité et laisse entrevoir le genre d'altération pathologique d'où l'ascite découle ; mais peu importe quant à l'essentialité ou la non-essentialité, si les faits sont précis et concluants.

Qu'on nous permette de les examiner un court instant pour montrer sous son vrai jour la nature et l'innocuité des injections d'iode en pareil cas, et pour faire éviter un funeste engouement dont quelques jeunes confrères pourraient avoir à se repentir.

Et d'abord, est-il bien certain que, dans tous ces cas, il se soit agi d'ascite ou épanchement séreux dans la cavité proprement dite du péritoine ? car là est le point culminant pour démontrer la nocuité ou l'innocuité des injections iodées.

Nous avons lu et relu avec attention les cinq observations insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*, savoir, trois le 9, et deux le 12 octobre dernier. Or, dans aucune de ces observations le diagnostic différentiel n'a été donné ; nous dirions même volontiers que, dans aucune d'elles, on n'a mentionné le seul signe qui prouve que le liquide est véritablement épanché dans la cavité péritonéale au lieu d'être contenu dans une poche kystique, et cela en vaut parfaitement la peine quand il s'agit d'injections iodées.

Ce n'est pas que nous mettions un seul instant en doute l'exactitude du diagnostic de nos confrères ; mais, pour l'édification des auteurs, cela aurait dû être.

Eh, mon Dieu ! des médecins de premier ordre se sont souvent mépris ; nous pourrions citer l'exemple de M. Martin-Solon, qui, croyant pratiquer la ponction dans une ascite, enfonçait trois fois le trocart dans un kyste multiloculaire gélatineux de l'ovaire, et n'obtenait qu'une seule cuillerée de liquide à la troisième ponction. Nous aurons, du reste, à citer tout à l'heure un exemple où tous les médecins qui avaient vu le malade avaient diagnostiqué une ascite, quoiqu'il y eût en réalité un épanchement parfaitement enkysté. Il n'est pas indifférent de porter la teinture sur une séreuse naturelle ou sur une membrane accidentelle qui jouit infiniment moins de sensibilité. Pour prouver que notre assertion au sujet du diagnostic dans les observations dont il s'agit n'est point gratuite, nous allons citer tout ce qui le concerne dans les cinq cas rapportés par la *Gazette des Hôpitaux*.

Voici trois premiers faits appartenant à M. Teissier :

OBS. I. — Antoinette Roche en est le sujet. Voici ce que l'on trouve au diagnostic : l'ascite est évidente ; le ventre est très gros, tendu, mat, ondulant ; il mesure en circonférence 91 centimètres, et du pubis à l'appendice xyphoïde 40 centim.

Et plus bas : on ne sent aucune tumeur ; on présume que l'ascite est essentielle. C'est M. Colrat, qui remplaçait alors M. Teissier, qui portait ce diagnostic.

Le 8 juillet, M. Teissier voyait la malade depuis plusieurs jours. Le ventre, dit-il, a continué à se développer en largeur.

Y a-t-il là, nous le demandons, le moindre signe qui puisse différencier l'ascite d'un kyste ou épanchement enkysté ?

OBS. II. — Jeanne-Marie Poirieux. Diagnostic : ascite datant de dix-huit mois. Le ventre, dont la peau est luisante et sillonnée de cordons bleus formés par les veines, présente une résistance, une matité sensible. L'ondulation est des plus évidentes : l'abdomen a 105 centimètres de circonférence et 43 du pubis au sternum. Cette ascite, que tout porte à croire essentielle, etc.

Dans cette observation, il n'y a encore rien qui puisse porter le lecteur à croire qu'on a eu affaire plutôt à une ascite qu'à un kyste.

OBS. III. — Jeanne-Françoise Thallon. Ascite ayant débuté depuis un an dans les quatre derniers mois de la grossesse.

Le 12 juin 1852, visite de M. Teissier. Diagnostic : abdomen développé, tendu, mat, ondulant ; peau luisante, sillonnée par les veines ; douleurs vives, continues aux lombes, parfois à l'hypogastre. Rien au cœur ni dans les poumons ; absence des règles depuis la grossesse ; ponction il y a trois mois.

Le lecteur ne peut être sûr, d'après ce diagnostic, qu'il se soit réellement agi d'une ascite.

Dans la première des deux observations de M. Gromier, (*Gazette des Hôpitaux* du 12 octobre), il n'y a pas non plus de diagnostic précis.

Dans la seconde, une première opération de paracentèse a donné lieu à un écoulement de liquide qui s'est bientôt arrêté, et cette circonstance a fait croire au médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon qu'il s'agissait d'une ascite à plusieurs poches. Or une ascite à plusieurs poches n'est ni plus ni moins qu'un épanchement enkysté.

Dans aucun de ces cinq cas, le diagnostic n'a pu porter la conviction dans l'esprit du lecteur sérieux sur l'existence de vraies ascites, et nous plus que tout autre, quoique connaissant toute l'habileté des confrères qui les ont produits, n'avons pu être édifié par ce simple exposé. Si nous ajoutons que dans tous les cas, excepté un, le liquide injecté a pu être retiré à volonté, tandis que d'après notre expérience le liquide indiqué porté dans la cavité péritonéale ne pourrait plus en sortir par suite de sa migration entre les circonvolutions intestinales, qui, violemment excitées, se pelotonnent en se contractant et se placent au-devant de l'ouverture artificielle, on peut à plus d'un titre rester dans le doute sur la nature et la disposition de la poche qui a reçu l'injection dans chaque cas.

Dire que les injections iodées portées dans la cavité péritonéale sont tout à fait inoffensives, c'est peut-être avancer une erreur. Si dans les treize observations rapportées par M. Boinet dans son mémoire il n'y a pas eu de décès, il reste patent qu'il est survenu des accidents qui ont suscité pendant un temps les plus vives inquiétudes, dans deux au moins.

Dans les huit nouveaux cas opérés par MM. Gromier et Teissier, de Lyon, il y a une mort que l'opérateur lui-même attribue aux injections. Ceci est sérieux et commande la réserve.

Pour notre propre compte, depuis que la question des injections iodées est agitée, nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'ascite qui nous ait paru mériter l'application de cette méthode au milieu du grand nombre qui nous est passé par les mains.

C'est dans la clientèle civile et au milieu d'un public tout disposé à la critique que nous avons opéré. Le résultat a confirmé nos craintes et sur les accidents que peut susciter ce mode de traitement et sur son inefficacité en dehors des circonstances que nous avons précisées dans notre traité.

Relatons cette observation, qui peut éclairer la pratique.

Ascite rebelle. Traitement par les injections iodées.

OBS. IV. — M. Durazzo, fils d'une des premières familles de Fozzano (Corse), vint nous consulter à Ajaccio, en octobre 1851, pour une ascite dont il ne pouvait préciser l'origine, mais qui s'était assez rapidement accrue depuis un mois.

M. Durazzo était âgé de trente-deux ans, d'une taille élevée, à larges épaules ; il passait avant sa maladie pour doué d'une des plus robustes constitutions.

L'ascite était apparue primitivement seule ; dans les derniers jours, les extrémités inférieures s'étaient infiltrées à la suite de la très grande ampliation du ventre.

Comme commémoratif, le malade nous raconta qu'il avait été atteint de fièvres paludéennes deux ans auparavant et qu'il les avait gardées longtemps. Cependant il s'était remis de l'atteinte portée à son organisme. Chasseur intrépide, il avait l'habitude de braver tous les temps, et plus d'une fois il lui était arrivé de rentrer chez lui tout mouillé et sans avoir la précaution de changer de linge. Son habitation, mal exposée, était froide et humide. Homme sobre et sévère de mœurs, il n'avait à se reprocher aucun excès.

Deux mois avant qu'il s'aperçût du développement de son ventre, il avait éprouvé des douleurs sourdes mais tenaces à la région des reins. Les médecins de son pays lui avaient pratiqué plusieurs saignées générales et locales à ce sujet, et il portait encore les traces de deux vésicatoires.

La dernière partie de sa narration nous fit supposer qu'une néphrite albumineuse aiguë pourrait bien être la cause de l'ascite. Cependant, en ces cas, c'est l'anasarque qui procède d'emblée, et l'ascite n'est que concomitante. Mais le sang étant suffisamment dépouillé de son albumine et apte à laisser transsuder son sérum, il pouvait bien se faire qu'une hypérémie péritonéale [illegible] miné de prime abord à la surface de cette séreuse l'exha[illegible] se serait opérée sur toutes les séreuses à la fois sans cet[illegible] tance.

Quoi qu'il en soit, le ventre avait un développement [illegible] dérable (105 centimètres en circonférence, 47 de l'app[illegible] phoïde au pubis). Les cuisses et les jambes étaient forte[illegible] trées, ainsi que la peau du dartos.

Couché horizontalement sur le dos, le malade présen[illegible] portion abdominale un demi-ovoïde, dont la partie la pl[illegible] était à l'ombilic. Les parois abdominales offraient u[illegible]

sensibilité à la pression. Il y avait matité à la percussion sur tous les points déclives jusqu'à quelques centimètres de l'ombilic, où le son était tympanique, ainsi que dans toute la région épigastrique et partie des deux hypocondres : preuve évidente que les intestins flottaient au-dessus du liquide.

En faisant coucher le malade sur un côté, le son tympanique gagnait la partie proéminente du flanc et de l'hypocondre opposés, et la matité s'étendait de là à tout le restant de l'abdomen. La fluctuation était manifeste partout. Nous avions bien affaire à une ascite.

Les urines, traitées par l'acide azotique et une chaleur de 100 degrés, donnaient un léger précipité albumineux un peu rougeâtre. Pendant trois jours de suite le même précipité fut obtenu. L'appétit était conservé, la constitution générale assez bonne et le pouls sans fréquence notable.

Nous persistâmes dans l'idée que la couche primordiale de l'ascite était la néphrite albumineuse aiguë, et qu'une hypérémie du péritoine avait suscité l'épanchement dans la cavité formée par cette séreuse.

Une consultation de confrères fut provoquée. L'ascite et l'albuminurie furent constatée, et le traitement institué par moi fut approuvé.

Deux jours après, nous évacuions huit à neuf litres de sérosité citrine et fortement albumineuse ; c'était le moyen de donner au traitement institué toute sa puissance d'action.

Le lendemain de la ponction, les urines cessaient de précipiter de l'albumine, et depuis ce moment nous n'avons plus obtenu de précipitation pendant les sept mois que nous avons traité notre malade.

Les exutoires sur les reins, les bains de vapeur, y compris des frictions irritantes à la peau avec les teintures de scille et de digitale, firent d'abord tous les frais de notre médication.

L'épanchement se reproduisit avec une grande activité ; quinze jours avaient suffi pour que le ventre acquît encore 92 centimètres de circonférence.

Le traitement par la gomme-gutte à doses croissantes fut alors mis en usage, après avoir dissipé les douleurs abdominales par plusieurs applications de ventouses.

La gomme-gutte fut assez rapidement portée à 1,50; la tolérance s'établit ; un commencement de diurèse eut lieu, et, en trois semaines, nous obtînmes la réduction du ventre à 51 centimètres de circonférence.

Pendant les quatre mois suivants, le liquide s'était toujours maintenu stationnaire à cette limite, ou avait baissé parfois à tel point, qu'on pouvait croire à une guérison prochaine et radicale.

Au milieu de février 1852, apparition de nouvelles douleurs rénales à la suite d'une course à cheval, et accompagnement d'état fébrile ; puis recrudescence de douleurs péritonéales apaisées jusque-là.

Quelques saignées générales et locales bien ménagées dissipèrent tout ce cortége en huit jours ; mais l'ascite avait pris pendant ce temps des proportions telles, qu'il fallut de nouveau recourir à la ponction.

Elle fut exécutée le 3 mars. Il s'écoula neuf litres de sérosité citrine. En vain voulûmes-nous essayer quelques purgatifs salins, des bains de vapeur. Les premiers menaçaient vivement les fonctions digestives, les seconds affaiblissaient le malade, et le liquide s'accumulait avec une grande activité.

Le 22 mars, nouvelle ponction ; dix litres de sérosité.

Le malade, désespéré, et voulant tout tenter pour se sauver, nous demandait lui même les injections iodées dont il nous avait entendu parler quelquefois.

Comme il ne se formait plus de précipité albumineux dans les urines, comme il n'y avait plus eu de douleurs de reins depuis cette fatale recrudescence, et qu'il n'y avait qu'ascite sans autre suffusion séreuse ailleurs, nous crûmes pouvoir les mettre en pratique, en prévenant toutefois qu'il pourrait surgir des accidents.

Ce n'est qu'après deux nouvelles ponctions pratiquées à vingt jours d'intervalle et donnant de plus en plus du liquide que nous nous décidâmes à opérer.

Le 15 mai, après avoir évacué douze litres de liquide épanché en onze jours, nous pratiquons l'injection iodée suivant toutes les règles.

La matière injectée se compose de : eau distillée, 200 grammes ; teinture d'iode, 25 grammes; iodure de potassium, 2 grammes, à la température de 37°.

A peine l'irrigation est-elle parvenue dans la cavité péritonéale, que le malade se met à vociférer, se tord dans le lit; la face se grippe à l'instant, le pouls se concentre pour devenir filiforme, et une refroidissement général a lieu.

Le douleurs, partant des deux côtés du petit bassin et de la vessie, gagnaient le long des uretères pour aboutir dans les reins. C'est sur ce trajet qu'elles étaient plus violentes. Elles devinrent bientôt générales dans tout l'abdomen. Au bout de dix minutes nous voulions évacuer le liquide injecté; mais, ainsi que nous l'avions prévu, ainsi que cela doit arriver quand le liquide iodique arrive dans le péritoine, il n'en sortit pas une seule goutte, quelles que fussent, au reste, les manœuvres employées.

Il nous fallut assister pendant quatre mortelles heures aux souffrances inexprimables de ce pauvre malade, presque cadavérisé en quelques instants.

L'irrévocable conviction qu'il se développait une inflammation plastique, bien moins dangereuse par ses suites que l'inflammation pyogénique, soutenait notre courage en présence de cette torture. Nous n'étions pourtant pas convaincu que l'organisme ne s'affaisserait point sous la pression de ces douleurs intolérables. Le ventre fut couvert de fomentations chaudes; mais cette application n'amenda point les douleurs.

Le hoquet, des vomissements de matières verdâtres porracées, l'extrême fréquence du pouls, le refroidissement persistant malgré les cruchons d'eau chaude dont on avait entouré le malade, l'état croissant des souffrances, tout cela nous força à intervenir d'une manière plus active, sous peine d'avoir à nous reprocher une issue funeste que nous redoutions, quoi qu'on en dise.

Il y avait cinq heures que l'injection avait été pratiquée, cinq heures que notre malade était dans un enfer de souffrances, quand nous lui fîmes couvrir le ventre de quinze sangsues.

Avec l'écoulement de sang les douleurs commencèrent à s'apaiser, et une heure et demie après l'opéré pouvait reposer un peu. Le pouls s'était relevé, la chaleur était revenue, mais tout n'était pas fini.

A huit heures du soir, nouvelle recrudescence de douleurs aussi vives, plus vives même que le matin, et siégeant principalement aux reins. Elles durèrent sept heures envers et contre tout. Pendant cinq jours durant il y eut des alternatives de souffrances indicibles et de calme.

Le deuxième jour de l'opération les urines du malade étaient purulentes et conservèrent ce caractère pendant huit jours. Au moyen du sirop d'amidon nous pûmes constater, tout ce temps, la présence de l'iode dans ce liquide.

Voici, quant au ventre, ce que nous pouvions apprécier le surlendemain de l'opération : développement moyen (50 centimètres de circonférence), tension, dureté dans les parties latérales et déclives ; tiraillement douloureux au moindre mouvement; nulle ondulation liquide sur les parties déclives; légère ondulation à la partie la plus saillante d'un flanc à l'autre.

Le huitième jour le ventre s'était accru, mais infiniment moins qu'à la suite des précédentes ponctions; et quoique nous pussions constater une certaine quantité de liquide, il est certain qu'il y avait une masse coagulée et tenant les intestins soudés les uns aux autres.

En tout cas, les urines restèrent rares, bourbeuses, et les extrémités inférieures s'infiltrèrent rapidement, en raison de l'obstacle que le sérum éprouvait à sa transsudation à la surface péritonéale.

M. Durazzo, voyant son état à peu près fixé, puisque les reins ne sécrétaient pas, désira partir pour aller mourir dans son pays. Il fit le voyage par mer, couché dans une barque; et jusqu'à son décès, qui eut lieu le 25 juin suivant, la famille nous tint au courant des événements.

Après son arrivée à Fozzano, c'est-à-dire onze jours après l'opération, il éprouvait encore de temps en temps quelques violentes douleurs dans les reins et dans le ventre ; ce n'est qu'au quinzième jour qu'il y eut un calme complet.

Le trente-unième jour après l'opération, on était obligé de faire encore la ponction. Le bénéfice de l'injection iodée avait donc été, dans ce cas, de ralentir la sécrétion péritonéale, puisque la collection avait mis dix-neuf jours de plus que la dernière fois à s'opérer. La mort, arrivée trente-cinq jours après l'injection, n'a été évidemment que la conséquence naturelle de la maladie primordiale, et nous n'avons pas le moins du monde l'intention d'en accuser notre tentative.

Cette observation démontre clairement que les injections iodées portées dans la cavité même du péritoine ne sont pas sans danger, et ajoute un grand poids à nos précédentes réflexions. Elle prouve avec non moins de clarté que leur effet curatif est nul quand la cause de l'hydropisie ne siége pas exclusivement dans le péritoine. Et, même dans cette dernière condition, il faut que l'état morbide de cette membrane soit susceptible d'être modifié avantageusement.

Aussi nous persistons à croire, d'après le raisonnement, et en nous fondant sur ce fait, qu'il n'y a que les ascites par péritonite chronique qui puissent commander un tel traitement, encore faut-il être bien sûr que la péritonite chronique ne se complique ni de tubercules, ni de la présence d'autres produits sans analogue dans l'organisme.

Cette appréciation devra paraître d'autant plus juste qu'elle émane d'un homme qui a prôné les injections iodées dans un grand nombre d'autres maladies. Nous ne voulons ici, comme nous n'avons voulu dans notre *Traité des hydropisies*, que nous avons cherché à rendre éminemment pratique, que prémunir les jeunes médecins contre des entraînements d'autant plus séduisants que les faits cités jusqu'alors ont acquis beaucoup de retentissement.

Maintenant qu'on pourrait nous supposer bien difficile en fait de diagnostic, et qu'on pourrait peut-être nous accuser de mauvais vouloir dans l'interprétation que nous avons faite de tous les cas d'ascite dans lesquels on a mis en pratique les injections iodées, le moment est venu de rapporter une observation toute récente, ayant trait à un malade que tous les médecins avaient regardé comme atteint d'une vraie ascite, et que nous nous proposions de traiter par les injections iodées, sûr que nous étions, au contraire, qu'il s'agissait d'un épanchement enkysté.

Cette observation aura l'avantage de faire sentir à nos confrères qui sont, comme nous, partisans des injections iodées combien il est facile de se tromper et de prendre pour une ascite une collection enkystée. Or, il est bien différent, pour les suites de l'opération, d'avoir affaire à la dernière ou à la première.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL NECKER. — M. ARAN.

Pyélite subaiguë. — Traitement antiphlogistique au début. Teinture de cantharides à l'intérieur. — Guérison.

Le fait suivant offre un exemple des bons effets que l'on peut obtenir de la teinture de cantharides dans le traitement de la pyélite subaiguë, alors que les premiers accidents inflammatoires ont été calmés par les antiphlogistiques.

Triébert (Jacques), trente-sept ans, sculpteur, est entré à l'hôpital Necker, service de M. Aran, le 13 septembre dernier.

Cet homme, d'une constitution médiocrement forte et d'un tempérament lymphatique, menant une vie régulière, mais ayant éprouvé quelques privations dans ces derniers temps, avait reçu deux mois auparavant un coup dans la région des reins et ne s'en était pas ressenti pendant trois semaines, lorsqu'il commença à éprouver de la fatigue en travaillant et quelques douleurs dans la région lombaire gauche.

Bientôt il s'aperçut que le besoin d'uriner se faisait sentir plus souvent, et que l'urine, peu abondante, déterminait à son passage au col de la vessie et dans l'urètre une sensation de douleur suivie d'une espèce de ténesme vésical ; cette douleur s'irradiait en arrière jusque sur le trajet des uretères.

En même temps, il reconnut que l'urine contenait une matière blanchâtre, qui se montrait surtout à la fin de la miction et qui gagnait le fond du vase ; de temps en temps, il y avait même dans ce dépôt un peu de sang.

Malgré ces accidents, il continua de travailler, s'arrêtant seulement lorsque les douleurs devenaient trop vives. Il avait maigri un peu, mais n'avait jamais eu de fièvre, lorsqu'il entra à l'hôpital.

Pour tout traitement, il avait pris quelques boissons mucilagineuses et fait des injections astringentes dans le canal de l'urètre.

Etat actuel, le 14 septembre. — Un peu d'amaigrissement ; pouls à 80 ou 84, médiocrement développé ; peau bonne, sans sécheresse ; langue rouge, sans enduit ; pas de soif; bon appétit ; bonne digestion ; rien du côté de l'appareil respiratoire et circulatoire. La pression du ventre était douloureuse au niveau des reins : à gauche et en avant, la pression latérale était seule douloureuse ; à droite, c'était la pression antéro-postérieure ; en arrière, dans la région lombaire, la pression ne développait de douleur que du côté gauche ; ce rein était augmenté de volume, ainsi qu'on put s'en convaincre par la percussion plessimétrique, pratiquée alternativement des deux côtés. L'urine, claire, transparente, contenait au fond du vase un dépôt assez abondant, blanchâtre, grenu et présentant quelques stries de sang ; elle précipitait assez abondamment par l'acide nitrique. Le malade n'éprouvait de douleur qu'à la fin de la miction et au moment du passage de cette matière, qui troublait la transparence de l'urine. — Saignée du bras de 400 grammes, 12 ventouses scarifiées sur les régions lombaires; résine de scammonée et de jalap, de chaque, 0,60; tisane de graine de lin ; une portion.

Les deux émissions sanguines produisirent près de 800 grammes de sang. Il y eut soulagement, et le malade put uriner sans douleur. Le dépôt des urines était aussi un peu moins sanguinolent.

Le 16, il y avait un peu plus de sang dans le dépôt; six ventouses vésicantes furent encore appliquées sur la région lombaire. Le malade fut encore soulagé; les mictions étaient moins fréquentes et ne s'accompagnaient plus de ténesme; l'urine était plus abondante.

Le soulagement qu'il avait éprouvé des ventouses vésicantes y fit revenir le 19. Néanmoins, et bien que le malade se trouvât très bien, qu'il ne souffrît presque plus, la quantité de pus avait à peine diminué dans les urines.

Dans ces circonstances, M. Aran songea à la teinture de cantharide et aux effets modificateurs favorables qu'elle exerce dans certains cas sur la muqueuse des voies urinaires.

Le 20, la teinture fut commencée à la dose de 10 gouttes dans un julep gommeux. Cette dose fut portée successivement; sans aucun accident et sans que le malade accusât autre chose qu'un goût amer dans la bouche, à 15, 20, 25, 30, 40 et même 50 gouttes ; elle fut continuée à cette dernière dose pendant dix jours.

Dès le troisième jour, il y avait déjà une diminution très marquée dans la quantité du pus. Cette diminution se prononça de jour en jour davantage, et lorsque le malade quitta l'hôpital, le 9 octobre, les urines ne contenaient plus de pus, ou seulement une trace de temps en temps. Nous avons, depuis, revu ce malade; sa santé continuait à être excellente, et ses urines, qu'il nous a montrées, ne contenaient pas de trace de pus. (*Bull. de thérapeutique.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE.

DIX-NEUVIÈME SESSION;

Par V. BALLY, membre de l'Académie nationale de médecine.

Toulouse (1).

Dans les deux autres grandes villes du Languedoc, dont Toulouse était la capitale, il y a aussi des musées qui méritent de fixer l'attention. A Nîmes, on admire des chefs-d'œuvre de Pradier et de Ségalon, enfants de cette contrée. A Montpellier, le musée est un témoin de la libéralité de Fabre, dont il porte le nom. J'y fus introduit dans les jours de chômage par le docteur Kunholtz, écrivain qui manie habilement le fouet de Némésis. Son fils m'apprit que l'*oïdium* s'était emparé d'une grande partie des vignobles de l'Hérault, et que les perdrix qui mangeaient beaucoup de raisin malade étaient sujettes à une éruption et à un affaiblissement tel, qu'elles ne pouvaient plus s'élever et qu'on les prenait à la course.

Il ne faut pas s'éloigner de Montpellier sans parler d'une statue de la Vierge faite par Santarilla, de Florence, et qui est dans une des chapelles de la cathédrale, dont le porche a quelque chose de massif, d'informe et de carcéral. Mais la statue réunit cet ensemble de grâces et de divine modestie que l'on aimerait à voir dans les images des églises, où il y a tant d'objets grossiers.

Dans la Maison-Carrée de Nîmes, ancien prétoire romain, monument à colonnes corinthiennes cannelées bien conservées, il y a une collection d'excellents tableaux. Je me suis arrêté longtemps à celui de Sigalon, qui représente Locuste faisant l'essai de son poison sur un esclave en présence de Narcisse. Il s'agissait d'empoisonner Agrippine par ordre de Néron son fils, qui n'avait pu réussir à la faire noyer au cap Misène. Des faits historiques de ce genre doivent fixer l'attention des hommes de l'art, tant sous le point de vue de la toxicologie que sous celui de la médecine légale.

Comment des êtres aussi ignorants que les saganes, les canidies et les locuste, ont-ils pu découvrir des poisons aussi subtils, et qui semblent égaler l'action de l'acide cyanhydrique ?

Certes, on comprendra comment des monstres ont pu de nos jours profiter des analyses chimiques pour travailler le tabac et en extraire la *nicotine*; mais pouvait-on à Rome réduire à un extrait atomique une substance qui eût une action foudroyante ? Je dis *extrait atomique*, car Agrippine n'aurait pas accepté un breuvage suspect s'il eût été volumineux.

Les nègres des Antilles ont aussi des secrets de ce genre, que la race blanche n'a pu découvrir.

Hôpitaux. — Parmi les établissements de charité publique à Toulouse, nous citerons l'Hôtel-Dieu, l'Asile des aliénés, l'Hospice des orphelins.

L'Hôtel-Dieu, dont les médecins en chef sont MM. Bessières et Dassier, hommes éminents, et le médecin résidant, M. Guytard, docteur d'un bel avenir, est un grand local qui a le double défaut d'être fort ancien et d'avoir les pieds dans l'eau, comme l'hôpital du Saint-Esprit à Rome et l'Hôtel-Dieu de Paris, renferme de fort belles salles avec un bon système de chauffage et d'aération. Quelques-uns de ses dortoirs viennent d'être heureusement agrandis par la destruction de cloisons qui gênaient la circulation de l'air. Le système des parquets y est introduit, ainsi que le frottage, bien préférable à ce lavage d'autrefois qui aggravait les maladies.

(1) Voir le numéro du 30 novembre.

Les plafonds, convenablement élevés, sont ornés de sculptures fort nombreuses, dont on peut admirer le travail, mais que le médecin doit blâmer, parce que ces enjolivements multiplient les angles, recéleurs de miasmes; et qu'il faut que des plafonds soient unis.

L'hôpital contient 450 lits en fer et reçoit annuellement de 3 à 4,000 malades, dont la journée s'élève à 1 fr. 27 c., journée qui me paraît chère dans un pays où les comestibles sont abondants et d'un prix peu élevé. A l'asile de la Garve ou des aliénés, la journée est seulement de 60 c., différence énorme qui me paraît due au système général qui veut que les aliénés travaillent dans l'intérêt de l'hospice et de leur santé.

M. le docteur Bessières admet la contagion de la fièvre typhoïde, et la plupart des médecins de Toulouse partagent la même opinion, généralement répandue dans les départements. Un temps viendra peut-être où l'on comprendra la nécessité de bien préciser le langage médical si l'on veut s'entendre sur les effets des maladies et sur une thérapeutique rationnelle. Le mot fièvre typhoïde renferme beaucoup de choses.

Le bon esprit de M. Piorry l'a entraîné vers le perfectionnement du langage médical; au lieu de lui savoir gré de ses efforts prodigieux, les lords de la science ont repoussé sa nomenclature en bloc. Il eût été mieux de la discuter et de faire un bon dictionnaire, car les temps de l'analyse sont arrivés, et vous roulerez toujours dans la même ornière tant que vous n'obéirez pas au précepte de Condillac.

Un spectacle attendrissant et doux s'offrit à nos yeux dans l'Hôtel-Dieu : c'était une grande salle, bien aérée, bien propre, bien éclairée, qui renfermait nombre de berceaux convenablement espacés et qui récréaient la vue par une literie d'une blancheur éblouissante. Pas la moindre odeur, et cependant ce local était destiné à recevoir une soixantaine d'enfants nouveau-nés. C'est là ce que l'on appelle une crèche, appellation touchante qui rappelle le lieu de la naissance d'un Dieu se faisant homme.

Théocrite et Horace avaient écrit à 400 ans d'intervalle : *Nous valons moins que nos ancêtres et nos descendants iront toujours en dégénérant*, sentence terrible qui n'émane pas de la connaissance de la nature des sociétés; et, malgré d'autres êtres moroses contempteurs des temps présents, nous pensons, nous, que l'espèce humaine tend constamment à s'améliorer sous le point de vue moral et même physique, car la longévité augmente.

En France, l'amélioration morale est attribuable en fort grande partie, au moins pour les classes inférieures, à une société obscure et sans richesses fondée en 1815, alors que le canon ennemi grondait à nos portes, et autorisée par le dernier décret de l'Empereur, la Société d'enseignement mutuel.

Dire le bien qu'elle a fait avec des ressources presque nulles est chose impossible. Elle a formé une grande quantité de maîtres et contribué à couvrir la France d'écoles gratuites. Dans quelques-unes, un seul maître pouvait diriger cinq cents élèves, ce qui paraîtra surprenant à ceux qui ne connaissent pas le mécanisme de ce genre d'institution.

On lui doit la fondation de la *somascétique*, appelée *gymnastique* par les Grecs, parce qu'ils s'exerçaient tout nus. On lui doit la création des salles d'asile, dont la première idée fut redevable à un homme, Cochin, dans la famille de qui l'esprit de charité et de philanthropie est héréditaire.

On lui doit la propagation de l'institution des crèches, que les congrès scientifiques ont également prises sous leur patronage.

Pendant près de quinze ans, je fus président, à titre honorifique, du comité d'inspection et des maîtres, titre glorieux qui me laisse encore les plus doux souvenirs lorsque je songe que le noyau de la Société était composée de Jomard, de l'Institut, l'abbé Gaultier, les ducs de Doudeauville, de Montmorency, de Larochefoucauld, le maître des requêtes Lebœuf, de Gérando, conseiller d'Etat, Alexandre de Laborde, de Lasteyrie, etc., qui daignèrent m'honorer de leur amitié et me la conserver.

M. Marbeau, pendant qu'il était adjoint à la mairie du premier arrondissement de Paris, parla le premier de crèches, et se hâta d'en établir une à Chaillot, d'où elles se répandirent promptement; car cette institution est en même temps philanthropique, religieuse et hygiénique. L'Institut fut si frappé de l'importance de cette création, qu'il accorda à son auteur une médaille de 3,000 fr.

Le crèches reçoivent l'enfant dès sa naissance ou dès que la mère peut sortir. Alors, elle l'apporte le matin et le remporte le soir. Des surveillantes en nombre suffisant les soignent et les alimentent pendant toute la journée. Ils reçoivent donc des soins vigilants qui ne sont jamais interrompus. Ainsi les mères, sans inquiétude, se livrent aux travaux que leur position commande.

Jussieu, dont le nom se rattache à tout ce qui est progrès dans la charité publique, fut, dans les congrès, l'un des apôtres les plus constants de l'admirable institution des crèches.

Ce zélé et excellent citoyen, que nous avons eu le malheur de perdre il y a peu d'années, est le père de l'une de nos gloires dans le génie civil. Nous devons, en effet, au merveilleux talent de cet ingénieur le chef-d'œuvre des chemins de fer, celui de Paris à Lyon, considéré comme le mieux fait de l'Europe, et qui garantit le mieux la sûreté des voyageurs.

Tout ce que je viens de réciter sur les institutions nouvelles, et qui me mènent à dire que l'espèce humaine se perfectionne, est parfaitement du ressort de l'art médical. Cet art n'est pas circonscrit à l'administration de quelques drogues; il doit prendre l'enfant au jour de la naissance, le conduire par d'excellents avis dans la série épineuse des mutations du corps, et donner à la société des citoyens robustes et sains. Tel est le complément de ce saint ministère.

Tel fut aussi le but de la création de ces institutions philanthropiques. Et comprenez comment procédèrent dès le début la Société d'enseignement mutuel et les congrès scientifiques, qui embrassent tout ce qui est moral, tout ce qui est hygiénique, tout ce qui est bien.

On prend les enfants au berceau; ils entrent dans les salles d'asile à l'âge de deux ans. A cinq, ils peuvent entrer dans une école gratuite; dans la salle d'asile et les écoles d'enseignement mutuel, on met sans cesse en action tous les organes locomoteurs par des mouvements continuels bien combinés, par les chants, et en définitive par la somascétique.

Fortifiés et instruits comme doivent l'être les classes inférieures, n'ayant jamais reçu que de bons avis et de parfaits exemples, ils entrent dans les ateliers pour former des artisans honnêtes et paisibles.

Voilà comment vous obtiendrez l'amélioration de l'espèce humaine, et comment vous fermerez le gouffre des révolutions.

Maison des sourds-muets. — Il était difficile de penser que la ville qui a donné le jour à l'abbé Sicard n'eût pas un établissement de sourds-muets. Celui de Toulouse est remarquable par la bonne tenue, le mérite des maîtres et l'instruction des élèves.

Nous signalerons un cabinet d'histoire naturelle, qui dans le principe fut meublé par Picot de Lapeyrouse, ce savant laborieux qui fut l'un des administrateurs les plus habiles de la cité, dont la perte a causé tant de regrets. On lui doit la fondation du jardin de botanique, où il avait importé et acclimaté 500 espèces des Pyrénées. On trouve dans ce jardin une belle allée de noyers d'Amérique, dont le bois, en raison de sa dureté, sera utile à l'ébénisterie. L'amande contenue dans la noix est un peu aromatique; ce qui la rend moins agréable que celle du *juglans regia*. L'huile de cet arbre n'a point été essayée en médecine. Il serait possible qu'elle atteignît les propriétés de l'huile de foie de morue. Je le dis, sans vouloir assimiler les deux substances sous le rapport de leurs propriétés chimiques. C'est un essai à faire.

L'arbre à papier de la Chine, *broussonetia papyrifera*, prospère dans ce jardin et s'y multiplie avec d'autant plus de facilité, que les graines sont fécondes, puisqu'on possède le mâle et la femelle.

Il est cependant des pays, comme Saint-Martin-d'Hère, près de Grenoble, au sud de la vallée de Grésivaudan, où cet arbre croît et se multiplie avec une rapidité d'autant plus surprenante, qu'il n'y a qu'une seule des deux espèces. Les racines fournissent les rejets.

Je crois me rappeler que l'arbre à papier a été apporté en Europe par Auguste Broussonet, jadis consul à Mogador, très savant en histoire naturelle. Il était frère aîné de Victor Broussonet, qui fut à Montpellier professeur de clinique interne pendant plus de quarante ans, homme sage, prudent, très versé dans les doctrines hippocratiques.

Saint-Martin-d'Hère, à 4 ou 5 kilomètres de Grenoble, est à peu près dans la direction des eaux thermales de Lamotte, près desquelles on vient de découvrir une riche mine d'or. Il ne faudra plus parcourir quatre ou cinq mille lieues pour aller dans cette nouvelle Australie; et les baigneurs auront l'avantage d'y puiser la santé et de remplir leurs poches avec le précieux sable.

Ces eaux ont été analysées par M. Ossian Henry, chimiste patient, laborieux et éclairé, chargé par l'Académie de faire l'analyse des eaux minérales de la France. Il y a trouvé, entre autres produits minéralisateurs, le *brome*, dont les effets médicaux et l'action chimique ont la plus grande analogie avec l'*iode*.

Nous revenons au jardin de botanique de Toulouse pour dire qu'on y a réuni 300 espèces de vignes dans un même local, que j'ai trouvées frappées par l'*oïdium* d'une manière déplorable. — Le professeur Moquin-Tendon, botaniste distingué, est directeur de ce jardin. Le congrès n'a point eu l'honneur de le posséder, parce que des motifs de santé l'avaient dirigé vers les Pyrénées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 décembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. Follin lit au nom de M. le docteur Verneuil la note suivante :

Note sur une hydropisie du sinus maxillaire.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de vingt-cinq ans environ, destiné aux manœuvres opératoires. Le sinus maxillaire du côté gauche est complétement rempli par un mucus visqueux, filant, très tenace et très adhérent à la muqueuse. Ce liquide, d'un jaune sale, est transparent, sans mélange de pus; le microscope y constate une petite quantité de cellules d'épithélium cylindrique, dont les cils vibratiles ne sont plus apparents. La muqueuse est assez fortement injectée; le microscope y fait aussi découvrir bon nombre de vaisseaux. Cette membrane n'a guère augmenté d'épaisseur; elle se dessèche avec facilité et ne présente à sa face interne aucune production anormale; on y rencontre néanmoins des kystes folliculaires d'un volume très minime.

La muqueuse se détache facilement de l'os qu'elle revêt; celui-ci néanmoins reste, après cette ablation, recouvert encore d'une couche périostique. La cavité du sinus n'est point distendue; les os ne sont ni amincis, ni malades; la dernière molaire, ou dent de sagesse, achève son évolution, et le tissu spongieux de l'alvéole qui l'entoure paraît visiblement injecté et se laisse facilement couper. Cependant la rainure ne pénètre pas dans le sinus. L'irritation causée par la crue de cette dent n'est peut-être pas étrangère à l'hypersécrétion dont la paroi du sinus est le siége.

La muqueuse pituitaire n'est pas épaissie. On ne retrouve pas l'orifice au sinus dans le point où les auteurs le décrivent. Cet orifice, au contraire, se trouve là où M. Giraldès l'a décrit, c'est-à-dire à la partie antérieure et supérieure du sinus, immédiatement derrière le conduit nasal.

Quoique l'orifice du sinus soit resté libre et aussi large que de coutume, on comprend l'accumulation du mucus dans la cavité du sinus. Ce mucus est, en effet, si tenace, que l'on ne peut qu'à grand'peine le détacher de la muqueuse à travers une large ouverture de celle-ci et en faisant intervenir l'action d'un courant d'eau.

Le périoste extérieur se détache bien facilement de la surface de l'os maxillaire.

Cette pièce me paraît un exemple bien avéré de l'hydropisie du sinus maxillaire. En n'attachant à cette dénomination qu'une valeur médiocre, M. Giraldès, qui a examiné la pièce avec moi, n'est pas éloigné d'admettre cette opinion. Cet auteur regarde une telle lésion comme très rare. Dans tous les cas, l'hydropisie est tout à fait commençante, et paraît remonter à une époque peu éloignée, car les parois osseuses ne sont pas encore écartées.

M. Giraldès. Tout en priant la Société d'accueillir la note de M. Verneuil et de l'insérer dans ses Bulletins, je dois ajouter que je ne partage pas son opinion, comme il le laisse supposer. La pièce dont il est question, que j'ai examinée avec soin, ne doit pas être considérée comme un exemple démontrant l'existence des hydropisies du sinus. Dans cette pièce, la cavité du sinus n'a subi aucune modification; elle est d'une petite dimension et nullement distendue; le mucus qu'on y trouve est épais, très consistant, et je me demande s'il n'était pas contenu dans un kyste dont les parois auraient été déchirées pendant la préparation.

M. Roux. Je crois que M. Giraldès se laisse un peu trop entraîner vers un seul point de vue. Il ne faut pas oublier, pour que la dilatation du sinus ait lieu, il faut que sa cavité soit remplie.

M. Forget. Comme le disait tout à l'heure M. Roux, je crains que, par suite de ses recherches, M. Giraldès ne veuille considérer qu'un seul point de la question. Je crois que c'est aller beaucoup trop loin que de supposer la destruction d'un kyste; c'est une hypothèse qu'on ne peut pas admettre. Dans la pièce dont parle M. Verneuil, il est très possible qu'il y ait eu là une hypersécrétion de mucus et une hydropisie en train de se former. Et après le travail très intéressant que nous a communiqué M. Giraldès, on se demande si l'existence de kystes dans la cavité du sinus n'est pas l'état normal, tandis que l'affection décrite par M. Verneuil serait l'état morbide.

M. Giraldès. Notre honorable collègue me prête une opinion que je n'ai pas avancée; il me fait dire qu'il existait un kyste dont les parois ont été absorbées; j'ai dit qu'il pouvait y avoir eu un kyste que la préparation a pu déchirer. D'ailleurs, si M. Forget avait vu la pièce, il aurait sans doute apprécié autrement les faits, et il n'aurait pas supposé que la phlogose de la membrane du sinus pouvait servir à expliquer cette accumulation de mucus. La membrane du sinus était congestionnée, mais point enflammée; il n'y avait aucune exsudation; rien donc ne permet d'avancer une telle opinion.

M. Forget. Je conçois que M. Giraldès soutienne son opinion, mais je n'en partage pas moins les doutes de M. le professeur Roux.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur ostéo-carcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit.

M. Huguier présente la nommée Eugénie-Florence Nezondet, âgée de quarante-cinq ans, journalière, demeurant à la gendarmerie de Puteaux, née à Laval-Saint-Germain (Seine-et-Marne), mariée à Charles Denis. Entrée le 8 décembre 1852 à Beaujon.

Son père avait toujours joui d'une bonne santé, quand il fut pris d'une ascite, pour laquelle on fit une ponction. Il mourut après deux ans de souffrances, âgé de soixante ans.

La mère succomba à cinquante-six ans, après onze jours de maladie. Pendant ses derniers instants elle toussait beaucoup et expectorait des crachats d'une couleur rouge-jaunâtre.

Notre malade n'a eu qu'un frère, qui est son jumeau; il est cependant vigoureusement constitué; il a été soldat et n'a jamais été malade.

Elle a eu deux enfants, l'un à l'âge de vingt-six ans; l'autre à trente-cinq ans; tous deux sont bien conformés et bien portants.

Cette femme est d'une taille au-dessus de la moyenne; elle paraît douée d'une forte constitution; ses muscles sont très développés; elle ne manque pas d'embonpoint; elle semble avoir un tempérament sanguin; elle a les cheveux et les yeux bruns, la face très colorée. Elle naquit à Laval, pays sain, bien situé, où elle fut allaitée par sa mère et sevrée seulement à l'âge de dix-huit mois. A l'âge de dix ans, elle fut atteinte de la rougeole, et à dix-sept ans de la variole. Elle ne se rappelle pas avoir eu la scarlatine.

Depuis cette époque, elle a eu une nourriture presque exclusivement végétale; elle ne mangeait pas de viande plus d'une fois par semaine, menait une vie très active.

Jamais elle n'a eu aucun symptôme de maladie scrofuleuse; elle ne porte autour du cou, ni ailleurs, aucune cicatrice qui puisse le faire supposer.

Jamais elle n'a fait d'excès alcooliques. A dix-neuf ans, elle eut une fièvre continue, qui dura deux mois et s'accompagna de sécheresse des dents et de la langue. Après cette maladie, que son médecin regarda comme étant une fièvre typhoïde, elle perdit tous ses cheveux.

Les règles apparurent pour la première fois et sans difficulté à l'âge de vingt ans; elles furent toujours régulières, mais peu abondantes : le sang était très rouge.

Elle n'a jamais eu de leucorrhée.

Elle affirme avec beaucoup d'assurance n'avoir jamais été atteinte de syphilis; du reste, on ne trouve ni aux aines, ni ailleurs de cicatrices qui puissent donner lieu à des soupçons.

Elle se maria à l'âge de vingt-cinq ans.

Elle devint enceinte pour la première fois à vingt-six ans. Au sixième mois de cette grossesse, sans cause connue, il lui survint une tumeur au-devant du cou, à deux pouces au-dessus de la fourchette sternale. En moins de deux mois, cette grosseur acquit le volume d'un œuf de poule; elle était peu mobile, douloureuse au toucher; la peau qui la recouvrait était saine; elle rendait la phonation, la déglutition et surtout les mouvements du cou douloureux. La respiration était libre et la voix non altérée. Cette tumeur était le siége d'élancements spontanés qui, à deux reprises, se sont terminés par l'ouverture de l'abcès dans l'œsophage; alors la malade vomissait environ deux cuillerées à bouche d'un pus verdâtre et fétide; la grosseur s'affaissait, mais ne se vidait pas complétement.

Avant que les choses en vinssent à ce point, un médecin avait été appelé et, à deux reprises, avait fait appliquer 20 sangsues.

Cette femme souffrait ainsi depuis deux mois, quand son médecin se décida à ouvrir l'abcès avec le bistouri; bientôt une grande quantité de pus (semblable à celui que la malade avait vomi) s'échappa avec facilité, et la plaie se cicatrisa promptement.

En examinant aujourd'hui la région cervicale antérieure, on trouve une cicatrice verticale au-devant du cartilage thyroïde; mais les tissus profonds de cette région ne paraissent pas avoir subi d'altération grave. Du reste, ce qui doit le faire penser, c'est qu'il n'est pas resté le moindre trouble physiologique dans les organes qui avoisinaient la tumeur. Trois semaines après l'ouverture de l'abcès, la malade accoucha, sans difficulté et sans accident, d'un enfant à terme et vivant.

A l'âge de trente et un ans, la femme Nezondet fit une fausse couche de six mois, qui ne fut signalée par aucun incident.

Enfin, à trente-cinq ans, elle devint une troisième fois enceinte. Elle en était au deuxième mois de sa grossesse, quand, sans cause connue, elle ressentit pour la première fois des douleurs dans la fesse droite; elle y porta la main, et sentit une tumeur qui avait le volume d'un œuf. Pendant le reste de sa grossesse, la tumeur et les douleurs qui l'accompagnaient firent très peu de progrès.

Au neuvième mois eut lieu un accouchement régulier et facile, l'enfant arriva vivant; les suites de couches ne présentèrent rien d'anormal.

Mais, depuis la parturition, les douleurs sont devenues plus vives et plus fréquentes, elles ont pris le caractère lancinant; la tumeur s'est accrue plus rapidement : aussi la malade s'est-elle décidée à entrer à l'hôpital Beaujon le 8 décembre 1852.

Je l'examinai le lendemain de son arrivée. En la faisant coucher sur le ventre, on remarque que la fesse droite a un volume considérable; elle l'emporte sur la fesse gauche d'environ la moitié de la tête d'un adulte. Voici, du reste, le résultat des mensurations :

Dimension verticale.	0,29
Dimension horizontale.	0,26
Proéminence de la fesse droite.	2 cent.
De la crête iliaque au pli sous-fessier droit. . .	31
De la crête iliaque au pli sous-fessier gauche. . .	27
Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure droite.	39
Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure gauche.	34

En cherchant à limiter le pourtour de la tumeur, on trouve que sa circonférence a environ 60 centimètres.

Le pli sous-fessier est abaissé du côté droit de près d'un centimètre et demi.

Par la palpation, on constate qu'il existe au-dessous du muscle grand fessier une tumeur qui dépasse d'environ deux centimètres son bord inférieur, et soulève surtout son insertion supérieure à la crête iliaque sans la dépasser; la tumeur ne dépasse pas non plus ses insertions sacrées, en dehors elle ne s'avance pas jusqu'au trochanter; elle est donc maintenue, pour ainsi dire, de tous côtés par les insertions du muscle grand fessier.

Si maintenant nous cherchons à constater ses caractères, nous voyons qu'elle n'a pas une dureté absolue, mais cependant qu'elle n'est pas molle (sa consistance n'a pas varié depuis son début); elle n'est pas non plus fluctuante, ni franchement élastique; elle est tellement adhérente aux os que, lorsqu'on cherche à l'ébranler, le bassin tout entier est mis en mouvement; elle est cependant un peu mobile sur elle-même. Elle n'est ni inégale, ni bosselée, ni multilobée; elle ne donne pas de sensation, de crépitation quand on la presse. Elle ne diminue pas de volume sous l'influence de la compression.

La peau qui la recouvre conserve sa température et sa couleur habituelles; elle est parcourue par quelques veines bleuâtres et flexueuses.

La main, appliquée sur elle, ne perçoit pas de battements; mais, avec beaucoup d'attention, on trouve qu'elle est soulevée par des battements isochrones aux pulsations artérielles.

A l'auscultation, on croit entendre des bruits de battements, surtout à la partie supérieure, là où la tumeur est recouverte par l'aponévrose seule du muscle grand fessier; mais ces bruits sont faibles, confus et éloignés. C'est en vain que, muni d'une bougie, on cherche à trouver de la transparence; rien, au reste, ne fait soupçonner qu'elle soit formée par un liquide.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est normalement situé. La partie supérieure du vagin est très dilatée; le doigt s'y promène avec facilité, mais ne peut rencontrer aucune tumeur intra-pelvienne.

Une ponction a été faite avec le trocart explorateur, et il n'est sorti que du sang bien pur.

Les douleurs que la malade éprouve sont tantôt spontanées, tantôt le résultat de divers froissements; ainsi, la station debout, le décubitus dorsal sont très fatigants. Quant à la station assise (si la malade s'appuie sur la fesse droite), elle détermine des douleurs hypogastriques. Depuis quelques semaines seulement ces douleurs s'étendent jusque dans la cuisse et même la jambe droite.

Cependant la malade peut sans peine et à ma volonté faire exécuter à son membre inférieur droit tous les mouvements dont il est normalement susceptible.

Je puis m'assurer aussi que la sensibilité est parfaitement conservée dans ce membre. La circulation ne nous semble non plus nullement entravée; l'artère pédieuse bat avec autant de force au pied droit qu'au pied gauche.

Il n'y a jamais eu de troubles dans les fonctions physiologiques des organes pelviens. La miction, la défécation s'accomplissent régulièrement.

Enfin la santé ne se ressent pas du développement de grave maladie; l'appétit, le sommeil, sont bien conservés; il n'y a pas eu jusqu'ici le moindre amaigrissement.

Si on pouvait supposer que la tumeur est due à un abcès par congestion tenant à l'altération des vertèbres, j'ajouterais que la colonne vertébrale a conservé toute sa rectitude, et qu'elle n'a jamais été le siége d'aucune douleur. Du reste, la délimitation de la tumeur, le résultat de la ponction exploratrice doivent encore éloigner de cette idée.

Jusqu'ici, pour tout traitement, on a essayé l'emploi de la pommade d'iodure de plomb; mais, comme on le pense bien, on n'en a retiré aucun avantage.

En résumé, je pense que l'on a affaire à une tumeur ostéosarcomateuse de la partie postérieure de l'os iliaque droit, avec développement anormal du système vasculaire.

Je ne crois pas que la tumeur soit formée uniquement aux dépens du périoste; mais je ne voudrais cependant pas porter une affirmation trop absolue.

D'après la profondeur du siége de la tumeur, sa nature probablement sarcomateuse, la nécessité de dénuder l'os dans une grande surface ou même d'en enlever une assez grande étendue et d'ouvrir l'articulation sacro-iliaque, je pense qu'on doit s'abstenir de toute opération; j'incline d'autant plus vers cette manière de voir, que la maladie restera encore longtemps sans retentissement sur la santé générale.

Après avoir donné ces divers renseignements, M. Huguier demande que MM. les membres de la Société examinent la malade pour lui dire si on doit respecter cette tumeur, comme c'est son avis, ou en tenter l'ablation.

M. Chassaignac. Je demanderai à notre collègue quel a été le résultat du toucher par le rectum.

M. Huguier. La tumeur est si haut placée, que je n'ai pas cru devoir faire cette exploration. Je crois, du reste, qu'il sera impossible de l'atteindre.

M. Roux. Je ne crois pas qu'une exploration par le rectum fournisse quelque renseignement utile. Je doute que la tumeur ait aucune connexion avec la symphyse sacro-iliaque. La tumeur a son siége dans la fosse iliaque externe. Provient-elle du périoste? Est-elle intermusculaire? Ce sont là des questions à éclaircir. Je crois que les connexions avec le périoste ne sont que secondaires. Je pense qu'elle siége dans le tissu cellulaire intermusculaire, qu'elle est circonscrite et très peu mobile; malgré cela, on peut tenter son ablation.

Très probablement elle n'est aussi peu mobile que parce qu'elle siége sur une large base, et qu'elle est bridée fortement par les muscles; mais elle n'est pas aussi adhérente qu'on pourrait le croire. Quelle est sa nature, si je sacrifiais à l'entraînement du siècle, je devrais dire qu'elle est fibro-plastique; mais mon avis est qu'elle est cancéreuse, et je crains la récidive. Si je conseille l'opération, malgré toutes les difficultés qu'elle pourra présenter, c'est que la tumeur menace de faire des progrès, et que la malade est en proie à de vives souffrances.

J'ai dans ce moment dans mon service un homme qui porte au bras une tumeur qui me semble de même nature, et qui paraît avoir des connexions avec l'humérus; les vaisseaux et les nerfs du bras sont enveloppés; malgré la difficulté que présentera l'opération, pour ménager toutes les parties, je suis décidé à la faire.

M. Chassaignac. Avant de tenter la moindre opération, je crois qu'il faudra examiner avec grande attention l'os coxal de l'autre côté; car j'ai déjà eu occasion de constater ce fait, que plusieurs fois dans le cas d'ostéo-sarcome du bassin la maladie ne se bornait pas à un seul côté.

Correspondance.

M. Larrey dépose sur le bureau une observation détaillée d'otite purulente interne, qui lui a été adressée par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), ancien chirurgien militaire. (Commission: MM. Larrey, Monod, Richet.)

M. Larrey offre à la Société un ouvrage attribué à Quesnay et à Louis, intitulé: *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France.*

— M. Lebert continue la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques:

La récidive ne s'observe guère dans l'hypertrophie fibro-plastique des organes glandulaires. En déduisant tous ces cas, ainsi que ceux de pathologie comparée, il nous reste encore un cinquième de nos faits dans lesquels nous avons observé des récidives. Toutefois, dans la majorité des cas de ce groupe, la reproduction était plutôt due à une continuation de la maladie première, vu que les opérations avaient été incomplètes; aussi la guérison a-t-elle été plusieurs fois radicale après des extirpations plus étendues. Il reste cependant assez de faits, cinq de bien positifs, dans lesquels une récidive sur place s'est montrée opiniâtrément malgré des excisions chaque fois complètes.

Nous avons réuni tous les cas de généralisation de tumeurs fibro-plastiques qui sont venues à notre connaissance. Ils sont au nombre de six, dont la moitié ont été observés par nous-même. Ces cas démontrent qu'il peut y avoir une véritable diathèse fibro-plastique, qui, dans la période terminale de la maladie, provoque un dépôt multiple, une infection générale de ce produit morbide. Il n'est pas permis pour cela d'identifier la maladie fibro-plastique avec le cancer, vu que la structure des tumeurs multiples, dans ces cas, n'est jamais que fibro-plastique et diffère, par conséquent, du cancer. De plus, toute la pathologie clinique de la maladie fibro-plastique démontre que c'est une maladie locale qui se généralise quelquefois et bien exceptionnellement, tandis que le cancer est d'emblée une maladie générale dont déjà la première localisation n'est que le reflet. Structure, marche, durée, tout concourt pour différencier ces deux affections, pourvu qu'on ait soin de baser leur histoire sur l'analyse d'une multitude de faits et non sur des observations isolées, comme le font les pathologistes superficiels et peu versés dans l'application des bonnes méthodes.

Si dans 3 de nos 92 faits la maladie fibro-plastique a été générale et infectante (nous éloignons ici les 3 faits empruntés à d'autres), nous avons d'un autre côté 26 autopsies complètes de ces affections, dans lesquelles l'unicité et par conséquent la nature strictement locale de ces tumeurs a été catégoriquement démontrée, bien que dans la plupart de ces faits la maladie était arrivée à son terme naturel.

Des récidives éloignées du siége primitif de la maladie n'ont point été signalées jusqu'à ce jour. La guérison définitive est assez fréquente pour qu'on puisse établir la curabilité des affections fibro-plastiques comme la règle, tandis que le contraire a lieu pour le cancer. Je possède dans ma propre pratique trois faits de tumeurs fibro-plastiques opérées par moi et guéries depuis un bon nombre d'années, tandis que je ne possède pas un fait, et je n'en connais point d'authentique, d'un véritable cancer guéri par l'opération.

La marche et la durée n'ont pu être notées avec détail que dans 35 de nos observations. Voici le résultat de cette analyse: 2 fois seulement la maladie a duré un an, soit au moment de l'opération, soit à celui de la mort; 3 fois elle a été de 1 à 2 ans; dans tous les autres cas, elle a dépassé ce laps de temps: elle a été 5 fois de 2 à 3 ans, 5 fois de 3 à 4, et 21 fois, par conséquent dans la majorité des cas, au delà de 4 ans, et dans 12 même au delà de 8 à 9 ans. Ces chiffres prouvent que la marche est généralement lente et bien autrement chronique surtout que dans les affections cancéreuses.

Le développement de ces tumeurs est ordinairement lent pendant plusieurs années; il devient enfin plus rapide sans qu'on puisse en saisir trop la raison. Mais cet accroissement peut de nouveau se ralentir et s'arrêter même. D'autres fois la marche lente ne se dément à aucune époque; il y a enfin quelques cas dans lesquels la marche est d'emblée plus rapide; on dit alors que cela se fait en vertu d'une prédisposition individuelle, ce qui au fond ne fait que masquer notre ignorance sur la nature de cette cause.

La kéloïde est la seule forme de tumeurs fibro-plastiques qui peut se flétrir et disparaître spontanément; elle offre encore cela de curieux que, lorsqu'elle est cicatricielle, elle peut se développer un grand nombre d'années après la blessure dont la cicatrice est la dernière trace.

Les affections fibro-plastiques sont rarement douloureuses et le plus souvent indolentes à la pression. Les douleurs se montrent quelquefois au début pour disparaître plus tard; d'autres fois elles surviennent tardivement par suite du grand volume des tumeurs. Comme, dans la plupart des tumeurs douloureuses, le caractère des douleurs est surtout névralgiforme, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles sont à la fois vives et continues. Les excroissances fibro-plastiques des os sont plus douloureuses que celles des parties molles. Les tumeurs méningiennes provoquent une céphalée habituelle qui s'aggrave par paroxysme.

Les troubles fonctionnels dans cette classe de tumeurs ne sont généralement dus qu'à une gêne locale, soit par la pesanteur, soit en rendant les mouvements difficiles, et, lorsque les organes internes sont comprimés, leurs fonctions en sont localement troublées. Dans quelques régions, elles ont la propension d'exciter une congestion qui conduit volontiers à des hémorrhagies. C'est ce qui arrive lorsqu'elles siégent aux méninges, dans l'arrière-bouche, sur le col utérin. La santé générale reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

Des diverses localisations fibro-plastiques. — L'hypertrophie du centre fibroïde des papilles forme des plaques saillantes qui ressemblent au cancroïde papillaire; elles siégent de préférence à la face; leur fréquence est égale chez les deux sexes; elles se rencontrent surtout à un âge avancé. L'hypertrophie fibro-plastique du derme est diffuse ou tubéreuse, mais elle constitue toujours un mal local. L'hypertrophie des glandes lymphatiques atteint plus volontiers tout un groupe de ces ganglions qu'une glande isolée; c'est pour cela que ces tumeurs sont quelquefois très volumineuses. L'aspect glanduleux s'y rencontre souvent; leur développement est lent; les hommes y sont plus sujets que les femmes. C'est une maladie bien plus fréquente avant quarante ans qu'après. Le seul cas d'hypertrophie de la glande parotide que nous ayons observé avait mis quinze ans à se développer. L'hypertrophie fibro-plastique dans la mamelle est rarement essentielle. Elle l'est davantage dans le testicule. Les affections syphilitiques tertiaires peuvent bien produire dans cet organe une infiltration fibro-plastique, mais celle-ci est capable de se résorber. La véritable hypertrophie fibro-plastique y est tantôt le résultat d'une inflammation chronique, tantôt celui d'une altération nutritive lente et graduelle, avec production d'un tissu presque fibreux et d'autres fois plutôt fibro-gélatineux.

Les tumeurs kéloïdes sont des productions fibro-plastiques cutanées ou sous-cutanées, ayant de préférence leur siége au tronc, rarement à la tête ou sur les membres; elles sont sessiles ou pédiculées, lisses ou lobulées. C'est une affection peu douloureuse, toute locale, malgré sa disposition aux récidives après les opérations. Elles offrent quelquefois la disposition à disparaître spontanément; elles peuvent se rencontrer à tout âge; on les observe plus souvent chez l'homme que chez la femme; leur développement est très lent.

Les tumeurs fibro-plastiques profondes des parties molles ont une prédilection pour les membres, et surtout la cuisse; elles peuvent y atteindre des dimensions très considérables; elles ont une certaine disposition au développement du tissu fibro gélatineux; elles sont assez franchement locales et bien délimitées la plupart du temps. Elles sont peu disposées à l'ulcération; leur développement est pendant longtemps lent et devient ordinairement plus rapide après plusieurs années de durée. La disposition aux récidives est moins prononcée et plus tardive que pour l'ostéo-sarcome fibro-plastique et pour la kéloïde. Leur plus grande fréquence s'observe entre 30 et 50 ans. Leur durée, notée 19 fois, a été 3 fois seulement de 1 an à 18 mois, 3 autres fois jusqu'à 3 ans, et dans les 14 cas qui restent de 4 à 20 ans et au delà. L'ostéo-sarcome fibro-plastique, plus fréquent à la tête et aux maxillaires que dans d'autres parties du squelette, prend son origine du périoste, et c'est sa nature diffuse qui constitue sa principale gravité. Toutefois, il y a pour les mâchoires une différence considérable entre l'épulis fibro-plastique et celle du corps des maxillaires. La marche de l'ostéo-sarcome est plus rapide que celle de ces tumeurs pour les parties molles; l'âge de prédilection est plutôt la première moitié de la vie.

Les tumeurs des méninges, enfin, sont le type d'une maladie locale et unique dans l'économie, ne provoquant point de troubles de la santé générale. Elles sont plus fréquentes à la base qu'ailleurs; deux fois nous les avons vues se développer à la suite d'une exostose de la table interne de la boîte crânienne; leur forme arrondie est le plus souvent lobulée; le cerveau, souvent déprimé à leur niveau, même ramolli tout autour, ne fait généralement point corps avec eux. Leurs symptômes sont des troubles fonctionnels de la sensibilité, de la motilité des sens et de l'intelligence, comme du reste pour la plupart des affections cérébrales chroniques.

— M. Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux, lit un mémoire intitulé: *De la méthode à laquelle il convient d'avoir recours dans l'amputation des membres dans leur continuité.*

MM. Robert, Larrey, Michon sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

— M. Chassaignac fait un rapport sur un mémoire de M. Broca intitulé: *Des luxations dites de l'astragale.*

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Chronique et nouvelles.

Par décret impérial du 18 de ce mois, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, et vu les propositions de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Trousseau est transféré de la chaire de thérapeutique et de matière médicale de la Faculté de médecine de Paris, dans la chaire de clinique interne de ladite Faculté, vacante par suite de la démission de M. le docteur Chomel.

— M. le docteur Dupré, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être désigné par ses collègues pour aller porter au nouvel empereur les félicitations et les hommages de cette célèbre compagnie. *(Const.)*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

JDI 23 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 150. — JEUDI 23 DÉCEMBRE 1852.

N° 150. — [...]

[...]al paraît trois fois par semaine :
Ce jo[u]r LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris ; Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — Lettre à M. le professeur Bouchardat sur l'antidote des alcalis végétaux toxiques. — Académie de médecine, séance du 21 décembre. — Académie des sciences, séance du 20 décembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1852.

Séances des Académies.

Les candidats ont rarement manqué aux places, soit dans les Académies, soit ailleurs; mais ils manqueront moins que jamais peut-être à celle que l'Académie de médecine vient de déclarer vacante en ce moment dans la section d'anatomie pathologique : dans la séance d'hier, onze se sont déjà présentés, et il en est encore quelques-uns à venir, et des meilleurs. A 3 visites par candidats, c'est au moins sur 27 visites que les honorables académiciens peuvent compter. Nous en avons entendu un hier qui se livrait avec assez de tristesse à ce petit calcul. Mais si les candidats font tant de visites, n'est-ce pas la faute des juges?

L'Académie a commencé hier la série de nominations qui, chaque fin d'année, écartent pendant plusieurs séances de l'ordre du jour les travaux scientifiques. Il faut donc remettre à trois semaines les affaires sérieuses. Du reste, ce ne serait pas un temps perdu pour l'Académie que celui qu'elle consacrerait au choix d'un bon président. Celui qui descend cette année du fauteuil, comme celui qui l'avait précédé, ont donné des exemples. Dans deux ou trois discussions orageuses, M. Mêlier n'a peut-être pas montré toute la fermeté désirable; mais, au demeurant, il n'en a pas moins rempli avec une grande distinction les difficiles fonctions dont il était investi. Si un vaste savoir, une extrême affabilité et une grande finesse d'esprit sont des qualités suffisantes pour faire un bon président; l'Académie n'aura rien à regretter l'année prochaine. Mais nous savons déjà qu'à toutes ces qualités il faut joindre un peu d'énergie, quelquefois même une certaine dose de despotisme. Sous ce rapport, M. Bérard ne peut être jugé qu'à l'œuvre.

L'Académie a conservé pour l'année prochaine son exact, son dévoué, son laconique et habile secrétaire annuel; elle fera bien de garder le plus longtemps possible ce véritable trésor. Enfin, elle a semé dans le conseil de l'excellente graine de président. On voit que le temps de sa séance a été aussi bien employé qu'il pouvait l'être en l'absence de toute communication scientifique.

— L'Académie des sciences a répandu hier ses libéralités sur les travaux de médecine, qui, presque tous, sont dignes des encouragements qu'ils ont obtenus. La liste en est trop longue pour qu'il nous soit possible d'entrer ici dans des appréciations particulières.

UN COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. DEVILLE,

Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

§ IV. *Entonnoir fémorali-vasculaire.* — Il est depuis longtemps décrit en Angleterre, et beaucoup mieux maintenant par M. Gay qu'il ne l'a été par ses prédécesseurs sous le nom assez bizarre de gaîne des vaisseaux fémoraux, nom qu'on trouve déjà dans A. Cooper et depuis dans tous les écrits des anatomistes anglais. La gaîne des vaisseaux fémoraux telle que la décrivent les Anglais n'est donc pas la même chose que ce que nous désignons sous ce nom en France; il importe de bien le savoir pour ne pas faire une confusion fâcheuse en lisant les livres anglais. Conformément au langage anatomique usuel et à la réalité, nous appelons gaîne des vaisseaux fémoraux cette enveloppe aponévrotique, dépendance de l'aponévrose fémorale, qui entoure les vaisseaux fémoraux dans toute leur longueur et s'en écarte à la partie supérieure en formant un évasement en entonnoir, qui est le canal crural. En Angleterre, au contraire, on donne ce même nom à ce petit entonnoir intérieur, à cette cupule du fascia transversalis, que nous appelons avec Thomson l'entonnoir fémorali-vasculaire.

Une pareille confusion ne peut plus durer, et il est facile de démontrer que ce sont les Français qui ont raison en ceci. Une gaîne, c'est une lame qui entoure à l'extérieur un organe et qui en double les parois extérieures; personne ne le contestera. A ce point de vue, il est impossible de donner le nom de gaîne à l'entonnoir fémorali-vasculaire, qui ne touche les vaisseaux fémoraux que par son sommet tronqué inférieur, là où ces vaisseaux le traversent, et qui s'en éloigne ensuite par en haut sous forme d'entonnoir pour aller s'accoler contre le pourtour de l'anneau crural.

Historique rapide de l'entonnoir fémorali-vasculaire. — La partie postérieure en a été bien décrite par Gimbernat qui la faisait partir du ligament pubien, qu'il avait très bien vu; mais Gimbernat n'en avait pas vu la partie antérieure. A Cooper vint compléter la description, lors de sa magnifique découverte du fascia transversalis, en montrant que le fascia transversalis descendait au-dessous de l'anneau crural, sur le devant des vaisseaux fémoraux. La gaîne des vaisseaux (ou entonnoir fémorali-vasculaire) était composée, selon lui, en avant par cette partie inférieure du fascia transversalis, en arrière par une continuation du fascia iliaca, qui est le feuillet déjà décrit par Gimbernat.

M. Cloquet l'a décrit ensuite sous le nom de septum crural.

Thomson dépassa tous ses devanciers par la minutie et l'exactitude de sa description, et lui imposa le nom si juste d'entonnoir fémorali-vasculaire.

Enfin dans ces dernières années, et à la même époque, M. Gay en Angleterre, moi en France l'avons présenté sous une autre face, qui avait pointé déjà çà et là dans les écrits antérieurs, en le décrivant en entier comme la continuation pure et simple du fascia transversalis. M. Gay a imprimé, il est vrai, son exposé avant moi, mais des centaines d'élèves qui possèdent, rédigés, mes cours de pathologie externe et d'anatomie chirurgicale sont là pour attester que je l'ai toujours décrit ainsi. De plus, je crois en avoir donné une description plus complète à la fois et plus simple que ne l'a fait M. Gay.

M. Gay ne décrit pas plus que je ne le fais d'habitude tous les renforcements fibreux qui s'ajoutent à la cupule du fascia transversalis pour constituer l'entonnoir fémorali-vasculaire, et que Thomson a si minutieusement étudiés. Cependant, nous avons vu qu'il insistait sur un dédoublement antérieur de la paroi dans lequel il place le ligament de Hey, probablement avec raison, mais à notre sens sans utilité pratique; sur un faisceau fibreux placé un peu au-dessus du niveau de l'anneau crural, dans le fascia transversalis entre le ligament de Gimbernat et le bord inférieur du muscle transverse, sous le nom de *fibræ crassiores ligamenti inguinalis interni* de Hesselbach. Il appelle de plus l'attention sur d'autres fibres placées au-dessous du niveau du ligament de Hey dans l'épaisseur de la membrane qui forme la gaîne des vaisseaux (ou entonnoir fémorali-vasculaire); près du ligament de Hey, ces fibres de renforcement sont transversales comme lui et coupent transversalement en avant le collet de la hernie; plus bas, elles sont obliques en bas et en dedans. M. Gay pense qu'elles peuvent dans certains cas avoir de l'influence sur l'étranglement de la hernie, et ce ne serait pas impossible. Elles sont, du reste, très peu marquées, et il faut des sujets particuliers pour pouvoir bien les distinguer.

§ V. *Canal crural dans son ensemble.* — C'est ici surtout que M. Gay, qui l'est toujours d'ailleurs, s'est montré logique. Il accepte, comme presque tous les chirurgiens anglais (je n'ose pas encore dire tous), que l'étranglement a lieu au niveau de l'anneau crural et que, dans une large proportion

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre, 4, 9, 11, 16 et 18 décembre.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Code médical, ou *Recueil de lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France;* par M. A. AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur (1).

On peut faire des livres plus brillants par la forme et plus savants par le fond, mais il est difficile d'en faire de plus utiles que le *Code médical*. Chose singulière et presque exclusive à la profession médicale! il y a des lois, des règlements, des usages que l'élève, le professeur, le praticien heurtent à chaque pas dans leur carrière, qui régissent presque chacune de leurs actions quotidiennes, et ces lois, ces règlements, ces usages, l'élève, le praticien et même le professeur les ignorent également. Pour atténuer un peu notre ignorance à cet égard et pour être vrai en même temps, il faut ajouter que toute cette législation et réglementation médicale est dispersée dans une foule de codes, d'ordonnances, de règlements tellement confus et souvent si contradictoires, que l'élève livré à ses études, le professeur préoccupé de son enseignement et le praticien absorbé par les exigences de sa clientèle auraient bien de la peine, en y consacrant beaucoup de temps, à mettre un peu d'ordre dans ce chaos, à jeter quelque jour dans ce dédale ténébreux. Ce n'est ni un professeur ni un praticien, c'est encore moins un élève qui pouvait entreprendre cette tâche; il fallait, pour la remplir, un homme qui se fût trouvé assez souvent aux prises avec toutes les difficultés qui se présentent dans les études, dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine, qui fût en même temps assez versé dans l'administration pour pouvoir rassembler tous les éléments épars de la législation médicale, pour les comparer, les coordonner et les réunir enfin dans un véritable *Code médical*. M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine, a été cet homme. Grâce à ses laborieuses investigations, nous avons maintenant un livre dont tous les médecins, ou à peu près, et tous les élèves pourront dire ce qu'en disait il y a quelques jours un des plus savants professeurs de la Faculté : « Chaque page de ce livre m'apprend quelque chose. » Cet éloge nous dispense de tout autre; nous nous contenterons donc d'y joindre une simple analyse de l'ouvrage.

Le *Code médical* est divisé en trois parties : *études, enseignement, exercice.*

La première de ces trois parties s'adresse spécialement à l'étudiant, qui y trouvera la marche qu'il a à suivre dans ses études. Inscriptions, examens, concours pour l'externat, l'internat, l'Ecole pratique, les prix de la Faculté, etc., tout s'y trouve traité, sans en excepter les lois et règlements qui régissent l'admission et l'avancement dans le service de santé de la guerre et de la marine.

La deuxième partie renferme toutes les lois, décrets et arrêtés de l'autorité universitaire qui concernent l'enseignement, depuis les fonctions d'aide d'anatomie jusqu'à celles de professeur. Là, chaque membre du corps enseignant pourra s'instruire des devoirs qui lui sont imposés et des priviléges qui lui sont accordés.

La réorganisation de l'enseignement du Val-de-Grâce, toute récente qu'elle soit, n'a pas même été oubliée par le laborieux auteur du *Code médical*, et les médecins militaires qui se destinent à l'enseignement y trouveront tous les renseignements qui leur sont nécessaires.

La troisième partie du *Code médical* concerne les praticiens. Voici comment l'auteur résume lui-même dans sa préface cette partie importante :

« Mes relations de tous les instants avec les membres de ce corps si savant en général m'ont cependant mis à même de reconnaître à quel point ils ignorent les dispositions législatives même les plus élémentaires de leur profession. Demandez, par exemple, au médecin, docteur ou officier de santé, au moment où il reçoit son diplôme, demandez-lui, dis-je, quelle est la formalité préliminaire et indispensable qu'il doit remplir; il n'y en aura peut-être pas un sur cent qui saura qu'il faut le faire enregistrer, dans le délai d'un mois après la fixation de son domicile, au greffe du tribunal de première instance et à la préfecture ou à la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel il voudra s'établir. Cette formalité a cela d'utile cependant, qu'elle sert à former les listes officielles des individus qui seuls ont le droit d'exercer la médecine. La fraude si dangereuse et si déplorable de l'exercice illégal serait donc facilement dévoilée et prévenue si la précaution de l'enregistrement des diplômes était rigoureusement exécutée. Je cite cet exemple; j'aurais pu en citer bien d'autres pour démontrer ce qui d'ailleurs n'a pas besoin de l'être, que toutes les lois sont utiles à connaître et bonnes à exécuter. C'est pour cela que j'ai recueilli avec le plus grand soin toutes celles qui concernent la profession : j'ose me flatter de n'en avoir omis aucune, et la simple lecture de la table des matières qui suivra cet ouvrage pourrait suffire pour appuyer cette assertion?

» Cela veut-il dire que je me suis borné à collectionner avec plus ou moins d'exactitude tous les actes de l'autorité qui régissent l'exercice de la médecine? Non.

» Mon travail se recommande encore et peut-être plus particulièrement par le soin que j'ai pris de donner la forme d'un article de loi à tout ce qui, sans être la loi elle-même, est cependant consacré comme tel par l'expérience du temps et la force de l'usage, dans chacune des trois parties qu'il renferme.

» Pour donner à ce travail toute l'autorité qu'il doit avoir, il fallait pouvoir l'appuyer sur une longue habitude de l'administration. J'invoque à cet égard, et j'offre sans aucune hésitation, la garantie de mes trente années de service. »

Le plan qu'indique M. Amette dans ce paragraphe a été parfaitement rempli, il faut même dire outrepassé, car, dans plusieurs cas où le point légal pouvait être litigieux, l'auteur a cherché à éclairer le texte par une discussion sage et des exemples bien choisis.

Si l'on ajoute qu'à tous ces mérites le *Code médical* réunit celui d'être d'une extrême concision, par conséquent d'être peu volumineux et d'un prix peu élevé, on aura à peu près énuméré toutes les conditions qui assurent le succès d'un livre; aussi n'hésitons-nous pas à en prédire un complet au *Code médical*.

(1) A Paris, chez l'auteur, à l'Ecole de médecine, et chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

de cas, le ligament de Hey est l'agent principal de la constriction. En homme logique, et se servant des détails anatomiques qu'il avait si bien décrits, il a dû imaginer un *canal crural* tel que personne ne l'avait encore vu, mais qui du moins correspond à l'idée posée d'avance d'un étranglement possible au niveau de l'anneau crural. Les autres chirurgiens qui admettent avec lui la possibilité de cet étranglement n'y ont vraiment pas réfléchi lorsqu'ils ont parlé d'étranglement par cet anneau limité en avant par le ligament de Gimbernat, en arrière par le ligament pubien, en dehors par le fascia iliaca. Cet anneau ainsi limité ne peut pas étrangler; il est trop grand; M. Gay est trop bon anatomiste pour ne pas l'avoir aperçu. Aussi M. Gay a-t-il cherché à décrire dans ce grand anneau ou ouverture fémorale un anneau plus petit, qui est pour lui le vrai anneau crural; puis, au-dessous, il a créé un canal crural tout particulier correspondant. Eh bien! l'anneau crural tel que l'accepte M. Gay n'existe pas; son canal crural est presque une fiction; et, si nous arrivons à le démontrer, M. Gay, pour continuer à admettre que la cause principale de l'étranglement dans les hernies crurales réside dans le ligament de Hey, devra revenir comme les autres à l'impossibilité de l'étranglement par le grand anneau crural.

Voici comment M. Gay est arrivé à créer son espèce de canal crural.

Nous avons vu que les vaisseaux fémoraux, dans le canal crural, sont entourés par un tissu cellulaire fibreux et peu ou pas graisseux, dont quelques anatomistes se sont amusés à faire deux cloisons, une entre l'artère et la veine, et une en dedans de la veine entre elle et les lymphatiques; et nous avons à peine tenu compte de cette innocente fantaisie. M. Gay pousse la chose plus loin: il insiste sur ces cloisons, il leur donne grande importance et prétend les trouver distinctes jusque dans la cupule de l'entonnoir fémorali-vasculaire. La gaîne des vaisseaux fémoraux, dit-il (nous savons que c'est la même chose que l'entonnoir fémorali-vasculaire, ce que les descriptions et les planches de M. Gay mettent hors de doute), est divisée par ces deux cloisons en trois gaînes secondaires ou compartiments, une externe pour l'artère, une moyenne pour la veine et une interne pour les lymphatiques; il insiste sur l'examen de chacun de ces compartiments, sur leur direction oblique en bas et en dedans et sur leur volume relatif. Le compartiment interne, le plus petit, renfermant un peu de tissu cellulaire délié dans lequel sont groupés les lymphatiques, porte seul le nom de *canal crural*. Le ligament falciformé et le fascia cribriformis, considérés par tout le monde jusqu'ici comme constituant la paroi antérieure du canal crural, ne sont plus tels pour M. Gay: ils forment une couche qui est placée seulement au-devant de la paroi antérieure de son canal crural, qui est constituée seulement par la gaîne des vaisseaux. Rien ne manque à la description de ce nouveau canal: ouverture supérieure, parois, ouverture inférieure.

Ouverture supérieure. — Cet anneau crural nouveau est formé: en avant, par la partie externe du tiers interne du ligament de Gimbernat, et la portion du ligament de Hey qui la double; en arrière, par le ligament pubien; en dehors, par le septum pubien de la veine, par la cloison interne qui sépare la veine des lymphatiques. La constriction, dans l'étranglement d'une hernie crurale, est le plus généralement occasionnée par l'inextensibilité de ces ligaments ou tissu fibreux; il faut ajouter que le resserrement peut être augmenté dans sa force par la résistance des parties environnantes, qu'il peut devenir nécessaire de diviser.

Parois. — En avant et en arrière, la paroi même de l'entonnoir fémorali-vasculaire; en dehors, la cloison interne de la veine.

Ouverture inférieure. — L'un des trous, le plus grand, le premier au-dessous du ligament de Gimbernat, dont est percée la paroi de l'entonnoir fémorali-vasculaire, pour le passage des lymphatiques.

Hernies. — La hernie crurale est incomplète tant qu'elle est logée dans le canal crural; elle est complète quand elle en a franchi l'ouverture inférieure. Mais ici M. Gay se trouve embarrassé. D'après cela, une hernie crurale serait complète lorsqu'elle serait arrivée entre l'entonnoir fémorali-vasculaire et le fascia cribriformis; mais cet espace est très petit; mais il a dû être annihilé par la pression de la hernie incomplète qui a existé longtemps avant et a dû refouler l'entonnoir fémorali-vasculaire contre le fascia cribriforme; mais ce dernier fascia est bien autrement résistant que la paroi de l'entonnoir. N'importe, M. Gay n'en tient compte; il faut bien trouver un moyen quelconque de prouver que le ligament de Hey peut étrangler une hernie crurale. Il a d'ailleurs pris ses précautions d'avance; en traitant du fascia cribriformis, il en a parlé comme de quelque chose accessoire et non comme la continuation directe de l'aponévrose fémorale; dans le cas de hernie, a-t-il dit, le fascia cribriformis cède au-devant d'elle, et forme à la hernie une enveloppe immédiatement devant le fascia propria avec lequel elle est confondue, bien qu'elle soit le plus souvent distincte.

Voilà la systématisation erronée à laquelle M. Gay s'est laissé entraîner, après avoir si bien disséqué les détails du canal crural et les avoir décrits d'une manière si exemplaire. M. Gay est parti d'une idée erronée qui est reçue comme vraie en Angleterre, c'est que le ligament de Hey peut étrangler une hernie crurale. Parti de cette idée erronée, il a voulu être logique jusqu'au bout, et est tombé dans une systématisation erronée. Quelques mots vont suffire pour démontrer l'erreur.

Les esprits qui ne sont pas logiques ne comprendront pas comment M. Gay, même en partant de l'erreur au sujet du ligament de Hey, a pu arriver à créer un pareil canal crural tout à fait distinct et si différent de celui que tout le monde décrit. S'il faut restreindre le nom de canal crural au compartiment interne seul de l'entonnoir fémorali-vasculaire, ces hernies-là seules devront porter le nom de crurales qui passeront par ce petit compartiment. Mais alors quel nom faudra-t-il donner à ces hernies qui passent, non en dedans, mais juste en avant de la veine fémorale, qui passent par le compartiment de la veine, pour emprunter le langage de M. Gay, et dont il cite lui-même un exemple emprunté à M. Lawrence? Quel nom surtout faudra-t-il donner à ce que tout le monde, sans exception, appelle jusqu'à présent hernies crurales externes, et qui se font en dehors de l'artère fémorale? M. Gay a oublié de le dire. Cependant les hernies crurales externes l'embarrassent un peu, et il en atténue l'importance. M. Macilwain, dit-il, n'en a trouvé que six cas dans le relevé de la masse des faits de la Société des bandages de Londres dressé par M. Taunton, et les explique par quelques imperfections dans la structure du ligament de Poupart. M. Lawrence, ajoute-t-il, a émis des doutes sur leur nature, et s'est demandé si ce n'étaient pas de simples déviations de la hernie ordinaire, vu qu'on ne les a pas vérifiées par l'autopsie. Pardon, monsieur Gay; mais les hernies crurales externes existent et bien marquées, toutes rares qu'elles soient; et l'on ne peut pas invoquer contre elles l'opinion de M. Lawrence. M. Lawrence a écrit le passage mentionné il y a longtemps, alors que la démonstration anatomique n'était pas faite en effet; aujourd'hui M. Lawrence ne parlerait plus ainsi, bien certainement. La hernie crurale externe a été signalée par Arnaud sans démonstration, et repoussée, niée par M. Manec, par exemple, pendant longtemps. Elle a été vue ensuite par A. Cooper, par M. J. Cloquet, par Thomson, par M. Velpeau. M. Demeaux en a longtemps montré à nous tous, à l'École pratique, deux cas bien autrement curieux; dans chacun d'eux, il y avait à la fois hernie crurale externe et hernie crurale interne; la distance entre les deux ouvertures herniaires, du côté de l'abdomen, était d'un pouce dans un cas et de huit lignes dans l'autre. (V. la *Thèse inaugurale* de M. Demeaux.)

Pour en arriver à créer un pareil canal crural, M. Gay a dû se faire un raisonnement de ce genre: Tous les chirurgiens, ou à peu près, disent que l'étranglement se fait d'habitude à l'anneau crural, et que l'agent principal de l'étranglement est le ligament de Gimbernat; les chirurgiens anglais en particulier ont dit, avec plus de raison, que l'étranglement à l'anneau doit être produit par le ligament de Hey. Mais si l'on examine ce qu'on entend généralement par anneau crural, il suffit d'un coup d'œil pour constater qu'il est trop grand pour pouvoir étrangler l'intestin. Si donc, comme on le prétend, l'étranglement est à ce niveau et est produit par le ligament de Hey, il faut nécessairement qu'il y ait dans le grand anneau crural un anneau plus petit pour pouvoir étrangler. D'autre part, la hernie crurale est presque toujours placée en dedans de la veine, et des anatomistes ont décrit là une cloison qui sépare la veine des lymphatiques. Donnons donc le nom de canal crural à ce lieu seul qu'occupe d'habitude la hernie, à cette partie interne du canal crural, à ce compartiment interne destiné aux lymphatiques; alors l'ouverture supérieure de ce compartiment sera assez étroite pour pouvoir étrangler un intestin, et le ligament de Hey continuera à jouir de ses droits.

Il n'y a qu'un tout petit malheur à tout cela; c'est que les prétendues cloisons n'existent pas, que l'ouverture supérieure du compartiment interne n'existe pas, et que par suite, comme nous l'avons dit pour d'autres raisons, le ligament de Hey, pas plus que le ligament de Gimbernat, n'étrangle pas.

Les cloisons n'existent pas. Nous avons dit, en effet, que les vaisseaux fémoraux, dans le canal crural, sont entourés par une couche informe de tissu cellulaire un peu fibreux, dans lequel on peut s'amuser à tailler avec le scalpel de prétendues cloisons. Mais il n'y a pas là une lame aponévrotique tendue de la paroi antérieure du canal crural à sa partie postérieure et le divisant en compartiments. Ceci est incontestable au-dessous de l'entonnoir fémorali-vasculaire. C'est encore bien plus clair au-dessus, dans la cupule de l'entonnoir, dont la partie interne serait seule le canal crural pour M. Gay; il y a encore moins ici de cloison aponévrotique allant de la partie antérieure à la partie postérieure de la cupule. S'il y avait des cloisons, comment se termineraient-elles donc par en haut, vers l'abdomen, surtout sur le plan antérieur aux vaisseaux fémoraux? M. Gay a oublié de l'exposer, et pour bonne raison; c'est qu'il serait très embarrassé de le dire.

L'ouverture supérieure du compartiment interne n'existe pas. C'est tout simple; puisqu'il n'y a pas de compartiment isolé et distinct. Cependant nous devons en dire quelques mots, parce qu'il y a là parfois une disposition qui pourrait tromper. Lorsque le ganglion lymphatique qui est dans l'ouverture crurale en dedans de la veine est un peu développé, le tissu cellulaire qui l'entoure (pur tissu cellulaire qui remplit toute la cupule de l'entonnoir fémorali-vasculaire) se tasse, prend un peu plus de consistance et pourrait simuler des dispositions aponévrotiques. Il suffit d'en être prévenu.

Cela a déjà été dit plus haut, et doit être répété pour terminer ce paragraphe, l'anneau crural est énorme et ne peut pas étrangler; dans son intérieur, il n'y a aucune disposition aponévrotique qui le subdivise, et pas plus le ligament de Hey que le ligament de Gimbernat, ni qu'aucune autre de ses parties constituantes, ne peut être l'agent de l'étranglement.

Il est probable, par conséquent, que M. Gay ne trouvera pas beaucoup d'adhérents pour son nouveau canal crural, pure conception théorique.

§ VI. *Septum crural.* — M. Gay, que nous n'avons encore trouvé en défaut sur aucun détail, et dont la systématisation seule a prêté le flanc à la discussion, a accepté ici une erreur; mais il est en bonne compagnie en cela, puisque le plus grand nombre des anatomistes récents en a dit autant. Par confiance dans l'autorité du nom de M. J. Cloquet, dont l'opinion avait été mal comprise, M. Gay, comme les autres, surajoute au-dessus de l'entonnoir fémorali-vasculaire une lame de tissu aréolaire qui, chez certains sujets, prend un caractère lamineux, et s'étend sur l'anneau crural en adhérant à ses bords. C'est, dit M. Gay, le septum crural. A coup sûr, ce n'est pas le septum crural de avons assez expliqué ceci pour n'avoir pa. J. Cloquet. Nous

Ce prétendu septum crural supérieur e. esoin d'y revenir. pendant M. Gay dit qu'il peut étrangler, e une fiction. Ce- cas sur un sujet à Free hospital. Il y avait u il en a vu un fascia propria, et le collet du sac était ceint etit sac sans par l'ouverture du septum crural à travers laq troitement descendait dans le canal crural, que si une anse le ce sac eût passé par là, il n'y avait pas de doute qu'elle stinale étranglée. Un peu plus loin, il cite un autre fait assez t été gue rapporté par M. Luke daus un excellent mémoire lo- blié dans *Med. Gaz.*, XXVIII[e] vol., p. 864. M. Luke dit dans un cas le siége de l'étranglement était au-dessus ligament de Poupart, produit par une bande transversale de fibres qui croisait l'entrée de l'entonnoir par lequel la hernie sortait de l'abdomen.

Ces deux faits ne sont pas assez détaillés pour pouvoir les juger d'une manière absolue; néanmoins, il y a tout lieu de supposer que ce sont tout simplement des exemples de hernies à travers les fibres du ligament de Gimbernat, analogues à celles signalées par MM. Laugier, Cruveilhier et Demeaux.

Les couches décrites par M. Gay au niveau du canal crural, pour aller de la peau à la cavité abdominale, seraient donc:

1° La peau;

2° Le tissu cellulaire sous-cutané;

3° Le ligament falciforme, ou, plus en dedans, le fascia cribriformis, que M. Gay appelle aussi quelque part gaîne de la veine saphène;

4° Le reploiement postérieur du ligament falciforme;

5° La gaîne des vaisseaux (entonnoir fémorali-vasculaire);

6° Le septum crural;

7° Le tissu cellulaire sous-péritonéal;

8° Le péritoine.

Il y a là deux couches de trop: la quatrième, que nous avons vue n'être qu'une dépendance de la paroi de l'entonnoir fémorali-vasculaire; la sixième, puisque ce septum crural est une fiction. Otons ces deux couches, et nous serons complètement d'accord avec M. Gay.

Nous sommes maintenant en état de suivre le tableau que donne M. Gay de toutes les causes possibles d'étranglement que la hernie rencontre, suivant lui, dans son trajet à travers les tissus fibreux. Il n'est plus question que des anneaux fibreux; car la question de l'étranglement peu commun par le collet du sac dans les hernies crurales a été citée à part, avec mention des faits authentiques à l'appui, à partir de celui si curieux de Ledran. Les agents fibreux qui peuvent étrangler une hernie crurale, selon M. Gay et la plupart des chirurgiens anglais, sont:

1° La bande de fibres transversales qui renforcent la paroi antérieure de l'entonnoir fémorali-vasculaire;

2° L'anneau crural par le ligament de Gimbernat, mais médiatement seulement;

3° Le ligament de Hey;

4° Peut-être le trou de l'entonnoir fémorali-vasculaire, par lequel passent les lymphatiques;

5° Le bord du ligament falciforme et de son prolongement surtout, comme l'acceptent Guthrie, A. Cooper, Allan, Burns, M. Lawrence;

6° Le fascia cribriformis peut-être;

7° Le septum crural;

8° Un trou de la face postérieure de la gaîne vers le pectiné, comme dans le cas bizarre mentionné en commençant de M. J. Cloquet.

Nous n'acceptons pas, dans l'école qui a suivi Thomson et M. Malgaigne, une telle complication d'agents. Nous ne citons que par exception, comme il l'est en effet, le cas bizarre de M. Cloquet; nous réservons le cas peu probable et non démontré de l'étranglement par un des trous de l'entonnoir fémorali-vasculaire, et la question plus probable du renforcement que cet entonnoir apporte au fascia cribriformis en s'accolant à lui. Cela fait, nous trouvons comme seules causes d'étranglement, outre les cas peu communs d'étranglement par le collet du sac, deux anneaux fibreux seulement:

1° En haut, un éraillement du ligament de Gimbernat, dans les cas rares de hernies analogues à celle décrite par M. Laugier;

2° Dans la grande majorité des cas, l'un des trous du fascia cribriformis. Le trou qui étrangle peut se trouver auprès du ligament de Gimbernat en haut, auprès du bord du ligament falciforme en dehors; mais ce ne sont alors ni le ligament de Gimbernat, ni le ligament falciforme qui sont les agents principaux de l'étranglement.

Maintenant, ne peut-il pas se trouver, par accident, au niveau de l'anneau crural, des dispositions pathologiques, des adhérences anormales, par exemple, qui reportent en ce point le siége de la constriction? Dans cet ordre de faits tout est possible. Mais ce n'est plus de l'anatomie normale, ce doit être excessivement rare, si cela peut exister réellement; et en tout cas ça ne peut pas être prévu.

Qu'on ne croie pas que nous ayons analysé, dans ce qui précède, tout l'ouvrage de M. Gay. Il y a sur le fascia transversalis et son historique, sur les causes de la mortalité dans les opérations de la hernie étranglée, et sur une foule d'autres détails, des renseignements historiques, anatomiques, pathologiques et statistiques du plus grand intérêt. Nous avons analysé seulement la partie importante, celle qui a rapport aux aponévroses du canal crural, telles qu'on les entend en Angleterre.

TROISIÈME PARTIE. — *Procédé nouveau conseillé par M. Gay pour l'opération de la hernie étranglée.*

Cette nouvelle méthode, de M. Gay, est, je crois, plus simple et plus sûre que les procédés suivis jusqu'à présent. Le principe peut en être appliqué au soulagement, non-seulement de la hernie fémorale, mais à toutes les autres espèces

...glées extérieures. Ce principe est le suivant : de hernies étra... de l'anneau qui étrangle, quand il est externe gagner le siége... ne petite incision faite à travers des tissus sains, au sac, par u... telle position, que la masse herniaire ne puisse et dans une... lessée ; et pour se tenir à distance de la tumeur pas être l..., inciser les tissus sains le plus loin possible de la herniaire... tumeur...

Po... r pouvoir apprécier cette méthode, exposons d'abord les temps de l'opération appliquée aux hernies crurales ...anglées. Nous dirons ensuite quelques mots de son application aux autres hernies.

M. Gay commence d'abord par poser en principe que son procédé est applicable à tous les cas d'étranglement du sac. Cependant, comme il n'y a pas toujours certitude que l'étranglement soit extérieur au sac, on peut l'employer aussi dans tous les cas sans exception, sauf, si l'étranglement est au collet du sac, à ouvrir le sac ultérieurement. Il expose ensuite d'une manière très pratique et très juste les soins préliminaires, les tentatives de réduction que l'on doit employer avant d'en venir à l'opération ; puis, l'opération décidée, il la décrit en trois temps.

Premier temps. — Tirez deux lignes imaginaires du point placé directement au-dessus du côté interne du collet de la tumeur : l'une de ces lignes se dirige sur l'épine du pubis ; l'autre longe le côté interne de la tumeur. Dans le milieu de l'angle ainsi dessiné, à égale distance des deux lignes, faites la première incision, qui doit avoir une étendue d'un pouce seulement, ou à peine plus. On divise la peau et le tissu cellulaire.

Deuxième temps. — L'indicateur d'une des mains, celle qui ne devra pas tenir le bistouri, entre dans la plaie et longe le côté interne de la tumeur jusqu'à son collet. Si quelques lames des fascia occupant la fosse fémorale gênaient le passage, elles seraient divisées.

Troisième temps. — L'extrémité mousse d'un bistouri caché dans une gaîne, dirigée par le bout du doigt resté dans la plaie, est introduite à travers le fascia cribriformis dans l'une des ouvertures qui la laissent plus aisément entrer. On la porte alors en haut, le long du canal jusqu'à l'anneau où d'habitude il rencontre une résistance, parce que là est le siége du resserrement. Avec un peu d'augmentation dans la force avec laquelle on presse sur le bistouri, et une douce compression avec le bout du doigt sur la partie interne de la tumeur, l'extrémité du bistouri peut être insinuée entre le sac et la partie interne de l'anneau fémoral. Le bord tranchant du bistouri est alors dirigé vers le pubis, et en poussant la lame, l'anneau qui resserre est effectivement divisé. Si néanmoins le chirurgien voulait inciser en avant, il le pourrait aussi bien, soit avant, soit après.

Si, après avoir passé par le fascia cribriformis, on écarte un peu trop l'extrémité du bistouri de la hernie, on pourrait glisser entre la gaîne (entonnoir fémorali-vasculaire) et la lame profonde du ligament falciforme, ou bien plus haut, entre le ligament de Hey et le ligament de Gimbernat ; la division serait faite alors en dehors de la gaîne (entonnoir), et n'aurait pas porté sur la cause immédiate du resserrement. La tumeur dans ce cas ne rentre pas ; il faut réintroduire plus soigneusement le bistouri derrière les fibres qui resserrent encore, et en pressant sur la tumeur juste au-dessous du rétrécissement, pour l'écarter un peu. Dans ces cas, l'attention du chirurgien peut être appelée sur le septum crural.

Si l'étranglement persistait encore, il faudrait, après tout, agrandir la plaie, et voir si la cause n'en serait pas dans le collet du sac lui-même.

Si l'étranglement était au fascia cribriformis, on le verrait tout d'abord.

Le bistouri à gaîne fabriqué par le coutelier Fergusson est très aisé à introduire, parce que le bec ou extrémité en est aplati transversalement à son bord.

A côté de cette opération, et avant d'en exposer les avantages et les inconvénients, disons en quelques mots comment de notre côté nous entendons l'opération de la hernie crurale étranglée, d'après les notions que nous avons données sur notre manière de comprendre l'étranglement. Rappelons, par conséquent, que pour nous l'étranglement est produit, dans la grande majorité des cas, par le pourtour de l'un des trous du fascia cribriformis, très rarement par le collet du sac, et plus rarement encore par un éraillement du ligament de Gimbernat. Nous n'avons pas besoin ici de nous préoccuper de la possibilité de l'étranglement par un des trous de l'entonnoir fémorali-vasculaire ; car en supposant cette possibilité réelle, l'opération serait à très peu de chose près la même que pour le cas d'étranglement par le fascia cribriformis.

L'opération pour nous va donc consister à diviser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de manière à atteindre aisément le fascia cribriformis. Celui-ci étant à découvert, nous suivrons le conseil de J.-L. Petit, c'est-à-dire que dans presque aucun des cas, dès l'abord, nous n'ouvrirons le sac herniaire. Nous chercherons seulement à inciser dans l'étendue d'un centimètre la circonférence du trou du fascia cribriformis qui étrangle. Dès que cette incision sera faite, le plus souvent il sera aisé de réduire la hernie. Si la hernie ne rentre pas aisément, nous ne presserons pas sur elle avec force, nous méfiant de la possibilité d'une réduction en masse. Nous regarderons s'il ne resterait pas à l'extérieur du sac, s'il ne resterait pas au niveau du point étranglé quelques fibres que le bistouri n'aurait pas divisées, et que l'on inciserait. La hernie persistant, ce qui sera très exceptionnel à coup sûr, cela tient à ce qu'elle est étranglée par le collet du sac, ou par un éraillement du ligament de Gimbernat. Peut-être dans ce dernier cas pourrait-on se dispenser encore d'ouvrir le sac herniaire, et aller chercher par en haut l'anneau fibreux qui étrangle, pour le diviser ; cependant, comme le chirurgien ne possède aucun élément précis et absolu de diagnostic entre ces deux formes rares d'étranglement, il ne paraît pas prudent d'aller faire ainsi des dégâts, des décollements qui pourraient être inutiles.

Si, par conséquent, après l'incision du trou du fascia cribriformis par lequel passe la hernie, la hernie poussée par des pressions douces et modérées ne rentre pas, le chirurgien doit en tout cas ouvrir le sac herniaire, d'autant plus que l'étranglement peut être levé, et des adhérences intérieures seules empêcher la réduction. Le sac une fois ouvert, et si c'est réellement l'étranglement qui persiste, à quelque cause qu'il soit dû, on glisse le bec de la sonde cannelée sur la face antérieure du viscère hernié, entre lui et l'agent de l'étranglement, ou mieux entre lui et le collet du sac, et l'on divise ce dernier obstacle.

Notre appareil instrumental est fort simple et toujours à la disposition du chirurgien : un bistouri droit ordinaire, des pinces et une sonde cannelée un peu flexible.

Le lieu où nous allons pratiquer l'incision extérieure n'est pas indifférent. Nous posons pour règle que cette incision doit pouvoir suffire à tous les cas, prévus ou imprévus, et être disposée dès l'abord de telle sorte, qu'elle ne doive en aucun cas être modifiée ultérieurement, ou que très peu. Cette condition sera remplie parfaitement par une incision simple (on a fini à juste titre par abandonner toutes les incisions composées) partant du milieu de la longueur du ligament de Gimbernat ou un peu au-dessus, et descendant verticalement ou un peu obliquement en dedans et en bas dans une longueur d'un pouce et demi à deux pouces, et même plus sur des sujets très gras, sur la surface antérieure de la tumeur herniaire. Cette incision découvre très bien le haut du fascia cribriformis. Elle rend très facile l'ouverture du sac quand celle-ci devient nécessaire. Elle permet d'atteindre aussi haut qu'on peut le désirer ; elle répond en outre à d'autres indications, qu'il serait trop long d'exposer ici. On divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le seul inconvénient de cette manière d'opérer est d'exposer à quelques difficultés dans certains cas, lorsqu'on est arrivé aux couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané, pour les bien distinguer du sac.

Le fascia cribriformis étant à découvert, et le trou par lequel passe la hernie étant constaté, dans quel sens allons-nous l'inciser ? En théorie, il est évident qu'on peut l'inciser dans un sens quelconque, suivant la fantaisie qui a pu se loger dans la tête du chirurgien, et ceci explique pourquoi l'un a vanté l'incision en haut et en dehors, l'autre l'incision en haut et en avant ; l'autre l'incision en avant et en dedans, l'autre l'incision en dedans, parce qu'en effet tout ceci est assez indifférent. Pour peu donc qu'un chirurgien s'attache obstinément à l'une quelconque de ces directions, on peut sans inconvénient le laisser paisible admirateur de son opinion. Cependant, et sans y attacher une bien grande valeur, nous donnons la préférence à l'incision en haut et en dehors, parallèlement ou à peu près au ligament de Fallope, et cela pour deux raisons :

1° C'est l'incision la plus commode à faire, tellement que même ses adversaires l'emploient souvent d'une manière instinctive ;

2° Elle ne porte que sur le fascia cribriformis ou atteint tout au plus un peu le ligament falciforme, tandis que toutes les autres incisions portent en même temps plus ou moins sur le ligament de Gimbernat, et malgré que le danger d'atteindre les artères voisines normales ou anormales ait été bien exagéré, elles exposent à se rapprocher des artères et à courir des dangers qui sont impossibles, et dont par conséquent on n'a pas à se préoccuper, lorsqu'on incise seulement le fascia cribriformis en se dirigeant en haut et en dehors.

Quant à la manière de diviser cet anneau fibreux, elle est bien connue. On introduit entre son pourtour et la hernie la sonde cannelée, sur laquelle on le divise. Si l'introduction de la sonde cannelée est trop difficile, on incise l'anneau à petits coups avec la pointe du bistouri, de la profondeur vers la surface, ou de la surface vers la profondeur, à volonté, le long de l'extrémité de l'ongle d'un des doigts indicateurs, dont le pulpe repousse un peu par pression et protége la hernie.

Comme nous ne cherchons à poser ici que des indications générales, nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur cette opération, non plus que sur la conduite ultérieure du chirurgien lorsqu'il doit ouvrir le sac.

(*La fin à un prochain numéro.*)

LETTRE A M. LE PROFESSEUR BOUCHARDAT

sur l'antidote des alcalis végétaux toxiques.

Par M. J.-B. Caventou.

« Mon cher confrère,

» Ce dernier numéro de votre excellent *Répertoire de pharmacie* (novembre 1852) fait connaître (p. 158) un cas d'empoisonnement par la teinture de colchique (*colchicum autumnale*) dû à une méprise d'autant plus déplorable qu'elle a été suivie de mort. Le docteur Broeckx, qui rapporte cette observation et qui a donné les derniers soins au malheureux malade, dit qu'appelé sept heures après l'empoisonnement, et malgré les selles et les vomissements nombreux qu'avait subis le malade, et qui auraient dû expulser la plus grande partie du poison ingéré, il jugea néanmoins utile d'avoir recours à l'eau iodée, parce qu'une certaine quantité de poison ingéré aurait pu se trouver encore dans le canal intestinal, et parce que cet antidote, ajoute-t-il, *est conseillé* dans tous les empoisonnements par les alcalis végétaux ou par des substances qui les renferment. A ce sujet, vous dites en note, p. 161 : « C'est la solution d'iode dans l'iodure de potassium » qu'on administre dans les cas d'empoisonnement par les » alcalis végétaux ; il se forme alors des iodures d'iodhydra- » tes d'alcalis végétaux insolubles, comme je l'ai établi dans » mon *Mémoire* sur les iodures d'iodhydrates d'alcalis végé- » taux, imprimé dans mon *Annuaire de thérapeutique* pour » 1842. »

» C'est pour ébranler, sinon détruire peut-être votre confiance et celle des praticiens dans une telle médication que j'ai cru devoir vous adresser cette lettre, dont vous ne suspecterez point la source et que vous recueillerez, je n'en doute pas, avec cette sincérité et cette foi scientifique que je vous connais.

» Dans le fait rapporté par le docteur Broeckx, il s'était écoulé un temps si considérable depuis l'ingestion du poison qu'une partie suffisante avait sans doute été absorbée pour produire la mort, et dès lors l'application de l'antidote devait rester sans aucune efficacité, comme en effet cela est arrivé ; mais, en admettant que le docteur Broeckx eût été appelé à temps et qu'il eût immédiatement appliqué l'antidote iodé, eût-il neutralisé le poison et enrayé l'empoisonnement ? C'est ce dont je doute fort d'après des expériences comparatives faites à diverses reprises sous les yeux des élèves qui suivent mon cours de toxicologie à l'École de pharmacie.

» Le réactif antidotique, mêlé aux liquides organiques de l'estomac, conserve-t-il l'énergie chimique qu'il possède lorsqu'on le verse dans la dissolution aqueuse pure d'un sel à base d'alcali végétal ? J'oserais d'autant moins l'affirmer qu'ayant empoisonné des chiens avec un sel de strychnine et leur ayant administré presque immédiatement le remède ioduré, ils n'en sont pas moins morts au bout de dix à quinze minutes.

» Je comprends à la rigueur que l'ingestion du réactif ioduré faite à temps puisse diminuer les chances de l'absorption du poison, et que, les vomissements aidant à son expulsion, on puisse sauver peut-être le malade ; mais alors dans cette incertitude pourquoi ne point préférer un antidote à action chimique plus sûre, toutes choses égales d'ailleurs, et dont j'ai signalé l'emploi thérapeutique depuis plus de vingt ans dans mes cours d'après des travaux antérieurs sur les alcalis végétaux et qui me sont communs avec Pelletier ?

» Je veux parler de la teinture aqueuse de noix de galle : nous avions remarqué que tous les alcalis végétaux donnaient par ce réactif un précipité abondant à base d'alcaloïde pur ou point soluble dans l'eau, et, me fondant sur ce fait tout chimique, j'en avais conclu qu'on en pourrait faire une application utile dans la thérapeutique des empoisonnements par les alcaloïdes toxiques ou les composés qui les renferment : en effet, des chiens soumis à l'action de ces poisons, et qui seraient morts indubitablement abandonnés à eux-mêmes, étaient sauvés par l'ingestion de l'antidote lorsque les vomissements venaient en aide, et dans tous les cas la mort était notablement retardée.

» Me citerai-je aussi comme exemple ? J'étais jeune alors, car c'était en 1816, époque à laquelle Pelletier et Magendie publiaient leur travail sur l'ipécacuanha auquel j'avais concouru, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes dans leur mémoire (*Annales de physique et de chimie*, t. IV) : j'avalais de l'émétine, qui n'était alors qu'un extrait alcoolique d'ipécacuanha privé de matières grasses (émétine du *Codex medicamentorum* de 1818), en proportion capable de provoquer de nombreux vomissements, et, au moment où ceux-ci allaient se produire, je me faisais en quelque sorte un jeu de les arrêter immédiatement par l'ingestion de la teinture aqueuse de noix de galle, parce que nous avions reconnu que le principe actif de l'ipécacuanha était complétement précipité par ce réactif.

» Il est vrai que cet antidote présente un inconvénient ; c'est que le précipité qu'il produit avec les alcaloïdes se redissout dans un excès de précipitant ; et cependant, malgré cet inconvénient, qu'il partage du reste avec l'albumine par rapport au sublimé corrosif, M. Orfila, si compétent en pareille matière, ne regarde pas moins qu'il est avantageux de faire usage de la décoction de noix de galle dès les premiers temps de l'empoisonnement par l'opium, puisqu'il est reconnu qu'elle atténue l'action de celui-ci. (*Traité de toxicologie*, t. II, p. 278). Or ceci peut s'appliquer à tous les composés d'alcaloïdes qui présentent la même propriété.

» Depuis cette époque, un excellent travail chimique a été publié sur la noix de galle, c'est celui de Pelouze ; il a prouvé que le principe astringent de la noix de galle était un acide particulier qu'il a dénommé *acide tannique*, et il a fait voir que c'est à cet acide qu'il faut rapporter la propriété importante qu'a la teinture aqueuse de noix de galle de précipiter tous les alcalis végétaux de leur dissolution dans l'eau ; et comme ces tannates organiques ne se redissolvent pas sensiblement dans un excès d'acide tannique, il est évident que si la décoction de noix de galle jouit d'une propriété contraire, cela tient à une matière brune qui accompagne ordinairement l'acide tannique dans ce produit végétal, et qui se dissout dans l'eau en même temps que lui : or, ce fait étant bien établi par l'expérience chimique, il ne suffisait donc plus, pour donner à l'antidote gallique toute la puissance possible, que de limiter son emploi à l'acide tannique pur.

» Aussi est-ce avec l'acide tannique dissous dans l'eau que j'ai expérimenté, comparativement avec la teinture d'iodure de potassium iodurée, sur des chiens que j'avais empoisonnés avec de la strychnine dissoute à l'état de sel ; et je puis vous assurer que les chiens soumis à l'antidote ioduré étaient déjà morts alors que les autres ne manifestaient pas encore la plus petite secousse tétanique. La conséquence à tirer sur la préférence à donner à l'un de ces antidotes sur l'autre, dans un cas d'empoisonnement, ne peut donc être douteuse.

» Telles sont, mon cher confrère, les réflexions que m'a suggérées l'observation d'empoisonnement par le colchique publiée par le docteur Broeckx ; si vous jugiez comme moi que leur publication soit de quelque utilité, je vous autorise à les insérer dans votre *Répertoire de pharmacie*.

» Paris, 26 novembre 1852. »

(*Répertoire de pharmacie.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 décembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la

commune de Grancey, par M. Causard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châtillon (Côte-d'Or);

2° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loyat, par M. Houeix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploërmel (Morbihan);

3° Plusieurs échantillons de remèdes secrets;

4° Envoi par M. le préfet de police du relevé de la mortalité cholérique pendant l'année 1849.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hépatite.

M. Dutrouleau, médecin en chef du service colonial de la marine, adresse un mémoire fort étendu sur l'hépatite des pays chauds. Il nous est impossible de donner l'analyse de ce volumineux travail.

Thérapeutique générale.

M. F. Jacquot adresse une note intitulée: *Une maladie étant donnée, en trouver le remède.* (Commissaire, M. Bouchardat.)

Syphilis.

M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, adresse un mémoire sur l'extinction de la syphilis, particulièrement dans l'armée. L'auteur propose surtout, pour atteindre ce but, une surveillance beaucoup plus sévère et plus minutieuse des maisons de tolérance.

Eaux sulfureuses.

MM. Depuisaye et Lecompte réclament la priorité de l'idée principale qui fait le sujet du mémoire que M. Bouland a lu dans la dernière séance. (Commission déjà nommée.)

Collodium.

M. Lemoine, pharmacien à Courbevoie, adresse une note sur une nouvelle préparation de collodium. Voici la formule qu'il propose:

On prend 2 kilogrammes de glu, de préférence celle qui provient du boux; après macération pendant 24 heures dans de l'eau tiède et plusieurs lavages abondants en l'étirant dans l'eau, on la met dans une bassine sur le feu avec 10 kilogr. d'eau de fontaine contenant en dissolution 600 grammes de sous-carbonate de soude. On fait bouillir pendant 25 à 30 minutes; on décante la lessive qui en résulte, et la masse gluante bien lavée est traitée de nouveau par une même quantité d'eau alcaline, puis bien malaxée pour lui faire perdre une partie de l'eau qu'elle retient.

Le poids en étant pris, elle est mise en contact avec trois parties d'éther sulfurique rectifié à 60°. On agite continuellement jusqu'à ce que la dissolution soit opérée. Après douze heures de repos, on enlève par décantation, ou mieux à l'aide d'un siphon, toute la partie limpide. Sur le dépôt, deux nouvelles parties d'éther sont versées; on agite et on laisse reposer aussitôt; on décante de nouveau, et le marc est mis à égoutter sur un filtre dans un entonnoir fermé. Les liqueurs éthérées réunies sont mises en contact avec 12 ou 15 grammes de chlorure de chaux bien sec et très divisé. Par l'agitation, l'action décolorante ne tarde pas à être très manifeste; pour l'activer, je fais arriver peu à peu sur le chlorure précipité 6 à 10 grammes d'acide nitrique à 40°, à l'aide d'un tube droit surmonté d'un entonnoir et plongeant dans le fond du vase. Par ce moyen, la décoloration devient aussi complète que possible en quelques instants.

Abandonné au repos pendant 48 heures, l'éthérolé glueux est décanté dans un vase contenant du chlorure de calcium desséché. Quand l'éthérolé a retrouvé sa parfaite limpidité, il est décanté avec soin dans le bain-marie d'un alambic, et l'on en retire tout l'éther par distillation.

L'appareil étant déluté et le chapiteau enlevé, on continue à chauffer en agitant sans cesse jusqu'à ce que la glu ne contienne plus d'eau, ce qu'on reconnaît à sa transparence. Dans cet état, elle peut être considérée comme suffisamment pure, et c'est elle que j'introduis dans le collodium.

C'est donc un mélange de glu et de collodium que l'auteur propose comme n'ayant pas les inconvénients du collodium pur, qui se rétracte et se fendille en se desséchant.

Rétrécissement de l'urètre.

M. Maurin, ex-chirurgien de la marine, adresse une note avec un dessin relative à un nouveau dilatateur du canal de l'urètre. (Commissaires: MM. Larrey et Ségalas.)

Kystes de l'ovaire.

M. Delotz, de Saint-Flour, qui a déjà envoyé un mémoire sur la formation des kystes de l'ovaire, adresse une observation complémentaire de ce mémoire.

Ventouses.

M. Chardon, médecin à Paris, adresse un nouveau modèle de ventouses avec scarificateur.

Goître et crétinisme.

M. Tourdes, professeur à la Faculté de Strasbourg, adresse, par l'intermédiaire de M. Michel Lévy, la statistique du goître et du crétinisme dans le département du Bas-Rhin. (Commission du crétinisme.)

Candidatures.

Les médecins dont les noms suivent se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique:

MM. Requin, Sestier, Fauconneau-Dufresne, Moreau (de Tours), Beau, Barth, Durand-Fardel, Hutin, Martinet.

Céphaloprisie.

Le docteur D. Duval (de Luxeuil) présente un travail intitulé: *Nouveau procédé de céphaloprisie*, qu'il divise de la manière suivante:

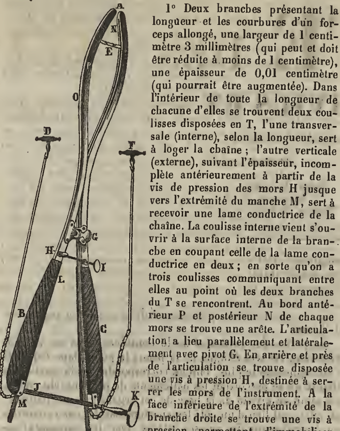
1° Inconvénients et insuffisance des ressources obstétricales actuelles dans la troisième classe des rétrécissements du bassin; symphyséotomie, céphalotribe, forceps-scie de Van Huevel, céphaloprise, ses avantages, ses indications, celles surtout de remplacer 1° le céphalotribe, à partir de 0,05 centimètres 1/2; 2° l'opération césarienne de 0,05 centimètres à 0,03 centimètres 1/2.

2° Description du céphaloprise, c'est-à-dire de l'instrument qui accompagne ce travail;

3° Règles générales d'application du céphaloprise;

4° Céphaloprisie, ou diminution du volume de la tête à la réductibilité naturelle du tronc. Embryopisie, ou utilisation de l'instrument dans quelques cas, pour diminuer le volume du tronc lui-même.

Voici la description du céphaloprise, dont la construction avait été confiée par l'inventeur à M. Robert, de l'ancienne maison sir Henry.



1° Deux branches présentant la longueur et les courbures d'un forceps allongé, une largeur de 1 centimètre 3 millimètres (qui peut et doit être réduite à moins de 1 centimètre), une épaisseur de 0,01 centimètre (qui pourrait être augmentée). Dans l'intérieur de toute la longueur de chacune d'elles se trouvent deux coulisses disposées en T, l'une transversale (interne), selon la longueur, sert à loger la chaîne; l'autre verticale (externe), suivant l'épaisseur, incomplète antérieurement à partir de la vis de pression des mors H jusque vers l'extrémité du manche M, sert à recevoir une lame conductrice de la chaîne. La coulisse interne vient s'ouvrir à la surface interne de la branche en coupant celle de la lame conductrice en deux; en sorte qu'on a trois coulisses communiquant entre elles au point où les deux branches du T se rencontrent. Au bord antérieur P et postérieur N de chaque mors se trouve une arête. L'articulation a lieu parallèlement et latéralement avec pivot G. En arrière et près de l'articulation se trouve disposée une vis à pression H, destinée à serrer les mors de l'instrument. A la face inférieure de l'extrémité de la branche droite se trouve une vis à pression permettant d'immobiliser momentanément dans sa coulisse la portion de chaîne dentée en scie qui doit toujours être mise de ce côté, les dents regardant l'axe de l'instrument. Vers l'extrémité de chaque manche se trouve un ajoutage recomplétant la coulisse externe antérieurement et percé d'un trou M communiquant avec la partie antérieure de la coulisse destinée à recevoir une clef cannelée.

2° Une chaîne articulée qui, vers son milieu, présente deux portions longues chacune de 0,30 centimètres; l'une, correspondant à la coulisse interne gauche, est composée d'articulations, dont une extrémité est mobile dans le sens transversal, l'autre dans le sens vertical: ce qui lui permet de s'accommoder à toutes les positions sens se briser et sans se nouer; l'autre, correspondant à la coulisse interne droite, est composée d'articulations dentées en scie. La chaîne est terminée par deux lames continues D B, longues de 0,22 centimètres, à l'extrémité desquelles s'adaptent deux poignées D.

3° Une lame conductrice, bifide à son extrémité supérieure, formée dans l'étendue des mors d'articles qui favorisent sa flexibilité, munie au bord antérieur de sa partie inférieure de dentelures dans une étendue de 0,22 centimètres; elle doit être placée dans la coulisse externe, les dentelures répondant en haut dans le trou situé à l'extrémité des manches; elle est destinée à maintenir la scie à chaîne dans sa coulisse et à permettre graduellement sa descension.

4° Une clef cannelée K j présentant des cannelures de 0,14 centimètres 1/2 de long, destinée à être placée dans les deux trous situés à l'extrémité des manches et à s'engrener dans les dentelures des deux lames conductrices. En tournant de droite à gauche on permet la descension de la chaîne, en sens contraire son ascension.

Le céphaloprise dans la gravure est représenté monté de toutes ses pièces; fermé à partir du point M, on voit une partie de la lame conductrice sortie, et, comme conséquence, la chaîne descendue de A en E.

Renouvellement du bureau.

L'Académie procède au renouvellement du bureau et des membres du conseil et des commissions permanentes. Sont nommés:

Président, M. Bérard;
Vice-président, M. Nacquart;
Secrétaire annuel, M. Gibert;
Trésorier, M. Patissier;
Membres du conseil, MM. Mélier, Laugier et Renault.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 décembre 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

PROGRAMME DES PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1852.

Prix de physiologie expérimentale.

Le prix de physiologie expérimentale a été partagé entre MM. Budge, médecin anglais, et Waller, professeur à Bonn, pour leurs recherches expérimentales sur les fonctions du nerf grand sympathique.

Prix de médecine et de chirurgie.

Sur la proposition de la commission des prix de médecine et de chirurgie, l'Académie a:

1° Décerné un prix de 2,500 fr. à M. le docteur Bretonneau pour l'application de la trachéotomie au traitement de la période extrême du croup;

2° Alloué une récompense de 2,000 fr. à M. Trousseau pour le perfectionnement de cette opération et la propagation de cette méthode;

3° Une récompense de 2,000 fr. à M. le docteur Manec pour le traitement des affections cancéreuses par la pâte arsenicale du frère Côme;

4° Une récompense de 2,000 fr. à M. Bourgery et feu M. Jacob pour leur ouvrage sur l'*Anatomie iconographique de l'homme;*

5° Une récompense de 2,000 fr. à M. le docteur Lebert pour son *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer;*

6° Une récompense de 1,500 fr. à M. Lud. Hirschfeld pour son ouvrage *Sur la Névrologie et les organes des sens;*

7° Une récompense de 1,500 fr. à M. Blondlot pour son *Essai sur les fonctions du foie*, etc.;

8° Une récompense de 1,500 fr. à MM. A. Duméril, Demarquay et Lecointe pour leurs *Recherches expérimentales sur la température animale;*

9° Une récompense de 1,200 fr. à MM. Becquerel et Rodier pour leurs *Nouvelles recherches sur l'hématologie;*

10° Une récompense de 1,000 fr. à M. Davaine pour son travail sur la paralysie générale et partielle des deux nerfs de la septième paire;

11° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Renault pour ses *Etudes expérimentales et pratiques relatives aux effets de l'ingestion des matières virulentes dans les voies digestives;*

12° Un encouragement de 1,000 fr. à M. A. Becquerel pour son travail sur l'*Emploi des mercuriaux dans la fièvre typhoïde,*

13° Une récompense de 1,000 fr. à M. Bouisson pour son *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique;*

14° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Boinet pour le *Traitement des ascites par les injections iodées;*

15° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Fauconneau-Dufresne pour son *Traité de l'affection calculeuse du foie et de la rate;*

16° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Baudens pour sa *Nouvelle méthode de l'amputation de la jambe;*

17° Une récompense de 1,000 fr. à M. Follin pour ses *Recherches sur les corps de Wolf;*

18° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Louis Orfila pour son travail sur l'*Elimination des poisons;*

19° Un encouragement de 1,000 fr à M. Richard pour son *Mémoire sur les kystes tubo-ovariens;*

20° Un encouragement de 1,000 fr à M. Niepce pour son ouvrage sur le *Crétinisme;*

21° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Josat pour son *Mémoire sur les maisons mortuaires.*

Chronique et nouvelles.

La lettre suivante a été adressée au président de l'Académie de médecine:

Monsieur le président,

Nous avons l'honneur de vous prier, pour la seconde fois, d'annoncer à l'Académie que nous refusons les 1,000 fr. qui ont été accordés au *Compendium de médecine* sur le prix Itard.

Il nous est impossible d'accepter le jugement qui a été porté à huis clos et sans discussion, par cinq membres de l'Académie, sur un ouvrage qui nous a coûté douze années d'un labeur pénible et continu, et que le public médical, souverain juge en ces sortes de matières, a depuis longtemps revêtu de sa plus haute sanction.

Agréez, etc. Ed. MONNERET, L. FLEURY.

21 décembre 1852.

— Mme de La Riboissière, fille de M. le comte Roy, a institué par son testament son mari légataire universel en usufruit, laissant à la ville de Paris la nu-propriété de tous ses biens. Ce legs était en outre fait à la condition par la ville d'élever pour les malades un établissement qui prendrait le nom d'hôpital de La Riboissière.

La succession se composant de biens d'une gestion difficile, la ville est entrée en arrangement avec M. le comte de La Riboissière, et le legs de nu-propriété laissé aux hospices a été converti en un legs d'une somme fixe de 2 millions 600,000 fr. exempte de tous frais, et qui doit être intégralement versée dans la caisse municipale avant le 31 décembre 1854.

A l'égard de l'hôpital qui doit porter le nom de la testatrice, l'administration, voulant se conformer aux intentions de la défunte et perpétuer le souvenir de son bienfait, a décidé que l'hôpital du Nord, appelé d'abord hôpital Louis-Philippe, puis hôpital de la République, prendrait le nom d'hôpital de La Riboissière.

— La Société de médecine de Rouen a renouvelé son bureau pour l'année 1853; il se compose de:

MM. Gressent, président;
Avenel, vice-président;
Grout, secrétaire;
Ballay, secrétaire de correspondance;
Rœrhig, trésorier-archiviste.

Cette Société va de nouveau publier un bulletin annuel. Le premier doit paraître en mars prochain.

Bulletin bibliographique.

(CINQUIÈME ANNÉE. — 1853.)

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. Roubaud.

Ouvrage honoré des souscriptions de l'Académie de médecine et du ministère de l'intérieur.

Ce livre, qui a rempli une lacune que tout le monde déplorait dans la librairie médicale, renferme tous les renseignements qui peuvent être utiles aux médecins et aux pharmaciens.

On trouve dans cet ANNUAIRE: la liste de tous les médecins et pharmaciens de la France, ainsi que leur adresse; le recueil (seul complet) de la législation médicale et pharmaceutique, et celles des établissements sanitaires et de bienfaisance; la nomenclature de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement; la statistique de toutes les Sociétés médicales de France; la statistique des Facultés, des Ecoles de pharmacie, des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, leur personnel; la statistique (la seule qui ait paru jusqu'à ce jour) de la France médicale, pharmaceutique et des établissements hospitaliers; la liste nominative et par départements des villes de 2,000 âmes et au-dessus, qui n'ont ni médecins, ni pharmaciens, ni établissements hospitaliers, etc., etc.

Un fort volume. Prix: 4 fr. pour Paris, et 5 fr. par la poste. Au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 49, et chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an........ 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

A NOS LECTEURS.

Nous avons l'honneur d'informer nos lecteurs qu'à partir de ce jour M. DE CASTELNAU *a cessé de faire partie de la rédaction de la* Gazette.

Nous prions, en conséquence, ceux de nos confrères qui veulent bien nous honorer de leurs communications de les adresser directement à M. le rédacteur en chef, au bureau du journal.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Leçons cliniques sur la péricardite. — Un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales. — PATHOLOGIE COMPARÉE. De l'empoisonnement par le tabac et de son traitement chez les animaux de l'espèce bovine. — Recherches sur les principes actifs du genêt. — Société de chirurgie, séance du 15 décembre. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur la péricardite (1).

Indépendamment de l'hypertrophie du cœur, la péricardite peut faire naître, au bout d'un temps plus ou moins long, des lésions d'une autre nature qu'il importe de considérer au point de vue du pronostic.

Un homme est atteint d'une inflammation de la membrane péricardiaque; la maladie suit une marche régulière; la convalescence, si l'on omet quelques palpitations et quelques douleurs qui se font sentir du côté de la région précordiale, parait s'accomplir avec facilité. Au bout d'une année, on trouve une hypertrophie du cœur liée à une endocardite valvulaire chronique qui a amené soit l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, soit l'induration des valvules mitrale ou tricuspide. En présence des signes que fournit l'auscultation, on se demande si l'on ne s'est pas trompé dans le diagnostic qu'on a porté en premier lieu.

Voici ce qui est arrivé.

La phlogose du péricarde, par un mécanisme qu'il est aisé de comprendre, s'est propagée à la membrane interne du cœur; elle a provoqué et entretenu une endocardite latente. Cette endocardite, qui s'est uniquement révélée, dans l'origine, par une oppression légère et des palpitations fugaces, a peu à peu induré et déformé les valvules; il en est résulté comme conséquence immédiate une perturbation fonctionnelle de la circulation; comme conséquence médiate, une hypertrophie du cœur.

Dans de semblables conditions, le malade est destiné à succomber aux accidents généraux que feront éclater les lésions organiques du cœur consécutives à la péricardite.

La médication qu'on dirige contre l'inflammation du péricarde est la même, quant aux principes généraux, que celle par laquelle on combat les phlegmasies, et spécialement les phlegmasies de la poitrine.

Si, en modérant l'activité de la circulation, en éloignant par un traitement sagement institué toutes les causes possibles d'irritation, en tenant les malades au lit, en leur interdisant de parler, en les soumettant au repos absolu, on parvient à diminuer et à réprimer l'intensité des accidents inflammatoires localisés dans la plèvre et le poumon, à plus forte raison on arrivera, par l'emploi des mêmes moyens thérapeutiques, à exercer une influence favorable sur la marche et les phénomènes de la péricardite.

Il ne faut pas perdre de vue que, dans le cas particulier qui nous occupe, une cause accessoire entretient la phlogose; nous voulons parler des mouvements exécutés par le cœur. Ces mouvements, dont l'activité trouve une impulsion nécessaire et continue dans l'ensemble des fonctions organiques, peuvent être diminués dans de certaines limites; ils ne sauraient être entièrement supprimés. Pour annuler, dans la mesure du possible, les effets fâcheux de leur action sur l'inflammation péricardiaque, le médecin est réduit à prescrire le repos le plus complet et à recommander l'éloignement des mouvements musculaires, aussi bien que de toutes les préoccupations morales dont le retentissement sur l'appareil circulatoire entraînerait des résultats plus ou moins pernicieux.

Lorsque le malade est pléthorique, on peut sans crainte pratiquer de larges émissions sanguines.

La pléthore exige de la part du cœur un excès d'activité; elle rend les congestions vasculaires plus faciles du côté du péricarde, et devient ainsi une cause puissante de phlogose.

Indépendamment des moyens de traitement que nous venons de mentionner et qui sont communs à toutes les inflammations thoraciques, il en est quelques-uns qui appartiennent en propre à la péricardite : nous avons nommé les émissions sanguines locales, soit par les sangsues, soit par les ventouses, les dérivatifs, consistant en épispatiques ou en cautères. Une règle générale doit présider à l'application de ces divers agents; elle se présente en quelque sorte d'elle-même à l'esprit lorsqu'on réfléchit à la nature des effets qu'on se propose d'obtenir.

Le péricarde, surtout si on le considère dans sa portion viscérale, est très éloigné de la peau; le point dans lequel il s'en rapproche le plus, loin de correspondre à la partie du thorax où se perçoivent les battements de la pointe du cœur, est situé au niveau de la base de cet organe; à cette hauteur, en effet, ont lieu d'un côté les anastomoses des *vasa vasorum* ou des vaisseaux des grosses artères avec les vaisseaux capillaires du péricarde, d'un autre côté les anastomoses de ces mêmes vaisseaux avec ceux du médiastin.

Si à la base du cœur se trouve, comme il vient d'être démontré, le point le plus voisin du siége du mal, en ce point on placera avec le plus d'utilité et d'avantage les sangsues et les ventouses, les dérivatifs superficiels ou profonds.

Les médicaments internes auxquels on peut avoir recours font partie de la classe des médicaments antiphlogistiques; ils ont pour base les tisanes émollientes rendues sédatives par l'addition du borate de soude, de l'acide borique ou des acides végétaux. Ils nous paraissent n'avoir qu'une importance secondaire.

Une exception mérite d'être créée en faveur de la digitale, qui exerce une action spéciale sur la circulation, régularise les battements du cœur, modère leur énergie, diminue leur fréquence et contribue ainsi à émousser l'irritabilité morbide suscitée par la présence de l'inflammation.

Les effets de la digitale, employée à titre de médicament latéral, sont incontestables; en augmentant la diurèse, elle détermine l'élimination d'une certaine quantité de matière dont la soustraction favorise la résolution de l'épanchement séreux.

Elle rend de grands services lorsque l'inflammation est très aiguë et s'accompagne de battements du cœur violents et tumultueux.

C'est dans des cas de ce genre que quelques médecins ont proposé l'application de la glace sur la région précordiale en vue d'atténuer les mouvements impétueux et désordonnés du cœur, d'éloigner l'une des causes qui concourent le plus efficacement à l'aggravation des souffrances et de réprimer en même temps que l'activité de la circulation l'intensité des phénomènes inflammatoires. Cette médication, qu'on a particulièrement préconisée en Angleterre et en Amérique, nous semble réclamer une grande attention sous le rapport des précautions qu'elle exige dans son emploi.

Il est facile de comprendre que, si l'on dérange subitement par une réfrigération topique plus ou moins étendue l'ordre régulier de la circulation dans les vaisseaux capillaires du tégument cutané, les troubles qui se produiront dans les fonctions d'exhalation et de sécrétion de la peau pourront retentir sur les organes profondément situés dans la poitrine, de manière à donner naissance soit à une bronchite, soit à une broncho-pneumonie. Le développement de ces affections sera d'autant plus rapide que la stimulation exercée par la maladie primitive sur l'appareil circulatoire sera elle-même plus considérable.

On conçoit, lorsque le péricarde s'est enflammé consécutivement à une pneumonie ou à une pleurésie, qu'il y aurait grave danger à appliquer de la glace sur la portion de la paroi thoracique qui répond au péricarde.

En prenant pour base d'appréciation les considérations précédentes, nous sommes fondé à croire que les applications de glace sur la région précordiale, loin de posséder l'efficacité qu'on s'est plu à leur attribuer, ont l'immense inconvénient d'exposer au péril d'une aggravation funeste de l'inflammation d'autant plus rapide, qu'elles sont destinées à combattre.

Lorsque la péricardite tend à se prolonger au delà de sa durée ordinaire, lorsqu'elle remonte à une époque déjà éloignée, il convient d'opposer à la maladie devenue chronique une médication qui ait elle-même, si l'on peut ainsi parler, le caractère chronique, et dont les effets, par la longue portée de leur action, soient de nature à déterminer la résolution de l'inflammation. C'est dans cette vue que l'on placera des cautères et des sétons sur la région précordiale. Nous ne connaissons pas d'agents topiques dont il soit permis, en de semblables circonstances, d'espérer un secours plus efficace.

Il importe de rappeler ici une remarque, sur laquelle nous avons insisté à l'occasion des inflammations pleurales. Toutes les fois qu'à l'intérieur d'une membrane séreuse se fait un épanchement avec formation de fausses membranes, un certain laps de temps est indispensable pour que l'épanchement se résorbe, pour que les fausses membranes s'organisent et disparaissent. Ce laps de temps, le médecin est impuissant à en abréger la durée; il n'a en effet à sa disposition aucun moyen capable de donner à la circulation capillaire une puissance organisatrice supérieure à celle que comportent les forces du malade.

Lorsqu'après la répression des accidents inflammatoires on constatera la persistance des signes physiques de la péricardite, on ne perdra pas de vue qu'un espace de temps plus ou moins long est nécessaire pour l'accomplissement du travail de cicatrisation qui doit se passer au sein du péricarde, et on s'abstiendra avec soin d'une médication active et précipitée, dont l'unique et inévitable résultat serait d'amener un état d'affaiblissement propre à retarder la guérison plutôt qu'à l'accélérer.

La durée du mal dans les affections inflammatoires est une condition inhérente à la nature même de ces affections; dans aucun cas, elle ne saurait à elle seule devenir la source d'une indication thérapeutique.

Il est une limite à laquelle s'arrête l'expectation que nous recommandons ici : lorsque les douleurs de la région péricardiaque se réveillent; lorsque la circulation se montre imparfaite, que le pouls est inégal et intermittent; lorsqu'un mouvement fébrile se déclare et que des accès de suffocation se manifestent, il faut sans hésitation venir en aide aux efforts de la nature pour hâter l'évolution du dernier stade de la péricardite. Là encore, les dérivatifs profonds trouveront une application spéciale; à leur emploi on joindra l'administration des boissons diurétiques, des purgatifs hydragogues et des bains sulfureux et alcalins. Ces divers médicaments, par l'activité qu'ils imprimeront aux fonctions de sécrétion des reins, du tube digestif et de la peau, exerceront une influence favorable sur la résolution de la péricardite.

L'organisme, dans quelques circonstances, porte en lui-même des conditions en vertu desquelles les inflammations, même légères, des membranes séreuses donnent rapidement naissance à de vastes épanchements. Nous avons déjà signalé cette particularité.

En regard des circonstances que nous venons de rappeler, il en est d'autres où l'inflammation revêt la forme chronique, persiste avec plus ou moins d'intensité et accroît sans cesse la quantité du liquide épanché; dans les unes et dans les autres, on a imaginé d'avoir recours à une opération chirurgicale pour ouvrir une libre issue à la sérosité et soustraire le péricarde à la distension considérable dont il est le siége.

A.-H. MARGERIE.

(1) Suite. — Vois les numéros des 23, 30 octobre; 23 novembre et 11 décembre 1852.

UN COUP D'OEIL SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE.

Des hernies crurales (1).

Par M. le docteur A. DEVILLE,

Ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

Parallèle entre ces deux procédés. — Les avantages que possède le procédé de M. Gay sont assez accessoires, excepté un, et il n'est certes pas à l'abri de reproches. Comme avantages, nous trouvons que l'opération est simple et facile; la plaie pratiquée est très petite et se cicatrise rapidement; on peut, si l'on veut, appliquer immédiatement une pelote de bandage herniaire pour aider à la guérison radicale. L'anneau fibreux est incisé à distance de la plaie extérieure, et il en résulte moins d'affaiblissement ultérieur de la paroi du canal crural. Quel que soit l'anneau fibreux qui étrangle, il sera nécessairement coupé, sans qu'on ait à s'occuper de reconnaître exactement si c'est l'un ou l'autre, puisqu'on les divise tous. Enfin, et ceci est un avantage réel, on opère à travers des couches de tissus sains, en laissant la tumeur herniaire et ses enveloppes intactes, et sans avoir à s'inquiéter des modifications morbides que les enveloppes herniaires peuvent avoir subies. Examinons rapidement ces avantages.

L'opération est simple et facile. Ce n'est peut-être pas bien exact; car, en définitive, dans une opération de ce genre, qui est presque intermédiaire entre les méthodes sous-cutanées et les méthodes à ciel ouvert, on ne sait pas au juste tout ce que l'on fait, où on est, et ceci ne peut pas être appelé chose simple. Déjà même, lorsqu'on agit plus à découvert, lorsqu'on veut se contenter, au fond d'une large incision, de diviser sur la sonde cannelée le fascia cribriformis pour la hernie crurale (ou le pourtour de l'anneau inguinal pour la hernie inguinale), on n'est pas absolument sûr de ce que l'on fait. On se rappellera la consternation mal déguisée jetée dans le camp des partisans de l'étranglement par les anneaux normaux par la publication que fit M. Malgaigne d'un fait survenu dans le service de Samson. La

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 30 novembre, 4, 9, 11, 16, 18 et 23 décembre.

hernie inguinale est étranglée par l'anneau inguinal, soutenait Samson; et la preuve, disait-il, c'est que nous allons opérer un hernieux en incisant seulement l'anneau, sans toucher au sac. L'opération est pratiquée devant un nombreux auditoire. Le sac est un peu attiré en dehors et déprimé, afin d'éviter sa lésion. On n'a divisé que l'anneau. Samson, ce praticien si habile et si consciencieux, l'affirme; ses internes, hommes de premier mérite, l'affirment; un nombreux public était présent. Survient l'autopsie, et l'on trouve que le collet du sac a été divisé, sans qu'on s'en doutât, dans l'étendue de plusieurs millimètres.

J'ai vu un fait identique arriver entre les mains de mon digne, savant et si habile maître M. Velpeau. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une hernie inguinale congéniale étranglée. M. Velpeau professait alors, et professe peut-être bien encore les mêmes idées que Samson; il opère absolument comme Samson. Mes amis MM. Jarjavay et Honel, internes du même service en même temps que moi, et plus rapprochés que moi de M. Velpeau pendant l'opération, disent que l'anneau seul a été divisé; et il est certain qu'aussitôt après l'incision la hernie avait été très aisément réduite. Le malade meurt. Peu satisfait dans mes convictions, qui me montraient, d'après les nouvelles données si remarquables publiées par M. Malgaigne, que dans des cas de cet ordre l'anneau inguinal ne pouvait pas étrangler, je prie mon ami Jarjavay, dans le service duquel se trouvait le patient, de me laisser faire l'autopsie avec lui. Or, nous avons trouvé l'anneau inguinal divisé; mais en même temps le collet du sac était divisé longitudinalement dans l'étendue de plus de 2 centimètres.

Eh bien! puisqu'on ne peut pas être absolument certain de ce que l'on fait dans ces cas, où l'on opère presque à ciel ouvert, sera-t-on plus sûr de la manœuvre lorsqu'on l'exécute par un procédé presque sous-cutané, comme le fait M. Gay? Incontestablement non. Par conséquent, on ne peut pas appeler simple et facile un débridement qui peut présenter de pareilles incertitudes.

On ne risque pas de blesser le sac en suivant mon procédé, dit M. Gay, parce que le bistouri dont je me sers a son bec aplati transversalement à son bord. C'est très bien; mais M. Gay reconnaît lui-même qu'on peut glisser en dehors de l'anneau qui étrangle, et qu'il peut devenir nécessaire de réintroduire l'instrument. Ce mode de débridement est, au contraire, moins simple et moins facile que tous les procédés de débridement connus, et surtout que ceux employés dans l'opération que nous adoptons. Rayons donc ce prétendu avantage.

La plaie pratiquée est très petite et se cicatrise immédiatement. Il en est de même dans le procédé que nous adoptons.

On peut, si l'on veut, appliquer immédiatement une pelote de bandage herniaire sur les parties molles intactes qui recouvraient la tumeur pour aider à la guérison radicale. Ceci est illusoire. Pendant les six, huit, dix ou quinze jours que peut exiger la plaie pour sa cicatrisation complète, je ne pense pas que M. Gay fasse lever et promener ses opérés. Certainement il les tient au repos dans leur lit. Or, la hernie n'a aucune tendance à ressortir. L'appareil de pansement ordinaire suffit pour opérer toute la pression qu'on peut désirer pendant ce temps; et je ne vois pas pourquoi on voudrait sitôt appliquer un bandage.

L'anneau fibreux est incisé à distance de la plaie extérieure, et il en résulte moins d'affaiblissement ultérieur de la paroi du canal crural. Cela ne change rien à l'affaire. La cicatrice simple, où qu'elle soit placée, après une opération ordinaire de hernie crurale, n'apporte aucun affaiblissement dans les parois du canal crural, et le chirurgien n'a besoin de rien acquérir en ce sens.

Lorsqu'une cicatrice d'une grande plaie de la paroi abdominale antérieure, avec suppression de beaucoup de fibres musculaires, existe, et surtout lorsque le tissu cicatriciel se résorbe, il y a, en effet, un affaiblissement de la paroi abdominale en ce point. Il peut y avoir alors, et on a vu des hernies par éventration se faire au niveau de la cicatrice. Mais une cicatrice linéaire simple à travers les parois fibreuses du canal crural n'est, dans aucun cas, pas plus après l'opération de M. Gay qu'après toute autre, une cause d'affaiblissement ni une prédisposition à la reproduction de la hernie.

Quel que soit l'anneau fibreux qui étrangle, il sera nécessairement coupé, sans qu'on ait besoin de reconnaître exactement si c'est l'un ou l'autre, puisqu'on les divise tous. Ceci est vrai; en effet, on introduit le bistouri à travers l'un des trous du fascia cribriformis, et on le pousse jusqu'à ce qu'il ait dépassé par en haut les limites de l'anneau crural. Il est certain alors qu'en agissant soit en dedans, soit en avant, le bistouri coupe toutes les cordes fibreuses: fascia cribriformis, entonnoir fémorali-vasculaire, les fibres qui épaississent et renforcent cet entonnoir, le ligament de Hey, le ligament de Gimbernat. Mais à quoi bon tout cela, du moment que nous savons que le fascia cribriformis étrangle seul le plus souvent? Et puis, dans cela même, il y a un inconvénient. Si le doigt indicateur, appliqué dans la plaie contre la face interne de la hernie, dirige le plus souvent, par cela seul, l'extrémité du bistouri dans le trou du fascia cribriformis qui donne passage à la hernie, cependant il peut arriver que le bistouri passe par un autre trou; bien plus, M. Gay n'y tient pas, et introduit son bistouri par l'une quelconque des ouvertures, celle qui laisse le plus aisément passer l'instrument. Eh bien! il peut arriver ainsi que le bistouri ne divise pas ensuite le trou du fascia cribriformis qui étrangle, et s'il est arrivé qu'en se servant du procédé de M. Gay, et ainsi que cela peut arriver, de l'aveu de M. Gay lui-même, on n'ait pas du premier coup divisé les fibres qui précisément étranglent la hernie, il est probable que c'est dans cette particularité qu'il faut parfois en chercher la cause.

Tout au plus la manière d'agir de M. Gay obtiendrait-elle le débridement dans les cas de hernies analogues à celles décrites par M. Laugier, étranglées dans un éraillement du ligament de Gimbernat, et cela sans ouvrir le sac; nous, au contraire, quand le débridement du fascia cribriformis ne suffit pas, n'ayant pas de signes assez précis pour deviner qu'il s'agirait plutôt de cet étranglement que d'un étranglement par le collet du sac, nous ouvririons le sac pour opérer désormais à coup sûr par son intérieur, en divisant de la profondeur vers la surface l'anneau quelconque qui étrangle. Mais les cas de hernies étranglées de cette façon sont tellement rares, que leur rareté donne une valeur nulle à cet avantage du procédé de M. Gay. Elles sont bien rares, puisque nous ne trouvons jusqu'à présent dans la science que le cas de M. Laugier, les deux de M. Cruveilhier, celui de M. Demeaux, et probablement ceux de M. Gay et de M. Luke cités plus haut.

Avant de quitter ce point, remarquons avec quelle complaisance, dans la description de son procédé, dominé par l'idée théorique que l'étranglement doit être au niveau de l'anneau crural, M. Gay insiste sur l'obstacle que le bec du bistouri doit éprouver dans son passage à ce niveau. C'est une description purement théorique, de par M. Gay lui-même, puisqu'il ne dit pas un mot de cette prétendue difficulté dans les cinq observations dont il fait suivre l'exposé de son procédé.

Enfin, on opère à travers des couches de tissus sains en laissant la tumeur herniaire et ses enveloppes intactes, et sans avoir à s'inquiéter des modifications morbides que les enveloppes herniaires peuvent avoir subies. Voici le seul avantage, et il est grand, qui se trouve dans le procédé de M. Gay. Il suffit de se rappeler combien de fois on trouve sur la paroi antérieure des hernies des lésions gravement embarrassantes, épaississements, dépôts graisseux, kystes, etc...; il suffit d'avoir lu dans les livres, si même on n'en a pas été témoin, voire même acteur, le nombre de cas dans lesquels le chirurgien est tombé dans cette erreur bien malheureuse, quoi qu'on en ait dit, d'ouvrir par mégarde l'intestin, — pour juger de suite de l'importance du procédé de M. Gay à ce point de vue. Pas d'embarras à travers des productions accidentelles, puisqu'on incise à travers des tissus sains; pas de possibilité d'inciser sur l'intestin, même par mégarde, puisqu'on ne touche pas à la tumeur herniaire et qu'on l'aborde seulement par son collet. N'exagérons pas trop les choses néanmoins, et convenons seulement que le procédé de M. Gay se recommande ici par un côté sérieusement utile.

A côté des avantages, ou mieux d'un avantage sérieux, voici les inconvénients. Avant tout, l'incision telle que la pratique M. Gay est très embarrassante dans les cas où il faut ouvrir le sac, parce que c'est son collet qui étrangle. Le débridement exige un instrument spécial; il est opéré d'une manière aveugle; il s'étend à des tissus qu'il est inutile d'attaquer, puisqu'il suffit le plus souvent d'inciser le fascia cribriformis; il expose à blesser les vaisseaux voisins. Un mot sur chacun de ces inconvénients, assez nombreux, comme on voit.

L'incision de M. Gay est très embarrassante dans les cas où il faut ouvrir le sac, parce que c'est son collet qui étrangle. L'étranglement par le collet du sac herniaire existe cependant, quoiqu'il ne soit pas très commun. M. Gay le sait, et cite: le cas premier et si important de Ledran; un cas pareil de réduction en masse, publié en 1740 par Sharpe, qui considérait comme signe de réduction en masse l'absence du bruit de gargouillement pendant la réduction; le fait emprunté par Breschet au service de Dupuytren, et dans lequel le bruit de gargouillement fut très bien entendu, malgré qu'il y eût eu une véritable réduction en masse; les faits de Scarpa, de Sabatier, de M. Luke, de M. Lawrence, etc...

Eh bien! en présence d'un fait pareil, après avoir essayé, suivant la tendance de plus en plus générale aujourd'hui, de débrider sans ouvrir le sac et avoir échoué, que fera M. Gay? Il faut alors, dit-il, agrandir la plaie, et voir si la cause de l'étranglement ne serait pas dans le sac lui-même; c'est-à-dire, en d'autres termes, ouvrir le sac. Mais M. Gay esquive la difficulté; la plaie qu'il a faite est à distance du sac; de quelque façon qu'il l'agrandisse, il ne mettra pas le sac à découvert; il lui faudrait, s'il n'ajoutait pas une incision nouvelle et distincte, disséquer fort loin en dehors la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, par conséquent disséquer dans des conditions très mauvaises un lambeau très embarrassant pendant et après l'opération: M. Gay est trop partisan à juste titre, comme le sont les chirurgiens anglais, de la réunion immédiate pour faire une pareille dissection.

A coup sûr donc, en présence d'un cas pareil, M. Gay n'agrandirait pas son incision; il l'abandonnerait, considérerait la première opération comme inutile, et pratiquerait une seconde incision analogue à celle que nous adoptons dès le commencement, c'est-à-dire une seconde et nouvelle opération. Voilà certes un premier inconvénient bien grave du procédé de M. Gay. Les autres inconvénients, sans être aussi graves, méritent cependant assez d'attention.

Le débridement exige un instrument spécial. Cela est fâcheux pour une opération qui peut être brusquement nécessaire, alors que le chirurgien n'a sur lui que sa trousse ordinaire. Alors même que le chirurgien aurait devant lui assez de temps pour pouvoir envoyer chercher l'instrument spécial, l'existence seule de cet instrument est une complication fâcheuse et en opposition avec la tendance actuelle de la chirurgie à simplifier l'instrumentation le plus possible. Sans doute, lorsqu'un instrument complexe est nécessaire, il faut bien subir cette nécessité; mais du moins lorsqu'on peut le remplacer avantageusement par un instrument simple et usuel, l'existence de cet instrument complexe et spécial devient une complication et du superflu.

Le débridement est pratiqué d'une manière aveugle. Ceci n'a pas besoin de nous arrêter, tant c'est incontestable. Il n'y a certes pas de comparaison possible à ce point de vue entre le procédé de M. Gay et celui que nous adoptons.

Il s'étend à des tissus (entonnoir fémorali-vasculaire et ses renforcements, ligament de Hey, ligament de Gimbernat) qu'il est inutile de diviser dans la grande majorité des cas, puisque c'est le fascia cribriformis qui étrangle. C'est toujours ici la grande question que nous avons traitée dans la deuxième partie. Il s'agit de bien savoir où est le siége de l'étranglement; s'il est au niveau de l'anneau crural, le procédé de M. Gay, inventé en grande partie en vue de cette idée, possède un grand avantage de plus. S'il est au fascia cribriformis, la complication du débridement tel que le pratique M. Gay est une inutilité.

Il expose à blesser les vaisseaux voisins, et nous retombons alors dans cette étude complexe, ennuyeuse et si peu rassurante des dispositions normales ou anormales que peuvent présenter les artères voisines. Lorsque nous incisons sur le fascia cribriformis seul, surtout en nous dirigeant en haut et en dehors, nous ne risquons au contraire de rencontrer aucun vaisseau, et le chirurgien n'a plus tant besoin de se bourrer la tête de ces détails si fastidieux qui remplissent à ce sujet nos livres d'anatomie et de chirurgie.

En résumé, le procédé de M. Gay est fondé sur trois principes, et non sur deux:

1° Débrider sans ouvrir le sac;

2° Inciser à travers des tissus sains à distance de la tumeur herniaire;

3° Diviser d'un seul coup, par une espèce de demi-méthode sous-cutanée, toutes les dispositions fibreuses qu'on suppose, de par une théorie vraie ou fausse, susceptibles de pouvoir produire l'étranglement.

1° Débrider sans ouvrir le sac. A ce titre, qui est sans contredit le trait principal de l'opération de M. Gay, cette opération n'est qu'une espèce du genre principal dans lequel on opère sans ouvrir le sac. J.-L. Petit ne s'était pas seulement constitué le défenseur de cette manière d'opérer, quoiqu'on en trouve quelques traces vagues dans des auteurs antérieurs à lui, il peut en être considéré comme l'inventeur. M. Gay croit que cette méthode aurait été complétement oubliée si elle n'avait été reprise en Angleterre par Monro-Secundus, et transmise par lui à M. Wood; elle a été ensuite employée plusieurs fois par A. Cooper. Ce fut surtout à partir de 1829 qu'elle fut défendue en Angleterre par A. Key, et puis par M. Luke, alors qu'elle était attaquée à Paris par Dupuytren, et à Edimbourg par Liston et Lizars. M. Bransby Cooper s'en déclara aussi le partisan; Hey publia un nouveau mémoire à l'appui en 1833; mais c'est M. Luke qui lui a donné le plus grand appui par la publication des beaux résultats que cette méthode lui avait donnés dans sa pratique. Je n'attaque en rien cet exposé relativement à ce qui s'est passé en Angleterre; je le copie même. Mais M. Gay se trompe lorsqu'il croit que la méthode de J.-L. Petit a été complétement abandonnée en France, et a été sauvée de l'oubli par les soins des chirurgiens Anglais. En France comme en Angleterre, la question a traîné pendant près de cent ans sans attirer beaucoup d'attention. (Avis à ceux qui osent dire qu'une idée nouvelle, quand elle est vraie, fait aisément son chemin.) Après J.-L. Petit, ainsi que nous le dit M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire,* elle a été défendue par Garengeot et Ravaton, puis par M. Gendron et par Beauchère, sans compter les autres. Si elle a été attaquée rudement, comme toute idée nouvelle qui vient secouer dans son sommeil fainéant un état de choses établi, elle n'en a pas moins eu constamment des partisans. Mais en France, toujours comme en Angleterre, elle n'a commencé à reprendre le dessus que dans ces dernières années. Posée d'abord avec éclat pour faire obstacle aux idées vraies de M. Malgaigne, elle a trouvé dans les chirurgiens de Lyon, dans M. Bonnet en particulier, de zélés défenseurs, qui l'ont décidément introduite dans la pratique.

On est allé même plus loin en France qu'en Angleterre, en posant nettement les contre-indications et les indications; disons seulement, quant aux indications, qu'après avoir reconnu que la hernie crurale était le plus souvent étranglée par des anneaux fibreux (fascia cribriformis), c'est *à la hernie crurale seule* (hernie le plus souvent étranglée d'ailleurs), qu'on applique cette méthode comme régle générale. En France comme en Angleterre, les succès ont été magnifiques. M. Gay termine une statistique comparative d'opérations faites à Londres, relevé emprunté à Howship, à M. Poland, à M. Luke, au résumé des opérations pratiquées à Saint-George's hospital, de 1842 à 1843 (*Lancet,* 1844), en donnant ce résultat, auquel ont évidemment aussi contribué tous les autres perfectionnements apportés dans l'opération. Sur 125 opérés en ouvrant le sac, 52 sont morts et 73 guéris. Au contraire, sur 73 opérés par la méthode Petit, c'est-à-dire sans ouvrir le sac, 13 seulement sont morts et 60 guéris. Certes, ces chiffres parlent bien haut. De tout cela il résulte que l'opération de M. Gay, ainsi qu'il le constate lui-même, n'est qu'une espèce de genre, un *procédé* dans la *méthode* de J.-L. Petit.

2° Inciser à travers des tissus sains à distance de la tumeur herniaire. C'est dans ce fait que l'opération de M. Gay puise son grand avantage; mais c'est un avantage que compensent de sérieux inconvénients assez nettement formulés plus haut pour que nous n'ayons pas besoin d'y revenir.

3° Diviser d'un seul coup par une espèce de demi-méthode sous-cutanée et au moyen d'un bistouri spécial toutes les dispositions fibreuses qu'on suppose, de par une théorie vraie ou fausse, susceptibles de pouvoir produire l'étranglement. Là repose une de nos grandes objections au procédé de M. Gay. Convaincu que nous sommes de par l'anatomie et de par un grand nombre de faits bien observés que l'étranglement de la hernie crurale est le plus souvent produit au passage de la hernie crurale dans l'un des trous du fascia cribriformis, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de tant inciser.

En dernière analyse, pour donner notre opinion, après avoir tout pesé, nous ne voyons pas de raisons suffisantes pour abandonner l'autre procédé de la méthode de J.-L.

Petit, celui que nous avons adopté, et pour le remplacer par le procédé de M. Gay. Comme M. Gay, nous acceptons que la règle générale, *pour la hernie crurale seulement*, est d'opérer sans ouvrir le sac, sauf quelques rares contre-indications, telles que l'ancienneté de l'étranglement, la supposition de l'existence d'une gangrène avec perte de substance ou d'une abondante suppuration. Mais en même temps, nous ne voulons en général inciser que le fascia cribriformis, et nous disposons dès le début notre incision extérieure de manière que, sans modification nouvelle, elle remplisse à la fois ce but et puisse satisfaire aux indications ultérieures qui pourraient surgir.

Nous ne rejetterions pas cependant d'une manière absolue le procédé de M. Gay en ce qui concerne sa seconde indication, à savoir : d'inciser à travers des tissus sains à distance de la tumeur herniaire; nous lui donnerions seulement un rang secondaire, et nous l'emploierions volontiers dans des cas exceptionnels ainsi caractérisés : étranglement dû évidemment à l'anneau fibreux et non au collet du sac, ce qu'il est parfois possible de diagnostiquer, grâce aux nouvelles données fournies par M. Malgaigne; épaississement tel des enveloppes herniaires qu'on peut craindre d'avance de rencontrer des difficultés sérieuses quand on aura à les traverser. En tout cas, nous rejetterions et le bistouri spécial et le procédé de débridement de M. Gay.

Application de ce nouveau procédé à des hernies autres que les hernies crurales. — Ici, ce nous semble, M. Gay a été moins heureux.

Pour la hernie inguinale, M. Gay conseille une incision faite à travers les tissus sains, transversale au-dessus du bord interne du collet de la hernie. Et il rapporte un cas opéré ainsi avec le plus grand succès par M. Toulson chez une femme très grasse âgée de quarante ans. Posons cette question en passant : M. Toulson peut-il être plus sûr que Samson et que M. Velpeau de n'avoir incisé que l'anneau inguinal ?

Pour la hernie ombilicale, l'opération est très simple en faisant une incision transversale au-dessus de la tumeur. A. Cooper a déjà opéré de cette façon, mais avec une incision parallèle à la ligne blanche. M. Toulson a opéré dans un cas avec succès. M. Childs a été heureux dans un cas grave. M. Gay a aussi opéré de même dans un cas.

Pour la hernie ventrale, l'opération serait identique, et M. Gay en cite une observation.

Nous nous contentons de citer ces procédés de M. Gay, sans entrer dans une discussion ultérieure qui nous entraînerait trop loin. Il faudrait voir quel est le genre d'étranglement qu'éprouvent le plus habituellement ces diverses espèces de hernies et quels sont les agents les plus ordinaires de ces étranglements. Fondé sur l'anatomie bien étudiée et sur l'observation pathologique des faits, nous devrions examiner si la méthode de J.-L. Petit est applicable comme règle aux hernies inguinales, ombilicales et ventrales, ce que nous ne croyons pas. Mais, pour justifier notre opinion, il nous faudrait entrer dans de nouveaux et de longs détails qui seraient en dehors de l'objet de ce travail.

Nous avons eu pour but ici de montrer combien une anatomie bien faite est indispensable pour aborder et discuter toutes ces questions et pour guider le chirurgien dans la pratique. Prenant seulement la question des hernies crurales, nous avons montré successivement quelles différences existent entre les chirurgiens anglais et les chirurgiens français sur l'anatomie normale et sur l'anatomie pathologique de la région, sur les causes d'étranglement et par conséquent sur le genre d'opération nécessaire pour libérer la hernie. Dans les développements, nous nous sommes servi principalement de l'ouvrage de M. Gay, comme l'exposé le plus complet des opinions régnant en Angleterre; et si, par suite de la différence du milieu dans lequel nous avons été l'un et l'autre élevés, il nous a été impossible d'admettre toutes ses idées, indispensable même d'en critiquer à fond quelques-unes, nous n'en rendons pas moins justice à l'habileté de dissection, à la persévérance dans le travail et à l'élévation d'esprit qui ont présidé à la confection de l'ouvrage de M. Gay.

PATHOLOGIE COMPARÉE.

De l'empoisonnement par le tabac et de son traitement chez les animaux de l'espèce bovine;

Par M. Lanusse, vétérinaire à Tonneins (Lot-et-Garonne).

Les recherches nouvelles et importantes dont l'empoisonnement par le tabac a été l'objet donnent un grand intérêt aux recherches suivantes faites sur les animaux.

Dans une science aussi étendue que la nôtre, qui touche de si près aux intérêts du pays et particulièrement de l'agriculture, nous sommes surpris de ne rencontrer dans nos auteurs de médecine aucune notion bien approfondie, aucune observation bien exacte sur les cas d'empoisonnement par le tabac chez l'espèce bovine. Les faits qui sont consignés sur cette matière, soit dans les journaux, soit dans les annales vétérinaires, sont peu nombreux; ils n'ont pas été recueillis avec soin : aussi n'offrent-ils rien de fixe, rien de certain dans les moyens propres à combattre les effets toxiques de la nicotine, et n'ont-ils par eux-mêmes aucune valeur thérapeutique. Sur ce point la médecine des animaux est donc encore bien incomplète. Nous avons entrepris de combler cette lacune. L'étude des propriétés vénéneuses du tabac, de son action physiologique sur les herbivores, des moyens curatifs contre l'empoisonnement par cette plante nous offre un champ nouveau à exploiter; nous allons essayer de le parcourir et de fixer un point de toxicologie si important, surtout dans les contrées où l'on cultive le tabac sur une grande échelle pour les besoins de nos manufactures.

Notre intention dans cet écrit est d'opposer à une médication incertaine, hasardée, en quelque sorte empirique, une médication qui, basée sur les enseignements théoriques et confirmée par l'expérience, enlève tout préjugé, toute indécision, serve de guide au vétérinaire et le mette à même de triompher presque sûrement des accidents fâcheux occasionnés par le tabac chez nos grands ruminants.

Des effets toxiques du tabac; des circonstances qui les modifient. — Avant d'indiquer les causes de l'empoisonnement par le tabac chez les animaux de l'espèce bovine, nous allons nous occuper d'abord des principes actifs de cette plante, de son action physiologique et de ses effets toxiques.

Le tabac peut être pris par les animaux sous deux états différents : à l'état vert et à l'état sec. Sous le premier état, il ne présente presque aucun danger : 1° parce qu'il ne possède qu'à un bien faible degré ses propriétés vénéneuses; 2° parce qu'on arrive toujours assez tôt pour détourner les animaux de la plantation et les empêcher de prendre une quantité trop considérable de feuilles. C'est sous le second état seulement que nous avons constaté des cas d'empoisonnement et que nous avons pu apprécier l'influence fâcheuse de la nicotine sur l'économie animale.

Parmi les principes actifs du tabac, le plus remarquable est, sans contredit, la nicotine. Cette substance, qui a été signalée, en premier lieu, par Vauquelin, mais qui n'a été isolée à l'état de pureté que par M. Barral, dont les belles recherches ont beaucoup avancé la connaissance chimique du tabac, et, après lui, par MM. Ortigosa, Melsens, etc.; cette substance, disons-nous, d'une grande énergie, détermine en un temps très court l'empoisonnement des animaux. C'est à elle que les feuilles du tabac doivent leurs propriétés vénéneuses très énergiques : leurs effets toxiques, toujours très alarmants, sont subordonnés à la quantité du tabac ingéré, par conséquent, à la présence dans l'estomac d'une dose de nicotine plus ou moins considérable, à la plus ou moins grande activité et prédominance de cette dernière substance dans les feuilles.

La formation de la nicotine dans le tabac, son développement, son activité, dépendent de la nature du terrain qui le produit, de son degré de dessiccation, de son mélange avec d'autres substances et des influences du climat.

Parmi les terrains qui fournissent au tabac le plus de nicotine, nous devons placer en première ligne ceux qui sont formés de sable à grains fins avec un sous-sol argileux et les graviers. Ainsi, les feuilles de tabac seront d'autant plus actives qu'elles auront été cultivées sur des terrains de cette nature. Il résulte des analyses chimiques faites sur les différents tabacs de notre pays, à l'occasion du procès Bocarmé, que les tabacs des départements du Lot et du Lot-et-Garonne, dont les terrains sont ainsi composés, possèdent des qualités supérieures aux autres, contiennent plus de gomme, plus de principe actif.

Le tabac se distingue des autres solanées vireuses tant par ses propriétés toxiques que par ses qualités thérapeutiques. Cependant quelques toxicologistes pensent que cette distinction n'est pas bien fondée et que le tabac ne possède réellement pas beaucoup plus de propriétés irritantes que la stramoine et la belladone. Cette divergence d'opinions provient, selon nous, de ce qu'on n'a pas toujours tenu compte, dans les expériences qui ont été faites à ce sujet, des circonstances particulières qui influent puissamment sur les propriétés toxiques du tabac. Nous allons faire connaître quelques-unes de ces circonstances. C'est ainsi que son activité est considérablement amoindrie par son mélange avec d'autres substances beaucoup moins actives ou entièrement inactives, et surtout avec son eau de végétation; c'est ce qui explique pourquoi les animaux peuvent manger impunément les feuilles vertes du tabac. Il possède, au contraire, ses véritables propriétés dans les feuilles qui sont arrivées à un certain état de dessiccation, non pas complète, mais de conservation. La température exerce une grande influence dans cette préparation. Nous avons observé que c'est entre les mois de novembre et de décembre que la nicotine exerce son action avec plus de force et de rapidité sur les animaux. Dans le Nord le tabac est bien moins actif que dans les contrées méridionales. C'est à l'excrétion gommeuse que le tabac doit de posséder son agent toxique; on conçoit alors qu'une température élevée, douce, mais soutenue, en favorisant ce travail, fixe la nicotine et l'empêche de se volatiliser; que le froid, au contraire, en arrêtant ou retardant cette excrétion, permet à la nicotine de se dégager à mesure que la dessiccation s'opère. Le tabac, par les préparations qu'on lui fait subir dans les manufactures, quoiqu'il acquière des qualités irritantes qui lui sont étrangères, contient moins de nicotine que les feuilles sèches qui se trouvent dans les conditions favorables que nous venons de faire connaître, et, par conséquent, toutes choses égales d'ailleurs, est moins violent dans ses effets toxiques.

C'est donc à cet état de dessiccation, que nous avons appelé dessiccation de conservation, à la présence de la gomme, et conséquemment à la prédominance de la nicotine, que les feuilles sèches doivent leurs propriétés énergiques qui occasionnent les cas d'empoisonnement dont nous allons étudier les effets sur les grands ruminants domestiques.

Le tabac exerce une double influence sur l'économie : 1° généralement, en portant son action sur le système nerveux; 2° localement, en déterminant une irritation plus ou moins intense sur les points de la membrane muqueuse où il est appliqué. Lorsqu'il est introduit dans la panse et qu'il se trouve en contact avec la muqueuse de cet organe, la nicotine est rapidement absorbée et transportée ensuite dans le torrent de la circulation. En même temps que ce travail d'absorption s'opère, il se produit sur les points de son application avec la muqueuse une inflammation d'autant plus vive qu'elle est subordonnée à l'action énergique de la nicotine. L'absorption de cette dernière précède toujours l'inflammation locale, et celle-ci accompagne les phénomènes généraux et les symptômes de l'empoisonnement. La rapidité de l'absorption dépend de la quantité, de l'énergie, en un mot de la qualité du tabac ingéré. Dans ce cas, l'inflammation se produit vite et avec une grande intensité; dès ce moment, l'absorption, si elle ne s'est pas faite d'une manière complète, diminue ou s'arrête aussitôt. Les phénomènes locaux et généraux qui se développent alors sont toujours très graves, et se développent avec une effrayante rapidité.

L'empoisonnement peut être modifié ou retardé suivant l'état de plénitude ou de vacuité de la panse, suivant que les feuilles de tabac restent mêlées aux aliments ou qu'elles se trouvent en contact immédiat avec la muqueuse; et enfin, suivant la nature des aliments contenus dans la panse. Ainsi, l'absorption de la nicotine est d'autant plus rapide que les aliments renfermés dans cette cavité sont composés de substances sèches : foin, paille, son, etc.; elle est, au contraire, beaucoup plus lente, plus inactive, lorsque la panse renferme des végétaux à l'état vert qui contiennent beaucoup d'eau de végétation.

C'est par les modifications de la sensibilité et du mouvement que se manifestent chez les animaux les effets du tabac sur le système nerveux : les fonctions des centres et des conducteurs de ce système sont abolis ou notablement diminués. C'est par un tremblement léger dans les muscles de la cuisse, ou par une obtusion légère de la sensibilité, par une certaine paresse à se mouvoir, que se manifeste le premier degré d'action de la nicotine. Bientôt les contractions partielles et involontaires des muscles deviennent générales et plus violentes; le sens de la vue, la sensibilité générale s'émoussent; la marche est très vacillante, et les animaux chancellent comme un homme ivre. Un état de relâchement, d'immobilité succède à ces phénomènes, et les animaux qui paraissent dormir d'un sommeil carotique profond ne tardent pas à succomber. Le resserrement et la dilatation des pupilles s'effectuent difficilement. Lorsque, dans les feuilles de tabac, la nicotine se trouve en petite quantité ou que son action est notablement amoindrie, soit par la nature des aliments contenus dans la panse, soit par la qualité même du tabac, elle ne donne pas lieu à la manifestation des phénomènes que nous venons de signaler.

Causes de l'empoisonnement. — Dans les départements où l'on cultive le tabac sur une vaste échelle, les propriétaires qui se livrent à sa culture n'ont le plus souvent pas de lieux convenables pour le serrer et le suspendre; il leur arrive presque toujours d'en placer une partie dans la grange au-dessus même du bétail : quelques feuilles en séchant sont détachées du pied et viennent tomber dans la crèche correspondante des animaux; d'autres fois, lorsque le tabac est exposé au soleil autour de la ferme, les animaux en passant saisissent quelques *manoques* qui se trouvent à leur portée et les introduisent rapidement dans la bouche, où elles sont immédiatement dégluties. Il est rare que nous n'ayons pas à constater tous les ans des accidents de ce genre. Le gouvernement, en encourageant par une prime les cultivateurs qui font construire sur le modèle qu'il a établi un local appelé séchoir, où le tabac acquiert une qualité supérieure, semble avoir voulu prévenir le mal en venant lui-même en aide aux planteurs. Malheureusement ces établissements sont rares, parce qu'ils sont coûteux; on pourrait, à la vérité, les construire d'une manière plus économique; mais le propriétaire, dans la crainte de bâtir en pure perte s'il venait à perdre la culture du tabac, recule devant les dépenses. Ce serait cependant le moyen d'éviter toute sorte d'accidents, et le cultivateur en retirerait un double avantage.

Ce n'est pas seulement à cause de leur position respective dans la ferme que les ruminants sont plus exposés que les autres animaux domestiques à être empoisonnés par le tabac; il y a aussi une raison physiologique plus puissante et qui tient à ce que les organes du goût et de l'odorat sont plus imparfaits chez l'espèce bovine que chez les autres espèces.

En effet, un lien particulier et intime entretient des relations, des correspondances continuelles entre les organes du goût et de l'odorat; conséquemment leurs fonctions sont dépendantes les unes des autres; le voisinage, les communications immédiates, les connexions anatomiques de leurs organes ne sont pas les seuls rapports qui rapprochent ces deux sens : d'autres rapports moins matériels unissent les sensations qui leur sont propres, bien que différentes par la nature de leurs causes et très distinctes par leur caractère ou par les effets qu'elles produisent sur tout le système. D'ailleurs, ces sensations se mêlent d'une manière remarquable : elles se dirigent, s'éclairent, se modifient et peuvent même se dénaturer mutuellement. L'odorat semble être le guide du goût; le goût à son tour exerce une puissante influence sur l'odorat; l'un et l'autre peuvent s'isoler réciproquement de leurs fonctions, car ce qui plaît à l'un ne plaît pas toujours à l'autre. Mais, comme les aliments et les boissons ne peuvent guère passer par la bouche sans agir plus ou moins sur le nez, toutes les fois qu'ils sont désagréables au goût ils le sont bientôt à l'odorat, *et vice versâ*, quand les animaux ne parviennent pas à vaincre les répugnances qu'un de ces deux sens leur oppose au désavantage de l'autre.

De cette considération physiologique il résulte évidemment que, les impressions savoureuses étant tout à fait tactiles, c'est-à-dire toutes liées à l'action physique et directe des aliments et des boissons qui s'appliquent aux papilles de la langue et du palais, le sens du goût dirige ordinairement l'animal avec plus ou moins de sûreté pour le choix de sa nourriture. Or, chez les ruminants, la disposition anatomique et la fonction physiologique de l'organe du goût et de l'odorat démontrent leur imperfection. En effet, la membrane muqueuse qui tapisse la cavité buccale est épaisse et garnie de papilles nombreuses rudes et peu sensibles; les aliments, avant d'être ingérés dans l'estomac, sont peu soumis à l'action de la mastication, en sorte que leur saveur ne peut pas être distinctement reconnue par les animaux; ce n'est que plus tard qu'ils sont rappelés à la bouche par un nouvel acte, la rumination. Enfin, l'odorat est également très

imparfait; la muqueuse qui tapisse les fosses nasales, eu égard à son peu de sensibilité, le peu d'étendue et de développement des volutes ethmoïdales, les ouvertures extérieures du nez étroites, formées de lèvres épaisses et peu mobiles, rendent par leurs dispositions anatomiques ce sens peu propre à l'impression des odeurs. Si donc nous avons à constater particulièrement chez les bœufs des cas d'empoisonnement par le tabac, cela tient aux différentes circonstances que nous venons de faire connaître. Les adultes et les plus avancés en âge y sont plus exposés que les jeunes : chez les premiers, les facultés gustative et olfactive, étant plus bornées, les disposent dans le choix des aliments à des écarts qui leur sont quelquefois nuisibles; chez les seconds, ces facultés, étant plus vives, plus délicates, conservent encore heureusement leurs relations et leurs véritables déterminations instinctives.

(*La fin à un prochain numéro.*)

RECHERCHES SUR LES PRINCIPES ACTIFS DU GENÊT.

Le genêt à balai (*genista* (spartum) *scoparia*) est un arbrisseau très commun dans nos bois et nos landes, dont les propriétés diurétiques et purgatives se trouvent signalées par Pline et Dioscoride ; plus près de nous, Cullen et Sydenham ont constaté ces deux actions.

M. Stenhouse vient de rechercher les principes particuliers auxquels cet arbrisseau doit ses propriétés.

Ce chimiste a trouvé que la décoction aqueuse du genêt, réduite à un dixième, fournit une masse gélatineuse, qui consiste principalement en un principe impur qu'il désigne sous le nom de *scoparine*.

La scoparine est une matière jaune qui, à l'état pur, se présente sous la forme de cristaux étoilés, soluble dans l'eau bouillante et dans l'alcool ; sa formule chimique est $C^{20} H^{11} O^{10}$.

M. Stenhouse dit s'être assuré par de nombreuses expériences que c'est bien à la scoparine que sont dus les effets qu'on obtient de l'emploi du genêt; aussi conseille-t-il d'employer isolément à l'avenir ce principe, à la dose de 25 à 30 centigrammes pour un adulte. L'action de ce principe se manifeste ordinairement douze heures après son administration ; elle consiste à doubler au moins la quantité de l'urine.

Le genêt renferme encore un autre principe, la *spartéine*, que M. Stenhouse obtient en distillant les eaux mères de la scoparine.

Cette nouvelle base organique, liquide, incolore, volatile, d'une saveur très amère, est douée, suivant cet expérimentateur, de propriétés narcotiques fort prononcées. Une seule goutte de spartéine, dissoute dans l'alcool, occasionna chez un lapin un narcotisme qui dura cinq à six heures ; chez un autre lapin, 20 centigrammes du même principe produisirent d'abord des mouvements convulsifs, puis de la torpeur, et enfin, après trois heures, la mort.

M. Stenhouse pense que les différences d'effet que les médecins ont obtenues de l'emploi du genêt dépendent de ce que les proportions de scoparine et de spartéine peuvent varier dans la plante, suivant les localités où on l'a récoltée.

(*Ann. chem. und pharm.* et *Ann. de Roulers.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 décembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Combe, de Saint-Germain, présente une malade chez laquelle, après avoir enlevé un cancer de la face, il a pratiqué avec beaucoup de succès une opération de chéiloplastie.

Des remerciements sont adressés à M. Combe, et l'observation renvoyée à une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Laborie et Follin.

Correspondance.

M. le docteur A. Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux, adresse à la Société une lettre pour obtenir le titre de membre titulaire.

— M. FOLLIN dépose sur le bureau, au nom de M. Ch. Delacour, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes, une observation d'anévrisme de l'artère tibiale postérieure à la suite d'une amputation de la jambe.

Commission : MM. Follin, Lenoir, Laborie.

— M. LEBERT termine la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local peu ou point disposé aux récidives; elle ne peut devenir grave que par son siége, son étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau tout en restant un mal local.

Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé des préparations iodurées lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complétement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter après les opérations comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

RÉSUMÉ.

1° Les tumeurs fibro-plastiques sont constituées par un tissu cellulaire de nouvelle formation, semblable à celui de la vie embryonale. Le tissu fibro-plastique peut avoir une origine inflammatoire, être la base d'un travail hypertrophique, ou se former tout à fait spontanément.

2° Les tumeurs fibro-plastiques se composent d'un tissu mou, lobulé, d'un jaune rosé; ou d'un tissu plus ferme, plus pâle, plus homogène; ou enfin, du mélange d'un tissu gélatiniforme avec ces deux formes. Le siége de ces tumeurs est dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; dans la profondeur des membres, de la cuisse surtout ; dans les os, et ici de préférence dans les maxillaires ; et, enfin, dans les membranes du cerveau.

3° Les tumeurs fibro-plastiques des animaux domestiques offrent les mêmes caractères que chez l'homme.

4° Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une disposition marquée à la transformation fibreuse ; il se rencontre de préférence dans les phlegmasies prolongées, dont il est à la fois le soutien et le produit.

5° La forme des tumeurs fibro-plastiques est lisse ou lobulée, ronde ou aplatie, selon le siége, et elle affecte, dans les cas d'hypertrophie, l'aspect de l'organe malade ; elles sont généralement libres et bien circonscrites, mais sessiles et affectant la forme d'excroissances, si elles proviennent de l'os.

6° Ces tumeurs peuvent devenir très volumineuses et dans les organes glandulaires et sur le trajet des membres, surtout lorsqu'elles renferment beaucoup de tissu gélatiniforme. Elles sont ordinairement entourées d'une enveloppe fibro-celluleuse. Sur une coupe fraîche, on n'obtient, en général, qu'un suc clair, transparent; celui-ci cependant est trouble lorsque des grumeaux, de petits lobules entiers se trouvent suspendus en lui. Outre les éléments cités plus haut, on y rencontre quelquefois un tissu d'un jaune pâle et tout à fait terne, d'autres fois des concrétions calcaires, et enfin des réseaux osseux, lorsque le mal provient du périoste.

7° Au microscope, on trouve des cellules à petits noyaux ronds ou ovoïdes et toutes les formes intermédiaires entre la cellule et la fibre, surtout beaucoup de corps fusiformes étroits; les nucléoles sont toujours très petits. On y rencontre aussi de grandes cellules mères à noyaux multiples enroulés quelquefois de fuseaux, et constituant alors les globes fibro-plastiques.

8° Par rapport aux tissus voisins, les tumeurs fibro-plastiques se comporte comme les tumeurs fibreuses, les comprimant, mais ne se substituant point à eux; tandis que le tissu cancéreux est ordinairement une véritable substitution. Leurs phases de développement possible sont les suivantes : dépôt local, accroissement lent et ensuite plus rapide, état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération, et enfin, dans des cas rares, la gangrène.

9° Les deux sexes y sont également très disposés. Se rencontrant à tout âge, leur plus grande fréquence est cependant de trente-cinq à cinquante ans.

10° La récidive après l'opération a surtout lieu dans les tumeurs autogènes, et n'a point été observée dans l'hypertrophie fibro-plastique; elle n'a point lieu, comme pour le cancer, dans des points éloignés ; elle est souvent causée par une opération incomplète. Malgré leur opiniâtreté, quelquefois bien grande, de revenir sur place, elles laissent la santé générale intacte. Dans des cas rares enfin, il se développe une véritable diathèse fibro-plastique ; fait qui s'observe, du reste, également pour les tumeurs fibreuses, graisseuses, névromateuses, mélaniques, etc.

11° L'unicité et la nature locale des tumeurs fibro-plastiques comme règle ont été confirmées; outre les autres preuves apportées par vingt-six autopsies complètes que nous possédons, bien que dans la plupart de ces faits la maladie fût arrivée à son terme naturel, nous possédons de plus un bon nombre de faits d'une guérison complète et durable après l'opération, tandis que nous n'en connaissons point pour le véritable cancer.

12° La durée est bien autrement chronique que pour les affections cancéreuses, et à part quelques cas à marche plus rapide, elle met bien plus souvent de cinq à dix ans de temps même lorsqu'elle devient funeste, qu'un temps plus court; tandis que la durée moyenne du cancer dépasse à peine deux ans et demi. Les faits ne sont pas même rares dans lesquels ces tumeurs ont persisté pendant vingt ans et au delà sans inconvénients graves. Souvent, après une marche pendant longtemps très lente, les accidents et l'accroissement deviennent assez promptement plus graves.

13° Les douleurs sont très rarement vives et continues; du reste le plus souvent névralgiformes, comme dans d'autres tumeurs. Les troubles fonctionnels sont généralement en rapport avec le siége. La santé générale dans l'immense majorité reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale, et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

14° Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local, peu ou point disposé aux récidives, qui ne peut devenir grave que par son siége, son étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau, tout en restant un mal local.

15° Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé des préparations iodurées, lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complétement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter, après les opérations, comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

(Nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro la fin de cette séance.)

Chronique et nouvelles.

Le concours de l'internat vient d'être terminé. En voici le résultat :

Ont été nommés *internes définitifs* : MM. Garreau, Tarnier, Lefort, Bailly, Bourgarel, Dupuy, Amen, Bourcy, Vautrin, Van-Gaver, Barbeau, Parrot, Fleurot, Dumont-Pallier, Liégard, Billoir, Perret, Rabaud, Guyot, Richard-Maisonneuve, Brunet, Pain.

Internes provisoires. — MM. André, Frémineau, Joseph, Houzé de l'Aulnoit, Aubrée, Luys, Bordc, Bertholle, Schloss, Bignon, Blache, Moysant, Nadaud des Islets, Holaind, Pise, Buhon, Mercier, Grellet de Fleurelle, Provent, Touraine, Binet, Lallemand, Blot, Labosse, Thomas de Clomadeuc.

— La *Revue thérapeutique du Midi* annonce que les candidats à la chaire d'anatomie, vacante à la Faculté de Montpellier par la mort de M. le professeur Dubreuilh, se présentent en nombre très considérable. On compte déjà MM. Chrestien, Benoît Courty et Quissac, de Montpellier ; Bayle, Giraldès, Jamain, Lacauchie et Sappey, de Paris.

AVIS. — Les commissaires délégués par les internes des hôpitaux de Paris, dans le but de maintenir des rapports de bonne confraternité entre les anciens internes et ceux en activité de service, ont décidé qu'un banquet aura lieu, sous la présidence de M. Bérard, qui veut bien honorer cette réunion de sa présence, jeudi prochain 30 décembre, à six heures précises, dans les salons des Frères Provençaux.

Ce banquet sera le point de départ de réunions ultérieures qui seront organisées par une commission.

Les souscriptions seront reçues par les commissaires des différents hôpitaux ci-après désignés, ainsi qu'au bureau de ce journal, jusqu'au mardi 28 décembre, à cinq heures du soir.

Commissaires :

MM. Axenfeld (Enfants-Malades);
Martellière (Pitié);
Baucher (Charité);
Dufour (Hôtel-Dieu) ;
Schnepf (Salpêtrière) ;
Cadet-Gassicourt (Saint-Louis) ;
Charrier (Lourcine) ;
Bucquoy (Saint-Antoine) ;
Dolbeau (Midi) ;
Maurice (Sainte-Marguerite);
Leplat (Bicêtre).

— Dans le compte-rendu de l'Académie de médecine, nous avons mis par erreur le nom de Duval, *au lieu de* Daval, dans l'article *Céphaloprisie.*

Le Gérant,

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 152. — MARDI 28 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE.) N° 152. — MARDI 28 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

A NOS COLLABORATEURS.

Nous avons l'honneur de rappeler à nos collaborateurs de Paris et des départements que toutes les communications qu'ils voudront bien nous faire doivent être adressées directement *au bureau de la* Gazette. *Ils seront assurés d'y trouver le rédacteur en chef ou le secrétaire de la rédaction les mardis, jeudis et samedis de une heure à trois.*

SOMMAIRE. — Paris. De la résection de l'appendice xyphoïde. — Hôpital de la Pitié (M. Laugier). Plaie de tête. Nécrose de toute l'épaisseur d'une partie du pariétal. Guérison. — Clinique de la ville. Observation d'un bec-de-lièvre double très compliqué opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, suivie de quelques réflexions sur l'opportunité de faire cette opération. — Pathologie comparée. De l'empoisonnement par le tabac et de son traitement chez les animaux de l'espèce bovine. — Société de chirurgie (addition à la séance du 15 décembre). — Séance annuelle pour la distribution des prix et la nomination des élèves internes et externes des hôpitaux.

PARIS, LE 27 DÉCEMBRE 1852.

De la résection de l'appendice xyphoïde.

Les *Annali universali di medicina* rapportent un fait de résection de l'appendice xyphoïde dans un cas où la déviation de cette partie du sternum occasionnait des vomissements et une cardialgie qui avaient résisté à tous les remèdes et menaçaient la santé et la vie du malade.

L'auteur de cette opération, M. Linoli, a été conduit à reconnaître la cause de cette affection par trois observations précédemment faites sur le cadavre, où cette déviation lui parut avoir déterminé deux fois une ulcération de l'estomac, et une autre fois une dépression du foie.

On trouve dans les auteurs, et entre autres dans Lamothe, Barbette et Bonnet, la relation d'accidents causés par cette déviation; mais nous ne pensons pas que jusqu'ici personne ait eu l'idée de pratiquer la résection de cet appendice, qui ne nous paraît pas sans danger.

Il suffit, en effet, de considérer qu'il a fallu diviser le péritoine, pénétrer dans la cavité abdominale, ployer le doigt dans la plaie, pour reconnaître la gravité de cette opération et les accidents sérieux, mortels même, qu'elle pourrait entraîner. Mieux vaudrait, ce nous semble, insister sur des moyens empruntés à l'hygiène et à la mécanique pour remédier à cette infirmité.

Quoi qu'il en soit, M. Linoli a réussi; et certes nous ne voudrions pas que l'on pût voir un blâme dans les réflexions que nous a suggérées cette observation intéressante, dont nous empruntons la traduction à la *Gazette médicale :*

Le 3 février 1851, M. Linoli fut prié par un de ses confrères de venir examiner un jeune homme de vingt-deux ans, grand, bien conformé, de tempérament robuste, exempt de scrofule et de syphilis, qui était tourmenté depuis longtemps d'une cardialgie rebelle à tous les remèdes. Les douleurs d'estomac, la faiblesse et l'amaigrissement ne faisant qu'augmenter, plusieurs médecins l'avaient jugé atteint de squirrhe au pylore.

La maladie offrait ce caractère particulier, que la douleur et que des vomissements se manifestaient aussitôt après le repas, s'il montait à une échelle ou gravissait un lieu élevé; au contraire, il ne souffrait ni ne vomissait si, après avoir mangé, il se couchait en supination et y demeurait jusqu'à ce que la chymification fût terminée. Mais à mesure qu'il avançait en âge, l'efficacité de ce secours allait en diminuant; et il y avait déjà trois mois que les vomissements reparaissaient, soit après le repas, soit au bout de quelques heures, s'il faisait le plus léger mouvement. Du reste, il n'avait jamais eu de fièvre, si ce n'est quelques petits accès passagers.

En examinant ce jeune homme couché, M. Linoli remarqua que le point sur lequel la pression même la plus légère causait une souffrance insupportable était précisément l'endroit où existe l'appendice xyphoïde. Comme il était fort maigre, l'auteur put reconnaître que chez lui cet appendice se terminait par un angle obtus qui se prolongeait vers l'estomac. En appuyant sur cet angle, on réveillait une douleur indescriptible, ainsi que l'envie de vomir; répétée plusieurs fois, cette manœuvre produisit toujours le même effet.

Autorisé par le souvenir de quelques faits semblables dont il sera question plus loin, M. Linoli n'hésita pas à conclure que la cause de la cardialgie résidait dans l'introflexion de cette partie de l'appendice xyphoïde, vicieusement conformée, laquelle pressait mécaniquement contre la paroi antérieure et supérieure de l'estomac. Le rapprochement de tous les symptômes éloignait l'idée d'une affection organique et confirmait ce jugement.

Une opération pouvait seule y remédier, c'était l'ablation de la portion recourbée de l'appendice. Résolue en consultation, acceptée par le jeune malade et ses parents, elle fut pratiquée le 4 février 1851. M. Linoli fit une incision qui mit à découvert la partie recourbée du cartilage en s'étendant un peu plus bas que son sommet. Il divisa le péritoine, pénétra dans la cavité abdominale, put alors explorer avec le bout du doigt la situation de l'appendice xyphoïde, et sentit là comme un crochet qui devait nécessairement heurter contre l'estomac lorsque ce viscère était rempli d'aliments. Ayant fait constater à son confrère cette disposition anormale (1), il coupa avec un bistouri boutonné l'appendice à l'endroit où il se recourbait, et en fit l'amputation. Deux petites artères durent être liées. Pour obtenir la réunion le plus promptement possible, on pratiqua deux points de suture. Le malade montra, durant le cours de l'opération, une intrépidité rare. Il répétait seulement : « De grâce, donnez-moi ce morceau d'os qui m'a martyrisé depuis si longtemps, que je le porte sur moi jusqu'à la mort. »

A l'exception d'un peu de fièvre et d'un léger météorisme, auxquels on remédia par une saignée, les suites de l'opération furent extrêmement simples. On leva l'appareil le quatrième jour. Au bout de dix-huit jours, la plaie était entièrement fermée et la cardialgie disparue; le jeune homme put quitter le lit après une semaine. Maintenant huit mois se sont écoulés, il jouit d'une parfaite santé, et n'a conservé de son incommodité ancienne que le souvenir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Laugier.

Plaie de tête. — Nécrose de toute l'épaisseur d'une partie du pariétal. — Guérison.

Une plaie de tête est quelque chose de tellement ordinaire et tellement fréquent dans tous les services de chirurgie, qu'un fait de cette nature n'offre aucun intérêt clinique quand il ne présente pas une particularité un peu exceptionnelle. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, on a étudié les plaies de tête; elles sont encore aujourd'hui l'objet de la sollicitude et des recherches des jeunes chirurgiens. Malgré ces longs travaux, la science n'est pas encore complète sur ce sujet, et il y a dissidence soit sur la réunion à faire, soit sur les accidents consécutifs possibles, soit sur la manière dont peuvent se réparer les pertes de substance, qu'elles résultent de l'action directe de l'instrument contondant, ou qu'elles viennent d'un travail inflammatoire consécutif donnant lieu à la mort d'une partie plus ou moins étendue, plus ou moins profonde de la boîte crânienne; c'est un cas de ce genre, c'est une nécrose, en un mot, qui donne au malade dont nous voulons parler l'intérêt qu'il peut présenter.

Le nommé Couty (Claude-Antoine), âgé de cinquante-trois ans, est un homme de grande taille et de forte constitution, qui est à Paris depuis dix-sept ans. Jamais, dit-il, il n'a fait de forte maladie; mais il est sujet aux angines, et il en a été affecté environ une dizaine de fois.

Le 10 septembre, dans la soirée, il fut témoin d'une rixe survenue entre un homme et une femme, s'approchant pour s'interposer et faire des remontrances à l'homme sur sa brutalité, celui-ci l'accueillit d'un croc en jambe qui le renversa, et il alla frapper la tête sur le bord d'un trottoir.

Il perdit connaissance sur le coup et resta un quart d'heure environ dans cet état. Une assez grande quantité de sang s'écoula par la plaie, qui fut pansée avec des compresses d'eau salée. Reporté chez lui, il se leva le lendemain pour se rendre, de La Chapelle où il demeurait, au bureau central, et reçut là un billet pour entrer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Laugier, où il fut couché au n° 10 de la salle Saint-Gabriel.

A la visite du lendemain, le malade fut trouvé absorbé, encore sous l'influence de la commotion qu'il avait éprouvée la veille, répondant assez difficilement aux interrogations qu'on lui adressait; encore fallait-il fortement exciter son attention par des questions pressantes. La parole était lente; il ne présentait, du reste, aucune trace de lésion intéressant la substance cérébrale; pas de paralysie des bras ni des jambes.

La plaie ne présentait pas de lambeau décollé, mais des bords mâchés comme dans une percussion directe d'un instrument contondant obtus.

Cette plaie, peu considérable, située sur le synciput, un peu à gauche de la suture qui unit les pariétaux, donna passage au stylet, qui, dirigé vers les parties profondes, rencontra l'os pariétal gauche dénudé; le périoste avait été déchiré. Il n'y avait plus d'écoulement de sang.

M. Giraldès, agrégé de la Faculté, chargé du service en remplacement de M. le professeur Laugier, ordonna pour tout traitement des cataplasmes émollients; le pouls n'était pas assez fort pour qu'on fît une saignée.

Ce traitement continué fit déterger la plaie, qui prenait déjà un meilleur aspect, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, environ quinze jours après son entrée, le malade fut pris d'érysipèle, qui débuta du côté gauche de la tête sur les bords de la plaie. Cet accident intercurrent assez grave, comme tous les érysipèles du cuir chevelu, fut énergiquement combattu par une saignée, un émétique, trois ou quatre purgations et de la rhubarbe prise à l'intérieur pendant plusieurs jours; néanmoins l'exanthème marcha, suivit toutes ses phases, envahit successivement toute la surface de la tête et s'étendit jusqu'au cou, où il finit par s'éteindre au bout d'environ deux septenaires.

Sauvé de cette complication grave survenue à sa plaie du cuir chevelu, le malade fut pris peu de jours après de douleurs de côté : crachats rouillés, toux, fièvre assez intense, et à l'examen de la poitrine il présenta une légère matité à la base du poumon gauche et du râle crépitant à grosses bulles. Ce deuxième épiphénomène, que l'on peut considérer comme une manifestation nouvelle de la diathèse morbide sous l'influence de laquelle se trouvait le malade plutôt que comme une pneumonie franchement inflammatoire, fut combattu par deux saignées, des purgatifs, de la poudre de Dower et des potions au kermès. Bientôt se manifesta un épanchement du côté gauche, épanchement contre lequel on fit agir un vésicatoire volant : un autre épanchement se produisit dans le côté droit; autre application du côté droit d'un emplâtre vésicant, qu'on fit suppurer pendant environ trois semaines, et qui était encore en place lorsque M. le professeur Laugier reprit le service, au 1er novembre.

Peu à peu tous ces accidents cessèrent; le malade fut sujet à de petites douleurs de côtés, qui revenaient de temps en temps, et il y a peu de temps encore on trouvait un peu de matité à la percussion avec une respiration qui s'entendait profonde et affaiblie.

La plaie ne se ferma pas; toujours le stylet introduit arrivait sur l'os dénudé, et même s'enfonçait dans l'épaisseur des parois de l'os; un séquestre se formait évidemment. On dut attendre qu'il fût devenu mobile, et c'est alors seulement que M. Laugier se décida à essayer de l'enlever; il opéra avec une pince ordinaire des tractions, qui n'eurent aucun résultat, et fut alors convaincu qu'il lui faudrait en venir à des moyens plus compliqués. Le fragment d'os était mobile, comme nous l'avons dit plus haut; mais pouvait-il être séparé par une simple traction; n'était-il pas enclavé dans le reste de l'os, ou même la nécrose n'allait-elle pas jusqu'à la table interne, qui serait plus largement mortifiée que la table externe, et alors le séquestre n'aurait pu sortir sans qu'on entamât les bords de la table externe. Telles étaient les objections que se faisait le professeur. Aussi était-il décidé, si la séparation de ce séquestre ne s'effectuait pas simplement, à appliquer une couronne de trépan : heureusement il n'eut pas besoin d'en venir à cette extrémité. Le malade était peu à peu revenu de la stupeur qu'il avait gardée bien longtemps, taciturne, ne parlant presque à personne, et se plaignant d'une douleur fixe au point où le coup avait porté.

Enfin l'opération fut fixée au jeudi 23 décembre, et le malade, à jeun, descendit à l'amphithéâtre. Il consentit à ne pas être endormi par le chloroforme.

Voici comment M. le professeur Laugier procéda à l'extraction de cette portion d'os nécrosée. Le malade couché la tête un peu haute, deux incisions furent pratiquées, l'une transversalement, d'une longueur d'environ 8 centim.; l'autre longitudinalement, d'environ 6 centimètres, coupant perpendiculairement la première, de telle sorte que le point de rencontre était sur la plaie primitive un peu à gauche, comme nous l'avons dit, et par cette ouverture cruciale le chirurgien saisit au moyen de très fortes pinces le séquestre, qui, après une traction assez énergique et quelques mouvements de va-et-vient, fut amené au dehors. Une petite artère du cuir chevelu donna lieu à un écoulement de sang rouge et par jets, et nécessita une ligature qui fut faite avec le secours du ténaculum, la pince n'ayant pu saisir l'extrémité de l'artériole. Le malade perdit peu de sang.

Le doigt introduit par l'ouverture fit reconnaître qu'il ne restait plus aucun fragment d'os à enlever, et arriva sur le fond de la plaie recouvert complètement d'une couche de bourgeons charnus.

Le séquestre examiné offrit ceci de remarquable, qu'il comprenait toute l'épaisseur de l'os, et présentait environ un demi-centimètre d'épaisseur. La surface externe et la surface interne, lisses, polies et dures, avaient toute l'apparence des tables de l'os, et entre deux on pouvait voir le tissu spongieux.

(1) Le malade étant d'une condition aisée et n'ayant jamais exercé de profession mécanique qui eût pu déterminer cette introflexion, il n'était permis de l'attribuer qu'à un vice de conformation.

Le doigt fut reporté dans la plaie, et ne pénétra pas dans la cavité du crâne; une couche épaisse de bourgeons charnus, comme nous l'avons dit plus haut, en formait le fond et empêchait de pénétrer jusqu'à la dure-mère.

Le séquestre, de forme irrégulière et dentelé sur ses bords comme tous les séquestres, présentait une longueur de quatre centimètres environ sur une largeur un peu moindre pour la table externe, la table interne n'offrant à peu près qu'un centimètre et demi de long et de large; celle-ci est donc plus petite. Ce fait a, du reste, déjà été posé en règle par Boyer, comme on peut le voir par ce passage de son *Traité des maladies chirurgicales* (page 423 du IIIe volume de la 3e édition): « La nécrose s'étend à une plus ou moins grande profondeur, et comprend quelquefois toute l'épaisseur de l'os; toujours, au crâne, la table externe est mortifiée dans une plus grande étendue que l'interne. »

Les bords de la plaie furent rapprochés avec des bandelettes de diachylum; quelques plaques d'agaric furent appliquées avec une légère compression pour réprimer une petite hémorrhagie qui semblait vouloir se produire.

Le malade regagna son lit seul et sans être transporté.

Le lendemain, à la visite, le malade se sent très soulagé; encore un peu de céphalalgie; pas de fièvre; le facies bon, la langue naturelle et sans saburre.

Le samedi 25 décembre, encore un peu de pesanteur de tête. Une bouteille d'eau de Sedlitz fut ordonnée, et procura au malade la cessation de la céphalalgie qu'il éprouvait encore à un léger degré.

Le dimanche 26, l'appareil fut levé. La plaie faite longitudinalement s'est réunie par première intention; à peine peut-on maintenant apercevoir la trace de l'incision. La plaie transversale n'a que très peu suppuré; le fond paraît réuni, les bords le seront sous peu de jours. Quant au trajet conduisant sur le fond de la plaie, il n'a pas été examiné; mais il offre un aspect extérieur satisfaisant.

Le malade n'éprouve plus de céphalalgie. Cette douleur fixe qu'il accusait vers le point où siégeait la plaie n'existe plus; elle a disparu avec le séquestre, qui en était sans doute la cause déterminante; car, comme l'a déjà remarqué Wepfer, elle est due la plupart du temps à une altération de l'os et des parties sous-jacentes. C'était probablement le cas de l'observation de Maréchal, qui se détermina à trépaner une jeune fille pour une douleur semblable qui avait résisté pendant plusieurs années à toutes les médications.

On voit, par cette observation, d'abord une plaie produite non par un instrument contondant, mais par une chute sur un corps dur et résistant; et l'on conçoit que, dans ces cas, l'effet produit est le même, car cet effet produit est toujours représenté par la formule connue en physique M V, c'est-à-dire la masse multipliée par la vitesse; on conçoit que la tête, représentant une masse M et allant avec une vitesse V frapper sur un corps dur et résistant, doit être victime d'un effet produit égal à celui que donnerait un corps dur à masse M égale à la sienne et animé d'une vitesse V égale à la sienne aussi, frappant sur elle.

On voit ensuite une commotion qui n'a rien que de très naturel après une pareille chute, et peut-être, sous l'influence de cette commotion, un affaiblissement des fonctions cérébrales retentissant sur tout l'organisme, sur l'innervation et, par suite, la nutrition en particulier, de manière à donner lieu à un érysipèle et consécutivement à une pleuropneumonie que l'on ne peut pas consciencieusement considérer comme une phlogose franche, mais plutôt, comme nous l'avons dit, comme une épigenèse des accidents mentionnés plus haut, ou peut-être même comme une métaptose de l'érysipèle déjà déterminé par la diathèse morbide.

Comment ce séquestre s'est-il formé? est-ce à la suite du décollement du périoste? est-ce par la modification circulatoire survenue dans ce point de l'os et causée par la contusion? On connaît les expériences de Tenon et de Troja; on sait que les décollements, même étendus, peuvent avoir lieu sans exfoliation consécutive de l'os, surtout quand le malade n'a pas été traité par des excitants, et ce malade a été traité par des cataplasmes jusqu'à la fin de son érysipèle. Nous avons du reste dans le service un malade ayant présenté un décollement complet du périoste et une portion de l'os frontal complétement à nu; la portion dénudée se recouvre manifestement de bourgeons charnus.

J'ajouterai que le séquestre comprenait toute l'épaisseur de l'os, fait qui n'aurait pas de raison d'être s'il tenait seulement à la destruction du périoste. Nous croirons plutôt à une modification de vitalité bien expliquée dans M. Nélaton et qui dans ce cas aura déterminé la séparation de ce fragment.

Enfin, d'où venait la couche de bourgeons charnus qui a été trouvée sous le doigt lors de l'exploration de la plaie et qui empêchait de plonger dans la cavité du crâne? Avait-elle été produite par la dure-mère, qui a été regardée comme périoste interne, ou par les portions osseuses voisines? Il est établi maintenant que la dure-mère ne donne pas lieu à la reformation des portions osseuses du crâne perdues; on peut le voir sur les sujets qui ont été soumis à l'application d'une couronne de trépan et chez lesquels la plaie n'est obturée que par les parties molles. On connaît du reste les expériences de Troja, de Duhamel et de M. Flourens sur la formation des os, et tout porte à croire que dans ce cas, où une petite surface seulement avait été détruite, il aura pu venir des parties osseuses voisines des prolongements sous forme de bourgeons charnus toujours très vasculaires qui auront obturé le trou formé en repoussant le séquestre, et ce tissu nouveau, en s'incrustant de matière pierreuse, déterminera la cicatrisation de cette plaie des os, qui sans nul doute ne se fera pas longtemps attendre maintenant que le malade se trouve dans d'excellentes conditions de santé.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation d'un bec-de-lièvre double très compliqué opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, suivie de quelques réflexions sur l'opportunité de faire cette opération;

Par M. Bonnafont, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, etc.

Au mois de juin dernier, nous fûmes appelé par M. Vaillant, membre du conseil de santé des armées, pour aller visiter un enfant qui venait de naître avec un vice de conformation de la mâchoire supérieure, connu sous le nom de bec-de-lièvre double ou bi-latéral, comme le dit judicieusement M. le professeur Roux. Les deux fentes étaient séparées entre elles par un tubercule osseux formé par l'os incisif et se continuant en arrière jusqu'au pharynx, confondant ainsi la cavité buccale avec les fosses nasales entre lesquelles se trouvait pourtant le vomer. Le tubercule antérieur, repoussé et déjeté en avant par le bord inférieur de la cloison nasale, de forme triangulaire, s'implantait par son pédicule au bout du nez, et avait une direction telle que, si les quatre dents incisives avaient poussé dans ces conditions, leur direction eût été d'arrière en avant et de bas en haut. Le nez, fortement aplati, est presque effacé; le tubercule médian était recouvert par un petit lobule charnu long d'environ 5 millimètres et large de 3 à 4, de forme légèrement triangulaire, dont la base se confondait avec le bout du nez. La fente palatine, entre le bord alvéolaire des deux maxillaires, avait 12 millim. de large, et la distance du bord alvéolaire du tubercule au même point de l'angle des maxillaires était de 10 millim. A la région de la luette, la fente avait au moins 15 millim. On voit, par cette description succincte, que ce bec-de-lièvre double se présentait avec les plus grandes complications. Comme on le pense bien, une pareille difformité, j'allais dire une pareille monstruosité, produisit sur tous les parents, ainsi que sur les personnes qui fréquentent la maison, une impression bien pénible qu'il importait de calmer, sinon de faire disparaître complétement.

C'est ce que comprit M. Vaillant, ami et médecin de la famille, en me proposant d'opérer cet enfant le plus tôt possible; ce fut aussi notre avis, basé du reste sur les souvenirs de la discussion si intéressante qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1846. M. le professeur Dubois, dont l'opinion a rallié depuis presque tous les chirurgiens, avait, dans son rapport, proposé et défendu la thèse qui consiste à opérer le bec-de-lièvre simple et congénial le plus près possible de la naissance.

Malheureusement le médecin accoucheur, M. Sevestre, ne partageait pas notre avis, car il assurait aux parents qu'on ne pouvait rien faire à cet enfant, et que toute opération qu'on tenterait aurait inévitablement *des résultats funestes*. En présence de cette dissidence d'opinion, nous désirâmes nous entourer d'un conseil dont la grande expérience ne pût être révoquée en doute. M. Paul Guersant fut appelé; la position que notre confrère occupe à l'hôpital des Enfants présentait toutes les garanties désirables pour résoudre l'opportunité de l'opération.

Dès que M. Guersant eut vu le petit malade, il n'hésita pas à se prononcer pour l'opération immédiate, suivant en cela les préceptes si nettement formulés par M. Paul Dubois. L'opération étant ainsi arrêtée, nous fîmes part à M. Guersant du procédé que nous nous proposions de mettre en usage et que nous avions indiqué à MM. Vaillant et Sevestre lors de notre première réunion. Nous trouvant pour la première fois en présence d'un fait chirurgical de ce genre, nous ne pensions pas qu'on pût songer à enlever le tubercule osseux et médian avant d'avoir tenté par tous les moyens possibles sa réduction dans la bouche, combler ainsi le vide énorme que doit laisser son excision et dont les inconvénients peuvent se traduire par l'absence de tout soutien de la lèvre, le raccourcissement plus prononcé de la mâchoire, et enfin une plus grande déformation du visage.

C'est afin d'éviter ces inconvénients que nous proposâmes comme seul moyen d'obtenir la réduction du tubercule dans la fente palatine:

1° D'exciser un fragment triangulaire du vomer au moyen de deux incisions obliques;

2° De réduire ensuite le tubercule et de le maintenir dans cette position à l'aide d'un appareil compresseur à deux pelotes pressant sur les joues et présentant deux crochets destinés à fixer une petite lanière de caoutchouc vulcanisé, dont le plat, appuyant sur le tubercule, aurait le double avantage de le maintenir réduit, et, par ses attaches sur les pelotes, d'exercer leur action sur les maxillaires en les rapprochant, et tendant ainsi à diminuer la fente palatine. Toutefois, afin d'accéder à l'opinion du médecin accoucheur, nous essayâmes d'abord la compression du tubercule; mais ayant reconnu l'insuffisance de ce moyen, nous résolûmes d'en venir le plus tôt possible à l'opération. (C'est alors seulement que M. Guersant fut appelé.)

Voulant, avant de pratiquer une opération si délicate, nous entourer de tout ce que les praticiens recommandent en pareil cas et nous aider aussi de leurs lumières, nous consultâmes plusieurs ouvrages de médecine opératoire, tels que ceux de M. Velpeau, Vidal, Nélaton, etc., et nous ne fûmes pas peu étonné de n'y pas trouver mentionnée la section double du vomer pour conserver le tubercule médian, tandis que tous proposaient son excision comme seul et unique moyen de pouvoir obtenir la réunion des lèvres. Surpris de ce silence, nous fîmes part à la Société médicale d'émulation, dont la séance avait lieu le lendemain, du fait chirurgical et du procédé opératoire que nous nous proposions d'employer, désirant ainsi nous aider des sages conseils et des lumières que nous étions certain de rencontrer parmi les confrères si distingués qui composent cette Société.

En effet, à peine avions-nous décrit ce mode opératoire, que MM. Forget, Depaul et Demarquay nous apprirent que le professeur Blandin avait mis en usage un pareil procé ou à peu près, en 1845 ou 1846, et le succès en fut satisf sant. M. Demarquay ajouta que l'opération avait été pra quée sur un jeune homme de douze à quatorze ans; circo tances qui établissaient déjà une grande différence entre deux opérés, et aussi entre les deux opérations. Toutefo heureux de l'appui d'un pareil maître, nous n'hésitâmes p dans le choix du procédé. Ce ne fut que bien après l'opé tion que nous lûmes que M. le docteur Debrou, d'Orléa avait présenté à l'Académie l'observation d'un bec-de-liè opéré avec succès par ce moyen, dont la priorité, suiv M. Velpeau, reviendrait à M. Valette, chirurgien en chef l'Hôtel-Dieu d'Orléans, ou à M. Champion, de Bar-le-D Nous dirons plus tard en quoi ces procédés diffèrent de ce que nous publions aujourd'hui.

L'enfant n'avait encore que douze jours, et nous éti bien décidés à l'opérer lorsque la bouche se couvrit d'apht qui nous obligèrent à en retarder l'exécution. La bouche plusieurs fois par jour badigeonnée avec un pinceau trem dans un collutoire composé de borax, de miel rosat et sirop de mûres.

Enfin, les aphthes ayant à peu près disparu et l'enf jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, nous primes jour p le premier temps de l'opération, qui fut pratiquée le 10 ju en présence de M. Vaillant, de M. Paul Guersant, qu bien voulu nous servir d'aide et nous prêter le concours son expérience, et de M. Collin, son interne à l'hôpital Enfants. Le petit malade, dont le corps fut enveloppé d' large serviette, tenu entre les cuisses d'un aide, la tête f tement renversée en arrière, nous fîmes, à l'aide d'une pi incisive à tranchants courts et obliques, de bas en haut d'arrière en avant, une section à la cloison naso-buccale 15 millimètres de long, en commençant au niveau des ang alvéolaires du maxillaire supérieur. Puis, avec une pince à lame droite nous coupâmes la même cloison imn diatement derrière le tubercule et directement de bas haut jusqu'à la rencontre de l'angle supérieur de la premi section; saisissant aussitôt le fragment compris entre deux sections, nous l'enlevâmes en incisant avec de pe ciseaux une portion de la muqueuse qui le retenait encor l'angle supérieur. Cette portion osseuse enlevée, le sang c lait en abondance; mais sans hésiter, et suivant eu c l'exemple de M. Guersant, nous portâmes tout de s un bouton de feu rougi à blanc sur toute l'étendue de la tite plaie, et nous nous rendîmes ainsi maîtres de l'hém rhagie. Mais, malgré la promptitude de tout ce temps l'opération, le sang était sorti en assez grande abonda pour engouer la gorge et produire des caillots dans la bouc qu'il fallut extraire avec des pinces ou avec les doigts. bouche fut ensuite bien détergée avec des injections d' froide, et lorsque nous fûmes bien certains que l'hémorr gie avait cessé et ne pouvait donner aucune inquiétude, n procédâmes à la réduction du tubercule osseux; mais au ravant, et dans l'espoir de bien faire contracter des adhér ces avec le maxillaire, nous rafraîchîmes, comme M. I brou, d'Orléans, l'a déjà fait, avec les pinces incisiv chacun des côtés du tubercule osseux, ainsi que l'angle c respondant des maxillaires. Cette précaution prise, il devi facile, au moyen d'une pression légère, d'abaisser le tub cule et de le ramener dans l'intervalle des maxillaires et les placer en contact immédiat les uns des autres. L'appa compresseur à double pelote que nous avions fait faire près fut appliqué, et pendant que les deux pelotes exerçai un pression favorable sur chaque joue, le petit ruban caoutchouc fixé à chacune d'elles pressait sur le tuberc médian dans une direction verticale, et servait à le main nir dans cette position. Cet appareil est resté ainsi en pl pendant vingt jours; ce temps a été nécessaire pour obte la réduction complète du tubercule et pour vaincre s tout sa tendance à reprendre sa position anormale. N devons dire de suite que, quoique le résultat soit très sat faisant, nous n'avons pas obtenu tout ce que nous espérioi car le tubercule ayant été entraîné à droite et en dedans, rapport entre les sections a changé, et il a été impossible cause du peu de surface qu'elles présentaient, de le rétab d'une manière permanente.

C'était là, du reste, un résultat secondaire sur lequel no comptions peu; l'important pour nous était de bien ramenei tubercule dans une position verticale, et qui nous pern d'établir la réunion de la lèvre supérieure sur sa surface a térieure naguère supérieure. Nous devons ajouter que pe dant cette compression de vingt jours le lobule labial s'éta allongé, et le nez, dont la proéminence se dessinait à pein avait acquis plusieurs millimètres de saillie (avantage inco testable résultant de cette compression). Après nous êt assuré que le tubercule osseux n'avait plus de tendance à porter en dehors et à reprendre plus ou moins son ancien position, nous procédâmes, en présence et avec l'aide de no confrères, à l'opération définitive. Pendant que la tête c l'enfant était maintenue solidement, nous disséquâmes comme MM. Velpeau et Phillipps, les lèvres et les ailes c nez jusqu'aux fosses canines. Cela étant fait, en deux cou de ciseaux nous avivâmes les bords des lèvres, et immédiat ment nous appliquâmes à la base du nez une grande serre fine que M. Paul Guersant a substitué avec avantage l'épingle proposée par M. Phillips; cet instrument mis e place et les ailes du nez fortement rapprochées, le tubercu labial fut avivé au moyen de deux incisions obliques qui faisaient terminer en pointe, destinée à être mis en rappo avec les bords de la lèvre.

Cela étant fait, nous procédâmes à la réunion des lèvre Pour cela une première épingle fut placée près des bord afin de les mettre bien en rapport; une deuxième éping fut placée à la partie supérieure saisissant dans son passag l'extrémité inférieure du lobule médian, comme nous venor de le dire.

Le tout fut maintenu au moyen de petites lanières d

outchouc, selon la méthode de M. Rigal (de Gaillac), et employée avec succès par M. Guersant, afin de neutraliser surtout le tiraillement des joues sur la plaie, cause si fréquente d'insuccès. L'appareil à double pelote fut réappliqué ainsi que la bandelette de caoutchouc. Le pansement ainsi appliqué, il devenait impossible que les cris de l'enfant, si à redouter dans ce cas, ni aucun autre mouvement, pussent se faire ressentir sur la plaie.

La serre-fine fut retirée au bout de trois jours, l'épingle supérieure le quatrième et l'épingle inférieure le sixième; les bords de la plaie paraissaient bien réunis. Mais, dans la crainte d'un décollement, nous avons laissé, comme Dupuytren, les fils encore trois jours et maintenu avec la même sévérité l'appareil en place pendant quinze jours, et cela afin d'éviter les accidents signalés par tous les chirurgiens et notamment par M. le professeur Malgaigne, qui a vu le décollement s'opérer plusieurs jours après l'opération. Nous devons ajouter qu'en enlevant les fils à ligature nous nous aperçûmes que l'épingle supérieure avait coupé la peau, qui était du reste cicatrisée à mesure que l'épingle se détachait. Cette circonstance nous ferait adopter dorénavant la méthode de M. Paul Dubois, qui permet d'ôter les épingles au bout de vingt-quatre heures. Bien que le résultat de l'opération soit très satisfaisant, il ne répond pas entièrement, comme nous l'avons déjà dit, à notre attente. Ainsi le mouvement de rotation du tubercule osseux à droite a entraîné le lobule charnu et l'a dégagé de l'épingle, de sorte qu'il n'a pu contracter d'adhérence avec le bord supérieur de la lèvre, mais il sera facile plus tard d'obvier à ce léger inconvénient. Le nez a repris sa forme et ses dimensions normales; seulement le tubercule médian, par le mouvement de bascule en haut et en dedans, a diminué un peu les ouvertures nasales.

Quant au tubercule lui-même, fortement serré entre les maxillaires, il a pris une position tout à fait immobile, mais deux dents seulement au lieu de quatre rempliront cette espace; c'est là du reste un avantage incontestable de ce procédé sur ceux qui proposent l'excision du tubercule.

Maintenant, et avant d'entrer dans quelques considérations touchant l'opportunité de cette opération, nous devons expliquer pourquoi nous avons opéré en deux temps et pourquoi aussi nous avons mis un si long intervalle entre les deux temps de l'opération.

Quand on veut conserver le tubercule médian et le ramener dans la cavité buccale par le procédé que nous avons employé, il faut nécessairement un certain laps de temps pour l'habituer à rester dans sa nouvelle position et lui faire perdre toute tendance à reprendre sa direction primitive; il importe, afin d'atteindre ce double but, que la compression soit bien faite et que la bandelette compressive de caoutchouc en toute autre reste constamment bien appliquée sur le tubercule; qui, à cause de l'obliquité que présente sa face antérieure, tend sans cesse à s'échapper.

On comprend facilement qu'un des points essentiels nécessaire à la réussite de l'opération ultérieure consiste dans l'immobilité de ce tubercule, car si on tentait la réunion des lèvres avant d'avoir obtenu ce résultat, les tendances qu'il aurait conservées à se porter en avant exerceraient une pression à la partie postérieure de la plaie qui pourrait compromettre l'adhésion des parties; nous le répétons, une des conditions essentielles au succès de l'opération consiste à n'entreprendre la réunion des lèvres que lorsque le tubercule est définitivement fixé dans la bouche et qu'il n'a plus aucune tendance à se porter en avant. La compression prolongée du tubercule a encore un autre avantage, c'est celui de repousser le vomer en arrière, d'augmenter la saillie du nez, et, en aplatissant le lobule charnu, de le rendre plus long et plus large. Tous ces détails favorables à la réussite de l'opération ne pourraient se rencontrer si celle-ci était faite complètement dans la même séance, et c'est pour cela que nous insistons de nouveau sur la nécessité de diviser l'opération du bec-de-lièvre double et compliqué en deux temps et en laissant entre eux un intervalle de quinze à vingt jours; c'est en cela que consiste particulièrement la différence de notre procédé d'avec ceux qui ont été mis en usage jusqu'à ce jour.

Bien que notre opinion ne repose encore que sur un seul fait, nous en avons si bien étudié toutes les phases que nous ne craignons pas d'avancer que dans les becs-de-lièvre compliqués, même au plus haut degré, opérés d'après les règles que nous venons d'indiquer, les résultats seront presque toujours, sinon toujours, satisfaisants, et que les insuccès prendront la place de ce que sont aujourd'hui les succès, c'est-à-dire des exceptions. Nous pensons même qu'il serait possible de perfectionner encore ce mode opératoire, et s'il nous était donné de pratiquer une opération semblable, voici comment nous procéderions :

Après avoir enlevé le fragment triangulaire du vomer, nous rafraîchirions avec des pinces incisives plus grandement que nous ne l'avons fait les quatre angles alvéolaires, tant du tubercule que des maxillaires; aussitôt le tubercule réduit et les plaies mises en rapport les unes avec les autres, nous n'hésiterions pas à passer, au moyen d'une aiguille, un point de suture à travers les alvéoles, de manière à fixer solidement le tubercule entre les deux maxillaires; puis, au moyen d'une serre-fine plate en argent et à ressort très faible, passée dans chaque ouverture nasale, nous saisirions le vomer; toute espèce de mouvement de rotation du tubercule étant rendue impossible, les adhérences entre les plaies mises en rapport seraient presque infaillibles; et, avantage immense, l'arcade alvéolaire supérieure reprendrait ainsi sa forme normale.

Si l'opération se faisait complètement dans la même séance, tous ces détails seraient d'une exécution difficile, sinon impossible, et c'est à bon droit qu'on pourrait objecter les craintes d'accidents produits par l'hémorrhagie, tandis que, divisée en deux temps, tous ces détails ne demandent qu'un peu d'habileté, de soins, et surtout une grande surveillance de la part de l'opérateur; mais les avantages ultérieurs qu'on retirera l'enfant valent bien la peine qu'on ne néglige rien pour les obtenir.

Nous touchons maintenant à la grande question d'opportunité de l'opération, à savoir s'il convient d'attendre que l'enfant ait cinq ou six ans pour opérer un bec-de-lièvre double et compliqué, ou s'il est préférable de pratiquer l'opération à une époque très rapprochée de la naissance.

Cette question sera traitée dans le prochain numéro.

PATHOLOGIE COMPARÉE.

De l'empoisonnement par le tabac et de son traitement chez les animaux de l'espèce bovine (1);

Par M. Lanusse, vétérinaire à Tonneins (Lot-et-Garonne).

Traitement de l'empoisonnement par le tabac. — Les considérations générales que nous avons exposées dans les paragraphes précédents ne sont pas sans importance pour le médecin; ce sont elles qui nous ont conduit à l'application d'un traitement à peu près infaillible contre l'empoisonnement des animaux par le tabac; c'est sur elles que nous nous sommes appuyé pour fonder une thérapeutique tout à la fois rationnelle et expérimentale. Les toxicologistes ont déterminé par l'expérimentation le mode d'action de la nicotine, la nature de son empoisonnement, mais ils ne nous ont pas donné les moyens de combattre sûrement ses effets toxiques. Jusqu'à ce qu'il en soit autrement, les vétérinaires, abandonnés à eux-mêmes, continueront d'employer en leur particulier le traitement qui leur aura réussi. Mais, disons-le, nous n'avons rien de fixe, rien de certain à cet égard; nous sommes encore dans le doute et l'indécision; les différents traitements qu'on a employés jusqu'à ce jour ne nous offrent aucune garantie, et cependant dans les cas d'empoisonnement de ce genre qui affectent la forme aiguë, il faut agir vite, et les moyens doivent être énergiques et prompts. Ici se place naturellement cette question : Quelle est la quantité de tabac nécessaire pour produire l'empoisonnement? Il est impossible de la préciser; car, ainsi que nous l'avons fait connaître, l'activité de la nicotine varie suivant les circonstances particulières, telles que l'âge, la constitution, le tempérament de l'animal, la nature des aliments contenus dans la panse, etc., et aussi la qualité du tabac ingéré.

Parmi les moyens employés par les vétérinaires pour combattre les effets du tabac chez nos grands ruminants ou les soustraire à l'influence du poison, il y en a deux qui méritent de fixer plus particulièrement notre attention; ils consistent, l'un dans une opération chirurgicale, la gastrotomie, l'autre dans l'emploi de l'acide acétique ou de l'eau vinaigrée. Quant aux autres, nous ne nous en occuperons pas, parce qu'ils sont propres à tous les poisons; ce sont des breuvages émollients, miellés, des substances huileuses, gommeuses, etc., qu'on fait prendre vulgairement au malade avant l'arrivée du médecin.

Traitement par la gastrotomie. — Le 8 novembre 1848, on vint me prévenir qu'une vache, âgée de dix à onze ans, avait avalé deux manoques (la manoque est composée de dix feuilles) de tabac tombées par hasard dans sa mangeoire; le propriétaire avait fait de vains efforts pour arracher de la bouche de l'animal la dernière manoque qu'il venait à peine de saisir. Arrivé sur le lieu, je jugeai à la seule inspection du tabac et à l'indication de la quantité qui avait été ingérée que la gastrotomie était l'unique moyen de soustraire cet animal à une mort imminente. Je n'hésitai pas un seul instant, je pratiquai l'opération : je retrouvai presque entières les feuilles de tabac, que je retirai de la panse avec le plus grand soin; je fis ensuite administrer au patient un litre et demi environ d'eau vinaigrée. Les symptômes de l'empoisonnement ne se manifestèrent pas; l'animal n'éprouva aucun dérangement.

La gastrotomie par elle-même n'offre pas beaucoup de gravité : la muqueuse du rumen est peu irritable et son incision ne nuit pas d'une manière sensible à la digestion; il n'en est pas de même du péritoine, dont les plaies peuvent être mortelles. Cependant, l'expérience nous démontre, sans qu'on puisse élever le moindre doute à cet égard, que les lésions de cet organe ont moins d'importance qu'on ne le suppose généralement. Quoi qu'il en soit, cette opération faite à temps, c'est-à-dire immédiatement après l'ingestion du tabac et avant l'absorption de la nicotine, est dans des cas de cette nature le moyen le plus avantageux, le plus expéditif et en même temps le plus sûr. Cependant, en pratiquant cette opération on n'est pas toujours sûr de rencontrer dans le rumen les feuilles du tabac; elles peuvent avoir été directement portées, sinon en totalité, du moins en partie, dans une des autres cavités stomacales : dans ce cas assez fréquent, l'opération est une éventualité et n'offre réellement pas de garanties certaines au vétérinaire.

Vinaigre, eau vinaigrée. — On croit assez généralement que le vinaigre est le contre-poison du tabac : cet acide ne pourrait être l'antidote du tabac qu'autant qu'il le décomposerait rapidement dans l'estomac et qu'en se combinant avec lui il le transformerait en une substance dont les effets ne seraient pas nuisibles à l'économie animale. Or, de l'avis de tous les chimistes, la nicotine se forme avec les acides des sels solubles; par conséquent le vinaigre administré aux animaux qui se trouvent sous l'influence délétère du tabac donne à ce végétal une puissance d'autant plus remarquable que la nicotine, dans laquelle cette puissance est pour ainsi dire concentrée, acquiert par suite de sa dissolution et de sa conversion en acétate de nicotine une activité d'autant plus énergique qu'elle a été plus complètement dégagée de ses combinaisons naturelles. Nous pouvons affirmer d'après le fait suivant, recueilli avec soin, que cet acide aggrave les symptômes de l'empoisonnement.

Le 29 octobre, je fus réclamé pour donner mes soins à un bœuf qui avait avalé une feuille et demie de tabac. J'étais absent; un aide fut envoyé à ma place. L'accident était arrivé à dix heures du matin; à une heure après-midi, les symptômes de l'empoisonnement ne s'étaient pas encore manifestés; on avait administré à l'animal des breuvages émollients miellés, de l'huile d'olive, etc.; pensant que ces moyens ne suffisaient pas, l'aide qui me remplaçait fit prendre à l'animal une bouteille d'eau vinaigrée; peu de temps après l'administration de ce breuvage, les phénomènes généraux de l'empoisonnement se manifestèrent avec des caractères fort alarmants. Je vis le malade dans la soirée, et voici l'état dans lequel je le trouvai :

La bête était couchée sur la litière sans mouvement; la sensibilité générale avait disparu; les sens de l'ouïe et de l'odorat était complètement émoussés : nous eûmes beaucoup de peine à faire lever notre malade; sa marche était très vacillante; le train postérieur paraissait avoir un commencement de paralysie ou de lombago. Il était facile de prévoir que la bête ne pourrait pas se soutenir plus longtemps sur ses jambes; elle tomba, en effet, après avoir fait quelques pas hors de l'étable. La surface totale du corps était froide, le pouls insensible, les muqueuses pâles : tous ces symptômes annonçaient l'approche de la mort. Je fis faire des frictions de vinaigre bouillant sur les membres, appliquer ensuite des sinapismes et administrer à l'intérieur une infusion très concentrée de café. Je constatai l'état du sang recueilli au moyen d'une ouverture pratiquée à la jugulaire : ce liquide était d'un noir foncé, épais comme dans les maladies charbonneuses, typhoïdes ou gangréneuses. Deux heures après le traitement, notre malade succombait.

Il est donc évident que le vinaigre ou l'eau vinaigrée, loin de diminuer les symptômes de l'empoisonnement qui nous occupe et de les faire cesser, les rend au contraire plus prompts à se manifester, et donne lieu aux accidents les plus graves en soumettant l'économie d'une manière plus directe et plus immédiate à l'influence du poison, en opérant sa dissolution et en favorisant par suite son absorption.

Passons maintenant à l'étude du traitement que nous avons employé nous-même dans les cas d'empoisonnement par le tabac chez les animaux. Les nombreux succès que nous avons obtenus méritent de fixer l'attention des vétérinaires sur ce point si important de toxicologie. Si la thérapeutique trouve sa règle dans l'examen, dans l'étude des causes qui donnent naissance à la maladie, et dans l'apparition et l'appréciation des symptômes morbides qui la rendent saisissable aux yeux du médecin, à plus forte raison a-t-elle pour origine et pour condition de son existence les lésions pathologiques observées sur les cadavres. Par conséquent, prévenir ces lésions pendant la maladie, les combattre, les modifier, les changer, les faire disparaître complètement en ramenant les organes ou les tissus à leur état primitif, c'est rétablir la santé, rendre la vie au malade.

Voici les lésions que l'on trouve après l'ouverture d'un animal mort à la suite de l'empoisonnement par le tabac: le cœur renferme quelques caillots de sang noir; les poumons présentent çà et là des taches livides; leur tissu, plus dense que dans l'état naturel, est gorgé de sang; le rumen, qui le plus souvent contient la plus grande partie du tabac ingéré, offre les traces d'une vive inflammation; la muqueuse qui en est le siége est rouge et se détache par lambeaux; le reste du canal digestif est sain; les vaisseaux du cerveau et du cervelet sont quelquefois assez fortement injectés. C'est de ces recherches, de l'action physiologique du tabac chez les animaux et en même temps de la nature et des phénomènes généraux de l'empoisonnement que nous avons déduit un mode de traitement dont l'application nous a réussi dans presque toutes les circonstances. Nous croyons inutile de rapporter toutes les observations que nous avons recueillies à ce sujet; elles se ressemblent toutes; une seule suffira.

Au mois de novembre 1850, je fus demandé auprès d'une vache de sept ans qui avait avalé une manoque de tabac; les symptômes de l'empoisonnement restèrent quelque temps à se manifester. J'attendis leur apparition avant de soumettre l'animal à aucun traitement. Ces symptômes furent d'abord des contractions partielles et involontaires des muscles de la cuisse et qui bientôt devinrent générales et plus violentes; la tête était lourde et offrait un tremblement convulsif continuel; la respiration était excessivement lente; les yeux étaient fixes, comme dans l'apoplexie; le pouls était concentré, rare, presque insensible, l'artère roulante, la peau froide ainsi que les extrémités. La malade paraissait plongée dans la torpeur et dormir d'un sommeil carotique profond; la sensibilité générale était considérablement diminuée; la marche était chancelante; par intervalles l'animal poussait quelques gémissements et exécutait des mouvements automatiques violents; la région épigastrique paraissait douloureuse à la pression.

Lorsque nous n'eûmes plus à craindre l'absorption du poison par l'écoulement du sang, malgré la petitesse et la concentration du pouls, il nous parut que le plus urgent était de dégager le système veineux sanguin cérébral de la congestion ou stase imminente qui s'établissait dans tous les gros troncs. En conséquence, une saignée de 2 kilogrammes fut pratiquée; des frictions sinapisées furent faites sur les quatre membres, des lavements d'eau fraîche salée furent administrés. La diminution des accidents cérébraux apoplectiques et convulsifs commença aussitôt, et la malade devint un peu plus calme. Quelque temps après la saignée fut réitérée; des sinapismes furent appliqués autours des boulets; les boissons émollientes qu'on avait administrées à l'animal furent continuées ainsi que les lavements.

L'effet salutaire du traitement fut presque instantané; la tête se dégagea graduellement; les douleurs à l'épigastre et à l'abdomen diminuèrent successivement, et la malade parut prendre un peu de repos. Le lendemain, ce ne fut qu'avec peine qu'elle put se relever et se soutenir sur ses membres; le pouls conservait encore une grande lenteur; les organes

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

des sens étaient moins impressionnables que dans l'état de nature. Pour combattre cet état de somnolence, d'engourdissement, d'insensibilité, je fis prendre à la vache, le matin à jeun, pendant quatre jours, une forte infusion de café chaud, après ce temps, pendant lequel la rumination, souvent interrompue, paraissait fatiguer l'estomac, cette grande faiblesse disparut et l'animal était bien portant. Nous concluons :

1° Que la gastrotomie, étant une opération incertaine, hasardeuse, ne doit être pratiquée que dans les cas bien rares où la quantité du tabac ingéré est trop considérable pour que son action n'entraîne pas nécessairement les animaux à une mort inévitable;

2° Que l'emploi du vinaigre accélère les phénomènes de l'empoisonnement, les rend beaucoup plus violents; qu'il est suivi d'une inflammation plus intense du rumen; qu'enfin il donne lieu à des accidents beaucoup plus graves;

3° Que l'eau vinaigrée, lorsque la substance vénéneuse a été retirée de la panse, jouit, comme tempérante, de la propriété de calmer l'inflammation locale et peut-être aussi de diminuer et même de faire cesser les symptômes de l'empoisonnement;

4° Que dans les circonstances les plus ordinaires on doit attendre l'apparition des phénomènes de l'empoisonnement, pratiquer la saignée générale et locale, appliquer les sinapismes, administrer les boissons émollientes pour combattre la stase sanguine dans le système veineux cérébral et les gros troncs et calmer l'inflammation locale de l'estomac; plus tard il faut réveiller par l'administration de fortes doses de café chaud la sensibilité presque éteinte chez les malades.

(*Journ. des vétérin. du Midi.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1852.

Traitement de l'entorse par l'appareil ouaté.

M. LARREY. J'ai eu l'honneur de remettre à la Société une *Note sur le traitement de l'entorse par l'appareil ouaté*, de la part de M. le docteur Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, qui a joint à ce travail manuscrit quelques ouvrages imprimés, pour obtenir le titre de membre correspondant. Le rapport dont j'ai été chargé sur cette honorable candidature sera un simple exposé du travail inédit et des publications de notre savant confrère de Belgique.

La Note de M. le professeur Burggraeve *sur le traitement de l'entorse par l'appareil ouaté* indique assez, sous ce titre, que l'auteur n'a pas eu en vue de traiter dans son ensemble l'importante question des entorses, soit qu'il n'ait rien trouvé de précis dans les auteurs anciens à cet égard, soit que les travaux des observateurs modernes lui aient paru encore incomplets. C'est ainsi, en effet, que, malgré l'autorité de leurs noms, Duverney, J.-L. Petit, Pouteau, Boyer, Richerand, Brodie, Ribes, Sanson et d'autres n'ont exposé que des parties de ce sujet; c'est ainsi que des auteurs plus récents encore, tels que MM. J. Cloquet, Pelletier, Bégin, Baudens, etc., en traitant la question générale, en ont apprécié plusieurs points importants, mais en ont laissé d'autres indécis. Et cependant, si M. Burggraeve avait jugé à propos de faire une étude plus approfondie de cette question, combien de documents précieux n'aurait-il pas trouvé dans l'histoire de l'art, depuis les expériences déjà anciennes de Bichat, renouvelées par Dupuytren sur les ligaments, jusqu'aux expériences encore récentes de M. Bonnet (de Lyon), qui a exactement analysé les différents effets pathologiques des entorses? Il en aurait rappelé le siége selon les articulations affectées, la fréquence relative, les espèces ou les degrés, les causes et le mécanisme, les signes et les complications, soit primitives, soit consécutives, ainsi que les terminaisons et les lésions anatomiques, et enfin les indications curatives, eu égard à l'origine, aux formes et aux diverses périodes de ces lésions, pour arriver ainsi à l'appréciation des méthodes les plus diverses, les plus opposées même, en assignant à chacune d'elles une valeur distincte.

Un travail d'une moindre importance que ne le serait celui-là, et d'un auteur même ignoré, une thèse soutenue en 1849 par M. Bonacorsi, résume assez bien l'état actuel de la science sur les entorses; et d'après les données précédentes, il y avait là aussi matière à reprendre cette question dans ses généralités.

Mais telle n'a pas été, messieurs, l'intention de M. le professeur Burggraeve; et nous aurions mauvaise grâce de lui demander plus qu'il n'a voulu nous donner.

Il a eu seulement pour but de faire connaître à la Société de chirurgie l'emploi d'un appareil auquel il accorde de grands avantages dans le traitement de l'entorse.

Notre honorable confrère signale tout d'abord le mémoire encore assez récent de M. Baudens sur le même sujet, et considère aussi cette question comme très essentielle, en raison des accidents graves qu'entraîne parfois à sa suite une entorse négligée ou mal traitée. L'observation journalière des hôpitaux nous démontre, en effet, malheureusement, que la plupart des maladies chroniques de l'articulation du pied nécessitant l'amputation de la jambe reconnaissent pour origine une entorse.

M. Burggraeve indique et apprécie à son point de vue le traitement préconisé par mon habile prédécesseur au Val-de-Grâce; à savoir, l'immersion primitive et prolongée du membre dans l'eau froide et la compression secondaire de l'articulation à l'aide d'un bandage contentif, jusqu'à guérison complète.

Mais s'il n'accepte pas ses opinions sur ce mode de traitement, il les partage tout à fait à l'égard des sangsues et des cataplasmes, qu'il considère comme nuisibles; et en cela la plupart des chirurgiens semblent d'accord, quoique les accidents d'inflammation justifient trop souvent encore cette médication.

« Pour qui a suivi les progrès de la méthode inamovible, dit le professeur de Gand, la pratique de M. Baudens a cet inconvénient de finir par où elle aurait dû commencer, c'est-à-dire de poursuivre les effets avant d'avoir atteint la cause. » Et à l'appui de son opinion, M. Burggraeve fait dépendre la gravité de l'entorse de la lésion physique ou de la distorsion, de la rupture des ligaments, en ajoutant que, comme dans les fractures, il faut, avant tout, soutenir l'articulation et prévenir ainsi l'irritation, cause des engorgements et de toutes les altérations qui plus tard donnent lieu à la tumeur blanche.

L'opinion émise ainsi par notre honorable confrère ne nous semble pas absolument exacte, ou du moins rigoureusement démontrée pour tous les cas. En effet, s'il est vrai qu'une compression méthodique et inamovible soit souvent le moyen le plus rationnel d'y réussir, selon une pratique chirurgicale déja ancienne, on ne saurait méconnaître non plus que l'emploi de l'eau froide bien dirigé ne soit, dans la première période, la médication la plus propre à empêcher ou à combattre les accidents inflammatoires de l'entorse, bien plus sûrement même, en général, que n'y réussissent les antiphlogistiques, et spécialement les applications émollientes. Nous pourrions volontiers donner à cette double proposition tous les développements qu'elle comporte, s'il ne s'agissait de l'analyse d'une simple note sur un mode spécial de traitement.

M. Burggraeve, avant d'aller plus loin, cite, à l'appui de sa manière de faire, deux cas empruntés à sa clinique.

Le premier se rapporte à une entorse du poignet chez un homme d'une forte constitution qui avait fait une chute sur la face dorsale du poignet, et auquel il appliqua son appareil ouaté et amidonné, malgré un épanchement de sang considérable autour de l'articulation, avec tension, chaleur et douleur vive. Le soulagement produit par l'application de l'appareil n'empêcha pas de le mettre à découvert dès le lendemain pour en constater les effets. L'engorgement, dit l'habile chirurgien belge, avait disparu, et un nouvel appareil semblable appliqué pendant dix jours assura la guérison, sauf un peu de roideur dans les mouvements articulaires.

Il est inutile sans doute de décrire ici l'appareil ouaté et amidonné dont se sert habituellement M. Burgraeve, d'autant que nous en avons rendu compte dans un autre rapport à la Société de chirurgie (1).

Un second fait énoncé par l'auteur est relatif à une entorse grave du pied avec tous les signes d'un engorgement considérable. L'application immédiate de l'appareil ouaté amena un soulagement aussi prompt que sensible, et le pied, mis à découvert au bout de trois jours, ne présenta qu'une ecchymose diffuse et une diminution notable de l'engorgement; les douleurs s'effacèrent aussitôt après la réapplication de l'appareil, dont la levée définitive eut lieu au dixième jour. La déambulation à l'aide des béquilles et d'un étrier (ou longue bande fixée au cou et soutenant le pied) permit bientôt et sans accidents l'exercice graduel de la marche.

Il résulte pour l'auteur de ces deux observations :

1° Que l'application immédiate de l'appareil ouaté calme instantanément les douleurs;

2° Que cet appareil prévient le gonflement et le dissipe;

3° Que la résolution de l'engorgement est extrêmement rapide;

4° Que, quelle que soit la gravité de l'entorse, la durée du traitement n'excède pas en moyenne le temps réservé d'ordinaire aux moyens préventifs.

Il serait permis d'objecter quelque chose à ces conclusions, sans en contester la justesse, et d'attribuer certains avantages de ce mode exclusif de traitement à celui qui est fondé d'abord sur la réfrigération et ensuite sur la compression inamovible, si ce n'était s'engager dans une voie assez difficile. En effet, les partisans exclusifs de la compression, quel que soit d'ailleurs le moyen préféré, rejettent, comme M. le professeur Burggraeve, les applications réfrigérantes, en leur reprochant même des accidents graves, tandis que les partisans déclarés de l'eau froide accordent à ce moyen simple non-seulement une propriété supérieure à d'autres méthodes, mais l'avantage, au besoin, de se combiner avec elles. Et c'est bien entendu sur des faits pratiques nombreux que s'appuient de différentes parts les chirurgiens en contradiction les uns avec les autres; car M. Burggraeve, pour sa part, en préconisant l'appareil ouaté d'une manière à peu près exclusive, ne se fonde pas seulement sur les deux observations de sa note, mais sur une pratique de cinq années offrant des résultats semblables.

En définitive, il n'emploie jamais l'eau froide, mais quelquefois les saignées locales, pour opérer un dégorgement instantané, et aussitôt après il a recours à l'application de l'appareil.

Qu'il soit permis au rapporteur de ce travail de rappeler que son père n'agissait pas différemment dès une époque bien éloignée de nous, lorsqu'il traitait la plupart des entorses par la compression à l'aide de son appareil inamovible.

Quant à des médications différentes, la cautérisation par exemple dans les cas d'arthropathie, M. Bruggraeve n'y a recours qu'exceptionnellement, et encore il applique après son bandage ouaté et amidonné. Mais ce sont alors des complications secondaires ou suites si redoutables des entorses, qu'elles entraînent pour conséquence dernière la triste nécessité de l'amputation.

Revenons à la note de M. Burggraeve, pour en terminer l'analyse. L'auteur, en soumettant son travail à la Société de chirurgie, n'a pas voulu soulever un débat théorique. Il a pensé seulement que les résultats de sa pratique dans l'application du bandage ouaté ne seraient pas sans quelque intérêt pour nous. Il insiste, en définitive, sur le choix de cet appareil, bien préférable, selon lui, aux bandes qui compriment trop ou trop peu l'articulation, tandis que le contact doux et élastique du coton est plus susceptible de s'adapter exactement au membre.

L'honorable professeur de l'Université de Gand demande du reste que les membres de la Société de chirurgie veuillent bien faire l'essai de sa méthode et ne la juger que d'après les résultats qu'ils auront obtenus. C'est ce que votre rapporteur, messieurs, a tâché de faire, et, s'il a différé de vous rendre compte du travail de M. Burggraeve, il a pu du moins constater en partie les avantages assignés par lui à ce mode de traitement des entorses.

J'ai l'honneur de rappeler à la Société que M. le professeur Burggraeve, en lui demandant le titre de correspondant à l'occasion de ce travail, aurait d'autres œuvres à faire valoir auprès d'elle, s'il en avait besoin.

Il nous a déjà adressé un *Mémoire* assez étendu *sur l'emploi des appareils ouatés* en général, et le rapport qui m'en avait été confié a été favorablement accueilli par la Société.

Il lui a offert également un *Mémoire sur les pansements inamovibles des plaies et des ulcères* comme complément de son travail sur les appareils ouatés. J'aurais eu aussi à vous en rendre compte, si je ne me trouvais en quelque sorte trop engagé à attribuer la généralisation de ce principe à d'autres plutôt qu'à lui-même.

Notre honorable confrère a publié encore d'autres travaux de chirurgie, et notamment un ouvrage d'une certaine importance intitulé : *Tableaux synoptiques de clinique chirurgicale*, que l'auteur se propose d'offrir aussi à la Société de chirurgie.

Qu'il nous suffise, enfin, d'ajouter à ces titres scientifiques, que M. Burggraeve occupe avec distinction à l'Université de Gand la chaire de clinique chirurgicale, ainsi que la place de chirurgien principal de l'hôpital civil, et nous aurons dit combien nous devons désirer l'unir à nos travaux.

J'ai donc l'honneur, messieurs, de vous proposer pour conclusions de ce rapport de nommer M. le professeur Burggraeve membre correspondant de la Société de chirurgie, en déposant son travail manuscrit dans les archives et ses ouvrages imprimés dans la bibliothèque.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, t. II, p. 245.

— Le vote sur les conclusions de ce rapport est renvoyé à la pr chaine séance.

M. CLOQUET. J'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapp que vient de nous lire notre honorable collègue; comme lui, j toujours été frappé des avantages que l'on retirait de la parfa immobilité dans le traitement de l'entorse; mais je crois que appareils agissent dans ce cas bien plus par l'immobilité que p la compression. Il y a déjà longtemps que j'ai renoncé à l'applic tion des cataplasmes ou des sangsues, et actuellement j'appliq toujours un appareil de Scultet comme si j'avais à traiter u fracture. Depuis que je suis cette méthode, j'ai été surpris de rapidité de la guérison. Je crois que l'appareil ouaté de M. le pr fesseur Burggraeve n'agit que par l'immobilité.

— M. ROBERT fait un rapport au nom de la commission char d'examiner les divers travaux présentés par M. le docteur V neuil.

M. CLOQUET. Dans le rapport très détaillé que M. Robert vi de nous lire, j'ai trouvé une description très exacte des kys péri-ovariques et péri-testiculaires; j'ajouterai cependant qu existe chez l'homme une autre variété de kystes des testicul Cette variété est fort rare; je n'en ai rencontré que deux cas. (kystes sont formés par les vaisseaux lymphatiques des testicul Ils paraissent résulter de l'oblitération partielle de ces vaisseau on les trouve entre les deux portions oblitérées, formant des tume bosselées, irrégulières. C'est à l'amphithéâtre que j'ai observé deux seuls cas, de sorte qu'il m'a été impossible d'avoir auc renseignement.

Je terminerai en disant, à propos des kystes de l'ovaire, q quelquefois ils disparaissent brusquement. Ainsi, j'ai eu occasi de voir la femme d'un banquier affectée depuis longtemps d'u tumeur qui, suivant toute probabilité, devait être un kyste de l' vaire. Cette tumeur, qui était énorme, se rompit dans une chu La malade a vécu jusqu'à l'âge de soixante-huit ans, et jamais l'a fection n'a reparu; on sentait seulement, en palpant avec s l'abdomen, quelques irrégularités qui n'étaient autres que les déb de la poche.

M. RICHET. A l'occasion du rapport de M. Robert sur les trava de M. Verneuil, je lui demanderai quelques explications sur qu'il a dit au sujet des résections des filets nerveux compris da le lambeau, et qui, se trouvant sans cesse comprimés, occasionne de très vives douleurs. Notre honorable collègue ne craint-il p qu'une fois le filet nerveux réséqué la gangrène ne se manife dans le lambeau?

M. ROBERT. Je crois que, dans ces cas, le système vasculaire bien plus d'influence que le système nerveux sur la nutritio comme exemple, je citerai le fait que M. Michon a communiqué la Société il y a quelques années, d'une dame chez laquelle il ava enlevé pour un névrome une portion du nerf sciatique, et qui guéri sans accident.

M. RICHET. Cependant, lorsque dans une ligature d'artère u nerf se trouve compris, habituellement il survient de la gangrène c'est ce qui arriva à la suite d'une ligature de l'artère crurale da laquelle le nerf saphène avait été compris : toutes les parties au quelles ce nerf se distribue tombèrent en gangrène.

M. ROBERT. Je me souviens d'un fait dans lequel Dupuytren, liant l'artère crurale, lia en même temps le nerf saphène; il y e une eschare gangréneuse au niveau de la malléole interne. Mai depuis, il existe un assez bon nombre de faits dans lesquels on enlevé pour des névromes des portions assez considérables de ner sans qu'il en soit résulté aucun accident : c'est ce qu'a démont M. Lenoir dans la discussion sur les névromes.

Dans le cas de M. Verneuil, évidemment il eût été préférable recourir à l'opération proposée, puisque la position du nerf pla taire, sans cesse comprimé, a déterminé une névrite tellement do loureuse qu'il a fallu en venir à l'amputation.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je partage l'opinion de M. Robert, ma pour d'autres raisons. Je ne saurais admettre avec lui une analog suffisante entre l'excision d'une portion d'un cordon nerveux da sa continuité et l'ablation de l'extrémité d'un nerf dans un lam beau d'amputation. Dans le premier cas, en effet, il peut se form entre les deux bouts du nerf une cicatrice souvent perméable l'influx nerveux, puisque le mouvement s'est fréquemment rétabl Dans le second cas, si c'était la portion de nerf qu'on enlève q entretînt la vitalité de ce lambeau, ce lambeau périrait faute d'i nervation qu'aucune cicatrice, que rien ne pourrait plus lui tran mettre. Voilà pourquoi je ne partage point les craintes de M. R chet, ce n'est pas l'extrémité du cordon nerveux qui préside à nutrition du lambeau, mais bien des rameaux détachés plus hau

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance annuelle pour la distribution des prix et la nominatio des élèves internes et externes des hôpitaux.

Aujourd'hui 27 décembre, à deux heures et demie, a eu lie dans l'amphithéâtre de l'Administration des hôpitaux, et sous présidence de M. Horteloup, la séance annuelle pour la nomina tion des élèves externes et internes qui doivent entrer en fonctio le 1er janvier 1853, et la distribution des prix et encouragemen décernés aux élèves des années précédentes. Après des discou bien sentis et vivement applaudis prononcés par M. Chapotin Sain Laurent au nom des membres du jury du concours pour l'externa M. Frémy, au nom des membres du jury du concours pour l'inte nat, et M. Delpech, au nom des membres du jury des récompense M. le secrétaire général de l'Administration des hôpitaux et hosp ces civils de Paris a proclamé les noms des externes et des interne

Nous avons publié les noms des externes et des internes prov soires dans le dernier numéro; dans le prochain, nous donneron les noms des externes.

DISTRIBUTION DES PRIX.

Externes. — Prix : M. Garreau (Louis-Jean), externe de tro sième année. — Accessit : M. Tarnier (Etienne), externe de troi sième année. — Mentions honorables : MM. Lefort (Louis-Clément externe de deuxième année; Bailly (Etienne-Emile), externe d deuxième année.

1re division. — *Internes de quatrième année.* — Médaille d'or M. Axenfeld. — Médaille d'argent : M. Charcot. — Mentions hon rables : MM. Trélat, Landry.

2e division. — *Internes de deuxième année.* — Médaille d'ar gent : M. Zapfle. — Accessit : M. Graü. — Mentions honorables MM. Laplat, Canuet.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 153. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1852. (25e ANNÉE) N° 153. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1852.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.	
	Six mois. . . .	16 »	
	Un an.	30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.	
	Six mois.	17	
	Un an.	33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.	
	Six mois.	20	
	Un an.	38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

AVIS.

Nous prions nos abonnés des départements de vouloir bien nous envoyer le montant de leur renouvellement avant le 1er janvier en un mandat sur la poste ou en une traite sur Paris.

*Nous leur rappelons qu'en ajoutant 2 francs au prix de l'abonnement, ils auront droit à un exemplaire de l'*Annuaire médical *pour* 1853, *qui paraîtra sous très peu de jours. Ceux qui voudraient le recevoir* franco *par la poste devraient envoyer* 3 *francs.*

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôpital de la Pitié (M. Gendrin). Leçons sur le zona. — Clinique de la ville. Observation d'un bec-de-lièvre double très compliqué opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, suivie de quelques réflexions sur l'opportunité de faire cette opération. — Traitement de la gangrène spontanée par la cautérisation transcurrente. — Revue thérapeutique. — Académie de médecine, séance du 28 décembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 29 DÉCEMBRE 1852.

La *Gazette des Hôpitaux* a vingt-cinq années d'existence; fidèle à ses amitiés, reconnaissante de la collaboration qu'elle a due depuis sa fondation à des travailleurs distingués, elle vivra comme elle a vécu, usant de son expérience, comme les gens sages, pour se perfectionner et justifier de plus en plus la confiance dont elle jouit. Son rédacteur en chef est toujours le même, et le passé répond de l'avenir.

Fixer et représenter le mouvement scientifique en France et à l'étranger, recueillir chaque jour dans les hôpitaux et publier les faits cliniques importants, les leçons pratiques remarquables des professeurs et des chefs de service, préparer ainsi des matériaux utiles pour le moment, précieux pour constitution définitive de la science; porter fidèlement la ole des maîtres aux élèves devenus des praticiens et dissé- sur tous les points du territoire; accueillir les idées , toute réserve, les unes pour les discuter et parfois les mbattre, les autres pour les appuyer et les développer; nodérer ou ramener sans rudesse l'esprit d'initiative quand l s'emporte ou s'égare; stimuler le progrès en signalant les acunes et les obscurités de la science; éclairer le pouvoir ur les besoins de la profession et dans toutes les questions ui intéressent les institutions et la santé publique; éviter vec soin le scandale des personnalités, où se plaît la malinité d'un petit nombre d'esprits mal faits, mais qui répunent à l'immense majorité des lecteurs; si quelque litige élève entre d'honorables confrères, adoucir le choc et emêcher les froissements tout en dégageant la vérité; tenir le ublic médical au courant des faits divers qui peuvent l'intéesser; l'égayer quelquefois tant que cette bonne humeur ne ôte rien à la dignité de personne : telle est la mission que est donnée la *Gazette des Hôpitaux* et qu'elle remplira ec un nouveau zèle, mesurant ses efforts, au besoin ses saices à la position qu'elle occupe dans la presse médicale l'importance des adhésions qui l'ont accompagnée dans ongue et honorable carrière.

ous continuerons donc à publier des articles de fond sur séances des académies, sur toutes les questions à l'ordre jour, scientifiques, administratives, professionnelles.

Dans le compte-rendu des discussions scientifiques, sans simuler, sans effacer nos opinions personnelles, nous nous acherons surtout à reproduire les impressions générales; d'autres termes, nous éviterons de nous substituer à la cussion même, et d'opérer une sorte de détournement de ttention publique à notre profit. Personne n'est assez fort pour justifier une pareille ambition et jouer un tel rôle.

Comme par le passé, nous réserverons la plus grande place aux faits cliniques, tenant la balance égale entre la médecine et la chirurgie, sœur cadette un peu envahissante peut-être, er exigeant de nos collaborateurs que ses faits soient intéressants, exacts et complets.

Nous ne cesserons pas d'admettre dans nos colonnes les travaux *originaux* qui n'excèdent pas certaines limites. Les écrits d'une grande étendue ont leur place marquée dans d'autres recueils, où nous les reprendrons pour les analyser.

Nous donnerons à la *Revue clinique hebdomadaire* l'importance qu'elle avait primitivement. Cette *revue* est destinée à retracer en quelque sorte, à bref intervalle, la physionomie de nos services hospitaliers. Dans les cliniques journalières, les faits seront présentés avec toutes leurs circonstances; la *Revue* donnera les détails curieux qu'on saisit, pour ainsi dire, au passage, et qui seraient trop souvent perdus pour le public; les aperçus, les préceptes qui naissent dans l'esprit des maîtres, et qui n'auraient pour confident que le cahier de notes des élèves; les réflexions qu'inspire la pratique multiple et variée des hôpitaux à l'observateur attentif, impartial et désintéressé.

Il est une autre source d'instruction que la *Gazette des Hôpitaux* se gardera bien de négliger. Les autres journaux de médecine de Paris, ceux des départements, qui chaque jour prennent plus d'importance, les publications de cette espèce faites à l'étranger nous apportent à tout instant des travaux remarquables, des faits neufs et utiles. Ces travaux, ces faits, nous en donnerons aussitôt l'analyse, nous en reproduirons journellement les parties intéressantes, non point dans des revues monotones et fastidieuses, mais dans des exposés vivants et raccourcis. Nous en ferons autant pour les comptes-rendus des nombreuses sociétés savantes des départements et de l'étranger, où des aperçus intéressants, des faits originaux et utiles se trouvent souvent mêlés à de longues discussions au milieu de communications d'un moindre intérêt.

L'examen des livres nouveaux ne saurait être fait de la même manière pour tous. Une simple analyse, une notice bibliographique suffit pour les uns; d'autres réclament une étude approfondie et doctrinale : nous aurons soin d'accorder à chaque ouvrage l'attention que méritent son caractère et sa spécialité.

La matière médicale, il faut l'avouer, n'est pas cultivée en France avec autant de soin, avec autant d'ardeur que les autres branches de la médecine; elle sera de notre part l'objet d'une attention soutenue et journalière, et sous le titre de *Revue thérapeutique* nous réunirons, comme nous l'avons fait souvent, aux applications pratiques nouvelles l'indication et l'appréciation des médicaments et de leur action sur l'économie.

Toutes les fois que la pathologie comparée jettera quelques clartés sur la pathologie humaine, nous ne négligerons pas de profiter de ses utiles travaux; on a pu en juger par la publication du rapport si justement loué de M. Renault sur la rage. Les faits observés dans la série animale se rattachent nécessairement à la pathologie universelle qui nous apparaît dans un horizon lointain, et beaucoup plus immédiatement, parce qu'ils importent réellement à l'hygiène et à la thérapeutique de l'homme. A ce double titre, nous ne laisserons échapper aucune occasion d'en profiter, et tous les travaux intéressants de ce genre seront analysés ou reproduits.

Nous continuerons (notre titre le dit assez) d'ouvrir nos colonnes aux travaux, aux récits de nos médecins militaires. Que, sous un autre ciel et dans une existence périlleuse, nos confrères de l'armée d'Afrique ou de colonies lointaines s'inspirent de nobles exemples et nous adressent le fruit de leurs méditations ou le résultat de leur expérience, nous les accueillerons avec empressement; nous croirons ainsi remplir un devoir sacré en donnant une juste publicité aux travaux d'hommes dévoués à la gloire de leur patrie, qui contribuent pour une si grande part à la civilisation et à l'assainissement de contrées sauvages et insalubres, et les baignent souvent de leur sang en étanchant celui de nos soldats et de nos ennemis.

Séance de l'Académie de Médecine.

On s'attendait à une séance d'élection, c'est-à-dire sans intérêt scientifique. Il en a été tout autrement; ou du moins, nous avons bien eu les élections, auxquelles l'Académie s'est livrée coup sur coup avec une merveilleuse diligence; mais nous avons eu, en outre, un rapport de M. Bouchardat, une lecture de M. Hérard sur un cas fort intéressant d'hématologie pathologique; enfin, un rapport succinct de M. Patissier, ayant pour objet un travail de M. Durand-Fardel sur les eaux de Vichy. L'honorable Compagnie a, comme on voit, dignement fini son année.

Laissons de côté la nomination des commissions : commission de vaccine, commission des eaux minérales, commission des épidémies, etc. M. Roche a été nommé membre de cette dernière par toutes les voix, moins la sienne; son beau travail sur l'étiologie du choléra lui méritait bien cet honneur.

Le rapport de M. Bouchardat est relatif aux recherches si persévérantes, si dignes d'intérêt et d'éloge de M. Aubergier, de Clermont, sur l'opium indigène. Trois points ont successivement occupé le savant rapporteur : la culture du pavot et l'extraction de l'opium indigène, la composition chimique de ce produit, ses effets thérapeutiques.

La production de l'opium indigène offre des difficultés qui sont loin, toutefois, de nous paraître insurmontables; la plus grande serait l'élévation du prix de revient. Dans toutes les exploitations commençantes, le prix de revient est considérable; mais il subit généralement une décroissance insensible par le perfectionnement des procédés; il en serait ainsi probablement de la production de l'opium indigène, surtout si le gouvernement s'en appropriait le monopole, suivant le désir de M. Bouchardat.

MM. Chevallier, Boullay et Desportes se sont élevés contre l'idée du monopole. Le premier craint la cherté, et voudrait que le rôle du gouvernement se bornât au *titrage* du produit. M. Bouchardat n'a point répondu sur le renchérissement possible, qui, selon nous, n'est pas à craindre pour deux raisons : d'abord parce qu'il y aurait toujours sur le marché la concurrence de l'opium exotique, ensuite parce que l'Etat peut bien gaguer sur un produit tel que le tabac, mais ne saurait tendre, en bonne morale, à réaliser de gros bénéfices sur un médicament, et sur un médicament comme l'opium. L'effet de la monopolisation serait, pensons-nous, tout à fait le contraire de celui que l'honorable M. Chevallier s'est figuré dans le plus louable sentiment. Le rapporteur s'est borné à dire que le grand avantage de la monopolisation serait d'empêcher l'exploitation universelle d'un poison qui serait dans toutes les mains, parmi lesquelles il pourrait s'en trouver de criminelles : cette raison a vivement impressionné l'Académie, et la phrase relative au monopole a été maintenue dans le rapport par un vote.

Sur le second point, la composition chimique de l'opium indigène, le rapport établit que ce produit est plus riche en morphine que l'opium exotique.

Mais ce qui importe surtout, c'est que l'opium indigène a montré des propriétés thérapeutiques supérieures à celles de l'opium étranger. Les essais de MM. Rayer et Grisolle, qui ont expérimenté séparément, ne laissent aucun doute à cet égard. M. Grisolle évalue à un cinquième la supériorité thérapeutique du produit national. M. Rayer a donné alternativement à ses malades des granules d'opium indigène, des granules d'opium exotique, et des granules d'une substance inerte; ses résultats offrent le plus haut degré de certitude.

La cause de l'opium indigène est donc gagnée. Mais il faut qu'il existe autrement que sous forme d'échantillons. Voilà un beau sujet de primes et d'encouragement. C'est au gouvernement à aviser.

Nous reprendrons, dans un article spécial, l'importante communication de M. Hérard.

M. Mélier a quitté définitivement le fauteuil présidentiel, et nous devançons certainement un vote, ou, mieux, une acclamation de l'Académie en lui offrant un dernier hommage. Combien la profession gagne à être aussi dignement représentée!

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçon sur le zona.

Anatomie pathologique. — Le zona est une maladie éruptive dont on peut examiner les altérations sur le vivant, et quelquefois sur le cadavre, chez des vieillards, par exemple, morts pendant le cours de cette affection; non pas qu'elle soit mortelle par elle-même, mais elle peut survenir comme complication pendant le cours d'une affection plus grave. Elle peut, en outre, chez les personnes cachexiées et affaiblies, donner lieu à une déperdition de force et à une débilité occasionnelle précipitant l'éclosion de quelque maladie qui fera descendre le sujet au tombeau.

En disséquant avec soin la peau, on trouve que les vésicules sont formées par de l'épiderme soulevé, mais sa couche profonde est tapissée par une espèce de fausse membrane qui n'existe cependant pas réellement, car jamais dans ce cas on n'observe d'organisation pseudo-membraneuse. Cette couche profonde dont nous venons de parler est la couche interposée entre les papilles du derme et l'épiderme : c'est la couche muqueuse de Malpighi. En dehors du chorion est un lascis de vaisseaux lypmhatiques et artériels qui adhèrent à ce chorion sans êtres visibles. Dans certaines maladies de la peau, cette couche s'épaissit, devient évidente, comme on peut le voir sous l'opercule des pustules de la variole, par exemple; c'est ce qui arrive aussi dans le zona.

Les vésicules, dans cette maladie, n'ont pas une forme régulièrement circulaire; elles sont, en général, plus longues que larges, et leur grand diamètre est parallèle à la direction de la bande du zona.

Au-dessous de la couche muqueuse dont il a été fait mention plus haut, se trouve constamment une injection capillaire assez prononcée, et au milieu s'aperçoit l'épanouissement des papilles nerveuses, plus prononcées que dans l'état physiologique; il y a donc là un travail inflammatoire aplat qui circonscrit les papilles du derme avec injection anomal et comme hypertrophie de cette couche muqueuse de Malpighi.

Bientôt, après quelques jours, la dessiccation s'établit dans la vésicule, et on trouve que la lame épidermique soulevé s'est confondue avec la couche muqueuse sous-jacente, et donné lieu à une croûte jaunâtre-ambré, tandis qu'au-dessous de cette croûte a lieu un travail de reformation épidermique, et on continue à voir dans ce point une injection une hypertrophie des papilles du derme.

Chez le plus grand nombre des sujets, les vésicules ne tendent pas à la suppuration ; mais chez quelques-uns on trouve un dépôt de sérosité trouble, lactescente, puriforme, et on voit à la place où elle s'était accumulée la couche muqueuse érodée et une excavation au fond de laquelle les papilles de la peau sont mises à nu ; ce sont les vésicules tendant à l'ulcération, la surface du derme érodée donne lieu à des marbrures de la peau qui deviennent évidentes pour l'observateur. Ces points d'ulcération ne s'étendent pas au-delà de la limite de la vésicule par la circonférence de laquelle ils sont bornés ; mais l'érosion peut être plus ou moins profonde.

Relativement à la disposition du zona, il y a des remarques anatomiques constantes : il se distribue toujours exactement aux aboutissants des différents rameaux capillaires des nerfs arrivant à la surface des téguments, de sorte que la disposition des houppes nerveuses appartenant à un même système de nerfs détermine la distribution des vésicules du zona. Ainsi, pour la face, la bande de zona sera parallèle à la distribution des derniers rameaux du nerf de la septième paire ; au cuir chevelu, il suivra les points dans lesquels se rendent ceux de la cinquième paire.

Pour le zona du tronc, on pourra toujours observer un léger degré d'obliquité d'arrière en avant, et il sera rigoureusement parallèle aux distributions des nerfs cutanés intercostaux.

Au membre inférieur, il se distribuera comme les rameaux cutanés provenant des branches terminales du grand nerf sciatique.

Le zona peut franchir la peau et s'étendre sur les muqueuses qui se continuent avec elle. Borsieri en a vu qui entraient dans la bouche, gagnaient la voûte palatine et suivaient la ligne médiane, comme la distribution des nerfs de la cinquième paire qui se rendent à cette partie. Nous-même nous avons vu des cas dans lesquels la bande de zona partait de l'aine, contournait la partie interne de la cuisse et entrait dans le vagin, comme les filets nerveux qui se rendent aux grandes lèvres. Quand ensuite on rencontre les papilles de la peau hypertrophiées, quand on voit les douleurs vives qui éclatent, même avant l'apparition du zona, sur le trajet des cordons et filets nerveux, douleurs analogues à celles des névralgies, il est évident que le zona est en rapport avec la structure nerveuse de la peau et qu'il consiste dans un état de phlogose des papilles du derme.

Mais il est certaines de ces maladies qui se présentent à l'observateur avec une marche anomale, et montrent encore plus évidemment la phlogose des filets nerveux qui se rendent au derme. Un individu est pris de sciatique violente qui le réduit au repos et empêche chez lui d'une manière absolue l'usage du membre inférieur, et au bout d'un certain temps une éruption de zona apparaîtra sur le trajet du nerf sciatique : l'inflammation aura donc gagné du cordon nerveux principal aux rameaux qui en émanent et de là aux ramuscules qui se rendent à la surface tégumentaire. Toujours donc le zona est une affection inflammatoire ayant son siége dans un département du système nerveux.

Symptômes. — Quelquefois cette maladie arrive au milieu d'un bon état de santé sans que le médecin ni même le malade soient prévenus par aucun prodrome. Quelquefois le sujet affecté éprouve du malaise, du dérangement dans les fonctions digestives donnant lieu à un état saburral, et bientôt il ressent comme des piqûres et même une sensation de brûlure se manifeste disséminée sur la partie qui doit être le siége de la maladie ; puis apparaissent de petites rougeurs qui font promptement saillie, et l'épiderme se soulève pour former de petites vésicules. En général, la marche de cette affection est assez rapide pour que le médecin ne voie pas se succéder ces diverses périodes.

Dans les divers points devenus le siége de la maladie, la peau présente une teinte rosée qui forme comme une auréole à la vésicule, et sur la surface tégumentaire on ne voit que peu de tuméfaction entre les vésicules, qui se groupent à côté les unes des autres de manière à former une plaque ; puis une autre plaque se montre à une certaine distance ; entre ces différents groupes peuvent se trouver des vésicules qui sont à une distance irrégulière, et c'est l'ensemble de ces groupes de vésicules qui détermine la bande de zona.

Les douleurs deviennent vives, térébrantes, brûlantes, et c'est cette sensation éprouvée par les malades qui a fait donner à cette affection le nom de feu Saint-Antoine.

Les vésicules mettent en général un septenaire à se développer ; puis arrive la période d'état, qui ne dure que peu de jours, et bientôt elles se dessèchent en donnant lieu, comme nous l'avons dit, à une petite croûte ambrée, ou bien elles restent soulevées par la sérosité qui ramollit l'opercule de la vésicule, devient blanchâtre ; et quand cette vésicule est rompue, on trouve une ulcération ; dans ce cas la durée de la maladie peut aller jusqu'à quatre septenaires, tandis qu'elle n'est d'environ que de deux septenaires dans les cas qui se présentent le plus fréquemment.

Marche. — La marche de cette maladie est assez invariable, et tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à présent n'ont pas grande action sur elle. Joignez aux symptômes que nous venons d'énumérer les dérangements qui peuvent se montrer du côté du tube digestif ; dérangements qui, pour la plupart, sont inhérents aux constitutions saisonnières, de l'insomnie, du malaise, et chez quelques sujets des douleurs articulaires, et vous aurez l'ensemble des diverses complications qui peuvent se présenter dans le cours du zona.

Étiologie. — On n'est pas obligé, comme l'ont fait certains auteurs, d'attribuer cette maladie à une affection du tube digestif ; affection qui se manifeste le plus ordinairement sous la forme d'un état saburral, et on ne peut considérer comme bien établie la connexion de ces deux maladies. On ne peut pas certainement nier qu'il n'y ait des connexions anatomiques entre la surface tégumentaire générale du corps et la membrane qui revêt la cavité des organes digestifs, c'est ce que l'on voit souvent à propos des maladies cutanées, qui le plus souvent présentent des complications du côté de la muqueuse de l'estomac et des intestins ; mais il n'y a là rien de spécial pour le zona.

Traitement. — La marche de cette maladie, comme nous venons de le dire, n'est guère troublée par les médications les plus diverses. Dans les formes peu intenses du zona, le médecin n'a absolument rien à faire, et une médication active aurait plus d'inconvénients que la maladie elle-même ; mais quand les douleurs sont très vives, quand les érosions du derme sont très grandes et entraînent des sensations de brûlure presque insupportables, quand on a affaire à des vieillards chez lesquels ces accidents peuvent déterminer une déperdition de forces par trop nuisible, on est entraîné à tenter une médication.

Cette médication peut avoir pour but ou d'arrêter la maladie dans sa marche, ou de la guérir, ou même d'atténuer sa gravité. Dans le but de la guérir on a tenté des cautérisations superficielles de la peau, faites avec l'intention d'arrêter le développement des vésicules. Jamais elles n'ont produit d'avantage réel, et souvent elles ont exaspéré les douleurs.

Dans certaines circonstances on a déterminé des phlogoses artificielles par des vésications, par exemple ; les vésicules du zona suivaient imperturbablement leur marche sous le vésicatoire, et l'on voyait la petite plaque membraneuse, dont nous avons parlé plus haut, adhérente à la peau. Souvent la maladie était exaspérée, et les vésicules étaient converties en ulcérations.

On a tenté encore des sédatifs, tels que des cataplasmes émollients et de la pommade mercurielle. Ces applications n'ont produit aucun résultat ; peut-être même les applications humides ont-elles augmenté les accidents déterminés par l'affection.

Quand les douleurs violentes produites par le zona empêchent le repos des malades et leur rendent le sommeil impossible, ce qu'il y a de mieux à faire est de chercher à diriger contre elles une médication latérale, c'est-à-dire une médication sédative du système nerveux général, et, par suite, qui retentisse sur les filets nerveux localement affectés. Ainsi l'administration de l'opium, qui rend au malade un peu de calme et lui permet de se livrer au sommeil, a été tentée avec succès ; j'en dirai autant des bains tièdes généraux, qui ont, comme on sait, une action sédative incontestable. Mais encore tous ces remèdes atténuent la douleur sans modifier en quoi que ce soit la marche de la maladie.

Dans les douleurs qui persistent après la disparition complète du zona, et qui persistent avec tout autant d'intensité qu'auparavant sur le trajet qu'a suivi l'éruption vésiculaire, l'emploi des moyens violents n'a produit non plus aucun effet ; ainsi, les vésicatoires, les moxas mêmes et les cautérisations transcurrentes, qui ont été pratiquées par quelques médecins, n'ont donné absolument aucun résultat. Tout ce qu'on peut faire, c'est d'atténuer la sensation de la douleur par la médication latéralement dirigée dont nous avons fait mention plus haut. Le chloroforme lui-même, qui a été employé comme traitement sous forme d'application topique, a complètement échoué ; tout ce qu'il a pu produire, c'est une rubéfaction de la peau qui n'a servi de rien pour atténuer la douleur primitive.

On voit par tout ce qui précède combien le zona est désespérant pour le médecin appelé à le traiter. Cette maladie cependant n'est pas nouvelle, car Pline l'ancien en parle dans son *Histoire naturelle* ; mais jamais il n'a été donné à personne de trouver une médication qui pût la modifier dans sa marche.

Diagnostic. — Il ne faudrait pas confondre le zona avec l'herpès aigu, qui a reçu le nom de fièvre herpétique. Dans cette dernière affection, le sujet présente tous les symptômes d'une maladie inflammatoire aiguë commençante : du malaise, de l'inappétence, de la soif, un état fébrile assez marqué ; puis, au bout de peu de jours, on voit apparaître des groupes de vésicules remplies de sérosité, de grosseur variable et disposées sans ordre appréciable sur toute la surface du corps en général. Ces vésicules reposent sur une base formée par le derme, sont entourées d'une auréole rouge faisant relief, et présentent à l'examen anatomique une hypertrophie de la couche profonde de l'épiderme. Dans l'éruption de la fièvre herpétique, les vésicules n'affectent pas la forme oblongue des vésicules du zona, et souvent plusieurs de ces vésicules, assez rapprochées, arrivent au contact par leur développement extérieur, deviennent confluentes et par leur réunion donnent lieu à des phlyctènes plus étendus, de forme irrégulière. Douloureuses au toucher, elles ne donnent pas les sensations térébrantes et brûlantes du zona, et apparaissent, comme nous l'avons dit, à la suite d'un état fébrile qui tombe lors de leur apparition. Arrondies, elles ne suivent pas, comme celles du zona, dans leur disposition des lignes à peu près constantes en rapport avec le trajet des filets nerveux. La base sur laquelle elles reposent est indurée, et après une période de cinq à six jours la sérosité contenue dans les vésicules blanchit, l'opercule se dessèche, et à la chute de la croûte jaune-ambré comme dans le zona, apparaît une place rougeâtre qui au bout de quelque temps disparaît complétement.

On voit par ces explications quelles différences existent entre le zona et la fièvre herpétique, qui est tout simplement une fièvre éruptive n'ayant aucun rapport, dans la disposition des vésicules auxquelles elle donne naissance, avec celle des houppes nerveuses qui se rendent à la surface tégumentaire, et ne présentant dans aucun cas les douleurs si violentes et si rebelles qui accompagnent et même suivent constamment le zona.

CLI[illegible] DE LA VI[illegible]

Observation d'un be[illegible] avec succès par [illegible] mode [illegible] de quelques réfle[illegible] opération ;

Par M. Bonnafont, chirurgien princip[illegible] du Gros-Caillou, etc. (1)

On se souvient que, dans la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine, M. le professeur Dubois résolut la question d'une manière très affirmative pour le bec-de-lièvre simple, tandis que le savant professeur se tint dans une prudente réserve relativement au bec-de-lièvre double et compliqué.

Mais, invité à s'expliquer sur cette question par l'honorable professeur M. Roux, voici la réponse que fit M. Dubois :

« J'avais eu, en effet, l'intention de m'expliquer au sujet du bec-de-lièvre compliqué considéré relativement à l'opération chez les jeunes enfants ; j'y ai renoncé toutefois, parce qu'il m'a semblé que, par les développements que j'ai donnés à cette communication, je n'admettais la convenance de l'opération chez les enfants nouveau-nés que dans les cas simples. »

Il est évident que par ces mots M. Dubois repousse l'opération à une époque très rapprochée de la naissance, et il faut que l'honorable professeur soit bien convaincu de cette vérité pour qu'il n'applique pas au bec-de-lièvre double les raisons péremptoires qu'il donne en faveur de l'opéra[illegible] hâtive du bec-de-lièvre simple, et que nous allons rappo[illegible]

« Si j'ajoute, dit M. Dubois, aux considérations que [illegible] exposées, que l'opération chez les jeunes enfants est t[illegible] facile, que les soins consécutifs le sont également, que [illegible] réunion des bords de la plaie est ordinairement rapide [illegible] sûre ; que, selon toute apparence, les traces en sont moi[illegible] visibles que quand elle est faite à un âge plus avancé ; que l'éducation des enfants en sera rendue plus facile ; que l'écar[illegible]tement des os, dans le cas où il existerait, s'effacera plus promptement, je crois que j'aurai donné des motifs bien suffisants pour justifier l'opération du bec-de-lièvre [illegible] premiers jours qui suivent la naissance ; et cepend[illegible] M. Dubois, je ne puis m'empêcher d'y joindre [illegible] considération qui ne me semble pas avoir frappé [illegible] de l'art qui se sont occupés de cette grave questi[illegible] grand malheur, messieurs, pour une famille qu[illegible] ses lumières et par sa fortune une certaine posi[illegible] que la naissance d'un enfant dont la difformité [illegible] parente et aussi choquante que l'est celle d'un b[illegible] c'est un chagrin profond et incessant pour une [illegible] grin que ravivent à chaque instant le spectacle [illegible] et [illegible] comparaison cruelle que présente à l'esprit la v[illegible] d'un autre enfant.

» Si l'opération pratiquée de bonne heure [illegible] cette situation pénible d'esprit et de cœur en [illegible] plus heureuse, je crois que c'est un bienfait [illegible] qu[illegible] ajoute à celui qui est personnel à l'enfant. »

Telles sont les belles et nobles paroles qu[illegible] académicien prononça en faveur du bec-de-liév[illegible] pour qu'il ne les applique pas au bec-de-lièvr[illegible] auquel pourtant elles vont plus directement, [illegible] M. Dubois ait des raisons bien graves à opp[illegible] sons, nous croyons les trouver dans la crainte d[illegible] surtout de l'hémorrhagie, et dans la difficult[illegible] d'agir [illegible] rapidement dans le bec-de-lièvre double pour [illegible] opinion est aussi celle de l'illustre professeur [illegible] Roux, [illegible] il dit :

« Le bec-de-lièvre étant compliqué, mieux [illegible] parce que cette opération, toute simple qu'elle [illegible] pose la vie des enfants en bas âge bien plus [illegible] celle [illegible] ceux qui ont dépassé cet âge (*Bulletin de l'Aca[illegible]*, 18[illegible]) Cependant M. Roux paraît avoir modifié son [illegible] nous trouvons dans une de ses leçons cliniq[illegible] du mois [illegible] janvier 1846 ce qui suit. Il s'agit d'un enfa[illegible] atteint de bec-de-lièvre double : « Lorsque [illegible] l'apporta, dit le savant professeur, il présenta [illegible] difformité monstrueuse, et ses parents nous [illegible] plus vif désir de le voir soumettre à l'opérati[illegible] chose à [illegible] quelle nous consentîmes sans peine, regard[illegible] nécessité urgente de remédier à cette vicieus[illegible]

M. Roux pratiqua donc l'opération malgré [illegible] l'enfant, mais en excisant le tubercule médi[illegible] des raisons qui devaient toujours faire adop[illegible] préférence à tout autre.

« Nous préférons toujours, dit-il, faire [illegible] sacrifice de [illegible] tubercule et convertir, de cette manière, [illegible] bec-de-[illegible] double très compliqué en un bec-de-lièvre [illegible] simple fente dont les bords supérieurs se tr[illegible], par suite de cette ablation du tubercule médian, plus [illegible] l'un de l'autre que les bords inférieurs. D'ailleurs, [illegible] saillie de l'os maxillaire, qui constitue une difformité [illegible] nuirait considérablement pour la formation d'une [illegible] à peu près régulière. » Il nous semble que [illegible] cien de l'Hôtel-Dieu est allé un peu loin [illegible] bec-de-lièvre double privé de tubercule m[illegible] lièvre simple, où il y a peu ou point d'écar[illegible] maxillaires.

M. Jobert (de Lamballe) est plus explici[illegible] de l'opération ; car, après avoir donné de[illegible] en faveur de son opinion, il ajoute : « En résu[illegible] rer immédiatement après la naissance, ou [illegible] le bec-de-lièvre qui ne permet pas la su[illegible] on sait parfaitement qu'après la réunion [illegible] l'écartement des os de la voûte palatine diminue [illegible] nution peut être portée au point qu'il en [illegible] ble oblitération, ainsi que cela a été obse[illegible]

M. Velpeau, après avoir discuté l'o[illegible]

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

…n se fasse à l'âge de six ou huit ans …is et la plupart des chirurgiens du …elle de ceux qui prescrivent de la … plus rapprochée de la naissance, …urg), Roonhuysen, Sharp, Ledran, …ar conclure de la manière suivante : … premiers jours et le plus près pos… j'opérerais, à moins que je ne vou… la première enfance. Dès que la … malade, devenu plus indocile, n'est …mable, et les inconvénients de sa … de nature à compromettre son exis… poriser encore trois à quatre ans. … ajoute M. Velpeau, les six premiers …q à dix ans pour pratiquer la suture …

…ues lignes que M. Velpeau n'est pas … opportunité de l'opération dans les …issance, et qu'il est difficile de dis… deux époques il donnerait la préfé…t nullement s'inquiéter de celle de ces …e l'enfant doit être opéré. …l'occasion de pratiquer assez fréquem… professe depuis longtemps la nécessité …er les becs-de-lièvre doubles et sim…s rapprochée de la naissance. Mais … opérateurs, M. Guersant enlève le tu…

… dissidence d'opinions, il est facile de …ticiens ont une plus grande tendance à …re, et qu'il suffirait de quelques succès … entièrement à cette manière de faire, … que l'observation qui fait le sujet de ce …era pas perdue, et qu'elle aura le double …

… les praticiens qui opèrent déjà à une épo…a naissance ;
… autres à tenter avec plus de chances de …n à un âge qu'ils considèrent comme pou…ccès.

…aintenant d'un temps de l'opération sur …eurs éminents, MM. Velpeau et Paul Du…re d'accord ; nous voulons parler de la dis… pour faciliter leur réunion.

…ès explicite à ce sujet quand il dit : … jamais des gencives la portion des lèvres …ine de l'angle supérieur de la plaie, comme …afin d'en rendre le rapprochement plus fa…té nécessaire dans aucun des cas dont j'ai …nie. La souplesse naturelle des tissus y a …e saignante qui serait résultée de ce déta…tement appliquée peut-être sur le bord al… devenir dans quelques cas la source d'une … l'extrême vascularité des parties rendrait … serait d'autant plus grave chez les enfants … n'apparaîtrait dans beaucoup de cas que …p tard pour y remédier. » Si M. le pro… pris ces conclusions pour les seuls cas qu'il …adémie, qui n'ont trait qu'à des becs-de… c'est fort bien, car il est facile de compren…ullement nécessaire alors de faire aucune …btenir le rapprochement des lèvres; si, au …lèbre professeur entend les appliquer aux …ompliqués, nous sommes obligé d'avouer, …e respect pour l'opinion d'un si grand maî…ssection des lèvres il nous paraît non-seule…nais impossible de les affronter convenable…e seul effort de la suture, on parvient à les …ct, le tiraillement ultérieur qui aura lieu pro…irure et plus tard la séparation des bords de … à l'hémorrhagie tant redoutée par M. Dubois, …ment un accident à craindre, chez les enfants …out; mais il nous semble facile de toujours les … a le soin de ne réunir les lèvres qu'après …rendu maître soit en tordant le bout des peti… soit en les cautérisant. Si preste que veuille …r, il doit toujours consacrer le temps néces… tous les accidents ultérieurs qui peuvent être à …leurs l'application des deux surfaces saignantes, … des lèvres après leur réunion rend encore plus …it pour s'opposer à tout écoulement sanguin … Chez notre petit opéré, deux artérioles furent …les cessèrent de donner du sang aussitôt que la …ssant fortement la base du nez, maintint en …es deux surfaces saignantes en contact, et nous … à la coaptation des bords des lèvres que j'ers…s bien rassuré sur l'hémorrhagie consécutive

…, au contraire, après avoir fait ressortir … approcher le bord des lèvres, conseille de … de séparer des os la face postérieure des deux …èvre jusqu'aux environs de la pommette, pour …nsuite plus facilement l'une vers l'autre, ainsi …t l'avoir déjà conseillé J. Fabrice, Horn, … le docteur Philipps, de Bruxelles, a ajouté à …ssection des ailes du nez; or, comme il nous …e de séparer des os jusqu'à la pommette des … supérieures sans y comprendre les ailes du nez, …ches se confondent avec celles de la division la…bien, selon nous, à M. Velpeau que revient le mé… …lication importante. Que M. Philipps en ait …ici l'application et qu'il l'ait même proposée sans …omme cela arrive souvent, le principe émis par … six ans auparavant, cela ne diminue en rien le …I. Philipps, à moins toutefois que ce praticien ne …proprier, ce qui ne nous semble pas possible, la …olue (…

pas avoir connu la modification ingénieuse proposée par MM. Malgaigne et Clemot, de Rochefort, pour remédier à l'encochure de la lèvre, accident inévitable par le procédé ordinaire. Quoique cet accident soit peu marqué chez notre petit opéré, nous pensons que le procédé de M. Malgaigne l'eût rendu encore moins sensible.

CONCLUSIONS.

Des considérations qui précèdent nous pouvons conclure :

1° Que le bec-de-lièvre double et très compliqué peut et doit même être opéré à une époque rapprochée de la naissance avec autant de chances de succès que le bec-de-lièvre simple ;

2° Que, pour atteindre ce résultat, nous pensons qu'il est indispensable de faire l'opération en deux temps et en suivant le mode opératoire que nous avons mis en usage ;

3° Que la conservation du tubercule médian et réduit d'après notre procédé présente des avantages incontestables, dont les principaux sont de rendre le raccourcissement de la mâchoire supérieure moins difforme, puisqu'il placera au moins deux dents canines dans la fente maxillaire, de présenter un point d'appui à la lèvre, de faciliter sa réunion et de protéger sa consolidation, d'aider puissamment au redressement du nez, et enfin de rétablir ou tout au moins de faciliter le mouvement de succion de l'enfant.

La nourriture de l'enfant nous embarrassa beaucoup le premier jour, car toute succion était impossible ; et après avoir vainement essayé le sein de quelques nourrices, que l'enfant ne pouvait pas saisir, nous composâmes un biberon avec un petit sabot en porcelaine, auquel nous ajoutâmes une tetine de vache, dont la longueur, traversant toute la bouche, versait par sa petite ouverture le lait dans l'arrière-gorge. Le liquide, tombant ainsi directement dans le pharynx, était avalé instantanément, et une bien petite quantité déversait dans les fosses nasales. Nous ajouterons que, pour faciliter la déglutition sans gêner la respiration, on avait soin de ne faire couler le liquide que par intervalles. Ce mode d'allaitement a si bien réussi que l'enfant, au lieu de dépérir pendant tout le temps qu'il a été sous l'influence d'un traitement aussi long et aussi pénible, a toujours pu boire, et sa petite constitution, qui a été sans cesse en s'améliorant, témoignait du bénéfice qu'elle retirait de cette alimentation artificielle.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE SPONTANÉE,

par la cautérisation transcurrente.

Sous le nom de gangrène spontanée, de gangrène sècheou sénile, on comprend toutes les mortifications des extrémités résultant d'un obstacle direct ou indirect à la pénétration du sang artériel. La gravité de cette affection est généralement en rapport avec l'intensité de la cause première, c'est-à-dire qu'elle se mesure sur l'étendue des parties soustraites à la circulation artérielle. Quant au danger, il est constant, puisque, dans les cas les plus heureux, les malades n'échappent à la mort qu'au prix de mutilations cruelles. C'est donc avec une véritable satisfaction que nous avons lu le travail que vient de publier M. le docteur A. Didot, de Liége, sur le traitement chirurgical de la gangrène spontanée, travail qui semble ouvrir aux praticiens une ressource nouvelle contre une maladie si terrible.

Les indications que présente la gangrène spontanée peuvent se réduire d'une manière générale aux quatre suivantes :

1° Arrêter la résorption putride ;

2° Limiter la mortification ;

3° Favoriser la séparation des parties gangrenées ;

4° Ramener dans le membre la circulation artérielle pour obtenir la guérison des plaies et prévenir le retour du mal.

Ces indications, en l'absence d'un traitement médical suffisamment efficace, il semble que l'emploi énergique du fer rouge pourrait les remplir. M. Didot a pensé qu'à l'aide de ce moyen on pourrait supprimer la communication entre le foyer putride et les parties saines, borner la mortification en détruisant les tissus sains dans une assez grande étendue autour de la partie malade, et par le même procédé, en vertu de la stimulation organique qui en est la conséquence, favoriser le détachement des parties sphacélées et le rétablissement de la circulation artérielle. C'est ce qu'il a exécuté avec succès dans le fait suivant, trop intéressant pour que nous ne le donnions pas avec quelques détails :

Le 8 décembre dernier, ce chirurgien fut consulté pour un homme de cinquante-cinq ans, faiencier, affecté d'une gangrène spontanée qui avait envahi déjà les deux phalanges du pouce de la main gauche. Cet homme, d'une forte et robuste constitution, d'une bonne santé habituelle, menant une vie sobre et régulière, portait les stigmates d'une vieillesse précoce, et paraissait beaucoup plus âgé qu'il ne l'était en réalité.

Depuis plus de quatorze mois des douleurs sourdes s'étaient fait sentir dans la profondeur du bras, de l'avant-bras et de la main, sans aucune manifestation extérieure ; elles éclataient surtout à la suite d'un travail soutenu. Bientôt ce fut une sensation d'engourdissement, de froid, accompagnée d'élancements, de déchirures, qui partait de l'extrémité des doigts, s'étendait à la main, à l'avant-bras, et gagnait aussi le bras. Peu après, la pulpe des doigts et les ongles prenaient une teinte cyanosée, et en même temps des taches bleues se dessinaient çà et là sur le membre, pour disparaître à la suite de quelques frictions ou même d'un peu de repos. Traité successivement pour une affection rhumatismale, pour une lésion nerveuse, pour une affection musculaire arthritique, et par des moyens très divers, tels que ventouses, … de tout espèce, …

rien faire, et continua de travailler comme à l'ordinaire, quoique le bras continuât de son côté à maigrir, à perdre de sa force, et surtout à se refroidir.

Enfin, le 20 novembre, ce malheureux s'aperçut que le pouce était insensible, froid, desséché, et malgré cela excessivement douloureux. D'un autre côté, les doigts de la main, plus cyanosés que les jours précédents, étaient aussi devenus le siége d'un engourdissement plus marqué.

Pendant quinze jours le malade employa des applications styptiques, désinfectantes, excitantes, narcotiques, tout en faisant usage à l'intérieur, tantôt de l'opium, tantôt du quinquina, et parfois de ces deux médicaments combinés. La mortification fit peu de progrès, à la vérité, ce qui s'explique d'ailleurs par sa marche essentiellement chronique; mais elle ne se limita point. En outre, les douleurs devinrent plus aiguës, surtout pendant la nuit ; état fébrile sans type régulier, sueurs, soif, nausées, diarrhée, accablement, paresse morale et physique que rien ne pouvait surmonter. Ajoutons que les parties mortifiées exhalaient une odeur d'une fétidité insupportable.

Le 8 décembre, M. Didot trouva les deux phalanges du pouce de la main gauche noires, momifiées et réduites au seul volume des os. La partie métacarpienne de cet organe était violette, froide, un peu œdématiée; mais il restait çà et là quelques languettes cutanées qui avaient échappé à la mortification. Les artères radiale et cubitale avaient cessé de battre ; il fallait remonter jusqu'au tiers supérieur du bras, vers l'insertion deltoïdienne, pour trouver les pulsations artérielles.

Dans ces circonstances, M. Didot fit chauffer à blanc un cautère linéaire de 3 millimètres environ; puis, ayant fait tenir le patient par des aides vigoureux, il pratiqua une cautérisation circulaire embrassant toute la racine du pouce et passant au milieu de l'éminence thénar. La peau seule fut détruite par cette première combustion, et cependant cinq minutes après les douleurs violentes avaient disparu pour faire place à la sensation de brûlure, qui, du reste, était fort supportable. Journée plus calme, accablement moindre, pas d'accès fébrile, voies digestives en meilleur état, sueur de bon aloi, et seulement deux selles assez liquides.

Le lendemain, la brûlure présentait un sillon noir, charbonné, parfaitement sec ; mais aucune réaction vitale ne s'était produite, et la peau qui faisait suite à l'eschare circulaire était aussi pâle, aussi terne que si on eût cautérisé un cadavre. Du côté de la gangrène, tout était noir, et la mortification venait s'arrêter exactement à la délimitation tracée par le feu. Du reste, l'état général s'était beaucoup amélioré : nuit calme ; pas de douleur, seulement engourdissement et refroidissement général du bras ; appétit meilleur, teint et face plus naturels.

M. Didot pensa que, bien que les symptômes les plus fâcheux eussent disparu, il n'avait rien gagné qui annonçât le retour prochain de la circulation, et qu'il y avait lieu, par conséquent, de revenir à une seconde cautérisation plus profonde et plus large du côté des tissus sains. La douleur fut atroce, mais elle ne dura que quelques minutes ; une heure après le patient était sur pied. — Application de compresses imbibées d'eau chlorurée ; promenade au grand air ; un peu de viande et de bière de saison.

Les jours suivants, une rougeur très légère d'abord, puis plus intense, se montra autour de la brûlure, annonçant un commencement de réaction vitale. En même temps le membre reprit un peu de chaleur et perdit une partie de son engourdissement ; le sillon délimitateur se creusa davantage et laissa suinter quelques gouttes de pus de bonne nature ; d'un autre côté, l'état général s'améliorait rapidement, l'appétit naissait, les digestions se faisaient bien, le sommeil était calme et tranquille, et le malade se promenait toute la journée.

Cependant le 17 décembre, les choses restaient à peu près stationnaires depuis deux jours. Sans perdre de temps à des médications accessoires, M. Didot fit chauffer le cautère pour la troisième fois, et laboura le sillon primitif en détruisant les chairs aussi profondément que possible. Cette fois, la douleur fut plus vive encore que les deux premières ; mais elle ne dura également que quelques minutes. La brûlure fut pansée avec un onguent composé de styrax, de quinquina rouge et d'axonge, pendant que le pouce lui-même restait toujours couvert d'une compresse trempée dans l'eau chlorurée. Cette fois le progrès fut rapide, car la réaction fut complète. La chaleur augmenta de jour en jour dans le membre, les doigts perdirent leur couleur violacée, une bonne suppuration s'établit dans le sillon brûlé, la santé générale se rétablit, et le 14 janvier M. Didot put désarticuler le métacarpien du pouce par le procédé en Y, en conservant assez de tissus pour recouvrir la plus grande partie de la plaie. Cependant l'opération présenta cela de particulier, qu'il ne s'écoula qu'une demi-cuillerée au plus de sang noir, et qu'il n'y eut pas de ligature à faire. Malgré ce défaut de jet artériel, la cicatrisation était parfaite le 10 février ; la main était assez chaude, avait une bonne couleur et n'était plus engourdie. L'artère humérale était toujours imperméable en dessous du tiers supérieur du bras; mais la collatérale profonde recevait sans doute le flot sanguin, puisqué vers le tiers inférieur de l'avant-bras, sur le trajet de la cubitale, on percevait une sorte de battement ou de frémissement artériel. Les veines de la main et de l'avant-bras se dessinaient sous la peau et donnaient passage à une colonne sanguine, dont la mobilité put être facilement constatée.

(*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

… as d'empoisonnement par …e. …tion si remarquab… ex… …aux, et dont les effe…

médicament sur l'éclampsie, le tétanos et les convulsions de l'enfance nous offrent de si curieux exemples en ce qui regarde les maladies convulsives, serait peut-être de nature à avoir quelque influence sur les phénomènes convulsifs qui résultent de l'ingestion de la strychnine, et même sur les accidents d'empoisonnement causés par cette substance. Voici un fait qui est bien capable de donner des espérances relativement à la possibilité de combattre avec avantage l'un des empoisonnements les plus terribles que la science connaisse :

Un homme de quarante ans, aux habitudes peu régulières, avala par erreur une gorgée d'une potion qu'il croyait contenir de la morphine, et qui contenait en réalité de la strychnine. La quantité ingérée fut environ d'un ou deux grains. Vingt minutes après, M. Maunson le trouva dans l'état suivant : roideur de tout le système musculaire ; muscles du dos et des extrémités supérieures, et inférieures surtout, fortement contractés ; la tête portée violemment en arrière ; parole difficile ; sensation de contraction autour de la poitrine ; transpiration abondante de la face et de la poitrine. Une foule de moyens avaient été employés sans succès ; le malade s'affaiblissait peu à peu sous l'influence de l'état spasmodique croissant du système musculaire. M. Maunson songea alors au chloroforme. Quatre grammes de ce liquide furent versés sur un mouchoir de soie, et on l'approcha de la bouche du malade. L'effet en fut véritablement décisif ; le malade, qui était assis et dans l'impossibilité de se déplacer sous peine d'être pris des convulsions les plus effrayantes, demanda à être couché, ce qui fut fait sans exciter le moindre spasme. Le chloroforme fut continué pendant quelques heures, le malade tenant lui-même le mouchoir la plupart du temps pour prévenir les spasmes affreux auxquels il avait été en proie. La guérison fut très rapide. Deux jours après ce malade avait repris ses habitudes. (*Boston med. Journ.*)

Traitement de l'ongle incarné par l'alun calciné.

M. Sommé, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers, emploie depuis plus de trente ans la méthode suivante avec un succès presque constant quand il rencontre des sujets dociles.

On fait pénétrer avec un stylet aplati de l'alun calciné, aussi profondément qu'il est possible, entre la chair et l'ongle. On enlève ensuite avec précaution la croûte qui se forme, d'abord deux fois par jour, ensuite tous les jours. Si on laisse la croûte formée par l'alun, la matière purulente ne s'évacue pas, et la maladie persiste indéfiniment. La poudre, ainsi renouvelée, dessèche les chairs fongueuses ; l'ongle se raffermit et cesse de croître. On ne doit cesser le remède que quand la dessiccation est complète, autrement la maladie peut se renouveler. Comme l'humidité est des plus nuisibles, on s'abstient de cataplasmes et de bains de pieds.

(*Journal des conn. méd.-chirurg.*)

Emploi du collodion térébenthiné dans les plaies et les excoriations des cavaliers.

M. Dawant, de Louvain, vante les avantages qu'il retire tous les jours de l'emploi du collodion au traitement des plaies simples et des excoriations auxquelles sont sujettes les recrues dans les régiments de cavalerie. Il s'est assuré, dit-il, ainsi que l'ont avancé récemment quelques journaux de médecine, que le collodion auquel on ajoute 1/16 d'huile de térébenthine est souple, extensible, et n'a pas l'inconvénient de tirailler la peau, ainsi que le fait le collodion ordinaire. (*Archives belges.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Bouton d'Alep.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet un mémoire en trois parties de M. le docteur Villemin, médecin sanitaire à Damas, sur le bouton d'Alep et sur l'influence qu'exercent sur cette maladie les eaux de la rivière d'Alep. A ce mémoire sont annexés des échantillons de la terre et de l'eau d'Alep. (Commission des eaux minérales.)

Conservation du vaccin.

Le même ministre transmet une lettre de M. le docteur Brizard, médecin à Vercel (Doubs), contenant de nouvelles observations sur le procédé qu'il emploie pour la conservation du vaccin. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Transmissibilité de la syphilis des enfants aux nourrices.

M. Bardinet, de Limoges, adresse un mémoire intitulé : *De la syphilis héréditaire et de sa transmissibilité par la voie de l'allaitement des enfants aux nourrices.* (Commission nommée, M. Depaul rapporteur.)

Luxation horizontale et antérieure de la tête du fémur.

M. Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse un mémoire sur un cas de luxation horizontale et antérieure de la tête du fémur, et sur un nouveau procédé de réduction à l'aide d'un levier extenseur. (Commissaires : MM. Gerdy, Hervez de Chégoin et Malgaigne.)

Irrigations froides dans le conduit auditif externe comme agents anesthésiques.

M. Brulet, secrétaire de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, expose à l'Académie qu'il a plusieurs fois vérifié qu'en pratiquant des irrigations froides dans le conduit externe on produisait une insensibilité plus ou moins complète avec ralentissement du pouls. Il pense que ce moyen pourrait être appelé à remplacer avantageusement les agents anesthésiques en usage.

Traitement de la pustule maligne.

M. Babault, d'Angerville (Seine-et-Oise), adresse une notice sur le traitement et la prophylaxie de la pustule maligne. (Commissaires : MM. Velpeau et Huguier.)

Chlorophosphure de mercure.

M. Stanislas Martin communique la formule d'un nouveau composé de chlorure de phosphure et de mercure, qu'il désigne sous le nom de chlorophosphure de mercure. (Commissaires : MM. Soubeiran et Bullay.)

Nouveau système de prothèse dentaire.

[illegible], médecin-dentiste, [illegible] un mémoire sur un nouveau système de prothèse dentaire. (Commissaires : MM. Malgaigne, Duval et Oudet.)

Chauffage des eaux minérales sulfureuses.

M. Bouland adresse une lettre en réponse à la réclamation de priorité faite dans la précédente séance par MM. de Puisaye et Lecomte relativement au procédé de chauffage des eaux sulfureuses froides. (Commission des eaux minérales.)

— L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés :

Dans la commission des épidémies, MM. Maccartan et Roche ;

Dans la commission des remèdes secrets, MM. Orfila et Robinet ;

Dans la commission des eaux minérales, MM. Mélier et Boullay ;

Dans la commission de vaccine, MM. Bouvier et Devilliers.

Comité de publication : MM. Chomel, Bousquet, Bégin, Bussy et Bouley jeune.

Opium indigène.

M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de M. Rayer, Orfila, Boullay, Chevallier, Grisolle et Bouchardat, rapporteur, fait un rapport sur un mémoire de M. Aubergier relatif à la préparation de l'opium indigène.

D'après les recherches et les expériences de la commission, dont M. le rapporteur rend un compte très détaillé, l'opium indigène serait non-seulement plus riche en morphine que l'opium exotique, mais sa composition serait plus constamment uniforme que celle de celui que fournit l'Orient, et il jouirait de toutes les propriétés thérapeutiques de ce dernier à un degré au moins égal à celui de l'opium de bonne qualité qu'on emploie dans les hôpitaux. Il résulterait, en d'autres termes, des faits constatés par la commission, que l'opium indigène préparé par M. Aubergier peut soutenir avec avantage la comparaison avec l'opium exotique de bonne qualité.

M. le rapporteur conclut en demandant l'approbation de l'Académie pour le mémoire de M. Aubergier, et en proposant d'en ordonner l'insertion dans les mémoires de l'Académie.

Sur la proposition de M. Chevallier, le mémoire sera envoyé au ministre de l'intérieur.

Les conclusions avec l'addition proposée par M. Chevallier sont mises aux voix et adoptées.

Purpura hemorrhagica febrilis.

M. Hérard, médecin des hôpitaux, communique sous ce titre : *Purpura hemorrhagica febrilis. — Analyse du sang. — Aucune trace de fibrine. — Mort*, une observation qu'il croit sans exemple dans les annales de la science, et qui serait appelée, suivant lui, à jeter quelques lumières sur l'histoire encore obscure des affections scorbutiques, et en particulier sur la question si controversée de la composition du sang dans ces maladies.

Voici le fait rapporté par M. Hérard :

Dans cette observation, remarquable à plus d'un titre, il s'agit d'un homme âgé de trente-cinq ans, doreur, entré à l'hôpital de la Pitié le 22 août 1851.

Jouissant habituellement d'une bonne santé, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, cet homme était convalescent depuis une quinzaine de jours d'un érysipèle de la face qui n'avait présenté rien d'insolite ni dans sa marche, ni dans ses principaux symptômes.

Le 19 août, à la suite d'un bain froid, il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'un frisson avec fièvre, céphalalgie, courbature générale, et en même temps d'une très vive douleur de reins.

Le 20 et le 21, les accidents continuèrent, allèrent même en augmentant ; le malade eut des nausées et quelques vomissements.

Le 22, il vint à pied à l'hôpital de la Pitié, où il fut admis. L'interne de la salle, M. Labric, constata, le soir de l'entrée, une fièvre intense, de la céphalalgie, de l'inappétence, la langue blanche, légèrement rouge sur les bords, une douleur de reins tellement aiguë, qu'elle arrachait des cris au malade et absorbait presque tous les autres symptômes. Du reste, pas de larmoiement ni de coryza ; pas de toux, pas de mal de gorge, pas de diarrhée. Çà et là sur la face et les membres quelques petites saillies coniques qui firent songer à la variole ; mais le malade, d'ailleurs vacciné, assurait que ces élevures existaient depuis longtemps.

Le 23, à la visite du matin, l'état est à peu près le même que la veille au soir. La fièvre persiste, les douleurs de reins sont intolérables ; les élevures demeurent stationnaires ; mais sur la face et le devant de la poitrine on remarque une rougeur assez vive, générale, uniforme, sans pointillé, disparaissant à la pression. Le malade ne se plaint ni de mal de gorge, ni de difficulté à avaler. La muqueuse bucco-pharyngienne est saine, la langue blanchâtre, humide. Il n'y a plus de vomissements. L'intelligence est libre. Le soir, l'injection des téguments est plus étendue et encore plus marquée que le matin.

Le 24 (quatrième jour depuis le début), la céphalalgie et surtout la douleur des reins sont toujours très violentes. La peau est chaude, le pouls, développé, bat 108 fois par minute. Les deux conjonctives oculaires et les paupières, principalement du côté droit, sont le siége de fortes ecchymoses violacées, noirâtres. Un grand nombre de pétéchies lie-de-vin se montrent sur le ventre et les membres inférieurs ; elles sont confluentes à la région hypogastrique, rares sur la poitrine et les bras. Sur les jambes, on observe par plaques disséminées une teinte bleuâtre qui dénote une hémorrhagie profonde. La langue, à peine rouge sur les bords, présente à sa face dorsale un enduit blanchâtre ; les gencives sont saines, ainsi que l'arrière-gorge, le malade expectore cinq ou six crachats sanglants, et assure avoir rendu des urines rouges de sang. A l'auscultation, on perçoit dans la poitrine quelques râles sous-crépitants disséminés. La percussion ne fait reconnaître aucune différence de son appréciable. (Limonade citrique pour boisson ; saignée de 200 grammes ; diète.) Un soulagement immédiat a été obtenu après la saignée ; puis, quelques heures après, le malade s'est plaint tout à coup d'une sensation d'étouffement et est mort subitement.

Examen du sang tiré de la veine. — Le sang ne s'est pas séparé, comme à l'ordinaire, en sérum et en caillot ; il a conservé pendant vingt-quatre heures une couleur noirâtre et un état de fluidité des plus remarquables. Il n'a présenté aucune trace de couenne. M. le docteur Becquerel, qui en a fait l'analyse quantitative et qualitative, est arrivé aux résultats suivants tout à fait inattendus :

Fibrine. — Après un quart d'heure de batage avec une verge d'osier, il a été impossible de constater le plus petit atome de fibrine.

Globules. — Même impossibilité de séparer les globules du sérum. Le dépôt spontané, pas plus que l'addition au sérum de sulfate de soude, pas plus que la réfrigération, n'ont pu permettre cette séparation.

Densité. — La densité du sang ainsi altéré était de 105,56.

1,000 parties de sang mis à dessiccation contenaient : eau, 803,44 ; parties solides, 196,56.

La proportion des substances alcalines n'a pu être déterminée.

Les réflexions dont M. Hérard fait suivre la relation de ce fait tendent à le faire considérer comme un cas de purpura hémorrhagique fébrile, semblable à ceux qu'a décrits M. Rayer. (Commissaires, MM. Louis et Gibert).

Eaux de Vichy.

M. Pâtissier fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport verbal favorable sur un travail communiqué à l'Académie par M. Durand-Fardel, membre correspondant, et ayant pour titre : *Mémoire clinique sur cinq années de pratique à Vichy.*

M. le rapporteur propose d'adresser une lettre de félicitation à M. Durand-Fardel et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

Chronique et nouvelles.

Voici les noms des externes des hôpitaux nouvellement nommés : MM. Baillon, Costa, Dubarry, Guyon, Audain, Avlat, C[illegible]neau, Dannier, Defoville, Tamarelle-Mauriac, Allard, Irtin, [illegible] fils, Chairon, Dayot, Desvouges, Gibert, Passier, Pinel (Ch.-P.), Verjon, Warmout, Moilin, Salva, Sudry, Blondet, Colvis, Hure, Maugin, Meynier, Albanel, Bourgarel, Doyen, Godat, [illegible], Lecadre, Martinez, Turel, Roussel, Silvestre, Chaloon, [illegible], Tripier, Bayon, Collois (Ph.), Delaunay, Dexant, Dosias, [illegible], Fichaux, Mandard, Martin, Rendu, Robinet, Smyltère, [illegible], Barnichon, Bedane, Boyer, Devers, Guelle, Guiffart, Nélaton, [illegible]lin (Ch.-A.), Boncour (Paul), Rémond, Rigodin, Baudouin, [illegible], Boureier, Buisson, Dauvé, Despaignet, Fillarter, Forestier, Ja[illegible], Lafosse, Moreau (Nicolas), Poupelard, Rouyer, Taguet, Du[illegible]sière, Delatte, Delciaux, Dutournier, Feron, Gellé, Guillemin, [illegible]cuire, Larquier, Luthon, Pératé, Pillon, Siredey, Camus, De[illegible], Dugué, Fleuriot, Hardy, Mariglier, Moret, Poizat, Aimé, Bu[illegible], Collin (F.-H.), Dieudonné, Faulcon, Lorquin, Motel, Péla[illegible], Raoux, Th. de Closmadeuc, Touzelin, Vanvers, Vimont, Bocq[illegible], Bonnet, Bourdin, Bribant, Bulard, Chapin, Drouet, Laisne, Le[illegible], Moreau (Fr.), Mousteu, Pana, Quentin, Videau, Amblard, [illegible]nard, Dumoutiel, Giraud, Goeman, Hornbortel, Morel, P[illegible], Pinel (Ch.-A.), Cintrat, Cazelles, Créquy, Gaymard, Guerlot, Bocey, Leuduger-Fortmorel, Noizet, Petit, Souesme, Soufflet, [illegible]trand, Caudrou, Duriau, Elleaume, Forget, Frizon, Giro[illegible], Nauze, Jauwicz, Japiu, Marcotte, Maubon, Menault, Mercier, Minard, Montou, Peyreau, Aichet, Saurel, Séjournet, Vibert, [illegible]raud, Boutin, Delorme, Dubois (Ange), Fauvelle, Lesage, Mau[illegible], Méjensac, Tainturier (H.), Barillier, Bergeret, Boquin, Fontg[illegible], Hoffmann, Lancelin, Mercier (J.-B.), Méteuier, Noëlas, Per[illegible], Poirré, Rougedemontant, Saljon, Corbin, Desfossez, Duplo[illegible], Loignien, Langenbagen, Magitot, Reboul, Reynault, Vermont, [illegible]dour, Bazille, Favene, Jollet, Motheré. Siry, Témoins.

— Le sénat sarde, adoptant les conclusions du rapport de M. le docteur Riberi, a sanctionné, le 26 novembre dernier, par un vote presque unanime, la convention sanitaire internationale signée le 3 février de cette année par les plénipotentiaires de la France et de la Sardaigne, ainsi que le règlement annexe ; la chambre des députés de Turin avait déjà précédemment, sur le rapport de M. le docteur Bertini, approuvé ces deux actes. Les savants rapports ont démontré, avec l'autorité de leur expérience, les avantages que le nouveau régime consacré par la convention du 3 février doit assurer au commerce des deux pays. Les développements dans lesquels M. le docteur Riberi est entré donnent un haut degré d'intérêt à son rapport, où l'érudition s'allie aux vues pratiques d'un esprit à la fois élevé et conciliant ; ils contribueront certainement à lever les doutes qui ont empêché jusqu'ici plusieurs Etats d'adhérer définitivement aux vues si sages et si éclairées de la conférence sanitaire internationale. (*Moniteur.*)

— M. le docteur Trousseau, professeur de clinique médicale de la Faculté, commencera son cours à l'Hôtel-Dieu le 4 janvier 1853, à huit heures du matin.

— M. le docteur Phillips commencera la première partie de son cours des maladies des voies urinaires le mardi 4 janvier, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Cette première partie comprend les maladies de l'urètre.

La *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés des départements qu'une personne de son administration est toujours chargée de leur rendre les petits services dont ils peuvent avoir besoin à Paris : comme de transmettre leurs travaux aux Académies, de leur faire parvenir du vacein, des livres, des instruments, etc., etc. Ces bons offices ont toujours rendus avec zèle, intelligence et promptitude.

[illegible]tin bibliographique.

Sous presse pour paraître dans quelques jours :

([illegible]CINQUIÈME ANNÉE. — 1853.)

[illegible] médical et pharmaceutique de [illegible] [illegible] par le docteur F. Roubaud.

[illegible] des souscriptions de l'Académie de médecine et du ministère de l'intérieur.

Ce livre, qui a rempli une lacune que tout le monde déplorait dans la librairie médicale, renferme tous les renseignements qui peuvent être utiles aux médecins et aux pharmaciens.

On trouve dans cet Annuaire : la liste de tous les médecins et pharmaciens de la France, ainsi que leur adresse ; le recueil (seul complet) de la législation médicale et pharmaceutique, celles des établissements sanitaires et de bienfaisance ; la nomenclature de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement ; la statistique de toutes les Sociétés médicales de France ; la statistique des Facultés, des Ecoles de pharmacie, des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, leur personnel ; la statistique (la seule qui ait paru jusqu'à ce jour) de la France médicale, pharmaceutique et des établissements hospitaliers ; liste nominative et par départements des villes de 2,000 âmes et au-dessus, qui n'ont ni médecins, ni pharmaciens, ni établissements hospitaliers, etc., etc.

Un fort volume. Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. par la poste. Au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, [illegible] et chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

TABLE DES MATIERES

E LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1852.

A

ès iliaque ouvert à l'intérieur (Rostan), 123. — de la cuisse (Larey), 127. — de l'ovaire (Chomel), 129. — par congestion; injection d'iode, 209. — (Robert), 210, 251. — par congestion, 317. — ntra-musculaire de la vessie sous forme de tumeur à l'épigastre Velpeau), 454.
LATION du maxillaire (V. ce mot).
RICOTS. Empoisonnement par les amandes de noyaux d'— 430.
ADÉMIE DE MÉDECINE. 4, 11, 24, 36, 46, 59, 83, 95, 106, 119, 131, 143, 155, 158, 167, 168, 179, 192, 203, 204, 215, 227, 239, 247, 260, 272, 283, 295, 308, 320, 332, 344, 356, 367, 372, 378, 381, 391, 393, 402, 407, 416, 428, 431, 434, 439, 443, 456, 464, 471, 451, 464, 476, 487, 490, 494, 500, 511, 512, 524, 532, 544, 556, 567, 568, 576, 587, 588, 590, 599, 612.
ADÉMIE de médecine de Belgique. Concours, 104.
ADÉMIE DES SCIENCES. 4, 11, 24, 36, 48, 64, 71, 88, 95, 108, 136, 143, 160, 168, 179, 192, 216, 260, 284, 300, 308, 320, 332, 343, 356, 392, 407, 416, 426, 440, 451, 452, 500, 524, 544, 576, 592, 600, 612.
COUCHEMENT. Morts subites après l'— (Robert et Danyau), 31. — Diatribo contre l'opération césarienne (V. ce mot). — Éclampsie; ncision du col (Masson), 148. — (Caron), 152. — bi-géminal sans perte de sang (Duclos), 283. — Présentation de l'épaule, évolution spontanée (Mavel), 290. — dans la Creuse. — Dix ans d'— (Maslieurat-Lagémard), 295.
NE arsénieux. — Son emploi dans les fièvres intermittentes (Girbal), 216. — (Cazenave), 220, 228. — benzoïque. (V. ce mot.) — saliciеux, 539.
ONIT. Empoisonnement par l'— (Schabel), 208. — dans les fièvres puerpérales (P. Dubois), 261, 272, 285, 329.
UILLE dans l'opération de la cataracte. — Nouvelle espèce d'— Gerdy), 361.
. Pessaires à — (V. Pessaires). — des piscines et étuves de Bagnères. — Composition de l'— (Filhol), 240. — des Alpes et des Cévennes. — Iode dans l'— (Niepce), 240.
BUGO traité avec succès par le galvanisme (Turc), 208.
CALIS végétaux toxiques. Lettre sur les antidotes des — (Caventou), 99.
OOL en topique contre les hypertrophies mammaires (Ibre), 418.
ÉNATION causée par les événements politiques (Belhomme), 183. — Rapports de la paralysie générale et de l'— (Baillarger), 230. — Des diverses formes de l'— (Delassiauve), 385, 457, 554, 558. — Vacillations du globe oculaire comme signe de l'— (Mérier), 389. — Traitement de l'— (Ph. Pinel), 524. — Du travail des champs comme traitement de l'— (Mérier), 549.
ÉNÉS. Organisation des trousseaux dans les asiles d'— (Girard), 63.
MENTS. Présence de l'iode et du brôme dans les — (Grange), 108. — digérés par le suc gastrique. — Administration d'— (L. Corviart), 428.
MENTAIRES. Pâte et sirop, 544.
ADOU de Cayenne. — Emploi hémostatique de l'— (Guyon), 308.
AUROSE névralgique. — Sur l'— (Tavignot), 95.
PUTATIONS. Moyens d'assurer la réussite des — (Sédillot), 108. — partielles et mixtes du pied (Verneuil), 176. — partielle du maxillaire supérieur (Verhaëghe), 190. — de l'avant-bras, 235. — partielle du pied. — De l'— (Nélaton), 237. — (Baudens), 248. — du pied (Passa), 284. — du pied; procédé de Lisfranc (Chassaignac), 399. — métacarpiennes et métatarsiennes, 437. — de Chopart (Guérin), 441. — de la langue (Maisonneuve). — de la verge (Maisonneuve), 568. — sous-astragalienne (Nélaton), 572.
IPUTÉS. Douleurs dans les membres (Boinet), 139. — (Hutin), 162.
IYGDALINE dans quelques plantes. — De la présence de l'— (Wicke), 178.
MYGDALITE. Du traitement abortif de l'— (Dezotteux), 486. — (Ancelon), 498. — (Léon Gigot), 538.
NASARQUE scarlatineuse. — De l'— (Trousseau), 234. — aiguë; suite de fièvres scarlatines. — De l'— (Delvaux), 499.
NATOMIE comparée des organes génito-urinaires (Lacauchie), 203.— pathologique des enfants. (V. broncho-pneumonie.)
NATOMIQUE. Société. (V. ce mot.)
NESTHÉSIE oculaire. Recherches sur l'— (Chassaignac), 376.
NÉVRISME de l'aorte (Piorry), 226, 253.—Faux consécutif, suite de saignée (A. Thierry), 327. — Mémoire sur les — (Roux), 435, 472, 484, 495. — de la crosse de l'aorte, 465. — de l'artère splénique (Leudet), 583. — de l'artère rénale (Leudet), 583.
ANKYLOBLÉPHARON. (Magne), 446.
ANKYLOSE du genou. Nouvelles observations de rupture d'— (Bonnet, de Lyon). — Rapport de M. Maisonneuve, 56.
ANTÉVERSION. De l'— (Valleix), 245.
ANTIMOINE. Formules d'—, 18.
AORTE. Anévrisme de l'— (Piorry), 226.
APHONIE par l'éther. — Traitement de l'— (Delioux), 239.
APOPLEXIE sans perte de connaissance (Cruveilhier), 193. — pulmonaire (Sonrier), 413. — méningée (Nonat), 485.
APPENDICE xyphoïde. — De la résection de l'— (Linoli), 605.
ARGENT. Préparation d'azotate d'— (Cazenave), 124.
ARRACHEMENT de doigts et d'orteils (Debrou), 267. — de l'index (Lar... 92.
ARSENIC. P... rations d'— (Cazenave), 183, 220, 283. — (V. Acide et Fièvre intermittente.) — de tolérance. (V. médecine légale.) — dans le sous-nit... de bismuth. — Moyen de reconnaître l'— (Lassaigne), 571. — Ré... nation de M. Cornut, 588.
ARSENICAL pour allumer les cigares. — Emploi du papier (Dulignon-Desgranges), 7.
ARTÈRE. Plaies ... — (V. Plaies.) — dentaire. — Hémorrhagie par l'—, 168. — c... ale. — Oblitération de l'— (Verneuil), 376. — Circulation des ... (Gerdy), 388. — carotide. — Ligature de l'— (Michon), 388. — Des maladies des — (Roux), 435, 472, 484, 495. — ombilicales. — Oblitération et inflammation des — (Notta, rapport de M. Malgaigne), 57.
ARTHRITE aiguë. Luxation scapulo-humérale (Hannon), 21.
ARTHROCACE sénile. De l'— (Hattier), 304.
ARTICULAIRES. Maladies des cartilages —, 125, 129, 137. — Affections (Maisonneuve), 541.
ASCARIDES lombricoïdes oblitérant l'intestin grêle (Perrin), 126.
ASCITE chez le fœtus (Moreau), 343. — communiquant avec la tunique vaginale; ponction par le scrotum (Raciborski), 424. — Injections iodées (Gromier), 438, 479. — (Abeille), 593.
ASPHYXIE pulmonaire par compression des nerfs vagues (Burggraëve), 531.
ASTRAGALE. Ablation de l'— (Étevenet), 282. — (Letenneur), 325, 341, 370, 418, 440.
AUNÉE. Préparation d'— (Cazenave), 283.
AURICULAIRE Écoulement à la suite des fractures du conduit —, 582.
AVORTEMENT provoqué. Discussion, 107, 119, 131, 143, 149, 155, 158.

B

BAINS de petit lait. — Action physiologique et thérapeutique des —. (Niepce), 240. — (Cazenave), 291.
BALLE de plomb dans les voies aériennes. (V. Corps étrangers.)
BARIUM. Empoisonnement par le chlorure de —. (V. Empoisonnement).
BASSIN. Difformité du. — Opération césarienne (Voet), 191.
BASSINE ou mal de vers. — Recherches sur le mal de — (Potton), 474.
BATRACIENS. Venin des —. (V. Venin.)
BEC-DE-LIÈVRE. Remarques sur le — (Velpeau), 49. — Opération par l'épingle-vis (A. Thierry), 310. — double. — Nouveau procédé (Bonnafont), 511, 606, 610. — double congénital; opération en deux temps (Robert), 538, 539.
BELLADONE. Préservatif des attaques épileptiques (A. Frédéricq), 87. — Empoisonnement par la — (Coursserant), 232.
BENZOÏQUE par sublimation. Préparation de l'acide — (Delagarde), 224.
BIBLIOGRAPHIE. Traité d'anatomie descriptive (Sappey), 13. — Guide pratique de l'étudiant en médecine (Langlebert), 25. — Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine du docteur Fabre, 25. — Histoire des principales découvertes scientifiques modernes (Figuier), 97. — Dictionnaire de géographie, etc. (Bouillet), 98. — Traité de la méthode amovo-inamovible (Seutin), 116. — Éléments de pathologie médicale (Requin), 133. — Annales des maladies de la peau (Cazenave), 147, — Éléments d'anatomie générale (Béclard), 3e édition, par Jules Béclard. — Sur l'opinion d'Itard relative aux facultés des sourds-muets (Berthier). — Recherches sur l'eau sulfureuse de Labassère (Cazalas). — Essai historique descriptif sur la maladie de Bright, 181. — Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire (Bricheteau), 193. — Compendium de chirurgie pratique (Denonvilliers et Gosselin), 229. — Dictionnaire des altérations des substances alimentaires (Chevallier), 249. — Du rachitis et de la fragilité des os, de l'ostéomalacie (Beylard), 250. — Traité des maladies cancéreuses (Lebert), 261. — Essai sur l'emploi médical de l'air comprimé (Pravaz), 477. — Traité des hydropisies (Abeille), 481. — Traité de la maladie scrofuleuse (Vincent Duval), 501. — Traité de chimie, etc. (Robin), 557, 561. — Code médical (Amette), 597.
BIÈRE. Falsification de la — (Champouillon), 349, 363.
BLESSURES des yeux par les capsules fulminantes (Heidenreigh), 199.
BRACELETS odoriférants. Dangers de certains — (Frémy), 261.
BRISE-PIERRES. Nouvelle modification aux — (Pagano), 408.
BRÔME dans les aliments (Grange), 108.
BROMO-IODURÉE. Recherches sur la médication (Lunier), 215.
BRONCHO-PNEUMONIE vésiculaire chez les enfants. Anatomie pathologique de la — (Rilliet et Barthez), 207.
BRULURE. De la — (Gerdy), 460.

C

CALCANÉUM. Nécrose du —. (V. Nécrose). — Déplacements du — (Broca), 564.
CALCULS salivaires. Extraction (Fleury), 43. — de l'urètre; incision (Leroy d'Étiolles), 91. — biliaires, 166. — vésicaux; nouvelle espèce de — (Guillon), 216. — salivaires; cas rare de — (Jobert), 229. — Statistique des —. (V. ce mot.). — salivaires extrait du canal de Warthon (Rayer), 303.
CANCER du duodénum (Chomel), 37. — de la paupière supérieure (Jobert), 102. — (Lucien Boyer), 120. — Sur le —, 174. — de la gaîne des tendons (Chassaignac), 185. — multiple (Mavel), 346. — des animaux (Leblanc), 416. — de la main (Chassaignac), 461. — et cancroïdes (Maisonneuve), 541.
CANCÉREUSE d'origine alcoolique. Affection (Champouillon), 123. — Leçons cliniques sur les affections — (Maisonneuve), 74, 93, 110, 125, 145, 169, 198, 214, 242, 265, 298, 330. — Tumeur. (V. ce mot.) — Observation de diathèse — (Cl. Bernard et Laboulbène), 574. — Ciguë et conicine dans les affections — (Francis Devaz), 576.
CANCROÏDES des paupières. — Tumeurs. (V. Maladies des yeux.) — de la face (Robert), 162. — Observations de — (Joly), 473. — du prépuce (Velpeau), 578.
CANTHARIDINE à l'aide du chloroforme. Extraction de la — (W. Procter), 112.
CAPSULES fulminantes. Blessure des yeux par les —, 199.
CARBONATE de chaux. Calculs de —. (V. Calculs.)
CARIE des os du pied. Amputation de Chopart (Guérin, de Vannes), 441.
CARTILAGES articulaires. Maladies des —, 125, 129, 137.
CASTRATION. Considérations pratiques sur l'opération de — (Robert), 537.
CATARACTE noire (Blot), 307. — Nouvelle aiguille à lame mobile pour la — (Laugier), 329. — Kératotome pour la — (Laugier), 329. — Nouvelle espèce d'aiguille dans la — (Gerdy), 361. — Pansement de la — (Coursserant), 364. — Note sur un nouvel instrument pour l'opération de la — (Furnari), 393. — congéniale —. Des — (419, 425). — Aiguille-pince pour la — (Charrière), 488. — Faut-il employer les collyres irritants dans les conjonctivites consécutives à l'opération de la — (Tavignot), 541.
CATHÉTÉRISME suspubien (Morel-Lavallée), 103. — dans les cas difficiles (Maisonneuve), 311. — de la trompe d'Eustache. — Des différents procédés pour le — (Triquet), 445. — des trompes; deux cas où il peut être employé (Triquet), 466.
CAUSTIQUES dans les cancers. Des — (Maisonneuve), 242. — (Béral), 248.
CAUTÈRE électrique dans les tumeurs érectiles (Nélaton), 273. — (Regnault), 280.
CAUTÉRISATION directe dans les rétrécissements (Leroy-d'Étiolles), 179.
CAVERNEUX. Déchirure des corps —. (V. Mott.), 155. — Rupture probable d'un corps — (Boinet), 351.
CÉDRON comme fébrifuge. Note sur la noix de — (Berton), 256, 331.
CEINTURE hypogastrique. Sur la nouvelle — (Charbonnier), 343.
CÉPHALO-SCIAGE chez le fœtus mort. Nouvelle méthode de — (C. Bernard), 111.
CÉPHALOTOMIE pratiquée sans succès. Opération césarienne (Lague) 207.
CÉPHALOTRIPSIE et perforation du crâne du fœtus (Pillore), 266. — Nouveau procédé de — (Daval), 600.
CÉRÉBRALES. Affections (Piorry), 333. — à marche anomale, affections, 521.
CÉRUSE. Suppression des fabriques de —, 253, 265, 277.
CERVEAU. Plaie d'arme à feu pénétrante du — (Guyon), 136. — Histoire de la commotion du —, discussion (Fano), 151.
CERVICO-BRACHIALE. Névralgie. (V. ce mot.)
CÉSARIENNE. Diatribe contre l'opération — (Lee), 140, 173. — Opération — (Huguier), 186. — (Voet), 191. — Statistique des opérations — (Gent et Merland), 201. — (Decoene), 221. — (Bonney), 304. — Cas remarquable d'opération — (Lagué), 227. — Opération — (Decoene), 585.
CHALEUR animale. Influence du grand sympathique sur la — (Cl. Bernard), 160.
CHARBON. Coussins de —, 551.
CHARBONNEUSES. Contagion des maladies — (Boutet), 215, 216.
CHARLATANISME pharmaceutique. Du — (Chevallier), 297.
CHAUSSURES. Des difformités des orteils produites par les — (Broca), 116.
CHAUX dans la nutrition. Du phosphate de — (Mouriès), 356.
CHEILOPLASTIE (Michon), 489, 519.
CHLORE humide dans la glucosurie. (V. ce mot.) — comme antidote de la strychnine. — Du — (Bardet), 504.
CHLOROFORME. Son application aux opérations (Sédillot), 43. — M... par le —, 101. — Question médico-légale (Castelnau), 109. — ...traction de la cantharidine à l'aide du — (W. Procter), 112. — ... règles à suivre dans l'application du — (Baudens), 121. — Accidents par le — (Beyran), 139. — (Bocamy), 164. — (Pamard), 167. — Du rôle de l'utérus dans l'opération césarienne pendant l'éthérisme par le — (Simonin), 182. — dans les névralgies, 183. — dans la luxation du fémur, 200. — De l'art d'employer le — (Plouviez), 239. — Mort causée par l'inhalation du — (Maier), 470. — Cause des morts subites survenues sous l'influence du — (Stanski), 500. — (Maunson), 611.
CHLOROSE. Iodure de fer dans la — (Rostan), 97.
CHLORURE de barium. Empoisonnement par le —. (V. Empoisonnement.)
CHOCOLAT dans ses rapports avec la médecine, 447.
CHOLÉRA. Statistique du — (Bouvier), 179, 215. — transmis par une nourrice, 323.
CHOLÉRIFORMES. Affections, 317.
CHOLÉRIQUES. Moyen de faire cesser les crampes chez les — (...uyon), 452.
CHROMATE de potasse comme antisyphilitique. Bi — (Ed. Robin), 160.
CHRONIQUE et nouvelles. Nomination de M. Dumesnil à l'asile Saint-Yon de Rouen. — de M. Desmyttère à l'asile de Fains, 4. — Nominations de chirurgiens de marine, 4. — Concours d'hygiène. — Nomination de M. de Sénarmont à l'Institut. — Nominations dans la Légion d'honneur. — Mort de MM. F. Montain et Fleury Imbert, à Lyon. — Mutations dans le corps des officiers de santé militaires, 8. — Concours d'hygiène, 12. — Bureau de la société médicale d'émulation. — Concours de l'internat, 16. — Déportation de M. Deville. — Mutations dans les hôpitaux. — Prix de l'internat. — Prix e... concours de l'externat. — Mutations dans le corps des officiers de santé militaires, 20. — Concours d'hygiène. — M. Deville, 24. — Legs de 100,000 francs à l'hôpital de Mamers. — Mutations d'officiers de santé militaires, 28. — Concours d'hygiène. — Concours du bureau central. — Prix de Bruges. — Variole. — Mutations militaires. — Homme des bois, 32. — Concours d'hygiène. — Concours de clinique à Montpellier. — Fièvre typhoïde. — Conférence sanitaire internationale. — Candidature académique. — Mutations militaires, 36, 40. — Association des médecins. — Concours d'hygiène. — Legs d'un million pour un hôpital à Lyon. — Société entomologique. — Mutations militaires, 44, 48, 52. — Société de médecine de Rouen, 48. — Nominations de MM. Maissiat, Sappey et Oppo... ... 52. — Empoisonnement par le cidre. — Nomination de MM. Mélier et J.-B. Baillère dans la Légion d'honneur. — Concours au bureau central, 56. — Concours d'hygiène. — Banquet de la société anatomique, 60. — Nomination de M. Cazenave, correspondant de l'Académie de Turin. — Bureau de la société de médecine de Lyon. — Hydrophobie. — Petite vérole, rougeole. — Fièvre typhoïde, 64. — Élect... d'un académicien libre à l'Académie des scien... — Rétablissement de M. Orfila. — Fièvre typ... et à Dinan. — Vaccine. — M. Druhen nomm... çon. — Femmes-médecins, 68. — Pharmac... vente de laudanum. — Dernière descendante ... Prix des vétérinaires. — Faculté des scienc... Variole, 76. — M. Peyraud. — Affaire Job... médicale, 80. — Concours du bureau central. ... et d'Alex. Downie. — Vaccine. — Empoisonnem... animale, 88, 92. — Concours à Montpellie... MM. Hulin-Origet, 96. — Hôpital fondé à Ma... d'hygiène. — Réclamation. — Choléra à la ... — Concours d'hygiène. — Nomination de M... Nomination de M. Dupré à Montpellier, de M... aides d'anatomie, 119. — Vacance du décun... 124. — Nomination de M. P. Dubois, doyen ... 132. — Traitement des officiers de santé d... que. — Nomination du bureau de la Sociét... 140. — Fondation d'une école de médecine ... Rochoux. — Appareil électro-médical, ... MM. Michelet, Quinet et Mikiewicz, 179. ... d'Avignon, 196. — Nomination du bureau d... hôpitaux de Paris, 208. — Prix proposé pa... de Milan. — par le docteur Strada, 216. — ...ination de ... giens et pharmaciens militaires, 224, 228. — Mort de M. Pradier. — Mutations des officiers de santé. — Hôpitaux, 236. — Service de santé de la marine, 240. — Démission de M. Chomel pour refus de serment. — Nomination au bureau central et des chirurgiens militaires. — Mort de M. Blandet, 244. — Démission de M. Dumas. — Permutations. — Nominations militaires. — Logements insalubres. — Chiens enragés — Médecins-majors et principaux. — Hydrothérapie, 256. — Mort de M. Nepveu, 252, 264. — Faux certificat. — Hydrophobie — Concours de sous-aides, 268. — Commissions mixtes, bains d... Versailles, 272. — Le cheval du médecin, 292. — Dons aux hôpitaux, 320. — Confraternité. — Hydrophobie. — Concours, 328 — Syphilisation. — Coups de soleil, 332. — Les charlatans. — Prix pour un remède contre la rage, 336. — Souscription. — Hydrophobie. — Les chiens en Belgique, 344. — Syphilisation. — Rue des écoles. — Fécondité extraordinaire, 352. — Personn... des hôpitaux, 356. — Prix obtenu par M. Duchenne. — Mo... de M. Pichard, 364. — Inspection et mutation dans les hôpitau... militaires. — Nécessité d'un pharmacien dans les hôpitaux de Montpellier, 372. — Service de santé du président de la République, 3... — Prix de l'académie de Rouen. — Organisation du service de s... militaire, 388, 392, 396, 404, 412, 416, 436, 440, 452, 460, 46... Mort de M. Malle. — Un incendiaire de 14 ans, 392. — Nomina... de M. Liebig. — Tribunal d'honneur, 400. — École de médecin... Lille, 412. — Nomination du bureau de la société médico-psych... gique, 428. — L'hydrothérapie appliquée au président de la R... blique. — Congrès scientifique de France, 436. — Mort de Réve... Parise. — Congrès d'hygiène, 468. — Discours de M. Guérin s... tombe de Réveillé-Parise, 472. — Mort de Réveillé-Parise et Rich... — Concours pour l'internat à Lyon. — Justice administrative, — Nominations. — Choléra à Berlin, en Perse et aux États-U... Commission d'hygiène publique, 484. — Discours de M. Ful... Rouet pour Richard. — Nomination des médecins de Char... d'autres asiles d'aliénés. — Société d'annales médico-psy... ques, 488. — Mort de M. Troussel, 492. — Nominations d... giens militaires, 512. — Concours pour l'externat. — Prix ... de pharmacie, 520. — Mort de M. Kapeler, 524. — Nomi... juges du concours pour l'agrégation, 536. — Dé...

tin. — Prix Itard, 540. — Admission dans le corps de santé militaire, 560. — Médailles aux médecins des eaux minérales. — Nombre des élèves en médecine. — Concours pour l'internat à Lyon. — Nominations, 568. — Banquet des sourds-muets, 572. — Mort de MM. de Haldat et Bonfils, de Nancy. — Démission de M. Marchal. — Concours pour l'agrégation, 576. — Inoculation dans la péripneumonie-épizootique. — Présentation pour la chaire de chimie organique. — Bureau de la Société de médecine pratique, 580. — Lettre de M. Piorry sur l'enseignement de la clinique. — Bureau de la Société de médecine de Strasbourg, 584. — Permutation de chaire de M. Trousseau. — Mission de M. Dupré, 596. — Legs de 600,000 fr. aux hospices. — Nomination du bureau de la Société de médecine de Rouen, 600. — Concours de l'internat. Nominations. — Banquet des internes, 604. — Nomination des externes, 612.

CIGARETTES pectorales d'espic, 459.

CLINIQUE. Des maladies des voies urinaires (Civiale). — Diagnostic de la pierre; rétrécissements, 1. — (Jobert), 29. — Leçons; considérations préliminaires (Valleix), 97. — Sur les déviations utérines. (V. Utérines) — Du diagnostic (Rostan), 197.

CLITORIS et des nymphes dans l'œstromanie. Excision du — (Pierre Lefort), 503.

CŒUR. Influence du système nerveux sur les mouvements du — (J. Budge, de Bonn), 160. — et des vaisseaux. Affection du —, 318. — Affection du ... de souffle au second temps (Valleix), 537.

...L chirurgical ... humérus. Fractures du — (Sédillot), 209.

...LIQUES sat... r des boissons sophistiquées. Épidémie de — Legrou... étale. Sur la — (Gendrin).

...ODION ... éparation de — (Lemoine), 119, 600.

...ORI ... oi du — (Lassaigne), 487.

... Histoire de la —. (V. Cerveau.)

... ntral d'hygiène. (V. Chronique et Nouvelles.) ... e médecine. De l'institution du — (Castelnau), l'abolition du —, 117. — Réclamation, 173, ...ent, 181, 185. — pour l'admission au grade de ... ur les places de médecins-majors, 432. — pour ... our l'externat, 520. — pour l'agrégation, 528. ... our l'internat, nominations, 604.

... azette des Hôpitaux, 144. (V. Tribunaux.)

... ies sur les maladies — (Verneuil), 530.

... e France. Nancy; lettres sur le — (Bally), 95, 99. ... 191, 563. — Toulouse, 594.

... pes de la —. (V. Polypes.)

... s charbonneuses. (V. Charbonneuses.) — de la ... eau de Saint-Ludgère), 114.

... que des extrémités (Grisolle), 161. — essentielle ... Éthérisme contre la — (Grisolle), 274.

... ent de la — (Magne), 148.

... es de la —, traitement par la cautérisation (Vel... extraction des corps étrangers implantés dans la ... 22.

... Caverneux.)

... lle de plomb dans les voies aériennes (Beneys, de ... genou. Nouveau procédé opératoire (Jobert), 78. ... ement dans l'urètre (Boché, de Blois), 80. — dans ... dans le scrotum, 115. — du genou. — De la tu... 37. — de la cavité péritonéale, 138. — dans ... — dans la cornée. De l'extraction des — (Chas... xtrait de la narine (Pingault), 578.

... matrice. (V. Utérus.)

... lamation de M. Hamm, 224. — Lettre de M. Che... atanisme pharmaceutique, 297. — Réclamation ... — Lettres de M. Fleury, de M. Fano, 344. — ... 2. — de M. Mathieu, 568.

... 47.

... 551.

... ues signes diagnostiques de la — (Nélaton), 114.

... nt prophylactique (Fourcault), 95. — Leçons sur ... 570.

... du — (Dubreuil), 405.

... brane expectorée (Bouillaud), 72. — Épidémie ... e.)

... (V. Médecine légale.)

... sirop antidyssentérique de noix de — (Sylva), ... galbules de — dans les hémorrhoïdes, 475.

... érie par les injections d'eau de goudron (Firmin ... tions d'azotate d'argent et de sulfate de strychnine

... s de la — (Civiale), 282.

D

... ion des officiers de santé, 145. — sur l'organisa... s administratives des hôpitaux, 148. — sur le ... rgiens militaires, 212.

... égey), 239.

... ication. Notes sur quelques accidents éprouvés ... uillon), 473.

... Delabarre et Accout), poursuites au tribunal, 16. ... V. ce mot.)

... ie et Gangrène.)

... stan), 197.

... n du — (Valette), 455.

... tube —, 165.

... line. Granules de — (Homolle et Quévenne), ... —, 378.

... Exposé des — (Piorry), 65, 489.

... oviales des fléchisseurs des — (Nélaton), 137. ... s fièvres intermittentes (L. Fleury), 107.

... Des — (Gerdy), 187.

... —. (V. Cancer.)

... ur la — (Gendrin), 185.

... al Saint-Pierre, Martinique. Endémie — (Du...

... e inversion du vagin (Mavel). — Rapport de

E

... (Savoie). — Rapport de M. Henri, 60, 107. ... es, 216. — Rapport sur les —, 239. — de ... — de Saint-Gervais, 390. — des Pyrénées, ... — d'Enghien. Chauffage des —, 576. ... nstitution des — (Marchand), 24. — Des —

... pénétrantes de poitrine. De l'— (Velpeau), 61. ... 152, 232. — Émissions sanguines (Marcel), 279.

... LE de pharmacie. Séance de rentrée, 537. — de médecine et de ... armacie militaires, 541, 548.

...MA aigu. Considérations sur l'— (Cazenave), 274.

... ES congéniales du testicule (Lecomte), 447. — (Chapel), 539.

...IA. Traitement (Devergie), 253, 289.

...IAC. Sur la préparation de l'onguent (Harley), 547.

...ICITÉ en thérapeutique. De l'— (Pulvermacher), 349. — dans ... atique chirurgicale. De l'emploi de l'— (Marschall), 376.

...-MÉDICAL. Nouvel — (Pulvermacher), 464.

... TASIS des Arabes. Observations et réflexions sur l'— (Vel... 450. — du prépuce (Vidal), 564.

ÉLIMINATION des poisons (Orfila neveu), 205.

ÉLOGE de Boyer, 588, 590.

EMBARRAS gastrique. Paralysie de nature douteuse (Rostan), 193.

EMBAUMEMENT des cadavres par le chlorure de barium (Blandet), 551.

EMPHYSÈME, suite de rupture des voies aériennes (Mavel), 532.

EMPOISONNEMENT par le chlorure de barium (Wolf), 34. — par une substance animale (Leclerc, de Caen), 51, 88. — par le cidre. De l'—, 56. — par des boissons sophistiquées; épidémie de coliques saturnines (Legroux). (V. Épidémie et Colique.) — par le chloroforme (Rigaud, Tourdes et Caillot), 101. — par l'aconit (Schabel), 208. — par le lait falsifié, 208. — par une huître. — par la belladone, 232. — par des cidres clarifiés avec l'acétate de plomb et le carbonate de potasse, 289. — par une huître (Caron), 320. — par le tabac (Hjorth), 362. — par les amandes de noyaux d'abricots, 431. — par le tabac chez les animaux (Lanusse), 603, 607.

EMPYÈME. Efficacité de l'huile de gade dans l'— (Lalaud), 146.

ENDÉMIE dyssentérique. (V. ce mot.)

ENFANTS. Maladies des —. (V. Maladies.) — et Invagination. (V. Broncho-pneumonie.)

ENTORSE du pied et de son traitement. De l'— (Baudens), 246. — par l'appareil ouaté. — Traitement de l'— (Burggraeve), 608.

ECTROPION. Cautérisation dans l'— (Guersant), 232.

EPAULE. Singulière difformité de l'— (Boyer), 532.

EPIDÉMIE de fièvres paludéennes (Abeille), 2, 6. — Cubèbe et copahu dans l'—, 4. — de variole (Reydelet), 4. — de coliques saturnines par des boissons sophistiquées (Legroux), 57. — d'érysipèle de la face (Rostan), 157. — de croup et de phlegmasies pharyngo-laryngées (Neucourt), 286, 294, 306. — dans le département de l'Aisne, 467.

EPILEPSIE chez une chienne. — Cyanure de fer (Sourdier), 288. — traitée par la trachéotomie, 328, 500. — et apoplexie. Physiologie de l'—, (Marschall-Hall), 576,

EPILEPTIQUES. De la belladone comme préservatif des attaques (A. Frédéricq), 87.

EPINGLE avalée. — Névralgie simulée (Field), 138.

ERECTILES. (V. tumeurs).

ERECTIONS génitales morbides chez l'homme. — Traitement par la compression du prépuce (Sistach), 10.

ERYSIPÈLE de la face. Épidémie d'— (Rostan), 157. — phlegmoneux. Considérations sur l'— (Velpeau), 301. — Quelques mots sur l'— (Velpeau), 529.

ETHER dans l'aphonie (Delioux), 239.

ETHÉRISME contre la contracture idiopathique (Grisolle), 274.

ETRANGLEMENT interne à travers le mésentère (Coutenot), 439.

EXOSTOSE éburnée des os de la face (Giraldès et Rebel), 68.

EXPÉRIENCE en thérapeutique. De l'— (Fleury), 241, 245.

F

FACE. Épidémie d'érysipèle de la — (Rostan), 157. — Configuration asymétrique de la — (Bouvier), 239.

FALSIFICATION du kermès. — Dangers pour les falsificateurs, 430. — de la bière (Champouillon), 349, 363. — des farines céréales. — Procédés de vérification (Biot), 415. — du café, 555. — du lait; répression, 569.

FARCIN chronique. Deux cas de — traités par l'extrait d'aconit (Hamoir), 559.

FAVUS. De la dépilation graduelle dans le traitement du — (Henriette), 302. Du — (Cazenave), 449.

FÉBRIFUGE nouveau (nitre et crème de tartre) (Giusti), 239.

FÉCONDATION. Diagnostic du produit de la — (Le Moal) 295.

FÉCULE. Substitution frauduleuse (Lassaigne), 426.

FÉMUR. Luxation congénitale du — (Ferdinand-Martin), 139. — Fracture du col du — (Damoiseau), 168. — (V. Luxation et Fracture). — Nécrose du — nouvelle ... (Nélaton), 261. — Appareil pour les fractures du col du — (Bouchacourt-Perroux), 499.

FER. Moyen de conserver le proto-iodure de —, 332.

FER à repasser. Emploi du — (Langenbeck), 503.

FERRO-MANGANIQUES. Nouvelles préparations (Dubuisson), 3. — (Gavinet), 528.

FERRUGINEUSE. Sur la médication — (Quévenne), 346.

FEUILLETONS. Société médicale du 5e arrondissement. — Organisation du service des pauvres (Martin Magron et Séguin). — Rapport de M. Thibault; suite des numéros des 13, 19, 23 et 27 décembre 1851. — Bibliographie. (Voir ce mot). — Revue bibliographique. (V. Bibliographie. — Compte-rendu des séances de la Société anatomique. (V. Société anatomique). — Des excentricités de la médecine, 197. Fagon (Moreau de Saint-Ludgère), 217, 221. — Emplacement des latrines dans les hôpitaux, 253. — Compte-rendu de la Société du 11e arrondissement. (V. Société.) — Histoire statistique de l'Académie de médecine (Félix Roubaud), 433, 445, 453, 457.

FIBRINE DU SANG. Proportion de la — (F. Hatin), 308. — dans les inflammations. — Sur les formes que prend la — (Monneret), 343.

FIÈVRE comateuse. Suite de refroidissement. Saignée. Guérison (Gigot), 301.

FIÈVRES paludéennes. Du rôle des états morbides régnants ou intermittents dans les épidémies de — (Abeille), 2. — Traitement par le cubèbe et le copahu (Abeille), 4. Intermittentes. — Emploi du sel marin (Scelle-Mondezert). — Rapport de M. Piorry, 45, 46. — (Grisolle), 71. — (Nonat), 77, 83. — Traitement par les douches froides (L. Fleury), 107. Difficulté de l'observation dans les —, 110. Mixtion contre les — (Giusti), 155. — Acide arsénieux dans les —, 216. — intermittente par cause traumatique (Champouillon), 275. — Théorie de la — (Champouillon), 304. — (Durand), 341. — Intermittente pernicieuse (Piorry), 334. — Tierce. — Ventouses scarifiées (Nonat), 384.

FIÈVRES puerpérales. Aconit dans les — (P. Dubois), 261, 273. — (Frédéricq), 450.

FIÈVRE typhoïde est-elle contagieuse? La — (Moreau Saint-Ludgère), 114. — Hémorrhagie grave (Andral), 478. — Difficulté de diagnostic (Bossu), 532. — Note sur la — (Ancelon), 542. — des enfants. — Considérations sur la — (Blache), 573.

FILAIRE du sang du chien (Delafond et Gruby), 11.

FISTULE vésico-vaginale; guérison (Jobert), 21. — lacrymale. — Cure de la — (Reybard), 95. — lacrymale (Chassaignac), 162. — vésico-vaginales guéries (Jobert), 174. — (Maisonneuve), 176, 200. — Nouvelle espèce de — (Huguier), 280. — urinaires chez la femme. — Sur les —, 313. — urétro péniennes. — Nouveau procédé d'anaplastie pour les — (Nélaton), 373. — urinaire périnéale, 405.

FLEURS martiales contre les obstructions de la veine porte (Werbeck), 366.

FOETUS. Ascite chez le — (Moreau), 343.

FOIE. sur quelques affections du — (Maillot), 61, 97. — et des reins. — Sur une altération du — (Cl. Bernard et Laboulbène), 571.

FOLIE. (V. Aliénation, paralysie et maladies mentales.)

FORCEPS. — Nouvelle méthode pour l'application du — (Chailly), 59.

FOURMI bi-épineuse. Emploi du nid de — (Guyon), 308.

FRACTURE du bord alvéolaire inférieur; nouveau procédé (Robert), 7. — de la jambe et de la cuisse. Nouveau moyen de prévenir la pression douloureuse du talon (Gariel), 44. — de l'extrémité inférieure du fémur, simulant une luxation du genou (Robert), 118. — du pénis (Mott), 155. — spontanée de l'humérus (Chassaignac), 162. — du col du fémur (Damoiseau), 168. — du col chirurgical de l'humérus (Sédillot), 209. — Nouveaux principes pour le traitement des — (Dauvergne), 251. — de la première vertèbre lombaire par cause indirecte (Merchiori), 303. — de l'épine de l'omoplate (Velpeau), 325. — comminutive de la jambe (Marjolin), 441. — de l'épine de l'omoplate, 447. — (Thierry), 432. — (Demeaux), 448. — de l'omoplate (Marchal), 468. — de la jambe, emphysème, 465. — du crâne, symptôme nouveau, 466. — de l'omoplate (Gensoul) 495. — de l'humérus, 504. — du rocher, écoulement, 582.

FULMINANTE dans une lettre. Introduction de poudre, — 487.

G

GADE dans l'empyème purulent. — Efficacité de l'huile de — 146.

GAINE des tendons. Cancer de la — (Chassaignac), 185. — Infl... des — (Velpeau), 553.

GALBULES de cyprès. (V. ce mot.)

GALE. Leçon clinique sur la — (Devergie), 429.

GALVANISATION dans la paralysie (Debout), 292.

GALVANISME employé avec succès contre un albugo (Turc), ...

GALVANO-PUNCTURE dans les varices et les anévrismes, 28... vaz), 296.

GANGLIONS nerveux. Structure et fonctions des — (Walle... Traitement par l'iode et la compression (Rottenburg), 47...

GANGRÈNE et de la glucosurie. Des rapports de la — (March... (Champouillon), 190. — (Landouzy), 204. — (Billiard), 2... les fractures (Robert), 325, 328. — de la peau et du tiss... chez un enfant (Demarquay), 253, 453. — du poumon. cellulaire et de la peau, 465. — spontanée (Didot), 611.

GASTRORRHAGIE. Observation d'un cas de — (Robert), 550.

GENET. Recherches sur les principes actifs du — (Stenhou...

GÉNITAUX. Maladies des organes, —, 173. — Bons effets du ... gent dans le prurit des organes (Winternitz), 186. — A... organes —, 321.

GENOU. Rupture d'ankylose du — (V. Ankylose et Société d... — Corps étrangers du — (V. Corps étrangers.)

GLANDES lymphatiques. Structure des — (Heyfelder), 284.

GLANDES salivaires de l'homme et des vertébrés (Cl. Bern... — (Lassaigne), 319. — Parotides. Dilatation des conduit... vay), 484.

GLANDULAIRES. Note sur quelques hypertrophies — (Rol... (V. Tumeurs.)

GLOSSOCOMES nouveaux — (Dauvergne), 251.

GLUCOSURIE. Influence du chlore humide dans la — (Bobi... Des rapports de la gangrène et de la — (Marchal), 17... pouillon), 190. — (Landouzy), 204. — (Billiard), 212.

GLUTEN. Biscuits de, — 308.

GOITRE estival épidémique (Nivet), 95. — aigu épidémique ... — et crétinisme (Castelnau), 513. — Rapport sur le — (M...

GOUDRON dans la cystite chronique. — Injection d'eau d... Petit), 151.

GOUTTE chronique. — Traitement. Emploi de la sabine (I... Vapeurs de térébenthine dans la — (Chevandier), 239.

GRANULATIONS des paupières (Coursserant), 584.

GROSSESSE. Vomissements incoërcibles; mort. — Kyste pil... 135. — (Lambert), 170. — extra-utérine (Huguier), 2... extra-utérine; incision au vagin pour extraire le fœtus ... 234. — (Huguier et Passering), 235. — (Laborie), 251 ... 326. — gémellaire (Lauriol), 355. — extra-utérine (Skri... réputée anormale (Huguier), 375, 399. — gémellaire (B...

H

HANCHE. Tumeur fibro-plastique de la — (V. Tumeur.)

HÉMATOCÈLE rétro-utérine. Leçons sur l'— (Nélaton), 45...

HÉMORRHAGIE utérine; mort (Chapel), 35. — par l'artère ... mard), 168. — de la paume de la main (Nélaton), 20... 231. — (Nélaton), 250. — utérine; compression latéral... teur à air (Favrot), 258. — de l'ovaire (Vernay), 318 ... (Piorry), 384. — puerpérales (Gérard et Depaul), 335

HÉMORRHOÏDAL. Bourrelet. — Cautérisation (Philippe Bo...er), ...

HÉMORRHOÏDES. Utilité des galbules de cyprès dans les — ...

HÉPATO-CYSTIQUE. Canal — (Gubler), 304.

HÉRÉDITÉ dans la phthisie ...

HERNIE de la ligne blanche. Coup de couteau dans une — inguinale étranglée; ligature de l'épiploon (Lobgeo... ricarde; ablation (Hjorth), 102. — ombilicale étrangle... 364. — et rupture de l'estomac, 455. — entéro-épipl... (Soulé), 509. — inguinale; anus contre nature (Sédi... — crurales. — des — (Deville), 562, 566, 574, 579, 601.

HERPÈS tonsurant. De l'— (Cazenave), 349.

HOMME. Sur la stature de l'— (Fock), 356.

HOPITAUX. Décret sur l'organisation des commissions des —, 148.

HUILE de gade. (V. Gade et Empyème.) — de foie de ... dans le traitement du lupus (Mareska), 475. — Moy... l'— de foie de morue, 475. — de foie de morue. — (Riegel), 547. — au moyen de l'acide sulfurique. — (Maumené), 551.

HUITRE. Empoisonnement par une (Caron), 282, 320.

HUMÉRUS. Fracture du col chirurgical de l'— (Sédillot), 209.

HYDARTHROSE du genou (Verneuil), 251, 260.

HYDATIDES des muscles (Marjolin), 7. — (Demarquay), ...

HYDATIQUES dans le système musculaire. Kystes (Soul... , ...

HYDROCÈLE ancienne, méthode Baudens (Canu), 18. — ... guérison par l'irritation de la canule (Bouillon-Lagra... injection; moyen de prévenir l'infiltration (Dumas), ... d'— (Demarquay), 304. — De l'opération de l'— (Sédi...

HYDROCÉPHALIE. Accouchement (Bouton), 565.

HYDROHÉMIE. Traitement de l'— (Champouillon), 533.

HYDROPHOBIE. Enquête sur les cas d'—, 268. — Trai... chloroforme, 323. (V. Rage.) — (Rivière), 246. — ...

HYDROPISIE ascite chez le fœtus (Moreau), 343. — ... (Gromier), 438. — de l'ovaire; injections iodées (Boine... sinus maxillaire (Verneuil). 595.

HYDROTHÉRAPIE. Guérison de vomissements graves par l'... 73. Quelques mots sur l'—, 233.

HYGIÈNE. Cours d'—. Du son (Fleury), 8. — sociale (F... — publique. — Suppression des fabriques de céruse. ... dans les hôpitaux —, 253. — Programme d'un cours ...

HYPERTROPHIE glandulaire. (V. Tumeur.)

I

IDIOTIE et imbécillité. Causes prédisposantes (Moreau...

ILIAQUE. Tumeur de la région —. (V. Tumeur et S...

IMPÉTIGO de la face. Sécrétion très abondante; ... révulsifs (Cazenave), 111.

INFECTION purulente par suite d'otorrhée. (V. ce m...) — S... gnée du bras (Lalaux), 238.

INFLAMMATOIRES de poitrine. Sur le traitement d'affectio... drin), 206.

INJECTIONS iodées. (V. Iodées et Abcès par congestion). — ... nes avec la belladone (Barbe), 326. — dans ascite, ... telnau), 481. — dans l'hydropisie de l'ovai (Boinet), ... (Abeille), 593.

INSTRUMENTS à branches. Système d'articulation libre pour les (Charrière), 492. — (Mathieu), 216, 22... — Réclamation, 239. nouveaux, 399.

INTERCOSTALE. Lésion de l'artère — (Laliarde), 442.

INTESTIN grêle. Cas curieux d'oblitération spontanée par des ascarides de l'— (Perrin), 126. — Rétrécissement du gros —, 133. — Maladies des —, 165. — Obstruction complète de l'—, 525, 538. — (Médard), 538.

INVAGINATION chez les enfants. Mémoire sur l'— (Rilliet), 49, 53, 62, 69, 8...

IODE dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont. Recherches de l'— (Chatin), 14, 38, 50, 82, 86, 94. — Son emploi à l'extérieur (Bonnet, de Lyon), 95. — dans ...

Grange), 408. — dans les urines (Orwan), 183. —
V. Tannate.) — dans les abcès par congestion. In-
9. — (Robert), 210, 251. — Emploi de la vapeur
mercure (Lassaigne), 411.
ation —, 329.
pour la préparation de l'— (Cornélis et Gille), 363.
chlorose (Rostan), 97.
ture d'— (Leroy), 118.
es et non permanentes de l'— (Larrey), 405.
sur les mouvements de l'— (Budge), 500.
(Maisonneuve et Gariel), 344.

J

(Lenoir), 140.
du sirop de — (Vigla), 409.

K

329.
alsifications, 130.
traitement de la — (Tavignot), 542.
e.) — des synoviales des doigts (Nélaton),
137. — du ... axillaire (Giraldès), 139. — hydatiques dans le système musculaire (Soulé), 144. — séreux du foie (Davaine), 235. — fibreux du maxillaire (Nélaton), 309. — de la mâchoire inférieure rget), 328. — séreux du maxillaire inférieur (Malgaigne), 357. — grande lèvre (Guersant), 387. — de l'organe de Wolff, 539. — des (Lebert), 544. — séreux. Liquide d'un —, 569. — dans maxillaire (Giraldès), 584.

L

E. (V. Tumeur et Maladies des yeux.)
ndant chez une femme sans grossesse ni accouchement. Sé- n de — (Petralli), 203. — falsifié et empoisonné, 208. — Nou- méthode pour déterminer la composition du — (Doyère), 421.
GISME et de son traitement. Du — (Marshall-Hall), 269.
NGITE striduleuse. Trachéotomie (Chapel), 527, 534.
PRE chez les Arabes. Immunité de la — (Guyon), 308.
ÈVRE. Développement anormal du frein de la — (Lionnet), 460.
IGATURE dans les plaies avec hémorrhagie du membre thoracique (Robert), 231.
IMONADE au citrate de magnésie. Sur la préparation de la — (Robiquet), 246. — (Cadet-Gassicourt), 251.
IPOME du doigt médius (Follin), 341. — monstrueux (Barbier), 556.
ITHOTRITIE. Conduite à tenir après la séance de — (Civiale), 433. — Constatation de la guérison après la — (Civiale), 493.
LUMBAGO. Traitement par les applications de tartre stibié et de térébenthine (Delfrayssé), 235.
LUPUS. De l'huile de foie de morue dans le —, 475.
LUXATION du coude; réduction par l'emploi du talon de la main (Chassaignac), 9. — des cartilages thoraciques dans leur articulation costale. De la — (de Kimpe), 18. — en avant de la première phalange du pouce (Lenoir), 103. — du coude méconnue (Roux), 115. — en haut et en dehors du fémur; réduction par le chloroforme (Cenninck), 200. — du coccyx par suite de chute; réduction prompte (Léon Boyer), 200. — scapulo-humérale survenue pendant le cours d'une arthrite aiguë (Hannon), 215. — de la deuxième phalange du pouce (Josset), 314. — de l'épaule (Marjolin), 351. — dans l'échancrure sciatique (Verneuil), 362. — de l'astragale, 370. — du cristallin, 405. — de l'humérus avec fracture; réduction (Richet), 460. — de l'humérus, 471. — occipito-altoïdienne (Bouisson), 488. — de l'os maxillaire (Pamard), 494. — de l'humérus (Boyer), 496. — du cristallin (Larrey), 519. — de l'humérus, 520. — congéniales, 530. — Réductibilité des — (Duperthuis), 532. — de la deuxième phalange de l'annulaire (Legendre), 574.
LYCÉES. Décret sur l'institution des bourses dans les —, 69.
LYMPHATIQUES des glandes. Origine des vaisseaux — (Sappey), 308.

M

MAGNÉSIE. Préparation de la limonade au citrate de — (Robiquet), 246. — (Cadet de Gassicourt), 251.
MAGNÉSIUM. Préparation du — (Liébig), 560.
MAIN. Corps étrangers de la — (Fleury), 43. — Hémorrhagie de la paume de la — (Nélaton), 205, 250.
MAÏS. Pain de —, 308.
MALADIES charbonneuses, 215.
MALADIES de la peau. Leçons de thérapeutique générale (Devergie), (suite des numéros des 6, 13, 20 et 30 décembre 1854), 13. — Résumé de la médication antiphlogistique, 29. — Médication antipapuleuse, 41. — Médication antilymphatique, 86. — Diagnostic, 194. — Eczéma, 22, 254, 289. — De l'herpès tonsurant (Cazenave), 349. — Du favus (Cazenave), 449.
MALADIES des pays chauds (Mouchet), 511.
MALADIES des yeux (Tavignot). Parallèle de la cautérisation et de l'ablation dans le traitement des tumeurs cancroïdes des paupières, 61. — A quelle période convient-il d'opérer la tumeur lacrymale? 219. De l'extraction des corps étrangers implantés dans la cornée (Chassaignac), 222. — Considérations sur la myopie et la presbytie (Tavignot), 298. — Ankyblépharon (Magne), 446.
MALADIES mentales. Études cliniques sur les —. Du délire fébrile dans ses rapports avec le délire de l'aliénation (Morel), 5, 9, 17. — Mélancolie. (V. ce mot.) Aliénation et Société de médecine pratique.) Rapports de la paralysie générale et de la folie (Baillarger), 230. — Sur les causes de l'idiotie et de l'imbécillité (Moreau, de Tours), 512. (V. Aliénation.)
MALADIES RÉGNANTES, 26.
MAMMAIRE. Affection singulière de la région. — (Velpeau), 441.
MANGANÈSE. Préparations de — (Buzin-Dubuisson, Lecanu), 204.
MATRICE. (V. Utérus.)
MAXILLAIRE supérieur. Son ablation. (V. Polype du pharynx.) — Kystes du sinus —. (V. kystes.) — Tumeurs du —. (V. Tumeurs.) — inférieur. Ablation du — (Jobert), 169. — (Verhaeghe), 190. — (Maisonneuve), 212. — inférieur. Désarticulation du — (Maisonneuve), 344. — Hydropisie du sinus — (Verneuil), 595.
MÉDECINE. Fondation à Lille d'une école de —, 139.
MÉDECINE LÉGALE. Note sur l'arsenic, le cuivre et le plomb de tolérance (Chatin), 377.
MÉDICALES. Exposé des doctrines — (Piorry), 65, 189.
MÉLANCOLIE avec stupeur, succédant au rhumatisme (Baillarger), 123.
MÉLANOSE. Nature non cancéreuse de la — (Pamard), 524.
MEMBRES artificiels (Ferdinand Martin), 252.
MÉNINGITE cérébro-spinale prise pour un rhumatisme (Bossu), 184. — Mémoire sur la — (Mayer), 227. — syphilitique; succès des mercuriaux (Read), 291.
MERCURIELLE. Intoxication —, tremblement (Grisolle), 501.
MÉTÉOROLOGIE médicale. De la — (Lombard), 499.
MICROSCOPE à l'anatomie pathologique. Application du — (Micbon), 67. dans les maladies cancéreuses (Alquié), 451.
MIGRAINES et névralgies. Traitement par le chloroforme (Cazenave, de Bordeaux), 183.
MILITAIRES. Officiers de santé —. (V. Décrets, Nominations, Chronique et nouvelles). — Classement des —, 192, 212.
MONOMANIE homicide et de la folie intermittente. De la — (Procès Jobard), 161.
MONSTRUOSITÉ. Cas remarquable de deux vagins et de deux matrices (Mavel), 40. — de la face. (V. ce mot.) — Inégalité des deux côtés du corps, 243. — (Masson), 320. — Femme ayant trois mamelles (Leclerc), 339.
MORTS subites après l'accouchement. (V. ce mot.)
MORVE AIGUË. Mémoire sur un cas de — (Teissier, de Lyon), 426. — aiguë (Audubert), 468. — transmise du cheval à l'homme (Lallemand), 511. — terminée d'une manière insolite. Sur un cas de — (Valleix), 581.
MOUTONS. Affection vermineuse des —. (V. Vermineuse.)
MUGUET. Note sur le — (Gubler), 311.
MUSCLES. Action des — (Duchenne), 407.
MYOPIE et la presbytie. Considérations nouvelles sur la — (Tavignot), 298.

N

NACRES de perle. Maladies produites par le travail des —, 452.
NASALE. Déviation de la sous-cloison — (Chassaignac), 162.
NÉCROLOGIE. Mort de M. Pasquier, 5, 315. — de MM. Montain et Hubert, de Lyon, 8. — de M. Dezeimeris et de Mackensie Downie, 88. de M. Alloneau, 92. — de M. Rivaillié, 124. — de M. J. Legrand, 132. — de M. Rochoux, 164. — de M. Clément, d'Avignon, 196. — de M. Pradier, 236. — de M. Blandet, 244. — Mort de Gama neveu, 260. — de M. Guillaumet, 280. — Mort de M. Récamier, 305. — Mort de M. Pichard, 364. — Assassinat de M. Rampold, 376. — Mort de M. Malle, 392. — Discours de M. Bégin pour M. Malle, 408. — Mort de Lodibert, 436. — Mort de Réveillé-Parise; discours de M. J. Guérin, 468, 472 — Mort de Richard, 476. — Mort de M. Troussel, 492. — Mort de M. Kapeler, 524. — Mort de Blancbe, 528. — Mort de Bayard, 528.
NÉCROSE étendue des os du crâne; élimination — (Larrey), 32. — du fémur; nouvelle pince pour l'extraction des séquestres — (Nélaton), 261. — du calcanéum (Petel), 262. — du pariétal (Laugier), 612.
NÉPHRITE albumineuse aiguë. Traitement antiphlogistique et tonique (Nonat), 410. — (Valleix), 454.
NERFS. Régénération des — (Valler, de Bonn), 160, 240. — oculaire commun. Paralysie du — (Chassaignac), 215. — pneumo-gastrique. (V. ce mot.) — sympathique. Origine du — (Budge), 407.
NERVEUSES divisées. Influence de la température sur les fibres — (Valler), 500.
NERVEUX sur la chaleur animale. Influence du système —. (V. Chaleur, Cœur et Nerfs.) — Structure et fonctions des ganglions — (Valler), 179. — Affections du système —, 348. — Mémoire sur le système — (Valler), 428.
NÉVRALGIES, Chloroforme dans les — (Cazenave, de Bordeaux), 83. — simulée par une épingle avalée (Field), 138. — traitée par le chloroforme (Cazenave), 183. — cervico-brachiale. Leçon sur un cas de — (Valleix), 202. — du col vésical (Civiale), 282. — sciatique; iodure de potassium (Magne), 323. — des deux côtés de la face; collodium (Guérard), 514.
NÉVROMES développés sur tous les nerfs de l'homme (Houel), 68, 162.
NÉVROSE intermittente rebelle et extraordinaire, guérie par le valérianate de quinine (Villaret), 153.
NŒVI et des tumeurs érectiles. Des — (Bouchut), 266, 271.
NOMINATIONS dans la Légion-d'Honneur, 8, 420, 460. — dans le corps des officiers de santé militaires. (V. Chronique.) — de M. Bouchardat, 116. — de M. Bérard, 117. — de MM. Dupré, Denucé et Gaillet, 119. — de M. P. Dubois, doyen, 132. — de M. Depaul, 192. — de MM. Demarquay et A. Richard, 220.
NOUVELLES. (V. Chronique.)
NUTRITIVITÉ des viandes (Maisonneuve), 192.

O

OBSÈQUES de Récamier, 312.
OCULAIRE commun. Paralysie du nerf — (Chassaignac), 115. — Recherches sur l'anesthésie (Chassaignac), 376.
ŒIL. De l'exploration du fond de l' — (Follin), 337. — Rapport, 340. — Luxation du cristallin, 405.
ŒSOPHAGE. Corps volumineux dans l' —; extraction (Médard), 90. — guéri par le strychnine. Spasme de l'— (Mathieu), 276.
ŒUF. Propriété nutritive du blanc d'— (Corvisart), 407.
OFFICIERS de santé militaires. Mutations et décret sur les —. (V. Chronique et nouvelles, et Décret.)
ONGLE incarné. Traitement par l'alun, 612.
OPHTHALMIE. Moyen de faire cesser les douleurs de l'— (Guyon), 446. — (Magne), 420.
OPIUM. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'— (Requin), 217. — Analyse de l'— (Barruel), 296. — Action de l'acide sulfurique sur l'— (Stanislas Martin), 303. — indigène (Subsol), 524, 612.
OR dans le traitement des maladies scrofuleuses des os. De l'— (Legrand), rapport de Duhamel, 452.
ORGANIQUES. Comparaison des procédés pour la recherche du plomb, du cuivre et du mercure dans des tissus — (Orfila), 40.
ORTEILS produits par les chaussures. Des difformités des — (Broca), 416.
OS du pied. Affection singulière des — (Nélaton), 13. — Sur une affection singulière des — (Vésignié), 58. — Tumeurs sanguines des — (Pamard), 167. — Courbure des —, 347. — Saignée des — (Laugier), 576.
OTORRHÉE. Infection purulente, suite d'— (Maillot), 157.
OVAIRE. Abcès de l'— (Chomel), 129. — Hémorrhagie de l'— (Vernay), 318. — Extirpation de l'— (Robert Lee), 376. — Injections iodées dans l'hydropisie de l'— (Boinet), 541.

P

PAIN de maïs, 308.
PALAIS. Hypertrophie d'une glandule du voile du —. (V. Tumeur.)
PARALYSIE du nerf oculaire commun (Chassaignac), 115, 127. — de nature douteuse (Rostan), 193. — générale et de la folie. Rapports de la — (Baillarger), 230. — traumatiques localisées (Debout), 280.
PARAPLÉGIE chez une accouchée (Grisolle), 429.
PATHOLOGIE interne; cours de M. Duméril, 535.
PAUPIÈRES. Ablation des tumeurs cancroïdes des —. (V. Maladies des yeux.) — Granulations des —. (V. ce mot.) — Cicatrice vicieuse d'une plaie des — (Magne), 496.
PAVOTS. Expériences sur les capsules de — (Buchner), 551.
PEAU. Leçons sur les maladies de la —. (V. Maladies de la peau.)
PECTORALES d'espic. Cigarettes —, 459.
PECTORAUX. Conservation des fruits — (Stanislas Martin), 459, 547.
PÉDICULAIRE. Pommade anti- — (Sylva), 124.
PELLAGRE sporadique (Landouzy), 203. — Leçons cliniques sur la — (Cazenave), 293.
PÉNIS. Fracture du — (V. Mott), 155. — Dilatation des vaisseaux lymphatiques du — (Huguier), 267. — De quelques tumeurs spéciales du — (Galligo), 332. — Dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du — (Huguier), 375.
PÉRICARDE. Hernie du —. (V. Hernie.)
PÉRICARDITE. Leçons cliniques sur la — (Gendrin), 502, 515, 549, 577, 601.
PÉRINÉE. Suture du —. (V. Suture.)
PÉRITONÉALE. Corps étrangers libres de la cavité —, 138.
PÉRITONITE circonscrite; abcès de l'ovaire (Chomel), 129.
PESSAIRES médicamenteux dans certaines maladies utérines. Nouvelles remarques sur l'emploi des — (Churchill), 31. — en général. Des — à réservoir d'air (Gariel), 220, 243, 294.
PHARMACOPÉE SPÉCIALE. (V. Argent, Arsenic et Bains.)
PHLÉBITE suppurative, suite de saignée; tartre stibié — (... — traumatique des corps caverneux; bons effets de la lupu...
PHLEGMON gangréneux de la région cervicale (Demarquay), 46...
PHLYCTÈNES compliqués d'accidents graves (Duperthuis), 532.
PHTHISIE. Sur l'hérédité dans la — (Hervieux), 25, 28. — Emploi ... sirop de jusée dans la — (Vigla), 109. — De la thoracentèse dans la — (Bricheteau), 177.
PIED. De l'entorse du —. (V. Entorse.). — Amputations du —. (V. ce mot.) — Des amputations partielles du — (Verneuil), 176. — (Nélaton), 237.
PIEDS BOTS. Anatomie pathologique des —, 125.
PIERRE. Diagnostic de la —; rétrécissements (Civiale), 1, 37.
PILULES de Blaud. Conservation des —, 240.
PINCE pour l'extraction des séquestres. Nouvelle — (Nélaton), 261. — pour la ligature des tumeurs (A. Thierry), 387.
PIQURE de mouche. Charbon et mort par une — 475.
PLACENTA. Rétention prolongée du — (Devay), 275. — (Keisser), 279. — Adhérence et chatonnement des diverses maladies du —, 475. — (Vulliamez-Blanc), 505.
PLAIES pénétrantes de poitrine. De l'ecchymose dans les — (Velpeau), 61. — par arme à feu du cou (A. Favrot), 85, 89, 122. — du poumon; lésion de l'artère intercostale (Lalibarde), 112. — d'arme à feu de la cuisse (Huguier), 128. — pénétrante du cerveau (Guyon), 136. — des artères de l'avant-bras; compression inutilement tentée; nécessité de lier successivement la cubitale, l'humérale et la radiale; guérison; effets curieux sur les ongles de la main correspondante (Malgaigne), 158. — avec hémorrhagie de la partie inférieure du membre thoracique. De l'emploi de la ligature dans les — (Robert), 231. — d'arme à feu; atrophie (Debrou), 267. — de l'artère radiale (Denonvilliers), 274. — de tête; fracture du crâne (Verrhaeghe), 319. — du cou; trachéotomie; mode particulier de suture (Chassaignac), 365. — d'arme à feu de la face (Marjolin), 411. — par arme à feu (Huguier), 417. — profondes; instrument de ligature, 496. — remarquable par arme à feu, 504.
PLANTES. De la présence de l'amygdaline dans quelques — (Wicke), 178.
PLOMB de tolérance. (V. Médecine légale.)
PNEUMOGASTRIQUES sur l'absorption stomacale des animaux. Influence des — (Bouley), 215. — Rapport de M. Bérard, 295.
PNEUMOTHORAX. Cas remarquable de —, 521.
POISONS. De l'élimination des —, 39. — (Orfila neveu), 205.
POITRINE. De l'ecchymose dans les plaies de —. (V. Plaies.) — Sur le traitement des affections inflammatoires de — (Gendrin), 206.
POLYGÉNÈSES monovariennes (Lesauvage), 544.
POLYPE du pharynx. Ablation du maxillaire supérieur (Maisonneuve), 103, 115. — de la conjonctive (Heidenreigh), 203. — de la matrice; indications (Velpeau), 217.
POMMADE antipédiculaire (Sylva), 124.
POTASSE comme antisyphilitique. Bichromate de — (Ed. Robin), 160.
POUCE. Luxation du —. (V. Luxation).
POUMON. Plaie du —. (V. Plaie.)
PREMIERS-PARIS. Séances des Académies, 1, 5, 9, 21. — Hérédité de la phthisie, 25, 33. — Sel marin dans les fièvres intermittentes, 45. — Séances de l'Académie, 57, 69, 77, 81, 93, 105, 133, 141, 149, 153, 157, 165, 173, 177, 181, 185, 189, 201, 205, 209, 213, 225, 233, 237, 241, 253, 257, 265, 269, 281, 293, 305, 317, 329, 373, 389, 437, 449, 497, 521, 529, 541, 553, 565, 573, 585, 597. — Mort par le chloroforme, 109. — De l'institution du concours, 113, 117, 129, 323, 365, 369. — De la limite d'âge, 433. — Craintes sur l'invasion du choléra (Fleury), 469 — Inauguration du nouveau local de la Société de chirurgie, 505. — Séance annuelle de rentrée de la Faculté, 517. — Éloge de Fouquier, par M. Piorry, 517, 522. — Les homœopathes, 533. — Séance de rentrée de l'École de pharmacie, 537. — Des permutations, 545. — Visite de l'Empereur aux hôpitaux, 569. — Du mode de nomination des juges agrégés dans les concours, 577. — A nos lecteurs, 609. — Séance de l'Académie de médecine, 605.
PRESBYTIE et la myopie. Considérations sur la — (Tavignot), 298.
PRIAPISME. Ponction des corps caverneux (Velpeau), 477.
PRIX pour 1853. De l'huile de foie de morue et de son emploi, 20. — de 50,000 francs pour l'application de la pile de Volta, 93. — Montyon; procès, 106. — Montyon (Académie des sciences), 143. — de l'Académie de médecine, 167. — proposés par la Société des sciences de Milan et par le docteur Strada, 216. — de l'Académie de Rouen, 388. — d'Argenteuil décerné à M. Reybard, 401. — Rapport, 468. — de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 508. — de la Faculté, 519. — de l'École de pharmacie, 520. — Itard, 540, 544. — de l'Académie, 587. — de l'Académie des sciences, 600. — aux internes et externes des hôpitaux, 608.
PROCÈS pour le prix Montyon, 106.
PRURIT des organes génitaux; bons effets du nitrate d'argent (Winternitz), 186.
PSEUDO-HELMINTHE. Cas de — (Cruveilbier), 307.
PSEUDARTHROSE guérie par le frottement et l'immobilité (Limange), 240.
PUERPÉRALES. Aconit dans les fièvres — (P. Dubois), 261. — Des hémorrhagies —. (V. ce mot.)
PUPILLE. Recherches sur la — (Valler et Budge), 64. — artificielle. Indications et contre-indications dans l'opération de la — (Bowman) 363, 387. — Nouvel instrument (Furnari), 393.
PURGATIFS salins. Des —, 351.
PURPURA hemorrhagica febrilis (Hérard), 612.
PURULENTE par suite d'otorrhée. Infection —. (V. Otorrhée.) — par suite de saignée. — Infection (Lalaux), 238.
PUS. Sur la couleur bleue que prend quelquefois le — (Braconnot), 400. — (Ancelon), 408.
PYÉLITE subaiguë. Teinture de cantharides (Aran), 594.

Q

QUINIDINE. Discussion sur la —, 555.
QUININE dans un cas de névrose. Valérianate de —. (V. ce mot et Névrose.) — Sur la — (Zimener), 362. — comme fébrifuge. Tannate de —, 455. — dans l'état fébrile continu. Du sulfate de —, 499.

R

RACHITISME et de l'ostéomalacie. Du — (Beylard), 304.
RAGE. Traitement de la — (Dezanneau). — Rapport de M. Renault, 23, 25, 30, 187. — Traitement prophylactique de la — (Chabanon), 308. — Du vinaigre contre la —, 356. — Rapport sur les remèdes contre la — (Bouchardat), 451.
RATANHIA. De la présence du cuivre dans l'extrait de — (Orman), 571.
RATE, comme cause des accès de fièvre intermittente. — De l'engorgement miasmatique de la — (Durand de Lunel), 299.
REMÈDES secrets. Interdiction de l'affichage des — 227.
RÉSECTION d'une côte. (Marchal), 24. — de l'os maxillaire, 168. — de l'appendice xyphoïde (Linoli), 605.
RESPIRATION. Maladies des organes de la —, 167.
RESPIRATOIRES. Affection des voies —, 317.
RESPONSABILITÉ médicale. — Fracture de cuisse (Poyet), 112. — Condamnation de M. Langlois, 385.
RÉTENTION spermatique (A. Mercier), 119. — d'urine chez les hommes âgés. — Traitement de la — (Mercier), 451.
RÉTRÉCISSEMENTS et diagnostic de la pierre (Civiale), 1. — organique du gros intestin; étranglement; mort (Gros), 133. — De la cautérisation directe dans les — (Leroy d'Etiolles), 179. — de l'urètre rebelles; incision périnéale, 333, 345. — de l'urètre; dilatation instantanée (Ancelon), 480. — urétrotome (Leroy d'Etiolles), 532.
RÉUNIONS immédiates. Sur un accident des — (Velpeau), 157.
REVUE bibliographique. (V. Bibliographie et Feuilletons.)
REVUE clinique hebdomadaire, 61, 73, 97, 109, 122, 133, 15...

, 229, 253, 261, 285, 405, 417, 429, 441, 453, 465, 477, 501, 514, 525, 537.
des hôpitaux anglais, 333, 345, 369, 418, 425, 437, 566, 574, .9, 586, 589, 597, 601.
REVUE du service de Cochin, 541.
REVUE thérapeutique. Préparation d'antimoine, 18. — Inhalation de chloroforme dans un cas d'empoisonnement par la strychnine (Maunson), 611. — Emploi du collodion térébenthiné dans les plaies et les excoriations des cavaliers, 612.
RHINOPLASTIE. (Maisonneuve), 486.
RHUMATISME articulaire aigu. — Traitement par l'opium (Requin), 217. (Cruveilbier), 229. — Vapeurs de térébenthine dans le — 239. — Suppuration du — (Michel Levy), 247. — Traitement du — (Poggioli), 544.
RUPTURE du tendon d'Acbille. (V. Tendon.)

S

SABINE dans la goutte chronique. (V. Goutte.)
SALICILEUX. Acide —, 539.
SALIVAIRES. Des glandes —. (V. Glandes.)
SALIVE. Recherches sur la sécrétion de la — (Colin), 108, 216.
SANG. Emploi de la poudre de — (Berton), 11. — du chien. — Filaire du — (Delafond et Gruby), 11. — Analyse du — (Gobley). — Rapport de M. Lecanu, 107. — Sur la cause de la coloration du — (Hetel), 136. — veineux d'un cheval. — Analyse du — (Clément), 308. — d'un cheval. — Analyse du — (Clément), 498. — Poids du —, 525.
SANGSUES en France. — De l'élève des — (Chevallier), 589.
SANTONINE. Préparation de la — (Lecocq), 291.
SCAPULO-HUMÉRALE. Désarticulation (Fleury), 43.
SCIATIQUES. Agents anastbésiques pour calmer les douleurs — (Debout), 411.
SCORPION. Mort par piqûre de — (Guyon), 136.
SCROFULES. Du traitement des —, 495.
SCROTUM. Corps étrangers dans le — (Cbassaignac), 115.
SÉCRÉTION de la salive. (V. ce mot.) — abondante de lait sans grossesse ni accouchement, 203.
SECRETS. Interdiction de l'affichage des remèdes —, 227.
SEL marin dans les fièvres intermittentes. (V. Fièvres intermittentes.)
SEPTIQUE. Poudre anti —, 555.
SERPENT. Mort par suite de la morsure d'un — (Burder), 543.
SERRE-NOEUD à crémaillère (Chassaignac), 176.
SERRES-FINES. Leur emploi dans la chute de l'utérus. (V. ce mot.)
SINUS maxillaire. Kystes du — (V. Kystes.) — Tumeurs du — (V. ce mot.)
SOCIÉTÉ anatomique. — Compte-rendu. — Anatomie normale. — Fractures. — Luxations latérales du coude (Leudet), 117. — Pieds-bots, 121. — Maladies des cartilages articulaires, 125, 129, 137. — Corps étrangers libres de la cavité péritonéale, 138. — Maladies du tube digestif, 165. — Calculs biliaires. — Maladies des organes de la respiration, 166, 167. — Maladies des organes de la circulation, 169. — Maladies des organes génitaux, 173. — Cancer, 174.
SOCIÉTÉ du 11e arrondissement. Compte-rendu des travaux de la —, 317. — Affections des organes génitaux, 321.
SOCIÉTÉ de chirurgie. Tumeur du bras. — Fracture alvéolaire. — Rapports. — Tumeurs érectiles. — Anatomie patbologique, 7. — Hydatides des muscles. — Du tannin en ophthalmologie, 19. — Morts subites après l'accouchement (Robert et Danyau). — Nécrose étendue du crâne (Larrey), 31. — Tumeurs fibro-plastiques. — Tumeur de l'orbite. — Cbloroforme. — Calcul salivaire. — Corps étranger de la main. — Désarticulation scapulo-humérale (Fleury). — Hypertrophie glandulaire, 43. — Tumeur de la région iliaque (Larrey). — Ankylose (Marjolin), 54. — Application du microscope à l'anatomie pathologique (Michon). — Exostose (Giraldès). — Névromes (Houel), 67. — Résolution des tumeurs. — Corps étranger de l'urètre, 80. — Calculs de l'urètre (Leroy d'Etiolles), 91. — Cathétérisme. — Luxation du pouce. — Polypes du pharynx, 103. — Paralysie du nerf moteur oculaire commun. — Corps étranger dans le scrotum. — Luxation du coude. — Polype du pharynx. — Méthode amovo-inamovible (Seutin). — Des difformités des orteils produites par la chaussure, 115. — Corps étranger du genou. — Abcès de la cuisse. — Tumeur fibreuse de la gorge. — Corps étranger dans la tunique vaginale. — Paralysie du moteur oculaire commun. — Sypbilis constitutionnelle grave. — Tumeur fibro-cartilagineuse de la cuisse. — Plaie d'arme à feu, 127. — Douleurs dans les membres amputés. — Luxation congénitale. — Tumeur de la cuisse. — Accidents par le chloroforme. — Kystes du sinus maxillaire. — Tumeur du maxillaire supérieur. — Tumeur sanguine de la joue. — Tumeur fibro-plastique de la hancbe, 139, 140. — Histoire de la commotion du cerveau (Fano). — Rapport de M. Chassaignac; discussion, 151. — Fistule lacrymale. — Fracture spontanée de l'humérus. — Douleurs des amputés. — Tumeurs sous-cutanées mobiles. — Déviations de la sous-cloison nasale. — Cancroïde de la face. — Névromes. — Tumeur fibreuse intra-utérine. — Blessure de la vessie par arme à feu, 162. — Ulcération perforante de la vessie. — Amputations partielles et mixtes du pied. — Fistule vésico-vaginale. — Serre-nœud. — Spéculum oris. — Dilatateur de la trachée, 176. — Opération césarienne. — Des douleurs récidivantes, 186, 187. — Traitement des fistules vésico-vaginales (Maisonneuve, 200. — Grossesse extra-utérine. — Effets des injections iodées dans les abcès par congestion (Robert); discussion. — Ablation du maxillaire supérieur (Maisonneuve), 211, 212. — symblépbaron, suite de brûlure. — Grossesse extra-utérine. — Testicule cancéreux, 224. — Amputation de l'avant-bras (Larrey). — Grossesse extra-utérine (Huguier), 235. — Nouveaux glossocomes et nouveaux principes pour le traitement des fractures (Dauvergne). — Hydartbrose du genou. — Grossesse extra-utérine (Laborie). — Des injections iodées dans les abcès par congestion, 251. — Membres artificiels, 252. — Tumeurs des bourses (Vidal). — Luxation du cristallin. — Tumeur de la région thyro-hyoïdienne. — Hypertrophie mammaire, 255. — Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis (Huguier). — Atrophie et paralysie musculaire à la suite d'une plaie par arme à feu, 267, 268. — Tumeur du maxillaire supérieur. — Nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale. — Paralysies traumatiques localisées. — Arrachement du doigt index, 280. — bec-de-lièvre (Guersant). — Grossesse extra-utérine. — Tumeur du talon. — Arrachement de doigts. Traitement de la paralysie par la galvanisation localisée, 292. — Du racbitisme (Beylard). — Variétés d'hydrocèle. — Canal hépato-cystique, 304. — Renouvellement du bureau. — Développement de gaz dans les veines, 315. — Gangrène dans les fractures (Robert). — Kyste de la mâchoire inférieure. — Tumeurs multiples de la tête, 328. — Discours de M. Larrey. — Rupture d'un corps caverneux. — Tumeurs fibro-plastiques. — Réduction d'une luxation de l'épaule; tumeur érectile, 351, 352 — Indication dans l'opération de la pupille artificielle. — Traitement des tumeurs érectiles, 363. — Dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis. — Tumeur de la grande lèvre. — Grossesse réputée anormale. — Anesthésie oculaire. — De la compression dans le traitement des tumeurs anévrismales. — de l'emploi de l'électricité. — Extirpation de l'ovaire. — Oblitération de l'artère crurale, 375. — Pupille artificielle. — Kyste de la grande lèvre. — Rupture utérine. — Oblitération d'une grosse artère. — Ligature de la carotide primitive, 387. — Amputation du pied. — Grossesse anormale. — Instruments nouveaux, 399. — Agents anesthésiques. — Plaie d'arme à feu à la boucbe. — Fracture comminutive de la jambe. — Tumeur du sinus maxillaire. — Carie et nécrose du tibia, 44. — Dilatation de vaisseaux lympbatiques. — Traité de chirurgie militaire. — Associés étrangers. — Plaie de la carotide. — Arrachement du doigt auriculaire gauche, 23. — Ectopies congéniales du testicule (Lecomte), 447. — Fracture l'épine de l'omoplate (Demeaux), 448. — Développement anormal ein de la lèvre (Lionnet). — Tumeur de la fosse iliaque causée n calcul. — Sur la réduction de [illegible] fracture. — De la brûlure; tumeur fongueuse, 460. — Luxation de l'humérus. — Tumeur cancéreuse du sinus maxillaire. — Tumeur blanche du genou. — Mémoire sur les anévrismes, 471. — Dystocie par inversion du vagin (Mavel). — Rapport de M. Danyau, 483. — Dilatation des conduits excréteurs des glandes parotides, etc. — Discussion sur les anévrismes, 484. — Tumeur fibro-plastique de la hanche. Discussion sur les anévrismes. — Fracture de l'omoplate, 495. — Inauguration du nouveau local, 505. — Eloge d'Auguste Bérard par M. Denonvilliers, 506. — Restauration de la lèvre inférieure. — Luxation du cristallin. — Tumeur pulsatile de l'humérus. — Fractures de l'extrémité supérieure de l'bumérus, 519. — Réclamation de M. Morel-Lavallée. — Laryngite striduleuse; trachéotomie. — Hernie inguinale; anus contre nature. — Taille périnéale; circonstances insolites, 527. — Injections iodées. — Eclampsie. — Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff. — Des ectopies congénitales. — Cure de la hernie. — Nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre, 539. — Tumeur pulsative des os, 540. — Micrographie. — Dilatation des conduits des glandes salivaires, 552. — Déplacement du calcanéum et du scaphoïde (Broca). — Eléphantiasis du prépuce (Vidal), 564. — Amputation sous-astragalienne. — Des productions fibro-plastiques, 572. — Caractères pbysiques des tumeurs fibro-plastiques (Lebert). — Des kystes du sinus maxillaire (Giraldès), 583 et 584. — Hydropisie du sinus maxillaire (Verneuil). — Tumeur ostéo-sarcomateuse de l'os iliaque (Huguier), 595. — Tumeurs fibro-plastiques (Lebert), 596, 604. — Traitement de l'entorse par l'appareil ouaté (Burggraeve). — Kystes péri-ovariques et péri-testiculaires (Verneuil), 608.
SOCIÉTÉ de médecine pratique. Nomination du bureau, 20. — Maladies de la peau; coqueluche; accoucbement, 140, 147, 152. — Affections granulaires des paupières (Coursserant), 171. — Folies par les cbangements politiques (Belhomme), 183. — Empoisonnement par une huître. Empoisonnement d'une nourrice par la belladone. Cautérisation dans l'ectropion. Eclampsie, 232. — Traitement de la pneumonie, 263. — Ecchymose de la cuisse. Granulations des paupières (Coursserant), 284. — Choléra transmis par une nourrice à un chien. Névralgie sciatique. Tumeur du sein, 323. — Hernie ombilicale. Suture entortillée. Pansement dans la cataracte, 364. — Tumeur verruqueuse de l'œil (Magne), 407, 452. — De l'or dans les maladies scrofuleuses des os. Plaies des paupières, 452. — Du traitement des scrofules. Cicatrice des paupières. Réductibilité des luxations de l'humérus, 496. — Emphysème. Réductibilité des luxations. Singulière difformité de l'épaule. Phlyctènes compliqués. Difficulté de diagnostic d'une fièvre typhoïde, 532.
SOCIÉTÉ médicale des hôpitaux de Paris, 208.
SOCIÉTÉ médicale du premier arrondissement. Les bomœopatbes, 533.
SOCIÉTÉ médico-pratique. Nomination du bureau, 20.
SONDE. Nouvelle — (Chassaignac), 547. — Sur les — (Cbarrière), 552.
SOUFRE BRUN visqueux. Dangers de l'administration du — (Gille), 315. — Note sur le — (Hannon), 557.
SOURDS-MUETS. Développement de la parole chez les —, en Belgique et en Allemagne (Blanchet), 168. — Éducation des — (Symons), 195.
SPECULUM. Oculi — (Follin), 103. — Oris (Chassaignac), 176.
SPERMATIQUE. Rétention — (Mercier), 119.
SPIROMÈTRE de M. Sibson, 437.
SPLÉNOMÉGALIE contractée pendant la vie intra-utérine (Hamon), 255.
STAPHYLORAPHIE. Modification à l'opération de — (Sédillot), 1, 4, 441. — (Gariel), 489.
STATISTIQUE médicale (Marc Despine), 119. — des hôpitaux de Lyon (Polinière), 179. — des opérations césariennes (Merland), 201. — (Chapel), 264. — (Borney), 304. — (Decoene), 221. — des affections calculeuses à Cuba (Carron du Villards), 239. — (De Birkadem), 504.
STERNUM chez une femme adulte. Absence du — (Davaine), 572.
STÉRILITÉ par étroitesse du méat utérin (Mme Messager), 4.
STRYCHNINE dans le spasme de l'œsophage (Mathieu), 276.
SUEUR. Composition chimique de la — (Favre), 544.
SUPPURATION du rhumatisme articulaire (Michel Lévy), 247.
SUTURE enchevillée. Quelques mots sur la — (Brun-Séchaud), 356, 418. — (Caron), 364. — du périnée, procédé de Brown, 369.
SYMBLÉPHARON. Suite de brûlure (Chassaignac), 224.
SYMPATHIQUE. Influence du grand —. (V. Chaleur animale.)
SYNOVIALES des fléchisseurs des doigts. Kystes des — (Nélaton), 137.
SYPHILIDE primitive (Cazenave), 169.
SYPHILIS congéniale. Sa transmission des nourrissons aux nourrices (Petrini), 18. — constitutionnelle; inoculation (Gosselin), 25. — constitutionnelle grave (Vidal), 127. — constitutionnelle double (Vidal), 113. — Transmissibilité des accidents secondaires de la — (Velpeau), 431, 434. — (Lagneau, Ricord), 439, 443. — (Velpeau), 458. — (Gibert, Roux), 464. — (Ricord), 471, 476. — (Velpeau), 490. — (Ricord), 494.
SYPHILISATION. Rapport sur la — (Lebert), 7. — Rapport sur un fait relatif à la — (Bégin), 347, 350, 353, 357, 358. — (Pinel-Granchamps), 363. — expérimentale (Zélaschi), 366. — (Ricord), 367. — Manifeste de la commission de Turin, 375. — Lettre de M. Marchal. Discussion, 378, 381. — Lettre de M. Hugot, 388, 391. — Lettre de M. Payen, 392. — (Ricord et Malgaigne), 393. — Oraison funèbre de la —, 397, 400, 401. — (Ricord et Bégin), 402.

T

TABAC. Empoisonnement par le — (Hjorth), 362. (V. Empoisonnement.)
TACT. Organe du — (Wagner et Flourens), 248.
TAILLE bypogastrique. De la — (Civiale), 305. — vésico-vaginale (Micbon), 501. — périnéale; circonstances insolites (Deguise fils), 527.
TANNATES d'iode, 203. — de zinc, 204.
TANNIN en ophthalmologie. Emploi du — (Hairion), 19.
TAXIS. Du degré de force dans le — (C. Bernard), 95.
TEINTURE d'ipécacuanha. Sur la — (Leroy), 118.
TENDONS. Cancer de la gaîne des — (Cbassaignac), 185. — d'Acbille; symptôme rare. Rupture du — (Velpeau), 273.
TÉNOTOMIE sous-cutanée. Généralisation de la — (J. Guérin), 142.
TÉRATOLOGIE. Observations anatomiques pour servir à l'étude de la — (Verneuil), 414.
TÉRÉBENTHINE dans la goutte et le rhumatisme. Des vapeurs de — (Chevandier), 239. — Formule et mode de préparation du sirop de —, 336.
TESTICULE syphilitique. Du — (Nélaton), 165. — cancéreux (Maisonneuve), 224.
TÉTANOS chez un enfant (Duhamel), 152. — Trachéotomie dans le —, 321. — traumatique (Merlin), 422. — guéri par les opiacés et le sulfate de quinine (Herpin), 463. — partiel (Malgaigne), 493.
THÉRAPEUTIQUE. De l'expérience en — (Fleury), 241, 245.
THORACENTHÈSE dans la phthisie pulmonaire (Bricheteau), 177. — dans un épanchement pleurétique (Barth), 417. — (Empis), 441. — Quelques mots sur la — (Abeille), 462.
TIBIA. Carie et nécrose du — (Giraldès), 412.
TISANE du curé, 320.
TOENIA. Remède contre le — (d'Abbadie), 64.
TOURNIS. Mémoire sur le — (Reynal), 227.
TRACHÉE. Dilatateur de la — (Chassaignac), 176.
TRACHÉOTOMIE pratiquée deux fois sur le même sujet (Guersant), 80. — dans l'épilepsie et l'apoplexie (Marshall-Hall), 269, 321. — (Verga), 328. — Nouveau procédé (Chassaignac), 365. — (Chapel), 527, 534.
TRÉPAN-scie (Giovanini), 544.
TRIBUNAL correctionnel. Poursuites pour remèdes secrets (Delabarre et Accout), 16. — Mort par le chloroforme, 101. — Condamnation pour falsification du kermès, 130. — Condamnation pour falsification du lait, 208. — Faux certificat de médecin, 268.
TUBERCULES des épididymes, du testicule, de la prostate, des reins, du poumon (Ricord), 314.
TUMEUR volumineuse du bras (Marjolin), 7. — érectiles; nouveau mode de ligature (Rigal), 7. — du voile du palais par hypertrophie d'une [illegible] bro-plastiques de l'orbite (Lebert), 43. — dévelo[illegible] maxillaires (Roux), 44. — de la région iliaque [illegible] récidive (Larrey), 54. — cancroïdes des paupi[illegible] yeux.) — Cause de la résolution des — (Chass[illegible] reuse du petit bassin (Chambert), 102. — fi[illegible] neuve) 125. — fibreuse de la gorge (Hugui[illegible] gineuse de la cuisse (Denonvilliers), 128, [illegible] (Maisonneuve), 139. — sanguine de la j[illegible] plastique de la hanche (Larrey), 140. — [illegible] saignac), 162. — fibreuse sessile int[illegible] sanguines des os (Pamard), 167. — [illegible] (Maisonneuve), 192. — Destruction [illegible] 192. — sanguines rares par Scarp[illegible] cuir chevelu (Hutin), 204. — lacr[illegible] veineuse antérotulienne (Velpeau[illegible] — de la région thyro-hyoïdien[illegible] 255. — érectiles (Bouchut), 266 [illegible] (Roux), 280. — du talon, 292. — m[illegible] 324. — (L. Boyer), 324. — multiples [illegible] du pénis (Galligo), 332. — blanche [illegible] amputation (Jobert), 342. — érectiles [illegible] récidives. — ablation de — (Chassaignac[illegible] 351. — érectiles; traitement par la ligatu[illegible] rapport de M. Michon, 363. — anévrysm[illegible] les — (Bellingham), 376. — de la grande [illegible] Nouvelles pinces pour la ligature en masse [illegible] lacrymale non encore décrite (Sichel), 389. — axillaire (Gosselin), 403. — du sinus maxillaire [illegible] ventre (Grisolle), 429. — du cou, 452. — de la [illegible] par un calcul rénal (Giraldès), 460. — cancéreuse d[illegible] (Gerdy). — blanche du genou (Marjolin), 471. — rétro-utérine (Andral), 478. — fibro-plastique de la [illegible] 495. — du sein. Diagnostic des — (Nélaton), 497. l'humérus (Demarquay), 519. — de la rate; hématémè[illegible] ovaires, 522. — Hydatique du foie (Grisolle), 525. l'bumérus; désarticulation du bras, 526. — pulsativ[illegible] quay), 540. — érectile de l'orbite; ligature de la c[illegible] 550. — et productions fibro-plastiques. Des — ([illegible] 596, 604. — ostéo-sarcomateuse de l'os iliaque (Hu[illegible]

U

ULCÉRATION perforante de la vessie (Vidal), 176.
ULCÈRES de la cornée. (V. ce mot.)
URÈTRE. Corps étranger introduit volontairement dans l'—. (V. Corps étrangers.) — Vice de conformation de l'— (Marchal), 204.
URÉTROTOME scarificateur (Charrière), 556. — (Leroy-d'Étiolles), 576.
URÉTROTOMIE d'avant en arrière (Civiale), 81, 105. — périnéale (Sédillot), 524.
URINES. Moyen pour reconnaître la présence de l'iode dans les — (Owan), 183. — Réactif pour le dosage de l'urée dans les — (Liébig), 336.
UTÉRINE. Hémorrhagie. (V. ce mot.) — Hématocèle rétro-. (V. Hématocèle.) — Grossesse extra-. (V. Grossesse.) — Leçons sur les déviations — (Valleix), 213, 218, 225, 245, 270, 277, 286, 317, 361, 377, 406, 421, 459, 490, 529, 545. — Injection de belladone par la veine ombilicale (Barbe), 326. — Rupture — (Danyau), 388.
UTÉRUS. Emploi des serres fines dans les chutes de l'— (Nélaton), 85. — pendant l'étbérisme et l'opération césarienne. Du rôle de l'— (Simonin), 182. — Scarifications dans les engorgements du col de l'— (Hervez de Chégoin), 192, 204. — De quelques indications dans les polypes de l'— (Velpeau), 217. — Sur les corps fibreux de l'— (Gendrin), 257. — Compression latérale de l'— par le réducteur à air (A. Favrot), 258. — Sur les ulcérations du col de l'— (Gendrin), 281. — Rapport sur un cas de rupture de l'— (Danyau), 409. — Réduction tardive d'un renversement complet de l'— (Barrier), 500. — Renversement ancien de l'— (Valentin), 511.

V

VACANCES de chaires à la Faculté de médecine. Sur les — 253.
VACCINATIONS. Cour d'œil sur les rapports sur les —, 258.
VACCINE. Son influence sur la mortalité (Bayard), 75. — Sur la — (Adde Margras), 239. — mise à l'épreuve par l'expérience (Grégory), 510, 515.
VAGINAL. Nouvel irrigateur — (Maisonneuve et Gariel) 344.
VAGINALES. Fistules vésico- — (Jobert), 174. — (Maisonneuve), 200.
VALÉRIANATE de quinine dans un cas de névrose extraordinaire (Villaret), 153.
VARICOCÈLE. Traitement palliatif du — (Larrey), 7. — (Conté de Lévignac), 440. — Traitement par la gutta perch (Carey), 464.
VARIOLE à bord d'un navire. Épidémie de — (Reydet), 4. — et fièvre typhoïde; parallèle (Forget, de Strasbourg), 79.
VÉGÉTALE. Sur la colique — (Gendrin), 173.
VEINEUSE. Tumeur —. (V. ce mot.)
VENIN contenu dans les pustules des batraciens (Gratiolet et Cloëz), 240.
VERMINEUSE des moutons. Affection — (Huzard et Laroche), 227.
VERS. Mal de —. (V. Bassine.)
VÉSICO-VAGINALES guéries. Fistules (Jobert), 17 — (Maisonneuve), 200. — Nouvelle espèce de fistule — (Huguier), 280.
VESSIE par arme à feu. Ancienne blessure de la — (Huguier), 163. — Ulcération perforante de la — (Vidal), 176. — Explorateur de la — (Leroy-d'Étiolles), 216. — Abcès intrà-musculaire de la — (Velpeau), 454.
VICE de conformation. (V. Urètre.)
VINAIGRE considéré comme antirabique (Audiard), 356.
VISION confuse. Théorie de la — (Trouessart) 356.
VOILE du palais. Nouveau procédé pour remédier à la division du —, 489.
VOMISSEMENTS graves et opiniâtres guéris par l'hydrothérapie (Fleury), 73. — Mort (Lambert), 170.
VIPÈRE. Nouveau cas de mort par une morsure de —, 508.

X

XYPHOÏDE. De la résection de l'appendice — (Linoli), 605.

Y

YEUX. Blessure des —. (V. Maladie des yeux et Capsules.)

Z

ZINC. Tannate de —. (V. Tannate.)
ZONA. Leçon sur le — (Gendrin), 609.